

სამედიცინო განათლება საქართველოში: ხარისხის უზრუნველყოფა ძირითადი ტენდენციები და გამოწვევები



თემატური ანალიზი

თბილისი, 2021

ლაშა მაჭარაშვილი

თორნიკე ბაქაძე

ნინო შიოშვილი

გიორგი მუნჭიშვილი

წინამდებარე თემატური ანალიზი განიხილავს სამედიცინო უმაღლესი განათლების ხარისხის უზრუნველყოფის პრობლემატიკას საქართველოში და განკუთვნილია უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებებისთვის, უმაღლესი განათლების ხარისხის უზრუნველყოფაზე პასუხისმგებელი სააგენტოებისთვის, სამედიცინო კლინიკებისა და საავადმყოფოებისთვის, ასევე სამედიცინო განათლებისა და ჯანდაცვის სფეროში ჩართული წამყვანი აქტორებისთვისა და სხვა დაინტერესებული მხარეებისთვის როგორც საქართველოს ისე მსოფლიო მასშტაბით. თემატურ ანალიზში ასახული მიგნებები და გაცემული რეკომენდაციები მიემართება განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნულ ცენტრს, სამედიცინო განათლების განმახორციელებელ უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებებს, განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს. სამუშაო ჯგუფის აზრით, ანგარიშში წარმოდგენილი დასკვნების განხილვა და გათვალისწინება მნიშვნელოვანი საფუძველი იქნება დაიწყოს დიალოგი ჩართულ მხარეებს შორის და გადაიდგას ქმედითი ნაბიჯები სამედიცინო განათლების შემდგომი მდგრადი განვითარებისათვის საქართველოში.

დოკუმენტი შექმნილია ევროკავშირის დაფინანსებული საჯარო სამსახურების დამოუკიდებელი პროექტის „ხარისხის უზრუნველყოფისა და კვალიფიკაციების მართვის შესაძლებლობების გაძლიერება“ (გერმანია AQAS, ესტონეთი EKKA, საქართველო NCEQE) მხარდაჭერით.

© სსიპ - განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრი

ტელეფონი/ფაქსი: +995 322 200 220 (*3599) საფოსტო ინდექსი: 0193

ელ.ფოსტა: info@eqe.ge

მისამართი: მერაბ აღლეშიძის ქუჩა, მეორე შესახვევი N2

სარჩევი

სამადლობელი.....	4
გამოყენებულ ტერმინთა განმარტება	5
შესავალი.....	7
კვლევის მიზანი და ამოცანები	13
მეთოდოლოგია	14
რაოდენობრივი მაჩვენებლების მიმოხილვა	22
მემორანდუმების ანალიზი.....	31
ექსპერტთა დასკვნების კონტენტ-ანალიზი.....	33
WFME 1. მისია და შედეგები	33
WFME 2. საგანმანათლებლო პროგრამა	35
WFME 3. სტუდენტების შეფასება.....	43
WFME 4. სტუდენტები	45
WFME 5. აკადემიური პერსონალი	49
WFME 6. საგანმანათლებლო რესურსები	53
WFME 7. პროგრამის შეფასება	60
WFME 8. განკარგვა და ადმინისტრირება.....	64
WFME 9. მუდმივი განახლების პროცესი.....	67
ფოკუს ჯგუფი ჩართულ და დაინტერესებულ მხარეებთან	69
დისკუსია	75
რეკომენდაციები	83
დანართი	85

სამადლობელი

თემატური ანალიზის დიზაინზე მუშაობისა და შესაბამისი ინფორმაციის შეკრება-დამუშავების პროცესში შეტანილი წვლილისთვის სამუშაო ჯგუფი მადლობას უხდის გაგა გვენეტაძეს, ლალი გიორგიძეს და ანა ლელაძეს.

უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებებსა და კლინიკებს/საავადმყოფოებს შორის გაფორმებული ხელშეკრულებების დამუშავებისა და გაანალიზებისთვის, სამუშაო ჯგუფი მადლობას უხდის ცენტრის თანამშრომლებს: თამთა მოხევიშვილს, სოფო ქურასბედიანს, ქრისტინე აბულაძეს, ნინო სარჯველაძეს, ქეთევან თელიასა და ანი ბილანიშვილს.

კვლევის კონცეფციის შემუშავებასა და დოკუმენტზე მუშაობის პროცესში გაწეული პერიოდული მხარდაჭერისა და უკუკავშირისათვის, სამუშაო ჯგუფი მადლობას უხდის კაია კუმპუს-ლენკსა და დოროთი გროგერს.

გამოყენებულ ტერმინთა განმარტება

სტანდარტი - საგანმანათლებლო პროგრამისადმი სახელმწიფოს მიერ დადგენილი მინიმალური მოთხოვნა, რომელიც უნდა დაკმაყოფილდეს ავტორიზაციის/აკრედიტაციის მისაღებად

კომპონენტი - სტანდარტის შემადგენელი ერთეული

უსდ/დანესებულება - უმაღლესი საგანმანათლებლო პროგრამის განმახორციელებელი სასწავლო ან სასწავლო სამეცნიერო-კვლევითი დანესებულება, რომლის ძირითადი ფუნქციაა უმაღლესი საგანმანათლებლო საქმიანობისა და სამეცნიერო კვლევების ან უმაღლესი საგანმანათლებლო საქმიანობის განხორციელება

კრიტერიუმი - სტანდარტის კომპონენტების მიერ გათვალისწინებული მოთხოვნები

რეკომენდაცია - აუცილებელი ხასიათის მითითება ავტორიზაციის/აკრედიტაციის ექსპერტთა ჯგუფის დასკვნაში, იმისათვის რათა უსდმ/პროგრამამ დააკმაყოფილოს სტანდარტის მოთხოვნა და რომელიც გავლენას ახდენს კომპონენტის შეფასებაზე

რჩევა - არაუცილებელი ხასიათის მითითება ავტორიზაციის/აკრედიტაციის ექსპერტთა ჯგუფის დასკვნაში, რომელიც გავლენას არ ახდენს კომპონენტის შეფასებაზე

საუკეთესო პრაქტიკა - გამორჩეულად ეფექტური პრაქტიკა, რომელიც შესაძლებელია გათვალისწინებული იყოს სხვა უმაღლესი საგანმანათლებლო დანესებულების მიერ

ნარატივი - უსდმ/უმაღლეს საგანმანათლებლო პროგრამაზე, ამა თუ იმ სტანდარტის კომპონენტის ქვეშ, ექსპერტთა მიერ შემუშავებული დასკვნის ანალიტიკური მიმოხილვის ნაწილი

ცენტრი - სსიპ - განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრი

WFME - სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაცია

ექსპერტი - კონკრეტული სფეროს სპეციალისტი, რომელიც აფასებს საგანმანათლებლო პროგრამას. ექსპერტი შესაძლებელია იყოს აკადემიური სფეროდან, ასევე დამსაქმებელთა წარმომადგენელი ან/და სტუდენტი. ასევე შესაბამისი მარეგულირებელი ორგანოს ან/და პროფესიული ასოციაციის წარმომადგენელი

დაინტერესებული მხარე - უმაღლესი განათლების ხარისხის უზრუნველყოფაში ჩართული მხარეები, მაგალითად. სტუდენტი, კურსდამთავრებული, კლინიკის წარმომადგენელი, აკადემიური პერსონალი და ა.შ.

დარგობრივი მახასიათებელი - კონკრეტული სფეროს საგანმანათლებლო პროგრამ(ებ)ისადმი დადგენილი მინიმალური მოთხოვნების ერთობლიობა, რომელიც

სსიპ - განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრი

შეიცავს, როგორც პროგრამის შინაარსის, ისე მის განსახორციელებლად საჭირო რესურსების მოთხოვნებს

PBL - პრობლემაზე დაფუძნებული სწავლება

OSCE - ობიექტურად სტრუქტურირებული კლინიკური გამოცდა

აფილირება - დაწესებულებასა და აკადემიური თანამდებობის მქონე პირს შორის წერილობითი შეთანხმება, რომლითაც თითოეული აკადემიური თანამდებობის მქონე პირი განსაზღვრავს თავის აფილირებას მხოლოდ ერთ უსდ-სთან

აკადემიური პერსონალი - პროფესორი, ასოცირებული-პროფესორი, ასისტენტ-პროფესორი, ასისტენტი

მონვეული პერსონალი - აკადემიური თანამდებობის არმქონე პირი, რომელიც დასაქმებულია უსდ-ში დროებითი კონტრაქტით, კონკრეტული საგანმანათლებლო კომპონენტების ფარგლებში და მისი შრომა ანაზღაურდება საათობრივად.

შესავალი

უმაღლესი სამედიცინო განათლების ისტორია საქართველოში 100 წელზე მეტს ითვლის. პირველი სამედიცინო ფაკულტეტი საქართველოში თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის „საბუნებისმეტყველო-სამკურნალო და მათემატიკური ფაკულტეტი“ იყო, რომელიც 1918 წელს შეიქმნა. 1930 წელს თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტი დამოუკიდებელ უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებად იქცა, რომელსაც „თბილისის სამედიცინო ინსტიტუტი“ ეწოდა (დღევანდელი დასახელება: თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი). ეს უკანასკნელი 1990-იანი წლების დასაწყისამდე ქვეყნის ერთადერთი უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებელი იყო.

საბჭოთა კავშირის დაშლასთან ერთად ქვეყანაში გამოჩნდა ახალი სამედიცინო ფაკულტეტები. ზოგიერთი მათგანი უკვე არსებული სახელმწიფო უნივერსიტეტების ბაზაზე შეიქმნა, უმრავლესობა კი კერძო უნივერსიტეტების მზარდ რაოდენობასთან ერთად აღმოცენდა, რომელთა რიცხვიც 2005 წელს დაახლოებით 200 იყო¹, ეს მაშინ როდესაც 1991 წელს ქვეყანაში მხოლოდ 19 უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულება არსებობდა². 1990-იანი წლებიდან 2005 წლამდე პერიოდში სამედიცინო განათლება საქართველოში ფაქტობრივად ყველანაირ გარე სისტემურ კონტროლს იყო მოწყვეტილი. სამედიცინო სკოლების მსოფლიო ცნობარში რეფერირებულია 11 სამედიცინო სკოლა საქართველოდან, რომელებიც აღარ ფუნქციონირებს³. მიუხედავად ამისა, მხოლოდ დაწესებულებების სიის⁴ გადახედვით და მათი სახელწოდებების გათვალისწინებით, შესაძლებელია ისეთი დასკვნის გამოტანა, რომ სამედიცინო პროგრამებს გაცილებით მეტი საგანმანათლებლო დაწესებულება ანხორციელებდა. განათლების საინფორმაციო სისტემას არ მოეპოვება ზუსტი სტატისტიკა ამ საკითხის შესახებ.

2004 წელს, განათლების რეფორმის საწყის ეტაპზე, კანონში უმაღლესი განათლების შესახებ მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამები განისაზღვრა, როგორც რეგულირებადი. რაც ნიშნავდა იმას, რომ მსგავსი პროგრამებისათვის უნდა არსებულიყო

¹ განათლების აკრედიტაციის ეროვნული ცენტრი, ხარისხიანი უმაღლესი განათლებისათვის, წლიური ანგარიში, 2006. <https://eqe.ge/res/angarishi2006.pdf>

² Smolentseva, A. (2012). *Access to higher Education in the Post-Soviet States: Between Soviet Legacy and global Challenges*. Retrieved from https://www.salzburgglobal.org/fileadmin/user_upload/Documents/2010-2019/2012/495/Session_Document_AccesstoHigherEducation_495.pdf

³ World Directory of Medical Schools, 2021, retrieved from url: <https://search.wdms.org/> 03/04/2021

⁴ საქართველოს განათლების სამინისტროს უწყებრივი რეესტრის წიგნი, მონაცემები ლიცენზიის მფლობელების შესახებ, უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებები. https://mes.gov.ge/upload/multi/geo/1224578444_umaglesebis%20sia.pdf.

“სპეციალური სააკრედიტაციო მოთხოვნები”⁵. მიუხედავად ამისა, 2011 წლამდე ქვეყანაში არ არსებობდა საბაზისო სამედიცინო განათლების ხარისხის მარეგულირებელი ქმედითი გარე მექანიზმი, გარდა ზოგადი ჩანაწერებისა უმაღლესი განათლების შესახებ კანონში. რეფორმის საწყის ეტაპს უკავშირდება უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებების რაოდენობის მნიშვნელოვანი შემცირება ქვეყანაში. უშუალოდ სამედიცინო პროგრამების კუთხით, როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, 1992-2005 წლებში მედიცინის პროგრამების ზუსტი რაოდენობის დადგენა ვერ მოხერხდა, თუმცა განათლების აკრედიტაციის ეროვნული ცენტრის 2006 წლის ანგარიშში უკვე აღნიშნულია, რომ სამედიცინო საგანმანათლებლო პროგრამებს ახორციელებდა 21 უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულება.⁶

2011 წელს განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრის დირექტორის ბრძანებით დამტკიცდა მედიცინის პირველი დარგობრივი მახასიათებელი, რომელმაც განსაზღვრა ძირითადი მოთხოვნები, რომელთან შესაბამისობაც აუცილებელი იყო მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამებისათვის. 2018 წელს მედიცინის დარგობრივმა საბჭომ შეიმუშავა მედიცინის ახალი დარგობრივი მახასიათებელი, რომელიც გაცილებით დიდი და შინაარსობრივად დატვირთული დოკუმენტია, ვიდრე 2011 წლის ვერსია. 2018 წლის დარგობრივი მახასიათებელი დიდწილად ეფუძნება სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციის (WFME) მიერ 2015 წელს განახლებულ სტანდარტებს საბაზისო სამედიცინო განათლებისათვის (BME)⁷. 2018 წლის მარტიდან უმაღლესი საგანმანათლებლო პროგრამების აკრედიტაციის დებულებაში შევიდა ცვლილება, რომლის თანახმადაც მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამების შეფასების პროცესში სავალდებულო გახდა საერთაშორისო ექსპერტის მონაწილეობა, ექსპერტთა ჯგუფის თავმჯდომარის სახით. სამედიცინო განათლების ხარისხის გარე უზრუნველყოფის ნაწილში განხორციელებული პროგრესის ერთგვარი კულმინაცია იყო 2018 წლის ოქტომბერში სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციის მიერ ცენტრის აღიარება. 2019 წლიდან, აკრედიტაციის საბჭოს სხდომებზე, რომელთა ფარგლებშიც გადაწყვეტილება მიიღება მედიცინის ერთსაფეხურიანი საგანმანათლებლო პროგრამის შესახებ, ესწრებიან ასევე მედიცინის მოწვეული საბჭოს წევრებიც, რომლებიც ჩვეულებრივ მონაწილეობენ საკითხის განხილვასა და გადაწყვეტილების მიღებაში. 2020 წლის ბოლოს, სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციამ კიდევ ერთხელ განაახლა საბაზისო სამედიცინო განათლების

⁵ უმაღლესი განათლების შესახებ კანონი, 2004, მუხლი 2, პუნქტი 3³, პირველადი სახე.

⁶ განათლების აკრედიტაციის ეროვნული ცენტრი, ხარისხიანი უმაღლესი განათლებისათვის, წლიური ანგარიში, 2006. <https://eqe.ge/res/angarishi2006.pdf>

⁷ მედიცინა, უმაღლესი განათლების დარგობრივი მახასიათებელი:

<https://www.eqe.ge/res/docs/20190507151947დარგობრივიმახასიათებელი.pdf>

სსიპ - განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრი

სტანდარტები და მედიცინის დარგობრივი საბჭო ამჟამად მუშაობს დარგობრივი მახასიათებლის მასთან შესაბამისობაში მოყვანაზე.

ილუსტრაცია N1 - უსდ ავტორიზაციისა და უმაღლესი საგანმანათლებლო პროგრამების აკრედიტაციის პროცესი



დღესდღეობით, როგორც მედიცინის სფეროს პროგრამების განმახორციელებელი უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებების ავტორიზაციის, ისე უმაღლესი სამედიცინო საგანმანათლებლო პროგრამების აკრედიტაციის პროცესები ხორციელდება საერთაშორისო ექსპერტების ჩართულობით, შესაბამისი დასკვნები კი საჯაროდაა ხელმისაწვდომი ქართულ და ინგლისურ ენებზე. მიუხედავად ამისა, დღეს, ისე როგორც არასდროს, ქართული სამედიცინო განათლება სკურპულოზური დაკვირვების ქვეშაა საერთაშორისო პარტნიორებისაგან. ერთ-ერთი ყველაზე ცნობილი მაგალითი 2019 წელს Times Higher Education-ში გამოქვეყნებული სტატია იყო, სამედიცინო განათლების

მსოფლიო ფედერაციისა (WFME) და უმაღლესი განათლების ხარისხის უზრუნველყოფის ევროპული ასოციაციის (ENQA) მრჩეველისა და მიმომხილველის, მიშელ ვერას ავტორობით, სადაც იგი ქართული სამედიცინო განათლების ინდუსტრიის უკეთესი მონიტორინგის საჭიროებაზე მიუთითებს მკითხველს⁸. ძირითადი საკითხი, რომელზეც სტატიაში იყო ხაზი გასმული, საქართველოში სამედიცინო სკოლებისა და ამ მიმართულებით საერთაშორისო სტუდენტების რაოდენობის ზრდის ტენდენცია იყო. სტატიაში მოცემული პათოსი არაორაზროვნად აღნიშნავდა, თუ რაოდენ დიდი ყურადღება და მუშაობა სჭირდება სამედიცინო განათლების ხარისხის მაღალი სტანდარტის შენარჩუნებას განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრის მიერ. სხვა სტატიაში, რომელიც Tbilinomics-ში გამოქვეყნდა ასევე 2019 წელს, ერიკ ლივნის, ვახტანგ სურგულაძისა და რევაზ სურგულაძის ავტორობით, ხაზი აქვს გასმული ეკონომიკურ სარგებელს, რომელიც საერთაშორისო სტუდენტების ჩართულობას მოაქვს სამედიცინო სკოლებისა და ზოგადად ქვეყნისათვის, თუმცა კრიტიკული შენიშვნებია გაკეთებული როგორც სტუდენტების მიღების წინაპირობებთან, ისე ქვეყნის კლინიკურ პოტენციალთან დაკავშირებით, რითაც ფაქტობრივად იმეორებს მიშელ ვერას სტატიის პათოსს⁹. გარდა გამოქვეყნებული სტატიებისა, უშუალოდ ავტორიზაცია/აკრედიტაციის პროცესებში ჩართულ საერთაშორისო ექსპერტებსაც ჰქონიათ შენიშვნები სამედიცინო განათლების ხარისხის უზრუნველყოფის მდგრადი მექანიზმების შესახებ. ყურადსაღებია, რომ აღნიშნული საერთაშორისო ექსპერტები როგორც წესი საკმაოდ კარგად იცნობენ ქართული სამედიცინო განათლების კონტექსტს და მათი მსჯელობა დაფუძნებულია რეალურ გამოცდილებებზე.

ზემოთ მოცემულის გარდა, გასულ წლებში ცენტრში შემოვიდა არაერთი საჩივარი საერთაშორისო სტუდენტებისაგან, რომლებიც ძირითადად ეხებოდა სტუდენტთა რეკრუტირებასთან დაკავშირებულ პრობლემებს, კერძოდ საერთაშორისო სტუდენტების რეკრუტირების პროცესში ჩართული სააგენტოების როლს, რომლებიც, როგორც წესი არ არიან ჩართულები სამედიცინო სკოლების შეფასების პროცესში, როგორც დაინტერესებული მხარეები.

განათლების მართვის საინფორმაციო სისტემის (2021)¹⁰ მიერ მოწოდებული მონაცემებით, საქართველოში 22 უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულება ახორციელებს მედიცინის 32 ერთსაფეხურიან საგანმანათლებლო პროგრამას. აქტიური სტუდენტების რაოდენობა ამ პროგრამებზე 18695-ს შეადგენს. ამ პროგრამებიდან 10 ქართულ, 21 ინგლისურ და 1 რუსულ ენაზე ხორციელდება. დიპლომირებული მედიკოსის საგანმანათლებლო

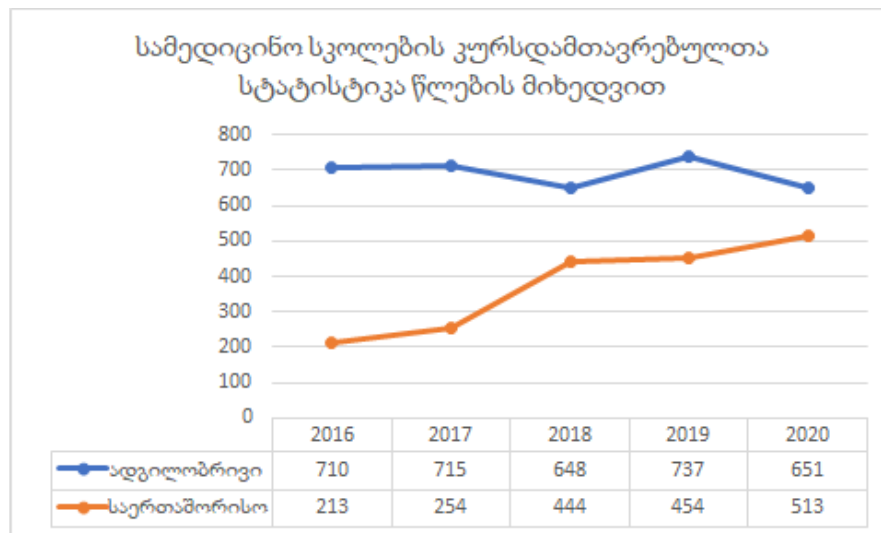
⁸ Michele Wera, *Georgia's medical education industry needs careful monitoring*, Times Higher Education, 2019. Retrieved from link: <https://www.timeshighereducation.com/opinion/georgias-medical-education-industry-needs-careful-monitoring> 05/04/2021.

⁹ Eric Livny, Rezo Surguladze, Vato Surguladze, *Georgia's Medical Education: a Party Soon Coming to an End*, Tbilinomics, January 2019, Retrieved from link: <https://tbilinomics.com/index.php/en/education-en/617-georgia-s-medical-education-a-party-soon-coming-to-an-end>

¹⁰ ინფორმაცია მოწოდებულია განათლების მართვის საინფორმაციო სისტემის მიერ, ივნისი 2021.

პროგრამების სტუდენტების ნახევარზე მეტი საერთაშორისო სტუდენტები არიან და მათი რაოდენობა 11889-ს წარმოადგენს. ადგილობრივი სტუდენტებს რაოდენობა შესაბამისად 6806-ს შეადგენს.

მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნაც, რომ 22 სამედიცინო სკოლიდან მხოლოდ 6-ია ისეთი, რომელშიც ადგილობრივი სტუდენტების რაოდენობა აღემატება საერთაშორისო სტუდენტებისას. მიუხედავად ასეთი მოცემულობისა, აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ საერთაშორისო სტუდენტების რაოდენობის ზრდა საკმაოდ ახალი მოვლენაა, რადგან მნიშვნელოვანი ზრდა ამ მაჩვენებლებში სწორედ უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში აღინიშნება. ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში ადგილობრივ კურსდამთავრებულთა საერთო რაოდენობა (3461) აღემატება საერთაშორისო კურსდამთავრებულთა რაოდენობას (1878), თუმცა ამ უკანასკნელთა რაოდენობის სტაბილური ზრდის ტენდენციის გათვალისწინებით, სავარაუდოა, რომ რამდენიმე წელში საერთაშორისო კურსდამთავრებულთა რაოდენობა ადგილობრივების რაოდენობაზე უფრო მაღალი გახდება. აღნიშნული ინფორმაცია დეტალურადაა მოცემული დიაგრამა N1 ზე.



დიაგრამა N1¹¹

როგორც მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამების, ისე მათი სტუდენტების რაოდენობის ზრდასთან ერთად იზრდება ყურადღება საქართველოში მიღებული საბაზისო სამედიცინო განათლების ეფექტიანობასთან დაკავშირებით. უმაღლესი საგანმანათლებლო პროგრამების აკრედიტაციის პროცესის ფარგლებში აუცილებელი მოთხოვნაა საგანმანათლებლო პროგრამების კურსდამთავრებულების დასაქმების პროცენტულობის წარდგენა. აკრედიტაციის თვითშეფასების ანგარიშში მიეთითება, როგორც დარგობრივად ისე ზოგადად დასაქმებულ კურსდამთავრებულთა რაოდენობა. მიუხედავად ამისა, მოცემული ინფორმაცია ნაკლებადაა გადამოწმებადი. სამედიცინო განათლების ეფექტურობასთან დაკავშირებით ერთ-ერთი მექანიზმი, რომელიც გადამოწმებადია მესამე

¹¹ ინფორმაცია მოწოდებულია განათლების საინფორმაციო სისტემის მიერ, ივნისი 2021.

სსიპ - განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრი

პირისათვის არის დიპლომის შემდეგი საკვალიფიკაციო გამოცდის შედეგები. საქართველოს სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს მიერ განხორციელებული დიპლომის შემდეგი საკვალიფიკაციო გამოცდის 2020 წლის გაზაფხულის სესიის შედეგების მიხედვით, გამოცდა წარმატებით ჩააბარა აპლიკანტთა 49 პროცენტმა. ხოლო ცალკეული სამედიცინო სკოლის გათვალისწინებით, მხოლოდ ორი დანესებულების კურსდამთავრებულების წარმატების შედეგები აღემატებოდა 50 პროცენტს. საფაკულტეტო დონეზე კი ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი გამოცდაზე გასულ სტუდენტთა მხოლოდ 25 პროცენტის მიერ მიღებული დადებითი შედეგი იყო. აღსანიშნავია ისიც, რომ კვლევის ფარგლებში სამუშაო ჯგუფი დაუკავშირდა ინდოეთის, ნიგერიისა და შრი-ლანკის სამედიცინო საქმის მარეგულირებელ სააგენტოებს და გამოითხოვა ინფორმაცია საქართველოში სამედიცინო განათლება მიღებული აპლიკანტების შედეგები, თუმცა არცერთ მარეგულირებელს არ მოუწოდებია მსგავსი ინფორმაცია, რის გამოც ვერ მოხერხდა ამ მონაცემების ანალიზში ასახვა.

ილუსტრაცია N2 - აკრედიტაციისა სტანდარტები

1. საგანმანათლებლო პროგრამის მიზანი, სწავლის შედეგები და მათთან პროგრამის შესაბამისობა

- 1.1. პროგრამის მიზნები
- 1.2. პროგრამის სწავლის შედეგები

2. სწავლების მეთოდოლოგია და ორგანიზება, პროგრამის ათვისების შეფასების ადეკვატურობა

- 2.1. პროგრამაზე დაშვების წინაპირობები
- 2.2. პროგრამის სტრუქტურა და შინაარსი
- 2.3. პროგრამის კურსები
- 2.4. პრაქტიკული, სამეცნიერო/კვლევითი/შემოქმედებითი/საშემსრულებლო და ტრანსფერული უნარების განვითარება
- 2.5. სწავლება-სწავლის მეთოდები
- 2.6. სტუდენტთა შეფასება

3. სტუდენტთა მიღწევები, მათთან ინდივიდუალური მუშაობა

- 3.1. სტუდენტთა საკონსულტაციო მომსახურება
- 3.2. მაგისტრანტთა და დოქტორანტთა ხელმძღვანელობა

4. სწავლების რესურსებით უზრუნველყოფა

- 4.1. ადამიანური რესურსი
- 4.2. აკადემიური, სამეცნიერო და მონვეული პერსონალის პროფესიული განვითარება
- 4.3. მატერიალური რესურსი
- 4.4. პროგრამის/ფაკულტეტის/სკოლის ბიუჯეტი და პროგრამის ფინანსური მდგრადობა

5. სწავლების ხარისხის განვითარების შესაძლებლობები

- 5.1. შიდა ხარისხის შეფასება
- 5.2. გარე ხარისხის შეფასება
- 5.3. პროგრამის მონიტორინგი და პერიოდული შეფასება

Infobox 3. უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებების ავტორიზაციის სტანდარტები;

1. მისია და სტრატეგიული განვითარება 1.1 უსდ-ის მისია 1.2 სტრატეგიული განვითარება	2. ორგანიზაციული სტრუქტურა და მართვა 2.1 ორგანიზაციული სტრუქტურა 2.2 ხარისხის უზრუნველყოფის შიდა მექანიზმები და მართვა 2.3 ეთიკისა და კეთილსინდისიერების პრინციპების დაცვა	3. საგანმანათლებლო პროგრამები 3.1 საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავება და განვითარება 3.2 საგანმანათლებლო პროგრამის სტრუქტურა და შინაარსი 3.3 სწავლის შედეგების შეფასება	
4. პერსონალი 4.1. პერსონალის მართვა 4.2. აკადემიური, სამეცნიერო და მოწვეული პერსონალის დატვირთვა	5. სტუდენტები და მათი მხარდაჭერის ღონისძიებები 5.1. სტუდენტის სტატუსის მოპოვების, ცვლილებისა და განათლების აღიარების წესი და სტუდენტთა უფლებები 5.2. სტუდენტთა მხარდაჭერის ღონისძიებები	6. კვლევა, განვითარება ან/და სხვა შემოქმედებითი საქმიანობა 6.1 კვლევითი საქმიანობა 6.2 კვლევის მხარდაჭერა და ინტერნაციონალიზაცია 6.3. კვლევითი საქმიანობის შეფასება	7. მატერიალური, საინფორმაციო და ფინანსური რესურსები 7.1 მატერიალური რესურსი 7.2 საბიბლიოთეკო რესურსები 7.3 საინფორმაციო რესურსი 7.4 ფინანსური რესურსი

კვლევის მიზანი და ამოცანები

ზემოთ მოცემული ინფორმაციის გათვალისწინებით, წინამდებარე თემატური ანალიზის მიზანია სამედიცინო განათლების ხარისხის გარე უზრუნველყოფის ძირითადი ტენდენციების წარმოჩენა და მათი გაუმჯობესების გზების დასახვა.

კვლევის ამოცანაა, სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციის მიერ განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრის აღიარებისა და ახალი დარგობრივი მახასიათებლის ძალაში შესვლის შემდეგომ პერიოდში განხორციელებული შეფასებებისა საფუძველზე სამედიცინო განათლების (მათს შორის კლინიკური პრაქტიკის) ხარისხის გარე უზრუნველყოფის როგორც ძლიერი, ისე გასაუმჯობესებელი მხარეების იდენტიფიცირება და როგორც შესრულებული ანალიზის, ისე დაინტერესებული მხარეების პოზიციების გათვალისწინებით რეკომენდაციების შემუშავება სტანდარტებისა და შეფასების პროცედურების სამომავლო განვითარებისათვის. ამდენად, კვლევის ძირითადი საკვლევი კითხვებია:

- ხარისხის გარე უზრუნველყოფის ფარგლებში შემუშავებულ ანგარიშებზე/დასკვნებზე დაყრდნობით, როგორ შეიძლება აღინეროს ძირითადი ტრენდები ქართულ სამედიცინო განათლებაში? (RQ1)
- რა ძლიერი და გასაუმჯობესებელი მხარეებისა და საუკეთესო პრაქტიკების იდენტიფიცირებაა შესაძლებელი ქართული სამედიცინო განათლების ხარისხის შეფასებისას? (RQ2)
- რისი გაუმჯობესებაა შესაძლებელი ხარისხის უზრუნველყოფის სტანდარტებსა და/ან პროცედურებში სამედიცინო განათლების ხარისხის გამყარებისა და განვითარებისთვის? (RQ3)

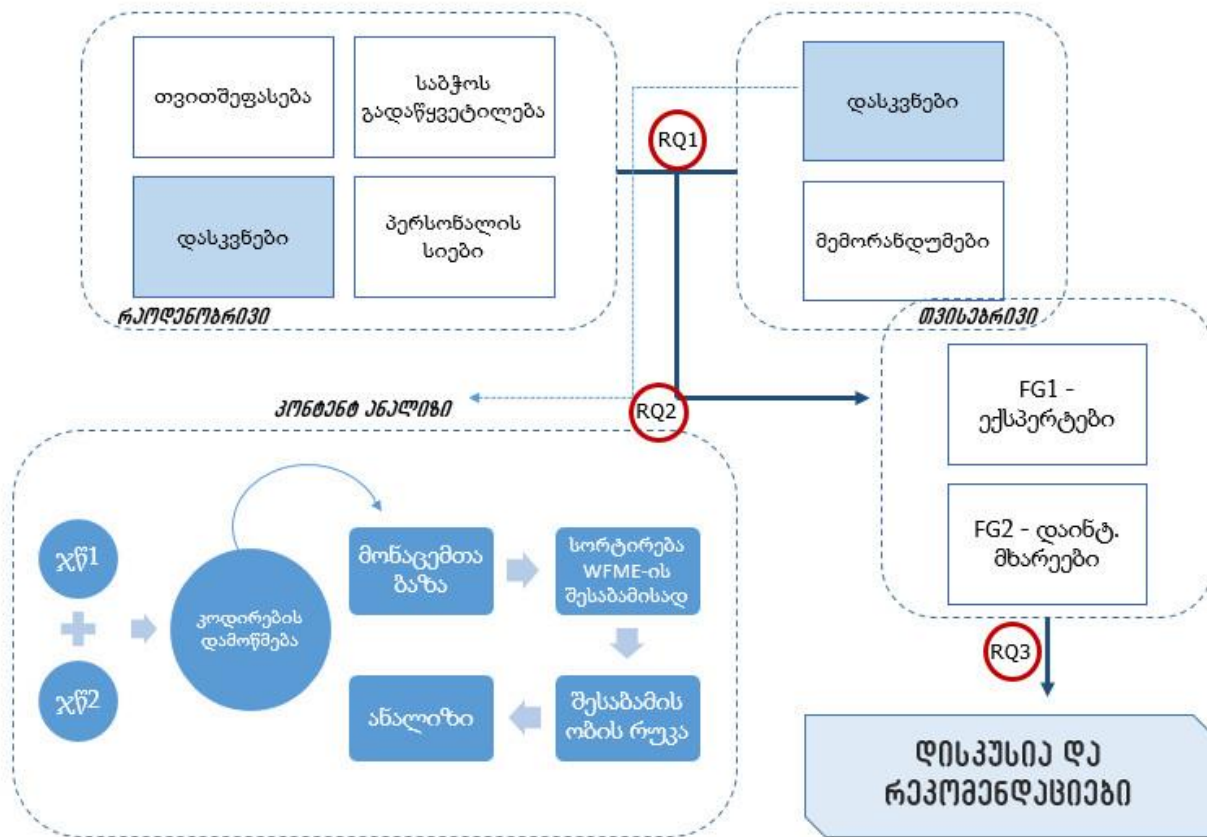
აღსანიშნავია, რომ მსგავსი ტიპის კვლევა სამედიცინო განათლების კონტექსტში პირველად ჩატარდა საქართველოში.

მეთოდოლოგია

კვლევის მიზნისა და ამოცანების გათვალისწინებით, სამუშაო ჯგუფის წევრებმა განერეს კვლევის ეტაპები და დააიდენტიფიცირეს ყველა ის საჭირო საინფორმაციო წყარო, რომლის მოკვლევა და გამოყენებაც აუცილებელი იყო თემატურ ანალიზზე მუშაობის პროცესში. სამუშაო ჯგუფის შეხვედრებზე შეთანხმდა ასევე თითოეულ ეტაპზე გამოსაყენებელი მონაცემთა დამუშავებისა და ანალიზის მეთოდოლოგია და განაწილდა შესასრულებელი აქტივობები. რეგულარული შეხვედრების გარდა, სამუშაო ჯგუფი პერიოდულად ამონმებდა ჯგუფის ცალკეული წევრების მხრიდან მიღწეულ პროგრესს, გასცემდა რჩევებს, უზრუნველყოფდა კვლევითი მექანიზმის თანმიმდევრულ გამოყენებას და კონსტრუქციული ვალიდობის შენარჩუნებას.

კვლევა მოიცავს როგორც რაოდენობრივ, ისე თვისებრივ ნაწილებს და ემყარება შერეულ მეთოდოლოგიას, რომელიც ყველაზე ნათლად დასკვნით ნაწილში, კერძოდ ფოკუს ჯგუფებისათვის მზადებასა და შემდგომ ანალიზში ვლინდება. ფოკუს-ჯგუფისათვის მზადება და ინტერვიუს გეგმის შემუშავება ემყარებოდა კვლევის წინარე რაოდენობრივ და თვისებრივ ნაწილებში მიღებული ინფორმაციის შედარებას და დამატებით გამოსაკვლევ საკითხების იდენტიფიცირებას. კვლევის სხვადასხვა ეტაპებიდან და მრავალფეროვანი წყაროებიდან მიღებული ინფორმაცია საბოლოოდ კიდევ ერთხელაა შეჯერებული დასკვნითი დისკუსიის კონტექსტში და გაცემულია შესაბამისი რეკომენდაციები. სრული მეთოდოლოგიური სურათი მოცემულია დიაგრამაზე N2.

თემატური ანალიზი - მეთოდოლოგიური რუკა



დიაგრამა N2 - პირველ საკვლევ კითხვაზე (RQ1) საპასუხოდ (იხ. კვლევის მიზანი და ამოცანები) გამოყენებულია როგორც რაოდენობრივი მიმოხილვა, ისე კონტენტ-ანალიზი და მემორანდუმებიდან დამუშავებული ინფორმაცია. მეორე საკვლევ შეკითხვაზე (RQ2) საპასუხოდ სამუშაო ჯგუფი დაყრდნობა ერთი მხრივ კონტენტ-ანალიზს და მეორე მხრივ ფოკუს-ჯგუფებიდან მიღებულ ინფორმაციას, რომლის საკითხები და შინაარსიც ეყრდნობოდა და ითვალისწინებდა ყველა წინა ეტაპს. რაც შეეხება მესამე საკვლევ კითხვას (RQ3), ფოკუს-ჯგუფში დაფიქსირებული პოზიციების გათვალისწინებითა და დისკუსიაში შეჭერებული მიგნებებსა და თვალსაზრისებზე დაყრდნობით, სამუშაო ჯგუფმა საბოლოოდ შეიმუშავა რეკომენდაციები დაინტერესებული მხარეებისთვის. თითოეული ეტაპის არსი და შესაბამისი წყაროების შერჩევისა თუ მათი დამუშავების მიზნობრიობა უფრო დეტალურად ქვემოთაა განხილული.

რაოდენობრივი მიმოხილვა. თემატური ანალიზის პირველ ეტაპზე განისაზღვრა რაოდენობრივი მიმოხილვის ნაწილში შესაკრები მონაცემები, რომლებიც მოძიებულ იქნა უმაღლესი საგანმანათლებლო პროგრამების თვითშეფასებებსა და მათ დანართ დოკუმენტაციაზე (მემორანდუმები, ხელშეკრულებები, პერსონალის ჩამონათვალი), აპელაციისა და აკრედიტაციის საბჭოების გადაწყვეტილებებზე, ექსპერტების მიერ მომზადებულ დასკვნებზე დაყრდნობით. ანალიზის ფარგლებში შესასწავლი დასკვნების განსაზღვრისას ჯგუფმა იმ მოცემულობით იხელმძღვანელა, რომ WFME-ის სტანდარტებთან ბმა დაწესებულებებს როგორც აკრედიტაციის ისე ავტორიზაციის კონტექსტში 2019 წლის

დასაწყისიდან ევალუბოდათ, რადგან ამ პერიოდიდან გაჩნდა 2018 წელს შექმნილ მედიცინის დარგობრივ მახასიათებელთან მედიცინის ერთსაფეხურიანი საგანმანათლებლო პროგრამების მორგების ვალდებულება, ეს უკანასკნელი კი დაფუძნებულია WFME-ის 2015 წლის სტანდარტზე საბაზისო სამედიცინო განათლებისათვის. შედეგად კვლევის რაოდენობრივ მიმოხილვაში ჩართულია 12 ერთსაფეხურიანი საგანმანათლებლო პროგრამის თვითშეფასების ანგარიში და დასკვნა. სწორედ ამ 12 პროგრამის შეფასება განხორციელდა 2019-2020 წლებში, რასაც ემატება 2 დაწესებულების ავტორიზაცია, რომლებიც ერთსაფეხურიან პროგრამებსაც ახორციელებენ, თუმცა ავტორიზაციის კონტექსტზე შედარებით დეტალური განმარტება დასკვნების კონტენტ-ანალიზის ნაწილში გაკეთდება.

ამჯერად, რაოდენობრივ მიმოხილვაში გათვალისწინებულია შემდეგი მონაცემები (საჭიროების შემთხვევაში, შინაარსობრივი კატეგორიები კოდირებულ იქნა რიცხობრივ მონაცემებად): პროგრამის სტატუსი, განხორციელების ენა, პერსონალის რაოდენობრივი მაჩვენებლები (აკადემიური, სამეცნიერო, მონვეული, უცხოელი, ადმინისტრაციული პერსონალი, მონვეული და აკადემიური პერსონალის თანაფარდობა, დენადობისა და სამეცნიერო მაჩვენებლები, პროგრამებს შორის პერსონალის ურთიერთგადაფარვის მაჩვენებლები), სტუდენტებისა და კურსდამთავრებულთა მაჩვენებლები ბოლო სასწავლო წელს (გამოცხადებული და შევსებული ადგილები, ჩარიცხვის მსურველი ადგილობრივი და საერთაშორისო სტუდენტები, აქტიური სტატუსის სტუდენტები, დასაქმების, შემდეგ საფეხურზე გადასვლისა და სასერტიფიკატო გამოცდის შედეგები), აკრედიტაციის დასკვნების რაოდენობრივი მაჩვენებლები (სტანდარტის კომპონენტებში დაწერილი შეფასებები, კომპონენტების მიხედვით გაცემული რეკომენდაციების, რჩევებისა და იდენტიფიცირებული საუკეთესო პრაქტიკების რაოდენობა, ანალიტიკური ნაწილის მოცულობა), საბჭოს გადაწყვეტილების სტატუსი და პრაქტიკის ობიექტებთან გაფორმებული მემორანდუმების/ხელშეკრულების რაოდენობები. აღნიშნულ მონაცემებზე დაყრდნობით, რაოდენობრივი მიმოხილვა მოიცავს მარტივ სიხშირეებს, თანაფარდობებს, ჯამურ და პროცენტულ განაწილებებს, ჩვენს ხელთ არსებული პროგრამების მახასიათებელ ძირითად აღმწერ ტრენდებს.

შესაბამისობის რუკა და კონტენტ-ანალიზი. კვლევის თვისებრივ ნაწილზე გადასასვლელად, თეორიულ მოცემულობასა და შინაარსობრივ შესაბამისობებზე დაყრდნობით, სამუშაო ჯგუფმა შეიმუშავა ინტერსექციული რუკა ერთი მხრივ, ლოკალური აკრედიტაციისა და ავტორიზაციის სტანდარტებსა და მეორე მხრივ, WFME-ის BME 2015 სტანდარტებს შორის. იმის გათვალისწინებით, რომ დასკვნების კონტენტ-ანალიზისათვის მთავარი წარმმართველი ჩარჩო WFME-ის სტანდარტები უნდა ყოფილიყო, ჯგუფმა სწორედ მისი კომპონენტები დაუკავშირა თანმიმდევრულად ქართული სტანდარტის კომპონენტებს (საჭიროების შემთხვევაში აღინიშნა კავშირი 2 ან მეტ კომპონენტთან), ხოლო იმ შემთხვევისთვის, სადაც WFME-ის კომპონენტი არ გადიოდა ცალსახად აკრედიტაციის რომელიმე კომპონენტზე, შესაბამისი კავშირი მონიშნულ იქნა ავტორიზაციის კომპონენტებთან. ეს იყო პირველადი სამუშაო, რათა ჯგუფს შესძლებოდა დასკვნების

ტექსტის კოდირებაზე გადასვლა და ამდენად, კოდებად სწორედ WFME-ის კომპონენტების ნომრები იქნა შერჩეული. თუმცა, უშუალოდ კოდირების დაწყებისას და ტექსტების უფრო ახლოს გაცნობის შემდგომ (მათ შორის იმის გამოც, რომ ექსპერტები მსჯელობაში შეიძლება ეხებოდნენ ერთდროულად რამდენიმე სტანდარტს და/ან არა ზუსტად იმ კომპონენტს, რომლის ქვეშაცაა განსახილველი ნარატივი მოცემული), ჯგუფმა კიდევ უფრო დახვეწა შესაბამისობების რუკა და ამდენად, კოდირების შემდგომ მიღებული სურათი გარკვეულწილად განსხვავდება საწყისი შესაბამისობებისგან. საბოლოო სურათი უფრო სიღრმისეულად წარმოაჩენს კავშირებს ადგილობრივ და WFME-ის სტანდარტებს შორის. კონტენტ-ანალიზის სტრუქტურულ ჩარჩოდ სწორედ კოდირების პროცესის საბოლოო პროდუქტი იქნა გამოყენებული. აღნიშნული პროდუქტის შედარებით კომპაქტური ვერსია, დაჯამებული არა კომპონენტების არამედ სტანდარტების მიხედვით, მოცემულია ცხრილში N1.

	W1	W2	W3	W4	W5	W6	W7	W8	W9
N1	38	36	9	6	13	14	24	8	9
N2	7	181	56	49	26	84	24	11	28
N3	0	10	2	48	1	12	2	1	2
N4	0	18	2	11	96	74	10	58	4
N5	2	14	4	4	1	9	81	14	25

ცხრილი N1 – სტანდარტების შესაბამისობის რუკა კონტენტ-ანალიზის დროს კომპონენტებს შორის დათვლილი ურთიერთმიმართებების სიხშირის მიხედვით (W = WFME; N = NCEQE აკრედიტაცია; ფერის სიმძლავრე მატულობს დადგენილ კავშირთა რაოდენობის შესაბამისად)

კოდირების პროცესში გათვალისწინებულია კომპონენტების ქვეშ არსებული ნარატივის ის ნაწილები, რომლებიც მოიცავდა ანალიტიკურ მიგნებებს, შემდეგ კი რჩევები, რეკომენდაციები და საუკეთესო პრაქტიკები WFME-ის შესაბამის კომპონენტებთან მიმართებაში. ჯგუფის გადაწყვეტილებით, ყველაზე ოპტიმალურად ჩაითვალია მიდგომა, რომ სტანდარტების ორ სისტემას შორის კონკრეტული ერთი კავშირის დადგენის სირთულის შემთხვევაში, დასკვნის ნაწყვეტს მინიჭებოდა მაქსიმუმ ორი კომპონენტის კოდი WFME-იდან, რომლებიც ყველაზე მეტად შეესაბამებოდა საკითხს. დასკვნის კოდირებას ახდენდა ჯგუფის ერთი წევრი, რასაც დამატებით ამოწმებდა კონკრეტულ დასკვნაზე მიმაგრებული კიდევ ერთი ზედამხედველი. ეს უკანასკნელი ამოწმებდა როგორც მინიჭებულ კოდებს ისე დასკვნის დანარჩენ ტექსტს და ამდენად, ერთი მხრივ, საჭიროების შემთხვევაში ახდენდა გამორჩენილი მიგნებების დამატებით კოდირებას და მეორე მხრივ, ამოწმებდა უკვე მინიჭებული კოდების ლოგიკურ შესაბამისობას. ამგვარი ორმაგი მეთვალყურეობის შემდგომ, აზრთა სხვადასხვაობის შემთხვევაში კონკრეტული პრობლემური საკითხი განიხილებოდა ჯგუფის დანარჩენ წევრებთან ერთად. კოდირების სამდონიანი სისტემის გამოყენებით მიღებული მონაცემები საჭიროებდა სისტემატიზაციას და ამდენად შეიქმნა მონაცემთა ბაზა, რომელშიც აღირიცხა პროგრამის ნომერი, ტექსტის ტიპი (ნარატივი, რჩევა, რეკომენდაცია, საუკეთესო პრაქტიკა), აკრედიტაციის კომპონენტი (საიდანაც მკვლევარმა აიღო კონკრეტული ნაწყვეტი), WFME-ის ერთი ან ორი შესაბამისი კომპონენტის კოდი

(რომელსაც მკვლევარმა წინა ეტაპზე აღებული ნაწყვეტი შეუსაბამა) და თავად ნაწყვეტი დასკვნის ტექსტიდან. სწორედ ამ შესაბამისობების დადგენის საშუალებით გახდა შესაძლებელი თვისებრივი მონაცემების ფილტრაცია WFME-ის 9 სტანდარტისა და მათი თითოეული კომპონენტის მიხედვით. ჯამში, იდენტიფიცირებულ იქნა 791 ინდივიდუალური ტექსტური ნაწყვეტი (341 ორმაგი და 450 ცალკეული კავშირით) და 1132 კომპონენტური კავშირი (რომელთაგან მხოლოდ რამდენიმე იქნა დისკვალიფიცირებული კვლევის ეტაპზე, კოდირებისას დაშვებული შეცდომის გამო).

მონაცემთა ბაზის საშუალებით, კონტენტ-ანალიზზე მუშაობისას მკვლევარს შესაძლებლობა ჰქონდა მოეყვანა WFME-ის ამა თუ იმ კომპონენტთან ადგილობრივი სტანდარტის შესაბამისობების სიხშირული მონაცემები, მოეხდინა იმის იდენტიფიცირება თუ რა ძირითადი თემები იკვეთება ნარატივში, რჩევებსა და რეკომენდაციებში, იყო თუ არა ტექსტში ნახსენები და განხილული მედიცინის დარგობრივი მახასიათებელი შესაბამის კომპონენტებში, რამდენად სიღრმისეულად იყო დაფარული WFME-ის კომპონენტები, მათ შორის ქვე-კრიტერიუმების (ძირითადი და ხარისხის სტანდარტების) გათვალისწინებით. იმ შემთხვევაში თუ კომპონენტებს შორის არ ჩანდა მკვეთრი შესაბამისობა, რაც ასევე ლოგიკური იყო აკრედიტაციის სპეციფიკიდან გამომდინარე, მკვლევარი იღებდა გადაწყვეტილებას თავდაპირველი შესაბამისობის რუკის გათვალისწინებით მოეკვლია რელევანტური საკითხი ახლა უკვე ავტორიზაციის დასკვნების ტექსტში (აღნიშნული გადაწყვეტილებების შესახებ მითითებულია კონტენტ-ანალიზის თავში, შესაბამის კომპონენტებში). ამდენად, ავტორიზაციის დასკვნები განხილულ იქნა კვლევისათვის საჭირო ინფორმაციის მოსაპოვებლად დამატებით, დამხმარე წყაროდ, თანაც იმის გათვალისწინებით, რომ ბოლო ორი წელიწადის მონაცემებით მხოლოდ 2 ასეთი დოკუმენტი ჰქონდა სამუშაო ჯგუფს ხელთ.

მემორანდუმების ანალიზი. კვლევის შემდგომ ეტაპზე, კლინიკური სწავლების ნაწილის უკეთ დასაფარად და გამოსაკვლევად, თემატურ ანალიზზე მომუშავე ჯგუფმა ყურადღება მიაპყრო პრაქტიკის ობიექტებთან ანუ კლინიკებთან და საავადმყოფოებთან გაფორმებულ ხელშეკრულებებსა და მემორანდუმებს. იმის გათვალისწინებით, რომ დოკუმენტების რაოდენობა ჯამში არის 288 და შეზღუდული დროიდან გამომდინარე ჯგუფი სრულად ვერ დაფარავდა მასალას, შემთხვევითად იქნა შერჩეული 5 მემორანდუმი თითოეული პროგრამისათვის და დამუშავდა ჯამში 60 ხელშეკრულება მათში მოცემული ინფორმაციის გადამოწმებით ისეთ საკითხებზე, როგორიცაა პრაქტიკის მიზნები, ხანგრძლივობა, კლინიკური დისციპლინები, სტუდენტთა რაოდენობა, კლინიკების მიერ გამოყოფილი სივრცეები და პერსონალი, ხელშეკრულების ხანგრძლივობა და სხვ.

ფოკუს-ჯგუფები. რაოდენობრივ მიმოხილვაზე, მემორანდუმებზე დაკვირვებითა და დასკვნების კონტენტ-ანალიზის შედეგად გამოიკვეთა დიდძალი ინფორმაცია, რომელთა ურთიერთშეჯერების საფუძველზე, ერთგვარი ტრიანგულაციის მიდგომით, დადგინდა გადასამოწმებელი და დამატებით გამოსაკვლავი საკითხები, რისი განხილვა და გადამოწმებაც შესაძლებელი იქნებოდა ფოკუს-ჯგუფის ფორმატში. ამ შემთხვევაში ფოკუს-ჯგუფი ატარებდა შემავსებელ, გადამოწმების, ამხსნელ და სარეკომენდაციო ფუნქციებს.

ჩატარდა ორი ფოკუს-ჯგუფი, რომელთათვისაც შეირჩა ჯგუფზე მორგებული ინტერვიუების გამკვლევი, თუმცა საკითხების ხედვის კუთხისა და თვალსაზრისების უფრო ცალსახად ილუსტრირებისთვის, ძირითადი, საერთო ფართო შეკითხვები გაუღერდა ორივე ჯგუფში. ექსპერტებთან სატელეფონო კონტაქტის შემდგომ, გაიმართა ფოკუს ჯგუფები დისტანციურ რეჟიმში, ონლაინ ჩართულობით. ერთი ჯგუფი შედგებოდა 7 აკრედიტაციის ექსპერტისგან, რომლებმაც მონაწილეობა მიიღეს ზემოაღნიშნული პროგრამების შეფასებაში (დარგის, დამსაქმებელი და სტუდენტი ექსპერტები), მეორე 6 წევრისგან შემდგარ ჯგუფს კი წარმოადგენდნენ სხვა დაინტერესებული მხარეები, მათ შორის აკრედიტაციის საბჭოს, დაწესებულებების მმართველი ადმინისტრაციისა და ხარისხის სამსახურის წარმომადგენლები. სამუშაო ჯგუფმა შეადგინა განხორციელებული ფოკუს ჯგუფის ტრანსკრიპტი. ფოკუს ჯგუფის შედეგები გამოყენებულ იქნა როგორც მიგნებების კრიტიკული ანალიზისას, ისე საბოლოო რეკომენდაციების შემუშავებაში. ფოკუს-ჯგუფის გამკვლევის გასაცნობად იხ. **დანართი N1**.

კვლევის ეთიკა უსდ-ები და შესაბამისი პროგრამები, პერსონალის ვინაობა და პრაქტიკის ობიექტების დასახელება დაშიფრულია მთელი კვლევის მასშტაბით. ფოკუს ჯგუფის დასაწყისში მონაწილეებს ეცნობათ კვლევის მიზნებისა და ფოკუს ჯგუფის ჩატარების ფორმატის შესახებ, მოდერატორებმა მათ აცნობეს, რომ შეხვედრის ჩანაწერი შეინახებოდა მომდევნო რამდენიმე კვირის მანძილზე ტრანსკრიპტის მომზადებისა და შემდგომი ანალიზისათვის და მასზე წვდომა ექნებოდათ მხოლოდ კვლევის ავტორებს, რომლებიც კვლევის დასასრულს ჩანაწერს ნაშლიდნენ. გარდა ამისა მონაწილეებს ეცნობათ, რომ მათი ვინაობა ისევე როგორც მათ მიერ ფოკუს-ჯგუფში ნახსენები მესამე (ფიზიკურ თუ იურიდიულ) პირთა ვინაობა დარჩებოდა კონფიდენციალურ ინფორმაციად და არ იქნებოდა ნახსენები ანალიზის გამოქვეყნებულ ნაწილში პირდაპირი ფორმით. საბოლოოდ, ჯგუფის მონაწილეებს ეცნობათ ფორმატის დეტალებსა და ფოკუს-ჯგუფის მოსალოდნელ ხანგრძლივობაზე. დაპირებისამებრ, ანალიზში შენარჩუნებულია მხარეთა კონფიდენციალობა, ჩანაწერი კი წაიშალა ანგარიშზე მუშაობის დასრულებისთანავე.

კვლევის შეზღუდვები და სამომავლო შესაძლებლობები. შეზღუდვების მხრივ, თემატური ანალიზის დროს მიღებული შედეგების ინტერპრეტაციისას გასათვალისწინებელია, რომ ჯგუფი ფოკუსირდა ბოლო ორი წლის მონაცემებზე, მოიცვა სამედიცინო პროგრამების დაახლოებით მესამედი და მხოლოდ ორი დაწესებულების ავტორიზაცია. ამდენად, გარკვეული მიგნებების სრული განზოგადება არ იქნება მართებული ქართულ სამედიცინო განათლებასთან მიმართებაში. მაგალითად, შედეგების განხილვის ნაწილში მკითხველი ნახავს, რომ აკადემიურ თავისუფლებასთან დაკავშირებული საკითხები თითქმის არაა დაფარული დასკვნებში, თუმცა ისევ და ისევ ბოლო ორი წლის განმავლობაში განხორციელებული ავტორიზაციის პროცესის რაოდენობის გათვალისწინებით, ეს არ გვაძლევს იმგვარი დასკვნის გაკეთების საფუძველს, რომ პრობლემა აუცილებლად სისტემურ დონეზეა მოცემული. გარდა ამისა, როგორც შესავალ ნაწილში აღინიშნა, 2020 წელს განახლდა WFME-ის BME სტანდარტები და იგეგმება ადგილობრივი დარგობრივი მახასიათებლის რევიზიაც. შესაბამისად, სამომავლო კვლევების დაგეგმვისას

გასათვალისწინებელი იქნება სწორედ აღნიშნული ჩარჩო დოკუმენტები და მათზე მორგებული საგანმანათლებლო პროგრამები და დაწესებულებები.

სამუშაო ჯგუფისთვის ყველაზე დიდი სირთულეს მაინც COVID-19 -ის პანდემიასთან დაკავშირებული გავრცელებასთან დაკავშირებული შეზღუდვები და ქვეყანაში შექმნილი მძიმე მდგომარეობა გახდა, რამაც მნიშვნელოვნად შეაფერხა სამუშაო პროცესი. ამავდროულად კონტექსტშია განსახილველი მაგალითად ფოკუს ჯგუფის ჩატარების საკითხი, როდესაც თანამედროვე ტექნოლოგიები ერთი მხრივ ამარტივებს მონაწილეთა შეკრებას, თუმცა დისტანციური რეჟიმისა და პერიოდული ტექნიკური შეფერხებების გამო ამცირებს სადისკუსიო სივრცის ერთგვაროვნებას და მოდერატორის კონტროლს.

შეზღუდული დროითი და ადამიანური რესურსების გამო, კვლევის ფარგლებში დაიფარა პრაქტიკის ობიექტებთან გაფორმებული ურთიერთთანამშრომლობის მემორანდუმების დაახლოებით მეხუთედი, თუმცა შემთხვევითი შერჩევის გათვალისწინებით სურათი საკმაოდ ერთგვაროვანია. სამომავლოდ შესაძლებელია სამედიცინო განათლებაში უშუალოდ კლინიკური სწავლების კომპონენტის გადრმავებული თემატური ანალიზი საქართველოს მასშტაბით, რაც შესაძლებელია ერთი მხრივ, სამთავრობო ინსტიტუტთა თუ უწყებათა (განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, შესაბამისი სსიპ-ები) და მეორე მხრივ, არასამთავრობო სექტორთან (საგანმანათლებლო დაწესებულებები, კლინიკები, საავადმყოფოები) თანამშრომლობით. ამასთანავე, სამომავლო კვლევის თვალსაზრისით ასევე შესაძლებელია ქართული სამედიცინო განათლების ეფექტურობის შესწავლა დიპლომის შემდეგი განათლებისა და დასაქმების პერსპექტივიდან, როგორც ადგილობრივი, ისე საერთაშორისო სტუდენტებისათვის.

სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციის 2015 წლის სტანდარტები საბაზისო სამედიცინო განათლებისათვის

2015 წლის რედაქცია

1. მისია და შედეგები

1.1. მისია

1.2. ინსტიტუციური ავტონომია და აკადემიური თავისუფლება

1.3. საგანმანათლებლო შედეგები

1.4. ჩართულობა მისიისა და შედეგების ფორმულირებაში

2. საგანმანათლებლო პროგრამა

2.1. პროგრამის ჩარჩო

2.2. სამეცნიერო მეთოდი

2.3. საბაზისო ბიოსამედიცინო მეცნიერებები

2.4. ქცევითი და სოციალური მეცნიერებები, სამედიცინო ეთიკა და იურისპრუდენცია

2.5. კლინიკური მეცნიერებები და უნარები

2.6. პროგრამის სტრუქტურა, შემადგენლობა და ხანგრძლივობა

2.7. პროგრამის მართვა

2.8. კავშირი სამედიცინო პრაქტიკასთან და ჯანდაცვის სექტორთან

3. სტუდენტთა შეფასება

3.1. შეფასების მეთოდები

3.2. კავშირი შეფასებასა და სწავლას შორის

4. სტუდენტები

4.1. სტუდენტთა მიღებისა და შერჩევის პოლიტიკა

4.2. სტუდენტთა მიღება

4.3. სტუდენტთა კონსულტაცია და მხარდაჭერა

4.4. სტუდენტთა წარმომადგენლობა

5. აკადემიური პერსონალი

5.1. რეკრუტირებისა და შერჩევის პოლიტიკა

5.2. პერსონალის აქტივობა და განვითარება

6. საგანმანათლებლო რესურსები

6.1. ფიზიკური რესურსები

6.2. კლინიკური სწავლების რესურსები

6.3. ინფორმაციული ტექნოლოგიები

6.4. სამედიცინო კვლევა და გრანტები

6.5. საგანმანათლებლო ექსპერტიზა

6.6. საგანმანათლებლო გაცვლა

7. პროგრამის შეფასება

7.1. პროგრამის მონიტორინგისა და შეფასების მექანიზმები

7.2. მასწავლებლისა და სტუდენტის უკუკავშირი

7.3. სტუდენტთა და კურსდამთავრებულთა საქმიანობა

7.4. დაინტერესებულ მხარეთა ჩართულობა

8. მართვა და ადმინისტრაცია

8.1. მართვა

8.2. აკადემიური ლიდერობა

8.3. საგანმანათლებლო ბიუჯეტი და რესურსების მოძიება

8.4. ადმინისტრაცია და მენეჯმენტი

8.5. სამედიცინო სექტორთან შეხება

9. უწყვეტი განახლება

რაოდენობრივი მაჩვენებლების მიმოხილვა

თემატურ ანალიზზე მომუშავე ჯგუფმა მოახდინა 12 უმაღლესი საგანმანათლებლო პროგრამის იდენტიფიცირება, რომელთაც აკრედიტაციის პროცესი 2019-2020 წლებში გაიარეს სამედიცინო განათლების განახლებული დარგობრივი მახასიათებლის დაკმაყოფილებით. კონტენტ-ანალიზის დაწყებამდე ჯგუფმა მნიშვნელოვნად მიიჩნია აღნიშნულ პროგრამებზე ხელმისაწვდომი საინფორმაციო წყაროების მოძიება (თვითშეფასების ანგარიშები, ექსპერტთა დასკვნები, საბჭოს გადანაცვები, პერსონალთა სიები, მემორანდუმები) და შესაბამისი რაოდენობრივი მაჩვენებლების მცირე ანალიტიკური მიმოხილვა აკრედიტაციის მთლიანი ციკლის გათვალისწინებით.

პერსონალი. 12 პროგრამიდან 4-მა პირველადი აკრედიტაცია გაიარა და საინტერესოა, რომ დანარჩენ 8-ში გვხვდება პროგრამები ორივე ენაზე, ქართულადაც და ინგლისურადაც, თუმცა ახალ აკრედიტაციაზე წარდგენილი 4-ვე პროგრამა არის ინგლისურენოვანი. ახალი პროგრამებიდან არცერთზე არ ირიცხება სამეცნიერო პერსონალი, აკადემიურის რაოდენობა კი თითოეული პროგრამისათვის საშუალოდ 33-ია. აფილირებული პერსონალის გადანაწილება ამ პროგრამებზე საშუალოდ 20-ია (თუმცა ამ მაჩვენებელს ზრდის ერთ-ერთი უსდ-ს მონაცემი, რომლის 39 აკადემიური პერსონალიდან 39-ვე აფილირებულია). ახალ პროგრამებზე ჯამში 133 აკადემიური პერსონალიდან დაახლოებით 60% აფილირებულია. მოწვეული პერსონალის რაოდენობა აღნიშნულ პროგრამებზე საშუალოდ 47-ია და 1.4-ჯერ აღემატება აკადემიურისას, აკადემიურსა და მოწვეულ პერსონალს შორის გვაქვს როგორც 1:1 ისე 1:2 თანაფარდობები. მიუხედავად იმისა, რომ პროგრამები ინგლისურენოვანია, სწავლაში ჩართული უცხოელი პერსონალი ახალი პროგრამებიდან მხოლოდ 2-ზე გვხვდება და მათი ოდენობა თითქმის ჩამოსათვლელია. ინსტიტუციებს შორის ყველაზე თვალშისაცემი განსხვავება ადმინისტრაციული პერსონალის ზომამი იკვეთება და 7-დან 104-მდე ვარიირებს. გამომდინარე იქიდან, რომ პროგრამები ახალია, პერსონალის დენადობის მაჩვენებლები ამ შემთხვევაში არაა მოცემული. პროგრამებზე მთლიანად პერსონალის რაოდენობა 71-91 ფარგლებში მერყეობს. სამეცნიერო მაჩვენებლების მხრივ, ორ პროგრამაზე ადგილობრივი მაჩვენებლები მცირედით ჭარბობს უცხოურს, ორზე კი საერთაშორისო მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად აღემატება ქართულს. ამ უკანასკნელთათვის სახასიათო ისაა, რომ პერსონალში მათ ჰყავთ უცხოელი მოწვეული სპეციალისტები და ადმინისტრაციული პერსონალის კონტინგენტი 5-ჯერ ნაკლებია წინა ორ ინსტიტუციასთან შედარებით. მთლიანობაში, 4 პროგრამისთვის საშუალოდ 178 სამეცნიერო მაჩვენებელი გვაქვს სახეზე (67 ქართული, 110 საერთაშორისო).

იმ 8 პროგრამიდან, რომლებიც უკვე ხორციელდებოდა აკრედიტებულ რეჟიმში, მხოლოდ ერთზე ირიცხება 3 სამეცნიერო პერსონალი, აკადემიურის რაოდენობა კი

თითოეული პროგრამისათვის საშუალოდ 43-ია. აფილირებული პერსონალის გადანაწილება ამ პროგრამებზე საშუალოდ 35-ია. პროგრამების ამ ნაწილისთვის აფილირების მაჩვენებელი უფრო მაღალია და 80%-ს აღემატება (ჯამში 344 აკადემიურ პერსონალი). მოწვეული პერსონალის რაოდენობა საშუალოდ 85-ია რვა პროგრამისთვის და აკადემიურ პერსონალს 2-ჯერ აღემატება (შეფარდებები ვარიირებს 1.8 - 4.2 ფარგლებში). პროგრამების ნახევარში გვხვდება რამდენიმე უცხოელი სპეციალისტიც, ძირითადად ინგლისურენოვან პროგრამებზე. ადმინისტრაციული პერსონალის ზომამი აქაც მრავალფეროვანი სურათი გვაქვს 10-დან 106-მდე. რვავე პროგრამაზე საშუალოდ 129 პერსონალი მოდის, პროგრამიდან პროგრამამდე ეს მაჩვენებელი 80-დან 170-მდე მერყეობს.

დენადობის მაჩვენებლის მნიშვნელობის აღქმა და გამოთვლის სქემა ინსტიტუციებს შორის მერყეობს და მათზე დანვრილებით მსჯელობა რთულია, რაც ნაწილობრივ შესაძლოა ცენტრის მხრიდან შესატყვისი ინსტრუქტაჟის ნაკლებობას უკავშირდებოდეს თვითშეფასების ანგარიშის შევსების კონტექსტში. თუ მხოლოდ იმ ოთხ პროგრამას გადავხედავთ, სადაც ანგარიშში ზუსტად აქვს მოცემული რამდენი აკადემიური და მოწვეული პერსონალი მიიღეს ან გაუშვეს ბოლო წლების განმავლობაში, ვნახავთ რომ უზარმაზარ რიცხვებზეა საუბარი. კერძოდ, ჯამურ 160 აკადემიურ პერსონალთან მიმართებით უნდა განვიხილოთ ბოლო წლებში დამატებული 136 და წასული 69 პერსონალი, ხოლო ჯამურ (4 პროგრამისთვის) 285 მოწვეულ პერსონალთან მიმართებაში უნდა განვიხილოთ ბოლო წლებში დამატებული 259 მოწვეული და 49 გაშვებული პერსონალი, - ეს ყველაფერი კი საერთო აღქმაში აჩენს კითხვის ნიშნებს პროგრამების მდგრადობასა და მათი განხორციელების ხარისხზე, სწავლის შედეგების მიღწევაზე და ა.შ.

რაც შეეხება ხელახალ აკრედიტაციაზე გასული პროგრამების (სულ 8) განმახორციელებელი პერსონალის სამეცნიერო მიღწევებს, ერთ-ერთი ინსტიტუციის ქართულ და ინგლისურენოვან პროგრამებზე საერთოდ არაა მოცემული ადგილობრივი თუ საერთაშორისო სამეცნიერო მაჩვენებლები. დანარჩენი 6 პროგრამის მაგალითზე თუ ვიმსჯელებთ, ჯამში 2503 სამეცნიერო მაჩვენებელი გვაქვს მოცემული (1235 ქართული, 1268 საერთაშორისო). ამ მხრივ პროგრამების უმეტესობაში ადგილობრივი მაჩვენებლები აღემატება უცხოურს, ხოლო იმ ორი პროგრამის განხორციელებაში, სადაც საერთაშორისო სამეცნიერო მაჩვენებელი მკვეთრად ჭარბობს ადგილობრივს, ოდნავ უფრო მეტი უცხოელი სპეციალისტია ჩართული და ორივე პროგრამა გამოირჩევა ადმინისტრაციული პერსონალის მინიმალური ოდენობით. ზუსტად ამგვარი მიგნება გვხვდება ახალი პროგრამების შემთხვევაშიც.

12 პროგრამაზე ჯამში 1208 პერსონალია, რომელთაგან უნიკალურია / არაგამეორებადია 614 პიროვნება, თუ მათ დავუმატებთ ისეთ პირებს, რომლებიც მხოლოდ ერთი და იგივე უსდ-ს (ორენოვან) პროგრამებზე მეორდებიან, გვეყოლება 740 პიროვნება ანუ ერთ შემთხვევაში პერსონალის 51% მხოლოდ კონკრეტულ პროგრამაზე მუშაობს, ხოლო გამონაკლისს თუ დავუშვებთ (1 უსდ - 2 პროგრამას არ ჩავთვლით გამეორებად) ეს

მაჩვენებელი გაიზარდა 61%-მდე. მაინც გამოდის, რომ მთლიანი პერსონალის მაჩვენებელიდან მინიმუმ 40% ორი ან მეტი პროგრამის განხორციელებაშია ჩართული; ხოლო თუ გავითვალისწინებთ, რომ ა) ამ სიებში შედის არა-დარგობრივი პერსონალიც და ბ) დაფარული 12 პროგრამის გარდა კიდევ ამდენივე სხვა ერთსაფეხურიანი სამედიცინო პროგრამები ხორციელდება ქვეყანაში, შეგვიძლია ვივარაუდოთ უხეში გათვლებით, რომ საქართველოს მთლიანი სამედიცინო აკადემიური პერსონალის ნახევარი მინიმუმ ორი პროგრამის განხორციელებაშია ჩართული.

251 პერსონალი მეორდება ჯამში 594-ჯერ ანუ თითოეული მათგანი საშუალოდ 2.4 პროგრამას ფარავს, ხოლო თუ ზედა გამოწვევის მიხედვით (1 უსდ - 2 პროგრამა) ჩამოვიშორებთ პერსონალის გარკვეულ ნაწილს (126 პირი), მაშინ გამოდის, რომ 125 პერსონალი მეორდება ჯამში 469-ჯერ და საშუალოდ 3.8 პროგრამას მიჰყვება სხვადასხვა დანესებულებაში. უფრო რომ დავკონკრეტდეთ, აღნიშნული 251 განმეორებადი პერსონალიდან 191-ია ისეთი, რომელიც ორ პროგრამაზე გვხვდება, 34-ია ვინც 3 პროგრამაზე გვხვდება, 19-ია ვინც 4 პროგრამაზე გვხვდება და 7-ია ვინც 5 პროგრამაზე გვხვდება.

სტუდენტები. წინამდებარე სექციაში განხილული იქნება სწორედ რეაკრედიტაციაზე გასული 8 საგანმანათლებლო პროგრამა, რამდენადაც სტუდენტების კონტინგენტის, მათი დასაქმებისა და სასერტიფიკატო გამოცდების გადალახვის მაჩვენებლები არ გვაქვს მოცემული ახალი პროგრამებისთვის. ამ პროგრამებიდან 3 არის ქართულენოვანი, დანარჩენი კი ინგლისურ ენაზე ხორციელდება. ქართული პროგრამებიდან მხოლოდ ერთზეა ბოლო წელს ჩარიცხვის მსურველ უცხოელ პირთა რაოდენობა მითითებული (ჩაირიცხა 14-ვე მსურველი). რაც შეეხება ინგლისურენოვან 5 პროგრამას, მათგან სამზე ბოლო წელს ჩარიცხვა საერთოდ არ იყო გამოცხადებული ადგილობრივ დონეზე და ექსკლუზიურად მხოლოდ უცხოელი სტუდენტები მიიღეს. ზოგადად, მონაცემებზე დაკვირვებით ჩანს, რომ პროგრამების ნაწილი ზოგ წელს მხოლოდ ქართული კონტიგენტისთვის აცხადებს მიღებას, მომდევნო წელს კი მხოლოდ საერთაშორისო სტუდენტთათვის. 3 დანესებულების შემთხვევაში სტუდენტების ორივე კატეგორიისთვის იყო ბოლო წელს გამოცხადებული ვაკანტური ადგილები, მათგან ერთ-ერთზე კი გამოცხადებულზე ორჯერ მეტი სტუდენტი მიიღეს უცხოელი სტუდენტების დამატებით. უსდ-სგან მოწოდებული ინფორმაციის მხრივ იკვეთება გამოცხადებული ადგილების რაოდენობასთან დაკავშირებით სიცხადისა და გამჭვირვალობის ნაკლებობა, არ ჩანს ერთიანი მიდგომა, ადგილების რაოდენობაში თვლიან ადგილობრივ და საერთაშორისო კონტიგენტს ერთად თუ რომელიმე ერთს, მაგალითად, ერთ შემთხვევაში დანესებულება უთითებს, რომ გამოცხადებული ადგილების რაოდენობა არის 0, მასზე არ ჩარიცხულა ქართველი სტუდენტი და პარალელურად ვხედავთ უცხოელ სტუდენტთა ჩარიცხვის მაჩვენებლებს ასეულობით, მეორე შემთხვევაში კი მოცემული რიცხვი იტევს როგორც ქართველთა ისე უცხოელთა რაოდენობას. ამგვარი სურათია 3 პროგრამის შემთხვევაში (ადგილობრივი მიღება - 0) და მათგან ერთ-ერთ კერძო უნივერსიტეტს ბოლო წელს არ

გამოუცხადებია მიღება, თუმცა წინა 2017-2018 სასწავლო წელს ერთიანად 900-ზე მეტი უცხოელი მსურველი ჩარიცხეს პროგრამაზე.

უსდ-ებს ბოლო წელს გამოცხადებული ჰქონდათ მიღება ჯამში 261 ადგილზე (ინსტიტუციების მიხედვით ვარირებს 15-დან 120-მდე), თუმცა როგორც ზემოთ უკვე აღინიშნა, ბუნდოვანია ეს რიცხვი ზუსტად რას მოიცავს და რას არა. იმ 6 პროგრამიდან, რომლებმაც უცხოელებისთვისაც გამოაცხადეს მიღება, მხოლოდ ორი გამოწვევისაა, როდესაც ჩარიცხვის მსურველ უცხოელთა რაოდენობაზე ნაკლები იყო უცხოელ პირთა მიერ რეალურად შევსებული ადგილების რაოდენობა. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ განსახილველი პროგრამების უმეტესობაზე დაწესებულება ფაქტობრივად არ იყენებს ფილტრაციის მექანიზმს და უკლებლივ ყველა მსურველს იღებს სასწავლებლად. იმ 5 პროგრამისათვის, სადაც ბოლო წელს ადგილობრივი ნაკადისთვისაც ჰქონდათ გამოცხადებული მიღება, ჩარიცხვის მსურველთა ჯამური რაოდენობა საშუალოდ 5-ჯერ აღემატება ადგილების რაოდენობას, თუმცა იმ აბიტურიენტების რაოდენობა, რომლებმაც აღნიშნული დაწესებულებები პირველ პრიორიტეტად მიუთითეს სიაში, თითქმის ემთხვევა გამოცხადებულ ადგილებს. რეალური კონკურენცია მხოლოდ ერთ პროგრამაზე შეიმჩნევა, სადაც მსურველთა რაოდენობა 3-ჯერ აღემატება მისაღებ ადგილებს, სხვების შემთხვევაში პრიორიტეტულ მსურველთა რაოდენობა ნაკლებიც კია გამოცხადებულ ადგილებზე. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ამ პროგრამებზე ბოლო წელს ჩარიცხულ უცხოელ და ადგილობრივ სტუდენტთა რაოდენობები თითქმის თანაბარია. თუ წინა აბზაცის ბოლოს ნახსენებ გამოწვევის არ ჩავთვლით, უცხოელთა მიღება იმ პროგრამებზე სადაც ექსკლუზიურად მხოლოდ უცხოელთათვის გამოყვეს ადგილები, დაახლოებით 1.5-ჯერ აღემატება მიღებულ უცხოელ სტუდენტთა რაოდენობას იმ პროგრამებისთვის, სადაც ორივე კონტიგენტი იქნა დაშვებული. მთლიანობაში, ბოლო წელს მიღებულ უცხოელ სტუდენტთა რაოდენობა საშუალოდ 3-ჯერ მეტია მიღებულ ადგილობრივ სტუდენტთა რაოდენობაზე. მნიშვნელოვანია გვახსოვდეს, რომ ეს მონაცემები მხოლოდ სააკრედიტაციო განაცხადის წარდგენისა და აკრედიტაციისათვის მოსამზადებელ პერიოდს უკავშირდება და წინამდებარე ანგარიში არ მოიცავს იმ ინფორმაციას თუ რამდენად გაიზარდა ან შემცირდა მიღება პროგრამებზე აკრედიტაციის მიღების შემდგომ ან ზოგადად რა მდგომარეობა იყო ამ მხრივ წინა წლებში.

6 ინსტიტუციის 8 საგანმანათლებლო პროგრამიდან (2 დაწესებულება ორივე ენაზე ახორციელებს დიპლომირებული მედიკოსის პროგრამებს) თითოეულზე საშუალოდ 363 სტუდენტი სწავლობს, ჯამში 2905 აქტიური სტუდენტით, ხოლო კურსდამთავრებულები ჯერ მხოლოდ 3 პროგრამას ჰყავს. ეს უკანასკნელი იმით აიხსნება, რომ პროგრამებიდან ბევრმა პირველადი აკრედიტაცია 5 წლიანი ვადით მიიღო, ხოლო დიპლომირებული მედიკოსის საგანმანათლებლო პროგრამები 360 ECTS კრედიტით როგორც წესი 6 წლის მანძილზე ითვრება. ამ სამი პროგრამიდან ერთი ქართულია, ორი კი ინგლისურენოვანი. კურსდამთავრებულთა დასაქმების მაჩვენებელი საშუალოდ 76%-ია, პროფესიით

დასაქმების 70%¹², შემდეგ საფეხურზე სწავლის გაგრძელების კი 71%, ხოლო სასერტიფიკატო გამოცდაზე გასულთა და ზღვარგადალახულთა რიცხვი შესაბამისად საშუალოდ 75% და 70%-ია. პროფესიით დასაქმებისა და სასერტიფიკაციო გამოცდაზე წარმატების მიღწევის მაჩვენებლები ჭარბობს ინგლისურენოვანი პროგრამის შემთხვევაში, თუმცა ამ მონაცემების განზოგადება არ ღირს მხოლოდ 2-3 პროგრამის მაგალითზე მსჯელობით, თანაც კურსდამთავრებულთა რაოდენობა ჯერჯერობით თითზე ჩამოსათვლელია.

რვავე პროგრამისთვის აქტიური სტუდენტების რაოდენობა საშუალოდ 3-ჯერ აღემატება პროგრამის განმახორციელებელი სრული პერსონალის რაოდენობას, მათ შორის აკადემიურ პერსონალს კი საშუალოდ 9.4-ჯერ აღემატება. სრულ პერსონალთან მიმართებაში მხოლოდ ორი პროგრამაა ისეთი, რომელთაც უფრო მეტი პერსონალი ჰყავთ ვიდრე სტუდენტები, სხვა მხრივ კი გვაქვს ისეთი შემთხვევები, როდესაც აქტიური სტუდენტების რაოდენობა მთლიან პერსონალს 4-ჯერ ან 6-ჯერ, აკადემიურს კი 16-ჯერ ან 23-ჯერ აღემატება, რაც განსაკუთრებით ინგლისურენოვან პროგრამებზე შეიმჩნევა.

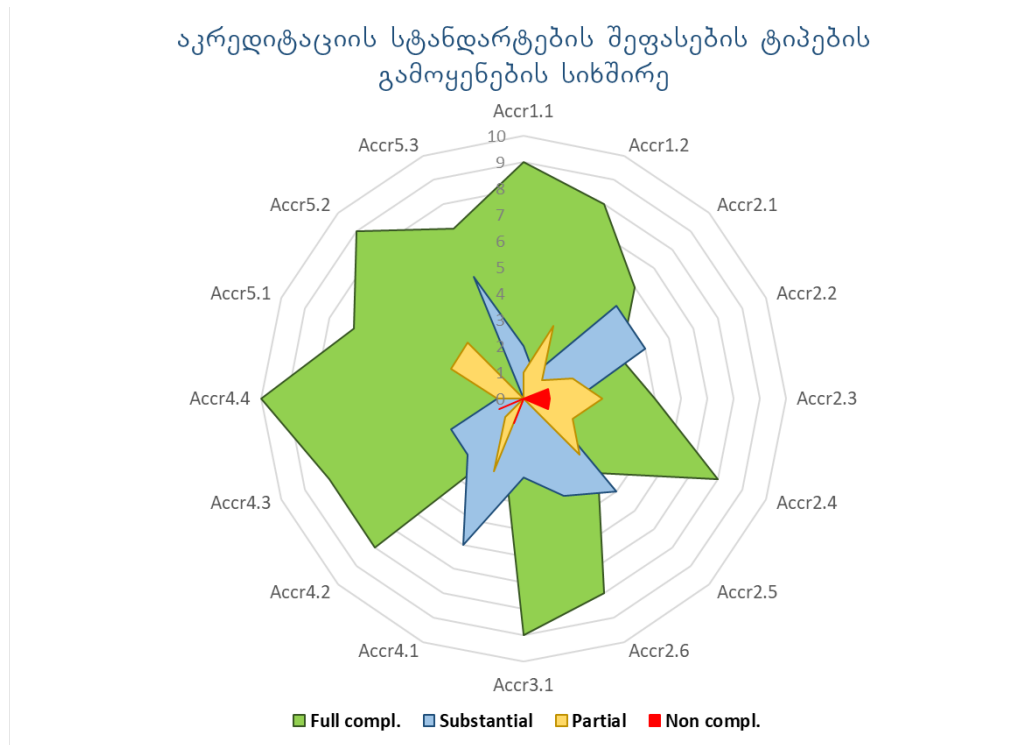
სტანდარტის შეფასებები. 12 საგანმანათლებლო პროგრამის გასწვრივ დანერგილი შეფასებებიდან ჩანს რომ აკრედიტაციის სტანდარტების 16 კომპონენტიდან 6-ის საშუალო შეფასებაა „სრული“ შესაბამისობა, 10-ისა კი „მეტწილი“. სტანდარტების მხრივ, პირველი და მესამე სტანდარტები საშუალოდ შეფასებულია, როგორც „სრული“ შესაბამისობა, დანარჩენი კი „მეტწილად“.

შეფასების ტიპების განაწილების სიხშირეს თუ დავაკვირდებით (იხ. დიაგრამა N3) კომპონენტების მიხედვით, ვნახავთ რომ აკრედიტაციის 1.1, 1.2, 2.4, 3.1, 4.2, 4.3, 4.4 და 5.2 სტანდარტებში ძირითადად ვხვდებით „სრულ“ შესაბამისობებს. „მეტწილ“ შესაბამისობას კომპონენტებში ყველაზე მეტად ვხვდებით 2.1, 2.2, 2.5, 4.1 და 5.3-ის შემთხვევაში, „ნაწილობრივ“ შესაბამისობას კი - 1.2, 2.3, 2.5, 4.1, 5.1 და 5.2 სტანდარტებთან. „არაა შესაბამისობაში“ ყველაზე იშვიათადაა დაფიქსირებული მე-2 და მე-4 სტანდარტებში.

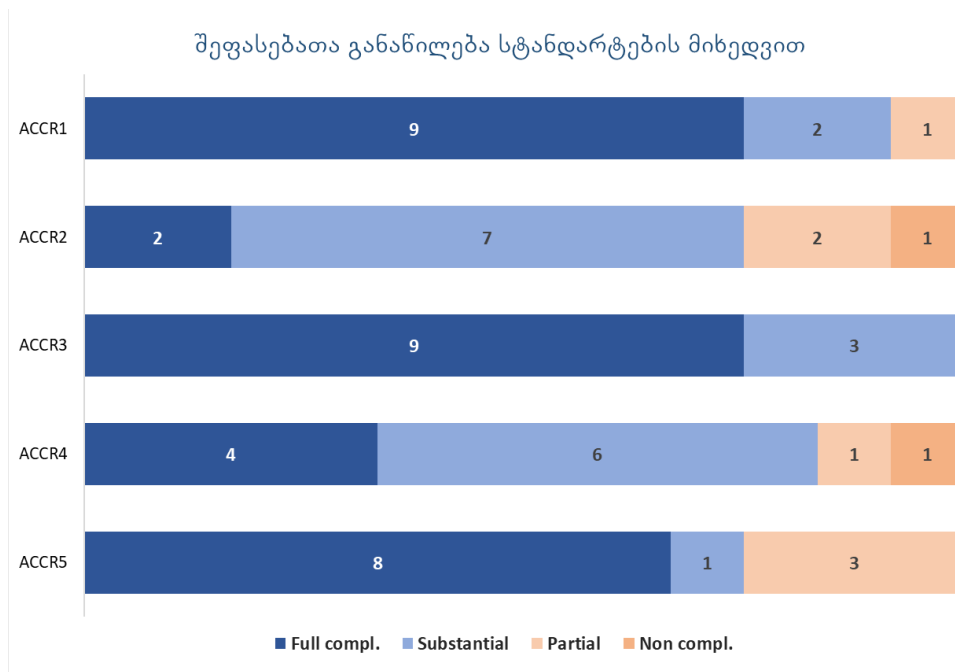
რაც შეეხება სტანდარტის საბოლოო შეფასებას (იხ. დიაგრამა N4), 1-ლ, მე-3 და მე-5 სტანდარტებში ყველაზე ხშირად ვხვდებით „სრულ“ შესაბამისობას, მე-2 და მე-4 სტანდარტებში კი „მეტწილს. მე-3 სტანდარტში საერთოდ არ გვხვდება „ნაწილობრივი“ შესაბამისობა ან შეუსაბამობა, ასევე „ნაწილობრივი“ შესაბამისობა გვხვდება მხოლოდ მე-2 და მე-4 სტანდარტებში და ისიც თითოჯერ. ყველაზე მეტად „მეტწილი“ შესაბამისობა გვხვდება მე-5 სტანდარტში, ხოლო კუმულაციურად ყველაზე დაბალი შეფასებები საერთო ჯამში მე-2 სტანდარტში იწერება.

¹² მოცემულ ეტაპზე არ გვაქვს ინფორმაცია, იგულისხმება თუ არა დანესებულების მხრიდან თვითშეფასების ანგარიშში მითითებულ სტატისტიკაში დასაქმების მაჩვენებლად სწავლების რეზიდენტურაში გაგრძელება

სსიპ - განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრი

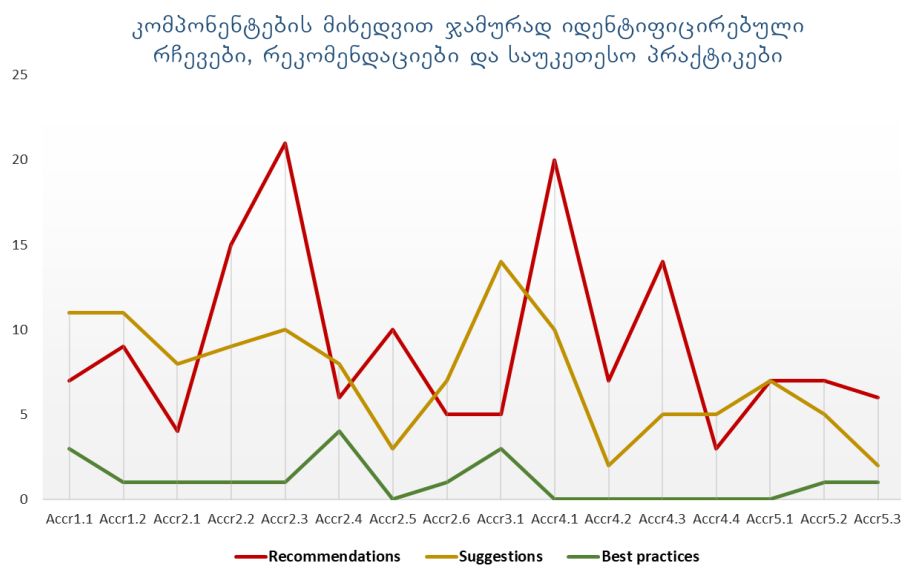


დიაგრამა N3 - სურათზე მოცემულია ცენტრის სტანდარტებთან პროგრამის შესაბამისობის შესაფასებელი ოთხი დონის გამოყენების სიხშირე კომპონენტების მიხედვით (კომპონენტების აღწერისთვის იხილეთ საინფორმაციო დაფა შესავლის ნაწილში).



დიაგრამა N4 - სურათზე მოცემულია ცენტრის სტანდარტებთან პროგრამის შესაბამისობის ოთხი დონის გამოყენების სიხშირე (სტანდარტების აღწერისთვის იხილეთ საინფორმაციო დაფა შესავლის ნაწილში).

სტანდარტის კომპონენტების უმრავლესობაში საშუალოდ მხოლოდ ერთი ან ორი რეკომენდაციაა გაცემული. ყველაზე მეტად ექსპერტები რეკომენდაციას გასცემენ 2.3 (ჯამში 21) და 4.1 (ჯამში 20) სტანდარტებში, შემდეგ სიხშირით მოდის 2.2 (ჯამში 15) და 4.2 (ჯამში 14) სტანდარტები. ყველაზე ნაკლები რეკომენდაცია გაცემულია 2.1 (ჯამში 4) და 4.4 (ჯამში 3) კომპონენტებში. რაც შეეხება რჩევებს, ექსპერტები მათ ყველაზე მეტად გასცემენ მე-3 (14) და პირველ (ჯამში 22) სტანდარტებში, შემდეგ სიხშირით მოდის ისევ 2.3 და 4.1 კომპონენტები, ყველაზე ნაკლები რჩევა კი გაცემულია 4.2 და 5.3 სტანდარტებში. საუკეთესო პრაქტიკები იშვიათად თუმცა მაინც იდენტიფიცირებულია 1.1, 2.4 და 3.1 კომპონენტებში, სხვა მხრივ სტანდარტებში მათი მოცემულობა თითქმის ნულოვანია. 12 საგანმანათლებლო პროგრამისათვის სტანდარტის მიხედვით დაჯამებული რეკომენდაციების, რჩევებისა და საუკეთესო პრაქტიკების უფრო მარტივი ილუსტრაციისთვის, შეგიძლიათ იხილოთ დიაგრამა N5. სურათზე დამატებით ისიც ჩანს, რომ პირველ სტანდარტში, მეორე სტანდარტის 2.1, 2.4 და 2.6 კომპონენტებში, მე-3 სტანდარტსა და მეოთხე სტანდარტის 4.4 კომპონენტში გაიცემა უფრო მეტი რჩევა ვიდრე რეკომენდაცია, სხვაობა განსაკუთრებით თვალშისაცემია მე-3 სტანდარტისთვის. ასევე 2.3 და 4.1 კომპონენტებში მაღალია როგორც რჩევების, ისე რეკომენდაციების რაოდენობა, 5.1-ში კი მათი მოცემულობა ფაქტობრივად თანაბარია. თუ N5 სურათზე რეკომენდაციის ხაზის პიკურ წერტილებს N3 სურათს დავადარებთ, ვნახავთ რომ 2.2, 2.3, 2.5 და 4.1 სტანდარტებში შეფასების სპექტრი ვარიანტებს ანუ გვაქვს „მეტწილი“ და „ნაწილობრივი“ შესაბამისობები და გაცემული რეკომენდაციების რაოდენობაც სჭარბობს რჩევებისას. თუმცა საინტერესოა, რომ იგივე ტრენდი არ ვრცელდება 4.2, 4.3, 5.2 და 5.3 კომპონენტებზე, სადაც რეკომენდაციების რაოდენობა ასევე სჭარბობს რჩევებს, თუმცა კომპონენტების შეფასებად ექსპერტთა მხრიდან უმეტესწილად დაფიქსირებულია „სრული“ შესაბამისობა.



დიაგრამა N5 - სურათზე მოცემულია 12 საგანმანათლებლო პროგრამის ფარგლებში გაცემული რჩევების, რეკომენდაციებისა და საუკეთესო პრაქტიკების რაოდენობრივი განაწილება სტანდარტის

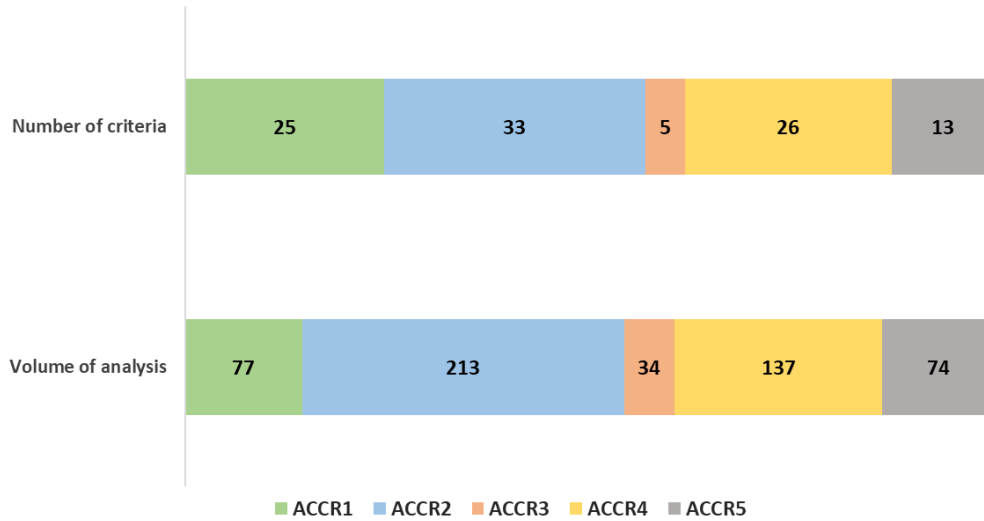
კომპონენტების მიხედვით (კომპონენტების აღწერისთვის იხილეთ საინფორმაციო დაფა შესავლის ნაწილში).

დასკვნებში მსჯელობის ნარატიული ნაწილის მოცულობის დასადგენად, გამომდინარე იქიდან, რომ დოკუმენტები სხვადასხვა ფორმატშია წარმოდგენილი, ზოგი მათგანი კი სკანირებული ვერსიაა, გამოყენებულ იქნა ტექსტში ხაზების რაოდენობა. ამრიგად, ყველაზე მოცულობითი მსჯელობა გვაქვს 1.2 (საშუალოდ 43 ხაზი), 2.2 (საშუალოდ 54 ხაზი) და 4.1 (საშუალოდ 53 ხაზი) კომპონენტებში, მსჯელობის ყველაზე მცირე ნაწილები კი მოდის 4.4 (საშუალოდ 18 ხაზი) და 5.2 (საშუალოდ 16 ხაზი) სტანდარტებზე. მარტივი კორელაციური ანალიზით იკვეთება, რომ კომპონენტური მსჯელობის მოცულობა პოზიტიურ და ძლიერ თანხვედრაშია აკრედიტაციის სტანდარტების კომპონენტებში შემავალი კრიტერიუმების ოდენობასთან¹³ და საშუალო სიძლიერის პოზიტიური კორელაციაა მოცულობასა და გაცემული რეკომენდაციების რაოდენობას შორისაც. მოულოდნელი არ იქნებოდა მსგავსი კავშირის დადგენა კრიტერიუმებისა და გაცემული რეკომენდაციების რაოდენობას შორისაც, თუმცა ამ შემთხვევაში კორელაცია არ გამოდგა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი¹⁴. არ იკვეთება რაიმე სახის კავშირი გაცემული რჩევებისა და რეკომენდაციების რაოდენობებს შორისაც. კომპონენტთა კრიტერიუმებისა და დასკვნის მსჯელობითი ნაწილის მოცულობების სტანდარტის ჭრილში შედარება შეგიძლიათ იხილოთ დიაგრამაზე N6, რომელზეც ჩანს, რომ დასკვნებში მე-3, მე-4 და მე-5 კომპონენტების მსჯელობის მოცულობა თითქმის 1:1 ფარდობაშია შესაბამის კრიტერიუმების რაოდენობასთან, პირველ სტანდარტთან დაკავშირებული მსჯელობა კი არაა საკმარისად რეპრეზენტატიული, სანაცვლოდ ამ მხრივ სიჭარბე გვაქვს მე-2 სტანდარტთან დაკავშირებულ მსჯელობაში.

¹³ 2.6 და 4.2 კომპონენტებში არაა გათვალისწინებული სადოქტორო საფეხურთან დაკავშირებული კრიტერიუმების რაოდენობა.

¹⁴ კორელაცია: ა) მსჯელობის მოცულობა და კომპონენტების კრიტერიუმები - $r_s = 0.79$, $p < .01$; ბ) მსჯელობის მოცულობა და რეკომენდაციების რაოდენობა - $r_s = 0.62$, $p < .05$ (მსგავს შედეგს მივიღებთ მაშინაც თუ ანალიზს არა კომპონენტების, არამედ პროგრამების მიხედვით გავყვებით, - კერძოდ, რაც უფრო მოცულობითია დასკვნაში მსჯელობა მით მეტი რეკომენდაციაა შესაბამისად გაცემული, $r_s = 0.74$, $p < .01$).

აკრედიტაციის სტანდარტების კრიტერიუმების რაოდენობისა და
დასკვნების მსჯელობითი ნაწილის მოცულობის შეფარდება



დიაგრამა N6 - სურათზე მოცემულია სტანდარტის კომპონენტებზე განერილი კრიტერიუმებისა და დასკვნებში შესაბამისი ტექსტის ხაზობრივი დათვლის რაოდენობების შეფარება.

12 საგანმანათლებლო პროგრამიდან თითოეულზე საშუალოდ 12 რეკომენდაცია მოდის, თუმცა გვაქვს დიდი ვარიაცია, გვხვდება ისეთი პროგრამებიც, რომლებზეც საერთოდ არაა გაცემული რეკომენდაცია, ერთ-ერთზე კი ჯამში 34 რეკომენდაციაა გაცემული. რჩევების მხრივ უფრო ერთგვაროვანი სურათი გვაქვს და თითო პროგრამაზე საშუალოდ 10 რჩევა მოდის. საბოლოო შეფასებით, პროგრამების უმეტესობას უწევდა სრული აკრედიტაცია (ანგარიშით ან მის გარეშე), მხოლოდ ერთს უწევდა პირობითი აკრედიტაცია ან აკრედიტაცია მონიტორინგით, სამს კი უარი აკრედიტაციაზე (ან მინიჭებული აკრედიტაციის გაუქმება). ბოლო შემთხვევაში, სამივე პროგრამაზე უდანესებულებამ სააპელაციო საბჭოს მიმართა, რის შემდეგაც აკრედიტაციის საბჭომ მხოლოდ ერთ შემთხვევაში დატოვა საკუთარი პირვანდელი გადაწყვეტილება ძალაში, ორ შემთხვევაში კი გასცა პირობითი აკრედიტაცია ან აკრედიტაცია მონიტორინგით.

მემორანდუმების ანალიზი

კვლევის ფარგლებში სამუშაო ჯგუფმა შეისწავლა 2019-20 წლებში აკრედიტებული მედიცინის ერთსაფეხურიანი საგანმანათლებლო პროგრამების ფარგლებში დადებული მემორანდუმები კლინიკებთან, რომლებშიც კლინიკური სწავლება უნდა განხორციელდეს. გამომდინარე იქიდან, რომ ჯგუფის მიერ შესწავლილი 12 დასკვნა ეხებოდა 10 უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებას, შერჩეულ იქნა 5 მემორანდუმი თითოეულ პროგრამაზე, ხოლო 2 დაწესებულების შემთხვევაში, რომელთა ორ-ორ პროგრამაზეც იყო დასკვნები დაწერილი, შესაბამისად შეირჩა 10-10 მემორანდუმი. მემორანდუმების ანალიზისას ჯგუფი ხელმძღვანელობდა შემდეგი კითხვების მიხედვით:

არის თუ არა განსაზღვრული მემორანდუმში/ხელშეკრულებაში:

- პრაქტიკის მიზნები, შედეგები და ის კლინიკური დისციპლინები, რომლებშიც პრაქტიკას გაივლიან სტუდენტები.
- პრაქტიკის ხანგრძლივობა;
- სტუდენტთა რაოდენობა, რომლის მისაღებადაც მზადაა კლინიკა;
- პრაქტიკაში ჩართული კლინიკის პერსონალის განსაზღვრა;
- კლინიკური სივრცის იმ ნაწილების მაგ. სასწავლო ოთახები, სალექციო აუდიტორია, განსაზღვრა, რომლითაც ისარგებლებენ პრაქტიკისას სტუდენტები;
- მემორანდუმის ხანგრძლივობა და გაგრძელების პირობები;

მემორანდუმების უმრავლესობაში წინასწარ არ არის განსაზღვრული კლინიკურ პრაქტიკაზე მისაღებ სტუდენტთა რაოდენობა და არც პრაქტიკის ჯგუფების სიდიდეა დადგენილი. რიგ შემთხვევებში არსებობს პუნქტები, რომლის ფარგლებშიც განსაზღვრულია, რომ დაწესებულება წინასწარ აცნობებს სტუდენტთა რაოდენობას კლინიკას. ხაზგასასმელია, რომ თითქმის ყველა მემორანდუმი შეიცავს საფასურის ნაწილს, რომელსაც დაწესებულება გადაუხდის კლინიკას პრაქტიკის განხორციელებისათვის.

მემორანდუმების უმრავლესობაში განსაზღვრულია პრაქტიკის მიზანი და შედეგები, რომელიც პირდაპირაა მოთხოვნილი აკრედიტაციის სტანდარტების 2.4 კომპონენტით, თუმცა ნაკლებად გვხვდება მემორანდუმების უმრავლესობაში იმ სპეციფიკური კლინიკური დისციპლინების განსაზღვრა, რომლებშიც სტუდენტები გაივლიან პრაქტიკას და რომელიც რეალურად ძალიან მნიშვნელოვანია პრაქტიკის შინაარსობრივი დაგეგმვისას. განსაკუთრებით ნაკლებად ვხვდებით ასეთ კონკრეტიზაციას დიდ, მრავალპროფილიან კლინიკებთან დადებულ მემორანდუმებში. თავად პრაქტიკის მიზნები და შედეგები კი როგორც წესი ძალიან ზოგადადაა ჩამოყალიბებული და ძნელია რაიმე კონკრეტული ტიპის ინფორმაციის ამოკითხვა. ასევე, თითქმის არცერთ მემორანდუმში არ არის განსაზღვრული და დაკონკრეტებული პრაქტიკის ხანგრძლივობა.

აღბათ ყველაზე პრობლემური ნაწილი შესწავლილ მემორანდუმებში ის იყო, რომ მათ აბსოლუტურ უმრავლესობაში არ არის განსაზღვრული, თუ კლინიკის პერსონალის რა

ნაწილი იქნება ჩართული სტუდენტების პრაქტიკულ სწავლებაში, ანუ ვინ გაუწევს სუპერვიზიას კლინიკურ სწავლებას და არც კლინიკების ის ნაწილებია იდენტიფიცირებული, რომლებიც გამოყენებული იქნება პრაქტიკული სწავლებისათვის. ორივე მიმართულებით, მხოლოდ ზოგად განმარტებებს ვხვდებით. რაც შეეხება მემორანდუმების ხანგრძლივობას, ეს უკანასკნელი თითქმის თითოეულ მათგანშია დაზუსტებული და მათ დიდ ნაწილში მითითებულია გაგრძელების პირობებიც.

ექსპერტთა დასკვნების კონტენტ-ანალიზი

WFME 1. მისია და შედეგები

WFME-ის პირველ სტანდარტთან (მისია და შედეგები) მიმართებაში, თემატური ანალიზის სამუშაო ჯგუფმა დააიდენტიფიცირა 37 მსჯელობითი/შეფასებითი/მიგნებების აღმნიშვნელი ტექსტი ექსპერტთა მიერ შედგენილი აკრედიტაციის დასკვნების ნარატიული ნაწილიდან, ასევე 7 რეკომენდაცია, 3 განმავითარებელი რჩევა და არცერთი საუკეთესო პრაქტიკა.

კოდირების შედეგად, WFME-ის 1.1 სტანდარტი ყველაზე ცალსახად უკავშირდება აკრედიტაციის 1.1 კომპონენტს. WFME-ის 1.2 სტანდარტი არ გვხვდება აკრედიტაციის სტანდარტებში, თუმცა პირდაპირ უკავშირდება ავტორიზაციის მე-2 სტანდარტის 2.1 და 2.3 კომპონენტს. რაც შეეხება WFME-ის 1.3-ს, მისი კავშირი ყველაზე მეტად აკრედიტაციის 1.2 კომპონენტთან აისახა, ასევე მცირე ხარისხით კავშირი ჩანს აკრედიტაციის 1.1 და 2.3 კომპონენტებთან. ხოლო WFME-ის 1.4-ის შემთხვევაში კავშირი არაა მძლავრად გამოკვეთილი და გარკვეულწილად გადის აკრედიტაციის 1.1 და 1.2 კომპონენტებზე.

1.1. მისია

დასკვნების ნარატივში ექსპერტებს გამოკვეთილი აქვთ რამდენიმე მნიშვნელოვანი თემა, მეტწილად შეფასებები ეხება პროგრამის მიზნების შეფასებას რამდენიმე განსხვავებულ ასპექტში. კერძოდ, ნარატივში შეფასებულია პროგრამების მიზნების შესაბამისობა დანესებულების მისიასთან და სტრატეგიასთან, სადაც ცალსახად პრობლემა არ ჩანს, შეფასებები დადებითია და რეკომენდაციები არ არის გაცემული. როგორც წესი, ექსპერტების თქმით პროგრამის მიზნები საერთაშორისო სტანდარტებს შეესაბამება, თუმცა ამა თუ იმ სტანდარტის დონეზე შეფასების გაშლა არ ხდება. ასევე ვხვდებით იდენტური ტიპის განმავითარებელ რჩევებს, რომლებიც პროგრამაში საერთაშორისო სტანდარტების მეტად გათვალისწინებას მოიხზრებს:

„სასურველი მიზანში ჩანდეს რომ პროგრამა ამზადებს საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამის სპეციალისტებს“. (რჩევა, NCEQE – 1.1)

ყველაზე მსხვილი საკითხი, რომელიც ნარატივში იკვეთება არის პროგრამის მიზნებში კვალიფიციური კადრის მომზადება, რომელსაც გააჩნია შესაბამისი ცოდნა, უნარები და ღირებულებები. აქ შეფასებები უმეტეს შემთხვევაში დადებითია, ექსპერტების ანალიზში ჩანს, რომ პროგრამები მიზნებში განსაზღვრული ცოდნა და კომპეტენციები ითვალისწინებს როგორც ლოკალურ, ისე გლობალურ მოთხოვნებს. თუმცა გვხვდება ერთი კრიტიკული მითითება ნარატივში, სადაც ექსპერტები ხაზს უსვამენ, რომ პროგრამის მიზნებში ცოდნა, უნარები და კომპეტენციები კარგად არის განსაზღვრული, თუმცა არარეალისტურია, თუ დანესებულების ადამიანური და მატერიალური რესურსები იქნება მხედველობაში მიღებული.

1.2. ინსტიტუციური ავტონომია და აკადემიური თავისუფლება

მართალია ინსტიტუციური ავტონომიის ფარგლები საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულია, თანაც ჩვენს ხელთ მხოლოდ 2019-2020 წლების ორიოდე ავტორიზაციის დასკვნა იყო კვლევის კრიტერიუმების გათვალისწინებით, მაგრამ მაინც უნდა აღინიშნოს, რომ ავტორიზაციის დასკვნებში სამუშაო ჯგუფმა ვერ მოიძია კონკრეტული ჩანაწერები, სადაც ექსპერტები ნარატივში მაინც აუღერებდნენ განსახილველი სტანდარტის მოთხოვნებს.

1.3. სწავლის შედეგები

ექსპერტები ნარატივის ნაწილში ერთი მხრივ აფასებენ პროგრამის სწავლის შედეგების შესაბამისობას აკრედიტაციის სტანდარტებთან, მეორეს მხრივ კი აანალიზებენ რამდენად არის შედეგები თანხვედრაში მედიცინის დარგობრივ მახასიათებელთან. ექსპერტთა შეფასებები მეტწილად დადებითია და პროგრამების შესაფასებლად გამოიყენება შემდეგი ხშირად განმეორებადი მახასიათებლები: მკაფიო, მიღწევადი, გამომვადი, რეალისტური და გამჭვირვალე, რაც ზუსტად იმეორებს სტანდარტში მოცემულ ჩანაწერს. ასევე, ძირითადად დადებითი ტენდენციაა დარგობრივ მახასიათებლებთან მიმართებით შეფასებისას, თუმცა ამ შემთხვევაში ექსპერტები სიღრმეებში ნაკლებად ჩადიან და მოკლედ აღნიშნავენ, რომ სწავლის შედეგები აკმაყოფილებს დარგობრივი მახასიათებლით წაყენებულ მოთხოვნებს, მაგალითად:

“სწავლის შედეგები დაფუძნებულია ზოგად და დარგობრივ კომპეტენციებზე და თანხვედრაშია მედიცინის დარგობრივ მახასიათებლებთან და მიღწევადია [.....]”
(ნარატივი, NCEQE -1.2)

პროგრამის სწავლის შედეგებთან მიმართებით სულ რამდენიმე რეკომენდაციაა გაცემული, აქაც ძირითადად ტექნიკური ან ზოგადი ხასიათის, მაგალითად:

„რიგ სილაბუსებში დასაკორექტირებელია სწავლის შედეგები“. (რეკომენდაცია, NCEQE - 2.3)

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ნარატივში ვხვდებით ტექსტებს, რომელიც ცალსახად ფორმულირებულია როგორც რეკომენდაცია, ეხება სწავლის დარგობრივი შედეგების იდენტიფიკაციას, თუმცა კი არ გვხვდება დასკვნების სარეკომენდაციო ნაწილში:

„რიგ სილაბუსებში განერილი სწავლის დარგობრივი შედეგები სრულიად იდენტურია, რაც მოითხოვს რევიზიას. სასწავლო კურსი არ უნდა გადიოდეს იდენტურ შედეგზე ცოდნის კომპეტენციით, უნდა ხდებოდეს ახალი ცოდნის დაშენება და გაღრმავება.“ (ნარატივი, NCEQE - 2.3)

ექსპერტებს დადებითად აქვთ შეფასებული პერსონალის შესაძლებლობები და პრაქტიკული ჩართულობის მაგალითები (სხვა დაინტერესებულ მხარეებთან ერთად) სწავლის შედეგების შემუშავებაში.

1.4. მისიისა და შედეგების ფორმულირებაში მონაწილეობა

ექსპერტები დასკვნებში სწავლის შედეგებისა და მიზნების ფორმულირებაში მეტწილად ეხებიან აკადემიური პერსონალის ჩართულობას, თუმცა ასევე ნახსენებია სტუდენტების, კურსდამთავრებულთა და დამსაქმებელთა ჩართულობა. დასკვნების უმეტეს ნაწილში შეფასებები დადებითია და ექსპერტები ხაზს უსვამენ ფართო ჩართულობას, ხოლო იქ სადაც ამ მხრივ პრობლემაა გამოკვეთილი და ექსპერტის მხრიდან გაცემულია რეკომენდაცია, არაა იდენტიფიცირებული თუ კონკრეტულად რომელი მხარის ჩართულობა უნდა იყოს უზრუნველყოფილი.

ამრიგად, WFME-ის პირველი სტანდარტისთვის, პროგრამის მიზნებთან, მისიასთან, შედეგებთან და მათ შემუშავებაში ჩართულობასთან დაკავშირებული მსჯელობები ექსპერტთა მხრიდან არის მხოლოდ ზოგადი ხასიათის და გაცემულია უმეტესწილად დადებითი შეფასებები სტანდარტის დაკმაყოფილებასთან დაკავშირებით. დასკვნებში ვერ ვხვდებით შეფასებით ინფორმაციას მთელ რიგ მნიშვნელოვან საკითხებთან დაკავშირებით, როგორცაა მაგალითად დიპლომისშემდგომი გადამზადება, უწყვეტი განათლება, პროფესიული და სოციალური ღირებულებები.

WFME 2. საგანმანათლებლო პროგრამა

WFME-ის მე-2 სტანდარტთან მიმართებაში, თემატური ანალიზის სამუშაო ჯგუფის მიერ იდენტიფიცირებულ იქნა 191 მსჯელობითი/შეფასებითი/მიგნებების აღმნიშვნელი ტექსტი ექსპერტთა დასკვნების ნარატივებიდან, ასევე 29 რეკომენდაცია, 34 განმავითარებელი რჩევა და 6 საუკეთესო პრაქტიკა.

კოდირების შედეგად, ყველაზე მეტი კავშირები WFME-ის მე-2 სტანდარტსა და აკრედიტაციის ასევე მეორე სტანდარტს შორის იყო დაფიქსირებული. რიგ შემთხვევებში გვხვდებოდა კავშირები მე-4 და მე-5 სტანდარტებთანაც.

2.1. პროგრამის ჩარჩო

WFME-ს სტანდარტის 2.1 კომპონენტის ძირითადი მოთხოვნები კურიკულუმის ჩამოყალიბებას, სწავლა-სწავლების შესაბამის მეთოდებსა და ამ პროცესში თანასწორობის პრინციპის შენარჩუნებას ემსახურება. შესწავლილ დასკვნებში ხსენებული თემებიდან ყველაზე მეტად დაფარულია როგორც კურიკულუმთან დაკავშირებული, ისე სწავლა-სწავლების მეთოდებთან დაკავშირებული საკითხები. აღნიშნული სტანდარტი, როგორც შესაბამისობის რუკიდან ჩანს, ყველაზე მჭიდროდ უკავშირდება აკრედიტაციის 2.3 და 2.5 სტანდარტებს და შედარებით მცირე დოზით ასევე პირველ სტანდარტს.

დასკვნების ნარატივში საკმაოდ მნიშვნელოვან თემადაა წამოჭრილი სწავლა-სწავლების მეთოდები და მათი შესაბამისობა პროგრამის კომპონენტებთან. ამ საკითხზე აქცენტები თითქმის ყველა დასკვნაშია დასმული. ძირითად შემთხვევებში პოზიტიური

პერსპექტივიდანაა დანახული. მიუხედავად ამისა, ზოგიერთ დასკვნაში ვხვდებით ამ მიმართულებით რეკომენდაციებსაც. რეკომენდაციები სწავლა-სწავლების მეთოდებთან დაკავშირებით გვხვდება როგორც პრე-კლინიკურ, ისე კლინიკურ კომპონენტებთან მიმართებით.

გარკვეულ შემთხვევებში ვხვდებით ნარატივებს როგორც სწავლების მეთოდის კურსების შინაარსთან შესაბამისობაში მოყვანასთან დაკავშირებით, ისე პროგრამაში ჩართული პერსონალის გადამზადებისაკენ მოწოდებასაც, რათა აუმაღლდეთ ცნობიერება გამოყენებული მეთოდების შესახებ.

კურიკულუმთან მიმართებით დასკვნებში შეფასებითზე მეტად აღწერილი კომპონენტები ჭარბობს და ასევე ვხვდებით მეტ-ნაკლებად დადებით შეფასებებსა და პოზიტიურ ხედვებს დასკვნებში, ხოლო იმ შემთხვევებში, როცა რეკომენდაციებია მოცემული, ძირითადად პროგრამის კომპონენტების მიმდევრობაზეა გადატანილი აქცენტები. ასევე, რიგ შემთხვევებში დასმულია კომპონენტებისათვის სავალდებულო საათების რაოდენობის საკითხები. საერთო ჯამში, მეთოდებსა და კურიკულუმთან დაკავშირებულ ნაწილებში შესაძლებელია დავინახოთ ექსპერტთა ძლიერი ორიენტირი სტუდენტზე ორიენტირებულ სწავლებაზე, რაც გამოიხატება შემდეგი ტიპის რეკომენდაციებში:

„კომპეტენციის რუკა (დონეები პირველიდან მესამემდე) უფრო მკაფიოდ უნდა გამოხატავდეს სტუდენტების წინსვლას“. (რეკომენდაცია, NCEQE – 2.3)

არაერთგვაროვანი შეფასებები შეიძლება ამოვიკითხოთ თანასწორობის საკითხებზე. რიგ ნარატივებში ვხვდებით ამ კუთხით დადებით შეფასებებს, თუმცა ასევე არის შემთხვევები, როცა გაცემულია რჩევები, რათა უფრო ინკლუზიური გახდეს სასწავლო პროცესი და მეტი აქცენტები გაკეთდეს იმაზე თუ რეალურად რამდენად თანასწორად მიეწოდება პროგრამა სტუდენტებს:

„სტუდენტთა ეთნიკური მრავალფეროვნების მიუხედავად, მედიცინის ფაკულტეტს ვურჩევთ, რომ შეათასოს სტუდენტთა პროგრესის შესახებ მონაცემები და დაუკავშიროს ისინი მათ ეთნიკურ წარმომავლობასა და გენდერს, რათა დაადგინოს არსებობს თუ არა რაიმე კავშირი მიღწევებსა და ამ დემოგრაფიულ პარამეტრებს შორის.“ (რჩევა, NCEQE - 1.2)

აღნიშნულ კომპონენტს უკავშირდება საკმაოდ კრიტიკული შენიშვნები პროგრამის ინტეგრირებასთან დაკავშირებით. ამ თემაზე ვხვდებით არაერთ რეკომენდაციას, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ რეკომენდაციების გარდა რიგ შემთხვევებში ამ უკანასკნელის წარმატებული ინტეგრირების შემთხვევაზეცაა ხაზი გასმული, რაც შეიძლება იმაზე მიუთითებდეს, რომ საერთო ჯამში ამ მიმართულებით არსებობს გარკვეული სახის პროგრესის ნიშნებიც. დამატებით, უნდა აღინიშნოს, რომ აღნიშნულ კომპონენტთან

დაკავშირებით გვაქვს საუკეთესო პრაქტიკის შემთხვევაც, რომელიც პრობლემაზე დაფუძნებული სწავლების წარმატებულ ინტეგრირებას ეხება პროგრამაში.

ზოგადად, ნარატივებში ვხვდებით მედიცინის დარგობრივ მახასიათებელში განსაზღვრულ სწავლა-სწავლების მეთოდებზე შენიშვნებსაც, თუმცა ამ კუთხით, როგორც წესი მხოლოდ აღწერით ნაწილთან გვაქვს საქმე. საინტერესოა, რომ მედიცინის დარგობრივი მახასიათებელი რეალურად აყალიბებს და განსაზღვრავს საჭირო კომპეტენციებზე გასვლის მეთოდებს. ამის ფონზე კიდევ უფრო აშკარად თვალშისაცემი ხდება ის ფაქტი, რომ იმავე მეთოდების კუთხით, დარგობრივი მახასიათებელი არც ისე ხშირადაა ნახსენები დასკვნებში.

2.2. მეცნიერული მეთოდი

WFME-ის 2.2 კომპონენტი მნიშვნელოვნად უკავშირდება აკრედიტაციის 2.4 კომპონენტს, რომლებიც ეხება კვლევითი და ტრანსფერული უნარების განვითარებას. ამასთანავე, დასაწყისშივე უნდა აღინიშნოს ის საკითხიც, რომ აღნიშნული კომპონენტი მტკიცე კავშირშია WFME-ის მე-6 სტანდარტთან, რომელიც სწავლა-სწავლებისა და კვლევისთვის საჭირო მატერიალურ-ტექნიკურ ბაზას ეხება.

შესწავლილ დასკვნებში ექსპერტები გაცილებით უფრო კრიტიკულები იყვნენ კვლევისათვის საჭირო მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის მიმართ, 2.2 კომპონენტის შინაარსობრივ ფარგლებში კი ძირითად შემთხვევებში კვლევით უნარებზე აღწერითი ნარატივები ჭარბობს ანალიტიკურს და საკმაოდ პოზიტიური პერსპექტივიდანაა დანახული. დასკვნების უმრავლესობაში ძირითადად ხაზი აქვს გასმული კვლევითი მეთოდის არსებობას კურიკულუმის ფარგლებში და ასევე აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ 2.2 კომპონენტთან დაკავშირებულ საკითხებზე არც-ერთი რეკომენდაცია არ არის გაცემული ექსპერტთა მიერ. ასევე მნიშვნელოვანია განხილული მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის ნაწილიც, რომელიც ფაქტობრივად მხოლოდ ერთ დასკვნაშია ასახული. ამავე დასკვნაში ვხვდებით შინაარსობრივად ყველაზე საინტერესო რჩევებს, თუმცა ისინიც, თავისი ბუნებიდან გამომდინარე მტკიცედ უკავშირდება მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის ნაწილს. ერთ-ერთი მაგალითია შემდეგი;

„კვლევითი უნარების შეძენასთან დაკავშირებული გეგმის განხორციელება არ არის სრულად დამატერებელი. რეალურად, კვლევის ინფრასტრუქტურა არც თუ ისე კარგად არის განვითარებული, ხოლო სტუდენტების აქტიური მონაწილეობა ძირითად კვლევით აქტივობებში [.....] დამატერებლად არ გამოიყურებოდა ლაბორატორიებში ვიზიტების დროს და აკადემიურ პერსონალთან ინტერვიუების მიმდინარეობისას“.
(რჩევა, NCEQE – 2.2)

ერთ-ერთი მიზეზი, რის გამოც თითქმის უკლებლივ ყველა დასკვნაში ვხვდებით დადებით შეფასებებს კვლევითი უნარების ინტეგრირებაზე კურიკულუმში, შეიძლება ის იყოს, რომ ეს უკანასკნელი დარგობრივი მახასიათებელითაა ნაკარნახევი და მედიცინის

საგანმანათლებლო პროგრამის განმახორციელებელი თითოეული დაწესებულება ვალდებულია გაითვალისწინოს დარგობრივი მახასიათებლის მოთხოვნები. თუმცა, განსაკუთრებით მატერიალურ ტექნიკურ ბაზასთან კავშირში უფრო მეტ კრიტიკას ვხვდებით ამ მიმართულებით, რამეთუ ექსპერტები უკვე სვამენ კითხვას, თუ რამდენად იქნება შესაძლებელი ამ უნარების რეალური მიღწევა.

2.3. საბაზისო ბიოსამედიცინო მეცნიერებები

ბიოსამედიცინო მეცნიერებების ინტეგრირება კურიკულუმში პირდაპირაა განსაზღვრული მედიცინის დარგობრივი მახასიათებლით. შესაბამისობის რუკის მიხედვით, მოცემული საკითხი აკრედიტაციის სტანდარტებთან მიმართებით ყველაზე მეტად შესაძლებელია 2.2 და 2.3 კომპონენტებს დაუკავშირდეს, რამეთუ ისინი პროგრამის სტრუქტურასა და მასში შემავალ კომპონენტებს შეეხებიან, თუმცა კავშირები არაა ცალსახად გამოკვეთილი. ცალკეულად ბიოსამედიცინო მეცნიერებებზე ძალიან ცოტაა ნახსენები დასკვნებში. ძირითადად ეს საკითხი აღწერითი ნარატივის დონეზე თუა წამოჭრილი და ნაკლებად ვხვდებით კრიტიკულ შენიშვნებს. რეალურად, მხოლოდ ერთი რჩევის იდენტიფიცირება გახდა შესაძლებელი, რომელიც შემდგენაირად ჟღერს:

„პროგრამის ინოვაციისა და ხარისხის გასაუმჯობესებლად შესაძლოა ელექტრონული სწავლების კურსების დანერგვა ბიომედიცინის მონიწივე თემებზე და ასევე, ინოვაციური თერაპიული მიდგომების თაობაზე ცოდნის შესაძენად“. (რჩევა, NCEQE - 2.5)

2.4. ქცევითი და სოციალური მეცნიერებები, სამედიცინო ეთიკა და იურისპრუდენცია

თითქმის იდენტური მდგომარეობაა WFME-ის სტანდარტების 2.4 კომპონენტის თემატიკასთან დაკავშირებით (რომელიც აკრედიტაციის 2.2-2.4 სტანდარტებთანაა სუსტად გამოხატულ კავშირში). კერძოდ, ქცევითი და სოციალური მეცნიერებების ინტეგრირება კურიკულუმში ასევე ვალდებულებაა, რომელსაც დარგობრივი მახასიათებელი აწესებს. ალბათ ესაა მიზეზი იმისა, რომ ამ მიმართულებით კვლავაც მხოლოდ აღწერითი ნარატივი გვხვდება დასკვნებში და როგორც 2.3 კომპონენტის შემთხვევაში, თითქმის ვერ ვხვდებით რაიმე სახის კრიტიკულ შენიშვნებს. ფაქტობრივად, დასკვნებში ნაგულისხმევია, რომ პროგრამები აკმაყოფილებენ ამ მოთხოვნას, თუმცა დეტალები არ არის მოცემული. ის იშვიათი რჩევები, რომლებიც ამ კუთხითაა გაცემული როგორც წესი უშუალოდ კურიკულუმის სტრუქტურას ეხება და მათი ერთ-ერთ მაგალითია შემდეგი:

„კურსების ჩამონათვალი ყოვლისმომცველია და მოიცავს ყველა შესაბამის კურსს, მათ შორის არჩევით კურსებს შესაბამისი ტრანსფერული უნარების შესასწავლად, როგორცაა კომუნიკაცია. ზოგიერთ დამატებით კურსს პროექტის მენეჯმენტში,

მონაცემთა დაცვასა და მენეჯმენტში და მენარმეობაში შეუძლია გაამდიდროს ეს საერთაშორისო პროგრამა“. (რჩევა, NCEQE – 2.3)

შესაძლებელია 2.3 და 2.4. კომპონენტების ერთობლივი შეჯამება და იმის აღნიშვნა, რომ ზედაპირული ნარატივიდან გამომდინარე ძნელია რაიმე კონკრეტულის ხსენება ამ ნაწილში, გარდა იმისა, რომ ცალსახად არ არის დაფარული ამავე კომპონენტების ხარისხის განვითარების ნაწილები, რომლებიც გაცილებით უფრო დინამიურად უყურებს მედიკოსის განათლებაში ბიოსამედიცინო, ქცევითი და სოციალური მეცნიერებების, ასევე სამედიცინო ეთიკისა და იურისპრუდენციის საკითხებს, ვიდრე ეს დასკვნებში მოცემულ სტატიკურ აღწერებში ჩანს. დამატებით, ასევე ნაკლებადაა ნახსენები დარგობრივი მახასიათებელიც, რომელიც რეალურად წამყვანი მნიშვნელობის დოკუმენტი უნდა იყოს ამ მიმართულებით.

2.5. კლინიკური მეცნიერებები და უნარები

სფეროს სპეციფიკიდან გამომდინარე, კლინიკურ უნარებთან დაკავშირებული თემატიკები აკრედიტაციის ბევრ განსხვავებულ სტანდარტშია გაბნეული. გარდა 2.4 კომპონენტისა, რომელიც პრაქტიკულ უნარებს ფარავს, კლინიკური მეცნიერებებისა და უნარების შესახებ ვკითხულობთ უშუალოდ კურიკულუმთან დაკავშირებულ 2.2 და 2.3 კომპონენტებში, 1.2 კომპონენტში, რომელიც სწავლის შედეგებს ეხება, მეოთხე სტანდარტში რესურსების პერსპექტივიდან და მეხუთე სტანდარტშიც, რომელიც ხარისხის განვითარების მექანიზმებს მოიცავს. შესაბამისობის რუკიდან, WFME-ის 2.5-თან ყველაზე მკვეთრი კავშირი ექსპერტთა დასკვნებზე დაყრდნობით დადგინდა აკრედიტაციის 2.2-2.4 და 4.3 კომპონენტებთან.

გაანალიზებულ დასკვნებში კლინიკური მეცნიერებებისა და უნარების განვითარების საკითხი ძალიან ფართოდაა დაფარული. ამ მიმართულებით ვხვდებით როგორც მრავალ რეკომენდაციას, ისე რჩევებსა და საუკეთესო პრაქტიკებსაც კი.

მნიშვნელოვანი საკითხია ფორმალურად მოცემული რეალიების პრაქტიკაში გადატანა, რომელიც ეხება როგორც კლინიკური სწავლების დაგეგმვისათვის შემუშავებული წესების პრაქტიკაში გამოყენებას, ისე ზოგადად დოკუმენტებში აღწერილი მოცემულობების რეალურ განხორციელებას პრაქტიკაში. ამავე საკითხის გაგრძელებაა ის ნარატივები დასკვნებიდან, რომელიც ეხება კლინიკური პრაქტიკების ინსტიტუციონალიზებას და გამიჯვნას სიმულაციებისაგან.

„უნდა დადგინდეს კლინიკური მენტორის დასახელების წესები, კვალიფიკაციისადმი მოთხოვნები. პრე-კლინიკური სიმულაციის პრაქტიკა მისაღებია, თუმცა კლინიკურ საგნებში სტუდენტთა ხელმისაწვდომობა რეალურ კლინიკურ შემთხვევებზე უნდა იქნეს უზრუნველყოფილი, ხოლო საწოლთან პრაქტიკულ სწავლებისათვის გამოყოფილი დრო - განსაზღვრული“. (რეკომენდაცია, NCEQE – 2.3)

კიდევ ერთი გამორჩეული საკითხი, რომელიც კლინიკური უნარების ათვისებას უკავშირდება, არის ქართული ენის ინტეგრირება კურიკულუმში. ძირითადი აქცენტები, რომელსაც ექსპერტები სვამენ დასკვნაში ეხება იმას, რომ მზარდი რაოდენობის საერთაშორისო სტუდენტებს, რომლებიც ქართულ საგანმანათლებლო და სამედიცინო სივრცეში იძენენ კლინიკურ უნარებს, აუცილებლად დასჭირდებათ რეალურ პაციენტებთან ინტერაქციისათვის ქართული ენის ცოდნა. ამ საკითხს ვხვდებით როგორც კომპონენტების ნარატიულ ნაწილში, ისე რჩევებსა და რეკომენდაციებშიც.

„განსაკუთრებული ყურადღება პროგრამის დასაწყისიდანვე დაუთმეთ ქართული ენის უნარების განვითარებას სტუდენტებში, რათა მიეცეთ შესაძლებლობა უკეთ დაამყარონ კომუნიკაცია პაციენტებთან, ისევე როგორც - პერსონალთან კლინიკის პირობებში“. (რეკომენდაცია, NCEQE – 2.3)

მიუხედავად უამრავი პრობლემისა, კლინიკური სწავლების კუთხით ვხვდებით საუკეთესო პრაქტიკის მაგალითსაც:

„რეალური პაციენტის კონცეპცია“ რომელიც გულისხმობს ანამნეზურებად პაციენტებს სხვადასხვა, ძირითადად, ქრონიკული დაავადებებით, სტუდენტთა „პაციენტთან კომუნიკაციისა და გასინჯვის უნარების“ გასაუმჯობესებლად.“ (საუკეთესო პრაქტიკა, NCEQE – 2.4)

საერთო ჯამში, კლინიკური მეცნიერებებისა და უნარების კუთხით მოცემული ნარატივები გამორჩეულია კრიტიკულობით და ეხება უამრავ პრობლემურ საკითხს, რომელთა გადაჭრაც სავარაუდოდ პირველი პრიორიტეტი უნდა იყოს თითოეული სამედიცინო სკოლისათვის. დასკვნებში იფარება თითქმის ყველა საკითხი, რომელიც გათვალისწინებულია WFME-ის 2.5 კომპონენტის კრიტერიუმებში. საკმაოდ მცირეა დარგობრივი მახასიათებლის დამოწმება, თუმცა მაინც გვაქვს ამის შემთხვევები, როდესაც ექსპერტები მსჯელობენ, თუ რამდენად იქნება მიღწევადი დარგობრივი მახასიათებლის მიერ განსაზღვრული კომპეტენციების მიღწევა პროგრამის კურიკულუმით. უნდა აღვნიშნოთ ისიც, რომ რიგ ნარატივებში გვხვდება კლინიკური სწავლების პოზიტიურ ასპექტში დანახვის შემთხვევებიც, მაგალითად ვხვდებით მონაკვეთებს, სადაც საუბარია ადრეულ კონტაქტზე პაციენტებთან, თუმცა ამავე ნაწილებში მკაფიოდ ჩანს დეტალების ნაკლებობაც, რომელიც გაამყარებდა ექსპერტთა ჯგუფის არგუმენტებს. შინაარსობრივად ძალიან მნიშვნელოვანია ამ კომპონენტის კავშირი WFME-ის 6.2 კომპონენტთან, რომელიც კლინიკური უნარების განვითარების მატერიალურ-ტექნიკურ ბაზებს გულისხმობს.

2.6. პროგრამის სტრუქტურა, შემადგენლობა და ხანგრძლივობა

WFME-ის 2.6 კომპონენტი კოდირების შედეგად ყველაზე მეტად დაიფარა აკრედიტაციის სტანდარტების 2.2 და 2.3 ნაწილში. აღნიშნულ კომპონენტზე საუბრის დაწყებამდე მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნა, რომ ქართული საგანმანათლებლო სივრცეში მედიცინის

დარგობრივი მახასიათებელი ადგენს პროგრამის სტრუქტურისა და ხანგრძლივობის უდიდეს ნაწილს. ამ გარემოების გათვალისწინებით, ძირითადად დასკვნების ნარატივში მეტ-ნაკლებად პოზიტიურადაა შეფასებული პროგრამის სტრუქტურა და მასში სავალდებულო და არჩევითი კომპონენტების განთესვა. ძირითადად პოზიტიური აქცენტებია გაკეთებული პროგრამის ჰორიზონტალური და ვერტიკალური ინტეგრაციის შესახებ და მითითებულია, რომ ინტეგრირება გარკვეულ დონემდე მაინც მიღწეულია. მიუხედავად ამისა, ვხვდებით ამონარიდებს, სადაც ხაზი აქვს გასმული პროგრამაში ჩართული პერსონალის ნაკლებ ცნობიერებას ინტეგრაციის საკითხებთან დაკავშირებით.

„პროგრამის ხელმძღვანელი სრულად და მნიშვნელოვან დეტალებში აცნობიერებდა სასწავლო გეგმის ინტეგრირებულ ხასიათს, მის ვერტიკალურ და ჰორიზონტალურ განაწილებას. აკადემიური პერსონალის ბევრ წარმომადგენელს, საკუთარი საგნის სიღრმისეული ცოდნის მიუხედავად, აღნიშნული ინტეგრაციის ახსნა მხოლოდ ზოგადი ტერმინებით შეეძლოთ და ვერ ერკვეოდნენ სხვა მრავალ დეტალში. ეს კიდევ უფრო აშკარად ჩანდა მონვეულ პერსონალთან“. (ნარატივი, NCEQE – 1.2)

საერთო ჯამში, სტრუქტურის კუთხით საკმაოდ დადებითია შეფასებები. როგორც ზემოთ აღინიშნა, მნიშვნელოვანი ფაქტორი ამ გარემოებაში შესაძლებელია იყოს სწორედ ის, რომ პროგრამების სტრუქტურა როგორც წესი, ეფუძნება დარგობრივ მახასიათებელს. დამატებით, მაღალი შეფასებები ფიქსირდება ინტეგრაციის ნაწილში, რომელიც ასევე პირდაპირაა მოთხოვნილი დარგობრივ მახასიათებელში. თუმცა, აქ საგულისხმოა ის ფაქტი, რომ მოცემულ ეტაპზე დარგობრივი მახასიათებლის მოთხოვნები არ განსაზღვრავს ინტეგრაციის ფიქსირებულ და აუცილებელ დონეებს.

2.7. პროგრამის მართვა

WFME-ის სტანდარტების 2.7 კომპონენტის პირდაპირ დაკავშირება რთულია აკრედიტაციის რომელიმე კონკრეტულ სტანდარტთან, რადგან იგი პროგრამის განვითარებაში სხვადასხვა მხარეების ჩართულობასა და აკადემიურ ლიდერობას ეხება, რაც აკრედიტაციის სტანდარტების უმრავლესობას გასდევს ძირითად აქცენტად და ეს გამოიკვეთა კიდევ კოდირების პროცესში. დასკვნებში საკმაოდ პოზიტიურადაა შეფასებული პროგრამის მართვის მიმართულება, ხშირ შემთხვევაში ხაზი აქვს გასმული სხვადასხვა დაინტერესებული მხარეების ჩართულობას თვითშეფასების ჯგუფებში, რომელიც ქართული კონტექსტის გათვალისწინებით შესაძლებელია ნაწილობრივ აღვიქვათ კურიკულუმის კომიტეტის ანალოგად, რადგან, კურიკულუმის კომიტეტი, როგორც ასეთი ნაკლებადაა გავრცელებული ქართულ საგანმანათლებლო მოცემულობაში, როგორც ერთიანი ჯგუფი, რომელიც ზრუნავს პროგრამის განვითარებაზე და კურიკულუმის მუდმივ განახლებაზე. დასკვნებში ვხვდებით თვითშეფასების ჯგუფებში წარმომადგენლობითობის შეფასებებს და ასევე პროგრამის განვითარების პროცესების შეფასების მექანიზმების შეფასებებსაც, თუმცა რიგ შემთხვევებში

ვხვდებით რიგ პრობლემებსაც ამ მიმართულებით. ერთ-ერთი კრიტიკული შემთხვევა ამ მიმართულებით ეხება დოკუმენტაციისა და რეალობის აცდენას ერთმანეთისაგან, რომელთან დაკავშირებითაც ექსპერტთა ჯგუფს შემდეგი რეკომენდაცია აქვს ასახული:

„წერილობითი დოკუმენტები რეალობას უნდა ასახავდეს. განსაზღვრული უნდა იყოს მთელი წლის პროგრამის დეტალური გრაფიკი, მათ შორის, მასწავლებლ(ებ)ის სახელ(ებ)ი, თითოეული ჯგუფის მოცულობა, დრო და ადგილი, სადაც განხორციელდება კონკრეტული სწავლება და სადაც დაიშვება ნებისმიერი სტუდენტი“. (რეკომენდაცია, NCEQE – 2.2)

მოცემული რეკომენდაცია ამ ნაწილში იმის გამო მოვაცხიეთ, რომ ადგილი ჰქონდა დაწესებულების მიერ მოწოდებული მოცემულობის ეჭვქვეშ დაყენებას ექსპერტთა მხრიდან და მისი რეალიზების შესაძლებლობებს, რაც მნიშვნელოვანწილად სწორედ პროგრამის მართვისა და დაგეგმვის პრობლემატიკაა. აღსანიშნავია ისიც, რომ მოცემულ კონტექსტში ვხვდებით საუკეთესო პრაქტიკების შემთხვევებსაც, მაგალითად შემდეგს:

„პერსონალისა და სტუდენტების ჩართულობა PBL შემთხვევების კონტექსტუალიზაციაში წარმოადგენს ეფექტურ გზას იმაში დასარწმუნებლად, რომ მასალები წარმოდგენილია სტუდენტებისათვის ყველაზე რელევანტური გზით“. (საუკეთესო პრაქტიკა, NCEQE – 1.1)

საერთო ჯამში, შეიძლება ითქვას, რომ პროგრამის მართვის კომპონენტის მოთხოვნები ძირითადად ასახულია დასკვნებში, მათი შეფასება კი არაერთგვაროვანია, მოიცავს როგორც კრიტიკულად უარყოფით ისე ოპტიმალურად დადებით შეფასებებს.

2.8 კავშირი სამედიცინო პრაქტიკასა და ჯანდაცვის სექტორთან

WFME-ის 2.8 კომპონენტთან კავშირები კოდირების შედეგად, წინა კომპონენტის მსგავსად, გაფანტულია აკრედიტაციის მრავალ სტანდარტზე. ზოგადად, დასკვნების უმრავლესობაში ხაზი აქვს გასმული იმას, რომ პროგრამა ითვალისწინებს შრომის ბაზრის მოთხოვნებს, თუმცა ამ ნაწილში ცალსახად იკვეთება საკითხი, რომელიც საკმაოდ პრობლემატურად ჩანს ქართული სამედიცინო განათლების სივრცეში, კერძოდ, მნიშვნელოვანია იმის გათვალისწინება, რომ საქართველოში ფუნქციონირებადი სამედიცინო საგანმანათლებლო პროგრამების უმრავლესობა ინგლისურენოვანია და გათვლილია საერთაშორისო სტუდენტებისათვის. დასკვნებში ვხვდებით ისეთ ამონარიდებსაც, სადაც ნათქვამია, რომ პროგრამამ გაითვალისწინა საერთაშორისო ბაზრის მოთხოვნები, თუმცა ნაკლებია კონკრეტული იმის შესახებ, თუ რა კუთხით მიუდგა ამ საკითხს დაწესებულება. ასევე, ერთ-ერთი ექსპერტთა ჯგუფი დაწესებულებას მოუწოდებს:

„ადგილზე ვიზიტის განმახორციელებელი გუნდის რჩევაა, რომ ქართული შრომის ბაზრის მოთხოვნები არ იყოს დისკუსიის საგანი“. (ნარატივი, NCEQE – 1.2)

რა თქმა უნდა, სამომავლო პერსპექტივაში კვლავაც მნიშვნელოვან საკითხად იკვეთება ბაზრის სპეციფიკის გათვალისწინება პროგრამის დაგეგმვისას, თუმცა დასკვნებში ასახული ორბაროვანი კონტენტიდან გამომდინარე, ალბათ სასურველი იქნება, თუკი პროგრამების განვითარების ფარგლებში დაწესებულებები უფრო მეტ ყურადღებას დაუთმობენ შრომის ბაზრის შესაბამისობის საკითხს და შეიმუშავენ დივერსიფიცირებულ მიდგომებს. ამ კუთხით საერთო სურათის შექმნისათვის უკიდურესად მნიშვნელოვანია კურსდამთავრებულების პროფესიული განვითარების აღრიცხვა და მონიტორინგი.

დამატებით, ასევე უნდა აღინიშნოს ის, რომ დასკვნების უმრავლესობაში აღინიშნება საკმაოდ მჭიდრო კავშირები კლინიკებთან, როგორც პრაქტიკისა და დამსაქმებლების მხარესთან და ამ კუთხით არ გვხვდება განსაკუთრებული კრიტიკა. მიუხედავად ამისა, სრულიად განსხვავებული პერსპექტივიდან შეიძლება ამ საკითხების დანახვა, თუკი გავცდებით მხოლოდ მემორანდუმების ფორმალური არსებობის ნაწილს და რესურსების გადამოწმების თვალსაზრისით შევხედავთ ამ კავშირებს. ამის შესახებ უფრო დეტალურად მე-6 სტანდარტშია ნახსენები.

WFME 3. სტუდენტების შეფასება

WFME-ის მე-3 სტანდარტთან (სტუდენტების შეფასება) მიმართებაში, თემატური ანალიზის სამუშაო ჯგუფის მიერ იდენტიფიცირებულ იქნა 50 მსჯელობითი/შეფასებითი/მიგნებების აღმნიშვნელი ტექსტი ექსპერტთა მიერ შედგენილი აკრედიტაციის დასკვნების ნარატიული ნაწილიდან, ასევე 16 რეკომენდაცია, 8 განმავითარებელი რჩევა და არცერთი საუკეთესო პრაქტიკა.

კოდირების შემდგომ, WFME-ის 3.1 სტანდარტთან კავშირზე ყველაზე მეტად გავიდა ქართული აკრედიტაციის სტანდარტების 2.6 კომპონენტი, ასევე მცირე ოდენობით 1.2 და 2.2 კომპონენტები, ხოლო WFME-ის 3.2 სტანდარტთან მკვეთრი კავშირი არ დადგენილა და იდენტიფიცირებული მიმართებები გაბნეულია ქართული აკრედიტაციის სტანდარტების 2.2, 2.3 და 2.6 კომპონენტებზე.

არცერთ ეტაპზე, ექსპერტთა დასკვნებში, ამ მხრივ ნახსენები არაა მედიცინის ეროვნული დარგობრივი მახასიათებელი.

3.1. შეფასების მეთოდები

შემთხვევათა ერთ ნაწილში, ექსპერტები დასკვნებში ეხებიან სტუდენტთა შეფასების ტიპებისა და მეთოდების ზოგადი შესაბამისობის საკითხს აკრედიტაციის სტანდარტებთან და საქართველოს კანონმდებლობასთან, მოჰყავთ გამოყენებული მეთოდების ჩამონათვალი, სილაბუსებში შეფასებათა ქულობრივი ჩამლა. აღნიშნულ თემებზე ინფორმაცია ზოგადია, ნაკლებია კონკრეტული სასწავლო კურსებთან და შესაბამის სილაბუსებთან დაკავშირებით. ორიოდ შემთხვევაში ნახსენებია ასევე შეფასების პროცედურების მარეგულირებელი

დოკუმენტები, რომლებიც ამა თუ იმ დაწესებულებაში მოქმედებს, მათ შორის OSCE ფორმატისა და გამოცდის გადაბარების შესახებ. ასევე იშვიათადაა შეფასებული ინფორმაციული ტექნოლოგიების გამოყენების როლი და ფუნქციური ადეკვატურობა სტუდენტების შეფასების კონტექსტში. ამ კატეგორიაში რჩევები არა, თუმცა გაცემულია რამდენიმე რეკომენდაცია, სადაც ექსპერტები დაწესებულებებს მოუწოდებენ სილაბუსებში გამოკვეთონ შეფასების ცხრილები, OSCE გაითვალისწინონ შეფასების ნაწილად, მოიყვანონ გადაბარების წესი შესაბამისობაში კანონმდებლობასთან.

მეორე, თემატურად შედარებით დიდი კატეგორია, აერთიანებს იმგვარ მსჯელობებს, რომლებიც უკავშირდება შეფასების წესისა და მეთოდოლოგიის მიზნობრიობას, ადეკვატურობას, სანდოობასა და ვალიდურობას. რამდენიმე შემთხვევაში ექსპერტები ყურადღებას ამახვილებენ სასწავლო კურსებში გაწერილი შეფასების სისტემების ერთგვაროვან მიდგომაზე, რაც არ ერგება ყველა საგნის სწავლების სპეციფიკას. აღინიშნა ასევე რამდენიმე კარგი მაგალითი, როდესაც შეფასების კომპონენტები მიზნობრივად იყო დახვეწილი და მორგებული სტუდენტების საჭიროებასა თუ კურიკულუმის ინტეგრაციის დონეს. ხაზი გაესვა პორტფოლიოს გამოყენების აუცილებლობას მენტორობის დასახვეწად და თვითსწავლის გასაუმჯობესებლად. კითხვის ნიშნის ქვეშ დადგა ზოგიერთი საკვანძო მეთოდოლოგიური საკითხი, მაგალითად OSCE და MiniCEX ფორმატებთან დაკავშირებით, რადგან ექსპერტთა შენიშვნით არ ფორმდება თანხმობის წერილები პაციენტად შეფასების პროცესში მონაწილეობაზე, კონკრეტული ფორმატების გამოყენების შესაძლებლობა არ ჩანს კლინიკებთან გაფორმებულ ხელშეკრულებებში. ხშირ შემთხვევებში ექსპერტებმა ვერ იხილეს გამოყენებული მეთოდოლოგიის სანდოობასა და ვალიდურობასთან დაკავშირებული მტკიცებულებები და როგორც აღმოჩნდა ამ მხრივ ფსიქომეტრიული მიდგომა ერთადერთი დაწესებულების მხრიდან გამოიყენება:

„საერთო შედეგები მიღებულია ხარისხის უზრუნველყოფის გათვალისწინებით თანმიმდევრულობაზე, კომოგენურობისა და პეტეროგენურობის საკითხებზე. ეს სამუშაო ბევრ დროს მოითხოვს ხელით შესრულების შემთხვევაში, ამიტომ [.....] ეძებს საშუალებას, რომ შეიძინოს აპლიკაცია“ (ნარატივი, NCEQE-2.6)

გაცემული რეკომენდაციები უკავშირდება შეფასების მეთოდების მრავალფეროვნების გაზრდას, OSCE ფორმატის გამოყენებისას პაციენტის თანხმობის ფორმების შემუშავებას (მათ შორის საერთაშორისო სტუდენტებისთვის) და შესაბამისი გამომცდელების გადამზადებას, ტესტებში კონტექსტუალურ ინტეგრაციის გაღრმავებას (თუმცა არ გაცემულა რეკომენდაცია სანდოობა-ვალიდობის გამოთვლის თაობაზე, რასაც ხაზი გაესვა ნარატივში), მეთოდების სინქრონიზაციას კლინიკებთან დადებულ ხელშეკრულებებში. ხოლო რჩევები ძირითადად უკავშირდება PBL ჯგუფებში პორტფოლიოს გამოყენებას თვითშეფასების მექანიზმად, OSCE სადგურებისა და ტესტირების საათების რაოდენობის გადახედვას, რომ კომპეტენციები საფუძვლიანად და სანდოდ შეფასდეს.

ექსპერტები ყველაზე ნაკლებად ეხებოდნენ გასაჩივრებისა და გარე შემფასებლის ჩართულობის საკითხებს, თუმცა გამოვლინდა ერთი შემთხვევა, როდესაც გარე და/ან მეორე

შემფასებლის ჩართვის წინარე აკრედიტაციისას გაცემული რეკომენდაცია დაწესებულებამ არც ამჯერად შეასრულა. ამ მხრივ გაცემულია მხოლოდ ორიოდ რჩევა და რეკომენდაცია:

„უნივერსიტეტმა უნდა გაითვალისწინოს კურიკულუმის მიწოდებისა და შეფასების შესაბამისი გარე გეგმავადელობის შექმნის დაუყოვნებელი საჭიროება“ (ნარატივი, NCEQE-5.2)

საუკეთესო პრაქტიკა არ გამოვლენილა არცერთი კატეგორიისათვის.

3.2. კავშირი შეფასებასა და სწავლას შორის

ექსპერტები მცირე დოზით ეხებიან სტუდენტების ინფორმირებულობისა და შეფასების შემდგომი დროული უკუკავშირის საკითხს, ასევე შეფასების დროული ასახვის თემას, როდესაც პროცესი ხორციელდება ხელით და არა კომპიუტერის გამოყენებით. ორიოდ რეკომენდაცია გაიცა სილაბუსებში ხარვეზების აღმოფხვრის საჭიროებაზე.

დასკვნებში ასახული მსჯელობა ძირითადად უკავშირდება შეფასების მეთოდის სწავლების მეთოდთან მორგებას, სწავლის შედეგებზე გასვლის იდენტიფიცირების შესაძლებლობას და ამ მხრივ ხაზგასმულია პორტფოლიოს, თვითსწავლის მიდგომის, მინიმალური ზღვრის აწევის მნიშვნელოვნება, კურიკულუმსა და შეფასების სისტემას შორის კავშირის დემონსტრირების საჭიროება. რჩევები და რეკომენდაციები ძირითადად იმეორებს 3.1-ში აღწერილ სურათს, თუმცა არის საინტერესო გამოწვევებიც, მაგალითად:

„განსაზღვრეთ და მკაცრად დააკვირდით სტუდენტებისა და მასწავლებლების თანაფარდობას სწავლებისა და სწავლის თითოეული მეთოდისთვის“ (რეკომენდაცია, NCEQE-2.5)

ზოგიერთი დასკვნა უფრო ყოვლისმომცველია სტანდარტებთან მიმართებაში, ზოგიც შედარებით ზედაპირული, თუმცა ექსპერტთა დასკვნებში ერთიანობაში დაფარულია WFME-ის 3.1 კომპონენტის თითქმის ყველა კრიტერიუმი, როგორც ძირითადი, ისე ხარისხის კონტროლთან დაკავშირებული. თითქმის ანალოგიური სიტუაციაა 3.2 სტანდარტთან დაკავშირებით, თუმცა შუალედური და შემატყობველი შეფასების საკითხი მშრალადაა დაფარული, არაა განხილული მათი მათი შინაარსი, სტრუქტურა და გადანაწილება აკადემიურ სემესტრულ პროგრესიასთან მიმართებაში.

WFME 4. სტუდენტები

WFME-ის მე-4 სტანდარტთან მიმართებაში, თემატური ანალიზის სამუშაო ჯგუფის მიერ იდენტიფიცირებულ იქნა 84 მსჯელობითი/შეფასებითი/მიგნებების აღმნიშვნელი ტექსტი ექსპერტთა მიერ შედგენილი აკრედიტაციის დასკვნების ნარატიული ნაწილიდან, ასევე 15 რეკომენდაცია, 15 განმავითარებელი რჩევა და 4 საუკეთესო პრაქტიკა.

კოდირების შემდგომ, WFME-ის 4.1 სტანდარტთან კავშირზე ცალსახად გავიდა ქართული აკრედიტაციის სტანდარტების 2.1 კომპონენტი. WFME-ის 4.2 კომპონენტი ძირითადად

კოდირების შედეგად დაწყვილდა აკრედიტაციის 2.1 და 4.1 სტანდარტთან, თუმცა კავშირი არაა მკვეთრი და არცაა გასაკვირი, რადგან შინაარსობრივად აღნიშნული კომპონენტი უფრო ავტორიზაციის სტანდარტებს უკავშირდება. WFME-ის 4.3 და 4.4 კომპონენტები კი მკვეთრად გადიან კავშირზე აკრედიტაციის 3.1 კომპონენტთან.

დარგობრივ მახასიათებელთან დაკავშირებით არ გვხვდება ჩანაწერები.

4.1. დაშვების პოლიტიკა და შერჩევის პროცესი

დასკვნების უმეტეს ნაწილში მკაფიოდ არის აღნიშნული, რომ დაშვების წინაპირობები და მიღების პოლიტიკა შესაბამისია ქვეყნის კანონმდებლობასთან, თუმცა გამოიკვეთა რამდენიმე რჩევა და რეკომენდაცია, რომ დაწესდეს საგნობრივი გამოცდები გარდა ინგლისური ენის კომპეტენციის შემოწმებისა და პროგრამაზე სტუდენტის დაშვებისას უნდა გამოვლინდეს მაღალი შერჩევითობა.

„განიხილეთ დაშვების მკაფიო კრიტერიუმების შემოღება საერთაშორისო სტუდენტებისათვის (მაგ., IELTS ან მრავლობითი მინი ინტერვიუთი შეფასებით), რათა მიიღონ სტუდენტები, რომლებსაც შეეძლებათ სწავლის პირველი წლების უფრო იოლად დაძლევა“. (რჩევა, NCEQE – 2.1)

რაც შეეხება სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე სტუდენტებისათვის შესაბამის პოლიტიკის ქონასა და დანერგვას, ამ მხრივ შესწავლილ დასკვნებში ინფორმაცია თითქმის არ არის გარდა ერთი შემთხვევისა, როდესაც ნარატივშია ნახსენებია შშმ პირთათვის განწერილი პოლიტიკის ფაქტობრივი არ ქონა, თუმცა არაა გაცემული შესაბამისი რეკომენდაცია.

დასკვნებში ექსპერტთა ჯგუფები აფიქსირებენ შემდეგ მოსაზრებებს, რომ უნდა განისაზღვროს მკაფიო კრიტერიუმები სტუდენტების ტრანსფერისთვის, არ ჩაირიცხოთ გადმოსული სტუდენტები, სულ მცირე პროგრამის განხორციელების პირველი სამი წლის განმავლობაში, ასევე უფრო გამჭვირვალედ უნდა მოხდეს მათ მიერ უკვე დაგროვილი კრედიტების აღიარება. რაც შეეხება WFME -ის ხარისხის განვითარების სტანდარტებს, ჩვენ მიერ შესწავლილი დასკვნები მხოლოდ მცირედით ეხება ჩარიცხვის პოლიტიკის პროგრამასთან და მისიასთან კავშირს, უშუალოდ ჩარიცხვის მექანიზმის პერიოდულ გადახედვას, ხოლო ჩარიცხვასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების გასაჩივრების თემა საერთოდ არაა ნახსენები.

4.2. სტუდენტთა კონტინგენტი

აკრედიტაციის დასკვნებში ექსპერტები სტუდენტების მისაღები რაოდენობის შეფასებისას ყურადღებას ამახვილებენ ერთის მხრივ უშუალოდ მეთოდოლოგიაზე, რომლითაც პროგრამა ხელმძღვანელობს, ხოლო მეორეს მხრივ აფასებენ არსებული რესურსების გათვალისწინებით სტუდენტების სამომავლოდ დაგეგმილ კონტინგენტს. ყურადღება გამახვილებულია, როგორც პერსონალის მცირე რაოდენობაზე, ასევე პერსონალის

დატვირთვებზე სხვა ინსტიტუციებში, ძირითად შემთხვევაში სტუდენტების დაგეგმილი რაოდენობის მიღება ფასდება კრიტიკულად და პროგრამისთვის საზიანოდ, მაგალითად:

“სტუდენტთა რიცხვის ზრდის შემთხვევაში არსებული ლექტორების რაოდენობა და მათი დატვირთვა სხვა უნივერსიტეტებში საფრთხეს შეუქმნის პროგრამის მდგრადობას.” (ნარატივი, NCEQE – 4.1)

ცალკეულ შემთხვევებში, ექსპერტები სტუდენტების მისაღებ რაოდენობას არა მხოლოდ ზოგადად პერსონალთან მიმართებით, არამედ უფრო ვიწროდ, უშუალოდ კლინიკურ პედაგოგებთან მიმართებითაც აფასებენ:

“ფაკულტეტის პერსონალის არსებული დატვირთვის, განსაკუთრებით კლინიკურ პედაგოგთა დატვირთვის კონტექსტში, ახალი პერსონალის აყვანის საჭიროებასთან ერთად, სტუდენტთა გაზრდილი რაოდენობის დაშვება შეიცავს მნიშვნელოვან რისკს განათლების ხარისხის შემცირების კუთხით.” (ნარატივი, NCEQE – 2.1)

რეკომენდაციებში ექსპერტები მოუწოდებენ პროგრამის განმახორციელებლებს, რომ მკაცრად გაწერონ და აკონტროლონ სტუდენტებისა და პერსონალი თანაფარდობები, ჯგუფის ზომები, კრიტიკულად გადახედონ ჩარიცხვის სამომავლო გათვლებს ინსტრუქტორების რაოდენობასთან და შრომის ბაზრის მოთხოვნებთან მიმართებაში.

ასევე, უნდა აღინიშნოს, რომ ავტორიზაციის ექსპერტთა დასკვნებში ასევე კრიტიკულად ფასდება პერსონალის რაოდენობა სტუდენტების რაოდენობასთან მიმართებით და ხაზი აქვს გასმული პროგრამის განხორციელებისთვის ამ რესურსის არასაკმარისობას.

4.3. სტუდენტთა კონსულტირება და მხარდაჭერა

WFME-ს სტანდარტის 4.3 კომპონენტის ძირითადი მოთხოვნები სტუდენტთა კონსულტაციასა და მხარდაჭერას, ასევე ფინანსურ თუ სხვა ინდივიდუალურ დახმარებას ეხება. შესწავლილ დასკვნებში ხსენებული თემებიდან თითქმის ყველა კომპონენტი მეტ-ნაკლებად დაფარულია.

ექსპერტთა ჯგუფები ნარატივში აღწერენ, რომ დაწესებულებები სტუდენტებისთვის უზრუნველყოფენ საკონსულტაციო მომსახურებას, ისეთი ფაქტორების გათვალისწინებით, როგორიცაა აკადემიური და სამეცნიერო საქმიანობის მხარდაჭერა, კარიერული ზრდა, სწავლის შემდგომ საფეხურზე გაგრძელება. ზოგიერთი უნივერსიტეტის სტრატეგიულ მიზანში შედის სტუდენტზე ორიენტირებული სისტემის განხორციელება და განვითარება, რომელიც სტუდენტს სთავაზობს სოციალური მხარდაჭერის პოლიტიკას, რომელიც გამოიხატება გრანტებისა თუ სტიპენდიების გაცემით და ადგილობრივ თუ საერთაშორისო კვლევით და პროფესიულ პროექტებში მათი მონაწილეობის ხელშეწყობით. დასკვნებში ასევე, რამდენჯერმე არის ნახსენები, რომ სტუდენტებს აქვთ შესაძლებლობა ისარგებლონ საფასურის გადახდის ინდივიდუალური და მოქნილი გრაფიკით, რაც ხელს უწყობს მათ სწავლის პროცესის შეუფერხებლად გაგრძელებას.

ექსპერტთა მხრიდან გაცემული რჩევები და რეკომენდაციები თითზე ჩამოსათვლელია, თუმცა ეხება ისეთ მნიშვნელოვან საკითხებს, როგორიცაა ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა უცხოელი სტუდენტებისთვის (მათ შორის სამომავლო კარიერის შესახებ) შესაბამის ენაზე, სტუდენტების ჩართვა წარმომადგენლობით-მმართველ ორგანოებში და მათი ინტეგრაციის ხელშეწყობა ადგილობრივ სტუდენტებთან. იდენტიფიცირებულია ასევე რამდენიმე საუკეთესო პრაქტიკა, მაგალითად:

“უნივერსიტეტის სტუდენტური პორტალი (ხელმისაწვდომია მობილური ტელეფონებიდან) წვდომას აძლევს სტუდენტებს მთელ ინფორმაციაზე, მათ შორის ცხრილებზე, მარეგულირებელ და სასწავლო მასალებზე, როგორიცაა სტუდენტური გზამკვლევები, ასევე სტუდენტებს აკავშირებს პერონალთან და ერთმანეთთან.”
(საუკეთესო პრაქტიკა, NCEQE – 3.1)

ასევე, საუკეთესო პრაქტიკად აღნიშნეს ექსპერტებმა, რომ სტუდენტებს ჰქონდათ ხელშეწყობა მონაწილეობა მიეღოთ ეროვნულ და საერთაშორისო კონფერენციებში, თუმცა ეს ცალსახად სტანდარტის მოთხოვნების დაკმაყოფილებაა და არა გამორჩეული შემთხვევა.

შესწავლილ დასკვნებში არაა განხილული დახმარებასთან და კონსულტაციის განევასთან დაკავშირებული კონფიდენციალობის შენარჩუნების საკითხი, ასევე არ ჩანს მკაფიოდ ხდება თუ არა კონსულტირების მიზნდება აკადემიურ შესრულებასთან ბმაში.

4.4. სტუდენტური წარმომადგენლობა

შესწავლილი დასკვნების ნარატივში ნაწილობრივ წამოჭრილია საკითხი სტუდენტების შესაძლებლობისა, რომ მონაწილეობა მიიღონ უნივერსიტეტების მართვაში. ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ სტუდენტები მონაწილეობენ სასწავლო გეგმის შემუშავებაში, პროგრამის თვითშეფასებაში, გადანაცვლებების მიმღებ ორგანოებში. თუმცა იმასაც აღნიშნავენ, რომ პროცესებში ჩართული სტუდენტები თავად პერსონალის მიერ არის არჩეული.

ერთ-ერთ დასკვნაში ექსპერტები აღნიშნავენ, ფაკულტეტსა და სტუდენტებს შორის ინფორმაციის დაჩქარების მიზნით თითოეული ჯგუფიდან ორი სტუდენტია შერჩეული, რომლებიც მყისიერად აცნობენ სტუდენტებს დაგეგმილ აქტივობებს და ცვლილებებს, ადმინისტრაციას აწვდიან სტუდენტების წინადადებებს და შენიშვნებს. ასევე, შექმნილია ლექტორის თანაშემწის პოზიცია, სადაც აირჩევიან მაღალკურსელები, რათა მათ მიერ მოხდეს დაბალკურსელების დახმარება.

ასევე, ერთ დასკვნაშია მხოლოდ ნახსენები, რომ უნივერსიტეტის სამოქმედო გეგმა თავისი ბიუჯეტით, უზრუნველყოფს სტუდენტური თვითმმართველობის ფინანსურ მხარდაჭერას მომდევნო სამი წლის განმავლობაში, მზარდი დინამიკით. თვითმმართველობის დაფინანსების საკითხი სხვაგან მხოლოდ რჩევის სახითაა ნახსენები, დაფინანსების გაზრდასთან დაკავშირებით.

აღნიშნულის საპირწონედ, გვხვდება დასკვნები სადაც ექსპერტები მიუთითებენ, რომ სტუდენტთა თვითმმართველობის საკითხს არა აქვს ფორმალური ხასიათი, არაა განერილი ფუნქციები და არ ჩანს ანგარიშვალდებულება. ზოგ შემთხვევაში იკვეთება, რომ სტუდენტთა ორგანო ან კავშირი საერთოდ არ არსებობს დაწესებულებაში და ისმის შეკითხვა თუ ვინ წარმოადგენს მათ ინტერესებს აღმინისტრაციასთან.

„განსაკუთრებით არის რეკომენდებული სტუდენტთა კავშირის განვითარების აქტიური ხელშეწყობა, [...] სტუდენტური ორგანიზაციების დანერგვა სხვადასხვა მიმართულებით“. (რეკომენდაცია, NCEQE – 3.1)

საუკეთესო პრაქტიკის ნაწილში აღნიშნულია მხოლოდ ის, რომ ერთ-ერთ უნივერსიტეტში არსებობს სტუდენტთა საექსპერტო ტუტორობა-მენტორობის მექანიზმი.

სკოლის მისიასთან და პროგრამის დიზაინთან მიმართებით სტუდენტთა წარმომადგენლობითობის გათვალისწინების საკითხს ვერ ვხვდებით შესწავლილ დასკვნებში.

WFME 5. აკადემიური პერსონალი

WFME-ის მე-5 სტანდარტთან (აკადემიური პერსონალი) მიმართებაში, თემატური ანალიზის სამუშაო ჯგუფის მიერ იდენტიფიცირებულ იქნა 96 მსჯელობითი/შეფასებითი/მიგნებების აღმნიშვნელი ტექსტი ექსპერტთა მიერ შედგენილი აკრედიტაციის დასკვნების ნარატიული ნაწილიდან, ასევე 30 რეკომენდაცია, 12 განმავითარებელი რჩევა და 1 საუკეთესო პრაქტიკა.

კოდირების შემდგომ, WFME-ის 5.1 სტანდარტთან კავშირზე ყველაზე მეტად გავიდა ქართული აკრედიტაციის სტანდარტების 4.1 კომპონენტი, ხოლო WFME-ის 5.2 სტანდარტთან მკვეთრი კავშირი დადგინდა თითქმის თანაბრად, როგორც აკრედიტაციის 4.1 ისე 4.2 კომპონენტთან.

მედიცინის ეროვნული დარგობრივი მახასიათებელი ნახსენებია მხოლოდ ორჯერ, ერთხელ რეკომენდაციის ტექსტში, მეორედ ნარატივში და ეს ყველაფერი მხოლოდ ერთი დასკვნის ფარგლებში.

5.1. რეკრუტირებისა და შერჩევის პოლიტიკა

მოცემული კომპონენტისათვის ტექსტური მონაცემების დამუშავებისას გამოიკვეთა ორი ძირითადი საკითხი. პირველი უკავშირდება სტუდენტებისათვის ცოდნისა და უნარების გადაცემაზე პასუხისმგებელი აკადემიური თუ მოწვეული პერსონალის რაოდენობასა და კვალიფიციურობას, კერძოდ, იყო თუ არა ეს რაოდენობა საკმარისი არსებული სტუდენტური კონტიგენტისთვის, ამა თუ იმ სასწავლო და მეთოდური ჯგუფისთვის. აქვე განიხილებოდა იყო თუ არა მათი სამუშაო დატვირთვა რეალისტური აღნიშნული ფაქტორების გათვალისწინებით. ექსპერტების მიერ რამდენიმე პროგრამის შემთხვევაში აღინიშნა, რომ პერსონალისა და სტუდენტების თანათარდობა არ იყო ადეკვატური, მათ შორის

პრაქტიკული უნარების სწავლების ჯგუფებში. მათი თქმით არსებულ ფონზე არარეალისტურია დაწესებულებათა გეგმები მისაღები სტუდენტების რაოდენობის ზრდის შესახებ მომდევნო წლებში, რადგან ერთი მხრივ პედაგოგთა რაოდენობაა მცირე, მეორე მხრივ პერსონალის არსებულ კონტიგენტს და შესაბამისად პროგრამის სტაბილურობას საფრთხე ექმნება, როდესაც აფილირების შემთხვევაშიც კი ლექტორები ასწავლიან სხვა პროგრამებზე.

„როგორც აკადემიური, ასევე მონვეული პერსონალი სხვა დაწესებულების პედაგოგები არიან, ამგვარად სასწავლო პროცესის წარმართვა ხდება მათი თავისუფალი დროის მიხედვით, რაც, ზოგიერთ შემთხვევაში, გულისხმობს 8-საათიან ლექციებს ერთი დღის განმავლობაში“ (ნარატივი, NCEQE-4.1)

ამავე კონტექსტში, ერთი პროგრამის შემთხვევაში აღინიშნა მოკლევადიანი დროებითი კონტრაქტების პრობლემატური მხარე. აღინიშნა პოზიტიური მიგნებებიც რამდენიმე პროგრამისთვის, სადაც ექსპერტებმა ხაზი გაუსვეს პერსონალის კვალიფიციურობას, სტუდენტი-პერსონალის თანაფარდობის ადეკვატურობას. მათ შორის აღმოჩნდა მაგალითად, რომ ერთ-ერთი დაწესებულება პერსონალის რაოდენობის ზღვრული დონეების განსაზღვრას სპეციალური ფორმულით ახდენდა, თუმცა ეს ექსპერტებმა საუკეთესო პრაქტიკად მაინც არ გამოკვეთეს შესაბამის სექციაში.

ექსპერტები გასცემენ რეკომენდაციებსა და რჩევებს, რომ სტუდენტებსა-პერსონალს შორის თანაფარდობა მკაცრად იყოს განსაზღვრული არა მხოლოდ თითოეული სასწავლო კურსისთვის, არამედ სწავლების ტექნიკისთვისაც, ყურადღება მიექცეს ამა თუ იმ სასწავლო კურსზე აფილირებული, აკადემიური და მონვეული პერსონალის გადანაწილებას, დადასტურებული სტაჟის მქონე პრაქტიკოსების ჩართვას კლინიკურ სწავლებაში. ისინი დაწესებულებებს მოუწოდებენ განსაზღვრონ პერსონალის დატვირთვის საათები, ასევე გაზარდონ როგორც გრძელვადიანი კონტრაქტით გაფორმებული, ისე კლინიკურ სწავლებაში ჩართული პერსონალის რაოდენობა და ეს ყველაფერი დაიგეგმოს მომდევნო წლებში პროგრამაზე მისაღები სტუდენტთა კონტიგენტის გათვალისწინებით.

5.1 კომპონენტის ანალიზის დროს გამოკვეთილი მეორე თემა უკავშირდება ადამიანური რესურსების მართვის პოლიტიკას, მის შესაბამისობას საკანონმდებლო მოთხოვნებთან, პერსონალის სამსახურში აყვანის პრაქტიკას, მათ შორის რეზიუმეების წესრიგში ქონას. ექსპერტების მხრიდან ძირითადად აღინიშნება, რომ დაწესებულებებს შესაბამისი პოლიტიკის დოკუმენტების წესრიგში აქვთ, შეესაბამება კანონმდებლობას, განერილია სამსახურში აყვანის წესები კონკურენციის პრინციპების დაცვითა და შესაბამისი გამოცდილების გათვალისწინებით, დატვირთვა ითვალისწინებს აკადემიურ, სამეცნიერო და საკონსულტაციო საქმიანობაზე გამოყოფილ დროს. თუმცა მათ მიერ ასევე შეინიშნა, რომ რეზიუმეები საჭიროებს განახლებას, არ ჩანს ინფორმაცია მათი აფილირების შესახებ, არ იკვეთება სათანადო გამოცდილება ზოგიერთ კურსთან ან კლინიკურ მენტორობასთან მიმართებაში. დაფიქსირდა ასევე შემთხვევა, როდესაც ლექტორების სახელი მინერული იყო მათთვის უცნობ სილაბუსებზე. თითო-თითო რეკომენდაცია მიეძღვნა განახლებული

დოკუმენტაციის თავმოყრას, პერსონალის შერჩევის პროცესის შესაბამისობას კანონთან და დარგობრივ მახასიათებელთან, პერსონალის დატვირთვის სქემის შემუშავებას. რჩევებიც ძირითადად ტექნიკურ გამართულობას უკავშირდება დოკუმენტაციაში.

5.2. პერსონალის აქტივობა და განვითარება

წინამდებარე კომპონენტში, ერთი მხრივ, გამოიკვეთა 5.1-ში აღწერილი ორივე კატეგორია და მეორე მხრივ, დამატებით აკადემიური-მონწილეული პერსონალის მიერ შესრულებული სამუშაოს, მიღწევების, დამსახურებების შეფასება და სამომავლო განმავითარებელი აქტივობების დაგეგმვა, მათი წახალისებისა და დაფინანსების საკითხები. პერსონალის კვალიფიკაციის მხრივ, რამდენიმე პროგრამის შემთხვევაში დაისვა შევითხვა კომპეტენტურობის შესახებ. როგორც აღმოჩნდა, ცოდნისა და პრაქტიკული უნარების სტუდენტებისათვის გადაცემისათვის დოკუმენტაციაში მითითებული ადეკვატური მეთოდოლოგიის მიუხედავად, თავად პერსონალი საჭიროებდა ჯერ შესაბამის გადამზადებას, ცნობიერების ამაღლებას მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამის ინტეგრაციაზე, სწავლის შედეგების განწერაზე და რიგ შემთხვევებში ამას თავად პერსონალიც აცნობიერებდა.

„მათი [პერსონალის] პასუხები აჩვენებდა, რომ მათ კარგად არ ესმოდათ როგორ განეხორციელებინათ ახალი მეთოდები თავიანთ საქმიანობაში. ისინი მოელოდნენ, რომ ჩაუტარდებოდათ ტრენინგი ამ საკითხთან დაკავშირებით, მაგრამ მათთვის გაურკვეველი იყო, თუ სად და როგორ მოხდებოდა ამის ორგანიზება“ (ნარატივი, NCEQE-2.5)

გემოაღნიშნული საკითხი ეხება მათ შორის OSCE -ს გამოცდების მეთოდოლოგიას და შესაბამის ცენტრებს. რიგ პროგრამებზე გამოიკვეთა პრობლემა, რომ ხელმძღვანელის გარდა პერსონალის ძირითად ნაწილში არ ჩანდა კურიკულუმის აღქმა ერთიან კონტექსტში. ექსპერტები მიიჩნევენ, რომ სტუდენტებისა და ლექტორების თანათარდობა მკაფიოდაა განსასაზღვრელი თითოეულ მეთოდთან მიმართებაში, ამასთანავე კლინიკურ სწავლებაში არ უნდა იყვნენ ჩართული რეზიდენტები, განსაკუთრებით იმ ფონზე, რომ ინგლისურის ცოდნაში მოიკოჭლებენ კლინიკის პერსონალიც და პაციენტებიც. ხაზგასმულია ასევე ის, რომ სტუდენტების რაოდენობის ზრდის შემთხვევაში პერსონალი არ იქნება საკმარისი, თანაც იმის გათვალისწინებით, რომ ისინი ერთდროულად რამდენიმე პროგრამაზე ასწავლიან. ორი პროგრამისათვის გაცემულია რეკომენდაცია თანათარდობების განსაზღვრის საჭიროებაზე, დამატებით ორი პროგრამისათვის კი პედაგოგიკასთან და მეთოდოლოგიასთან დაკავშირებული ცოდნისა და უნარების ამაღლებაზე.

ადამიანური რესურსების მართვის პოლიტიკაში ექსპერტებმა დააიდენტიფიცირეს რამდენიმე ხარვეზი. კერძოდ, კანონმდებლობასთან ზოგადი შესაბამისობის მიუხედავად, პერსონალის მოვალეობები არ იყო ნათლად განწერილი ორი პროგრამისათვის, ერთ-ერთ პროგრამაზე დაკავებულ თანამდებობასთან პირის კომპეტენციების შესაბამისობაზე პასუხისმგებელია ორი სამსახური, რომლებიც ერთმანეთთან ამ საკითხზე ფაქტობრივად არ

თანამშრომლობენ, სამი პროგრამის შემთხვევაში გამოიკვეთა რომ პერსონალის სამეცნიერო ნაშრომების დაწესებულებასთან აფილირების საკითხი სრულიად დაურეგულირებელია და იქმნება რისკი, ეს ნაშრომები ყველა ინსტიტუციამ თავის თავზე მიიწეროს, სადაც კი აკადემიურ თანამდებობაზე მყოფი პირი იქნება დასაქმებული, ასევე ერთ-ერთ პროგრამაზე ექსპერტებმა ვერ მიაკვლიეს პერსონალის საჭირო რაოდენობის განსაზღვრის მეთოდოლოგიას. შედარებით პოზიტიური კუთხით, რამდენიმე პროგრამისათვის აღინიშნა, რომ პერსონალის დატვირთვის სქემა ნათლად იყო გაწერილი, ითვალისწინებდა აკადემიურ, სამეცნიერო დატვირთვას, სტუდენტების კონსულტირებას და ჩართვას სხვა აქტივობებში. გაცემული რეკომენდაციები უკავშირდება სამუშაო დატვირთვის გაანგარიშებაში FTE მიდგომის გამოყენებას, სტუდენტთა კონტიგენტისა და სამუშაო ჯგუფების ზუსტი ზომების გაწერას. ამ ნაწილში გაცემული რჩევები ეხება ხელშეკრულებებისა და რეზიუმეების გამართვა-განახლებას, პასუხისმგებლობების უფრო ჰორიზონტალურ გადანაწილებას პერსონალზე.

რაც შეეხება პერსონალის განმავითარებელ აქტივობებს, რამდენიმე პროგრამის შემთხვევაში დადგინდა, რომ დაწესებულება ახორციელებს პერსონალის მიღწევებისა და საკვალიფიკაციო საჭიროებების შეფასებას და შესაბამისად შემდგომი წასახალისებელი ან მხარდაჭერი/განმავითარებელი ღონისძიებების დაგეგმვას. ხშირად ამისათვის გამოყოფილია სპეციალური დეპარტამენტი ინსტიტუციის ბაზაზე. თუმცა, ამდენივე პროგრამაში გამოიკვეთა, რომ მსგავსი აღნიშნული მექანიზმი არაა გამართული, პერსონალის საჭიროება გადამზადებას PBL მეთოდოლოგიაში, მეტი ტრენინგი ესაჭიროებათ OSCE ცენტრების გამომცდელებს, პერსონალის ნაწილში ასამაღლებელია ინგლისური ენის კომპეტენცია, ასევე არ ჩანს საერთაშორისო პროექტებსა თუ კონფერენციებში მათი ჩართულობის მაგალითები. რიგ შემთხვევებში ეს ხარვეზები იკვეთებოდა იგივე პროგრამებზე, რომელთათვისაც განმავითარებელი მექანიზმი იგივე ექსპერტებმა მოიწონეს კონცეფციის დონეზე. ტრენინგის საჭიროების იდენტიფიცირებას, უნარებისა და კომპეტენციების ამაღლებას უკავშირდება რჩევები და რეკომენდაციები, რომლებიც ფორმულირებით დიდად არ განსხვავდება ერთმანეთისგან.

„[საჭიროა] OSCE გამომცდელების აყვანა და გადამზადება პროგრამის ადრეულ ეტაპზე, რათა უზრუნველყოფილი იყოს მომზადებული გამომცდელების ადეკვატური რაოდენობა, ვინც ხელმისაწვდომი იქნება შემაჯამებელი შეფასებებისთვის“ (რჩევა, NCEQE-4.2)

იდენტიფიცირებულია ასევე ერთი საუკეთესო პრაქტიკა, როდესაც დაწესებულება ეხმარება პერსონალს თუ სტუდენტებს გავიდნენ ადგილობრივ და საერთაშორისო კონფერენციებზე, თუმცა იმის თქმაც შეიძლება, რომ ეს უფრო აკრედიტაციის სტანდარტის დაკმაყოფილებაა და არა საუკეთესო პრაქტიკა.

პერსონალის აყვანისა და მართვის პოლიტიკის მხრივ ექსპერტები არ ეხებიან ბალანსს ბიოსამედიცინო, ქცევით-სოციალურ და კლინიკურ მეცნიერებებს შორის. ამავე კრიტერიუმში ისინი საერთოდ არ ეხებიან ბალანსს სამედიცინო და არასამედიცინო აკადემიურ

პერსონალს შორის ან ზოგადად აკადემიურ და არააკადემიურ პერსონალს შორის. მართალია საუბარია სამუშაო დატვირთვის სქემების ბუნდოვანებაზე, პასუხისმგებლობების ბუნდოვანებაზე ან მათ დაუზუსტებლობაზე, თუმცა სრული და ნახევარი განაკვეთის მიმართებას ეხება მხოლოდ ორი პროგრამის დასკვნა. რამდენიმე პროგრამისთვის ექსპერტებმა დადებითად შეაფასეს დატვირთვისა და წახალისების სქემაში აკადემიური, სამეცნიერო და სხვა აქტივობების გაწერის ფაქტი, თუმცა ისინი ნაკლებად ცდილობენ ამ აქტივობებს/მოვალეობებს შორის უშუალოდ ბალანსის საკითხის შეფასებას. ექსპერტების მხრიდან საერთოდ არ არის მოსაზრება გამოთქმული ხარისხის სტანდარტების კუთხით, კერძოდ, რეკრუტირების პოლიტიკაში ეკონომიკური თუ სხვა სოციო-კულტურული ფაქტორების გათვალისწინებაზე. პერსონალის აქტივობა-განვითარების საკითხები გაცილებით უკეთესად არის მოცული ექსპერტების მხრიდან.

WFME 6. საგანმანათლებლო რესურსები

WFME-ის მე-6 სტანდარტთან მიმართებაში, თემატური ანალიზის სამუშაო ჯგუფის მიერ იდენტიფიცირებულ იქნა 136 მსჯელობითი/შეფასებითი/მიგნებების აღმნიშვნელი ტექსტი ექსპერტთა დასკვნების ნარატივებიდან, ასევე 30 რეკომენდაცია, 21 განმავითარებელი რჩევა და 4 საუკეთესო პრაქტიკა.

ყველაზე მეტი კავშირი კოდირების შედეგად WFME-ის მე-6 სტანდარტსა და აკრედიტაციის სტანდარტების მეორე და მეოთხე სტანდარტებს შორის იყო დაფიქსირებული. კერძოდ, WFME-ის სტანდარტების 6.1, 6.2 და 6.3 კომპონენტები კოდირების შედეგად ძირითადად იკვეთება აკრედიტაციის სტანდარტების 4.3 კომპონენტთან, WFME-ის 6.4 უკავშირდება აკრედიტაციის 2.4 კომპონენტს, მე-6 სტანდარტის დანარჩენი ნაწილისთვის მძლავრი ინტერსექცია არ გამოვლენილა.

6.1. ფიზიკური აღჭურვილობა

წინამდებარე სტანდარტი ძირითადად უკავშირდება აკრედიტაციის 3.4 კომპონენტს, რომელიც ზოგადად შეეხება პროგრამის განხორციელებისათვის საჭირო მატერიალურ-ტექნიკურ ბაზას. თუმცა, სფეროს მოთხოვნების გათვალისწინებით, WFME-ის სტანდარტები დეტალურად განიხილავს ზოგად ფიზიკურ მოწყობილობებს, კლინიკური სწავლებისათვის საჭირო რესურსებსა და ინფორმაციულ-ტექნოლოგიურ რესურსებს.

ფიზიკური აღჭურვილობის მიმართულებით, საკმაოდ რთულია საერთო ტენდენციების გამოყოფა გაანალიზებულ დასკვნებში, რადგან დასკვნებიდან დასკვნამდე საკმაოდ განსხვავებული სურათებია აღწერილი. ერთ-ერთი, რაც განსაკუთრებით აქტიურად გვხვდება ახალი საგანმანათლებლო პროგრამების შემთხვევაში, არის საკითხავ ლიტერატურაზე ხელმისაწვდომობის ნაკლებობა. ამ კუთხით ხაზი აქვს გასმული რიგ შემთხვევებში როგორც ბეჭდური ვერსიების ნაკლებობას, ისე ელექტრონულად

ხელმისაწვდომობის შეზღუდვას. ამ თემას ეხება კომპონენტის მოთხოვნებთან დაკავშირებული ყველაზე მეტი რჩევა და რეკომენდაცია.

„უმრუნველყავით სტუდენტებისთვის შესაბამისი სასწავლო მასალის, მაგალითად, წიგნების [.....] ხელმისაწვდომობა მთელი პროგრამის მსვლელობისას. გაათავოთოვეთ და შეინარჩუნეთ ონლაინ მონაცემთა ბაზები [.....] კურსის მსვლელობისას“. (რეკომენდაცია, NCEQE – 2.3)

აღსანიშნავია, რომ ძირითად შემთხვევებში მეტ-ნაკლებად დადებითად არის შეფასებული სიმულაციური რესურსები და ხაზი აქვს გასმული მათ აქტიურ გამოყენებასაც სასწავლო პროცესში, თუმცა გამონაკლის შემთხვევებში ვხვდებით მათი ზრდის მიმართულებით რეკომენდაციებსაც. გაანალიზებულ დასკვნებში ვნახავთ შენიშვნებს მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის სხვა საკითხებთან დაკავშირებითაც, განსაკუთრებით კლინიკური და სამეცნიერო ლაბორატორიების მიმართულებით. რიგ შემთხვევებში ეჭვქვეშაა დაყენებული, თუ რამდენად შესაბამისი იქნება მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა კურიკულუმის განხორციელებისათვის. განსხვავებით ადამიანური რესურსების კუთხით მრავალჯერ დასმული აქცენტებისა, საკმაოდ იშვიათად გვხვდება მსჯელობები მატერიალურ-ტექნიკური ბაზისა და სტუდენტების მისაღებ რაოდენობას შორის კავშირზე, როგორც მაგალითად მოცემულ მონაკვეთში:

„პროგრამაზე მიღებული სტუდენტების რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს წელიწადში 50-ს, ლაბორატორიული აღჭურვილობის გათვალისწინებით.“ (ნარატივი, NCEQE – 2.1)

დამატებით, აღსანიშნავია, რომ მატერიალური რესურსების კუთხით ვხვდებით საუკეთესო პრაქტიკის მაგალითსაც, რომელიც ეხება სწავლებაში გვამის გამოყენებას.

საერთო ჯამში, ლიტერატურა და წიგნადი ფონდი, სამეცნიერო და კლინიკური ლაბორატორიები და ასევე კლინიკური უნარების ხელშემწყობი აღჭურვილობის განვითარება ის სამი ძირითადი მიმართულებაა, რაც დასკვნებში იკვეთება. თუმცა იკვეთება საჭიროება მატერიალური რესურსების სტუდენტების რაოდენობის დაგეგმვასთან კავშირის მეტი სიცხადით ასახვის საჭიროება.

6.2. კლინიკური სწავლების რესურსები

კლინიკური სწავლების რესურსების ნაწილის შეფასებაზე საუბრისას აუცილებელია მხედველობაში მივიღოთ 2.5 კომპონენტის შეფასებები, რომელიც ძალზედ მჭიდროდაა დაკავშირებული 6.2 კომპონენტის მოთხოვნებთან და შესაბამისად ამ კომპონენტის აღწერაშიც განმეორებული იქნება რიგი საკითხებისა, რაც ზემოთ იყო ნახსენები. ქვემოთ მოცემულია ამონარიდი ერთ-ერთი დასკვნიდან, რომელიც შესაძლებელია სისტემურ დონეზე იყოს მნიშვნელოვანი:

„ჯგუფის აზრით, საქართველოში სამედიცინო სწავლების მთავარი პრობლემაა რეალურ პაციენტებთან კონტაქტის არარსებობა, რადგან კლინიკური ობიექტები ნაკლებია მედიცინის სტუდენტების მაღალ რაოდენობასთან შედარებით“.

ამონარიდის პათოსს თუ გავაგრძელებთ, პირველ რიგში, უნდა აღინიშნოს, რომ დღეისათვის საქართველოში მხოლოდ ორი უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულება ფლობს საუნივერსიტეტო კლინიკას, სხვა უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებებს კი ძირითადად გააჩნიათ ხელშეკრულებები-მემორანდუმები კლინიკებთან. ეს საკითხი რეგულირდება თავად მედიცინის დარგობრივი მახასიათებლის მიერ, რომლის მიხედვითაც სამედიცინო პროგრამის განსახორციელებლად უნდა არსებობდეს „საუნივერსიტეტო/სასწავლო და/ან აფილირებული კლინიკა“. კლინიკებთან ხელშეკრულებების არსებობა დასტურდება ყველა გაანალიზებული დასკვნის შემთხვევაში, თუმცა, როგორც ზემოთაც იყო ნახსენები, გვაქვს შემთხვევები, როდესაც ეჭვქვეშაა დაყენებული რამდენად იქნება პრაქტიკაში განხორციელებული ის, რაც წარმოდგენილ დოკუმენტაციაშია აღნიშნული.

ერთ-ერთი ძირითადი საკითხი, რომელიც დასკვნებში კლინიკური უნარების განვითარების კუთხითაა დასმული, არის კლინიკური პრაქტიკის დაგეგმვა სათანადო რესურსების გათვალისწინებით, რომელიც საკმაოდ კარგადაა წარმოდგენილი მოცემულ ამონარიდში:

*„განიხილეთ კლინიკური სწავლების ხარისხი და შეაფასეთ კლინიკური საგნები სტუდენტების, ხელმისაწვდომი პედაგოგებისა და არსებული პაციენტების რაოდენობის მხრივ, რომლებიც შეიძლება ჩაერთონ კლინიკურ მომზადებაში.“
(რეკომენდაცია, NCEQE - 4.3)*

იგივე თემის ირგვლივ ტრიალებს ზოგადად კლინიკური პრაქტიკისათვის არსებული სივრცეების შესაბამისობის პრობლემაც დასკვნებში, რომელიც ძირითადად იქიდან გამომდინარეობს, რომ, როგორც უკვე აღინიშნა, ქართული სამედიცინო სკოლების უმრავლესობას არ აქვს საკუთარი საუნივერსიტეტო ჰოსპიტალი, ხოლო ცალკეულ ჰოსპიტლებში მრავალი სხვადასხვა დაწესებულების სტუდენტებს უწევთ პრაქტიკის გავლა, რაც საბოლოო ჯამში ეჭვქვეშ აყენებს პრაქტიკის ხარისხსა და ეფექტიანობას:

*„ძალიან ბევრი სასწავლებლის ბევრი სტუდენტი სწავლობს ერთსა და იმავე დაწესებულებებში და ეს არ უზრუნველყოფს კლინიკურის ნავლების ხარისხს.“
(ნარატივი, NCEQE - 4.3)*

გარდა ამისა, გვხვდება შენიშვნებიც კლინიკების გამართულობასთან და შესაბამისობასთან დაკავშირებითაც კლინიკურ სწავლების პროცესთან, როგორც მაგალითად შემდეგ ამონარიდშია ნახსენები. ამავე გამოწვევას უფრო კომპლექსურს ხდის მისი ადამიანური რესურსების საკითხთან დაკავშირება, როგორც ეს იკითხება შემდეგი ამონარიდში:

„არაადეკვატური რაოდენობა მსხვილი საავადმყოფოებისა (ამჟამად ორი), სადაც არ არის მითითებული, თუ რომელი საგანი ისწავლება ამ საავადმყოფოებში.“

საავადმყოფოების პერსონალი, რომელმაც უნდა ასწავლოს სტუდენტებს, ასევე ავთილირებულია სხვა მედიცინის სადოქტორო პროგრამებთან“. (ნარატივი, NCEQE - 4.3)

გვაქვს შემთხვევები, როდესაც ადამიანური რესურსების საკითხი პაციენტებთან ურთიერთობის გეგმასთანაა დაკავშირებული, როგორც მაგალითად ამ მონაკვეთში:

„პაციენტთან რეალური კონტაქტი არ არის დაგეგმილი, მიუხედავად იმისა, რომ ეს ნახსენებია [.....] უფრო მეტიც, 1 პედაგოგზე 25 სტუდენტიან ჯგუფში რეალური პრაქტიკული სწავლების განხორციელება არაადამაჯერებელია პრაქტიკული უნარების მოსაპოვებლად.“ (ნარატივი, NCEQE – 2.4)

2.5 და 6.2 კომპონენტების ანალიზს თუ შევაჯამებთ, ცხადი ხდება, რომ ერთ-ერთი ყველაზე დიდი პრობლემა, რომელიც იკვეთება, არის უნივერსიტეტების ბუნდოვანი და არამყარი კავშირები კლინიკებთან. ძირითადად სწორედ ამ კუთხით ვხვდებით ნარატივებს დასკვნებში კლინიკურ სწავლებასთან დაკავშირებით. სტანდარტის პირველი მოთხოვნა, რომელიც შეეხება პაციენტების რაოდენობას, რომელთანაც ექნებათ სტუდენტებს შეხება კლინიკური პრაქტიკის პროცესში, ფაქტობრივად არ არის დაფარული დასკვნებში. ნაკლებადაა დაფარული კლინიკური პრაქტიკის სუპერვიზიის ნაწილიც, თუმცა, როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, რიგ დასკვნებში მაინცაა მსგავსი აქცენტები გაკეთებული. ბოლოს, არ გვხვდება დასკვნებში აქცენტები კლინიკური პრაქტიკის ბაზების განვითარებაზე ზრუნვასთან დაკავშირებით. დასკვნები ნათლად აჩვენებენ, რომ კლინიკებთან კავშირის კუთხით ქართულ საგანმანათლებლო სივრცეში საკმაოდ *Laissez-faire* მიდგომები გვხვდება, რაც გამოიხატება ნაკლები კონტროლით კლინიკების დონეზე მიღებული სტუდენტების რაოდენობებისადმი და რომელიც რეალურ საფრთხეს უქმნიან მიღებული სამედიცინო განათლების ხარისხს.

6.3. ინფორმაციული ტექნოლოგიები

დასკვნების უმრავლესობაში აღნიშნულია კომპიუტერული ბაზების არსებობა დაწესებულებაში, აგრეთვე უმრავლესობა ეხება ელექტრონული ბიბლიოთეკებსა და ინტერნეტზე თავისუფალ წვდომასაც. ამ სპექტრში ძირითადად საკმაოდ დადებითადაა შეფასებული მოცემულობები პროგრამების განმახორციელებელ დაწესებულებებში. დადებით კონტექსტშია ასევე აღნიშნული რიგ ელექტრონულ რესურსებზე წვდომა, როგორიცაა anatomy tv. დამატებით, ზოგიერთ დასკვნაში ნახსენებია, რომ სტუდენტებსა და პერსონალს აქვთ წვდომა სამეცნიერო ბაზებზე. მიუხედავად ამისა, რესურსების შეფასებათა უმრავლესობა ძირითადად აღწერილობით ბუნებას ატარებს.

უფრო მნიშვნელოვანია ის, რომ ფაქტობრივად საერთოდ არ იკვეთება აქცენტები საინფორმაციო ტექნოლოგიური უნარების განვითარებაზე სამედიცინო კონტექსტში, რომელიც WFME-ის სტანდარტის ძირითად მოთხოვნას წარმოადგენს და ასევე

გათვალისწინებულია მედიცინის დარგობრივი მახასიათებლითაც. ამასთან ერთად, აგრეთვე ნაკლებია ინფორმაცია სწავლა-სწავლების პროცესში ინფორმაციული ტექნოლოგიების გამოყენებასთან დაკავშირებით.

რიგ შემთხვევებში გვხვდება შენიშვნები სტუდენტების პორტფოლიოების შექმნასთან დაკავშირებით, თუმცა აღსანიშნავია ისიც, რომ ელექტრონული პორტფოლიოების არსებობა და მუშაობა აგრეთვე არაერთ დასკვნაშია მითითებული. აღნიშნული საკითხი კარგადაა ასახული ქვემოთ მოცემულ რჩევაში:

“განიხილეთ სტუდენტური ჟურნალის/PBL შენიშვნების რვეულის გაუმჯობესება, გარდაქმნა ოფიციალურ „პორტფოლიოდ“ სწავლის მეორე წლიდან, რომელშიც სტუდენტი აფიქსირებს საკუთარი „ასახული პრაქტიკის“ მტკიცებულებებს სწავლის დასრულებამდე და მის შემდეგაც.” (რჩევა, NCEQE - 2.5)

ასევე, სხვა კონტექსტში ექსპერტები მიუთითებენ ონლაინ მონაცემთა ბაზების პორტფოლიოების შექმნისაკენაც, რაც დაკავშირებულია ზოგადად სამეცნიერო ბაზებთან წვდომის საკითხთან. რაც შეეხება ონლაინ ბიბლიოთეკასა და წიგნებზე წვდომას მის ფარგლებში, ეს საკითხი ზემოთ უკვე იყო დასმული. საერთო ჯამში, შეიძლება ითქვას, რომ ინფორმაციული ტექნოლოგიების კუთხით მწირია დასკვნებში ასახული ინფორმაცია. განსაკუთრებით ნაკლებია პედაგოგიური აქცენტები ამ მიმართულებით და უშუალოდ მედიცინასთან დაკავშირებული საინფორმაციო ტექნოლოგიური უნარების გამომუშავების საკითხები საერთოდ არ გვხვდება.

6.4. კვლევა და განათლება

კვლევის ნაწილს უკვე რამდენიმეჯერ შევეხეთ, კერძოდ WFME-ის 2.2 კომპონენტზე საუბრისას, რომელიც კვლევითი კომპონენტების ინტეგრირებას შეეხება კურიკულუმში და ასევე 6.1 კომპონენტშიც, სადაც ძირითადი აქცენტი გაკეთებულია კვლევისათვის საჭირო მატერიალურ-ტექნიკურ რესურსებზე. 6.4 კომპონენტის ფარგლებში კი ძირითადად ვხვებით რეალურ კვლევით საქმიანობას სამედიცინო სკოლის ფარგლებში. აუცილებელია იმის აღნიშვნა, რომ საბაზისო სამედიცინო განათლებაში კვლევითი უნარების განვითარება არ არის ძირითადი მიზანი, თუმცა გამომდინარე იქიდან, რომ როგორც ეროვნული კვალიფიკაციების ჩარჩოს შესაბამისი დონის აღმწერი, ისე მედიცინის დარგობრივი მახასიათებელი ითვალისწინებს კვლევითი უნარების განვითარებას დიპლომირებული მედიკოსის საგანმანათლებლო პროგრამაში.

აუცილებელია, რომ მოცემულ კომპონენტზე საუბარი დავიწყოთ 6.1 კომპონენტთან კავშირით, რომელშიც მკაფიოდ ჰქონდა გასმული ხაზი ლაბორატორიული რესურსების ნაკლებობას. ეს უკანასკნელი პირდაპირ ეჭვქვეშ აყენებს სამედიცინო სკოლებში

სამეცნიერო საქმიანობის წარმართვას ისეთ დონეზე, როგორც ეს აღნიშნულია დოკუმენტებში.

გარდა მატერიალური რესურსებისა, აშკარად ვხედავთ დასკვნებში ფინანსური რესურსების ნაკლებობასაც კვლევის მიმართულებით და არაერთ დასკვნაში გაცემულია როგორც რჩევები, ისე რეკომენდაციები ამ პრობლემის გამოსასწორებლად. ამას ემატება რამდენიმე შენიშვნა არამართო ფინანსური განვითარების, არამედ კვლევითი მიმართულებით ადამიანური რესურსების დამატებისა და ზოგადად კვლევის პერსპექტივით ორგანიზაციული ხედვების შეცვლის საჭიროებაზე. კერძოდ, ამ კუთხით უფრო ფართო კავშირების დამყარებას როგორც დაწესებულების სხვა საგანმანათლებლო ერთეულებთან, ისე კლინიკურ პრაქტიკასთან და ზოგადად, კვლევის სტრატეგიული ინტეგრირების საჭიროებას.

„სამომავლო გეგმებში კვლევის განვითარების მნიშვნელობის გამო, აუცილებელია ნათლად იყოს განსაზღვრული კვლევის სტრატეგიული და სამოქმედო გეგმები. მათში განერილი და შეთანხმებული უნდა იყოს განვითარების ძირითადი სფეროები. ეს თანამშრომლებსა და სტუდენტებს ხელს შეუწყობს, რომ კვლევის შედეგები გამოაქვეყნონ და მოახდინონ გავლენა სფეროზე.“ (რეკომენდაცია, NCEQE - 1.1)

ზემოთ მოცემულთან კონტრასტულად ჟღერს აქცენტები სტუდენტების ჩართულობაზე კვლევით საქმიანობაში, კერძოდ, რიგ დასკვნებში ვხვდებით ნარატივებს, სადაც აღწერილია, რომ სტუდენტები აქტიურად მონაწილეობენ კვლევაში და იღებენ კვლევით გრანტებსაც. თუმცა, გარდა ერთი გამონაკლისისა, არ გვხვდება კონკრეტული მაგალითები ან ციფრები სტუდენტების რეალური ჩართულობისა კვლევაში. მხოლოდ ერთ დასკვნაშია აღნიშნული, რომ სტუდენტები მოახერხებენ თეორიული ცოდნის მიღებას კვლევის მიმართულებით, თუმცა იქვე ეჭვქვეშაა დაყენებული არსებული რესურსების ფარგლებში მათი რეალურ სამეცნიერო-კვლევით საქმიანობაში ჩართვის შესაძლებლობები.

ექსპერტები მიუთითებენ, რომ ეჭვქვეშაა, თუ რამდენად ეკუთვნის დოკუმენტაციაში მითითებული სამეცნიერო-კვლევითი ნაშრომები რეალურად დაწესებულებას, შემდეგ კი განმარტებულია, რომ მართალია, ნაშრომები გამოქვეყნებულია პროგრამაში ჩართული პერსონალის მიერ, მაგრამ რეალურად ეს ნაშრომები სხვა დაწესებულებების კუთვნილებაა. ეს პრობლემა გამოიკვეთა სხვა კომპონენტების ანალიზშიც.

საერთო ჯამში, დასკვნების საფუძველზე იკვეთება სურათი, რომ კვლევა არ არის ძირითადი პრიორიტეტი სამედიცინო სკოლების უმრავლესობისათვის. WFME-ის ამ კომპონენტის მოთხოვნის შესაბამისად, რომელიც კვლევით საქმიანობას კურიკულუმის საწყისად განიხილავს, დოკუმენტებში ვხვდებით მთელ რიგ განაცხადებს კვლევითი საქმიანობის კუთხით, თუმცა ეჭვქვეშაა დაყენებული მათი განხორციელება პრაქტიკაში და იქმნება შთაბეჭდილება, რომ ეს ნაწილები მხოლოდ სტანდარტის ფორმალური დაკმაყოფილების მიზნითაა აღნიშნული დოკუმენტებში. თითქმის არა არის ასევე მოცემული ინფორმაცია

კვლევის პოლიტიკის შესახებ, როგორც ამას WFME-ის სტანდარტი ითხოვს. საბოლოოდ კი ეჭვქვეშ დგება, რამდენად ახდენს კვლევა პრაქტიკაში გავლენას სწავლა-სწავლების პროცესზე და რამდენად ამზადებს სტუდენტებს სამომავლო კვლევითი საქმიანობისათვის.

6.5. კვალიფიციურობა განათლების დარგში

საგანმანათლებლო ექსპერტიზის ნაწილი ერთ-ერთი ყველაზე ნაკლებად დაფარულია გაანალიზებულ დასკვნებში, თუმცა რიგ კომპონენტებში გვხვდება შენიშვნები რომლებიც მჭიდროდ უკავშირდება შინაარსობრივად ამ უკანასკნელს. ზოგადად, საკმაოდ რთულია ისეთი ნარატივების იდენტიფიცირება ტექსტში, რომელიც მოცემული კომპონენტის მოთხოვნებს პირდაპირ შეესაბამება. გვაქვს შემთხვევები, როდესაც ექსპერტები მიუთითებენ თავად პროგრამაში ჩართული პირების უმაღლეს კვალიფიკაციაზე და ხაზს უსვამენ მათ საქმიანობას, როგორც სამედიცინო განათლების ექსპერტებისა. ასევე, რიგ შემთხვევებში ნახსენებია ტრენინგები, რომლებიც პერსონალმა გაიარა პედაგოგიური კვალიფიკაციის ასამაღლებლად, ხოლო ერთ შემთხვევაში კი ნახსენებია სხვა საგანმანათლებლო დაწესებულების რესურსებთან საკუთარის გაერთიანების შესაძლებლობა განვითარებისთვის. ფაქტობრივად, მხოლოდ ერთ შემთხვევაში ვხვდებით რეკომენდაციას საგანმანათლებლო ექსპერტიზის კუთხით, რომელიც პირადად პასუხობს WFME-ის მოთხოვნებს, კერძოდ:

„იმ ექსპერტების რაოდენობის გაზრდა, რომელთაც თანამშრომლობით, რათა გქონდეთ ექსპერტიზა სამედიცინო განათლების მეთოდებში.“ (რეკომენდაცია, NCEQE – 2.5)

ზემოთ აღნიშნულის გარდა სხვა შემთხვევებში ძნელია შენიშვნების უშუალოდ საგანმანათლებლო ექსპერტიზის საკითხთან დაკავშირება. როგორც ზემოთ ითქვა, რიგ შემთხვევებში მე-5 და მე-7 სტანდარტებში გვხვდება ნარატივები, მაგალითად. პერსონალის განვითარებისა და პროგრამის გარე შეფასების შესახებ, რომლებიც ადამიანური რესურსებისა და პროგრამის შეფასების პერსპექტივებს მოიცავენ. ამ ნარატივების გაერთიანებით შეიძლება პირობითად ჩავთვალოთ, რომ მართალია ძალიან ზედაპირულად, მაგრამ მაინც იფარება WFME-ის მოთხოვნები, როგორცაა სწავლებისა და შეფასების მეთოდების გაუმჯობესებაზე ზრუნვა და ექსპერტიზის გამოყენება კურიკულუმის გასაფართოებლად. თუმცა, ყველაფერი თქმულის გათვალისწინებით, მნიშვნელოვნად მწირია ექსპერტთა დასკვნებში პროგრამის შეფასება საგანმანათლებლო ექსპერტიზის კუთხიდან.

6.6. საგანმანათლებლო გაცვლები

საგანმანათლებლო გაცვლების, ანუ საერთაშორისო თანამშრომლობისა და ურთიერთ-გაცვლის მიმართულებით ასევე საკმაოდ მწირია ინფორმაცია დასკვნებში, რაც გარკვეულწილად უცნაურია, ამ საკითხის უდიდესი მნიშვნელობიდან გამომდინარე თანამედროვე საგანმანათლებლო სისტემებისათვის. რიგ შემთხვევებში ხაზი აქვს გასმული იმას, რომ დაწესებულებას შემუშავებულ აქვს ინტერნაციონალიზაციის სტრატეგია და

პოლიტიკა, ხოლო სხვა შემთხვევებში კი ასევე ვხვდებით საუბარს დაწესებულების ფართო კავშირების შესახებ სხვადასხვა საერთაშორისო უნივერსიტეტებთან და ქსელებთან. მიუხედავად ამისა, ვხვდებით რეკომენდაციებს, სადაც პირდაპირაა მითითებული გაცვლითი პროგრამების ზრდის საჭიროების შესახებ როგორც პერსონალის, ისე სტუდენტების დონეზე, როგორც მაგალითად ქვემოთ მოცემულ რეკომენდაციაში:

“საერთაშორისო პარტნიორობების რაოდენობის გაზრდა, რათა გაიზარდოს სტუდენტებისა და აკადემიკოსების გაცვლითი პროგრამების შესაძლებლობები, ასევე ბიზნეს გეგმა და რესურსები მდგრადი ინტერნაციონალიზაციისთვის”.
(რეკომენდაცია, NCEQE – 3.1)

მართალია ერთ-ერთ შემთხვევაში ვხვდებით აკადემიური პერსონალის კუთხით პროგრამის ინტერნაციონალიზაციის მაღალ დონეზე მითითებას, მაგრამ საერთო ჯამში ეს ნაწილი ცალსახად ტოვებს უკეთესის სურვილს, როგორც ექსპერტების მიერ შეფასებების კუთხით, ისე დასკვნებში ამ საკითხის მნიშვნელობის თვალსაზრისითაც, რაც ცალსახად უფრო დიდია, ვიდრე ეს ასახულია არსებული მოცემულობით.

WFME 7. პროგრამის შეფასება

WFME-ის მე-7 სტანდარტთან მიმართებაში, თემატური ანალიზის სამუშაო ჯგუფის მიერ იდენტიფიცირებულ იქნა 100 მსჯელობითი/შეფასებითი/მიგნებების აღმნიშვნელი ტექსტი ექსპერტთა მიერ შედგენილი აკრედიტაციის დასკვნების ნარატიული ნაწილიდან, ასევე 22 რეკომენდაცია, 17 განმავითარებელი რჩევა და 2 საუკეთესო პრაქტიკა.

კოდირების შემდგომ, WFME-ის 7.1 სტანდარტთან კავშირზე ყველაზე მეტად გავიდა ქართული აკრედიტაციის სტანდარტებიდან მთლიანად მე-5 სტანდარტი და მცირე დოზით 1.2. WFME-ის 7.2 სტანდარტთან მკვეთრი კავშირი არ დადგინდა, ხოლო 7.3 და 7.4 კომპონენტები გარკვეული დოზით თუმცა მაინც არამკვეთრად უკავშირდება შესაბამისად აკრედიტაციის 1.2 და 5.3 კომპონენტებს.

მედიცინის ეროვნული დარგობრივი მახასიათებელი ნახსენები არ არის.

7.1. პროგრამის მონიტორინგისა და შეფასების მექანიზმები

წინამდებარე კომპონენტთან შესაბამისობაში ექსპერტთა მხრიდან ყველაზე მეტად ყურადღება გამახვილდა ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმის გამართულობაზე - შესაბამის მეთოდოლოგიაზე, პრაქტიკებზე, პროცედურებზე, რეგულაციებზე და პირებზე, რომლებიც ამ პროცესებში მთავარ შემსრულებლებად/აქტორებად მოიაზრებიან. დასკვნების ნარატივში ამ მხრივ პოზიტიური მიგნებების რაოდენობა ორჯერ აღემატება შენიშვნებსა და აღმოჩენილ ხარვეზებს. ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ ხარისხის სამსახური აქტიურადაა ჩართული პროგრამების მონიტორინგის პროცესში აკადემიურ პერსონალთან, სტუდენტებთან, ადმინისტრაციულ ორგანოებთან და სხვა დაინტერესებულ მხარეებთან ერთად, პროგრამის შეფასების პროცესი მუდმივ რეჟიმში პერიოდულად ტარდება და ამ დროს ეყრდნობიან როგორც პირდაპირ გამოკითხვებს, ისე სხვა საინფორმაციო წყაროებს,

მონაცემთა დამუშავების შემდგომ შეიმუშავენ რეკომენდაციებს და წარუდგენენ შესაბამის მხარეებს პროგრამის გაუმჯობესების მიზნით. როგორც მოცემული აღწერიდან ჩანს, განხილვა საკმაოდ ზედაპირულია, მხოლოდ ორიოდ პროგრამაზეა მითითებული რა ტიპის მონაცემების შეგროვება ხდება, მხოლოდ ერთ პროგრამაზეა დაზუსტებული, რომ მონიტორინგის ციკლი ერთწლიანია, ზოგადად არ ჩანს უშუალოდ კითხვარების შინაარსობრივი შეფასება, არ ჩანს სტუდენტების მიერ იდენტიფიცირებული გასაუმჯობესებელი მხარეები, არ ჩანს ასევე ხარისხის სამსახურის მიერ შესრულებული ანალიზის პრაქტიკაში გამოყენების მაგალითები თუ მტკიცებულებები. რაც შეეხება კრიტიკულ მიგნებებს, რამდენიმე პროგრამის შემთხვევაში ექსპერტებმა გადაამოწმეს დაწესებულებისგან მიღებული ინფორმაცია და დაასკვნეს, რომ კითხვარის ფორმებისა და პროცესის აღმწერი დოკუმენტაციის არსებობის მიუხედავად, მონიტორინგის სრული ციკლის სურათი ნათლად ვერ იხატებოდა, - ვერ გამოიკვეთა დაინტერესებულ მხარეთა ჩართულობა განვითარების პროცესში, ანალიზით მიღებული მიგნებების შეხვედრებზე განხილვის სიხშირე, ხარისხის მარეგულირებელ დოკუმენტაციაში აღმოჩნდა ტექნიკური ხარვეზები ან გამოიკვეთა რომ კითხვარების შევსება-დამუშავებას არ ჰქონდა სისტემატური ხასიათი.

„პროგრამის ყველა საოპერაციო და საგანმანათლებლო ასპექტის ხარისხის უზრუნველყოფის მიმდინარე პროცესი, ეყრდნობა შემღუდული რაოდენობის ადამიანებს, რომლებიც მონაცემებს ხელით ამუშავებენ“ (ნარატივი, NCEQE-5.3)

იგივე თემაზე ერთგვარ ქვეკატეგორიად შეგვიძლია გამოვყოთ ექსპერტების მსჯელობა სწავლის შედეგების მიღწევის შეფასების შესახებ, რის საფუძველზეც პერიოდულად ხდება კურიკულუმის კორექტირება სამიზნე ნიშნულებისა და ბაზრის მოთხოვნების შესაბამისად. ამ საკითხში ძირითადად დადებითად შეფასდნენ ინსტიტუციები, ხოლო კრიტიკულ მიგნებებზე გაცემულია რეკომენდაციები, რომლებიც უფრო მეტად პირველ კატეგორიაში ექცევა ხარისხის სრული ციკლის დაცვის ქვეშ. რჩევებთან შედარებით უფრო მეტი რეკომენდაციაა გაცემული ექსპერტთა მხრიდან, რომლებიც დაწესებულების წარმომადგენლებს მოუწოდებენ, ხარისხის უზრუნველყოფაზე მომუშავე ჯგუფმა რეალურად შეასრულოს თავისი საქმე, გააუმჯობესოს და პრაქტიკაში გამოიყენოს პროგრამის განვითარების პროცესები და მექანიზმები, კერძოდ, კითხვარები გახადონ უფრო დეტალური, უფრო სტრუქტურირებულად მიუდგნენ მონაცემთა შეგროვებას, დამუშავებას და განსაზღვრონ ანალიზიდან მიღებული შედეგების განხილვის სიხშირე პროგრამის განხორციელებაში ექსპერტებთან, მთლიანობაში კი მიჰყვნენ PDCA ციკლს. უშუალოდ სწავლის შედეგების მიღწევის შეფასებას არცერთი რჩევა/რეკომენდაცია არ ეხება. გამოვლინდა ერთი საუკეთესო პრაქტიკა, როდესაც ხარისხის სამსახური ინფორმაციას უზიარებს და კონსულტაციებს გადის დაინტერესებულ მხარეებთან, თუმცა ეს ცალსახად აკრედიტაციის სტანდარტის მოთხოვნებში ჯდება და ვერ კვალიფიცირდება საუკეთესო პრაქტიკად.

კომპონენტის ანალიზისას გამოიკვეთა კიდევ ერთი არანაკლებ მნიშვნელოვანი თემატური კატეგორია, რომელიც პროგრამის გარე შეფასებას და ამ შეფასების გათვალისწინებას ეხება. ექსპერტთა დასკვნებში ჩანს გარე შემფასებელთა მრავალფეროვნება, - განათლების

ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრი, კერძოს სპეციალისტები, საერთაშორისო უნივერსიტეტები და ხარისხის სააგენტოები ან გრანტის გამცემი ორგანიზაციები. ექსპერტთა შეფასებები ძირითადად პოზიტიურია, გაცემულია რამდენიმე რჩევა და რეკომენდაცია, სადაც ხაზს უსვამენ გარე შეფასებით მიღებული რეკომენდაციის გაზიარების აუცილებლობას, შემფასებელთა სპექტრის გაფართოებას და პროცესში ჯანდაცვის სფეროს აქტორებისა და დამსაქმებელთა ჩართვას.

7.2. ლექტორთა და სტუდენტთა უკუკავშირი

ექსპერტების მიგნებით, დაწესებულების წარმომადგენლები სტუდენტთა და პერსონალის მხრიდან გარკვეული რეგულარობით იღებენ ინფორმაციას მათთვის მნიშვნელოვან საკითხზე. ერთი მხრივ, ინფორმაციის მიღების წყარო არის გამოკითხვები, სადაც სტუდენტების აფასებენ სასწავლო კურსებსა და მასწავლებლებს/ლექტორებს. მოყვანილია ერთი მაგალითი, როდესაც ინგლისურენოვან პროგრამაზე კადრი შეცვალეს ენობრივი კომპეტენციის გამო და იგი ქართულ პროგრამაზე გადაიყვანეს, თუმცა კონტენტ ანალიზის მიღმა პერსონალის სიების გადამონმებისას ორივე პროგრამის სია იყო ანალოგიური. პერსონალზე დაწესებულება წარმოდგენას იქმნის ასევე მათი თვითშეფასების ანგარიშებით, ლექციებზე დასწრებით. მხოლოდ ერთ შემთხვევაში გამოიკვეთა მიდგომა, როდესაც დაწესებულების მხრიდან გამოკითხვებისა და ინფორმაციის დამუშავების შემდეგ სტუდენტებს სათანადო უკუკავშირი უბრუნდებათ. გაცემულია თითო რჩევა და რეკომენდაცია. საუკეთესო პრაქტიკა არაა იდენტიფიცირებული და ზოგადად კომპონენტის ანალიზი საკმაოდ მწირია, თუმცა სამუშაო ჯგუფის მიერ ანალიზის პროცესში წინამდებარე კომპონენტის შეფასება ნაწილობრივ დაფარულია ასევე 7.1 ნაწილში.

7.3. სტუდენტთა და კურსდამთავრებულთა შედეგები/მიღწევები

ამ ნაწილში ექსპერტები ძირითადად სტუდენტთა აკადემიურ პროგრესიას ეხებიან, სტუდენტური ცხოვრების ციკლის მანძილზე საჭირო მონაცემების შეგროვებას და ანალიზს პროგრამის მონიტორინგისა და სტუდენტთა შედეგების გაუმჯობესების მიზნით. შეფასებები ძირითადად პოზიტიურია და გაცემულია რამდენიმე რჩევა. ექსპერტები შენიშნავენ, რომ დაწესებულებას შემუშავებული აქვს მიდგომები, რათა გააანალიზოს გამოცდებზე მიღებული შედეგები, დასაქმების მაჩვენებელი, მობილობის ტენდენცია, დააფიქსიროს სტუდენტთა დაბალი მოსწრება თუ სხვა სირთულეები და აამოქმედოს ინტერვენციის მექანიზმები, თუმცა ამ მექანიზმების არც დეტალური განხილვა და არც შემდგომი შეფასება არ გვაქვს სახეზე. ექსპერტები დაწესებულებებს ურჩევენ, ამგვარი შეფასებები მოარგონ კონკრეტულ საჭიროებებს, მაგალითად კვლევისა და შედეგების ანალიზისას გაითვალისწინონ ეთნიკური წარმომავლობა, სსსმ ინდივიდები, სქესი და სხვა კულტურული თუ სოციალური ფაქტორები.

“გააანალიზეთ სტუდენტთა გარიცხვის მონაცემები, რათა მოხდეს ნებისმიერი ტენდენციისა და საკითხის იდენტიფიცირება, რომელიც შეძლებს შეამციროს იგი შესაბამისი ჩარევით” (რჩევა, NCEQE-2.1)

ექსპერტების აზრით აკადემიურ პროგრესიასთან/მოსწრებასთან დაკავშირებული ინფორმაციის შეგროვება და ანალიზი უფრო სისტემატურად უნდა ხდებოდეს, შედეგები კი გამოყენებულ იქნეს პროგრამის გაუმჯობესებისთვის. კურსდამთავრებულები ნახსენებია მხოლოდ ერთ რჩევასა და ერთ მსჯელობით-ნარატიულ ნაწილში, საუკეთესო პრაქტიკა იდენტიფიცირებული არაა.

7.4. დაინტერესებული მხარეების ჩართულობა

მე-7 სტანდარტის მიზნურულს, სამუშაო ჯგუფის მიერ გამოკვეთილი მსჯელობების, რჩევებისა და რეკომენდაციების სრული უმრავლესობა სწორედ სხვადასხვა დაინტერესებული მხარის ჩართულობას უკავშირდებოდა პროგრამის შემუშავებაში, მის დახვეწასა და განვითარებაში. ექსპერტთა მიგნებები ძირითადად დადებითი ან ნეიტრალურია თავიანთი ფორმულირებით, თუმცა ამის ფონზე უჩვეულოდ მეტი რჩევა და რეკომენდაციაა გაცემული. დასკვნებში აღნიშნულია, რომ პროგრამის თვითშეფასებაზე მუშაობა მონაწილეობითი პროცესი იყო, მასში ჩართული იყვნენ აკადემიური და ადმინისტრაციული პერსონალი, სტუდენტები და კურსდამთავრებულები, გათვალისწინებულ იქნა დამსაქმებელთა და პროგრამის კონსულტანტთა მოსაზრებები. ასევე, მონიტორინგის პროცესში ჩართულნი არიან აღნიშნულ მხარეებთან ერთად პარტნიორი ორგანიზაციები, ერთ-ერთი პროგრამის შემთხვევაში კურსდამთავრებულთა და დამსაქმებელთა ერთობლივი კომიტეტი, ითვალისწინებენ ბაზრის მოთხოვნებს. მიუხედავად ამ ფართო ჩამონათვალისა, არ იკვეთება აღნიშნული მხარეების მონიტორინგის პროცესში ჩართულობის კონკრეტული მაგალითები, არაა აღწერილი შესაბამისი მექანიზმები, ფუნქციების აღწერილობა თუ პროცესის ეფექტური განხორციელების სხვა მაგალითები. რჩევებსა და რეკომენდაციებში ექსპერტები დაწესებულებებს მოუწოდებენ დაინტერესებული მხარეების ჩართულობა უფრო სისტემატიზებულ ჩარჩოებში მოაქციონ, მოიცვან უფრო ფართო სპექტრი, მათ შორის კლინიკების პერსონალი, სტუდენტებთან გაიმართოს უფრო რეგულარული შეხვედრები, ყურადღება მიექცეს ადმინისტრაციული პერსონალის მოსაზრებებს და ა.შ.

„მონაცემთა დამუშავების პროცესები უნდა შემუშავდეს ისე, რომ ყველა დაინტერესებულ მხარეს ჰქონდეს მარტივი წვდომა ინფორმაციაზე, რათა საჭიროების შემთხვევაში გაზარდოს მონაცემებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მიღება“
(რეკომენდაცია, NCEQE-5.1)

გამოვლინდა ერთი საუკეთესო პრაქტიკა, როდესაც ექსპერტებმა განსაკუთრებით მოიწონეს კურსდამთავრებულთა თანადგომა და მხარდაჭერა სამედიცინო სკოლის გამართულად მუშაობისათვის.

WFME-ის 7.1 კომპონენტთან მიმართებაში შეფასებები ძირითადად მექანიზმების და კონცეფციის დონეზეა დასკვნებში გაცემებული, არაა დანახული მათი მოქმედების ეფექტურობა უშუალოდ კურიკულუმთან და პროგრამის ნაწილებთან, მის დაძლევადასთან და ხარვეზების დახვეწასთან მიმართებაში. შესაბამისად, მოცემული კომპონენტის ხარისხის სტანდარტის კრიტერიუმები ასევე თითქმის არაა დაფარული.

ნაწილობრივად დაფარული 7.2 კომპონენტში როგორც ძირითადი ისე ხარისხის სტანდარტი, რადგან სტუდენტებისათვის გამოკითხვების შედეგად უკუკავშირის დაბრუნების მაგალითი მხოლოდ ერთ დასკვნაში დაფიქსირდა, მთლიანობაში კი სტუდენტებისა და პერსონალისგან მიღებული უკუკავშირის გამოყენება პროგრამის განვითარებისთვის ასევე მექანიზმის არსებობის დონეზეა ნახსენები და მაგალითები თუ მტკიცებულებები ნათლად არ იკვეთება. ძალზედ ზედაპირული ასევე მსჯელობა 7.3 კომპონენტის შემთხვევაში, საუბარია შესაბამისი მონაცემების შეგროვებასა და დამუშავებაზე, მაგრამ არ ჩანს რამდენადაა ეს ინფორმაცია გაანალიზებული კურიკულუმთან, სწავლის შედეგებთან და რესურსებთან მიმართებაში. ხარისხის სტანდარტების მხრივ, არაა სტუდენტთა და კურსდამთავრებულთა მიღწევები და აკადემიური მოსწრების მაჩვენებლები გაანალიზებული პროგრამაზე დაშვებისათვის საჭირო კვალიფიკაციებთან მიმართებაში. არ ჩანს როგორ მიენოდება მიღწევის მაჩვენებლები სტუდენტთა მხარდაჭერაზე პასუხისმგებელ ორგანოს და როგორ გამოიყენება მათ მიერ. აღსანიშნავია, რომ ექსპერტები არ ეხებიან და არ აანალიზებენ ასევე კურსდამთავრებულთა დასაქმებისა და საკვალიფიკაციო გამოცდებზე გასვლის საკითხებს თავიანთ დასკვნებში. ნაკლებად პრობლემურია ამ მხრივ 7.4 კომპონენტი.

WFME 8. განკარგვა და ადმინისტრირება

WFME-ის მე-8 სტანდარტთან მიმართებაში, თემატური ანალიზის სამუშაო ჯგუფის მიერ იდენტიფიცირებულ იქნა 60 მსჯელობითი/შეფასებითი/მიგნებების აღმნიშვნელი ტექსტი ექსპერტთა მიერ შედგენილი აკრედიტაციის დასკვნების ნარატიული ნაწილიდან, ასევე 24 რეკომენდაცია, 6 განმავითარებელი რჩევა და 2 საუკეთესო პრაქტიკა.

კოდირების შემდგომ, WFME-ის 8.3 სტანდარტთან კავშირზე ყველაზე მეტად გავიდა ქართული აკრედიტაციის 4.4 კომპონენტი, WFME-ის 8.2-თან 4.1, WFME-ის 8.5-თან კი აკრედიტაციის 4.3 კომპონენტი. მრავალ კომპონენტზე გაბნევის მიუხედავად, შეგვიძლია WFME-ის 8.4 ყველაზე მეტად აკრედიტაციის 5.1 კომპონენტს მივაკუთვნოთ. ამ მხრივ, ყველაზე სუსტად გამოხატული კავშირი WFME-ის 8.1 კომპონენტისთვის გვაქვს, რაც ძირითადად ავტორიზაციის საკითხებს უკავშირდება.

8.1. განკარგვა

რაოდენობრივად, წინამდებარე კომპონენტში არ გვაქვს მსჯელობათა მნიშვნელოვანი აკუმულირება. მიუხედავად ამისა, გაცემულია რამდენიმე რეკომენდაცია, სადაც ექსპერტთა ჯგუფი ადმინისტრაციას მოუწოდებს უფრო რეგულარულად შეხვდეს პერსონალს, გაზარდოს მათი წარმომადგენლობა მმართველობით ორგანოებში და მათი განვითარების სქემაში ნათლად გაწეროს მენეჯმენტის სხვა რგოლების ფუნქციები.

ავტორიზაციის დასკვნები რა თქმა უნდა განიხილავს დანესებულებათა მმართველობის და გაძღოლის საკითხებს, თუმცა არა უშუალოდ მედიცინის დარგობრივი მიმართულებით.

8.2. აკადემიური ლიდერობა

აკრედიტაციის ექსპერტთა დასკვნებში შეფასებულია აკადემიური გუნდში პასუხისმგებლობების გადანაწილება, სადაც ძირითად ნარატივს წარმოადგენს ხელმძღვანელებისა და დეკანის გადამეტებულ როლი და პასუხისმგებლობა. გვხვდება რჩევები და რეკომენდაციები, რომლებიც პასუხისმგებლობის ზომიერ გადანაწილებაზე მიუთითებს, მაგალითად:

“ყურადღება უნდა დაეთმოს პასუხისმგებლობის გადანაწილებას აკადემიურ გუნდში. ეს არა მხოლოდ გამრდის აკადემიური პერსონალის ცოდნას სასწავლო პროგრამის შესახებ, არამედ შეამცირებს პროგრამის ხელმძღვანელზე მდებრტად დამოკიდებულების რისკს.” (რჩევა, NCEQE – 1.2)

მართალია, პროგრამების ხელმძღვანელთა კვალიფიკაცია მაღალ შეფასებას იმსახურებს, თუმცა ექსპერტები ნუხან იმ ფაქტზე, რომ დანარჩენ პერსონალში არაა მთლიანი კურიკულუმისა და მისი ინტეგრირებული ხასიათის სათანადო აღქმა და მნიშვნელობის გაცნობიერება. როგორც ჩანს ზოგიერთი პერსონალის როლისა და პოტენციალის განსჯა გაუჭირდათ ექსპერტებს, რადგან არაა სისტემატიზებული ინფორმაცია მათი სხვა დანესებულებებში დასაქმების შესახებ და ხშირია ასევე შემთხვევები, როდესაც რეზიუმეები არაა განახლებული.

8.3. საგანმანათლებლო ბიუჯეტი და რესურსების განაწილება

დასკვნების ნაწილში ექსპერტები აღწერენ დანესებულების საერთო ფინანსურ მდგომარეობას, დანესებულების ბიუჯეტს, ვალდებულებებს, სამოქმედო გეგმებს და მათ გავლენას პროგრამის მდგრადობაზე. მეორე შემთხვევაში, ექსპერტთა ანალიზი უშუალოდ პროგრამის ჭრილიდან ამოდის და უფრო კონკრეტულია. შეფასებები მეტწილად დადებითია, ექსპერტები საუბრობენ დანესებულების მიერ ჩადებულ ინვესტიციებზე, კერძოდ პროგრამის დაფინანსებით ან მატერიალური რესურსის განახლების კუთხით.

თუმცა ასევე ვხვდებით ალტერნატიულ შეფასებასაც, რომელიც კრიტიკულად უდგება დაფინანსების მოდელს, სადაც პროგრამა მხოლოდ სტუდენტების გადასახადზეა მიბმული და ამ შემთხვევაში გაცემულია შესაბამისი რეკომენდაციაც:

“ნებისმიერი ბიუჯეტი, რომელიც მხოლოდ ან უმეტესად ეყრდნობა სტუდენტთა სწავლის საფასურს, არის დაუცველი ცვლილებების/უკანსვლის პროცესში. უნდა განისაზღვროს სხვა ფინანსური წყაროებიც.” (რეკომენდაცია, NCEQE - 4.4)

ამდენად, ექსპერტების პროგრამის განმახორციელებლებს მოუწოდებენ რეზერვების განერისკვნ, მეტი გამჭვირვალობისკენ და ბიუჯეტში ყველა ხარჯის, მათ შორის სტუდენტთა კვლევებში ჩართვასთან დაკავშირებულის, გათვალისწინებისკენ.

8.4. ადმინისტრაცია და მენეჯმენტი

WFME-ის 8.4 კომპონენტისთვის, დასკვნებში ექსპერტების ანალიზი ძირითადად ეხება იმას თუ რამდენადაა ჩართული ადმინისტრაცია პროგრამების მართვის, ფინანსური უზრუნველყოფის და ხარისხის კონტროლის პროცესებში. ადმინისტრაციის როლი ძირითადად პოზიტიურადაა განხილული, თუმცა გვხვდება შენიშვნები ხარისხის კონტროლის კონტექსტში, სადაც ექსპერტებს უჭირთ მტკიცებულებებზე დაფუძნებით შეაფასონ დანერგილი მექანიზმების ეფექტურობა და ამ მხრივ სწორედ ის პრობლემა იკვეთება, რომ ხარისხის მექანიზმების ცოდნასთან დაკავშირებული კომპეტენტურობა არ იკვეთება მენეჯმენტის სხვადასხვა რგოლში. ერთ-ერთი რეკომენდაცია ეხება ადმინისტრაციული სუპერვიზიის კონტექსტში კლინიკური სწავლების გათვალისწინებასაც:

“გამარდეთ ადმინისტრაციული პერსონალის რაოდენობა კლინიკურ გარემოში მომუშავე თანამშრომლების ჩათვლით.” (რეკომენდაცია, NCEQE - 4.1)

ზოგადად, საკმაოდ ბევრი რეკომენდაციაა გაცემული, სადაც პროგრამის განმახორციელებლებს ექსპერტები მოუწოდებენ აკონტროლონ კვალიფიციური მასწავლებლების რაოდენობა სტუდენტების რაოდენობასთან მიმართებაში, მხედველობაში მიიღონ მათი საერთო დატვირთვა, გამიჯნონ ან ნათლად გამოყონ პერსონალის განვითარებაზე პასუხისმგებელი რგოლების ფუნქციები.

8.5. ურთიერთობა ჯანდაცვის სექტორთან

WFME-ის 8.5 კომპონენტისთვის, დასკვნებში ექსპერტთა ანალიზი ეხება პროგრამების განმახორციელებელი ინსტიტუციების თანამშრომლობას ლოკალურ და საერთაშორისო სამედიცინო დაწესებულებებთან, გაფორმებულ თანამშრომლობის ხელშეკრულებებს, სხვა დაინტერესებულ პირებთან კომუნიკაციას და მიღწეულ შედეგებს.

დასკვნების ნაწილში ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ ხელშეკრულებები გაფორმებულია საკმარისი რაოდენობის კლინიკებთან, ხოლო მეორე შემთხვევაში ჩანს, რომ რაოდენობა არასაკმარისია. ასევე ერთეულ დასკვნებში ჩანს რომ კლინიკებთან გაფორმებული ხელშეკრულებები არის მოკლევადიანი ან კონტრაქტში არ ჩანს სტუდენტები კონკრეტულად რას სწავლობენ კლინიკაში.

ექსპერტების მიერ გაცემულია სულ სამი რეკომენდაცია, რომლებიც ეხება ურთიერთობის გაღრმავებას ჯანდაცვის სფეროს აქტორებთან როგორც ადგილობრივ ისე საერთაშორისო დონეზე, კლინიკურ სწავლებაში ჩართული სტუდენტების შედეგების შეფასების მექანიზმების განსაზღვრას.

გვხვდება ასევე ექსპერტების მიერ გამოკვეთილი ორი საუკეთესო პრაქტიკა, საიდანაც ერთი ეხება საერთაშორისო თანამშრომლობას, რომლის საშუალებით სტუდენტებს დამატებითი შესაძლებლობა მიეცათ მაასტრიხტის პროგრესის ტესტი ჩაებარებინათ, მეორე კი ინსტიტუციის მიღწევას, რომ მთავრობასთან თანამშრომლობის საფუძველზე შესაძლებელი გამხდარიყო გვამის გაკვეთაზე დაფუძნებული სწავლების მოდელის გამოყენება.

ამრიგად, დასკვნებში ნაწილობრივ დაფარულია WFME-ის მე-8 სტანდარტის ძირითადი კრიტერიუმები, თუმცა განხილვა არაა სიღრმისეული. საკითხი რომელიც ექსპერტების მხრიდან ცალსახად არ შეფასებულა, არის ადმინისტრაციის და ადმინისტრირების პროცესის ეფექტურობის შიდა ინსტიტუციური შეფასება და პერიოდული გადახედვა.

WFME 9. მუდმივი განახლების პროცესი

WFME-ის მე-9 სტანდარტის ძირითადი მოთხოვნები ინსტიტუციის მიერ პროცესის, სტრუქტურის, შინაარსის, შედეგების/კომპეტენციების, შეფასებისა და სასწავლო გარემოს რეგულარული განხილვისა და განახლების პროცედურების დაწყება-დანერგვას ეხმარება. ასევე, დაფიქსირებული ხარვეზების გამოსწორებასა და რესურსების გამოყოფას უწყვეტი განახლებისთვის. შესწავლილ დასკვნებში ხსენებული თემებიდან თითქმის ყველა კომპონენტი მეტ-ნაკლებად დაფარულია.

კოდირების შემდგომ, WFME-ის მე-9 სტანდარტთან კავშირზე ყველაზე მეტად გავიდა ქართული აკრედიტაციის სტანდარტების 2.3, 5.1 და 5.3 კომპონენტები, ასევე გარკვეული ხარისხით 1.2 და 2.2 კომპონენტები. სულ იდენტიფიცირებულია 35 მსჯელობითი ნარატივი, 18 რეკომენდაცია, 12 განმავითარებელი რჩევა და 3 საუკეთესო პრაქტიკა.

შესწავლილ დასკვნებში, ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ დაწესებულებაში მოქმედებს მუდმივი მონიტორინგისა და ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმები, დაწესებულება პროაქტიულია სტუდენტებისა და აკადემიური პერსონალის ჩართულობის მიმართ, ამაღლებს ცნობიერებას გამოკითხვებში მონაწილეობის ნასახალისებლად, შეფასებებს აცნობს ლექტორებს, კვლევის საფუძველზე განხორციელებული ცვლილებების შესახებ კი ატყობინებს სტუდენტებს. რიგ შემთხვევებში ასევე ხაზია გასმული, რომ პროგრამის გაუმჯობესებისთვის დაგეგმილი ცვლილებების განხორციელების პროცესშიც კი არიან სტუდენტები და პერსონალი ჩართული. მაგალითად, შეიცვალა კრედიტების განაწილება, სტუდენტები ჩაერთვნენ PBL/CBL შემთხვევების კონტექსტუალიზაციის პროცესში და ა.შ.

რა თქმა უნდა, პროგრამების ნაწილი ამ მხრივ იმსახურებს კრიტიკასაც. აღნიშნული კრიტიკა ფარავს ბევრ საკითხს, მათ შორის, - პროგრამის კომიტეტისა და თვითმმართველობის ფუნქციების გაუწერლობას, პერსონალის დატვირთვის სქემის გადახედვის საჭიროებას, სილაბუსების თემატიკის გამიჯვნას, კრედიტების მოცულობის დარეგულირებას, სწავლის შედეგების გაზომვადობას. ექსპერტების თანახმად, ზოგჯერ პროგრამის მონიტორინგისა და ხარისხის კონტროლის დოკუმენტები ადგილზეა, თუმცა არაა ნათელი როგორ ხორციელდება მექანიზმი რეალობაში:

“უნივერსიტეტმა უნდა ჩამოაყალიბოს ხარისხის უზრუნველყოფის კულტურა ხარისხის შიდა უზრუნველყოფის პოლიტიკის შესაბამისად და რეალური პროცესების განხორციელება თანმიმდევრულად უნდა შეესაბამებოდეს იმ სისტემების აღწერას,

რომლებიც უზრუნველყოფს პროგრამის რეგულირებას.” (რეკომენდაცია, NCEQE – 5.1)

დარგობრივი მახასიათებელი მხოლოდ ერთ დასკვნაშია ნახსენები, სადაც ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ პროგრამაში მრავალი ცვლილება განხორციელდა, რათა შესაბამისობაში მოსულიყო დარგობრივ მახასიათებელთან (“შეიცვალა კრედიტების განაწილება, სწავლების მეთოდოლოგია, სწავლის შედეგები და შეფასება”).

ბევრი რეკომენდაცია ეხება დოკუმენტაციის შედგენისას დაშვებული შეცდომების ან სხვა მხრივ გამოვლენილი უზუსტობების გამოსწორებას, - სასწავლო კურსების სათაურებში, სილაბუსებში, სწავლის შედეგებში, კომპეტენციების რუკაზე. უფრო სერიოზულ საკითხებთან დაკავშირებით ექსპერტებმა მოზომილობა და განმავითარებელი რჩევების გაცემა ამჯობინეს. მაგალითად, რჩევები ეხება - პროგრამის სტრუქტურაში მოდულების/საგნების გადაადგილებას, კრედიტების დაკორექტირებას, კურსებსა და სწავლის შედეგებს შორის კავშირების სიცხადის საჭიროებას.

“მოიცვანეთ შესაბამისობაში კრედიტ-საათების რაოდენობა მარეგულირებელ დოკუმენტსა და საგანმანათლებლო პროგრამაში.” (რჩევა, NCEQE – 2.2)

აღნიშნული რჩევები ისეა ფორმულირებული, რომ მკითხველი ავტომატურად ჩათვლიდა მათ რეკომენდაციად. თანაც, გაცემულია რამდენიმე პროგრამის შემთხვევაში ასევე რჩევა იმასთან დაკავშირებით, რომ პროგრამის ხარისხის სამსახურმა უნდა უზრუნველყოს პროგრამის მონიტორინგი და პერიოდული გაუმჯობესება, რაც ძალიან პრობლემატური ჩანანერია, ცხადყოფს რომ სტანდარტი ვერ კმაყოფილდება და დაბლა სწევს მთლიანი დასკვნის ხარისხს.

ექსპერტთა ჯგუფებს, საუკეთესო პრაქტიკად გამოტანილი აქვთ ის ფაქტი, რომ ერთ-ერთ პროგრამაზე პერსონალიც და სტუდენტებიც ჩართულნი იყვნენ PBL შემთხვევების კონტექსტუალიზაციაში. მეორე შემთხვევაში საუკეთესო პრაქტიკადაა ასევე მოხსენიებული დაინტერესებულ მხარეებთან მუდმივი კონტაქტი, რაც ცალსახად მხოლოდ და მხოლოდ სტანდარტის მოთხოვნაა.

რაც შეეხება WFME-ის მე-9 სტანდარტის მოთხოვნების დაფარვას, ჩვენ მიერ შესწავლილ დასკვნებში ნაწილობრივ იფარება ყველა კომპონენტი. შედარებით სუსტადაა განხილული ისეთი საკითხები, როგორიცაა სკოლის მისიის ადაპტირება საზოგადოების სამეცნიერო, სოციალურ-ეკონომიკურ და კულტურულ განვითარებასთან მიმართებით და აკადემიური პერსონალის აყვანისა და მათი განვითარების პოლიტიკის ადაპტირება ცვალებადი საჭიროებების მიხედვით.

ფოკუს ჯგუფი ჩართულ და დაინტერესებულ მხარეებთან

როგორც უკვე აღინიშნა მეთოდოლოგიის ნაწილში, განსხვავებულ ფოკუს ჯგუფებში მონაწილეობდნენ ერთი მხრივ, ერთსაფეხურიან საგანმანათლებლო პროგრამათა შემფასებელი ექსპერტები, მეორე მხრივ კი დაინტერესებული მხარეები, - დაწესებულებათა ხარისხის სამსახურის და სხვა ადმინისტრაციული რგოლის წარმომადგენლები, სამედიცინო კლინიკებისა და საბჭოს წარმომადგენლები. პირველი ჯგუფის წევრები წინამდებარე თავში მოხსენიებულნი იქნებიან როგორც „ექსპერტები“, მეორე ჯგუფის წევრები კი როგორც „დაინტერესებული მხარეები“. აღსანიშნავია, რომ პირველი ჯგუფის წევრების ნაწილი ამავდროულად გვევლინებიან სხვადასხვა დაწესებულებათა წარმომადგენლებადაც. ფოკუს ჯგუფებში დასმული შეკითხვების დიდი ნაწილი იყო მსგავსი, რამაც მკვლევართა ჯგუფს საშუალება მისცა დაედგინა მნიშვნელოვანი კანონზომიერებები და ჰოლისტური სურათი კონკრეტულ საკითხებზე, რაც კვლევის ინტერესებში შედიოდა, თუმცა დისკუსიის რეჟიმში მონაწილეთა საუბარი მოერგო სწორედ მათ როლებსა და ხედვის კუთხეს კონკრეტულ ფოკუს ჯგუფში, რასაც მოდერატორებიც აცნობიერებდნენ და ითვალისწინებდნენ როგორც პროცესში ისე მონაცემთა ანალიზის დროს.

ზოგადად უნდა აღინიშნოს, რომ ფოკუს ჯგუფის წევრები იყვნენ ძალიან აქტიურები, იგრძნობოდა მათი დაინტერესება განსახილველი საკითხების მიმართ როგორც არსებულ გამოწვევებზე ისე სამომავლო პერსპექტივაში გათვლილ იდეებზე საუბრისას. ფოკუს ჯგუფებიდან მიღებული თვისებრივი ინფორმაციის ანალიზისას გამოიკვეთა სამი მსხვილი საკითხი, რომელთაც ყველაზე მეტი ყურადღება და დისკუსიის დიდი ნაწილი დაეთმო ორივე ჯგუფში.

სამედიცინო განათლების მდგომარეობა და მისი შეფასების გამოწვევები საქართველოში. ერთსაფეხურიანი სამედიცინო საგანმანათლებლო პროგრამების შეფასებასთან დაკავშირებული სირთულეებისა და გამოწვევების გარდა, დაინტერესებულმა მხარეებმა ისაუბრეს ასევე ზოგადად სამედიცინო განათლების დღევანდელ მდგომარეობაზე საქართველოში, გაავლეს შედარებითი პარალელები როგორც აღმოსავლეთ ევროპის ისე მსოფლიო მასშტაბით. შედარებისას, სამომავლო გეგმებზე, პროგრესსა და გამოწვევებზე საუბრისას ათვლის წერტილები აღებული იყო სწორედ ევროპულ და დასავლურ (აშშ, კანადა, ავსტრალია) გამოცდილებასთან და სტანდარტებთან მიმართებაში. ჯგუფის წევრთა შეფასებით, ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების ფონზე, საქართველომ მნიშვნელოვანი წინსვლა განიცადა უკანასკნელ წლებში სამედიცინო განათლების კუთხით და ამ მხრივ თავად სამედიცინო საქმიანობის მარეგულირებელ (ჯანდაცვის) სისტემასაც გადაუსწრო. ჯგუფის რამდენიმე წევრმა აღნიშნა, რომ საქართველო პოსტსაბჭოთა სივრცეში ერთ-ერთი ლიდერია სამედიცინო განათლების მიწოდებაში და უსწრებს ასევე ევროკავშირის წევრ ზოგიერთ აღმოსავლეთ ევროპულ ქვეყანასაც.

მიღწევების მიუხედავად, დაინტერესებული მხარეები აღიარებენ, რომ პროგრესი ფრაგმენტულია, ხარისხის მხრივ ერთგვაროვნება ჯერ კიდევ მისაღწევია ქვეყნის მასშტაბით და ამდენად, დიდი როლი ეკისრება სამედიცინო სკოლებს შორის კოლაბორაციის მექანიზმების გაჩენას. ჯგუფის წევრთა შეფასებით, სამედიცინო განათლების ხარისხის უზრუნველყოფაზე საუბარი არასდროს იქნება საკმარისი თუ სისტემის ჰოლისტურად აღქმა ვერ მოხერხდა და დიპლომამდელი განათლება დარჩება გათიშული დიპლომისშემდგომი (რეზიდენტურა) განათლებისგან, - სხვადასხვა უწყებების/სამინისტროების რეგულირების ქვეშ:

„რეზიდენტურა უკვე ჩვენ მიღმაა, არ გვაქვს ხიდი ამ ორ ეტაპს შორის, [...] უნდა შევხედოთ გლობალური ხედვით - კურსდამთავრებული [კი] არ საქმდება, რეზიდენტურის შემდეგ უნდა ვნახოთ რას იზამს, 4-5 წლის წინ დამთავრებულების დასაქმებაზე უნდა ვსაუბრობდეთ ჩვენ.“ (საბჭო - დ.მ.)

გამოწვევებზე საუბრისას, როგორც წესი, დაინტერესებული მხარეები აღნიშნავენ, რომ მსგავსი სირთულეები დამახასიათებელია დასავლური განვითარებული ქვეყნებისთვისაც. ამ მხრივ, ექსპერტებს დასავლური გამოცდილება უფრო პოზიტიურ კონტექსტში ესახებოდათ და მოჰყავდათ საუკეთესო პრაქტიკის მაგალითები გამოწვევების გადაჭრის საპასუხოდ.

სამომავლო ხედვაში, ექსპერტებისგან ხაზი გაესვა აკადემიური პერსონალის სტუდენტებზე თანაფარდობის გაზრდის, სტუდენტთა კონტინგენტის შემცირებისა და სწავლების გადასახადის გაზრდის საჭიროებას. დაინტერესებულმა მხარეებმა ასევე გამოთქვეს მზაობა, რომ ქართული ენის კომპეტენცია აუცილებელ კომპონენტად გაიწეროს საერთაშორისო სტუდენტთათვის და პირველივე სასწავლო წლის მანძილზე იქნეს ათვისებული.

ორივე მხარე შეეხო საბჭოსა და ცენტრის როლებს, საერთაშორისო ექსპერტებთან დაკავშირებულ პრობლემებს. ჯგუფებში თითო-თითოჯერ აღინიშნა ცენტრის როლზე, რომ წარმომადგენელი უფრო აქტიურად უნდა გაუძღვეს შეფასების პროცესს, შემდგომ კი, ცენტრის ან საბჭოს მხრიდან მკაფიოდ უნდა გაუღერდეს თუ დასკვნაში ასახული შეფასებები არ შეესაბამება სტანდარტს ან კანონს. გამოითქვა რამდენიმე სურვილი ცენტრის მისამართით პროცესის დახვეწა-გამარტივების მხრივ, კერძოდ, ექსპერტების მხრიდან აღინიშნა, რომ ვიზიტის ხანგრძლივობა და დოკუმენტების გაცნობისათვის გამოყოფილი დრო უნდა გაიზარდოს, შემუშავდეს ერთგვარი დამხმარე „ჩეკ-ლისტები“, რათა არ იქნეს გამორჩენილი მნიშვნელოვანი საკითხები. კვლევის მონაწილეთათვის საკმაოდ მტკივნეული თემა აღმოჩნდა საბჭოსთან დაკავშირებული მოწვეული წევრების საკითხი და ორივე ჯგუფში ნათლად გამოიკვეთა აზრი, რომ უნდა გაიზარდოს დარგობრივი საბჭოს უფლებამოსილება სამედიცინო საგანმანათლებლო პროგრამების განხილვის მხრივ. საბოლოო ჯამში, დარგობრივი საბჭოს როლი დაუკავშირდა ასევე ექსპერტების მოწვევას, გადამზადებას და ერთ ენაზე, ერთ კონტექსტში საუბრის აუცილებლობას:

„საერთაშორისო ექსპერტთან მუშაობა ძალიან დიდი გამოცდილების გაზიარებაა, მაგრამ ასევე, ხშირად ხედვები გვაქვს განსხვავებული, რადგან მაგალითად

ევროპელი კი არა ამერიკელი საერთაშორისო ექსპერტისთვის სრულიად გაუგებარია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა.“ (ექსპერტი/უსდ - ექსპ.)

ამ მხრივ, ორივე ჯგუფში, თუმცა კი განსაკუთრებით დაინტერესებულ მხარეებთან გამოიკვეთა მითითება უცხოელი ექსპერტების აქტიური დატრენინგების თაობაზე. ერთ-ერთმა მონაწილემ ხაზი გაუსვა ასევე მათთვის ლოკალური ექსპერტის მხრიდან ქვეყნის კონტექსტისა და გამოცდილების გაზიარების როლს შეფასებისა და თანამშრომლობის პროცესში.

სტანდარტებისა და დარგობრივი მახასიათებლების შემდგომი დახვეწის პროცესი მისაღებია ორივე ჯგუფის წარმომადგენელთათვის და აცნობიერებენ კონკრეტული თვლადი მონაცემების გათვალისწინების აუცილებლობას, თუმცა ექსპერტები უფრო მეტად მოითხოვენ ამგვარ მიდგომას და ხაზს უსვამენ კომპონენტებისა და კრიტერიუმების გაზომვადობის მნიშვნელობას.

„ნებისმიერი შემლუდვის არსებობა უნდა დაადასტუროთ აუცილებლობით და თანაზომიერებით.“ (უსდ - დ.მ.)

„მეტი გაზომვადობა თუ არ იქნება რამდენიმე წელში ყველა უნივერსიტეტს ექნება ერთნაირი დასკვნა.“ (ექსპერტი/კლინიკა - ექსპ.)

დაინტერესებული მხარეები ემხრობიან ე.წ. ოქროს შუალედის დაჭერას, რომ შენარჩუნდეს სამედიცინო განათლების ბიზნეს მოდელი და ამავე დროს მყარად იქნას დაცული ხარისხის სტანდარტების მინიმალური მოთხოვნები, რომელთა განწერაში მოქმედი სამედიცინო სკოლებიც იქნებიან ჩართული. თუ დაინტერესებული მხარეები რაოდენობრივი მაჩვენებლების კონტექსტში ემხრობიან თანაფარდობების დიაპაზონების განწერას დისციპლინების მიხედვით, ექსპერტები მოელიან უფრო მკაფიოდ განწერილ კრიტერიუმებს და ზღვრულ რაოდენობებს, რათა საბოლოოდ შეფასება იყოს ობიექტური. მათი თქმით, დასაზუსტებელია ასევე რიგი საკითხები უშუალოდ სტანდარტშიც:

„თუ პერსონალი გადამზადებულია სხვა ინსტიტუციის მიერ და მეორე დაწესებულებაშიც ასწავლის, ჩაეთვლება თუ არა მეორე დაწესებულებას პერსონალის განვითარების ზრუნვაში; ჩვენ ექსპერტებსაც გვაქვს კითხვები რა ჩავუთვალოთ დაწესებულებას და რა არა.“ (ექსპერტი/უსდ - ექსპ.)

აღნიშნულის საპირწონედ, როდესაც მოდერატორმა იკითხა კურსდამთავრებულებთან დაკავშირებული მონაცემების (მათ შორის მათი სასერტიფიკატო გამოცდების შედეგების) მნიშვნელოვნების და მათი დასკვნებში გათვალისწინების თაობაზე, ექსპერტების მხრიდან არ გამოვლენილა თემის სიღრმისეულად განხილვის სურვილი და ენთუზიაზმი, - ხაზი გაესვა ამგვარი მონაცემების მნიშვნელობას, თუმცა შეიმჩნეოდა თავდაჭერილობა და ასევე გაჟღერდა, რომ ამ მხრივ სიფრთხილეა საჭირო. მიუხედავად ამისა, ერთგვარი თავდაჭერილობა ეხმიანება წინა ჯგუფის ხედვასაც კურსდამთავრებულების თაობაზე, რომ

ისინი არ არიან ექიმები და მათი საკითხი უნდა განიხილებოდეს დიპლომის შემდგომი განათლების კონტექსტში.

საბოლოოდ, სამედიცინო სკოლების ავტორიზაცია და აკრედიტაცია ორივე ჯგუფში ერთიან პროცესად ესახებათ და მნიშვნელოვნად მიაჩნიათ სამომავლოდ მათი გაერთიანება, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი კვლევის მონაწილეთა აზრით სწორედ სამედიცინო განათლების შემთხვევაშია.

კლინიკური სწავლების ხარისხი. როდესაც დისკუსია უფრო აქტიურად შეეხო კლინიკებისა და ჰოსპიტლების თემას, დაინტერესებულ მხარეთა ჯგუფში დაფიქსირდა გარკვეული აზრთა სხვადასხვაობა, - პრობლემა მდგომარეობდა იმაში, რომ კლინიკები არ იყო სავმარისი ქვეყანაში არსებული სტუდენტთა კონტიგენტისთვის თუ თავად პაციენტების რაოდენობა მცირე მოსახლეობის ფონზე. ფოკუს ჯგუფის მონაწილეთაგან არაერთხელ აღინიშნა, რომ კლინიკური პერსონალის სასწავლო პროცესში ჩართვა, პრაქტიკიდან სწავლებით მათი დაინტერესება და მოზიდვა გამოწვევაა ნებისმიერ განვითარებულ ქვეყანაში. ექსპერტთაგან კი აღინიშნა, რომ უნდა არსებობდეს გადამოწმების შესაძლებლობა სტუდენტი ნამდვილად გადის თუ არა პრაქტიკას ამა თუ იმ კლინიკაში, სადაც ის უნდა იძენდეს უნარებს, ნაცვლად იმისა, რომ იქ ლექციებს უსმენდეს:

*„სტუდენტებს, ასევე კლინიკებში უნდა ჰყავდეთ ლოკალური კოორდინატორი.“
(ექსპერტი - ექსპ.)*

„სტუდენტებს უნდა ჰქონდეთ ისეთი გარემო რომ შეძლონ კლინიკური უნარების შეძენა და სადღაც 5% აქვს მხოლოდ ამის შესაძლებლობა.“ (ექსპერტი/კლინიკა - ექსპ.)

მაშინ როდესაც ექსპერტები მსჯელობდნენ მედიცინის სხვადასხვა მიმართულებების დაფარვაზე სტუდენტთა პრაქტიკის მოდულებში, დაინტერესებული მხარეები შეეცადნენ პრიორიტეტიზაციის საკითხის წინა პლანზე წამოწევას. კერძოდ, მათი განმარტებით პირველადი ჯანდაცვის რგოლია ამ მხრივ გასაძლიერებელი, შემდეგ კი კრიტიკულად აუცილებელი და ხელმისაწვდომი მიმართულებები უნდა გაიწეროს სტუდენტებისთვის (მაგ., ჰოსპიტალიზაცია და ნეიროქირურგია ამ კრიტერიუმების გათვალისწინებით შედარებით მორიგ/უკანა პლანის პრიორიტეტად განიხილება), რაც ასევე გამოყენებადი მიდგომაა ბევრ დასავლურ ქვეყანაში:

„დივერსიფიცირება უნდა მოვახდინოთ მოდულების და კლინიკების და ვიცოდეთ სად რა უნდა გაიარონ.“ (საბჭო - დ.მ.)

დაინტერესებული მხარეები სიფრთხილით ეკიდებიან თემას და შესაბამის რეგულაციებსა თუ შეზღუდვებს, თუმცა ასევე კატეგორიულად უარყოფილ იქნა ერთ-ერთი მონაწილის მხრიდან იდეის დონეზე იმის დაშვებაც კი, რომ უცხო ქვეყნის მოქალაქეებმა პრაქტიკის ნაწილი საკუთარ ქვეყანაში გაიარონ. ქვემოთ მოყვანილია ერთ-ერთი წევრის მიერ გამოთქმული

მოსაზრება, რომელიც შეიცავდა კრიტიკას პრაქტიკის გავლის რეალისტურობის თემაზე და რომელმაც გარკვეული ბრაზი გამოიწვია:

„ქართველებს კი გვჩვევია, რომ რაც მეტია მით უკეთესი, მეტი შემოსავალია ქვეყნისთვისაც; მიმაჩნია რომ სტუდენტთა კონტიგენტი დასარეგულირებელია, თუ მე-4-5 კურსზე 600-700 სტუდენტი მყავს მართლაც და ვის მოვატყუებ რომ შესაძლებელია ამათი უზრუნველყოფა.“ (უსდ - დ.მ.)

თუმცა, ჯგუფი მალევე შეთანხმდა, რომ კონკრეტული მინიმალური სტანდარტული მაჩვენებლები გასაწერი და დასაკმაყოფილებელია. რამდენჯერმე გაიჟღერა საშიშროებამ სკოლების შემცირების შესახებ, რომელსაც ჯგუფი ზოგადად არ ხედავდა, როგორც მოვლენათა სასურველ განვითარებას და ამგვარი რადიკალური მიდგომის ალტერნატივად სწორედ ხარისხის შენარჩუნება და სტუდენტების სისტემაში გამტარობის ობიექტური შეფასება დასახელდა. იყო მცდელობა საუბარი გაგრძელებულიყო სკოლების გაერთიანებასა და კლინიკური ბაზის ერთობლივად აგებასთან დაკავშირებით, თუმცა დისკუსია ამ მხრივ სიღრმეში არ შესულა და იკვეთებოდა, რომ ჯგუფის წევრები გარკვეული სიფრთხილით ეკიდებოდნენ საკითხს. სანაცვლოდ, ექსპერტთაგან დადასტურდა, რომ კლინიკებთან გაფორმებული მემორანდუმები ხშირად ბუნდოვანია და თანაც არარეალისტური და ამდენად, მოითხოვენ მეტ კონკრეტიკას კრიტერიუმების დონეზე, რაც შემდგომ გადამოწმებას გახდის შესაძლებელს. გაჟღერდა ასევე მოსაზრებები კლინიკების აფილირების შესახებ (მათ შორის, რამდენ უსდ-სთან შეუძლია თანამშრომლობა, რამდენი სტუდენტის დაშვება შეუძლია და ა.შ.), მათთვის ცენტრის მხრიდან „საუნივერსიტეტო“ სტატუსის მინიჭების შესაძლებლობაზე. დაინტერესებულ მხარეთაგან გაჟღერდა ასევე თავად კლინიკებისა და ჰოსპიტლების რეპუტაციის გათვალისწინების საკითხიც.

პერსონალი - რაოდენობა და კვალიფიკაცია. ორივე ფოკუს ჯგუფის მონაწილეებმა აღნიშნეს თანამედროვე ტექნოლოგიების როლი პერსონალის დატვირთვის გაანალიზებასთან დაკავშირებით, - მათ შორის დასაქმებულთა სამუშაო დროის აღრიცხვის რეგულაციისა და QMS ბაზის გამოყენების შესახებ, რომელიც კვლევის მონაწილეთა აზრით ხელმისაწვდომი უნდა იყოს არა მხოლოდ ცენტრისთვის, არამედ დაწესებულებებისთვისაც, რომ უკეთ შეძლოთ მათთან დასაქმებული პერსონალის შესახებ ინფორმაციის გადამოწმება და გათვალისწინება. იმ ფაქტთან დაკავშირებით, რომ პერსონალის დიდი ნაწილი ერთდროულად ორი ან მეტი პროგრამის განხორციელებაშია ჩართული, დაინტერესებული მხარეები მიუთითებენ მარტივ მოცემულობაზე, როდესაც სპეციალიზაციის ხარისხიდან გამომდინარე პერსონალის ზოგი წევრი მხოლოდ რამდენიმე დღიან კურსებზეა ჩართული და ამდენად, მათ არ უნდა შეეზღუდოთ უფლება - ჩაებან სხვა პროგრამებშიც. მათი აზრით მშრალი რიცხვითი მონაცემები ასევე არ იძლევა სრულ სურათს:

„სტუდენტებისა და პერსონალის ratio-სთან მიმართებით რაიმე სტანდარტი არ არსებობს, საკამათო თემაა - გვყავს მაგალითად 200 პერსონალი და აქედან 100 ვინრო მიმართულებისაა, ეს არ გაძლევს იმის თქმის საშუალებას რომ პროგრამა ნამდვილად უზრუნველყოფილია, რიცხვებით თამაშია.“ (უსდ - დ.მ.)

თუმცა, ექსპერტთაგან გამოიკვეთა უფრო საგანგაშო მოცემულობა, როდესაც აკადემიური პერსონალის ერთი და იგივე ძირითადი ნაწილი მოძრაობს პროგრამიდან პროგრამაზე მცირე დროით, აკრედიტაციის მიღების შემდეგ კი მათ სხვა აკადემიური თუ მონვეული პერსონალი ანაცვლებს:

„ავტორიზაციის და აკრედიტაციის პერიოდში ყველა ვისაც დოქტორის ხარისხი აქვს ერთად ხდება აყვანა, ხოლო პროცესის გავლის შემდეგ ხდება დაწმენდა.“
(ექსპერტი/კლინიკა - ექსპ.)

„უნდა მოხდეს დაკვირვება „იდუმალი სტუმრის“ სტატუსით, ციკლური შეფასება, როცა ყველა მომზადებულია, ამრი არ აქვს.“ (ექსპერტი/უსდ - ექსპ.)

გაუღერდა ასევე ზოგიერთ უნივერსიტეტებში თაობათა ცვლის ფაქტობრივი არარსებობის თაობაზე და ლექტორთა აკადემიური ხარისხის შესახებ მცირე ამრთა სხვადასხვაობის შემდგომ ხაზი გაესვა აკადემიური ხარისხის ქონის მნიშვნელოვნებას სწავლების პროცესში, აფილირების გაზრდის საჭიროებას. დაისვა ასევე ენობრივი კომპეტენციის საკითხი იმ პერსონალის შემთხვევაში, რომელიც კონკურენციის გზით ჩანაცვლებას თითქმის არ ექვემდებარება და რომელთა საათებსაც რეალურად მონვეული პირები ატარებენ. დაინტერესებულ მხარეთაგან ამასთან დაკავშირებით ცალსახა პოზიცია გაუღერდა, რომ გამოცდილ კლინიცისტებს, რომელთაც დიდი პრაქტიკული და ასევე უცხოელებთან სტაჟიანი სწავლების გამოცდილება აქვთ ენის ტესტს ვერანაირად მოთხოვენ, წინააღმდეგ შემთხვევაში დაიკარგება უამრავი კადრი. რაც შეეხება ზოგადად დატვირთვას, გამოითქვა ამრი, რომ პედაგოგიური, სამეცნიერო და პრაქტიკული საათების ერთობლიობაში დათვლის და შესაბამისად FTE მეთოდოლოგიის გამოყენება არ იქნებოდა მართებული, რადგან ამ შემთხვევაში პერსონალი სრულად შეავსებდა არსებულ უსდ-ში საათებს და ვეღარ მოახერხებდა სხვაგან ჩართვას. თუმცა ერთ-ერთმა მონაწილემ მიუთითა, რომ თავიანთ დაწესებულებაში ისინი აქტიურად იყენებენ აღნიშნულ მეთოდოლოგიას. კიდევ ერთმა მონაწილემ გამოითქვა ასევე იდეა დაკვირვება მომხდარიყო არა ყოველკვირეულ, არამედ დატვირთვის ყოველწლიურ მაჩვენებელზე.

დისკუსია

თემატური ანალიზის ფარგლებში სამუშაო ჯგუფმა შეისწავლა და დაამუშავა სამედიცინო განათლებასთან დაკავშირებული დიდძალი ინფორმაცია, მათ შორის საჯარო, ცენტრში არსებული და შესაბამისი ორგანოებიდან გამოთხოვილი წყაროების ჩათვლით. კვლევის მიზნებისა და ამოცანების გათვალისწინებით, ჯგუფის მიდგომა, ხარისხის გარე უზრუნველყოფაზე პასუხისმგებელ აქტორთა როლში, ერთი მხრივ იყო მეტაკოგნიტური, რათა წამყვან ჩარჩო დოკუმენტებთან დაკავშირებული აღქმა და ცნობიერება კიდევ უფრო გაღრმავებულიყო და მხოლოდ ამგვარ კომპეტენციას დაშენებოდა შემდგომი ანალიზი. მეორე მხრივ, ტრიანგულაციის მაღალი ხარისხის მისაღწევად, სამუშაო ჯგუფი დაეყრდნო ინფორმაციის სხვადასხვა ტიპს, სხვადასხვა წყაროს, ანალიზის შერეულ მეთოდოლოგიას და ყველა დაინტერესებული მხარის საჭიროებებისა და ინტერესების გათვალისწინებით შეეცადა რელევანტური რეკომენდაციები ჩამოეყალიბებინა. ქვემოთ განხილულია სწორედ ის ძირითადი მიგნებები, რომელთაც ვფიქრობთ განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეოდეს ცენტრის, ექსპერტების, დაწესებულებების და ჯანდაცვისა თუ სამედიცინო განათლების სფეროს სხვა წამყვანი აქტორების მხრიდან.

გამომდინარე იქიდან, რომ WFME-ის სტანდარტები ჩვენი ანალიზისთვის ერთგვარ სტრუქტურულ ჩარჩოს წარმოადგენს, უპრიანი იქნებოდა დავინყოთ სწორედ ამ სტანდარტების კონტექსტში გაანალიზებულ ექსპერტთა დასკვნებზე მსჯელობით. პირველ სტანდარტთან მიმართებით, ძირითადი მიგნება იმაში მდგომარეობს, რომ სამედიცინო სკოლის მიზნები, ავტონომიისა და აკადემიური თავისუფლების საკითხები, ასევე პროგრამის სწავლის შედეგების კონტენტი და მათ შემუშავებაში დაინტერესებული მხარეების ჩართულობის თემა ძალზედ ზოგადადაა განხილული დასკვნებში. ნაკლებად გხვდება ასევე შესაბამისი რეკომენდაციები თუ რჩევები. იგივე ტენდენციას ვაკვირდებით მეორე სტანდარტთან მიმართებითაც და ამკარაა დარგობრივ მახასიათებელთან კავშირების სიმწირე არა მხოლოდ ზოგადად დასკვნების მთლიანი ტექსტის მასშტაბით, არამედ მათ შორის 1.2 ნაწილში, სადაც სტანდარტი უშუალოდ ახსენებს დარგობრივ მახასიათებელთან პროგრამის სწავლის შედეგების შესაბამისობის საჭიროებას. მოცემული ვრცელდება როგორც სწავლა-სწავლების მეთოდების, ისე უშუალოდ პროგრამის შინაარსთან დაკავშირებულ კომპონენტებზეც. განსაკუთრებით თვალშისაცემია ის მოცემულობა, რომ როგორც წესი, ექსპერტები არ უღრმავდებიან შინაარსობრივ საკითხებს უშუალოდ დარგობრივ მახასიათებელთან კვეთაში და ძირითადად გვთავაზობენ ზოგად ტექნიკურ შენიშვნებს როგორც პროგრამის სტრუქტურასთან, ისე ამა თუ იმ სილაბუსთან კავშირში.

კვლევითი უნარების კუთხით, ამკარად გამოიკვეთა უნარების განვითარების შესაძლებლობების კავშირი მატერიალურ-ტექნიკურ ბაზასთან და საბაზისო კვლევისათვის საჭირო რესურსების სტანდარტებთან შესაბამისობის საკითხთან. ამ უკანასკნელთან შორის

ბმის გარეშე რთული იქნება სამეცნიერო-კვლევითი უნარების წარმატებულ მიღწევასა და ამ მიღწევის შეფასებაზე საუბარი. თვალშისაცემია ის ფაქტიც, რომ 2019-2020 წლებში შეფასებული პროგრამების აბსოლუტურ უმრავლესობას არ ჰყავს სამეცნიერო პერსონალი ჩართული. ამდენად, ცალსახაა რომ სამეცნიერო კვლევითი უნარების განვითარების საკითხი კომპლექსურად უნდა იყოს შეფასებული პროგრამების ფარგლებში. მიუხედავად იმისა, რომ დიპლომირებული მედიკოსის საგანმანათლებლო პროგრამის მიზანი არ არის მკვლევარის გაზრდა, როგორც ადგილობრივი ისე WFME-ის მოთხოვნების თანახმად, მან უნდა დააკავშიროს ინდივიდი ჯანდაცვის სექტორთან და შეამზადოს იგი სწავლის შემდგომ საფეხურზე გადასასვლელად. ამასთან ერთად, უშუალოდ კვლევისა და სწავლა-სწავლების კავშირის თვალსაზრისით დასკვნებში გამოიკვეთა კვლევითი პერსპექტივების ნაკლებობა პროგრამებში. ზედმეტია საუბარი რაიმე სახის კვლევითი პოლიტიკის არსებობაზე და ზოგადად, იქმნება შთაბეჭდილება, რომ დანესებულებების უმრავლესობისათვის კვლევა არ არის პრიორიტეტი.

რაც შეეხება კლინიკურ სწავლებას, როგორც ზემოთ აღინიშნა, ეს უკანასკნელი მჭიდროდაა დაკავშირებული შესაბამისი მატერიალურ-ტექნიკური ინფრასტრუქტურის არსებობასთან. ამის გათვალისწინებით, პირველ რიგში მნიშვნელოვანია, რომ სახეზეა უნივერსიტეტებისა და კლინიკების ურთიერთობაში დეტალიზაციისა და სტუდენტთა კონტინგენტისა და პაციენტთა რაოდენობის დაგეგმვის პრობლემა, რაც მკაფიოდ გამოიკვეთა მემორანდუმების ანალიზში. როგორც ექსპერტები, ისე სხვა დაინტერესებული მხარეები აცნობიერებენ და ხაზს უსვამენ იმის საჭიროებას, რომ პროგრამის ფარგლებში სტუდენტებს განსხვავებული სპექტრის (იგულისხმება მრავალფეროვნება ანამნეზის კონტექსტში) პაციენტებთან უნდა ჰქონდეთ შეხება, თუმცა კლინიკურ სექტორთან გაფორმებულ ფორმალურ დოკუმენტაციაში ნაკლებად ხდება იმ დისციპლინების განსაზღვრა, რომელი მიმართულებითაც მოხდება პრაქტიკის გავლა. არც დასკვნებში და არც მემორანდუმებში არ გვხვდება ამონარიდები კლინიკური სწავლების ზედამხედველობასთან დაკავშირებით და არც კლინიკების იმ კონკრეტული სივრცეების თუ მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვილობის შესახებ, რომელიც იქნება გამოყოფილი სტუდენტთათვის. ამასთან ერთად, რიგ შემთხვევებში აღნიშნული იყო თავად კლინიკების შესაბამისობის საკითხი სწავლა-სწავლების პროცესთან. გასათვალისწინებელია, რომ დღესდღეობით დარგობრივი მახასიათებელი არ განსაზღვრავს სპეციფიკურ მოთხოვნებს იმ კლინიკებთან მიმართებით, რომელშიც პრაქტიკის გავლაა შესაძლებელი და შესაბამისად არც რაიმე სახის ობიექტური კრიტერიუმები არსებობს იმისათვის, რათა ამ კლინიკების შესაბამისობის გაზომვა მოხდეს.

დასკვნების უმრავლესობაში დადებითად იყო შეფასებული სტუდენტთა კლინიკური უნარების განვითარების ის ნაწილი, რომელიც სიმულაციურ გარემოში მუშაობას შეეხება. თუმცა, მნიშვნელოვანია, რომ კარგად იყოს გამიჯნული სიმულაციურ ცენტრებსა და უშუალოდ კლინიკურ გარემოში მისაღები უნარები და სწავლა-სწავლება შესაბამისად

ხორციელდებოდა პრაქტიკის ნაწილშიც. აქვე გასათვალისწინებელია, რომ საერთაშორისო სტუდენტებისთვის გათვლილი პროგრამების ზრდასთან ერთად, დარგობრივი მახასიათებლის მიხედვით, ჯერ კიდევ არ არის საერთაშორისო სტუდენტებისათვის სავალდებულო ქართული ენის ცოდნა. ენის არ ცოდნა პრაქტიკაში ხელს შეუშლის სტუდენტების სწავლის შედეგებზე გასვლას, რადგან შეუძლებელს ხდის ადგილობრივ პაციენტებთან კომუნიკაციას და შესაბამისი უნარების განვითარებას. ექსპერტთა მხრიდან ხაზგასმულია პორტფოლიოების გამოყენების აუცილებლობაც უშუალოდ კლინიკური სწავლების პერიოდში, სადაც სტუდენტის გამოცდილებები აკუმულირდება. სამწუხაროდ, დასკვნებში საერთოდ არ გვხვდება აქცენტები სამედიცინო კონტექსტში ინფორმაციული ტექნოლოგიების უნარების განვითარებაზე, რაც მოთხოვნილია როგორც WFME-ის სტანდარტის, ისე დარგობრივი მახასიათებლის მიერ და ძლიერ მნიშვნელოვანია ექიმის ეფექტური ფუნქციონირებისათვის თანამედროვე სამყაროში.

თვალშისაცემია ისიც, რომ პროგრამის უწყვეტი განვითარების პროცესის მდგრადობის ხელშეწყობის კუთხით, ინსტიტუციურ დონეზე თითქმის არ გვხვდება კურიკულუმის კომიტეტები შეფასებულ სამედიცინო სკოლებში. შესაბამისად არ არის დასკვნებში შრომის ბაზრის კვლევები სისტემატურად გაანალიზებული პროგრამის განსახორციელებლად საჭირო ინფრასტრუქტურასთან და კლინიკებთან დადებულ მემორანდუმებთან ბმაში. დასკვნებში ექსპერტები თითქმის არ ეხებიან კურსდამთავრებულთა საკითხს და იმას, თუ რამდენად ან როგორ არიან ისინი დაკავშირებული ჯანდაცვის სისტემასთან პროგრამის დასრულების შემდეგ. სამუშაო ჯგუფის მიერ გამოთხოვილი სსიპ - სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს 2020 წლის გაზაფხულის სესიის შედეგების მიხედვით, საშუალოდ კურსდამთავრებულთა 49%-მა შეძლო სასერტიფიკატო გამოცდის დაძლევა. თუმცა, ამ საკითხთან დაკავშირებით მნიშვნელოვანია იმის გათვალისწინებაც, რომ 2019-2020 წლებში შეფასებული პროგრამების დიდ ნაწილს თვითშეფასების წარდგენის მომენტში არ ჰყავდა კურსდამთავრებულები და ამ კუთხით უახლოეს წლებში უფრო სანდო ინფორმაციის შეგროვება იქნება შესაძლებელი.

საერთაშორისო სტუდენტების შემთხვევაში, ცხადად იკვეთება ის მოცემულობაც, რომ გარდა ერთეული გამონაკლისებისა, პროგრამაზე ჩარიცხვის მსურველთა პრაქტიკულად სრული ნაკადი ირიცხება პროგრამებზე. ეს მოცემულობა მჭიდროდ უკავშირდება ცენტრში ბოლო წლებში შემოსულ საჩივრებს საერთაშორისო სტუდენტებისაგან, რომლებიც ეხებოდა რეკრუტირების პროცესში კერძო სააგენტოების ჩართულობას. ამას უკავშირდება ისიც, რომ რიგ შემთხვევებში, როდესაც პროგრამა ამა თუ იმ წელს მხოლოდ საერთაშორისო სტუდენტების მიღებას აპირებს, თვითშეფასების ანგარიშებში არ არის ასახული პროგრამაზე გამოცხადებული ადგილების რაოდენობა (ან თუ ორივე კონტინგენტი დაშვებულია, მითითებულია მხოლოდ ადგილობრივი სტუდენტებისთვის გამოცხადებული ადგილების რაოდენობა), რაც დამატებით მიუთითებს ამ კუთხით გამჭვირვალობის ნაკლებობაზე და

მისაღებ სტუდენტთა კონტინგენტის დაგეგმვის მექანიზმების შემოწმების არაეფექტურობაზე. საერთო ჯამში, შეიძლება ითქვას, რომ უმაღლესი სამედიცინო განათლების ხარისხის უზრუნველყოფის გარე მექანიზმების მიღმა რჩება საერთაშორისო სტუდენტების რეკრუტირების საკითხი.

ექსპერტთა შეფასებით, დასახვეწია პროგრამებზე სტუდენტთა პირდაპირი და მობილობით ჩარიცხვის პოლიტიკა, მათ შორის წინაპირობები. რიგ შემთხვევებში მათი მხრიდან გაიცა მკაცრი უარყოფითი შეფასება, რომ დაწესებულებების მიერ მომდევნო რამდენიმე წლისთვის დაგეგმილი სტუდენტური კონტიგენტის ზომა არ შეესაბამება მათ რეალურ შესაძლებლობებს, არ ითვალისწინებს ადამიანურ და მატერიალურ რესურსებს. თვითშეფასებებში მითითებული თანაფარდობების გათვალისწინებით, მსგავსი საფრთხე კიდევ უფრო მეტად იკვეთება. ამასთან ერთად, დასკვნებში ჩანს, რომ ადგილობრივ და საერთაშორისო სტუდენტებს შორის ინტეგრაციის მექანიზმები არაა ქმედითი, ზოგადად სტუდენტები კი არ არიან აქტიურად ჩართული დაწესებულების წარმომადგენლობით და მმართველობით პროცესებში. ექსპერტები ასევე მიუთითებენ, რომ დაწესებულებები იყენებენ სტუდენტებისგან (და სხვა დაინტერესებული მხარეებისგან) მიღებულ უკუკავშირს, რასაც რეგულარული ხასიათი აქვს, თუმცა თითქმის არსად იკვეთება უკუკავშირის გათვალისწინების საფუძველზე დაგეგმილი და განხორციელებული აქტივობებისა თუ ცვლილებების მაგალითები, რაც საფუძველს აცლის მათ მიერვე გაცემული დადებით შეფასებას დაწესებულების მიერ PDCA ციკლის დანერგვასთან და გამოყენებასთან დაკავშირებით.

მნიშვნელოვანია ის საკითხიც, რომ დასკვნებში საკმაოდ მაღალი შეფასებებია გაცემული პროგრამების ინტეგრირებასთან დაკავშირებით, თუმცა აქ ისიცაა გასათვალისწინებელი, რომ მოცემულ ეტაპზე არ არსებობს ინტეგრაციასთან დაკავშირებული სამიზნე ნიშნულები. ამ მიმართულებით სამიზნე ნიშნულს ვერ ვხვდებით ვერც WFME-ის სტანდარტში. მნიშვნელოვანია ისიც, რომ არსებობდა შენიშვნები ინტეგრირებული კურიკულუმის იმპლემენტაციის ნაწილშიც, განსაკუთრებით პერსონალის ცნობიერების პერსპექტივიდან ამ საკითხთან დაკავშირებით. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პასუხისმგებლობების გადანაწილებისა და პროგრამის მდგრადობის შენარჩუნების თვალსაზრისიდან, რადგან ასეთ პირობებში პროგრამის განხორციელების ძირითადი ტვირთი აწევს პროგრამის ხელმძღვანელებსა და ფაკულტეტების დეკანებს. დამატებით, დასკვნების ანალიზის ფარგლებში ცხადი გახდა, რომ ცნობიერების ნაკლებობასთან ერთად, რიგ შემთხვევებში ნაკლებია ზოგადად პერსონალის ჩართულობა პროგრამის განვითარებაში, რაც ასევე ზრდის პროგრამის ხელმძღვანელისა და დეკანის უფლება-მოვალეობებს და დამატებით კითხვებს აჩენს პროგრამის ხარისხის უწყვეტი უზრუნველყოფის მექანიზმების რეალურ გამოყენებასთან დაკავშირებით.

სწავლა-სწავლებისა და შეფასების მეთოდების მიმართულებით შეიძლება ითქვას, რომ ორივე ძირითადად ფასდება როგორც ფორმალურად შესაბამისი სტანდარტთან და კანონმდებლობასთან, თუმცა ექსპერტები გასცემენ რჩევებსა და რეკომენდაციებს, მეთოდების გამრავალფეროვნებასთან და მტკიცებულებებზე დაფუძნებასთან მიმართებით. ამასთან ერთად კი ცხადად გამოიკვეთა ისიც, რომ ექსპერტები ნაკლებად ინტერესდებიან შეფასების ფარგლებში უშუალოდ საგამოცდო მასალების გაცნობით.

სამედიცინო პროგრამებში ჩართული ადამიანური რესურსის კუთხით, პირველი რაც დასკვნებში ცხადი გახდა ადამიანური რესურსების მართვის მკაფიო პოლიტიკის ნაკლებობა იყო დაწესებულებების უმრავლესობაში. ამ პრობლემის ლოგიკური გაგრძელებაა შემდეგ ისიც, რომ დასკვნებში პრობლემურად გამოჩნდა, როგორც პერსონალისა და სტუდენტების კონტინგენტის თანაფარდობის, ასევე პერსონალის დატვირთვის საკითხი. თანაფარდობის ნაწილში ცალსახაა, რომ დაწესებულებები აქტიურად უნდა ახორციელებდნენ სტუდენტებისა და ადამიანური რესურსების რაოდენობების დადარებასა და სტუდენტთა მისაღები კონტინგენტის შესაბამისად დაგეგმვას. ამასთანავე ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ მთელი რიგი პერსონალის შემთხვევაში ადამიანები დასაქმებულები იყვნენ რამდენიმე დაწესებულებაში ერთდროულად, რაც ეჭვქვეშ აყენებს მათი დატვირთვის რეალისტურობას, იმის გათვალისწინებით, რომ პრაქტიკაში, პროგრამებში ჩართული პერსონალის ნაწილი ასევე კლინიკურ საქმიანობასაც ეწევა. ამ მსჯელობას ამყარებს რაოდენობრივი მიმოხილვის ფარგლებში დაფიქსირებული ტენდენციაც, რომლის ფარგლებშიც გამოჩნდა, რომ აკადემიური და მონვეული პერსონალის 50% ორი ან მეტი პროგრამის განხორციელებაშია ჩართული. მსგავსი მოცემულობა ცალსახად საფრთხეს უქმნის როგორც პროგრამების მდგრადობას, ისე პერსონალის პროფესიულ განვითარების საკითხებსაც, კვლევაში გამოიკვეთა მოცემულობა, რომ გარკვეულ შემთხვევებში ერთი დაწესებულების პროგრამაში ჩართული პერსონალი სხვა დაწესებულების მიერ იყო გადამზადებული და ექსპერტებისათვის არ იყო გასაგები, რამდენად უნდა ყოფილიყო მიღებული ეს მოვლენა მხედველობაში შესაფასებელ პროგრამასთან მიმართებით. დასკვნებში ზოგადად გამოჩნდა ასევე პედაგოგების პროფესიული გადამზადების პრობლემაც სწავლა-სწავლებისა და შეფასების თანამედროვე მეთოდებში. დამატებით, ყურადსაღებია ისიც, რომ პროგრამებში სახეზე იყო პერსონალის დენადობის ძალიან მაღალი მაჩვენებელი, რომელიც უარყოფით გავლენას ახდენს პროგრამის მდგრადობაზე, ხოლო მისი კონტროლის მიმართულებით არ არსებობს რაიმე სახის ქმედითი მექანიზმები. ამავე საკითხთან დაკავშირებით, ფოკუს-ჯგუფებზე ნახსენები იყო, რომ განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნულმა ცენტრმა შეიმუშავა სისტემა QMS, სადაც თეორიულად უნდა იყოს აღნიშნული პერსონალის სრული დატვირთვა, თუმცა პრაქტიკაში ცალსახაა, რომ სისტემა მოკლებულია როგორც სრულ ინფორმაციას და ამასთან ერთად მასზე დაყრდნობით არ არსებობს მასში ასახულ ინფორმაციაზე რეაგირების ქმედითი მექანიზმები. ყველაფერი ამის გათვალისწინებით, შეიძლება ითქვას, რომ სახეზე გვაქვს კვალიფიციური ადამიანური რესურსების ნაკლებობა

მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამებზე, რასაც განსხვავებული პერსპექტივიდან უყურებენ ექსპერტები და დაინტერესებული მხარეები. ამ უკანასკნელთათვის პრობლემა არის გლობალური, რადგან დროითი და ფინანსური ფაქტორების გათვალისწინებით ზოგადად მსოფლიოში უფრო და უფრო ჭირს კლინიკური პერსონალის დაინტერესება აკადემიური ცხოვრებით. ექსპერტები ხაზს უსვამენ, რომ კვალიფიციური პერსონალის ერთი ძლიერი ბირთვი ქმნის პროგრამებს საქართველოში და ავტორიზაცია-აკრედიტაციის პროცედურების დასრულების შემდგომ მათ სწრაფადვე ანაცვლებენ.

რესურსების მიმართულებით, გარდა იმ საკითხებისა, რაზეც უკვე დაინერა გემოთ კლინიკური და სამეცნიერო ინფრასტრუქტურის შესახებ, მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნა, რომ დასკვნებში ძირითადად დადებითად იყო შეფასებული დაწესებულებების მხრიდან ისეთი რესურსების მფლობელობა, როგორიცაა მულაჟები, მანეკენები, ფანტომები და სხვა. თუმცა, ისიც ხაზგასასმელია, რომ ამ ეტაპზე დარგობრივ მახასიათებელში არ არსებობს ასეთი რესურსების წინასწარ განსაზღვრული რაოდენობები სტუდენტთა რიცხვთან მიმართებით. იმის გათვალისწინებით კი რომ არაერთგან შეგვხვდა ექსპერტთა მხრიდან დასმული აქცენტები სტუდენტთა კონტინგენტის დაგეგმვასთან დაკავშირებით შესაბამისი რესურსების გათვალისწინებით, წინასწარ განსაზღვრული თანაფარდობების გარეშე ძნელი იქნება ამ კუთხით დამაკმაყოფილებელ სურათზე საუბარი.

დასკვნებში მწირადაა დაფარული როგორც საგანმანათლებლო ექსპერტიზის გამოყენების საკითხი პროგრამების განვითარებაში, ისე პროგრამების ინტერნაციონალიზაციის თემა. ამ საკითხებზე საუბრისას მნიშვნელოვანია გავიხსენოთ ფოკუს-ჯგუფში წარმომადგენელი პენიშნები უნივერსიტეტებს შორის კოლაბორაციის გაზრდის საჭიროების შესახებ, რაც შესაძლებელია ერთ-ერთ მთავარ ხელშემწყობ ფაქტორად მოგვევლინოს აღნიშნული ორივე მიმართულებით ინსტიტუციური განვითარებისათვის.

პროგრამის უწყვეტი შეფასებისა და მონიტორინგის საკითხი დასკვნებში ზედაპირულადაა აღწერილი. თითქმის არ გვაქვს სახეზე ისეთი შემთხვევები, სადაც გამოიკვეთებოდა თუ როგორ იქნა გამოყენებული დაინტერესებული მხარეების უკუკავშირი განვითარებისთვის. უფრო მეტიც, თავად დაინტერესებული მხარეების ჩართულობის მასშტაბზეც ვხვდებით რჩევებსა თუ რეკომენდაციებს, რაც იმაზე მიუთითებს, მონიტორინგისა და კონტროლის პროცესში დაინტერესებული მხარეების ჩართულობას ჯერჯერობით მხოლოდ ფორმალური სახე აქვს. ექსპერტების მიერ თითქმის არ არის გაანალიზებული უშუალოდ ინსტრუმენტები, რომლებიც შეფასებაში გამოიყენება, რაც თავისთავად მნიშვნელოვანია შეფასების მიზნობრიობისა და ეფექტური გამოყენების თვალსაზრისით. ანალიზის სიმწირის მიუხედავად, ექსპერტები მაინც ცალსახად აფიქსირებენ, რომ მნიშვნელოვანია პროგრამების შეფასებისა და მონიტორინგის პროცესები გახდეს მეტად სტრუქტურირებული, ციკლური და ინსტიტუციონალიზებული, რეალურად ხდებოდეს ამ შეფასების შედეგების გამოყენება პროგრამის განვითარებაში. ეს კი ფაქტობრივად იმას ნიშნავს, რომ კითხვის

ნიშნის ქვეშაა სტანდარტის დაკმაყოფილება და კონტრასტულია იმ სურათისა, სადაც ხარისხის კუთხით ჯგუფები ძირითადად სრულ ან მეტწილ შემსაბამისობაზე მიუთითებენ. შეფასებისა და მონიტორინგის მექანიზმების მხოლოდ ფორმალური არსებობა და მათი უტილიზაციის ნაკლები დადასტურება, რომელიც არაერთ სტანდარტთან მიმართებით გამოიკვეთა, სისტემურ გამოწვევას აჩვენებს არა მხოლოდ სამედიცინო განათლების, არამედ უფრო ფართოდ, საუნივერსიტეტო ხარისხის უზრუნველყოფის სივრცეში და პროცესების განხორციელებაში რიტუალიზმის მიმართულებას უფრო მეტად წარმოაჩენს. დამატებით, მნიშვნელოვანია იმის ხსენება, რომ გარე შეფასების საკითხი საკმაოდ დადებითად იყო ექსპერტთა მიერ შეფასებული, ეს ძირითადად ეხებოდა ნეიტრალური გარე შემფასებლების მრავალფეროვანი სპექტრის ჩართულობას პროგრამების განვითარებაში. შეგვიძლია ამ მიგნებასთან დაკავშირებითვე ვახსენოთ, რომ ექსპერტები თითქმის არასდროს აიდენტიფიცირებენ საუკეთესო პრაქტიკებს (მიუხედავად მსგავსი შემთხვევების რეალური არსებობისა ნარატივის მაგალითზე), ხოლო სადაც აფიქსირებენ უმეტესწილად სახეზეა სტანდარტის დაკმაყოფილება და არა ექსტრაორდინალური შემთხვევა, რომელიც განსაკუთრებულ აღნიშვნას საჭიროებს.

კონტენტ-ანალიზის ფარგლებში ასახული მოცემულობის გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია ისიც, რომ ფოკუს-ჯგუფში ექსპერტები მიუთითებდნენ შეფასების ფარგლებში მკაფიო თვლადი კრიტერიუმების არსებობის საჭიროებისაკენ, რათა შეფასებები ყოფილიყო მეტად ობიექტური. ამავე საკითხთან დაკავშირებით დაინტერესებული მხარეები შედარებით მოზომილები არიან და თანაფარდობების დიაპაზონების განერას ემხრობიან, რათა მოქნილობა გარკვეულწილად შენარჩუნდეს. კონტენტ-ანალიზის ფარგლებშიც ჩანს, რომ მხოლოდ შინაარსობრივი სტანდარტით ხელმძღვანელობა აუცილებლად აჩენს ორაზროვნებას დასკვნებში, რადგან მკაფიოდ ვერ იკითხება სამედიცინო სკოლის რეალური რესურსები და ვერ ხდება მათი შენონვა სტუდენტთა არსებულ და დაგეგმილ კონტინგენტთან.

გამოიკვეთა ექსპერტთა დამატებითი პროფესიული გადამზადებისა და განვითარების საჭიროება, განსაკუთრებით კი შეფასებებში ჩართული საერთაშორისო ექსპერტებისა, რომელთაც მწირი ინფორმაცია აქვთ ადგილობრივ კონტექსტსა თუ კანონმდებლობაზე. კვლევაში შესამჩნევი გახდა აკრედიტაციის საბჭოს მოწვეული წევრების ცნობიერების ამაღლების საჭიროებაც სამედიცინო განათლების ხარისხის უზრუნველყოფის სტანდარტებთან მიმართებით, რადგან ფოკუს ჯგუფის მიგნებების თანახმად, რიგ შემთხვევებში, მიუხედავად საბჭოს წევრების დიდი პროფესიული გამოცდილებისა, არსებობდა გამოცდილება, რომ ექსპერტები და საბჭოს წევრები საუბრობდნენ სხვადასხვა ენაზე.

დასასრულს, კვლევაში გამოიკვეთა აკრედიტაცია-ავტორიზაციის მექანიზმების დაახლოების საჭიროება ისეთი სახით, რომელიც მოახერხებს სტანდარტების სრულყოფილ მოცვას და

ამავდროულად არ იქნება ერთმანეთის გადამფარავი. ამასთან ერთად კი, კვლევის ფარგლებში აშკარა გახდა სისტემურ დონეზე სამედიცინო განათლების უწყვეტობასთან დაკავშირებული პრობლემა, რომელიც დიპლომამდელი და დიპლომის შემდგომი განათლების განსხვავებულ სისტემებად ფუნქციონირებას შეეხება. ფოკუს ჯგუფებში მითითებული იყო სამომავლო პერსპექტივაში ამ სისტემების გაერთიანების აუცილებლობა, როგორც მაღალი ხარისხის კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მომზადების აუცილებელი წინაპირობა.

რეკომენდაციები

- სწავლის შედეგების მიღწევის მონიტორინგისა და ხარისხის სამსახურის მუშაობის ეფექტურობის შეფასების გასაუმჯობესებლად, ცენტრის მხრიდან უნდა დაიგეგმოს შესაბამისი ღონისძიებები ექსპერტებისთვის (გაიდები, ტრენინგები და ა.შ.);
- ჯანდაცვის საგანმანათლებლო სფეროს აქტორებმა უნდა დაიწყონ მსჯელობა მედიცინის ერთსაფეხურიან პროგრამებში სამეცნიერო კვლევის კომპონენტის გაძლიერების თაობაზე, რაც ჩვენი რწმენით გამართლებულია კვალიფიკაციის დონით და სწავლის შემდეგ საფეხურზე გადასასვლელად საჭირო გამოცდილებით;
- აუცილებლად უნდა მოხდეს უნივერსიტეტებსა და კლინიკებს შორის დადებული მემორანდუმებში სტუდენტთა ზუსტი რაოდენობის ასახვა, განისაზღვროს პრაქტიკის კონკრეტული სამედიცინო მიმართულებები, პრაქტიკის ხელმძღვანელები და ის კონკრეტული სივრცეები, რომელიც გამოიყენება სტუდენტთა მიერ;
- სამედიცინო საგანმანათლებლო პოლიტიკის უკეთესი სამომავლო დაგეგმარებისთვის, შემუშავდეს მონაცემთა ბაზა, სადაც ასახული იქნება კლინიკებსა და უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებებს შორის დადებული მემორანდუმები და ურთიერთკავშირის რაოდენობრივი მაჩვენებლები;
- კლინიკების სწავლა-სწავლების პროცესთან შესაბამისობის დადგენის მიზნით შემუშავდეს შეფასების მექანიზმი, რომელიც რაოდენობრივად შეაფასებს კლინიკის პოტენციალსა და გამტარუნარიანობას სტუდენტების მისაღებ კონტინგენტთან მიმართებით. ამასთან ერთად, საჭიროა დადგინდეს კალენდარული წლის განმავლობაში კლინიკაში პაციენტების საშუალო რაოდენობა და მათი თანაფარდობა პრაქტიკაზე განსაზღვრულ სტუდენტებთან;
- საერთაშორისო სტუდენტებისათვის სავალდებულო გახდეს ქართული ენის სწავლება მინიმუმ B1 დონემდე, რათა უფრო ეფექტურად მოხდეს მათი ჩართვა როგორც კლინიკურ პრაქტიკაში, ასევე საუნივერსიტეტო სოციალურ და აკადემიურ ცხოვრებაში.
- პროგრამების უწყვეტი განვითარების ციკლის უზრუნველყოფის მიზნით, ჩამოყალიბდეს კურიკულუმის კომიტეტები სამედიცინო სკოლებში, რომელშიც ამასთანავე ფართოდ იქნებიან წარმოდგენილი შესაბამისი დაინტერესებული მხარეები (მაგალითად, კურსდამთავრებულები, ჯანდაცვის სფეროს აქტორები);
- შეიქმნას კურსდამთავრებულთა დასაქმებისა და პროფესიული განვითარების მაჩვენებლის მოძიებისა და შესწავლის მექანიზმი. უსდ-ები კავშირზე უნდა იყვნენ მათ საერთაშორისო კურსდამთავრებულებთან და პერიოდულად გადაამოწმონ მათი კარიერული და აკადემიური პროგრესი, ადგილობრივი და საერთაშორისო საკვალიფიკაციო გამოცდების გადალახვის მაჩვენებელი პროგრამის შემდგომი განვითარების მიზნით;
- ცენტრი რეგულარულად უნდა იღებდეს ინფორმაციას კურსდამთავრებულთა საკვალიფიკაციო გამოცდის ჩაბარების შედეგებთან დაკავშირებით სამედიცინო

რეგულირების სააგენტოსგან და წინასწარგანსაზღვრული კრიტიკული ზღვრის ვერ დაკმაყოფილების შემთხვევაში ეს შესაძლოა გახდეს არაგეგმიური მონიტორინგის დაწყების საფუძველი;

- საერთაშორისო სტუდენტების რეკრუტირების საკითხი უნდა გახდეს მაქსიმალურად გამჭვირვალე, რათა აპლიკანტების უფლებები იყოს დაცული, ხოლო მოლოდინები - შესაბამისობაში რეალობასთან; სასურველია, რეკრუტერების გარდა პოტენციურ სტუდენტს პირდაპირი კონტაქტი ჰქონდეს ასევე უსდ-სთან; ცენტრმა რეკრუტერების წარმომადგენლობა უნდა გაითვალისწინოს ასევე აკრედიტაციის დღის წესრიგში;
- ინგლისურენოვან მედიცინის პროგრამაზე სტუდენტებს უნდა მოეთხოვებოდეთ საერთაშორისოდ ან ლოკალურ სახელმწიფო აღიარებული ენის ტესტის შედეგების წარდგენა;
- უსდ-ებმა ხელი უნდა შეუწყონ ადგილობრივ და საერთაშორისო სტუდენტთა დაახლოებას და ინტეგრაციას, მათ შორის, სტუდენტებს შესაძლებლობა მიეცეთ ჩაერთონ შერეულ ჯგუფებში ინგლისურენოვანი სასწავლო კურსების და კლინიკური პრაქტიკის შემთხვევაში;
- შეფასების პროცესში, ექსპერტების მხრიდან მეტი ყურადღება უნდა დაეთმოს სასწავლო კურსების საგამოცდო მასალების შესწავლას სტუდენტთა და კურსდამთავრებულთა მიღწევის მაჩვენებლებთან მიმართებაში;
- მედიცინის ერთსაფეხურიან საგანმანათლებლო პროგრამაზე განისაზღვროს სტუდენტთა მისაღები რაოდენობის მაქსიმალური დასაშვები მაჩვენებელი, რომლის დარღვევის შემთხვევაშიც ცენტრმა უნდა დანიშნოს არაგეგმიური მონიტორინგი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზისა და ადამიანური რესურსების შესაფასებლად;
- შემუშავდეს პერსონალის დატვირთვის აღრიცხვის ქმედითი მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფს მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამების მდგრადობას. ამასთანავე, განისაზღვროს სასწავლო პერსონალის დენადობის დასაშვები მაქსიმალური მაჩვენებელი, რომლის გადაცდომის შემთხვევაში უსდ-ში განხორციელდება არაგეგმიური მონიტორინგი;
- დარგობრივი მახასიათებლის კონტექსტში, შემუშავდეს თანაფარდობები სტუდენტების რაოდენობასა და საჭირო მატერიალურ-ტექნიკურ ბაზებს შორის;
- ჩართულ მხარეებს შორის ურთიერთგაგებისა და სამუშაო პროცესის თანმიმდევრულობის შესანარჩუნებლად, ცენტრმა ადგილობრივ და საერთაშორისო ექსპერტებს უნდა შესთავაზოს ერთობლივი და თემატიკის მხრივ კომპლექსური ტრენინგები;
- სამომავლო პერსპექტივაში ჯანდაცვისა და განათლების პოლიტიკის დღის წესრიგში უნდა დადგეს დიპლომამდელი და დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების სისტემური დაკავშირება. მნიშვნელოვანია, რომ დიპლომისშემდგომი პროგრამების შეფასება ასევე განხორციელდეს WFME-ის სტანდარტების შესაბამისად;
- აკრედიტაციის სტანდარტებსა და მედიცინის დარგობრივ მახასიათებელში უკვე უნდა მოხდეს WFME-ის იმ სტანდარტების ინკორპორირება, რომლებიც სამედიცინო სკოლის მართვას უკავშირდება.

დანართი

ფოკუს-ჯგუფის გეგმა

- როგორ შეიძლება ექსპერტმა შეაფასოს პერსონალის დენადობის მაჩვენებელი სტუდენტების კონტინგენტთან და პროგრამის შინაარსთან მიმართებით? როგორ შეიძლება ექსპერტმა შეაფასოს პროგრამის მდგრადობის რისკები? რა დამატებითი მექანიზმების ქონაა საჭირო?
- რიგ შემთხვევებში მითითებულია, რომ კლინიკები ემსახურება მრავალი უნივერსიტეტის სტუდენტებს და მემორანდუმებშიც არაა დაზუსტებული პრაქტიკის დეტალები, რაც კითხვებს აჩენს მათთვის ადეკვატური კლინიკური პრაქტიკის რეალურად განხორციელებადობის კუთხით. რა შეიძლება გააკეთოს სამედიცინო განათლების სისტემამ, რომ შეამციროს რისკები?
- პერსონალის დაახლოებით ნახევარი ასწავლის ორ ან მეტ პროგრამაზე, პარალელურად ზოგიერთს აქვს კლინიკური პრაქტიკა კვლევითი/აკადემიური/ადმინისტრაციული ფუნქციები
- ამის ფონზე მრავალ დასკვნაში ვხვდებით მიგნებებს, რომ ერთი მხრივ აუცილებელია სტუდენტების რაოდენობის დაგეგმვა პერსონალის რაოდენობასთან მიმართებით და მეორე მხრივ, აუცილებელია სხვადასხვა კუთხით კვალიფიციური პერსონალის რაოდენობის გაზრდა-გადამზადება. რა შეიძლება გააკეთოს სამედიცინო განათლების სისტემამ [ცენტრი, უსდ-ები, კლინიკები, მოქალაქეები], რომ შეამციროს პროგრამის მდგრადობასთან და სწავლის შედეგებზე გავლასთან დაკავშირებული რისკები?
- რიგ შემთხვევებში პროგრამა პირდაპირ დამოკიდებულია სტუდენტების გადასახადებზე და ასეთ დროს რამდენად შეგვიძლია ეს მივიჩნიოთ მდგრადად? რა დამატებითი მექანიზმი შეიძლება არსებობდეს რისკების შესამცირებლად? □იუჯეტის შესაფასებლად?
- რიგ შემთხვევებში WFME-ის ზოგიერთი სტანდარტი არ არის დაფარული აკრედიტაციაში, არამედ მხოლოდ ავტორიზაციაში (მაგ., 1.2 - ავტონომია). არსებობს შესაძლებლობა, რომ ერთი შეფასების შემდეგ ბოლომდე ვერ მოხდეს ფედერაციის სტანდარტებთან მიმართებით შეფასების განხორციელება და ბოლომდე მოცვა მოხდეს მხოლოდ რამდენიმე წლის შემდეგ სხვა პროცესის ფარგლებში (ავტორიზაცია და აკრედიტაცია). როგორ შეაფასებდით ამ მოცემულობას? რა შეიძლება იყოს გამოსავალი?
- კურსდამთავრებულთა სერტიფიკაცია/დასაქმებადობის საკითხები როგორ შეიძლება ექსპერტმა შეაფასოს? რამდენად გამოყენებადია ეს მონაცემები? რა უნდა გააკეთოს სისტემამ?

სსიპ - განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრი

- საერთაშორისო სტუდენტებისთვის სავალდებულო ხომ არ უნდა იყოს ქართული ენის სწავლება? როგორ უნდა დავაბალანსოთ ქართული და უცხოური შრომის ბაზრის მოთხოვნები პროგრამაში?
- რა კრიტერიუმით უნდა შეაფასოს ექსპერტმა სასწავლო მიზანზე არის თუ არა მორგებული კლინიკა? რა როლი შეიძლება ჰქონდეს სისტემას ამ პროცესის გასაუმჯობესებლად?