

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

მედიცინის ფაკულტეტი

ნინო ჩიხლაძე

ადამიანური რესურსების განვითარებისა და განათლების  
პოლიტიკის თავისებურებები ჯანდაცვაში  
(საქართველოს მაგალითი)

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის  
მოსაპოვებლად წარმოდგენილი

დისერტაცია

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: ნატა ყაზახაშვილი  
თსუ ასოცირებული პროფესორი

თბილისი 2013 წელი

## სარჩევი

	სარჩევი	გვ.2
	მადლობა	გვ.3
	შემოკლებათა განმარტებები	გვ.4
	შესავალი	გვ.5
თავი 1	ლიტერატურის მიმოხილვა	გვ.12
1.1	ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების საქმიანობის კონტინუუმის კონცეფცია	გვ.13
1.2	ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ტერმინოლოგიური განზომილება	გვ.20
1.3.	ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების მონაცემთა ბაზა და განვითარების ტენდენციები	გვ.27
1.3.1	ჯანდაცვის სისტემა	გვ.27
1.3.2	სამედიცინო განათლების სისტემა	გვ.42
1.4	სამედიცინო განათლების მიღების მოტივაცია	გვ.60
1.5	პროფესიონალიზმი და კარიერული არჩევანი	გვ.63
1.6	საგანმანათლებლო გარემო და ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარება	გვ.67
თავი 2	კვლევის მეთოდოლოგია	გვ.72
2.1	კვლევის მიზანი, მასალები, მეთოდები	გვ.72
2.2	კვლევის შედეგები	გვ.81
2.3	კვლევის შედეგების განხილვა	გვ.99
თავი 3	დასკვნები და რეკომენდაციები	გვ.116
3.1	დასკვნები	გვ.116
3.2	რეკომენდაციები	გვ.119
	დასკვნები (ინგლისურ ენაზე)	გვ.120
	გამოყენებული ლიტერატურა	გვ.122
	დანართები	გვ.136

## მადლობა

განსაკუთრებული მადლობა მინდა გადაუხადო რენის უნივერსიტეტის (საფრანგეთი) პროფესორ უილიამ შერლოუს, რომელთან თანამშრომლობის შედეგად გაჩნდა ამ ნაშრომის შექმნის და სადოქტორო დისერტაციის სახით მისი წარდგენის იდეა.

მადლობა მინდა გადაუხადო ყველა იმ სტუდენტს და პაციენტს, რომლებმაც მონაწილეობა მიიღეს გამოკითხვაში.

## შემოკლებათა განმარტებები

- AMEE/Association of Medical Education in Europe - ევროპის სამედიცინო განათლების ასოციაცია
- AMSE/Association of Medical Schools in Europe - ევროპის სამედიცინო სკოლების ასოციაცია
- ASME/ Association of Study of Medical Education - სამედიცინო განათლების შესწავლის ასოციაცია
- DREEM/Dundee Ready Educational Environment Measure - საგანმანათლებლო გარემოს შეფასების კითხვარი
- EC /Eurocomission - ევროკომისია
- GAME/Global Alliance for Medical Education - სამედიცინო განათლების გლობალური ალიანსი
- GICS/Global Industry Classification Standard-ინდუსტრიის კლასიფიკაციისგლობალური სტანდარტი
- IAMSE/International Association of Medical Science Educators - სამედიცინო მეცნიერებების მასწავლებელთა საერთაშორისო ასოციაცია
- IMI/ International Medical Institution - მედიცინის საერთაშორისო ინსტიტუტი
- ISCED/International Standard Classification of Education - განათლების საერთაშორისო სტანდარტული კლასიფიკაცია
- ISCO/International Standard Classification of Occupations - საქმიანობის საერთაშორისო სტანდარტული კლასიფიკაცია
- ISIC/International Standard Industrial Classification of all Economic Activities-ყველა სახის ეკონომიკური საქმიანობის საერთაშორისო სტანდარტული დარგობრივი კლასიფიკაცია
- MEDINE: Medicine Thematic Network - მედინე: მედიცინის თემატური ქსელი
- MDG/ Millennium Development Goal - ათასწლეულის განვითარების მიზნები
- OECD/Organisation for Economic Co-operation and Development - ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაცია
- PLEQ/ Perceptions of Learning EnvironmentsQuestionnaire - სასწავლო გარემოს აღქმის კითხვარი
- UNDP/United Nations Development Programme - გაერთიანებული ერების განვითარების პროგრამა
- UNESCO/United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization - გაერთიანებული ერების განათლების, მეცნიერებისა და კულტურის ორგანიზაცია
- USAID/United States Agency for International Development - საერთაშორისო განვითარების აშშ სააგენტო
- WHO/ World Health Organization - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია
- WFME/ World Federation of Medical Education - სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაცია
- WMA/ World Medical Association - მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია

## შესავალი

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსები საკვანძო როლს ასრულებენ ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ეფექტური ფუნქციონირებისა<sup>1</sup> და მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნების, აღდგენისა და განმტკიცების პროცესში. ჯანმოს ყოველწლიურ ანგარიშში აღნიშნულია, რომ ნებისმიერ ქვეყანაში, საჭირო ადგილას და საჭირო დროს, ადეკვატური კომპეტენციის და მოტივაციის მქონე სამედიცინო პერსონალის ის სათანადო რაოდენობა უნდა არსებობდეს, რომელიც ხარჯთეფექტურად შეასრულებს შესაბამის სამუშაოს სათანადო შედეგით. დადასტურებულია, რომ ადამიანური რესურსების განვითარებისა და განათლების ეფექტური, თანმიმდევრული და კომპლექსური პოლიტიკა, სათანადოდ ისახება მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე და ჯანდაცვის სისტემაში საუკეთესო შედეგების მიღწევაზე.<sup>2</sup>

მსოფლიოში ძნელად თუ მოიძებნება ქვეყანა, რომელიც ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრულყოფით არ იყოს დაინტერესებული. სწორედ ამიტომ, თანამედროვე ეტაპზე, როგორც ქვეყნების ეროვნული მთავრობების, ისე საერთაშორისო ორგანიზაციების პროფილური დეპარტამენტების ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებას სწორედ ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარება, სამედიცინო მომსახურებისა და განათლების ხარისხის უზრუნველყოფა და სრულყოფა წარმოადგენს. მედიცინაში ახალი მიღწევები და მოწინავე ტექნოლოგიების განვითარება, სამედიცინო მომსახურებაში ახლად აღმოცენებული და სწრაფად ცვალებადი პრობლემები, ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა, საზოგადოების საჭიროებები და მომხმარებელთა/პაციენტთა მზარდი მოლოდინი - მოითხოვენ ექიმებისათვის მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისი

<sup>1</sup>WHO (2009). Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health: with special applications for low- and middle-income countries / edited by Mario R Dal Poz et al. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/200009/](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/200009/))

<sup>2</sup>WHO(2006). The world health report 2006: working together for health. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006>)

ცოდნის მიცემას, უნარ-ჩვევების, დამოკიდებულებებისა და პროფესიონალიზმის გამომუშავებას მუდმივად ცვალებად მოთხოვნილებებთან ადაპტირებული საგანმანათლებლო კურიკულუმების საფუძველზე და ამ პროცესისათვის ადეკვატური ინსტიტუციური პოტენციალის შექმნას.<sup>1</sup>

21-ე საუკუნეში სამედიცინო განათლებამ, მისი ხანგრძლივი არსებობისა და განვითარების მანძილზე, ყველაზე კარდინალური ცვლილებები განიცადა. თანამედროვე ეტაპზე სამედიცინო საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ (WFME, ASME, IAMSE, IMI, MEDINE, UNESCO, WHO, WMA) ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარებისა და სამედიცინო განათლების ახალ პარადიგმაში, ხარისხის უზრუნველყოფა, ხარისხის მუდმივ გაუმჯობესებასა და სრულყოფაზე აქცენტებით შეიცვალა.<sup>2</sup>

საქართველოში, ისევე როგორც აღმოსავლეთ ევროპის მთელ რეგიონში, მიმდინარეობს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმირება იმ ძირითადი სტრატეგიების შესაბამისად, რომლებიც სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობასა და ხარისხის ზრდას უწყობს ხელს. კერძოდ, დაწყებულია სამედიცინო მომსახურების საბაზო პაკეტის შემუშავება, ჯანდაცვის სისტემის მართვის დეცენტრალიზაცია, პირველადი ჯანდაცვის სრულყოფა და ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმა, პაციენტისთვის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის არჩევის უფლება, მაღალი ტექნოლოგიების და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა. ყოველივე აღნიშნული კი სისტემის ინფრასტრუქტურის და ტექნოლოგიების განვითარებასთან ერთად შესაბამისად მომზადებული და მოტივირებული რესურსებით ჯანდაცვის სფეროს უზრუნველყოფას მოითხოვს. შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის მიერ 2004 წელს მიღებული იქნა განახლებული

<sup>1</sup>WHO (2012)Toolkit for Country Health Workforce Strengthening. Copenhagen, Denmark.

<sup>2</sup>IMI (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. GMC (2009). Tomorrows Doctors, outcomes and standards for undergraduate medical education. MEDINE(2007). Quality Assurance Task Force, the Thematic Network on Medical Education in Europe. MEDINE/WFME Global Standards for Quality Improvement in Medical Education. European Specifications.Scottish Deans Medical Education Group (2009). The Scottish Doctor: learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland: a foundation for competent and reflective practitioners. WFME (2003). Basic Medical Education. Global Standards for Quality Improvement. WHO/WFME (2005). Accreditation Guidelines for Basic Medical Education. UNESCO (2005). Guidelines for Quality Provision in Cross-border Higher Education. WHO (2010). Framework for Action on Inter-professional Education and Collaborative Practice. Igor Svab (2001). General practice teaching and basicmedical education in Europe. EURACT Basic Medical Education Group.Eur.J. Med. Pract. 7:112-4.

რეკომენდაცია «ადამიანური რესურსების განვითარება: სწავლება, ტრენინგი და ცხოვრების მანძილზე განათლება» (№195), ხოლო 2009 წელს გამოცემული იქნა საერთაშორისო შრომითი სტანდარტების განახლებული ვერსია, სადაც აღნიშნულია, რომ «...ქვეყნებმა, რომელთა მიზანია სრული დასაქმებისა და მდგრადი განვითარების ზრდის მიღწევა, უნდა განახორციელონ ინვესტიციები განათლებასა და ადამიანური რესურსების განვითარებაში».<sup>1</sup>

ჯანმოს (WHO) მიერ შემუშავებული იქნა რეკომენდაციები ჯანდაცვის ეროვნული სისტემებისათვის მაღალკვალიფიციური საკადრო რესურსების ჩამოყალიბებასა და განვითარებასთან მიმართებაში. ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების სფეროში ჯანმოს მოქმედებათა ჩარჩო-პროგრამის ექვს საკვანძო სფეროსა და ჯანდაცვის სამუშაო ძალის განვითარების ეტაპებს შორის ინტერვენციის შესაძლებლობებიდან გამომდინარე ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს რგოლად სწორედ სამედიცინო განათლების სფერო იქნა მიჩნეული.<sup>2</sup>

საქართველოში ჯანდაცვის დარგის მოდერნიზაციის ერთ-ერთ სტრატეგიულ მიმართულებად განსაზღვრულია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება, რომლის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს კომპონენტს სამედიცინო ბაზრის მოტივირებული და კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალით უზრუნველყოფა წარმოადგენს.<sup>3</sup>

ჯანდაცვაში ადამიანური რესურსების მრავალგანზომილებიანი კომპლექსური სტრუქტურიდან გამომდინარე ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარების თავისებურებების შესწავლა ჯანმრთელობის დაცვისა და განათლების სისტემის სიტუაციური ანალიზის გარდა მოითხოვს ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების საქმიანობის კონტინიუმზე არსებული ე.წ. «გამჭოლი» საკითხების კვლევებს.<sup>4</sup> ჯანმოს

<sup>1</sup>ILO (2009). Rules of the Game. A brief introduction to International Labour Standards, Geneva, International LabourOffice, Revised Edition.

<sup>2</sup>WHO (2008). Assessing financing, education, management and policy context for strategic planning for human resources in health / Edited by Thomas Bossert et al.WHO (2011). Transformative scale up of health professional education. An effort to increase the numbers of health professionals and to strengthen their impact on population health. World Health Summit Secretariat(2011). Health Workforce and Medical Education in a Globalized World.education

<sup>3</sup>10-Point Strategic Plan for Development of the Country 2011-2015. For Modernization and Employment. Government of Georgia. Tbilisi, 2011([http://www.mcla.gov.ge/cms/site\\_images/pdf/Strategic\\_10\\_point\\_plan.pdf](http://www.mcla.gov.ge/cms/site_images/pdf/Strategic_10_point_plan.pdf))

<sup>4</sup>Thomas Bossert et al (2009). Assessing financing, education, management and policy context for strategic planning for human resources in health. Geneva, Switzerland.OECD (2012). POLICY FRAMEWORK FOR INVESTMENT USER'S TOOLKIT Chapter 8. Human Resource Development.

მიერ განსაზღვრულია ამ ტიპის საკითხების არეალი და რეკომენდებულია ისეთი საკითხების შესწავლა და შეფასება, როგორცაა: მოტივაცია, მიგრაცია, პროფესიონალიზმი, კურსდამთავრებულთა ხარისხი, კარიერული მოლოდინი, საგანმანათლებლო გარემო, შეთავსებით მუშაობა და სხვა.

საქართველოში ბოლო წლების განმავლობაში ჯანდაცვის განსაკუთრებით საყურადღებო საკითხებს შორის ჯანდაცვის სამსახურების თანაბარ ხელმისაწვდომობასთან ერთად მნიშვნელოვანი ადგილი დაიკავა პროფესიონალიზმის საკითხმა. გაეროს მიერ საქართველოში არსებული მდგომარეობის შეფასებაში აღნიშნულია, რომ „კლინიკურ პირობებში ეფექტური მომსახურების უზრუნველყოფის ხელისშემშლელ ფაქტორებს წარმოადგენს: «მედიცინის მუშაკთა არასაკმარისი ცოდნა და მუშაობის ძველი მეთოდები». <sup>1</sup> ექიმების პროფესიონალიზმის კრიტიკა მწვავე დისკუსიების თემად იქცა მასმედიასა და პროფესიული საზოგადოების წრეებშიც. მნიშვნელოვანია, რომ გააზრებული იქნას თუ როგორ უნდა უპასუხოს სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებებმა ჯანდაცვის სისტემის ამ გამოწვევას და რა სტრატეგიები უნდა იქნას გამოყენებული მის დასაძლევად.

ათეული წლების განმავლობაში საქართველოში ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების სფეროში ჩამოყალიბდა «ტრადიციული» ტენდენციები (ადამიანური რესურსების სფეროში მოთხოვნა-მიწოდების დისბალანსი, შეუსაბამობა კურსდამთავრებულების და რეზიდენტურის/რეზიდენტურის ალტერნატიულ დიპლომისშემდგომ საგანმანათლებლო პროგრამებზე ადგილების რაოდენობებს შორის, ექიმების, განსაკუთრებით სპეციალისტების, ჭარბი რაოდენობა, დაბალეფექტური სერვისების ფუნქციონირება, პროდუქტიულობის დაბალი დონე) რომლებიც, ერთის მხრივ, მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე, და მეორეს მხრივ, წარმოშობენ შესასწავლად აქტუალურ საკითხებს რესურსების ჩამოყალიბებასთან, განათლებასა და განვითარებასთან მიმართებაში. არსებული თავისებურებების ფონზე საქართველოში არ კლებულობს სამედიცინო საგანმანათლებლო პროგრამებზე ჩაბარების მსურველი აბიტურიენტების ნაკადი. რა

<sup>1</sup>UNDP (2001).Common Country Assessment. ([HTTP://UNGEORGIA.GE/UPLOADS/1727-GEORGIA\\_CCA\\_-\\_GEORGIA\\_2001.PDF](http://UNGEORGIA.GE/UPLOADS/1727-GEORGIA_CCA_-_GEORGIA_2001.PDF))



მოტივაცია ამოდრავებთ საქართველოში ახალგაზრდებს ისწავლონ მედიცინის დარგში? რა მოლოდინი გააჩნიათ მათ მომავალი პროფესიის შერჩევასთან დაკავშირებით, საით მიისწრაფიან ისინი და რას ნიშნავს მათთვის ექიმის სამედიცინო და აკადემიური საქმიანობის პროფესიონალიზმი? რა არის მათი აზრით უმნიშვნელოვანესი საგანამანათლებლო დონეზე სამედიცინო განათლების ხარისხის გაუმჯობესებისა და ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ეფექტური განვითარებისათვის? ამ მიმართულებით ჩატარებული საერთაშორისო კვლევების შედეგები ფართოდ არის ასახული პროფილურ სამეცნიერო ჟურნალებში («Human Resources Development Journal», «Human Resources for Health» და სხვა), ჯანმოს მრავალრიცხოვან გაიდლაინებსა და რეკომენდაციებში.<sup>1</sup> საქართველოში უკიდურესად მცირეა ზოგადად ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების თემატიკაზე ჩატარებული კვლევები და გამოქვეყნებული შრომები, ხოლო ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარება შრომითი საქმიანობის ერთიანი კონტინუუმის კონცეფციის ფარგლებში საბაზო სამედიცინო განათლებასთან დაკავშირებული კომპონენტების გათვალისწინებით საერთოდ არ არის შესწავლილი.

*კვლევის მიზანი და ამოცანები.* ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე ნაშრომის ძირითად მიზანს წარმოადგენს საქართველოში ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარების თავისებურებების შესწავლა საბაზო სამედიცინო განათლების განზომილებაზე აქცენტით.

ძირითადი მიზნიდან გამომდინარე კვლევის ამოცანებს წარმოადგენს:

- ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარების სფეროში არსებული საერთაშორისო გამოცდილების შესწავლა შრომითი საქმიანობის ერთიანი კონტინუუმის კონცეფციის ფარგლებში;
- საქართველოში ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარებისა და სამედიცინო განათლების სფეროს კომპლექსური ანალიზი და თავისებურებების გამოვლენა;

---

<sup>1</sup>WHO (2012).WHO country assessment tool on the uses and sources for human resources for health (HRH) data.WHO (2012).Action towards achieving a sustainable health workforce and strengthening health systems Implementing the WHO Global Code of Practice in the European Region.WHO (2011).Transformative scale up of health professional education.WHO.WHO (2011).World Health Summit: Healthworkforce and Medical Education in a Globalized World. WHO (2010). WHO consultation on the transformative scale-up of medical, nursing and midwifery education. WHO(2008) Task Force for Scaling Up Education and Training for Health Workers. Global Health Workforce Alliance.

- საქართველოში მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამების სტუდენტების სამედიცინო განათლების მიღების პირველადი და აკადემიური მოტივაციის შესწავლა დემოგრაფიულ მაჩვენებლებთან კავშირში;
- საქართველოში მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამების სტუდენტების და პაციენტების პროფესიონალიზმის მიმართ დამოკიდებულებების შესწავლა;
- საქართველოში მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამების სტუდენტების მომავალ კარიერასთან დაკავშირებული მოლოდინის გამოვლენა დემოგრაფიულ მაჩვენებლებთან კავშირში;
- საქართველოში სტუდენტების მიერ საგანმანათლებლო გარემოს მიმართ არსებული მოლოდინის შეფასება სამედიცინო განათლების ხარისხის გაუმჯობესების და ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ეფექტური განვითარების ხელშეწყობის კონტექსტში.

*ნაშრომის მეცნიერული სიახლე*

- პირველად არის ჩატარებული საქართველოში ჯანდაცვაში ადამიანური რესურსების განვითარების მახასიათებლების კომპლექსური ანალიზი შრომითი საქმიანობის ერთიანი კონტინიუმის კონცეფციის ფარგლებში საბაზო სამედიცინო განათლების განზომილებაზე აქცენტით;
- პირველად არის შესწავლილი საქართველოში სამედიცინო განათლების მიღების მოტივაცია დემოგრაფიულ მაჩვენებლებთან კავშირში;
- პირველად არის შესწავლილი საქართველოში მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამების სტუდენტების და პაციენტების დამოკიდებულება ექიმის პროფესიული საქმიანობის სასურველი მოდელის მიმართ;
- პირველად არის შესწავლილი საქართველოში მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამების სტუდენტების კარიერულ არჩევანთან დაკავშირებული მოლოდინი დემოგრაფიულ მაჩვენებლებთან კავშირში;
- შესწავლილია სტუდენტთა მოლოდინი საგანმანათლებლო გარემოსთან მიმართებაში სამედიცინო განათლების ხარისხის გაუმჯობესების და ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ეფექტური განვითარების ხელშეწყობის კონტექსტში.

### *ნაშრომის თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა*

- კვლევის შედეგად გამოვლენილი სტუდენტთა პროფესიული მოტივაციის მნიშვნელოვანი ასპექტების და მომავალ კარიერული განვითარებასთან დაკავშირებული მოლოდინების გათვალისწინება ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ეფექტურ დაგეგმარებასა და სამედიცინო განათლების სათანადო პოლიტიკის განსაზღვრაში;
- კვლევის შედეგები შესაძლებელია გამოყენებული იქნას ეროვნულ დონეზე სექტორალური დოკუმენტის და უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებების დონეზე სამედიცინო განათლების კურიკულუმის განვითარებისა და საგანმანათლებლო სტრატეგიების სრულყოფისათვის;
- კვლევის შედეგები შესაძლებელია გამოყენებული იქნას უმაღლეს სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებებში კარიერული განვითარების სამსახურების ჩამოყალიბებისა და საქმიანობების ათვისების წერტილად;
- კვლევის შედეგები შესაძლებელია საინტერესო აღმოჩნდეს ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარებისა და სამედიცინო განათლების საკითხებით დაინტერესებული საზოგადოებისათვის.

*ნაშრომის აპრობაცია და პუბლიკაციები.* ნაშრომის ძირითადი დებულებები მოხსენებული იქნა სამუშაო შეხვედრებზე გრანადას უნივერსიტეტში (ესპანეთი, 2012 წელი) და ლიდსის უნივერსიტეტში (ინგლისი, 2012 წელი). სადისერტაციო თემის ირგვლივ გამოქვეყნებულია ხუთი სამეცნიერო შრომა.

*ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა.* ნაშრომი წარმოადგენს ნაბეჭდ შრომას, რომელიც მოიცავს 148 ნაბეჭდ გვერდს, მათ შორის ძირითად ტექსტს 121 გვერდზე. ნაშრომი შედგება შესავლის, სამი თავისაგან, დასკვნებისა და რეკომენდაციებისაგან. ნაშრომი ილუსტრირებულია 21 ცხრილით, 16 სქემით. ნაშრომს თან ერთვის ლიტერატურის სია 199 დასახელებით და ექვსი დანართი.

## თავი 1. ლიტერატურის მიმოხილვა

მიზნის მისაღწევად დასახული ამოცანების შესრულება დაიყო ორ ეტაპად. პირველ ეტაპზე განხორციელდა ლიტერატურული მიმოხილვა, შესწავლილი იქნა ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარების სფეროში არსებული საერთაშორისო გამოცდილება, ჩატარდა საქართველოში ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარებისა და სამედიცინო განათლების სფეროს კომპლექსური ანალიზი, ხოლო მეორე ეტაპზე განხორციელდა ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების საქმიანობის კონტინიუმზე არსებული ე.წ. «გამჭოლი» საკითხების კვლევა.

პირველ ეტაპზე განვახორციელეთ ელექტრონულ ბაზებში ლიტერატურის ძიება საკვანძო სიტყვით «ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარება» კომბინაციით ტერმინებთან «საბაზო სამედიცინო განათლება», «მოტივაცია», «პროფესიონალიზმი» «საგანმანათლებლო გარემო», «სამედიცინო განათლების ხარისხი» 1999 წლიდან 2012 წლის ჩათვლით. სისტემური მიმოხილვის გამორიცხვის კრიტერიუმებად განისაზღვრა შემდეგი საკვანძო სიტყვები: «ექიმი სტომატოლოგი», «დამხმარე სამედიცინო პერსონალი», «არა სამედიცინო პროფესიონალი», «დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლება», «ექიმის მოტივაცია», «არა სამედიცინო განათლების მქონე მასწავლებელი». აღნიშნული ძიების სტრატეგიას დაემატა ქართული ლიტერატურის მიმოხილვა, კერძოდ შესწავლილი იქნა საქართველოს კანონმდებლობა (კანონები ჯანდაცვის სფეროში და კანონი უმაღლესი განათლების შესახებ), ოფიციალური სტატისტიკური ანგარიშები და პუბლიკაციები .

გამოყენებული იქნა HINARI, MEDLINE, HRH (გლობალური რესურს ცენტრი), GHWA (ჯანდაცვის სამუშაო ძალის გლობალური ალიანსის) და WHO (ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის) ელექტრონული პუბლიკაციების ბაზა - <http://www.who.int/publications/en/>.

## 1.1 ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების საქმიანობის კონტინიუმის კონცეფცია

ჯანდაცვა მთელს მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე მსხვილი და სწრაფად მზარდი ინდუსტრიაა. განვითარებული ქვეყნები მოიხმარენ მთლიანი შიდა პროდუქტის საშუალოდ 10%-ს. 2010 წლის მონაცემებით ჯანდაცვითმა ხარჯებმა აშშ-ში შეადგინა მშპ-ს 17,6%, ჰოლანდიაში - 12,0%, საფრანგეთსა და გერმანიაში - 11,6%, შვეიცარიაში - 11,4%, დანიაში - 11,1% და ა.შ.<sup>1</sup> ჯანდაცვითმა ხარჯებმა აშშ-ში 2011 წელს შეადგინა 2,7 ტრილიონი დოლარი.<sup>2</sup> მონაცემები ნათლად მიუთითებენ ჯანდაცვის ინდუსტრიის მოცულობასა და მნიშვნელობაზე მსოფლიოს გლობალურ ეკონომიკურ სექტორში. გაეროს ყველა სახის ეკონომიკური საქმიანობის საერთაშორისო სტანდარტული დარგობრივი კლასიფიკაციის (ISIC) თანახმად ჯანდაცვის ინდუსტრია შედგება სამი მიმართულებისაგან:

- ჰოსპიტალური საქმიანობა;
- სამედიცინო და სტომატოლოგიური პრაქტიკული საქმიანობა;
- ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული სხვა საქმიანობა.<sup>3</sup>

ინდუსტრიის გლობალური კლასიფიკაციის/ტაქსონომიის (GICS) თანახმად ჯანდაცვა აერთიანებს ორ ჯგუფს:

- ჯანდაცვის აღჭურვილობა და მომსახურება
- ფარმაცევტული, ბიოტექნოლოგიური და ჯანდაცვასთან დაკავშირებული სიცოცხლის მეცნიერებები.<sup>4</sup>

საერთაშორისო კლასიფიკაციებში წარმოდგენილი კატეგორიები ასახავენ ჯანდაცვის არეალის კონკრეტული საზღვრების განსაზღვრის სირთულეს.<sup>5</sup> ზოგადად ჯანდაცვის ფენომენის სირთულიდან გამომდინარე გარკვეული უზუსტობა იკვეთება

<sup>1</sup>OECD, 2012 (<http://stats.oecd.org>)OECD (2011) OECD Health Data: Definitions, Sources and Methods, Practising caring personnel. OECD (2011) OECD Health Data: Definitions, Sources and Methods, Professionally active caring personnel. OECD (2011c), Health at a glance, 2011

<sup>2</sup> CDC, 2012 (<http://www.cdc.gov/nchs/fastats/health-expenditures.html>)

<sup>3</sup>ISIC - International Standard Industrial Classification of All Economic Activities. (<http://unstats.un.org>)

<sup>4</sup>GICS ([http://www.msci.com/resources/factsheets/MSCI\\_Global\\_Industry\\_Classification\\_Standard.pdf](http://www.msci.com/resources/factsheets/MSCI_Global_Industry_Classification_Standard.pdf))

<sup>5</sup>WHO (2012). WHO country assessment tool on the uses and sources for human resources for health (HRH) data.

ჯანდაცვის სისტემის, ჯანდაცვის სექტორის და დარგის სხვა ტერმინების განმარტებებთან დაკავშირებითაც, რაც ერთიანი კონცეფციის არარსებობაზე და გლობალურ დონეზე ერთიანი მიდგომის აუცილებლობაზე მიუთითებს (WHO, 2007).

ჯანდაცვა საზოგადოებრივი საქმიანობის ნებისმიერი სხვა სახის საქმიანობასთან შედარებით ყველაზე მოცულობითია შრომითი რესურსების განზომილებაშიც. ევროკავშირში ჯანდაცვისა და კეთილდღეობის სექტორი წარმოადგენს ეკონომიკის ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან სექტორს, რომელიც უზრუნველყოფს ევროკავშირის სამუშაო ძალის 9,7%-ის დასაქმებას.<sup>1</sup>

ჯანდაცვის შრომითი რესურსების საქმიანობა მიმართულია ჯანმრთელობის აღდგენის, შენარჩუნებისა და განმტკიცებისაკენ. ჯანდაცვის სექტორის სამუშაო ძალის შემადგენლობაში შედიან როგორც სამედიცინო პროფესიონალები, მაგალითად ექიმები, ექთნები, ფარმაცევტები, ლაბორანტები, რომელთა საქმიანობით უზრუნველყოფილია სამედიცინო მომსახურება კლინიკურ ასპექტში, ასევე ადმინისტრაციული და დამხმარე პერსონალი, მაგალითად ფინანსური სამსახურის წარმომადგენლები, მენეჯერები, მძღოლები, დამლაგებლები, რომლებიც არ უზრუნველყოფენ უშუალოდ სამედიცინო მომსახურებას, თუმცა მათ გარეშე შეუძლებელია ჯანდაცვის სისტემის გამართული ფუნქციონირება. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემების მიხედვით მსოფლიოში ჯანდაცვის სექტორში მუშაობს 60 მილიონამდე ადამიანი, რომლის ორი მესამედი ჩართულია უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების პროცესში, ერთი მესამედი კი ასრულებს ადმინისტრაციულ და დამხმარე ფუნქციას.<sup>2</sup>

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების სფეროში არსებული ინფორმაციის ჰარმონიზაციის მიზნით განვითარებულ ქვეყნებში, როგორც წესი, გამოიყენება შემდეგი საერთაშორისო სტანდარტული კლასიფიკატორები:

- საქმიანობის საერთაშორისო სტანდარტული კლასიფიკაცია (ISCO-08);
- ყველა სახის ეკონომიკური საქმიანობის საერთაშორისო სტანდარტული დარგობრივი კლასიფიკაცია (ISIC).

<sup>1</sup>EC (2002) Commission of the European Communities. Report from the Commission to the Council, the Economic and Social Committee and Committee of the Regions. Commission of the European Communities ([http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm))

<sup>2</sup>WHO (2010). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies.

ორივე საერთაშორისო კლასიფიკაცია ითვალისწინებს არა მხოლოდ პროფესიური საქმიანობის სახეს, არამედ განათლების და მომზადების სფეროს და განათლების და მომზადების დონეს.<sup>1</sup> საქმიანობის საერთაშორისო სტანდარტული კლასიფიკაცია შემუშავებულია შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის მიერ. კლასიფიკაციაში საქმიანობები იერარქიული სისტემით არის წარმოდგენილი, სადაც სისტემების განსაზღვრის ძირითად კრიტერიუმებს კვალიფიკაციის/უნარ-ჩვევების დონე და კვალიფიკაციის/უნარ-ჩვევების სპეციალიზაცია წარმოადგენს. კლასიფიკაციის განახლებულ ვერსიაში (2008 წელი) ჯანდაცვასთან დაკავშირებული საქმიანობები ორ ქვეჯგუფშია გაერთიანებული (დანართი №1):

- ქვეჯგუფი 22- ჯანდაცვის სფეროს პროფესიონალი სპეციალისტები;
- ქვეჯგუფი 32- ჯანდაცვის სფეროს დამხმარე პერსონალი.

პირველ ჯგუფში სპეციალისტების გაერთიანების წინაპირობაა უმაღლესი საუნივერსიტეტო განათლება, ხოლო მეორე ჯგუფში დაკავებული პერსონალისათვის ეს მოთხოვნა აუცილებელი არ არის. მიღებული განათლების დონე და კომპეტენციები განაპირობებს განსხვავებას ამ ორი ჯგუფის წარმომადგენლების მოვალეობებსა და ამოცანებში. ყველა სახის ეკონომიკური საქმიანობის საერთაშორისო სტანდარტულ დარგობრივ კლასიფიკაციაში ჯანდაცვის სფეროს ადამიანური რესურსების შესახებ ინფორმაცია განთავსებულია კლასიფიკაციის 86-ე განყოფილებაში: ჯანმრთელობის დაცვითი საქმიანობები (ჰოსპიტალური საქმიანობა, სამედიცინო და სტომატოლოგიური პრაქტიკული საქმიანობა, ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული სხვა საქმიანობა). ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული საქმიანობები გვხვდება სხვა ქვეჯგუფებშიც, მაგალითად 21-ე ჯგუფში (ფარმაცევტული პრეპარატების, სამედიცინო ქიმიური ნივთიერებების და სამკურნალო მცენარეული პრეპარატები წარმოება), 32-ე ჯგუფში (სამედიცინო და სტომატოლოგიური ინსტრუმენტების და სახარჯი მასალების წარმოება) და სხვა(დანართი №2).

---

<sup>1</sup> ISCO-International Standard Classification of Occupations (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco>); ISIC - International Standard Industrial Classification of All Economic Activities. (<http://unstats.un.org>)

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განათლების შესახებ მონაცემთა სისტემატიზაციისა და საერთაშორისო შედარების ხელშეწყობის მიზნით, როგორც წესი, გამოიყენება გაეროს მიერ 1997 წელს შემუშავებული განათლების საერთაშორისო სტანდარტული კლასიფიკაცია.<sup>1</sup> კლასიფიკატორი წარმოადგენს ინსტრუმენტს, რომელსაც შეიძლება დაეფუძნოს ნებისმიერ ქვეყანაში განათლების სფეროს მონაცემებისა და ინდიკატორების ეროვნული სისტემა და რომელთა გარეშე შეუძლებელია ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების სფეროში სტრატეგიული დაგეგმვა, მონიტორინგი და შეფასება, ქმედითი პოლიტიკის შემუშავება და ეფექტური გადაწყვეტილებების მიღება. კლასიფიკატორში ასახულია განათლების ყველა ეტაპი ბავშვთა განათლებიდან არაფორმალური განათლების ჩათვლით.

განათლების საერთაშორისო სტანდარტული კლასიფიკაციის ბოლო რედაქციის შესაბამისად კლასიფიკატორის სტრუქტურა მოიცავს შვიდ საფეხურს, ცხრა გაფართოებულ ჯგუფს და 25 მიმართულებას. ჯანდაცვის სფერო ძირითადად მოქცეულია 72-ე კოდით მიმართულებაში «ჯანმრთელობა» (დანართი №3). შემუშავებულია და გამოიყენება აგრეთვე ე.წ. გაფართოებული კლასიფიკაცია (ტრიქოტომია), საიდანაც შესაძლებელია უფრო გაფართოებული და დეტალური ინფორმაციის (მაგალითად პროფესიული განათლებისა და მომზადების შესახებ მონაცემების) მოპოვება. მოცემული კლასიფიკაციის გამოყენება უზრუნველყოფს ადამიანური რესურსების საკვანძო კატეგორიების (პროფესიული მომზადება, პროფესია და საქმიანობის სახე) ერთიან კონცეფციად გააზრებას. ტრიქოტომიაზე დაყრდნობით ჯანდაცვის სფეროს ადამიანური რესურსები შესაძლებელია სამ ძირითად კატეგორიად დაიყოს :

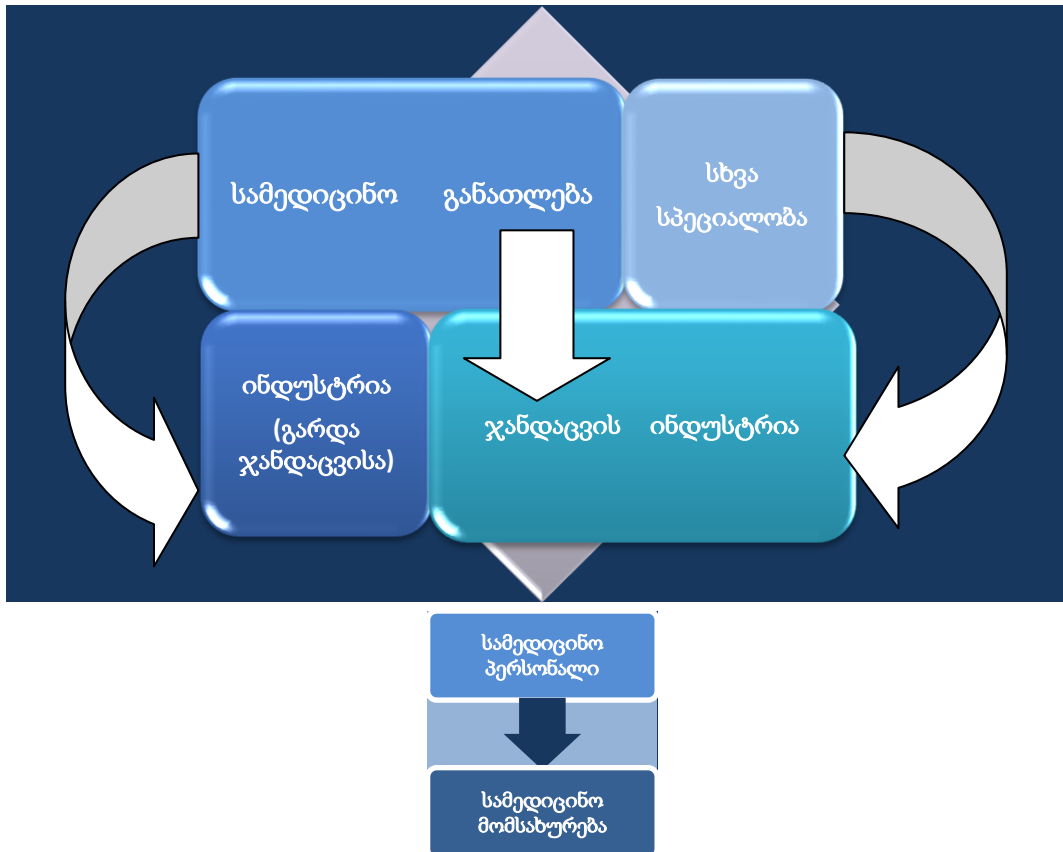
- ჯანდაცვის დარგში სპეციალური პროფესიული განათლების მქონე და ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული სამუშაო ძალა;
- სხვა დარგში (ნებისმიერი დარგი გარდა ჯანდაცვისა) სპეციალური პროფესიული განათლების მქონე და ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული სამუშაო ძალა;

---

<sup>1</sup>ISCED - International Standart Classification of Education (<http://www.uis.unesco.org/Education/Documents/isced-2011-en.pdf>)



- ჯანდაცვის დარგში სპეციალური პროფესიული განათლების მქონე და სხვა დარგში (ნებისმიერი დარგი გარდა ჯანდაცვისა) დასაქმებული სამუშაო ძალა ან შრომის ბაზრის პასიური წევრები.



სქემა №1 შრომითი რესურსების განათლების პროფილი და დასაქმების სახეები

ადამიანური რესურსების პირველი და მეორე კატეგორია ერთად წარმოადგენს ჯანდაცვის ინდუსტრიაში დაკავებული რესურსების ერთობლიობას, ხოლო პირველი და მესამე ჯგუფი ერთად - ჯანდაცვის დარგში მომზადებული კვალიფიციური კადრების ერთობლიობას (სქემა №1). მოცემული კლასიფიკაცია ითვალისწინებს ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განათლებას, საქმიანობის სახეს და საქმიანობის ადგილს.<sup>1</sup>

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსები საჭირო სპეციალისტებისა და არასპეციალისტების ერთობლიობაა, რომელიც დაწესებულების მისიის, მიზნებისა და

<sup>1</sup>Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. (2003). Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. J. HRH. 1:3.Hoffmann E. (2003). International statistical comparisons of occupational and social structures: problems, possibilities and the role of ISCO-88. In: Hoffmeyer-Zlotnik JHP, Wolf C, eds. Advances in cross-national comparison. New York, Kluwer Plenum Publishers.

ამოცანების მისაღწევად დაკისრებული პასუხისმგებლობებისა და ვალდებულებების ეფექტური შესრულებისთვის სათანადოდ მომზადებული და მოტივირებულია. მოცემული კონტინუუმის ყველა ელემენტის გათვალისწინება უმნიშვნელოვანესია ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების დინამიკის შესწავლის პროცესში, თუმცა საკვანძო როლი სამედიცინო მომსახურების სფეროში სამედიცინო პერსონალს, მათ სათანადოდ მომზადებასა და მოტივაციას ენიჭება.<sup>1</sup>

ჯანმოს ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების შრომითი საქმიანობის ერთიანი კონტინუუმის კონცეფციაში გამოყოფენ სამ ძირითად ეტაპს:<sup>2</sup>

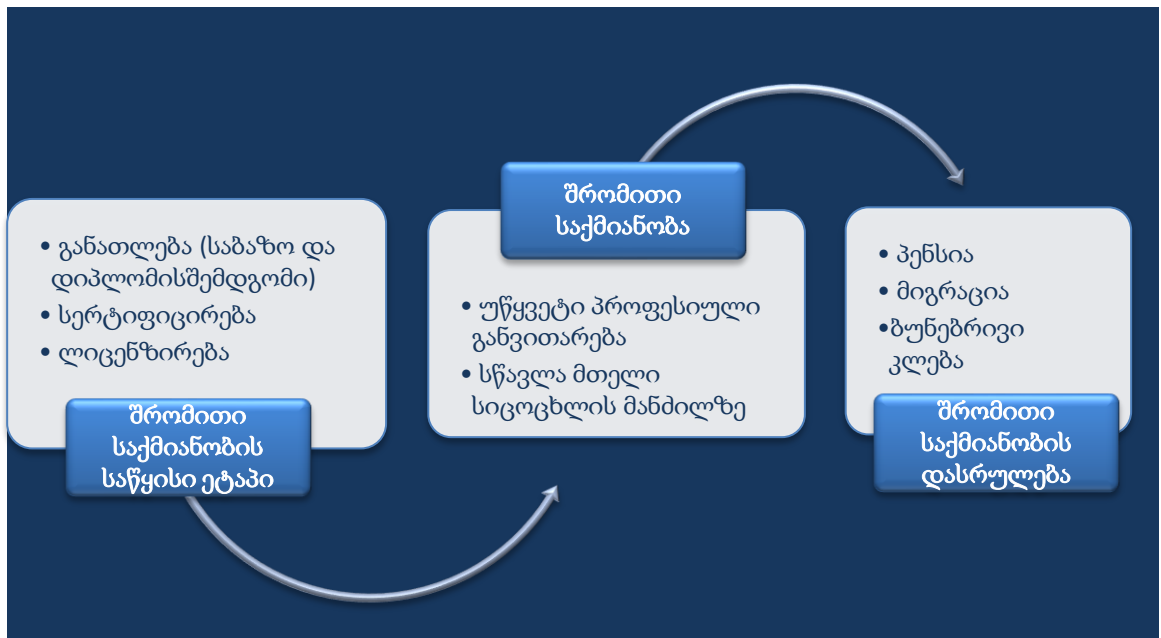
- შრომითი საქმიანობის საწყისი ეტაპი, რომელსაც უკავშირდება ისეთი საკითხები, როგორცაა შრომითი ბაზრისთვის პერსონალის მომზადება და განვითარება, საბაზო განათლება და დიპლომის შემდგომი განათლება, დაგეგმვა, დაქირავება.
- შრომითი საქმიანობის განხორციელების ეტაპი, რომელსაც უკავშირდება ისეთი საკითხები, როგორცაა: ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარება და პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლება, კონტროლი, კომპენსაცია, სწავლა მთელი ცხოვრების მანძილზე.
- შრომითი საქმიანობის დასრულების ეტაპი, რომელიც უკავშირდება ბუნებრივ კლებას, პენსიაზე გასვლას, მიგრაციას (სქემა №2).

ჯანმოს კონცეფციიდან გამომდინარე, შრომითი საქმიანობა ჯანდაცვაში ზოგადად მჭიდროდ არის დაკავშირებული სამედიცინო კადრების მომზადებისა და განათლების პოლიტიკასთან, პირველი ეტაპზე უპირატესად საბაზო განათლებასთან და დიპლომისშემდგომ განათლებასთან უშუალოდ პროფესიული განათლებისა და დახელოვნების კონტექსტში, ხოლო მეორე ეტაპზე - დიპლომისშემდგომ განათლებასთან უწყვეტი პროფესიული განვითარებისა და მთელი სიცოცხლის მანძილზე სწავლის კონტექსტში.

---

<sup>1</sup>ურუმბე რ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა. თავი XVII სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა. თბილისი, 2002; 326-336. ვასაძე ო., ჯანელიძე ც. და კობალაძე ლ. ჯანდაცვის მენეჯმენტის განმარტებითი ლექსიკონი. თბილისი, 2002; 1-237.

<sup>2</sup>WHO (2008).Handbook on Monitoring and Evaluation Human Resources for Health with special application for low and middle –income countries.(p.8)



სქემა №2 ჯანდაცვის შრომითი რესურსების საქმიანობის კონტინიუმი

ამგვარად, ჯანდაცვის ინდუსტრიის მეტად ფართო მასშტაბების და ჯანდაცვის სისტემის ერთიან დეფინიციაზე კონსენსუსის არარსებობის მიხედვად, ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების სფეროში გამოყენებული საერთაშორისო კლასიფიკაციები და კონცეფციები ერთმნიშვნელოვნად მიუთითებენ ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების სფეროში შრომითი საქმიანობის ერთიან კონტინიუმზე დაფუძნებული მიდგომების გამოყენების მიზანშეწონილობაზე, სადაც სწორედ სამედიცინო განათლება მისი შემადგენელი კომპონენტების ფართო სპექტრით წარმოადგენს საქმიანობის კონტინიუმზე ადამიანური რესურსების განვითარების დომინანტურ ღერძს.

ამასთანავე, ჯანდაცვაში ადამიანური რესურსების გლობალური მონიტორინგისა და საერთაშორისო შედარებების უზრუნველყოფისათვის მნიშვნელოვანია სტანდარტიზებული ტერმინების და განმარტებების, ინდიკატორების და მაჩვენებლების გამოყენება, ჰარმონიზაცია საერთაშორისო სტანდარტულ კლასიფიკაციებთან.

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების რთული კომპლექსური სისტემიდან ჩვენი შესწავლის ფოკუსში მოვაქციეთ სამედიცინო პერსონალის განვითარების კომპონენტი საბაზო სამედიცინო განათლებაზე აქცენტით .

## 1.2 ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ტერმინოლოგიური განზომილება

ჯანდაცვის ადამიანურ რესურსებს სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებული ეროვნული ისტორია, კულტურა და კოდექსები გააჩნიათ<sup>1</sup>, თუმცა ქვეყნებში არსებული მონაცემების საერთაშორისო შედარება მოითხოვს არსებული მონაცემების და ინფორმაციის, მათ შორის ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების სფეროში გამოყენებული ტერმინების, ტერმინოლოგიის და განმარტებების ჰარმონიზაციას.<sup>2</sup>

საქართველოს კანონმდებლობაში, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ნორმატიულ დოკუმენტებში, სხვადასხვა ოფიციალურ გამოცემებსა და ლიტერატურაში, ანალოგიურად სხვა ქვეყნებისა, ჯანდაცვის ადამიანურ რესურსებთან მიმართებაში სხვადასხვა ტერმინი გამოიყენება, მათ შორის: «ჯანდაცვის სისტემის კადრები», «საკადრო რესურსი», «სამედიცინო კადრები», «საშუალო სამედიცინო პერსონალი», «უმცროსი სამედიცინო პერსონალი», «ჯანდაცვის სისტემის კადრები»<sup>3</sup>, «სამედიცინო პერსონალი»<sup>4</sup>, «სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი»<sup>5</sup>, «სამედიცინო მომსახურების გამწვევი»<sup>6</sup>, «მედიცინის მუშაკი»<sup>7</sup> და ა.შ. ზოგიერთი ტერმინის ანალოგი საერთაშორისო კლასიფიკაციებში საერთოდ არ არსებობს. მაგალითად ტერმინი «საშუალო სამედიცინო პერსონალი», რომელიც საქართველოში აერთიანებს ისეთ კატეგორიებს, როგორცაა: ექთნები, მედდა, ფერშლები, მეანები, ფერშალ-მეანები, სოფლის ექთანი.

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების სფეროს ტერმინები და მათი განმარტებები ფართოდ არის ასახული საქართველოს კანონმდებლობაში. გამოყენებული ტერმინების შესწავლამ გამოავლინა, რომ ჯანდაცვის და განათლების სფეროს კანონებში

<sup>1</sup> Dal Poz MR (2009) et al. Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health.

<sup>2</sup> WHO (2012). The labour market for human resources for health in low and middle-income countries. Human Resources for Health Observer - Issue No. 11. WHO (2010). Human Resources for Health (HRH) tools and guidelines. HRH situation analysis. WHO (2010). Human Resources for Health (HRH) tools and guidelines. HRH planning. WHO (2010). Human Resources for Health (HRH) tools and guidelines. HRH health management systems.

<sup>3</sup> იხ. მაგ. NCDC (<http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/2010.pdf>)

<sup>4</sup> იხ. მაგ. საქართველოს კანონი ჯანდაცვის შესახებ, 1997 წელი.

<sup>5</sup> იხ. მაგ. საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ, 2007 წელი.

<sup>6</sup> იხ. მაგ. საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, 2001 წელი.

<sup>7</sup> იხ. მაგ. საქართველოს კანონი ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის (შიდსის)

გამოყენებულ ტერმინებს შორის გვხვდება გარკვეული ტერმინოლოგიური უზუსტობები. მაგალითად კანონში «საექიმო საქმიანობის შესახებ»<sup>1</sup> გამოიყენება განათლების სექტორთან დაკავშირებული ისეთი ტერმინები, რომელთა ანალოგს ჩვენ ვერ ვხვდებით კანონში უმაღლესი განათლების შესახებ. მაგალითად «უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებელი» (მუხლი 7, მუხლი 14), «დიპლომამდელი სამედიცინო განათლება» (მუხლი 1 პუნქტი ფ), «უმაღლესი სამედიცინო განათლებამიღებული პირი» (მუხლი 7, მუხლი 8), «უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის ახალკურსდამთავრებული» (მუხლი 17).

განათლების სექტორთან დაკავშირებული პრაქტიკულად იგივე სახის ტერმინებია გამოყენებული კანონში «ჯანდაცვის შესახებ».<sup>2</sup> მაგალითად «სამედიცინო სასწავლებელი» (მუხლი 102), «უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის კურსდამთავრებული» (მუხლი 33), «უმაღლესის შემდგომი პროფესიული მზადება» (მუხლი 97). «ჯანდაცვის შესახებ» კანონის 97-ე მუხლში აღნიშნულია, რომ უმაღლესი სამედიცინო განათლება ერთსაფეხურიანია: «უმაღლესი სამედიცინო განათლების მიღება ხდება ერთსაფეხურიანი სწავლების საფუძველზე, სპეციალური უმაღლესი საგანმანათლებლო პროგრამის შესაბამისად». ტერმინები «ერთსაფეხურიანი სწავლება» და «სპეციალური უმაღლესი საგანმანათლებლო პროგრამა» არ გვხვდება კანონში უმაღლესი განათლების შესახებ.

«საექიმო საქმიანობის შესახებ» კანონის პირველივე მუხლში ვკითხულობთ, რომ «ამ კანონის მიზანია უზრუნველყოს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის შესაბამისი პროფესიული განათლება და პრაქტიკული მომზადება.....», ხოლო 64-ე მუხლში აღნიშნულია, რომ «დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი ვალდებულია იზრუნოს თავისი ხელქვეითი კოლეგის უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემაში დადგენილი წესით მონაწილეობაზე», რაც ცხადია, ჩასწორებებს მოითხოვს.

საქართველოს კანონში «ჯანდაცვის შესახებ» სამედიცინო პერსონალი განმარტებულია, როგორც სამედიცინო და არასამედიცინო განათლების მქონე პირები,

<sup>1</sup>საქართველოს ანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ, 2001 წელი

<sup>2</sup>საქართველოს კანონი ჯანდაცვის შესახებ, 1997 წელი

რომლებიც ეწევიან სამედიცინო საქმიანობას. ამავე კანონში სამედიცინო საქმიანობა განმარტებულია, როგორც საქმიანობა დაკავშირებული დაავადებათა პროფილაქტიკასთან, დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან, რეაბილიტაციასთან, პალიატიურ მზრუნველობასთან და შეესაბამება ქვეყანაში აღიარებულ სამედიცინო მომსახურების პროფესიულ და ეთიკურ სტანდარტებს. კანონის თანახმად სამედიცინო პერსონალი მოიცავს როგორც ექიმებს, ექთნებს, ასევე სხვა სპეციალისტებს (მაგ. ფინანსისტებს, მძღოლებს, დამლაგებლებს). ჩანაწერის არასწორი ინტერპრეტაციის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა განმარტების დაზუსტება.

კანონში საექიმო სპეციალობებიდან განმარტებულია მხოლოდ ოჯახის ექიმი, რომელსაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით აქვს უფლება პირველადი მრავალპროფილური სამედიცინო მომსახურება გაუწიოს ყველა ასაკის ორივე სქესის პირს. განმარტება მოითხოვს კორექციას, ხოლო კანონში ოჯახის ექიმის დეფინიციის გარდა მიზანშეწონილია დამატებული იქნას ექიმი სპეციალისტის განმარტება. კანონში დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობა განმარტებულია, როგორც შესაბამისი სამედიცინო განათლების მქონე პირის პროფესიული საქმიანობა. თუმცა 2010 წლიდან საქართველოში დამკვიდრდა უმაღლესი საექიმო განათლება, რაც სათანადოდ უნდა იქნას ასახული მოცემულ დეფინიციაში. კანონში მოცემულია საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე ექიმის სპეციალობის აღწერილობის განმარტება და არ არის მოცემული ექთნის სპეციალობის აღწერილობის განმარტება. კანონში აღნიშნულია, რომ «სპეციალობის აღწერილობის განმარტება - იმ საკითხებისა და უნარ-ჩვევების ჩამონათვალია, რომელთა ცოდნა და ათვისება აუცილებელია ამა თუ იმ საექიმო სპეციალობაში დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე ექიმისათვის».

კანონში «საექიმო საქმიანობის» შესახებ საექიმო საქმიანობა განმარტებულია, როგორც «მედიცინაში განსწავლული, სათანადო უნარ-ჩვევებისა და პრაქტიკული გამოცდილების მქონე პირის პროფესიული საქმიანობა, რომლის მიზანია ქვეყანაში აღიარებული სამედიცინო სტანდარტებისა და ეთიკური ნორმების გამოყენებით, აგრეთვე საექიმო ტრადიციების გათვალისწინებით ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვა,

შენარჩუნება და აღდგენა, მისთვის ტანჯვის შემსუბუქება». დასაბუთებას არ საჭიროებს, რომ საექიმო საქმიანობის განმარტება შესაბამისობაში უნდა იყოს ჯანდაცვის მუშაკთა საქმიანობის საერთაშორისო სტანდარტულ კლასიფიკაციაში არსებულ დეფინიციასთან, რომელიც თავის მხრივ ჰარმონიზაციაშია საქმიანობის საერთაშორისო სტანდარტულ კლასიფიკაციასთან (ISCO-08).

საექიმო საქმიანობაში უნდა გაიმიჯნოს ზოგადი პროფილის ექიმის «Generalist medical Practitioners» (მათ შორის ოჯახის ექიმი და პირველადი ჯანდაცვის ექიმი) და ექიმი-სპეციალისტის «Specialist medical practitioners» განმარტება. კანონში ცალკე უნდა განიმარტოს აგრეთვე ექიმი-სტომატოლოგის დეფინიცია.

ჯანდაცვის მუშაკთა საქმიანობის საერთაშორისო სტანდარტულ კლასიფიკაციაში მოცემულია ზოგადი პროფილის ექიმის შემდეგი განმარტება: «ზოგადი პროფილის ექიმი-თანამედროვე მედიცინის პრინციპებისა და პროცედურების გამოყენებით ახდენს დაავადებათა, დაზიანებების, სხვა ფიზიკური და მენტალური დარღვევების დიაგნოსტიკას, მკურნალობას და პრევენციას და ზრუნავს ჯანმრთელობის შენარჩუნებაზე. ზოგადი პროფილის ექიმები გეგმავენ, ზედამხედველობას უწევენ და შეფასებას უწევენ სხვა სამედიცინო მომსახურების გამწევი პირების მიერ განხორციელებული მოვლისა და მკურნალობის გეგმას. ზოგადი პროფილის ექიმებს არ ეზღუდებათ პრაქტიკა დაავადებათა კატეგორიების ან მკურნალობის მეთოდებთან მიმართებით და შეუძლიათ პასუხისმგებლობის აღება მკურნალობის უწყვეტობასა და მოცვაზე ინდივიდებისათვის, ოჯახებისათვის და თემისათვის (ISCO-08)».<sup>1</sup>

კანონში «საექიმო საქმიანობის» შესახებ საექიმო საქმიანობის განმარტება დუბლირებულია ჯანდაცვის შესახებ კანონში ასახულ დეფინიციასთან.

კანონში «საექიმო საქმიანობის» შესახებ მოცემულია ექიმი სპეციალისტის განმარტება, როგორც «პირისა, რომელმაც გაიარა რეზიდენტურის კურსი ერთ-ერთ საექიმო სპეციალობაში და მიიღო ამ დარგში დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატი». ვფიქრობთ, ექიმი

---

<sup>1</sup> ISCO (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco>) ISIC - International Standard Industrial Classification of All Economic Activities. (<http://unstats.un.org>)

სპეციალისტის დეფინიციაც უნდა ეყრდნობოდეს ჯანდაცვის მუშაკთა საქმიანობის საერთაშორისო სტანდარტულ კლასიფიკაციას და არ უნდა შემოიფარგლოს მხოლოდ იმ განმარტებით, რომ სპეციალისტი არის პირი, რომელმაც გაიარა მოცემულ სპეციალობაში რეზიდენტურა.

ჯანდაცვის მუშაკთა საქმიანობის საერთაშორისო სტანდარტულ კლასიფიკაციაში მოცემულია ექიმი-სპეციალისტის შემდეგი განმარტება: «ექიმი-სპეციალისტი-თანამედროვე მედიცინის პრინციპებისა და პროცედურების გამოყენებით, აგრეთვე სპეციალიზებული გასინჯვის, სადიაგნოსტიკო, სამედიცინო, ქირურგიული, ფიზიკური და ფსიქიკური ტექნიკების დახმარებით ახდენს დაავადებათა, დაზიანებების, სხვა ფიზიკური და მენტალური დარღვევების დიაგნოსტიკას, მკურნალობას და პრევენციას და ზრუნავს ჯანმრთელობის შენარჩუნებაზე. ექიმი-სპეციალისტები გეგმავენ, ზედამხედველობას უწევენ და შეფასებას უწევენ სხვა სამედიცინო მომსახურების გამწევი პირების მიერ განხორციელებული მოვლისა და მკურნალობის გეგმას. ექიმი-სპეციალისტი სპეციალიზებულია დაავადებათა გარკვეული კატეგორიების, პაციენტთა სახეებისა ან მკურნალობის მეთოდებთან მიმართებით და შეუძლია სამედიცინო განათლებისა და სამეცნიერო საქმიანობის განხორციელება შერჩეული სპეციალიზაციის სფეროში».<sup>1</sup>

კანონში დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი განმარტება დუბლირებულია ჯანდაცვის შესახებ კანონში ასახულ დეფინიციასთან. დუბლირებები გვხვდება კანონში საექიმო საქმიანობის შესახებ და კანონში ჯანდაცვის შესახებ უწყვეტ პროფესიულ განვითარებასთან/უწყვეტ სამედიცინო განათლებასთან მიმართებითაც.

საქართველოს კანონი «პაციენტის უფლებების» შესახებ მოცემულია სამედიცინო მომსახურების გამწევის განმარტება («პირი, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო მომსახურებას»), ხოლო საქართველოს კანონში «საზოგადოებრივი ჯანდაცვის» შესახებ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის განმარტება («სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ფიზიკური ან

---

<sup>1</sup> ISCO (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco>) ISIC - International Standard Industrial Classification of All Economic Activities. (<http://unstats.un.org>)



იურიდიული პირი, რომელსაც აქვს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განხორციელების სახელმწიფო სერტიფიკატი ან შესაბამისი სამედიცინო საქმიანობის განხორციელების ლიცენზია»<sup>1</sup>).

საქართველოს კანონში «უმაღლესი განათლების შესახებ»<sup>2</sup> ჯანდაცვის ადამიანურ რესურსებთან დაკავშირებული მხოლოდ ერთ ტერმინია («დიპლომირებული მედიკოსი») განმარტებული, რომელმაც უკანასკნელი წლების განმავლობაში ცვლილებები უპირატესად თვით სახელწოდებათა მიმართებაში განიცადა. კერძოდ «დიპლომირებული მედიკოსი (ვეტერინარი)» 2009 წელს ჩანაცვლდა ტერმინით «დიპლომირებული მედიკოსი/სტომატოლოგი/ვეტერინარი», ხოლო 2011 წელს ტერმინით «დიპლომირებული მედიკოსი/სტომატოლოგი», თუმცა მისი შინაარსობრივი დატვირთვა დეფინიციაში პრაქტიკულად არ შეცვლილა და საბოლოოდ ტერმინი განიმარტა შემდეგი სახით: «დიპლომირებული მედიკოსი/სტომატოლოგი - მფლობელი იმ აკადემიური ხარისხისა, რომელიც პირს სამედიცინო აკადემიური უმაღლესი საგანმანათლებლო პროგრამის დასრულებისა და დადგენილი კრედიტების დაგროვების შედეგად ენიჭება. პროგრამა ითვალისწინებს მედიკოსის/სტომატოლოგის მომზადებას პრაქტიკული ხასიათის პროფესიული საქმიანობისათვის».

საქართველოს კანონში «უმაღლესი განათლების» შესახებ მოცემულია განათლების სამივე საფეხურთან (ბაკალავრისა/ბაკალავრიატის, მაგისტრის/ მაგისტრატურის, დოქტორის/დოქტორანტურის) მიმართებაში განმარტებები, თუმცა საბაზო სამედიცინო განათლების განმარტება კანონში ასახული არ არის.

საქართველოს კანონმდებლობასა და ოფიციალურ გამოცემებში გამოყენებული ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარებისა და განათლების სფეროს ტერმინოლოგიური კოლიზიები ოთხ ჯგუფად შეიძლება დავყოთ (სქემა № 3):

- ✓ ტერმინები, რომლებიც მოითხოვენ ტერმინოლოგიური უზუსტობების შესწორებას;
- ✓ ტერმინები, რომლებიც მოითხოვენ დუბლირებების შესწორებას;
- ✓ ტერმინები, რომლებიც მოითხოვენ დამატებით გადამუშავებას;

<sup>1</sup> საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, 2001 წელი; საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ, 2007 წელი

<sup>2</sup> საქართველოს კანონი უმაღლესი განათლების შესახებ, 2004 წელი.

✓ ტერმინები, რომლებიც მოითხოვენ ტექნიკური უზუსტობების შესწორებას.

მაგალითები	ტერმინები, რომლებიც მოითხოვენ ტერმინოლოგიური უზუსტობების შესწორებას	ტერმინები, რომლებიც მოითხოვენ დუბლირების შესწორებას	ტერმინები, რომლებიც მოითხოვენ დამატებით გადამუშავებას	ტერმინები, რომლებიც მოითხოვენ ტექნიკური უზუსტობების შესწორებას
უმადლესი სამედიცინო სასწავლებელი, დიპლომამდელი სამედიცინო განათლება, უმაღლესი სამედიცინო განათლებამიღებული პირი, საშუალო სამედიცინო პერსონალი, უმცროსი სამედიცინო პერსონალი.	✓			
საექიმო საქმიანობა, სამედიცინო მომსახურების გამწვევი, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, უწყვეტი პროფესიული განვითარება.		✓		
სპეციალობის აღწერილობის განმარტება, ექიმი-სპეციალისტი, ოჯახის ექიმი, ექიმი-სტომატოლოგი, საბაზო სამედიცინო განათლება.			✓	
ოჯახის ექიმი, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი, საექიმო საქმიანობა.				✓

სქემა №3 ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ტერმინოლოგიური კოლიზიები

ამგვარად, საქართველოში ოფიციალურ დოკუმენტებში გამოყენებული ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარებისა და განათლების სფეროს ტერმინების შინაარსობრივმა ანალიზმა გამოავლინა, რომ აუცილებლობას მოითხოვს მათი არა მხოლოდ საერთაშორისო ტერმინებთან და განმარტებებთან ჰარმონიზაცია, არამედ ეროვნულ დონეზე კანონმდებლობაში არსებული ტერმინოლოგიური და ტექნიკური უზუსტობების, დუბლირების შესწორება, ჯანდაცვისა და განათლების სფეროს კანონმდებლობაში გამოყენებული ტერმინების შესაბამისობაში მოყვანა.

## 1.3 ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების მონაცემთა ბაზა და განვითარების ტენდენციები

### 1.3.1 ჯანდაცვის სისტემა

*გლობალური ტენდენციები.* გლობალურ ჭრილში ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების შესახებ ფართო ინფორმაცია ხელმისაწვდომია მონაცემთა საერთაშორისო ბაზებში, რომელთა შორის ყველაზე მოცულობითი ჯანმოს (ჯანდაცვის სამუშაო ძალის გლობალური ატლასი, მონაცემთა გლობალური ობსერვატორია) და ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის სტატისტიკური ბაზებია.<sup>1</sup>

2008 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ჯანდაცვის შრომითი რესურსების დეპარტამენტის მიერ შემუშავებული იქნა ჯანდაცვის სამუშაო ძალის გლობალური ატლასი.<sup>2</sup> სხვადასხვა წყაროს (აღწერები, ჯანმოს მონაცემთა ბაზა, სამუშაო ძალის კვლევის შედეგები და სხვა) გამოყენებით მოპოვებული და დამუშავებული იქნა სტატისტიკური მონაცემები ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების შესახებ ჯანმოს ყველა 193 წევრ სახელმწიფოში. ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებულთა კლასიფიკაცია დაეფუძნა პროფესიული განათლებისა და ტრენინგების, ჯანდაცვის პროფესიათა რეგულაციებსა და სამუშაოთა აღწერილობებს, საერთაშორისო კლასიფიკაციების ძირითად კრიტერიუმებს. გლობალურ ატლასში მონაცემები კლასიფიცირებულია ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ცხრა ფართო კატეგორიის შესაბამისად:

- ექიმები;
- საექთნო საქმისა და ბებია-ქალების პროფილის პერსონალი;
- სტომატოლოგიის პროფილის პერსონალი;
- ფარმაცევტები;
- ლაბორატორიის პერსონალი;
- გარემოს და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პერსონალი;

<sup>1</sup>WHO Global atlas of the health workforce, WHO Global Observatory, Organisation for economic cooperation and development. ([www.who.int](http://www.who.int));(<http://stats.oecd.org>) /

<sup>2</sup> WHO. Global atlas of the health workforce. (<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhglobalatlas/en>) WHO (2009).Human Resources for Health. Toolkit on monitoring health systems strengthening

- თემის და ტრადიციული ჯანმრთელობის პერსონალი;
- ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტები;
- მენეჯმენტის და მხარდამჭერი სამსახურების სპეციალისტები.

დაჯგუფებული მონაცემები წარმოდგენილია საქმიანობის 18 ქვეკატეგორიის შესაბამისად ასაკის (0-29, 30-49, 50+ ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით) და სქესის მიხედვით, ასევე გეოგრაფიული განაწილების ნიშნის (ქალაქი/სოფელი) მითითებით.

ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის სტატისტიკურ მონაცემთა ბაზაში კატეგორია ჯანდაცვის რესურსები მოიცავს 16 ქვეკატეგორიას, მათ შორის 12 ქვეკატეგორია უშუალოდ ეხება ადამიანური რესურსების სტატისტიკას.<sup>1</sup> თითოეული ქვეკატეგორია მოიცავს რამდენიმე მაჩვენებელს. ესენია: ჯანდაცვასა და სოციალურ სფეროში დასაქმებულები (რაოდენობა, სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე, ხვედრითი წილი დასაქმებულთა საერთო რაოდენობაში), ჯანდაცვაში დასაქმებულები და განათლება, მათ შორის: ექიმები (პრაქტიკოსი ექიმები: რაოდენობა, მათი სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე, პროფესიულად აქტიური ექიმები: რაოდენობა, მათი სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე, ლიცენზირებული ექიმები: რაოდენობა, მათი სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე); ექიმების რაოდენობა ასაკისა და სქესის მიხედვით; 35 წელზე ახალგაზრდა ექიმების ხვედრითი წილი ექიმთა საერთო რაოდენობაში; ექიმები კატეგორიების მიხედვით; ბებიაქალები (პრაქტიკოსი ბებიაქალები: რაოდენობა, მათი სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე, პროფესიონალი პრაქტიკოსი ბებიაქალები: რაოდენობა, მათი სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე, ასოცირებული პროფესიონალი პრაქტიკოსი ბებიაქალები: რაოდენობა, მათი სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე, პროფესიულად აქტიური ბებიაქალები: რაოდენობა, მათი სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე); ექთნები (პრაქტიკოსი ექთნები: რაოდენობა, მათი სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე, პროფესიონალი პრაქტიკოსი ექთნები: რაოდენობა, მათი სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე, ასოცირებული პროფესიონალი პრაქტიკოსი ექთნები: რაოდენობა, მათი სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე); მომვლელები, როგორც კლინიკაში მომუშავე, ისე ბინაზე მოვლის სამსახურების: (პრაქტიკოსი მომვლელები: რაოდენობა, მათი სიმჭიდროვე 10000

<sup>1</sup>OECD (2012) Health Data (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>).

მოსახლეზე, პროფესიულად აქტიური მომვლელები: რაოდენობა, მათი სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე); სტომატოლოგები (პრაქტიკოსი სტომატოლოგები: რაოდენობა, მათი სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე, პროფესიულად აქტიური სტომატოლოგები: რაოდენობა, მათი სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე, ლიცენზირებული სტომატოლოგები: რაოდენობა, მათი სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე); ფარმაცევტები (პრაქტიკოსი ფარმაცევტები: რაოდენობა, მათი სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე, პროფესიულად აქტიური ფარმაცევტები: რაოდენობა, მათი სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე, ლიცენზირებული ფარმაცევტები: რაოდენობა, მათი სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე); ფიზიოთერაპევტები (რაოდენობა, მათი სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე); ჰოსპიტლის სპეციალისტები (სრულ და ნაწილობრივ განაკვეთზე მომუშავეები); კურდამთავრებულები (მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამების კურდამთავრებულები: რაოდენობა, რაოდენობა 10 000 მოსახლეზე, რაოდენობა 10 000 პრაქტიკოს ექიმზე და სტომატოლოგიის საგანმანათლებლო პროგრამების კურდამთავრებულები: რაოდენობა). აღსანიშნავია, რომ ყველა მაჩვენებელს თან ახლავს დეფინიცია, წყარო და გაანგარიშების მეთოდი ქვეყნების მიხედვით. მოცემულ ეტაპზე სრულყოფილად არის წარმოდგენილი 2010 წლის მონაცემები. ადამიანური რესურსების შესახებ აღნიშნული მონაცემთა ბაზა განსაკუთრებით ღირებულია მეთოდოლოგიური გამართულობის და მონაცემთა ფართო არეალის გამო.

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების მიმოხილვა როგორც წესი ასახულია ჯანმოს ანგარიშებშიც. ჯანმოს ანგარიშში «Working Together for Health»<sup>1</sup> წარმოდგენილია ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების გლობალური სურათი სამი ძირითადი კატეგორიის მიხედვით: ჯანდაცვის საკადრო რესურსები (საერთო რაოდენობა და სიმჭიდროვე), სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერები (საერთო რაოდენობა და სიმჭიდროვე) და ჯანდაცვის ადმინისტრაციული და დამხმარე პერსონალი (საერთო რაოდენობა და სიმჭიდროვე).

ჯანმოს მონაცემები ნათელ წარმოდგენას გვიქმნის ჯანდაცვაში ადამიანური რესურსების კატეგორიების რაოდენობასა და მათ თანაფარდობაზე (ცხრილი №1).

---

<sup>1</sup>WHO (2006). World Health Report 2006: working together for health

აღნიშნული წყაროს მიხედვით მსოფლიოში ჯანდაცვის სექტორში მუშაობს 59,2 მილიონი ადამიანი, რომლის ორი მესამედი ჩართულია სამედიცინო მომსახურების პროცესში, დარჩენილი მესამედი კი ასრულებს ადმინისტრაციულ და დამხმარე ფუნქციას. ამასთანავე ცნობილია, რომ დასაქმებულთა 2/3 მუშაობს სახელმწიფო სექტორში, ხოლო 1/3 კერძო სექტორში.<sup>1</sup>

ცხრილი №1 ჯანდაცვაში ადამიანური რესურსების მაჩვენებლები გლობალურ კრილში

ჯანმოს რეგიონი	ჯანდაცვის საკადრო რესურსები: რაოდენობა	ჯანდაცვის საკადრო რესურსები: სიმჭიდროვე 1000 ადამიანზე	სამედიცინო მომსახურების პროვადერები: რაოდენობა	სამედიცინო მომსახურების პროვადერები: სიმჭიდროვე 1000 ადამიანზე	ჯანდაცვის ადმინისტრაციული და დამხმარე პერსონალი: რაოდენობა	ჯანდაცვის ადმინისტრაციული და დამხმარე პერსონალი: სიმჭიდროვე 1000 ადამიანზე
აფრიკა	1 640 000	2,3	1 360 000	75,3	280 000	17,2
აღმოსავლეთ ხმელთაშუა ზღვისპირეთი	2 100 000	4,0	1 580 000	75,3	520 000	24,7
სამხრეთ-აღმოსავლეთა ზია	7 040 000	4,3	4 730 000	67,3	2 300 000	32,7
დასავლეთწყნარი	10 070 000	5,8	7 810 000	77,5	2 260 000	22,5
ოკენისმხარე	16 630 000	18,9	11 540 000	69,4	5 090 000	30,6
ევროპა	21 740 000	24,8	12 460 000	57,3	9 280 000	42,7
სულ	59 220 000	9,3	39 470 000	66,7	19 750 000	33,3

წყარო: WHO (2006). World Health Report 2006: working together for health..

ჯანდაცვაში დასაქმებული ადამიანური რესურსების საერთო რაოდენობის 36,8% მუშაობს ამერიკაში, 28%-ევროპაში, ხოლო 2,8%-აფრიკაში (17%, 11,8% და 3,5% შესაბამისად დასავლეთ წყნარი ოკეანის მხარეში, სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიასა და აღმოსავლეთ ხმელთაშუაზღვისპირეთში), აქედან სამედიცინო პერსონალი ყველაზე მეტია ამერიკასა და ევროპაში (შესაბამისად სამედიცინო პერსონალის საერთო რაოდენობის 31,6% და 29,2%) და ყველაზე ნაკლები - აფრიკაში (სამედიცინო პერსონალის საერთო რაოდენობის 3,4%).

უთანაბრობა ანალოგიურად ვლინდება ჯანდაცვის ადმინისტრაციულ და დამხმარე პერსონალთან მიმართებაშიც: საერთო რაოდენობის 48,1% და 25,7% დასაქმებულია შესაბამისად ამერიკასა და ევროპაში, ხოლო 1,4% - აფრიკაში. სამედიცინო პერსონალსა და ჯანდაცვის ადმინისტრაციულ და დამხმარე პერსონალთან

<sup>1</sup>WHO (2006). World Health Report 2006: working together for health..

თანაფარდობა ამერიკასა და ევროპაში შესაბამისად არის 1:1,3 და 1:2,3, ხოლო აფრიკაში -1:4,8. წარმოდგენილი მაჩვენებლები ადასტურებენ სამედიცინო კადრების მომზადებისა და სამედიცინო განათლების დეფიციტზე მსოფლიოს ამ რეგიონში.<sup>1</sup>

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების უთანაბრობის პრობლემას ადასტურებს ჯანმოს ერთიან საგანმანათლებლო ინიციატივაში ასახული ინფორმაცია, რომლის თანახმად აზიის მოსახლეობას (რომელიც შეადგენს მთელი მოსახლეობის 50%-ს) ემსახურება ექიმების და ექთნების საერთო რაოდენობის 30%, ხოლო ევროპისა და ჩრდილოეთ ამერიკის მოსახლეობას (რომელიც შეადგენს მთელი მოსახლეობის 20%-ს) ემსახურება ექიმების და ექთნების საერთო რაოდენობის 60%.

ჯანმოს უახლესი მონაცემების თანახმად მთელს მსოფლიოში ექიმთა რაოდენობა შეადგენს 8652107-ს, ხოლო ექთნების რაოდენობა-16689250 (ცხრილი №2).

მონაცემთა საერთაშორისო ბაზებში საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ადამიანური რესურსების შესახებ ასახული ინფორმაციის შესწავლამ გამოავლინა, რომ არც ერთ ბაზაში არ არის სრულად ასახული საქართველოს მონაცემები ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების შესახებ, არსებობს მონაცემთა დეფიციტი, ტექნიკური ხასიათის უზუსტობები. მაგალითად, ჯანმოს გლობალურ ობსერვატორიის მონაცემთა ბაზაში შეტანილია მხოლოდ 2009 წლის მონაცემები (ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 10000 მოსახლეზე 47,62, ხოლო საერთო რაოდენობა - 20609). ჯანმოს ქვეყნების მიხედვით წარმოდგენილ გვერდზე «საკადრო რესურსი: მონაცემები და სტატისტიკა»<sup>2</sup> მითითებულია, რომ 2012 წელს 100000 მოსახლეზე ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელმა შეადგინა 406, მაშინ როდესაც სტატისტიკურ ცნობარის («ჯანმრთელობის დაცვა») მიხედვით «საკადრო რესურსის» ნაწილში აღნიშნულია, რომ საქართველოში 2012 წელს 100000 მოსახლეზე ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელმა შეადგინა 478,8. ამავე ცნობარის მიხედვით 10000 მოსახლეზე ექთნებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელმა შეადგინა 300,3.

---

<sup>1</sup>Human resources for Health: overcoming the crisis. Joint Learning Initiative. WHO, 2004: 1-209.

<sup>2</sup>WHO (<http://www.euro.who.int/en/countries/georgia/data-and-statistics>)

ცხრილი №2 ჯანდაცვის ადამიანური რესურსები, მსოფლიო, 2012 წელი.

	ექიმების რაოდენობა/ სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე	ექთნების რაოდენობა/ სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე	სტომატო ლოგები რაოდენობა/ სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე	ფარმაცევტები რაოდენობა/ სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე	გარემო- საზოგადოებ. ჯანდაცვის სპეციალისტები რაოდენობა/ სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე	თემის ჯანმრთ. მუშაკები რაოდენობა/ სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე	ფსიქიატრები რაოდენობა/ სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე
დიაბაზონი							
მინიმუმი	6/0,1	16/0,4	2/0,05	1/0,05	1/0,05	3/0,2	0/0
საშუალო	10813/16,0	17075/33,0	1622/2,8	1145/3,1	80/0,6	1012/2,1	59/0,1
მაქსიმუმი	1905436/ 67,2	2927000/ 318,3	227141/ 40,0	578179/ 19,4	19304/ 20,0	1113331/ 13,8	24758/4,1
შემოსავლე- ბის დონის მიხედვით							
დაბალი	118517/2,1	289891/5,3	9930/0,2	15577/0,3	10550/0,3	X	X
საშუალოზე დაბალი	1753937/7,8	3344332/15,1	218934/1,0	855989/4,3	X	89756/0,6	13021/0,21
საშუალოზე მაღალი	3823552/17,1	5540923/26,1	502579/2,4	574426/2,8	X	1114741/8,3	55388/0,2
მაღალი	2956101/27,7	7514104/70,8	496379/6,5	668290/8,8	X	X	X
ქვეყნის მიხედვით							
მსოფლიო	8652107/ 14,2	16689250/ 28,1	1227822/ 2,2	2114282/ 4,0	X	X	169602/0,3
ევროპული რეგიონი	2942286/33,2	5766646/65,0	446784/5,0	470353/5,4	X	X	82390/1,1
საქართველო	20609/47,6	13925/32,2	1219/2,8	249/0,6	X	X	290/0,7

წყარო: WHO, 2012 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665>)

ჯანმოს პროგნოზული გათვლებით 2020 წელს მსოფლიოში იქნება 2 მილიონი ჯანდაცვის პერსონალი, აქედან 230 000 ექიმი და 600 000 ექთანი და მთელი მსოფლიოს მასშტაბით დამატებით საჭირო იქნება 2,3-2,4 მილიონი ექიმი, ექთანი და ბებია-ქალი.<sup>1</sup> საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ გლობალურ კონტექსტში ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების სფეროში რამდენიმე სახის პრობლემა გამოყოფილი: სამუშაო ძალის დეფიციტი (განსაკუთრებით აფრიკის კონტინენტის განვითარებად ქვეყნებში), დისბალანსი (სპეციალობების განზომილებაში, გეოგრაფიულ ჭრილში და სხვა) და მნიშვნელოვანი სხვაობა სასურველ და არსებულ პროფესიონალიზმსა და მოტივაციაში.

ჯანმოს მიერ თითოეულ ქვეყანაში ათასწლეულის განვითარების მიზნების მისაღწევად რეკომენდებული იქნა 10000 მოსახლეზე 23 სამედიცინო პერსონალის

<sup>1</sup>WHO (2012). Action towards achieving a sustainable health workforce and strengthening health systems. Copenhagen, Denmark. Possible shortage of up to two million health care workers by 2020 – EU taking action to prevent impending crisis in providing health care. (<http://pr.euractiv.com/press-release/possible-shortage-two-million-health-care-workers-2020>)



(ექიმი, ექთანი, ბებია-ქალი) უზრუნველყოფა, <sup>1</sup> ხოლო მსოფლიო ბანკის <sup>2</sup> მიერ შემუშავებული იქნა საორიენტაციო მაჩვენებლები ექიმებისა და ექთნების რაოდენობასთან და მათ თანაფარდობასთან მიმართებაში (ცხრილი №3).

ცხრილი №3 ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების საორიენტაციო მაჩვენებლები

ინდიკატორი	ორიენტირი	წყარო
ექიმების რაოდენობა 10000 მოსახლეზე	1,0-2,0	მსოფლიო ბანკი, 1993
ექთნების რაოდენობა 10000 მოსახლეზე	2,0-4,0	მსოფლიო ბანკი, 1993
ექთნების რაოდენობის თანაფარდობა ექიმების რაოდენობასთან	2	მსოფლიო ბანკი, 1994

წყარო: მსოფლიო ბანკი, 1994წ.

აღნიშნული საბაზო მაჩვენებლები მიზანშეწონილია გათვალისწინებული იქნას თითოეულ ქვეყანაში ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარების დაგეგმვისა და განათლების პოლიტიკის განსაზღვრის პროცესში.

საერთაშორისო ბაზებში არსებული მონაცემები და ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განზომილებაში ჩატარებული კვლევების მიმოხილვა გვიჩვენებს, რომ მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების შესაფასებლად გამოიყენება სხვადასხვა ინდიკატორები (რაოდენობა, სიმჭიდროვე, განაწილება, პროდუქტიულობა, ფინანსური ეფექტურობა და სხვა), თითოეულისათვის ჯერ კიდევ არ არსებობს აღიარებული ერთიანი საერთაშორისო მინიმალური სტანდარტი, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს სფეროს მეტად რთულ კომპლექსურ ხასიათს და მიუთითებს ქვეყნის ჯანდაცვის ლოკალური თავისებურებების გათვალისწინების აუცილებლობას.

*საქართველო.* საქართველოში ადამიანური რესურსების შესახებ ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების მოპოვება შესაძლებელია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს,<sup>3</sup> დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის, <sup>4</sup> საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ოფიციალურ გვერდზე და გამოცემებში.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>WHO (2009). Assessing

<sup>2</sup>WB, 1994.

<sup>3</sup>www.moh.gov.ge

<sup>4</sup>www.ncdc.ge

<sup>5</sup>www.geostat.ge

არსებული სტატისტიკა მოიცავს ექიმების რიცხოვნობას, ექიმების რიცხოვნობას სპეციალობების მიხედვით, საშუალო სამედიცინო პერსონალის რიცხოვნობას ცალკეული სპეციალობების მიხედვით, უმცროსი სამედიცინო პერსონალის რიცხოვნობას. აღსანიშნავია, რომ ექიმების სტატისტიკა სპეციალობების მიხედვით 2004 წლიდან მოიცავს აგრეთვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექიმი-სპეციალისტების რაოდენობასაც. ყოველწლიური სტატისტიკური ცნობარი მოიცავს ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების შესახებ ინფორმაციას. 2010 წლის ჩათვლით ცნობარში ინფორმაცია ექიმებისა და საშუალო და უმცროსი სამედიცინო პერსონალის შესახებ ასახულია კატეგორიაში «ჯანდაცვის სისტემის სამედიცინო კადრები». 2011 წლიდან იცვლება ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების შესახებ ინფორმაციის ფორმატი და 2011 წლის სტატისტიკურ ცნობარში კატეგორია «ჯანდაცვის სისტემის სამედიცინო კადრები» შეიცვალა კატეგორიით «პროფესიულად აქტიური სამედიცინო კადრები», რომლის შიგნით ასახულია ინფორმაცია არა მხოლოდ ექიმების საერთო რაოდენობის შესახებ, არამედ ინფორმაცია პრაქტიკოსი ექიმებისა და მმართველობითი პერსონალის შესახებ.

მონაცემთა სტრუქტურის დეტალიზებასთან ერთად იკვეთება ზოგიერთი უზუსტობები, რაც მოითხოვს ტერმინოლოგიურ და ტექნიკურ დაზუსტებებს, მაგალითად: სტატისტიკურ ცნობარში «ჯანმრთელობის დაცვა.სტატისტიკური ცნობარი. საქართველო-2010»<sup>1</sup> აღნიშნულია, რომ ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 2010 წელს 100000 მოსახლეზე 475.3-ს შეადგენდა, ხოლო სტატისტიკურ ცნობარში «ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველო-2011»<sup>2</sup> აღნიშნულია, რომ ქვეყანაში ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი (435.3) უკანასკნელი ორი წლის (რაც გულისხმობს 2011 და 2010 წლებს) განმავლობაში უცვლელი იყო. სტატისტიკურ ცნობარში «ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველო-2008»<sup>3</sup> ცხრილი 5 გვამღევს ინფორმაციას სამედიცინო კადრების შესახებ 2005-2008 წლებში, ხოლო სტატისტიკურ ცნობარში «ჯანმრთელობის დაცვა.

<sup>1</sup>სტატისტიკური ცნობარი. ჯანმრთელობის დაცვა. 2010 საქართველო. (გვ.40)

<sup>2</sup>სტატისტიკური ცნობარი. ჯანმრთელობის დაცვა. 2011 საქართველო. (გვ.44)

<sup>3</sup>სტატისტიკური ცნობარი. ჯანმრთელობის დაცვა. 2008. საქართველო. (გვ.8)

სტატისტიკური ცნობარი. საქართველო-2011»<sup>1</sup> ცხრილი 3.3 გვამღვეს ინფორმაციას სპეციალიზაციის მიხედვით ექიმი-სპეციალისტების რაოდენობის შესახებ 2000-2011 წლებში, რომელშიც ფსიქიატრების რაოდენობის შესახებ 2005-2008 წლებში განსხვავებული მონაცემებია. იგივე სურათია პედიატრების, მეან-გინეკოლოგების რაოდენობასთან მიმართებაში (ცხრილი №4).

ცხრილი №4 ექიმების რაოდენობა, 2005- 2010 წლები

	წელი	სტატისტიკური ცნობარი. 2008	სტატისტიკური ცნობარი. 2011
ფსიქიატრების რაოდენობა	2005	260	300
	2006	235	307
	2007	221	281
	2008	215	278
პედიატრების რაოდენობა	2005	1706	2017
	2006	1674	2071
	2007	1978	1945
	2008	1907	1858
მეან-გინეკოლოგების რაოდენობა	2005	1418	1448
	2006	1407	1429
	2007	1370	1414
	2008	1417	1462

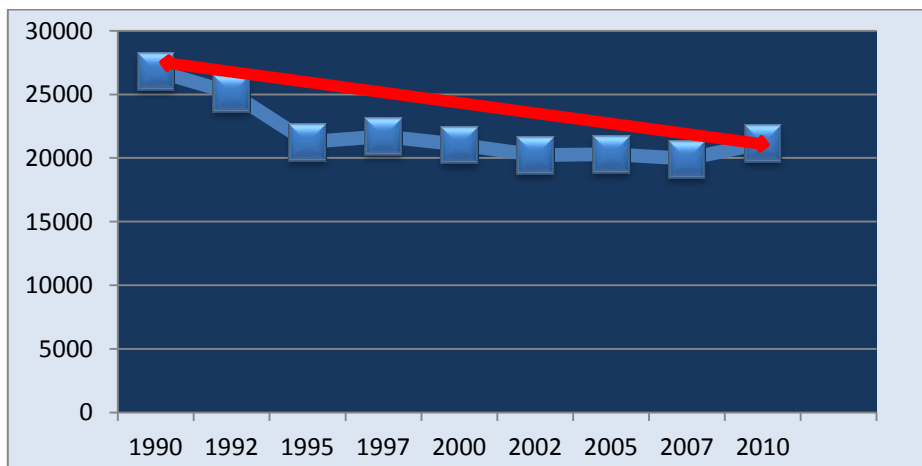
საქართველოში ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ტენდენციების შესწავლისათვის გამოვიყენეთ სტატისტიკური ცნობარი «ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველო-2010» და 2011 წლამდე გამოცემული სტატისტიკური ცნობარები, ასევე საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ გამოქვეყნებული მონაცემები.

საქართველოს დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდგომ პირველ დეკადაში ექიმების რაოდენობამ 26850-დან 21063-მდე შემცირდა, ხოლო მომდევნო დეკადის განმავლობაში ექიმების რაოდენობა უმნიშვნელო ცვლილებები განიცადა. ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით 2010 წელს საქართველოს მოსახლეობას ემსახურებოდა 21162 ექიმი (სქემა №4), ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლებმა 100000 მოსახლეზე შეადგინა 475,3.

<sup>1</sup>სტატისტიკური ცნობარი. ჯანმრთელობის დაცვა. 2011. საქართველო. (გვ.51)

ექიმების გენდერულ სტრუქტურაში ქალების რაოდენობა ნახევარზე მეტია,<sup>1</sup> 2008 წლის მონაცემების მიხედვით ქალების ხვედრითმა წილმა ექიმების საერთო რაოდენობის 68,9% შეადგინა.<sup>2</sup>

მიუხედავად იმისა, რომ მოსახლეობის ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლის მიხედვით საქართველო მსოფლიოს «ლიდერ» ქვეყნებშია, მნიშვნელოვანი უთანასწორობა აღინიშნება რეგიონების მიხედვით ექიმების რაოდენობაში. ექიმების ყველაზე მაღალი რაოდენობა ტრადიციულად თბილისშია. 2010 წლის მონაცემების მიხედვით თბილისის მოსახლეობის ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 4,1-ჯერ მაღალია სამცხე-ჯავახეთის მოსახლეობის ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელზე, 3,5-ჯერ მაღალია სამეგრელოს, ქვემო ქართლის და გურიის მოსახლეობის ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელზე.



სქემა №4 მოსახლეობის ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლები  
წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს  
ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები

1996 წლიდან საქართველოში ზოგად ტენდენციად შეიძლება დაფიქსირდეს ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლების მატება ყველა რეგიონის მიხედვით გეოგრაფიულ განაწილებაში უთანასწორობის შენარჩუნებით. ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი ყველაზე დაბალია სამცხე-ჯავახეთში (2,22), ქვემო ქართლში (2,28), გურიაში (2,59), სამეგრელოში (2,63) და შიდა ქართლში (2,66). რეგიონებს შორის ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია

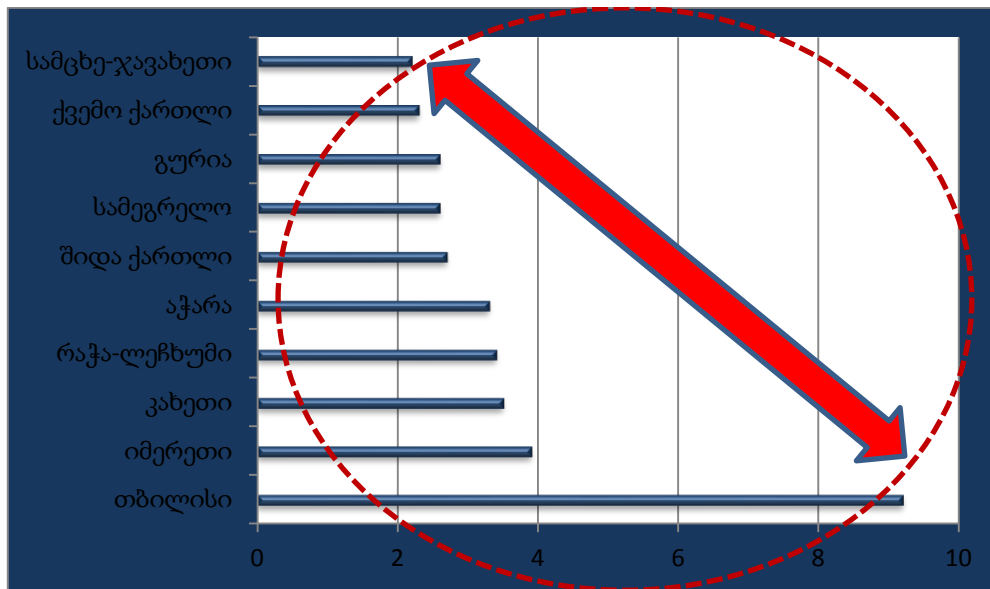
<sup>1</sup> Hauschild Tobias and Berkhout Esmé (2009). Health-Care Reform in Georgia A Civil-Society Perspective: Country Case Study. Oxfam International.

<sup>2</sup> NCDC. ჯანმრთელობის დაცვა, 2008. (<http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/2008.pdf>)

იმერეთსა (3,9) და კახეთში (3,47), მაშინ როდესაც თბილისში ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 2010 წლის მონაცემების მიხედვით ამ მაჩვენებლებთან შედარებით საშუალოდ 2,5-ჯერ მაღალია და 9,2-ს შეადგენს (სქემა №5).

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების დაგეგმარების პროცესში გასათვალისწინებელია ექიმების პროპორციული განაწილება არა მხოლოდ გეოგრაფიული ნიშნით, არამედ სპეციალობების მიხედვითაც.

საქართველოში ექიმების რაოდენობის სიჭარბესთან ერთად იკვეთება ექიმ-სპეციალისტების სიჭარბე ზოგადი პრაქტიკის ექიმების დეფიციტის პარალელურად.



სქემა №5 მოსახლეობის ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლები  
წყარო: NCDC (2011)

საქართველოში ბოლო დეკადის განმავლობაში სპეციალობების მიხედვით ექიმების სტრუქტურის შესწავლა ნათლად მიუთითებს, რომ განსაკუთრებით დიდი რაოდენობით საერთო სტრუქტურაში არიან პედიატრები (2010 წელი-1594), მეან-გინეკოლოგები (2010 წელი-1505), ქირურგები (2010 წელი-1082), თერაპევტები (2010 წელი-1263), სტომატოლოგები (2010 წელი-1236), ოჯახის ექიმები (2010 წელი-1537), ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგები (2010 წელი-941).

2011 წლიდან სტატისტიკურ ინფორმაციაში შეცვლილია ექიმ-სპეციალისტთა კატეგორიები და უკვე გამოცემაში «ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველო-2011» გვაქვს მონაცემები ზოგადი პრაქტიკის ექიმების (საერთო რაოდენობა -2091), პედიატრების (1473), მეან-გინეკოლოგების (1434), ფსიქიატრების

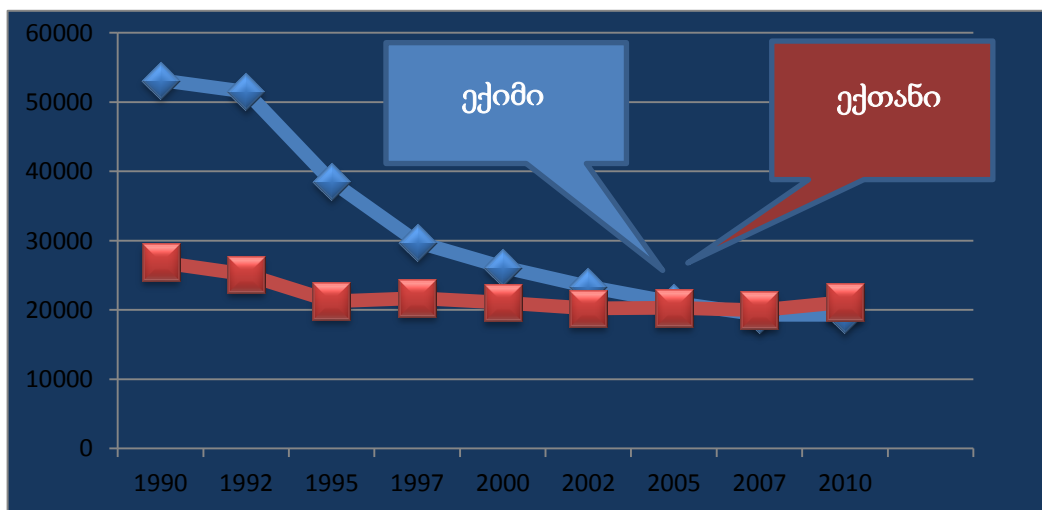
(258), თერაპიული პროფილის სპეციალობების ჯგუფის (5600), ქირურგიული პროფილის სპეციალობების ჯგუფის (3511) შესახებ. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ გამოქვეყნებულ მასალებში წარმოდგენილია იგივე სახის ინფორმაცია, კერძოდ ექიმების რიცხოვნობა დაკავებული თანამდებობების მიხედვით (ძირითადი პერსონალი), ხოლო თავის მხრივ ექიმები წარმოდგენილია შემდეგი კატეგორიების მიხედვით: თერაპევტები, ქირურგები, მეან-გინეკოლოგები, პედიატრები, ოფთალმოლოგები, დერმატოვენეროლოგები, ოტოლარინგოლოგები, ნევროლოგები, ფსიქიატრები და ნარკოლოგები, ფტიზიატრები, რადიოლოგები, სამედიცინო რეაბილიტაციის და სპორტის მედიცინის ექიმები, სტომატოლოგები და სხვა.

საქართველოს დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდგომ პირველ დეკადაში ექთნების რაოდენობა 53149-დან 26179-მდე შემცირდა, ხოლო მომდევნო დეკადის განმავლობაში 19321-მდე დაიკლო. საქართველოში არსებული ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით 2010 წელს საქართველოს მოსახლეობას ემსახურებოდა 19321 ექთანი. 2011 წლიდან სტატისტიკურ ინფორმაცია ექთნების შესახებ ასახულია არა კატეგორიაში «საშუალო და უმცროსი სამედიცინო პერსონალი» არამედ კატეგორიაში «პროფესიულად აქტიური საშუალო სამედიცინო პერსონალი». სტატისტიკურ გამოცემაში «ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველო-2011» მონაცემები «პროფესიულად აქტიური საშუალო სამედიცინო პერსონალის» შესახებ მოიცავს მონაცემებს ექთნებისა და ბეზიაქალების შესახებ, ხოლო საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ ამავე წლის მასალებში საშუალო სამედიცინო პერსონალის ექთნებისა და ბეზიაქალების გარდა მოიცავს ფერშლებს, ფერშალ-ლაბორანტებს, რენტგენო-ლაბორანტებს.

ექიმებისა და ექთნების ჯანმოს მიერ რეკომენდებული თანაფარდობაა 1:4-თან. განვითარებულ ქვეყნებში ექიმებისა და ექთნების თანაფარდობა შეესაბამება აღნიშნულ სტანდარტს. ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი თანაფარდობის მაჩვენებლებია დანიასა (1:5,6) და ნორვეგიაში (1:4,7) (NCDC, 2010). საქართველოში ბოლო დეკადის განმავლობაში ექიმებისა და ექთნების თანაფარდობა პრაქტიკულად უცვლელია და შეადგენს 1:1-ს (სქემა №6). საქართველოში არსებულ სტატისტიკურ მონაცემებზე დაყრდნობით ჯანმოს

კლასიფიკაციის მიხედვით საქართველო ექიმების რაოდენობის მიხედვით მიეკუთვნება ქვეყნების ჯგუფს, სადაც ექიმების მაქსიმალური რაოდენობაა, ხოლო ექთნების მიხედვით - ქვეყნების ჯგუფს ექთნების საშუალო რაოდენობით.

მოსახლეობის ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლებს შორის უთანაბრობის ანალოგიურად, ექთნების რაოდენობა განსხვავებულია საქართველოს რეგიონების მიხედვით. ექთნების ყველაზე დიდი რაოდენობა და მოსახლეობის ექთნებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი ტრადიციულად ყველაზე მაღალია თბილისში (7,0) და ყველაზე დაბალი სამეგრელოში. ექიმებისა და ექთნების თანაფარდობაც შესაბამისად განსხვავდება რეგიონების მიხედვით. ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით 2010წელს საშუალო და უმცროსი სამედიცინო პერსონალით უზრუნველყოფის მაჩვენებლებმა 1000 მოსახლეზე შეადგინა 4,3 და 1,2.



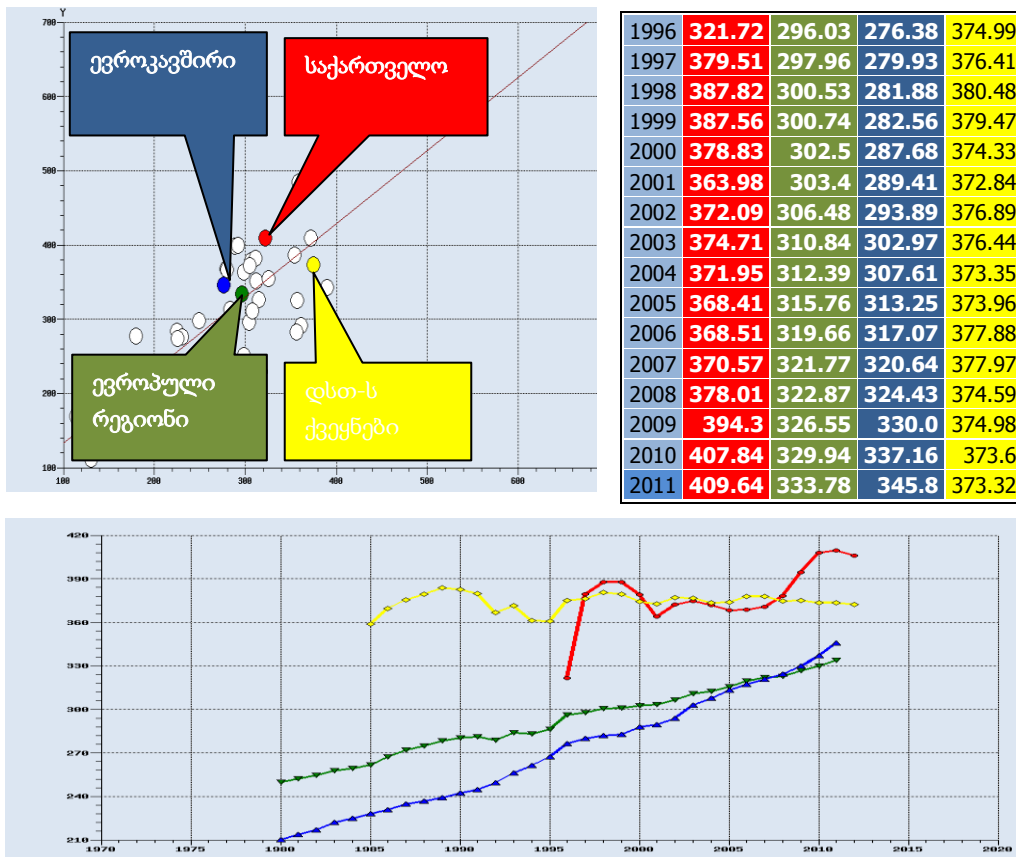
სქემა №6 ექიმებისა და ექთნების რაოდენობა, საქართველო, 1990-2010წწ.  
წყარო: NCDC (2011)

სამედიცინო პერსონალის (ექიმების და ექთნების) დეფიციტი უმწვავესი პრობლემაა გლობალურ ჭრილში, მაგრამ ექიმების ჭარბი რაოდენობაც ანალოგიურად ქმნის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებულ პრობლემებს.

ჯანმოს სტატისტიკურ ბაზაში «European Health for All database» და ქვეყნების ჯანმრთელობის პროფილის გვერდზე<sup>1</sup> არსებული მონაცემების მიხედვით 2012 წელს

<sup>1</sup>WHO (<http://www.who.int/gho/countries/geo.pdf>); (<http://data.euro.who.int/hfad/b/>)

საქართველოში 10000 მოსახლეზე ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად აღემატება ევროპის რეგიონის, ევროკავშირის და დსთ-ს ქვეყნების ექიმებით უზრუნველყოფის საშუალო მაჩვენებლებს (სქემა№7).



სქემა№7 ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი  
წყარო: WHO, European Health for All database

ოფიციალურ სტატისტიკურ მონაცემებზე დაყრდნობით საქართველოში ათასწლეულის განვითარების (MDG) მიზნების მისაღწევად ჯანმოს მიერ მოწოდებული რეკომენდაციის თანახმად (10000 მოსახლეზე 23 სამედიცინო პერსონალი/ექიმი, ექთანი, ბებია-ქალი) ქვეყანაში უნდა იყოს 10241 სამედიცინო პერსონალი, თუმცა 2010 წლის მონაცემების მიხედვით მხოლოდ ექიმების რაოდენობა იყო 21162, ხოლო ექიმების, ექთნების და ბებია-ქალების საერთო რაოდენობამ შეადგინა 40423, რაც თითქმის 4-ჯერ მეტია ჯანმოს მიერ რეკომენდებულ ოდენობაზე. სპეციალისტთა ჭარბი რაოდენობათვის მხრივ იწვევს ექიმების დაბალ დატვირთვას, რაც უარყოფითად მოქმედებს ექიმთა კვალიფიკაციაზე, სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე და ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურ ფუნქციონირებაზე.



ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ადამიანური რესურსების სფეროს უკვე ტრადიციული პრობლემები, რომლებიც გავლენას სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე, მგრძობელობაზე, ხარისხზე და ეფექტურობაზე ახდენენ შესაძლებელია ორ ძირითად კატეგორიად წარმოვადგინოთ:

- ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების რაოდენობრივი დისბალანსი, ექიმების სიჭარბე, დაბალი პროდუქტიულობა, არსებული სიმძლავრეების არაეფექტური გამოყენება, ექთნების ნაკლებობა;
- ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების სტრუქტურული დისბალანსი, ჯანდაცვის სამუშაო ძალის არათანაბარი განაწილება გეოგრაფიული ნიშნით, სპეციალისტთა სტრუქტურის და სპეციალისტთა გუნდში თანაფარდობის ჭრილში.

საერთაშორისო ექსპერტთა დასკვნების მიხედვით აღიარებულია, რომ ათასწლეულის განვითარების მიზნების (MDG) მიღწევას განვითარებად ქვეყნებში ზღუდავს სათანადოდ მომზადებული და მოტივირებული სამუშაო ძალის არარსებობა <sup>1</sup>. საქართველოში ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების თვისობრივ მახასიათებლებთან დაკავშირებული საკითხები ნაკლებად არის შესწავლილი.

ამგვარად, საქართველოში არსებული ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების სფეროს სტატისტიკურ მაჩვენებელთა სისტემა მოითხოვს საერთაშორისო მონაცემთა ბაზასთან ჰარმონიზაციას. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ადამიანური რესურსების სფეროს ეროვნული თავისებურებები საფუძვლად უნდა დაედოს ადამიანური რესურსების განვითარებისა და განათლების პოლიტიკის სტრატეგიული მიმართულებების განსაზღვრას.

---

<sup>1</sup>Mischa Willis-Shattuck et al. (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. BioMed Central.

### 1.3.2 სამედიცინო განათლების სისტემა

*გლობალური ტენდენციები.* განვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარების ტენდენციები, როგორც წესი, შესაბამისობაშია ქვეყნის საგანმანათლებლო პოლიტიკასთან, ამდენად ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების სტატისტიკურ მაჩვენებელთა სისტემის შემადგენელ სავალდებულო ქვეკომპონენტს სამედიცინო განათლების სისტემა წარმოადგენს.

ჯანმოს რეკომენდაციების<sup>1</sup>თანახმადაც ჯანდაცვაში ადამიანური რესურსების სამ ძირითად ინდიკატორს შორის ერთ-ერთი სამედიცინო განათლებას უნდა ასახავდეს.

საკვანძო ინდიკატორი №1	ჯანდაცვის ადამიანური რესურსები, რაოდენობა 10000 მოსახლეზე
საკვანძო ინდიკატორი №2	ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განაწილება სამუშაო ადგილის, დასაქმების/სპეციალიზაციის, რეგიონების, სქესის მიხედვით
საკვანძო ინდიკატორი №3	კურსდამთავრებულთა წლიური რაოდენობა 100000 მოსახლეზე განათლების დარგისა და სპეციალიზაციის მიხედვით

ჯანდაცვაში ადამიანური რესურსების შესახებ საინფორმაციო ბაზის სრულყოფისათვის ჯანმოს მიერ მინიმალური საკვანძო ინდიკატორის გარდა რეკომენდებულია სამედიცინო განათლების სფეროს ისეთი მაჩვენებლები გამოყენება, როგორცაა: სამედიცინო სკოლების რაოდენობა საგანმანათლებლო პროგრამების სპეციალობის შესაბამისად (მედიცინა, სტომატოლოგია, საექთნო და სხვა), სწავლების საფეხურების შესაბამისად, კურსდამთავრებულთა რაოდენობა გენდერულ ჭრილში, აბიტურიენტთა რაოდენობა და სხვა.

გლობალური მასშტაბით უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებების სისტემატიზაციის პირველი მცდელობა წარმატებით 1953 წელს დასრულდა სამედიცინო სკოლების მსოფლიო დირექტორიის შექმნით. 2000 წლიდან მონაცემები მოქცეული იქნა

<sup>1</sup>WHO (2010)

მონაცემთა ელექტრონული მართვის ბაზაში.<sup>1</sup> ჯანმოს 2004 წლის მონაცემების მიხედვით მსოფლიოში სამედიცინო სკოლების საერთო რაოდენობა 544-ს შეადგენს. სკოლების ყველაზე დიდი რაოდენობა შემდეგ ქვეყნებშია: ჩინეთი - 155 სამედიცინო და საექთნო სკოლა, აშშ - 141, ინდოეთი - 140, იაპონია - 89, მექსიკა და ირანი - 55, რუსეთი - 53, კორეა - 48, საფრანგეთი - 45, გერმანია - 39, თურქეთი - 33, იტალია - 31, დიდი ბრიტანეთი - 27, ესპანეთი - 26.<sup>2</sup> აღნიშნული წყაროს მიხედვით საქართველოში სამედიცინო და საექთნო სკოლების რაოდენობა 2-ს შეადგენს, რაც არ შეესაბამება 2002 წელს საქართველოში არსებულ მდგომარეობას. აღნიშნულ ბაზაში მონაცემთა მოპოვების წყაროს ავიცენას დირექტორია წარმოადგენდა, მასში კი ამ პერიოდში საქართველოში არსებული სკოლების მხოლოდ უმნიშვნელო ნაწილი იქნა ასახული. ჯანმოს ანგარიშში წარმოდგენილი სტატისტიკის მიხედვით (ცხრილი №5) მთელს მსოფლიოში 2006 წელს უკვე 1691 უმაღლესი სამედიცინო და 5492 საექთნო სკოლაა.<sup>3</sup> ამ შემთხვევაშიც მონაცემთა მოპოვების წყაროს კვლავ ავიცენას დირექტორია წარმოადგენს.

ცხრილი №5 საგანმანათლებლო დაწესებულებები მიმართულებების მიხედვით

ჯანმოს რეგიონი	მედიცინა	საექთნო საქმე	სტომატო- ლოგია	საზოგადოებ- რივი ჯანდაცვა	ფარმაცია
აფრიკა	66	288	34	50	57
ამერიკა	441	947	252	112	272
სამხრეთ აღმოსავლეთ აზია	295	1145	133	12	118
ევროპა	412	1338	247	81	219
აღმოსავლეთ ხმელთაშუა ზღვისპირეთი	137	225	35	8	46
დასავლეთ წყნარი ოკეანის მხარე	340	1549	72	112	202
სულ	1691	5492	773	375	91

წყარო: Mercer H, Dal Poz MR. Global health professional training capacity. ჯანმრთელობის 2006 წლის მსოფლიო ანგარიშის საბაზისო დოკუმენტი.

<sup>1</sup>Boulet J. (2007) An overview of the world's medical schools. J. Med.Teacher, 29:20-26.

<sup>2</sup>World Directory of Medical Schools – AVICENNA Directories (<http://avicenna.ku.dk/database/medicine>)

<sup>3</sup>Mercer H, Dal Poz MR (2006). Global health professional training capacity.

დამოუკიდებელი ინიციატივა «ჯანდაცვის პროფესიონალთა განათლების კომისია 21-ე საუკუნისთვის» ჩამოყალიბდა 2010 წლის იანვარში. მოძრაობაში ჩაერთო მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნის წარმომადგენლები, სულ 20 აკადემიური სფეროს ექსპერტი. კომისიამ იმუშავა სამედიცინო განათლების საკითხებზე ერთი წლის განმავლობაში. კვლევის შედეგად წარმოდგენილი იქნა მონაცემები (ცხრილი №6) მსოფლიოში სამედიცინო სკოლების, კურსდამთავრებულთა და ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების შესახებ.<sup>1</sup>

ცხრილი №6 სამედიცინო სკოლები, კურსდამთავრებულების რაოდენობა და ჯანდაცვის ადამიანური რესურსები, მსოფლიო, 2010წ.

	მოსახლეობა	სამედიცინო სკოლები	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლები	კურსდამთ. ექიმები	კურსდამთ. ექთნები/ ბეზიაქალები	ექიმები	ექთნები
აზია							
ჩინეთი	1371	188	72	175	29	1861	1259
ინდოეთი	1230	300	4	30	36	646	1372
სხვა	1075	241	33	18	55	494	1300
ცენტრალური აზია	82	51	2	6	15	235	603
წყნარი ოკეანის ქვეყნები (მაღალი შემოსავლებით)	227	168	26	10	56	409	1543
სულ	3985	948	137	239	191	3645	6077
ევროპა							
ცენტრალური აღმოსავლეთი	122	64	19	8	28	281	670
დასავლეთი	212	100	15	22	48	840	1798
სულ	435	282	52	42	119	1350	3379
სულ	769	446	86	72	195	2471	5847
ამერიკა							
ჩრდილოეთი ლათინური ამერიკა/კარიბის ზღვის ქვეყნები	361	173	65	19	74	793	2997
სულ	602	513	82	35	33	827	1099
სულ	963	686	147	54	107	1620	4096
აფრიკა							
ჩრდილოეთ და შუა და აღმოსავლეთი ნაწილი	450	206	46	17	22	540	925
სუბ-საჰარა	868	134	51	6	26	125	739
სულ	1318	340	97	23	48	665	1664
მსოფლიო	7036	2420	467	389	541	8401	17681

წყარო: Joint Learning Initiative (2010).

წარმოდგენილი უახლესი მონაცემების თანახმად 2010 წლისათვის მსოფლიოში უკვე 2420 სამედიცინო სკოლა ფუნქციონირებს, რომელიც ყოველწლიურად საშუალოდ

<sup>1</sup>Joint Learning Initiative. J.The Lancet, Volume 376, Issue 9756, Pages 1923 - 1958, 4 December 2010.

389 ათას კურსდამთავრებულ ექიმს და 541 ათას ექთანს ამზადებს, მათ შორის სკოლების 39% არის აზიაში, 28% - ამერიკაში, 19% - ევროპაში და 14% - აფრიკაში, შესაბამისად კურსდამთავრებულ ექიმთა ყველაზე დიდი რაოდენობა (61%) არის აზიაში, კურსდამთავრებულ ექიმთა 19% არის ევროპაში, ხოლო 14% და 6% შესაბამისად ამერიკასა და აფრიკაში. კურსდამთავრებული ექთნების რაოდენობით ლიდერობს ევროპა (36%) და აზია (35%), კურსდამთავრებული ექთნების 19% არის ამერიკაში, ხოლო 8%- აფრიკაში.

ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზაშიც არსებობს მონაცემები კურსდამთავრებული ექიმების და სტომატოლოგების შესახებ. ბაზაში მოცემულია შემდეგი მონაცემები: მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამების კურსდამთავრებულები: რაოდენობა, რაოდენობა 10 000 მოსახლეზე, რაოდენობა 10000 პრაქტიკოს ექიმზე, სტომატოლოგიის საგანმანათლებლო პროგრამების კურსდამთავრებულები: რაოდენობა.<sup>1</sup>

2007 წლის აგვისტოში ჯანმომ ხელშეკრულება გააფორმა კოპენჰაგენის უნივერსიტეტთან, რომელმაც პასუხისმგებლობა აიღო ავიცენას განახლებული დირექტორიის ადმინისტრირებაზე. ამ საქმიანობაში კოპენჰაგენის უნივერსიტეტს პარტნიორობას უწევს სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაცია (WFME).<sup>2</sup>

2011 წელს მონაცემთა ელექტრონული მართვის ბაზის ყველა უფლება გადაეცა სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციას. მოცემულ პროექტში მონაწილეობას ღებულობს აგრეთვე იუნესკო, ავსტრიის სამედიცინო საბჭო, სამედიცინო განათლებისა და შეფასების კორეის უნივერსიტეტი, ავსტრიის სამედიცინო საბჭო. სამედიცინო სკოლების ძიების სისტემა ეფუძნება გეოგრაფიულ ნიშანს (ქვეყანა, ქალაქი) ან სკოლის დასახელებას. ავიცენას დირექტორიაში დღეს განთავსებულია ინფორმაცია საქართველოს ექვსი უმაღლესი სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულების შესახებ. აქედან ერთი სკოლა უკვე აღარ არსებობს საქართველოში, ხოლო ინფორმაცია დღეისათვის საქართველოში მოქმედი კიდევ სხვა ოთხი უმაღლესი სამედიცინო

<sup>1</sup>[http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/health\\_workforce\\_study\\_2012\\_appendices\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/health_workforce_study_2012_appendices_en.pdf)

<sup>2</sup>Global atlas of the World Federation for Medical Education. <http://www.wfme.org>.

საგანმანათლებლო დაწესებულების შესახებ (რომელსაც აქვს აკრედიტებული საბაზო სამედიცინო საგანმანათლებლო პროგრამა) საერთოდ არ არის.<sup>1</sup>

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსებით უზრუნველყოფის მსგავსად სამედიცინო განათლების ჭრილშიც ქვეყნების მიხედვით გარკვეული უთანაბრობა აღინიშნება. სამედიცინო კადრების სათანადო რაოდენობის მომზადების პრობლემებია და დეფიციტია განვითარებულ ქვეყნებში, ზოგიერთ ქვეყანაში მნიშვნელოვან პრობლემად იქცა მომზადებული სამედიცინო კადრების მაღალი მიგრაცია და ა.შ.

თითოეული ქვეყანა საკუთარი ჯანდაცვის საჭიროებებიდან გამომდინარე ნერგავს საგანმანათლებლო პოლიტიკის ეფექტურ მიდგომებსა და ინოვაციებს, რაც ხელს უწყობს მაღალი კომპეტენციების მქონე სათანადო რაოდენობის რესურსების მომზადებას ეროვნულ დონეზე. ამასთანავე, სამედიცინო განათლების მნიშვნელობიდან გამომდინარე განათლების ამ სექტორზე ფინანსურ პასუხისმგებლობას, როგორც წესი, სახელმწიფო იღებს თავის თავზე. მაგალითად აშშ-ში 140 სამედიცინო სკოლის უმეტესობას (58%-ს) აფინანსებს სახელმწიფო, ესპანეთში 28 სამედიცინო უნივერსიტეტიდან 26-საფინანსებს სახელმწიფო, ირლანდიაში ექვსი სამედიცინო სკოლიდან სახელმწიფო დაფინანსებით სწავლება მიმდინარეობს ხუთ სამედიცინო სკოლაში.<sup>2</sup> განვიხილოთ რამდენიმე ქვეყნის მაგალითი.<sup>3</sup>

*ისრაელი.* (მოსახლეობა 8 მლნ.) სამედიცინო საგანმანათლებლო პროგრამებზე ყოველწლიურად ცხადდება 500-მდე სტუდენტის მიღება წლიური 1100 ექიმის საჭიროებაზე გათვლით. დეფიციტი ნაწილობრივ იფარება ისრაელის მოქალაქეებით, რომლებიც სხვა ქვეყნების უმაღლესი სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების კურსთამთავრებულები არიან და რომელთა რაოდენობა ყოველწლიურად დაახლოებით 200-ს აღწევს. დეფიციტის აღმოსაფხვრელად ისრაელის მთავრობის გადაწყვეტილებით 2003 წელს ქვეყანაში დაფუძნებული იქნა რიგით მეხუთე სამედიცინო სკოლა.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>World Directory of Medical Schools – AVICENNA Directories (<http://avicenna.ku.dk/database/medicine>)

<sup>2</sup> Pale J (2008). Medical education in Spain: current status and new challenges. J Med.Teacher, 30:365-369. Thakore H (2009). Medical education in Ireland. J.Med.Teacher.31:696-700. Kent J. Dezee (2012). Medical education in the United States of America. J.Med.Teacher.34:521-525.

<sup>3</sup>Bernd Rechel (2006). The Health Care Workforce in Europe. Learning from experience. Executive Agency for Health and Consumers (2012). Executive Agency for Health and Consumers EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study.

<sup>4</sup>Reis S (2009). The current state of basic medical education in Israel: Implications for a new medical school. J. Med.Teacher, 31:984-989.

*ჰოლანდია.* (მოსახლეობა 16,6 მლნ.) 8 სამედიცინო სკოლაში სტუდენტთა საერთო რაოდენობა 15600-ს შეადგენს. ქვეყანაში კვოტა დაწესებულია განათლების სამინისტროს მიერ ჯანდაცვის სამინისტროს რეკომენდაციის საფუძველზე. ყოველწლიურად სამედიცინო საგანმანათლებლო პროგრამებზე ცხადდება 2850 სტუდენტის მიღება, საბაზო სამედიცინო განათლების დონეზე სტუდენტთა შემცირების გათვალისწინებით სარეზიდენტო პროგრამებზე ადგილების რაოდენობა შეადგენს 2500-ს.<sup>1</sup> ექიმებისათვის დარეგისტრირება სავალდებულოა.

*იტალია.* (მოსახლეობა 60,55 მლნ.) ჯანდაცვის სისტემაში აღინიშნება ექიმების ჭარბი რაოდენობა, ქვეყანაში კვოტას აწესებს განათლების სამინისტრო ჯანდაცვის სამინისტროს ადამიანური რესურსების დეპარტამენტის რეკომენდაციის საფუძველზე. ქვეყანაში 42 სამედიცინო სკოლაა, რომელშიც ყოველწლიურად ცხადდება სტუდენტების მიღება 6153 ადგილზე. სტუდენტების საერთო რაოდენობაა - 60545, კურსდამთავრებულთა რაოდენობა - 6848, ხოლო სარეზიდენტო სპეციალობებში ადგილების საერთო რაოდენობა შეადგენს 5000-ს.<sup>2</sup>

*ავსტრია.* (მოსახლეობა 8,394,000 მლნ.) ქვეყანაში არ არის დაწესებული მედიცინის პროგრამებზე სტუდენტთა მიღების კვოტა, თუმცა ადგილების გარკვეული შეზღუდვებია 2005 წლიდან სამ სახელმწიფო უნივერსიტეტში. მისაღები ადგილების რაოდენობა განისაზღვრება არსებული დაფინანსების ოდენობით. ყველა ექიმისთვის სავალდებულოა დარეგისტრირდეს ექიმთა ბაზაში «Österreichische Ärzteliste», რაც ექიმების შესახებ სრული სტატისტიკური ინფორმაციის მოპოვების საშუალებას იძლევა. ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარების დაგეგმვის საფუძველია დემოგრაფიული განვითარება.

*ბელგია.* (მოსახლეობა 10.8 მლნ.) კვოტებს განსაზღვრავს ფლამანდიის ფედერალური მთავრობა მხოლოდ მედიცინის, სტომატოლოგიის და ფიზიოთერაპიის პროგრამებზე. ყველა ექიმისთვის სავალდებულოა დარეგისტრირება ბაზაში «The Order of Physicians». ქვეყანაში პრობლემას წარმოადგენს ექიმთა სიჭარბე, რის გამოც ექიმები გადადიან სხვა სფეროში სამუშაოდ. ბელგიაში მოქმედი ჯანდაცვის ადამიანური

<sup>1</sup>Olle Ten Cate (2007). Medical education in the Netherlands. J. Med. Teacher, 29:752-757.

<sup>2</sup>Snelgrove H. (2009). The challenge of reform: 10 years of curricula change in Italian medical schools. J. Med. Teacher. 31:1047-1055.

რესურსების დაგეგმვის კომიტეტი, რომლის პასუხისმგებლობას წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფედერალური სამინისტროსთვის კანდიდატთა წლიური რაოდენობის მიწოდება.

*ესტონეთი.* (მოსახლეობა 1,340,194 მლნ.) კვოტა დაწესებულია სახელმწიფო დაფინანსების ფარგლებში. ადგილებს აცხადებს განათლების სამინისტრო უნივერსიტეტების მიერ მიწოდებული ადგილების საფუძველზე, რაც წინასწარ არის შეთანხმებული სოციალურ საქმეთა სამინისტროსა და პროფესიონალურ ასოციაციებთან. დაწესებული კვოტის გარდა უნივერსიტეტებს შეუძლიათ დამატებითი თვითდაფინანსებული სტუდენტების ჩარიცხვა, რომელთა წილი შეადგენს საერთო რაოდენობის 10%-ს. ყველა ექიმისთვის დარეგისტრირება სავალდებულოა. ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების დაგეგმვა სამთავრობო დონეზე ხორციელდება სოციალურ საქმეთა სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის მიერ. მრჩეველთა საბჭო განსაზღვრავს მედიცინის პროგრამაზე ადგილების რაოდენობას.

*ვინეთი.* (მოსახლეობა 5.36 მლნ.) კვოტა განსაზღვრულია 700 სტუდენტის ოდენობით ყოველწლიურად (გარდა ამისა 150 სტომატოლოგიის პროგრამაზე, 2499 საექთნო საქმის პროგრამაზე). ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ზედამხედველობის ეროვნულ ცენტრში დარეგისტრირებულია ყველა ექიმი. ქვეყანაში ეკონომიკური კვლევების სახელმწიფო კომიტეტი მუშაობს 28 დარგის, მათ შორის ჯანდაცვის რესურსების მოთხოვნის პროგნოზირების საკითხებზე. კომიტეტის რეკომენდაციები გათვალისწინებულია «განათლებისა და კვლევების განვითარების გეგმაში». მოცემული გეგმის განახლება ხდება ყოველ ოთხ წელიწადში ერთხელ.

*საფრანგეთი.* (მოსახლეობა 62.8 მლნ.) ქვეყანაში კვოტები მკაცრად დაწესებულია, რათა თავიდან იქნას აცილებული ექიმების სიჭარბე ან დეფიციტი. ჯანდაცვის პროფესიონალთა ეროვნული ობსერვატორიის პასუხისმგებლობას წარმოადგენს ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარების დაგეგმვა. ობსერვატორია ყოველწლიურად წარუდგენს ჯანმრთელობისა და განათლების სამინისტროებს ანგარიშებს და კურსდამთავრებულთა განსაზღვრის სახელმძღვანელო პრინციპებს.



*გერმანია.* (მოსახლეობა 82.3 მლნ.) მიხედვად იმისა, რომ ქვეყანაში არსებობს ექიმების დეფიციტი, სტუდენტთა კვოტა მაინც დაწესებულია. თითოეული მიწა «Länder» საკუთარი ბიუჯეტიდან განსაზღვრავს მისაღებ სტუდენტთა რაოდენობას.

*უნგრეთი.* (მოსახლეობა 10.0 მლნ.) ადგილებს ყოველწლიურად განსაზღვრავს ეროვნული რესურსების სამინისტროს განათლების სამდივნო. მოთხოვნა ყოველწლიურად 3-4-ჯერ უფრო მაღალია გამოცხადებული ადგილების რაოდენობასთან შედარებით. ყველა ექიმისთვის დარეგისტრირება სავალდებულოა ჯანდაცვის ავტორიზაციისა და ადმინისტრაციული პროცედურების ოფისში, რომლის განახლება საჭიროა ყოველ ხუთ წელიწადში ერთხელ, პროფესიულ ასოციაციებშიც დარეგისტრირება სავალდებულოა. ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარების დაგეგმვას საფუძვლად უდევს ჯანდაცვის სამინისტროს სარეზიდენტო ადგილების რაოდენობა, რეალური მოთხოვნა, როგორც წესი, განისაზღვრება ჰოსპიტლების ადმინისტრაციის მიერ.

*ლიტვა.* (მოსახლეობა 3,32 მლნ.) კვოტას აწესებს მთავრობა, თუმცა უნივერსიტეტებს შეუძლიათ კვოტაზე მეტი სტუდენტების მიღება, დამატებითი ადგილების რაოდენობა 5%-ის ფარგლებშია. მოცემულ დაშვებას განაპირობებს ის ფაქტი, რომ მედიცინის პროგრამებზე გარიცხვის მაჩვენებელი ძალიან მაღალია, დაახლოებით 20% (ექთნებისათვის 15%). სტუდენტთა რაოდენობას განსაზღვრავს ჯანდაცვის და განათლების სამინისტრო ერთობლივად.

*ნიდერლანდები.* (მოსახლეობა 16,6 მლნ.) ქვეყანაში კვოტა დაწესებულია განათლების სამინისტროს მიერ ჯანდაცვის სამინისტროს რეკომენდაციის საფუძველზე. ექიმების დარეგისტრირება სავალდებულოა.

*ნორვეგია.* (მოსახლეობა 4,88 მლნ.) კვოტა დაწესებულია მეცნიერების სამინისტროს მიერ ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამთავრობო დეპარტამენტის რეკომენდაციის საფუძველზე წლიური ბიუჯეტის გათვალისწინებით. ექიმების მოთხოვნა და მიწოდება პროგნოზირებულია 25 წლიანი პერიოდით.

*ესპანეთი.* (მოსახლეობა 46,16 მლნ.) კვოტა დაწესებულია ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ მოთხოვნა-მიწოდების ანალიზის საფუძველზე.

*შედეგი.* (მოსახლეობა 9,38 მლნ.) კვოტა დაწესებულია ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ და მედიცინის პროგრამებზე სტუდენტების წლიური რაოდენობა შეადგენს 1300-ს.

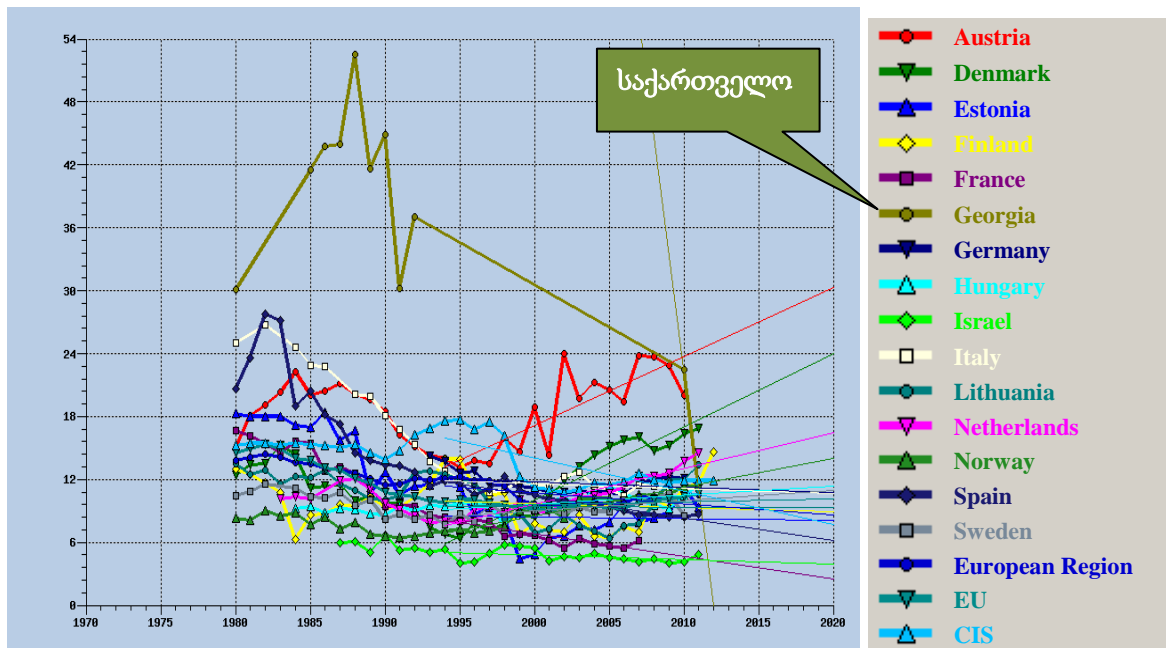
*დანია.* (მოსახლეობა 5.56 მლნ.) მართალია ზოგადად უნივერსიტეტებს შეუძლიათ განსაზღვრონ საკუთარი კვოტა არსებული რესურსების და მოთხოვნის გათვალისწინებით, მაგრამ საერთო რაოდენობას აწესებს მეცნიერებისა და ტექნოლოგიის სამინისტრო ჯანდაცვის ეროვნული საბჭოს რეკომენდაციით. დანიაში ყოველ მილიონ მოსახლეს 3400 ექიმი ემსახურება და ქვეყანაში მიღწეულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის საკმაოდ მაღალი მაჩვენებლები. სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულების რაოდენობასთან მიმართებაში სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციის და სამედიცინო სკოლების ასოციაციის პრეზიდენტების, როგორც სამედიცინო განათლების წამყვანი ექსპერტების აზრი ერთმანეთს ემთხვევა. დ.გორდონის<sup>1</sup> აზრით, სამედიცინო სკოლის მიერ სტუდენტთა მიღების ოპტიმალური მოცულობის მაჩვენებელია ყოველწლიურად ახალი 250 სტუდენტის მიღება. ექიმის პროფესიული მუშაობის ხანგრძლივობა შეადგენს 30 წელს, შესაბამისად მისი გათვლებით ქვეყანას ყველწლიურად ესაჭიროება  $3400/30=113$  კურსდამთავრებული. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ ერთი სამედიცინო სკოლის არსებობა საკმარისია მოსახლეობისათვის რაოდენობით ორი მილიონი. პროფ. ჰანს კარლეს<sup>2</sup> აზრით, ერთი სამედიცინო სკოლა საკმარისია 1,5-2 მლნ. მოსახლეზე გაანგარიშებით. სკოლის ოპტიმალური ზომაა ყოველწლიურად 200-300 კურსდამთავრებული, თუმცა შესაძლებელია, რომ კურსდამთავრებულთა რაოდენობა იცვლებოდეს 50-დან 500-ის ფარგლებში.

სამედიცინო სკოლებისა და კურსდამთავრებულთა განსაზღვრის უნიფიცირებული კონცეფცია არ არსებობს, თუმცა საგანმანათლებლო პოლიტიკის შემუშავების პროცესში ქვეყნებს განსხვავებული მიდგომები აქვთ. ჯანმოს სტატისტიკურ ბაზაში «European Health for All database» არსებული კურსდამთავრებულების რაოდენობის შესახებ ინფორმაცია წარმოდგენილია სქემაში (სქემა№8)<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>David Gordon (2012)AMSE President.

<sup>2</sup>Hans Karle(2010). How do we Define a Medical School?Reflections on the occasion of the centennial of the Flexner Report SQU Med J, Vol. 10, Iss. 2, pp. 160-168

<sup>3</sup>WHO(<http://www.who.int/gho/countries/geo.pdf>); (<http://data.euro.who.int/hfad/>)



სქემა №8 კურსდამთავრებულთა რაოდენობა ევროპის რეგიონის ქვეყნებში

ევროპის რეგიონში ჩატარებული კვლევის (Grabauskas V. et al. 2001) შედეგებმა გამოავლინა, რომ ყოველ მილიონ მოსახლეზე კურსდამთავრებულების რაოდენობა ევროპის 11 ქვეყანაში საშუალოდ 105-ს შეადგენს (ცხრილი №7), ხოლო საქართველოში ექსპერტთა შეფასებებზე დაყრდნობით ეს მაჩვენებელი დაახლოებით ორჯერ უფრო მაღალია.

ცხრილი №7 კურსდამთავრებულთა რაოდენობა ევროპის რეგიონის ქვეყნებში

ქვეყანა	კურსდამთავრებულთა რ-ბა 1მლნ. მოსახლეზე
ბულგარეთი	50
უნგრეთი	73
სლოვენია	83
პოლონეთი	84
ლიტვა	86
გერმანია	108
ფინეთი	110
სლოვაკეთი	120
ესპანეთი	125
რუმინეთი	138
ლატვია	180
საქართველო	≈200

ჯანდაცვაში ადამიანური რესურსების შესახებ არსებული ინფორმაცია, ქვეყანაში სამედიცინო პერსონალის დეფიციტი ან სიჭარბე უნდა გახდეს ჯანდაცვის რესურსების განვითარებისა და განათლების პოლიტიკის შემუშავების, ახალი კადრების წარმოების,

სამედიცინო საგანმანათლებლო ინსტიტუციების პოტენციალის გაზრდის ან შემცირების ერთ-ერთი საფუძველი.

*საქართველო.* უპირველეს ყოვლისა უნდა აღინიშნოს, რომ სამედიცინო განათლების სფეროში ოფიციალური სტატისტიკა არ არსებობს. არსებობს ფრაგმენტული მონაცემები ჯანმოს საერთაშორისო ბაზებში, სხვადასხვა ოფიციალურ გამოცემებსა და ექსპერტების პუბლიკაციებში.<sup>1</sup> დამოუკიდებლობის მოპოვებამდე საქართველოში სამედიცინო პროფილის მხოლოდ ერთი უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულება (სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი) იყო, რომელიც ყოველწლიურად 600-800 კურსდამთავრებულ ექიმს უშვებდა შრომით ბაზარზე.<sup>2</sup> ჯანმოს მონაცემების თანახმად, 1980 წელს საქართველოში კურსდამთავრებულების მაჩვენებელი 10000 მოსახლეზე შეადგენდა 30,09-ს, რაც თითქმის ორჯერ მეტი იყო საბჭოთა კავშირის საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით, ხოლო 1988 წელს კურსდამთავრებულების მაჩვენებელი 10000 მოსახლეზე შეადგენდა 52,52-ს.<sup>3</sup> 1992 წელს მაჩვენებელი შემცირდა 37,03-მდე.

1995 წლიდან ქვეყანაში დაიწყო კერძო უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულების დაფუძნების «ეპიდემია», რომლებშიც სტუდენტთა საერთო რაოდენობამ 14000-ს მიაღწია. ყოველწლიურად კურსდამთავრებულთა რაოდენობა შეადგენდა 3000-ს.<sup>4</sup> მიუხედავად იმისა, რომ 1998 წლის მონაცემებით ახალი საგანმანათლებლო დაწესებულების კურსდამთავრებულთა 80% ვერ დასაქმდა შრომით ბაზარზე,<sup>5</sup> 2004 წელს საგანმანათლებლო დაწესებულების რაოდენობამ, რომლებშიც სამედიცინო პროგრამები მოქმედებდა 73-ს მიაღწია, აქედან 69 იყო კერძო დაწესებულება და მხოლოდ 4 სახელმწიფო. 22 საგანმანათლებლო დაწესებულება

<sup>1</sup>Chanturidze T. et al.(2009). Health System in transitions.WHO, Vol.11, №8.Gamkrelidze A., Atun R., Gotsadze G. and MacLehose L.(2002) Health Care Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO. 4(2): 1-72.

<sup>2</sup>Chanturidze T. et al.(2009). Health System in transitions.WHO, Vol.11, №8.

<sup>3</sup><http://data.euro.who.int/hfad/>

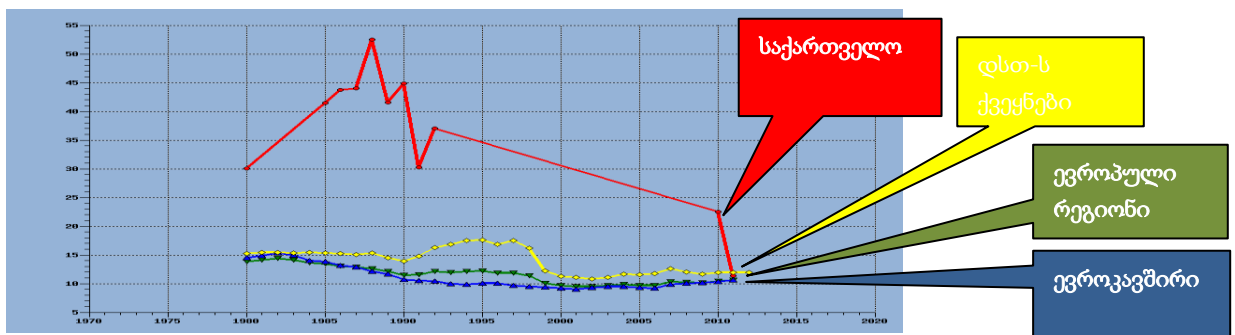
<sup>4</sup>Gamkrelidze A., Atun R., Gotsadze G. and MacLehose L.(2002) Health Care Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO. 4(2): 1-72.

<sup>5</sup>UNDP (1998), Human Development Report. United National Development Programme: Tbilisi.

მდებარეობდა თბილისში. სტუდენტების საერთო რაოდენობამ 15000 შეადგინა, კურსდამთავრებულთა ყოველწლიური რაოდენობით 3000.<sup>1</sup>

ქვეყანაში ამოქმედებული აკრედიტაციის პროცესის შედეგად საგანმანათლებლო დაწესებულების რაოდენობამ იკლო, 2006 წელს მათი რაოდენობა 2-ჯერ შემცირდა და შეადგინა 34. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალურ საქმეთა სამინისტროს მონაცემებით ყოველწლიურად 1200-მდე კურსდამთავრებული ექიმი შედის შრომის ბაზარზე. პრობლემას წარმოადგენს ასევე ის გარემოება, რომ სასერტიფიკაციო გამოცდაზე არსებული ტესტებით შესაძლებელია კურსდამთავრებულთა მხოლოდ ცოდნის შეფასება და შეუძლებელია მათი უნარ-ჩვევების/დამოკიდებულებების შეფასება.<sup>2</sup>

ჯანმოს მონაცემთა ბაზის მიხედვით 2010 წელს საქართველოში კურსდამთავრებულის მაჩვენებელი 10000 მოსახლეზე იყო 22,46,<sup>3</sup> რაც ასევე ორჯერ მეტია ამავე წლის ევროპის რეგიონის, ევროკავშირის და დსთ-ს ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით (სქემა№9).



სქემა№9 კურსდამთავრებულის მაჩვენებელი, საქართველო, 2010 წელი

საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნულ სტრატეგიაში საშუალო ევროპულ მაჩვენებელთან მიახლოების მიზნით ექიმების საჭიროება განისაზღვრა 350 კურსდამთავრებული ექიმითა და 1400 კურსდამთავრებული ექთნით. სამედიცინო განათლების ექსპერტების<sup>4</sup> რეკომენდაციების თანახმად საქართველოს ესაჭიროება 2 სამედიცინო სკოლა, თითოეულში 250 სტუდენტის მიღებით და 125

<sup>1</sup>Chanturidze T. et al.(2009). Health System in transitions.WHO, Vol.11, №8.

<sup>2</sup>MINISTRY OF LABOUR, HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS OF GEORGIA (2011). GEORGIA - NATIONAL HEALTH CARE STRATEGY 2011-2015.Access to QualityHealth CareTbilisi.

<sup>3</sup><http://data.euro.who.int/hfad/>

<sup>4</sup>David Gordon (2012)AMSE President..

კურსდამთავრებულის უზრუნველყოფით. თუმცა გასათვალისწინებელია საქართველოსთვის სპეციფიკური თავისებურებები, მაგ. არც ერთ უმაღლეს სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებაში არ არის 50%-იანი გარიცხვის მაჩვენებელი, პენსიაზე გასვლა არ ხდება საპენსიო ასაკის შესაბამისად და სხვა.

2012 წლის ფაქტობრივი მდგომარეობით საქართველოში ჯანდაცვის მიმართულებით 17 უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებაში მიმდინარეობს სწავლება. მათ შორის, 10 სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 7-კერძო, 13 უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულება მდებარეობს თბილისში. დღეისათვის 17 უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულება ფუნქციონირებს, სადაც მოქმედებს ჯანდაცვის პროგრამა, ესენია: ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტი, ქუთაისის აკაკი წერეთლის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, ბათუმის შოთა რუსთაველის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, იაკობ გოგებაშვილის სახელობის თელავის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, დავით ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტი, საქართველოს დავით აღმაშენებლის სახელობის უნივერსიტეტი, გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი, სუბიშვილის სასწავლო უნივერსიტეტი, პეტრე შოთაძის სახელობის თბილისის სამედიცინო აკადემია, თბილისის სამედიცინო სასწავლო უნივერსიტეტი «ჰიპოკრატე», საქართველოს უნივერსიტეტი, შოთა მესხიას ზუგდიდის სახელმწიფო სასწავლო უნივერსიტეტი, კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტი და სოხუმის სახელმწიფო უნივერსიტეტი.

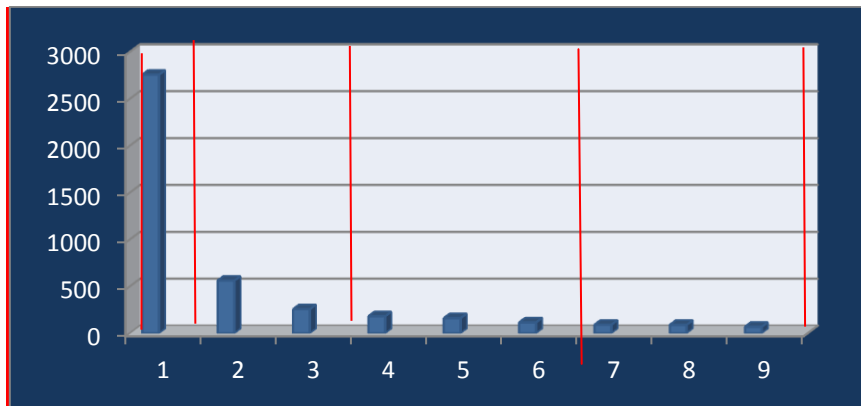
2011-2012 წელს საგანმანათლებლო პროგრამებმა გაიარა პროგრამული აკრედიტაციის ეტაპი და 2012 წლის მდგომარეობით დასახელებულ უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებაში მოქმედებს ყველა საფეხურის საგანმანათლებლო სამედიცინო პროგრამები, მათ შორის მედიცინის ერთსაფეხურიანი საგანმანათლებლო პროგრამა მოქმედებს ცხრა უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებაში, სამაგისტრო პროგრამები მოქმედებს ექვს უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებაში, ხოლო სადოქტორო პროგრამები - ხუთ უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებაში.

საბაკალავრო პროგრამები ამოქმედებულია სპეციალობებში: ფარმაცია, ოკუპაციური თერაპია, ჯანდაცვა, საექონო საქმე და სხვა. დასახელებულ უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებებში 2011 წელს პროგრამული აკრედიტაცია გაიარა 46 პროგრამამ, ხოლო 2012 წელს-30 პროგრამამ (უცხოენოვანი პროგრამების ჩათვლით). 2011 წელს პროგრამული აკრედიტაცია გაიარა 27 სამაგისტრო პროგრამამ (აქედან 25 პროგრამა მოქმედებს თბილისში), ხოლო 2012 წელს-13 სამაგისტრო პროგრამამ (აქედან 11 სამაგისტრო პროგრამა მოქმედებს თბილისში). მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამა მოქმედებს ცხრა უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებაში:

N	საგანმანათლებლო დაწესებულებები აკრედიტებული მედიცინის პროგრამით
1.	ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო
2.	თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი
3.	დავით ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტი
4.	პეტრე შოთაძის სახელობის თბილისის სამედიცინო აკადემია
5.	საქართველოს დავით აღმაშენებლის სახელობის უნივერსიტეტი
6.	კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტი
7.	თბილისის სამედიცინო სასწავლო უნივერსიტეტი «ჰიპოკრატე»
8.	ბათუმის შოთა რუსთაველის სახელმწიფო უნივერსიტეტი
9.	ქუთაისის აკაკი წერეთლის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

შვიდმა სადოქტორო პროგრამამ გაიარა პროგრამული აკრედიტაცია. ბოლო წლების განმავლობაში საქართველოში სამედიცინო საგანმანათლებლო პროგრამები მიმზიდველი გახდა უცხო ქვეყნის მოქალაქეებისთვისაც (ინდოეთი, პაკისტანი, ერაყი, აზერბაიჯანი და სხვა) და ჯანდაცვის მიმართულებით აკრედიტაცია გაიარეს ასევე უცხოენოვანმა პროგრამებმა, რომელთა სწავლების ენას წარმოადგენს ინგლისური და რუსული. ზემოთ დასახელებული უნივერსიტეტებიდან ხუთი სახელმწიფო უნივერსიტეტია, ოთხი-კერძო. თბილისში მდებარეობს შვიდი უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულება, ერთი ბათუმში და ერთი ქუთაისში. 2012 წლის მდგომარეობით საქართველოში მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამებზე სწავლობს დაახლოებით 4280 სტუდენტი, აქედან სტუდენტთა საერთო რაოდენობის 91% დედაქალაქში სწავლობს, ხოლო დარჩენილი 9% ბათუმსა და ქუთაისში.

მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამებზე სტუდენტთა საერთო რაოდენობა უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებების მიხედვით მნიშვნელოვან ვარიაციას განიცდის (min=60, max=3000).

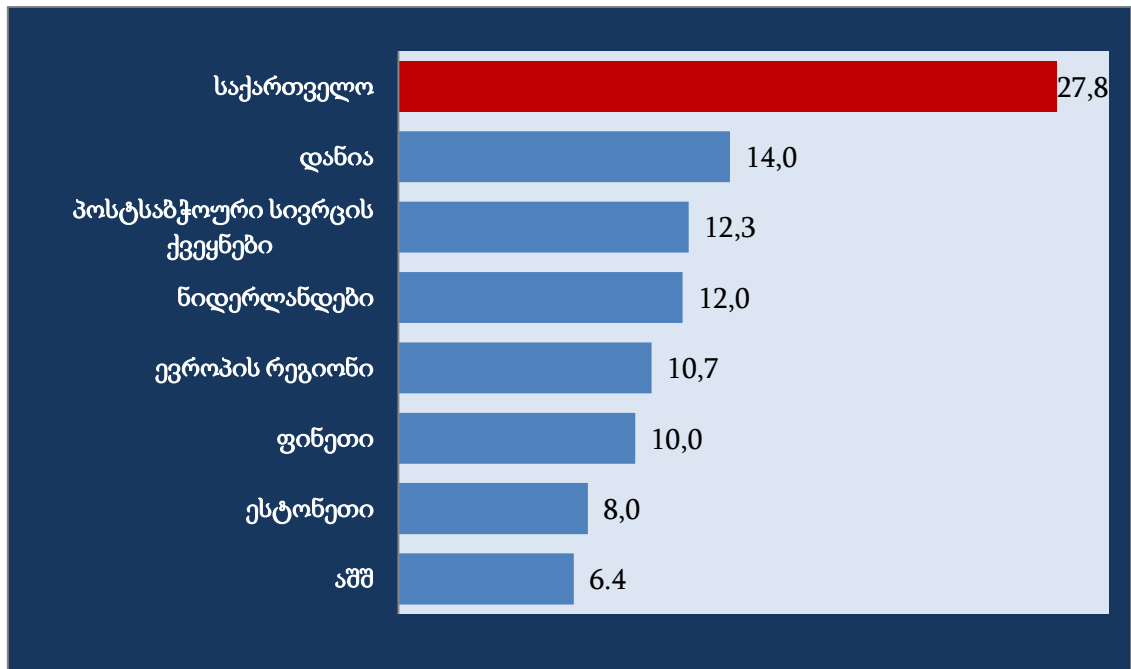


სქემა№10 უსდ-ს რანჟირება სტუდენტების რაოდენობის მიხედვით

სტუდენტთა რაოდენობის მიხედვით შესაძლებელია უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებების ოთხ ჯგუფად (სქემა№10) დაყოფა: უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებები სტუდენტთა რაოდენობით 100 და ნაკლები (პირველი ჯგუფი), 100 -500 სტუდენტი ( მეორე ჯგუფი), 500 -1000 სტუდენტი (მესამე ჯგუფი), 1000 -3000 სტუდენტი (მეოთხე ჯგუფი). ალბათობა, რომ სტუდენტთა როგორც მცირე, ისე დიდ რაოდენობა სასწავლო პროცესის მართვის პრობლემებს შექმნის, გაცილებით მაღალია. მაშინ როდესაც არ არსებობს სახელმწიფო დაფინანსება, შეუძლებელი იქნება სამედიცინო განათლების ხარისხის უზრუნველყოფა სტუდენტთა მცირე რაოდენობის და მათი სწავლის საფასურით შემოსული თანხის არარენტაბელობის გამო, ხოლო სტუდენტთა დიდი რაოდენობის დროს გართულდება დიდი ნაკადის უზრუნველყოფა კლინიკური უნარ-ჩვევების და დამოკიდებულებების სათანადოდ გამომუშავებითა და შეფასებით. არსებული ტენდენციები ადასტურებენ, რომ საქართველოში საბაზრო ეკონომიკის პირობებში საგანმანათლებლო დაწესებულებების დონეზე არ ამოქმედდა თვითრეგულირების მექანიზმები. საბაზო სამედიცინო განათლების სფეროში შექმნილი პრობლემები კი თავის მხრივ იწვევენ შრომითი საქმიანობის მომდევნო ეტაპის პრობლემებს, რაც გრძელვადიან პერსპექტივაში უარყოფითად აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე.



100000 მოსახლეზე კურსდამთავრებულთა რაოდენობით საქართველო აჭარბებს საშუალო ევროპულ მაჩვენებელს 2,6-ჯერ, ხოლო ყოფილი საბჭოთა კავშირის სივრცის ქვეყნებს 2,3-ჯერ.



სქემა აღებულია წყაროდან: 10-Point Strategic Plan for Development of the Country 2011-2015. For Modernization and Employment. Government of Georgia. Tbilisi, 2011.

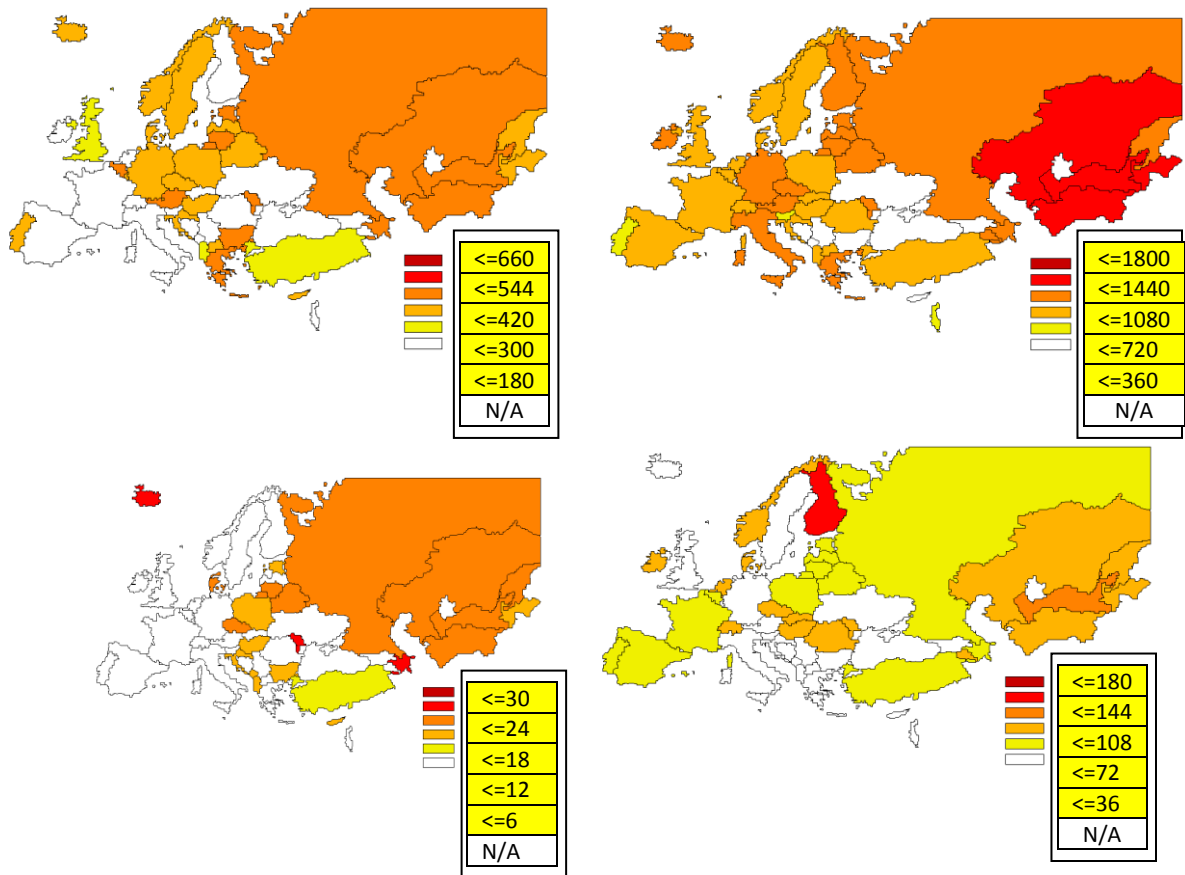
ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების დოკუმენტში<sup>1</sup> დაფიქსირებულია 100000 მოსახლეზე ექიმებით უზრუნველყოფის არსებული მაჩვენებელი 454,0, 2015 წლისათვის სამიზნე მაჩვენებლად განისაზღვრა 305,0. 100000 მოსახლეზე ექთნებით უზრუნველყოფის არსებული მაჩვენებელია 440,0, 2015 წლისათვის სამიზნე მაჩვენებლად განისაზღვრა 610,0. 100000 მოსახლეზე პედიატრებით და მეან-გინეკოლოგებით უზრუნველყოფის არსებული მაჩვენებელია შესაბამისად 45,0/31,0. 2015 წლისათვის სამიზნე მაჩვენებლად შესაბამისად განისაზღვრა 29,0/25,0, პირველადი ჯანდაცვის რგოლისათვის არსებული მაჩვენებელია 24,0, ხოლო სამიზნედ განისაზღვრა-50,0. როგორც დასახული მიზნებიდან ჩანს, 2009 წლიდან უკვე უნდა დაწყებულიყო სამიზნე მაჩვენებლების მიღწევისათვის გარკვეული მოსამზადებელი სამუშაოების ჩატარება, სამინისტროების ერთობლივი სამუშაო ჯგუფების

<sup>1</sup>WHO (2009). Georgia Health System Performance Assessment. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark.

ჩამოყალიბების მცდელობა და სტრატეგიული გეგმის შემუშავება, თუმცა არსებული მდგომარეობა არ შეცვლილა და არსებული ტენდენციებიც კვლავ უცვლელი დარჩა.

საქართველოში ადამიანური რესურსების სფეროში არსებული მოთხოვნა-მიწოდების დისბალანსის გათვალისწინებით განათლების სფეროში მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ჯანდაცვის სტატისტიკურ მაჩვენებელთა სისტემას დაემატოს არა მხოლოდ ჯანდაცვის დარგში სპეციალობების მიხედვით კურსდამთავრებულთა რაოდენობა, არამედ გამოყენებული იქნას ისეთი ინდიკატორიც, როგორცაა: ჯანდაცვის დარგში სპეციალობების მიხედვით კურსდამთავრებულთა რაოდენობის თანაფარდობა მოცემულ სპეციალობაში არსებული რესურსების რაოდენობასთან.

ამგვარად, საქართველო ევროპის რეგიონში გამოირჩევა სამედიცინო სკოლების და კურსდამთავრებულთა მაღალი რაოდენობით, საექთნო საქმის კურსდამთავრებულთა დეფიციტის პარალელურად (სქემა №11).



სქემა №11 ექიმები, კურსდამთავრებული ექიმები, ექთნები, კურსდამთავრებული ექთნები, 1994წ.  
წყარო: WHO, European Health for all. (<http://data.euro.who.int/hfad/b/>)

საქართველოს ოფიციალურ სტატისტიკურ მაჩვენებელთა სისტემაში არ არის ასახული სამედიცინო განათლებასთან დაკავშირებული მონაცემები, სიტუაციური ანალიზის ჩატარება შესაძლებელია მხოლოდ დარგის ექსპერტთა მონაცემებზე დაყრდნობით. არსებული არც ერთი სამედიცინო სკოლა არ არის უზრუნველყოფილი სახელმწიფოს დაფინანსებით. არ არსებობს შესაბამისობა საბაზო სამედიცინო განათლების პროგრამების კურსდამთავრებულებსა და დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების, კერძოდ სარეზიდენტო სპეციალობებში ადგილების საერთო რაოდენობას შორის, არ არსებობს საბაზო სამედიცინო განათლების და სარეზიდენტო საექიმო სპეციალობების დაგეგმარების ერთიანი საგანმანათლებლო პოლიტიკა. საერთაშორისო დირექტორიებში საქართველოს სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებებზე ასახული მასალა არასწორი და არასრულია.

მიგვაჩნია, რომ ქვეყანაში გათვალისწინებული უნდა იყოს გლობალური მასშტაბით არსებული წარმატებული გამოცდილება და საერთაშორისო ექსპერტთა რეკომენდაციები. ქვეყნისთვის საჭირო სამედიცინო საგანმანათლებლო პროგრამები სრულად უნდა იქნას უზრუნველყოფილი სახელმწიფო დაფინანსებით და სათანადო საგანმანათლებლო რესურსებით. ამის გარდა, სტუდენტების საერთო რაოდენობის 5-10%-ის ფარგლებში შესაძლებელია არსებობდეს სტუდენტების მიღება თვითდაფინანსებით.

მიუხედავად იმისა, რომ კურსდამთავრებულთა რაოდენობა მნიშვნელოვნად აღემატება ადგილობრივ საბაზრო მოთხოვნებს, წლების განმავლობაში საქართველოში აბიტურიენტების მიერ სამედიცინო საგანმანათლებლო პროგრამებზე გამოცხადებული ადგილები ივსება სრულად. სამედიცინო განათლების მიღების მოტივაცია საქართველოში შესწავლილი არ არის.

## 1.4 სამედიცინო განათლების მიღების მოტივაცია

მოტივაცია წარმოადგენს მნიშვნელოვან ფაქტორს, რომელიც განსაზღვრავს პიროვნების მიერ გაკეთებულ არჩევანს. ექიმის პროფესიის ჰუმანისტური არსიდან გამომდინარე მოტივაციას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება სამედიცინო საქმიანობის კონტინუუმის ყველა ეტაპზე. დადასტურებულია, რომ მედიცინის შესწავლის და საექიმო სპეციალობის დაუფლების პირველადი მოტივაცია გავლენას ახდენს აკადემიურ განვითარებაზე, პროფესიონალურ დახელოვნებასა და მიღწევებზე.

განვითარებულ ქვეყნებში ზოგიერთ უნივერსიტეტში მედიცინის და უმაღლეს საექიმო საგანმანათლებლო პროგრამებზე მიღების მნიშვნელოვან წინაპირობას აპლიკანტთან გასაუბრება წარმოადგენს. გასაუბრების მიზანია აპლიკანტის მოტივაციის, დამოკიდებულებების და ღირებულებების შეფასება.

მართალია მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამაზე ჩაბარების მსურველი აბიტურიენტები, როგორც წესი, მოტივირებულები არიან, რომ დაეუფლონ ექიმის პროფესიას, მაგრამ განვითარებულ ქვეყნებში მედიცინის დარგის/ექიმის სპეციალობის დაუფლების და მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამაზე ჩარიცხვის პირველადი მოტივაციის შესწავლას უკვე ხანგრძლივი ისტორია აქვს. კვლევები ტარდება მოტივაციების ქვეკატეგორიების შესწავლის მიზნით, სტუდენტებში შინაგანი და გარე ფაქტორების და მათ შორის დომინანტური მიზეზების გამოსავლენად და სხვა.<sup>1</sup>

სამეცნიერო ლიტერატურაში წარმოდგენილ კვლევებში მოტივაცია შესწავლილია ისეთი მნიშვნელოვანი ქვეკატეგორიების კომბინაციების გამოყენებით, როგორიცაა:

- პიროვნული ფაქტორი, სტატუსი/უსაფრთხოება და საბუნებისმეტყველო მეცნიერებებისადმი ინტერესი;<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nieuwhof MGH, ten Cate O, Oosterveld P, Soethout M BM (2004). Measuring Strength of Motivation for Medical School. J. Med. Edu. 9 (16):1-7.  
Jacqueline I. Wilson (2009). A two factor model of performance approach goals in student motivation for starting medical school. Issues in Educational Research, 19:3.

<sup>2</sup>Vaglum P, Wiers-Jennsen J, Ekeberg O (1999). Motivation for medical school: the relationship to gender and specialty preferences in a nation-wide sample. J. Med. Educ. 33: 236-242. Wierenga AR, Brandy JM, Simeon DT, Pottinger A, Brathwaite B (2000). Motivation for and concerns about entering a medical programme. West Indian Med. J. 52:304-310.

- პიროვნული ფაქტორი, სტატუსი/უსაფრთხოება და საბუნებისმეტყველო მეცნიერებებისადმი ინტერესი და კვლევა;<sup>1</sup>
- სტატუსი/უსაფრთხოება, საქმიანობის სახე, კარიერული შესაძლებლობები, პაციენტებზე ზრუნვა და ადამიანებთან ურთიერთობა, პერსონალური უნარების გამოყენების შესაძლებლობა და მეცნიერების მიმართ ინტერესი;<sup>2</sup>
- ბიოსოციალური და ბიოსამეცნიერო ორიენტაცია, აკადემიური ინტერესი, პრესტიჟი, შემოსავალი და საქმიანობა.<sup>3</sup>

ჩატარებულ კვლევებში შესწავლილია კორელაციები მოტივაციასა და სხვადასხვა ცვლადებს (დემოგრაფიული მონაცემები, აკადემიური მიღწევები, სწავლის სტილი, პერსონალური თვისებები, გენდერული, კულტურული და ეთნიკური ნიშანი, ქორწინება და ა.შ.) შორის დამოკიდებულებების გამოვლენის მიზნით.<sup>4</sup> შესწავლილია და ჩატარებულია შედარებითი ანალიზი მედიცინის და სტომატოლოგიის სპეციალობების სტუდენტების პირველად მოტივაციებს შორის.<sup>5</sup>

ჩატარებული კვლევები ადასტურებენ, რომ სამედიცინო განათლების მიღების მოტივაციაზე ზეგავლენას ახდენს პერსონალური თვისებები, ხოლო თავის მხრივ მოტივაციის ხასიათი მოქმედებს სწავლის სტილზე, <sup>6</sup> გარდა ამისა სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებაში ჩაბარების, სამედიცინო განათლების მიღების პირველადი მოტივაცია და მედიცინის დარგში ყოველდღიური სწავლის აკადემიური მოტივაცია ერთმანეთთან კორელაციაშია.<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Pastor MÁ, López-Roig S, Sánchez S, Hart J, Johnston M, Dixon D (2009). Analyzing motivation to do medicine cross-culturally: The international motivation to do medicine scale. *J.Escrit.Psic.*2(2) 3-9.

<sup>2</sup>Crossley ML, Mubarik A (2002).A comparative investigation of dental and medical student's motivation towards career choice. *Brit.Dent. J.* 193(8): 471-473.

<sup>3</sup>Murdoch et al(2001).Evaluating the Psychometric Properties of a Scale to Measure Medical Students' Career-related Values. *Academic Medicine* 76:2.

<sup>4</sup>Heiligers PJ, (2007). Gender differences in medical students motives and career choice. *Med Edu.* 2007;41(1):50-6. McHarg, J., Mattick, K., & Knight, L. V. (2007). Why people apply to medical school: Implications for widening participation activities. *J.Med. Edu.* 41(8), 815-821. McManus IC, Livingston G, Katona C (2006). The attractions of medicine: the generic motivations of medical school applicants in relation to demography, personality and achievement. *BMC Med.Edu.*6:11.Millan LR. (2005).What is behind a student's choice for becoming a doctor? *J.Clinics* 60(2):143-50. Amin Z, Tani M, Eng KH, Samarasekara DD, Huak CY (2009).Motivation, study habits, and expectations of medical students in Singapore. *J.Med Teach.* 31(12):560-9.Afzal H et all (2010). A Study of University Students' Motivation and Its Relationship with Their Academic Performance. *Int. J.Bus and Man.* 5(4):80-8.

<sup>5</sup>Crossley ML, Mubarik A (2002).A comparative investigation of dental and medical student's motivation towards career choice. *Brit.Dent. J.* 193(8): 471-473.

<sup>6</sup>McManus IC, Livingston G, Katona C (2006). The attractions of medicine: the generic motivations of medical school applicants in relation to demography, personality and achievement. *BMC Med.Edu.*6:11

<sup>7</sup>Sobral DT, (2003). Learner's Motivation in Medical Studies: Use of the Academic Motivation Scale. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.*19(1):25-31. Sobral DT,(2004). What kind of motivation drives medical students' learning question? *J.Med.Edu.* 38(9):950-957.

მედიცინის დარგის/ექიმის სპეციალობის დაუფლების და მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამაზე ჩარიცხვის პირველადი მოტივაციის გარდა მნიშვნელოვანია ასევე ყოველდღიური აკადემიური მოტივაციის შესწავლა, რადგან კვლევები ადასტურებენ, რომ, როგორც წესი, სწავლის სტილი და მოტივაცია კონკრეტულ კონტექსტზე დამოკიდებულია, ამდენად დასმული ამოცანების და გარემოებების შესაბამისად სტუდენტებმა შესაძლებელია შეიცვალონ სწავლის სტილი და უკეთეს შედეგებს მიაღწიონ.<sup>1</sup>

კვლევები ჩატარებულია სტუდენტების აკადემიური სწავლის მოტივაციის, მოლოდინებისა და დამოკიდებულებების გამოსავლენად<sup>2</sup> და ამ ცვლადებზე სხვადასხვა ფაქტორების, მათ შორის დემოგრაფიული მონაცემების, საგანმანათლებლო გარემოს, ცხოვრების ხარისხის, <sup>3</sup> სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის ზემოქმედების შესასწავლად.<sup>4</sup>

მაღალი კომპეტენციისა და პროფესიონალიზმის მქონე მომავალი ექიმების მომზადების პროცესში მოტივაციის მნიშვნელობიდან გამომდინარე პირველადი და ყოველდღიური სწავლის აკადემიური მოტივაციის კვლევის შედეგები შესაძლებელია გახდეს მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამებში სათანადო სტრუქტურული ცვლილებების განხორციელების და სტუდენტთა მოტივაციის ამაღლების მიზნით საგანმანათლებლო გარემოში ავტონომიაზე, უკუკავშირსა და ემოციურ მხარდაჭერაზე დაფუძნებული მიდგომების გამოყენების საფუძველი.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup>Robin A. Fox (2001). The shortened Study Process Questionnaire: An investigation of its structure and longitudinal stability using confirmatory factor analysis. *British Journal of Educational Psychology*, 71, 511± 530.

<sup>2</sup>Kember D, Gow L. 1991. A challenge to the anecdotal stereotype of the Asian student. *Stud Higher Educ* 16:117–128. Accessed 25 October 2007. Amin Z, Tani M, Eng KH, Samarasekara DD, Huak CY (2009). Motivation, study habits, and expectations of medical students in Singapore. *J. Med Teach*. 31(12):560-9. Wilson JI (2009). A two factor model of performance approach goals in student motivation for starting medical school. *J. Issues in Educ. Res.* 19(3):271-281. Walsh K. (2008). Learning Styles: Do they really exist? *Med Educ* 41:618–620

<sup>3</sup>Marcus Henning (2010). Quality of life and motivation to learn: A study of medical Students. *Issues in Educational Research*, 20:3.

<sup>4</sup>Haivas, I., Villanueva, T. (2006). Studying medicine and quality of life. *StudentBMJ*, 14:170-171. Henning M. et al. (2010). Quality of life and motivation to learn: A study of medical students. *Issues in Educational Research*, 20(3):244-56. Salanova, M., Llorens, S. (2008). Current state of research on burnout and future challenges. *J. Pap. Psic.* 29(1): 59-67.

<sup>5</sup>Kusurkar R, Kruitwagen C, ten Cate O, Croiset G (2010). Effects of age, gender and educational background on strength of motivation for medical school. *J. Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2010 15(3):303-13. Kusurkar R, Croiset G, Kruitwagen C, ten Cate O (2011). Validity evidence for the measurement of the strength of motivation for medical school. *J. Adv. Health Sci. Edu.* 16(2):183-195.

## 1.5 პროფესიონალიზმი და კარიერული არჩევანი

პროფესიონალიზმი ექიმის ერთ-ერთი ყველაზე ღირებული კომპეტენციაა, რომელიც ვლინდება ექიმის ქცევაში პროფესიული საქმიანობის პერიოდში და აღიარებულია, რომ მისი ათვისება ხდება საგანმანათლებლო დაწესებულებაში სწავლის პერიოდში.<sup>1</sup> სამედიცინო განათლების შედეგი არ წარმოადგენს სტუდენტების მიერ მხოლოდ ცოდნის შეძენას და უნარ-ჩვევების გამომუშავებას, ამასთან ერთად მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამის სტუდენტები იძენენ ცხოვრების ახალ იდენტობას, კლინიკური საქმიანობისათვის აუცილებელ უნარ-ჩვევებს და დამოკიდებულებებს ექიმის პროფესიონალურ კონტექსტში თავისი მოვალეობებითა და უფლებებით. დიდ ბრიტანეთში სამედიცინო საბჭოს (GMA) მიერ შემუშავებული იქნა საბაზო სამედიცინო განათლების სახელმძღვანელო პრინციპები «Tomorrow's Doctors», რომელშიც აქცენტი გაკეთდა პროფესიონალიზმის სწავლის აუცილებლობაზე სტუდენტების მიერ დამოკიდებულებებისა და ქცევის გამომუშავებაზე აქცენტებით.

მიუხედავად იმისა, რომ პროფესიონალიზმის დეფინიციის ჩამოყალიბება სხვადასხვა საერთაშორისო სამედიცინო ორგანიზაციის საქმიანობის მიზანს წარმოადგენს (AMEE, ASME, WMA, GMC, ABIM), დღემდე არ არსებობს პროფესიონალიზმის ერთიანი უნივერსალური კონცეფცია და ლიტერატურაში გვხვდება პროფესიონალიზმის სხვადასხვა განმარტება ერთიანი კონსესუსის გარეშე.<sup>2</sup>

2002 წელს გამოცემული იქნა შინაგანი მედიცინის ჩრდილოეთ ამერიკის საბჭოს და ევროპული საბჭოს ერთობლივი დოკუმენტი - «ექიმის ქარტია», რაც წარმოადგენს

<sup>1</sup> ABIM (1995). Project professionalism by the ABIM (American Board of Internal Medicine). [17 January 2012] <http://www.abimfoundation.org>. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine (2002). Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med.*136:243-6. ACGME (2011). Outcome project. [4 January 2011] from <http://www.acgme.org>. ACGME (2004). Advancing education in medical professionalism: An educational resource from the ACGME Outcome Project. Apadakis MA, Loeser HK. (2001) Early detection and evaluation of professionalism deficiencies in medical students: one school's approach. *Academic Medicine.*76:1100-1106. Blue A. (2009) Assessment of matriculating medical students' knowledge and attitudes towards professionalism. *J. Medical Teacher.*31(10): 928-932. Swick HM, Szenas P, Danoff D, Whitcomb ME. (1999). Teaching Professionalism in undergraduate medical education. *JAMA*282(9):830-832.

<sup>2</sup> Arnold L. (2002) Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow, *Academic Medicine*, 77: 502-515. Swick HM, Szenas P, Danoff D, Whitcomb ME. (1999). Teaching Professionalism in undergraduate medical education. *JAMA*282(9):830-832. Swick HM. (2002). Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med* 75(6):612-616.

სამედიცინო პროფესიონალიზმის მიმართ ახალი ათასწლეულის გამოწვევების დეკლარაციას. ქარტიის საფუძველს სამი ფუნდამენტური პრინციპი წარმოადგენს: პაციენტების კეთილდღეობა, პაციენტების ავტონომია და სოციალური სამართლიანობა. სპეციალურ ლიტერატურაში არსებული მიდგომების თანახმად, სამედიცინო პროფესიონალიზმი არის ექიმის უნარი შეესაბამებოდეს პაციენტზე ორიენტირებულ მოლოდინს, რაც საჭიროა კომპეტენტური სამედიცინო საქმიანობისათვის, <sup>1</sup> პროფესიონალიზმი ეფუძნება საზოგადოებასა და სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლებს შორის არსებულ ნდობას და წარმოადგენს მოვალეობებისა და მოლოდინების ერთობლიობას, <sup>2</sup> პაციენტის კეთილდღეობის, ავტონომიის და სოციალური სამართლიანობის უპირობო აღიარებით.<sup>3</sup>

ერთიანი კონსესუსის არარსებობის გამო სამედიცინო განათლების მკვლევარების მიერ კვლევებში ყველაზე ხშირად გამოყენებულია პროფესიონალიზმის სხვადასხვა მახასიათებლების კომბინაციები, როგორცაა: ალტრუიზმი, ანგარიშვალდებულება, დახელოვნებისაკენ სწრაფვა, მაღალი მოვალეობის გრძნობა, პატიოსნება, კეთილშობილება, სხვების პატივისცემა, <sup>4</sup> ამასთანავე, ლიტერატურაში გვხვდება პროფესიონალიზმის მახასიათებლების სხვადასხვა კატეგორიზაცია, მაგალითად სრულყოფილი კლინიკური საქმიანობა, ჰუმანიზმი და ეთიკა, <sup>5</sup> ინტერპერსონალური საზოგადოებრივი და ინტრაპერსონალური პროფესიონალიზმი, <sup>6</sup> ეთიკური პრაქტიკა, სრულყოფილებისაკენ სწრაფვა, პასუხისმგებლობა, პატივისცემა, გუნდში მუშაობა, სოციალური პასუხისმგებლობა, <sup>7</sup> ინტერესთა კონფლიქტი, კონფიდენციალობა, <sup>8</sup> კეთილსინდისიერება დოკუმენტაციებთან მიმართებაში, დამოკიდებულება საჩუქრების

<sup>1</sup>Lynch DC, Surdyk PM, Eiser AR. (2004). Assessing professionalism: A review of the literature. *Med Teach* 26:366–373.

<sup>2</sup>Cruess SR, Cruess RL. (2008). Understanding medical professionalism: a plea for an inclusive and integrated approach. *J. Med Educ.* 42:755-757. Cruess RL, Cruess SR. (2006) Teaching professionalism: general principles. *Medical Teacher.* 28(3): 205-208.

<sup>3</sup>ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine (2002). Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med.* 136:243-6. ACGME (2004). Advancing education in medical professionalism: An educational resource from the ACGME Outcome Project.

<sup>4</sup>Williams R. (2006). See one, do one, teach one—exploring the core teaching beliefs of medical school faculty. *J. Medical Teacher.* Vol. 28, No. 5: 418–424. Wagner P, Hendrich J, Moseley G, Hudson V, (2007). Defining medical professionalism: a qualitative study. *J. Med Edu.* 41(3):288-94. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine (2002). Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med.* 136:243-6.

<sup>5</sup>Arnold L. (2002) Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow, *Academic Medicine.* 77: 502–515.

<sup>6</sup>Kalinka VDC, Myrra JFJ. et al. (2004) How to conceptualize professionalism: a qualitative study *J. Medical Teacher.* 26(8): 696–702.

<sup>7</sup>Hilton SR, Slotnick HB (2005). Proto-professionalism: how professionalisation occurs across the continuum of medical education. *Med Educ.* 39(1):58-65

<sup>8</sup>A Pfeiffer (2011). General Population and Medical Student Perceptions of Good and Bad Doctors in Mozambique. *Education for Health.*



მიმართ<sup>1</sup> და სხვა. პუბლიკაციებში ასახულია პროფესიონალიზმის მახასიათებლები განსხვავებული რაოდენობით მეტად ფართო დიაპაზონში 4-დან 60-მდე.<sup>2</sup>

ლიტერატურის მიმოხილვის თანახმად ექიმის როლური მოდელის მნიშვნელოვან ასპექტებს წარმოადგენს არა მხოლოდ ექიმის პირადი თვისებები და კომპეტენტურობა კლინიკურ საქმიანობაში, არამედ ექიმის, როგორც მასწავლებლის თვისებები.

პროფესიონალიზმის მიმართ დამოკიდებულებების და სათანადო სასწავლო გარემოს შეფასებას თანამედროვე სამედიცინო განათლების სფეროში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება.<sup>3</sup> აშშ-ს სამედიცინო სკოლების მიმართ წაყენებულ სააკრედიტაციო მოთხოვნებს 2008 წლიდან დაემატა პროფესიონალიზმთან დაკავშირებული სტანდარტი. ამ სიახლეს საფუძვლად დაედო ის გარემოება, რომ აშშ-ში ჩატარებული კვლევის შედეგებმა გამოავლინა, რომ ექიმთა ნაწილი ვერ პასუხობს პროფესიონალიზმის მიმართ თანამედროვეების მიერ წაყენებულ მოთხოვნებს.<sup>4</sup>

სამედიცინო განათლების ექსპერტების მიერ რეკომენდებულია პროფესიონალიზმის შეფასება სტუდენტებში ადრეული ეტაპიდან გარკვეული პერიოდულობით, რათა საგანმანათლებლო გარემომ მოასწროს სათანადო რეაგირება ინდივიდუალურ დონეზე,<sup>5</sup> შემუშავებულია სწავლების პერიოდში პროფესიონალიზმის გამომუშავების საშუალებები, რომლებსაც საფუძვლად ედება მოლოდინების გამოვლენა, გამოცდილების გადაცემა და შედეგების შეფასება.<sup>6</sup>

ამ მიმართულებით მრავალრიცხოვანი კვლევებია ჩატარებული როგორც დასავლეთის, ისე აღმოსავლეთის ბევრ ქვეყანაში, მათ შორის: აშშ-ში, კანადაში,

---

<sup>1</sup>Barry D, Cyran E, Anderson RJ. (2000). Common issues in medical professionalism: Room to grow. *Am J Med* 108:136-142.

<sup>2</sup>K R Sethuraman(2006). Human Resources for Health:Professionalism in Medicine.Regional Health Forum – Volume 10, Number 1KALINKA VAN DE CAMP (2004). , How to conceptualize professionalism:a qualitative study. *Medical Teacher*, Vol. 26, No. 8,:696-702

<sup>3</sup>Swick HM. (2002). Toward a normative definition of medical professionalism.*Acad Med* 75(6):612-616. Shah MM, Summerhill EM, Manthous CA. (2009). Medical professionalism in the new millennium: Are there intercultural differences? Brief report and commentary. *Conn Med* 73(5):289-294.

<sup>4</sup>Barry D, Cyran E, Anderson RJ. (2000). Common issues in medical professionalism: Room to grow. *Am J Med* 108:136-142.

<sup>5</sup>Blue A. (2009) Assessment of matriculating medical students' knowledge and attitudes towards professionalism. *J. Medical Teacher*.31(10): 928-932. Vanliujk S, Smeets J. et al (2000) Assessing professional behaviour and the role of academic advice at the Maastricht Medical School. *Medical Teacher*. 22:168-172.Lowe M, Kerridge I at all. (2001) Is it possible to assess the 'ethics' of medical school applicants? *Journal of Medical Ethics*. 27:404-408

<sup>6</sup>Apadakis MA, Loeser HK. (2001) Early detection and evaluation of professionalism deficiencies in medical students: one school's approach. *Academic Medicine*.76:1100-1106.

ჰოლანდიაში, დიდ ბრიტანეთში, ინგლისში, იაპონიაში, თურქეთში, ირანში, საუდის არაბეთში, ჩინეთში.<sup>1</sup>

სხვადასხვა კვლევებში შესწავლილია პროფესიონალიზმის მიმართ არა მხოლოდ სტუდენტების დამოკიდებულება, <sup>2</sup> არამედ რეზიდენტების, <sup>3</sup> აკადემიური პერსონალის, <sup>4</sup> პაციენტების <sup>5</sup> და ზოგადად საზოგადოების მიერ პროფესიონალიზმის აღქმა.<sup>6</sup>

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარების სფეროში პროფესიონალიზმის კვლევასთან ერთად ფართოდ არის გავრცელებული სტუდენტებში მომავალ პროფესიულ დახელოვნებასთან დაკავშირებული კვლევების ჩატარება.

კვლევების შედეგები ადასტურებენ, რომ პროფესიული არჩევანი და კარიერული განვითარება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული სქესზე.<sup>7</sup>

ბოლო წლების განმავლობაში ტარდება კვლევები, სადაც კარიერასთან დაკავშირებით უპირატესობების შესწავლა ხდება არა მხოლოდ დემოგრაფიულ მახასიათებლებთან, არამედ დამატებით სხვადასხვა ცვლადებთან მიმართებაშიც.<sup>8</sup>

---

<sup>1</sup>AL-ERAKY(2012)How medical professionalism is conceptualised in Arabian context: A validation study. J. Medical Teacher, 34:S90-95. Jiang S(2010). Initial knowledge of medical professionalism among Chinese medical students. Medical Teacher, 32,,:961-970

<sup>2</sup>Tsai TC, Lin CH, Harasym PH, Violato C. (2007). Students' perception on medical professionalism: The psychometric perspective. Med Teach 29(2-3):128-134. Akabayashi A, Slingsby BT, Kai L, Nishimura T, Yamagishi A. (2004) The development of a brief and objective method for evaluating moral sensitivity and reasoning in medical students, BMC Medical Ethics. 5:1.

<sup>3</sup>Chard D. et al. Medical professionalism: the trainees' views. J. Clin. Med. 6:168-71. Are There Gaps between Medical Students and Professors in the Perception of Students' Professionalism Level? - Secondary Publication. J. Younse Med. 50(6):751-6

<sup>4</sup>Hure Y. et al. (2009). Are There Gaps between Medical Students and Professors in the Perception of Students' Professionalism Level? - Secondary Publication. J. Younse Med. 50(6):751-6.

<sup>5</sup>Davis RL, Wiggins MN, Mercado CC, O'Sullivan PS. 2007. Defining the core competency of professionalism based on the patient's perception. Clin Experiment Ophthalmol 35(1):51-54. Wiggins MN, Coker K, Hicks EK. (2009). Patient perceptions of professionalism: Implications for residency education. Med Educ 43(1):28-33. Hall MA, Zheng B et al. (2002) Measuring patients' trust in their primary care providers, Medical Care Research and Review. 59: 293-318.

<sup>6</sup>Chandratilake M, McAleer S, Gibson J, Roff S. 2010. Medical professionalism: What does the public think? Clin Med 10(4):364-369.

<sup>7</sup>Du Moulin MFMT, Heymans RJHM, Noordenbos G (2000). Gender factors in the choice of a medical specialty. J. Nederl. Tijdsch. Gen. 144(3):129-133. Gjerberg E (2002). Gender similarities in doctors' preferences – and gender differences in final specialisation. J. of Soc. Sci. Med. 54(4):591-592. Williams GC, Saizow RB, Ryan RM, (1999). The importance of self-determination theory for medical education. J. Acad. Med. 74(9):992-995. Heiligers (2012). Gender differences in medical students motives and career choice. BMC Medical Education, 12:82

<sup>8</sup>Barshes NR, Vavra AK, Miller A, Brunicardi FC, Goss JA, Sweeney JF (2004). General surgery as a career: a contemporary review of factors central to medical student specialty choice. J. Med. Edu. 199(5):792-799. Maiorova T (2009). The role of gender in medical specialty choice and general practice preferences. PhD thesis. Maastricht University, Department of Health Sciences. Maiorova T, Stevens F, Zee J, Boode B, Scherpier A. (2008). Shortage in general practice despite the feminisation of the medical workforce: a seeming paradox? A cohort study. BMC Health Services Research, 8:262. Heiligers PJ, (2007). Gender differences in medical students motives and career choice. Med Edu. 2007;41(1):50-6.

## 1.6 საგანმანათლებლო გარემო

მედიცინის სწავლების საგანმანათლებლო გარემოს ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ეფექტური განვითარების პროცესში განსაკუთრებული მნიშვნელობა მიენიჭა უკანასკნელ დეკადაში, რადგან ჩატარებული კვლევებით საბაზო სამედიცინო განათლების დონეზე დადასტურებული იქნა, რომ საგანმანათლებლო გარემო ზეგავლენას ახდენს სასწავლო მიზნების მიღწევაზე, სტუდენტების მოტივაციის ამაღლებასა და მაღალი პროფესიონალიზმის ჩამოყალიბებაზე.<sup>1</sup>

საგანმანათლებლო გარემოში მოიაზრება არა მხოლოდ სასწავლო გარემო, არამედ პროცესები, რომელიც უკავშირდება სასწავლო დეპარტამენტებს, აკადემიურ პერსონალს, ზოგადად საუნივერსიტეტო განზომილებას და რომლებიც მნიშვნელოვნად განსაზღვრავენ სწავლების ხარისხის ამაღლებას და საბაზო სამედიცინო განათლების წარმატებას.<sup>2</sup>

აღიარებულია, რომ საგანმანათლებლო გარემოს შეფასება სანდო დიაგნოსტიკური ანალიტიკური საშუალებაა და ამავე დროს სტუდენტზე ორიენტირებული სწავლების და მაღალი ხარისხის სამედიცინო განათლების უზრუნველყოფის მყარი გარანტიაა.

უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემაში თავდაპირველად ხარისხის კონცეფცია დამკვიდრდა, როგორც ხარისხის კონტროლი, სტანდარტებთან შესაბამისობის განსაზღვრის მიზნით. მომდევნო ეტაპზე ტერმინი ჩანაცვლებული იქნა ხარისხის უზრუნველყოფით, როგორც შეცდომების პრევენციის მექანიზმი და რაც, როგორც წესი, გულისხმობს უმაღლესი სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების აკრედიტაციას და პროფესიული საქმიანობის ნორმატიულ რეგულაციას.

თანამედროვე ეტაპზე უმაღლესი სამედიცინო განათლების სფეროში უფრო მეტად დამკვიდრებულია ხარისხის ერთიანი მართვის ტერმინი, რაც უკავშირდება

<sup>1</sup>Dent J, Harden R (2009). *A Practical Guide for Medical Teachers*, Elsevier Churchill Livingstone. Newble D, Cannon R, Kapelis Z (2001). *A Handbook for Medical Teachers*, Kluwer Academic

<sup>2</sup>Roff S, McAleer S (2001). "What is educational climate?" *Medical Teacher*, vol. 23, no.4:333–334.

ხარისხის კულტურის ჩამოყალიბებას და რომლის მიზანია განათლების ხარისხის მუდმივი გაუმჯობესება (EUA, 2006).

ჯერ კიდევ 1910 წელს ა.ფლექსნერის ანგარიშმა<sup>1</sup> საფუძველი ჩაუყარა სამედიცინო განათლების სრულიად ახალ, სამეცნიერო მიდგომას, რაც თავის მხრივ გახდა ამ პერიოდში არსებული აშშ-ს სამედიცინო სკოლების დაახლოებით 50%-ის დახურვის ძირითადი მიზეზი. ამ მოვლენების ფონზე სამოქალაქო საზოგადოებამ გააცნობიერა, რომ ყველა ექიმის საქმიანობა უნდა შეესაბამებოდეს ცოდნის, უნარ-ჩვევებისა და კომპეტენციების ერთნაირ სტანდარტებს.

უკვე საუკუნეზე მეტი პერიოდის განმავლობაში სამედიცინო განათლების საგანმანათლებლო გარემოს ხარისხის ინდიკატორებად სხვადასხვა მაჩვენებლები გამოიყენება, მათ შორის: ქალი სტუდენტების რაოდენობა, აკადემიური ავტონომიის პოლიტიკის არსებობა, სწავლის შედეგებზე სტუდენტთა პასუხისმგებლობა, საგანმანათლებლო პროგრამებში ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და დაავადებათა პრევენციის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, სოციალური მედიცინის სასწავლო კურსების არსებობა, სტუდენტთა სამეცნიერო კვლევებში მონაწილეობა, ანალოგიური ტიპის სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებებთან თანამშრომლობა, აკადემიური პერსონალის და სტუდენტების მიერ სასწავლო გარემოს და მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის შეფასება და სხვა. თანამედროვე ეტაპზე ეს პროცესი წარმატებით იქნა დასრულებული სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციის მიერ<sup>2</sup> (WFME).

2003 წელს სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციამ გამოაქვეყნა საერთაშორისო სტანდარტების ტრილოგია («საბაზო სამედიცინო განათლება; დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლება; ექიმთა უწყვეტი პროფესიული განათლება»), რომელსაც 2012 წელს დაემატა WFME, ORPHEUS და AMSE-ს ერთობლივი

---

<sup>1</sup>Flexner A. Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin No 4. New York: Carnegie Foundation, 1910.

<sup>2</sup>World Federation for Medical Education (2003). Basic Medical Education. Copenhagen: WFME; 2003. WFME Global Standards for Quality Improvement. <http://www.wfme.org>. World Health Organization/World Federation for Medical Education (2005). Accreditation Guidelines for Basic Medical Education. Geneva/Copenhagen: 2005. <http://www.wfme.org>.

ნაშრომი «ბიომედიცინასა და ჯანმრთელობის მეცნიერებებში სადოქტორო განათლების სტანდარტები ევროპაში».<sup>1</sup>

საბაზო სამედიცინო განათლების სტანდარტების დოკუმენტი გადათარგმნილია და აპრობირებულია პილოტურ კვლევებში ათეულ ქვეყანაში და ის უკვე გავლენას ახდენს სამედიცინო განათლების ლიცენზირებისა და აკრედიტაციის ეროვნულ და რეგიონალურ სისტემებზე.

სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციის საბაზო სამედიცინო განათლების სტანდარტები წარმოადგენენ მოთხოვნათაკომპლექსს, რომლებიც მიმართულია ცხრა კატეგორიის შეფასებაზე, მათ შორის: სამედიცინო საგანმანათლებლო პროგრამაზე, პროფესორებზე, საგანმანათლებლო რესურსებზე, სტუდენტებზე. კატეგორიები ქვეკატეგორიებადაა დაყოფილი და ქვეკატეგორიის თვითოეულ სტანდარტს გააჩნია მიღწევადობის ორი დონე (საბაზო სტანდარტი და ხარისხის გაუმჯობესების სტანდარტი).

სამედიცინო განათლების ხარისხის შეფასების პროცესში გამოყენებული სხვადასხვა კრიტერიუმებიდან, გამოირჩევა ტერმინები «მიზნებთან შესაბამისობა» და «მიზნების შესაბამისობა». პირველი ტერმინი ხშირად გამოიყენება ხარისხის უზრუნველყოფის სფეროში და პროგრამის მიზნის განაცხადთან სასწავლო სტრატეგიის შესაბამისობის ხარისხს განსაზღვრავს. მეორე ტერმინი კი თავად დასახული მიზნების სისწორეს ახასიათებს. ამასთან, პროგრამის «მიზნებთან შესაბამისობის» ცნებას აზრი აქვს და ხარისხის მიღწევას ობიექტურად ხელს უწყობს მხოლოდ მაშინ, როცა დასაბუთებული და დემონსტრირებულია თავად მიზნების სისწორე.<sup>2</sup>

ამგვარად, პროგრამის შემუშავებისა და რეალიზაციის პროცესში ხარისხის კრიტერიუმებია როგორც გარანტირებული «მიზნებთან შესაბამისობა» (როგორც პროგრამის მეშვეობით გაცხადებული მიზნების მიღწევის შესაძლებლობა), ასევე გარანტირებული «მიზნების შესაბამისობა» (როგორც არჩეული მიზნების შესაფერისობა, მართებულობა სტუდენტთა, პედაგოგთა, დამსაქმებელთა მოლოდინებთან, აგრეთვე

<sup>1</sup><http://www.orpheus-med.org/>

<sup>2</sup> Methodological Issues of Curriculum's Designing, Planning and Implementation Discussed in TWINING/CEIBAL Project Framework: Analyze in Georgian Context. Collection of scientific articles „New Trends in Education: Research and Development”, 2011.

ბოლონის პროცესის უფრო ფართო მოთხოვნათა გათვალისწინება). «მიზნების შესაბამისობა» უზრუნველყოფილი შეიძლება იყოს მხოლოდ კვლევითი და აკადემიური საქმიანობის სტანდარტებთან მჭიდრო კავშირში, ასევე დასაქმების ბაზარზე ორიენტაციით, რაც «მიზნებთან შესაბამისობის» მიდგომაში საკმაოდ ბუნდოვანია. როგორც წესი «მიზნებთან შესაბამისობის» შეფასება საგანმანათლებლო დაწესებულებების ხარისხის შიდა უზრუნველყოფის მიზანს წარმოადგენს.

ლიტერატურაში ასახულია კვლევები სასწავლო გარემოს, <sup>1</sup> მასწავლებლის მახასიათებლების, სწავლის მიდგომების და სწავლების ეფექტურობის <sup>2</sup> შეფასების მიზნით როგორც ევროპის რეგიონის,<sup>3</sup> ისე აღმოსავლეთ აზიის ქვეყნებში.<sup>4</sup>

ჩატარებულია პარალელური კვლევები სტუდენტებსა და აკადემიურ პერსონალს შორის პედაგოგების შეფასებისა და თვითშეფასების შედარებითი ანალიზის ჩატარების მიზნით. <sup>5</sup> აღწერილია ე.წ. ხარისხის წრის მეთოდის გამოყენებით ჩატარებული კვლევები, რომლებიც მიზნად ისახავენ სტუდენტების ჩართულობას, მათივე პასუხისმგებლობის გაზრდას საგანმანათლებლო პროცესში და საუკეთესო შედეგების მიღწევას.<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup>Devlin M. (2002). An improved questionnaire for gathering student perceptions of teaching and learning. *Higher Education Research and Development* 21 3, 289-304.

<sup>2</sup>Delaney J. et al (2010). Students' Perception on Effective Teaching in Higher Education. University of Wisconsin, 1:90. ([www.uwex.edu](http://www.uwex.edu))

<sup>3</sup>Avalos, G, Freeman, C, Dunne F (2007). Determining the quality of the medical educational environment at an Irish medical school using the DREEM inventory, *Irish Medical Journal*, 100:522-525. Varma R, Tiyagi E, and Gupta J (2005). Determining the quality of educational climate across multiple undergraduate teaching sites using the DREEM inventory, *BMC Medical Education*, vol. 5, no. 1: 8. Jakobsson U, Danielsen N, Edgren G (2011). "Psychometric evaluation of the Dundee Ready Educational Environment Measure: Swedish version," *Medical Teacher*, vol. 33, no. 5:267-274. Dimoliatis I, Vasilaki E, Anastassopoulos P, Ioannidis J, Roff S (2010)., "Validation of the Greek translation of the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM)," *Education for Health*, vol. 23, 1:348.

<sup>4</sup>Al-Hazimi A, Al-Hyiani A, Roff S (2004). Perceptions of the educational environment of the medical school in King Abdul Aziz University, Saudi Arabia. *Medical Teacher*, vol. 26, no. 6:570-573. Arzuman H, Yusoff M, Chit S (2010). Big Sib students' perceptions of the educational environment at the school of medical sciences, universiti sains Malaysia, using Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM) inventory. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, vol. 17, no. 3:40-47. Lokuhetty M, Warnakulasuriya S, Perera R, De Silva H, Wijesinghe H (2010) Students' perception of the educational environment in a Medical Faculty with an innovative curriculum in Sri Lanka, *South-East Asian Journal of Medical Education*, 4, 1:9-16. Taheri M (2009) Students' perceptions of learning environment in Guilan University of Medical Sciences, *Journal of Medical Education*, 13, 4:126-133. Yusoff M, (2012). "Psychometric properties of dreem in a sample of malaysian medical students," *Medical Teacher*, vol. 34, no.7:595-596.

<sup>5</sup>Williams R. (2006). See one, do one, teach one—exploring the core teaching beliefs of medical school faculty. *J. Medical Teacher*, Vol. 28, No. 5: 418-424.

<sup>6</sup>Zekeriya Akturk et al (2002). Use of quality circles among first year medical students and impact on student satisfaction. *J.Swiss Med Wkly*, 132:143-7. Gerlach FM et al. (2000). Quality Circles in General Practice. 6th European Conference on General Practice and Family Medicine 2-6 July 2000, Vienna, Abstract Book, p. 99.

სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებებში სასწავლო გარემოს შეფასებისათვის სხვადასხვა ინსტრუმენტები გამოიყენება, მათ შორის ყველაზე ხშირად გამოიყენება კითხვარები PLEQ და DREEM. უნდა აღინიშნოს, რომ DREEM აღიარებულია, როგორც ყველა კულტურასა და ქვეყანაში საგანმანათლებლო კლიმატის შეფასებისათვის მისაღები ინსტრუმენტი, მოცემული ინსტრუმენტი გამოყენებულია კვლევებში, რომლებიც ჩატარდა შვედეთში, ესპანეთში, საბერძნეთში,<sup>1</sup> აგრეთვე აღმოსავლეთის ქვეყნებში, მათ შორის თურქეთში, არაბეთის გაერთიანებულ ემირატებში, კუვეიტში, ინდოეთში და სხვა.<sup>2</sup>

საგანმანათლებლო გარემოს შეფასების კვლევის შედეგები საფუძვლად ედება სამედიცინო განათლების ხარისხის გაუმჯობესებისაკენ მიმართულ სტრატეგიებს, რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ეფექტურ განვითარებას.

## თავი 2 კვლევის მეთოდოლოგია

### 2.1 კვლევის მიზანი, მასალები, მეთოდები

კვლევის მიზანს წარმოადგენს საქართველოში ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარებისა და განათლების ე.წ. «გამჭოლი» ფაქტორების შესწავლა დემოგრაფიული მაჩვენებლების გათვალისწინებით, კერძოდ სტუდენტთა მიერ

<sup>1</sup>Dimoliatis I, Vasilaki E, Anastassopoulos P, Ioannidis J, Roff S (2010)., "Validation of the Greek translation of the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM)," *Education for Health*, vol. 23, 1:348. Jakobsson, U., Danielsen, N., & Edgren, G. (2011). Psychometric evaluation of the Dundee Ready Educational Environment Measure: Swedish version. *Medical Teacher*, 33(5), 267-274. Riquelme, A., Oporto, M., Oporto, J., Mendez, J. I., Viviani, P., Salech, F., et al. (2009). Measuring students' perceptions of the educational climate of the new curriculum at the Pontificia Universidad Catolica de Chile: performance of the Spanish translation of the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM). *Education for health (Abingdon, England)*, 22(1), 112.

<sup>2</sup>Thomas, B. S., Abraham, R. R., Alexander, M., & Ramnarayan, K. (2009). Students' perceptions regarding educational environment in an Indian dental school. *Medical Teacher*, 31(5), 185-188. Al-hazimi, A., Al-hiyani, A., & Roff, S. (2004). Perceptions of the educational environment of the medical school in King Abdul Aziz University, Saudi Arabia. *Medical Teacher*, 26(6), 570-573.

მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამაზე ჩაბარების მოტივაციის შესწავლა, სტუდენტების და პაციენტების პროფესიონალიზმის მიმართ დამოკიდებულებებისა და სტუდენტთა კარიერულ განვითარებაში უპირატესობების გამოვლენა, საგანმანათლებლო გარემოს მიმართ არსებული მოლოდინის შეფასება სამედიცინო განათლების ხარისხის გაუმჯობესების და ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ეფექტური განვითარების ხელშეწყობის კონტექსტში. მოცემული საკითხების კვლევა საქართველოში დღემდე არ ჩატარებულა, ამდენად კვლევის ამოცანებად განისაზღვრა შემდეგი საკითხების კვლევა:

✓ რა პირველადი და აკადემიური მოტივაცია ამოძრავებთ საქართველოში ახალგაზრდებს ისწავლონ მედიცინის დარგში და დაეუფლონ საექიმო სპეციალობას, არის თუ არა მოტივაცია დემოგრაფიულ მაჩვენებლებთან კავშირი;

✓ ექიმის პროფესიული (კლინიკური&აკადემიური) საქმიანობის რომელი მოდელისაკენ მიისწრაფიან სტუდენტები და როგორია მათი მოლოდინი საბაზო სამედიცინო განათლების მიღების საფეხურზე; რას ნიშნავს სტუდენტებისათვის ექიმის პროფესიონალიზმი და განსხვავდება თუ არა სტუდენტების შეხედულებები პაციენტებში არსებული მოლოდინისაგან;

✓ რა მოლოდინი გააჩნიათ სტუდენტებს მომავალი პროფესიის არჩევასთან დაკავშირებით, დამოკიდებულია თუ არა უპირატესობები დემოგრაფიულ მაჩვენებლებზე;

✓ რა მოლოდინი გააჩნიათ სტუდენტებს საგანმანათლებლო გარემოს მიმართ და რა არის მათი აზრით საგანმანათლებლო დონეზე არსებული შესაძლებლობებიდან უმნიშვნელოვანესი სამედიცინო განათლების ხარისხის გაუმჯობესებისა და ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ეფექტური განვითარების ხელშეწყობის გასაძლიერებლად.

კვლევის ინსტრუმენტი. გამოკითხვის ჩასატარებლად სპეციალურად შემუშავდა კითხვარი (დანართი №6) ოთხი ძირითადი ბლოკით (D/M/P/E), რომელიც დაეფუძნა საერთაშორისო კვლევებში გამოყენებულ კითხვარებსა და მიდგომებს.



## ბლოკი D

*დემოგრაფიული მონაცემები.* კითხვარის პირველ ბლოკში კითხვები დემოგრაფიული მონაცემების (ასაკი, სქესი და სხვა,) სწავლების სემესტრის, აკადემიური მოსწრების შესახებ. ბლოკში შევიტანეთ ასევე შეკითხვა საექიმო პროფესიასთან მშობლების ან ოჯახის წევრების კავშირის შესახებ, რაც ფართოდ გამოიყენება სამედიცინო განათლების თემაზე ჩატარებულ საერთაშორისო კვლევებში.

## ბლოკი M

*სამედიცინო განათლების მიღების მოტივაცია.* მოტივაციის გავყავით ორ ბლოკად: პირველ ბლოკში გავაერთიანეთ პირველადი მოტივაციის კვლევასთან დაკავშირებული 19 კითხვა (მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამაზე ჩაბარების მიზეზები), ხოლო მეორე ბლოკში - აკადემიური მოტივაციის კვლევასთან დაკავშირებული 19 კითხვა (სემესტრის განმავლობაში ყოველდღიური სწავლის მიზეზები).

პირველადი მოტივაციის შესწავლის მიზნით ჩვენს მიერ შედგენილ სპეციალურ კითხვარში (*ბლოკი MI*) შევიტანეთ ანალოგიურ კვლევებში ყველაზე ხშირად გამოყენებული მოტივაციები, რომლებიც გავაერთიანეთ ხუთ კატეგორიაში.

პირველი კატეგორია (კითხვები: №3, №15, №19, №10) - *პაციენტებზე ზრუნვა* (პაციენტების ჯანმრთელობაზე ზრუნვა, უახლოესი ადამიანების ჯანმრთელობაზე ზრუნვა, საზოგადოებაში ჰუმანური ძალისხმევის განხორციელება და საზოგადოების კეთილდღეობაზე ზრუნვა);

მეორე კატეგორია (კითხვები: №1, №6, №9, №14, №12) - *საქმიანობის სახე* (სამედიცინო საქმიანობის მიმართ ინტერესი, საქმიანობის ინტელექტუალური ხასიათი, საპასუხისმგებლო სამუშაოს შესრულება, დამოუკიდებლად გადაწყვეტილებების მიღების პერსპექტივა და ადამიანებთან ყოველდღიური კომუნიკაცია);

მესამე კატეგორია (კითხვები: №2, №8, №13, №17, №7) - *საზოგადოებრივი სტატუსი* (მაღალი შემოსავალი, მაღალი სოციალური სტატუსი/პრესტიჟი, საზოგადოებაში წარმატებული ადამიანის სტატუსის მოპოვება, საზოგადოებაში საჭირო ადამიანის

რანგში ყოფნა, ერთნაირი ღირებულებების და განათლების მქონე პროფესიონალთა გარემოში ყოფნა);

მეოთხე კატეგორია (კითხვები: №4, №16, №11) *სამედიცინო მეცნიერება* (სამედიცინო მეცნიერებების მიმართ ინტერესი, კვლევებში მონაწილეობის მიღების პერსპექტივა და მკურნალობის ახალი მეთოდების აღმოჩენაში მონაწილეობის პერსპექტივა);

მეხუთე კატეგორია (კითხვები: №5, №18) *ამოტივაცია* (არ ვიცი რატომ ავირჩიე მედიცინის დარგი, გარემოებებმა მაიძულეს და სხვა).

სამედიცინო განათლების მიღების აკადემიური მოტივაცია ყოველდღიური სწავლის ასპექტში (*ბლოკი M2*) ორ ძირითად კატეგორიად დავყავით (შინაგანი და გარეგანი), რომელშიც გავაერთიანეთ 14 მოტივაცია. გარეგანი მოტივაციების კატეგორიაში თავის მხრივ გამოვყავით სამი ქვეკატეგორია (წარმატების მიღწევა, წარუმატებლობის შიში და ალტერნატივის არარსებობა). თითოეულ მათგანში გავაერთიანეთ შემდეგი მოტივაციები: I ქვეკატეგორია/ წარმატების მიღწევა (კითხვა №6-№10): მომავალი პროფესიული საქმიანობის წარმატების უზრუნველყოფა, მაღალი შეფასებების მიღება, საკუთარ შესაძლებლობებში დარწმუნება, სტუდენტებს შორის წარმატებულის სტატუსის მოპოვება, მასწავლებელთა კეთილგანწყობის მოპოვება; II ქვეკატეგორია/წარუმატებლობის შიში (კითხვა№11-№13): ლექტორთა მოთხოვნების დაკმაყოფილება, საკუთარი შედეგების მეგობრების მიღწევებთან გათანაბრება, ოჯახური გარემოდან გაკიცხვის თავიდან აცილება; III ქვეკატეგორია/ალტერნატივის არარსებობა (კითხვა№14): სწავლის დასრულება მხოლოდ იმ მიზეზის გამო, რომ სტუდენტი ჩაირიცხა მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამაზე. შინაგანი მოტივაციების კატეგორიაში გავაერთიანეთ შემდეგი მოტივაციები (კითხვა№1-№5): მედიცინის ახალი დისციპლინების შესწავლის ინტერესი, სამედიცინო დისციპლინების შესახებ ცოდნის გაფართოება, სიღრმისეული და მყარი ცოდნის შექმნა, ინტელექტუალური მოთხოვნილების დაკმაყოფილება, მაღალი კომპეტენციების მქონე ექიმად ჩამოყალიბება.

შინაგანი მოტივაციების და გარეგანი მოტივაციების კატეგორიის ერთი ჯგუფი (წარმატების მიღწევა) ღრმა ცოდნის მიღებას განაპირობებს, ხოლო გარეგანი მოტივაციების კატეგორიის დარჩენილი ორი ჯგუფი-ზედაპირულს.

## ბლოკი P

*პროფესიონალიზმის მიმართ დამოკიდებულება და მომავალ კარიერასთან დაკავშირებული მოლოდინი.* პროფესიონალიზმის მიმართ სტუდენტთა დამოკიდებულებების შესწავლისათვის კითხვარში ავსახეთ ექიმის საქმიანობის ორი ასპექტი (კლინიკური და აკადემიური საქმიანობა) თითოეულისათვის დამოუკიდებელი მახასიათებლებით.

ექიმის კლინიკურ საქმიანობაში პროფესიონალიზმის მიმართ დამოკიდებულებების შესწავლისათვის და სტუდენტებისათვის სასურველი ექიმი-კლინიცისტის პროფესიული მოდელის კონცეპტუალიზაციისათვის შევადგინეთ კითხვარი (ბლოკი P1.1), რომელშიც შევიტანეთ ლიტერატურაში არსებული პროფესიონალიზმის განმარტებებიდან ყველაზე ხშირად გამოყენებული მეტად მნიშვნელოვანი 15 თვისება. ესენია: დარგის სირღმისეული ცოდნა და პროფესიური უნარ-ჩვევები, მაღალი ეთიკური სტანდარტების დაცვის უნარი, საკუთარი ინტერესების დაქვემდებარება პაციენტის ინტერესებისადმი (ალტრუიზმი), ჰუმანისტური ღირებულებების ფლობა (მზრუნველობა, თანაგრძნობა), სამედიცინო საქმიანობის სამართლებრივი პრინციპების (მათ შორის პაციენტთა უფლებების) დაცვის უნარი, პაციენტის ღირსების (სოციალური, კულტურული, რელიგიური, ეთნიკური კუთვნილების) პატივისცემა, ეფექტური კომუნიკაციის უნარი (პაციენტებთან, პაციენტის ნათესავებთან, ნებისმიერ პირთან), ანგარიშვალდებულება (საკუთარი თავის, კოლეგების, საზოგადოების წინაშე), საკუთარი ქმედებებისა და გადაწყვეტილებების კრიტიკული შეფასების უნარი, კონსტრუქტიული კრიტიკის მიღების უნარი (კოლეგებისაგან, უფროსებისაგან, სტუდენტებისაგან), ლიდერობის უნარი, ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან ჯგუფში მუშაობის უნარი, სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე (ხელმისაწვდომობა, უწყვეტობა, ხარისხი)

პასუხისმგებლობა, საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა და მთელი სიცოცხლის განმავლობაში სწავლის ვალდებულება.

კლინიკურ საქმიანობაში პროფესიონალიზმის მიმართ დამოკიდებულების შესწავლის ერთი და იგივე კითხვარი გამოვიყენეთ როგორც სტუდენტების, ისე პაციენტების გამოკითხვის პროცესში.

ექიმის აკადემიურ საქმიანობაში პროფესიონალიზმის მიმართ დამოკიდებულებების შესწავლისათვის და სტუდენტებისათვის სასურველი ექიმი-მასწავლებლის მოდელის კონცეპტუალიზაციისათვის შევადგინეთ კითხვარი (*ბლოკი P1.2*), რომელშიც შევიტანეთ ლიტერატურაში არსებული ექიმი-მასწავლებლის პროფესიონალიზმის განმარტებებიდან ყველაზე ხშირად გამოყენებული მეტად მნიშვნელოვანი 18 თვისება. ესენია: დარგის ფართო ცოდნა და მაღალი პროფესიონალიზმი, ეფექტური კომუნიკაციის უნარი, მაღალი ეთიკური სტანდარტების/ქცევის ეტიკეტის დაცვა, კარგად ორგანიზებული სასწავლო მასალა, ამხვილებს ყურადღებას კურსის შედეგების მნიშვნელობაზე პრაქტიკულ საქმიანობაში, შეფასების სისტემა ობიექტური და ადეკვატურია, ხელს უწყობს სტუდენტების დისკუსიაში ჩართვას და მათი აზრის გამოთქმას, სწავლების პროცესში აღვივებს ცოდნის მიღების სურვილს, ხელს უწყობს სტუდენტის დამოუკიდებელ მუშაობას, ახასიათებს სტუდენტების მიმართ მეგობრული დამოკიდებულება, კარგი იუმორის გრძნობა, ენთუზიაზმით სავსე, ყურადღებიანი, სამართლიანი, იყენებს ინდივიდუალურ მიდგომას, ახასიათებს შემოქმედებითობა, აუდიტორიას უზიარებს საკუთარ გამოცდილებას, მისი უკუკავშირი და შეფასება მეტად ღირებულია.

რაც შეეხება მომავალ კარიერულ არჩევანთან დაკავშირებული უპირატესობების შესწავლას, კითხვარში (*ბლოკი P2*) შევიტანეთ ოცამდე სპეციალობა საექიმო სპეციალობათა ნუსხიდან:<sup>1</sup> თერაპევტი/ოჯახის ექიმი, ქირურგი, ანესთეზიოლოგი-რეანიმატოლოგი, ტრავმატოლოგი, კარდიოლოგი, ონკოლოგი, ინფექციონისტი, ოტოლარინგოლოგი, პედიატრი, ნევროპათოლოგი, ფსიქიატრი, ოფთალმოლოგი, მეან-

---

<sup>1</sup>საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N136/ნ საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ.

გინეკოლოგი, ფტიზიატრი, დერმატო-ვენეროლოგი, ენდოკრინოლოგი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექიმი. რესპოდენტებს მიეცათ ასევე შესაძლებლობა დაესახელებინათ სხვა სპეციალობა, რომელიც ჩვენს ჩამონათვალში არ იყო ან დაეფიქსირებინათ, რომ სპეციალობის არჩევანთან დაკავშირებით ჯერ არ აქვთ გადაწყვეტილება მიღებული.

## ბლოკი E

*საგანმანათლებლო გარემოს მიმართ არსებული მოლოდინი სამედიცინო განათლების ხარისხის გაუმჯობესებისა და ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ეფექტური განვითარების ხელშეწყობის კონტექსტში (ბლოკი E).* როგორც წესი, საგანმანათლებლო გარემო რუტინულად ფასდება განათლების ხარისხის გაუმჯობესების კუთხით და აღნიშნული ტრადიცია დამკვიდრებულია საქართველოს უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებებში, ამდენად მოცემულ ბლოკში ჩვენ მიზნად დავისახეთ გამოგვევლინა სტუდენტების აზრით საგანმანათლებლო გარემოში არსებული სარეზერვო პოტენციალი, რომლის ამოქმედება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სამედიცინო განათლების ხარისხის გაუმჯობესებისათვის და ადამიანური რესურსების ეფექტური განვითარებისათვის. ჩვენს მიერ შემუშავებული კითხვარი დაეფუძნა სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციის მიერ მოწოდებულ სამედიცინო განათლების ხარისხის ინდიკატორებს. ბლოკის კითხვარი გავყავით ოთხ ქვეჯგუფად. I ქვეჯგუფში გაერთიანებულია საგანმანათლებლო პროგრამასთან დაკავშირებული საკითხები, როგორცაა: კლინიკური უნარ-ჩვევების გამომუშავების გაუმჯობესება; ისეთი პროგრამული ცვლილებების განხორციელება, რომლებიც უზრუნველყოფს სასწავლო კურსებს შორის ინტეგრაციის ზრდას და პრაქტიკული საექიმო საქმიანობის პრობლემატიკაზე ორიენტაციას; ისეთი პროგრამული ცვლილებების განხორციელება, რომელიც გაზრდის მისი თითოეული კომპონენტის სწავლის საბოლოო შედეგებზე ორიენტაციას; პროგრამაში ელექტიური/არჩევითი კურსების წილის გაზრდა; სამეცნიერო უნარ-ჩვევების სწავლების გაუმჯობესება. II ქვეჯგუფში გაერთიანებულია სასწავლო პროცესის ორგანიზებასა და სასწავლო გარემოსთან დაკავშირებული საკითხები, როგორცაა:

კლინიკურ გარემოში სწავლების წილის გაზრდა; პროგრამული სწავლების ფორმატში სწავლისა და კვლევის მიზნით სტუდენტთა საზღვარგარეთ მობილობის (ინტერნაციონალიზაცია) გაზრდა; სასწავლო პროცესის ორგანიზების არსებული წესის (ასპექტების) შესახებ სტუდენტთა ინფორმირებულობის ზრდის (მაგ. კონსულტაციები) ხელშეწყობა; აკადემიური პერსონალის დატვირთვის სქემაში სტუდენტთან ინდივიდუალური მუშაობის წილის გაზრდა (სტუდენტთა მიღწევების გასაუმჯობესებლად); კვლევით პროექტებში სტუდენტთა ჩართულობის გაზრდა. III ქვეჯგუფში გაერთიანებულია პედაგოგებთან და სწავლების მეთოდებთან დაკავშირებული საკითხები, როგორცაა: კლინიკურ გარემოში სწავლების ფორმის, შინაარსისა და ა.შ. მეთოდის გაუმჯობესება; სტუდენტთა პრობლემებზე პედაგოგთა უკეთ ფოკუსირების ხელშეწყობა; მეცადინეობის მიზნისა და სწავლების სასურველ შედეგთან სწავლების/სწავლის ფორმების შესაბამისობის უზრუნველყოფა; ინტერაქტიული ლექცია-სემინარების წილის გაზრდა; აკადემიური შტატის პედაგოგების უნარ-ჩვევების განვითარების ხელშეწყობა. IV ქვეჯგუფში გაერთიანებულია შეფასების მეთოდებთან დაკავშირებული საკითხები, როგორცაა: ცოდნის შეფასების სტრატეგიის შესახებ სტუდენტთა ინფორმირებულობის გაზრდა; შეფასების წესების, პროცედურების, ობიექტურობის გაზრდა. კითხვარი იძლევა შესაძლებლობას ოთხივე ქვეჯგუფთან დაკავშირებით სტუდენტმა დამატებით დააფიქსიროს საკუთარი აზრი.

კვლევის დიზაინი შეესაბამება საერთაშორისოდ აღიარებულ მიდგომებს. კვლევაში გამოვიყენეთ რაოდენობრივი კვლევის მეთოდი. რანჟირებისთვის გამოყენებული იქნა ლიკერტის ხუთ ქულიანი სკალა. კოდიფიცირებული კითხვარები შეტანილი იქნა და შემდეგ მონაცემთა დამუშავებისათვის გამოყენებული იქნა SPSS-ის XVII ვერსია, ძირითადად აღწერითი სტატისტიკის ოპერაციები.

მეთოდი	•რაოდენობრივი
ტექნიკა	•გამოკითხვა
არეალი	•დედაქალაქი, რეგიონული ქალაქი •დედაქალაქი, რეგიონული ქალაქი, სოფელი
სამიზნე ჯგუფი	•სტუდენტები •პაციენტები
შერჩევის ზომა	• 720 • 420
შერჩევის მეთოდი	•შემთხვევითი შერჩევა
მონაცემთა დამუშავების ინსტრუმენტი	• SPSS-17

გამოკითხვა ჩატარდა საქართველოს ყველა საგანმანათლებლო დაწესებულებაში, სადაც კვლევის ჩატარების პროცესში მოქმედებდა მედიცინის აკრედიტებული საგანმანათლებლო პროგრამა.

თანამედროვე ეტაპზე სტუდენტების ტრანსმიგრაცია სამედიცინო განათლების მზარდ ტენდენციას წარმოადგენს მსოფლიოს მასშტაბით. უკანასკნელი რამდენიმე წლის განმავლობაში საქართველოს უმაღლესი სამედიცინო საგანმანათლებლო სფერო მიმზიდველი გახდა უცხო ქვეყნის მოქალაქეებისთვისაც, უპირატესად ამოქმედდა ინგლისურენოვანი პროგრამები. ქვეყანაში ყოველწლიურად მატულობს უცხოელი სტუდენტების რაოდენობა. ჩავთვალოთ, რომ საინტერესო იქნებოდა მოტივაციისა და პროფესიონალიზმის საკითხებთან მიმართებით იმავე საგანმანათლებლო სივრცეში მყოფი უცხო ქვეყნის მოქალაქე სტუდენტების აზრის შესწავლა. ამდენად, გამოკითხვა (ბლოკი M და ბლოკი P) ჩავატარეთ როგორც ქართულენოვან (შემდგომ ტექსტში - სტუდენტთა I ჯგუფი), ისე ინგლისურენოვან ჯგუფებში (შემდგომ ტექსტში - სტუდენტთა II ჯგუფი) .

სულ საგანმანათლებლო დაწესებულებებში დარიგებული იქნა 720 კითხვარი (50% ქართულენოვანი და 50% ინგლისურენოვანი), დაბრუნებული იქნა 718 კითხვარი, თუმცა სრულად შევსებული და ანალიზისათვის გამოყენებული იქნა 652 კითხვარი, მათ შორის 310 ქართულენოვანი (სტუდენტთა I ჯგუფი) და 342 ინგლისურენოვანი (სტუდენტთა II ჯგუფი) კითხვარი (დამუშავებული პასუხების წილი 90,5%).

პროფესიონალიზმთან დამოკიდებულების შესწავლის მიზნით გამოკითხვა სტუდენტების გარდა ჩავატარეთ პაციენტებში, საზოგადოების მხრიდან არსებული მოლოდინისა და სტუდენტთა დამოკიდებულებების შედარებითი ანალიზის ჩატარების მიზნით. კითხვარის პროფესიონალიზმთან დაკავშირებული ფრაგმენტი (ბლოკი P1) პაციენტებს დაურთდათ სამედიცინო მომსახურებით პაციენტთა კმაყოფილების დონის შეფასების მიზნით ჩატარებული კვლევის პარალელურად.<sup>1</sup>

სამედიცინო მომსახურებით პაციენტთა კმაყოფილების დონის შესაფასებლად კვლევაში მონაწილეობა შეთავაზებული იქნა სულ 420 პაციენტისათვის, გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო სულ 382 პაციენტმა (პასუხები წილი 90,1%). კვლევაში ჩართული იქნა 18 წელზე მეტი ასაკის პაციენტები.

*კვლევის ეთიკური ასპექტები.* ყველა სტუდენტს და პაციენტს მიეწოდა ინფორმაცია კვლევის მიზნების და გამოკითხვის ანონიმურობის და შედეგების კონფიდენციალობის შესახებ. სტუდენტებს და პაციენტებს მიეწოდათ ასევე ინფორმაცია გამოკითხვაში მონაწილეობის მიღებაზე უარის თქმის შესაძლებლობის შესახებ. პაციენტებს მიეცათ შეთავაზება ექიმთან ვიზიტის შემდეგ მოსაცდელ ოთახში ეპასუხათ შეკითხვებზე.

---

<sup>1</sup> ნატო ფიცხელაური „სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განვითარების პერსპექტივები საქართველოში“, თსუ გამომცემლობა, 2012.



## 2.2 კვლევის შედეგები

### ბლოკი D

ა) *სტუდენტები*. გამოკითხვაში მონაწილე სტუდენტების 63.5% შეადგინეს ქალებმა, ხოლო სტუდენტთა 36.5% - მამაკაცებმა. გამოკითხულ სტუდენტთა საშუალო ასაკია 20.76 (სტანდარტული გადახრა 1,87), მედიანა-20, მოდა-20, ასაკობრივი ინტერვალი 17-26. (მინიმალური ასაკი 17, მაქსიმალური ასაკი 26). ქალი სტუდენტებისათვის საშუალო ასაკია 20,76 (სტანდარტული გადახრა 1,86), ხოლო მამაკაცი სტუდენტებისათვის - 20,71 (სტანდარტული გადახრა 1,9). სტუდენტების დემოგრაფიული მახასიათებლები წარმოდგენილია ცხრილში №8.

ცხრილი №8 რესპოდენტების (სტუდენტების) დემოგრაფიული პროფილი

დამოუკიდებელი ცვლადები	n	%
<b>სქესი</b>		
ქალი	<b>414</b>	<b>63,5</b>
მამაკაცი	<b>238</b>	<b>36,5</b>
<b>ჯგუფი</b>		
პირველი	<b>310</b>	<b>47,5</b>
მეორე	<b>342</b>	<b>52,5</b>
<b>სწავლების წელი</b>		
პირველი	<b>102</b>	<b>15,7</b>
მეორე	<b>114</b>	<b>17,5</b>
მესამე	<b>117</b>	<b>17,9</b>
მეოთხე	<b>103</b>	<b>15,8</b>
მეხუთე	<b>101</b>	<b>15,4</b>
მეექვსე	<b>115</b>	<b>17,7</b>

სტუდენტების 26.7% აღნიშნავს, რომ სკოლა დაასრულა დედაქალაქში; 43.9% - ქალაქში, ხოლო 29.4% - სოფელში. სტუდენტების უმეტესობა, დაახლოებით 85,6%, სწავლობს დედაქალაქში. სტუდენტების 18,3% აღნიშნავს, რომ მისი ერთ-ერთი მშობელი ექიმია (13% - დედა ექიმი და 5.3% - მამა ექიმი), სტუდენტების 8%-ის ორივე მშობელი ექიმია, ხოლო 17,3% ოჯახის წევრია-ექიმი. ამგვარად გამოკითხულ სტუდენტთა 43,5%, «ექიმის ოჯახიდან» არის. გამოკითხულ სტუდენტთა უმეტესობა (58,8%) აღნიშნავს, რომ აქვს მაღალი აკადემიური მოსწრება (81-100 ქულა).

სტატისტიკური ანალიზის შედეგად მნიშვნელოვანი კორელაციები ასაკთან, სწავლების წელთან და უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულების მიკუთვნებასთან მიმართებაში არ გამოვლინდა.

ბ) *პაციენტები*. რესპონდენტთა 59,9% შეადგინეს ქალებმა (229), ხოლო 40,1% - მამაკაცებმა (229). რესპონდენტთა საშუალო ასაკმა შეადგინა 51,4 წელი (სტანდარტული გადახრა 14,78; მედიანა 57, ხოლო მოდა 58). ქალი რესპონდენტების საშუალო ასაკმა შეადგინა 49,5 წელი, სტანდარტული გადახრა 15,77. მამაკაცი რესპონდენტების საშუალო ასაკმა შეადგინა 54,3 წელი, სტანდარტული გადახრა 12,67. რესპონდენტების დემოგრაფიული მახასიათებლები წარმოდგენილია ცხრილში №9.

ცხრილი №9 რესპონდენტების(პაციენტების) დემოგრაფიული პროფილი

დამოუკიდებელი ცვლადები	n	%
<b>სქესი</b>		
ქალი	229	59,9
მამაკაცი	153	40,1
<b>ასაკი</b>		
18-39	121	31,6
40-65	192	50,3
>65	69	18,1
<b>საცხოვრებელი ადგილი</b>		
დედაქალაქი	117	30,6
ქალაქი	131	34,3
სოფელი	134	35,1

**ბლოკი M**

სამედიცინო განათლების მიღების მოტივაცია

**M1-პირველადი მოტივაცია (MIS1-სტუდენტთა I ჯგუფი)**

ჩატარებული კვლევის შედეგების თანახმად სტუდენტებისათვის მედიცინის დარგის/ექიმის სპეციალობის დაუფლების და მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამაზე ჩაბარების წამყვანი მოტივაციებია:

- ✓ პაციენტების ჯანმრთელობაზე ზრუნვა;
- ✓ უახლოესი ადამიანების ჯანმრთელობაზე ზრუნვა;
- ✓ სამედიცინო საქმიანობის მიმართ ინტერესი.

სტუდენტებისათვის სამედიცინო განათლების მიღების მნიშვნელოვანი მოტივაციებია:

- ✓ საზოგადოების კეთილდღეობაზე ზრუნვა ;
- ✓ საპასუხისმგებლო სამუშაოს შესრულება;
- ✓ დამოუკიდებლად გადაწყვეტილებების მიღების პერსპექტივა.

წამყვანი და მნიშვნელოვანი მოტივაციები გაერთიანებულია ორ კატეგორიაში: პაციენტებზე ზრუნვა და საქმიანობის სახე (ცხრილი №10).

ცხრილი №10 სტუდენტების I ჯგუფის პირველადი მოტივაცია

მოტივაცია - M1S1	M	ST
სამედიცინო საქმიანობის მიმართ ინტერესი	4.74	0.64
მაღალი შემოსავალი	3.97	0.97
პაციენტების ჯანმრთელობაზე ზრუნვა	4.8	0.57
სამედიცინო მეცნიერებების მიმართ ინტერესი	4.22	0.89
არ ვიცი რატომ ავირჩიე მედიცინის დარგი	1.46	1.03
საქმიანობის ინტელექტუალური ხასიათი	4.22	0.87
ერთნაირი ღირებულებების და განათლების მქონე პროფესიონალთა გარემოში ყოფნა	4.22	0.93
მაღალი სოციალური სტატუსი/პრესტიჟი	3.99	1.06
საპასუხისმგებლო სამუშაოს შესრულება	4.5	0.86
საზოგადოების კეთილდღეობაზე ზრუნვა	4.55	0.75
მკურნალობის ახალი მეთოდების აღმოჩენაში მონაწილეობის პერსპექტივა	4.2	0.91
ადამიანებთან ყოველდღიური კომუნიკაცია	4.23	0.81
საზოგადოებაში წარმატებული ადამიანის სტატუსის მოპოვება	4.28	0.93
დამოუკიდებლად გადაწყვეტილებების მიღების პერსპექტივა	4.5	0.73
უახლოესი ადამიანების ჯანმრთელობაზე ზრუნვა	4.75	0.59
კვლევებში მონაწილეობის მიღების პერსპექტივა	4.02	0.93
საზოგადოებაში საჭირო ადამიანის რანგში ყოფნა	4.01	1.07
გარემოებებმა მაიძულებს	1.74	1.21
საზოგადოებაში ჰუმანური ძალისხმევის განხორციელება	3.98	0.97

გენდერთან მიმართებაში მიღებული შედეგებია: ქვეკატეგორია «საზოგადოების კეთილდღეობაზე ზრუნვა» ძალიან მნიშვნელოვანია გამოკითხული ქალების 72.3%-თვის და გამოკითხულ მამაკაცთა 57.8%-თვის; მნიშვნელოვანია გამოკითხული ქალების 22.3%-თვის და გამოკითხულ მამაკაცთა 11.9%-თვის; ამავე დროს «საზოგადოების კეთილდღეობაზე ზრუნვა» ძალიან მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა რესპოდენტებისათვის, რომელთა შორის 68.3% - ქალია, ხოლო 57.8% - მამაკაცი; იგივე ქვეკატეგორია

მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა რესპოდენტებისათვის, რომელთა შორის 58.3% - ქალია და 41.7% - მამაკაცი.

ქვეკატეგორია «პაციენტებზე ზრუნვა» ძალიან მნიშვნელოვანია გამოკითხული ქალების 88.4%-თვის და გამოკითხულ მამაკაცთა 77.8%-თვის; მნიშვნელოვანია გამოკითხული ქალების 10.5%-თვის და გამოკითხულ მამაკაცთა 16.7%-თვის; ამავე დროს «პაციენტებზე ზრუნვა» ძალიან მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა რესპოდენტებისათვის, რომელთა შორის 66.7% ქალია, ხოლო 33.3% - მამაკაცი; იგივე ქვეკატეგორია მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა რესპოდენტებისათვის, რომელთა შორის 52.6% - ქალია და 47.4% - მამაკაცი.

საქმიანობის სახის კატეგორიიდან სტუდენტებისათვის ყველაზე მნიშვნელოვანი ქვეკატეგორია არის «სამედიცინო საქმიანობის მიმართ ინტერესი». ამ კატეგორიიდან სტუდენტებისათვის ნაკლებად პრიორიტეტული აღმოჩნდა «საქმიანობის ინტელექტუალური ხასიათი» და «ადამიანებთან ყოველდღიური კომუნიკაცია».

საზოგადოებრივი სტატუსის კატეგორიიდან სტუდენტებისათვის უფრო მეტად მნიშვნელოვანი ქვეკატეგორია აღმოჩნდა «წარმატებული პროცესების სტატუსი» და ნაკლებად პრიორიტეტული ისეთი ქვეკატეგორიები, როგორცაა: «მაღალი შემოსავალი» და «მაღალი სოციალური სტატუსი/პრესტიჟი», ასევე «ერთნაირი ღირებულებების და განათლების მქონე პროფესიონალთა გარემოში ყოფნა» და «საზოგადოებაში საჭირო ადამიანის რანგში ყოფნა».

მეცნიერების კატეგორიიდან სტუდენტებისათვის უფრო მეტად მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა მხოლოდ ქვეკატეგორია «მკურნალობის ახალი მეთოდების აღმოჩენაში მონაწილეობის პერსპექტივა» და ნაკლებად პრიორიტეტული «სამედიცინო მეცნიერების მიმართ ინტერესი» და «კვლევებში მონაწილეობის მიღების პერსპექტივა».

ქვეკატეგორია «მკურნალობის ახალი მეთოდების აღმოჩენაში მონაწილეობის პერსპექტივა» ძალიან მნიშვნელოვანია გამოკითხული ქალების 45.3%-თვის და გამოკითხულ მამაკაცთა 43.9%-თვის; მნიშვნელოვანია გამოკითხული ქალების 41.6%-თვის და გამოკითხულ მამაკაცთა 29.9%-თვის. ამავე დროს «მკურნალობის ახალი

მეთოდების აღმოჩენაში მონაწილეობის პერსპექტივა» ძალიან მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა რესპოდენტებისათვის, რომელთა შორის 64.7% - ქალია, ხოლო 35.3% - მამაკაცი.

**M2-აკადემიური მოტივაცია (M2S1-სტუდენტთა I ჯგუფი)**

მიღებული შედეგების მიხედვით სტუდენტებისათვის სამ წამყვან აკადემიურ მოტივაციას წარმოადგენს:

- ✓ მაღალი კომპეტენციების მქონე სპეციალისტად ჩამოყალიბება;
- ✓ მომავალი პროფესიული საქმიანობის წარმატების უზრუნველყოფა;
- ✓ სიღრმისეული და მყარი ცოდნის შექმნა მედიცინაში.

ცხრილი №11 სტუდენტთა I ჯგუფის აკადემიური მოტივაცია

მოტივაცია - M2S1	M	ST
<b>შინაგანი მოტივაცია-ცოდნის დაუფლება-ღრმა ცოდნის მიღება</b>		
მედიცინის ახალი დისციპლინების შესწავლის ინტერესი	4.22	0.81
სამედიცინო დისციპლინების შესახებ ცოდნის გაფართოება	4.4	0.82
სიღრმისეული და მყარი ცოდნის შექმნა	4.69	0.62
ინტელექტუალური მოთხოვნილების დაკმაყოფილება	4.22	0.80
მაღალი კომპეტენციების მქონე ექიმად ჩამოყალიბება	4.73	0.64
<b>გარეგანი მოტივაცია-წარმატების მიღწევა-ღრმა</b>		
მომავალი პროფესიული საქმიანობის წარმატების უზრუნველყოფა	4.71	0.59
მაღალი შეფასებების მიღება	3.84	1.11
საკუთარ შესაძლებლობებში დარწმუნება	4.52	0.73
სტუდენტებს შორის წარმატებულის სტატუსის მოპოვება	3.78	1.15
მასწავლებელთა კეთილგანწყობის მოპოვება	3.59	1.24
<b>გარეგანი მოტივაცია-წარუმატებლობის შიში-ზედაპირული</b>		
საკუთარი შედეგების მეგობრების მიღწევებთან გათანაბრება	3.61	1.26
ოჯახური გარემოდან გაკიცხვის თავიდან აცილება	2.71	1.45
ლექტორთა მოთხოვნების დაკმაყოფილება	3.27	1.34
<b>გარეგანი მოტივაცია-ალტერნატივის არარსებობა</b>		
რადგან ჩავირიცხე მედიცინაზე, სწავლა უნდა დავასრულო	3.52	1.64
სხვა (გთხოვთ, მიუთითოთ)		

სტუდენტებისათვის სამედიცინო განათლების მიღების მნიშვნელოვანი აკადემიური მოტივაციებია:

- ✓ საკუთარ შესაძლებლობებში დარწმუნება;
- ✓ სამედიცინო დისციპლინებზე ცოდნის გაფართოება.

მინიმალური მნიშვნელობა აქვს სტუდენტებისათვის ისეთ მოტივაციებს, როგორცაა:

- ✓ ლექტორთა მოთხოვნების დაკმაყოფილება;

- ✓ ოჯახური გარემოდან გაკიცხვის თავიდან აცილება.

კვლევის შედეგების თანახმად წამყვანი სამი აკადემიური მოტივაციიდან ორი წარმოადგენს შინაგანი ფაქტორების კატეგორიას, ხოლო ერთი გარეგანი ფაქტორების კატეგორიას, მნიშვნელოვანი ორი მოტივაციაც ორ იმავე კატეგორიაშია გაერთიანებული (ცხრილი №11). სტუდენტების პირველი ჯგუფის მიერ დასახელებული წამყვანი და მნიშვნელოვანი მოტივაციები განაპირობებენ ღრმა ცოდნის მიღებას.

**ბლოკი M1-პირველადი მოტივაცია (M1S2-სტუდენტთა II ჯგუფი)**

ჩატარებული კვლევის შედეგების თანახმად სტუდენტთა II ჯგუფისათვის მედიცინის დარგის/ექიმის სპეციალობის დაუფლების და მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამაზე ჩაბარების წამყვანი მოტივაციებია:

- ✓ პაციენტების ჯანმრთელობაზე ზრუნვა;
- ✓ სამედიცინო საქმიანობისადმი ინტერესი;
- ✓ საპასუხისმგებლო სამუშაოს შესრულება.

ცხრილი №12 სტუდენტთა II ჯგუფის პირველადი მოტივაცია

მოტივაცია - M1S2	M	ST
სამედიცინო საქმიანობის მიმართ ინტერესი	4.27	.761
მაღალი შემოსავალი	3.21	1.038
პაციენტების ჯანმრთელობაზე ზრუნვა	4.38	.853
სამედიცინო მეცნიერებების მიმართ ინტერესი	4.00	.916
არ ვიცი რატომ ავირჩიე მედიცინის დარგი	2.00	1.481
საქმიანობის ინტელექტუალური ხასიათი	3.76	.969
ერთნაირი ღირებულებების და განათლების მქონე პროფესიონალთა გარემოში ყოფნა	3.76	1.075
მაღალი სოციალური სტატუსი/პრესტიჟი	3.91	1.026
საპასუხისმგებლო სამუშაოს შესრულება	4.26	.864
საზოგადოების კეთილდღეობაზე ზრუნვა	4.15	.989
მკურნალობის ახალი მეთოდების აღმოჩენაში მონაწილეობის პერსპექტივა	4.03	1.015
ადამიანებთან ყოველდღიური კომუნიკაცია	3.85	1.228
საზოგადოებაში წარმატებული ადამიანის სტატუსის მოპოვება	3.94	1.099
დამოუკიდებლად გადაწყვეტილებების მიღების პერსპექტივა	3.79	.960
უახლოესი ადამიანების ჯანმრთელობაზე ზრუნვა	3.76	1.103
კვლევებში მონაწილეობის მიღების პერსპექტივა	3.91	1.088
საზოგადოებაში საჭირო ადამიანის რანგში ყოფნა	3.39	1.298
გარემოებებმა მაიძულეს	3.33	1.407
საზოგადოებაში ჰუმანური ძალისხმევის განხორციელება	3.94	1.116

სტუდენტებისათვის სამედიცინო განათლების მიღების მნიშვნელოვანი მოტივაციებია:

- ✓ საზოგადოების კეთილდღეობაზე ზრუნვა;
- ✓ მკურნალობის ახალი მეთოდების აღმოჩენაში მონაწილეობის პერსპექტივა;
- ✓ სამედიცინო მეცნიერებების მიმართ ინტერესი.

სტუდენტთა II ჯგუფისათვის წამყვანი მოტივაციები გაერთიანებულია ორ კატეგორიაში: პაციენტებზე ზრუნვა და საქმიანობის სახე, ხოლო მნიშვნელოვანი მოტივაციები გაერთიანებულია კატეგორიებში: პაციენტებზე ზრუნვა და სამედიცინო მეცნიერება (ცხრილი №12).

**ბლოკი M2-აკადემიური მოტივაცია(M2S2-სტუდენტთა II ჯგუფი)**

მიღებული შედეგების მიხედვით სტუდენტებისათვის სამ წამყვან აკადემიურ მოტივაციას წარმოადგენს:

- ✓ სიღრმისეული და მყარი ცოდნის შექმნა;
- ✓ სტუდენტებს შორის წარმატებულის სტატუსის მოპოვება;
- ✓ მაღალი შეფასებების მიღება.

ცხრილი №13 სტუდენტთა II ჯგუფის აკადემიური მოტივაცია

მოტივაცია - M2S2	M	ST
<b>შინაგანი მოტივაცია-ცოდნის დაუფლება-ღრმა ცოდნის მიღება</b>		
მედიცინის ახალი დისციპლინების შესწავლის ინტერესი	3.88	1.066
სამედიცინო დისციპლინების შესახებ ცოდნის გაფართოება	3.79	.927
<b>სიღრმისეული და მყარი ცოდნის შექმნა</b>	<b>4.44</b>	<b>.660</b>
ინტელექტუალური მოთხოვნილების დაკმაყოფილება	4.02	.977
მაღალი კომპეტენციების მქონე ექიმად ჩამოყალიბება	3.88	1.122
<b>გარეგანი მოტივაცია-წარმატების მიღწევა-ღრმა</b>		
მომავალი პროფესიული საქმიანობის წარმატების უზრუნველყოფა	3.94	.952
<b>მაღალი შეფასებების მიღება</b>	<b>4.24</b>	<b>.819</b>
საკუთარ შესაძლებლობებში დარწმუნება	3.65	1.368
<b>სტუდენტებს შორის წარმატებულის სტატუსის მოპოვება</b>	<b>4.30</b>	<b>.951</b>
მასწავლებელთა კეთილგანწყობის მოპოვება	4.03	.834
<b>გარეგანი მოტივაცია-წარუმატებლობის შიში-ზედაპირული</b>		
საკუთარი შედეგების მეგობრების მიღწევებთან გათანაბრება	3.06	1.413
ოჯახური გარემოდან გაკიცხვის თავიდან აცილება	4.06	.933
ლექტორთა მოთხოვნების დაკმაყოფილება	3.36	1.388
<b>გარეგანი მოტივაცია-ალტერნატივის არქონა</b>		
რადგან ჩავირიცხე მედიცინაზე, სწავლა უნდა დავასრულო	2.91	1.553
სხვა (გთხოვთ, მიუთითოთ)		

სტუდენტებისათვის სამედიცინო განათლების მიღების მნიშვნელოვანი აკადემიური მოტივაციებია:

- ✓ ოჯახური გარემოდან გაკიცხვის თავიდან ასაცილებლად;
- ✓ მასწავლებელთა კეთილგანწყობის მოპოვება.

მინიმალური მნიშვნელობა აქვს სტუდენტებისათვის ისეთ მოტივაციებს, როგორცაა:

- ✓ არ ჩამოვრჩე მეგობრებს;
- ✓ რადგან ჩავირიცხე მედიცინაზე, სწავლა უნდა დავასრულო.

კვლევის შედეგების თანახმად წამყვანი სამი აკადემიური მოტივაციიდან ორი წარმოადგენს გარეგანი ფაქტორების კატეგორიას, ხოლო ერთი შინაგანი ფაქტორების კატეგორიას, მნიშვნელოვანი ორივე მოტივაცია გარეგანი ფაქტორების კატეგორიას მიეკუთვნება (ცხრილი №13) სტუდენტების მიერ დასახელებული წამყვანი მოტივაციები განაპირობებენ ღრმა ცოდნის მიღებას, ხოლო მნიშვნელოვანი მოტივაციებიდან ერთი განაპირობებს ღრმა ცოდნის მიღებას, ხოლო მეორე-ზედაპირული ცოდნის მიღებას.

**ბლოკი P**

*პროფესიონალიზმის მიმართ დამოკიდებულება და მომავალ კარიერასთან დაკავშირებული მოლოდინი*

***P1-ექიმის კლინიკურ საქმიანობაში პროფესიონალიზმის მიმართ დამოკიდებულება და ექიმი-კლინიცისტის სასურველი პროფესიული მოდელი (P1.1S1-სტუდენტთა I გგუფი)***

ექიმის კლინიკურ საქმიანობაში პროფესიონალიზმის მიმართ დამოკიდებულების და სტუდენტებისათვის სასურველი ექიმი-კლინიცისტის პროფესიული მოდელის კონცეპტუალიზაციის კვლევის შედეგების მიხედვით (ცხრილი №14) სტუდენტებისთვის ექიმის კლინიკურ საქმიანობაში პროფესიონალიზმის ყველაზე მნიშვნელოვანი მახასიათებლებია:

- ✓ დარგის სირღმისეული ცოდნა და პროფესიული უნარ-ჩვევები;
- ✓ მაღალი ეთიკური სტანდარტების დაცვის უნარი;
- ✓ ეფექტური კომუნიკაციის უნარი (პაციენტებთან, პაციენტის ნათესავებთან, ნებისმიერ პირთან);



- ✓ სამედიცინო საქმიანობის სამართლებრივი პრინციპების (მათ შორის პაციენტთა უფლებების) დაცვის უნარი.

სტუდენტებისთვის პროფესიონალიზმის მნიშვნელოვანი მახასიათებლებია:

- ✓ პაციენტის ღირსების (სოციალური, კულტურული, რელიგიური, ეთნიკური კუთვნილების) პატივისცემა;
- ✓ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა;
- ✓ მთელი სიცოცხლის განმავლობაში სწავლის ვალდებულება;
- ✓ ჰუმანისტური ღირებულებების ფლობა.

ცხრილი №14 ექიმი-კლინიცისტის პროფესიული მოდელი - სტუდენტების I ჯგუფი

ექიმი-კლინიცისტის პროფესიული მოდელი - P1.1S1	M	ST
დარგის სირღმისეული ცოდნა და პროფესიური უნარ-ჩვევები	4.93	.380
მაღალი ეთიკური სტანდარტების დაცვა	4.77	.527
საკუთარი ინტერესების დაქვემდებარება პაციენტის ინტერესებისადმი (ალტრუიზმი)	4.21	.923
ჰუმანისტური ღირებულებების (მზრუნველობა, თანაგრძნობა) ფლობა	4.56	.563
სამედიცინო საქმიანობის სამართლებრივი პრინციპების (მათ შორის პაციენტთა უფლებების) დაცვის უნარი	4.65	.561
პაციენტის ღირსების (სოციალური, კულტურული, რელიგიური, ეთნიკური კუთვნილების) პატივისცემა	4.55	.614
ეფექტური კომუნიკაციის უნარი (პაციენტებთან, პაციენტის ნათესავებთან, ნებისმიერ პირთან)	4.78	.515
ანგარიშვალდებულება (საკუთარი თავის, კოლეგების, საზოგადოების წინაშე)	4.31	.705
საკუთარი ქმედებებისა და გადაწყვეტილებების კრიტიკული შეფასების უნარი	4.35	.632
კონსტრუქტიული კრიტიკის მიღების უნარი (კოლეგებისაგან, უფროსებისაგან, სტუდენტებისაგან)	4.34	.692
ლიდერობის უნარი	4.14	.907
ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან ჯგუფში მუშაობის უნარი	4.33	.747
სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე (ხელმისაწვდომობა, უწყვეტობა, ხარისხი) პასუხისმგებლობა	4.36	.752
საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა	4.54	.741
მთელი სიცოცხლის განმავლობაში სწავლის ვალდებულება	4.53	.778

მიღებული შედეგების თანახმად სტუდენტებმა ყველაზე ნაკლები მნიშვნელობა მიანიჭეს პროფესიონალიზმის ისეთ მახასიათებლებს, როგორცაა:

- ✓ ლიდერობის უნარი;
- ✓ საკუთარი ინტერესების დაქვემდებარება პაციენტის ინტერესებისადმი (ალტრუიზმი);

✓ ანგარიშვალდებულება (საკუთარი თავის, კოლეგების, საზოგადოების წინაშე) (48,7%);

✓ ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან ჯგუფში მუშაობის უნარი (34,4%).

***P1-ექიმის აკადემიურ საქმიანობაში პროფესიონალიზმის მიმართ დამოკიდებულება და ექიმი-მასწავლებლის სასურველი პროფესიული მოდელი (P1.2S1-სტუდენტთა I ჯგუფი)***

ექიმის აკადემიურ საქმიანობაში პროფესიონალიზმის მიმართ დამოკიდებულების და ექიმი-მასწავლებლის სასურველი მოდელის კონცეპტუალიზაციის კვლევის შედეგების (ცხრილი №15) თანახმად სტუდენტებმა უპირატესობა მოდელის შემდეგ ხუთ მახასიათებელს მიანიჭეს:

- ✓ დარგის ფართო ცოდნა და მაღალი პროფესიონალიზმი;
- ✓ მაღალი ეთიკური სტანდარტების/ ქცევის ეტიკეტის დაცვა;
- ✓ ეფექტური კომუნიკაციის უნარი;

ცხრილი №15 ექიმი-მასწავლებლის მოდელი - სტუდენტების I ჯგუფი

ექიმი - მასწავლებლის მოდელი - P1.2S1	M	SD
დარგის ფართო ცოდნა და მაღალი პროფესიონალიზმი	4.62	.625
ეფექტური კომუნიკაციის უნარი	4.21	.830
მაღალი ეთიკური სტანდარტების/ქცევის ეტიკეტის დაცვა	4.52	.731
კარგად აქვს ორგანიზებული სასწავლო მასალა	4.20	.901
ამახვილებს ყურადღებას კურსის შედეგების მნიშვნელობაზე პრაქტიკულ საქმიანობაში	3.86	1.19
შეფასების სისტემა ობიექტური და ადეკვატურია	4.24	.885
ხელს უწყობს სტუდენტების დისკუსიაში ჩართვას და მათი აზრის გამოთქმას	4.01	.978
სწავლების პროცესში აღვივებს ცოდნის მიღების სურვილს	4.04	.890
ხელს უწყობს სტუდენტის დამოუკიდებელ მუშაობას	4.01	.989
ახასიათებს სტუდენტების მიმართ მეგობრული დამოკიდებულება	4.01	.979
კარგი იუმორის გრძნობა	4.01	.981
ენტუზიაზმით სავსეა	3.80	1.18
ყურადღებია	3.53	1.29
სამართლიანია	4.01	.95
იყენებს ინდივიდუალურ მიდგომას	4.02	1.09
ახასიათებს შემოქმედებითობა	3.85	.909
აუდიტორიას უზიარებს საკუთარ გამოცდილებას	3.98	1.12
მისი უკუკავშირი და შეფასება მეტად ღირებულია	3.88	1.16

- ✓ შეფასების სისტემა ობიექტური და ადეკვატურია;
- ✓ კარგად აქვს ორგანიზებული სასწავლო მასალა.

სტუდენტებმა ყველაზე ნაკლები მნიშვნელობა მიანიჭეს შემდეგ მახასიათებლებს:

- ✓ ყურადღებიანია;
- ✓ ახასიათებს შემოქმედებითობა;
- ✓ ენთუზიაზმით სავსეა.

**P2 - მომავალ პროფესიულ კარიერასთან დაკავშირებული მოლოდინები (P2S1-სტუდენტთა I ჯგუფი).** მიღებული შედეგების თანახმად გამოკითხულ სტუდენტთა 26,3% მომავალ პროფესიულ არჩევანში უპირატესობას ქირურგის სპეციალობას ანიჭებს, 10,4% - თანაბრად კარდიოლოგობასა და მეანობა-გინეკოლოგობას, ხოლო 7,3% და 7,2%-შესაბამისად ენდოკრინოლოგობას და პედიატრობას (ცხრილი №16).

ცხრილი №16 სტუდენტების I ჯგუფის პროფესიული არჩევანი

პროფესიული არჩევანი - P2S1	%
თერაპევტი/ოჯახის ექიმი	5.7%
ქირურგი	26.3%
ანესთეზიოლოგი-რეანიმატოლოგი	4.3%
ტრავმატოლოგი	4.2%
კარდიოლოგი	10.4%
ონკოლოგი	4.1%
პედიატრი	7.2%
ნევროპათოლოგი	4.1%
მეან-გინეკოლოგი	10.4%
ფსიქიატრი	0.7%
ენდოკრინოლოგი	7.3%
ინფექციონისტი	2.5%
ოტოლარინგოლოგი	1.3%
ოფთალმოლოგი	1.5%
ფტიზიატრი	0.5%
დერმატო-ვენეროლოგი	1.8%
კლინიცისტი, თუმცა ჯერ არჩევანი არ მაქვს გაკეთებული	7.1%
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექიმი	0.2%
არ ვაპირებ მედიცინაში მოღვაწეობას	0.1%

გენდერულ ჭრილში მომავალ პროფესიულ არჩევანს შემდეგი სტრუქტურა აქვს: ქირურგია: 73.4%- მამაკაცი, 26.6%- ქალები; კარდიოლოგია: 19.4% -მამაკაცი, 80.6%-- ქალები; მეანობა-გინეკოლოგია: 25.8%-მამაკაცი, 74.2% - ქალები; ენდოკრინოლოგია: 20. 8% -მამაკაცი, 79.2% - ქალები; პედიატრია: 8%-მამაკაცი, 92%- ქალები; თერაპია: 18.2%- მამაკაცი, 81.8% - ქალები; ანესთეზიოლოგი-რეანიმატოლოგი: 85.7% - ქალი, 14.3% - მამაკაცი; ტრავმატოლოგი: 77.8% - მამაკაცი; 22.2% - ქალი; ონკოლოგი: 77.8% - ქალი, 22.2% - მამაკაცი; ნევროპათოლოგი: 66.7% - ქალი, 33.3% - მამაკაცი.

გამოკითხული სტუდენტების 7,1% (მათ შორის 4,6%-მამაკაცი სტუდენტებია, ხოლო 8,9%-ქალი სტუდენტები) აღნიშნა, რომ ჯერ არ აქვთ გადაწყვეტილება მიღებული მომავალ კარიერულ არჩევანთან და მათთვის სასურველ სპეციალიზაციასთან მიმართებაში.

***P1-ექიმის კლინიკურ საქმიანობაში პროფესიონალიზმის მიმართ დამოკიდებულება და ექიმი-კლინიცისტის სასურველი პროფესიული მოდელი (P1.1S2-სტუდენტთა II ჯგუფი)***

ექიმის კლინიკურ საქმიანობაში პროფესიონალიზმის მიმართ დამოკიდებულების და სტუდენტებისათვის სასურველი ექიმი-კლინიცისტის პროფესიული მოდელის კონცეპტუალიზაციის კვლევის შედეგების მიხედვით (ცხრილი №17) სტუდენტების II ჯგუფისათვის ექიმის კლინიკურ საქმიანობაში პროფესიონალიზმის ყველაზე მნიშვნელოვანი მახასიათებლებია:

- ✓ დარგის სიღრმისეული ცოდნა და პროფესიული უნარ-ჩვევები;

ცხრილი №17 ექიმი-კლინიცისტის პროფესიული მოდელი - სტუდენტების II ჯგუფი

ექიმი-კლინიცისტის პროფესიული მოდელი- P1.1S2	M	ST
დარგის სიღრმისეული ცოდნა და პროფესიული უნარ-ჩვევები	4.44	.860
მაღალი ეთიკური სტანდარტების დაცვა	4.24	.819
საკუთარი ინტერესების დაქვემდებარება პაციენტის ინტერესებისადმი (ალტრუიზმი)	3.94	1.013
ჰუმანისტური ღირებულებების (მზრუნველობა, თანაგრძნობა) ფლობა	4.26	.898
სამედიცინო საქმიანობის სამართლებრივი პრინციპების (მათ შორის პაციენტთა უფლებების) დაცვის უნარი	4.09	1.011
პაციენტის ღირსების (სოციალური, კულტურული, რელიგიური, ეთნიკური კუთვნილების) პატივისცემა	3.91	1.042
ეფექტური კომუნიკაციის უნარი (პაციენტებთან, პაციენტის ნათესავებთან, ნებისმიერ პირთან)	4.32	.843
ანგარიშვალდებულება (საკუთარი თავის, კოლეგების, საზოგადოების წინაშე)	3.85	.795
საკუთარი ქმედებებისა და გადაწყვეტილებების კრიტიკული შეფასების უნარი	3.88	.992
კონსტრუქტიული კრიტიკის მიღების უნარი (კოლეგებისაგან, უფროსებისაგან, სტუდენტებისაგან)	3.62	1.280
ლიდერობის უნარი	3.79	1.149
ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან ჯგუფში მუშაობის უნარი	4.27	.944
სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე (ხელმისაწვდომობა, უწყვეტობა, ხარისხი) პასუხისმგებლობა	4.21	1.095
საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა	4.26	1.082
მთელი სიცოცხლის განმავლობაში სწავლის ვალდებულება	4.09	1.240

- ✓ ეფექტური კომუნიკაციის უნარი (პაციენტებთან, პაციენტის ნათესავებთან, ნებისმიერ პირთან);
- ✓ ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან ჯგუფში მუშაობის უნარი;
- ✓ ჰუმანისტური ღირებულებების ფლობა;
- ✓ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა;
- ✓ მაღალი ეთიკური სტანდარტების დაცვა;
- ✓ სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე (ხელმისაწვდომობა, უწყვეტობა, ხარისხი) პასუხისმგებლობა.

სტუდენტების II ჯგუფისათვის პროფესიონალიზმის მნიშვნელოვანი მახასიათებლებია:

- ✓ სამედიცინო საქმიანობის სამართლებრივი პრინციპების (მათ შორის პაციენტთა უფლებების) დაცვის უნარი;
- ✓ მთელი სიცოცხლის განმავლობაში სწავლის ვალდებულება.

სტუდენტების II ჯგუფისათვის პროფესიონალიზმის შედარებით ნაკლებად მნიშვნელოვანი მახასიათებლებია:

- ✓ საკუთარი ინტერესების დაქვემდებარება პაციენტის ინტერესებისადმი (ალტრუიზმი);
- ✓ პაციენტის ღირსების (სოციალური, კულტურული, რელიგიური, ეთნიკური კუთვნილების) პატივისცემა;
- ✓ ანგარიშვალდებულება (საკუთარი თავის, კოლეგების, საზოგადოების წინაშე);
- ✓ საკუთარი ქმედებებისა და გადაწყვეტილებების კრიტიკული შეფასების უნარი;
- ✓ კონსტრუქტიული კრიტიკის მიღების უნარი (კოლეგებისაგან, უფროსებისაგან, სტუდენტებისაგან);
- ✓ ლიდერობის უნარი.

*P1-ექიმის აკადემიურ საქმიანობაში პროფესიონალიზმის მიმართ დამოკიდებულება და ექიმი-მასწავლებლის სასურველი პროფესიული მოდელი (P1.2S2-სტუდენტთა II ჯგუფი)*

ექიმის აკადემიურ საქმიანობაში პროფესიონალიზმის მიმართ დამოკიდებულების და ექიმი-მასწავლებლის სასურველი მოდელის

კონცეპტუალიზაციის კვლევის შედეგების თანახმად (ცხრილი №18) სტუდენტებმა უპირატესობა მოდელის შემდეგ მახასიათებლებს მიანიჭეს:

- ✓ სწავლების პროცესში აღვივებს ცოდნის მიღების სურვილს;
- ✓ დარგის ფართო ცოდნა და მაღალი პროფესიონალიზმი;
- ✓ ეფექტური კომუნიკაციის უნარი;
- ✓ ახასიათებს სტუდენტების მიმართ მეგობრული დამოკიდებულება;
- ✓ ყურადღებიანია;
- ✓ კარგად აქვს ორგანიზებული სასწავლო მასალა.

ცხრილი №18 ექიმი-მასწავლებლის მოდელი - სტუდენტების II ჯგუფი

ექიმი-მასწავლებლის მოდელი - P1.2S2	M	SD
დარგის ფართო ცოდნა და მაღალი პროფესიონალიზმი	4.41	.925
აქვს ეფექტური კომუნიკაციის უნარი	4.32	1.093
მაღალი ეთიკური სტანდარტების/ქცევის ეტიკეტის დაცვა	4.12	.913
კარგად აქვს ორგანიზებული სასწავლო მასალა	4.18	.869
ამხვილებს ყურადღებას კურსის შედეგების მნიშვნელობაზე პრაქტიკულ საქმიანობაში	4.15	.857
შეფასების სისტემა ობიექტური და ადეკვატურია	3.97	.897
ხელს უწყობს სტუდენტების დისკუსიაში ჩართვას და მათი აზრის გამოთქმას	4.16	.954
სწავლების პროცესში აღვივებს ცოდნის მიღების სურვილს	4.50	.722
ხელს უწყობს სტუდენტის დამოუკიდებელ მუშაობას	4.09	.879
ახასიათებს სტუდენტების მიმართ მეგობრული დამოკიდებულება	4.24	.987
აქვს კარგი იუმორის გრძნობა	4.03	1.029
ენტუზიაზმით სავსეა	4.10	.978
ყურადღებიანია	4.18	.904
სამართლიანია	3.61	1.321
იყენებს ინდივიდუალურ მიდგომას	4.03	1.087
ახასიათებს შემოქმედებითობა	4.03	1.104
აუდიტორიას უზიარებს საკუთარ გამოცდილებას	3.91	1.100
მისი უკუკავშირი და შეფასება მეტად ღირებულია	4.03	1.088

სტუდენტებმა ყველაზე ნაკლები მნიშვნელობა მიანიჭეს შემდეგ მახასიათებლებს:

- ✓ სამართლიანია;
- ✓ აუდიტორიას უზიარებს საკუთარ გამოცდილებას;
- ✓ შეფასების სისტემა ობიექტური და ადეკვატურია.

***P2-მომავალ პროფესიულ კარიერასთან დაკავშირებული მოლოდინი (P2S2-სტუდენტთა II ჯგუფი)***

მიღებული შედეგების თანახმად გამოკითხული სტუდენტების 21,2% მომავალ პროფესიულ არჩევანში უპირატესობას ქირურგის სპეციალობას ანიჭებს, 13,2%-თანაბრად პედიატრობასა და ნევროპათოლოგობას, სტუდენტების 12,1% კი უპირატესობას თერაპევტობას და კარდიოლოგობას ანიჭებს (ცხრილი №19). სტუდენტების 6,8% მომავალ პროფესიონალურ საქმიანობას უკავშირებს ფსიქიატრიას და ონკოლოგიას, ხოლო 3,5% თანაბრად ენდოკრინოლოგობას და ტრავმატოლოგობას.

ცხრილი №19 სტუდენტების II ჯგუფის პროფესიული არჩევანი

პროფესიული არჩევანი - P2S2	%
თერაპევტი/ოჯახის ექიმი	12.1%
ქირურგი	21.2%
ანესთეზიოლოგი-რეანიმატოლოგი	1,8%
ტრავმატოლოგი	3.0%
კარდიოლოგი	12.1%
ონკოლოგი	6.1%
პედიატრი	13.2%
ნევროპათოლოგი	13.2%
მეან-გინეკოლოგი	3.0%
ფსიქიატრი	6.1%
ენდოკრინოლოგი	3.0%
ინფექციონისტი	1,5%
ოტოლარინგოლოგი	1,2%
ოფთალმოლოგი	1,5%
ფტიზიატრი	0,5%
დერმატო-ვენეროლოგი	1,5%
კლინიცისტი, თუმცა ჯერ არჩევანი არ მაქვს გაკეთებული	3.0%
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექიმი	-
არ ვაპირებ მედიცინაში მოღვაწეობას	-

გენდერულ ჭრილში მომავალ პროფესიულ არჩევანს შემდეგი სტრუქტურა აქვს: ქირურგია: 88.7%- მამაკაცი, 11.3%- ქალები; პედიატრია: 5.6%-მამაკაცი, 94.4%- ქალები; ნევროპათოლოგია: 45.8% -მამაკაცი, 54.2% - ქალები; თერაპია: 18.2% - მამაკაცი, 81.8% - ქალები; კარდიოლოგია: 21,4%-მამაკაცი, 78,6%- ქალები.

გამოკითხულ სტუდენტთა 3,0% აღნიშნავს, რომ ჯერ არ აქვთ გადაწყვეტილება მიღებული მომავალ სპეციალობასთან მიმართებაში. სტუდენტთა პირველი

ჯგუფისაგან განსხვავებით მეორე ჯგუფში არც ერთმა სტუდენტმა არ მიუთითა მომავალ სპეციალობად საზოგადოებრივი ჯანდაცვა.

### ***PI-პროფესიონალიზმის მიმართ დამოკიდებულება (PIP-პაციენტები)***

პროფესიონალიზმის მიმართ დამოკიდებულების და პაციენტებისათვის სასურველი ექიმი-კლინიცისტის პროფესიული მოდელის კონცეპტუალიზაციის კვლევის შედეგების მიხედვით პაციენტებისათვის პროფესიონალიზმის ყველაზე მნიშვნელოვანი მახასიათებლებია:

- ✓ დარგის სირღმისეული ცოდნა და პროფესიული უნარ-ჩვევები;
- ✓ ეფექტური კომუნიკაციის უნარი (პაციენტებთან, პაციენტის ნათესავებთან, ნებისმიერ პირთან);
- ✓ მაღალი ეთიკური სტანდარტების დაცვის უნარი;
- ✓ სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე (ხელმისაწვდომობა, უწყვეტობა, ხარისხი) პასუხისმგებლობა;
- ✓ ანგარიშვალდებულება (საკუთარი თავის, კოლეგების, საზოგადოების წინაშე);
- ✓ საკუთარი ქმედებებისა და გადაწყვეტილებების კრიტიკული შეფასების უნარი.

პაციენტებისათვის პროფესიონალიზმის მნიშვნელოვანი მახასიათებლებია:

- ✓ სამართლებრივი პრინციპების (მათ შორის პაციენტთა უფლებების) დაცვის უნარი;
- ✓ პაციენტის ღირსების პატივისცემა (სოციალური, კულტურული, რელიგიური, ეთნიკური კუთვნილების);
- ✓ მთელი სიცოცხლის განმავლობაში სწავლის ვალდებულება;
- ✓ კონსტრუქტიული კრიტიკის მიღების უნარი (კოლეგებისაგან, უფროსებისაგან, სტუდენტებისაგან).

ყველაზე ნაკლები მნიშვნელობა პაციენტებმა მიანიჭეს ექიმის ისეთ თვისებებს, როგორცაა:

- ✓ საზოგადოებრივ კეთილდღეობაზე ზრუნვა;
- ✓ ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან ჯგუფში მუშაობის უნარი;
- ✓ ლიდერობის უნარი.



## ბლოკი E

*საგანმანათლებლო გარემოს მიმართ არსებული მოლოდინი.*

*E-სტუდენტების შეხედულებების შესწავლა საგანმანათლებლო დონეზე არსებული მოლოდინის შესახებ (ES1-სტუდენტთა I ჯგუფი)*

საგანმანათლებლო გარემოს მიმართ დამოკიდებულების კვლევის შედეგების თანახმად ბლოკის თითოეულ ქვე-კატეგორიასთან მიმართებაში სტუდენტების უმეტესობა განსაკუთრებით მაღალ პრიორიტეტს ანიჭებს შემდეგ საკითხებს:

ა) საგანმანათლებლო პროგრამა

- ✓ კლინიკური უნარ-ჩვევების გამომუშავების გაუმჯობესება;
- ✓ ისეთი პროგრამული ცვლილებების განხორციელება, რომელიც უზრუნველყოფდა სასწავლო კურსებს შორის ინტეგრაციის ზრდას და პრაქტიკული საექიმო საქმიანობის პრობლემატიკაზე ორიენტაციას.

ბ) სასწავლო პროცესის ორგანიზება და სასწავლო გარემო

- ✓ კლინიკურ გარემოში სწავლების მოცულობის გაზრდა.

სტუდენტებისათვის მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა ისეთი საკითხები, როგორცაა:

ა) საგანმანათლებლო პროგრამა

- ✓ სამეცნიერო უნარ-ჩვევების სწავლების გაუმჯობესება.

ბ) სასწავლო პროცესის ორგანიზება და სასწავლო გარემო

- ✓ პროგრამული სწავლების ფორმატში სწავლისა და კვლევის მიზნით სტუდენტთა საზღვარგარეთ მობილობის გაზრდა (ინტერნაციონალიზაცია);
- ✓ კვლევით პროექტებში სტუდენტების ჩართულობის გაზრდა.

გ) აკადემიური პერსონალი და სწავლების მეთოდები

- ✓ კლინიკურ გარემოში სწავლების ფორმის, შინაარსისა და ა.შ. მეთოდის გაუმჯობესებაზე ზრუნვა 76,7%;
- ✓ სტუდენტთა პრობლემებზე პედაგოგთა უკეთ ფოკუსირების ხელშეწყობა.

დ) შეფასების მეთოდები

- ✓ შეფასების წესების, პროცედურების, ობიექტურობის გაზრდა.

სტუდენტებისათვის ნაკლებად მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა თითოეულ ქვეჯგუფთან მიმართებაში შემდეგი ასპექტები:

ა) საგანმანათლებლო პროგრამა

- ✓ ისეთი პროგრამული ცვლილებების განხორციელება, რომელიც უზრუნველყოფდა მისი თითოეული კომპონენტის სწავლის საბოლოო შედეგებზე ორიენტაციის გაზრდას;
- ✓ პროგრამაში ელექტიური/არჩევითი კურსების წილის გაზრდა.

ბ) სასწავლო პროცესის ორგანიზება და სასწავლო გარემო:

- ✓ სასწავლო პროცესის ორგანიზების არსებული წესის (ასპექტების) შესახებ სტუდენტთა ინფორმირებულობის გაზრდა (მაგ. კონსულტაციები);
- ✓ აკადემიური პერსონალის დატვირთვის სქემაში სტუდენტებთან ინდივიდუალური მუშაობის წილის გაზრდა (სტუდენტთა მიღწევების გასაუმჯობესებლად).

გ) აკადემიური პერსონალი და სწავლების მეთოდები

- ✓ მეცადინეობის მიზნისა და სწავლების სასურველ შედეგთან სწავლების/სწავლის ფორმების შესაბამისობის უზრუნველყოფა;
- ✓ აკადემიური შტატის პედაგოგების უნარ-ჩვევების განვითარების ხელშეწყობა;
- ✓ ინტერაქტიული ლექცია-სემინარების წილის გაზრდა.

დ) შეფასების მეთოდები

- ✓ ცოდნის შეფასების სტრატეგიის შესახებ სტუდენტთა ინფორმირებულობის ზრდა.  
ბლოკის ქვე-კატეგორიებთან მიმართებაში სტუდენტების მიერ დამატებითი კომენტარი დაფიქსირებული არ აღმოჩნდა.

## 2.3 კვლევის შედეგების განხილვა

*დემოგრაფიული მონაცემები.* კვლევის შედეგების თანახმად გამოკითხული სტუდენტების უმეტესობა ქალია. სპეციალურ ლიტერატურასა და ჯანმოს პუბლიკაციების მონაცემები ადასტურებენ, რომ ზოგადად მედიცინაში ქალების რაოდენობა მამაკაცებთან შედარებით მეტია და ანალოგიური გამოკითხვებშიც გამოკითხულ სტუდენტთა უმეტესობა ქალია.<sup>1</sup>

სტუდენტთა უმეტესობის თბილისში არსებულ სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებებში კონცენტრაციის ფონზე გამოკითხული სტუდენტების მხოლოდ 26.7% აღნიშნა, რომ საშუალო სკოლა დაასრულა დედაქალაქში, რაც მიგვანიშნებს, რომ სამედიცინო განათლების მიღება უფრო მეტად მიმზიდველი დედაქალაქშია.

გამოკითხული სტუდენტების (პირველი ჯგუფი) 43,5% «ექიმის ოჯახიდან» არის. სტუდენტების 18,3%-მა აღნიშნა, რომ მისი ერთ-ერთი მშობელია ექიმი, ხოლო სტუდენტების 8%-ის ორივე მშობელი ექიმია, სტუდენტების 17,3%-ის ოჯახის წევრია ექიმი. მეორე ჯგუფის სტუდენტებს შორის «ექიმის ოჯახიდან» არის სტუდენტების 21,5%. სხვადასხვა ქვეყნებში ჩატარებული კვლევების მონაცემების თანახმად, გამოკითხულ სტუდენტებს შორის იმ სტუდენტების რაოდენობა, რომელთა მშობლები ან ოჯახის წევრები ექიმია, შეადგენს საერთო რაოდენობის 16%-28%-ს. საქართველოში მიღებული მაღალი მაჩვენებელი მიუთითებს, რომ ექიმის პროფესია საქართველოში დღესაც ინარჩუნებს ოჯახური ტრადიციების გაგრძელების ტენდენციას.

გამოკითხული სტუდენტების უმეტესობამ (72,8%) აღნიშნა, რომ აქვს მაღალი აკადემიური მოსწრება (81-100 ქულა), რის გამოც მოტივაციასა და აკადემიურ მოსწრებას შორის კორელაციური კავშირების შესწავლა გამოირიცხა.

---

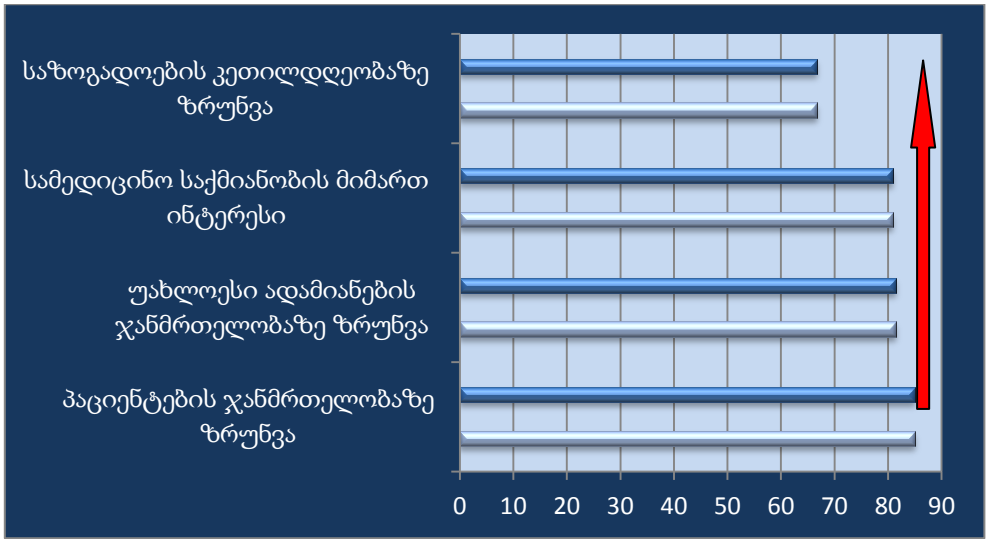
<sup>1</sup>WHO (2009) Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health, with special applications for low- and middle-income countries. George A.(2007).Human resources for health: a gender analysis. Background paper prepared for the WHO Commission on Social Determinants of Health.Reichenbach L.(2007). The overlooked dimension: gender and the global health workforce. In: Reichenbach L, ed. *Exploring the gender dimensions of the global health workforce*. Cambridge, MA, Harvard University.Notzer N, Brown S. (1995). The feminization of the medical profession in Israel. *Med Educ* 29:377-381.Paik JE. (2000). The feminization of medicine. *Jama* 283:666

**ბლოკი M**

სამედიცინო განათლების მიღების მოტივაცია

**M1S1&M2S1.** მიღებული შედეგების თანახმად სამედიცინო განათლების მიღების (როგორც პირველად, ისე აკადემიურ) წამყვან მოტივაციას სტუდენტებში განაპირობებენ შინაგანი ფაქტორები. ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგად მიღებული ძირითადი მიგნებები ყველაზე მეტად მიახლოებულია ესპანეთში ჩატარებული კვლევის შედეგებთან (Pastor, 2009).

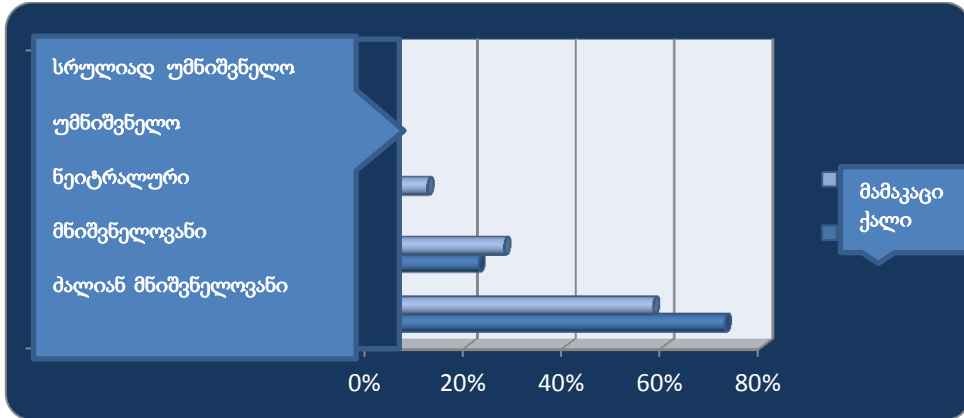
წამყვან მოტივაციად სტუდენტებმა დაასახელეს პაციენტებზე ზრუნვა. სტუდენტებისათვის როგორც წამყვანი, ისე მნიშვნელოვანი მოტივაციები გაერთიანებულია ორ კატეგორიაში: პაციენტებზე ზრუნვა და საქმიანობის სახე. პაციენტებზე ზრუნვის კატეგორიიდან სტუდენტებისათვის ნაკლებად პრიორიტეტული აღმოჩნდა «საზოგადოებაში ჰუმანური ძალისხმევის განხორციელება» (სქემა №12).



სქემა №12 სტუდენტების წამყვანი და მნიშვნელოვანი მოტივაციები

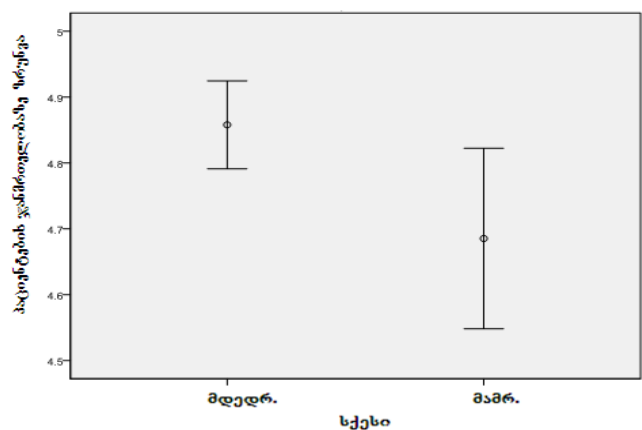
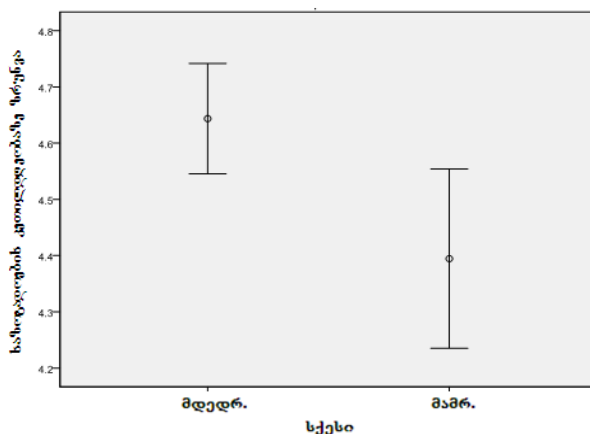
მიღებული შედეგების თანახმად გენდერული კორელაციები გამოიკვეთა მოტივაციის ქვეკატეგორიების მიხედვით. პაციენტების ჯანმრთელობაზე ზრუნვა და საზოგადოების კეთილდღეობაზე ზრუნვა ქალი სტუდენტებისათვის უფრო მეტად მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა (სქემა №10), ვიდრე მამაკაცი სტუდენტებისათვის, ხოლო საზოგადოებრივი სტატუსი უფრო მეტად მნიშვნელოვანია მამაკაცი სტუდენტებისათვის. მიღებული შედეგები სხვა ქვეყნებში მიღებული შედეგების ანალოგიურია. სხვადასხვა ქვეყანაში (ჰოლანდია, დიდი ბრიტანეთი, ესპანეთი,

შვეიცარია, ინდოეთი, იაპონია, ბრაზილია) ჩატარებული კვლევები ადასტურებენ, რომ მედიცინის შესწავლის და საექიმო სპეციალობის დაუფლების მოტივაცია გენდერთან კავშირშია. უმეტეს კვლევებში მამაკაცი სტუდენტები უფრო მეტად არიან მოტივირებული გარე ფაქტორებით, როგორცაა სტატუსი და შემოსავალი, ხოლო ქალი სტუდენტები უფრო მეტად შინაგანი მოტივაციებით, ალტრუიზმით და ზრუნვაზე ორიენტირებით (Wierenga AR. 2000, Pastor M.Á. 2009, Greenhalgh T. 2004, Verdonk P. 2008).



სქემა №13 საზოგადოების ჯანმრთელობაზე ზრუნვის კატეგორიის შეფასებები გენდერულ ჭრილში

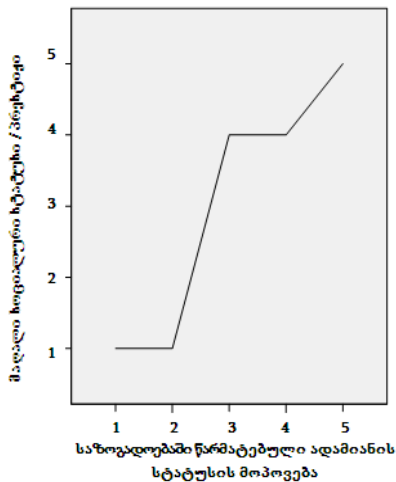
მნიშვნელოვანი კორელაციები იქნა დაფიქსირებული სქესსა და მოტივაციას შორის ქვე-კატეგორიებში: «საზოგადოების კეთილდღეობაზე ზრუნვა» და «პაციენტების ჯანმრთელობაზე ზრუნვა» (სქემა №13). საზოგადოების კეთილდღეობაზე ზრუნვა უფრო მეტად მნიშვნელოვანია ქალი სტუდენტებისათვის  $r = -0.164$   $p < 0.05$ ;  $\chi^2(4) = 11.011$   $p = 0.026 < 0.05$  პაციენტების ჯანმრთელობაზე ზრუნვაც უფრო მეტად მნიშვნელოვანია ქალი სტუდენტებისათვის:  $r = -0.146$   $p < 0.05$ ;  $\chi^2(4) = 11.766$   $p = 0.019 < 0.05$ .



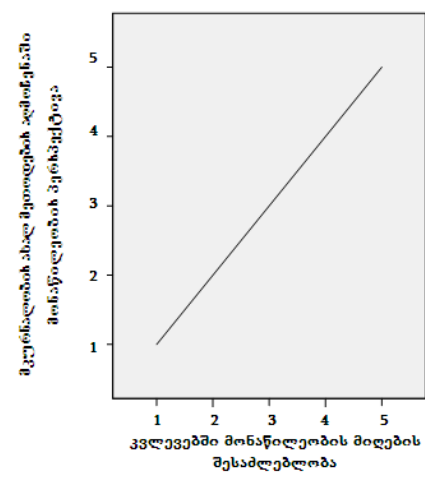
ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგების თანახმად საზოგადოებრივი სტატუსი უფრო მეტად მნიშვნელოვანია მამაკაცი სტუდენტებისათვის, რასაც ადასტურებს სხვა ქვეყნებში ჩატარებული კვლევის შედეგები.<sup>1</sup> საქართველოში სტუდენტებისათვის მეცნიერების ქვეკატეგორიდან არც ერთი არ აღმოჩნდა მედიცინის შესწავლის და საექიმო სპეციალობის დაუფლების წამყვანი მოტივაცია, რაც განსხვავდება დიდ ბრიტანეთში მიღებული შედეგებისგან (სადაც სტუდენტებისათვის ერთ-ერთ წამყვან მოტივაციას კვლევებში მონაწილეობა წარმოადგენს), თუმცა უახლოვდება ესპანელი სტუდენტების გამოკითხვის შედეგებს.<sup>2</sup>

ჩატარებული კვლევის შედეგების სტატისტიკური ანალიზით გამოვლინდა შემდეგი კორელაციები: მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამაზე ჩაბარების მოტივაციის კატეგორიებს შორის «მაღალი სოციალური სტატუსი/პრესტიჟი» და «საზოგადოებაში წარმატებული ადამიანის სტატუსის მოპოვება» დადგინდა დადებითი კავშირი, მნიშვნელოვნების დონე ერთნაირად იცვლება ორივე კატეგორიასთან მიმართებაში.

$$r = 0.505 \quad p < 0.05; \quad \chi^2(16) = 175.009p < 0.05.$$



- 1- სრულად უნმზნელო
- 2- უნმზნელო
- 3- ნეიტრალური
- 4- ნმზნელოვანი
- 5- მაღალი ნმზნელოვანი



- 1- სრულად უნმზნელო
- 2- უნმზნელო
- 3- ნეიტრალური
- 4- ნმზნელოვანი
- 5- მაღალი ნმზნელოვანი

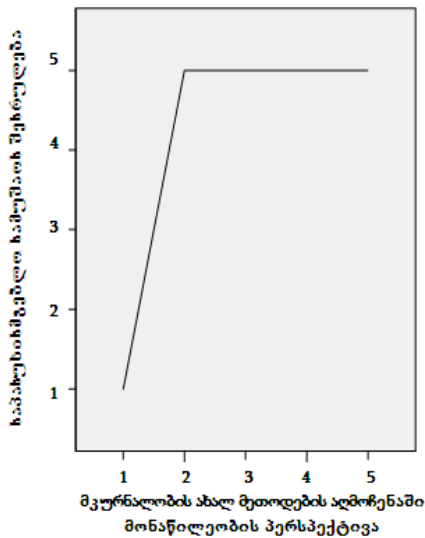
მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამაზე ჩაბარების მოტივაციის კატეგორიებს შორის «მკურნალობის ახალი მეთოდების აღმოჩენაში მონაწილეობის პერსპექტივა» და «კვლევებში მონაწილეობის მიღების შესაძლებლობა» დადგინდა დადებითი

<sup>1</sup>Vaglum P, Wiers-Jennsen J, Ekeberg O (1999). Motivation for medical school: the relationship to gender and specialty preferences in a nation-wide sample. J. Med.Educ.33: 236-242. Wierenga AR, Branday JM, Simeon DT, Pottinger A, Brathwaite B (2000). Motivation for and concerns about entering a medical programme. West Indian Med. J. 52:304-310.  
<sup>2</sup>Pastor MÁ, López-Roig S, Sánchez S, Hart J, Johnston M, Dixon D (2009). Analyzing motivation to do medicine cross-culturally: The international motivation to do medicine scale. J.Escrit.Psic.2(2) 3-9.

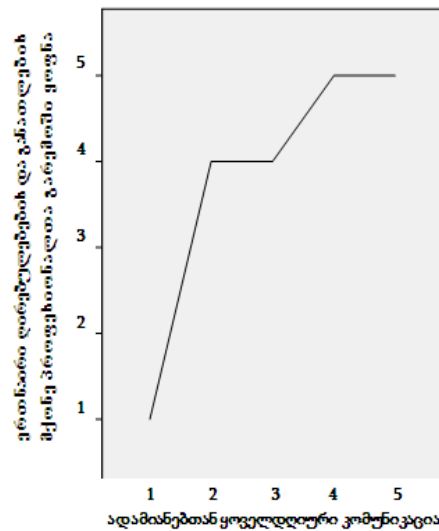
კავშირი, მნიშვნელოვნების დონე ერთნაირად იცვლება ორივე კატეგორიასთან მიმართებაში.  $r = 0.532$   $p < 0.05$ ;  $\chi^2(16) = 201.455p < 0.05$

მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამაზე ჩაბარების მოტივაციის კატეგორიებს შორის «საპასუხისმგებლო სამუშაოს შესრულება» და «მკურნალობის ახალი მეთოდების აღმოჩენაში მონაწილეობის პერსპექტივა» დადგინდა დადებითი კავშირი, მნიშვნელოვნების დონე ერთნაირად იცვლება ორივე კატეგორიასთან მიმართებაში.

$r = 0.539$   $p < 0.05$ ;  $\chi^2(16) = 62.946p < 0.05$ .



- 1 - სრულად უმნიშვნელო
- 2 - უმნიშვნელო
- 3 - ნეიტრალური
- 4 - მნიშვნელოვანი
- 5 - მაღალ მნიშვნელოვანი



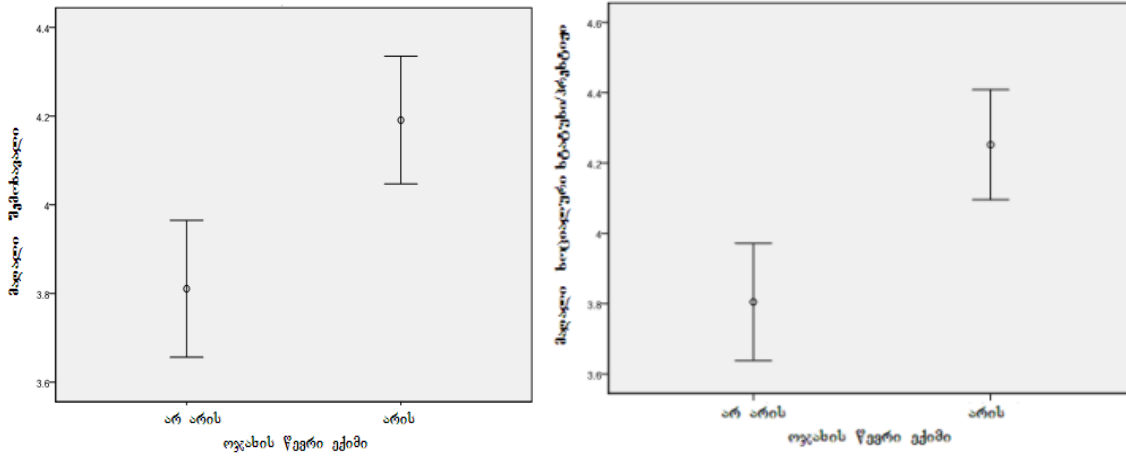
- 1 - სრულად უმნიშვნელო
- 2 - უმნიშვნელო
- 3 - ნეიტრალური
- 4 - მნიშვნელოვანი
- 5 - მაღალ მნიშვნელოვანი

მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამაზე ჩაბარების მოტივაციის კატეგორიებს შორის «ერთნაირი ღირებულებების და განათლების მქონე პროფესიონალთა გარემოში ყოფნა» და «ადამიანებთან ყოველდღიური კომუნიკაცია» დადგინდა დადებითი კავშირი, მნიშვნელოვნების დონე ერთნაირად იცვლება ორივე კატეგორიასთან მიმართებაში.  $r = 0.725$   $p < 0.05$ ;  $\chi^2(16) = 46.516p < 0.05$ .

მიღებული შედეგების სტატისტიკური ანალიზით კორელაციები გამოვლინდა მოტივაციის ზოგიერთ კატეგორიებსა და ექიმების ოჯახის წევრობას შორის.

მოტივაციის ქვეკატეგორია «მაღალი შემოსავალი» უფრო მნიშვნელოვანია იმ სტუდენტებისათვის, ვისაც ოჯახის წევრი ყავს ექიმი.

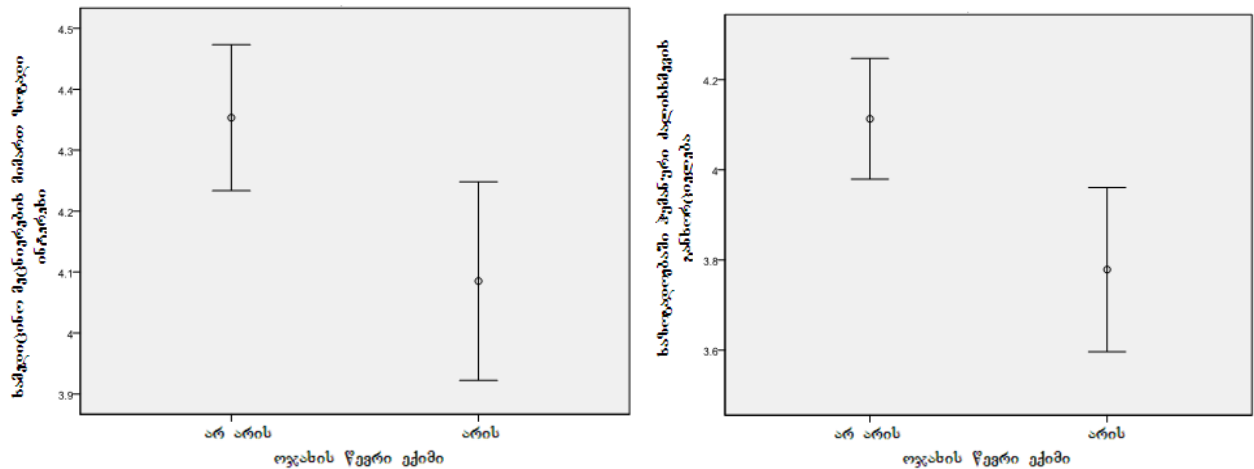
$r = 0.191$   $p = 0,0009 < 0.05$ ;  $\chi^2(4) = 11.935p = 0.018 < 0.05$ .



მოტივაციის ქვეკატეგორია «მაღალი სოციალური სტატუსი/პრესტიჟი» უფრო მნიშვნელოვანია იმ სტუდენტებისათვის, ვისაც ოჯახის წევრი ყავს ექიმი.

$$r = 0.219 \quad p = 0,0001 < 0.05; \quad \chi^2(4) = 14.851p = 0.005 < 0.05.$$

მოტივაციის ქვეკატეგორია «სამედიცინო მეცნიერების მიმართ ზოგადი ინტერესი» უფრო მნიშვნელოვანია იმ სტუდენტებისათვის, ვისაც ოჯახის წევრი არ ყავს ექიმი. ჩვენს კვლევაში მიღებული შედეგი უახლოვდება ესპანეთში მიღებულ მონაცემებს (Pastor, 2009).<sup>1</sup>



მოტივაციის ქვეკატეგორია «საზოგადოებაში ჰუმანური ძალისხმევის განხორციელება» უფრო მნიშვნელოვანია იმ სტუდენტებისათვის, ვისაც ოჯახის წევრი არ ყავს ექიმი.

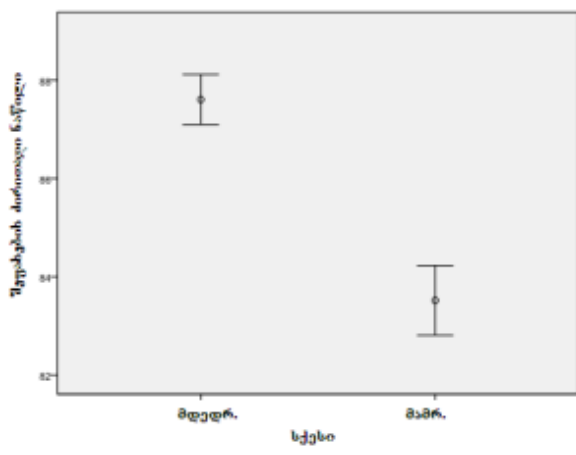
<sup>1</sup>Pastor MÁ, López-Roig S, Sánchez S, Hart J, Johnston M, Dixon D (2009). Analyzing motivation to do medicine cross-culturally: The international motivation to do medicine scale. J.Escrit.Psic.2(2) 3-9.



მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამაზე ჩაბარების მოტივაციებს შორის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება გამოვლინდა სკოლის დამთავრების ადგილის მიხედვით. ადამიანებთან ყოველდღიური კომუნიკაცია უფრო მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა იმ სტუდენტებისათვის, რომლებმაც სოფელში დაასრულეს სკოლა, ვიდრე იმ სტუდენტებისათვის, რომლებმაც ქალაქში ან დედაქალაქში მიიღეს ზოგადი განათლება ( $X^2=22.6$ ;  $p < 0.02$ ).

კვლევის შედეგების თანახმად წამყვანი აკადემიური მოტივაციები განეკუთვნება როგორც შინაგანი მოტივაციების ჯგუფს, ისე გარეგანი მოტივაციების ჯგუფს, კერძოდ «წარმატების მიღწევის» ქვეკატეგორიას, რომელიც შინაგანი მოტივაციების ჯგუფთან ერთად განაპირობებს ღრმა ცოდნის მიღებას.

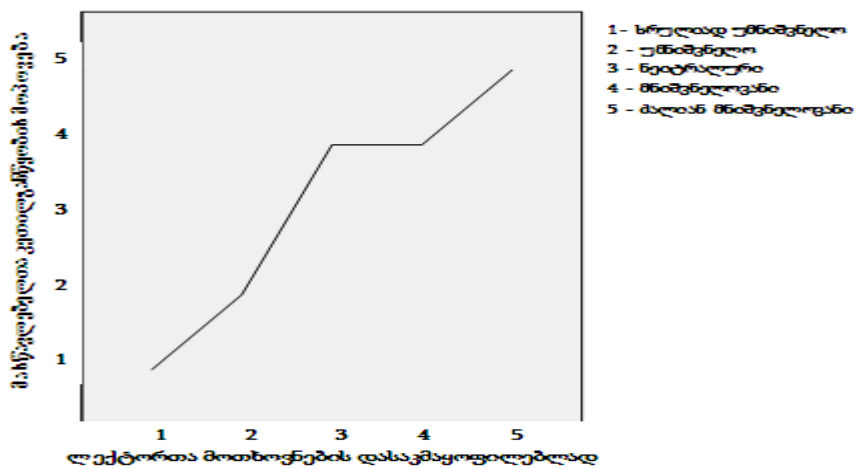
კვლევის შედეგების სტატისტიკური ანალიზით გამოიკვეთა შემდეგი სახის ზოგადი კორელაციები გენდერთან მიმართებაში: კვლევაში ქალი სტუდენტების მიერ მიცემული შეფასებების ძირითადი ნაწილი უფრო მაღალია, ვიდრე მამაკაცი სტუდენტების.  $r = -0.178$   $p < 0.05$   $\chi^2(4) = 10.557$   $p = 0.032 < 0.05$ .



**M1S2&M2S2.** მიღებული შედეგების თანახმად სამედიცინო განათლების მიღების (როგორც პირველად, ისე აკადემიურ) წამყვან მოტივაციას სტუდენტებში განაპირობებს შინაგანი ფაქტორები. ყველაზე მნიშვნელოვან მოტივაციად სტუდენტებმა დაასახელეს პაციენტებზე ზრუნვა. სტუდენტებისათვის წამყვანი მოტივაციები გაერთიანებულია ორ კატეგორიაში: პაციენტებზე ზრუნვა და საქმიანობის სახე, ხოლო მნიშვნელოვანი მოტივაციები გაერთიანებულია კატეგორიებში: პაციენტებზე ზრუნვა და სამედიცინო მეცნიერება.

სტუდენტთა პირველი ჯგუფისაგან განსხვავებით სტუდენტთა მეორე ჯგუფისათვის მნიშვნელოვან პირველად მოტივაციებს შორის აღმოჩნდა სამედიცინო მეცნიერების მიმართ ინტერესი, ხოლო მნიშვნელოვან აკადემიურ მოტივაციებს შორის აღმოჩნდა სწავლა ოჯახური გარემოდან გაკიცხვის თავიდან აცილების გამო, რაც გარეგან ფაქტორს წარმოადგენს და განაპირობებს ზედაპირული ცოდნის მიღებას. აკადემიურ მოტივაციებს შორის «მასწავლებელთა კეთილგანწყობის მოპოვება» და «ლექტორთა მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად» დადგინდა დადებითი კავშირი, კერძოდ, მათი მნიშვნელოვნების დონე იცვლება ერთნაირად.

$$r = 0.501 \quad p < 0.05; \quad \chi^2(16) = 149.519p < 0.05.$$

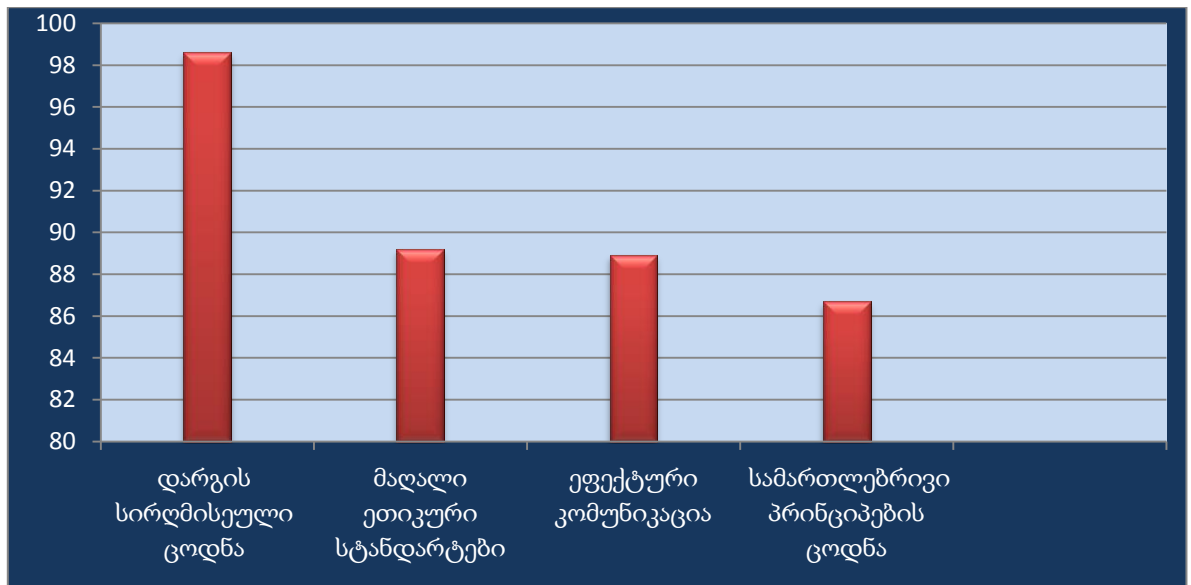


**ბლოკი P**

*პროფესიონალიზმის მიმართ დამოკიდებულება და მომავალ*

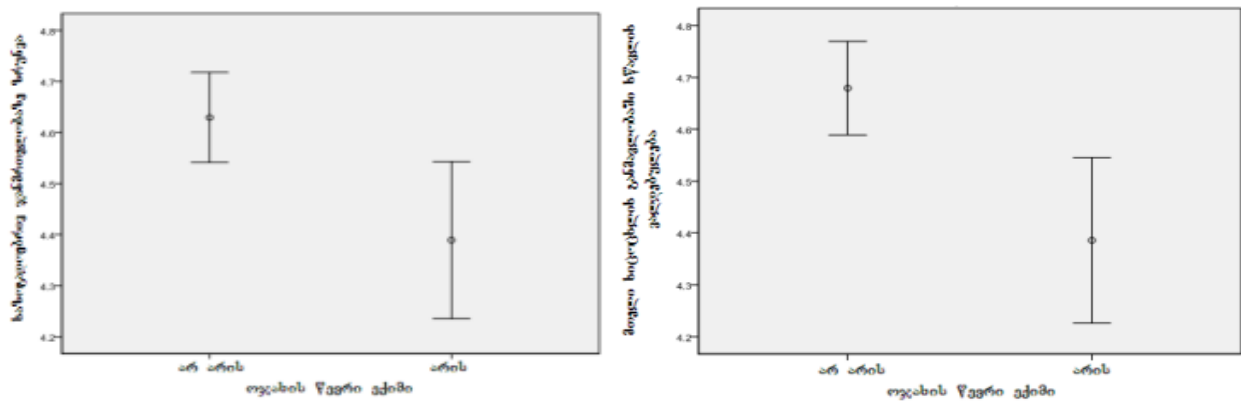
*კარიერასთან დაკავშირებული მოლოდინი*

**PISI.** მიღებული შედეგების თანახმად გამოკითხული სტუდენტების უმეტესობისათვის კლინიკური საქმიანობის განზომილებაში მაღალი პროფესიონალიზმის მქონე ექიმის მოდელის მახასიათებლებია: დარგის სირღმისეული ცოდნა და პროფესიული უნარ-ჩვევები, მაღალი ეთიკური სტანდარტების დაცვის უნარი, ეფექტური კომუნიკაციის უნარი, სამედიცინო საქმიანობის სამართლებრივი პრინციპების დაცვის უნარი. მოცემული მოდელი შეგვიძლია წარმოვიდგინოთ იმ ორიენტირად, რომლისკენაც მისწრაფიან სტუდენტები პროფესიული დახელოვნების გზაზე (სქემა №14).



სქემა №14 ექიმის კლინიკური საქმიანობის კონცეპტუალური მოდელის წამყვანი მახასიათებლები.

პირდაპირი კორელაციური კავშირი გამოიკვეთა ექიმის ზოგიერთ მახასიათებლებსა და დემოგრაფიული ბლოკის მაჩვენებელს «მშობელი ან ოჯახის წევრი ექიმი» შორის.



კვლევის მონაცემების სტატისტიკური დამუშავების შედეგების თანახმად «საზოგადოებრივ კეთილდღეობაზე ზრუნვა» უფრო მნიშვნელოვანია იმ სტუდენტებისათვის, ვისაც ოჯახის წევრი არ ყავს ექიმი.

$$r = -0.127 \quad p = 0,03 < 0.05; \quad \chi^2(4) = 11.633p = 0.020 < 0.05.$$

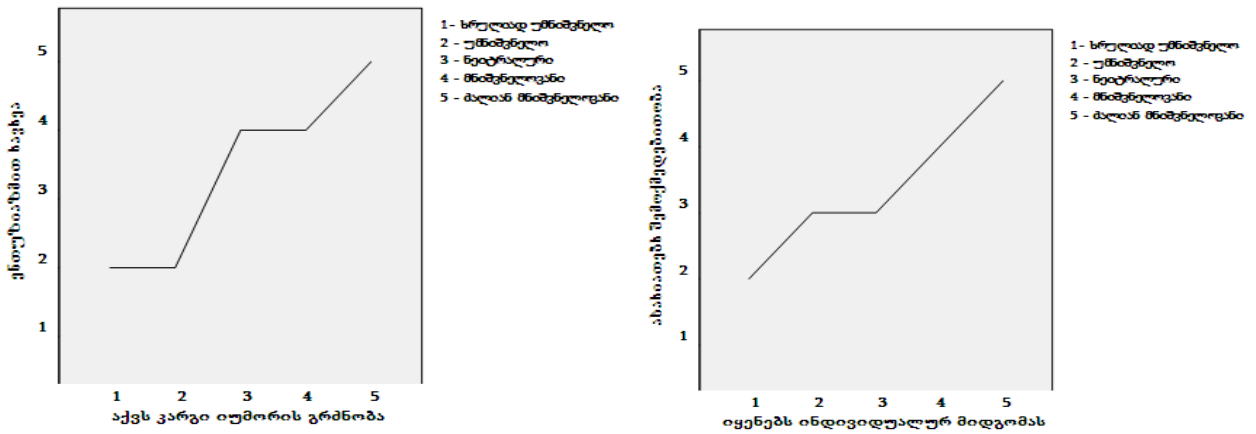
«ექიმის მთელი სიცოცხლის განმავლობაში სწავლის ვალდებულებაც» უფრო მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა იმ სტუდენტებისათვის, ვისაც ოჯახის წევრი არ ყავს ექიმი.

$$r = -0.161 \quad p = 0,006 < 0.05; \quad \chi^2(4) = 14.553p = 0.006 < 0.05.$$

გამოკითხული სტუდენტების უმეტესობისათვის მაღალი პროფესიონალიზმის მქონე ექიმი-მასწავლებლის მოდელის მახასიათებლებია: დარგის ფართო ცოდნა და მაღალი პროფესიონალიზმი, მაღალი ეთიკური სტანდარტების/ქცევის ეტიკეტიდ დაცვა, ეფექტური კომუნიკაციის უნარი, შეფასების სისტემა ობიექტური და ადეკვატურია, კარგად აქვს ორგანიზებული სასწავლო მასალა.

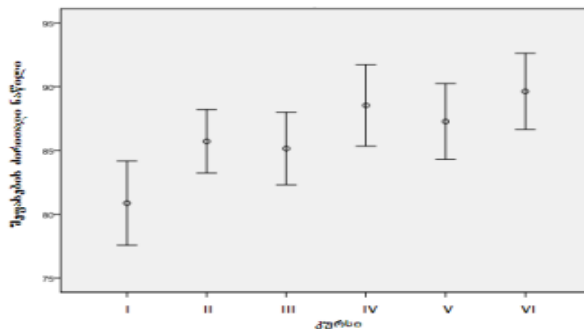
საუკეთესო ექიმის-მასწავლებლის მახასიათებლებს შორის «ენტუზიაზმით სავსეა» და «აქვს კარგი იუმორის გრძნობა» დადგინდა დადებითი კავშირი, კერძოდ, მათი მნიშვნელოვნების დონე იცვლება ერთნაირად.

$$r = 0.519 \quad p < 0.05; \quad \chi^2(16) = 189.171p < 0.05.$$



საუკეთესო ექიმის-მასწავლებლის მახასიათებლებს შორის «ახასიათებს შემოქმედებითობა» და «იყენებს ინდივიდუალურ მიდგომას» დადგინდა დადებითი კავშირი, მნიშვნელოვნების დონე იცვლება ერთნაირად  $r = 0.503 \quad p < 0.05; \quad \chi^2(16) = 126.323p < 0.05.$

სწავლების ხანგრძლივობის მატებასთან ერთად მატულობს სტუდენტთა შეფასებების მნიშვნელოვნება.  $r = 0.232 \quad p = 0.00005 < 0.05; \quad \chi^2(20) = 47.007p = 0.001 < 0.05.$



ექიმი-კლინიცისტის მოდელის კონცეპტუალიზაციის პროცესში სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი გენდერული განსხვავებები აღინიშნა კლინიკური საქმიანობის ისეთ კატეგორიებთან მიმართებაში (ცხრილი №20), როგორცაა: «საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა» ( $F(1)=4.9$ ;  $p<0.02$ ) და «პაციენტის ღირსების პატივისცემა» ( $F(1)=5.835$ ;  $p<0.02$ ).

ცხრილი №20 სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი გენდერული შეფასებები

Variables/qualities		mean	St. deviation
პაციენტის ღირსების პატივისცემა	ქალი	4.71	.477
	მამაკაცი	4.53	.800
საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა	ქალი	4.60	.649
	მამაკაცი	4.40	.873

სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი გენდერული განსხვავებები აღინიშნა აკადემიური საქმიანობის ისეთ კატეგორიებთან მიმართებაში (ცხრილი №21), როგორცაა: «ახასიათებს სტუდენტების მიმართ მეგობრული დამოკიდებულება» ( $F(1)=7.562$ ;  $p<0.02$ ), «კარგად აქვს ორგანიზებული სასწავლო მასალა» ( $F(1)=6.814$ ;  $p<0.02$ ) და «სწავლების პროცესში აღვივებს ცოდნის მიღების სურვილს» ( $F(1)=5.523$ ;  $p<0.02$ ).

ცხრილი №21 სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი გენდერული შეფასებები

Variables/qualities		mean	St. deviation
ახასიათებს სტუდენტების მიმართ მეგობრული დამოკიდებულება	ქალი	4.12	.624
	მამაკაცი	3.87	.959
კარგად აქვს ორგანიზებული სასწავლო მასალა	ქალი	4.31	.529
	მამაკაცი	4.08	.767
სწავლების პროცესში აღვივებს ცოდნის მიღების სურვილს	ქალი	4.18	.584
	მამაკაცი	3.82	.728

კვლევის შედეგები სრულ წარმოდგენას გვაძლევს სტუდენტებისათვის ექიმის, როგორც კლინიკურ, ისე აკადემიურ საქმიანობაში, სამაგალითო კონცეპტუალური მოდელის შესახებ და მათთვის მნიშვნელოვანი ღირებულებების შესახებ. აღსანიშნავია,

რომ კონცეპტუალურმა მოდელმა არ მოიცვა ჯანმოს მიერ ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარებისათვის განსაზღვრული სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ისეთი ასპექტები, როგორცაა: ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან ჯგუფში მუშაობის უნარი, მთელი სიცოცხლის განმავლობაში სწავლის ვალდებულება, ანგარიშვალდებულება (საკუთარი თავის, კოლეგების, საზოგადოების წინაშე), სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე (ხელმისაწვდომობა, უწყვეტობა, ხარისხი) პასუხისმგებლობა. თანამედროვე ეტაპზე ექიმის გაზრდილი ანგარიშვალდებულება და ჯგუფში მუშაობა ექიმის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს მახასიათებლად ითვლება<sup>1</sup> (Swanwick, 2008; WHO, 2012).

ექიმის პროფესიონალიზმი წარმოადგენს ექიმსა და საზოგადოებას, პაციენტებს შორის არსებული ურთიერთობების საფუძველს და შესაბამისად იმპერატიულ მოთხოვნას, რათა პროფესიონალიზმი ინკორპორირებული იქნას საბაზო სამედიცინო განათლების კურიკულუმში.<sup>2</sup> კვლევის შედეგების თანახმად საქართველოში საბაზო სამედიცინო განათლების დონეზე პროფესიონალიზმის გამომუშავების გაუმჯობესებისათვის მუშაობა გაგრძელებას საჭიროებს კურიკულუმისა და საგანმანათლებლო გარემოს განზომილებაში, აქცენტები უნდა გაკეთდეს პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობის დემონსტრირებაზე, რეფლექსიური პრაქტიკის განვითარების ხელშეწყობაზე და ეთიკური მიდგომების გამომუშავების გაძლიერებაზე. პროფესიონალიზმის სასურველი მოდელის მიღწევა შესაძლებელია დარგობრივი დოკუმენტით განსაზღვრული და TUNING/MEDINE -ს მიერ შემუშავებული ევროპული კვალიფიკაციების ჩარჩოს შესაბამისი სწავლის შედეგების მიღწევის შედეგად. ამ პროცესში განსაკუთრებით ღირებული იქნება ისეთი მეთოდების გამოყენება, როგორცაა: როლური თამაშები, კლინიკური სწავლება პაციენტის საწოლთან, პრობლემაზე დაფუძნებული სწავლება, საგანმანათლებლო პორტფოლიო და სხვა.

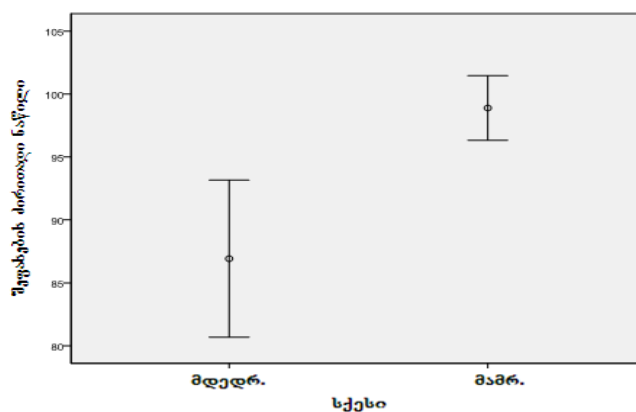
---

<sup>1</sup> WFME/UBC/etc (2010). Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools. WHO (2010). WHO consultation on the transformativescale-up of medical, nursing andmidwifery educationFirst technical reference group meeting:medical education experts.Advisory Committee onMedical Manpower Planning (2011). The 2010Recommendations forMedical Specialist(Trainingin medical, dental, clinical technologicaland related educational as well as furthertraining areas.Utrecht,The Netherlands. WHO (2011). Transformative scale up of health professional education. An effort to increase the numbers of health professionals and to strengthen their impact on population health.

<sup>2</sup> Irvine D. (2003) The Doctor's Tale. Oxford: Radcliffe Medical Press. Hilton SR, Slotnik HB. (2005). Proto-professionalism: how professionalization occurs across the continuum of medical education. Med Educ. 39:58-65.

**P1S2.** სტუდენტების მეორე ჯგუფის მიერ კლინიკური საქმიანობის განზომილებაში მაღალი პროფესიონალიზმის მქონე ექიმი-კლინიცისტის მოდელის მახასიათებლებია: დარგის სირღმისეული ცოდნა და პროფესიული უნარ-ჩვევები, ეფექტური კომუნიკაციის უნარი (პაციენტებთან, პაციენტის ნათესავებთან, ნებისმიერ პირთან), ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან ჯგუფში მუშაობის უნარი, ჰუმანისტური ღირებულებების ფლობა, საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა, მაღალი ეთიკური სტანდარტების დაცვის უნარი, საზოგადოების კეთილდღეობაზე ზრუნვა, სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე (ხელმისაწვდომობა, უწყვეტობა, ხარისხი) პასუხისმგებლობა. სტუდენტების პირველი ჯგუფისაგან განსხვავებით მეორე ჯგუფის კონცეპტუალური მოდელი მოიცავს ისეთ ასპექტებს, როგორცაა: ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან ჯგუფში მუშაობის უნარი და სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე (ხელმისაწვდომობა, უწყვეტობა, ხარისხი) პასუხისმგებლობა. ანგარიშვალდებულება (საკუთარი თავის, კოლეგების, საზოგადოების წინაშე) არ აღმოჩნდა სამაგალითო ექიმის არც ამ მოდელში.

გამოკითხული სტუდენტების უმეტესობისათვის მაღალი პროფესიონალიზმის მქონე ექიმი-მასწავლებლის მოდელის მახასიათებლებია: სწავლების პროცესში აღვივებს ცოდნის მიღების სურვილს, აქვს ეფექტური კომუნიკაციის უნარი, ახასიათებს სტუდენტების მიმართ მეგობრული დამოკიდებულება, ყურადღებიანია, კარგად აქვს ორგანიზებული სასწავლო მასალა. სტუდენტების პირველი ჯგუფისაგან განსხვავებით მეორე ჯგუფის სტუდენტების უმეტესობისათვის ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ მასწავლებელი სწავლების პროცესში აღვივებდეს ცოდნის მიღების სურვილს, რაც თავის მხრივ მოქმედებს განათლების მიღების და სწავლის აკადემიურ მოტივაციაზე.



მონაცემთა სტატისტიკური დამუშავების შედეგად გამოვლინდა, რომ მამაკაცი სტუდენტების შეფასებების ძირითადი ნაწილი უფრო მაღალია, ვიდრე ქალი სტუდენტების.  $r = 0.709$   $p = 0,0002 < 0.05$   $\chi^2(2) = 11.704$   $p = 0.003 < 0.05$ .

**PIP.** პაციენტების გამოკითხვის შედეგების თანახმად მათ სამედიცინო მომსახურების პროცესში გააჩნიათ ისეთი ექიმის მოლოდინი, რომელსაც აქვს დარგის სირღმისეული ცოდნა და პროფესიული უნარ-ჩვევები, ეფექტური კომუნიკაციის უნარი (პაციენტებთან, პაციენტის ნათესავებთან, ნებისმიერ პირთან), მაღალი ეთიკური სტანდარტების დაცვის უნარი, სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე (ხელმისაწვდომობა, უწყვეტობა, ხარისხი) პასუხისმგებლობა, ანგარიშვალდებულება (საკუთარი თავის, კოლეგების, საზოგადოების წინაშე) და საკუთარი ქმედებებისა და გადაწყვეტილებების კრიტიკული შეფასების უნარი.

P1S1	P1S2	PIP
დარგის სირღმისეული ცოდნა და პროფესიული უნარ-ჩვევები	დარგის სირღმისეული ცოდნა და პროფესიული უნარ-ჩვევები	დარგის სირღმისეული ცოდნა და პროფესიული უნარ-ჩვევები
მაღალი ეთიკური სტანდარტების დაცვის უნარი	ეფექტური კომუნიკაციის უნარი	ეფექტური კომუნიკაციის უნარი
ეფექტური კომუნიკაციის უნარი	მაღალი ეთიკური სტანდარტების დაცვის უნარი	მაღალი ეთიკური სტანდარტების დაცვის უნარი
X	სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე პასუხისმგებლობა	სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე პასუხისმგებლობა
სამედიცინო საქმიანობის სამართლებრივი პრინციპების დაცვის უნარი	ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან ჯგუფში მუშაობის უნარი	ანგარიშვალდებულება
X	ჰუმანისტური ღირებულებების ფლობა	საკუთარი ქმედებებისა და გადაწყვეტილებების კრიტიკული შეფასების უნარი
X	საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა	X

ჩატარებული კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები გვიჩვენებენ, რომ სტუდენტებისთვისაც და პაციენტებისათვისაც ექიმი-კლინიცისტის სასურველი მოდელის უმნიშვნელოვანესი სამი მახასიათებელი ანალოგიურია, ესენია: დარგის სირღმისეული ცოდნა და პროფესიული უნარ-ჩვევები, მაღალი ეთიკური სტანდარტების დაცვის უნარი და ეფექტური კომუნიკაციის უნარი. თუმცა ეს უკანასკნელი თავისი მნიშვნელოვნებით უფრო მაღალია პაციენტებისათვის და სტუდენტთა მეორე ჯგუფისათვის.



პაციენტები ექიმისაგან მოელიან კომპეტენტურობის მაღალ დონეს, ეთიკური სტანდარტების დაცვას, ანგარიშვალდებულების მაღალ გრძნობას, საკუთარი ქმედებებისა და გადაწყვეტილებების კრიტიკული შეფასების უნარს და სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე (ხელმისაწვდომობაზე, უწყვეტობაზე, ხარისხზე) პასუხისმგებლობას.

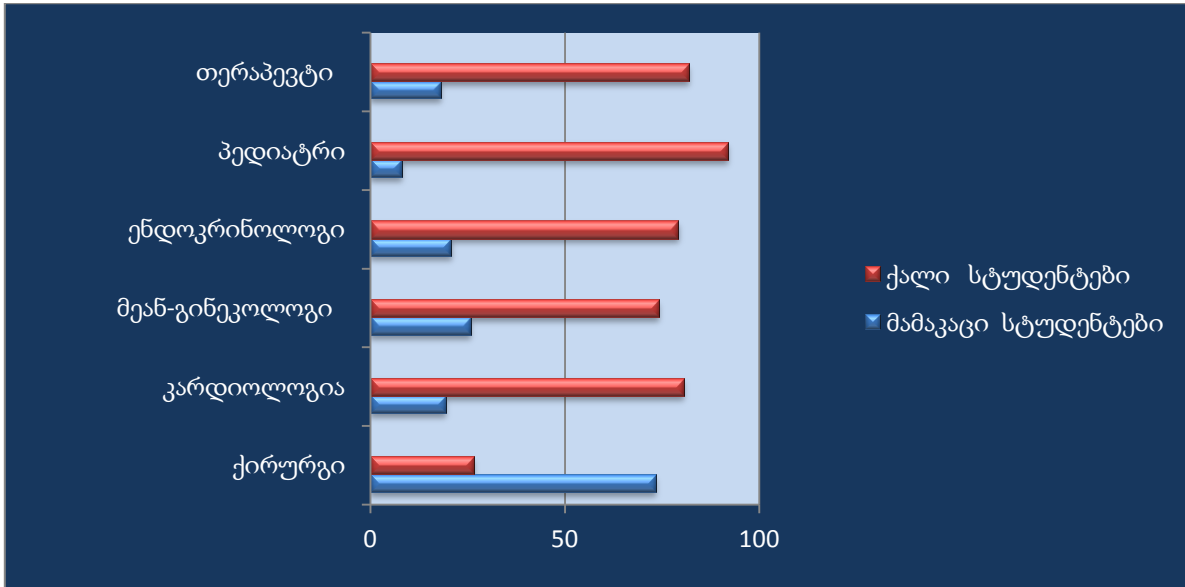
საინტერესოა, რომ სტუდენტთა მეორე ჯგუფისათვის წამყვანი აღმოჩნდა ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან ჯგუფში მუშაობის უნარი, ჰუმანისტური ღირებულებების ფლობა და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა და, პაციენტების ჯგუფის მსგავსად, სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე პასუხისმგებლობა.

**P2S1.** ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების თანახმად საქართველოში ტრადიციულად ყველაზე დიდი რაოდენობის ექიმები არიან შემდეგ სპეციალობებში: მეანობა-გინეკოლოგია, პედიატრია, ქირურგია (NCDC, 2010-2012).

ჩვენი კვლევის შედეგებმა გამოავლინა, რომ გამოკითხული სტუდენტებისთვის მომავალ კარიერულ არჩევანში ყველაზე მეტად მიმზიდველი სწორედ ის სპეციალობებია, სადაც ექიმების განსაკუთრებული სიჭარბე აღინიშნება. სტუდენტებისათვის ნაკლებად მიმზიდველი აღმოჩნდა ისეთი სპეციალობები, როგორცაა მაგალითად ფსიქიატრია, ფტიზიატრია. კვლევის შედეგების თანახმად სპეციალობის არჩევანს მნიშვნელოვნად განაპირობებს სქესი. ჩვენი კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები შეესაბამება სხვა ქვეყნებში მიღებულ შედეგებს, რომლებიც ადასტურებენ, რომ მამაკაცები ირჩევენ ქირურგიასთან დაკავშირებულ სპეციალობებს, ხოლო ქალები-ზრუნვასთან დაკავშირებულ სპეციალობებს (Du Moulin MFMT. 2000, Gjerberg E. 2002, Wilson JI. 2009). სხვადასხვა ქვეყნებში ჩატარებული კვლევების შედეგების მსგავსად საქართველოში მამაკაცი სტუდენტებისათვის ყველაზე პოპულარული საექიმო სპეციალობა ქირურგიაა, ხოლო ქალი სტუდენტებისათვის- კარდიოლოგია, მეანობა-გინეკოლოგია, პედიატრია (სქემა №15). თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგიერთ კვლევაში პირდაპირი კორელაცია მოტივაციას, გენდერსა და

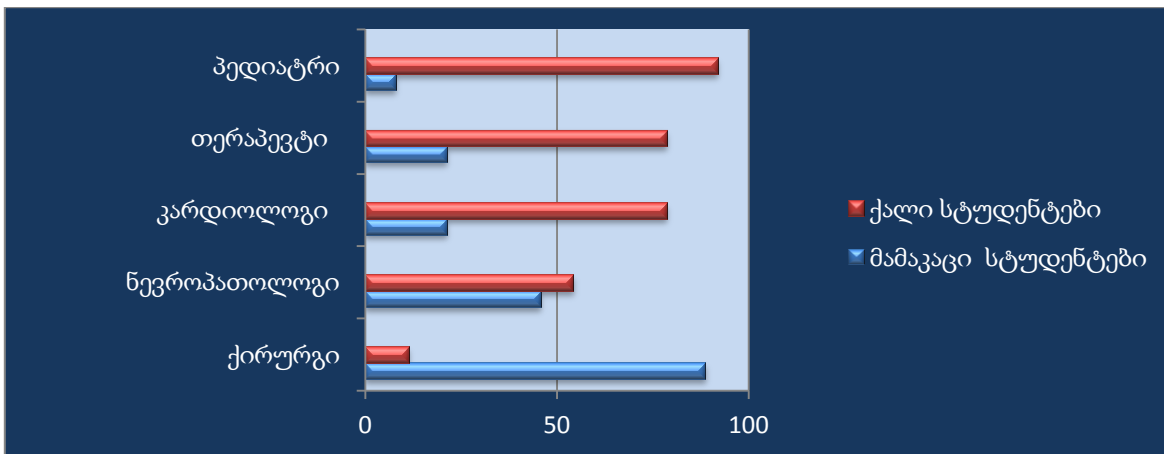
სპეციალობას შორის დადასტურებული არ იქნა (Batenburg V.1999, Morrison J. 2006, Sobral DT. 2006).

სტუდენტების მცირე ნაწილი (0,2%) არ აპირებს დახელოვნებას კლინიკური რეზიდენტურის ეტაპზე და მათ მომავალ სპეციალობად საზოგადოებრივი ჯანდაცვა დაასახელეს.



სქემა №15 მომავალი კარიერული მოლოდინი გენდერულ ჭრილში (სტუდენტთა Iჯგუფი)

**P2S2.** მიღებული შედეგების თანახმად გამოკითხული სტუდენტების 21,2% პირველი ჯგუფის ანალოგიურად მომავალ პროფესიულ არჩევანში უპირატესობას ქირურგის სპეციალობას ანიჭებ. სხვა სპეციალობებიდან ყველაზე ხშირად არჩევანში უპირატესობას სტუდენტები პედიატრობას, ნევროპათოლოგობას, თერაპევტობასა და კარდიოლოგობას ანიჭებენ. მომავალ კარიერულ დახელოვნებაში არჩევანი არ ჰქონდა გაკეთებული პირველ ჯგუფთან შედარებით 2-ჯერ ნაკლებ სტუდენტს. მეორე ჯგუფის მამაკაცი სტუდენტებისათვისაც ყველაზე პოპულარული საექიმო სპეციალობა ქირურგიაა, ხოლო ქალი სტუდენტებისათვის პედიატრობა, ნევროპათოლოგობა, თერაპევტობა და კარდიოლოგია (სქემა №16).



სქემა №16 მომავალი კარიერული მოლოდინი გენდერულ ჭრილში (სტუდენტთა II ჯგუფი)

**ბლოკი E**

*საგანმანათლებლო გარემოს მიმართ არსებული მოლოდინი*

**ESI.** საბაზო სამედიცინო განათლების პროცესში ექიმები იძენენ საკვანძო უნარ-ჩვევებს, რომლებსაც ისინი შემდგომ იყენებენ მთელი მათი კლინიკური პროფესიული საქმიანობის პროცესში. ამდენად განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება საგანმანათლებლო გარემოს მიმართ არსებული მოლოდინის შეფასებას. კვლევის შედეგად სტუდენტებმა იდენტიფიცირება გაუკეთეს საბაზო სამედიცინო განათლების იმ სპეციფიკურ საკითხებს, რაც უშუალოდ არის დაკავშირებული სამედიცინო განათლების ხარისხის გაუმჯობესებასა და ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ეფექტურ განვითარებასთან. სტუდენტთა უმეტესობა არსებული გამოცდილებიდან გამომდინარე პრიორიტეტულ აქცენტებს კლინიკურ სწავლებასა და კლინიკურ გარემოზე აკეთებს, მათი მოლოდინი უკავშირდება კლინიკურ გარემოში სწავლების მოცულობის გაზრდას, კლინიკური უნარ-ჩვევების გამომუშავების გაუმჯობესებას, კლინიკურ გარემოში სწავლების ფორმის, შინაარსისა და ა.შ. მეთოდის გაუმჯობესებაზე ზრუნვას, კლინიკურ უნარ-ჩვევებში დახელოვნების შეფასების კრიტერიუმების გაუმჯობესებას. მიუხედავად იმისა, რომ სტუდენტთა პირველად მოტივაციაში მნიშვნელოვანი ადგილი არ ეჭირა მეცნიერების მიმართ ინტერესს, საგანმანათლებლო გარემოს შეფასებისას მათთვის მნიშვნელოვანია, რომ გაიზარდოს სტუდენტების ჩართვა კვლევით პროექტებში, გაუმჯობესდეს სამეცნიერო უნარ-ჩვევების სწავლება, გაიზარდოს სწავლისა და კვლევის მიზნით სტუდენტთა მობილობა (ინტერნაციონალიზაცია).

### 3. დასკვნები და რეკომენდაციები

#### 3.1. დასკვნები

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარების სფეროში არსებული ლიტერატურის მიმოხილვა მიუთითებს შრომითი საქმიანობის ერთიანი კონტინიუმის კონცეფციის ფარგლებში ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარების საკითხების შესწავლის მნიშვნელობაზე თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემების გამოწვევებზე საპასუხოდ.

საქართველოს ოფიციალურ დოკუმენტაციაში (მათ შორის კანონმდებლობასა და ოფიციალურ გამოცემებში) გამოყენებული ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების სფეროს ტერმინები და განმარტებები მოითხოვენ არსებული კოლიზიების შესწორებას და საერთაშორისოდ აღიარებულ ტერმინებთან და განმარტებებთან ჰარმონიზაციას. საქართველოში არსებული ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების მონაცემთა ბაზა არასრულია, განსაკუთრებით სამედიცინო განათლების განზომილებაში და მოითხოვს სრულყოფასა და საერთაშორისო მონაცემთა ბაზაში არსებულ მაჩვენებელთა სისტემასთან ჰარმონიზაციას. საერთაშორისო მონაცემთა ბაზებში არსებული ინფორმაცია საქართველოს ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების შესახებ, განსაკუთრებით სამედიცინო განათლების განზომილებაში მოითხოვს სრული, საიმედო და ზუსტი მონაცემებით განახლებას.

მოცემულ ეტაპზე არ არსებობს ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარებისა და განათლების ერთიანი კონცეფცია, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ადამიანური რესურსების განვითარების ეროვნული თავისებურებები (მოთხოვნა-მიწოდების რაოდენობრივი და ხარისხობრივი დისბალანსი) არ არის გათვალისწინებული სამედიცინო საგანმანათლებლო სივრცეში ეფექტური პოლიტიკის შემუშავების პროცესში.

ჩატარებულმა კვლევამ ნათელი მოფინა საქართველოში სტუდენტთა სამედიცინო განათლების მიღების მოტივაციის მნიშვნელოვან ასპექტებს და მომავალ პროფესიულ

არჩევანთან დაკავშირებულ მოლოდინებს. მიღებულ შედეგებს შეუძლიათ წვლილის შეტანა ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ეფექტური დაგეგმარების პროცესში.

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგების თანახმად საქართველოში სამედიცინო განათლების მიღების (პირველადი და აკადემიური) წამყვან მიზეზს შინაგანი მოტივაცია განაპირობებს. მოტივაციებისა და პროფესიული უპირატესობების შესწავლისას დემოგრაფიული მაჩვენებლებიდან ყველაზე მნიშვნელოვანი სტატისტიკური განსხვავება დაფიქსირდა გენდერთან მიმართებაში.

მოტივაციების ქვეკატეგორიებთან მიმართებაში იკვეთება სტერეოტიპული გენდერული დამოკიდებულება, კერძოდ ზრუნვასთან დაკავშირებული მოტივაცია უფრო მნიშვნელოვანია ქალი სტუდენტებისათვის, ხოლო სტატუსთან დაკავშირებული მოტივაცია-მამაკაცი სტუდენტებისათვის. მეცნიერებისადმი ინტერესი არ აღმოჩნდა სტუდენტებისათვის მნიშვნელოვანი მოტივაციების რანგში.

სტუდენტებისათვის ექიმის კლინიკური და აკადემიური საქმიანობის პროფესიონალიზმის მოდელის კონცეპტუალიზაციით იკვეთება წამყვანი მახასიათებლების თანხვედრა საზოგადოებაში არსებულ მოლოდინთან (დარგის სირღმისეული ცოდნა და პროფესიული უნარ-ჩვევები, ეფექტური კომუნიკაციის უნარი, მაღალი ეთიკური სტანდარტების დაცვის უნარი) და დივერგენცია მნიშვნელოვან მახასიათებლებთან (სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე პასუხისმგებლობა, ანგარიშვალდებულება და საკუთარი ქმედებებისა და გადაწყვეტილებების კრიტიკული შეფასების უნარი VS. სამედიცინო საქმიანობის სამართლებრივი პრინციპების დაცვის უნარი) მიმართებაში.

პროფესიონალიზმის მიმართ დამოკიდებულებების შესწავლის შედეგები მიუთითებს, რომ სამედიცინო კურიკულუმები საჭიროებს განვითარებას მოსახლეობის/პაციენტთა მოლოდინებზე და საჭიროებებზე ეფექტურად რეაგირების უნარის მქონე ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების მომზადების კონტექსტში. გარდა ამისა, კვლევის შედეგები მიუთითებენ სამედიცინო განათლებაში ჰუმანიზმის, ალტრუიზმის, ანგარიშვალდებულების და სხვა ღირებულებების გამომუშავების გაძლიერების აუცილებლობაზე.

სტუდენტები მომავალ კარიერას უკავშირებენ ისეთ სპეციალობებს, რომლებშიც ქვეყანაში ტრადიციულად ყველაზე დიდი რაოდენობის ექიმები არიან (მეანობა-გინეკოლოგია, პედიატრია, ქირურგია). მომავალ კარიერასთან დაკავშირებული არჩევანი გენდერთან კავშირშია. მამაკაცი სტუდენტებისათვის ყველაზე პოპულარულ საექიმო სპეციალობას წარმოადგენს ქირურგია, ხოლო ქალი სტუდენტებისათვის - კარდიოლოგია, მეანობა-გინეკოლოგია, პედიატრია. მიღებული შედეგები ნათლად მიუთითებენ კარიერული განვითარების სამსახურების ჩამოყალიბების აუცილებლობაზე და წარმოადგენენ ათვლის წერტილს მათი საქმიანობის საწყის ეტაპზე.

საგანმანათლებლო დონეზე არსებული შესაძლებლობების მიმართ სტუდენტთა მოლოდინი უკავშირდება კლინიკური უნარ-ჩვევების გამომუშავების და სამეცნიერო უნარ-ჩვევების სწავლების გაძლიერებას. სამედიცინო მომსახურების სექტორის ფართო მასშტაბიანი პრივატიზაციის პროცესი და საუნივერსიტეტო კლინიკების არარსებობა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სტუდენტების მიერ კლინიკური უნარ-ჩვევების ათვისებაზე. უმაღლესი სამედიცინო განათლების საუნივერსიტეტო კლინიკების საკითხი მოითხოვს დარეგულირებას სახელმწიფოს მხრიდან, ამასთანავე, კლინიკური გარემოს სიმძლავრისა და დატვირთვის, გამტარუნარიანობის მაჩვენებლები გათვალისწინებული უნდა იყოს უმაღლესი სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებებში მიღების გამოცხადებისას.

საგანმანათლებლო გარემოს მიმართ არსებული მოლოდინის შედეგები მიუთითებენ სტუდენტების მიერ ისეთი კომპეტენციების გამომუშავების გაძლიერების აუცილებლობაზე, როგორცაა: თეორიული ცოდნის პრაქტიკულ საქმიანობაში გამოყენების უნარ-ჩვევა, კრიტიკული აზროვნების უნარი, რაციონალური, სწრაფი და კომპეტენციაზე დაფუძნებული კლინიკური გადაწყვეტილების მიღების უნარ-ჩვევა, სამეცნიერო კვლევის უნარი, თვით-შეფასების უნარი.

## 3.2 რეკომენდაციები

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარება მრავალგანზომილებიანი კომპლექსური სისტემაა, რაც მოითხოვს სათანადო საგანმანათლებლო პოლიტიკის შემუშავებას ჯანმრთელობის დაცვისა და განათლების სისტემაში არსებული მდგომარეობის პერიოდული და სისტემატური შეფასებების და თანამედროვე კვლევის შედეგების გამოყენებით და დაინტერესებულ მხარეებთან მჭიდრო თანამშრომლობით.

წარმოდგენილი ნაშრომი მიზნად ისახავს საქართველოში სამედიცინო განათლების მიმართულებით კვლევების ინიცირების მცდელობას.

სასურველია მიღებული შედეგები გათვალისწინებული იქნას შემდგომი კვლევების დაგეგმვის პროცესში.

მომავალი კვლევების პერსპექტიულ მიმართულებებად გვესახება სამედიცინო განათლების მიღების მოტივაციის დროსა და სხვადასხვა ცვლადებთან მიმართებაში, ასევე დახელოვნებისა და შრომითი საქმიანობის ერთიანი კონტინიუმის ეტაპებთან მიმართებაში ცვალებადობის შესწავლა. მოსალოდნელი შედეგების გამოყენება შესაძლებელი იქნება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებისა და ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარების სრულყოფისაკენ მიმართული სტრატეგიების შესამუშავებლად.

## Conclusions

*General Issues.* Systematic review of literature in the field of Human Resources for Health with key word «Medical Professional» with combination «Undergraduate Medical Education» has highlighted the importance of Human Resources for Health Development issue in the line of workforce lifespan approaches for improving the Quality and Performance of Health Care systems. Effective evaluation HRHD requires comprehensive assessments of core basic indicators and additionally, studying cross cutting problems concerning HRH.

Review of the official documents in Georgia (Legislation in Health care/Education and official Publications, Statistical Reports) in the dimension of HRH has identified the key problems in using standardized common definitions and setting evaluation framework for HRH indicators. Information on HRH in international database is incomplete and requires upgrading. National database on HRH is fragmented. The existing trends in HRH Development are not used for the elaboration of the effective Educational Policy .

Georgia traditionally has the highest density of health workers, particularly physicians. Despite this tendency the number of medical students increases year by year.

What motivates students to study medicine in Georgia and why do so many candidates apply to medical university or medical faculties every year? What is their attitude toward professionalisms in medicine and what is their expectation about future career choice? What are their opinion on the institutional capacity of undergraduate medical education for effective Human Resources for Health Development? These issues are the main focuses of our study.

The objective of this study is to explore what are primary and academic motivations to study medicine, what is the desired Physician Model for Georgian students and expectations about future careers among medical students in Georgia. In addition, this study examines the influence of the demographic characteristics on the motives of studying medicine.



*Motivation.* Recent study has provided insights into students' primary and academic motivations for studying medicine. This study has found that students in Georgia are more influenced by intrinsic motives and students place priority emphasis on the patients' care and helping people. This study shows that taking care of patients and well-being of society appear to be more important for female students than for male ones. For male students status is more important than for females. At the same time for Georgian students science-oriented motivation was not so common.

*Professionalism.* The desired Physician Model for students and expected Physician model for the patients have similar professional attributes associated with effective models, such as: knowledge and professional skills, effective Communication and Ethical standards. Some important attributes, for ex. accountability (self, colleagues, society), ability of critical evaluation of their own actions and decisions, responsibility for the continuity of health care (access, quality) are important for patients, but are less important for the students.

*Career choice.* More often the majority of male students compared to female students chose surgery as a future specialty and female students mainly opted care-related specialties (cardiology, obstetrics & gynecology, pediatricians etc).

*Educational Environment for Undergraduate Medical Education.* Students' perceptions about priorities on the undergraduate level are: to strengthen teaching of clinical skills and scientific skills and support students' mobility and internationalization.

This study gives important practice point for:

- Elaboration Benchmark Statement for Medical Education at the level of National Center for educational quality enhancement;
- Curriculum development and establishment of counseling services for students at the level of Higher Educational Institutions;
- Elaboration effective human resources for health development policy at the level of Ministry of Health Care and Ministry of Education and Science.

## გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Aaron, S, Skakun, E. (1999). Correlation of students' characteristics with their learning styles as they begin medical school. *J.Academic Medicine*, 74(3): 260-262.
2. ABIM (1995). Project professionalism by the ABIM (American Board of Internal Medicine). [17 January 2012] [http:// www.abimfoundation.org](http://www.abimfoundation.org).
3. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine (2002). Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med*.136:243-6.
4. ACGME (2011). Outcome project. [4 January 2011] from <http://www.acgme.org>.
5. ACGME (2004). Advancing education in medical professionalism: An educational resource from the ACGME Outcome Project.
6. Adams, T, Garden, A. (2006) What influences medical school choice? *J.Medical Teacher*. 28:83-85.
7. Adkoli BV, Al-Umran KU, Al-Sheikh M, Deepak KK, Al-Rubaish AM.(2011).Medical students' perception of professionalism: a qualitative study from Saudi Arabia.*J.Med Teach*. 33(10):840-5.
8. Afzal H et all (2010). A Study of University Students' Motivation and Its Relationship with Their Academic Performance. *Int. J.Bus and Man*. 5(4):80-8.
9. Akabayashi A, Slingsby , BT, Kai I., Nishimura T, Yamagishi A. (2004) The development of a brief and objective method for evaluating moral sensitivity and reasoning in medical students, *BMC Medical Ethics*. 5:1.
10. Al-Eraky MM, Chandratilake M. 2012. How medical professionalism is conceptualised in Arabian context: A validation study. *Med Teach* 34(Suppl 1):S90–S95, PubMed PMID: 22409198.
11. Al-Hazimi A, Al-Hyiani A, Roff S (2004). Perceptions of the educational environment of the medical school in King Abdul Aziz University, Saudi Arabia. *Medical Teacher*, vol. 26, no. 6:570–573.

12. Allen, I. (2005) Women doctors and their careers: what now? *British Medical Journal*, 331:569-572.
13. Ames, C, Archer, J. (1988). Achievement goals in the classroom: Students' learning strategies and motivation processes. *Journal of Educational Psychology*. 80(3): 260-267.
14. Amin Z, Tani M, Eng KH, Samarasekara DD, Huak CY (2009). Motivation, study habits, and expectations of medical students in Singapore. *J. Med Teach*. 31(12):560-9.
15. Apadakis MA, Loeser HK. (2001) Early detection and evaluation of professionalism deficiencies in medical students: one school's approach. *Academic Medicine*. 76:1100–1106.
16. Aramesh K, Mohebbi M, Jessri M, Sanagou M. 2009. Measuring professionalism in residency training programs in Iran. *Med Teach* 31(8):e356–e361.
17. Archer R, Elder W, Hustedde C, Milam A, Joyce J . (2008). The theory of planned behaviour in medical education: A model for integrating professionalism training. *J. Med Educ*. 42:771-777.
18. Archer, J. (1994). Achievement goals as a measure of motivation in university students. *Contemporary Educational Psychology*, 19(4): 430-446.
19. Arnold L., Feighny, K. M. (1995). Students' general learning approaches and performances in medical school: A longitudinal study. *J. Academic Medicine*, 70(8): 715-722.
20. Arnold L. (2002) Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow, *Academic Medicine*, 77: 502–515.
21. Arzuman H, Yusoff M, Chit S (2010). Big Sib students' perceptions of the educational environment at the school of medical sciences, universiti sains Malaysia, using Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM) inventory. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, vol. 17, no. 3:40–47.
22. Avalos, G, Freeman, C, Dunne F (2007). Determining the quality of the medicaleducational environment at an Irish medical school using the DREEM inventory, *Irish Medical Journal*, 100:522-525.
23. Baboolal NS, Hutchinson GA (2012). Factors affecting future choice of specialty among first-year medical students of the University of the West Indies, Trinidad. *J. Med Edu*. 23:12(1):82.

24. Barshes NR, Vavra AK, Miller A, Brunicardi FC, Goss JA, Sweeney JF (2004). General surgery as a career: a contemporary review of factors central to medical student specialty choice. *J.Med.Edu.*199(5):792–799.
25. Barry D, Cyran E, Anderson RJ. (2000). Common issues in medical professionalism: Room to grow. *Am J Med* 108:136–142.
26. Batenburg V, Smal JA, Lodder A, De Melker RA (1999). Are professional attitudes related to gender and medical specialty. *J.Med.Edu.*33:489-92.
27. Billings K (2004). Learning to live in a medical household. *Brit. Med. J.*328:235.
28. Blackall GF, Melnick SA, Shoop GH, George J. et al(2007).Professionalism in medical education: the development and validation of a survey instrument to assess attitudes toward professionalism. *J.Med Teach.* 29(2-3):e58-62.
29. Blue A. (2009) Assessment of matriculating medical students' knowledge and attitudes towards professionalism. *J. Medical Teacher.*31(10): 928-932
30. Boulet J, Bede C, McKinley D, Norcini J. (2007). An overview of the world's medical schools. *Med Teacher.*29:20–6.
31. Borracci RA. et al.(2012). Medical students' preferences on specialty selection in Buenos Aires University. *J.Educ. méd.*vol.15(3): 155-160.
32. Brater DC. (2007).Viewpoint: infusing professionalism into a school of medicine: perspectives from the dean. *JAcad Med.* 82:1094-1097.
33. Buddeberg-Fischer B, Herta KD. (2006). Formal mentoring programmes for medical students and doctors – a review of the Medline literature. *Med Teach* 28(3):248–257.
34. Bye D, Pushkar D, Conway, M. (2007). Motivation, interest, and positive affect in traditional and nontraditional undergraduate students. *Adult Education Quarterly*, 57(2), 141-158.
35. Byszewski A, Hendelman W, McGuinty C, Moineau G. (2012) Wanted: role models-- medical students' perceptions of professionalism. *BMC Med Educ.* 15:12:115.
36. Calman Kenneth C. (2006) *Medical Education: Past, Present and Future.*
37. Chandratilake M, McAleer S, Gibson J, Roff S. 2010. Medical profession- alism: What does the public think? *Clin Med* 10(4):364–369.
38. Clack GB. Et al. (1997) Why do students want to study medicine? *J.MedEdu* 32:209–221.
39. Cohen JJ. (2006). Professionalism in medical education, an American perspective: from evidence to accountability. *J. Med Educ.* 40:607-617.

40. Crossley ML, Mubarik A (2002). A comparative investigation of dental and medical student's motivation towards career choice. *Brit.Dent. J.* 193(8): 471-473.
41. Cruess SR, Cruess RL. (2008). Understanding medical professionalism: a plea for an inclusive and integrated approach. *J.Med Educ.*42:755-757.
42. Cruess RL, Cruess SR. (2006) Teaching professionalism: general principles. *Medical Teacher.*28(3): 205-208.
43. Curry L (1999). Cognitive and learning styles in medical education. *J.Academic Medicine:*74(4):409-413.
44. Davis RL, Wiggins MN. Et al 2007. Defining the core competency of professionalism based on the patient's perception. *Clin Experiment Ophthalmol* 35(1):51–54.
45. Deirdre C. L et al (2004). Assessing professionalism: a review of the literature. *J.Health Sci.* 26(4): 366–373.
46. Delaney J. et al (2010). Students' Perception on Effective Teaching in Higher Education. *Univerity of Wisconson*,1:90. [www.uwex.edu](http://www.uwex.edu)
47. Dent J, Harden R (2009). *A Practical Guide for Medical Teachers*, Elsevier Churchill Livingstone.
48. Newble D, Cannon R, Kapelis Z (2001). *A Handbook for Medical Teachers*, Kluwer Academic.
49. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. (2003). Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *J. HRH.* 1:3.
50. Dimoliatis I, Vasilaki E, Anastassopoulos P, Ioannidis J, Roff S (2010)., "Validation of the Greek translation of the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM)," *Education for Health*, vol. 23, 1:348.
51. Devlin, M. (2002). An improved questionnaire for gathering student perceptions of teaching and learning. *Higher Education Research and Development* 21 3, 289-304.
52. Dornan T, Mann K. et al.(2011). *Medical Education: Theory and Practice*.
53. Draper C, Louw, G. (2007). What is medicine and what is a doctor? Medical students' perceptions and expectations of their academic and professional career. *JMedical Teacher*, 29(5), e100-107.
54. Du Moulin MFMT, Heymans RJHM, Noordenbos G (2000). Gender factors in the choice of a medical specialty. *J.Nederl. Tijdsch. Gen.*144(3):129–133.

55. European Union. Brussels: 2005. EU Directive 2005/36/EC of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications.  
<http://www.europa.eu.int/comm/internalMarket/qualifications/futureen.htm>.
56. Ferrinho P, Fronteira I, Sidat M et al. (2010). Profile and professional expectations of medical students in Mozambique: a longitudinal study. *J.Human Resources for Health* 8:21.
57. Ferrinho P. et al. (2011). The training and professional expectations of medical students in Angola, Guinea-Bissau and Mozambique. *J.Human Resources for Health* 9:9.
58. Haivas, I., Villanueva, T. (2006). Studying medicine and quality of life. *StudentBMJ*, 14:170-171.
59. Hall MA, Zheng B et al. (2002) Measuring patients; trust in their primary care providers, *Medical Care Research and Review*. 59: 293–318.
60. Harden RM. (1998) Integrated teaching—What do we mean? A proposed taxonomy. *Journal Medical Education*. 32:216–217.
61. Hauschild Tobias and Berkhout Esmé (2009). *Health-Care Reform in Georgia A Civil-Society Perspective: Country Case Study*. Oxfam International.
62. Heiligers (2012). Gender differences in medical students motives and career choice. *BMC Medical Education*, 12:82.
63. Heiligers PJ, (2007). Gender differences in medical students motives and career choice. *Med Edu*. 2007;41(1):50-6.
64. Henning M. et al. (2010). Quality of life and motivation to learn: A study of medical students. *Issues in Educational Research*, 20(3):244-56.
65. Hilton SR, Slotnick HB(2005). Proto-professionalism: how professionalisation occurs across the continuum of medical education. *Med Educ*. 39(1):58-65.
66. Hodges BD, Ginsburg S, Cruess R, Cruess S et al. (2011). Assessment of professionalism: Recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *J.Medical Teacher*. 33 (5):354-363.
67. Hoffmann E. (2003). International statistical comparisons of occupational and social structures: problems, possibilities and the role of ISCO-88. In: Hoffmeyer-Zlotnik JHP, Wolf C, eds. *Advances in cross-national comparison*. New York, Kluwer Plenum Publishers.
68. Hulsman, R. L., van der Ende, J. S. J., Oort, F. J., Michels, R. P. J., Casteelen, G., & Griffioen, F. M. M.(2007). Effectiveness of selection in medical school admissions: Evaluation of the outcomes among freshmen. *JMedical Education*, 41: 369–377.

69. Jha V, Bekker HL, Duffy SR, Roberts TE (2006). Perceptions of professionalism in medicine: a qualitative study. *J. Med Edu.* 40(10):1027-36.
70. JiangSuo, Yan Zheng et al. (2010). Initial knowledge of medical professionalism among Chinese medical students. *J. Medical Teacher.* 32(12):961-970.
71. Johnston JL, Cupples ME, McGlade KJ, Steele K.(2011).Medical students' attitudes to professionalism: an opportunity for the GP tutor? *J. Educ Prim Care.* 22(5):321-7.
72. Gallagher J, Clarke W, Wilson N, (2008). Understanding the motivation: a qualitative study of dental students' choice of professional career. *Eur J Dent Educ.* 12(2):89-98.
73. Gedde SJ, Budenz DL, Haft P, Tielsch JM, Lee Y, Quigley HA (2005). Factors influencing career choices among graduating ophthalmology residents. *Journal of Ophthalmology.* 112(7):1250–1260.
74. GMC (2006). *Good Medical Practice.* Lon-don: General Medical Council.
75. General Medical Council UK (2009). *Tomorrows Doctors, outcomes and standards for undergraduate medical education.*
76. Gerlach FM et al. (2000). *Quality Circles in General Practice.* 6th European Conference on General Practice and Family Medicine 2–6 July 2000, Vienna, Abstract Book, p. 99.
77. Gillies RA, Warren PR, Messias E. et al. (2009). Why a Medical Career and What Makes a Good Doctor? Beliefs of Incoming United States Medical Students. *J Educ. for Health* 22(3)1-13.
78. Ginsburg S, Regehr G, Mylopoulos M. (2009). From behaviours to attributions: Further concerns regarding the evaluation of professionalism. *Med Educ* 43(5):414–425.
79. Ginsburg S, Regehr G, Stern D, Lingard L. (2002). The anatomy of the professional lapse: Bridging the gap between traditional frameworks and students' perceptions. *Acad Med* 77(6):516–522
80. Gjerberg E (2002). Gender similarities in doctors' preferences – and gender differences in final specialisation. *J. of Soc. Sci Med.* 54(4):591–592.
81. Goldie J. (2008). Integrating professionalism teaching into undergraduate medical education in the UK setting. *J. Med Teach.* 30:513-527.
82. Gordon D, Lindgren S. (2010). The global role of the doctor in health care. *World Medical & Health Policy J.* <http://www.psocommons.org/wmhp>.
83. Grant J.(2010). Principles of curriculum design. In: Swanwick T, ed. *Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice.* 1–15.

84. Greenhalgh T, Seyan K, Boynton P (2004). "Not a university type": Focus group study of social class, ethnic, and sex differences in school pupils' perceptions about medical school. *Brit.Med. J.* 328(7455): 1541-1546.
85. Institute for International Medical Education. Database of medical schools. IIME; 2006. <http://www.iime.org/database>.
86. IMI (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*.
87. Illing J. (2007). *Thinking about research: frameworks, ethics and scholarship*. Edinburgh,UK: ASME.
88. Irby DM, Cooke M. et al (2010). Call for Reform of Medical Education by the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: 1910 and 2010. *Acad Med.* 85:220–7.
89. Irvine D. (2003) *The Doctor's Tale*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
90. Jakobsson U. et al. (2011). "Psychometric evaluation of the Dundee Ready Educational Environment Measure: Swedish version," *Medical Teacher*, vol. 33, no. 5:267–274.
91. Kalinka VDC, Myrra JFJ. et al. (2004) How to conceptualize professionalism:a qualitative study *J. Medical Teacher.* 26(8): 696–702.
92. Kember D, Gow L. 1991. A challenge to the anecdotal stereotype of the Asian student. *Stud Higher Educ* 16:117–128. Accessed 25 October 2007.
93. Koens F, Mann KV, Custers EJFM, Ten Cate OTJ (2005). Analysing the concept of context in medical education. *J.Med.Edu.* 39(12):1243-1249.
94. Kusurkar R, Kruitwagen C, ten Cate O, Croiset G (2010).Effects of age, gender and educational background on strength of motivation for medical school. *J.Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2010 15(3):303-13.
95. Kusurkar R,Croiset G,Kruitwagen C,ten Cate O (2011). Validity evidence for the measurement of the strength of motivation for medical school.*J.Adv.Health Sci.Edu.*16(2):183-195.
96. Lambert TW, Davidson JM, Evans J, Goldacre MJ (2003). Doctors' reasons for rejecting initial choices of specialties as long-term careers. *J.Med.Edu.*37:312–318.
97. Lambert, T., Goldacre, M., and Turner, M. (2006) Career choices of United Kingdom medical graduates of 2002: questionnaire survey. *Journal of Medical Education.* 40:514-21.
98. Lefevre JH, Roupret M, Kerneis S, Karila L. (2010).Careerchoices of medical students: a national survey of 1780students.*Journal of Medical Education.* 44(6):603-12.



99. Lokuhetty M, Warnakulasuriya S, Perera R, De Silva H, Wijesinghe H(2010) Students' perception of the educational environment in a Medical Faculty with an innovative curriculum in Sri Lanka, *South-East Asian Journal of Medical Education*, 4, 1:9-16.
100. Lowe M, Kerridge I at all. (2001) Is it possible to assess the 'ethics' of medical school applicants? *Journal of Medical Ethics*. 27:404–408.
101. Ludmerer KM. (2010). Commentary: Understanding the Flexner Report. *Acad Med*.85:193–6.
102. Lynch DC, Surdyk PM, Eiser AR. (2004). Assessing professionalism: A review of the literature. *Med Teach* 26:366–373.
103. Maiorova T, Stevens F, Zee J, Boode B, Scherpbier A. (2008). Shortage in general practice despite the feminisation of the medical workforce: a seeming paradox? A cohort study. *BMC Health Services Research*, 8:262.
104. Maiorova T (2009). The role of gender in medical specialty choice and general practice preferences. PhD thesis. Maastricht University, Department of Health Sciences.
105. Mann KV, (1999). Motivation in medical education: how theory can inform our practice. *J. Acad Med*. 74(3):237-9.
106. McHarg, J., Mattick, K., & Knight, L. V. (2007). Why people apply to medical school: Implications for widening participation activities. *J. Med. Edu*. 41(8), 815-821.
107. McManus IC, Livingston G, Katona C (2006). The attractions of medicine: the generic motivations of medical school applicants in relation to demography, personality and achievement. *BMC Med. Edu*.6:11.
108. Millan LR.(2005).What is behind a student's choice for becoming a doctor? *J. Clinics* 60(2):143-50.
109. Morrison J. (2004). Influences before and during medical school on career choices. *J. Med. Edu*.38:230–231.
110. Morrison J. (2006). Career preferences in medicine for the 21st century. *J. Med. Edu*.40:495–497.
111. Murdoch Maureen(2001).Evaluating the Psychometric Properties of a Scale to Measure Medical Students' Career-related Values. *Academic Medicine* 76:2.
112. National Center for Disease Control and Public Health-NCDC (2012). Statistical Yearbook, Health Care, Georgia. <http://www.ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=585>

113. National Statistics Office of Georgia-NSO. Main Statistics, Georgia (2012).  
[http://geostat.ge/index.php?action=page&p\\_id=152&lang=eng](http://geostat.ge/index.php?action=page&p_id=152&lang=eng)
114. Nieuwhof MGH, ten Cate O, Oosterveld P, Soethout M BM (2004). Measuring Strength of Motivation for Medical School. *J. Med. Edu.* 9 (16):1-7.
115. Notzer N, Brown S. (1995). The feminization of the medical profession in Israel. *Med Educ* 29:377–381.
116. Misch DA (2002). Andragogy and medical education: Are medical students internally motivated to learn? *J Advances in Health Sciences Education.* 7(2):153-160.
117. Paik JE. (2000). The feminization of medicine. *Jama* 283:666
118. Pastor MÁ, López-Roig S, Sánchez S, Hart J, Johnston M, Dixon D (2009). Analyzing motivation to do medicine cross-culturally: The international motivation to do medicine scale. *J. Escrit. Psic.* 2(2) 3-9.
119. Perrot, L. J., Deloney, L. A., Hastings, J. K., Savell, S., & Savidge, M. (2001). Measuring student motivation in health professions' colleges. *Advances in Health Sciences Education,* 6(3), 193-203.
120. Pfeiffer A (2011). General Population and Medical Student Perceptions of Good and Bad Doctors in Mozambique. *Education for Health.*
121. Powell, A., Boakes, J., & Slater, P. (1987). What motivates medical students: How they see themselves and their profession. *J. Med. Edu.* 21(3), 176-182.
122. Project of ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine. (2002) Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med.* 136:243-6.
123. Quality Assurance Task Force, the Thematic Network on Medical Education in Europe (MEDINE) WFME Global Standards for Quality Improvement in Medical Education. European Specifications. Copenhagen: WFME; 2007. <http://www.wfme.org>
124. Robin A. Fox (2001). The shortened Study Process Questionnaire: An investigation of its structure and longitudinal stability using confirmatory factor analysis. *British Journal of Educational Psychology*:71, 511- 530.
125. Roff S, McAleer S (2001). “What is educational climate?” *Medical Teacher,* vol. 23, no.4:333–334.

126. Royal College of Physicians. (2005). *Doctors in society: Medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party of the RCP.* London: Royal College of Physicians.
127. Ryan RM, Deci EL (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology* 1;25(1):54-67.
128. Ryan RM, Frederick CM, Lepes D, Rubio N, Sheldon KM, (1997) Intrinsic motivation and exercise adherence. *Intern.J.SportPsych.* 28(4):335-354.
129. Salanova, M., Llorens, S. (2008). Current state of research on burnout and future challenges. *J.Pap. Psic.* 29(1): 59-67.
130. Scottish Deans Medical Education Group (2009). *The Scottish Doctor: learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland: a foundation for competent and reflective practitioners.* 3rd ed.
131. Shah MM, Summerhill EM, Manthous CA. (2009). Medical professionalism in the new millennium: Are there intercultural differences? Brief report and commentary. *Conn Med* 73(5):289–294.
132. Sehiralti M, Akpınar A, Ersoy N. 2010. Attributes of a good physician: What are the opinions of first-year medical students? *J Med Ethics* 36(2):121–125.
133. Shehnaz SI (2010). Privatisation of medical education: Viewpoints with a global perspective. *SQU Med J.* 10:6–11.
134. Smith SN (2001). Approaches to study of three Chinese national groups. *Br J. Educ Psychol* 71:429–441.
135. Sobral DT, (2003). Learner's Motivation in Medical Studies: Use of the Academic Motivation Scale. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 19(1):25-31.
136. Sobral DT, (2004). What kind of motivation drives medical students' learning question? *J. Med. Edu.* 38(9):950-957.
137. Sobral DT (2006) Influences on choice of surgery as a career: a study of consecutive cohorts in an medical school. *J. Med. Edu.* 40:522–529.
138. Stephenson A, Higgs R, Sugarman J. Teaching professional development in medical schools. *Lancet.* 2001;35: 867-870.
139. Stern DT. 2006. *Measuring medical professionalism.* New York: Oxford University Press.
140. Stern DT, Papadakis MN. (2006). The developing physician—becoming a professional. *Engl J Med* 355(17):1794–1799.

141. Surdyk PM, Lynch DC. (2003) Professionalism: identifying current themes. *Current Opinion in Anaesthesiology*. 16:597–602.
142. Swick HM. (2002). Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med* 75(6):612–616.
143. Swick HM, Szenas P, Danoff D, Whitcomb ME. (1999). Teaching Professionalism in undergraduate medical education. *JAMA* 282(9):830–832.
144. Taheri M (2009) Students' perceptions of learning environment in Guilan University of Medical Sciences, *Journal of Medical Education*, 13, 4:126-133.
145. Thistlethwaite JE, Spencer J (2008). *Professionalism in Medicine*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
146. Ten Cate OTJ (2007) Medical education in the Netherlands. *Med Teach*. 29:752–757.
147. Tsai TC, Lin CH, Harasym PH, Violato C. (2007). Students' perception on medical professionalism: The psychometric perspective. *Med Teach* 29(2–3):128–134.
148. Vaglum P, Wiers-Jennsen J, Ekeberg O (1999). Motivation for medical school: the relationship to gender and specialty preferences in a nation-wide sample. *J. Med. Educ.* 33: 236-242.
149. Vanliujk S, Smeets J. et al (2000) Assessing professional behaviour and the role of academic advice at the Maastricht Medical School. *Medical Teacher*. 22:168–172.
150. Van Zanten M, Parkins LM, Karle H, Hallock JA (2009). Accreditation of undergraduate medical education in the Caribbean: Report on the accreditation authority for education in medicine and other health professions. *Acad Med*. 84:1–5.
151. Varki A, Rosenberg LE. (2002) Emerging opportunities and career paths for the young physician–scientist. *Nat Med* 8: 437–9.
152. Varma R, Tiyagi E, and Gupta J (2005). Determining the quality of educational climate across multiple undergraduate teaching sites using the DREEM inventory, *BMC Medical Education*, vol. 5, no. 1: 8
153. Verdonk P, Benschop YWM, De Haes H, Lagro-Janssen TLM (2008). Medical Students' Gender Awareness. *J. Sex Roles*. 58:222–234.
154. Vimmi Passi, Manjo Doug, Ed Peile, Jill Thistlethwaite, Neil Johnson (2010). Developing medical professionalism in future doctors: a systematic review. *IntJMedEdu*. 1:19-29.

155. Wagner P, Hendrich J, Moseley G, Hudson V, (2007). Defining medical professionalism: a qualitative study. *J. Med Edu*, 41(3):288-94.
156. Walker CO, Greene BA, Mansell A (2006). Identification with academics, intrinsic/extrinsic motivation, and self-efficacy as predictors of cognitive engagement. *Journal of Learning and Individual Differences*. (16):3-5.
157. Walsh K. (2008). Learning Styles: Do they really exist? *Med Educ* 41:618-620.
158. Ward AM, Kamien M, Lopez DG (2004) Medical career choice and practice location: early factors predicting course completion, career choice and practice location. *J. Med. Edu.* 38:239-248.
159. Watmough S, Ryland I, Taylor D (2007). Using questionnaires to determine whether medical graduates career choice is determined by undergraduate or postgraduate experiences. *J. Med. Teacher*. 29:830-832.
160. White CB (2007). Smoothing out transitions: How pedagogy influences medical students' achievement of self-regulated learning goals. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 12:279-297.
161. Williams R. (2006). See one, do one, teach one—exploring the core teaching beliefs of medical school faculty. *J. Medical Teacher*, Vol. 28, No. 5: 418-424.
162. Wiggins MN, Coker K, Hicks EK. (2009). Patient perceptions of professionalism: Implications for residency education. *Med Educ* 43(1):28-33.
163. Wierenga AR, Branday JM, Simeon DT, Pottinger A, Brathwaite B (2000). Motivation for and concerns about entering a medical programme. *West Indian Med. J.* 52:304-310.
164. Williams GC, Saizow RB, Ryan RM, (1999). The importance of self-determination theory for medical education. *J. Acad. Med.* 74(9):992-995.
165. Wilson JI (2009). A two factor model of performance approach goals in student motivation for starting medical school. *J. Issues in Educ. Res.* 19(3):271-281.
166. Woollard B, Boelen C. (2012). Seeking impact of medical schools on health: Meeting the challenges of social accountability. *Med Educ* 46(1):21-27.
167. World Federation for Medical Education (2003). *Basic Medical Education*. Copenhagen: WFME; 2003. WFME Global Standards for Quality Improvement. <http://www.wfme.org>.
168. World Health Organization/World Federation for Medical Education (2005). *Accreditation Guidelines for Basic Medical Education*. Geneva/Copenhagen: 2005. <http://www.wfme.org>.

169. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2005). Guidelines for Quality Provision in Cross-border Higher Education. Paris: UNESCO; 2005.
170. World Health Organization.(2006). Human Resources for Health in Europe. OpenUniversity Press.
171. World Health Organization.(2006).The world health report 2006: working together for health.Geneva, World Health Organization.
172. World Health Organization.(2007).Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes – WHO's framework for action. Geneva,WHO.
173. World Health Organization.(2008) Task Force for Scaling Up Education and Training for Health Workers. Global Health Workforce Alliance.
174. World Health Organization.(2009)Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health with special applications for low- and middle-income countries.
175. World Health Organization.(2010) Workload Indicators of Staffing Need (WISN).
176. World Health Organization.(2010) WHO Global Code of Practice on the International Migration of Health Personnel.
177. World Health Organization(2010). WHO consultation on the transformative scale-up of medical, nursing and midwifery education. WHO.
178. World Health Organization(2011).Transformative scale up of health professional education.WHO.
179. World Health Organization(2011).World Health Summit: Healthworkforce and Medical Education in a Globalized World.
180. World Health Organization(2012).WHO country assessment tool on the uses and sources for human resources for health (HRH) data.
181. World Health Organization(2012).Action towards achieving a sustainable health workforce and strengthening health systems Implementing the WHO Global Code of Practice in the European Region.
182. World Health Organization(2012). World Health Statistics, 2012.
183. WHO (2002). Human Resources for Health: Developing Policy Options for Change. Discussion Paper, Draft, Geneva.
184. WHO (2002). Human Resources for Health: Developing Policy Options for Change: Discussion Paper, Draft, Geneva.

185. WHO (2005). Health and the Millennium Development Goals: Keep the Promise. Geneva.
186. WHO (2004). Methodological note on support to countries for HRH development: dialogue for action. Geneva.
187. Zaini R, Ben Abdulrahman K, Al-Khotani A, Al-Hayani A, Al-Alwan I, Jasaniah S. (2011). Saudi Meds: A competence specification for Saudi medical graduates. *Med Teach* 33:582–584.
188. Zakeriya Akturk et al (2002). Use of quality circles among first year medical students and impact on student satisfaction. *J.Swiss Med Wkly*, 132:143-7.
189. Yusoff M, (2012). “Psychometric properties of dreem in a sample of malaysian medical students,” *Medical Teacher*, vol. 34, no.7:595–596.
190. ვასაძე ო., ჯანელიძე ც. და კობალაძე ლ.(2002). ჯანდაცვის მენეჯმენტის განმარტებითი ლექსიკონი. თბილისი.
191. ურუშაძე რ.(2002).საზოგადოებრივი ჯანდაცვა. თბილისი.
192. საქართველოს კანონი ჯანდაცვის შესახებ, 1997 წელი.
193. საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ, 2001 წელი.
194. საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, 2001 წელი.
195. საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ, 2007 წელი.
196. საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, 2006 წელი.
197. საქართველოს კანონი სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ, 2001 წელი.
198. საქართველოს კანონი ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის (შიდსის) პროფილაქტიკის შესახებ, 2001 წელი.
199. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N136/ნ საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ.

## დანართები

დანართი 1 ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარების საფეხურები და მოქმედებათა ჩარჩო

დანართი 2 ჯანდაცვის ადამიანური რესურსები საქმიანობის საერთაშორისო სტანდარტულ კლასიფიკაციაში

დანართი 3 ჯანდაცვა ყველა სახის ეკონომიკური საქმიანობის საერთაშორისო სტანდარტულ დარგობრივ კლასიფიკაციაში

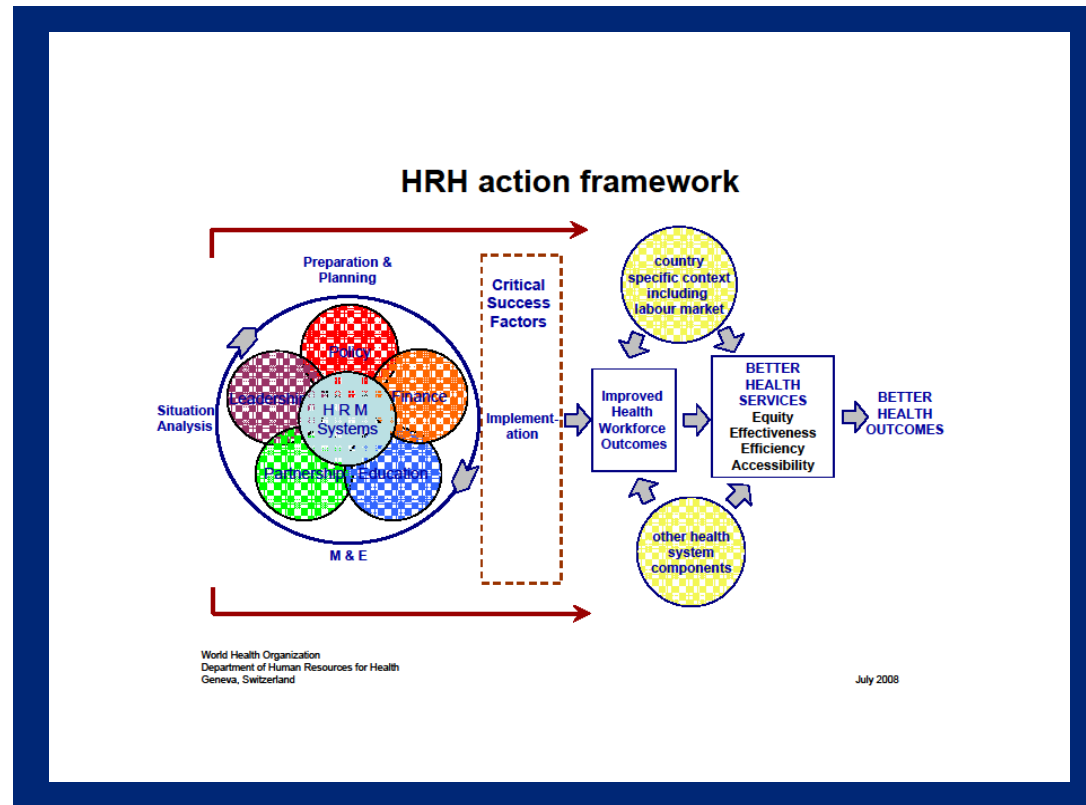
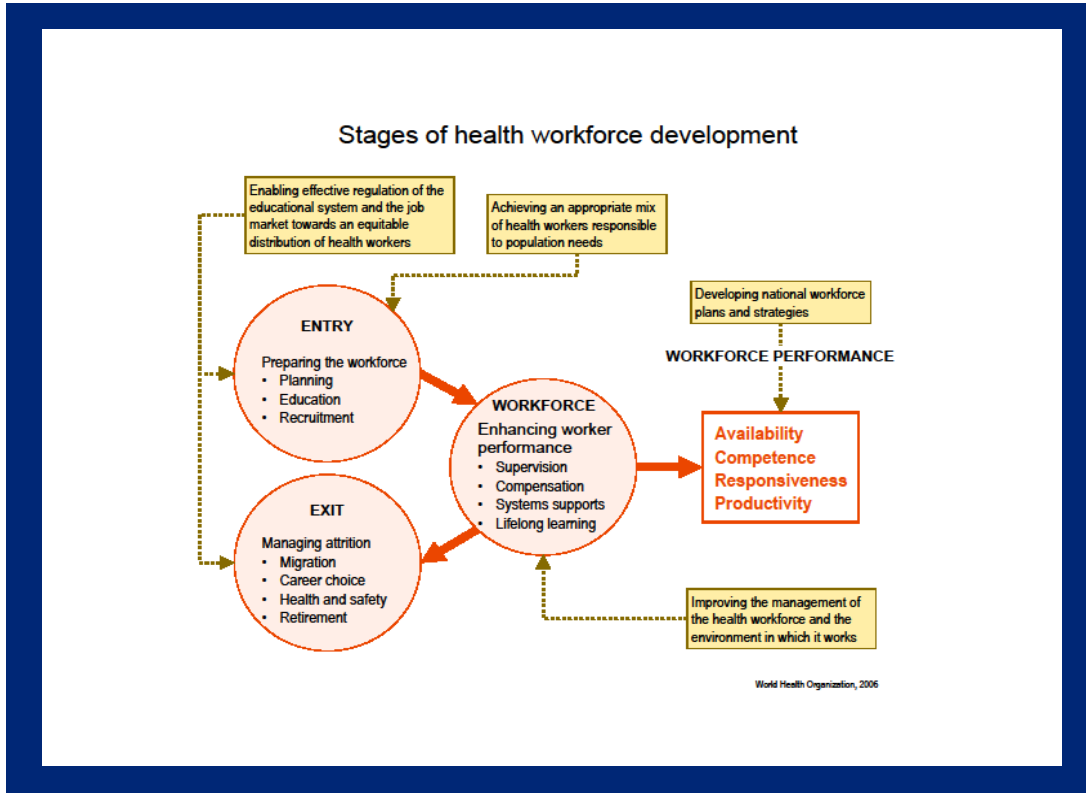
დანართი 4 განათლების საერთაშორისო სტანდარტული კლასიფიკაცია

დანართი 5 სამედიცინო განათლების ხარისხის ინდიკატორები

დანართი 6 კითხვარი



დანართი 1 ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარების საფეხურები და მოქმედებათა ჩარჩო



წყარო: WHO, 2006, 2008

დანართი 2.

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსები საქმიანობის საერთაშორისო სტანდარტულ კლასიფიკაციაში

კოდი	პროფესიის დასახელება
22	ჯანდაცვის პროფესიონალები
221	ექიმები
2211	ზოგადი პრაქტიკის ექიმები
2212	ექიმი-სპეციალისტები
222	პროფესიონალი ექთნები და ბებია ქალები
2221	პროფესიონალი ექთნები
2222	პროფესიონალი ბებია ქალები
223	ტრადიციული და ალტერნატიული მედიცინის პროფესიონალები
2230	ტრადიციული ალტერნატიული მედიცინის პროფესიონალები
224	პარამედიკოსები
2240	პარამედიკოსები
225	ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალები
2251	სტომატოლოგები
2252	ფარმაცევტები
2253	გარემოს და შრომის ჰიგიენის სპეციალისტები
2254	ფიზიოთერაპევტები
2255	დიეტოლოგები და კვების სფეროს სპეციალისტები
2256	აუდიოლოგები, ლოგოპედები და მეტყველების დარღვევის სპეციალისტები
2257	ოპტომეტრის სპეციალისტები და ოკულისტები
2258	ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალები
32	ჯანმრთელობასთან ასოცირებული პროფესიონალები
321	მედიცინისა და ფარმაციის სფეროს ტექნიკური პერსონალი
3211	სამედიცინო რადიოლოგიისა და სამკურნალო აღჭურვილობის ტექნიკური პერსონალი
3212	სამედიცინო და პათოანატომიური ლაბორატორიების ტექნიკური პერსონალი
3213	ფარმაცევტული ტექნიკური პერსონალი და მათი დამხმარეები
3214	სამედიცინო და სტომატოლოგიური პროთეზების ტექნიკური პერსონალი
	ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული დამატებითი ჯგუფი
1342	სამედიცინო მომსახურების მენეჯერები
1343	მოხუცებულთა მოვლის მომსახურების მენეჯერები
2634	ფსიქოლოგები
2635	სოციალური მუშაკები
5321	სამედიცინო მომსახურების დამხმარეები
5322	ბინაზე მოვლის მუშაკები

დანართი 3. ჯანდაცვა ყველა სახის ეკონომიკური საქმიანობის საერთაშორისო  
სტანდარტულ დარგობრივ კლასიფიკაციაში

კოდი	ეკონომიკური საქმიანობა
	ჯანდაცვის ინდუსტრიის ძირითადი ჯგუფები
Q	საქმიანობა ჯანდაცვისა და სოციალური მომსახურების სფეროში
86	ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული საქმიანობა
861	ჰოსპიტლების საქმიანობა
862	საექიმო და სტომატოლოგიური პრაქტიკა
869	ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული სხვა საქმიანობა
	ასოცირებული შერჩეული ჯგუფები
210	ფარმაცევტული პრეპარატების, სამედიცინო ქიმიური ნივთიერებების და სამკურნალო მცენარეული პროდუქტების წარმოება
325	(სამედიცინო და სტომატოლოგიური ინსტრუმენტების და სახარჯი მასალების წარმოება
360	წყლის დაგროვება, გაწმენდა და განაწილება
370	კანალიზაციის სისტემა
477	ფარმაცევტული და სამედიცინოპრეპარატებით ვაჭრობა, აგრეთვე სპეციალიზებულ მაღაზიებში კოსმეტიკური საქონლით ვაჭრობა
651	დაზღვევა (გარდა სიცოცხლის დაზღვევის) სამედიცინო დაზღვევის ჩათვლით
712	ტექნიკური შემოწმება და ანალიზი (მათ შორის კვების ჰიგიენის სფეროს კონტროლი, ჰაერისა და წყლის დაბინძურების ხარისხის შეფასება)
814	ჯანდაცვის, განათლების, კულტურის და სოციალურ სფეროში მომსახურების გაწევასთან დაკავშირებული საქმიანობის რეგულირება
843	საქმიანობა სავალდებულო სოციალური დაზღვევის სფეროში (ავადმყოფობის, დროებითი შრომისუუნარობის, უბედური შემთხვევის სოციალური დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების ჩათვლით)
871	სპეციალიზირებული დაწესებულებები, რომლებიც უზრუნველყოფენ საექთნო მოვლას
872	სპეციალიზირებულ დაწესებულებებში მენტალური დარღვევების მქონე პირების, ფსიქიკური დაავადებების მქონე პირების, ალკოჰოლზე და ნარკოტიკებზე დამოკიდებული პირების მოვლასთან დაკავშირებული საქმიანობა
881	სოციალური მომსახურება მოხუცებულებისათვის და უნარშეზღუდულებისათვის (საცხოვრებლის შეთავაზების გარეშე)

**დანართი 4. განათლების საერთაშორისო სტანდარტული კლასიფიკაცია**

კოდი	დარგი	აღწერა
72	<b>უშუალოდ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მომზადების დარგები</b>	
721	მედიცინა	აღამიანის დაავადებების, ტრავმების პროფილაქტიკასთან, დიაგნოსტიკასთან და მკურნალობასთან და ასევე ზოგადად ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნებასთან დაკავშირებული პრინციპებისა და პროცედურების შესწავლა. ეს დარგი ექიმების მომზადების სფეროა. აქ კლასიფიცირებულია პროგრამები შემდეგი ძირითადი შინაარსით: სამედიცინო მეცნიერება, სამედიცინო მომზადება. სამედიცინო სპეციალიზაციის სახეობა: მეანობა-გინეკოლოგია, ანატომია, ანესთეზიოლოგია, ჰემატოლოგია, გერონტოლოგია, დერმატოლოგია, კარდიოლოგია, ნევროლოგია, ონკოლოგია, ოფთალმოლოგია, პედიატრია, პროფილაქტიკური და სოციალური მედიცინა, ფსიქიატრია, სასამართლო მედიცინა, თერაპია, ქირურგია, ეპიდემიოლოგია.
722	სამედიცინო მომსახურება	ფიზიკური დარღვევების, დაავადებათა მკურნალობის და ფიზიკური კეთილდღეობის შენარჩუნების პრინციპებისა და პროცედურების (გარდა ქირურგიული პროცედურებისა) შესწავლა. აქ კლასიფიცირებულია შემდეგი პროგრამები: გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება, მანუალური თერაპია, სმენის პროტეზირების ტექნოლოგია, სამედიცინო ლაბორატორიული ტექნოლოგია, სამედიცინო-რენტგენოლოგიური ტექნოლოგია, კვება და დიეტოლოგია, შრომითი თერაპია, ოპტომეტრია, ორთოპედიული პროთეზირება, გადაუდებელი დახმარების პარასამედიცინო ტექნოლოგიები, ფარმაცია, ფიზიოთერაპია, სხივური დიაგნოსტიკა, მეტყველების პათოლოგიები და ლოგოპედია, პროფესიული რეაბილიტაცია.
723	საექთნო საქმე	ავადმყოფებისა და უნარშეზღუდულებისათვის სამედიცინო ზრუნვის აღმოჩენის შესწავლა, აგრეთვე დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროცესში ექიმებისა და სხვა სამედიცინო პერსონალისათვის დახმარების აღმოჩენა. აქ კლასიფიცირებულია პროგრამები შემდეგი ძირითადი შინაარსით და დისციპლინებით: მეანობა, ჩვილთა ჰიგიენა (კვება და მოვლა), საექთნო საქმე (ძირითადი), საექთნო საქმე (დამხმარე), უმცროსი ექთნების, სანიტრების, მომზადება, უნარშეზღუდულებზე ზრუნვა, ხანდაზმულებზე ზრუნვა, საექთნო ფსიქიატრიული დახმარება.
724	სტომატოლოგია	კბილებისა და ღრძილების დაავადებებისა და ანომალიების დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პროფილაქტიკის შესწავლა, რაც მოიცავს პროთეზირების, კბილის პროთეზების და ორთოპედიული მოწყობილობების შექმნისა და რემონტის შესწავლას, და ასევე სტომატოლოგების ასისტირებას. აქ კლასიფიცირებულია შემდეგი პროგრამები: კლინიკური სტომატოლოგია, სტომატოლოგთა ასისტირება, პირის ღრუს ჰიგიენა, სტომატოლოგიური ლაბორატორიული ტექნოლოგია, სტომატოლოგიის მეცნიერება, საექთნო საქმე სტომატოლოგიაში, ოდონტოლოგია, ორთოდონტია, ებასახის ქირურგია.
<b>ჯანდაცვასთან დაკავშირებული მომზადების დარგები</b>		
762	სოციალური სამუშაო და კონსულტირება	სოციალური მხარდაჭერის სფეროში თემის, სპეციფიური ჯგუფების და ცალკეულ პირთა საჭიროებების შესწავლა. აქ კლასიფიცირებულია შემდეგი პროგრამები: კონსულტირება ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენებისას, კრიზისული დახმარება, სოციალური პრაქტიკა, სოციალური სამუშაო (სოციალური უზრუნველყოფა)
850	გარემოს მავნე ზეგავლენისაგან დაცვა	გარემოსა და ცოცხალ ორგანიზმებს შორის ურთიერთქმედების შესწავლა ბუნებრივი რესურსების ფართო სპექტრის დაცვის მიზით. აქ კლასიფიცირებულია პროგრამები, რომელიც ეხება მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების კონტროლს, ჰიგიენის სტანდარტები კვების პროდუქტებისა და წყალმომარაგებისას. აქ კლასიფიცირებულია პროგრამები: წყლის დაბინძურების კონტროლი, ჰაერის დაბინძურების კონტროლი, სანიტარული მდგომარეობა, გარემოს ტექნოლოგიები, ნარჩენების უტილიზაცია.
852	ჰიგიენა და შრომის დაცვა	სამუშაო ადგილთან დაკავშირებული გარემოს ფაქტორების ამოცნობის, შეფასების და კონტროლის შესწავლა. აქ კლასიფიცირებულია პროგრამები: ჯანმრთელობა და უსაფრთხოება სამუშაო ადგილზე, ხელსაყრელი სამუშაო პირობების უზრუნველყოფა, პროფეიონალური ჯანმრთელობა და საწარმოო ჰიგიენა, სტრესი სამუშაოზე, ერგონომიკა (პროფესიული ჯანმრთელობა და შრომის დაცვა).

წყარო: ადაპტირებულია დოკუმენტიდან European Center for the Development of Vocational Training and Eurostat.

დანართი 5. სამედიცინო განათლების ხარისხის ინდიკატორები

ავტორები	ხარისხის ინდიკატორები
აშშ-ს უმაღლესი სკოლების საბჭო, 1977 წელი	აკადემიური კადრების ხარისხი აღჭურვილობა ბიბლიოთეკა და კომპიუტერები მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა დამატებითი საშუალებები დოქტორანტურის კურსები პროგრამები მიღება გამოცდები დისერტაცია
ჰარისი, 1978 წელი	მიზანი და ამოცანები მართვა სამედიცინო ხარისხის ვალიდურობა ადეკვატური რესურსები სტაბილურობა ერთიანობა
თროუთი, 1979 წელი	მიზანი და ამოცანები საგანმანათლებლო პროგრამები ფინანსური რესურსები აკადემიური კადრები საბიბლიოთეკო და სხვა სასწავლო რესურსები
ლოურენსი და გრინი, 1980 წელი	აკადემიური პერსონალის სამეცნიერო პროდუქტიულობა აკადემიური პერსონალის სხვა მიღწევები ინსტიტუციონალური რესურსები პროგრამების ეფექტურობა შედეგები
სამედიცინო განათლების კურსდამთავრებულთა სააკრედიტაციო საბჭო 2004 წელი	პაციენტისთვის დახმარების აღმოჩენა სამედიცინო ცოდნა პრაქტიკაზე დაფუძნებული უნარ-ჩვევების ათვისება და სრულყოფა პროფესიონალიზმი ინტერპერსონალური და კომუნიკაციური უნარ-ჩვევები პრაქტიკის მიმართ სისტემური მიდგომა
ფრანკი, 2005 წელი	აკადემიური კადრები სტუდენტები აკადემიური პროგრამები რესურსები
სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაცია, 2003 წელი	მისია და მიზნები საგანმანათლებლო პროგრამა სტუდენტთა შეფასება სტუდენტები აკადემიური პერსონალი საგანმანათლებლო რესურსები საგანმანათლებლო პროგრამების კარედიტაცია მართვა და ადმინისტრირება მუდმივი განახლება

## დანართი 6

### კი თხვარი

#### ბლოკი D

გთხოვთ აღნიშნოთ: თქვენი ასაკი \_\_\_\_\_

სქესი:

მდედრ.

მამრ.

სწავლების წელი

I წელი

II წელი

III წელი

IV წელი

V წელი

VI წელი

სად დაასრულეთ სკოლა:

დედაქალაქში

ქალაქში

სოფელში

გთხოვთ აღნიშნოთ თქვენი ოჯახის წევრებს აქვთ თუ არა კავშირი საექიმო სპეციალობასთან:

დედა ექიმი

მამა ექიმი

ორივე მშობელი ექიმი

ოჯახის წევრი ექიმი

ოჯახის წევრებს საექიმო სპეციალობასთან კავშირი არ აქვთ

თქვენი შეფასებების ძირითადი ნაწილი არის:

91-100

81-90

71-80

61-70

51-60

**ბლოკი M**

**M1.გთხოვთ, შეაფასოთ მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამაზე ჩაბარების მიზეზები**

(1- ძალიან მნიშვნელოვანია, 2-მნიშვნელოვანია, 3-არც მნიშვნელოვანია და არც უმნიშვნელო, 4-უმნიშვნელოა, 5 - სრულიად უმნიშვნელოა)

		1	2	3	4	5
1.	სამედიცინო საქმიანობის მიმართ ინტერესი					
2.	მაღალი შემოსავალი					
3.	პაციენტების ჯანმრთელობაზე ზრუნვა					
4.	სამედიცინო მეცნიერებების მიმართ ინტერესი					
5.	არ ვიცი რატომ ავირჩიე მედიცინის დარგი					
6.	საქმიანობის ინტელექტუალური ხასიათი					
7.	ერთნაირი ღირებულებების და განათლების მქონე პროფესიონალთა გარემოში ყოფნა					
8.	მაღალი სოციალური სტატუსი/პრესტიჟი					
9.	საპასუხისმგებლო სამუშაოს შესრულება					
10.	საზოგადოების კეთილდღეობაზე ზრუნვა					
11.	მკურნალობის ახალი მეთოდების აღმოჩენაში მონაწილეობის პერსპექტივა					
12.	ადამიანებთან ყოველდღიური კომუნიკაცია					
13.	საზოგადოებაში წარმატებული ადამიანის სტატუსის მოპოვება					
14.	დამოუკიდებლად გადაწყვეტილების მიღების პერსპექტივა					
15.	უახლოესი ადამიანების ჯანმრთელობაზე ზრუნვა					
16.	კვლევებში მონაწილეობის მიღების პერსპექტივა					
17.	საზოგადოებაში საჭირო ადამიანის რანგში ყოფნა					
18.	გარემოებებმა მაიძულეს					
19.	საზოგადოებაში ჰუმანური ძალისხმევის განხორციელება					
20.	სხვა (გთხოვთ, მიუთითოთ)					

## M2. გთხოვთ, შეაფასოთ სემესტრის განმავლობაში ყოველდღიური სწავლის მიზეზები

(1- ძალიან მნიშვნელოვანია, 2-მნიშვნელოვანია, 3-არც მნიშვნელოვანია და არც უმნიშვნელო, 4-უმნიშვნელოა, 5 - სრულიად უმნიშვნელოა)

		1	2	3	4	5
1.	სწრაფვა მედიცინის ახალი დისციპლინების შესწავლისადმი					
2.	სამედიცინო დისციპლინების შესახებ ცოდნის გაფართოება					
3.	სიღრმისეული და მყარი ცოდნის შექმნა					
4.	ინტელექტუალური მოთხოვნილების დაკმაყოფილება					
5.	მაღალი დონის კომპეტენციების მქონე ექიმად ჩამოყალიბება					
6.	მომავალი პროფესიული საქმიანობის წარმატების უზრუნველყოფა					
7.	მაღალი შეფასებების მიღება					
8.	საკუთარ შესაძლებლობებში დარწმუნება					
9.	სტუდენტებს შორის წარმატებულის სტატუსის მოპოვება					
10.	მასწავლებელთა კეთილგანწყობის მოპოვება					
11.	საკუთარი შედეგების მეგობრების მიღწევებთან გათანაბრება					
12.	ოჯახური გარემოდან გაკიცხვის თავიდან აცილება					
13.	ლექტორთა მოთხოვნების დაკმაყოფილება					
14.	რადგან ჩავირიცხე მედიცინაზე, სწავლა უნდა დავასრულო					
15.	სხვა (გთხოვთ, მიუთითოთ)					



**ბლოკი P**

**P1.1 თქვენი აზრით, რომელი თვისებებია ყველაზე მნიშვნელოვანი უმაღლესი პროფესიონალიზმის მქონე ექიმის კლინიკურ საქმიანობაში?**

(1-ძალიან მნიშვნელოვანია, 2-მნიშვნელოვანია, 3-არც მნიშვნელოვანია და არც უმნიშვნელო, 4-უმნიშვნელოა, 5-სრულიად უმნიშვნელოა).

		1	2	3	4	5
1.	დარგის სირღმისეული ცოდნა და პროფესიული უნარ-ჩვევები					
2.	მაღალი ეთიკური სტანდარტების დაცვის უნარი					
3.	საკუთარი ინტერესების დაქვემდებარება პაციენტის ინტერესებისადმი (ალტრუიზმი)					
4.	ჰუმანისტური ღირებულებების (მზრუნველობა, თანაგრძნობა) ფლობა					
5.	სამედიცინო საქმიანობის სამართლებრივი პრინციპების (მათ შორის პაციენტთა უფლებების) დაცვის უნარი					
6.	პაციენტის ღირსების (სოციალური, კულტურული, რელიგიური, ეთნიკური კუთვნილების) პატივისცემა					
7.	ეფექტური კომუნიკაციის უნარი (პაციენტებთან, პაციენტის ნათესავებთან, ნებისმიერ პირთან)					
8.	ანგარიშვალდებულება (საკუთარი თავის, კოლეგების, საზოგადოების წინაშე)					
9.	საკუთარი ქმედებებისა და გადაწყვეტილებების კრიტიკული შეფასების უნარი					
10.	კონსტრუქტიული კრიტიკის მიღების უნარი (კოლეგებისაგან, უფროსებისაგან, სტუდენტებისაგან)					
11.	ლიდერობის უნარი					
12.	ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან ჯგუფში მუშაობის უნარი					
13.	სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე (ხელმისაწვდომობა, უწყვეტობა, ხარისხი) პასუხისმგებლობა					
14.	საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა					
15.	მთელი სიცოცხლის განმავლობაში სწავლის ვალდებულება					

**P1.2 თქვენი აზრით, რომელი თვისებებია ყველაზე მნიშვნელოვანი უმაღლესი პროფესიონალიზმის მქონე ექიმის აკადემიურ საქმიანობაში?**

(1-ძალიან მნიშვნელოვანია, 2-მნიშვნელოვანია, 3-არც მნიშვნელოვანია და არც უმნიშვნელო, 4-უმნიშვნელოა, 5-სრულიად უმნიშვნელოა).

		1	2	3	4	5
1.	დარგის ფართო ცოდნა და მაღალი პროფესიონალიზმი					
2.	აქვს ეფექტური კომუნიკაციის უნარი					
3.	ახასიათებს მაღალი ეთიკური სტანდარტები, ქცევის ეტიკეტი					
4.	კარგად აქვს ორგანიზებული სასწავლო მასალა					
5.	ამახვილებს ყურადღებას კურსის შედეგების მნიშვნელობაზე პრაქტიკულ საქმიანობაში					
6.	შეფასების სისტემა ობიექტური და ადეკვატურია					
7.	ხელს უწყობს სტუდენტების დისკუსიაში ჩართვას და მათი აზრის გამოთქმას					
8.	სწავლების პროცესში აღვივებს ცოდნის მიღების სურვილს					
9.	ხელს უწყობს სტუდენტის დამოუკიდებელ მუშაობას					
10.	ახასიათებს სტუდენტების მიმართ მეგობრული დამოკიდებულება					
11.	აქვს კარგი იუმორის გრძნობა					
12.	ენტუზიაზმით სავსეა					
13.	ყურადღებანია					
14.	სამართლიანია					
15.	იყენებს ინდივიდუალურ მიდგომას					
16.	ახასიათებს შემოქმედებითობა					
17.	აუდიტორიას უზიარებს საკუთარ გამოცდილებას					
18.	მისი უკუკავშირი და შეფასება მეტად ღირებულია					
19.	სხვა (გთხოვთ, მიუთითოთ)					

**P2 გთხოვთ, აღნიშნოთ მომავალში რომელ პროფესიას გსურთ დაეუფლოთ?**  
(გთხოვთ, შემოხაზოთ მხოლოდ ერთი პასუხი)

	პროფესია
1.	შინაგანი მედიცინა
2.	ქირურგი
3.	ანესთეზიოლოგი-რეანიმატოლოგი
4.	ტრავმატოლოგი
5.	კარდიოლოგი
6.	ონკოლოგი
7.	პედიატრი
8.	ნევროპათოლოგი
9.	მეან-გინეკოლოგი
10.	ფსიქიატრი
11.	ენდოკრინოლოგი
12.	ინფექციონისტი
13.	ოტოლარინგოლოგი
14.	ოფთალმოლოგი
15.	ფტიზიატრი
16.	დერმატო-ვენეროლოგი
17.	ოჯახის ექიმი
18.	სხვა სპეციალობა, რაც არ არის ჩამონათვალში
19.	კლინიცისტი, თუმცა ჯერ არჩევანი არ მაქვს გაკეთებული
20.	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექიმი
21.	არ ვაპირებ მედიცინაში მოღვაწეობას

**ბლოკი E**

**E. რა არის თქვენი აზრით მნიშვნელოვანი საგანმანათლებლო გარემოში სამედიცინო განათლების ხარისხის გაუმჯობესების თვალსაზრისით?**

(1-ძალიან მნიშვნელოვანია, 2-მნიშვნელოვანია, 3-არც მნიშვნელოვანია და არც უმნიშვნელო, 4-უმნიშვნელოა, 5-სრულიად უმნიშვნელოა).

<b>საგანმანათლებლო პროგრამასთან და სასწავლო კურსებთან მიმართებაში</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.	პროგრამული ცვლილებების განხორციელება, რომლებიც მისი თითოეული კომპონენტის სწავლის საბოლოო შედეგებზე ორიენტაციას გაზრდის					
2.	პროგრამული ცვლილებების განხორციელება, რომლებიც უზრუნველყოფდა სასწავლო კურსებს შორის ინტეგრაციის ზრდას და პრაქტიკული საექიმო საქმიანობის პრობლემატიკაზე ორიენტაციას					
3.	სამეცნიერო უნარ-ჩვევების სწავლების გაუმჯობესება					
4.	კლინიკური უნარ-ჩვევების გამომუშავების გაუმჯობესება					
5.	პროგრამაში ელექტიური/არჩევითი კურსების წილის გაზრდა					
6.	ნებისმიერი სხვა აზრი, ასეთის არსებობის შემთხვევაში					
<b>სასწავლო პროცესის ორგანიზებასა და სასწავლო გარემოსთან მიმართებაში</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
7.	სასწავლო პროცესის ორგანიზების არსებული წესის შესახებ სტუდენტთა ინფორმირებულობის ზრდა (მაგ. კონსულტაციები)					
8.	აკადემიური პერსონალის დატვირთვის სქემაში სტუდენტთან ინდივიდუალური მუშაობის წილის გაზრდა (სტუდენტთა მიღწევების გასაუმჯობესებლად)					
9.	სტუდენტთა კვლევით პროექტებში ჩართულობის გაზრდა					
10.	კლინიკურ გარემოში სწავლების წილის გაზრდა					
11.	პროგრამული სწავლების ფორმატში სწავლისა და კვლევის მიზნით სტუდენტთა საზღვარგარეთ მობილობის (ინტერნაციონალიზაცია) გაზრდა					
12.	ნებისმიერი სხვა აზრი, ასეთის არსებობის შემთხვევაში					
<b>პედაგოგებთან და სწავლების მეთოდებთან მიმართებაში</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
13.	მეცადინეობის მიზნისა და სწავლების სასურველ შედეგთან სწავლების/სწავლის ფორმების შესაბამისობის უზრუნველყოფა					
14.	ინტერაქტიული ლექცია-სემინარების წილის გაზრდა					
15.	კლინიკურ გარემოში სწავლების ფორმის, შინაარსისა და ა.შ. მეთოდის გაუმჯობესება					
16.	აკადემიური შტატის პედაგოგების უნარ-ჩვევების განვითარების ხელშეწყობა					
17.	სტუდენტთა პრობლემებზე პედაგოგთა უკეთ ფოკუსირების ხელშეწყობა					
18.	ნებისმიერი სხვა აზრი, ასეთის არსებობის შემთხვევაში					
<b>შეფასების მეთოდებთან მიმართებაში</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
19.	კლინიკურ უნარ-ჩვევებში დახელოვნების შეფასების კრიტერიუმების გაუმჯობესება					
20.	ცოდნის შეფასების სტრატეგიის შესახებ სტუდენტთა ინფორმირებულობის ზრდა					
21.	შეფასების წესების, პროცედურების, ობიექტურობის გარანტიების ზრდა					
22.	ისეთი სტრატეგიის შემუშავება, რომლის დრის გამოცდა/შეფასება სტუდენტს საკუთარ სწავლაზე მონიტორინგის უკეთეს საშუალებას მისცემს.					
23.	ნებისმიერი სხვა აზრი, ასეთის არსებობის შემთხვევაში					

