Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Ջուարթ Ավետիսեան Օնանեան առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոն

ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի հայաստանյան գրասենյակի ֆինանսական աջակցությամբ

Մանկաբարձական կրթական համակարգի գնահատումը Հայաստանում

Հեղինակներ

Սերինե Սահակյան, RN, BS, MPH

Լուսինե Ասլանյան, BS, MPH

Սաթեն Հովհաննիսյան, BS, MPH

Քրիստինե Պողոսյան, MD, MPH

Վարդուհի Պետրոսյան, MS, PhD

Քարին Ջեյ Քոֆմանի, DrPH, LLD (hc) մասնակցությամբ

Անգլերենից թարգմանեց՝

Սաթեն Հովհաննիսյանը

Խմբագրեց՝

Նարինե Ռաֆյանը

Փետրվար, 2019

Երևան

Բովանդակություն

ԵՐԱԽՏԻՔԻ ԽՈՍՔ iv

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ v

ՀԱՄԱՌՈՏԱԳԻՐ..... vi

1. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ 1

1.1 Մանկաբարձություն 1

1.2 Մանկաբարձական կրթությունը և գործունեությունն աշխարհում... 2

1.3 Մանկաբարձական գործունեությունը կարգավորող համաշխարհային չափանիշները 6

1.4 Հայաստանում մանկաբարձության վերաբերյալ փաստաթղթերի ուսումնասիրություն 7

1.4.1. Կրթություն 7

1.4.2. Գործունեություն 9

1.5 Հետազոտության նպատակները 9

2. ՄԵԹՈԴՆԵՐ 10

2.1 Հետազոտության տեսակը 10

2.2 Հետազոտության մասնակիցները 10

2.3 Հետազոտության գործիքները 11

2.4 Տվյալների հավաքում 13

2.4.1 Փաստաթղթերի ուսումնասիրություն 13

2.4.2 Որակական հարցազրույցները և դիտարկումը 14

2.4.3 Անհատական հարցազրույցներ և խմբային քննարկումներ 14

2.4.4 Դիտարկում 15

2.5 Տվյալների համակարգումը և վերլուծությունը 16

2.6 Հետազոտության մեթոդաբանության որակը և նպատակահարմարությունը.. 17

2.7 Էթիկական նկատառումներ 18

3. ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ..19

3.1 Պետական կրթական չափորոշիչի ուսումնասիրություն................. 19

3.2 Որակական հարցազրույցների և դիտարկումների արդյունքները . 22

3.2.1. Մանկաբարձական ծրագրի ընդունելության կարգն ու գործընթացը 24

3.2.2. Ծրագրային կանոնակարգերը մանկաբարձական ծրագրում......................... 25

3.2.3. Ուսումնական ծրագրի բովանդակությունը և համապատասխանությունը պետական կրթական չափորոշչին.. 27

3.2.4. Ինչ կարծիք ունեն հետազոտության մասնակիցները մանկաբարձական կրթական ծրագրի բովանդակության մասին 31

3.2.5. Պրակտիկան մանկաբարձական կրթության մեջ.. 33

3.2.6. Ուսուցման մոտեցումները... 37

3.2.7. Ծրագրի ֆինանսական և շոշափելի կարողությունները................................ 40

3.2.8 Ռեսուրսներ.. 41

3.2.9 Մանկաբարձական կրթություն ստանալու ցանկությունը և մասնագիտության հնարավորությունները 49

4. ԱՄՓՈՓՈՒՄ..52

4.1 Արդյունքների ամփոփագիր 52

5. ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ 56

6. ՀԵՏԱԶՈՏԱԿԱՆ ԶԵԿՈՒՅՑԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ...61

6.1 Ներածություն 62

6.2 Հայկական կրթական ծրագրի և ՄՄԿ-ի փաստաթղթերի համեմատական գնահատումը 63

6.3 Համեմատական գնահատման վրա հիմնված առաջարկություններ 63

6.3.1 Կանոնակարգերի սահմանում 64

6.3.2 Ուսումնական ծրագրի վերանայումը 64
6.3.3 Ծրագրի ռեսուրսները 67
6.3.4 Մանկաբարձական ծրագրի որակավորված դասախոսների պատրաստումը 69
6.3.5 Ուսանողների ներգրավվածությունը 71
6.4 Վերջաբան 72
7. ՀՂՈՒՄՆԵՐ 74
8. ԱՂՅՈՒՍԱԿՆԵՐ 77
9. ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ 85
Հավելված 1. Փաստաթղթերի ուսումնասիրման ստուգաթերթ............. 85
Հավելված 2. Որակական հարցազրույցի ուղեցույցեր............................105
Հավելված 3. ՄՄԿ սարքավորումների ստանդարտ ցանկ 123
Հավելված 4. Պատկերավոր ալբոմ դիտարկման համար.......................137
Հավելված 5. Մասնակիցների ժողովրդագրական տվյալներ 158
Հավելված 6. Իրազեկ համաձայնության ձևեր 160

ԵՐԱԽՏԻՔԻ ԽՈՍՔ

Մենք երախտապարտ ենք Դ-ր Քարին Քոֆմանին (DrPH, LLD) զեկույցի վերանայման, ինչպես նաև Հայաստանում մանկաբարձական կրթությունը և մասնագիտությունը ուժեղացնելու վերաբերյալ նրա տրամադրած առաջարկների և խորհուրդների համար:

Մենք շնորհակալություն ենք հայտնում նաև հետազոտության մասնակիցներին և հետազոտությանը մասնակցած բժշկական քոլեջներին:

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱԾՀԶԿ- Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոն
ԱՀԿ- Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԵՄ- Եվրամիություն
ԿԳՆ- Կրթության և գիտության նախարարություն
ՀԱՀ- Հայաստանի ամերիկյան համալսարան
ՄԱԿ- Միավորված ազգերի կազմակերպություն
ՄՄԿ- Մանկաբարձների միջազգային կոնֆեդերացիա

ՀԱՄԱՌՈՏԱԳԻՐ

Կրթված և կարողունակ մանկաբարձուհիների դերը մեծ է կանանց և նորածինների առողջության բարելավման գործում: Հայտնի է, որ բուժաշխատողների գիտելիքները, հմտություններն ու կարողունակությունները մեծապես կախված են նրանց հիմնական մասնագիտական կրթությունից:

Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Թրփանճեան հանրային առողջապահության ֆակուլտետի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնը (ԱԾՀԶԿ) Միավորված ազգերի կազմակերպության (ՄԱԿ) բնակչության հիմնադրամի աջակցությամբ գնահատել է «Մանկաբարձական գործ» կրթական ծրագրի համապատասխանությունը Մանկաբարձների միջազգային կոնֆեդերացիայի (ՄՄԿ) գլոբալ չափանիշներին:

Մանկաբարձական կրթության համապարփակ և ընդլայնված ուսումնասիրություն կատարելու նպատակով հետազոտական թիմը մշակել և իրականացրել է որակական հետազոտություն՝ փաստաթղթերի ուսումնասիրության, ֆոկուս խմբային քննարկումների, անհատական խորացված հարցազրույցների և կառուցվածքայնացված դիտարկումների միջոցով: Նպատակային և հարմարավետ ընտրանքի միջոցով ընտրվել են հետազոտությանը մասնակցող բժշկական քոլեջները և այն մասնակիցները, ովքեր կարող էին տրամադրել կարևոր տեղեկություններ որակական հարցազրույցների և դիտարկումների ժամանակ: Հետազոտությանը մասնակցելու նպատակով ընտրվել են մանկաբարձական կրթություն տրամադրող պետական բժշկական քոլեջներ, երկուսը՝ Երևանից և երեքը՝ Գեղարքունիքի, Կոտայքի և Տավուշի մարզերից: Հետազոտության մասնակիցների ցանկում ընդգրկվել են մանկաբարձական ծրագրի երրորդ և չորրորդ կուրսի ուսանողներ, դասախոսներ, վարչական ներկայացուցիչներ, այդ թվում՝ բժշկական քոլեջների տնօրեններ, փոխտնօրեններ և մանկաբարձական ծրագրի ղեկավարներ: Տվյալների վերլուծության նպատակով կիրառվել է որակական բովանդակային վերլուծության մեթոդը՝ դեդուկտիվ մոտեցմամբ և կառուցվածքայնացված մատրիքսով:

Հետազոտության արդյունքները բացահայտել են ուսումնական ծրագրերում առկա մի շարք խնդիրներ, ինչպիսիք են որոշ բժշկական քոլեջներում ստանդարտացված մոդուլային ուսուցման ոչ լիարժեք իրականացումը, կրթական ծրագրերի շարունակական բարելավման հետ կապված խոչընդոտները, ՄՄԿ-ի չափանիշների հետ համեմատած տարբեր կարողունակությունների որոշ տարրերի բացակայությունը, դրանց ոչ բավականաչափ հստակեցված կամ շատ ընդհանրական կերպով ներկայացված լինելը: Կրթական չափորոշիչի ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ չափորոշիչի կրթական մոդուլները մանկաբարձուհու մասնագիտական կարողունակություններում չեն կարևորում կանանց իրավունքների, ընտանեկան բռնության և մի շարք այլ կարևոր թեմաներ: Մանկաբարձական կրթության համար անհրաժեշտ ռեսուրսները՝ շենքային պայմանները, գրադարանային ռեսուրսները, դասավանդման նյութերը, սարքավորումները, անատոմիական մոդելները, գնահատվել են անբավարար, հատկապես՝ մարզային բժշկական քոլեջներում: Բժշկական քոլեջներում հիմնականում բացակայում էին ուսանողների իրավունքների, պարտականությունների ու բողոքները ներկայացնելու ձևի վերաբերյալ համապատասխան ծրագրային ընթացակարգերը:

Հետազոտության արդյունքները ցույց են տվել, որ Հայաստանում մանկաբարձական կրթությունը բարելավելու և ՄՄԿ-ի չափանիշներին համապատասխանեցնելու նպատակով անհրաժեշտ է իրականացնել մի շարք միջոցառումներ կրթական ծրագրի վերանայման, դասախոսական կազմի և դասավանդման կատարելագործման, ինչպես նաև՝ քաղաքականության մշակման ուղղություններով:

1. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

1.1 Մանկաբարձություն

Բուժաշխատողների գիտելիքները, հմտություններն ու կարողունակությունները (կոմպետենցիաները) մեծապես կախված են նրանց հիմնական մասնագիտական կրթությունից:[1] Կրթված և կարողունակ մանկաբարձուհիների դերը մեծ է կանանց և նորածինների առողջության բարելավման գործում: Այնուամենայնիվ, սակավաթիվ հետազոտություններ են իրականացվել վերը նշված գործոնների և մանկաբարձական մասնագիտական կրթության միջև առկա կապի վերաբերյալ առհասարակ:[1]

Համաձայն Մանկաբարձների միջազգային կոնֆեդերացիայի (ՄՄԿ)՝ մանկաբարձուհին «պատասխանատու և հաշվետու մասնագետ է, ով աշխատում է կանանց հետ՝ տրամադրելով անհրաժեշտ աջակցություն, խնամք և խորհրդատվություն հղիության, ծննդաբերական և հետծննդաբերական շրջաններում»: Մանկաբարձուհու հիմնական պարտականություններից է ծննդաբերության վարումն ու նորածնային խնամքի տրամադրումը:[2] Ըստ ՄՄԿ-ի պահանջների՝ լիցենզավորված մանկաբարձական գործունեությամբ կարող է զբաղվել այն անձը, ով հաջողությամբ ընդունվել և ավարտել է «Մանկաբարձական գործ» ծրագիրը, որը հիմնված է տվյալ երկրի հիմնական մանկաբարձական գործելակերպի և ՄՄԿ-ի կողմից պահանջված կարողունակությունների վրա:[3]

Մանկաբարձուհիների դերը խիստ կարևոր է ինչպես կանանց խնամքի, այնպես էլ նրանց ընտանիքներին և համայնքներին առողջապահական ծառայությունների տրամադրման գործում:[2] Մանկաբարձական խնամքի մաս է նաև անտենատալ կրթությունն ու ծնողների նախապատրաստումը երեխայի ծննդին: Մանկաբարձական գործելակերպի շրջանակը բավականին լայն է. այն ընդգրկում է մանկաբարձուհու և

կնոջ սերտ համագործակցությունը կանանց ինքնախնամքի վերաբերյալ կրթման, ինչպես նաև կանանց ձայնը լսելի դարձնելու և նրանց իրավունքների պաշտպանությանը վերաբերող միջոցառումների կազմակերպման գործում: Մանկաբարձուհու դերը կարևորվում է նաև հիվանդությունների կանխարգելման ուղղությամբ ռազմավարություններ մշակելու գործում:

Որոշ երկրներում (Աֆղանստան, Բանգլադեշ, Մադագասկար, Մարոկկո, Սուդան, Վիետնամ, Եմեն) «մանկաբարձուհի» հասկացությունը բավականաչափ զարգացած կամ հստակեցված չէ,[4] և հնարավոր է, որ վերոնշյալ ծառայությունների տրամադրման գործում ներգրավված լինեն այլ մասնագետներ՝ բժիշկներ, բուժքույրեր:[5] Այնուամենայնիվ, վերոնշյալ մասնագետները որակավորված մանկաբարձուհիներ չեն և ձեռք չեն բերում այն բոլոր հմտություններն ու կարողունակությունները, որոնք սահմանված են միջազգային չափանիշներով: Հետևաբար, բուժքրոջ առօրյա պարտականությունների մեջ կարող են մտնել միայն կանանց ֆիզիկական հետազոտությունները, դաշտանադադարի մասին անհրաժեշտ խորհրդատվության և հակաբեղմնավորիչների մասին տեղեկությունների տրամադրումը:[5]

1.2 Մանկաբարձական կրթությունը և գործունեությունն աշխարհում

Մանկաբարձական կրթության տևողությունն աշխարհում տարբեր է՝ երկուսից մինչև հինգ տարի:[6] Որոշ երկրներում մանկաբարձական կրթություն տրամադրելիս կարևորում են համալսարանական կրթությունը, իսկ որոշ երկրներում էլ՝ միջին մասնագիտական կրթությունը: Մի շարք երկրներում բուժքույրական և մանկաբարձական կրթությունը միասնական է (Եմեն, Վիետնամ),[4] մինչդեռ այլ երկրներում մանկաբարձությունը համարվում է առանձին մասնագիտություն և կապ չունի բուժքույրության հետ (Ավստրալիա, Կանադա, Նոր Զելանդիա, Միացյալ Թագավորություն, Միացյալ Նահանգներ):[7,8]

Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներում (ԱՄՆ) մանկաբարձ դառնալու մի քանի ուղղություն կա՝ հավաստագրված բուժքույր-մանկաբարձ (Certified Nurse-Midwife (CNM)), հավաստագրված մանկաբարձ (Certified Midwife (CM)) և հավաստագրված պրոֆեսիոնալ մանկաբարձ (Certified Professional Midwife (CPM)):[9] Կրթության տեսակը և պահանջները կարող են տարբեր լինել՝ կախված նրանից, թե ինչպիսի ուղղվածության մանկաբարձ է անհատն ուզում դառնալ: Հավաստագրված բուժքույր-մանկաբարձի (CNM) կրթական ծրագիրն սկսելու համար անհրաժեշտ պայման է համարվում բուժքույրական կրթությունը՝ հիմնականում բակալավրի կամ ավելի բարձր աստիճանի: Ծրագիրը բարեհաջող ավարտելուց հետո մագիստրոսի կոչմանը համարժեք ավարտական աստիճան կամ հետբուհական վկայական ստանալը երաշխավորված է: Ինչ վերաբերում է հավաստագրված մանկաբարձներին (CM), այս դեպքում բուժքույրական փորձ չի պահանջվում, հետևաբար՝ ավելի կարճ ժամանակում կարելի է դառնալ մանկաբարձ: Հավաստագրված պրոֆեսիոնալ մանկաբարձական (CPM) ծրագրի տևողությունը ավագ դպրոցն ավարտելուց հետո մեկից մինչև հինգ տարի է:[9]

Հավաստագրված բուժքույր-մանկաբարձների (CNM) և հավաստագրված մանկաբարձների (CM) գործունեության ոլորտը նույնն է և ընդգրկում է կանանց առաջնային առողջապահական խնամքը դեռահասությունից մինչև դաշտանադադար, խնամքը մինչև հղիություն, հղիության ընթացքում (ներառյալ ծննդաբերությունը և հետծննդաբերական ժամանակահատվածը), նորածնի խնամքը կյանքի առաջին 28 օրերի ընթացքում, գինեկոլոգիական և ընտանիքի պլանավորմանը վերաբերող ծառայությունների տրամադրումը, տղամարդ զուգընկերների մոտ սեռավարակների բուժումը: Հավաստագրված պրոֆեսիոնալ մանկաբարձների (CPM) գործունեության ոլորտը սովորաբար ավելի նեղ է և ընդգրկում է ցածր ռիսկի կանանց և նրանց երեխաների խնամքը: Հավաստագրված պրոֆեսիոնալ մանկաբարձի գործունեության շրջանակներում դեղորայքի նշանակումը սահմանվում է տվյալ երկրի օրենքներով և կարգավորումներով:[9]

Եվրամիության (ԵՄ) օրենսդրության համաձայն ԵՄ երկրների մեծ մասում մանկաբարձական կրթության տևողությունը սահմանված է նվազագույնը երեք տարի:[10] Որոշ երկրներում, օրինակ՝ Բելգիայում և Շվեյցարիայում, մանկաբարձ կարելի է դառնալ երեք տարվա բուժքույրական և հավելյալ երկու տարվա մանկաբարձական ուսուցումից հետո:[10] Կենտրոնական և Արևելյան Եվրոպայում մանկաբարձական կրթության բարելավման և ավելի բարձր մակարդակի, օրինակ՝ բակալավրի աստիճանի հասնելու միտում կա: Ավելին, Լեհաստանը և Սլովակիան ունեն մանկաբարձության մագիստրոսական ծրագիր, իսկ Լեհաստանում կա նաև մանկաբարձական գիտությունների դոկտորական (PhD) ծրագիր:[11] Կենտրոնական և Արևելյան Եվրոպայում անցկացված հետազոտություններից մեկի տվյալներով՝ մանկաբարձական կրթական հաստատություններում դասախոսական կազմը բաղկացած է հիմնականում մանկաբարձներից:[11] Այս երկրներում մանկաբարձական ծրագրերի տեսական մասը համարվում է ավելի ուժեղ՝ համեմատած գործնական մասի հետ:[11] Կենտրոնական և Արևելյան Եվրոպայում, օրենսդրության համաձայն, մասնավոր մանկաբարձներին թույլատրված է ինքնուրույն վարել առողջ հղիությունները: Սակայն դա այնքան էլ տարածված պրակտիկա չէ՝ բացառությամբ Լեհաստանի: Այստեղ այդ պրակտիկան լայնորեն կիրառվում է:[11]

Ներկայումս Անգլիայում աշխատում է 27 000 մանկաբարձ:[12] Նրանց մեծ մասն աշխատում է Առողջապահության ազգային ծառայության (NHS) համար հիվանդանոցներում, ծննդաբերական բաժանմունքներում (birth unit) կամ համայնքներում: Անգլիայում կան մանկաբարձական կրթության տարբեր աստիճաններ՝ մինչև երեք տարի տևողությամբ: Կրթական ծրագրում ներառված են կենսաբանական գիտություններ, կիրառական սոցիոլոգիա, հոգեբանություն, ինչպես նաև՝ մասնագիտական գործունեություն:[12] Դասաժամերը հավասարապես բաժանված են տեսական և կլինիկական մասերի միջև: Արդեն իսկ որակավորված բուժքույրերը կարող են դիմել կրճատված 18-ամսյա մանկաբարձական ծրագրի:[12,13]

Եվրոպական երեք երկրներ ընդգրկած մի հետազոտության համաձայն՝ Ռուսաստանի Դաշնությունում մանկաբարձական կրթություն ստանալու երկու եղանակ կա. [6] հիմնական դպրոցն ավարտածները քառամյա մանկաբարձական ծրագրով են սովորում, իսկ ավագ դպրոցն ավարտածները՝ եռամյա: Մանկաբարձական կրթական ծրագրի շրջանավարտները մանկաբարձի դիպլոմ են ստանում: Մանկաբարձական կրթական ծրագրի ընդունելության համար ապագա ուսանողներն իրենց ընդունելության դիմում-հայտերն ուղարկում են բժշկական համալսարաններ: Բացի այդ, դիմորդներից պահանջվում է նաև ռուսաց լեզվի քննություն հանձնել: Ուսումնական պրակտիկայի ժամանակ ուսանողները մեծ խմբերով հետևում են ծննդաբերության ընթացքում մանկաբարձուհիների աշխատանքին, սակայն նրանց թույլատրված չէ մասնակցել ծննդաբերության գործընթացին: Ռսումնական պրակտիկայի գնահատում չի իրականացվում, չկան գիտելիքները, հմտությունները և մոտեցումները սահմանող էթիկայի կանոններ, ինչպես նաև՝ կլինիկական կոմպետենտության/իրավասության մոդել:[6]

Հետխորհրդային մի շարք երկրներում՝ Ադրբեջանում, Ղրղզստանում, Տաջիկստանում, Թուրքմենստանում և Ուզբեկստանում իրականացված հետազոտության տվյալներով՝ մանկաբարձական կրթություն ստանալու համար պահանջվող նվազագույն կրթական մակարդակը երեք երկրների համար 12-րդ դասարանն է: Նշված բոլոր հինգ երկրներում էլ հնարավոր է ուղղակի ընդունելություն[14] մանկաբարձական կուրս, ինչը նշանակում է, որ հնարավոր է ընդունվել առանց նախնական բուժքույրական կրթության[8]: Ուսանողներն ընդգրկվում են մանկաբարձական եռամյա կամ հնգամյա ծրագրում՝ կախված իրենց բուժքույրական որակավորումից:[14] Նշված բոլոր երկրներում կա ստանդարտ ուսումնական ծրագիր, ըստ որի մանկաբարձական ծրագրի բոլոր ուսանողները պարտադիր պետք է համապատասխան վերահսկողությամբ որոշակի քանակի ծնունդներ ընդունեն: Նշված պարտադիր քանակը կարող է տատանվել 5-ից 20-ի միջակայքում: Նշված երկրները բախվել են որակյալ կրթության ներդրման հետ՝

կապված մի շարք մարտահրավերների հետ (դասախոսական կազմի հավաքագրում, ուսանողների համար սահմանափակ հնարավորություններ՝ պրակտիկ հմտություններ ձեռք բերելու հարցում, պրակտիկայի ընթացքում համապատասխան սարքավորումների պակաս): Ինչ վերաբերում է օրենսդրությանը, ապա այս երկրներն ունեն մանկաբարձի հստակ սահմանում, իսկ դրանցից երեքում մանկաբարձությունը համարվում է անկախ մասնագիտություն: Այդ բոլոր երկրներում պետությունը հավատարմագրում է մանկաբարձական կրթությունը և սահմանում կրթական չափանիշները:[14]

1.3 Մանկաբարձական գործունեությունը կարգավորող համաշխարհային չափանիշները

Մանկաբարձական գործունեության՝ որպես կարիերայի բարելավման ուղղությամբ աշխատում են մի շարք միջազգային կազմակերպություններ, մասնավորապես՝ Մանկաբարձների միջազգային կոնֆեդերացիան (ICM), Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՀԿ/WHO), Միավորված ազգերի կազմակերպության (ՄԱԿ) բնակչության հիմնադրամը:[15] Մանկաբարձների միջազգային կոնֆեդերացիան (ICM) հասարակական կազմակերպություն է, որի առաքելությունն է բարելավել անդամակից ասոցիացիաները և ուժեղացնել մանկաբարձի մասնագիտությունը աշխարհում: Այս կազմակերպությունն առաջ է մղում մանկաբարձներին որպես հղի կանանց հիմնական խնամք տրամադրողների, քարոզում է բնական ծննդաբերությունը՝ նպատակ ունենալով բարելավել կանանց սեռական առողջությունը, ինչպես նաև՝ նրանց երեխաների և ընտանիքի անդամների առողջությունը:[16] 2016 թ. դեկտեմբեր ամսվա տվյալներով՝ այս կազմակերպությանն անդամակցում է շուրջ կես միլիոն մանկաբարձ ողջ աշխարհից: Այն ունի 130 անդամ կազմակերպություններ 112 երկրներում

աշխարհի չորս շրջաններից՝ Աֆրիկա, Ամերիկա, Ասիական-խաղաղօվկիանոսյան շրջան և Եվրոպա:[16]

Մանկաբարձների միջազգային կոնֆեդերացիան սերտորեն համագործակցում է ԱՀԿ-ի և ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի հետ՝ նպատակ ունենալով ապահովել անվտանգ մայրություն ողջ աշխարհի ընտանիքների համար:[15]
Որպեսզի հասնեն սեռական, վերարտադրողական, մայրական և նորածնի առողջության վերաբերյալ ՄՄԿ-ի (ICM) մշակած գլոբալ չափանիշներին՝ մանկաբարձական գործունեության և զարգացման համար երեք հիմնական ուղենիշ է առանձնացվում՝ 1. Կրթություն՝ ապահովել կոմպետենտ և փորձառու անձնակազմ, 2. կարգավորումներ՝ մշակել հավաստագրման պահանջներ՝ ապահովելով, որ մանկաբարձները որակյալ ծառայություններ տրամադրեն, և 3. ասոցիացիա՝ անձնակազմի մի մասը, որը ներգրավված է հիմնական մասնագիտական գործունեության մեջ և սահմանում է կարիերայի զարգացման նպատակները, անձնակազմի վերապատրաստումները և այլ գործողություններ:[14]

1.4 Հայաստանում մանկաբարձության վերաբերյալ փաստաթղթերի ուսումնասիրություն

1.4.1. Կրթություն

Հայաստանում մանկաբարձական կրթությունը տրամադրում են միջին մասնագիտական կրթական հաստատությունները՝ բուժքույրական քոլեջները: Կան ութը պետական բուժքույրական քոլեջներ, որոնցից երկուսը Երևանում են՝ Երևանի պետական հենակետային բժշկական քոլեջը և Երևանի պետական հայ-ամերիկյան Էրեբունի բժշկական քոլեջը: Մնացած քոլեջները տեղակայված են տարբեր մարզերում՝ Արարատ, Արմավիր, Շիրակ, Սյունիք, Լոռի, Տավուշ և Գեղարքունիք:[17,18] Այս քոլեջները գործում են Հայաստանի Հանրապետության կրթության և գիտության նախարարության ենթակայության (ՀՀ ԿԳՆ) ներքո: Մանկաբարձական կրթություն

տրամադրող ոչ պետական քոլեջներից երեքը Երևանում են, մնացած չորսը՝ տարբեր մարզերում: [18,19]

Բոլոր պետական և ոչ պետական քոլեջներում հիմնական մանկաբարձական ծրագիրն ավարտելուց հետո ՀՀ ԿԳՆ-ի կողմից տրամադրվում է պետական դիպլոմ և պետական նմուշի դիպլոմ՝ համապատասխանաբար:[18] Մանկաբարձական կրթության բարեհաջող ավարտից հետո շրջանավարտները ստանում են մանկաբարձի կոչում՝ իրավունք ունենալով աշխատել ծննդատներում և գյուղական ամբուլատորիաներում:[18] Ներկայումս Հայաստանում մանկաբարձության բակալավրի/մագիստրոսի աստիճանի կրթական ծրագիր սկսելու մասին նախաձեռնություններ չկան:

Ստանդարտների վրա հիմնված պետական ուսումնական ծրագիրը, որը այս զեկույցում դիտարկվում է որպես մանկաբարձական կրթության չափորոշիչ, հաստատվել է ՀՀ ԿԳՆ կողմից 2005 թ., այնուհետև վերանայվել-թարմացվել է 2013 թ.:[18] Համաձայն պետական կրթական չափորոշիչի՝ ծրագրի տեսական և կլինիկական դասավանդողը/ուսուցիչը պետք է ունենա նվազագույնը միջին մասնագիտական կամ բարձրագույն կրթություն համապատասխան ոլորտում. աշխատանքային փորձը ցանկալի է: Բուժքրոջ, ինչպես նաև մանկաբարձի դիպլոմ ունեցողները ծրագրում դասավանդելու իրավունք ունեն: [20]

Դիդակտիկ նյութերով դասավանդումը պետք է կազմի 21-30%, իսկ գործնական մասը ավելի շատ պետք է լինի՝ 60%:[18,20] Կլինիկական ուսուցման ժամանակ օգտագործվող դասավանդման մեթոդներն են կլինիկական պրակտիկայի ղեկավարումը/ վերահսկումը ծրագրի ուսուցիչների կողմից, մանկաբարձության ուսանողի կցումը հիվանդանոցի անձնակազմին և լաբորատոր սիմուլյացիան:[18]

Կրթական չափորոշիչի համաձայն՝ մասնագիտական կրթության տևողությունը 3 տարի է նրանց համար, ովքեր ավարտել են ավագ դպրոցը (12-ամյա), և 4 տարի նրանց համար, ովքեր հիմնական դպրոցն են ավարտել (9-ամյա):

Մանկաբարձական ծրագրի ընդունելության համար բուժքույրական կրթություն չի պահանջվում: Դիմորդը ընդունելության համար հանձնում է կենսաբանության և քիմիայի քննություններ:[18,19]

Մանկաբարձական ծրագրի ուսանողների ակադեմիական ծանրաբեռնվածությունը տատանվում է 4140 - 6642 ժամի միջակայքում ավագ դպրոցն ավարտած ուսանողների համար, իսկ հիմնական դպրոցն ավարտածների համար ծրագրի տևողությունը 52 շաբաթով երկար է:

1.4.2. Գործունեություն

Մանկաբարձի հիմնական պարտականությունը մանկաբարձական և գինեկոլոգիական խնամքի տրամադրումն է՝ ներառյալ առաջնային և մասնագիտացված բժշկական խնամքը:[18]

1.5 Հետազոտության նպատակները

Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Թրփանճեան հանրային առողջապահության ֆակուլտետի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնը (ԱԾՀԶԿ) ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի ֆինանսական աջակցությամբ գնահատել է «Մանկաբարձական գործ» կրթական ծրագրի համապատասխանությունը ՄՄԿ-ի գլոբալ չափանիշներին: Հետազոտության արդյունքները կարող են հնարավորություն ընձեռել հայտնաբերելու Հայաստանում մանկաբարձական կրթության ոլորտում առկա կարիքներն ու բացթողումները, ինչպես նաև՝ մշակելու համապատասխան առաջարկություններ երկրում մանկաբարձական կրթության և մասնագիտության զարգացման համար:

Հետազոտության նպատակներն են՝

- վերանայել և ներկայացնել մանկաբարձական կրթությանը վերաբերող միջազգային գրականությունը,

- իրականացնել փաստաթղթերի ուսումնասիրություն Հայաստանում առկա մանկաբարձական կրթության և գործելակերպի վերաբերյալ,
- տարբեր շահառուների տեսանկյունից ուսումնասիրել Հայաստանում մանկաբարձական կրթությունը և ծրագրի կառուցվածքը՝ կիրառելով որակական հետազոտության մեթոդ՝ անհատական խորացված հարցազրույցների և ֆոկուս խմբային քննարկումների միջոցով,
- իրականացնել Հայաստանում առկա մանկաբարձական կրթական ծրագրի, գրականության, սարքավորումների համեմատական գնահատում՝ կառուցվածքայնացված գործիքների կիրառմամբ, հիմնված ՄՄԿ-ի չափանիշների վրա:

2. ՄԵԹՈԴՆԵՐ

2.1 Հետազոտության տեսակը

Մանկաբարձական կրթական ծրագրի գնահատման նպատակով հետազոտական թիմը մշակել և իրականացրել է որակական հետազոտություն՝ փաստաթղթերի ուսումնասիրության, ֆոկուս խմբային քննարկումների, անհատական խորացված հարցազրույցների և կառուցվածքայնացված դիտարկումների միջոցով:

Հետազոտության համար ընտրված որակական մեթոդները հնարավորություն են ընձեռել կատարելու մանկաբարձական կրթության պրոֆիլի համապարփակ և ընդարձակ ուսումնասիրություն: Ժամանակի սահմանափակ լինելը և իրագործելիության հնարավորությունը նույնպես նպաստել են նմանատիպ մեթոդաբանության ընտրությանը:

2.2 Հետազոտության մասնակիցները

Հետազոտության մասնակիցների ցանկում ընդգրկվել են մանկաբարձական ծրագրի երրորդ և չորրորդ կուրսի ուսանողները, դասախոսական կազմը, վարչական ներկայացուցիչները, այդ թվում՝ բժշկական քոլեջների տնօրեններ, փոխտնօրեններ և մանկաբարձական ծրագրի ղեկավարներ: Հետազոտության համար ընտրվել են այն մասնակիցները, ովքեր կարող էին համապարփակ տեղեկություններ տրամադրել Մանկաբարձների միջազգային կոնֆեդերացիայի (ՄՄԿ) կողմից առաջադրված հարցադրումներին:

2.3 Հետազոտության գործիքները

Հետազոտող թիմը մշակել է փաստաթղթերի ուսումնասիրության մեկ ստուգաթերթ՝ ՀՀ մանկաբարձների կրթական ծրագրի չափորոշիչը գնահատելու համար, անհատական հարցազրույցի մեկ և խմբային քննարկումների համար նախատեսված ուղեցույցի երկու օրինակ՝ մասնակիցների յուրաքանչյուր խմբի համար առանձին, ինչպես նաև՝ դիտարկման մեկ կառուցվածքայնացված ստուգաթերթ: Հետազոտության բոլոր գործիքները մշակվել են ՄՄԿ-ի կողմից առաջարկվող մանկաբարձական կրթական ծրագրի գնահատման համար նախատեսված գործիքների հիման վրա:[21–23]

Ավելի ստույգ՝ կրթական ծրագրի չափորոշիչը գնահատելու գործիքը կազմվել է ըստ ՄՄԿ-ի ուսումնական ծրագրի քարտեզագրման գործիքի (անգ.՝ ICM curriculum mapping tool),[23] որում ընդգրկվել են ՄՄԿ-ի կողմից պահանջվող յոթ կոմպետենցիաները.

- մոր և նորածնի խնամքը սոցիալական, էպիդեմիոլոգիական և մշակութային համատեքստում,
- խնամքը մինչև հղիությունը և ընտանիքի պլանավորումը,
- հղիության ընթացքում տրամադրվող խնամքը և բուժօգնությունը,
- ծննդաբերության շրջանում տրամադրվող խնամքն ու բուժօգնությունը,

- հետծննդաբերական շրջանում կնոջը տրամադրվող խնամքն ու բուժօգնությունը,
- նորածնի խնամքը և բուժօգնությունը,
- հղիության արհեստական ընդհատմանն ուղղված բժշկական օգնությունը և խնամքը։

ՄՄԿ-ի չափանիշներով մշակված հետազոտության այս գործիքում նշված կոմպետենցիաները ներառում էին միավորների խմբեր հենակետային գիտելիքների, մասնագիտական վարքագծի և մասնագիտական հմտությունների վերաբերյալ (Հավելված 1)։

Անհատական հարցազրույցի համար նախատեսված մեկ ուղեցույցը և խմբային քննարկման համար նախատեսված երկու ուղեցույցները մշակվել են՝ հիմնվելով ՄՄԿ նախնական ծառայության գնահատման գործիքի բովանդակության վրա (անգ.՝ ICM pre-service assessment tool)։[22] Մշակված ուղեցույցները նախատեսված են մասնակիցների առանձին խմբերի (ուսանողներ, դասախոսներ, տնօրեններ) համար (Հավելված 2)։

Ուղեցույցները բաղկացած են հինգ մասից, որոնք ընդգրկում են հարցեր դասախոսական կազմի, ուսումնական ծրագրի, ուսանողի գիտելիքների գնահատման, ծրագրային կանոնակարգերի, ռեսուրսների, հարմարությունների և բյուջեի մասին։

Դիտարկման կառուցվածքայնացված գործիքը կազմելիս հետազոտող թիմը օգտագործել է ՄՄԿ-ի կողմից հաստատված ստանդարտ սարքավորումների ցանկը (անգ.՝ ICM standard equipment list),[21] որպեսզի գնահատի բժշկական քոլեջներում ուսումնական նյութերի և անհրաժեշտ սարքավորումների առկայությունն ու հագեցվածությունը։ ՄՄԿ-ի ստանդարտ սարքավորումների ցանկից առանձնացվել և դիտարկման գործիքում են ընդգրկվել հետևյալ խմբերի սարքավորումները/առարկաները՝ հիմնական անատոմիական մոդելների խումբ, վիրաբուժական և մանկաբարձական գործիքների խումբ, ինչպես նաև՝ ուսումնական նյութեր (գրքեր, դասագրքեր, ձեռնարկներ, տեսաձայնագրություններ). (Հավելված 5)։

Ի հավելումն դիտարկման գործիքի, հետազոտող թիմը կազմել է պատկերավոր ալբոմ, որը ներառել է ստանդարտ սարքավորումների ցանկում ընդգրկված կոմպոնենտների նկարները: Տվյալների հավաքման փուլում դիտարկում իրականացնողը կիրառել է ալբոմը դիտարկվող կոմպոնենտը ճշգրտորեն ճանաչելու համար (**Հավելված 6**):

Մասնակիցների ժողովրդագրական տվյալները հավաքվել են կարճ հարցաթերթիկների միջոցով, որոնք լրացվել են մասնակիցների կողմից (տե՛ս **հավելվածներ 7**):

Հետազոտության բոլոր գործիքները նախապես կազմվել են անգլերենով, այնուհետև՝ թարգմանվել հայերեն: Մինչև տվյալների հիմնական հավաքումը հետազոտող թիմը փորձարկել է հետազոտման գործիքները: Այնուհետև դրանք կատարելագործվել են առաջին երկու հարցազրույցների և քննարկումների հիման վրա:

2.4 Տվյալների հավաքում

Հետազոտության տվյալները հավաքվել են 2018 թվականի սեպտեմբեր և հոկտեմբեր ամիսներին:

2.4.1 Փաստաթղթերի ուսումնասիրություն

Փաստաթղթերի ուսումնասիրության նպատակն էր համեմատել և գնահատել մանկաբարձական ծրագրի պետական կրթական չափորոշիչի համապատասխանությունը ՄՄԿ-ի կոմպետենցիաների չափանիշների հետ: Փաստաթղթերի վերանայման ընթացքում հետազոտող թիմն ուսումնասիրել է, թե որքանով են ՄՄԿ-ի կոմպետենցիաներում նկարագրված գիտելիքներն ու հմտությունները ներկայացված պետական կրթական չափորոշիչի տարբեր

մոդուլներում և, եթե ներկայացված են, որքանով են համապատասխանում ՄՄԿ-ի չափանիշներին:

2.4.2 Որակական հարցազրույցները և դիտարկումը

2.4.2.1 Հետազոտության մասնակիցների ընդգրկումը

Նպատակային ընտրանքի միջոցով ընտրվել են հետազոտությանը մասնակցող բժշկական քոլեջները և այն մասնակիցները, ովքեր կարող էին տրամադրել կարևոր տեղեկություններ որակական հարցազրույցների և դիտարկումների ժամանակ: Մասնակցիներին հավաքագրելու համար հետազոտող թիմը կիրառել է նպատակային և հարմարավետ ընտրանքային մեթոդները: Նախ ընտրվել են բժշկական քոլեջները, երկուսը՝ Երևանում և երեքը Գեղարքունիքի, Կոտայքի և Տավուշի մարզերում՝ հաշվի առնելով մարզերի սոցիալ-տնտեսական և աշխարհագրական բազմազանությունը: ՀԱՀ ԱԾՀԶԿ հետազոտող թիմը կապվել է ընտրված բժշկական քոլեջների ղեկավարների հետ և ստացել նրանց համաձայնությունը մասնակցելու հետազոտությանը, ինչպես նաև՝ թույլատրություն՝ հավաքելու մանկաբարձական կրթությանը վերաբերող տվյալներ: Ապա բժշկական քոլեջների ղեկավար կազմը տեղեկացրել է ուսանողներին և դասախոսական կազմին ընթացող հետազոտության մասին, և ցանկացողները մասնակցել են խմբային քննարկումներին:
Հետազոտող թիմն իրականացրել է նաև անհատական հարցազրույցներ մանկաբարձական ծրագրի ղեկավարների և վարչական ներկայացուցիչների հետ, ինչպես նաև՝ դիտարկումներ մանկաբարձական կրթության համար անհրաժեշտ սարքավորումների և մոդելների առկայության վերաբերյալ:

2.4.3 Անհատական հարցազրույցներ և խմբային քննարկումներ

Խմբային քննարկումներից յուրաքանչյուրին մասնակցել են 4-6 ուսանողներ և 2-6 դասախոսներ: Խմբային քննարկումները (ԽՔ) և անհատական հարցազրույցները (ԱՀ) իրականացվել են փորձառու հարցազրուցավարների կողմից: Հետազոտության մասնակիցների հարցազրույցները ձայնագրվել են, իսկ այն դեպքերում, երբ մասնակիցները մերժել են ձայնագրության խնդրանքը, համապատասխան գրառումներ են կատարվել:

Թվով ինը խմբային քննարկումների և վեց անհատական հարցազրույցների մասնակցել է 54 հոգի Երևանից և մարզերից: Ինը ԽՔ-ից հինգը իրականացվել է ուսանողների և չորսը՝ դասախոսական կազմի հետ: Իրականացվել է հինգ ԱՀ վարչական ներկայացուցիչների և ծրագրի ղեկավարների հետ: (Աղյուսակ 1)

Հետազոտությանը մասնակցել են 5 վարչական ներկացուցիչներ, 15 դասախոս և 34 ուսանող: Վարչական ներկայացուցիչների մեծ մասը բժիշկներ էին՝ միջինում 15 տարվա աշխատանքային փորձով: Հետազոտությանը մասնակցած գործնական և տեսական առարկաներ դասավանդող դասախոսների մեծամասնությունը նույնպես բժիշկներ էին, իսկ որոշները՝ բուժքույրեր և մանկաբարձուհիներ: Ուսանողների մեծամասնությունը սովորում էր 4-րդ կուրսում և ընդգրկված էր քառամյա ծրագրում՝ իննամյա դպրոցի հիման վրա: Նրանց միջին տարիքը 19 տարեկան էր՝ 16-39-ի միջակայքում:

2.4.4 Դիտարկում

Ուսուցման նպատակով կիրառվող ռեսուրսների առկայությունը, ինչպես նաև նրանց որակը և քանակը գնահատելու նպատակով իրականացվել են դիտարկումներ Երևանի և մարզերի ընտրված բժշկական քոլեջներում: Վերապատրաստված դիտորդը իրականացրել է դիտարկում՝ կառուցքայնացված ստուգաթերթի և պատկերավոր ալբոմի օգնությամբ: Առկա անատոմիական մոդելները, սարքավորումները և ուսուցման համար նախատեսված այլ դիդակտիկ նյութերը համեմատվել են ՄՄԿ-ի

կողմից ներկայացված սարքավորումների ցանկի հետ: Իրականացվել է հինգ դիտարկում հինգ բժշկական քոլեջների գրադարաններում և դասասենյակներում:

2.5 Տվյալների համակարգումը և վերլուծությունը

ՀԱՀ ԱԾՀՁԿ հետազոտական թիմը տվյալների վերլուծության նպատակով կիրառել է որակական բովանդակային վերլուծության մեթոդը՝ դեդուկտիվ մոտեցմամբ և կառուցվածքայնացված մատրիքսով (անգլ.՝ deductive content analysis with a structured matrix)[24] Վերլուծական մեթոդի ընտրությունը պայմանավորված է եղել հարցազրույցների ուղեցույցների բաղկացուցիչ մասերով, որոնք էլ իրենց հերթին կազմվել են՝ հիմնվելով ՄՄԿ-ի գնահատման գործիքների վրա:

Վերլուծությունը իրականացվել է երեք հետազոտողների կողմից: Հետազոտողների միջև վերլուծության համարժեքությունը ապահովելու նպատակով հետազոտողները կատարել են մի քանի միջոցառում:[25] Սկզբնական շրջանում 2 հետազոտողներ իրականացրել են տվյալների որոշ մասի անկախ կոդավորում, ապա հետազոտական թիմի 3 անդամներ շարունակական քննարկումներ են անցկացրել կոդավորումների սկզբունքների վերաբերյալ, եկել համաձայնության և նրանցից 2-ը շարունակել է անկախ կոդավորումը: Այնուհետև հետազոտողներից յուրաքանչյուրը վերանայել է մյուս հետազոտողի կողմից վերլուծած տվյալները՝ կատարելագործելով տվյալների համարժեքությունը:

Դիտարկման ստուգաթերթի միջոցով հավաքվել են բազմաբովանդակ տվյալներ՝ ներառելով տեղեկություններ դիտարկված օբյեկտների քանակի և որակի մասին:

Դիտարկման նկարագրություններում առկա տվյալները հնարավորություն են տվել դասակարգելու անատոմիական մոդելների, սարքավորումների, ուսումնական նյութերի որակին վերաբերող հիմնական մեկնաբանությունները երեք խմբում՝

ա) լավ վիճակում գտնվող մոդելներ, բ) հին և կիրառման ենթակա մոդելներ, գ) հին և չկիրառվող մոդելներ: Սարքավորումների համար դասակարգումը հետևյալն է՝ ա) լավ վիճակում գտնվող սարքեր, բ) հին և կիրառման ենթակա սարքեր, գ) հին/վնասված և դժվար օգտագործվող սարքեր:

Պետական կրթական չափորոշիչի վերանայումը իրականացվել է գնահատման թերթիկի միջոցով, որը որոշել է ՄՄԿ-ի կողմից սահմանված կոմպետենցիաների տարրերի/բաղադրիչների առկայությունը: Գնահատման թերթիկը ներառել է հետևյալ չորս կատեգորիաները՝ ա) առկա չէ, բ) առկա է մասնակիորեն, գ) հստակեցված չէ, դ) առկա է ամբողջովին: Կոմպետենցիային վերաբերող գիտելիքի կամ հմտության բացակայությունը չափորոշիչից նկարագրվել է «առկա չէ» կատեգորիայում: Կոմպետենցիային վերաբերող գիտելիքը կամ հմտությունը դասակարգվել է որպես մասնակիորեն առկա, եթե այն թերի է ներկացված եղել չափորոշիչում: Չափորոշիչում նկարագրված կոմպետենցիայի բաղադրիչը գնահատվել է ոչ հստակ, եթե բաղադրիչին վերաբերող տեղեկությունները եղել են ընդհանուր բնույթի, իսկ բաղադրիչը, որն ամբողջովին նկարագրված է եղել չափորոշիչում, նշվել է որպես առկա բաղադրիչ:

2.6 Հետազոտության մեթոդաբանության որակը և նպատակահարմարությունը

Հետազոտության հստակությունն ու արժանահավատությունը երաշխավորելու նպատակով հետազոտող թիմը կիրառել է մի քանի մեթոդ: Հետազոտության արդյունքների վստահելիությունը և ընդհանրականությունն ապահովելու նպատակով հարցազրույցներն անց են կացվել Հայաստանի՝ մանկաբարձական կրթություն տրամադրող մայրաքաղաքային և մարզային տարբեր բժշկական քոլեջներում: Բազմակենտրոն հետազոտությունը հնարավորություն է տվել խուսափելու մեկ բժշկական քոլեջում առկա որևէ յուրահատուկ գործոնի ազդեցությունից:[26]

Նախկինում կատարված հետազոտությունների արդյունքների վերանայումը օգնել է գնահատելու ստացված արդյունքների համապատասխանությունն առկա

գրականության տվյալներին՝ այդպիսով բարձրացնելով հետազոտության վստահելիությունը:[27]

Հետազոտության մասնակիցների կարծիքների համաձայնեցումը (անգլ.՝ triangulation) երաշխավորել է ուսումնասիրության արժանահավատությունը: Մեթոդաբանական համաձայնեցումն ապահովվել է տվյալների հավաքման բազմաբնույթ մեթոդների (խմբային քննարկումներ, անհատական հարցազրույցներ, դիտարկումներ, փաստաթղթերի վերանայում) կիրառման միջոցով: Տվյալների հավաքումը մասնակիցների տարբեր խմբերից հնարավորություն է ընձեռել ապահովելու համաձայնեցում ըստ տվյալների աղբյուրների: Տվյալների հավաքումը կատարվել է տարբեր փորձառու հարցազրուցավարների մասնակցությամբ, ինչն էլ իր հերթին նպաստել է մեթոդաբանական համաձայնեցմանը:[27]

Հետազոտության հստակությունը երաշխավորելու համար կիրառվել է մեկ այլ մեթոդ, որի նպատակն է եղել որոշակիացնել ստացված պատասխանը: Օրինակ՝ հարցազրույցի ընթացքում, եթե հարցազրուցավարը վստահ չի եղել, որ տրված պատասխանը հստակ է հասկացել, ուղղել է միևնույն հարցը, պարզապես՝ վերաձևակերպելով այն:

2.7 Էթիկական նկատառումներ

Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Գիտահետազոտական էթիկայի հանձնաժողովը հավանություն է տվել այս հետազոտությանը՝ որպես էթիկայի 17 տեղական և միջազգային չափանիշներին համապատասխանող հետազոտություն: Հետազոտական թիմը ՀՀ ԿԳՆ-ի կողմից լրացուցիչ թույլտվություն է ստացել անցկացնելու հետազոտությունը:

Մշակվել են բանավոր իրազեկ համաձայնության ձևեր (**հավելված 8**) հետազոտության մասնակիցների առանձին խմբերի համար, որպեսզի

մասնակիցները տեղեկանան հետազոտության նպատակի, հնարավոր օգուտների և ռիսկերի մասին:

3. ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ

3.1 Պետական կրթական չափորոշիչի ուսումնասիրություն

«Մանկաբարձական գործ» ծրագրի պետական կրթական չափորոշիչի ուսումնասիրության նպատակն էր համեմատել ՄՄԿ-ի կողմից պահանջված մասնագիտական կարողունակությունների (կոմպետենցիա) առկայությունը և համապատասխանությունը կրթական չափորոշիչում առկա կարողունակությունների հետ: ՄՄԿ-ի կողմից մշակված փաստաթուղթը հստակ ներկայացնում է մանկաբարձական կրթության համար նախատեսված ուսումնական ծրագրի բովանդակությունը, ինչպես նաև՝ այն չափանիշները և ուսումնական նպատակները, որոնց պետք է հետևել մանկաբարձական կրթական ծրագիրը մշակելիս: Հետազոտող թիմը կրթական չափորոշիչի ուսումնասիրման արդյունքներն ամփոփել և ներկայացրել է որպես ծրագրի հիմնական ուժեղ և թույլ կողմեր (Strengths and Weaknesses):

Ուժեղ կողմերը

- «Մանկաբարձական գործ» ծրագրի պետական կրթական չափորոշիչը հաստատված ու կառուցվածքայնացված էր ՀՀ ԿԳՆ-ի կողմից և ընդհանուր էր Հայաստանի՝ մանկաբարձական կրթություն տրամադրող բոլոր բժշկական քոլեջների համար:
- Թեև պետական կրթական չափորոշիչում առանձին ներկայացված չէին կոմպետենցիաները (ինչպես առաջարկվում է ՄՄԿ-ի կողմից), սակայն կոմպետենցիաների բաղադրիչների մեծամասնությունը առկա էր բոլոր

մոդուլներում և հստակ ներկայացված որպես առանձին ուսումնառության արդյունք:

- ՄՄԿ-ի երրորդ կոմպետենցիան՝ հղիության ընթացքում բուժօգնության և խնամքի տրամադրման վերաբերյալ, պահանջվող յոթ կոմպետենցիաներից ամենից համապարփակ կերպով ներկայացվածն էր կրթական չափորոշիչում:
- Կրթական չափորոշիչի առանցքային հմտությունների տարբեր մոդուլները բավականին համապարփակ կերպով ընդգրկում էին նախածննդյան խնամքին և ընտանիքի պլանավորմանը, ծննդօգնությանը և հետծննդաբերական շրջանում կանանց խնամքին ու բժշկական օգնությանը վերաբերող երկրորդ, չորրորդ և հինգերորդ կոմպետենցիաներում ներառված տեսական գիտելիքները:
- Կրթական չափորոշիչի տարբեր մոդուլներում ընդգրկուն կերպով ներկայացված էին մանկաբարձուհու խորհրդատվական հմտություններին վերաբերող ուսումնառության արդյունքները:
- Կրթական չափորոշիչում առկա էին նաև լրացուցիչ մոդուլներ հաղորդակցության և համակարգչային օպերատորության վերաբերյալ, որոնք առաջարկված չէին ՄՄԿ-ի կողմից:

<u>**Թույլ կողմերը**</u>

- Փաստաթղթերի ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ պետական կրթական չափորոշիչի տարբեր կրթական մոդուլներում առկա ուսումնառության արդյունքների մեծամասնությունը վերաբերում է առավելապես տեսական գիտելիքներին, մինչդեռ գործնական հմտություններին վերաբերող ուսումնառության արդյունքներն առավել թերի են ներկայացված: ՄՄԿ-ի երկրորդ, չորրորդ և հինգերորդ կոմպետենցիաներում նշված հմտությունների մեծամասնությունը բացակայում էր պետական կրթական չափորոշիչում:

- Կրթական չափորոշիչում կոմպետենցիաների տարրերից շատերը, մասնավորապես՝ գիտելիքներին վերաբերող, բավարար չափով հստակեցված չէին կամ թերի էին ներկայացված ՄՄԿ-ի կողմից առաջարկվողների համեմատությամբ:
- Ամենաթերի ներկայացված կոմպետենցիան յոթերորդն էր, որը վերաբերում էր հղիության արհեստական ընդհատմանը: Կոմպետենցիայի գիտելքիներին և հմտություններին առնչվող բաղադրիչների մեծ մասն ամբողջությամբ բացակայում էր կրթական չափորոշիչում:
- Որոշ կարևոր թեմաներ, ինչպիսիք են մայրական և նորածնային խնամքի սոցիալական, էպիդեմիոլոգիական և մշակութային ասպեկտները, էպիդեմիոլոգիայի հիմունքները, հետազոտությունների վիճակագրական մեթոդաբանությունը, մշակութային, ազգային և էթիկական պատկերացումները, տեղական առողջապահական ծառայությունների կառուցվածքը և կառավարման սկզբունքները, ամբողջվին բացակայում էին կրթական չափորոշիչում:
- Կրթական չափորոշիչում ամբողջովին բացակայում էին նաև կանանց առողջությանն ու իրավունքներին, ընտանեկան բռնությանը, ինչպես նաև երեխա կորցրած կանանց/ընտանիքների, սեռական բռնության զոհերի, ՄԻԱՎ դրական մայրերի և նրանց երեխաների հետ հաղորդակցման և աջակցություն ցուցաբերելու սկզբունքներին վերաբերող թեմաները:

Հետազոտող թիմը փաստաթղթերի ուսումնասիրության ընթացքում գտել է «Մանկաբարձական գործ» հիմնական կրթական ծրագրի առանցքային հմտությունների մոդուլների և մանկաբարձուհու մասնագիտական բնութագրի մի քանի անհամապատասխանություն: Համաձայն մասնագիտական բնութագրի՝ մանկաբարձուհին առաջնային բժշկական օգնության շրջանակներում, մի շարք պարտականություններից զատ, պետք է կարողանա իրականացնել սկրինինգային

թեստեր և հետազոտություններ: Բժշկական հետազոտություններին և սկրինինգային թեստերին հիվանդներին նախապատրաստելու վերաբերյալ գիտելիքները և հմտությունները ներկայացված էին կրթական ծրագրի առանցքային հմտությունների մոդուլներում, սակայն բացակայում էր նկարագրությունը, թե ինչպես պետք է իրականացնել բուն հետազոտություններն ու սկրինինգային թեստերը: Մասնագիտացված բժշկական օգնության տրամադրման շրջանակներում մանկաբարձուհին պետք է կարողանա ինքնուրույն վարել ֆիզիոլոգիական ծննդաբերությունը: Թեև կրթական ծրագրի առանցքային հմտությունների մոդուլներում ծնունդ ընդունելու հմտությունները լայնորեն ներկայացված էին լսարանային սիմուլյացիաների ընթացքում, սակայն որևէ ուսումնական հստակ ձևակերպում, թե արդյոք մանկաբարձ ուսանողները պետք է կարողանան առանց հսկողության ընդունել և վարել նորմալ ֆիզիոլոգիական ծննդաբերություն, ներկայացված չէր: Մանկաբարձուհու մասնագիտական բնութագրի մեջ՝ առաջնային բժշկական օգնության շրջանակներում, սահմանված էր, որ մանկաբարձուհու պարտականությունները ներառում են որոշ վարակիչ և ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման ուղղությամբ իրականացվող աշխատանքներ: Չնայած հետդաշտանադադարային շրջանում կանանց կյանքի որակի բարելավման և օստեոպորոզի կանխարգելման վերաբերյալ շեշտադրումներին, կրթական առանցքային հմտությունների մոդուլներում չկար որևէ թեմա, որը կվերաբերեր հետդաշտանադադարային շրջանում կանանց կյանքի որակի բարելավմանն ու օստեոպորոզի կանխարգելմանը:

3.2 Որակական հարցազրույցների և դիտարկումների արդյունքները

Տվյալների հավաքման ընթացքում պարզ դարձավ, որ հետազոտության համար ընտրված բոլոր բժշկական քոլեջները բաց էին համագործակցության համար և դրսևորեցին դրական վերաբերմունք հետազոտության նկատմամբ: Բժշկական

քոլեջների ներկայացուցիչները ևս հետաքրքրված էին հետազոտության ակնկալվող արդյունքներով և հետազոտող թիմի առաջարկություններով:

Հետազոտության արդյունքները ներկայացված են յոթ ընդարձակ նկարագրական կատեգորիաներով: *Մանկաբարձական ծրագրի ընդունելության կարգն ու գործընթացը* բաժնում նկարագրվում է ընդունելության կարգն ու թափանցիկությունը, ինչպես նաև՝ ծրագրային կանոնակարգերի առկայության կամ բացակայության մասին հետազոտության մասնակիցների ընկալումները: *Ուսումնական ծրագրի բովանդակությունը և համապատասխանությունը պետական կրթական չափորոշիչին* բաժնում նկարագրվում է, թե որքանով և ինչպես են բժշկական քոլեջները հետևում պետական կրթական չափորոշիչին, ինչպես նաև ներկայացվում են տարբեր շահառուների կարծիքները կրթական ծրագրի բովանդակության և համապատասխանության մասին: Հաջորդը *Պրակտիկան մանկաբարձական կրթության մեջ* բաժինն է, որը դոմինանտ կատեգորիա է և նկարագրում է ուսանողների հնարավորությունները, ինչպես նաև՝ խոչընդոտները պրակտիկ միջամտություններում ներգրավված լինելու ընթացքում: *Դասախոսական կազմի որակավորումը, պահանջները և վերապատրաստումները* բաժնում նկարագրվում են մանկաբարձական կրթական ծրագրի դասախոսների որակավորումը և շարունակական մասնագիտական կրթության վերաբերյալ նրանց ընկալումները*:*
Ծրագրի ֆինանսական և նյութական կարողությունները բաժինը ներկայացված է համապարփակ արդյունքների խմբի տեսքով՝ բաղկացած որակական հարցազրույցներից ստացված տվյալներից և դիտարկումների արդյունքներից: Այն նկարագրում է մանկաբարձական ծրագրի և բժշկական քոլեջների բյուջեն, ինչպես նաև՝ ուսումնական ռեսուրսների անհավասար բաշխվածությունը մարզերի և Երևանի բժշկական քոլեջների միջև: *Մանկաբարձուհու մասնագիտության գրավչության և մասնագիտական աճի հնարավորությունները* բաժինը նկարագրում է

մանկաբարձական ծրագրի դիմորդների նվազող թիվը վերջին տարիներին, ինչպես նաև՝ մասնագիտական և կրթական աճի հնարավորությունները շրջանավարտների համար։

3.2.1. Մանկաբարձական ծրագրի ընդունելության կարգն ու գործընթացը

Մանկաբարձական ծրագրի ընդունելության կարգը միասնական էր Երևանի և մարզերի բոլոր դիտարկված բժշկական քոլեջներում: ՀՀ ԿԳՆ-ի կողմից «Կենսաբանություն» առարկայից բանավոր քննությունն ընդունելության միակ պահանջն է: Ե՛վ ուսանողները, և՛ դասախոսները շեշտել են, որ ընդունելության գործընթացը բավականին բաց և թափանցիկ է:

«... էտ քննության ժամանակ մենք հնարավորություն ենք ունենում լսելու մնացածների պատասխանները, քանի որ մի քանի հոգով ենք նստած լինում: … Մոտ հինգ հոգի պատասխանում են, չորս հոգի էլ սպասում են իրենց հերթին, այսինքն՝ մեկը մյուսի պատասխանները լսում ա, ու երբ որ էտ որոշումը արդեն կայացվում ա ընդունվելու կամ չընդունվելու, արդեն հասկանում ես...»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 1, մասնակից 4, Երևան***

Մանկաբարձական ծրագրի ուսանողները նշել են, որ ընդունելության քննության ընթացքում նրանք հնարավորություն ունեին լսելու այլ դիմորդների պատասխանները: Մարզային և քաղաքային բժշկական քոլեջների դասախոսները շեշտել են, որ ընդունելության քննությունների ընթացքում ԿԳՆ-ից ներկայացուցիչներ են մասնակցում: Որոշ բժշկական քոլեջներ տրամադրում են կոնսուլտացիաներ մինչև ընդունելության քննությունը:

«Մինչ քննությունը մեկ ամիս կազմակերպվում են անվճար կոնսուլտացիաներ, որին մասնակցում են ուսանողները, իրենց ծանոթացնում են հարցադրումներին, որ

երեխան երբ տոմսը վերցնի պատասխանի, ինքը հասկանա իրենից ինչ է պահաջվում, և դա դպրոցական ծրագրի սահմաններում է իրականացվում»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 1, Երևան***

3.2.2. Ծրագրային կանոնակարգերը մանկաբարձական ծրագրում

Ծրագրային կանոնակարգերի վերաբերյալ հավաքաված տվյալները ցույց են տվել, որ մասնակիցների մեծամասնությունը չունի հստակ պատկերացում՝ ինչ է «ծրագրային կանոնակարգ» հասկացությունը: Մասնակիցներից շատերը կանոնակարգերը նույնականացրել են էթիկական սկզբունքների հետ:

«Ոչ ոք չի վիրավորում ուսանողի անձը, ոչ ոք վատ խոսքեր չի ասում ուսանողներին…»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 1, Երևան***
«Դա [ծրագրային կանոնակարգը] նշանակում է, որ դու պետք է քեզ պահես ուսանողի պես ու հարգես դասախոսին»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 5, մասնակից 3, մարզ***

Ծրագրային կանոնակարգերի վերաբերյալ առաջադրված հարցին տարբեր բժշկական քոլեջների ներկայացուցիչներ պատասխանել են տարբեր կերպ: Որոշ բժշկական քոլեջներում ծրագրային կանոնակարգերը փակցված են եղել պատին, սակայն չկան հստակ տեղեկություններ, թե որքանով են ծրագրային կանոնակարգերը գործել: Ծրագրի ղեկավարներից մեկը նշել է, որ ծրագրային կանոնակարգերը հին են և թարմացման կարիք ունեն:

«Այո՛, ունենք քոլեջի կանոնակարգ, որը փակցված է պատին և շատ հին է, չի փոխվել, և ուսանողները կարող են կարդալ իրենց պարտականությունները և իրավունքները: Բողոքների համար հարցում ենք իրականացնում հաճախ, որի ժամանակ էլ իրենք, անանուն հարցումներ են, նշում են իրենց բողոքները»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 3, մարզ***

Այլ բժշկական քոլեջներից մասնակիցները նշել են, որ չկան հատուկ ծրագրային կանոնակարգեր, և անհասկանալի է մնացել հարցը թե ինչպես են ուսանողները ծանոթանում իրենց պարտականություններին և իրավունքերին կամ ինչպես են ներկայացնում իրենց դիմումներն ու բողոքները: Այնուամենայինվ ծրագրի բոլոր մասնակիցները նշել են, որ ուսանողներն իրենց բողոքների և դիմումների հարցերով կարող են մոտենալ դասախոսական կազմին կամ ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչներին:

Հետազոտությանը մասնակցած քոլեջների տնօրենների մեծ մասը հաստատել է, որ քոլեջներում առկա ծրագրային կանոնակարգերը գործում են անվրեպ, թեև հավաքված տվյալները ցույց են տալիս, որ ուսանողները տեղյակ չեն կանոնակարգերին կամ աղավաղված են ընկալում կանոնակարգերի դերն ու նշանակությունը: Որոշ բժշկական քոլեջներում ուսանողներն անգամ տեղյակ չեն, որ իրենք ունեն իրավունքներ, իսկ պարտականությունների մասին պատկերացումը սահմանափակվում է միայն դասերին պարտաճանաչ հաճախելով և անձնական հիգիենան պահպանելով:

«Իրավունքնե՞ր, ի՞նչ իրավունքեր [բոլորը ծիծաղում են]»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 1, մասնակից 8, Երևան***

«Դե մեր պարտականություններն են դասերին հաճախելը, մաքուր խալաթով գալը, մազերը միշտ հավաքած…»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 1, մասնակից 8, Երևան***

Որոշ բժշկական քոլեջներում ծրագրային կանոնակարգերում նշվում է, որ անհարգելի բացակայությունները չեն ներվում:

«Մենք շատ խիստ ենք վերաբերվում բացակայություններին, անհարգելի բացականեր չպետք է լինեն: Անհնար է, որ ուսանողը դասի չգա ու դիպլոմ ստանա»:
Դասախոսներ, ԽՔ 1, մասնակից 3, Երևան

Մի քանի բժշկական քոլեջներում ուսանողները կամավոր կերպով և անանուն գնահատում են դասախոսական կազմին: Որոշ քոլեջներում կան առաջարկությունների և բողոքների համար նախատեսված արկղիկներ:

«Դասախոսները ևս գնահատվում են, ռեյտինգավորվում են՝ իրենց կատարած աշխատանքների, գիտելիքների հիման վրա: Դրան նաև մասնակցում են ուսանողները, հատուկ հարցաշար է տրամադրվում իրենց: Ամեն 2 տարին մեկ ենք իրականացնում այդ հարցումները, երբ մեր ուսանողները փոխվում են: Վերջում գումարվում են իրենց հավաքած միավորները, և վերջնական արդյունքի են գալիս և տեսնում ենք այդպես՝ որ դասախոսից են գոհ, որից՝ ոչ, ով է իր վրա աշխատում, ով՝ ոչ»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԽՔ 4, Երևան***

«Գնահատում ենք դասախոսներին: Թղթիկներ են բաժանում, բայլային մենք գնահատում ենք»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 4, Երևան***

«…Մենք ունենք քոլեջում մի հատ արկղ, եթե բողոքներ ունենում ենք, մեր բողոքները այդ արկղի մեջ ենք գցում… անանուն»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 3, մասնակից 1, մարզ***

3.2.3. Ուսումնական ծրագրի բովանդակությունը և համապատասխանությունը պետական կրթական չափորոշիչին

3.2.3.1. Համապատասխանությունը պետական կրթական չափորոշիչին

Հետազոտությանը մասնակցած քոլեջների մեծամասնությունը մանկաբարձական կրթական ծրագիրը կառուցել է պետական կրթական չափորոշիչի հիման վրա: Թեև պետական կրթական չափորոշիչի ներդրման նպատակն է եղել

հասանելի դարձնել ստանդարտացված միասնական մոդուլային ուսուցումը բոլոր բժշկական քոլեջների համար, այնուամենայնիվ, ոչ բոլոր բժշկական քոլեջներն են հետևում ուսուցման այս միասնական մոդելին: Պետական կրթական չափորոշիչին հետևելու պահանջի ընկալման հարցում առկա էին որոշ անհամապատասխանություններ, օրինակ՝ որքա՞ն է պարտադիր չափորոշիչին հետևելը կամ որքա՞ն են քոլեջներն ազատ կատարելու փոփոխություններ ուսումնական ծրագրում՝ չափորոշիչից որոշ չափով շեղվելով: Պարզ է դարձել, որ բժշկական քոլեջներից միայն մեկն է խստորեն հետևում չափորոշիչին՝ առանց փոփոխելու առարկաների հերթականությունը, առարկաների համար նախատեսված դասաժամերը և ուսումնառության արդյունքները: Ըստ դասախոսների՝ նրանց միայն թույլատրված է թարմացնել, կրճատել կամ միացնել թեմաների մի մասը որոշակի արդյունքի հասնելու նպատակով: Որոշ քոլեջներում ներդրված չէ մոդուլային ուսուցման մոտեցումը, սակայն մոդուլային ուսուցման մեթոդաբանությունը և բովանդակային կառուցվածքը պահպանվել են:

«Հետևում ենք պետական չափորոշիչներին, պետական չափորոշիչների հիման վրա կազմվում են առարկայական ծրագիրը, օրացուցային թեմատիկ պլանը»: ***Ադմինիստրատիվ ներկացուցիչ, ԱՀ 2, մարզ***

«… մանկաբարձականը [ծրագիրը] դեռ մոդուլային ուսուցումով չէ»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 5, մասնակից 1, մարզ***

«… եթե կարիք կա, մենք որոշ բաներ կրճատում ենք, միացնում իրար կամ էլ ավելացնում ավելի ակտուալ թեմաներ որևէ ուսումնառության արդյունքի տակ, բայց մենք չենք կարող ավելացնել ուսումնառության արդյունք»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 1, մասնակից 2, Երևան***

«Պետական չափորոշիչը, իմ բառերով ասած էտի կմախքնա, էտ կմախքը մենք կարանք փոփոխենք, մանկաբարձության հիմքը էլի նույն կմախքը մնում ա, ու

պետությունն էլ տվել ա էտ չափորոշիչը, էտ կմախքի վրա արդեն որը գործածական ա, որը կիրառական ա, որը հին ա, որը նոր ա, անընդհատ թարմացումներ են լինում, բայց հիմքը չափորոշիչն ա»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 4 մասնակից 1, Երևան***

«Մենք մանկաբարձությունը չենք փորձարկել մեզ մոտ այս մոդուլային ձևով, մեզ մոտ ծրագիրը հին ձևով է, ինչպես կար… չնայած մեզ մոտ գործում են ուսանողի գնահատման նույն մեթոդները, բովանդակությունը տեսականի և գործնականի նույնն է, ինչպես մոդուլային ծրագրում է բերված»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 4, Երևան***

Բժշկական քոլեջների ծրագրերի ղեկավարները և դասախոսները նշել են, որ ծրագրի վերանայում և փոփոխություններ կատարվում են առնվազն տարին մեկ անգամ, հիմնականում՝ տարեսկզբին:

«Տարեսկզբին անպայման վերանայվում ա [ուսումնական ծրագիրը]»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 1 մասնակից 2, Երևան***

Քոլեջներից մեկի ծրագրի ղեկավարի կարծիքով՝ ուսումնական ծրագրում փոփոխությունների հնարավորություն չի եղել, քանի որ չեն եղել չափանիշներ, որոնց հետ կարելի էր համեմատել այն:

«Ծրագիրը լրիվ բավարար է, կարիք չկա թարմացման, չնայած, անկեղծ ասած, մենք չունենք որևէ բան, որի հետ կկարողանայինք համեմատել ու ասել՝ բավարար է, թե ոչ»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 2, մարզ***

Մանկաբարձական ծրագրի մեկ այլ ղեկավար նշել է, որ ուսումնական ծրագրի վերանայման համար անհրաժեշտ են նոր մասնագետներ և նրանց ներգրավումը

վերանայման գործընթացում ֆինանսական ծախս է պահանջում, ինչը լրացուցիչ բեռ է ծրագրի համար:

«… դա ֆինանսների հետ է կապված. մենք կարիք ունենք հատուկ մասնագետների, ովքեր կվերանայեն ծրագիրը, սակայն ֆինանսական ծախս է անհրաժեշտ»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 1, Երևան***

Հետազոտված ոչ մի քոլեջում ուսանողները չէին մասնակցում կրթական ծրագրի վերանայմանը, սակայն որակական հարցազրույցներից պարզ է դարձել, որ դասախոսները հաշվի են առնում ուսանողների կարծիքներն ուսումնական ծրագրի թեմաների վերաբերյալ:

«… երբեմն գենետիկայի ինչ-որ տարրեր ենք մտցնում, իրանց հետ գենետիկայի խնդիրներ ենք լուծում, որը չկա ծրագրի մեջ, բայց էս երկու տարում ես զգացի, որ դա իրենց դուր ա գալիս»: ***Դասախոսներ, ԱՀ 3, մարզ***

Որոշ բժշկական քոլեջների ներկայացուցիչներ գտնում էին, որ կարիք կա երկարացնելու ծրագրի տևողությունը, սակայն մասնակիցներից մեկը նշել է, որ մեկնել է Մոսկվա՝ սովորելու, քանի որ այնտեղ ուսման տևողությունն անհամեմատ կարճ է:

«Կրթությունը [նկատի ունի մանկաբարձական ծրագիրը] երկար է էստեղ, ես մեկնեցի Մոսկվա՝ սովորելու, քանի որ այնտեղ ընդամենը երկու տարի է [մանկաբարձական ծրագիրը] և դա ամբողջովին բավար է»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 2, մասնակից 1, մարզ***

Ծրագրի բովանդակության վերաբերյալ քննարկումների ընթացքում պարզ է դարձել, որ ուսանողները և դասախոսները համակարծիք են պետական կրթական

չափորոշիչով սահմանված մանկաբարձական ծրագրի ուսումնական նյութերի ծանր և երբեմն՝ ոչ անհրաժեշտ լինելու հարցում: Այս տվյալներն առավել մանրամասն ներկայացված են հաջորդ բաժիններում:

3.2.4. Ինչ կարծիք ունեն հետազոտության մասնակիցները մանկաբարձական կրթական ծրագրի բովանդակության մասին

Մանկաբարձական ծրագրի ներկայացուցիչներից շատերը շեշտել են, որ առավել խորը և կենտրոնացված ուսուցման նպատակով կարիք կա ավելացնելու մասնագիտական առարկաներին հատկացված ժամերը:

«Կարծ է [ծրագիրը] անցնում ենք առարկաներ, որ մասնագիտական չեն, և մասնագիտական առարկաներին հատկացված ժամերը քիչ են»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 1, մասնակից 1, Երևան***

Դասախոսներից ոմանք նշեցին, որ առկա ուսումնական ծրագրով ուսանողները ծանրաբեռնված են սովորում, սակայն ուսումնական նյութերից միայն որոշներն են վերաբերում մանկաբարձական պրակտիկային:

«Ծրագրի ընթացքում շատ բաներ են ուսուցանվում, բայց կարող է էդ նյութից ընդամենը երեք նախադասություն վերաբերի իրենց [մանկաբարձուհիներին]»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 5, մասնակից 3, մարզ***

Դասախոսների կարծիքով՝ ուսումնական նյութերի մեծ մասն առավել նպատակահարմար է բժիշկների ուսուցման համար, այլ ոչ թե մանկաբարձուհիների:

«Ինձ թվում ա կարելի ա կարճացնել [ուսումնական ծրագրի բովանդակությունը]: Որոշ բաներ կարելի ա միացնել ու շատ մանրամասներ չտալ, որովհետև էդ մանրամասները ավելի շատ ավելի բարձր օղակի մասնագետների համար են, ասենք՝ բժիշկների»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 5, մասնակից 3, մարզ***

Մասնակիցների մեծամասնության կարծիքով՝ տեսական և գործնական գիտելիքների/հմտությունների հարաբերակցությունն օպտիմալ է, թեև կցանկանային, որ գործնական պարապմունքներն ավելի շատ լինեին և ոչ՝ տեսականի հաշվին:

«Ես տեսականը կուզենայի նույնը մնար, բայց եթե տարբերակ կա, կուզենայի գործնականի դասերն ավելի շատ լինեին»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 4, մասնակից 1, Երևան***

«Ես կուզենայի ավելի շատ ժամեր հատկացվեին գործնականին»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 2, մարզ***

Բժշկական քոլեջների տնօրեններն ու մանկաբարձական ծրագրի ուսանողները նշել են, որ ծրագրի ծանրաբեռնվածությունը բավականին մեծ է:

«Առհասարակ շաբաթական 8-ժամյա ծանրաբեռնվածությունը ուսանողի համար շատ է, հոգնում են, չեն կարողանում դիմանալ այդքան քոլեջում»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 2, մարզ***

«Ուղղակի կուզենայինք, որ դասամիջոցները մի քիչ ավելի երկար լինեին, իսկ դասերն ավելի քիչ, որովհետև մենք չենք հասցնում հանգստանալ, իրար հետևից չորս ժամ՝ ութսուն րոպեով նույն դասն ենք անում, համ մեզ ա արդեն դառնում անհետաքրքիր, համ էլ չենք կարողանում:… Հա ու չորս ժամ ունենք, հինգ րոպե էլ դասամիջոցները, ութսուն րոպեից հետո հինգ րոպե են դասամիջոցները:

Ամենաերկարը տասնհինգ րոպե ա լինում, ու հազիվ հասցնում ենք էտ ժամանակ հաց ուտենք, արդեն երրորդ-չորրորդ ժամերին էտքան էլ ակտիվ չենք լինում, հոգնած ենք լինում, չենք կարողանում ընկալել նյութերը»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 2, մասնակից 2, մարզ***

3.2.5. Պրակտիկան մանկաբարձական կրթության մեջ

Դիտարկված բժշկական քոլեջներից յուրաքանչյուրը, հետևելով պետական կրթական չափորոշիչին, դասաժամերը բաժանել է տեսական և գործնական մասերի: Գործնական դասերն ընթանում են և՛ քոլեջում՝ գործնականի համար նախատեսված հատուկ սենյակներում, և՛ հիվանդանոցներում:

«Ցույց են տրվում բոլոր մանիպուլյացիաները, ինչ պիտի իմանան գործիքների օգտագործման համար: Իրավիճակային խնդիրներ, որոնք նկարագրում են պրոցեդուրաները քայլ առ քայլ ՝հիմնված ալգորիթմի վրա»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 1, մասնակից 1, Երևան***

«Դասերի ժամանակ գործնականը լինում ա լաբերում իրանց մոդելներով, ամեն ինչով»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 4, մասնակից 2, Երևան***

Որոշ քոլեջներում գործնական դասերը միայն անց էին կացվում հիվանդանոցներում, քանի որ տեսականի և գործնականի դասախոսները հիվանդանոցի բժիշկներ էին: Դասախոսների կարծիքով՝ հիվանդանոցներում դասեր անցկացնելը մանկաբարձուհի ուսանողներին հնարավորություն է տալիս առավել ներգրավված լինելու մանկաբարձական պրակտիկայի մեջ:

«Մեր ուսանողները և՛ գործնական, և՛ պրակտիկ դասերը անում են հիվանդանոցում, նախակլինիկականը կարելի է անել, բայց քանի որ դասախոսը այնտեղ է (կլինիկայում), խմբերն էլ քիչ են, շատ չեն, այնտեղ անց են կացվում նաև գործնական պարապմունքները: Բացի դրանից, հաշվի առնելով մոդուլայինի պահանջները, հին

մեր ծրագիրը վերանայել ենք անցյալ տարի, և մեր ղեկավարի առաջարկով ուսումնաարտադրական և արտադրական պրակտիկաները շատացվել են: Պրակտիկան անցնում են, ինչպես նաև գործնականը՝ հիվանդանոցում»:
Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 4, Երևան

Բժշկական քոլեջներից մեկի դասախոսերը նշեշ են, որ իրենց ուսանողները գրեթե ներգրավված չեն լինում գործնական պրոցեդուրաները կատարելու մեջ, քանի որ առավելությունը տրվում է բժիշկ ուսանողներին:

«Շատ հաճախ բժշկականի ուսանողներին ավելի շատ են տեղ տալիս պրակտիկայի ընթացքում, դե նրանք ավելի շատ են մասնակցում վիրահատությունների կամ պրոցեդուրաների, ոնց որ մեր ուսանողները մնում են երկրորդ պլանում»:
Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 1, Երևան

Ի հակառակ վերևում հնչած կարծիքի, մեկ այլ դասախոս նույն քոլեջից՝ նշել է.

«Ես խորապես համոզված եմ, որ նրանք [ուսանողները] ոչինչ էլ չեն անում [հիվանդանոցային պրակտիկայի ընթացքում]» ***Դասախոսներ, ԽՔ 1, մասնակից 3***

Ըստ այլ դասախոսների և ուսանողների կարծիքի նշվել է.

«Ուսանողները մնում են դիտողի դերում, սենց կողքից էնքան որ մի բան փախցնեն աչքով, ի բան տեսնեն, բայց պրակտիկ բան չեն անում»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 1, Երևան***

Ուսանողների կարծիքն իրենց գործնական փորձառությունների մասին ևս նույնն էր:
«Գործնականի ժամանակ էլ գնում ենք հիվանդանոց, տեսել ենք շատ անգամներ, կեսարյան էլ ենք տեսել, բնական ճանապարհով ծնունդներ էլ ենք տեսել, ընդեղ բացատրում են, ասում են, հարցեր են տալիս, մենք էլ ենք փորձում պատասխանենք, իսկ չիմանալու դեպքում օգնում են որպես մանկաբարձ»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 5 մասնակից 4, մարզ***

Ըստ որոշ դասախոսների, պրակտիկ դասերը դիտորդի դերում անցնելու միակ պատճառը հանդիսանում են մասնավոր հիվանդանոցները, քանի որ շատ հաճախ ուսանողների գործնական պարապմունքները կազմակերպվում են մասնավոր հիվանդանոցներում:

«Հիմա հիվանդանոցները հիմնականում սեփական են, ոչ մի գլխավոր բժշկի ձեռք չի տալիս, և կամ տիրոջը հիվանդանոցի ձեռք չի տալիս, որ մեր ուսանողները անընդհատ ամեն տեղ խառնվեն, հիվանդները հիմնականում, ովքեր մուծում են, վճարովի են, իրենք թույլ չեն տալիս, որ իրանց հետ աշխատի անփորձ ուսանողը, դա իր հերթին, և ուսանողները մնում են դիտողի դերում, սենց կողքից էնքան որ մի բան փախցնեն աչքով, մի բան տեսնեն, և այլն»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 1 մասնակից 3, Երևան***

Հիվանդանոցի անձնակազմի վերաբերմունքը ևս նշվել է որպես ուսանողների կլինիկական գործընթացներում ներգրավվածության վրա ազդող գործոն:

«Ուսանողը կունենա լավ պրակտիկա թե չէ, կախված ա տվյալ հիվանդնաոցի անձնակազմի մոտեցումից, կան ծննդատներ, որտեղից մեր ուսանողները վերադառնում են շատ գոհ»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 1, Երևան***

Հիվանդերի անվստահությունը ուսանողների գործնական հմտությունների նկատմամբ նույնպես մեծ դեր է խաղում ուսանողների պրակտիկ ուսուցման մեջ: Բազմաթիվ հարցազրույցները տարբեր մասնակիցների հետ վերահաստատեցին այն փաստը, որ վստահության պակասը ուսանողի նկատմամբ խանգարում է գործնական գործընթացներում ուսանողների ներգրավված լինելուն:

«Հիմնականում էդ կախված ա հղիի ցանկությունից, ոչ մեկն էլ չի ուզենա, որ անփորձ ինչ-որ մեկը մասնակցի իրա ծննդաբերությանը»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 3 մասնակից 2, մարզ***

Այսպիսով, ստացվում է, որ ուսանողները հարստացնում են իրենց գործնական գիտելիքներն ու հմտությունները իրենց սեփական նախաձեռնողականության և կամքի հիման վրա:

«Ով որ ակտիվ ա, ինքը կարողանում ա քույրերի հետ շարժվել տեսնել հմտությունները, իսկ ով մի քիչ թույլ ա… [չի կարողանում]»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 1 մասնակից 8, Երևան***

Իրականացված հարցազրույցների արդյունքները ցույց տվեցին, որ գործնական նվազագույն հմտությունները, որոնք պահանջվում են մանկաբարձ ուսանողից «Մանկաբարձական գործ» ծրագրի շրջանակներում, բավականին հեռու են թե՛ միջազգային և թե՛ տեղական չափանիշներից: Մանկաբարձ ուսանողների գործնական հմտություններն առավել բնորոշ էին ընդհանուր պրոֆիլի բուժքրոջ գործնական հմտություններին:

«Անում ենք, սիստեմա ենք միացրել, ներարկումներ ենք կատարել: Երակ մտնելը գործնականում սովոր ենք, ու իրոք շատ գոհ ենք, մենք սովորեցինք երակ մտնել, ու շատ գոհ ենք դրանից, որ իրոք շատ լավ են սովորացնում»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 1 մասնակից 8, Երևան***

«Կար դնելա մտնում, ներարկումները, սիստեմա միացնելը: Գործիքի ախտահանում, լվացում, փոխանակման քարտ ընդունել... »: ***Դասախոսներ, ԽՔ 2 մասնակից 1, մարզ***

«Կոնքաչափումները, էտ զրանցումներ, սրտի բաբախի լսելը, ճնշման չափումը, արյուն վերցնելը, քաշը հասակը չափելը, էդ ամեն ինչն անում ենք»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 3 մասնակից 4, մարզ***

Հետազոտության մասնակիցներից ոչ ոք, այդ թվում նաև՝ մանկաբարձ ուսանողները, վստահ չեն, որ մանկաբարձական ծրագրի ուսանողները ծրագիրն ավարտելուց հետո

ի վիճակի են ինքնուրույն ընդունել ֆիզիոլոգիական (առանց բարդությունների) ծննդաբերություն:

«Միանգամից չենք կարող [ծննդաբերություն ընդունել], պետք է նախ ինքնավստահությունը ձեռք բերենք: Առաջնահերթ դա ա: Կողքից էլ մեզ պետք է մեկը, որ ուղղորդի, ու ասի որ ճիշտ ենք անում թե չէ»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 1 մասնակից 4, Երևան***

Միևնույն քոլեջի դասախոսներից մեկն էլ հաստատեց.

«Նրանք կարող են խնամք տրամադրել [ավարտելուց հետո], բայց ծնունդ ընդունելը բարդ բան ա»: ***Դասախոսներ, ԽՔ1 մասնակից 2, Երևան***

3.2.6. Ուսուցման մոտեցումները

3.2.6.1. Մեթոդաբանությունը

Ուսուցման մեթոդաբանության վերաբերյալ տվյալները ընդհանուր են դիտարկված հինգ բժշկական քոլեջների համար: Մանկաբարձական ծրագրի դասախոսները նշել են, որ քոլեջի ուսումնամեթոդական բաժինն է մշակում ուսուցման մեթոդաբանությունը: Ի հավելումն, ՀՀ ԿԳՆ-ն կազմակերպել է վերապատրաստումներ ուսումնական մեթոդաբանության վերաբերյալ՝ դասախոսներին տրամադրելով ձեռնարկներ և ուսումնական նյութեր: Այնուամենայնիվ, դասախոսներն ազատ են ուսումնական մեթոդների ընտրության և փոփոխության հարցում՝ հիմնվելով սեփական փորձի վրա:

«Հիմնական աղբյուրները դասագրքերն են, համակարգչից ենք հիմա շատ օգտվում և մեթոդական ձեռնարկներից, ՄԿՈՒՋԱԿն էլ է տալիս մեթոդական տարբեր առարկաների հետ կապված ձեռնարկներ, և ծրագիրը, չափորոշիչը և այլն, ինչ կա մեր ձեռքի տակ»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 5, մարզ***

Հետազոտության մասնակիցների մեծամասնությունը ընդգծել է, որ ուսուցման համար հիմնականում օգտագործվում են այնպիսի ինտերակտիվ մեթոդներ, ինչպիսիք են դերախաղերը, ինտերակտիվ հարց ու պատասխանը, իրավիճակային խնդիրները, խմբային և անհատական աշխատանքները:

«Ուսուցումը ինտերակտիվ ա, ներառում ա պացիենտի հետազոտությունները, վիդեոներ նայելը, իրավիճակային խնդիրների լուծումը, բաց դասեր… տարբեր»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 1, մասնակից 8, Երևան***

Ուսանողներից և դասախոսներից հավաքված տվյալները ցույց են տվել, որ նրանք համակարծիք են ուսուցման մեթոդաբանության հարցի շուրջ: Ե՛վ դասախոսները, և՛ ուսանողները շեշտել են ինտերակտիվ ուսուցման արդյունավետությունը: Ինտերակտիվ ուսուցման մաս հանդիսացող անհատական աշխատանքները՝ ուսումնական տարբեր թեմաների շուրջ, ներկայացվում էին ռեֆերատների տեսքով: Դասախոսները նշել են, որ խմբային աշխատանքները բավականին արդյունավետ են և նպաստում են ուսանողների համագործակցությանն ու միմյանց օգնելուն:

«…միայն տեսնեք, թե ինչ ջանասիրությամբ են մեկը մյուսին սովորեցնում և թույլ ուսանողին բացատրում, օգնում»: ***Դասախոս, ԱՀ 3, մարզ***

Մայրաքաղաքային բժշկական քոլեջների դասախոսները խոսել են նաև իրենց դասերի ընթացքում կիրառվող ուսումնամեթոդական տարբեր մոտեցումների մասին, օրինակ՝ ձնագնդի մեթոդ, պրիզմայի մեթոդ, մտագրոհ և այլն:

«Դասախոսներին էլ ատեստավորում ենք «ձնագնդի», «brainstorming», «պրիզմա» և այլն, նոր մեթոդների հետ կապված, ովքեր հետո կիրառում են իրենց դասերի ընթացքում» (բոլոր այդ մեթոդները ունեին, ցույց տվեց): ***Դասախոսներ, ԽՔ 4, մասնակից 3, Երևան***

Թեև ուսանողները հիմնականում գոհ էին ուսուցման մեթոդներից, սակայն որոշ ուսանողներ ցանկություն են հայտնել ունենալու էլեկտրոնային գրատախտակներ և սլայդներով դասախոսություններ:

«Օրինակ՝ սլայդներով դասերը լինի, էլեկտրական գրատախտակներ լինեն, տպավորիչ լինի ամեն ինչ, վիդեոներ նայենք դասի ժամանակ»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 1, մասնակից 8, Երևան***

3.2.6.2. Ուսումնական նյութեր

Մանկաբարձական կրթության համար նախատեսված հիմնական ուսումնական նյութերը վերցված էին մանկաբարձական ուղեցույցներից, ձեռնարկներից, գրքերից և ինտերնետային աղբյուրներից: Այնուամենայնիվ, ոչ բոլոր քոլեջներն ունեին կրթության համար անհրաժեշտ գրականություն, իսկ ունեցած գրքերը որակվել են որպես հին և թարմացնելու կարիք ունեցող:

«Մենք գինեկոլոգիայի գիրք չունենք, ինչ էլ որ ունենք, էս գրքից, էն գրքից, ինտերնետից, մեր ուսանող ժամանակվա նյութերից վերցված նյութեր են»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 5, մասնակից 1, մարզ***

«Մենք կարիք ունենք ուսումնական նյութերի»: ***Դասախոս, ԱՀ 3, մարզ***

Հարցազրույցների ընթացքում պարզ է դարձել, որ մասնակիցներից շատերը՝ դասախոսները և ծրագրի ղեկավարները, պատկերացում չունեին ուսումնական նյութերի մշակման համար օգտագործված գրականության աղբյուրների հուսալիության և ապացուցողական բժշկության վրա հիմնված լինելու վերաբերյալ: Ծրագրի ղեկավարներից միայն մեկն է նշել, որ նյութերի մշակումը դասախոսի

պարտականությունն է, և նյութերի հուսալիությունն ու ապացուցողական բժշկության վրա հիմնված լինելը չի կարող որոշակի կերպով վերահսկվել։

«Մենք չենք կարող վերահսկել, թե որքան ապացուցողական են նյութերը։ Դասախոսները սովորաբար դասավանդում են իրենց փորձի վրա հիմնվելով, սովորեցնում են այն, ինչ գիտեն»։ ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 2, մարզ***

3.2.7. Ծրագրի ֆինանսական և շոշափելի կարողությունները

3.2.7.1. Բյուջեն և աջակիցները

Բժշկական քոլեջների բյուջեն ձևավորվում է պետության կողմից տրամադրված գումարներից և ուսանողների ուսման վարձավճարներից։ Քոլեջների տնօրենները համակարծիք էին այն հարցի շուրջ, որ ծրագրի բյուջեն բավական չէ անհրաժեշտ ծախսերի, այդ թվում՝ աշխատավարձեր վճարելու և նյութատեխնիկական ապահովում իրականացնելու համար։ Մանկաբարձական ծրագրի բյուջեն հատկապես սահմանափակ էր մարզային քոլեջներում, որտեղ ուսանողների թիվը գնալով նվազում է։

«Առանձին բյուջե չունենք, մեր բյուջեն ձևավորվում է պետպատվերներից և վճարովի սովորող ուսանողների վճարներից, որը իհարկե բավարար չէ և՛ աշխատավարձեր տալու, և՛ նյութատեխնիկական բազան նորացնելու…»։ ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 2, մարզ***

Որոշ բժշկական քոլեջներում նշել են, որ դասախոսական կազմն է տրամադրում որոշակի գումար անհրաժեշտ նյութեր ձեռք բերելու համար։ Օրինակ՝ մարզային քոլեջներից մեկում դասախոսական կազմի անդամներից մեկը գումար էր տրամադրում ինքնաշեն մոդելներ ստեղծելու համար նյութեր գնելու նպատակով, իսկ դասախոսներից ոմանք էլ իրենց սեփական գրպանից գումարներ էին ծախսում նկարներ տպելու, ուսումնական նյութեր պատրաստելու համար։

«Երբ նոր էի սկսել աշխատել, ես էի գնում նկարելու թղթեր, վատմաններ, նկարներ էի հանում, ամբողջ աշխատավարձս ծախսում էի այս ամենի վրա… Բայց դու չպետք է ծախսես քո սեփական ռեսուրսները ինչ-որ բան պատրաստելու համար»:
Դասախոսներ, ԽՔ 5, մասնակից 1, մարզ

Քոլեջների մեծամասնությունը չունի մշտական աջակիցներ: Այնուամենայնիվ, քոլեջներից մի քանիսի տնօրենները նշեցին նախկինում որոշ կազմակերպությունների հետ համագործակցության մասին: Դրանց շարքում էին ՀՀ առողջապահության նախարարությունը, Կրթության և գիտության նախարարությունը, ՄԿՈՒԶԱԿԸ, World Vision-ը, NOVA-ն և USAID-ն:

«Նախկինում դա USAID էր որ օգնել է, բայց այս վերջին տարիներին չկա էլ: 2013 թվականից ԿԳՆ-ի ենթակայության տակ ենք, բայց այստեղ էլ ոչ մի օգնություն չկա: Դե միայն թղթաբանություն է»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 4, Yerevan***

«USAID-ն տրամադրեց որոշ մուլյաժներ, սարքեր ընտանեկան բուժքույրերի վերապատրաստման շրջանակում»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 4, Yerevan***

Հետազոտությանը մասնակցած քոլեջների բոլոր տնօրենները կարևորել են աջակիցներ ունենալու և համագործակցելու անհրաժեշտությունը, սակայն նրանցից ոչ ոք հստակ կերպով չի նշել՝ ինչպես է պատկերացնում այդ համագործակցությունը և աջակցությունը:

3.2.8 Ռեսուրսներ

Կատարված հետազոտության արդյունքները՝ հարցազրույցների և դիտարկումների միջոցով, արտացոլում են անհրաժեշտ ռեսուրսների հասանելիությունը մարզերում և մայրաքաղաքում: Հավաքված տվյալներից պարզ է դարձել, որ մայրաքաղաքային և մարզային բժշկական քոլեջների ռեսուրսները բավականին տարբեր են: Ընդհանուր առմամբ, մարզային բժշկական քոլեջներն ունեն

նյութատեխնիկական ապահովման լուրջ խնդիր, ինչն այդքան էլ ակնառու և հրատապ չէ մայրաքաղաքային քոլեջների համար:

«…Շենքային պայմանները ինձ թվումա դուք էլ տեսաք, որ էդքան էլ բարեհաջող չեն, դե ինձ թվում ա, էս շենքի ամենալավ կաբինետներից մեկը մեր կաբինետն ա, դե տենց շատ սարքավորումներ, մուլյաժներ մենք չունենք, հիմնականում շատ քիչ են իրանք»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 5, մասնակից 2, մարզ***

«Հենց պայմաններում էլ նստած ուղեղդ չի կենտրոնանում, ավելի շատ ուզում ես տաքանաս, քան դասիդ կենտրոնանաս»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 5, մասնակից 1, մարզ***

«Մեր միակ ունեցածը՝ էս հնամաշ կոնքն ու տիկնիկն ա ու մեկ էլ ինչ-որ նյութեր, վիդեոներ թեմաներին վերաբերող՝ վերցված ինտերնետից: Ես կարծում եմ, որ սա բավարար չէ սովորեցնելու համար»: ***Դասախոս, ԱՀ 3, մարզ***

Ռեսուրսների պակասը սահմանափակում է ուսանողների՝ սիմուլյացիաներ կատարելու հնարավորությունները: Ուսումնասիրված մոդելներից շատերը ձեռքով էին պատրաստված՝ ուսանողների և դասախոսների կողմից:

«Մենք չունենք սիմուլյացիոն կենտրոն կամ սենյակ. ունենք մի քանի մոդելներ, մի երկու տիկնիկ, կոնք և որոշ վիրաբուժական գործիքներ»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 2, մարզ***

«Դուք երևի արդեն նկատեցիք սենյակի հագեցվածությունը, հիմնականում ձեռագործ պաստառներ են, հին մոդելներ էստեղից էնտեղից բերված»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 5, մասնակից 1, մարզ***

«Ամեն տարի մեր խմբային աշխատանքների ժամանակ մենք ամեն ինչ էլ սարքում ենք [պաստառներ, մոդելներ]: Իհարկե շատ ավելի լավ կլիներ, որ ստանայինք էդ

ամեն ինչն արդեն պատրաստի, դա շատ կհեշտացներ մեր գործը ու դասի որակն ավելի կբարձրացներ»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 5, մասնակից 1, մարզ***

«Մենք ուսանողներ ունենք, որ շատ պատրաստակամ են մոդելներ սարքելու հարցում: Նրանք [ուսանողները] օգնում են վերանորոգել մուլյաժները, պլակատները, նկարում են նկարներ…»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 1, մասնակից 1, Երևան***

Բժշկական մարզային քոլեջներից մեկը զուրկ էր ուսուցման համար խիստ անհրաժեշտ ռեսուրսներից, և ուսանողներն իրենց դասերն անց էին կացնում հիմնականում ծննդատանը:

«Մենք ապագա մայրերի կենտրոն ունենք, էստեղ մենք ունենք մի քանի մուլյաժ, պլակատներ, CD-ներ, վիդեոներ, որոնցով մենք կրթում ենք ապագա մայրերին, մեր ուսանողներն էլ մեզ հետ գալիս են այստեղ և այստեղ են անցկացնում իրենց դասերը»: ***Դասախոսներ, ԱՀ 2, մասնակից 1, մարզ***

Մայրաքաղաքային երկու քոլեջների պայմաններն անհամեմատ լավ էին և՛ շենքային, և՛ նյութատեխնիկական հագեցվածության առումով: Հարցազրույցների ընթացքում մասնակիցներն իրենց քոլեջի ռեսուրսները գնահատել են բավարար: Մայրաքաղաքային քոլեջներից մեկն ամենահագեցվածն էր բոլոր ուսումնասիրված քոլեջներից: Այս քոլեջի ռեսուրսները բավականին մոտ էին ՄՄԿ-ի կողմից հաստատված/ պահանջված չափանիշներին: Հարցազրույցների ընթացքում և՛ դասախոսները, և՛ ուսանողներն ընդհանուր առմամբ գոհ էին ծրագրային ռեսուրսներից, այդ թվում՝ սարքավորումների և անատոմիական մոդելների հասանելիությունից:

«Մեր գրադարանի գրքերը… շենքային պայմանները, մուլյաժները, ամեն ինչն էլ լավ է»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 4, մասնակից 7, Երևան***

«Դե, չենք կարող ասել, որ էնպիսի բանի կարիք ունենք, որ խիստ անհրաժեշտ է ու չկա և դրա բացակայությունը խանգարում է դասապրոցեսին»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 1, մասնակից 1, Երևան***

«Մենք ամեն ինչ էլ ունենք, խնդրել ենք տարբեր տեղերից, տարբեր ծրագրերի միջոցով համագործակցելով… ԱՄՆ-ից ունենք որոշ բաներ, մուլյաժներից, սարքերից որոշները մենք ենք ձեռք բերել: Մենք ունենք ընտանիքի պլանավորման պոստերներ, ինտերնետն ենք օգտագործում հաճախ»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 4, մարզ***

Ստորև մանրամասն կերպով ներկայացված են սարքավորումների, անատոմիական մոդելների, սիմուլյատորների և գործիքների դիտարկման արդյունքներն՝ ըստ հետազոտությանը մասնակցած բժշկական քոլեջների: Աղյուսակ 2-ում ներկայացված է անատոմիական մոդելների քանակական նկարագրությունը: Zoe-ն կամ Mama Natalie-ն կարևոր անատոմիական մոդելների հավաքածու է, որը կազմված է մի քանի բաղկացուցիչ մասից՝ ոչ հղի մոդել, հղի սիմուլյատոր և կոնքային մոդելներ: Այս բաղկացուցիչ մասերից առնվազն մեկն առկա էր դիտարկված չորս բժշկական քոլեջներում (Աղյուսակ 2): Անատոմիական մոդելների այս հավաքածուն ընդհանրապես բացակայում էր միայն մեկ մարզային քոլեջում (Աղյուսակ 2): Հավաքածուի հղի սիմուլյատոր մոդելն առկա էր դիտարկված միայն մեկ մայրաքաղաքային բժշկական քոլեջում: Անատոմիական որոշ մոդելներ, ինչպիսիք են պահպանակի, ներարգանդային պարույրի (ՆԱՊ), հղի որովայնի, կրծքով կերակրման, պտղի գանգի մոդելները, հասանելի էին մայրաքաղաքային երկու բժշկական քոլեջներում: Մինչդեռ գրեթե բոլոր մարզային քոլեջներում նշված մոդելների գերակշիռ մասը բացակայում էր (Աղյուսակ 2): Դիտարկված հինգ բժշկական քոլեջներից միայն մեկ մայրաքաղաքային քոլեջ ուներ ծննդաբերության սիմուլյատոր: Որոշ մոդելներ, ինչպիսիք են ներարկումների համար նախատեսված

մոդելները, ոսկրային կոնքի մոդելը, առկա էին դիտարկած բոլոր բժշկական քոլեջներում:

Որոշ բժշկական քոլեջներում դիտարկված ոսկրային կոնքի մոդելները բավականին հին էին և դժվար օգտագործելի (Աղյուսակ 2): Պտղի մոդելը և արգանդ-ընկերք մոդելները հիմնականում առկա էին ուսումնասիրված քոլեջներում. բացակայում էին միայն մեկ մարզային քոլեջի նյութատեխնիկական բազայից: Հինգ բժշկական քոլեջներից չորսը չունեին արգանդի պարանոցի լայնացման մոդել, ինչպես նաև՝ շեքի կտրվածքի և կար դնելու ուսումնական սիմուլյատոր: Բոլոր հինգ բժշկական քոլեջների նյութատեխնիկական բազայից բացակայում էին արգանդի պարանոցի լայնացումը գնահատող փոքր գնդակը և գուլպա մոդելը:

Որակական հարցազրույցներից պարզ է դարձել, որ ուսումնական հաստատություններում առկա, համեմատաբար լավ վիճակում գտնվող մոդելների, գործիքների ու սարքավորումների քանակը բավարար չէ ուսանողների համար: Այս բոլոր մոդելները, սարքավորումներն ու գործիքները մեծ կիրառություն և կարևորություն ունեն գործնական դասերի ընթացքում մասնագիտական հմտություններ ձեռք բերելու համար: Մասնակիցները դիտարկված որոշ գործիքների, սարքերի և մոդելների վիճակը գնահատել են անբավարար:

«Մենք ունենք անհրաժեշտ անատոմիական մոդելները, կոնքային մոդելը և այլ անհրաժեշտ մուլյաժներ… սակայն յուրաքանչյուր մոդելից մենք ունենք ընդամենը մեկ օրինակ: Եթե մի քանի խմբեր միաժամանակ անցնում են նույն թեման, դասախոսներն իրար են փոխանցում այդ մոդելները դասի ընթացքում»:
Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 1, Երևան

«Մենք ունենք որոշ գործիքներ, բայց չենք կարող օգտագործել դրանք. մեզ թույլատրված չի [գործիքների օգտագործումը], որոշ մուլյաժներ էլ կան, բայց մեզ թույլ չեն տալիս աշխատել մուլյաժներով»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 2, մասնակից 2, մարզ***

«Այ էնտեղ կապույտ կարմիր կարված կտորները տեսնո՞ւմ եք: Մենք էնտեղ ինքնաշեն ընկերքներ ենք պատրաստել, ընկերքի դեֆեկտ ենք պատրաստել, ես ինքս՝ կոնկրետ ես եմ կարել, որ ուսանողը պատկերացնի, որ ընկերքը դեֆեկտով է, որ ուսանողին ցույց տամ, օրինակ, որ սա մայրական մասն է, որը կպչում է արգանդին, իսկ սա պտղային մակերեսն է և էստեղ սկոճ եմ կպցրել, որ իրանք հասկանան, որ փայլուն ու հարթ է էս կողմը, իսկ մյուս կողմն արդեն բլթավոր է, էստեղ նկարել եմ դեֆեկտ: Ցույց ենք տալիս, մաքրում ենք, եթե տեսնում ենք էստեղ դեֆեկտ է, այսինքն փոսություն է, ուրեմն ընկերքի կտոր է մնացել արգանդում: Պետք է ձեռքային ստուգում անենք ու էդ ընկերքի կտորը հեռացնենք: Ես եմ սարքում [ծիծաղում է] արդեն կարուձն էլ ենք սովորել»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 5, մասնակից 1, մարզ***

Սարքավորումների և գործիքների հասանելիության վերաբերյալ դիտարկումը ցույց է տվել, որ մարզային և մայրաքաղաքային բժշկական քոլեջների միջև մեծ տարբերություններ չկան (Աղյուսակ 3): Ընդհանուր առմամբ, դիտարկումները ցույց են տվել, որ սարքավորումների մեծամասնությունը կա՛մ առկա է բժշկական բոլոր քոլեջներում, կա՛մ ընդհանրապես բացակայում է բոլոր քոլեջներից:

Դիտարկման ստուգաթերթում ընդգրկվել են նաև մանկաբարձական կրթական ծրագրում կարևոր նշանակություն ունեցող թեմաներ (Աղյուսակ 4): ՄՄԿ-ի կողմից պահանջված թեմաների ուսումնասիրությունը կատարվել է բժշկական քոլեջների գրադարաններում: Դիտարկման արդյունքները ցույց են տվել, որ ուսումնասիրվող թեմաների մեծ մասն առկա է քոլեջների գրադարանային բազաներում և ուսումնական ծրագրում, ինտերնետային աղբյուրներում: Որոշ բժշկական քոլեջների ուսումնական ծրագրերից բացակայում էին ՄՄԿ-ի կողմից պահանջված թեմաներից մի քանիսը (Աղյուսակ 4): Սակայն հետազոտող թիմը դիտարկման արդյունքում պարզել է, որ գրքերի մեծ մասը բավականին հին է և հրատարակված է մինչև 2007 թվականը: ՄՄԿ-ի կողմից պահանջված թեմաների գերակշիռ մասը ներկայացված է

տարբեր գրքերում՝ որպես փոքր բաժիններ կամ ենթաբաժիններ, սակայն՝ ոչ առանձին գրքեր:

Որակական հարցազրույցները ևս ցույց են տվել, որ մանկաբարձական ծրագրում օգտագործվող գրականությունը վերանայման և թարմացման կարիք ունի: Այս խնդիրը հատկապես շատ է ընդգծվել մարզային ուսումնական հաստատություններում: Գրեթե բոլոր քոլեջների ուսանողները նշել են թարմացված և վերանայված գրականություն ունենալու դերն ու անհրաժեշտությունը: Ուսանողները պնդել են, որ գրականությունը, որով նրանք ուսանում են, չի համապատասխանում ժամանակակից բժշկական գիտությանը: Ուսումնասիրված քոլեջներից մեկում մասնակիցները ուսումնական նյութերի որակի բարձրացման նպատակով կարևորել են էլեկտրոնային գրադարան ունենալու անհրաժեշտությունը:

«Գրքերը շատ հին են, կան շատ նորություններ, որ մեր գրքերից բացակայում են, չեն համապատասխանում մեր գրքերին, կամ ուսումնական նյութերին, օրինակ՝ դեղերի անունները ...»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 2, մասնակից 1, մարզ***

«Գրքերի քանակը բավարար չէ, մեկ-մեկ բժիշկներն էլ են բողոքում գրքերի բովանդակությունից...»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 3, մասնակից 1, մարզ***

«Գրքերը կարիք ունեն թարմացման, դրանք իսկապես հին են, շատ բան է փոխվում պրակտիկայում, մեթոդներն են փոխվում… »: ***Դասախոս, ԱՀ 3, մարզ***

«Դե, մենք գրքեր ունենք գրադարանում, բայց շատ հին են, մենք գրքերի կարիք ունենք»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 5, մասնակից 2, մարզ***

«Այս գիրքը թարմացման կարիք ունի [նկատի ունի սեղանին դրված գիրքը], այն շատ հին է. ժամանակակից, նոր մոտեցումներն այստեղ ներկայացված չեն»: ***Դասախոս, ԱՀ 3, մարզ***

Խմբային քննարկումներին մասնակցած դասախոսները նշում էին, որ գրականությունը, որն օգտագործվում է կրթական ծրագրում, նախատեսված չէ հենց մանկաբարձական ծրագրի համար, և դա էլ իր հերթին խնդիրներ է ստեղծում և՛ ուսանողների, և՛ դասախոսների համար:

«Մեր գրքերը նախատեսված են բժիշկների համար: Երբ նյութը տալիս եմ ուսանողներին այս գրքից, ես բանավոր կերպով նշում եմ, թե ինչին պետք է ուշադրություն դարձնել, հենց մանկաբարձության պրակտիկային վերաբերող մասը… Եթե մենք ունենայինք գրականություն՝ նախատեսված հատուկ մանկաբարձուհիների համար, այսինքն՝ միջին մասնագիտական, մեր գործն ավելի հեշտ կդառնար»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 5, մասնակից 3, մարզ***

«Հիմա սովորեցնելու ընթացքում տեսնում ենք այն, ինչն այլևս ակտուալ, ճշգրիտ չէ, ուղղում ենք»: ***Դասախոս, ԱՀ 3, մարզ***

«Եթե նայեք մեր գրքերը, կտեսնեք, որ մենք 50% բժիշկ ենք պատրաստում, 50% մանկաբարձուհի, բայց պետք է, որ մենք հենց մանկաբարձ կրթենք, այնպես, որ երբ նրանք մտնեն հիվանդանոց, իմանան՝ ինչ պետք է անեն, ինչին դիպչեն, որ չմտածեն անեն, թե ոչ, դա իրենց աշխատանքն է, թե ոչ: Նրանց համար դժվար է լինում տարբերակելը»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 5, մասնակից 1, մարզ***

«Մենք ընդհանուր սովորեցնում ենք, մեկ էլ մեկը գալիս է մեր բաց դասին և ասում, որ չէ, սա մանկաբարձուհու գարծառույթը չէ: Այսինքն՝ չկա հստակ պատկերացում, բաժանում, թե որն է մանկաբարձուհու պարտականությունը և որը՝ բժշկինը: Գրքերում նյութն ընդհանուր է ներկայացված, ոչ թե հենց մանկաբարձուհու համար, օրինակ՝ պտղի սրտի բաբախի լսում, բայց ո՞ւմ պարտականությունն է սա»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 5, մասնակից 1, մարզ***

«Ինչ վերաբերում է գրքերին, մեզ համար հիմնական խնդիրը մանկաբարձուհու և բժշկի պրակտիկ և տեսական գիտելիքի տարանջատումն է»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 5, մասնակից 2, մարզ***

«Հիմնականում մենք օգտագործում ենք բժշկական համալսարանի գրականությունը: Դե լավ կլիներ, որ նյութը լիներ ավելի կարճ, ավելի հարմարեցված հենց մանկաբարձի համար: Հիմա նյութը շատ ծանր է, ընդգրկում է նաև բժշկի գործի մի մասը»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 5, մասնակից 4, մարզ***

3.2.9 Մանկաբարձական կրթություն ստանալու ցանկությունը և մասնագիտության հնարավորությունները

Հավաքված տվյալները ցույց են տվել, որ մանկաբարձական ծրագրի դիմորդների թիվը տարեցտարի գնալով կրճատվում է, և այս միտումն առկա է բոլոր քոլեջներում: Այն առավել ակնհայտ է մարզային բժշկական քոլեջներում: Դիմորդների թվի կտրուկ նվազման միակ պատճառը, որը նշվել է հետազոտության մասնակիցների կողմից, դպրոցական ծրագրի փոփոխությունն է, ըստ որի՝ աշակերտները դպրոցում սովորում են երկու տարի ավելի, քան նախկինում:

«Այս տարի մենք ունենք 6 շրջանավարտ, անցյալ տարի 7-ն էին: Վերջին տարիներին հիմնականում պատկերը նույնն է: Գուցե դա կապված է 12-ամյա կրթության հետ [նկատի ունի 11-ամյա կրթությունից 12-ամյա կրթության անցումը, ավագ դպրոցների ներդրումը]»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 5, մարզ***

Հարցազրույցների տվյալների հիման վրա հետազոտող թիմը պարզել է, որ դիմորդների թվի նվազումը վերաբերում է ոչ միայն նախորդ մեկ, այլ մի քանի տարիներին:

«Երկու տարի առաջ շրջանավարտների թիվը 100 էր, բայց անցյալ տարի ունեցել ենք 60 շրջանավարտ»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 1, Երևան***

«Անցյալ տարի ունեցել ենք 13 շրջանավարտ, իսկ նախորդ տարիներին ունենում էինք մինչև 30 շրջանավարտ: Այս տարի ունենք 10 շրջանավարտ»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 2, մարզ***

Հարցազրույցները պարզել են, որ ուսանողներից շատերը լի են էնտուզիազմով և մեծ ցանկությամբ իրենց մասնագիտությամբ աշխատելու ուսումն ավարտելուց հետո, սակայն նրանց մասնագիտական աճի հիմնական խոչընդոտը սահմանափակ աշխատատեղերի հարցն է:

«Ինչքան էլ մեծ է ցանկությունը, աշխատանք գտնելը դժվար է: Մենք վստահ չենք՝ կկարողանանք աշխատել մեր մասնագիտությամբ, թե ոչ»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 3, մասնակից 1, մարզ***

«Ես կարծում եմ, որ աշխատատեղերի խնդիր կա: Դու կարող ես ավարտել, ունենալ լավ հմտություններ, կարող ես նույնիսկ ցույց տալ քո պրակտիկ հմտությունները, բայց հնարավորություն չունենաս աշխատելու»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 1, մասնակից 3, Երևան***

«…մեր շրջանավարտների մոտ 20-30% -ը աշխատում է ավարտելուց հետո»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 3, մարզ***

Մի քանի բժշկական քոլեջներում նշել են, որ իրենց ուսանողներն ավարտելուց անմիջապես հետո աշխատանքի են անցնում կից հիվանդանոցներում:

«Հրազդանի ծննդատան մանկաբարձուհիները բոլորը հիմնականում մեր շրջանավարտներն են»: ***Ադմինիստրատիվ ներկայացուցիչ, ԱՀ 2, մարզ***

«90%-ը աշխատանք է գտնում, պահանջարկը մեծ է»: ***Դասախոսներ, ԽՔ 4, մասնակից 1, Երևան***

Հարցազրույցները պարզել են, որ ուսանողները ցանկություն ունեն շարունակելու իրենց մասնագիտական կրթությունը բարձրագույն ուսումնական հաստատություններում ծրագիրն ավարտելուց հետո: Բնականաբար, այս որոշումը կփոխի նրանց մասնագիտական ուղղվածությունը, քանի որ Հայաստանում չկան մանկաբարձական ծրագիր ունեցող բուհեր:

«Կան ուսանողներ, ովքեր չեն ցանկանում աշխատել, այլ ցանկանում են շարունակել իրենց կրթությունը ավարտելուց անմիջապես հետո»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 1, մասնակից 7, Երևան***

«Հնարավորություն ունենայինք խորացնելու մասնագիտական գիտելիքները, հնարավորություն ունենայինք շարունակելու սովորելը ավարտելուց հետո»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 3, մասնակից 1, մարզ***

«Կուզենայինք Հերացիի [Երևանի պետական բժշկական համալսարանի] հետ ունենայինք պայմանագիր, որպեսզի կարողանայինք շարունակել մեր կրթությունն էնտեղ»: ***Ուսանողներ, ԽՔ 1, մասնակից 8, Երևան***

4. ԱՄՓՈՓՈՒՄ

4.1 Արդյունքների ամփոփագիր

Ուսումնական ծրագիրը

- Թեև բժշկական քոլեջների մեծ մասում մանկաբարձական կրթական ծրագիրը հիմնված է պետական կրթական չափորոշիչի վրա, այնուամենայնիվ, քոլեջների միջև առկա են որոշակի տարբերություններ պետական կրթական չափորոշիչին պարտադիր կերպով հետևելու պահանջն իրականացնելու հարցում: Որոշ բժշկական քոլեջներում ստանդարտացված մոդուլային ուսուցումն ամբողջապես և լիարժեքորեն չի իրականացվում:
- Տարբեր քոլեջներում կրթական ծրագիրը պարբերաբար չվերանայելու հիմնական պատճառը, ըստ որոշ ծրագրերի ղեկավարների, համեմատական և թարմացված չափանիշների բացակայությունն է, ինչպես նաև՝ համապատասխան մասնագետների ներգրավման համար ոչ բավարար ֆինանսական հնարավորությունները:
- Ուսուցման հիմնական մեթոդը մանկաբարձական կրթական ծրագրերում ինտերակտիվ ուսուցումն է, ներառյալ՝ խմբային աշխատանքները, հիվանդների դեպքերի քննարկումները, գլուխկոտրուկներն ու ինտերակտիվ հարց ու պատասխանը:
- Որոշ քոլեջներում մանկաբարձական կրթական ծրագիրը որակվել է որպես «գերծանրաբեռնված», «խիտ», քանի որ այն ներառում է մանկաբարձների համար ոչ անհրաժեշտ թեմաներ և ծանրաբեռնում կրթական ծրագիրը: Փաստաթղթերի ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ պետական կրթական չափորոշիչում առկա ուսուցման նպատակներն առավելապես շեշտադրում են տեսական գիտելիքները և ոչ թե՝ գործնական հմտությունները:

- ՄՄԿ-ի կողմից պահանջված կոմպետենցիաներին համապատասխան տեսական և գործնական ուսումնական արդյունքների հիմնական մասն առկա է կրթական չափորոշիչի տարբեր մոդուլներում:
- Ի տարբերություն ՄՄԿ-ի չափանիշների, տարբեր կոմպետենցիաների որոշ տարրեր բավականաչափ հստակեցված չեն և ներկայացված են շատ ընդհանրական կերպով:
- ՄՄԿ-ի չափանիշներով պարտադիր սահմանված որոշ թեմաներ բացակայում էին պետական կրթական չափորոշիչում: Դրանց թվին են պատկանում էպիդեմիոլոգիան, հետազոտությունների վիճակագրական մեթոդները, մշակութային, տեղային և էթիկական պատկերացումները, տեղական առողջապահական համակարգի կառուցվածքը և կառավարումը:
- Պետական կրթական չափորոշիչում հստակեցված չեն կամ թերի են ներկայացված կանանց իրավունքերի և նրանց առողջության, ընտանեկան բռնության, սեռական բռնության զոհերի, որբացած ընտանիքների, ՄԻԱՎ դրական մայրերի և նրանց երեխաների հետ հաղորդակցման և տրամադրվող աջակցության մասին տեղեկությունները:

Ռեսուրսներ

- Մանկաբարձական կրթության համար անհրաժեշտ ռեսուրսները՝ շենքային պայմանները, գրադարանային ռեսուրսը, սարքավորումները, անատոմիական մոդելները, գնահատվել են անբավար մարզային բժշկական քոլեջներնում: Ուսումնասիրված քոլեջների մեծ մասում մանկաբարձական կրթության դասագրքերը նախատեսված չեն մանկաբարձուհիների համար:

Գործնական դասեր

- Մանկաբարձական ծրագրի ուսանողները գործնական դասերի ընթացքում բախվում են կլինիկական պրոցեդուրաներում քիչ ներգրավված լինելու խնդրի

հետ: Մանկաբարձ ուսանողների՝ գործնական դասերին թերի ընդգրկվածության պատճառների թվում են բժիշկ ուսանողներին նախընտրություն տալը, մասնավոր հիվանդանոցների և հենց հիվանդների անվստահությունը անփորձ մանկաբարձուհիների նկատմամբ:

- Գործնական նվազագույն հմտությունները, որոնք պահանջվում են մանկաբարձ ուսանողից «Մանկաբարձական գործ» ծրագրի շրջանակներում, բավականին հեռու են թե՛ միջազգային և թե՛ տեղական չափանիշներից: Հետազոտության մասնակիցներից ոչ ոք, այդ թվում նաև՝ մանկաբարձ ուսանողները, վստահ չեն, որ մանկաբարձական ծրագրի ուսանողները ծրագիրն ավարտելուց հետո ի վիճակի են ինքնուրույն ընդունել ֆիզիոլոգիական (առանց բարդությունների) ծննդաբերություն:

Կանոնակարգեր

- Բժշկական որոշ քոլեջներում բացակայում են ծրագրային կանոնակարգերը ուսանողների իրավունքների և պարտականությունների, բողոքները և դիմումները ներկայացնելու կարգի վերաբերյալ:
- Ուսումնասիրված ոչ մի քոլեջում ուսանողները մասնակից չեն լինում ուսումնական ծրագրի վերանայմանը:
- Մանկաբարձական ծրագրին հատկացվող բյուջեն բավական չէ անհրաժեշտ ծախսերը փակելու համար: Դիմորդների ցածր դիմելիությունը, հատկապես՝ մարզերում, էլ ավելի է բարդացնում մարզային քոլեջների ֆինանսական վիճակը:
- Թեև հետազոտությանը մասնակցած քոլեջների բոլոր տնօրեններն ընդգծել են աջակիցներ ունենալու կարևորությունը, սակայն նրանցից ոչ ոք չի ներկայացրել աջակիցների հետ համագործակցության իր տեսլականը:

- Չնայած ուսանողներն էնտուզիազմով են վերաբերում իրենց մասնագիտությանը և ավարտելուց հետո աշխատանքի անցնելու մեծ ցանկություն ունեն, սակայն աշխատատեղերի սահմանափակ լինելը խոչընդոտում է նրանց մասնագիտական աճը:

Դասախոսական կազմը

- «Մանկաբարձություն» առարկան դասավանդվում է մանկաբարձ-գինեկոլոգների կողմից: Մանկաբարձուհիների և բուժքույրերի ընդգրկվածությունը դասախոսական կազմում սահմանափակվում է միայն գործնական դասավանդման շրջանակում, քանի որ տեսությունը դասավանդվում է միայն բժիշկ դասախոսների կողմից:
- Հետազոտության մասնակից դասախոսները հաճախ են նշել մոդուլային ծրագրով դասավանդման համար անհրաժեշտ վերապատրաստումների մասին, սակայն նրանց կողմից ավելի կարևորվել են մասնագիտական վերապատրաստումները:
- Հետազոտությանը մասնակցած ուսանողները ընդգծել են տեսաձայնագրություններ դիտելու, սլայդներով դասախոսություններ լսելու, համակարգչային ռեսուրսներից օգտվելու կարևորությունը, ինչի շնորհիվ ուսուցման պրոցեսն առավել տպավորիչ է դառնում:

5. ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՀԱՀ Թրփանճեան հանրային առողջապահության ֆակուլտետի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնը (ԱԾՀԶԿ) Միավորված ազգերի կազմակերպության (ՄԱԿ) բնակչության հիմնադրամի աջակցությամբ պետք է.

- բոլոր շահագրգիռ կողմերի մասնակցությամբ նախաձեռնի լայնածավալ քննարկումների շարք՝ համապարփակ կերպով ուսումնասիրելու/վերանայելու համար մանկաբարձուհիների դերը, պրակտիկայի շրջանակը և կարողունակությունների սահմանումը Հայաստանում, ինչպես նաև՝ դրանց համապատասխանությունը մանկաբարձական կրթական ծրագրերին,
- եթե նպատակը միջազգային չափանիշներին համապատասխանելն է, ապա՝ մշակի երկարաժամկետ պլան և հանձն առնի շարունակական վերահսկողություն, որը կտիպի կառավարությանը, ինստիտուցիոնալ և հանրային շահագրգիռ կողմերին կատարել փոփոխություններ:

ՀՀ ԿԳՆ-ն պետք է.

- վերանայի պետական կրթական չափորոշիչը՝
    - դարձնի այն մասնագիտական կարողունակությունների վրա հիմնված կրթական ծրագիր,
    - համապատասխանեցնի մանկաբարձուհու մասնագիտական դերը մանկաբարձական ծրագրի պետական կրթական չափորոշիչին, մասնավորապես՝ շտկի մանկաբարձուհու մասնագիտական նկարագրի և ուսումնական մոդուլներում ներառված ուսումնական նպատակների միջև առկա անհամապատասխանությունները,

- ուսումնական ծրագրում ընդգրկի մանկաբարձական կրթությանը առավել համապատասխանող թեմաներ և ուղղորդի/օգնի դասախոսներին ուսուցման գործընթացն առավել արդյունավետ կազմակերպելու համար,
- ուսումնական ծրագրի լայնածավալ մշակման գործում ընդգրկի սոցիալական և վարքային գիտությունների, էպիդեմիոլոգիական հետազոտությունների մասնագետներին,

- կատարելագործի գրադարանային ռեսուրսները՝ ուսանողներին և դասախոսական կազմին տրամադրելով ժամանակակից/թարմացված գրքեր/դասագրքեր/ձեռնարկներ՝ նախատեսված մանկաբարձուհիների համար (դա կարող է իրականացվել միջազգային ապացուցողական գրականության թարգմանության միջոցով, թարգմանությունները կարող են ընդգրկվել ուսուցանվող դասագրքերում կամ ձեռնարկներում) ,
- անաչառ կերպով բաշխի ֆինանսները և նյութական ռեսուրսները Երևանի և մարզային բժշկական քոլեջների միջև,
- բժշկական քոլեջներին ապահովի մանկաբարձական կրթության համար անհրաժեշտ անատոմիական մոդելներով, սարքավորումներով և գործիքներով՝ լսարանային պարապմունքների ընթացքում օգտագործելու նպատակով,
- ապահովի մարզային քոլեջների պատշաճ շենքային պայմանները հիմնական կարիքները բավարարելու համար:

<u>**Բժշկական քոլեջների և ծրագրի ղեկավարները պետք է.**</u>

- նախաձեռնեն ծրագրային կանոնակարգերի և ռազմավարական պլանների պաշտոնական փաստաթղթերի (ընդունելության չափորոշիչների և կարգի, մանկաբարձական ծրագրում որոշումների կայացման գործընթացի,

մասնագիտական բնութագրի, դասախոսական կազմի ծանրաբեռնվածության/աշխատանքային գրաֆիկի և ծրագրի որակական գնահատման հայտնի մոդելների) մշակումը և շարունակական իրականացումը,

- համոզվեն, որ հաստատված կանոնակարգերում հստակ կերպով ներկայացված են ուսանողների իրավունքների և պարտականությունների, ինչպես նաև՝ նրանց բողոքներին և դիմումներին պատասխանելու կարգի վերաբերյալ տեղեկությունները,
- ապահովեն ուսանողների պաշտոնական ներգրավվածությունը ծրագրի, ուսումնական ծրագրի և դասախոսական կազմի գնահատման կարգերին.
    - ուսանողները պետք է շարունակաբար կարծիք հայտնեն ծրագրի բովանդակության, դասավանդման որակի և գործնական դասերի ընթացքում մենթորության վերաբերյալ, նրանց կարծիքներն ու առաջարկությունները պետք է ընդգրկված լինեն ծրագրային բարեփոխումների պլանում.
- զարգացնեն ուսանողների գործնական հմտություններն ու փորձառությունը անհատական մակարդակում՝ յուրաքանչյուր ուսանողի կցելով որևէ ավագ մանկաբարձուհու և այսպիսով հնարավորություն տալով սովորելու նրանից,
- ծրագրի ղեկավարների համար կազմակերպեն վերապատրաստման դասընթացներ՝ նպատակ ունենալով ապահովել արդյունավետ հաղորդակցությունն ու համագործակցությունը՝
    - ծրագրի ներկա և հնարավոր աջակիցների ու դոնորների հետ,
    - հնարավոր հյուրընկալող/ համագործակցող հաստատությունների (հիվանդանոց, կլինիկա) հետ, որտեղ ուսանողները կարող են անցկացնել արդյունավետ գործնական դասեր.

- քաղաքականություն մշակողների հետ ստեղծեն կլինիկական ուսուցման կենտրոններ, որտեղ ուսանողների ուսուցումը տվյալ հաստատության անձնակազմի կարևոր պարտականությունն է,
    - հաստատեն մանկաբարձական ծրագրերի և կլինիկական ուսուցման կենտրոնների պայմանագրային պարտավորությունները՝ սահմանելով ուսանողների ուսուցման և ուսումնական պրոցեսի վերահսկման փոխադարձ պարտականնությունները,
    - անձնակազմի անդամների համար կազմակերպեն վերապատրաստման դասընթացներ՝ վերջիններիս օգնելով դառնալ մենթորներ, ովքեր պատրաստ են աջակցելու, ղեկավարելու, ուղղորդելու ուսանողին հիվանդանոցներում/կլինիկաներում գործնական միջամտություններ իրականացնելու ընթացքում, ինչպես նաև կարող են ուսուցման վերաբերյալ գնահատական տալ՝ օգնելով ուսանողին կատարելագործել գործնական հմտությունները,
- վերանայեն քննությունները՝ կարևորություն տալով ուսանողների գիտելիքների և հմտությունների համապարփակ գնահատմանը, կիրառելով գնահատման մի քանի սխեմա (ուսանողների գիտելիքներն ու հմտությունները չպետք է գնահատվեն միայն բանավոր քննություններով)։

<u>**Դասախոսական մակարդակում (Ուսումնական հաստատությունները պետք է.)**</u>

- աշխատանքի ընդունեն մանկաբարձական բարձրագույն կրթությամբ կամ համապատասխան մասնագիտական որակավորմամբ կադրերի՝ ոչ միայն գործնական, այլև տեսական ուսուցում տրամադրելու նպատակով, մասնավորապես՝
    - գտնեն մոտիվացված, էնտուզիազմով լի երիտասարդ մասնագետներ, որոնք ցանկություն կունենան կատարելու փոփոխություններ՝

- փնտրել ֆոնդեր, որոնք կաջակցեն մասնակցելու անգլերեն լեզվի դասընթացներին, ինչի շնորհիվ ուսուցման և ուսուցանելու վերաբերյալ առցանց ծրագրերից և դասընթացներից օգտվելու հնարավորություն կստանան.

- ստեղծեն տվյալների բազա, որը կներառի դասախոսական կազմի ինքնակենսագրական տվյալները, աշխատանքային պայմանագրերը և կատարողականները, ուսուցանվող առարկաների ցանկը և դասաժամերի քանակը տեսական և գործնական ուսուցման ընթացքում,
- որպես կարճաժամկետ բարելավում կազմակերպեն դասախոսական կազմի վերապատրաստումներ ուսուցման մեթոդաբանության վերաբերյալ՝ հիմնված պետական կրթական չափորոշիչի և միջազգային չափանիշների վրա (ՄՄԿ, ԱՀԿ).
  - բարձրացնեն միջազգային փորձի մասին տեղեկացվածության մակարդակը, պարզեն հիմնական մասնագիտական կարողունակությունները և գործնական ուսուցման մոդելները՝ ներդնելով կարողունակությունների վրա հիմնված ուսուցում և գնահատում:

6. ՀԵՏԱԶՈՏԱԿԱՆ ԶԵԿՈՒՅՑԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ

«Մանկաբարձական կրթական համակարգի գնահատումը Հայաստանում»

Հեղինակ՝
Քարին Ջեյ Քոֆման DrPH, LLD (hc)

ՄըքՄասթեր համալսարանի Առողջապահական գիտությունների ֆակուլտետի մանկաբարձական կրթական ծրագրի պատվավոր պրոֆեսոր
Համիլթոն, Օնտարիո, Կանադա

Հունվարի 19, 2019

6.1 Ներածություն

«Մանկաբարձական կրթական համակարգի գնահատումը Հայաստանում» վերնագրով զեկույցը ներկայացվել է վերանայման՝ գնահատելու և մեկնաբանություններ տրամադրելու նպատակով:

Հետազոտությունն իրականացրել է Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի (ՀԱՀ) Թրպանճեան հանրային առողջապահության ֆակուլտետի հետազոտական թիմը (Սերինե Սահակյան և այլք): Հետազոտող թիմի կողմից նման հետազոտության իրականացումը և Հայաստանում մանկաբարձական կրթությանը հատուկ ուշադրություն դարձնելը գնահատելի են:

The State of the World's Midwifery միջազգային զեկույցը,[1] որը հրապարակվել է 2014 թ., ներառում է աշխարհի 73 երկրների նկարագրական տվյալները մանկաբարձության վերաբերյալ: Սակայն Հայաստանն այդ երկրների շարքում ընդգրկված չէ: Այս հետազոտությունը լրացնում է մանկաբարձության վերաբերյալ միջազգային տվյալների բացը: Իրականացված հետազոտությունը, ինֆորմատիվ լինելուց զատ, համակարգայնորեն գնահատել է Հայաստանում գործող մանկաբարձական կրթության համակարգը՝ ներկայացնելով առաջարկություններ մանկաբարձական կրթության և մանկաբարձության ոլորտում բարեփոխումներ իրականացնելու հիմնական ուղղությունների վերաբերյալ:

Իրականացված հետազոտությունը համեմատել է ՀՀ ԿԳՆ-ի կողմից հաստատված մանկաբարձական կրթության պետական կրթական չափորոշիչը ՄՄԿ-ի տրամադրած մանկաբարձական կրթության և պրակտիկայի վերաբերյալ հիմնական փաստաթղթերի հետ: Հետազոտող թիմն այցելել է տարբեր մարզային և մայրաքաղաքային բժշկական քոլեջներ, հավաքել և ստուգել ռեսուրսներին վերաբերող տեղեկությունները՝ համեմատելով ՄՄԿ-ի կողմից ներկայացված մանկաբարձական կրթության համար անհրաժեշտ համարվող ռեսուրսների ցանկի

[1] UNFPA. The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health. https://www.unfpa.org/sowmy

հետ: Իրականացվել են հարցազրույցներ ծրագրի ուսանողների և դասախոսների հետ՝ գործող ուսումնական ծրագրի, դասախոսների որակավորման, ինչպես նաև՝ ուսանողների տեսական ու գործնական պատրաստվածության և ծրագրի գործառնական կողմերին նրանց մասնակցության վերաբերյալ:
Կիրառված մեթոդները պատշաճորեն ներկայացված են զեկույցում և հարմարեցված են կրթական ծրագրերի գնահատման համար: Զեկույցում մանրամասնորեն ներկայացվել են հավաքված տվյալները: Կիրառված մեթոդների բազմազանությունը ապահովել է հետազոտության արդյունքների և դիտարկումների հավաստիությունը:

6.2 Հայկական կրթական ծրագրի և ՄՄԿ-ի փաստաթղթերի համեմատական գնահատումը

Չնայած վերոհիշյալ միջազգային փաստաթղթերից որևէ մեկը չի կիրառվել ՀՀ-ում մանկաբարձական կրթության գնահատման նպատակով, կրթական չափորոշիչի համակարգային համեմատությունը վեր է հանել նշանակալի բացթողումներ: **Իմ կարծիքով՝ Հայաստանում գործող մանկաբարձական կրթության չափորոշիչը չի ներկայացնում ՄՄԿ-ի հիմնական փիլիսոփայությունն ու արժեքները, չի համապատասխանում մանկաբարձական կրթության գլոբալ չափանիշների որևէ կատեգորիային, և ծրագրի շրջանավարտները ձեռք չեն բերում անհրաժեշտ կարողունակություններ:**

6.3 Համեմատական գնահատման վրա հիմնված առաջարկություններ

Ի լրումն հետազոտող թիմի առաջարկությունների՝ ուղղված ՀՀ ԿԳՆ-ին, բժշկական քոլեջներին և ծրագրի ղեկավարներին, ստորև ըստ բաժինների ներկայացնում եմ իմ առաջարկությունները և լրացումները:

6.3.1 Կանոնակարգերի սահմանում

Զեկույցում հետազոտող թիմը ՀՀ ԿԳՆ-ին խորհուրդ է տալիս վերանայել պետական կրթական չափորոշիչը: Առաջարկում եմ իրականացնել ավելի հիմնարար գործընթաց: Մինչև պետական կրթական չափորոշիչում փոփոխություններ կատարելը խորհուրդ եմ տալիս կազմակերպել լայնածավալ քննարկում բոլոր շահագրգիռ կողմերի մասնակցությամբ. Հայաստանում մանկաբարձուհու դերի, գործնական ուղղությունների, մասնագիտական կարողունակությունների և կրթական ծրագրերին դրանց համապատասխանության համապարփակ վերլուծության կարիք կա: Եթե նպատակ է դրվում համապատասխանեցնել ծրագիրը միջազգային չափանիշներին, ապա անհրաժեշտ է մշակել երկարատև ծրագիր՝ կառավարության, ինստիտուցիոնալ և հանրային շահառուների ներգրավվածությամբ: Նմանատիպ ծրագիրը կարող է իրականացվել Հանրային առողջապահության ֆակուլտետի ղեկավարությամբ՝ որպես այս ծրագրի տրամաբանական շարունակություն:

6.3.2 Ուսումնական ծրագրի վերանայումը

Ուսումնական ծրագրի վերանայումը խիստ անհրաժեշտ է: Մասնագիտական կարողունակությունների վրա հիմնված ուսումնական ծրագիրը երաշխավորում է, որ ծրագրի շրջանավարտները կարող են ձեռք բերել անհրաժեշտ կարողունակությունները մինչև ծրագրի ավարտը: Ծրագրի շրջանավարտները պետք է պատրաստ լինեն իրենց վրա վերցնելու մասնագիտական պատասխանատվություն և հաշվետու լինելու կարողություն իրենց պրակտիկ գործունեության ոլորտում: Կարողունակությունների վրա հիմնված ուսումնական ծրագիրը տեսական գիտելիքներին գումարում է վարքագծային և հոգեշարժական հմտությունները: Կլինիկական բաժիններում կրթությունը չպետք է թողնվի պատահականության հույսին կամ սահմանափակված լինի միայն ուրիշների աշխատանքին հետևելով, այլ

պետք է կազմակերպվի և ղեկավարվի այնպես, որ ուսանողները աստիճանաբար զարգացնեն անհրաժեշտ ճանաչողական և տեխնիկական հմտությունները:

Կարողունակություն ձեռք բերելու թերությունները

Թեև զեկույցում ներկայացված է, որ դասաժամերի 60%-ից ավելին հատկացված է գործնական ուսուցմանը, սակայն որակյալ գործնական պարապմունքների հնարավորությունները գրեթե բացակայում են: Հիվանդանոցային փորձառությունը արդյունավետ չէ, և ուսանողները հանդես են գալիս դիտորդի, այլ ոչ թե կատարողի դերում: Հեղինակները նշում են. «Հետազոտության մասնակիցներից ոչ ոք, այդ թվում նաև՝ ծրագրի ուսանողները, համոզված չէին, որ անգամ ծրագիրը հաջողությամբ ավարտելուց հետո ուսանողներն ի վիճակի կլինեն ինքնուրույն վարել ծննդաբերություն և ընդունել ծնունդ» (տե՛ս զեկույցի էջ 45): Հասկանալի է դառնում, որ ուսանողները չունեն բավարար փորձառություն և ունակ չեն տրամադրելու ծննդօգնություն:

Ակնհայտորեն բացակայում են համայնքի շրջանակներում կլինիկական ուսուցման հնարավորությունները:

Պարզվում է, որ ուսանողները հնարավորություն չունեն հարաբերություններ հաստատելու հղիների հետ նախածննդյան, ծննդաբերության նախապատրաստման և հետծննդյան շրջաններում: Այսպիսի փորձառությունը կարող է օգտակար լինել ուսանողների համար՝ ավելի լավ հասկանալու անհատի կարիքներն ու նախընտրությունները, հղիության և ծննդաբերության վերաբերյալ կանանց մոտեցումներն և փորձառությունը: Համագործակցության ճիշտ կառուցումը հղիների հետ այն բանալին է, որը կօգնի հաստատել փոխվստահության մթնոլորտ, ինչի շնորհիվ կինն ի վիճակի կլինի կրթվելու և մասնակցություն ունենալու իր իսկ բուժման ընթացքում որոշում կայացնելու գործում: Սա կանանց համար կարող է լինել փոխակերպող փորձառություն, որը կզարգացնի նրանց սեփական ունակությունները:

Նախածննդյան խնամքին վերաբերող հարցերից զատ, համայնքի հետ աշխատելու փորձառությունը կարևոր է նաև առողջ կենսակերպի խթանման նպատակով լայնածավալ գործունեություն իրականացնելու հմտությունը զարգացնելու համար: Մանկաբարձուհիների դերը խիստ կարևոր է սեռական առողջության, ընտանիքի պլանավորման, հղիության արհեստական ընդհատման խորհրդատվության, հետաբորտային շրջանի խնամքի, հղիության նախապատրաստման, մոր և մանկան սնուցման, նորածինների և երեխաների աճի և զարգացման համայնքային առողջապահական ծրագրերում: Մանկաբարձուհիների կողմից իրականացված քարոզչությունը պետք է ուղղված լինի կնոջ իրավունքները հարգող և կնակենտրոն առողջապահական ծառայությունների տրամադրմանը: Մասնագիտական գիտելիքներից զատ, կարևոր են նաև մանկաբարձական ծրագրի ուսանողների հիմնավոր գիտելիքներն այնպիսի հարցերի վերաբերյալ, ինչպիսիք են սոցիալական և մշակութային ազդեցությունները առողջության վրա, էպիդեմիոլոգիական հիմնական հասկացությունները և համայնքի առողջապահական կարիքները և այլն: Համայնքային ծրագրերում նշանակալի կարևորություն ունեն մասնագետի հաղորդակցական հմտությունները անհատների կամ մարդկանց խմբերի հետ աշխատանքում:

Բովանդակության թերությունները

Հարցազրույցներից ստացված տեղեկությունները փաստում են, որ ուսումնական ծրագրում ընդգրկված ուսումնական նյութերի մի մասը նախատեսված չէ մանկաբարձուհիների համար: Մանկաբարձական խնամքն ավելին է, քան հղիության և ծննդաբերության կենսաբանությունն ու ախտաֆիզիոլոգիան: Բավականին կարևոր է կանանց առողջության վրա ազդող սոցիալ-մշակութային, էկոլոգիական և քաղաքական գործոնների վրա կենտրոնացումը:
Ի հավելումն այս ամենի, ուսանողները պետք է կարողանան նաև գնահատել տեղեկատվական աղբյուրների հավաստիությունը և հուսալիությունը: Ներկայումս համացանցը լի է հղիության և ծննդաբերության մասին տեղեկություններով, ուստի

խիստ անհրաժեշտ է, որ ուսանողները և դասախոսներն ունակ լինեն վերլուծելու տեղեկությունների գիտական հիմքը, հավաստիությունն ու արդիականությունը: Մանկաբարձական կրթության ուսումնական ծրագրի մշակման գործում կարևոր է նաև սոցիալական և վարքային գիտությունների, էպիդեմիոլոգիական հետազոտությունների մասնագետների մասնակցությունը և ներդրումը:

6.3.3 Ծրագրի ռեսուրսները

Կլինիկական ուսուցման հաստատությունները

Հետազոտական ուսումնասիրությունն առաջարկում է բարելավել ծրագրի ուսումնական ռեսուրսները: Ինչպես նշվեց վերևում, կլինիկական/գործնական ուսուցումը խիստ կարևոր ռեսուրս է, և «Մանկաբարձական գործ» ծրագրի համար պետք է հասանելի լինեն և՛ համայնքային բուժհաստատությունները, և՛ հիվանդանոցները, որտեղ ուսանողներին գործնական հմտություններ սովորեցնելը կլինի բուժանձնակազմի կարևոր պարտականությունը: Վերոնշյալ ռեսուրսի բացակայությունը կարող է խոչընդոտ լինել ուսանողների համար անհրաժեշտ գործնական հմտությունների և մասնագիտական կարողունակությունների զարգացման գործում:

Քաղաքականություն մշակողները բժշկական քոլեջների վարչական անձնակազմի հետ միասին պետք է զբաղվեն այս խնդրով: Հնարավոր է, արդյո՞ք, հաստատել «Մանկաբարձական գործ» ծրագրի և բուժհաստատությունների փոխադարձ պայմանագրային պարտավորություններ, եթե ուսանողի ուսուցման և վերահսկման պարտավորվածությունը դրված լինի և՛ ծրագրի, և՛ բուժհաստատության անձնակազմի վրա: Անհրաժեշտ են, արդյո՞ք, անձնակազմի անդամների վերապատրաստման դասընթացներ, որոնք կօգնեն նրանց դառնալ ուսանողների մենթոր, ուղղորդել ուսանողներին, նրանց կողմից կատարված միջամտությունների մասին մեկնաբանություններ, շտկումներ ու առաջարկություններ կատարել: Կարող

են, արդյո՞ք, հիվանդներին տրամադրել տեղեկություններ այն մասին, թե որն է ուսանողի դերը բուժհաստատությունում, որքանով է արդյունավետ ուսանողի աշխատանքի վերահսկողությունը և որքանով է կարևոր ուսանողի կողմից տրամադրված բժշկական օգնությունը:

Ուսումնական ռեսուրսները

Կարիք կա հասանելի դարձնելու համապատասխան ճշգրիտ, արժանահավատ և արդիական տեղեկությունները/ուսումնական նյութերը մոր ու մանկան խնամքի և մասնավորապես՝ մանկաբարձուհու մասնագիտական պարտականությունների վերաբերյալ: Ես այնքան էլ կողմ չեմ նոր գրքեր տպագրելուն, քանի որ տեղեկությունները բավականին արագ հնանում են. փոխարենը՝ առաջարկում եմ ապահովել ուսումնական գրականության առցանց հասանելիություն և, թարգմանելով անհրաժեշտ տեղեկությունները, տրամադրել դրանք որպես հիմնական ուսումնական նյութեր: Ներկայումս հասանելի են մանկաբարձության վերաբերյալ էլեկտրոնային նորագույն գրքեր (տե՛ս հավելվածը), որոնք հեշտությամբ կարող են փոփոխվել և թարմացվել անհրաժեշտության դեպքում: Ուսանողների և դասախոսների համար շատ կարևոր է հասանելիություն ունենալ ապացուցողական բժշկության վրա հիմնված այնպիսի առցանց տեղեկատվական աղբյուրներին, ինչպիսիք են Cochrane գրադարանի՝ հղիությանը և ծննդաբերությանը վերաբերող բաժինները, միջազգային պարբերականների կողմից տպագրված գիտական հոդվածները և այն տեղեկատու նյութերը, որոնք արդեն նշվել են զեկույցում (ՄՄԿ, ԱՀԿ, և այլն):[2] Պարզ է, որ լեզվի չիմացությունը կարող է խոչընդոտել օգտագործելու այս աղբյուրներից շատերը, սակայն գտնում եմ, որ կարևոր նյութերի թարգմանությունը խիստ անհրաժեշտ է: Զեկույցի հեղինակները նշում են այնպիսի ռեսուրսների խիստ կարիքի մասին, ինչպիսիք են անատոմիական մոդելները և տեխնիկական սարքավորումները, որոնք կօգնեն ուսանողներին ձեռք բերելու հաղորդակցական և հոգեշարժական

---

[2] Cochrane Library www.cochranelibrary.org

հմտություններ: Այսպիսի ռեսուրսների առկայությունն առավել օգտակար է սկսնակ ուսանողների համար ինքնավստահություն և գործնական հմտություններ (օրինակ՝ ֆիզիկական զննում, ծննդաբերության ընդունում, գործիքների օգտագործում) ձեռք բերելու հարցում: Այս ռեսուրսների առկայությունն օգտակար կարող է լինել նաև ծրագրի դասախոսների համար՝ գնահատելու ուսանողների՝ միջամտություններ կատարելու կարողունակությունների շարունակական զարգացումը: Հղիության և ծննդաբերության բարդ մոդելները թեև գայթակղիչ են, սակայն իրենց օգտակարությամբ չեն գերազանցում ձեռքով պատրաստված, ավելի էժան մոդելներին: Մոդելները կարող են լրացնել կլինիկական փորձը, սակայն չեն կարող փոխարինել դրան:

Սիմուլյացիաները բավականին օգտակար են ուսուցման գործընթացում: Որևէ կին, ով հետաքրքրված է մանկաբարձությամբ, կարող է իր ներդրումն ունենալ ուսանողների ուսուցման գործընթացում: Համայնքից ընտրված կինը (հղի կամ ոչ հղի) կարող է լինել պայմանական պացիենտ՝ օգնելով ուսանողներին զարգացնել հարցազրույց անցկացնելու, հիվանդության պատմություն վարելու, խորհրդատվություն, ինչպես նաև՝ ծննդաբերության վերաբերյալ գիտելիք տրամադրելու հմտությունները: Կինը կարող է գործել ըստ սցենարի, այլ ոչ՝ իր անձնական վիճակի վրա հիմնվելով: Սա նորարարական և միևնույն ժամանակ փոխշահավետ փորձառություն է: Կանայք այս դեպքում համարվում են կարևոր դեր ունեցող (valuable) ուսուցիչներ, որոնց խորհուրդները և գնահատականները օգնում են բարելավել ուսանողների միջանձնային հաղորդակցման հմտությունները:

6.3.4 Մանկաբարձական ծրագրի որակավորված դասախոսների պատրաստումը

Ես լիովին համաձայն եմ հետազոտության հեղինակների այն կարծիքի հետ, որ անհրաժեշտ է աշխատանքի ընդունել կամ պատրաստել որակավորված դասախոսական անձնակազմ «Մանկաբարձական գործ» ծրագրի համար:

Մանկաբարձական կրթության գլոբալ չափանիշների համաձայն՝ «Մանկաբարձական գործ» ծրագրի դասախոսական կազմում պետք է ընդգրկված լինեն գլխավորապես մանկաբարձուհիներ (դասախոսներ և պրակտիկայի ղեկավարներ/կլինիկական դասախոսներ), ովքեր կաշխատեն այլ ոլորտի մասնագետների հետ ըստ կարիքի: Հետազոտության արդյունքները ցույց են տվել, որ դասախոսական կազմի կեսից ավելին բժիշկներ են: Մինչդեռ բժշկական դասախոսական կազմը պետք է իր ներդրումն ունենա միայն բովանդակային այնպիսի բաժիններում, ինչպիսիք են վերարտադրողական ֆիզիոլոգիան, ախտաբանական վիճակները և դրանց բուժումը: Բավականին կարևոր է, որ մանկաբարձուհիներն իրենք դասավանդեն մանկաբարձական խնամքի շրջանակն ու գնահատեն ուսանողների կարողունակությունների զարգացումը: Հայկական քոլեջներում մանկաբարձուհիները որակավորված չեն դասավանդելու տեսական նյութեր, սակայն անցկացնում են գործնական պարապմունքները: Այնուամենայնիվ, կարծիք է ստեղծվում, որ ուսանողները չեն ղեկավարվում ավագ մանկաբարձուհիների կողմից անգամ բուժհաստատություններում:

Բարձրակարգ կրթություն տրամադրող մանկաբարձական ֆակուլտետ ստեղծելու համար անհրաժեշտ է նախագծել երկարաժամկետ պլան, սակայն վաղ փուլում պետք է սկսել ծրագրային բարեփոխումներից: Հնարավոր է, արդյո՞ք, գտնել մոտիվացված, էնտուզիազմով լի երիտասարդ դասախոսներ, ովքեր կցանկանան փոփոխություններ կատարել: Կաջակցե՞ն, արդյոք, նրանց բարելավելու անգլերենի իմացությունը, ինչը մասնագետներին հնարավորություն կտա մասնակցելու ուսուցման և ուսուցանելու վերաբերյալ առցանց ծրագրերի և դասընթացների: Հնարավոր կլինի՞, արդյոք, գտնել այնպիսի ֆոնդեր, որոնք կաջակցեն դասախոսական կազմի կադրերի պատրաստմանը՝ միջազգային որևէ համալսարանի փորձի վրա հիմնվելով: Նման

օրինակ է Բանգլադեշում մանկաբարձական կրթության վերափոխումը Շվեդիայի Դալարնայի համալսարանի փորձի հիման վրա։[3]

«Մանկաբարձական գործ» ծրագրի դասախոսական կազմի համար անհրաժեշտ է կազմակերպել ծրագրեր/դասընթացներ, որոնք ուղղված կլինեն դասախոսների շրջանում մանկաբարձական կրթական ծրագրերի և գործելակերպի միջազգային չափանիշների վերաբերյալ տեղեկացվածությունը բարձրացնելուն, կնպաստեն մասնագիտական հիմնական կարողունակությունների և մոդելների դերը հասկանալուն և կներկայացնեն կարողունակությունների վրա հիմնված ուսուցման և գնահատման հիմնական սկզբունքները։ Վերջինը խիստ անհրաժեշտություն է՝ հաշվի առնելով հետազոտության ընթացքում ի հայտ եկած այն հանգամանքը, որ բանավոր քննությունների դերը գերակշռող է գիտելիքների գնահատման գործում։ Ինչպես արդեն նշվեց, ԱՀԿ-ի և ՄՄԿ-ի փաստաթղթերը կարող են օգտակար լինել այսպիսի ծրագրեր նախագծելիս։

6.3.5 Ուսանողների ներգրավվածությունը

Հետազոտող թիմը պարզել է, որ ծրագրային կանոնակարգերը հիմնականում բացակայում են, իսկ ուսանողները գրեթե չեն մասնակցում ծրագրային փոփոխություններին։ Մանկաբարձ ուսանողները, որոնք պատրաստվում են ստանձնելու մասնագիտական դեր որպես ծրագրի շրջանավարտներ, պետք է կարողանան իրենց ուսերին կրել պատասխանատվություն։ Նրանց պետք է սովորեցնել պատասխանատվություն ստանձնել անգամ ուսանողի կարգավիճակում։ Ուսանողները պետք է լինեն ակտիվ սովորողներ և ոչ թե պասիվ դիտորդներ, որոնք պարզապես մտապահում են փաստերը քննությունների համար։ Ուսանողները պետք է մասնակցեն սեփական աշխատանքի գնահատման գործընթացին և դասախոսների

---

[3] Bogren, M, Begum, F, & Erlandsson, K. The Historical Development of the Midwifery Profession in Bangladesh. Journal of Asian Midwives. 2017;4(1):65–74. Accessed Jan 2019. https://ecommons.aku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1050&context=jam

աջակցությամբ մշակեն անհատական ուսուցման ծրագիր իրենց գիտելիքների և հմտությունների բարելավման նպատակով: Կարևոր է ուսանողների շարունակական մասնակցությունը ծրագրի բովանդակության, դասախոսների՝ ուսուցանելու կարողությունների և կլինիկական ուսուցման որակի գնահատումներին: Նրանց կարծիքներն ու առաջարկությունները պետք է հաշվի առնվեն ծրագրային բարեփոխումների քննարկումների ընթացքում: Այն, թե ինչպես են դասախոսները համագործակցում ուսանողների հետ նրանց ուսման ընթացքում, կարող է օրինակ ծառայել մանկաբարձուհու և կնոջ համագործակցության մանկաբարձական խնամքի ընթացքում:

6.4 Վերջաբան

Ես պաշտպանում եմ հետազոտող թիմի առաջարկությունները և խրախուսում եմ նրանց ակտիվ քայլեր ձեռնարկել՝ համագործակցելով շահագրգիռ կողմերի հետ: Վերևում բերված մեկնաբանությունները նպատակ ունեն զարգացնել և ընդլայնել հետազոտող թիմի առաջարկությունները՝ առավել ուշադրություն դարձնելով Հայաստանում մանկաբարձության ոլորտի հստակ տեսլականի ձևավորմանը: Առանց հստակ կերպով սահմանելու մանկաբարձուհու մասնագիտական գործունեության շրջանակը, առաջարկությունները կլինեն ոչ տեղին:
Ցանկանում եմ շնորհակալություն հայտնել հետազոտողներին արդյունքները վերանայելու հնարավորություն ընձեռելու և Հայաստանում մանկաբարձության վերաբերյալ գիտելիքներս հարստացնելու համար: Իմ փորձով կարող եմ փաստել, որ գլխավորապես կանանց առնչվող մասնագիտություններում, ինչպիսին մանկաբարձությունն է, կրթությունն ու գործունեությունը արտացոլում են հասարակության մեջ կանանց կարգավիճակը: Մանկաբարձության ոլորտում փոփոխություններ կատարելը կարող է հանգեցնել կանանց առողջության պահպանման այլ ասպեկտների փոփոխությունների: Այսպիսի հետազոտությունները հնարավորություն են ընձեռում վերհանելու այն սոցիալական խնդիրները, որոնք

ազդում են կանանց առողջության վրա: Հուսով եմ, որ այս հետազոտությունը ևս նման նպաստ կունենա:

7. ՀՂՈՒՄՆԵՐ

1. WHO. *Midwifery Educator Core Competencies.*; 2014.
2. International Confideration of Midwives. International definition of the midwife. http://internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-international-definition-of-the-midwife/. Accessed July 4, 2018.
3. Emons JK, Luiten MIJ. *Midwifery in Europe:An Inventory in Fifteen EU-Member States.*; 2001.
4. WHO. *The State of the World's Midwifery 2011: Delivering Health, Saving Lives.*; 2011.
5. International Confideration of Midwives. *Definition of Midwifery.*; 2017.
6. World Health Organization Regional Office for Europe. *Pathways to Strengthening Midwifery in Europe.*; 2015.
7. AHPRA. *English Language Skills.*; 2016.
8. Benoit C, Davis-Floyd R, Van Teijlingen E, Sandall J, Miller J. Designing midwives: a comparison of educational models. *Birth by Des Pregnancy,Materity Care, Midwifery North Am Eur.* 2001:139-165.
9. Marzalik PR, Feltham KJ, Jefferson K, Pekin K. Midwifery education in the U.S. - certified nurse-midwife, certified midwife and certified professional midwife. *Midwifery.* 2018;60(January):9-12.
10. Europian Union. Access to European Union law. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=celex%3A32013L0055. Accessed July 4, 2018.
11. Mivšek P, Baškova M, Wilhelmova R. Midwifery education in Central-Eastern Europe. *Midwifery.* 2016.
12. BabyCentre UK. How to become a midwife. https://www.babycentre.co.uk/a1037429/how-to-become-a-midwife. Accessed July 4, 2018.
13. Nursing and Midwifery Council. *Standards for Pre-Registration Midwifery Education.*;

2015.

14. Castro Lopes S, Nove A, ten Hoope-Bender P, et al. A descriptive analysis of midwifery education, regulation and association in 73 countries: The baseline for a post-2015 pathway. *Hum Resour Health*. 2016.
15. International Confideration of Midwives. *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice 2010: Revised 2013 PREFACE*.; 2010.
16. International Confideration of Midwives. *The Hague, The Netherlands Annual Report 2016*.; 2017.
17. Ministry of Education and Science. Profession. https://www.dasaran.am/apps/admissioncollege/profession-item/id/1. Accessed July 17, 2018.
18. Yerevan State College of Humanities. *The Secondary Education in Armenia*. Yerevan
19. Ministry of Justice. *Legal Information Center*.; 2005.
20. Ministry of Education and Science. Educational curriculum and module based program for “Midwifery” vacaional education. mkuzak.am.
21. International Confideration of Midwives. *ICM Standard Equipment List for Competency-Based Skills Training in Midwifery Schools*.; 2012.
22. International Confideration of Midwives. *Monitoring Midwifery Competencies Self-Sssessment Tool*.; 2013.
23. International Confideration of Midwives. *Curriculum Mapping Tool: Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*.; 2013.
24. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med Res Methodol*. 2013;13(1):117. doi:10.1186/1471-2288-13-117
25. Bradley EH, Curry LA, Devers KJ. Qualitative data analysis for health services research: developing taxonomy, themes, and theory. *Health Serv Res*. 2007;42(4):1758-1772. doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00684.x

26. Akopyan K, Kagan S, Melkom-Melkomian D, Petrosyan V, Sahakyan S, Simonyan M. *National Assessment of Nursing Education, Practice, and Policy in Armenia: A Mixed-Method Study.*; 2015.

27. Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Educ Inf.* 2004;22:63-75.

8. ԱՂՅՈՒՍԱԿՆԵՐ

Աղյուսակ 1. Անհատական հարցազրույցների և խմբային քննարկումների թիվը ըստ մասնակիցների խմբերի

Մասնակիցներ	Հարցազրույցի տեսակը	Հարցազրույցների թիվը	Մասնակիցների թիվը
Դասախոս	ԱՀ/ԽՔ	4/1	14
Ուսանող	ԽՔ	5	34
Վարչական ներկայացուցիչ	ԱՀ	5	6
Ընդհանուր		**15**	**54**

Աղյուսակ 2. Անատոմիական մոդելների առկայությունը ըստ քանակի դիտարկված 5 քոլեջներում

Դիտարկված մոդելը	Քոլեջ 1 (Երևան)	Քոլեջ 2 (մարզ)	Քոլեջ 3 (մարզ)	Քոլեջ 4 (Երևան)	Քոլեջ 5 (մարզ)
1. Ջոե կամ մամա Նատալի մոդելներ					
a. *Ոչ հղի*	1	1	0	1	1
b. Հղի (1-ին, 2-րդ, 3-րդ եռամսյակների	0	0	0	1	0
սիմուլյատոր)	1	0	0	1	6*
c. Կոնքի մոդել					
2. Ծննդաբերության սիմուլյատոր/ մայրական/նեոնատալ սիմուլյատոր	0	0	0	1	0
3. Պահպանակի մոդել պատվանդանի վրա	0	0	0	1	1
4. ՆԱՊ-ի ձեռքային մոդել	3	0	0	1	1
5. Անատոմիական մոդելներ ներարկումների համար (կարող է օգտագործվել նաև տիկնիկ)	1	1	2	3	2
6. Հղի որովայնի մոդել շոշափման համար (եթե Ջոե մոդելը առկա չէ)	1	0	0	2	0
7. Կրծքագեղձի կամ կրծքով սնուցման մոդել	1	0	0	1	0
8. Ոսկրային կոնք	3*	1	1	4	6
9. Պտղի գանգ	5†	0	0	1	0
10. Պտուղ, պորտալար և ընկերք վակումային ծննդալուծման համար	1	1	0	1	2
11. Արգանդ և ընկերք մոդելներ	1	1	0	1	0
12. Արգանդի պարանոցային կրկնօրինակներ (ներարգանդային պարույրի (ՆԱՊ) ներմուծման համար)	1	1	0	1	0
13. Արգանդի պարանոցի լայնացման մոդել	0	1	0	0	0
14. Մեծահասակների վերակենդանացման մոդել	0	1	2	2	0
15. Նորածինների վերակենդանացման մոդել	0	0	4	2	0
16. Պտուղ	3	0	1	1	0
17. Շեքի կտրվածքի և կար դնելու ուսումնական սիմուլյատոր	0	0	0	1	0
18. Պարանոցի լայնացումը գնահատող փոքր գնդակ և գուլպա	0	0	0	0	0
Ընդհանուրը՝	**22**	**8**	**10**	**26**	**19**

**/ Քոլեջ 1 – 2 մոդելներ հին էին և դժվար օգտագործելի*
† / Քոլեջ 1 – 3 մոդելներ հին էին, բայց օգտագործմանը պիտանի
**/ Քոլեջ 5 – 5 մոդելներ հին էին և դժվար օգտագործելի*

Աղյուսակ 3. Վիրաբուժական և մանկաբարձական գործիքների, սարքավորումների առկայությունը ըստ քանակի դիտարկված հինգ քոլեջներում

Դիտարկված գործիք/սարք	Քոլեջ 1 (Երևան)	Քոլեջ 2 (մարզ)	Քոլեջ 3 (մարզ)	Քոլեջ 4 (Երևան)	Քոլեջ 5 (մարզ)
1. Իմպլանտի ներմուծման/հեռացման հավաքածու	1	1	0	1	1
a. Տրոակար և կանյուլա	1	1	0	1	1
b. Սկալպել (նշտար) և բռնիչ	1	1	0	1	0
c. Մեկանգամյա օգտագործման նշտար	1	1	0	1	1
d. Կոր և ուղիղ աքցան/ սեղմակ	1	1	1	1	1
e. Պինցետ					
2. Ներարգանդային պարույր ներմուծման հավաքածու	2	1	2	2	1
a Հյուսվածքաբռնիչ (ատրավմատիկ կամ	1	0	0	1	0
միատամանի)	1	1	2	1	2
b. Արգանդաչափիչ	1	1	0	1	1
c. Երկփեղկ հեշտոցային հայելի (լայնիչ)	0	0	0	1	0
d. Օղակավոր աքցան					
e. Ներարգանդային պարույրի շարժող խողովակ					
3. Մեծահասակների կշեռք	0	0	0	1	1*
4. Մանկական կշեռք	1	1	0	2	1
5. Մեծահասակի ճնշման չափման սարք և ստետոսկոպ	2	1*	2	3	1
6. Մանկական ճնշման չափման սարք և ստետոսկոպ	0	0	0	0	0
7. Նյարդաբանական մուրճիկ	0	1	0	1	1
8. Լույս զցող գրիչ	0	0	0	1	0
9. Երկարությունը չափող ժապավեն (սանտիմետր)	1	1	0	6	1
10. Շպատել	1	1	2	3	1
11. Ջերմաչափ	1	1	0	1	1
12. Հեշտոցային հայելիներ տարբեր չափերի	1	1	1	3	1
13. Չափիչ բաժակներ)	0	0	0	1	1
14. Չափիչ բաժակներ	0	0	0	1	1

15 Ներերակային կաթիլային միջոցների շտատիվ	1	0	2†	3	1
16. Լարան (ժգուտ)	1	1	2	1	1
17. Ֆետոսկոպ	0	1	1*	1	1
18. Դոպլեր սարք	0	0	0	0	0
19. Պորտալարը կտրող մկրատ	0	0	0	1	0
20. Կոր մայր մկրատ	1	1	0	1	0
21. Մեծ ուղիղ մկրատ	1	0	1	1	1
22. Օղակավոր աքցան 24.2 սմ-ոց	1	1	7	1	1
23. Կոխերի ամնիոտոմիկ ուղիղ բռնիչ	1	1	1	1	1
24. Երկար պինցետ	1	1	1	1	1
25. Ասեղնաբռնիչ	2	1	0	1	1
26. Ասեղնալայնիչ	0	1	0	1	1
27. Շերտազատող աքցան	0	1	0	1	1
28. Արյունահոսությունը դադարեցնող աքցան	1	1	1	1	1
29. Շեքահատման հավաքածու	1‡	1‡	0	1	0
30. Ծննդաբերական հավաքածու	1*	0	0	1	0
31. Շարժական ինկուբատոր	0	0	0	0	0
32. Ամբու պարկ դիմակով (մեծահասակների և մանկական)	0	0	4	1	0
33. Կարող գործիքների հավաքածու	1	1	1	1	1
34. Ձեռքի վակուում ասպիրատոր	0	0	0	0	0
35. Լայնիչների հավաքածու	1*	1	0	1	0
36. Հյուսվածքների հետազոտման քամիչ	1*	1	0	0	0
37. Մաքուր կոնտեյներ)	1	0	0	1	0
38 Մանկաբարձական մահճակալ	1*	1	0	1	0
39. Հետազոտման սեղան ասպանդակներով	1*	1	1	1	1
40. Ստերիլիզացիայի հավաքածու կամ ավտոկլավ	1	1	1	1	1
41. Միկրոսկոպ և հավելումներ	1	1	1	1	1
42. Հեմոգլոբինոմետր	1*	0	0	0	1
43. Վակուում էքստրակտոր	1	0	0	0	3
Ընդհանուրը	**39**	**33**	**34**	**59**	**37**

† / հին, կիրառման ենթակա

** / հին/վնասված, դ-վար կիրառվող*

Աղյուսակ 4. Ուսումնական նյութերի առկայությունը դիտարկված հինգ քոլեջներում

Դիտարկված գործիք/սարք	Քոլեջ 1 (Երևան)	Քոլեջ 2 (մարզ)	Քոլեջ 3 (մարզ)	Քոլեջ 4 (Երևան)	Քոլեջ 5 (մարզ)
	Այո	*Այո*	*Այո*	*Այո*	*Այո*
1. Կնոջ վերարտադրողական անատոմիան *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	✓
2. Տղամարդու վերարտադրողական անատոմիան *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	_	✓	✓	_
3. Հղիության նորմալ փոփոխություններ *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	✓
4. Պրենատալ դիսկոմֆորտ *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	_
5. Պտղի զարգացումը *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	✓
6. Ծննդաբերության փուլերը *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	✓
7. Պարանոցի լայնացում և պտղի իջեցում *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	✓
8. Ծննդաբերության մեխանիզմները պտտում և ֆիքսում *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	✓
9. Անոմալ դրսևորումներ (ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)	✓	✓	✓	✓	✓
10. Շեքահատում *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)* a. Ինչպես կատարել շեքահատում b. Ինչպես անզգայացնել շեքը շեքահատման ժամանակ եւ վերականգնել c. Շեքահատման տեսակները	✓	✓	✓	✓	✓
11. Շեքի և պարանոցի պատռում, վերականգնման տեխնիկան *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	✓
12. Պատանեկան (դեռահասի) աճ և զարգացում (Տանների փուլերը), *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	✓
13. Նորածնի վերակենդանացման պրոտոկոլ *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	_
14. Մեծահասակի վերակենդանացման պրոտոկոլ (*ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	_	_	✓	✓	_

15. Դիագրամներ կամ վիդեոներ ինֆեկցիայի կանխարգելման վերաբերյալ	✓	_	✓	✓	_
16. Մանկաբարձերի վարվելաձևի նորմեր *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	_	✓	✓
17. Կանանց իրավունքները (հասարակության և առողջապահական համակարգի պատասխանատվությունները) *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	_	✓	_	✓	_
18. Հակաբեղմնավորիչ միջոցներ (օրինակ ընտանիքի պլանավորման գրքույկներ մշակված USAID-ի, ԱՀԿ-ի, Ջոն Հոպկինս համալսարանի կողմից) *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	✓
19. Ընտանիքի պլանավորման ֆլիպչարտ	✓	✓	-	-	✓
20. Լակտացիոն ամենորեայի մեթոդը *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	✓
21. Օրացույցային մեթոդ *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	✓
22. Հղիության ժամկետի հաշվիչ (հղիության անիվ) *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	✓
23. Մայրական առողջության գրանցման գրքույկ (նույնացված տեղական պրակտիկայի հետ) *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	_	✓	✓	✓	✓
24 Պարտոգրամմա (Ծննդագիր) *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	_
25. Երկրում ընդունված հիվանդի գրանցման թերթիկների ձևանմուշներ a. Անտենատալ գրանցման թերթիկ b. Ներարգանդային խնամքի գրանցման թերթիկ c. Ընտանիքի պլանավորման հաճախորդի ձնվանմուշ b. Վերակենդանացման ձևանմուշ	✓	✓	✓	✓	_
25. Ընկերքի ձեռքային շերտազատում, *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	✓
26. Ուսային դիստոցիայի վարումը *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ*	-	✓	✓	✓	✓
27. Արգանդի երկձեռք կոմպրեսիա *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	✓
28. Աորտայի կոմպրեսիա *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	_
29. Կրծքով կերակրում/կրծքադրում *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	✓

30. Ընտանիքի պլանավորման ազգային պրոտոկոլ *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	_	_	_	✓	_
31. Ընտանիքի պլանավորման գլոբալ ձեռնարկ	✓	✓	✓	✓	_
32. Հավասարակշռված խորհրդատվական ռազմավարության նշան քարտեր (ՄԻԱՎ, սեռավարակներ)	_	✓	_	✓	✓
33. CD-ներ կամ փաստաթղթեր տեղային մշակույթի և սովորույթների վերաբերյալ	✓	_	_	✓	-
34. ԱՀԿ փաստաթղթերը հղիության և ծննդաբերության ինտեգրացված վարման վերաբերյալ	✓	✓	✓	✓	✓
35. Կնակենտրոն աբորտային կամ հետաբորտային խնամքի *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	✓
36. Դեղորայքային աբորտի համար նախատեսված *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*	✓	✓	✓	✓	✓

9. ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

Հավելված 1. Փաստաթղթերի ուսումնասիրման ստուգաթերթ

ՄՄԿ-ի չափորոշիչների հիման վրա Մանկաբարձական կրթական ծրագրի կոմպետենցիաների ուսումնասիրություն

1. COMPETENCY IN SOCIAL, EPIDEMIOLOGIC AND CULTURAL CONTEXT OF MATERNAL AND NEWBORN CARE					
Basic knowledge	**Not met**	**Partially met**	**Unspecified**	**Fully met**	**Comments**
Community and social determinants of health					
Community-based primary care, health promotion, disease prevention and control					
Community causes of maternal and neonatal mortality and morbidity					
How to conduct maternal/neonatal morbidity and mortality audits					
Principles of epidemiology					
Infection prevention: method					
Fundamentals of statistics and research; how to review evidence-based practice literature					
Advocacy for evidence-based midwifery practice to advance MCH public health policy					
Quality indicators for health services					

Health education: methods					
Structure of local health services					
National health services for maternal/newborn health					
Referral: communication and resources					
Legal and regulatory framework of reproductive health (laws, policies, guidelines)					
Human rights; women's rights					
Advocacy and empowerment strategies for women so their voices are heard					
Advocacy for normal physiologic labor & birth to enhance best outcomes for mothers and infants					
Local cultural beliefs and customs					
Traditional and modern health practices in the community (beneficial and harmful)					
Community birth settings – benefits and risks					
Communication and advocacy strategies for women					
Professional behavior	**Not met**	**Partially met**	**Unspecified**	**Fully met**	**Comments**
Responsibility and accountability					
Professional ethics, values, support of human rights					
Standards of practice					
Continuing professional development					

Universal/standard precautions/infection prevention					
Culturally and professionally appropriate behavior and communication style					
Respect for cultural beliefs and customs; unbiased behavior					
Confidentiality of client information					
Promotion of informed choice					
Collaboration and interdisciplinary teamwork					
Skills and/or abilities	**Not met**	**Partially met**	**Unspecified**	**Fully met**	**Comments**
Engaging in health education discussions					
Communication and listening					
Assembly, use and maintenance of equipment					
Recording of findings					
Registration of births and deaths					
Leadership in clinical settings					
2. COMPETENCY IN PRE-PREGNANCY CARE AND FAMILY PLANNING					
Basic Knowledge	**Not met**	**Partially met**	**Unspecified**	**Fully met**	**Comments**
Sexual growth and development					

Male and female reproductive anatomy and physiology					
Cultural norms and practices related to sexuality					
Components of health, family and genetic history-taking					
Physical examination and laboratory investigations					
Health education content related to sexual and reproductive health					
Pharmacokinetics of family planning commodities					
Natural family planning methods					
Modern medical and surgical methods of family planning					
Medical eligibility criteria for use of modern FP methods					
Elements of decision-making related to FP					
Signs and symptoms of reproductive tract infections					
Community-specific diseases that affect reproductive health					
Referral methods and resources relating to women's rights and health (e.g., domestic violence)					
Cervical cancer screening methods					
Skills	**Not met**	**Partially met**	**Unspecified**	**Fully met**	**Comments**
Conducting a reproductive health history					
Preconception counselling					
Conducting a physical examination					
Interpretation of results of laboratory tests common to reproductive health					

Interpretation of results of laboratory tests relevant to country-specific burden of disease					
Counselling women who are HIV positive, or status is unknown					
Midwifery provision of family planning methods and commodities (in accord with legal/regulatory authority)					
Advising about side effects of FP					
Management of side effects of FP					
Midwifery provision of emergency contraceptive medications					
Conduct of (or referral for) cervical cytology test					
3. COMPETENCY IN PROVISION OF CARE DURING PREGNANCY					
Basic knowledge	**Not met**	**Partially met**	**Unspecified**	**Fully met**	**Comments**
Human anatomy and physiology					
Biology of human reproduction					
Signs and symptoms of pregnancy					
Tests for confirmation of pregnancy					
Diagnosis of ectopic pregnancy					
Principles and methods for dating pregnancy					

Components of a focused antenatal history and physical examination					
Signs of female genital cutting and its effects of reproductive health					
Normal limits of results from community-relevant laboratory tests commonly performed in pregnancy					
Normal changes related to progression of pregnancy					
Indications and implications of deviations from expected fundal growth patterns					
Fetal risk factors requiring transfer of women to higher levels of care during the antenatal period					
Assessment of foetal well-being (heart tones, activity) Non-pharmacological measures for relief of common discomforts of pregnancy					
Nutritional needs during pregnancy					
Health education topics relevant during pregnancy					
Principles of pharmacokinetics of drugs commonly taken during pregnancy					
Maternal and foetal effects of prescribed and illicit drugs taken during pregnancy					
Maternal and foetal effects of smoking and alcohol during pregnancy					
Topics important to birth planning					
Topics important to preparation of home for the newborn					
Signs and symptoms of the onset of labour					

Relaxation and pain relief methods for use during labour					
Signs and symptoms of conditions that are life-threatening to woman or foetus during pregnancy					
Information relevant to counselling or care of the HIV+ woman, and prevention of maternal to child transmission					
Signs and symptoms and indications for referral for complications that arise during pregnancy (including but not limited to					
• Diabetes					
• Cardiac conditions					
• Mal-presentations/abnormal lies					
• Placental disorders					
• Pre-term labour					
Principles of malaria prevention and control *(optional)*					
Pharmacology of de-worming in pregnancy (*optional)*					
Preparation for breastfeeding					
Skills	**Not met**	**Partially met**	**Unspecified**	**Fully met**	**Comments**
Conduct of an interval antenatal history					
Physical examination					
Assessment of maternal vital signs					
Assessment of and provision of advice about maternal Nutrition					

Abdominal assessment					
Foetal growth assessment (manual)					
Assessment of foetal growth, placental placement, and amniotic fluid volume (ultrasound) *optional)*					
Assessment of foetal heart rate and activity					
Monitoring of foetal heart rate (ultrasound) *optional*					
Pelvic examination, including uterine sizing					
Clinical pelvimetry					
Calculation of the estimated date of delivery					
Counselling and health education about pregnancy progression and danger signs					
Teaching/demonstrating methods to decrease common discomforts of pregnancy					
Providing guidance for preparation for labour, birth and parenting					
Identification of variations from normal pregnancy; independent or collaborative management of					
• Low or inadequate maternal nutrition					
• Inadequate of excessive uterine growth					
• Signs and symptoms indicating onset of pre-eclampsia					
• Vaginal bleeding					
• Multiple gestation and/or abnormal lie					

• Intrauterine foetal death					
• Rupture of membranes prior to term					
• HIV positive status and/or AIDS					
• Hepatitis B and/or C positive					
Midwifery provision of selected, life-saving drugs (in accord with legal/regulatory authority)					
Identification of deviations from normal pregnancy progression and how to implement referral					
4. COMPETENCY IN PROVISION OF CARE DURING LABOUR AND BIRTH					
Basic knowledge	**Not met**	**Partially met**	**Unspecified**	**Fully met**	**Comments**
Physiology of first, second, and third stages of labour					
Anatomy of the foetal skull, diameters and landmarks					
Psychological and cultural aspects of labour and birth					
Indicators of latent phase and onset of active labour					
Indications for stimulation and augmentation of labour					
Normal progression of labour					
How to use the partograph (i.e., complete the record; interpret information to determine timely & appropriate labour management)					

Measures to assess foetal well-being in labour					
Mechanisms of labour and foetal descent					
Comfort measures in first and second stages of labour					
Pharmacological measures for control of labour pain, including risks and benefits					
Signs and symptoms of labour complications (including but not limited to)					
• Bleeding					
• Arrest of labour					
• Mal-presentation					
• Pre-eclampsia/eclampsia					
• Maternal and/or foetal distress					
• Infection					
• Prolapsed cord					
Principles of prevention of pelvic and perineal floor damage					
Indications for performing an episiotomy					
Principles of expectant (physiologic) management of 3rd stage of labour					
Principles of active management of 3rd stage of labour					

Principles underpinning technique for repair of perineal tears and episiotomy					
Indicators of need for emergency management, referral or transfer for obstetric complications					
Indicators of need for operative deliveries, vacuum extraction, use of forceps or symphisotomy					
Skills and/or abilities	**Not met**	**Partially met**	**Unspecified**	**Fully met**	**Comments**
Taking an interval history and maternal vital signs in labour					
Performing a focused physical examination in labour					
Abdominal assessment for foetal position and descent					
Timing and assessing the effectiveness of uterine contractions					
Pelvic examination for dilatation, effacement, descent, presenting part, position, status of membranes, and adequacy of pelvis for vaginal birth					
Monitoring progress of labour using partograph or similar tool					
Providing physical and psychological support during labour					
Facilitating presence of a support person during labour and birth					
Provision of hydration, nutrition and non-pharmacological comfort measures					
Midwifery provision of pharmacologic therapies during labour and birth (in appropriate settings)					

Bladder care					
Identification of abnormal labour patterns; mechanisms for consultation and/or referral					
Stimulation/augmentation of labour (nonpharmacologic)					
Simulate or augment uterine contractility, using pharmacologic agents (in appropriate birth settings)					
Administration of local anaesthetics to perineum					
Performing an episiotomy					
Hand manoeuvres for vertex birth					
Hand manoeuvres for face and breech deliveries					
Clamping and cutting the umbilical cord					
Performing life-saving interventions in obstetric emergencies (including but not limited to)					
• Prolapsed cord					
• Malpresentation					
• Shoulder dystocia					
• Foetal distress					
Management of cord around the baby's neck					
Support of physiologic management of 3rd stage of labour					
Conduct active management of 3rd stage of labour following most current evidence-based protocol					
• Administration of uterotonic drugs					

• Appropriate handling of cord					
• Performing uterine massage after delivery of placenta					
Inspection of placenta and membranes					
Fundal massage in immediate postpartum period					
Facilitation of mother/infant bonding					
Estimation and recording of blood loss					
Inspection of vagina and cervix for lacerations					
Episiotomy repair					
Repair of 1st and 2nd degree perineal or vaginal lacerations					
Management of postpartum bleeding and haemorrhage					
Midwifery provision of life-saving drugs (in accord with legal/regulatory authority)					
Manual removal of placenta					
Bimanual compression of uterus					
Aortic compression					
Identification and management of shock					
Mechanisms for referral and transfer in emergency situations					
Adult cardio-pulmonary resuscitation					
5. COMPETENCY IN PROVISION OF CARE FOR WOMEN DURING THE POSTPARTUM PERIOD					

Basic Knowledge	**Not met**	**Partially met**	**Unspecified**	**Fully met**	**Comments**
Physical and emotional changes that follow childbirth					
Physiology and process of lactation; common variations					
Importance of early breastfeeding for mother & child					
Maternal needs in postpartum (nutrition, rest, activity)					
Principles of parent/infant bonding and attachment					
Indicators of sub-involution					
Indicators of breastfeeding problems/complications					
Signs and symptoms of life threatening postpartum conditions (including but not limited to)					
• Persistent vaginal bleeding					
• Embolism					
• Pre-eclampsia/eclampsia					
• Mental depression (severe)					
Signs and symptoms of postnatal complications (including but not limited to)					
• Haematoma					
• Thrombophlebitis					

• Obstetric fistula					
Principles of provision of support for women/families who are bereaved					
Principles of support for adolescents, and victims of gender-based violence					
Principles of manual vacuum extraction to remove retained products of conception					
Principles of prevention of …					
• Maternal to child transmission of HIV					
• Tuberculosis					
• Hepatitis B and C					
Methods of family planning appropriate for use in the immediate postpartum period					
How/where to access community-based postpartum services					
Skills	**Not met**	**Partially met**	**Unspecified**	**Fully met**	**Comments**
Taking a selective postpartum history					
Performing a focused physical examination of mother					
Provision of information and support for families who are bereaved					
Assessment of uterine involution and healing of lacerations and/or repairs					
Initiate and support early breastfeeding (within the first hour)					
Expression and storage of breast milk					

Maternal self-assessment and self-care in postpartum					
Provision of family planning services in the postpartum period					
First-line treatment for postpartum complications					
Provision of emergency treatment/referral of late postpartum haemorrhage					
6. COMPETENCY IN POSTNATAL CARE OF THE NEWBORN					
Basic Knowledge	**Not met**	**Partially met**	**Unspecified**	**Fully met**	**Comments**
Elements of assessment of immediate & subsequent condition of newborn (including APGAR scoring system, or other method of assessment of breathing and heart rate)					
Principles of newborn adaptation					
Basic needs of newborn: established breathing, warmth, nutrition, attachment (bonding)					
Advantages of various methods of newborn warming (including skin-to-skin)					
Methods and means of assessment of gestational age					
Characteristics of low birth weight infants and their special needs					
Characteristics of the healthy newborn					

Normal growth and development of the preterm infant					
Normal newborn and infant growth and development					
Common variations in the normal newborn					
Elements of health promotion and prevention of disease in newborns and infants, including daily care needs					
Immunization schedules, risks, benefits					
Traditional or cultural practices related to the newborn					
Principles of infant nutrition, feeding cues, and infant feeding options for babies (including those born to HIV+ mothers)					
Signs, symptoms & indications for referral or transfer for selected newborn complications (including, but not limited to)					
• Jaundice					
• Hypoglycaemia					
• Infection					
• Newborn syphilis					
Skill	**Not met**	**Partially met**	**Unspecified**	**Fully met**	**Comments**
Provide immediate care to the newborn, including drying, warming, ensuring that breathing is established, cord clamping and cutting when pulsation ceases.					
Assess the immediate condition of newborn (e.g., APGAR scoring or other assessment method of breathing and heart rate)					

Use methods to maintain newborn body temperature					
Begin emergency measures for respiratory distress (newborn resuscitation, suctioning in case of airway obstruction, hypothermia, hypoglycaemia)					
Provide care for the low birth weight baby Perform screening physical examination; identify conditions incompatible with life					
Perform gestational age assessment					
Provide routine care of the newborn; compliance with local guidelines (including but not limited to)					
• Eye care					
• Medication/immunization					
• Screening tests					
• Birth registration					
Support/provide instructions for breastfeeding					
Recognize indications of need, stabilize & transfer at-risk newborn to emergency care facility when available					
Identification of newborn danger signs; education of parents regarding same					
Monitoring normal growth and development; education of parents regarding same					
Methods of support for parents during transport/transfer/separation from infant					

Methods of support for parents of multiple births					
Methods of support for babies born to HIV+ mothers					
7. COMPETENCY IN FACILITATION OF ABORTION-RELATED CARE					
Basic Knowledge	**Not met**	**Partially met**	**Unspecified**	**Fully met**	**Comments**
Policies, protocols, laws and regulations related to abortion-related services					
Factors involved in decisions relating to unintended or mistimed pregnancies					
Family planning methods appropriate for use during the post-abortion period					
Medical eligibility criteria for all available abortion methods					
Care, information and support that is needed during and after miscarriage or abortion; community resources					
Normal process of involution, physical and emotional healing following miscarriage or abortion					
Signs and symptoms of sub-involution and/or incomplete abortion					
Signs and symptoms of abortion complications and life threatening conditions					

Pharmacotherapeutic basics of drugs recommended for use in medication abortion					
Principles of uterine evacuation via manual vacuum aspiration					
Skills	**Not met**	**Partially met**	**Unspecified**	**Fully met**	**Comments**
Assessment of gestational age of foetus/pregnancy gestation					
Counselling women about available services related to abortion decision-making					
Conducting clinical and social history to identify contraindications to medication or aspiration abortion					
Counselling regarding sexuality and family planning post-abortion					
Providing family planning services concurrent with abortion services					
Assessment of uterine involution					
Education of mother for self-care and identification of complications					
Identification of indicators of abortion-related complications; emergency management and referral resources					

Հավելված 2. Որակական հարցազրույցի ուղեցույցեր

Խմբակային հարցազրույցի ուղեցույց մանկաբարձական ծրագրի դասախոսների համար

Վայր ____

Ամսաթիվ ____

Ժամ ____

Հարցազրուցավար ____

Նշումներ կատարող ____

Ողջունել և ներկայացնել հետազոտական թիմի անդամներին

Ներկայանալ: Ողջունել մասնակիցներին, ներկայացնել համաձայնության ձևը և շնորհակալություն հայտնել մասնակցության համար:

Գաղտնիության ապահովում և կամավոր մասնակցություն

Կցանկանայի մեկ անգամ ևս նշել, որ ձեր կողմից տրամադրված ինֆորմացիան ամբողջովին կմնա գաղտնի: Մեր վերցրած գրառումները և ձայնագրությունը կպահվեն չպարունակելով որևէ ինֆորմացիա, որը կբացահայտի ձեր անձը և կոչնչացվի ծրագրի ավարտից հետո: Ձեր անունը կամ պաշտոնը չի նշվի ոչ մի զեկույցում: Ձեր համաձայնությամբ ես կձայնագրեմ մեր հարցազրույցը կամ գրառումներ կվերցնեմ հարցազրույցի ընթացքում՝ Ձեր կողմից տրամադրված որևէ ինֆորմացիա բաց չթողնելու նպատակով: Դուք համաձա՞յ և եք, որ ես միացնեմ ձայնագրիչը: Խնդրում եմ ասել ԱՅՈ կամ ՈՉ: Եթե Դուք պատրաստ եք մենք կարող ենք սկսել:

Ծրագրի ծանոթացում

Ինչպես արդեն նշեցի համաձայնության ձևի մեջ, այս ծրագրի նպատակն է գնահատել բուժքույրերի գործունեությունը Հայաստանում: Աշխատելով մանկաբարձական ծրագրում որպես դասախոս, դուք կարող եք մեզ տրամադրել այդ ոլորտի վերաբերյալ կարևոր ինֆորմացիա: Ես կխնդրեի ձեզ պատասխանել որոշ հարցերի և կիսել մեզ հետ ձեր փորձը և կարծիքը, որը կօգնի մեզ հասկանալ, թե ինչպիսին է մանկաբարձական կրթության վիճակը Հայաստանում:
Մինչ բուն հարցազրույցը սկսելը, կխնդրեի լրացնել հետևյալ հարցերը ձեր մասին: (Բաժանել դեմոգրաֆիկ ձևերը):

Բուն հարցազրույց

Ծրագրի դասախոսական կազմը

1. Ինչպիսի՞ մասնագետներ են ընդգրկված մանկաբարձական գործ ծրագրում որպես դասախոսներ (բժիշկներ, աշխատող մանկաբարձուհիներ և/կամ բուժքույրեր): Կան արդյո՞ք հատուկ պահանջներ մակաբարձական ծրագրում դասախոս աշխատելու համար: Նկարագրե՞ք ձեր փորձառությունը:

2. Ձեր կարծիքով դասախոսական կազմը կարիք ունի՞ շարունակաբար հարստացնել իր մասնագիտական գիտելիքները: Ի՞նչ կարող եք պատմել ուսուցման ծրագիրը սկսելուց առաջ կամ ուսուցման ընթացքում ձեր շարունակական կրթության/վերապատրաստումների մասին: (Դուք մասնակցու՞մ եք վերապատրաստումների և որքա՞ն հաճախ եք մասնակցում: Ինչպիսի՞ վերապատրաումներ են դրանք): Ձեր կարծիքով, ի՞նչ կարող է արվել, որպեսզի դասախոսներն ունենան ավելի շատ հնարավորություններ գիտելիքների հարստացման համար:

3. Ինչպիսի՞ կարծիք ունեք ձեր քոլեջի անձնակազմի որակավորման և հմտությունների մասին: (Տնօրեն- կառավարիչ/կազմակերպիչ, դասախոսական կազմ (գործնական և տեսական), այլ ոլորտների մասնագետներ): Որքանո՞վ է նրանց որակավորումը համապատասխանում ընդունված ազգային կամ միջազգային կրթական ստանդարտներին: Ձեր կարծիքով կարիք կա՞ փոփոխությունների, եթե այո, ապա ի՞նչ կառաջարկեիք:

<u>**Կրթական ծրագիր**</u>

4. Ինչպիսի՞ կարծիք ունեք մանկաբարձական կրթական ծրագրի բովանդակության մասին: Ըստ Ձեզ կրթական ծրագրի բովանդակությունը բարելավելու համար կա արդյո՞ք կանոնակարգային կամ ծրագրային փոփոխությունների կարիք: Եթե այո, նշեք խնդրեմ այն փոփոխությունները, որոնք կցանկանայիք տեսնել:

5. Ձեր հաստատությունում մանկաբարձական կրթական ծրագրի վերանայում իրականացվու՞մ է, ի՞նչ հաճախականությամբ: Դասախոսական կազմը մասնակցու՞մ է կրթական ծրագրի պարբերական վերանայմանը, եթե այո, ապա ինչպե՞ս: Ձեզանից բացի ովքե՞ր են ներգրավված այդ գործընթացում (ուսանողներ, շրջանավարտներ, բուժաշխատողներ/մանկաբարձներ):

6. Կասե՞ք խնդրեմ, դուք իրավունք ունե՞ք մանկաբարձական կրթական ծրագրում դասընթացի նպատակները փոփոխելու: (Օրինակ՝ որևէ ուսուցման արդյուք կամ կատարման չափանիշ ավելացնել կամ պակասեցնել): Որքանո՞վ եք ազատ այդիպիսի փոփոխություններ կատարելու և երբևէ կատարել եք նման փոփոխություններ: Կբերե՞ք օրինակ:

7. Կրթական նյութերը մշակելիս հետևու՞մ եք որևէ տեղական կամ միջազգային ստանդարտների, եթե այո, ապա որո՞նք են այդ ստանդարտները:

8. Նկարագրե՞ք խնդրեմ մանկաբարձական ծրագրի ուսուցման մեթոդները: Ինչպիսի՞ ուսուցման մեթոդներ եք կիրառում Ձեր առարկան դասավանդելիս: (պասի՞վ, թե՞ ինտերակտիվ, ուսանողի կողմից ինքնուրու՞յն ուսումնական գործունեություն, թե՞ թիմային, հմտությունների վրա հիմնվա՞ծ, թե՞ այլ): Ի՞նչ աղբյուրներից եք օգտվում ուսումնական մեթոդների մշակման համար: Ձեր կարծիքով մանկաբարձական ծրագիրը ուսուցման մեթոդները ապացույցի վրա հիմնվա՞ծ են:

9. Ինչպե՞ս կնկարագրեիք Ձեր ուսանողների գործնական/պրակտիկ փորձառությունները տարբեր բաժիններում: Ինչպե՞ս կգնահատեիք նրանց գործնական փորձառությունները: Ձեր ուսանողները մանկաբարձի կամ մանկաբարձ/դասախոսի անմիջական հսկողության ներքո պրակտիկա անցու՞մ են: Իսկ որքանո՞վ են կարողանում մասնակցել/ներգրավված լինել մանկաբարձական խնամքի տրամադրմանը:

10. Ձեր կարծիքով կարիք կա՞ փոփոխություններ կատարել գործնական/պրակտիկ ուսուցման մեջ, եթե այո, ապա որո՞նք են այն փոփոխությունները, որ կցանկայիք տեսնել:

11. Նկարագրե՞ք խնդրեմ մանկաբարձական կրթական ծրագրում տեսական և գործնական գիտելիքների հարաբերակցությունը: Ձեր կարծիքով արդյո՞ք այդ հարաբերակցությունը օպտիմալ է: Իսկ դասախոս և ուսանող թվի հարաբերակցությունն ինչպիսի՞նն է, արդյոք տվյալ առարկան դասավանդող

դասախոսների թիվը կարող է փոխվել ուսանողների թվից կախված: Դուք ունե՞ք որևէ առաջարկ տեսական և/կամ գործնական գիտելիքները բարելավելու համար:

12. Նկարագրե՞ք խնդրեմ այն նվազագույն հմտությունները որոնք ակնկալվում են մանկաբարձական գործ ծրագրի շրջանավարտներից ծրագիրը բարեհաջող ավարտելու դեպքում: Ի՞նչ կարող եք պատմել ծրագրի շրջանավարտների հմտությունների մասին (Ձեզ բավարարում են նրանց հմտությունները, թե՞ կարիք կա հմտությունների բարելավման):

Ուսանողի գիտելիքների գնահատում

13. Նկարագրե՞ք խնդրեմ, թե ի՞նչ մեթոդներով եք գնահատում ուսանողների գիտելիքները և աճը: Ձեր կարծիքով գնահատման այդ մեթոդները ճշգրտորեն արտացոլու՞մ են ուսանողների ընդունակությունները. ուսանողների գիտելիքները, վարքագիծը, պրակտիկ հմտությունները, քննադատական մտածողությունը, որոշում կայացնելու, ներանձնային հարաբերությունների/ հաղորդակցման հմտությունները գնահատելու համար բավարար համապարփա՞կ են: Գնահատման մեթոդները կարիք ունե՞ն բարելավումների, եթե այո, ապա ինչպե՞ս:

14. Նկարագրե՞ք խնդրում եմ ուսանողների պրակտիկ ուսուցումը գնահատելու մեթոդը և գործընթացը: Ի՞նչ կարծիք ունեք գործնական/կլինիկական և տեսական առարկաներ դասավանդող դասախոսների համագործակցության կարևորության մասին: Որքանո՞վ է այն կարևոր պրակտիկ ուսուցմանն աջակցելու, դիտարկելու և գնահատելու համար: Ի՞նչ կառաջարկեիք այդ համագործակցությունները բարելավելու համար:

Ռեսուրսներ և հարմարություններ

15. Ինչպե՞ս կնկարագրեիք ուսուցման համար անհրաժեշտ ռեսուրսները Ձեր ծրագրում: (Օրինակ՝ շենքային պայմանները, սարքավորումները, գրադարանը, հաստատությունները): Ձեր կարծիքով այս ռեսուրսները բավարա՞ր են ծրագրի համար: Կարծում եք, այդ ռեսուրսները բարելավելու համար հնարավո՞ր ծրագրային փոփոխություններ իրականացնել: Եթե այո, ապա ի՞նչ փոփոխություն կառաջարկեիք:

16. Ծրագիրն ունի՞ ստիմուլյացիոն կենտրոն կամ որևէ ստիմուլյացիոն կենտրոն հասանելի՞ է նրանց մանկաբարձական հմտություններ ուսուցանելու համար: (ստիմուլյացիոն սենյակ – սենյակ, որտեղ ուսանողները մոդելների, մուլյաժների միջոցով իրականացնում են իրական պրակտիկ գործողություններ՝ անհրաժեշտ հմտություններ ձեռք բերելու համար): Ի՞նչ կասեք շտապօգնության սարքավորումների և հարմարությունների հասանելիության մասին:

Ամփոփիչ հարցեր

17. Եթե համեմատենք միջազգային գործելակերպի հետ, ինչպե՞ս կգնահատեիք մեր երկրում մանկաբարձների ունակությունները/հմտությունները մանկաբարձական խնամք/ծառայություն իրականացնելիս:

18. Որո՞նք են այն հիմնական մարտահրավերները, որոնց հետ բախվում եք Հայաստանում մանկաբարձական կրթություն տրամադրելիս: Կան արդյո՞ք լրացուցիչ առաջարկություններ, որ կցանկայիք ներկայացնել Հայաստանում մանկաբարձական կրթության բարելավման նպատակով:

19. Կա արդյո՞ք որևէ բան, որ կցանկանայիք ավելացնել մանկաբարձական կրթության մասին Հայաստանում, սակայն մենք չխոսեցինք այդ մասին:

Շնորհակալություն մասնակցության համար

Խմբակային հարցազրույցի ուղեցույց ուսանողների համար

Վայր ____

Ամսաթիվ ____

Ժամ ____

Հարցազրուցավար ____

Նշումներ անող ____

Ողջունել և ներկայացնել հետազոտական թիմի անդամներին

Ներկայանալ: Ողջունել մասնակիցներին, ներկայացնել համաձայնության ձևը և շնորհակալություն հայտնել մասնակցության համար:

Գաղտնիության ապահովում և կամավոր մասնակցություն

Կցանկանայի մեկ անգամ ևս նշել, որ ձեր կողմից տրամադրված ինֆորմացիան ամբողջովին կմնա գաղտնի: Մեր վերցրած գրառումները և ձայնագրությունը կպահվեն չպարունակելով որևէ ինֆորմացիա, որը կբացահայտի ձեր անձը և կոչնչացվի ծրագրի ավարտից հետո: Ձեր անունը կամ պաշտոնը չի նշվի ոչ մի զեկույցում: Ձեր համաձայնությամբ ես կձայնագրեմ մեր հարցազրույցը կամ գրառումներ կվերցնեմ հարցազրույցի ընթացքում՝ Ձեր կողմից տրամադրված որևէ ինֆորմացիա բաց չթողնելու նպատակով: Դուք համաձա՞յ ն եք, որ ես միացնեմ ձայնագրիչը: Խնդրում եմ ասել ԱՅՈ կամ ՈՉ: Եթե Դուք պատրաստ եք մենք կարող ենք սկսել:

Ծրագրի ծանոթացում

Ինչպես արդեն նշեցի համաձայնության ձևի մեջ, այս ծրագրի նպատակն է մանկաբարձական կրթությունը Հայաստանում: Հանդիսանալով մանկաբարձական ծրագրում սովորող ուսանողներ, դուք կարող եք մեզ տրամադրել այդ ոլորտի վերաբերյալ կարևոր ինֆորմացիա: Ես կխնդրեի ձեզ պատասխանել որոշ հարցերի և կիսել մեզ հետ ձեր փորձը և կարծիքը, որը կօգնի մեզ հասկանալ, թե ինչպիսին է

մանկաբարձական կրթության վիճակը Հայաստանում: Մինչ բուն հարցազրույցը սկսելը, կխնդրեի լրացնել հետևյալ հարցերը ձեր մասին: (Բաժանել դեմոգրաֆիկ ձևերը):

Բուն հարցազրույց

1. Նկարագրեք խնդրեմ ձեր մանկաբարձական ծրագրի ընդունելության պահանջները: (Որո՞նք են, օրինակ, ընդունվելու չափանիշները, քննությունները կամ նախորդող պահանջված կրթությունը): Կպատմե՞ք ձեր փորձը: Որքանո՞վ էր թափանցիկ ձեզ համար ընդունելության գործընթացը:

2. Ի՞նչ եք կարծում ուսումն ավարտելուց հետո կկարողանա՞ք աշխատանք գտնել: (Ձեր կարծիքով մանկաբարձական գործ ծրագիրը ավարտելը հնարավորություն կտա՞ գտնելու լավ աշխատանք և ինչպե՞ս:)

<u>**Ծրագրի դասախոսական կազմը**</u>

3. Ինչպիսի՞ մասնագետներ են ընդգրկված մանկաբարձական գործ ծրագրում որպես դասախոսներ: (Բժիշկներ, աշխատող մանկաբարձուհիներ և/կամ բուժքույրեր): Ի՞նչ կասեք ձեզ ուսուցանող դասախոսների որակավորման և կրթության վերաբերյալ: Ի՞նչ կասեք նրանց վերապատրաստումների մասին: Ձեր կարծիքով փոփոխությունների կարիք կա՞, եթե այո, ապա ինչպիսի՞ փոփոխություններ կառաջարկեք:

<u>**Ծրագրային կանոնակարգեր**</u>

4. Դուք ծանո՞թ եք ձեր մանկաբարձական ծրագրում կամ քոլեջում գործող կանոնակարգերի: (Կանոնակարգեր որոնք կնկարագրեն ուսանողների իրավունքների և պարտականությունների մասին, ուսանողների դիմումներին և բողոքներին պատասխանելու սահմանված կարգ, և ծրագրային գործունեության

մեջ ուսանողների ներգրավվածությունն ապահովելու մեխանիզմներ ու, ուսանողների կողմից կրթական ծրագիրը, դասախոսական կազմը գնահատելու հնարավորությունները): Արդյո՞ք կան սահմանված այդպիսի ծրագրային կանոնակարգեր: Օրինակ` դուք գիտե՞ք Ձեր իրավունքներն ու պարտականությունները, ինչպե՞ս եք ներկայացնում Ձեր դիմումներն ու բողոքները: Դուք ունե՞ք հնարավորություն մանկաբարձական կրթական ծրագրիրը կամ դասախոսական կազմին գնահատելու:

<u>Կրթական ծրագիր</u>

5. Ինչպիսի՞ կարծիք ունեք մանկաբարձական կրթական ծրագրի բովանդակության մասին: Ըստ Ձեզ՝ փոփոխություններ անելու կարիք կա՞ այն բարելավելու համար: Օրինակ՝ առարկաների, դրանց տրամադրվող ժամաքանակի կամ հերթականության մեջ: Եթե այո, նշեք խնդրեմ այն փոփոխությունները, որոնք կցանկանայիք տեսնել:

6. Ինչպե՞ս կնարագրեք մանկաբարձական գործ ծրագրի ուսուցման մեթոդները: (Պասի՞վ, թե՞ ինտերակտիվ մեթոդներ են, ուսանողի կողմից ինքնուրու՞յն ուսումնական գործունեություն, թե՞ թիմային): Ձեզ համար, որպես ուսանողի, ով սովորում է ծրագրում, արդյո՞ք ուսուցման մեթոդները բավարար օգտակար և արդյունավետ են: Ըստ Ձեզ ուսուցման մեթոդները կարիք ունե՞ն բարելավվելու, եթե ունենայիք հնարավորություն, ապա ինչպե՞ս կբարելավեիք դրանք:

7. Ինչպե՞ս կնկարագրեք Ձեր պրակտիկ փորձառությունները տարբեր բաժիններում: Դուք մանկաբարձի կամ մանկաբարձ/դասախոսի անմիջական հսկողության ներքո պրակտիկա անցու՞մ եք: Իսկ որքանո՞վ եք կարողանում մասնակցել/ներգրավված լինել մանկաբարձական խնամքի տրամադրմանը:

8. Ըստ Ձեզ կարիք կա՞ կատարել փոփոխություններ պրակտիկ կրթությունը բարելավելու համար, եթե այո, ապա ինչո՞ւ և որո՞նք են այն փոփոխությունները, որոնք կցանկանաք տեսնել:

9. Կնարագրե՞ք խնդրեմ տեսական և պրակտիկ գիտելիքների հարաբերակցությունը ծրագրում: Ձեր կարծիքով այս հարաբերակցությունը օպտիմա՞լ է: Օրինակ՝ ձեր կարծիքով տեսական դասերը գերակշռու՞մ են պրակտիկ դասերին կամ հակառակը: Ունե՞ք որևէ առաջարկություն բարելավելու տեսական և պրակտիկ գիտելիքները:

10. Ձեր կարծիքով մանկաբարձական գործ ծրագիրը հաջողությամբ ավարտելուց հետո կկարողանա՞ք ինքնուրույն տրամադրել մանկաբարձական խնամք, առանց հսկողության: Կմանրամասնե՞ք ինչու եք այդպես կարծում:

<u>Ռեսուրսներ, հարմարություններ</u>

11. Ինչպե՞ս կնկարագրեիք ուսուցման համար անհրաժեշտ ռեսուրսները (շենքային պայմանները, սարքավորումները, գրադարանը, հաստատությունները) Ձեր ծրագրում: Ձեր կարծիքով այս ռեսուրսները բավարա՞ր են ծրագրի համար: Կարծում եք փոփոխությունների կարի՞ք կա այդ ռեսուրսները բարելավելու համար: Ինչպիսի՞ փոփոխություններ կառաջարկեիք:
12. Ձեր ծրագիրն ունի՞ ստիմուլյացիոն կենտրոն, եթե այո, ապա այն հասանելի՞ է Ձեզ: (ստիմուլյացիոն սենյակ – սենյակ, որտեղ իրականացվում է իրական պրակտիկ բժշկական գործողություններ մոդելների, մուլյաժների միջոցով անհրաժեշտ հմտություններ ձեռք բերելու համար): Ձեր կարծիքով որքանո՞վ է կարևոր և օգտակար ստիմուլյացիոն սենյակների առկայությունը ծրագրում: Իսկ ի՞նչ կասեք շտապօգնության սարքավորումների ու հարմարությունների հասանելիության մասին:

Ուսանողի գնահատում

13. Նկարագրեք խնդրեմ, թե ի՞նչ մեթոդներով են գնահատվում ձեր գիտելիքները և մասնագիտական աճը: Ձեր կարծիքով գնահատման այդ մեթոդները ճշգրտորեն արտացոլու՞մ են ձեր ընդունակությունները: Օրինակ, այդ մեթոդները բավարար համապարփա՞կ են գնահատելու համար ձեր գիտելիքները, վարքագիծը, պրակտիկ հմտությունները, քննադատական մտածողությունը, որոշում կայացնելը, ներանձնային հարաբերությունների/ հաղորդակցման հմտությունները: Գնահատման մեթոդները կարիք ունե՞ն բարելավումների, եթե այո, ապա որո՞նք են:
14. Նկարագրե՞ք խնդրում եմ ձեր պրակտիկ ուսուցումը գնահատելու մեթոդը և գործընթացը: Ինչպե՞ս է դա տեղի ունենում: Ի՞նչ կարծիք ունեք գործնական և տեսական առարկաների դասախոսների համագործակցության կարևորության մասին: Որքանո՞վ է այն կարևոր պրակտիկ ուսուցմանն աջակցելու, դիտարկելու և գնահատելու համար: Ի՞նչ կառաջարկեիք այդ համագործակցությունները բարելավելու համար:

15. Որո՞նք են այն հիմնական բարդությունները, որոնց հետ բախվում եք Հայաստանում մանկաբարձական կրթություն ստանալիս: Կան արդյո՞ք լրացուցիչ առաջարկություններ, որ կցանակայիք ներկայացնել Հայաստանում մանկաբարձական կրթության բարելավման նպատակով:

16. Կա արդյո՞ք որևէ բան, որ կցանկանայիք ավելացնել մանկաբարձական կրթության մասին, սակայն մենք չհարցրեցինք:

Շնորհակալություն մասնակցության համար

Խորացված անհատական հարցազրույցի ուղեցույց մանկաբարձական ծրագրի ղեկավարների համար

Վայր ____

Ամսաթիվ ____

Ժամ ____

Հարցազրուցավար ____

Նշումներ կատարող ____

Ներկայանալ: Ողջունել մասնակցին, շնորհակալություն հայտնել մասնակցության համար և ներկայացնել համաձայնության ձևը:

Գաղտնիության ապահովում և կամավոր մասնակցություն

Կցանկանայի մեկ անգամ ևս նշել, որ ձեր կողմից տրամադրված ինֆորմացիան ամբողջովին կմնա գաղտնի: Մեր վերցրած գրառումները և ձայնագրությունը չեն պարունակի որևէ ինֆորմացիա, որը կբացահայտի ձեր անձը և կոչնչացվեն ծրագրի ավարտից հետո: Ձեր անունը կամ պաշտոնը չի նշվի ոչ մի զեկույցում: Ձեր համաձայնությամբ ես կձայնագրեմ մեր հարցազրույցը կամ գրառումներ կվերցնեմ հարցազրույցի ընթացքում՝ Ձեր կողմից տրամադրված որևէ ինֆորմացիա բաց չթողնելու նպատակով: Դուք համաձա՞յն եք, որ ես միացնեմ ձայնագրիչը: Եթե Դուք պատրաստ եք մենք կարող ենք սկսել:

Ծրագրի ծանոթացում

Ինչպես արդեն նշեցի համաձայնության ձևի մեջ, այս ծրագրի նպատակն է գնահատել մանկաբարձական կրթությունը Հայաստանում: Լինելով մանկաբարձական ծրագրի

ղեկավար, դուք կարող եք մեզ տրամադրել այդ ոլորտի վերաբերյալ կարևոր ինֆորմացիա: Ես կխնդրեի ձեզ պատասխանել որոշ հարցերի և կիսել մեզ հետ ձեր փորձը և կարծիքը, որը կօգնի մեզ հասկանալ, թե ինչպիսին է մանկաբարձական կրթության վիճակը Հայաստանում:

Մինչ բուն հարցազրույցը սկսելը, կխնդրեի լրացնել հետևյալ հարցերը ձեր մասին: (Տրամադրել դեմոգրաֆիկ ձևը):

Բուն հարցազրույց

20. Նկարագրեք խնդրեմ մանկաբարձական ծրագրի ընդունելության պահանջները: (Որո՞նք են, օրինակ, ընդունվելու չափանիշները, քննություններ կամ նախորդող կրթությունը): Ինչպե՞ս եք ապահովում ընդունելության թափանցիկությունը:

21. Տարեկան միջինում քանի՞ շրջանավարտ է ունենում ձեր մանկաբարձական ծրագիրը: Դուք տեղյա՞կ եք, թե միջինում նրանցից քանիսն են աշխատում այդ մասնագիտությամբ:

<u>Ծրագրի դասախոսական կազմը</u>

22. Ինչպիսի՞ մասնագետներ են ընդգրկված մանկաբարձական ծրագրում, որպես դասախոսներ (բժիշկներ, աշխատող մանկաբարձուհիներ և/կամ բուժքույրեր): Կան արդյո՞ք հատուկ պահանջներ մակաբարձական ծրագրում դասախոս կամ ծրագրի ղեկավար աշխատելու համար: Կնկարագրե՞ք:
23. Ինչպիսի՞ կարծիք ունեք ձեր քոլեջի անձնակազմի որակավորման և հմտությունների մասին (Տնօրեն - կազմակերպիչ, դասախոսական կազմ (կլինիկական և տեսական), այլ ոլորտների մասնագետներ)): Ձեր կարծիքով դասախոսական կազմը կարիք ունի՞ շարունակաբար հարստացնել իր մասնագիտական գիտելիքները: Ի՞նչ կարող եք ասել շարունակական

կրթության/վերապատրաստումների մասին: (Դասախոսական կազմը մասնակցու՞մ է վերապատրաստումների և որքա՞ն հաճախ է մասնակցում: Ինչպիսի՞ վերապատրասումներ են դրանք և ո՞վ է կազմակերպում:) Ձեր կարծիքով, ի՞նչ կարող է արվել, որպեսզի դասախոսներն ունենան ավելի շատ հնարավորություններ գիտելիքների հարստացման համար:

24. Նկարագրե՞ք խնդրում եմ ուսանողների պրակտիկ ուսուցումը գնահատելու մեթոդը և գործընթացը: Ի՞նչ կարծիք ունեք գործնական և տեսական առարկաների դասախոսների համագործակցության կարևորության մասին: Որքանո՞վ է այն կարևոր պրակտիկ ուսուցմանն աջակցելու, դիտարկելու և գնահատելու համար: Ի՞նչ կառաջարկեիք այդ համագործակցությունները բարելավելու համար:

<u>Ծրագրային կանոնակարգեր</u>

25. Դուք ունե՞ք մանկաբարձական ծրագրում կամ ձեր քոլեջում մշակված որևէ կանոնակարգ: (Կանոնակարգեր որոնք կնկարագրեն ուսանողների իրավունքների և պարտականությունների մասին, ուսանողների դիմումներին և բողոքներին պատասխանելու սահմանված կարգ, ծրագրային գործունեության մեջ ուսանողների ներգրավվածությունն ապահովելու մեխանիզմներ և ուսանողների կողմից կրթական ծրագիրը, դասախոսական կազմը գնահատելու հնարավորությունները): Եթե ոչ, ապա ինչպե՞ս եք լուծում վերոնշյալ խնդիրները: Եթե այո, ապա կարո՞ղ ենք տեսնել այդ կանոնակարգը *(նայել փաստաթուղթը հարցազրույցի վերջում)*:

<u>Կրթական ծրագիրը</u>

26. Կրթական ծրագիրը մշակելիս հետևու՞մ եք պետական կամ միջազգային որևէ ստանդարտների, եթե այո, ապա որո՞նք են այդ ստանդարտները:

27. Ի՞նչ կարծիք ունեք մանկաբարձական կրթական ծրագրի բովանդակության մասին: Ըստ Ձեզ կրթական ծրագրի բովանդակությունը բարելավելու համար կա արդյո՞ք կանոնակարգային կամ ծրագրային փոփոխությունների կարիք: Եթե այո, ապա խնդրում եմ նշեք թե ի՞նչ փոփոխություն եք առաջարկում:

28. Կազմակերպու՞մ եք արդյոք կրթական ծրագրի պարբերական վերանայումներ: Եթե այո, կնկարագրեք խնդրեմ ընթացքը (Ովքե՞ր են մասնակցում կրթական ծրագրի պարբերական վերանայումներին/ թարմացումներին (ուսանողներ, շրջանավարտներ, պրակտիկ բուժաշխատողներ), այն հանդիսանու՞մ է որակի ապահովման բաղկացուցիչ մաս):

29. Կնկարագրե՞ք խնդրեմ մանկաբարձական ծրագրի ուսուցման մեթոդները. ինչպիսի՞ ուսուցման մեթոդներ են կիրառվում (պասի՞վ, թե՞ ինտերակտիվ, ուսանողի կողմից ինքնուրու՞յն ուսումնական գործունեություն, թե՞ թիմային, հմտությունների վրա հիմնվա՞ծ, թե՞ այլ): Ի՞նչ աղբյուրներից են օգտվում ուսումնական մեթոդների մշակման համար (արդյո՞ք ուսուցման մեթոդները ապացույցների վրա հիմնված են):

30. Ինչպե՞ս կնկարագրեիք Ձեր ուսանողների պրակտիկ/գործնական փորձառությունները տարբեր բաժիններում: Ինչպե՞ս կգնահատեիք նրանց պրակտիկ փորձառությունը: Ձեր ուսանողները մանկաբարձի կամ մանկաբարձ/դասախոսի անմիջական հսկողության ներքո պրակտիկա անցու՞մ են: Իսկ որքանո՞վ են կարողանում մասնակցել/ներգրավված լինել մանկաբարձական խնամքի տրամադրմանը:

31. Ձեր կարծիքով կարիք կա՞ փոփոխություններ կատարել գործնական/պրակտիկ ուսուցման մեջ, եթե այո, ապա որո՞նք են այն փոփոխությունները, որ կցանկայիք տեսնել:

32. Նկարագրե՞ք խնդրեմ մանկաբարձական կրթական ծրագրում տեսական և գործնական գիտելիքների հարաբերակցությունը: Ձեր կարծիքով արդյո՞ք այդ հարաբերակցությունը օպտիմալ է: Իսկ դասախոս և ուսանող թվի հարաբերակցությունն ինչպիսի՞նն է, արդյոք տվյալ առարկան դասավանդող դասախոսների թիվը կարող է փոխվել ուսանողների թվից կախված: Դուք ունե՞ք որևէ առաջարկ տեսական և/կամ գործնական գիտելիքները բարելավելու համար:

33. Նկարագրե՞ք խնդրեմ այն նվազագույն հմտությունները որոնք ակնկալվում են մանկաբարձական գործ ծրագրի շրջանավարտներից ծրագիրը բարեհաջող ավարտելու դեպքում: Ի՞նչ կարող եք պատմել ծրագրի շրջանավարտների հմտությունների մասին (Ձեզ բավարարում են նրանց հմտությունները, թե՞ կարիք կա հմտությունների բարելավման):

<u>Ռեսուրսներ, հարմարություններ, բյուջե</u>

34. Ինչպե՞ս կնկարագրեիք ուսուցման համար անհրաժեշտ ռեսուրսները (շենքային պայմանները, սարքավորումները, գրադարանը) Ձեր ծրագրում: Ձեր կարծիքով այս ռեսուրսները բավարա՞ր են ծրագրի համար: Ըստ Ձեզ՝ դրանք բարելավելու համար ի՞նչ փոփոխություններ են անհրաժեշտ:

35. Ծրագիրն ունի՞ ստիմուլյացիոն կենտրոն կամ որևէ ստիմուլյացիոն կենտրոն հասանելի՞ է նրանց մանկաբարձական հմտություններ ուսուցանելու համար: (ստիմուլյացիոն սենյակ – սենյակ, որտեղ ուսանողները մոդելների, մուլյաժների միջոցով իրականացնում են իրական պրակտիկ գործողություններ՝ անհրաժեշտ հմտություններ ձեռք բերելու համար): Ի՞նչ կասեք շտապօգնության սարքավորումների և հարմարությունների հասանելիության մասին:
36. Նկարագրե՞ք խնդրեմ, թե ինչպես է ձևավորվում մանկաբարաձական գործ ծրագրի բյուջեն: Ծրագրի բյուջեն բավարա՞ր է ծրագրի պահանջները

բավարարելու կամ ծրագրում նորարություններ ներդնելու համար, եթե ոչ, ապա ի՞նչ կառաջարկեիք:

37. Կպատմե՞ք մեզ ծրագրի աջակիցների մասին (Կրթության և գիտության նախարարություն, Առողջապահության նախարարություն, դոնոր կազմակերպություններ): Կան արդյո՞ք այլ աջակիցներ, որոնց մասին ես չնշեցի: Ինչպիսի՞ կարծիք ունեք աջակիցների դերի կարևորության և օգտակարության մասին: Ձեր կարծիքով կարիք կա՞ ունենալ ավելի շատ աջակիցներ ծրագրի համար և ի՞նչ կառաջարկեիք նոր աջակիցներ ձեռք բերելու համար:

Ամփոփիչ հարցեր

38. Եթե համեմատենք միջազգային գործելակերպի հետ, ինչպե՞ս կգնահատեիք մեր երկրում մանկաբարձների ունակությունները/հմտությունները մանկաբարձական խնամք/ծառայություն իրականացնելիս:

39. Որո՞նք են այն հիմնական մարտահրավերները, որոնց հետ բախվում եք Հայաստանում մանկաբարձական կրթություն տրամադրելիս: Կան արդյո՞ք լրացուցիչ առաջարկություններ, որ կցանակայիք ներկայացնել Հայաստանում մանկաբարձական կրթության բարելավման նպատակով:

40. Կա արդյո՞ք որևէ բան, որ կցանկանայիք ավելացնել մանկաբարձական կրթության մասին Հայաստանում, բայց մենք չնշեցինք:

Շնորհակալություն մասնակցության համար

Հավելված 3. ՄՄԿ սարքավորումների ստանդարտ ցանկ

ՄՄԿ-ի չափորոշիչների հիման վրա նյութատեխնիկական սարքավորումների գնահատում

Ցանկ 1 Անատոմիական մոդելներ

N	Անվանումը	Այո	Ոչ	Մեկնաբանություններ/նկարագրություններ • Քանակ • Որակ • Տեղակայում
1.	Զոե կամ Մայր Նատալի մոդելներ			
	a. Ոչ հղի			
	b. Հղի (1ին, 2-րդ, 3-րդ եռամսայակի սիմուլյատորներ)			
	c. Կոնքային մոդել			
N	Անվանումը	Այո	Ոչ	Մեկնաբանություններ/նկարագրություններ • Քանակ • Որակ • Տեղակայում
2.	Ծննդաբերության սիմուլյատոր			
3.	Պահպանակի մոդել պատվանդանի վրա			

4.	Ներարգանդային պարույրի (ՆԱՊ) ձեռքային մոդել			
5.	Բազկի, հետույքի և ազդրի ներարկումների համար նախատեսված անատոմիական մոդելներ			
6.	Հղի որովայնի մոդել (շոշափման համար նախատեսված մոդել, եթե Ձո մոդելը հասանելի չէ)			
7.	Կրծքագեղձի կամ կրծքով սնուցման մոդել			
8.	Ոսկրային կոնք			
N	**Անվանումը**	**Այո**	**Ոչ**	**Մեկնաբանություններ/նկարագրություններ** • Քանակ • Որակ • Տեղակայում
9.	Պտղի գանգ			
10	Պտուղ, պորտալար և ընկերք վակումային ծննդալուծման համար			
11	Արգանդ և ընկերք մոդելներ			

12	Արգանդի պարանոցային կրկնօրինակներ (ներարգանդային պարույրի (ՆԱՊ) ներմուծման համար)			
13	Արգանդի պարանոցի լայնացման մոդել			
14	Մեծահասակների վերակենդանացման մոդել			
15	Նորածինների վերակենդանացման մոդել			
16	Պտուղ			
17	Շեքի կտրվածքի և կար դնելու ուսումնական սիմուլյատոր			
18	Պարանոցի լայնացումը գնահատող փոքր գնդակ և գուլպա			

Ցանկ 2. Սարքավորումներ

N	Անվանում	Այո	Ոչ	Մեկնաբանություններ/նկարագրություններ • Քանակ • Որակ • Տեղակայում
19	Իմպլանտի ներմուծման/հեռացման հավաքածու			
	a. Տրոակար և կանյուլա			
	b. Սկալպել (նշտար) և բռնիչ			
	c. Մեկանգամյա օգտագործման նշտար			
	d. Կոր և ուղիղ արցան/սեղմակ			
	e. Պինցետ			
20	Ներարգանդային պարույր ներմուծման հավաքածու			
	a. Հյուսվածքաբռնիչ (ատրավմատիկ կամ միատամանի)			
	b. Արգանդաչափիչ			
	c. Երկփեղկ հեշտոցային հայելի (լայնիչ)			

	d. Օղակավոր աքցան			
	e. Ներարգանդային պարույրի շարժող խողովակ			
<u>N</u>	<u>Անվանում</u>	<u>Այո</u>	<u>Ոչ</u>	<u>Մեկնաբանություններ/նկարագրություններ</u> • Քանակ • Որակ • Տեղակայում
21	Լույսի աղբյուր			
22	Մեծահասակների կշեռք			
23	Մանկական կշեռք			
24	Մեծահասակի ճնշման չափման սարք և ստետոսկոպ			
25	Մանկական ճնշման չափման սարք և ստետոսկոպ			
26	Պատի ժամացույց վայրկյանները ցույց տվող			
27	Նյարդաբանական մուրճիկ			
28	Լույս գցող գրիչ			
29	Երկարությունը չափող ժապավեն (սանտիմետր)			
30	Շպատել			

31	Ջերմաչափ			
32	Հեշտոցային հայելիներ տարբեր չափերի			
33	Չափիչ բաժակներ			
34	Չափիչ բաժակներ			
35	Ներերակային կաթիլային միջոցների շտատիվ			
36	Լարան (ժգուտ)			
37	Ֆետոսկոպ			
38	Դոպլեր սարք			
39	Պորտալարը կտրող մկրատ			
40	Կոր մայր մկրատ			
41	Մեծ ուղիղ մկրատ			
42	Օղակավոր աքցան 24.2 սմ-ոց			
43	Կոխերի ամնիոտոմիկ ուղիղ բռնիչ			
44	Երկար պինցետ			
45	Ասեղնաբռնիչ			
46	Ասեղնալայնիչ			

47	Շերտազատող աքցան			
48	Արյունահոսությունը դադարեցնող աքցան			
49	Շեքահատման հավաքածու			
50	Ծննդաբերական հավաքածու			
51	Շարժական ինկուբատոր			
52	Ամբու պարկ դիմակով (մեծահասակների և մանկական)			
53	Կարող գործիքների հավաքածու			
54	Ձեռքի վակուում ասպիրատոր			
55	Լայնիչների հավաքածու			
56	Հյուսվածքների հետազոտման քամիչ			
57	Մաքուր կոնտեյներ			
58	Судно			
59	Մանկաբարձական մահճակալ			
60	Հետազոտման սեղան ասպանդակներով			
61	Հետազոտության աթոռ			

62	Գործիքների շարժական սեղան			
63	Երկու աթոռ և սեղան			
64	Հոսող ջուր և լվացարան			
65	Ստերիլիզացիայի հավաքածու կամ ավտոկլավ			
66	Աղբաման			
67	Միկրոսկոպ և հավելումներ			
68	Հեմոգլոբինոմետր			
69	Վակուում էքստրակտոր			

Ցանկ 3. Ուսումնական նյութեր

N	Անվանումը	Այո	Ոչ	Մեկնաբանություններ • Ուսումնական նյութի տեսակը (դասագիրք/գիրք/դասախոսություն/տեսաձայնագրություն/պաստառ) • Ուսումնական թեման ներառող գրքերի/ձեռնարկների քանակը • Ուսումնական նյութի հրատարակման տարեթիվը
70	Կնոջ վերարտադրողական անատոմիան *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
71	Տղամարդու վերարտադրողական անատոմիան *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
72	Հղիության նորմալ փոփոխություններ *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
73	Պրենատալ դիսկոմֆորտ *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
74	Պտղի զարգացումը *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
75	Ծննդաբերության փուլերը *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			

76	Պարանոցի լայնացում և պտղի իջեցում *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
77	Ծննդաբերության մեխանիզմները պտտում և ֆիքսում *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
78	Անոմալ դրսևորումներ (ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)			
79	Շեքահատում *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
	a. Ինչպես կատարել շեքահատում			
	b. Ինչպես անզգայացնել շեքը շեքահատման ժամանակ եւ վերականգնել			
	c. Շեքահատման տեսակները			
80	Շեքի և պարանոցի պատռում, վերականգնման տեխնիկան *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
81	Պատանեկան (դեռահասի) աճ և զարգացում (Տանների փուլերը), *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			

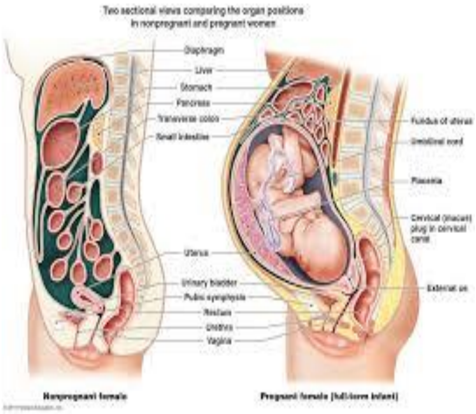
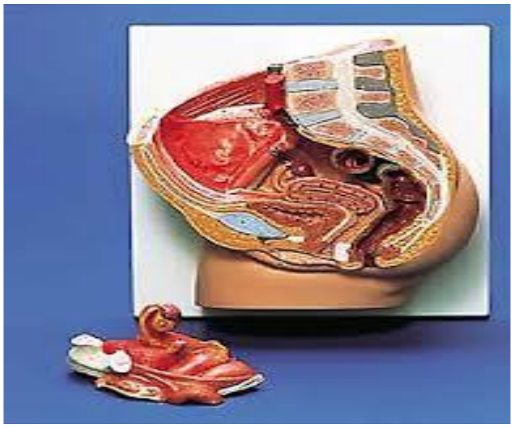
82	Նորածնի վերակենդանացման պրոտոկոլ *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
83	Մեծահասակի վերակենդանացման պրոտոկոլ (*ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
84	Դիագրամներ կամ վիդեոներ ինֆեկցիայի կանխարգելման վերաբերյալ			
85	Մանկաբարձերի վարվելաձևի նորմեր *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
86	Կանանց իրավունքները (հասարակության և առողջապահական համակարգի պատասխանատվությունները) *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
87	Հակաբեղմնավորիչ միջոցներ (օրինակ ընտանիքի պլանավորման գրքույկներ մշակված USAID-ի, ՀԱՀ-ի, Ջոն Հոպկինս համալսարանի կողմից) *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
88	Ընտանիքի պլանավորման ֆլիպչարտ			
89	Լակտացիոն ամենորեայի մեթոդը *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			

90	Օրացույցային մեթոդ *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
91	Հղիության ժամկետի հաշվիչ (հղիության անիվ) *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
92	Մայրական առողջության գրանցման գրքույկ (նույնացված տեղական պրակտիկայի հետ) *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
93	Պարտոգրամմա (Ծննդագիր) *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
94	Երկրում ընդունված հիվանդի գրանցման թերթիկների ձևանմուշներ			
	a. Անտենատալ գրանցման թերթիկ			
	b. Ներարգանդային խնամքի գրանցման թերթիկ			
	c. Ընտանիքի պլանավորման հաճախորդի ձևվանմուշ			
	d. Վերակենդանացման ձևանմուշ			
95	Ընկերքի ձեռքային շերտազատում, *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
96	Ուսային դիստոցիայի վարումը *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			

97	Արգանդի երկձեռք կոմպրեսիա *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
98	Աորտայի կոմպրեսիա *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
99	Կրծքով կերակրում/կրծքադրում *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
100	Ընտանիքի պլանավորման ազգային պրոտոկոլ *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			
101	Ընտանիքի պլանավորման գլոբալ ձեռնարկ			
102	Հավասարակշռված խորհրդատվական ռազմավարության նշան քարտեր (ՄԻԱՎ, սեռավարակներ)			
103	CD-ներ կամ փաստաթղթեր տեղային մշակույթի և սովորույթների վերաբերյալ			
104	ԱՀԿ փաստաթղթերը հղիության և ծննդաբերության ինտեգրացված վարման վերաբերյալ			
105	Կնակենտրոն աբորտային կամ հետաբորտային խնամքի *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			

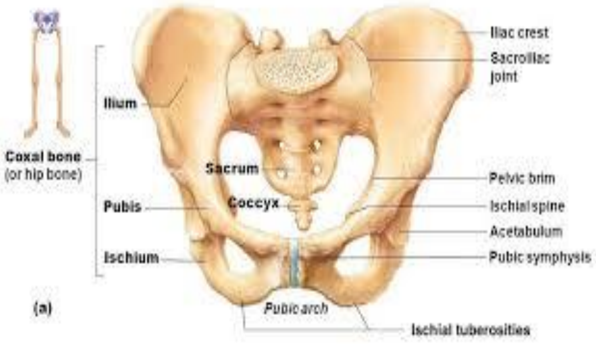
106	Դեղորայքային աբորտի համար նախատեսված *(ուսումնական նյութեր/ձեռնարկներ)*			

Հավելված 4. Պատկերավոր ալբոմ դիտարկման համար

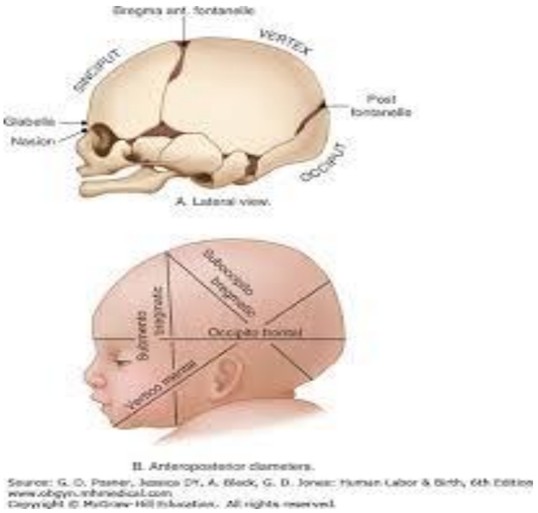
1.a.b	1.c
	
1.c.1	**2**

3	4

5	5.1
5.2	6
7	8


Coxal bone
(or hip bone)
Ilium
Pubis
Ischium
Sacrum
Coccyx
Iliac crest
Sacroiliac joint
Pelvic brim
Ischial spine
Acetabulum
Pubic symphysis
(a)
Pubic arch
Ischial tuberosities

9


Bregma ant. fontanelle
VERTEX
SINCIPUT
Glabelle
Nasion
Post fontanelle
OCCIPUT
A. Lateral view.
Suboccipito bregmatic
Occipito frontal
Vertico mentai
B. Anteroposterior diameters.

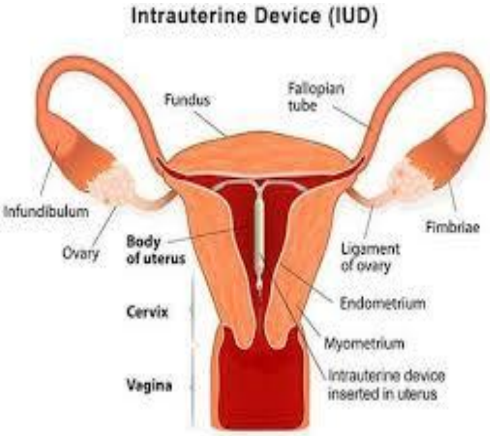
10

10.1

bw1175628 Barewalls ©

11

12

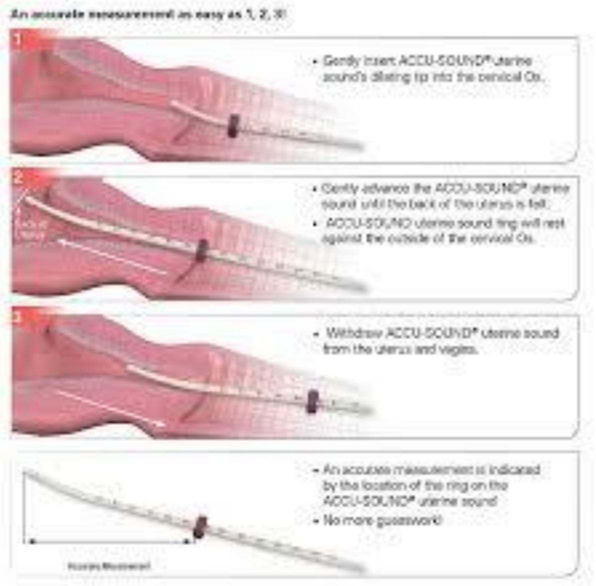


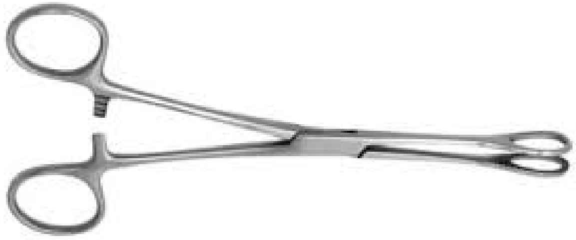
13

14 	15
15.1 	16
17 	18

Ցանկ 2 **Սարքեր և գործիքներ**

<table>
<tr><td>19
 </td><td>19.a
</td></tr>
<tr><td>19.b
 </td><td>19.c
 </td></tr>
<tr><td>19.d</td><td>20</td></tr>
</table>

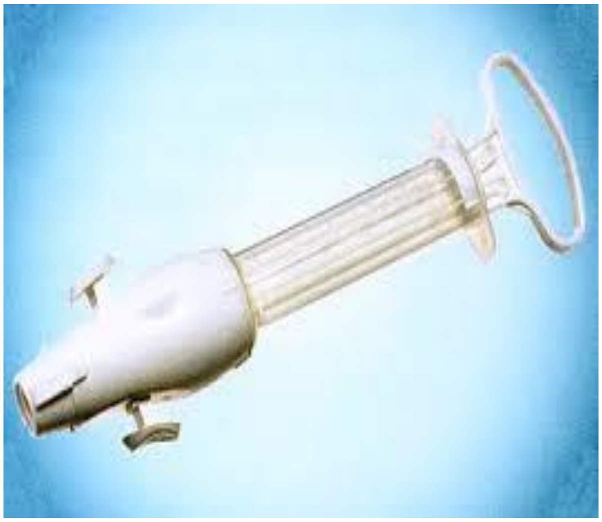
20.b	32
An accurate measurement as easy as 1, 2, 3! 1 • Gently insert ACCU-SOUND® uterine sound's dilating tip into the cervical Os. 2 • Gently advance the ACCU-SOUND® uterine sound until the back of the uterus is felt. • ACCU-SOUND uterine sound ring will rest against the outside of the cervical Os. 3 • Withdraw ACCU-SOUND® uterine sound from the uterus and vagina. • An accurate measurement is indicated by the location of the ring on the ACCU-SOUND® uterine sound • No more guesswork!	Cusco 1 Cusco 2 Cusco 3 Graves Pederson
38	39

40	41
42	43
	
44	45

46	47

48 	49
50 	51
52	53

54



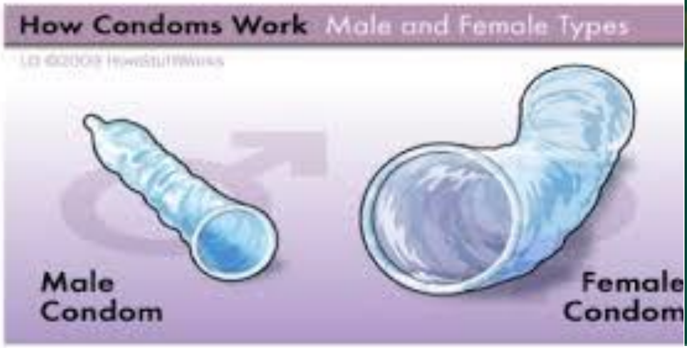
55

56	57
58	59

60	61
62	69

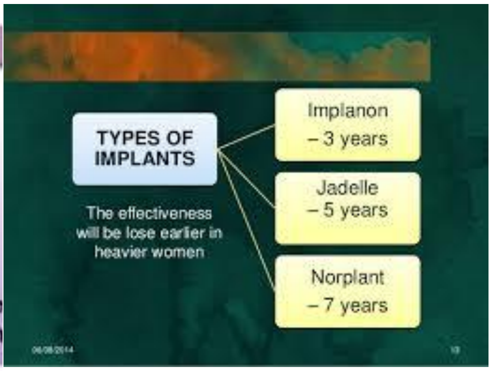
<table>
<tr><td>

70.a



</td><td>

70.b



</td></tr>
<tr><td>

70.b.1

</td><td>

70.c

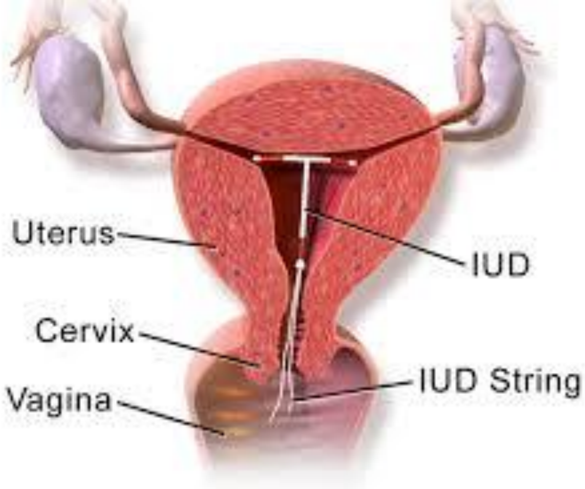
</td></tr>
<tr><td>

70.d

</td><td>

70.e

</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>
</td><td>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>71.a
</td><td>72
</td></tr>
<tr><td>74.a</td><td>74.b</td></tr>
</table>

	vernaid vernaid vernaid
74.c Alcohol Wipes 50 ALCOHOL TOWELETTES Sterile	78 EasyTouch® Blood Hemoglobin 25 Test Strips IVD Only For Self-Testing hemoglobin level in fresh capillary whole blood with the EasyTouch® Serial Meter
79 BD SurePath™ Collection Vial	80 Laboratory reagent grade Acetic acid glacial

82	83.a.b.c.d
84	85
85.1	87

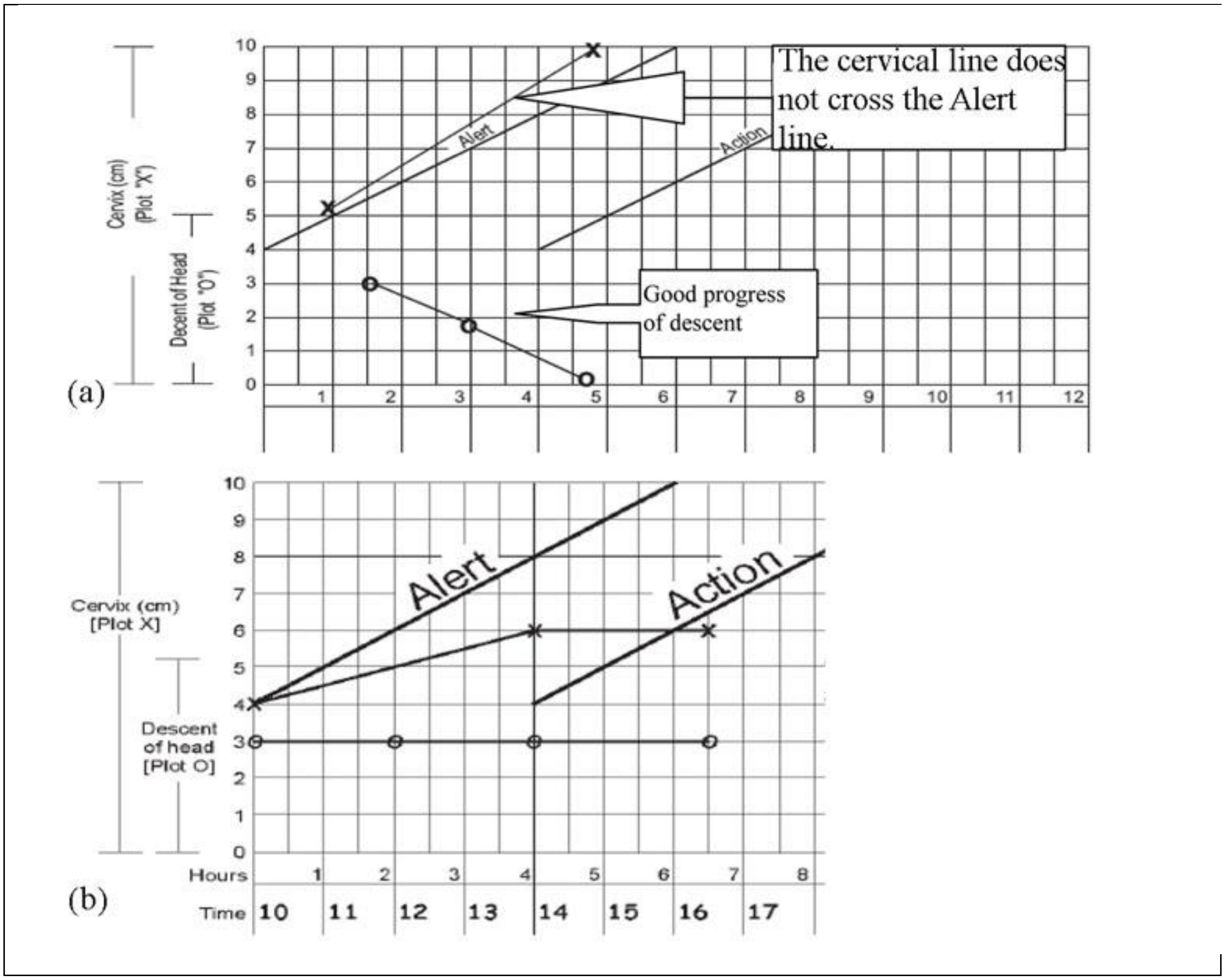
<table>
<tr><td> </td><td> </td></tr>
<tr><td>88
 </td><td>89

</td></tr>
<tr><td>90

</td><td>91</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>
</td></tr>
<tr><td>93
</td><td>96
 </td></tr>
<tr><td>97.a
 </td><td>97.b</td></tr>
</table>

98 	99
137	


Cervix (cm)
(Plot "X")
Decent of Head
(Plot "O")
Alert
Action
The cervical line does not cross the Alert line.
Good progress of descent
(a)
Cervix (cm)
[Plot X]
Descent of head
[Plot O]
Alert
Action
Hours
Time 10 11 12 13 14 15 16 17
(b)

Հավելված 5. Մասնակիցների ժողովրդագրական տվյալներ

<u>Ծրագրի ղեկավար</u>

Խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին գրելով նշված տողում կամ օղակի մեջ առնելով ճիշտ պատասխանը.

1. Ձեր տարիքը (լրացրած տարիներ թիվը) ____________________
2. Ձեր սեռը. 1) Արական
   2) Իգական
3. Ի՞նչ մասնագիտություն ունեք 1) Մանկաբարձ
   2) Բուժքույր
   3) Բժիշկ
   4) Այլ, խնդրում ենք նշել
   ____

4. Քանի՞ տարվա մանկաբարձական կրթական ծրագրի ղեկավարի փորձ ունեք
   ____

<u>Ծրագրի դասախոս</u>

Խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին կամ գրելով նշված տողում կամ օղակի մեջ առնելով ճիշտ պատասխանը.

1. Ձեր տարիքը (լրացրած տարիներ թիվը) ____________________
2. Ձեր սեռը. 1) Արական
   2) Իգական

3. Ի՞նչ է Ձեր մասնագիտությունը. 1) Մանկաբարձ
   2) Բուժքույր
   3) Բժիշկ

4) Այլ, խնդրում ենք նշել

____

4. Քանի՞ տարվա մանկաբարձական ծրագրում ուսուցման փորձ ունեք

____

5. Դուք քանի՞ տարվա փորձ ունեք որպես աշխատող բժիշկ/ մանկաբարձ/բուժքույր/ (որպես դասախոս աշխատանքային փորձը չներառած)

____

<u>Ուսանող</u>

Խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին գրելով նշված տողում կամ օղակի մեջ առնելով ճիշտ պատասխանը.

1. Ձեր տարիքը (լրացրած տարիներ թիվը) ____________________
2. Ձեր սեռը.
   1) Արական
   2) Իգական
3. Դուք ո՞ր մանկաբարձական ծրագրում էիք ներգրավված.
   1) Եռամյա ծրագրում տասներկուամյա դպրոցի հիման վրա
   2) Քառամյա ծրագրում իննամյա դպրոցի հիման վրա
4. Դուք ո՞ր կուրսի ուսանող եք.
   1) Երրորդ
   2) Չորրորդ

Հավելված 6. Իրազեկ համաձայնության ձևեր

Հայաստանի ամերիկյան համալսարան

Գիտական էթիկայի թիվ մեկ հանձնաժողով

Իրազեկ համաձայնության ձև

Մանկաբարձական գործի ուսանող

Մանկաբարձական կրթության գնահատումը Հայաստանում

Բարև Ձեզ, իմ անունը ………… է: Ես աշխատում եմ Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնում: Մեր հետազոտական կենտրոնը, ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի աջակցությամբ իրականացնում է ծրագիր, որի նպատակն է գնահատել մանկաբարձական կրթական ծրագիրը Հայաստանում:

Դուք հրավիրված եք մասնակցելու այս քննարկմանը, քանի որ հանդիսանում եք մանկաբարձական կրթական ծրագրի ուսանող, և ունեք որոշակի փորձ և կարծիք այդ թեմայի վերաբերյալ: Եթե դեմ չեք մենք կցանկանայինք որպեսզի դուք կիսվեիք մեզ հետ ծրագրի վերաբերյալ ձեր ունեցած փորձով և կարծիքով: Ձեր մասնակցությունն այս հետազոտությանը սահմանափակվում է միայն այս քննարկմամբ, որի ժամանակ ես կուղղեմ Ձեզ հարցեր Հայաստանում մանկաբարձական կրթության վերաբերյալ Ձեր կարծիքի մասին: Կցանկանայի տեղեկացնել, որ չկան ճիշտ կամ սխալ պատասխաններ:

Դուք հանդիսանում եք մոտավորապես 60 մասնակիցներից մեկը, ով ընտրվել է մասնակցելու է այս ծրագրին: Ծրագրում ընդգրկված են նաև մանկաբարձ ուսանողներ, մանկաբարձական ծրագրի դասախոսներ և ղեկավարներ Երևանի և մարզային այլ քոլեջներից: Ցանկանում եմ տեղեկացնել, որ Ձեր կողմից տրամադրված տեղեկությունները գաղտնի են պահվելու, որևէ փաստաթղթի մեջ Ձեր անունը չի նշվելու, Ձեր կողմից տրամադրված տեղեկությունները պետք է օգտագործվեն միայն հետազոտական նպատակներով: Միայն հետազոտող թիմն է ունենալու

hասանելիություն Ձեր կողմից տրամադրված տեղեկություններին և միայն ընդհանրացված տեղեկություններն են ներկայացվելու վերջնական զեկույցում: Ձեր համաձայնությամբ ես կձայնագրեմ մեր հարցազրույցը և/կամ գրառումներ կվերցնեմ հարցազրույցի ընթացքում, որպեսզի բաց չթողնեմ որևէ կարևոր տեղեկություն:
Ձեր մասնակցությունն այս հետազոտությանը կամավոր է և ներառում է միայն այս քննարկումը, որը կտևի մոտավորապես 90 րոպե: Դուք իրավունք ունեք բաց թողնել այն բոլոր հարցերը, որոնց չեք ցանկանա պատասխանել, նաև հրաժարվել շարունակելու հարցազրույցը ցանկացած պահի: Ձեզ ոչինչ չի սպառնում, եթե Դուք հրաժարվեք մասնակցել այս հետազոտությանը: Ձեր մասնակցությունը այս հետազոտությանը չի ներառում որևէ ֆինանսական խրախուսում, որևէ անմիջական ռիսկ կամ օգուտ և որևէ վտանգ չի ներկայացնում Ձեր հետագա ուսմանը: Հնարավոր է, որ Ձեր կողմից տրամադրված տեղեկությունները կնպաստեն մանկաբարձական կրթության որակի բարձրացմանը Հայաստանում:

Այս հետազոտության վերաբերյալ հարցեր ունենալու դեպքում կարող եք զանգահարել ծրագրի ղեկավար Սերինե Սահակյանին (+374-60) 61 25 61 հեռախոսահամարով: Եթե կարծում եք, որ այս հետազոտության շրջանակներում Ձեզ հետ ճիշտ չեն վարվել կամ որևէ կերպ վիրավորել են հարցազրույցի մասնակցության ընթացքում, Դուք կարող եք դիմել Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի գիտական էթիկայի հանձնաժողովի համակարգող Վարդուհի Հայրումյանին՝ հետևյալ հեռախոսահամարով (+374-60) 61 25 61:

Դուք համաձա՞յն եք մասնակցել հետազոտությանը: Թույլ կտա՞ք միացնել ձայնագրիչը: Խնդրում եմ ասել ԱՅՈ կամ ՈՉ: Եթե պատրաստ եք, կարող ենք սկսել:

Հայաստանի ամերիկյան Համալսարան

Գիտական էթիկայի թիվ մեկ հանձնաժողով

Իրազեկ համաձայնության ձև

Մանկաբարձական գործ ծրագրի դասախոս/ղեկավար

Մանկաբարձական կրթության գնահատումը Հայաստանում

Բարև Ձեզ, իմ անունը ………… է: Ես աշխատում եմ Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնում: Մեր հետազոտական կենտրոնը, ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի աջակցությամբ իրականացնում է ծրագիր, որի նպատակն է գնահատել մանկաբարձական կրթական ծրագիրը Հայաստանում:

Դուք հրավիրված եք մասնակցելու այս հարցազրույցին, քանի որ հանդիսանում եք մանկաբարձական կրթական ծրագրի դասախոս/ղեկավար, և և ունեք որոշակի փորձ և կարծիք այդ թեմայի վերաբերյալ: Եթե դեմ չեք մենք կցանկանայինք որպեսզի դուք կիսվեիք մեզ հետ ծրագրի վերաբերյալ ձեր ունեցած փորձով և կարծիքով: Ձեր մասնակցությունն այս հետազոտությանը սահմանափակվում է միայն այս հարցազրույցով, որի ժամանակ ես կուղղեմ Ձեզ հարցեր Հայաստանում մանկաբարձական կրթության վերաբերյալ Ձեր կարծիքի մասին: Կցանկանայի տեղեկացնել, որ չկան ճիշտ կամ սխալ պատասխաններ:

Դուք հանդիսանում եք մոտավորապես 60 մասնակիցներից մեկը ով ընտրվել է մասնակցելու այս ծրագրին: Ծրագրում ընդգրկված են նաև մանկաբարձ ուսանողներ, մանկաբարձական ծրագրի դասախոսներ և ղեկավարներ Երևանի և մարզային այլ քոլեջներից: Ցանկանում եմ տեղեկացնել, որ Ձեր կողմից տրամադրված տեղեկությունները գաղտնի են պահվելու, որևէ փաստաթղթի մեջ Ձեր անունը չի նշվելու, Ձեր կողմից տրամադրված տեղեկությունները պետք է օգտագործվեն միայն հետազոտական նպատակներով: Միայն հետազոտող թիմն է ունենալու հասանելիություն Ձեր կողմից տրամադրված տեղեկություններին և տեղեկությունները ներկայացվելու են միայն ամբողջական զեկույցի տեսքով: Ձեր

համաձայնությամբ ես կձայնագրեմ մեր հարցազրույցը և/կամ գրառումներ կվերցնեմ հարցազրույցի ընթացքում, որպեսզի բաց չթողնեմ որևէ կարևոր տեղեկություն: Ձեր մասնակցությունը այս հետազոտությանը կամավոր է և ներառում է միայն այս քննարկումը, որը կտևի մոտավորապես 90 րոպե: Դուք իրավունք ունեք բաց թողնել այն բոլոր հարցերը, որոնց չեք ցանկանա պատասխանել նաև հրաժարվել շարունակելու հարցազրույցը ցանկացած պահի: Ձեզ ոչինչ չի սպառնում, եթե Դուք հրաժարվեք մասնակցել այս հետազոտությանը: Ձեր մասնակցությունը այս հետազոտությանը չի ներառում որևէ ֆինանսական խրախուսում, անմիջական ռիսկ կամ օգուտ և որևէ վտանգ չի ներկայացնում Ձեր ուսմանը: Հնարավոր է, որ Ձեր կողմից տրամադրված տեղեկությունները կնպաստեն մանկաբարձական կրթության որակի բարձրացմանը Հայաստանում:

Այս հետազոտության վերաբերյալ հարցեր ունենալու դեպքում կարող եք զանգահարել ծրագրի ղեկավար Սերինե Սահակյանին (+374-60) 61 25 61 հեռախոսահամարով: Եթե կարծում եք, որ այս հետազոտության շրջանակներում Ձեզ հետ ճիշտ չեն վարվել կամ որևէ կերպ վիրավորել են հարցազրույցի մասնակցության ընթացքում, Դուք կարող եք դիմել Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի գիտական էթիկայի հանձնաժողովի անդամ Վարդուհի Հայրումյանին՝ հետևյալ հեռախոսահամարով (+374-60) 61 26 17:

Դուք համաձա՞յն եք մասնակցել հետազոտությանը: Թույլ կտա՞ք միացնել ձայնագրիչը: Խնդրում եմ ասել ԱՅՈ կամ ՈՉ: Եթե պատրաստ եք, կարող ենք սկսել: