



Kauno technologijos universitetas

Ekonomikos ir verslo fakultetas

Sveikatos bendruomenės žinių valdymo modelis

Baigiamasis magistro studijų projektas

Rima Sermontytė Baniulė

Projekto autorė

Prof. Monika Petraitė

Vadovė

Kaunas, 2019



Kauno technologijos universitetas

Ekonomikos ir verslo fakultetas

Sveikatos bendruomenės žinių valdymo modelis

Baigiamasis magistro studijų projektas

Inovacijų valdymas ir antreprenerystė (6211LX031)

Rima Sermontytė Baniulė

Projekto autorė

Prof. Monika Petraitė

Vadovė

Doc. Lina Užienė

Recenzentė

Kaunas, 2019



Kauno technologijos universitetas

Ekonomikos ir verslo fakultetas

Rima Sermontytė Baniulė

Sveikatos bendruomenės žinių valdymo modelis

Akademinio sąžiningumo deklaracija

Patvirtinu, kad mano, Rimos Sermontytės Baniulės, baigiamasis projektas tema „Sveikatos bendruomenės žinių valdymo modelis“ yra parašytas visiškai savarankiškai ir visi pateikti duomenys ar tyrimų rezultatai yra teisingi ir gauti sąžiningai. Šiame darbe nei viena dalis nėra plagijuota nuo jokių spausdintinių ar internetinių šaltinių, visos kitų šaltinių tiesioginės ir netiesioginės citatos nurodytos literatūros nuorodose. Įstatymų nenumatytų piniginių sumų už šį darbą niekam nesu mokėjęs.

Aš suprantu, kad išaiškėjus nesąžiningumo faktui, man bus taikomos nuobaudos, remiantis Kauno technologijos universitete galiojančia tvarka.

(vardą ir pavardę įrašyti ranka)

(parašas)

Sermontytė Baniulė, Rima. Sveikatos bendruomenės žinių valdymo modelis. Magistro baigiamasis projektas / vadovė Prof. Monika Petraité; Kauno technologijos universitetas, Ekonomikos ir verslo fakultetas.

Studijų sritis, studijų kryptis: Verslas ir viešoji vadyba, Vadyba

Reikšminiai žodžiai: sveikata, sveikatos bendruomenė, žinių valdymas, žinių valdymo modelis.

Kaunas, 2019. 72 p.

Santrauka

Baigiamasis magistro darbas yra skirtas sveikatos bendruomenės žinių valdymo modeliui analizuoti. Gera sveikata yra vienas iš Jungtinių Tautų Organizacijos priimtų prioritetinių darnaus vystimosi tikslų, tačiau sveikatos politikos formuotojai pripažįsta, jog sistema yra reaktyvi, nebetinkama išskeltiems sveikatos tikslams pasiekti ir nėra pajėgi susidoroti su sparčiais technologiniais pokyčiais. Sveikatos sistemos reforma neišvengiama, o jai keliami tikslai – siekis, jog ji būtų labiau orientuota į vartotojus, kurtų didesnę naudą sveikatai, sumažintų sveikatos skirtumus, užtikrintų finansinę apsaugą ir veiksmingai naudotų visuomenės išteklius.

Darbas su formaliomis ir neformaliomis bendruomenėmis, jų įtraukimas, siekiant formuoti sveikatos politiką, įvardijamas kaip vienas iš pagrindinių sėkmingos sveikatos sistemos transformavimo elementų. Pažymima, jog būtina taikyti pažangesnius ir veiksmingesnius metodus bei priemones, skirtus įtraukti bendruomenes, siekiant geriau suprasti galutinio vartotojo lūkesčius. Deja, vis dar trūksta paskelbtų tyrimų ir praktinių rekomendacijų, leidžiančių sveikatos politikos formuotojams pereiti nuo teorinių svarstymų prie praktinių veiksmų, užtikrinančių politikos vizijos, planų ir tikslų darną.

Darbo autorė vykdė tyrimus projekto „CHICOLab“ metu, kuris įgyvendintas Kauno Technologijos, Vytauto Didžiojo ir Lietuvos Sveikatos Mokslų Universitetams susijungus į klasterį nuo 2018 metų kovo iki 2019 sausio mėnesio. Projektu siekta pradėti sveikatos bendruomenių tyrimus Lietuvoje. Asmeninis įsitraukimas į projekto vykdytą veiklą tapo pagrindu šiam darbui atsirasti, kurio tikslas yra suprasti, kaip vyksta žinių valdymas sveikatos bendruomenėje tam, kad bendruomenės kuriamos žinios galėtų būti panaudotos inovacijoms generuoti.

Atvejo tyrimas, kurio metu vykdytas pusiau struktūruotas interviu su 16 besilaukiančių ir susilaukusių vaikų pacienčių ir trimis vyrais, kurių žmonos laukiasi arba susilaukė, patvirtino, jog žinių valdymas sveikatos sistemoje siejamas su formaliosiomis žiniomis, o žinios, tiesiogiai nesusijusios su medicina, tampa nuvertintos, nors ir daro didelę įtaką sveikatai. Šiame darbe pagrįsta sveikatos bendruomenės žinių svarba, pateiktas sveikatos bendruomenės žinių valdymo modelis, leidžiantis suvokti, kaip tokios bendruomenės veikia. Respondentai įvardijo, jog prižiūrintys ir pažįstami medicinos srities specialistai, pacientė (moteris), kai tiriamasis yra vyras, knygos ir žurnalai, interneto portalai, virtualios bendruomenės, vyras ar partneris, kiti šeimos nariai, draugai, bendradarbiai ir kaimynai, tėvystės ir motinystės kursai yra pagrindiniai žinių šaltiniai. Nustatyta, jog pasitikėjimas, žinių nepatikimumas ir žinių poreikis „čia ir dabar“, yra barjerai sklandžiai žinių valdymo veiklai. Pokyčių laboratorija rekomenduojama kaip būdas žinių valdymo barjerams įveikti ir inovacijoms generuoti.

Sermontytė Baniulė, Rima. Health Community Knowledge Management Model. Master's Final Degree Project/ supervisor Prof. Monika Petraičė; School of economics and business, Kaunas University of Technology.

Study area, study field: Business and Public Management, Management.

Keywords: health, health community, knowledge management, knowledge management model.

Kaunas, 2019. 72 pages.

Summary

This project focuses on topic of health community knowledge management model. Good health is one of the United Nations' priorities for sustainable development, but health policy makers acknowledge that the system is reactive, no longer fit for the health goals raised, and is not able to cope with rapid technological change. It should be more consumer-oriented, generate greater health benefits, reduce health inequalities, provide financial protection and efficiently use public resources.

Working with formal and informal communities, including them in shaping health policy, is identified as one of the key elements of a successful health system transformation. It is noted that more sophisticated and more effective methods and tools for community involvement are needed to better understand end-user expectations. Unfortunately, there is still a lack of published studies and practical recommendations that allow health policy makers to move from theoretical considerations to practical action to ensure coherence between policy vision, plans and goals.

The author carried out research in project „CHICOLab”, which was implemented by Kaunas Technology, Vytautas Magnus and Lithuanian University of Health Sciences merged into a cluster from March 2018 to January 2019. It was aimed at launching research on health communities in Lithuania, and personal involvement in the activities of this project became the basis for this research, which purpose is to understand how knowledge management in the health community is taking place so that community-generated knowledge can be used to generate innovation.

The case study, which conducted a semi-structured interview with 16 pregnant and having children patients and three men whose wives are pregnant or have children, confirmed that knowledge management in the health system is linked to formal knowledge, and knowledge that is not directly related to medicine becomes underestimated, though has a major impact on health. In this work, the importance of health community knowledge is justified, and the health community's knowledge management model is presented, which enables to understand how such communities work. Respondents have pointed out that supervising and acquaintances medical professionals, a patient (woman), a man, books and magazines, web portals, virtual communities, husband or partner, other family members, friends, co-workers and neighbors, paternity and maternity courses are main sources of knowledge. It has been found that trust, the unreliability of knowledge and the need for knowledge here and now are barriers to smooth knowledge management activities. The Change Laboratory is recommended as a way to overcome barriers to knowledge management and generate innovation.

Turinys

Lentelių sąrašas.....	7
Paveikslų sąrašas.....	8
Terminų sąrašas.....	9
Įvadas	10
1. Žinių kūrimo ir valdymo sveikatos bendruomenėse problematika.....	12
2. Sveikatos bendruomenės, kaip žinias kuriančios bendruomenės, konceptualizavimas	17
2.1. Sveikatos bendruomenės samprata	17
2.2. Sveikatos bendruomenės žinių valdymo principai.....	20
3. Sveikatos bendruomenės teorinio žinių valdymo modelio konstravimas.....	26
3.1. Žinių tipai, dominuojantys sveikatos bendruomenėse	26
3.2. Sveikatos bendruomenių įsitraukimo galimybės inovacijoms generuoti	30
3.3. Sveikatos bendruomenių žinių valdymo barjerai.....	33
3.4. Teorinis sveikatos bendruomenės žinių valdymo modelis	35
4. Sveikatos bendruomenės žinių valdymo tyrimo metodologija	39
4.1. Tyrimo dizainas.....	39
4.2. Tyrimo metodai.....	41
4.3. Tyrimo imtis ir apribojimai	43
4.4. Tyrimo etika.....	45
4.5. Laukiami tyrimo rezultatai	45
5. Sveikatos bendruomenės žinių valdymo tyrimo rezultatų analizė ir modeliavimas	46
5.1. Sveikatos bendruomenės žinių šaltiniai ir tipai	46
5.2. Sveikatos bendruomenės žinių srautų žemėlapis.....	51
5.3. Sveikatos bendruomenės žinių valdymo modelis.....	53
5.4. Sveikatos bendruomenės žinių valdymo barjerai.....	58
5.5. Rekomendacija sveikatos bendruomenės žinių valdymo barjerams pašalinti.....	60
Išvados.....	65
Literatūros sąrašas.....	67
Informacijos šaltinių sąrašas	72

Lentelių sąrašas

1 lentelė. Bendruomenės sąvokos	17
2 lentelė. Vidinės ir išorinės suinteresuotos šalys Jungtinės Karalystės viešosios sveikatos sektoriuje (Leigh-Hunt, 2016)	20
3 lentelė. Žinių kūrimo principai (Scardamalia ir Bereiter, 2010)	24
4 lentelė. Sveikatos žinių tipai (Hurst ir Mickan, 2017)	29
5 lentelė. Frugaliųjų inovacijų samprata	32
6 lentelė. Žinių valdymo barjerai	34
7 lentelė. Holistinės sveikatos principai (Clark, 2002)	35
8 lentelė. Interviu kategorijos ir subkategorijos (Petraitė et al., 2018)	36
9 lentelė. Interviu metu pateiktų klausimų pavyzdžiai	41
10 lentelė. Tiriamųjų charakteristika	44
11 lentelė. Žinių šaltiniai	46

Paveikslų sąrašas

1 pav. Veiksniai, darantys įtaką sveikatai. Sudaryta remiantis Viskonsino Universiteto Sveikatos instituto tyrimo duomenimis, 2018.....	13
2 pav. Sveikatos bendruomenių žinių valdymo modelis (Petraitė, Užienė ir Maženytė, 2018)	19
3 pav. Trys žinių valdymo metaforos (Paavola, Lipponen ir Hakkarainen, 2004)	21
4 pav. Nonaka ir Takeuchi žinių valdymo modelis (Jucevičienė ir Šajeva, 2004)	22
5 pav. Žinių valdymo modelis (Engestrom, 1999).....	23
6 pav. Inovatyvių bendruomenių bruožai (Paavola, Lipponen ir Hakkarainen, 2004).	25
7 pav. Žinių tipai (Jucevičienė ir Šajeva, 2008).....	27
8 pav. Sveikatos žinių tipai (Vayena, Dzenowagis, Brownstein ir Sheikh, 2018).....	28
9 pav. Laisvųjų inovacijų ir gamybos inovacijų paradigma (Hippel, 2017).....	31
10 pav. Bendruomenės žinių nauda viešajame sektoriuje (Hilgers ir Ihl, 2010)	33
11 pav. Žinių valdymo modelis, skirtas bendruomenėms kurti sveikatą: sisteminė perspektyva	37
12 pav. Tyrimo planas	40
13 pav. Interviu klausimų kategorijos	41
14 pav. Sveikatos bendruomenės suinteresuotų šalių skirstymas į formaliąsias ir neformaliąsias bei tiriamosios imties atvaizdavimas	43
15 pav. Respondentų kategorijos	44
16 pav. Sveikatos bendruomenės žinių tipai.....	51
17 pav. Sveikatos bendruomenės žinių srautų žemėlapis	52
18 pav. Modifikuotas sveikatos bendruomenės žinių valdymo modelis	55
19 pav. Sveikatos bendruomenės žinių valdymo barjerai.....	58
20 pav. Pokyčių laboratorijos prototipas (Engestrom, Virkkunen, Helle, Pihlaja ir Poikela, 1996)	61
21 pav. Pokyčių laboratorijos veiklos etapas	62

Terminų sąrašas

Sveikata – žmogaus fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės būseną.

Sveikatos bendruomenė – tai sveikatos apsaugos sistemoje ir kitose, su sveikata susijusiose srityse veikiančių, skirtingai charakterizuojamų, formalių ir neformalių suinteresuotų šalių visuma, kuri labiau įsivaizduojama, kaip suformuota simboliškai, tačiau turinti galios konstruoti socialinę tikrovę.

Inovatyvi bendruomenė – tai bendruomenė, kuri žinių valdymo veikloje siekia naujumo, kur žinių kūrimas yra socialinis procesas, jo metu akcentuojama individo svarba, išeinama už žinių suvokimo sampratą, pripažįstama artefaktų svarba, veikloje vyksta sąveikavimas per ir tarp bendrų objektų ir mokymosi procese egzistuoja mediacinis elementas, jungiantis fizinę ir protinę tikroves.

Žinių valdymas – tai kompleksinės veiklos, apimančios žinių įgijimą, dalyvavimą kuriant žinias ir žinių kūrimą mokantis (Paavola, Lipponen ir Hakkarainen, 2004).

Žinių valdymas sveikatos bendruomenėje – tai sveikatos apsaugos sistemoje ir kitose, su sveikata susijusiose srityse veikiančių, skirtingai charakterizuojamų, formalių ir neformalių suinteresuotų šalių kompleksinės veiklos, apimančios žinių įgijimą, dalyvavimą kuriant žinias ir žinių kūrimą mokantis, siekiant tokias žinias panaudoti inovacijoms generuoti.

Pokyčių laboratorija – fizinė arba virtuali erdvė, kuri sutelkia skirtingas suinteresuotas šalis veikti kartu ir surasti kūrybiškus sprendimus bei generuoti inovacijas, skirtas sveikatos apsaugos sistemai.

Įvadas

Sparti technologinė pažanga, susijusi su dirbtiniu intelektu, daiktų internetu (angl. *Internet of Things*), e. Sveikata bei blokų grandinių technologijomis (angl. *Blockchain*), lemia sveikatos sektoriaus transformaciją. Inovatyvios mobiliųjų prietaisų programėlės ir kiti išmanieji įrenginiai vartotojams suteikia galimybę stebėti įvairius sveikatos rodiklius jiems priimtinu metu. Personalizuotų sveikatos technologijų ir išmaniųjų įrenginių prieinamumas keičia sveikatos sistemos efektyvumo kontrolę, daugiau galių bei sprendimo teisių dėl savo sveikatos įgyja vartotojas, taigi sveikatos efektyvumo kontrolė išmaniųjų įrenginių pagalba persikelia iš gydytojų kabinetų į vartotojų rankas.

2015 m. rugsėjo mėn. tarptautiniu lygiu priimti ir patvirtinti Darnaus vystymosi tikslai įvardija gerą sveikatą, kaip vieną iš Jungtinių Tautų Organizacijos priimtų ir patvirtintų prioritetinių tikslų, kurio įgyvendinimo vizija yra siekis užtikrinti galimybę gyventi sveikai ir skatinti visų amžiaus grupių žmonių gerovę. F. Timmermans (Pirmasis Komisijos pirmininko pavaduotojas) teigė, jog Jungtinių Tautų Darbotvarkės iki 2030 m. įgyvendinimas yra bendras įsipareigojimas, todėl prisidėti ir bendradarbiauti turi visi, įskaitant valstybes nares ir pilietinę visuomenę.

Vis tik Pasaulio Sveikatos Organizacija, ekspertų susitikimo metu Durhamo mieste Didžiojoje Britanijoje 2017 m., pažymi, jog svarbus sėkmingos sveikatos sektoriaus transformacijos veiksnys yra pacientų ir suinteresuotų šalių įtraukimas sveikatos sektoriaus problemoms spręsti, tačiau atlikta labai mažai tyrimų ir turima labai mažai informacijos, kokiais būdais ir metodais bendruomenės gali būti sėkmingai įtrauktos šiam tikslui pasiekti. Sėkmingas sveikatos sistemos transformavimo įgyvendinimas išlieka pagrindiniu klausimu įvairių šalių politikos kūrėjams. Pažymima, jog literatūros šaltinių skaičius sveikatos sistemos transformacijos tema yra augantis, tačiau labai trūksta mokslinių tyrimų bei aprašytų patirtinių ir praktinių patarimų, įvardijančių būtinąsias sąlygas, kurios reikalingos sėkmingam bendruomenių įsitraukimui, ir kuriomis sėkmingai galėtų pasinaudoti sveikatos politikos formuotojai.

Siekis įtraukti galutinį vartotoją – neatsiejama sėkmingos sveikatos sistemos transformacijos dalis. Noras suprasti sveikatos bendruomenės požiūrį ir tyrinėti įsiliejimo į sistemos transformaciją galimybes, skatina ieškoti naujų būdų ir galimybių inovacijoms sveikatos sektoriuje. Todėl šis darbas remiasi Kauno Technologijos, Vytauto Didžiojo bei Lietuvos Sveikatos mokslų universitetų klasterio projektu, vykdytu nuo 2018 metų kovo iki 2019 metų sausio mėn. „Sveikatos inovacijų vystymas holistinėse bendruomenėse: atvirųjų edukacinių aplinkų sukūrimas žinių integracijai „CHICOLab““ (toliau „CHICOLab“), į kurio veiklą galutinėje projekto stadijoje darbo autorei teko asmeniškai įsitraukti, bei pratęsti vykdytą projekto tyrimą jam pasibaigus. Vykdytu projektu buvo siekiama pagrįsti sveikatos inovacijų vystymo holistinėse bendruomenėse įgalinimo metodologiją, grindžiamą atvirųjų edukacinių aplinkų sukūrimu diversifikuotų žinių integracijai, bei pateikti atvirųjų inovacijų laboratorijos vystymo metodiką.

Siekiant, jog sveikatos bendruomenė, susidedanti iš įvairių suinteresuotų šalių, galėtų sėkmingai dalintis atsakomybe kuriant geresnę sveikatą, šiuo darbu siekiama išsiaiškinti, kaip valdomos žinios sveikatos bendruomenėje, žinių srautus, tipus, šaltinius bei identifikuoti žinių valdymo barjerus tam, kad sveikatos bendruomenės palaipsniui transformuotųsi į žinias kuriančias inovatyvias bendruomenes.

Tyrimo problema: sėkmingos sveikatos sistemos transformacijos elementas yra bendruomenių įtraukimas sveikatos iššūkiams spręsti. Sveikatos žinios yra labai plačiai paplitusios, pacientai sprendimus priima vadovaudamiesi įvairiais žinių šaltiniais, tačiau mažai žinoma kaip žinios sveikatos bendruomenėje juda, kokie žinių sklaidos šaltiniai dominuoja, kokių tipų žinių srautai sąveikauja priimant sprendimus, susijusius su sveikata, kaip vyksta žinių valdymas sveikatos bendruomenėje ir su kokiais barjeriais susiduriama.

Tyrimo objektas. Žinių valdymas sveikatos bendruomenėje.

Tyrimo tikslas. Suformuoti sveikatos bendruomenės žinių valdymo modelį, grindžiamą orientacija į paciento sveikatos sprendimų priėmimą.

Tyrimo uždaviniai:

1. Atskleisti žinių valdymo modelius inovatyviose bendruomenėse, orientuojantis į sveikatos bendruomenės specifiką.
2. Pagrįsti atvejo analizės metodologiją, skirtą sveikatos bendruomenės žinių valdymo specifikos empirinei analizei.
3. Remiantis empiriniu tyrimu, išskirti sveikatos bendruomenės žinių tipus ir šaltinius, pateikti žinių srautų žemėlapi.
4. Remiantis teorijos ir empirinių duomenų analize, sudaryti sveikatos bendruomenės žinių valdymo modelį, išskirti barjerus ir pateikti siūlymus žinių valdymo barjerams pašalinti.

Tyrimo metodai. Teorinėje dalyje atlikta lyginamoji mokslinės literatūros analizė. Empirinėje dalyje atlikta atvejo tyrimo analizė. Duomenų rinkimui taikytas pusiau struktūruotas interviu su 19 respondentų. Gautų duomenų analizei taikyta indukcinė latentinė turinio analizė.

Darbo struktūra. Darbą sudaro penkios dalys. Pirmojoje dalyje aptarta žinių kūrimo ir valdymo sveikatos bendruomenėse problematika. Antrojoje – atlikta teorijos apžvalga, pateikta sveikatos bendruomenės samprata, apžvelgti sveikatos bendruomenės žinių valdymo principai. Trečiojoje dalyje aptarti ir pateikti sveikatos bendruomenės žinių valdymo elementai, išskiriant sveikatos žinių tipus, bendruomenės įsitraukimo galimybes inovacijoms generuoti ir sveikatos bendruomenės žinių valdymo barjerus. Taip pat pateiktas teorinis sveikatos bendruomenės žinių valdymo modelis. Ketvirtojoje dalyje pagrįsta sveikatos bendruomenės žinių valdymo tyrimo metodologija, pagrįstas atvejo tyrimo taikymas. Penktojoje dalyje pateikti tyrimo rezultatai ir rekomendacijos sveikatos bendruomenės žinių valdymo barjerams įveikti.

Darbą sudaro: 72 psl., 5 dalys, 21 pav., 11 lentelių. Nagrinėti 68 literatūros šaltiniai ir 8 informacijos šaltiniai.

1. Žinių kūrimo ir valdymo sveikatos bendruomenėse problematika

Tautos sveikata yra pats vertingiausias jos turtas. Jei žmonės nėra sveiki, tai kenčia šalies ekonomika, kyla problemų šeimose, ima trūkti vieningumo bendruomenėse ir kyla pavojus net nacionaliniam valstybės saugumui (Lavizzo-Mourey, 2017). Sveikata šiandieniniame pasaulyje gali būti apibūdinama trimis skirtingais terminais (Sartorius, 2006). Sveikata gali būti suvokiama kaip ligos ar negalios neturėjimas, kaip individo būklė, leidžianti adekvačiai elgtis kasdieniniame gyvenime, ir trečiuoju atveju – kaip žmogaus fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės būseną. Remiantis pirmuoju ir antruoju sveikatos, kaip sąvokos apibūdinimu, sveikatos lygį bei būklę gali konstatuoti tik medicinos srities atstovas ir pagrindinis sveikatos sistemos tikslas yra ligos ar sutrikimo gydymas. Trečiuoju atveju, kai sveikata suvokiama kaip žmogaus fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės būseną, medicininių tyrimų atsakymai tampa nepakankamais konstatuoti asmens sveikatos lygį. Besikeičiantis ir plačiau aiškinamas sveikatos suvokimo terminas reiškia, jog asmenys, kurių sveikatos klausimas yra sprendžiamas, privalo tapti aktyviais ir įsitraukiančiais sveikatos sektoriaus veikėjais, individams ir bendruomenėms gera sveikata turi turėti ypatingą vertę ir skatinti juos imtis visų būdų bei priemonių geros sveikatos tikslams pasiekti. Tačiau pažymima, jog sveikatos, kaip vertybės pozicijos pasikeitimas individų ir bendruomenių vertybių skalėje yra neįmanomas, jei sveikatos kūrimas yra paliekamas išimtinai sveikatos sektoriui, todėl prie sveikatos kūrimo privalo prisidėti visos suinteresuotos šalys. Teigiama, jog sveikatos priežiūros reformų sėkmė priklauso ne vien tik nuo politikų, medikų ir jų asociacijų, bet ir nuo įvairių visuomenės grupių, pacientų bei bendruomenių interesų suderinimo ir tinkamos aplinkos joms vykdyti užtikrinimo.

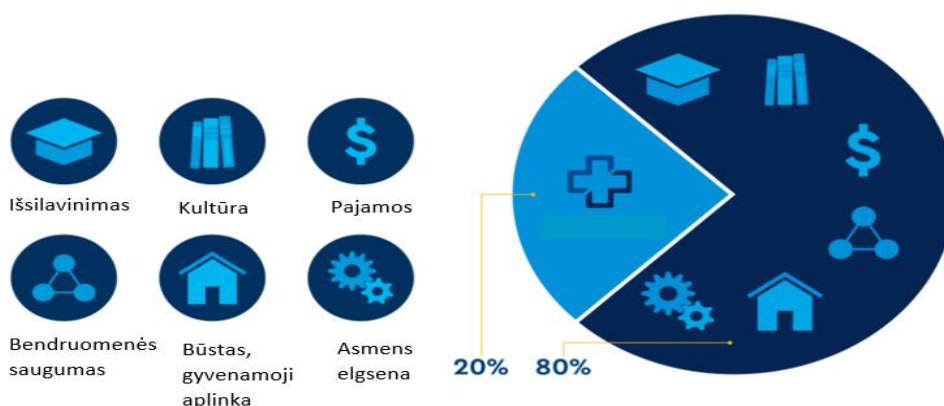
Remiantis Europos Komisijos Struktūrinių reformų pažangos vertinimo ataskaita (2019), Lietuvos gyventojų sveikatos būklė yra prasta, vidutinė gyvenimo trukmė yra viena trumpiausių ES, o mirtingumo rodikliai viršija ES vidurkį. Pažanga gerinant sveikatos priežiūros sektoriaus rezultatus yra nedidelė. Visuomenės sveikatos gerinimo priemonių įgyvendinta nedaug, investicijos nepakankamos ir nėra sistemos, užtikrinančios, kad savivaldybės įgyvendintų įrodymais pagrįstas intervencines priemones. Nors ir imamasi daugiau priemonių sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti, vis tik taikymo sritis išlieka ribota. Prasti sveikatos priežiūros rezultatai įrodo, jog vis dar yra spręstinių uždavinių, todėl reikia ieškoti būdų, leisiančių sveikatos sektoriaus pažangai vykti sparčiau.

Didžioji dalis tyrimų medicinos sektoriuje yra atliekama vadovaujantis griežtomis taisyklėmis, daugelis jų atliekama steriliose laboratorijose ir tyrimų kabinetuose, todėl tokie medicininiai tyrimai niekaip neatspindi visuomenės (Valentine, Kroll, Bruce, Lim ir Mountain, 2017). Autoriai taip pat teigia, jog įvairios socialinės grupės, ypač vaikai, neįgalieji, vyresnio amžiaus žmonės ir daugelis kitų socialinių grupių, dažnai lieka neįtrauktos į sveikatos tyrimus, todėl tokių tyrimų rezultatai nėra reprezentatyvūs. Bet kuris tiriamasis vienu metu gali sirgti keletu ligų, vartoti daugiau nei vienerius vaistus, skirtingai suvokti fizinio aktyvumo poreikį, gyventi skirtingo užterštumo vietovėse, todėl suvaldyti tokių tyrimų duomenis, laikantis griežtų medicininių tyrimų protokolų, yra sudėtinga. Įrodymais paremta medicina yra puikus būdas kurti griežtus standartus, tačiau yra nepajėgi suvaldyti kompleksinių situacijų, pateikdama reprezentatyvius tyrimų rezultatus.

Todėl reikia ieškoti ne tik tradicinių suinteresuotų šalių, bet ir naujų partnerių, nes nei individai, nei bendruomenės ar medicinos sektoriaus atstovai veikdami atskirai, norimų sėkmingo sveikatos sektoriaus transformacijos tikslų nepasieks, todėl būtina veikti kartu, dalintis turimomis žiniomis ir mokytis vieniems iš kitų (Lavizzo-Mourey, 2017). Efektyvių sprendimų sveikatos sektoriaus transformacijos procesuose galima pasiekti tik tada, kai kartu veikia ne tik valstybės valdymo bei

sveikatos įstaigos, bet ir kai įsitraukia bendruomenės ir padeda kurti bei įgyvendinti reikalingus sprendimus. Technologinis išsivystymo lygis jau šiandien leidžia matuoti kraujospūdį išmaniaisiais laikrodžiais, dirbtinis intelektas iš fotografijos gali įvertinti, ar odos pakitimo būklė yra pavojinga ar ne. Manoma, jog ateityje išmanieji prietaisai galės perspėti vartotojus apie juos ateityje ištiksiantį sveikatos sutrikimą, kad jo būtų galima išvengti. Gydytojai ateityje vis dar atliks medicininės gydymo procedūras, tačiau nebeatliks stebėjimo, tai darys patys pacientai (Topol, 2014). Šis teiginys pagrindžia tai, jog bendruomenėms būtina įsitraukti į sveikatos kūrimo procesus tam, kad joms prieinama nauja informacija ir žinios būtų tinkamai suvokiamos, panaudojamos ir taikomos, nesukeltų jokių neigiamų pasekmių ir prisidėtų prie sveikatos gerinimo.

Besikeičiantis ir platesnis sveikatos suvokimas atitinkamai keičia ir tai, kas laikoma svarbiais, sveikatai įtaką darančiais veiksniais. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis (angl. *World Health Organisation*), daugybė veiksnių, juos vertinant tiek atskirai, tiek kartu, turi poveikį individų ir bendruomenės sveikatai. Organizacija išskiria tris pagrindines sveikatą lemiančių veiksnių kategorijas: socialinė ir ekonominė aplinka, fizinė aplinka bei individų asmeninė charakteristika ir elgesys. Taip pat pažymi, jog tokie veiksniai, kaip genetika, gyvenamoji aplinka, išsilavinimas bei pajamų lygis, santykiai su šeimos nariais ir su draugais, yra daug svarbesni sveikatą įtakojantys veiksniai, negu fizinis sveikatos paslaugų prieinamumas. Socialiniai palaikymo tinklai, tokie kaip stiprus šeimos, draugų ir bendruomenių palaikymas, šeimos ir bendruomenės vertybės, tradicijos ir įsitikinimai, yra ypatingai svarbūs asmens sveikatai bei lemia jos lygį. Tyrimai, kuriais siekiama išsiaiškinti sveikatą lemiančius veiksnius bei būtinybę sveikatos bendruomenių įsitraukimui, pamažu populiarėja (Bradley, Sipsma ir Taylor, 2017; Milstein, Anguiano, Sandoval, Chen ir Dickinson, 2011). Jungtinėse Amerikos Valstijose atlikto tyrimo metu, kuomet buvo lyginami sveikatos rodikliai tarp skirtingų valstijų, nustatyta, jog socialiniai veiksniai buvo įvardyti, kaip priežastys, lėmusios daugiau nei trečdalį mirčių per metus (Galea, Tracy, Hoggatt, DiMaggio, & Karpati, 2011). Viskonsino universiteto Visuomenės sveikatos instituto atlikto tyrimo duomenimis (angl. *University of Wisconsin Population Health Institute, 2018*) nustatyta, jog sveikatos paslaugų prieinamumas ir kokybė nulemia tik 20% procentų sveikatai įtaką darančių veiksnių, net 80% sveikatą lemiančių veiksnių yra socialiniai-ekonominiai veiksniai. Tyrimo rezultatai pateikiami 1 pav..



1 pav. Veiksniai, darantys įtaką sveikatai. Sudaryta remiantis Viskonsino Universiteto Sveikatos instituto tyrimo duomenimis, 2018

Būtina ir reikalinga išgirsti bendruomenes bei suprasti jų poreikius tam, kad sveikatos sektorius funkcionuotų pažangiau. Šios bendruomenės yra arčiausiai siekiamo išspręsti klausimo ir turi informacijos, žinių bei patirties, kuriais būtų galima pasinaudoti, todėl tokių bendruomenių įtraukimas sveikatos klausimams spręsti atneštų teigiamų pokyčių sveikatos sektoriaus transformavimo procese.

Aiškiai įvardijant, jog socialiniai ir ekonominiai veiksniai ženkliai persveria sveikatos paslaugų prieinamumą savo svarba, galima teigti, jog socialiniame-ekonominiame kontekste slypi nemažai žinių, kurių identifikavimas, sisteminimas ir panaudojimas teigiamai paveiktų sveikatos sistemos veiklas. Paprastai didžioji valstybės sveikatos priežiūros sistemos investicijų dalis yra skiriama būtent sveikatos paslaugų prieinamumui užtikrinti, fiziniams pastatams prižiūrėti ir išlaikyti, klinikinėms paslaugoms, vaistams, medicininei įrangai, visuomenės sveikatos palaikymui ir kitoms sveikatos sistemos palaikymo užtikrinimo veikloms. Nors aptartos paslaugos yra svarbios, tačiau jų dominavimas užgožia kitus veiksnius, kurie lemia gerą sveikatą bei ją palaiko, todėl sveikatos sektoriuje būtinas tikslingesnis lėšų perskirstymas, kuris būtų teigiama bendruomenių įtraukimo pasekmė.

Tyrimus, susijusius su bendruomenių įtraukimu socialinėms inovacijoms kurti, plėtoja Stanfordo universiteto Socialinių inovacijų centras bei Medicinos mokykla. Institucijos, vykdydamos tyrimus, siekia atskleisti žinių valdymo principus besimokančių bendruomenių kontekste. Teigiama, jog visuomenės nariai tampa vis labiau atitolę vieni nuo kitų, todėl būtina ieškoti naujų būdų bendrystei sugrąžinti bei suprasti, kaip bendruomenės veikia, ir šias žinias panaudoti socialinėms inovacijoms generuoti. Pastebimas ryškėjantis atotrūkis tarp to, ką valstybė suteikia, kad palaikytų ar pagerintų visuomenės sveikatą, ir to, ko visuomenė tikisi ir nori iš sveikatos apsaugos politikos. Šios institucijos tyrėjai kelia klausimą – kas nutiktų, jei sistema būtų modeliuojama, taikoma bei vertinama kartu su bendruomenėmis ir bendruomenių iniciatyva, bet ne dėl bendruomenių? Gebėjimas suvokti ir identifikuoti bendruomenių keliamus tikslus sveikatos srityje, jų sėkmingas perkėlimas ir integravimas į sveikatos valdymo sistemą, turi daug potencialo sukurti ilgalaikius sveikatos gerinimo būdus. Dabartinė sveikatos valdymo sistema yra akcentuota į gydymo įstaigų funkcionavimą, bet ne į individus ir bendruomenes. Jungtinėse Amerikos Valstijose taip pat veikia organizacija „Tiltas tarp sveikatos ir bendruomenės“ (angl. *Bridging Health and community*), į kurios veiklą įsilieja Stanfordo universiteto tyrėjai, ir veikdami kartu, formuoja metodinius patarimus medicinos įstaigoms. Šios organizacijos tikslas yra siekti, jog sveikatos apsaugos sistema išeitų už techninių paslaugų teikimo ribos ir išmoktų palaikyti individus bei bendruomenes, formuojant jų pačių sveikatą. Tai padaryti įmanoma tik vadovaujantis šiais principais: įtraukti bendruomenes; suprasti istorijos bei aplinkybių kontekstą, kuriame bendruomenės gyvena ir dirba; suprasti, kas tokioms bendruomenėms yra svarbu; sukurti būdus, leidžiančius dalintis sprendimo priėmimo galia, nepaliekant jos vien sveikatos sektoriui, bet įgalinant individus ir bendruomenes vienu metu veikti individualiame, bendruomenės, institucijų ir teisinių reikalavimų lygmenyje; pripažinti, jog bendruomenių įtraukimas į sveikatos klausimų sprendimą yra ilgalaikė veikla; nesivadovauti nusistovėjusiais standartais, tačiau ieškoti sprendimų, kurie yra aktualūs „čia ir dabar“; siekti šių tikslų kūrybiškais metodais.

Kanados Dalhouse universitete veikia NICHE (angl. *Knowledge Intensive computing for healthcare enterprises*), intensyviai tirianti ir kurianti žinių valdymo bei informacinių technologijų sprendimus sveikatos sektoriui. Tyrėjai sujungia žinių valdymo ir mokslinius pasiekimus, taip sukurdami naujus ir inovatyvius praktinius sprendimus, tačiau inovacijos kuriamos formaliųjų duomenų rinkimo, sisteminimo, apdorojimo ir dalijimosi lygmenyje, o ne skatinant bendruomenių įtraukimą.

Kanadoje įsikūręs HEC Montrealio universitetas taip pat vysto skaitmeninės sveikatos tyrimus, pateikia nemažai tyrimo rezultatų susijusių su išmaniųjų prietaisų naudojimu kasdieniniame gyvenime bei žinių įgijimu šiuose procesuose. Be skaitmeninės sveikatos tyrimų, siekia vystyti sveikatos bendruomenes, skirtingų suinteresuotų šalių įsitraukimą į socialinių inovacijų generavimą (Cohendet, Grandadam, Simon ir Capdevila, 2014).

Lietuvoje tyrimų, susijusių su bendruomenių įtraukimu sveikatos iššūkiams spręsti, atlikta labai mažai. Sveikatos apsaugos politika yra nukreipta elektroninės sveikatos sistemos diegimo bei tobulinimo klausimams spręsti, sveikatos įstaigų finansavimo ir vaistų kompensavimo sistemos reformos tobulinimui. Vis tik formuojasi daug ir įvairių pacientų bei ligos bendruomenių, kurios ieško būdų ginti savo interesus, prisidedant prie sveikatos apsaugos politikos formavimo, bei tuo pat metu sutelkia panašios patirties turinčius pacientus į bendruomenę, kurioje dalijimasis patirtinėmis žiniomis, tampa daug lengvesnis. Sveikatos apsaugos ministerijos tinklalapyje registruota apie šimtas pacientų organizacijų (Lietuvos astmos klubų asociacija, Lietuvos skausmo unija, Kraujo donorų asociacija, organizacija „Pola“, Vaikų retų ligų asociacija ir kt.) bei registruota Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba, socialiniuose tinkluose veikia nemažai ligos bendruomenių grupių. Ir nors šių bendruomenių veiklos tikslas yra dalintis patirtimi, būti išgirstiems ir siekti daryti įtaką sveikatos formavimo politikai, tačiau jų valdomos žinios yra susijusios išimtinai su formaliomis sutrikimų ar ligų žiniomis, nes bendruomenių veiklos organizavimui trūksta metodologinių žinių bei svaresnės įtakos sveikatos formavimo klausimais. Lietuvoje sveikatos bendruomenių žinių valdymo tyrimų atlikta labai mažai. Šie tyrimai labiausiai siejami su tyrimais pacientų bendruomenėse, o sveikatos žinių sistema, didžiąja dalimi apsiriboja vien tik formaliomis medicininėmis, protokolinėmis ir pacientų duomenų žiniomis.

Sveikatos paslaugų teikėjai bendruomenei turėtų užduoti klausimą: „Ką mes turėtume išmokti apie tavo pasaulį, kad galėtume tapti efektyvesniais?“ (Threlfall ir Gulley, 2019). Šio tikslo įgyvendinimui yra reikalingi realūs praktiniai pavyzdžiai, įrodantys, jog buvimas arti vartotojo padeda organizacijoms veikti tikslingai, taigi reikalingi įrankiai ir resursai, jog organizacijos sugebėtų išgirsti galutinio vartotojo atsiliepimus. Bendruomenės, kurios yra arčiausiai problemų, gali atskleisti unikalias išvalgas, todėl tiek sveikatos politikos formuotojai, tiek sveikatos paslaugų teikėjai privalo veikti taip, jog žmonės, dėl kurių jie veikia, būtų įtraukti į sveikatos sistemos kūrimą ir funkcionavimo užtikrinimą. Neišvengiamai reikalingas ir požiūrio pasikeitimas, sveikatos sistemoje negalima manyti, jog visi atsakymai jau žinomi, reikalinga vystyti nuolatinį klausymosi įgūdį, siekiant suprasti tuos, kurie yra kitokie, nei sveikatos politikos formuotojai ar paslaugų teikėjai. Šiam įgūdžiui reikalinga praktika, o tokios veiklos pasekmė yra įgalintas vartotojas. Jei siekiama transformuoti sveikatos apsaugos sistemą, kad ji būtų labiau naudinga tiems, dėl kurių sukurta, reikia keisti įrankius, kuriais matuojamas sveikatos apsaugos sistemos naudingumas. Individus bei bendruomenes paversti centrinėmis figūromis, kurių balsas turi įgauti galios ir prilygti tiems, kurie formuoja sveikatos politiką.

Formalių žinių dominavimas sveikatos sektoriuje ir mažas sveikatos bendruomenių įtraukimo lygis sveikatos iššūkių sprendimui tapo pagrindu šiam tyrimui. Šiuo darbu siekiama nagrinėti sveikatos bendruomenes tokia apimtimi, kuri neapsiriboja vien tik formaliosiomis žiniomis, nes „Prioritetas pacientams“ tampa sveikatos sistemos formuotojų šūkiu. Šio šūkio tikslas yra pasiekti, jog žmonės, kartu ir bendruomenės, būtų labiau įgalinti patys priimti sprendimus, susijusius su jų sveikata, ir kad teikiamos sveikatos paslaugos labiau atitiktų žmonių lūkesčius ir poreikius. Pripažįstama, kad žmonės nėra taip stipriai įtraukiami į sveikatos formavimo procesą, kaip jie to tikėtusi. Sugebėjus

individus ir sveikatos bendruomenes įtraukti į sveikatos kūrimo procesus, sprendimai, susiję su sveikata, būtų tikslesni, sveikatą lemiantys veiksniai būtų tiksliau suvokiami ir kontroliuojami ir sveikatos sistemai skiriami resursai būtų paskirstomi tikslingiau ir naudingiau (Hammergren ir Harkins, 2008). Sveikatos bendruomenių ekosistema yra itin kompleksiškas darinys, susidedantis iš įvairių suinteresuotų šalių, todėl šis darbas remiasi „CHICOLab“ projektu, vykdytu susijungus Kauno technologijos, Vytauto Didžiojo bei Lietuvos sveikatos mokslų universitetams į klasterį, siekiant vykdyti tyrimą besilaukiančių moterų sveikatos bendruomenėje. Tyrimas vykdytas dviem etapais: pirmasis etapas vykdytas 2018 m. kovo – 2019 m. sausio mėnesiais, antrasis – 2019 m. sausio – balandžio mėnesiais. Pirmajame etape siekta taikyti holistinį požiūrį į sveikatos bendruomenes, kuomet laikomasi principų, jog bendruomenė, kaip klientas (pacientas), yra veiklos tikslas; priežiūra yra svarbus pasveikimo veiksnys; rūpinimasis savo sveikata neinvaziniais būdais (dieta, aktyvus gyvenimo būdas, bendrystės ir palaikymo jausmas), prisideda prie geros savijautos. Gera savijauta apima daugelį sričių: darbą, santykius, asmeninius tikslus, kūną-mintis-sielą, paciento pateikiama subjektyvi informacija yra pirminis šaltinis atliekant sveikatos vertinimą, žmogaus mintys yra dalis susirgimą lemiančių veiksnių, todėl sveikatos priežiūros įstaigos turėtų rasti būdų tai įvertinti, profesionalus bendradarbiavimas su pacientu yra būtinas sveikatos tikslams pasiekti, pacientas geba vertinti savo sveikatą ir imtis sveikatinimo veiksnių (Clark, 2002). Pirmojo etapo metu tyrėjai atliko 10 interviu su besilaukiančiomis moterimis, o tyrimui buvo iškelti šie uždaviniai:

- pagrįsti atvirųjų inovacijų holistinėse bendruomenėse vystymo metodologiją sveikatos priežiūros sektoriaus atveju, išskiriant diversifikuotų žinių integravimo inovacijoms prielaidas, bei įvertinant sveikatos iššūkių sąlygojamas inovacinės veiklos specifikacijas;
- sukurti atvirųjų inovacijų vystymo galimybių ir prielaidų analizės kokybinį instrumentą, grindžiamą trianguliacija, t. y. holistinių bendruomenių žinių srautų analize, generuojant sveikatos inovacijas, besimokančių bendruomenių formavimosi galimybių pažinimu bei sveikatos inovacijų kūrimo procesų analize, bei atlikti atvejų tyrimus;
- remiantis kokybine analize, pagrįsti holistinių bendruomenių žinių integracijos ir mokymosi modelius sveikatos inovacijoms generuoti, bei pateikti atvirųjų sveikatos inovacijų įgalinimo metodiką, grindžiamą atvirosios bendruomenių laboratorijos (angl. *open lab*) principu.

Antrasis tyrimo etapas vykdytas šiuo darbu nuo 2019-ųjų sausio iki balandžio mėnesio. Tyrimas pratęstas atliekant interviu su besilaukiančiomis moterimis bei išplėstas įtraukiant susilaukusias moteris bei jų vyrus ar partnerius. Vykdomo tyrimo uždaviniai, lyginant su uždaviniais, keltais pirmajame tyrimo etape, nežymiai keičiasi ir yra koncentruoti atskleisti tiriamosios sveikatos bendruomenės žinių valdymo modelį, įvardyti žinių tipus bei šaltinius, išgryninti žinių valdymo barjerus bei rasti pasiūlymų barjerams įveikti. Pasaulio sveikatos organizacijos ekspertų nuomone, sveikatos sistemos transformacija galima tik įtraukus individus, bei sveikatos bendruomenes. Tačiau pripažįstama, jog tai padaryti sudėtinga dėl suinteresuotų šalių įvairumo, todėl raginama pokyčius pradėti mažais, bet tikslingais žingsniais. Remiantis tokia rekomendacija, darbu siekiama praplėsti atliktų tyrimų ribas ir rasti būdų, padedančių suvokti, kaip veikia sveikatos bendruomenės mažoje imtyje.

2. Sveikatos bendruomenės, kaip žinias kuriančios bendruomenės, konceptualizavimas

2.1. Sveikatos bendruomenės samprata

Vieną dieną pacientas sulaukia skambučio iš buvusio gydytojo, kuris teiraujasi, ar galėtų perduoti kontaktus esamam pacientui, kuris šiuo metu yra identiškoje situacijoje. Tačiau gydymui vienareikšmiško medicininio sprendimo nėra, todėl tikėtina, jog turima asmeninė paciento praktika, patirtis ir žinios, leistų dvejojančiam pacientui priimti tinkamą sprendimą dėl savo sveikatos. Buvusio ir esamo paciento suvedimas tampa tuo, kas galėtų ir turėtų virsti sėkminga inovacija, pasitelkiant sveikatos bendruomenes. Minimū atveju, pacientai suvesti tik sėkmingo atsitiktinumo dėka, kai abu pacientai gydomi to paties gydytojo. Todėl reikalinga veikti taip, kad sveikatos bendruomenės, turinčios bendrų interesų, dalytūsi žiniomis tiesiogiai, o įgytos žinios ir patirtys taptų prieinamos visiems, ir tai neapsiribotų vien pacientų bendruomenėmis, tačiau įtrauktų kuo platesnį suinteresuotų šalių ratą ne tik ligos gydymui, bet ir sveikatos kūrimui.

Norint panaudoti bendruomenės išteklius įvairioms problemoms spręsti ir poreikiams patenkinti, svarbu suvokti pačią bendruomenės sampratą ir bendruomenių tipus (Leliūgienė ir Sadauskas, 2011). Bendruomenė moksliniuose darbuose nagrinėjama plačiau (tauta, visuomenė, regionas ir pan.) ir siaurąja („šeima be sienų“, gatvė, kvartalas, teritorinė bendruomenė ir pan.) prasme (Leliūgienė ir Sadauskas, 2011; cit. iš Juodeikaitė, 2009). Bendruomenė gali turėti daug skirtingų reikšmių, nuo mažo socialinio susijimo vieneto iki didelių kaip Europos Sąjunga bendrijų. Todėl, kalbant apie bendruomenę, dažnai vartojamas pažymins, nusakantis bendruomenės tipą, pvz.: sveikatos bendruomenė, virtuali bendruomenė, geografinė bendruomenė ir t. t. Atlikus literatūros apžvalgą, 1 lentelėje išskiriami bendruomenės apibrėžimai.

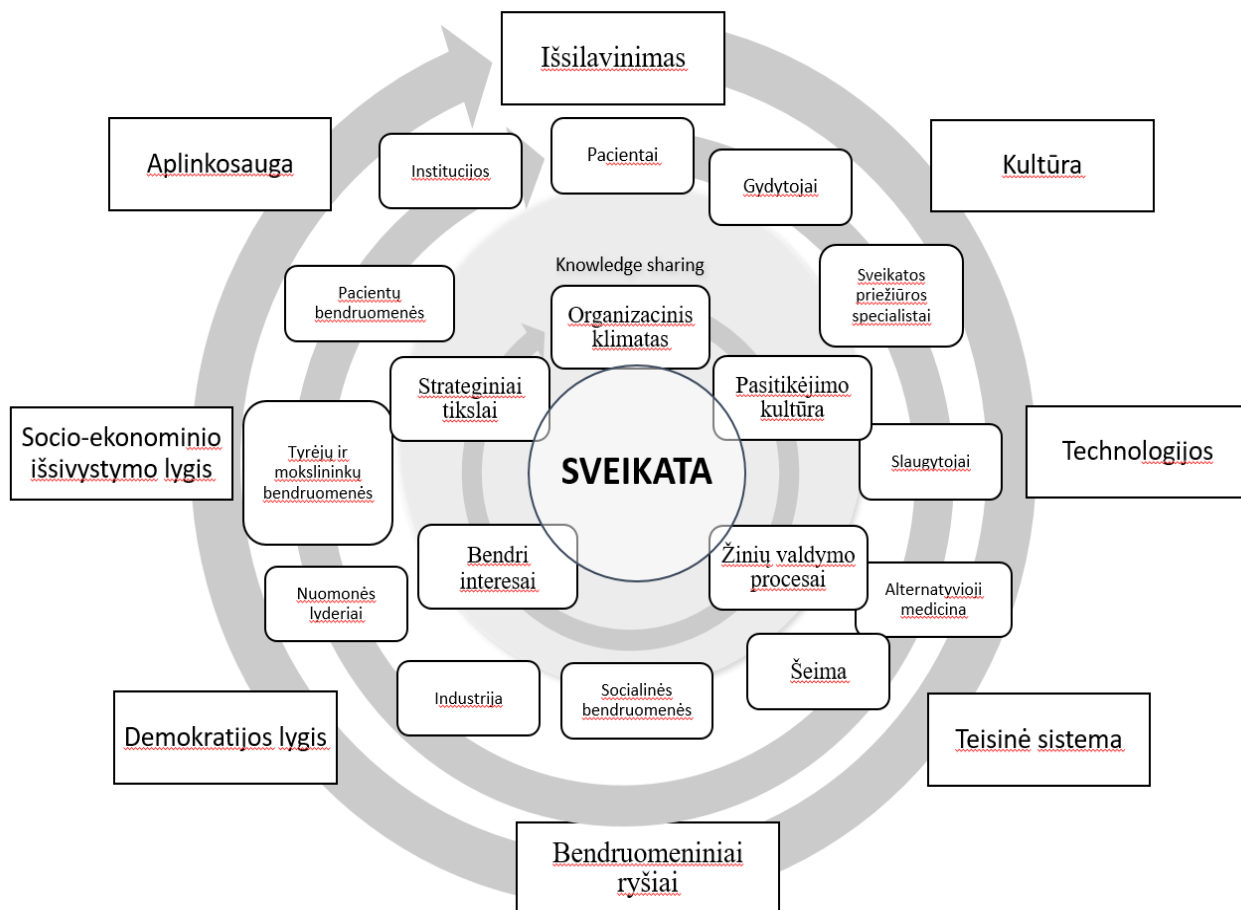
1 lentelė. Bendruomenės sąvokos

Autorius, metai	Bendruomenės sąvoka
MacQueen, McLellan, Metzger, Kegeles, Strauss, Scotti ir Trotter, (2001)	Skirtingai charakterizuojamų žmonių grupė, kuri yra susijusi socialiniais ryšiais, dalijasi bendrais tikslais ir atlieka bendrus veiksmus tam tikrose situacijose ar vietovėse.
Wiegandt, (2009)	Nuolat sąveikaujančių individų socialinis tinklas, kuriame individai veikia vienas kitą ir per tam tikrą laiką susiformuoja bendrumo jausmas.
Wilkinson, (1991)	Bendruomenė yra visur, kur žmonės bendrauja įvairiais gyvenimo klausimais, žmonės visuomet yra bendruomenėje, nepaisant fakto, ar jie tai suvokia, ar ne.
Brunton, Thomas, O'Mara-Eves, Jamal, Oliver ir Kavanagh, (2017)	Bendruomenė yra jos pačios narių palaikymo ir bendros veiklos produktas, kai naudojant tiek vidinius tiek išorinius resursus pasiekiami pokyčiai bendruomenėje.
Delanty, (2003)	Šiuolaikinė bendruomenė yra organizuota kaip tinklas, jai trūksta matomumo ir vientisumo, ji labiau įsivaizduojama, simboliškai suformuota, neturinti tikslų atskaitos taškų, tačiau turinti galios apibrėžti naujas situacijas bei konstruoti socialinę tikrovę.
Aveling, Martin, Herbert ir Armstrong, (2012a)	Bendruomenė yra sudaryta iš narių, turinčių bendrų interesų, kuriuos vienija bendri tikslai ir kurie bendradarbiauja siekdami šiuos tikslus įgyvendinti, tačiau yra pasiruošę peržengti organizacinius, disciplinos ar profesinius apribojimus tam, kad būtų įtrauktos visos suinteresuotos šalys.
Chavis ir Lee, (2015)	Bendruomenė yra jausmas ir ryšys tarp žmonių.

Vieni autoriai pažymi, jog bendruomenės nariai turi būti susiję socialiniais ryšiais, dalintis bendrais tikslais ir jų veikla apsiriboja tam tikra teritorija. Kiti autoriai teigia, jog žmonės visuomet yra bendruomenėje, nepaisant fakto, ar jie tai suvokia, ar ne. Šiuolaikinei bendruomenei ima trūkti matomumo, ji labiau įsivaizduojama, kaip simboliškai suformuota, tačiau turinti galios konstruoti socialinę tikrovę.

Bendruomenių, kurių tikslas kurti sveikatą, kontekste kartu su besikeičiančiu sveikatos, kaip sąvokos suvokimu, keičiasi ir vartotojo sveikatos sektoriuje suvokimas. Sveikatos sistemos vartotojas keičiasi iš sergančio paciento į sveiką asmenį, kuris geba priimti sveikatos sprendimus ir palaikyti gerą sveikatą. Vertė sveikatos sistemoje nebebus matuojama pagydytų ar pasveikusių asmenų skaičiumi, tačiau ji bus kuriama bendradarbiaujant tam, kad būtų užtikrinta ir palaikoma gera žmonių sveikata (Gourevitch, Cannell, Boufford ir Summers, 2012)

Petraitė, Užienė ir Maženytė (2018) pateikia sveikatos bendruomenių žinių valdymo modelį, jį konstruodamos iš paciento perspektyvos. Šis modelis paremtas tyrimu, atliktu Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Ginekologijos ir akušerijos klinikoje 2018 metais. Modelis pateikiamas 2 pav., jame nurodomos sveikatos bendruomenės suinteresuotos šalys. Sveikatos bendruomenę sudaro platus ratas suinteresuotų šalių, turinčių bendrų interesų. Šios šalys yra pacientai, gydytojai, sveikatos priežiūros specialistai, slaugytojai, šeima, alternatyvioji medicina, socialinės bendruomenės, nuomonės lyderiai, tyrėjų ir mokslininkų bendruomenės, pacientų bendruomenės, tyrėjų ir mokslininkų organizacijos, verslo organizacijos ir kitos institucijos. Darytina išvada, jog suinteresuotų šalių ratas nėra baigtinis, ir atsižvelgiant į situaciją gali keistis. Vienos suinteresuotos šalys gali vaidinti svarbesnį vaidmenį vienu metu, kitos kitu, tačiau neišvengiamai nei viena suinteresuota šalis negali veikti atsietai nuo kitų, siekiant sveikatos gerinimo tikslų.



2 pav. Sveikatos bendruomenių žinių valdymo modelis (Petraitė, Užienė ir Maženytė, 2018)

Pateiktame žinių valdymo modelyje pabrėžiama, jog ne tik suinteresuotos šalys, bet ir veiklos aplinka, kultūra, technologijų lygis, teisinė sistema ir demokratijos lygis, aplinkosauginiai veiksniai ir bendruomeniniai ryšiai, vaidina svarbų vaidmenį konstruktyviame sveikatos bendruomenių žinių valdymo procese. Suinteresuotos šalys veikia ne tik tarpusavyje, bet ir tam tikrame kontekste, susiformavusioje aplinkoje, priklausomoje nuo įvairių faktorių.

Nagrinėjant mokslinius straipsnius, susijusius su sveikatos bendruomenių tyrimais, pastebima, jog sveikatos bendruomenių tyrimo srityje dominuoja atvejo studijos ir tyrimai (Harris, 2014; Sanneh, Hu, Njai, Ceesay ir Manjang 2014; Mathias, K. Mathias, J., Goicolea ir Kermodė, 2018). Kito tyrimo metu, kuomet tyrinėtas Jungtinės Karalystės visuomenės sveikatos sektorius ir nagrinėtos galimybės įtraukti suinteresuotas šalis, jos suskirstytos į vidines ir išorines (Leigh-Hunt, 2016). Vidinės suinteresuotosios šalys tai tos, kurios tiesiogiai susijusios su sveikatos apsaugos politikos formavimu ir turi daugiau teisinės galios politikos formavime. Išorinėmis suinteresuotomis šalimis įvardytos tos, kurios tiesiogiai ar teisiškai nesusijusios su visuomenės sveikatos formavimu. Vidinės ir išorinės suinteresuotos šalys pateikiamos 2 lentelėje.

2 lentelė. Vidinės ir išorinės suinteresuotos šalys Jungtinės Karalystės viešosios sveikatos sektoriuje (Leigh-Hunt, 2016)

Formaliosios suinteresuotos šalys	Neformaliosios suinteresuotos šalys
<p>Visuomenės sveikatos apsaugos politikos formuotojai (atsakingi už strategiją, įgyvendinimą, priežiūrą, analitiką ir pan.), institucijos atsakingos už pirkimus sveikatos sektoriuje, mokslininkai, tyrėjai, viešųjų ryšių specialistai, Kiti su visuomenės sveikatos sistemos formavimu susiję asmenys.</p>	<p>Vietos savivalda, pacientai, paslaugų vartotojai, klientai, tiekėjai, kokybės vertintojai, specialiosios suinteresuotos grupės, visuomenės sveikatos atstovai, mokyklų medicinos specialistai, kitos nevyriausybinės sveikatos priežiūros institucijos, visuomenės informavimo priemonės.</p>

Kiti autoriai, analizuodami bendruomenės terminą, teigia, jog pagrindinė jėga, verčianti bendruomenes kurtis, yra bendrieji poreikiai, taip pat, jog dauguma žmonių vienu metu dalyvauja keletas ar keliolikos bendruomenių veikloje, o bendruomenės dažnai veikia kitų bendruomenių viduje (Chavis ir Lee, 2015). Šie autoriai pažymi, jog bendruomenės yra formalios ir neformalios.

Susisteminius bei įvertinus įvairių autorių pateiktus bendruomenių apibrėžimus, papildžius juos sveikatos bendruomenės žinių valdymo teoriniu modeliu, įvardijančiu sveikatos bendruomenių suinteresuotas šalis, suformuotas sveikatos bendruomenių apibrėžimas, kuris bus naudojamas šiame darbe.

Sveikatos bendruomenė – tai sveikatos apsaugos sistemoje ir kitose, su sveikata susijusiose srityse veikiančių, skirtingai charakterizuojamų, formalių ir neformalių suinteresuotų šalių visuma, kuri labiau įsivaizduojama, kaip suformuota simboliškai, tačiau turinti galios konstruoti socialinę tikrovę.

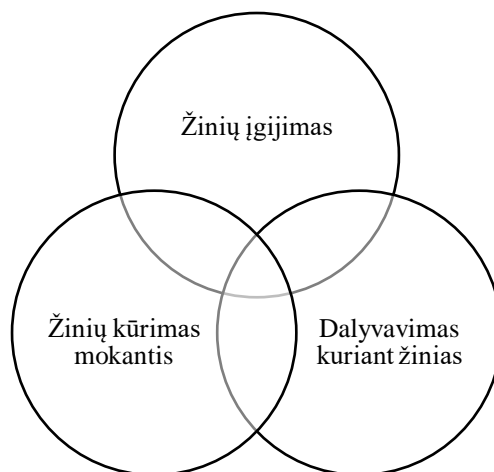
2.2. Sveikatos bendruomenės žinių valdymo principai

Pirmiausia, norint rasti būdų, kaip sveikatos bendruomenes įtraukti į sveikatos kūrimo ir palaikymo procesus, būtina suvokti, kaip tokios bendruomenės veikia ir kaip turėtų būti organizuojamos, kad jų kuriamos praktikos ir žinios būtų tinkamai ir produktyviai panaudojamos bei valdomos. Sveikatos bendruomenių žinių valdymo koncepcija šiame darbe nagrinėjama remiantis bendrąja žinių valdymo teorija, nes ši mokslo sritis gan plačiai nagrinėjama, ypač žinių valdymo organizacijų kontekste, o sveikatos bendruomenių žinių valdymo sritis yra menkai iširta ir teorija dar tik pamažu formuojasi. Petraitė, Maženytė, Gerulaitienė, Vaitkienė, Užienė, Ponomarenko, Kaminskienė, Dobožinskas, Kliucinskas, Aukštakalnis, Jucevičienė, Budrienė ir Nadišauskienė (2018) teigia, jog sveikatos žinių kūrimas yra itin kompleksiškas procesas, nes į procesą įsitraukia platus ratas suinteresuotų šalių, todėl siūloma sveikatos bendruomenių žinių valdymą nagrinėti remiantis žinių valdymo principais.

Įvertinus, jog sveikatos bendruomenės tikslingiausiai gali būti tiriamos žinių valdymo teorijos pagrindu, nors ir neturi visų būtinų bendruomenės, kaip organizacijos elementų, šiame darbe remiamasi moksliniu darbu „Inovatyvių žinių bendruomenių modeliai ir trys mokymosi metaforos“ (angl. *Models of innovative knowledge communities and three metaphors of learning*) (Paavol,

Lipponen ir Hakkarainen, 2004) ir aptariamoms Nonaka'os ir Takeuchi'io (1995), Engestrom'o (1987) ir Bereiter'io (1994) žinių valdymo teorijoms.

Autoriai savo darbe teigia, jog žinių valdymui apibūdinti nepakanka žinių įgijimo ir dalyvavimo kuriant žinias, tačiau iškiria ir trečią žinių valdymo elementą – žinių kūrimą mokantis (Paavola, Lipponen ir Hakkarainen, 2004). Modelis pateikiamas 3 pav.. Taigi remiantis šiais autoriais **žinių valdymas** suvokiamas, kaip kompleksinės veiklos, apimančios žinių įgijimą, dalyvavimą kuriant žinias ir žinių kūrimą mokantis.

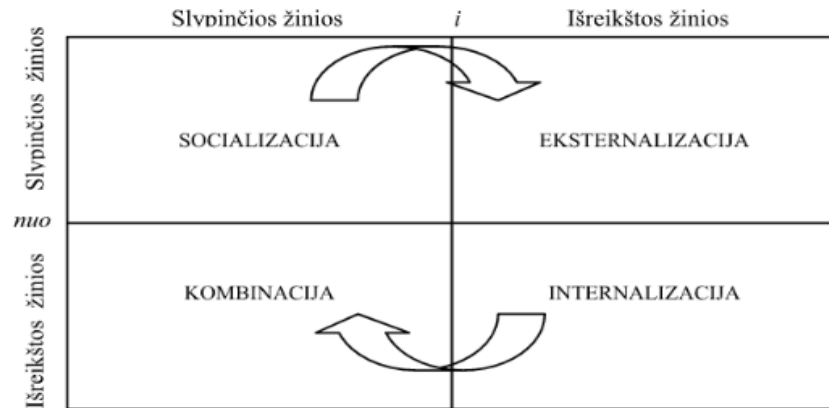


3 pav. Trys žinių valdymo metaforos (Paavola, Lipponen ir Hakkarainen, 2004)

Nonaka'os ir Takeuchi'io, Engestrom'o ir Bareiter'io žinių valdymo modeliai reprezentuoja bandymus apibrėžti, kaip bendruomenės yra ir turėtų būti organizuojamos, kad būtų palengvinamas žinių valdymo procesas (Paavola, Lipponen ir Hakkarainen, 2004). Nonaka ir Takeuchi mokymosi ir žinių kūrimo procese akcentuoja dvi esmines žinių tipologijas, kurios lemia mokymąsi ir žinių valdymą (Nonaka ir Takeuchi, 1995). Autoriai išskiria egzistuojant slypinčias ir išreikštas žinias. Slypinčias žinias galima apibūdinti, kaip žinias, kurios individo nėra suvokiamos, tačiau daro įtaką jo veiklą. Šios žinios apima individo asmeninę patirtį, įsitikinimus bei vertybių sistemą. Išreikštos žinios, tai tokios žinios, kurias galima aiškiai ir suvokiamai pasakyti ar užrašyti. Autoriai teigia, jog pagrindinis inovacijų šaltinis yra neišreikštos žinios, tačiau jas būtina tinkamai perteikti, kad jomis galėtų pasinaudoti ne tik žinių turėtojas, bet ir kiti individai ar jų grupės. Jucevičienė ir Šajeva (2004) teigia, jog autoriai bando pateikti aukšto lygio conceptualinį požiūrį į žinių valdymą, kaip į žinių generavimo perkėlimo ir kūrimo bei išvalgumo procesą. Nonaka ir Takeuchi akcentuoja ne tik egzistuojant du pagrindinius žinių tipus, bet ir tai, jog šios žinios nuolat dinamiškai sąveikauja keturiuose žinių kūrimo procesuose:

- socializacijos;
- eksternalizacijos;
- kombinacijos;
- internalizacijos.

Šio modelio idėja yra ta, jog žinios nuolat perduodamos iš individo lygmens kitam individui, vėliau grupėms, organizacijoms ir patenka tarp organizacijų. Šis procesas vyksta nenutrūkstamai ir kyla spirale į viršų, pereinamas į kitas žinių kūrimo aplinkas, autorių vadinamas „Ba“. Grafiškai pavaizduotas modelis pateiktas 4 pav..

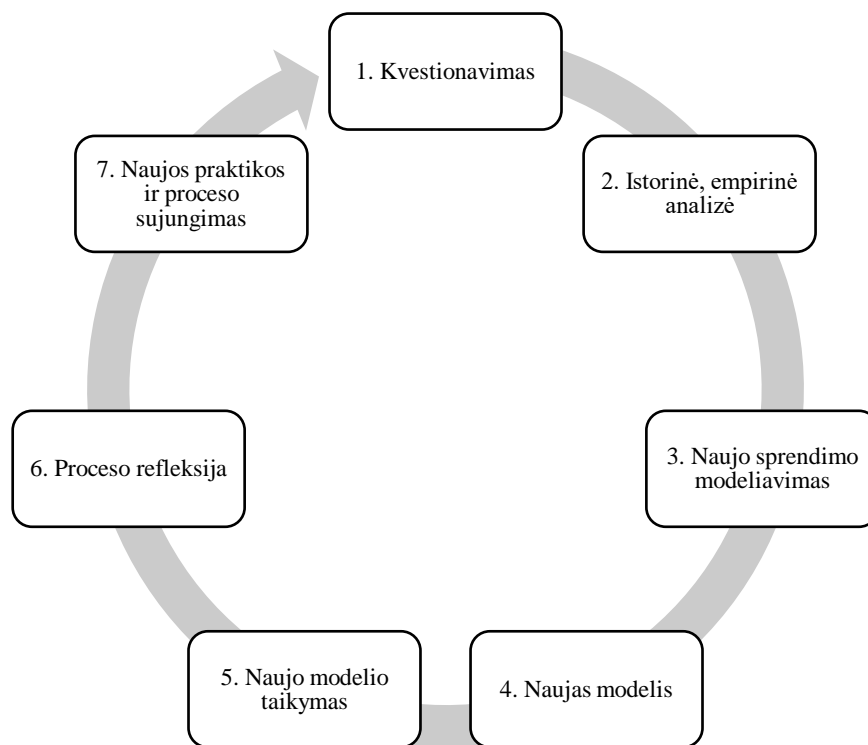


4 pav. Nonaka ir Takeuchi žinių valdymo modelis (Jucevičienė ir Šajeva, 2004)

Yrjo Engestrom'as pristato išplėstinio mokymosi modelį, kaip žinių valdymo modelį (vert. *Expansive learning model*) (1999). Autorius tyrinėjo ir vystė inovatyvaus mokymosi ciklus komandose. Teorija teigia, jog individai negyvena vakuume, tačiau dalyvauja kultūriniame-istoriniame kontekste, todėl individų elgesys jokių būdu negali būti tyrinėjamas ir vertinamas atsietai nuo šio konteksto. Išplėstinio mokymosi modelis yra pagrįstas septynių pakopų mokymosi ciklu:

- individas kvestionuoja ir kritikuoja egzistuojančias žinias ar praktikas;
- analizuoja esamą situaciją, daugiau dėmesio skirdamas istorinėms prielaidoms bei empiriniam analizuojamo klausimo suvokimui;
- imasi modeliuoti naują situaciją probleminio klausimo sprendimui;
- naujai sukurtas problemos sprendimo modelis egzaminuojamas eksperimentuojant, bandoma išsiaiškinti naujo modelio potencialą bei veiksnius, ribojančius naujojo sprendimo veikimą;
- sukurtas modelis įgyvendinamas praktiškai, pritaikomas ar kitaip panaudojamas;
- atliekamas proceso vertinimas;
- vykdomas naujos sukurtos praktikos ir naujo proceso sujungimas, šie du elementai derinami tarpusavyje;
-

Šis žinių valdymo modelis, kuris remiasi septyniais etapais, pateiktas 5pav.. Žinių kūrimo elementų seka ir išdėstymas turėtų būti vertinamas kaip idealus ir siektinas įrankis, įgalinantis žinių kūrimą, tačiau reikia pripažinti, jog žinių kūrimo elementai nebūtinai vyksta nurodyta seka (Paavola, Lipponen ir Hakkarainen, 2004).



5 pav. Žinių valdymo modelis (Engestrom, 1999)

Atkreiptinas dėmesys, jog žinių kūrimo elementų seka nesudaro uždaro rato, negrįžtama į pradinę padėtį, tačiau sukuriamas naujas produktas, žinios. Autorius ir jo kolegos taip pat sukūrė įrankį, leidžiantį įsitraukti į žinių kūrimo ir valdymo procesą, jį pavadino pokyčių laboratorija (Engestrom, Virkkunen, Helle, Pihlaja ir Poikela, 1996). Autoriai teigia, jog toks modelis gali būti naudojamas įvairiose darbo aplinkose: sveikatos priežiūros įstaigose, mokymo įstaigose, verslo organizacijose ir pan. Šiuo metodu siekiama, jog organizacijose dirbantys žmonės dalytųsi savo turimomis žiniomis su kitais nariais, o šis procesas turėtų būti prižiūrimas ir koordinuojamas suinteresuotų tyrėjų. Šio modelio taikymu, siekiama stebėti kasdienę žmonių veiklą organizacijoje, ją užrašyti ir susisteminti. Žinių įgalinimo mechanizmą autoriai sieja su būtinybe keisti žinių kūrimo įrankius, metodus ir aktyviasias praktikas. Pokyčių laboratorijos metodika skatina dalyvius pamatyti kitų dalyvių problemas procese ir atitinkamai koreguoti savo elgesį ir veiksmus. Ši metodika padeda išvardinti žinių kūrimo ir mokymosi kliūtis ir jas įveikti surandant sprendimus. Dalyviai įgalinami pamatyti platesnį problemos paveikslą, o ne tik tai, kas tiesiogiai susiję su jų asmenine veikla.

Kita teorija teigia, jog žinių visuomenės atsiradimas sąlygoja požiūrį, jog žinios gali būti sistemiškai ir nuolat kuriamos, kaip daiktas ir jomis dalijamasi su kitais bendruomenės nariais (Scardamalia ir Bereiter, 1994). Autoriai pateikia žinių kūrimo modelį (angl. *Model of knowledge building*). Žinių kūrimas apibūdinamas, kaip bendruomeniška veikla tam, kad būtų įgalinami ir sukuriami bei suvokiami artefaktai. Tai gali būti įvairios idėjos, teorijos, produkto ar verslo planai, veiklos strategijos ar modeliai. Autoriai nesutinka, jog žinių kūrimas yra vien tik mokymasis. Jie teigia, jog nuolat vyksta žinių kūrimo procesas, bet ne mokymasis. Taip pat teigiama, jog įprastas mokymasis vyksta nuolat ir įvairiuose procesuose, tačiau būtent žinių kūrimo proceso metu, siekiama išspręsti susidariusią problemą, inicijuoti naujas žinias, tiriamą problemą perkelti į kitą, pažangesnį ir bendruomenišką lygmenį. Pagrindinis mokymosi tikslas yra žiniomis sukurti papildomą pridėtają vertę. Autoriai pateikia dvylika žinių kūrimo principų (Scardamalia ir Bereiter, 2010). Principai ir jų reikšmė pateikiami 3 lentelėje.

3 lentelė. Žinių kūrimo principai (Scardamalia ir Bereiter, 2010)

Žinių kūrimo principas	Reikšmė
1. Tikros idėjos ir autentiškos problemos	Žinių problemos kyla iš poreikio pažinti pasaulį, generuojamos idėjos turėtų būti suvokiamos, kaip materialus daiktas, nes šios idėjos lemia įvykius ir reakcijas.
2. Tobulintinos idėjos	Žinių kūrimo procesas suponuoja, jog visos idėjos yra tobulintinos. Nusistatymas, jog žinios ir idėjos negali būti tobulintinos, neturėtų stabdyti žinių kūrimo proceso.
3. Idėjų daugialypiškumas	Idėjos tobulinamos jas lyginant ir kombinuojant su kitomis. Suvokti idėją reiškia suvokti idėjas, kurios yra susijusios ir net jai prieštarauja. Šis principas sukuria aplinkybes idėjos perkėlimui į kitas, naujai apibrėžtas formas.
4. Idėjos pakėlimas į aukštesnį lygmenį	Kūrybiškas mokymasis suteikia galimybę idėjas vertinti platesniu požiūriu, formuluotes perkelti į kitą lygmenį. Pasisiekiant daugialypiškumą ir kompleksiskumą, bei netvarką teorijose, sukuriama nauja teorija ar praktika, kuri skiriasi nuo jau buvusios.
5. Pažinimo teorija	Sėkmingo žinių kūrimo procese pripažįstama asmeninė ir kolektyvinė žinių kūrėjų atsakomybė. Dalyvių idėjos derinamos su kitų dalyvių idėjomis ieškant galimybių sukurti naujas žinias vietoj to, jog vieniems dalyviams kitų dalyvių žinios būtų primetamos.
6. Bendruomenės žinios	Žinių kūrimas savo tikslu turi sukurti vertę bendruomenei. Šis principas atskiria žinių kūrimą nuo mokymosi.
7. Žinių demokratizacija	Visi dalyviai teisėtai ir lygiomis dalimis prisideda prie bendruomenės kuriamų tikslų, visi gali didžiuotis bendruomenės sukurtomis žiniomis. Visiems dalyviams suteikiama galimybė žinių inovacijoms kurti.
8. Simetriškas žinių tobulinimas	Patirtimi dalijamasi bendruomenėje ir tarp bendruomenių. Žinių judėjimas nėra judėjimas iš daugiau žinių turinčių bendruomenių į bendruomenes, sukaupusias mažiau žinių. Idealus procesas yra toks, kuomet abi grupės gauna naudos iš vykstančio proceso.
9. Visuotinis žinių kūrimas	Kūrybiškumas, tai idėjų integravimas visame žinių kūrimo procese. Visos užduotys ir veiklos yra žinių kūrimo veiklos.
10. Tinkamas informacijos šaltinių valdymas	Išmanyti discipliną reiškia žinoti kitus autorius, pasisakančius ir apibrėžiančius nagrinėjamą temą. Žinių inovacijos reikalauja pagarbos ir supratimo jau egzistuojančioms teorijoms ir suteikia galimybę jas kritikuoti.
11. Žinių kūrimo kryptis	Žinių kūrimas bendruomenėse yra daugiau nei dalijimasis žiniomis, žinios savaime apibūdinamos naujai bei transformuojamos bendruomenių praktikoje
12. Konkuravimo, įsisavinimo ir transformacijos vertinimas	Vertinimas yra dalis žinių kūrimo proceso, jis organizacijose vyksta nuolat ir suteikia galimybę bendruomenėms įsivertinti save, taip pat jos įvertinamos ir išorės vertintojų.

Visi principai pateikiami kartu ir yra pagrindas žinių kūrimui bei reprezentuoja bendruomenės žinių kūrimo modelį. Autoriai teigia, jog šie principai negali būti vertinami atskirai, kiekvienas iš jų turi sąsajų su kitais principais, todėl turi būti vertinami, kaip sistema. Tiek lengviau, tiek sunkiau suvokiami principai, vienokiu ar kitokiu būdu siejasi ir įgalina bendruomenių žinių kūrimo procesą.

Jau aptartus žinių valdymo modelius autoriai pavadina inovatyvių žinių bendruomenių modeliais ir išskiria septynis teorijas jungiančius požymius (Paavola, Lipponen ir Hakkarainen, 2004). Visi trys modeliai turi panašumų, šie panašumai padeda apibūdinti bendruomenes. Autorių išskirti inovatyvių bendruomenių bruožai pateikiami 6 pav..



6 pav. Inovatyvių bendruomenių bruožai (Paavola, Lipponen ir Hakkarainen, 2004).

Inovatyvios žinių bendruomenės ir žinių kūrimo veikla gali padėti suprasti ir leisti įsisavinti fundamentinius visuomenės pokyčius, todėl inovatyvios bendruomenės gali būti pasitelktos generuoti inovacijas įvairiose veiklose.

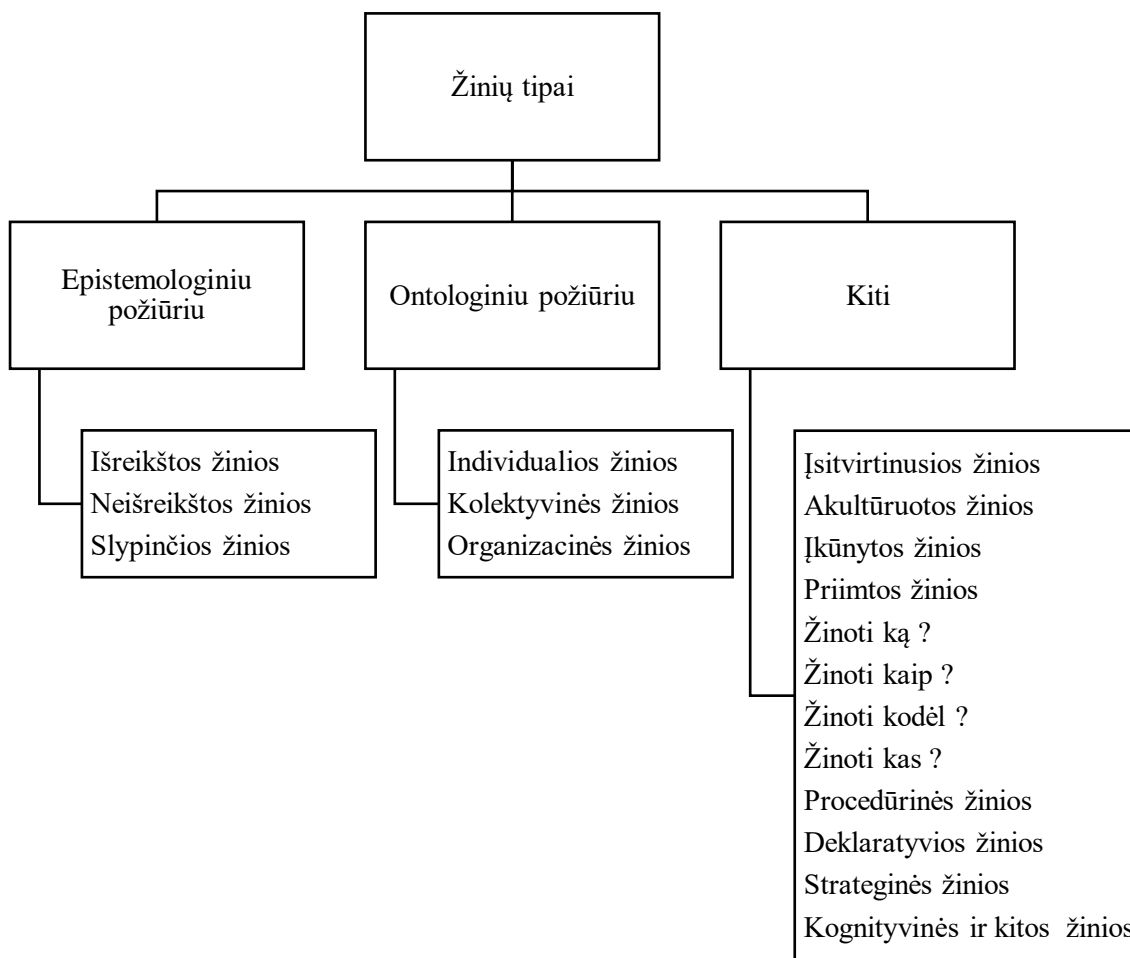
3. Sveikatos bendruomenės teorinio žinių valdymo modelio konstravimas

3.1. Žinių tipai, dominuojantys sveikatos bendruomenėse

Remiantis Jucevičiene ir Šajeva (2012), žinių valdymo sistemos formavimuisi itin svarbus pasitikėjimo ir palankios atmosferos, žinių kūrimui ir dalinimuisi, užtikrinimas, žinių vertinimas, tinkamas žinių apdorojimas bei žinių pritaikymas. Kuriant žinių sistemas svarbūs individo ir organizacijos lygmens prielaidos, kurios turi sutapti. Svarbu, jog individai gebėtų slypinčias žinias paversti išreikštomis bei dalintis žiniomis ir efektyviai komunikuoti, o organizacijos puoselėtų tam tinkamą aplinką bei motyvuotą organizacijos narius žinių valdymo procesams.

Sveikatos bendruomenių žinių valdymo teorija dar tik formuojasi, todėl remiantis bendrąja žinių valdymo teorija svarbu pasakyti, jog sveikatos bendruomenę sudaro platus ratas suinteresuotų šalių, o kiekvienos jų patirtis, turimos ir valdomos žinios ženkliai skiriasi. Aplinka, kurioje šios bendruomenės veikia, taip pat negali būti vienareikšmiškai apibūdinama, nes skiriasi suinteresuotų šalių veikimo motyvai, atsakomybės lygis, trūksta organizacinio elgesio logikos. Žinios, kurios dominuoja sveikatos sektoriuje yra itin jautrios, susijusios su asmeninėmis žmonių patirtimis ir išgyvenimais, todėl pasitikėjimą sistema turėtų stiprinti tiek valstybinės įstaigos, tiek bendruomenės. Organizacinis klimatas įstaigose, lyderystės demonstravimas, klaidų tolerancija, suinteresuotų šalių motyvavimas kurti naujas idėjas, gebėjimas šias idėjas priimti ir įsisavinti, gebėjimas įvardyti sėkmės faktorius, turėtų būti itin skatinamos veiklos.

Jau aptarėme, kodėl sveikatos bendruomenės šiame darbe nagrinėjamos ir tiriamos remiantis bendrąja žinių valdymo teorija, todėl ir aptariant sveikatos žinių tipus, pirmiausia reikalinga aptarti žinių tipologijas remiantis bendrąja žinių valdymo teorija. Mokslinėje literatūroje daugiausia dėmesio skiriama epistemologiniam (pažinimo teorija) ir ontologiniam (būties teorija) žinių struktūravimo kriterijams. Jucienė ir Šajeva (2008) metais pateikė žinių tipus, kuriuos skirstė remiantis epistemologiniu, ontologiniu požiūriu bei išskyrė kitus žinių tipus. Ši žinių tipologija pateikiama 7 pav..



7 pav. Žinių tipai (Jucevičienė ir Šajeva, 2008)

Autorės teigia, jog epistemologiniu požiūriu žinios skirstomos į išreikštas, neišreikštas ir slypinčias žinias. Išreikštos žinios apibūdinamos, kaip žinios, išreikštos žodžiu ar raštu, jos lengvai pasakomos ar užrašomos. Neišreikštos, tai tokios žinios, kurias asmuo suvokia turįs, tačiau šių žinių nepasako, ar neužrašo. O slypinčios žinios apibūdinamos, kaip asmens nesuvokiamos, tačiau įtakojančios jo veiklą.

Ontologiniu požiūriu individualios žinios apibūdinamos, kaip pagrindas visų žinių formavimuisi, tokios žinios įgyjamos besimokant bei kitomis formomis, kai žmogus veikia socialinėje aplinkoje ir yra veikiamas kitų asmenų, t. y., mokosi tiek iš savo, tiek iš kitų patirties ar bet kokiais kitais būdais gauna naujos informacijos. Kolektyvinės žinios pradeda formotis nuo individų, nes žinias pirmiausia įgyja individualus asmuo, tačiau šios žinios įgyjamos kolektyvinėje veikloje. Tokios žinios atsiranda iš bendro, kolektyvinės veiklos proceso, kuomet asmuo įgyja gebėjimą veikti bendrai, taip pat sugeba perteikti turimas žinias vykdomoje bendroje veikloje. Organizacinės žinios yra tokios žinios, kurias organizacija pripažįsta svarbiomis savo veikloje, dažniausiai tai yra įvairių taisyklių visuma.

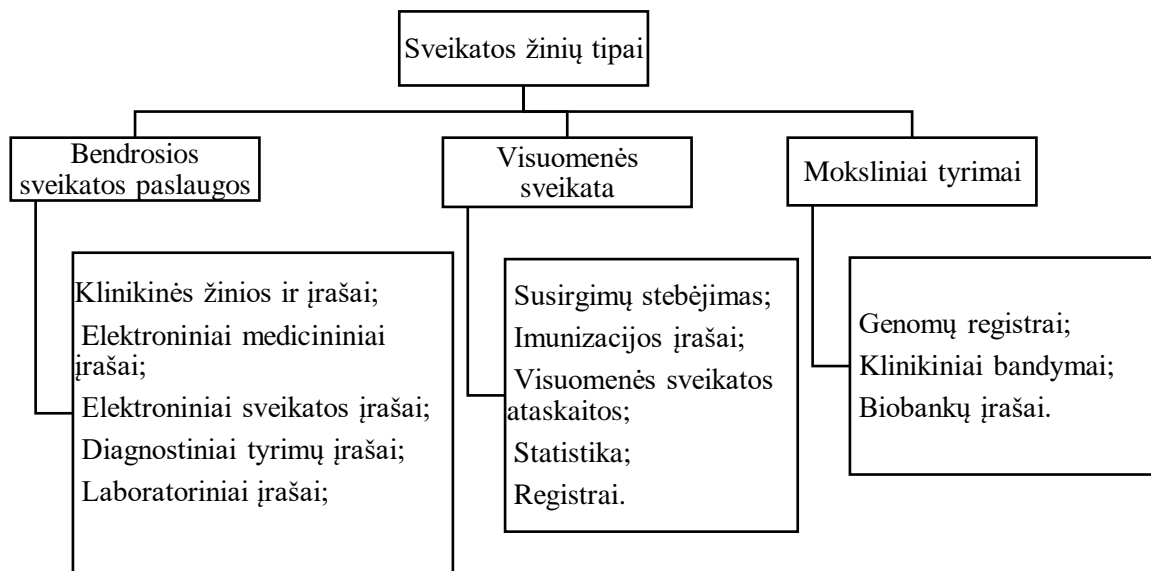
Baigtinių žinių tipologijų sąrašą sudaryti būtų sudėtinga, nes kiekvienas autorius žinias grupuoja remdamasis savo tyrimu, todėl turi skirtingų įžvalgų ir sudaro skirtingas žinių tipologijas. Į trečiąją kategoriją kiti žinių tipai patenka daug ir įvairių žinių tipologijų. Mokslinėje literatūroje išskiriamos pagrindinės arba kasdienės žinios, kurias lengva perduoti ar perteikti, techninės žinios, kurias lengva

perduoti panašios patirties turintiems žmonėms, tačiau perdavimo kaštai tampa didesni nei kasdienių žinių perdavimo, ir patirtinės žinios, kurios įvardijamos, kaip sudėtingiausias žinių perdavimo būdas, būtent dėl savo prigimties (Pavel, 2013). Šios žinios, tai intuityvus žinojimas, kurį sunku perduoti ar užrašyti. Kitos žinių tipologijos sukuriamos, jas siekiant suskirstyti pagal žinių tikslą ir gebėjimą panaudoti (Tiwana, 2000), įvardijant tokius tipus, kaip:

- žinoti ką? - individų, grupių ir organizacijų pagrindinės žinios, įgyjamos formaliojo mokymosi būdu;
- žinoti kaip? - žinių tipas, kai išmoktos žinios transformuojamos praktiškai;
- žinoti kodėl? - žinių tipas, kuris įgalina individus naudoti ir kurti žinias naujose, nepatirtose situacijose.

Išskiriamos ir procedūrinės, deklaratyvos, strateginės, kognityvinės, kultūrinės, kolektyvinės ir kitos žinių tipologijos (Jucevičiene ir Šajeva, 2008; cit. iš Stankevičiūtė, 2002). Aptartos žinių tipologijos nėra išimtinai siejamos su sveikatos sektoriumi, jos taikomos ir aptinkamos įvairių autorių darbuose, tačiau nagrinėjant literatūrą, susijusią su sveikatos žinių tipologijomis, galima išskirti kiek kitokius sveikatos žinių tipus.

Standartinės sveikatos sektoriaus žinios skirstomos į sveikatos paslaugų, visuomenės sveikatos ir mokslinių tyrimų sritis (Vayena, Dzenowagis, Brownstein ir Sheikh, 2018). Šių autorių išskirta žinių tipologija pateikiama 8 pav..



8 pav. Sveikatos žinių tipai (Vayena, Dzenowagis, Brownstein ir Sheikh, 2018)

Autoriai nagrinėja sveikatos sektorių, bei išskiria nemažai šiame sektoriuje vyraujančių žinių tipų. Išskirtieji žinių tipai yra itin formalūs ir atspindi išreikštų ir užrašytų žinių dominavimą, kai kuriais atvejais, jei manytume, jog žinios nepanaudojamos praktikoje, jos galėtų būti įvardintos, kaip sveikatos sektoriaus informacija ar duomenys, tačiau reikia suvokti, jog sveikatos sektoriuje

dominuoja jautri informacija, kuri yra susijusi su asmenų sveikata, todėl gaunamų žinių nepakanka vien turėti, jas būtina ir panaudoti praktikoje.

Kiti autoriai, apžvelgdami sveikatos sektoriuje vykdytas atvejo studijas, pateikia žinių tipologiją, kuri susideda iš užkoduotų žinių, individualizuotų užkoduotų žinių, procedūrinių žinių, procesų ir teisinių žinių, patirtinių, bendrųjų, produkto ir paslaugų žinių (Hurst ir Mickan, 2017). Ši tipologija ir paaiškinimai pateikti 4 lentelėje.

4 lentelė. Sveikatos žinių tipai (Hurst ir Mickan, 2017)

Žinių tipas	Apibūdinimas	Pavyzdys
Užkoduotos žinios	Tyrimai, žinios, susijusios su teorija ir praktika	Žurnalai, knygos, patarimai
Individualizuotos užkoduotos žinios.	Užkoduotos žinios, kurios perteikiamos vieno asmens kitam	Neformalus bendravimas, seminarai
Procedūrinės žinios	Asmens veiksmai reikalingi užduočiai įvykdyti	Kolegų veiklos stebėjimas
Procesų ir teisinių reikalavimų žinios	Vietiniai ir nacionaliniai procesai, įteisinti reikalavimai	Sveikatos įstatymai
Patirtinės žinios	Įgyjamos asmeniškai vykdant veiklą	Pacientų patirtys, pasiteisinę ar nepasiteisinę veiklos metodai
Bendrosios žinios	Tam tikros žinios, kurios būdingos sveikatos įstaigos aplinkai, ar specialistų grupei	Nusistovėjusi praktika
Produktų ir paslaugų žinios	Prekių ir paslaugų charakteristikos	Pristatomieji leidiniai, reklaminiai lankstinukai

Užkoduotas, individualizuotas užkoduotas ir patirtines žinias galima priskirti neišreikštomis žinioms, jas sudėtingiau perduoti kitiems, arba nors ir perduodamos, bet galbūt ne visa apimtimi. Tuo tarpu procedūrinės, procesų ir teisinių reikalavimų, bendrosios, produktų ir paslaugų žinios sietinos su išreikštomis ir rašytinėmis žinių tipologijomis.

Nagrinėjant tyrimus, susijusius su sveikatos sektoriumi pateikiami ir kiti žinių tipai. Sveikatos sektoriaus tyrimuose išskiriami profesinės praktikos žinių tipai (Higgs ir Titchen, 2001), kurie skirstomi į teorinius, mokslinius, įgūdžių ir asmeninius. Remiantis Kemiss'u (2005) išskiriamos teorinės ir mokslinės bendrosios žinios, veiksmai, kaip žinojimas ar mintis, ir teorinė praktika. Kitas autorius žinias skirsto į užkoduotų žinių tipą bei asmenines žinias (Erauta, 2000).

Apžvelgus tyrimus, atliktus sveikatos sektoriuje, ir pateikus sveikatos žinių tipologijas, galima teigti, jog žinių valdymas sveikatos srityje labiausiai sukoncentruotas ties formaliaisiais gydymo protokolais, procedūriniu jų taikymu bei paciento duomenų valdymu. Praktikoje vadovaujamosi mokslinė medicininė literatūra, įvairiais gydymo protokolais, tyrimais, gydymo praktikomis, informacija apie prekes ir paslaugas, vaistus ir daugeliu kitų išimtinai formalių žinių tipų, neatsižvelgiant į tai, jog egzistuoja daug platesnis žinių spektras už šios formalios informacijos ribų. Pasigendama svaresnio vartotojo kuriamų žinių įtraukimo į sveikatos žinių tipologijas, tai pagrindžia faktą, jog tokiomis žiniomis dar menkai naudojamosi kuriant bei palaikant gerą sveikatą

3.2. Sveikatos bendruomenių įsitraukimo galimybės inovacijoms generuoti

Sveikatos sektoriaus inovacinės veiklos atvėrimas įvairioms suinteresuotoms šalims, sukuria galimybes vystyti inovacijas, kurių pagrindinis variklis yra pats vartotojas. Lietuvoje sveikatos ekosistemos bendruomenių tyrimų praktiškai nėra, žinių sistemos apsiriboja tik medicininėmis, protokolinėmis ir paciento duomenų žiniomis, jų sistemų kūrimu ir diegimu. Bendruomenių kuriamų žinių, kurios apima kitus, nei medicininius aspektus, bei šių žinių integracijos galimybės menkai iširtos, o prielaidos bendrai veiklai labai ribotos dėl joms neskiriamo pakankamo dėmesio. Esami sprendimai ir sveikatos priežiūros sektoriaus struktūra neleidžia skirti išteklių tokioms kompleksinėms problemoms spręsti, todėl prie sveikatos kūrimo ir gerinimo procesų turėtų prisidėti patys vartotojai ir jų bendruomenės. Literatūroje išskiriamos šios bendruomenių įsitraukimo galimybės inovacijoms generuoti:

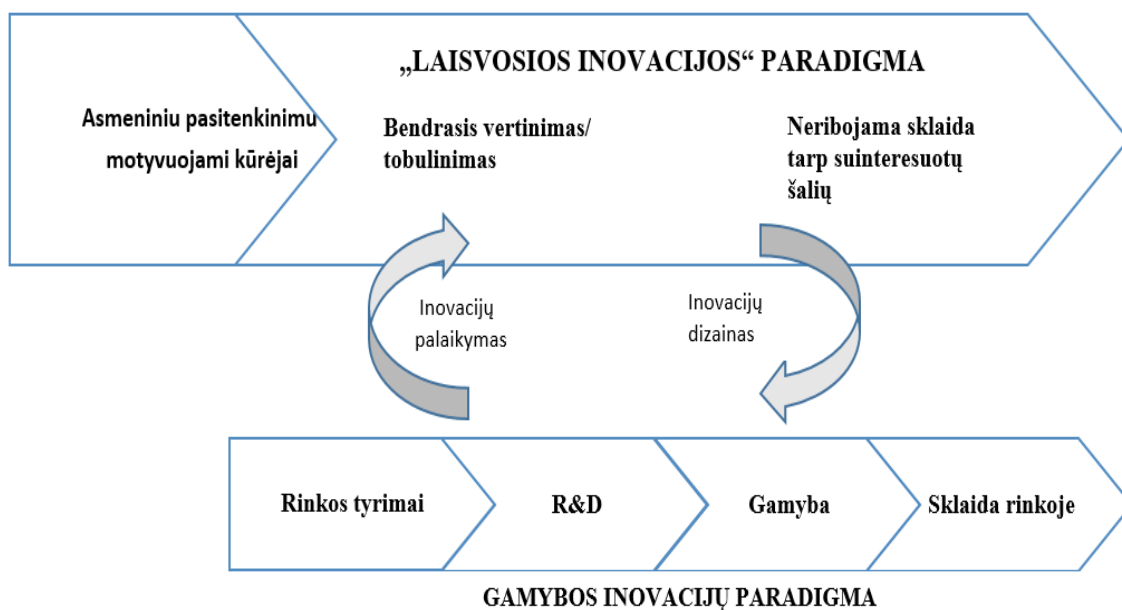
- atvirosios inovacijos (vert. *Open innovation*);
- laisvosios inovacijos (vert. *Free innovation*);
- *frugaliosios* inovacijos (vert. *Frugal innovation*);
- socialinės inovacijos.

Atvirųjų inovacijų metodas vis dažniau diegiamas daugelyje pažangių verslo sektorių, inovacijų kūrime dalyvauja vis platesnis suinteresuotųjų grupių ratas. Atvirąsias inovacijas galima apibūdinti, kaip naują paradigmą inovacijų kūrimo procese jos yra plačiai naudojamos akademinuose tyrimuose, verslo praktikoje, tampa vis svarbesnėmis politikos formavimo koncepcijose. Atvirųjų inovacijų taikymas yra toks inovacijų generavimo metodas, kai organizacijos gali ir turi naudotis resursais iš išorės, juos integruoti į savo turimus vidinius resursus tam, kad kuriamai inovacijai suteiktų išskirtinę pridėtają vertę. Atvirųjų inovacijų metodu vidinių ir išorinių resursų visuma sukuria naujos informacijos struktūras, inovuoja ir organizacijos gauna iš to naudos (Bogers, Chesbrough ir Moedas, 2018).

Vaišnorė ir Petraitė (2011) teigia, jog atvirųjų inovacijų modelio taikymas daro poveikį organizacijų struktūroms, tikslų nustatymui ir inovacijų strategijoms tam, kad būtų sustiprinamas ir įgalinamas žinių srautų tekėjimas ir dalijimasis jomis tarp išorės ir organizacijos vidaus veikėjų. Vartotojų turimos žinios ir patirtys yra svarbus informacijos šaltinis, suteikiantis žinių apie vartotojų įgūdžius, poreikius, taikymo būdus ir daug kitų aspektų, kurie gali būti susiję su tiriamu objektu ar procesu. Vartotojo pasitelkimas inovacijoms generuoti suteikia galimybę pasinaudoti vartotojo kūrybiškumu ir iššūkių sprendimo įgūdžiais (Fuller ir Matzler, 2007). Vartotojai gali padėti generuoti ir vertinti naujas produkto idėjas, kurti ir vertinti produkto koncepcijas, aptarti ir tobulinti produktą, individualizuoti ir bandyti prototipą, testuoti ir išbandyti naujas produkto funkcijas, gauti informaciją apie naują produktą ar jo naudojimo praktiką.

Laisvosios inovacijos (vert. *Free innovation*) – neseniai išskirta inovacijų rūšis, suteikianti galimybę panaudoti bendruomenės kuriamas žinias inovacijoms generuoti. Tai tokios inovacijos, kurios vystomos ir perduodamos kūrėjų neatlygintinai ir kartu tokių inovacijų kūrimas teigiamai veikia socialinę gerovę. Laisvųjų inovacijų dalyvių motyvacija kurti nėra siejama su ekonomine nauda, tačiau tokių inovacijų vystymas jų procese sukuria ekonominę vertę. Laisvosios inovacijos, tai funkciškai nauji produktai, paslaugos ar procesai, kurie sukurti pačių vartotojų, jiems už tai neatlyginant. Šios inovacijos nėra apsaugotos nuo kopijavimo, todėl jos tampa prieinamos bet kuriam vartotojui neatlygintinai. Jokie kompensavimo mechanizmai nėra nukreipti į kūrėją ar šių inovacijų

platinimo mechanizmus (Hippel, 2017). Laisvųjų inovacijų ir gamintojų inovacijų galima sąveika pateikiama 9 pav..



9 pav. Laisvųjų inovacijų ir gamybos inovacijų paradigma (Hippel, 2017)

Vartotojai ir bendruomenės yra vertinami, kaip norintys ir galintys kurti inovacijas. Šie inovatoriai pradeda veikti norėdami patenkinti asmeninius interesus ar poveikius. Inovacijų generavimo metu neskaičiuojami nei laikas, nei kiti resursai ir išteklių. Kūrėjas yra motyvuotas tuo, jog kurdamas palengvins savo asmeninės veiklos vienokius ar kitokius procesus. Patobulinimai, kurie sukuria pridėtają vertę vienam vartotojui, dažnai yra aktualūs ir kitiems, turintiems bendrų interesų, vartotojams. Manoma, kad pasaulyje nuolat vyksta milijonai tokių inovacijų, priešingai, negu verslo organizacijose, kur šis skaičius ženkliai mažesnis (Hippel, 2017).

Laisvosios inovacijos sveikatos bendruomenėse turi nemažai potencialo. Bendruomenės veikdamos ir dalindamosi žiniomis turi galimybę generuoti idėjas, kurti ir adaptuoti įvairius produktus ir procesus. Bendruomenių nariai, veikdami susiduria su tam tikrais iššūkiais, kurie yra postūmis kurti inovacijas, reikalaujančias mažiau resursų, tačiau funkciškai tenkinančias visus poreikius.

Frugaliosios inovacijos (*angl. Frugal Innovation*) populiarėja ir vis labiau pripažįstamos tarp verslo lyderių, politikos formuotojų ir mokslininkų. Produktai, paslaugos ir technologijos, sukurtos frugaliųjų inovacijų pagrindu, tampa prieinamos platesniam vartotojų ratui, sumažina gamybos kaštus, gaminant tausojama aplinka ir išteklių. Manoma, jog frugaliosios inovacijos taps svarbiomis tiek išsivysčiusiose, tiek besivystančiose šalyse, jei siekiama, jog būtų užtikrinta socialinė integracija, tausojama aplinka ir tikimasi ekonominio augimo (Tiwari ir Prabhu, 2018). Frugaliųjų inovacijų apibūdinimai, remiantis skirtingais autoriais, pateikiami 5 lentelėje.

5 lentelė. Frugaliųjų inovacijų samprata

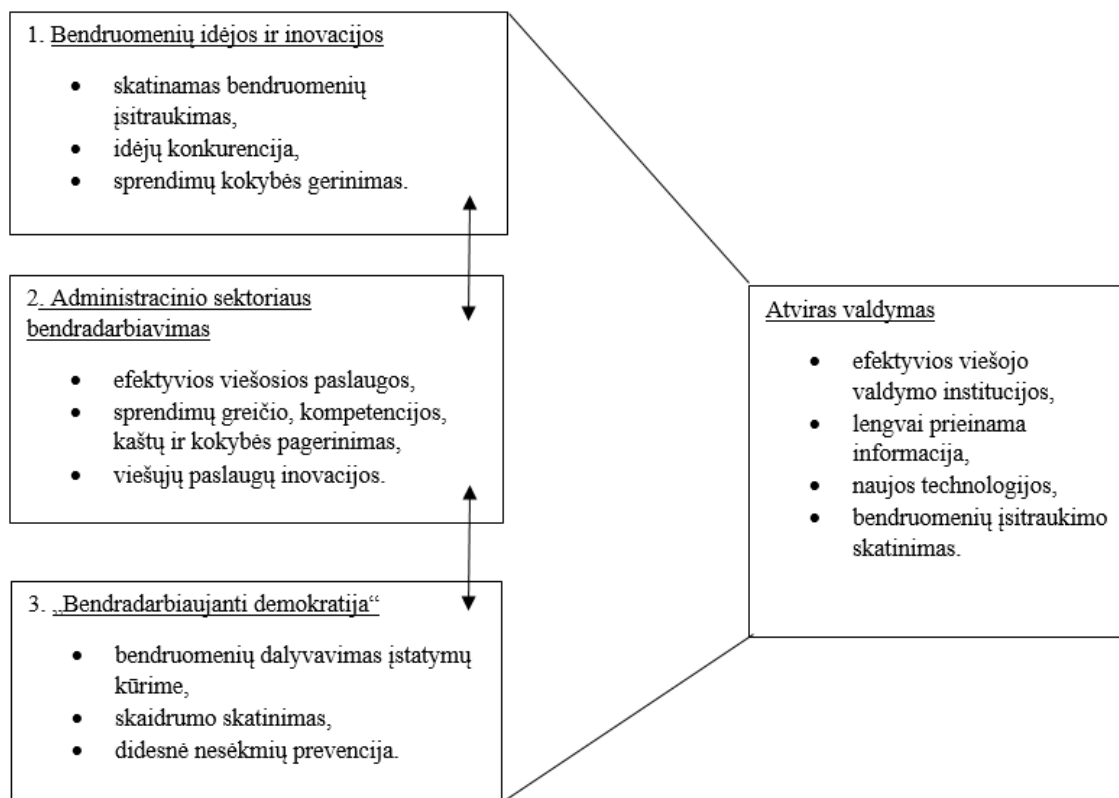
Autorius, metai	Samprata
Mandal, (2014)	Nebrangūs sprendimai, kai naudojami vietiniai išteklių ar savarankiškai sukurtos technologijos;
Tiwari ir Herstatt, (2013)	Siekis sumažinti materialiujų ir finansinių išteklių naudojimą visoje vertės kūrimo grandinėje (kūrimo, gamyboje, platinime, vartojime ir sunaikinime);
Jha ir Krishnan, (2013)	Pigūs, vertingi produktai, kurie generuoja pelną per apimtį;
Lim, Han ir Ito, (2013)	Ištekliais taupantys produktai mažas pajamas gaunantiems vartotojams;
Agarwal ir Brem, (2012)	Pakankamai geri produktai, kurie tampa prieinami išteklių ribotoje aplinkoje.

Įvairūs autoriai frugaliąsias inovacijas apibūdina gan panašiai. Išskiriami pagrindiniai trys kriterijai, kuriuos inovacijos turi atitikti, kad jas būtų galima vadinti frugaliosiomis. Šios inovacijos vienu metu turi tenkinti sąnaudų mažinimo, koncentracijos į pagrindines produkto funkcijas ir veiklos, produkto optimizavimo kriterijus (Weyrauch ir Herstatt, 2016).

Šios inovacijos yra vienas iš tinkamų metodų, kurių dėka sveikatos bendruomenių kuriamos žinios gali virsti inovacijomis. Bendruomenė gali prisidėti prie tokių inovacijų kūrimo, jei tik sudaromos tinkamos sąlygos šioms bendruomenėms dalyvauti sveikatos sistemos formavimo procesuose. Šios inovacijos taip pat galėtų mažinti paslaugų kaštus, tai padarytų paslaugas prieinamas platesniam vartotojų ratui.

Socialinių inovacijų pasiekimų rezultatai stebimi įvairiose aplinkose. Šiomis inovacijomis siekiama patenkinti žmonių poreikius ir gerinti gyvenimo kokybę. Telefoninės pagalbos ir paramos linijos, alternatyvioji ir holistinė medicina, labdaringos veiklos, tvarios gamybos judėjimas, aplinkosaugos iniciatyvos, tvarių išteklių kūrimo iniciatyvos, atstatomasis teisingumas ir daugelis kitų iniciatyvų yra gerieji socialinių inovacijų pavyzdžiai. Šios inovacijos pačia paprasčiausia prasme yra idėjos, kurios veikia (Mulgan, Tucker ir Sanders, 2007).

Informacijos gavimas iš bendruomenių yra itin svarbus, siekiant taikyti inovacijas viešajame sektoriuje (Hilgers ir Ihl, 2010). Sprendimai priimami už uždarytų durų yra vienašališki, neatsižvelgiama į sprendimo kūrimo tikslus, kurie iš esmės turėtų būti sprendimų priėmimo pagrindas. Bendruomenės kuriamų žinių panaudojimas leistų valdymo institucijoms priimti naudingesnius, efektyvesnius ir labiau praktiškai pritaikomus sprendimus. Tokių žinių nauda viešajame sektoriuje pateikta 10 pav..



10 pav. Bendruomenės žinių nauda viešajame sektoriuje (Hilgers ir Ihl, 2010)

Sveikatos bendruomenės žinių panaudojimas sprendimams priimti nėra lengvai pasiekiamas. Bendruomenės yra labai įvairios savo prigimtimi, skiriasi kultūriškai, demografiškai, savo įsitikinimais ir daugeliu kitų aspektų, todėl jų neįmanoma apibrėžti pagal tuos pačius matavimus, privaloma kurti mechanizmus, kurie padėtų rinkti ir sisteminti sveikatos bendruomenių kuriamas žinias, bei skatintų šių bendruomenių įsitraukimą inovacijoms generuoti.

3.3. Sveikatos bendruomenių žinių valdymo barjerai

Remiantis Jucevičiene ir Šajeve (2008), barjerai yra pripažįstami veiksniai, kurie siejami su žmogiškaisiais, organizaciniais ir technologiniais aspektais, ir šie barjerai trukdo žinių valdymui organizacijoje ir tarp organizacijų. Sveikatos bendruomenių žinių valdymo procesams nagrinėti buvo pasitelkti organizaciniai žinių valdymo principai (Petraitė et al., 2018). Sveikatos sistema atrodo esanti pažangi, vykdoma daug mokslinių tyrimų, tačiau didžioji jų dalis skirta gydyti ligas ir šalinti negalavimus, o ne sveikatingi ir padėti išlikti sveikiems. Jei asmuo suserga ar jam prireikia pagalbos, tampa nesvarbu, kaip toli medicina yra pažengusi. Svarbiausiu aspektu tampa diskusija su gydytoju, negalavimo aptarimas ir gydymo sprendimo priėmimas, tačiau šis procesas jau tampa gydymu arba negalavimo šalinimu. Sveikatos sistema evoliucionuoja ir artimiausioje ateityje tikima, jog visi neigiami faktoriai, susiję su vizitu pas gydytoją, bus eliminuoti. Ilgos laukimo eilės, perteklinis oficialių dokumentų pildymas, apžiūros atliktos paskubomis specialisto, kurio profesinė patirtis nėra žinoma, sveikatos specialisto pasirinkimo ribojimai ir apmokestinamos paslaugos turėtų tapti praeities dalyku (Hammergren ir Harkins, 2008). Sveikatos bendruomenių žinios, šių žinių

panaudojimas, siekiant gerinti ir palaikyti gerą sveikatą, yra vienas iš pagrindinių veiksnių, galinčių lemti teigiamą sveikatos sistemos transformaciją.

Vis tik sveikatos bendruomenių kuriamos žinios yra daugialypės, žinių kūrime dalyvauja platus ratas suinteresuotų šalių, kuriamų žinių įsisavinimo mechanizmai nėra visuomet tinkamai ir tiksliai apibrėžti, todėl galima teigti, jog sveikatos žinių valdymo procese susiduriama su šių žinių integracijos barjerais (Petraitė et. al, 2018). Sveikatos bendruomenės dažnai veikia arba įsilieja į kitų bendruomenių ribas, skiriasi sveikatos bendruomenių teisinės, moralinės atsakomybės lygis, jų turimos žinios, veikimo tikslas, motyvacijos ir elgesio modeliai, tad siekiant tikslingo sveikatos žinių valdymo, susiduriama su įvairiais žinių valdymo barjeriais.

Atlikus literatūros apžvalgą ir susistemintą informaciją, galima įvardyti barjerus, neigiamai veikiančius žinių valdymą. Kadangi sveikatos bendruomenių žinių valdymas nagrinėjimas remiantis bendrąja žinių valdymo teorija, tai bendrieji žinių valdymo teorijoje išskiriami barjerai yra aktualūs ir sveikatos bendruomenių kontekste. Atitinkamai, tyrimai atlikti sveikatos sektoriuje, siekiant įvardyti žinių valdymo barjerus, atspindi žinių valdymo teoriją. Bendrieji žinių valdymo teorijos barjerai bei barjerai, aptinkami sveikatos sektoriaus žinių valdymo tyrimuose, pateikiami 6 lentelėje.

6 lentelė. Žinių valdymo barjerai

Autorius, metai	Žinių valdymo barjerai
Kukko, (2013)	Individo, organizacinio ir technologinio lygmens barjerai.
Singh ir Srivastava, (2009)	Bendruomenės narių pasitikėjimo nebuvimas kitais nariais ir aplinka
Jucevičienė ir Šajeva, (2008)	Individo lygmens, organizaciniai, kultūriniai bei technologiniai barjerai
Chua ir Lam, (2005)	Technologiniai, kultūriniai, konteksto, projekto valdymo barjerai
Damodaran ir Olfert, (2000)	Prieinamumo vartotojui, reputacijos, atsakymo laiko, nepakankamas vartotojo palaikymas ir informavimas, dokumentų valdymo trūkumai, pridėtinės vertės nebuvimo, kultūriniai, teisiniai ir praktikos barjerai
Lin, Wu ir Yen, (2011)	Barjerai, susiję su žinių charakteristika ir žinių šaltiniais, žinių gavėju, aplinkos kontekstu ir naudojamais žinių perdavimo mechanizmais, motyvacijos ir pasitikėjimo stokos barjerai
Hiregoudar ir Kotabagi, (2007)	Nėra konstruktyvaus žinių panaudojimo būdo, atsiskyrimas nuo kitų suinteresuotų šalių, konkuravimas, pripažinimo ir vertinimo stoka, amžiaus skirtumai, motyvacijos ir tikėjimo stoka, egoizmas, nesugebėjimas išreikšti minčių, neigiamos grupės, per didelis užimtumas ir nenoras rizikuoti

Žinių kūrimo barjerai, pasireiškiantys žinių kūrimo veiklose, gan plačiai tyrinėjami ir aprašomi, atlikus literatūros apžvalgą darytina išvada, jog bendrojoje žinių valdymo teorijoje išskiriami individo, organizaciniai, tarp organizaciniai, kultūriniai, technologiniai ir konteksto barjerai. Šios įvardytos barjerų grupės apima didelę dalį specifinių barjerų, kurie įvardijami tiriant konkrečius žinių valdymo modelius. Barjerai, egzistuojantys sveikatos bendruomenių kontekste, dažnai tiriami atvejo analizės metodika, o sveikatos bendruomenių kuriamos žinios yra plataus spektro, todėl šiandien vieningas modelis, galintis įvertinti visus barjerus šiame sektoriuje, dar nėra sukurtas. Barjerai plačiai nagrinėjami individo, organizaciniame, tarp organizaciniame, technologiniame lygmenyse ir yra tiesiogiai sietini su barjeriais, atsirandančiais sveikatos bendruomenių lygmenyje.

Pereinant nuo bendrosios žinių valdymo teorijos, prie tyrimų sveikatos sektoriuje, žinių valdymo barjerai įvardijami detaliau. Autoriai, nagrinėję onkologinių pacientų bendruomenę ir žinių dalijimosi barjerus (Rositch, Atnafou, Krakow ir D'Souza, 2018), išskyrė, jog dalintis žiniomis trukdo baimė ir neigimas, orumas, savanaudiškumas, tikėjimas, jog diagnozė yra nuosprendis. Šiame tyrime išryškėjo ne technologiniai ir organizaciniai barjerai, tačiau žinių valdymo barjerai, susiję su individo psichologinėmis savybėmis ir socialinėmis aplinkybėmis. Remiantis kitu tyrimu, atliktu siekiant įvertinti žinių valdymo barjerus skirtinguose organizacijos valdymo lygiuose (Lin, Wu ir Yen, 2011), autoriai išskyrė šiuos žinių dalijimosi organizacijoje barjerus: žinių dviprasmiškumas ir nepasitikėjimas žiniomis, laiko stoka, baimė prarasti poziciją, žinių dalijimosi svarbos nesuvokimas, prasti bendradarbiavimo įgūdžiai, nepasitikėjimas žmonėmis ir sistema, laiko ir resursų nepakankamumas, skirtingi patirties lygiai, tinkamo vadovavimo stoka, autoriteto nebuvimas, nepakankama sistemų integracija, vartojama skirtinga techninė kalba, skirtingos kalbos, koordinacijos stoka ir daugelį kitų barjerų.

Atlikus sisteminę literatūros, nagrinėjančios žinių valdymo barjerus, apžvalgą, daroma išvada, jog sveikatos bendruomenių žinių valdymo barjerai neapsiriboja organizacinio ir technologinio lygmens barjeriais, tačiau dėl pačios žinių prigimties išryškėja ir žinių valdymo barjerai, sietini su individo lygmens socialiniais ir psichologiniais barjeriais.

3.4. Teorinis sveikatos bendruomenės žinių valdymo modelis

Žinių valdymo tyrimai medicinos sektoriuje tampa vis populiariesni, tačiau jie mažai siejasi su naujų žinių kūrimu, atvirosiomis inovacijomis ir bendra veikla, kurios metu visos suinteresuotos šalys atliktų svarbų vaidmenį. Tai tapo pagrindu projektui „CHICOLab“, kuris vykdytas trijų Kauno universitetų tyrėjų, susijungusių į klasterį, ir prie kurio veiklos teko prisidėti asmeniškai. Projektu „CHICOLab“ siekiama įdiegti holistinį požiūrį į pacientų bendruomenių turimas žinias, susijusias su sveikata, išgryninti galimybę integruoti tokias žinias atvirosios inovacijos metodu, diegiamu Lietuvos Sveikatos Mokslų universiteto ligoninėje.

Vadovamimasis holistiniu sveikatos požiūriu ir holistinės sveikatos principų įtraukimas į sveikatos sektoriaus transformacijos procesus, gali turėti teigiamos įtakos šio proceso sėkmei. Holistinės sveikatos principai pateikiami 7 lentelėje (Clarck, 2002).

7 lentelė. Holistinės sveikatos principai (Clark, 2002)

Holistinės sveikatos principai	Apibūdinimas
1.	Bendruomenė, kaip klientas (pacientas) yra veiklos tikslas;
2.	Priežiūra yra svarbus pasveikimo veiksnys;
3.	Rūpinimasis savo sveikata neinvaziniais būdais (dieta, aktyvus gyvenimo būdas, bendrystės ir palaikymo jausmas) prisideda prie geros savijautos;
4.	Gera savijauta apima daugelį sričių: darbą, santykius, asmeninius tikslus, kūną-mintis-sielą;
5.	Paciento pateikiama subjektyvi informacija yra pirminis šaltinis atliekant sveikatos vertinimą;
6.	Placebo efektas yra įrodymas, jog žmogaus mąstymas turi įtakos gerai savijautai;
7.	Žmogaus mintys yra dalis susirgimą lemiančių veiksnių, todėl sveikatos priežiūros įstaigos turėtų rasti būdų tai įvertinti;
8.	Profesionalus bendradarbiavimas su pacientu yra būtinas sveikatos tikslams pasiekti;

Holistinės sveikatos principai	Apibūdinimas
9.	Pacientas geba save vertinti ir imtis sveikatinimo veiksmų;
10.	Liga ar negalia suvokiama, kaip gyvenimo pamoka;
11.	Žmonės gyvena dinamiškoje aplinkoje, sąveikauja su kitais, užmezga ryšius su šeima, aplinka, bendruomene.

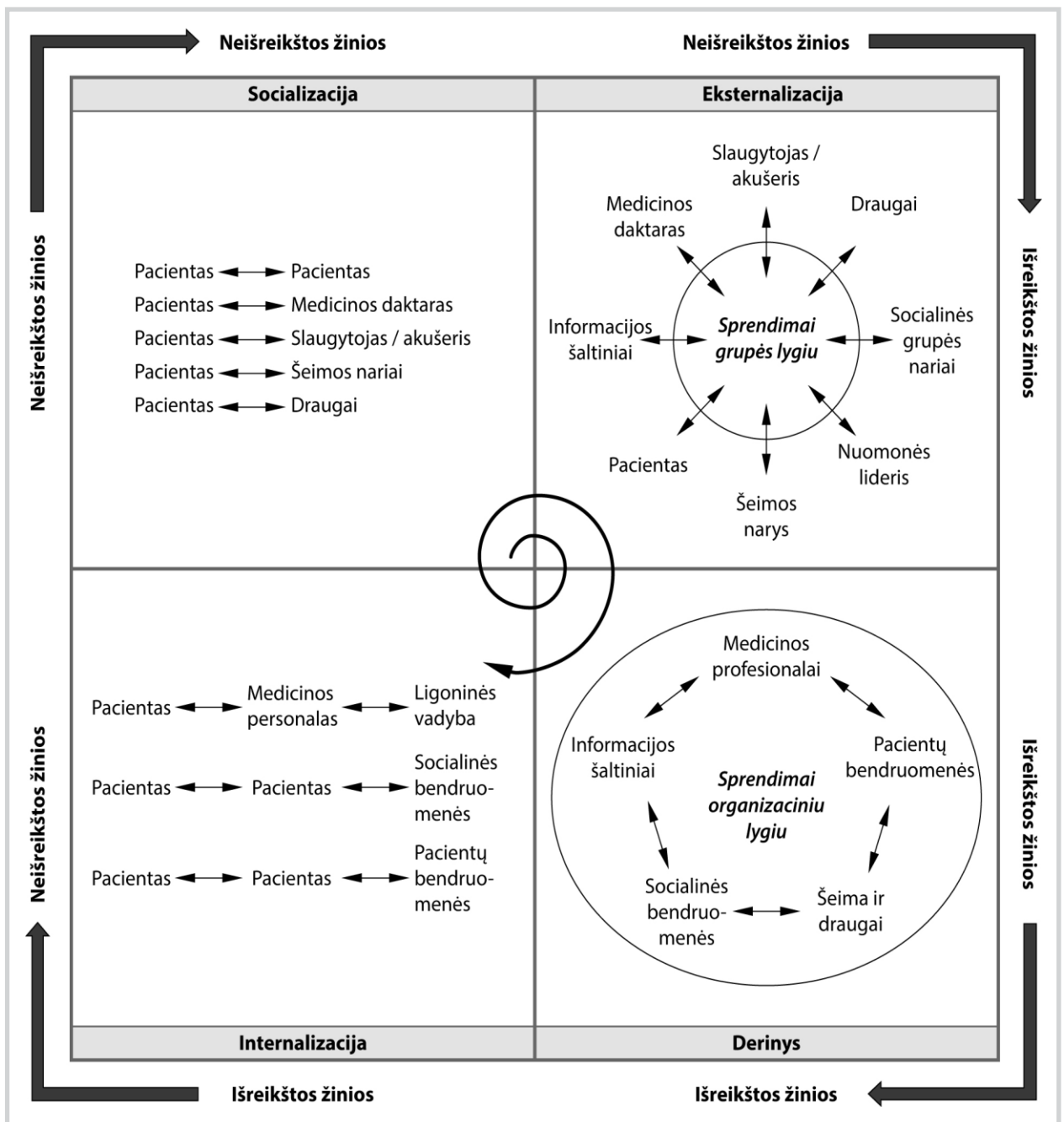
Apžvelgus holistinės sveikatos principus, pirmasis, kuomet teigiama, jog bendruomenė, kaip klientas (pacientas) yra veiklos tikslas, yra itin svarbus tyrimo rėmuose ir pagrindžia tyrėjų ir sveikatos sektoriaus ekspertų nuomonę, jog sėkmingas sveikatos sistemos transformavimas įmanomas tik įtraukiant sveikatos bendruomenes ir tikint, jog sveikatos bendruomenės turi svarių žinių, galinčių teigiamai veikti procesus, mažinti sveikatos sistemos kaštus ir siekti palankesnės statistikos sveikatos sektoriuje.

„CHICOLab“ projekto vykdymo metu buvo atlikta dešimt interviu su besilaukiančiomis moterimis. Interviu metu buvo pateikti klausimai, skirti apžvelgti su moterų (pacientų) sveikata susijusius klausimus. Tyrėjai išskyrė esminių žinių poreikio, socialinio palaikymo ir savišvietos sveikatos temomis kategorijas, kurios pateikiamos 8 lentelėje. Subkategorijoms autorės priskyrė tokias temas, kaip bendros ir konkrečios žinios, informacijos poreikio priežastys, sveikatos priežiūros specialistų patvirtinta informacija, savišvieta ir internetinės paskyros nėsčiosioms, prenatalinio ugdymo patirtis, teigiami ir neigiami socialinio palaikymo aspektai, šeimos ir draugų palaikymas bei temas, kuriomis dalijasi forumo nariai.

8 lentelė. Interviu kategorijos ir subkategorijos (Petraitė et al., 2018)

Kategorijos	Subkategorijos
Esminis žinių poreikis	Bendros žinios Konkrečios žinios Informacijos poreikio priežastys
Savišvieta sveikatos klausimais	Sveikatos priežiūros specialistų patvirtinta informacija Savišvieta ir internetinės paskyros nėsčiosioms Prenatalinio ugdymo patirtis
Socialinis palaikymas	Teigiami socialinio palaikymo aspektai Neigiami socialinio palaikymo aspektai Šeimos ir draugų palaikymas Temos, kuriomis dalijasi forumų nariai

Informacija gauta interviu metu buvo įrašoma ir transkribuojama, o vėliau susisteminta ir išryškintos atsakymuose vyraujančios temos. Atlikus tyrimą ir susistemintą informaciją, tyrėjai pateikė žinių valdymo modelį, skirtą bendruomenėms kurti sveikatą. Šis modelis remiasi Nonaka'os ir Takeuchi'o žinių valdymo modelio struktūra (1995) ir pateiktas 11 pav..



11 pav. Žinių valdymo modelis, skirtas bendruomenėms kurti sveikatą: sisteminė perspektyva (Petraitė, Maženytė, Kaminskienė, Gerulaitienė, Ponomarenko ir Nadišauskienė, 2018).

Petraitės et al.(2018) nuomone, sveikatos bendruomenės remiasi tais pačias žinių kūrimo etapais, kaip ir tais, kurie pateikiami Nonaka'os ir Takeuchi'o (1995) modelyje. Jame išskirti socializacijos, eksternalizacijos, kombinacijos(derinimo) ir internalizacijos lygmenys.

Socializacijos etape vyksta žinių perdavimas individų lygmenyje. Pacientui, bendraujant su kitais pacientais, gydytojais, slaugytojais, akušeriais, šeimos nariais ir draugais, perduodama dalis slypinčių žinių. Socializacijos etape pacientai susitinka su medicinos profesionalais siekdami aptarti konkrečias sveikatos problemas, o socializacija, tarp artimų bendruomenės narių, suteikia galimybę netiesiogiai

dalytis žiniomis per asmenines patirtis, įgūdžius ir praktinę patirtį. Eksternalizacijos etape individualūs pacientai slypinčias žinias išreiškia veikdami grupėse, todėl šios žinios tampa prieinamos kitiems grupės nariams. Minimu atveju, individus vienija bendra problema, todėl informacija dalijamasi siekiant gauti ekspertinį vertinimą. Gydytojai, slaugytojai, pacientai, šeimos nariai ir kitos suinteresuotos grupės siekdamos sprendimo grupės lygiu, slypinčias žinias paverčia išreikštomis. Kombinacijos (derinimo) etape įvairios suinteresuotosios šalys bendradarbiauja viena su kita. Medicinos profesionalai, pacientų bendruomenės, šeimos nariai ir socialinės bendruomenės kaupia, integruoja, sistemina ir kuria žinias, šiame etape vyrauja išreikštos žinios. Internalizacija yra galutinis žinių kūrimo ciklo procesas, žinios tampa įprastos ir įtraukiamos į praktiką, kaip nauja patirtis kasdienėje veikloje. Šiame etape pacientai veikia individo, grupės ir organizacijos lygmenyse, kuomet bendraujama su kitais pacientais ir medicinos specialistais grupės lygmenyje, bei su ligoninės vadyba, socialinėmis ir pacientų bendruomenėmis organizaciniame lygmenyje. Šiame etape išreikštos žinios įtraukiamos į slypinčių žinių kontekstą, o procesas ties internalizacija nesibaigia bet spirale pereina į kitą žinių kūrimo lygmenį.

4. Sveikatos bendruomenės žinių valdymo tyrimo metodologija

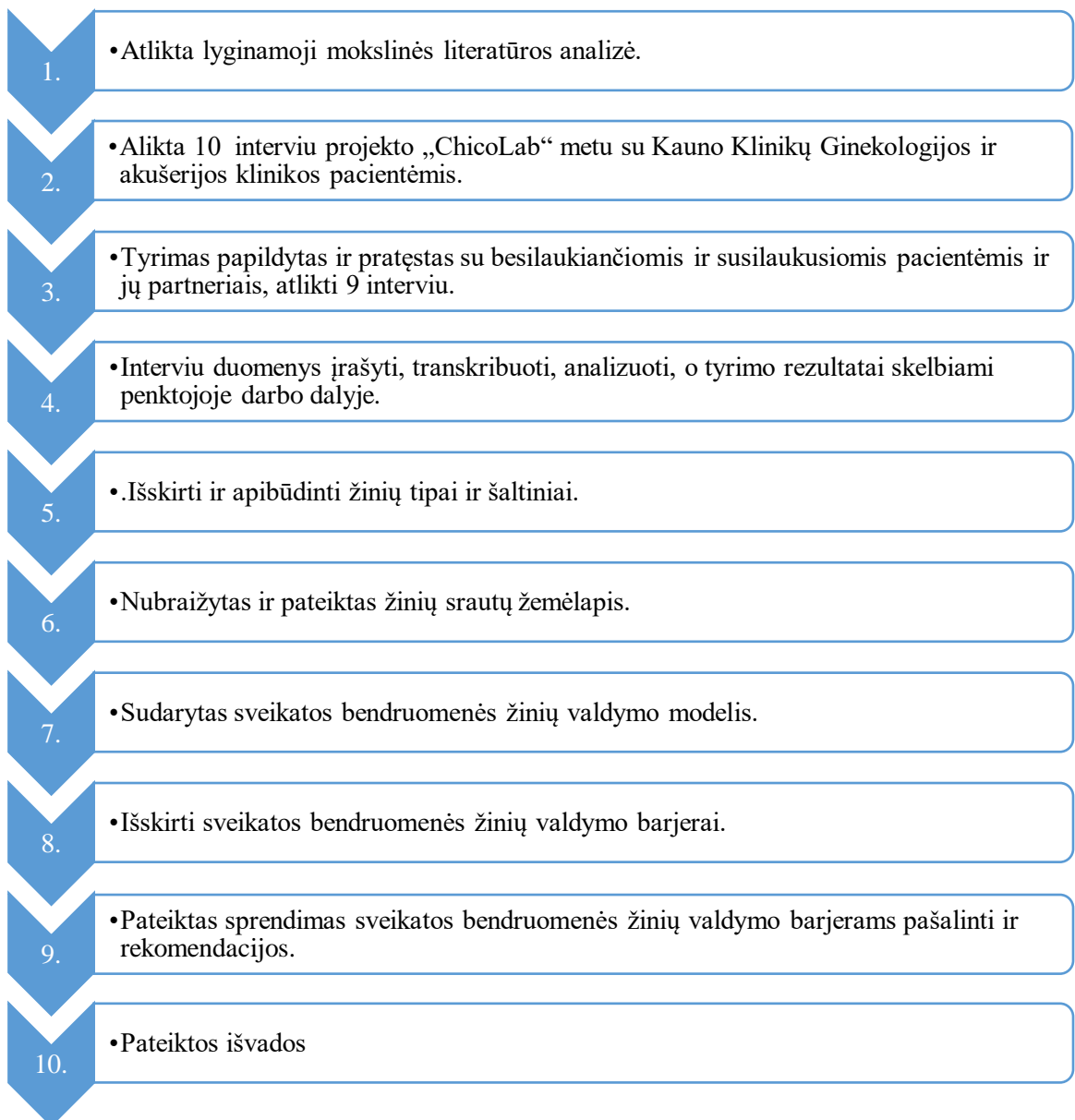
4.1. Tyrimo dizainas

Tyrimas vykdomas pasirinkus atvejo tyrimo dizainą, kuris leidžia suprasti, kokias reikšmes žmonės ar jų grupės priskiria nagrinėjamai problemai. Atvejo tyrimo procesas pradedamas pateikiant klausimus respondentams, informacija renkama tiriamojo aplinkoje, duomenys grupuojami nuo mažesnių į stambesnes grupes, o tyrėjas atlieka surinktų duomenų interpretaciją (Creswell, 2013). Kokybinis tyrimas yra būdas ištirti ir užfiksuoti subjektyvias tiriamųjų patirtis, jų reikšmes ir iš esmės išgirsti tiriamųjų nuomonę (Aluwihare-Samaranayake, 2012).

Atliktas atvejo tyrimas, kuris remiasi trijų universitetų (Kauno Technologijos, Vytauto Didžiojo ir Lietuvos sveikatos mokslų) klasterio vykdytu projektu „Sveikatos inovacijų vystymas holistinėse bendruomenėse: atvirųjų edukacinių aplinkų sukūrimas žinių integracijai (cHICOLab)“ (2018) bei pratęsus ir išplėtus šio projekto ribas, pasitelkiant platesnį suinteresuotų šalių ratą.

Atvejo tyrimo dizainas labai vertingas, kai būtina atlikti vertinimą, kurio metu atliekama plačios apimties bei gylio analizė. Tiriami atvejai dažnai turi laiko ir veiklos apribojimų, todėl tyrėjas gali naudoti įvairius informacijos rinkimo būdus. Literatūroje taip pat akcentuojami ir kiti atvejo tyrimo privalumai, kurie išryškėjo ir vykdant šį tyrimą. Tyrėjas, vykdydamas tyrimą, gali apjungti teoriją ir praktiką, ugdomas tyrėjo gebėjimas identifikuoti problemas ir ieškoti galimų problemos sprendimų, ugdo tyrėjo bendravimo įgūdžius (Yin, 2009).

Siekiant kuo aiškiau pateikti tyrimo medžiagą ir rezultatus, sudarytas tyrimo planas, kuris pateiktas 12 pav.. Teorijos apžvalga atlikta pirmajame, antrajame ir trečiajame darbo skyriuose, o penktajame skyriuje gauti tyrimo rezultatai nagrinėti remiantis aptarta teorija. Tyrimo plano žingsnis Nr. 2 buvo vykdytas Kauno Technologijos, Vytauto Didžiojo ir Lietuvos Sveikatos mokslų universitetams susijungus į klasterį nuo 2018 metų kovo iki 2018 metų gruodžio mėnesių ir vykdant „cHICOLab“ projektą Lietuvos Sveikatos mokslų universiteto Ginekologijos ir akušerijos klinikoje bei atliekant interviu su 10 besilaukiančių moterų. Asmeniškai teko prisidėti ir įsitraukti į projekto veiklą, todėl jam pasibaigus nutarta vykdytą tyrimą pratęsti ir išplėsti. Tyrimo plano žingsnis Nr. 3 vykdytas nuo 2018 metų sausio iki balandžio mėnesio, kuomet tyrimas pratęstas išplečiant tiriamųjų imtį ir įtraukiant susilaukusias moteris bei jų vyrus ar partnerius. Tolimesni etapai ir rezultatai pateikti penktajame darbo skyriuje.



12 pav. Tyrimo planas

Atvejo tyrimui ruošiasi nagrinėjant mokslinę literatūrą, surinkti duomenys ir informacija panaudoti interviu metu gautų duomenų analizei.

4.2. Tyrimo metodai

Šiam darbui atlikti pasirinktas pusiau struktūruoto interviu metodas su sveikatos bendruomenės nariais. Interviu buvo įrašyti ir transkribuoti, turinio tyrimui taikyta indukcinė latentinė turinio analizė, kuomet gauti duomenys analizuojami ir grupuojami į bendras temas. Interviu metu užduotų klausimų kategorijos pateiktos 13 pav..



13 pav. Interviu klausimų kategorijos

Pasibaigus „CHICOLab“ projektui, nutarta jį pratęsti ir išplėsti. Pratęsus ir išplėtus devyni papildomi interviu su besilaukiančiomis, susilaukusiomis moterimis ir jų partneriais. Pusiau struktūruoto interviu metu užduotų klausimų pavyzdžiai pateikti 9 lentelėje.

9 lentelė. Interviu metu pateiktų klausimų pavyzdžiai

Klausimų blokai	Pavyzdžiai
Žinių poreikis	Kokie pagrindiniai klausimai Jums kyla? Kokios informacijos Jums labiausiai trūksta Ar susiduriate su specifinėmis problemomis, kurių savarankiškai negalite išspręsti ? Kaip susidūrėte, kodėl susidūrėte, ko paklausėte, kaip sprendėte, kokias žinias ir iš kur gaunate ? Ar ieškojote papildomų žinių kur nors? Ar pakako gautų žinių? Ar atsakymus gavote lengvai?

Klausimų blokai	Pavyzdžiai
Žinių tipai ir šaltiniai	<p>Kur ieškojote informacijos?</p> <p>Kurį šaltinį ar jų grupę pasirinkote, kodėl?</p> <p>Kaip atsirinkote, kuris žinių šaltinis geriausias?</p> <p>Ar ieškote informacijos apie nėštumą internete?</p> <p>Su kokiomis problemomis, klausimais esate susidūrusi, kad ieškojote atsakymo internete, bet nesikreipėte į gydytojus?</p> <p>Ar randama informacija internetinėje erdvėje padeda išspręsti Jums kylančius klausimus?</p> <p>Kokius internetinius išteklius naudojate ieškant informacijos susijusios su nėštumu, vaiko auginimu ?</p> <p>Ar internetinėje erdvėje gautų žinių užtenka, kad priimtumėte sprendimus?</p> <p>Ar naudojate nėščiųjų, mamų programėles ?</p>
Žinių valdymas	<p>Kokias žinias, informaciją dažniausiai naudojate ir pritaikote savo nėštumui ?</p> <p>Ar Jūs dalyvaujate socialiniuose tinkluose, kitose virtualiose grupėse?</p> <p>Ar dalinatės savo patirtimi virtualiose grupėse?</p> <p>Ar žinių perėmimas yra lengvesnis, kai dalinamasi sprendžiamomis problemomis ir realiomis situacijomis remiantis praktika? Kodėl taip manote?</p> <p>Ar dalinatės savo turima informacija apie įvairias nėštumo problemas ar vaiko auginimo klausimais su draugėmis, šeimos nariais, bendradarbiais, kaimynais?</p> <p>Kokiomis žiniomis dalinatės?</p> <p>Kaip manote, ar svarbu dalintis turima informacija ir sukauptomis žiniomis su kitomis mamomis?</p> <p>Kaip manote, ar žinių prieinamumas ir galimybės jomis dalintis pakeičia gydytojo ir nėščiosios santykį? Kodėl? Ar turite konkrečių pavyzdžių?</p>
Žinių valdymo barjerai	<p>Kuo pasitikite priimdami sprendimą?</p> <p>Ar reputacija, ankstesnė patirtis, rekomendacijos įtakoja pasitikėjimą ?</p> <p>Ar žinios gaunamos lengvai?</p> <p>Ar žinios pakankamos?</p> <p>Ko trūksta sklandesniam žinių dalijimosi procesui bendraujant su gydytoju?</p> <p>Ko trūksta sklandesniam žinių dalijimosi procesui internetinėje erdvėje?</p> <p>Ko trūksta sklandesniam žinių dalijimosi procesui bendraujant su šeimos nariais ir kitais artimaisiais?</p>

Žinių poreikis – tai klausimų blokas, kuris buvo pateiktas siekiant išsiaiškinti, ar respondentai susiduria su specifiniu žinių poreikiu nėštumo laikotarpiu bei susilaukus vaiko, kokios informacijos ir žinių jiems labiausiai trūksta, kodėl ir kur žinių ieškojo, ar pakako gautų žinių, ar jos gaunamos lengvai. Pateiktais klausimais siekta išsiaiškinti, ar jaučiamas žinių poreikis sveikatos bendruomenėje.

Klausimais, susijusiais su žinių tipais ir šaltiniais, siekta išsiaiškinti, kur sveikatos bendruomenės nariai ieško informacijos, iš kur gauna žinių, kokius šaltinius ir kodėl renka, ar siekia gauti žinių interneto portaluose, su kokiomis problemomis susiduria, ar gaunamos žinios yra pakankamos ir pan. Klausimais, kurie buvo paruošti prieš interviu ir pateiktais interviu metu, siekta išsiaiškinti, kokios ir iš kur gaunamos žinios.

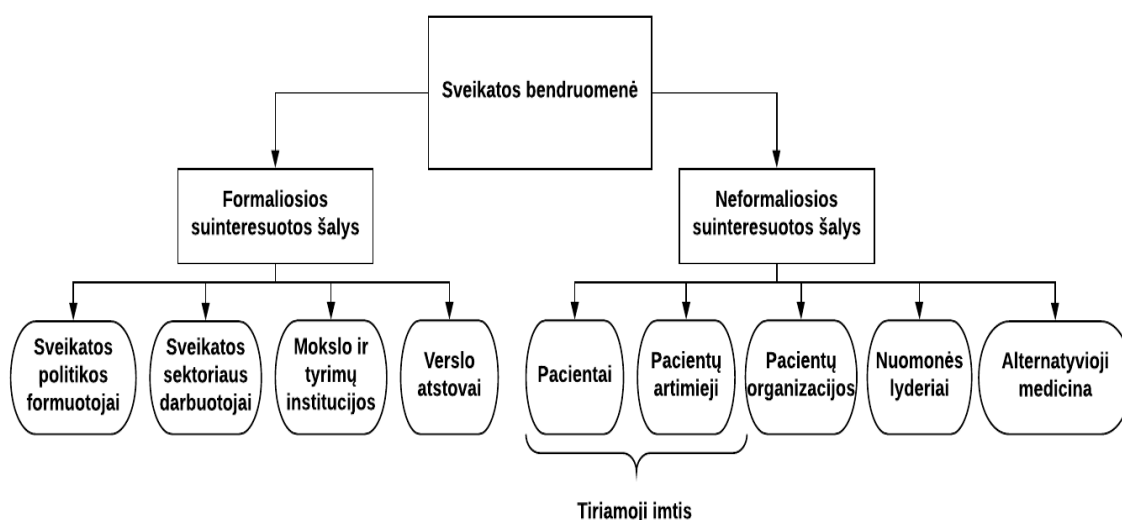
Klausimais, susijusiais su žinių valdymu, siekta ištirti, ar sveikatos bendruomenės nariai gauna ir išsaugo žinias, kaip jas išlaiko, ar jas kuria, plėtoja, ar dalijasi jomis ir jas platina. Pateiktais klausimais siekta išsiaiškinti, kokiose žinių valdymo veiklose respondentai dalyvauja.

Klausimai, susiję su žinių valdymo barjeriais, pateikti siekiant ištirti, kas trukdo sveikatos bendruomenės nariams dalyvauti žinių valdymo veiklose ir su kokiais barjeriais jie susiduria. Siekta ištirti, kokiomis žiniomis pasitikima, ko trūksta sklandesniam bendravimui su kitomis suinteresuotomis šalimis, kas palengvintų dalyvavimą žinių valdyme ir mokymosi procesuose.

4.3. Tyrimo imtis ir apribojimai

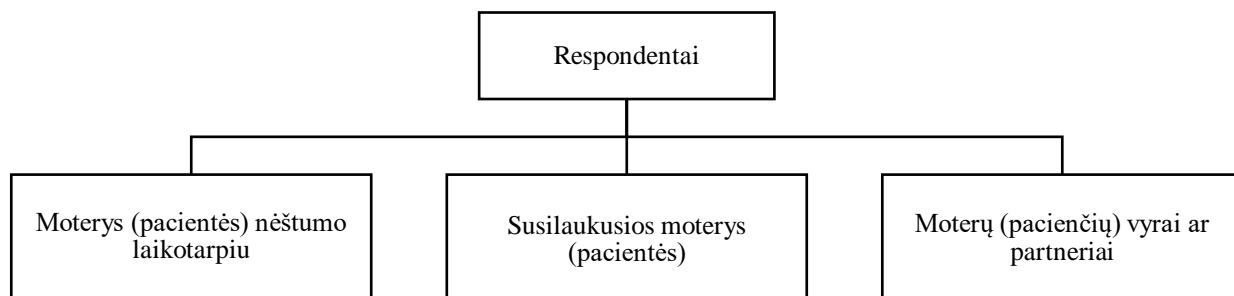
Tyrimo imties nustatymo procesas yra skirtas identifikuoti ekspertus, turinčius didžiausią patirtį tiriamoje srityje. Tyrimas vykdomas pasitelkus patogumo atranką, nes šis atrankos metodas leidžia tirti arčiausiai esančių bei lengviausiai prieinamų tiriamosios visumos elementų narius. Pasirinktas atrankos būdas yra tinkamas, nes nereikalauja didelių išlaidų ir leidžia per neilgą laiko tarpą surinkti reikiamą informaciją tyrimui.

Siekiant kuo reprezentatyviau pateikti tiriamąją imtį, būtų tikslinga, sveikatos bendruomenės sampratos skirsnyje aptartą suinteresuotų šalių ratą, suskirstyti į formaliąsias ir neformaliąsias bendruomenes, skirstymas pateikiamas 14 pav.. Šio skirstymo pagrindas yra tas, jog suinteresuotosios šalys, iš esmės dėl dalyvavimo sveikatos kūrimo procesuose, įgauna skirtingą, tiek moralinę, tiek teisinę atsakomybės laipsnį. Formaliosios suinteresuotos šalys privalo vadovautis Hipokrato priesaika, teisiniais reikalavimais ir kitais reglamentavimais, jų pateiktos išvados ir tyrimų rezultatai griežtai tikrinami, klaidinanti informacija gali turėti neigiamų pasekmių asmenų sveikatai, viešajai nuomonei ar reputacijai. Neformaliosios sveikatos bendruomenės šalys veikdamos susiduria su mažesniu teisinės ir moralinės atsakomybės laipsniu, bendrauja laisviau, dominuoja asmeninės ar patirtinės nuomonės išreiškimas, o tai tik retais atvejais gali tapti teisinės atsakomybės klausimu.



14 pav. Sveikatos bendruomenės suinteresuotų šalių skirstymas į formaliąsias ir neformaliąsias bei tiriamosios imties atvaizdavimas

Tyrimo metu pasirinkti ekspertai – besilaukiančios ir susilaukusios vaikų mamos, bei jų artimiausi šeimos nariai. Atlikta 19 interviu su neformaliosiomis sveikatos bendruomenės šalinėmis, būtent su pacientais ir pacientų artimaisiais. Interviu truko nuo 20 minučių iki valandos, tyrimo metu išryškėjo trys tiriamųjų kategorijos: moterys (pacientės) nėštumo laikotarpiu, susilaukusios moterys (pacientės), moterų (pacienčių) vyrai ar partneriai. Tyrimo ekspertų kategorijos pateiktos 15 pav..



15 pav. Respondentų kategorijos

Sveikatos bendruomenė susideda iš daugelio formalių ir neformalių suinteresuotų šalių, todėl tyrimo rezultatai atspindi tik respondentų nuomonę ir padaro pradžią tolimesniems sveikatos bendruomenių tyrimams. Tiriamųjų charakteristika pateikiama 10 lentelėje, tyrime dalyvavo 16 moterų ir trys vyrai.

10 lentelė. Tiriamųjų charakteristika

Tiriamasis	Amžius	Lytis	Išsilavinimas	Statusas
1.	29	Moteris	Aukštasis	Pirmas nėštumas
2.	35	Moteris	Aukštasis	Trečias nėštumas
3.	33	Moteris	Aukštasis	Trečias nėštumas
4.	29	Moteris	Aukštasis	Pirmas nėštumas
5.	43	Moteris	Aukštasis	Ketvirtas nėštumas
6.	24	Moteris	Aukštasis	Pirmas nėštumas
7.	34	Moteris	Aukštasis	Pirmas nėštumas
8.	26	Moteris	Aukštesnysis	Pirmas nėštumas
9.	29	Moteris	Aukštasis	Pirmas nėštumas
10.	30	Moteris	Aukštasis	Pirmas nėštumas
11.	27	Moteris	Aukštasis	Pirmas nėštumas
12.	28	Moteris	Profesinis	Dviejų vaikų mama
13.	39	Vyras	Profesinis	Vieno vaiko tėtis (0,5 m)
14.	35	Moteris	Aukštasis	Trijų vaikų mama
15.	28	Moteris	Profesinis	Vieno vaiko mama (0,5m)
16.	28	Moteris	Aukštasis	Antras nėštumas, 7 mėn.
17.	35	Vyras	Aukštasis	Dviejų vaikų tėtis
18.	28	Vyras	Profesinis	Žmona laukiasi antrojo vaiko, 7 mėn. nėštumas
19.	29	Moteris	Profesinis	Vieno vaiko mama

4.4. Tyrimo etika

Tyrimo etikos klausimai keliami kiekviename tyrime, nes tyrimo procesas gali sukelti įtampą tarp tyrimo tikslų ir tyrimo dalyvių teisių (Orb, Eisenhauer ir Wynaden, 2001). Autoriai teigia (cit. iš Capron, 1989), jog atliekant tyrimą sveikatos sektoriuje, tyrimo etikos klausimai siejami su trimis elementais:

- pagarba tyrimo dalyviams;
- naudingumu;
- teisingumu.

Pagarba tyrimo dalyviams siejama su tyrimo dalyvių teisių pripažinimu, įskaitant teisę būti tinkamai informuotiems apie vykdomą tyrimą, taip pat laisva valia nuspręsti dėl sutikimo dalyvauti tyrime ir galėjimo bet kuriuo metu iš tyrimo pasitraukti. Naudingumo principas siejamas su siekiu gauti teigiamų rezultatų ir išvengti žalos. Tyrimų rezultatų paviešinimas ar atskleidimas taip pat turi garantuoti tyrimo dalyvių anonimiškumą ir konfidencialumą. Tyrimo etikos teisingumo kriterijus siejamas su tinkamu tyrimo dalyvių padėties įvertinimu, nesukuriant galimybių pasinaudoti pažeidžiamais tyrimo dalyviais, tinkamai įvertinti ir išklausti tyrimo dalyvių mažumos nuomonę.

Tyrimo etikos laikymasis, tai ne tik siekis apsaugoti lengvai pažeidžiamus tyrimo dalyvius, bet ir siekis nenusižengti tam, kas laikytina socialiai atsakingu ir tinkamu tyrimu (Aluwihare-Samaranayake, 2012). Vykdam tyrimą, kuomet buvo atlikta devyniolika interviu su besilaukiančiomis ir susilaukusiomis moterimis bei jų partneriais, laikytasi tyrimo etikos reikalavimų: pagarbos tyrimo dalyviams, naudingumo ir teisingumo principų. Dalyviai buvo tinkamai informuoti apie darbo tikslą, atliekamo tyrimo detalesnę kontekstą, ameniniai duomenys, leidžiantys identifikuoti asmenį, nebuvo renkami jokiam etape, pašnekovai buvo informuoti, jog jie visada turi teisę neatsakyti į klausimus ir bet kuriuo metu gali nutraukti interviu.

4.5. Laukiami tyrimo rezultatai

Atlikus tyrimą bus:

- suformuotas ir pateiktas tiriamosios sveikatos bendruomenės žinių valdymo modelis;
- išskirti žinių tipai ir šaltiniai;
- nubraižytas žinių srautų žemėlapis;
- įvardyti sveikatos bendruomenės žinių valdymo barjerai;
- pateiktas siūlymas barjerams pašalinti.

5. Sveikatos bendruomenės žinių valdymo tyrimo rezultatų analizė ir modeliavimas

5.1. Sveikatos bendruomenės žinių šaltiniai ir tipai

Žinių šaltinių kategorijos buvo suformuotos, peržiūrėjus visus atliktus interviu ir iš jų išrinkus įvardytas kategorijas. Tyrimo metu išryškėjo dešimt, besilaukiančių ir susilaukusių moterų bei jų artimos aplinkos narių, žinių šaltinių kategorijų. Šie šaltiniai sugrupuoti į prižiūrinčio medicinos specialisto, pažįstamo medicinos specialisto, pacientų, knygų ir žurnalų, interneto portalų, virtualių bendruomenių, vyro ar partnerio, tiriamųjų šeimos narių bei draugų, bendradarbių ir kaimynų bei tėvystės ir motinystės kursų kategorijas. Žinių šaltinių kategorijos pateikiamos 11 lentelėje. Tiriamųjų įvardyti žinių šaltiniai pažymėti kiekvieno tiriamojo atveju, ties šaltiniu, kurį pašnekovas įvardijo, pažymėtas „+“ ženklas, ties respondento neįvardytais šaltiniais „-“ ženklas. Tiriamosioms moterims žinių šaltinis „pacientė“ netaikomas, tai pažymėta lentelėje, o tiriamiesiems vyrams netaikomas žinių šaltinis „vyras, partneris“, jis taip pat pažymėtas, kaip netaikomas, nes tiriamieji interviu metu vieni kitus nurodė, kaip žinių šaltinius.

11 lentelė. Žinių šaltiniai

Interviu numeris	Prižiūrintis medicinos srities specialistas	Pažįstamas medicinos srities specialistas (draugas)	Pacientė (moteris), kai tiriamasis vyras	Knygos, žurnalai	Interneto portalai (bendroji paieška)	Virtuali bendruomenė	Vyras, partneris	Kiti šeimos nariai	Draugai, bendradarbiai, kaimynai ir kt.	Tėvystės, motinystės kursai
1.	+	-	Netaikoma	-	+	+	+	-	-	+
2.	+	-	Netaikoma	-	+	+	-	-	-	+
3.	+	-	Netaikoma	+	+	+	-	-	-	-
4.	+	+	Netaikoma	-	+	+	-	-	-	+
5.	+	-	Netaikoma	-	+	-	-	-	+	-
6.	+	+	Netaikoma	+	+	+	+	-	-	+
7.	+	+	Netaikoma	+	+	+	-	-	-	-
8.	+	+	Netaikoma	-	+	+	-	-	+	+
9.	+	+	Netaikoma	-	+	+	-	-	-	+
10.	+	-	Netaikoma	+	+	+	+	+	+	+
11.	+	-	Netaikoma	-	+	+	+	+	+	-
12.	+	-	Netaikoma	-	+	+	+	-	+	-
13.	+	-	+	+	+	-	Netaikoma	-	-	+
14.	+	-	Netaikoma	-	+	+	-	-	-	-
15.	+	-	Netaikoma	+	+	+	+	-	+	-
16.	+	-	Netaikoma	+	+	-	+	+	+	-
17.	+	-	+	-	+	-	Netaikoma	+	+	-

Interviu numeris	Prižiūrintis medicinos srities specialistas	Pažįstamas medicinos srities specialistas (draugas)	Pacientė (moteris), kai tiriamasis vyras	Knygos, žurnalai	Interneto portalai (bendroji paieška)	Virtuali bendruomenė	Vyras, partneris	Kiti šeimos nariai	Draugai, bendradarbiai, kaimynai ir kt.	Tėvystės, motinystės kursai
18.	+	-	+	-	+	+	Netaikoma	-	+	+
19.	+	-	Netaikoma	+	+	-	+	+	+	-

Prižiūrintis medicinos srities specialistas įvardytas visų respondentų, kaip svarbus informacijos ir žinių šaltinis. Respondentų pasisakymai: „gydytojas yra gydytojas, jis yra specialistas, žino daugiau“ (Interviu Nr. 18), „buvau informuota ginekologės, su gydytojo priežiūra dirbau“ (Interviu Nr. 19), „tai aišku pirmoj eilėj kreipiesi į medikus“ (Interviu Nr. 15), „dėl sveikatos klausimų visą laiką norisi idealaus sprendimo, dažniausiai gydytojas vis tiek būna, kas pasako, kaip elgtis“ (Interviu Nr. 11), „labiausiai pasitikėjimą žiniomis man vis dėl to kelia gydytojai, akušeriai-ginekologai, juk jie tiek metų mokinasi šioje medicinos srityje, jų žinioms negali prilygti jokia super mamytė“ (Interviu Nr. 10), „galiausiai gydytojo žodžiai iš tikrųjų nulėmė, kad tikrai žinai 100 procentų“ (Interviu Nr. 12), „kai reikia tikslios ir apgalvotos nuomonės, tai turi būti profesionalai, gydytojas, tyrimų rezultatai, moksliskai įrodyta <...> esu labiau linkusi pasitikėti specialistais ir jų patarimais“ (Interviu Nr. 11), „negaliu nepasakyti, kad taip pat esu domėjusis apie nėštumą ir savo ginekologės, kuri prižiūri mano nėštumą, ji visada mielai atsako į bet kokį klausimą, kurį aš užduodu“ (Interviu Nr. 10), „aš labiau pasitikiu gydytojais, jie žino daugiau, negu draugai ar kitos mamos, todėl esu linkusi remtis gydytojo patarimais. Jie yra įgiję specialybę, turi patirties“ (Interviu Nr. 8), „kai kurie įvykiai moteriai nutinka kartą ar du gyvenime, gydytojui kasdien, todėl gydytojais pasitikiu“ (Interviu Nr.6).

Pažymima, jog nors medicinos srities specialistai ir neišpildo paciento lūkesčių, jie vis tiek yra patikimas žinių šaltinis: „Pavyzdžiui buvom pas daktarę nuvažiaavę, bet daktarė nepasakė, kad galima nusipirkti ir per kaukę pakvėpuoti, pavyzdžiui, kad adrenalino galima ir namuose turėti“ (Interviu Nr. 17), „klausiu informacijos savo gydytojų, bet ne visi gydytojai tam skiria pakankamai laiko, kad išaiškintų, dar tai yra didelė problema arba tai daro labai nekorektiškai“ (Interviu Nr. 5), „kiek gydytojų, tiek nuomonių, vieno mediko nuomone nepasitikiu, norisi kuo daugiau“ (Interviu Nr. 17). Tiriamieji, nepaisant to, jog lankosi pas gydytojus, pažymėjo, jog gydytojams dažnai trūksta kompetencijos, todėl ieškoma antros nuomonės, taip pat, jog jaučiamas žemas gydytojų suintresuotumas savo darbu, bei pripažįstama, jog iš vyresnių specialistų tikimasi mažiau aktualios informacijos: „Iš tiesų manau, kad trūksta gydytojų, kurie myli savo darbą...Paprastai ieškau dar vienos nuomonės, kad galėčiau jas palyginti, nes dažniausiai jos skiriasi. <...> Liūdna, kai gydytojai praranda meilę savo profesijai ir vieną dieną jie turėtų palikti savo vietą kitai kartai. Manau, kad pensijinio amžiaus gydytojai turi išeiti, nes jie nejaučia poreikio domėtis naujausiomis žiniomis, moksliniais tyrimais, išskirtinai remiasi savo patirtimi“ (Interviu Nr. 6), „mūsų gydytoja amžiuje, realiai iš jos daug informacijos ir negauni, tiesiog pasveria, pamatuoja ir viskas tuom pasibaigia. Realiai iš jos informacijos nieko negausi, kai yra jaunesnės, tai gal kitaip“ (Interviu Nr. 16).

Pažįstamas medicinos srities darbuotojas pripažįstamas svarbiu ir patikimu, kaip ir prižiūrintis medicinos srities specialistas, tačiau tiriamieji pabrėžė, jog pas prižiūrintį specialistą negalima patekti skubos tvarka ar bent jau patogių laiku, kai kurių klausimų nedrįstama klausti, tačiau atsitinka priešingai, kai medicinos srities specialistas yra draugas ar pažįstamas: „Aš paprastai kreipiuosi į pažįstamą akušerę, ji gali man duoti patarimą ar kažkokie atsiradę pojūčiai yra normalu ar ne, ar kreiptis į gydytoją“ (Interviu Nr. 8), „nebuvo jokio specialisto, kuris galėtų padėti, tik galimybė kreiptis skubios pagalbos, o aš nenorėjau to daryti, todėl paskambinau draugei, kurios mama yra gydytoja, klausiau patarimo“ (Interviu Nr. 2).

Pacientė, kai tiriamasis vyras, kaip žinių šaltinis išryškėjo atliekant interviu su pacienčių vyrais ir partneriais. Tiriamieji vyrai teigė, jog didžioji dalis reikalingų žinių dažnai gaunama iš pacientės: „Žmona daugiau bendrauja ir tada ji man pasako, jei kas neaišku“ (Interviu Nr. 18), „pasako, kad reikės važiuoti kas mėnesį, tai ir važiuojam“ (Interviu Nr. 17). Kitų interviu metu nurodoma, jog pacientė vyrui ar partneriui pateikia susistemintą informaciją, kuri gaunama iš interneto ar knygų, ir taip tapdavo informacijos šaltiniu savo vyrui ar partneriui.

Knygos ir žurnalai respondentų vertinamos dėl jose pateiktos mokslinės informacijos, tyrimų rezultatų, gydytojų atsiliepimų ir detalių aprašymų. Žinių gavimas iš knygų ir žurnalų iliustruojamas šiomis citatomis: „Priklauso nuo mamos pačios, kiek jinai žino, nežino. Aš irgi knygų turiu, kaip tik kai laukiausi daug skaičiau, „Mano mažylis“, kitos knygos išleistos, knygyne teko lankytis, pirkti daug knygų“ (Interviu Nr. 19), „aišku skaičiau ir knygų, pati turėjau tokių, kur ten normalių, ne šiaip internete. Turiu tokią knygą, nuo kol laukiesi iki trijų metų, tai ten ir apie ligas ir apie viską, kur daug kas sutampa“ (Interviu Nr. 19). Kita pacientė pažymėjo, jog skaito knygas, bet dažnai nutinka taip, jog knyga nesudomina, todėl proceso nebetešia. Respondentams taip pat aktualios ligų enciklopedijos, nes jose randa tikslios ir susistemintos informacijos.

Interneto portalai yra žinių šaltinis, kurį įvardijo visi respondentai. Skiriasi respondentų tikslai, todėl juos tikslingai suskirstyti į tris kategorijas:

- naudojasi internetiniais šaltiniais tik bendrajai paieškai, nesiekia tapti virtualių bendruomenių nariais;
- naudojasi internetiniais šaltiniais bendrajai paieškai, yra užsiregistravę virtualiose bendruomenėse, tačiau aktyviai bendruomenių veikloje nedalyvauja;
- naudojasi internetiniais šaltiniais bendrajai paieškai, yra užsiregistravę virtualiose bendruomenėse ir aktyviai dalyvauja bendruomenių veikloje.

Respondentai, kurie interneto portalais naudojasi tik bendrajai paieškai, teigia: „Manau normalu iš pradžių paieškoti informacijos, pačiam išsiaiškinti. Paieškojęs surastum atsakymą“ (Interviu Nr. 18), „būdavo, kad ir internete ieškojau, ten gi yra kažkoks, kad net pagal savaites rašo. Būna, kad pas daktarą vat čia ir dabar nepapulsi, turi užsiregistruoti reikia, nueiti ir taip toliau. Tai pirminiam tokiam ir internete paskaitai ir pas draugę paklausiti“ (Interviu Nr. 15), „man priimtiniausias būdas ieškoti internete, bet kartais apie visokias smulkmenas, savo susigalvotus klausimus būna lyg ir gėda paklausti arba atrodo, kad jau per ilgai užsibuvai, arba laiko nelieka, arba tuo metu išgirsti kažkokią kitą informaciją ir pamiršti apie reikalingą dalyką paklausti, tai taip ir gaunas, kad grįžus reikia vėl paieškoti informacijos internete“ (Interviu Nr. 11), „Aišku pirmiausia šiais technologijų laikais informacijos pradėdi ieškoti internete, nes tai atrodo greičiausiai prieinama, tik paskui atsirenki kas tau naudinga, o kas ne. Mano ieškojimai prasidėjo nuo „Google“ platformos paieškoje įvesto

vienintelio žodžio nėštumas. Ir taip sekė vienas langas po kito, kol apskritai susidariau pirmąjį įspūdį ir supratau ko turėčiau ieškoti toliau“ (Interviu Nr. 10), „nesikreipiu į gydytoją, nes nenoriu trukdyti dėl kasdienių klausimų, tokia informacija yra reikalinga čia ir dabar, todėl ieškau internete“ (Interviu Nr. 2).

Antruoju atveju, tiriamieji registruojasi virtualiose bendruomenėse, tačiau laikosi stebėtojo, o ne aktyvaus vartotojo pozicijos, jie pasisako taip: „yra ten ta svetainė „Tėvų darželis“, tai ten jau aprašo kiekvieną savaitę, kas ten vyksta. Tai ten paskaitau kiekvieną savaitę“ (Interviu Nr. 16), „nesu prisiregistravusi, bet žinai, kur žiūriu...ne „Mamyčių klubas“, o tas forumas „Super mamų“, tai va ten tikrai ieškojau“ (Interviu Nr. 16), „Nemėgstu dalintis asmenine informacija, bet jei kam labai reikia, galėčiau pasidalinti“ (Interviu Nr. 8).

Trečioji kategorija, tai aktyvūs virtualių bendruomenių nariai, kurie teigia, jog: „Esu užsiregistravusi grupėje „Facebook“ dėl maitinimo klausimų, yra tokia grupė. Ten būtent daug informacijos apie moterų savijautą, apie vaikų savijautą, apie ligas, apie viską apskritai. Ten reikia prisiregistruoti ir gauni labai daug informacijos apie viską“ (Interviu Nr. 12). Kiti tiriamieji, kurie linkę dalyvauti virtualių bendruomenių veikloje, teigia: „Ten yra tame pačiame tėvų darželyje forumas, konkrečiai vat gegužės mėnesį man gimdyti. Gegužės forume dalyvauju, kurios būsimos mamos gegužės mėnesį“ (Interviu Nr.16), „dalyvauju „Tėvų darželio“ ir „Supermamyčių“ grupėse“ <...> Naudojuosi „Mūsų mažyliai“ programėle“ (Interviu Nr. 7). Nepaisant fakto, jog naudojimasis internetu yra itin populiarus šaltinis informacijos paieškai, pažymima, jog internete randama pernelyg daug perteklinės informacijos ir daug neigiamos patirties, todėl vartotojui tampa labai sunku rastą informaciją pritaikyti sau: „Kuo daugiau nuomonių perskaitau, tuo labiau pradedu nerimauti, man neramu pasidaro“ (Interviu Nr. 17), „informacijos internete ieškojau, bet kažkaip ten daug įvairių labai atsakymų, tai aklai nesivadovaudavau, tiesiog gal, kad kaip klausimą tiksliau po to specialistams suformuluoti galėčiau“ (Interviu Nr. 4).

Virtualios bendruomenės, kaip žinių šaltinis, iš dalies aptartos interneto portalų temoje, tačiau nuspręsta šią kategoriją išskirti, kaip atskirą žinių šaltinį, dėl itin dažnų tiriamųjų pasisakymų bei dviprasmiškų vertinimų. Vieni tiriamieji, informaciją, gaunamą iš kitų mamų, virtualiose bendruomenėse vertina teigiamai, kiti neigiamai. Teigiami vertinimai: „Ir aš pasikloviau tuo, kad mamos jau pas jį buvo. Pirmiausia apie jį susiradau informaciją, kad tai yra patikima, yra geras daktaras, nes pačios moterys rašė apie tai, o paskui...o paskui aš toliau skaičiau forumus, kad jos visos rašo, kad reikia palaukti“ (Interviu Nr. 14), „iš tikrųjų gali būti ir mamos nuomonė, bet turi būti daug tokios pačios nuomonės“ (Interviu Nr. 14), „mamos vienos kitom pataria, padeda, netgi būna, kad sunkiai gyvenantiems surenka daiktų kažkokių, netgi veža atiduoda ir panašiai. Labai vieną kitą netgi labai palaiko, nes visų dažnai istorijos panašios“ (Interviu Nr. 12). Neigiami vertinimai atsispindi tokiuose pasisakymuose: „Paprastai nelabai pasitikiu jokiais mamyčių forumais, nes dažniausiai užduodamas vienas konkretus klausimas, o atsakymai grindžiami savo nuomone ir visokiais išvedžiojimais, nesiremiama nei medicininėmis, nei kažkokiom mokslo žiniom, ar gydytojų nuomonėm“ (Interviu Nr. 11), „dažnai komentarai net nėra verti skaitymo, tačiau, kol atsirenki ką skaityti, būna, kad paskaitai visko“ (Interviu Nr. 11), „esu apie žindymą skaičiusi knygose, apie nėštumą taip pat kažkada esu užmetus akį ir į mamyčių forumus, bet supratau tik vieną, kad tai yra taip unikalų, jog kiekvienos mamos patirtis ir išgyvenimai yra visiškai skirtingi“ (Interviu Nr. 10). Tyrimo metu išryškėjo tai, jog vienos pacientės labai vertina patirtines žinias, o kitos nėra linkusios vadovautis kitų išgyventomis patirtimis, todėl nėra linkusios vadovautis patarimais.

Vyras, partneris respondenčių buvo įvertintas, kaip svarbus žinių šaltinis, pabrėžiant, jog šeimos palaikymas yra itin svarbus priimant sprendimus. Pasidalinimas turimomis žiniomis, susijusiomis su sveikata, tapatinamas su atsakomybės pasidalijimu: „Aišku būna tariasi ir su šeima ir su vyru dėl kažko, pirmiausiai pasišneki su vyru, o paskui lendi į internetą bet koku atveju“ (Interviu Nr. 16), „turiu puikų vyrą, kuris nepalieka manęs vienos tvarkytis su nėštumu. Kartu knygas skaito, kartu domisi viskuo ir dar man papasakoja, jei aš kažko nežinau“ (Interviu Nr. 10), „Mano vyras neatrodo, kad galėtų padėti, tačiau kartais savo minčių išsakymas jam garsiai leidžia rasti atsakymą“ (Interviu Nr. 16).

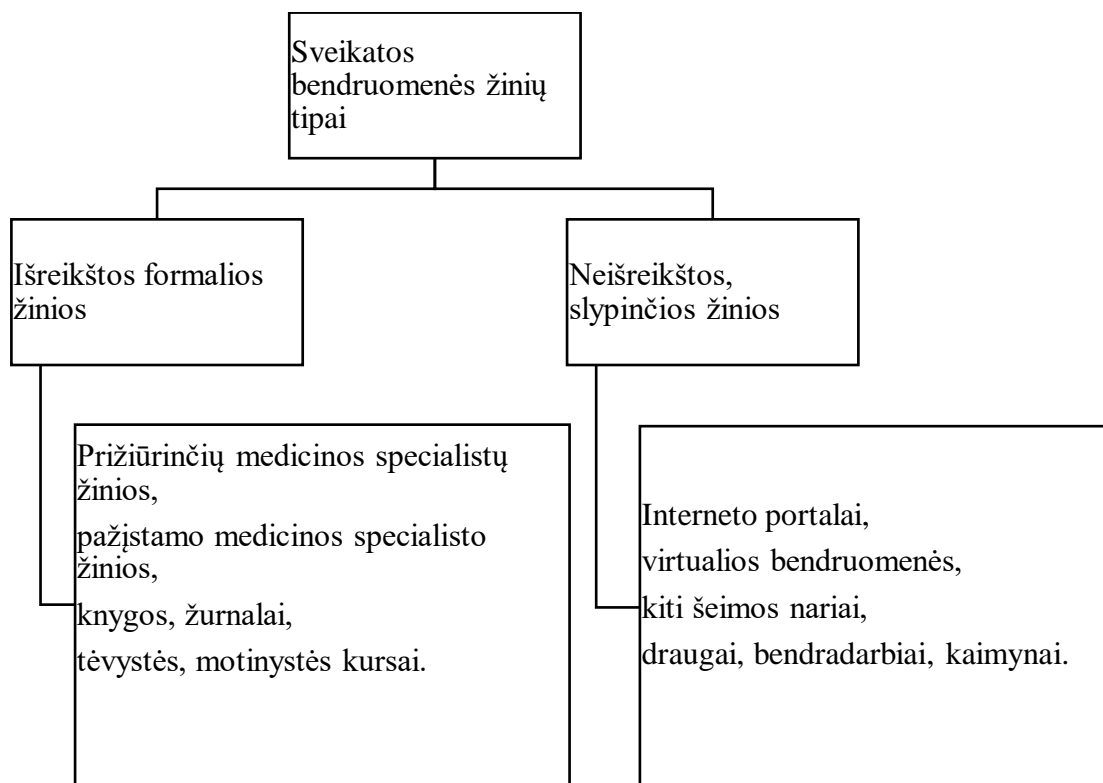
Kiti šeimos nariai – tai respondentų mamos, seserys, tetos ir broliai. Vis tik išryškėjo nuomonė, jog mamų žinios yra pasenusios ir jomis vadovautis nebegalima: „Kažkaip į mamą nesikreipdavau, nes nežinau, kas aplinkoj gimdė, turi naujesnę informaciją“ (Interviu Nr. 15), „tai nėra specialistas, ieškaisi žmogaus, kuris atitinkamai tos sferos“ (Interviu Nr. 14), „viskas vyko labai seniai, laikai pasikeitė, pastebėjau, kad mano mama neatsimena visko, ji duoda man patarimų, bet jos amžius kitoks“ (Interviu Nr. 8), „karta ir požiūris yra labai skirtingi, todėl daug neklausiu. Tada daug dalykų neegzistavo, mama negali padėti, net jei norėtų. Jos laikais viskas buvo paprasčiau“ (Interviu Nr. 6). Tiriamieji pabrėžia, jog šeimos palaikymas yra svarbus, tačiau žiniomis, gaunamomis iš mamos, nėra pasitikima, kaip gaunamomis iš specialistų, interneto ar kitų mamų, kurios laukiasi ar susilaukė panašiu metu, kaip tiriamosios.

Draugai, bendradarbiai, kaimynai ir kiti artimos aplinkos nariai, įvardijami, kaip reikalingų žinių šaltinis, kuomet jie turėjo praktikos vienu ar kitu klausimu ir šie įvykiai respondentui buvo žinomi: „Bet kitų praktika, vis tiek, kas liečia vaikus, man aktuali. Kaimynas turi dvejų metų vaiką, tai pasišnekam, kaip vaikas, kaip kas? Tai va, sako buvo laringitas. Mano pradėjo sirgt, aš iškart kaimynams skambinu, klausiu ką darei?“ (Interviu Nr. 17), „savam tarpe turėjau ne vieną kolegę ar klasiokę, kurios va irgi buvo „šviežiai iškeptos“ mamytės, su jom vat paklausi, kaip joms buvo?“ (Interviu Nr. 17).

Tėvystės ir motinystės kursai yra paskutinis žinių šaltinis, kurį įvardijo respondentai. Kursai – tai toks žinių gavimo ir mokymosi būdas, kai žinios gaunamos iš patyrusių medicinos srities specialistų. Vieni respondentai tokį žinių gavimo ir mokymosi būdą įvardijo teigiamai, kiti neigiamai. Dalis respondentų įvardijo, jog žinojo apie vykdomus mokymus, tačiau juose nedalyvavo. Kursuose gautos žinios respondentams buvo naudingos, respondentai teigia, jog: „Tie kursai tikrai buvo naudingi turinio prasme“ (Interviu Nr.1), „Radau, kad Kauno klinikose vyksta skirtingi kursai, todėl nuėjau ten pasiklausti paskaitos apie maitinimą krūtimi, apie gimdymą, jei man reiks daugiau informacijos, dar kartą ieškosiu“ (Interviu Nr. 8). Respondentai, kurie neigiamai vertina mokymus, teigia, jog: „Man buvo tokia šokiruojanti patirtis, kai pirmą kartą laukiausi nuėjau į kursus ir mums parodė 2 filmukus apie gimdymą <...> tikiuosi tokie siaubo filmai nebėra rodomi“ (Interviu Nr. 5). Kiti respondentai dar tik ruošiasi dalyvauti mokymuose, todėl vertinimo dar neturi: „Esu užsiregistravusi dalyvauti gimdymo ir žindymo seminaruose“ (Interviu Nr. 4), „taip, esu užsiregistravusi dalyvauti gimdymo ir žindymo seminaruose“ (Interviu Nr. 9).

Apžvelgus žinių šaltinių kategorijas, daroma išvada, jog tiriamojoje sveikatos bendruomenėje dominuoja **formaliųjų žinių tipas**, kai prioritetas suteikiamas žinioms, gautoms iš medicinos srities specialistų, pažįstamų medicinos srities specialistų, skaitant straipsnius, paremtus mediciniais tyrimais ar gydytojų nuomone, o neformaliosios žinios, gaunamos iš internetinių šaltinių, dažnai naudojamos tik nereikšmingiems sveikatos klausimams spręsti, formaliųjų žinių pagilinimui bei

specialistų nuomonės pagrindimui ir detalizavimui. Kitas žinių tipas, tai **neišreikštos žinios**, kurios dažniausiai apibūdinamos, kaip patirtinės ir praktinės žinios. Sveikatos bendruomenės žinių tipai pateikti 16 pav..



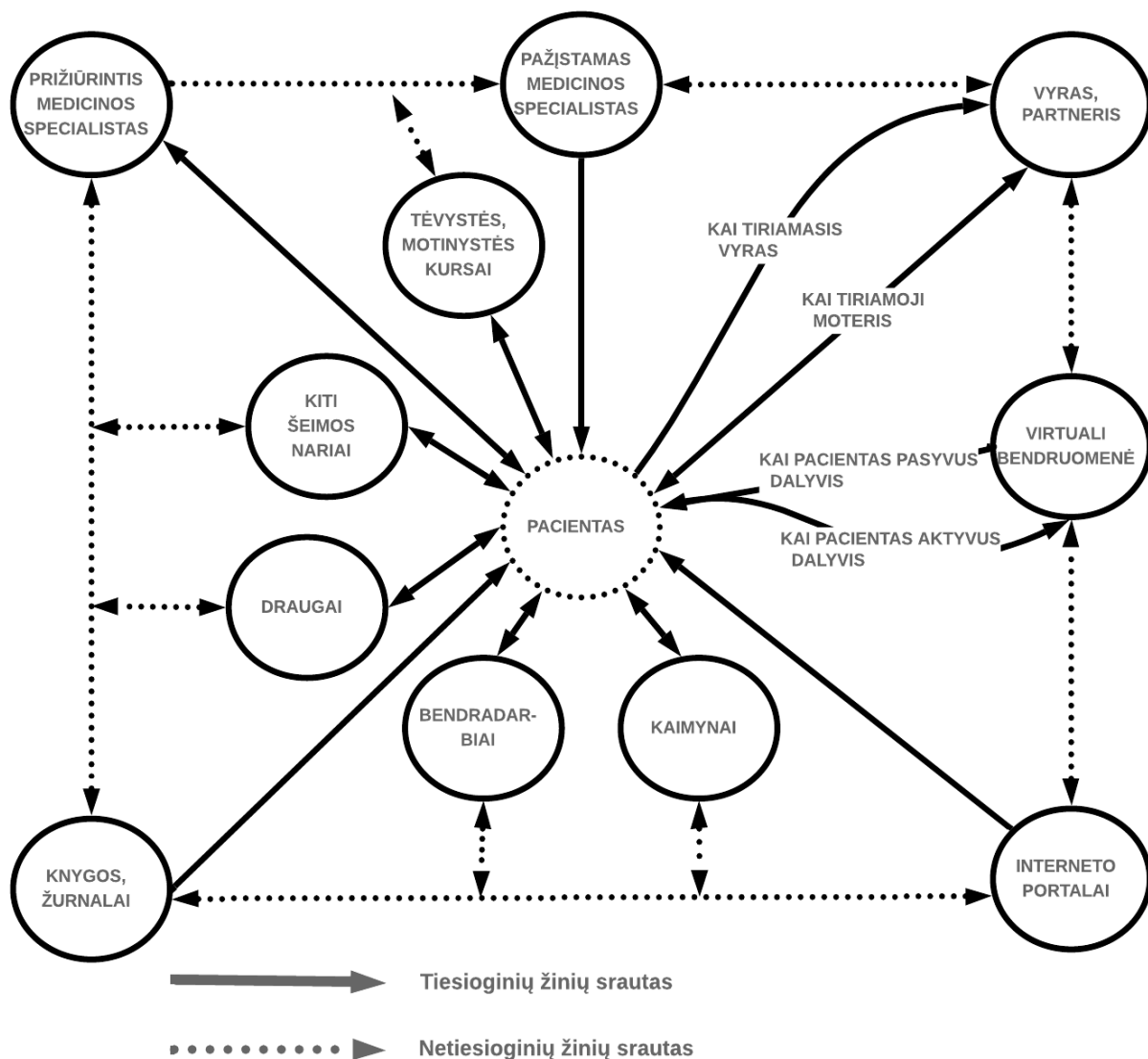
16 pav. Sveikatos bendruomenės žinių tipai

Tiriamieji teigia, jog tais atvejais, kai klausimas yra svarbus, pirmiausia kreipiamasi į medicinos specialistus, išreiškiamas pasitikėjimas jais, tačiau, kai reikalinga tik pagilinti žinias, arba gauti naujų žinių, jie naudojami internetu, dalyvauja virtualių bendruomenių veiklose. Kalbant apie sveikatą tampa sudėtinga atskirti, kurios perteikiamos žinios iš tiesų yra slypinčios, o kurios gautos iš užrašytų šaltinių. Tiriamieji įvardijo, jog pasitiki žurnalais, knygomis, straipsniais, kuriuos parašė gydytojai, vadinasi tuose rašytiniuose šaltiniuose gali būti tiek medicinos specialisto patirtinių žinių, kurios išreiškiamos rašytine forma, tiek ir pasiremta kitais šaltiniais, taigi pacientui atskirti šias žinias tampa sudėtinga. Identiška situacija susiklosto ir tokiu atveju, kai pavyzdžiui, pacientė bendrauja su kita mama ir pastaroji perteikia tam tikras žinias, kurios galėjo būti gautos iš medicinos specialisto, tačiau pacientės suvokiamos, kaip patirtinės.

5.2. Sveikatos bendruomenės žinių srautų žemėlapis

Tirtos sveikatos bendruomenės žinių srautų žemėlapi sudaro žinios gaunamos iš prižiūrinčio medicinos specialisto, pažįstamo medicinos specialisto, vyro ar partnerio, interneto portalų, virtualių bendruomenių, kitų šeimos narių, bendradarbių, draugų, kaimynų, tėvystės ar motinystės kursų bei knygų ir žurnalų. Žinių srautų žemėlapis pateikiamas 17 pav.. Tiriamieji įvardijo, jog itin pasitiki, didelę įtaką jų sprendimams daro prižiūrintis medicinos specialistas, pažįstamas medicinos specialistas, vyras ar partneris, žinios gaunamos iš interneto portalų, virtualių bendruomenių, bei knygų ir žurnalų, todėl šie žinių šaltiniai išskirti, kaip kertiniai, žinių srautų žemėlapyje. Iš šių šaltinių

gaunamos žinios paremtos praktika ir patirtimi, todėl suteikia pacientams pasitikėjimo. Šie šaltiniai tiesiogiai lemia paciento sprendimus, todėl žinių srautų žemėlapyje tai atvaizduota vientisomis rodyklėmis į pacientą, o punktyrinės linijos pažymi, jog žinios iš šių šaltinių yra prieinamos ir kitoms suinteresuotosioms šalims, tačiau sunku identifikuoti, kada ir kokios žinios bei iš kurio šaltinio jos gaunamos. Medicinos specialistų, interneto, virtualių bendruomenių bei vyro ar partnerio žinių svarba vaizduojama paryškintomis rodyklėmis, pažyminčiomis šių šaltinių tiesioginę įtaką. Dvikryptės rodyklės pažymi, jog pacientas ir gauna ir perduoda savo turimas žinias, vienakryptės nurodo, jog žinios dažniausiai iš šaltinio tik gaunamos, bet neperduodamos.



17 pav. Sveikatos bendruomenės žinių srautų žemėlapis

Žinios iš kitų šeimos narių, draugų, bendradarbių, kaimynų, tėvystės motinystės kursų yra svarbios, tačiau pacientų nėra itin patikimai vertinamos. Pacientas žinias iš šių šaltinių ne tik gauna, bet ir perduoda, šis procesas pavaizduotas dvikryptėmis rodyklėmis. Žinios, gaunamos kursų metu, iš kitų šeimos narių, draugų bendradarbių, kaimynų yra siejamos su visais kitais žinių gavimo šaltiniais, šiuos kompleksinius ryšius sunku identifikuoti ir atvaizduoti, todėl pasirinkta tokį žinių gavimo būdą

pavaizduoti punktyrine linija. Pavyzdžiui, kaimynas pacientui tiesiogiai perduoda savo patirtines žinias, tačiau joms susiformuoti galėjo padėti perskaityta knyga, lankyti kursai, gydytojo konsultacija, dalyvavimas virtualiose bendruomenėse ir pan.. Punktyrine linija pažymėtas galimas žinių srautas iš įvairių šaltinių, nes sudėtinga identifikuoti tik vieną šaltinį, kai tokios žinios perduodamos pacientui tiesiogiai, tai pavaizduota vientisa linija.

Tyrimo metu išryškėjo, skirtingai suvokiamas paciento, bei vyro ar partnerio, kaip žinių šaltinio, identifikavimas. Tais atvejais, kai tiriamoji buvo moteris ir klausiama apie artimos aplinkos asmenų įtaką žinių gavimo, įsisavinimo ar dalijimosi procesų metu, dažniausiai vyras ar partneris buvo įvardijamas, kaip svarbus žinių šaltinis, svarbus asmuo, su kuriuo galima pasitarti ir kartu priimti sprendimus. Tyrimo metu, kai tiriamasis buvo vyras ar partneris, pacientas buvo nurodomas, kaip pagrindinis žinių šaltinis, teigiant jog žmona viską žino, jog daugiau domisi, daugiau skaito ir geba atsakyti į visus kylančius klausimus. Žinių srautų žemėlapyje šis procesas atvaizduotas vienakrypte rodykle, kai tiriamasis vyras, nurodant, jog didžioji dalis žinių gaunama iš paciento. Dvikryptė rodyklė panaudota, kai tiriamoji yra pacientė (moteris), pažymint, jog žinios ir gaunamos, ir perduodamos.

Interneto portalai ir virtuali bendruomenė, kaip žinių šaltiniai nėra sutapatinami, nes pacientų buvo įvardijamos, kaip dvi skirtingos kategorijos. Tiriamieji, kurie žinias gauna ir gilina, naudodamiesi internetu, naudojami šiais šaltiniais tik bendrajai paieškai, nesiekia tapti virtualių bendruomenių nariais. Įvairūs interneto portalai naudojami žinioms gauti, bei gilinti turimas žinias, tačiau žinių dalijimosi veikla nevykdoma, pacientas yra pasyvus interneto vartotojas. Kiti tiriamieji skirstomi į dvi kategorijas:

- naudojami internetiniais šaltiniais bendrajai paieškai, yra užsiregistravę virtualiose bendruomenėse, tačiau aktyviai bendruomenių veikloje nedalyvauja;
- naudojami internetiniais šaltiniais bendrajai paieškai, yra užsiregistravę virtualiose bendruomenėse ir aktyviai dalyvauja bendruomenių veikloje.

Šis procesas žinių šaltinių žemėlapyje atvaizduotas vienakrypte ir dvikrypte rodykle.

Žinių srautų žemėlapis, kiekvieno tiriamojo atveju nėra identiškas, ne visi tiriamieji įvardija visus išskirtus šaltinius, tačiau siekiant suvokti kontekstą, kuriame sveikatos bendruomenė veikia, tikslinga pateikti apibendrintą žinių srautų žemėlapi.

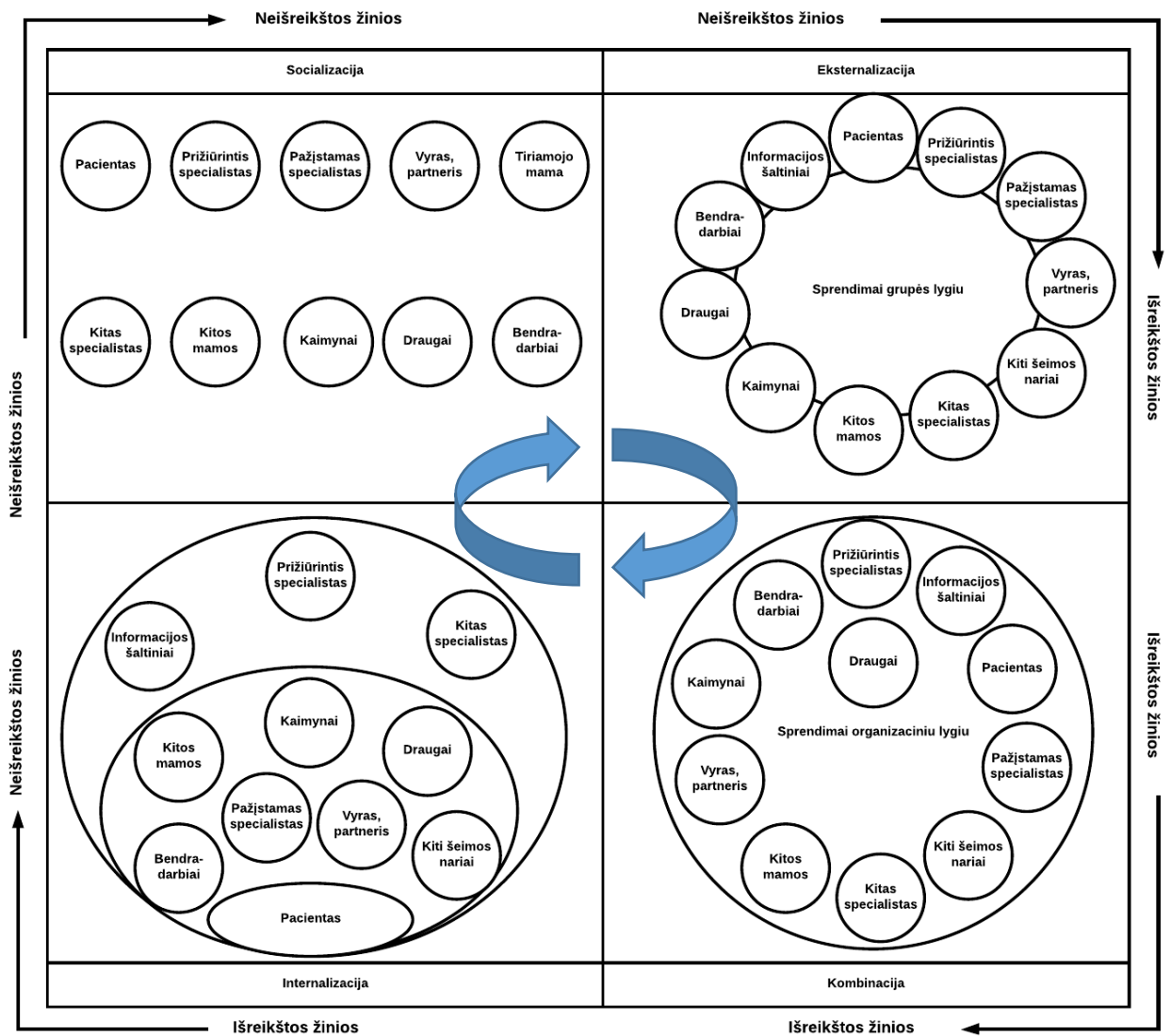
5.3. Sveikatos bendruomenės žinių valdymo modelis.

Remiantis empirinio tyrimo duomenimis, nustatyta, jog tiriamoji sveikatos bendruomenė remiasi žinių kūrimo etapais, kuriuos išskyrė ir apibūdino Nonaka ir Takeuchi (1995). Todėl siekiant atvaizduoti, kaip žinios tiriamojoje sveikatos bendruomenėje identifikuojamos, įgyjamos, išsaugomos, išlaikomos, kuriamos ir plėtojamos bei kaip vyksta dalijimasis žiniomis ir jų panaudojimas praktikoje, pateikiamas žinių valdymo modelis, apimantis socializacijos, eksternalizacijos, kombinacijos ir internalizacijos etapus. Modelis vaizduojamas 18 pav.. Modelis pateikiamas, komentuojamas ir vertinamas iš paciento perspektyvos.

Socializacija atlieka svarbų vaidmenį, kuriant žinias apie sveikatą. Šiame etape pacientai susitinka su medicinos srities specialistais, siekdami aptarti konkrečius su nėštumu ar vaiko auginimu susijusius sveikatos klausimus, bei bendrauja individualiai su pažįstamais sveikatos specialistais,

vyrų ar partnerių, kitomis mamomis, savo mama ir kitais šeimos nariais, draugais, bendradarbiais ir kaimynais. Slypinčios žinios perduodamos tiesiogiai bendraujant, per bendrą veiklą ar pasidalijant patirtimi. Pacientas individualiai bendraudamas išplečia asmeninio žinojimo ribas, tačiau šiame etape perteikiamos žinios išlieka slypinčiomis, jos nedokumentuojamos, netampa išreikštomis. Pacientas tiek lankydamasis pas medicinos specialistą, tiek bendraudamas už medicinos įstaigos ribų, įgauna nemažai slypinčių žinių, jos nėra identifikuojamos, tačiau daro įtaką paciento veiklai ateityje. Slypinčios žinios susiformuoja stebint medicinos specialistų veiklą, darbo organizavimą ar kitų asmenų elgseną įvairiose situacijose. Šiame etape gan sudėtinga atskirti, kurios medicinos specialistų žinios yra slypinčios, nes ilgąmetę patirtis formuoja specialistų „know-how“, todėl sunku atskirti, kurios žodžiu perteikiamos žinios yra gautos iš rašytinių, dokumentuotų šaltinių, ir kurios yra specialisto „know-how“.

Dalyvavimas socializacijos etape dažniausiai apibūdinamas, kaip dalijimasis patirtimi ar pastebėjimais: „Aš nebūčiau linkusi, pavyzdžiui, skirstyti iš kur žinios ateina – ar akušerio ar gydytojo. Iki tol tai atrodė, kad akušerė nėra gydytojas ir kaip priims gimdymą? Bet aš buvau keliose paskaitose, kur akušerės ten tiek daug turi praktikos, tiek daug visko žino, kad visiškai atrodo, kad tu ja 100% pasitiki. Jeigu tau parodo gimdymo namus ir myli savo darbą ir net nesvarbu kokio ji amžiaus. Tai šitas labai jaučiasi, tada supranti kam tas gydytojas, dabar gydyti tavęs nereikia jei viskas gerai, nors iki tol man atrodė, kad jei gydytojas būtų, tai būtų geriau, bet jeigu žmogus matosi, kad turi patirties, tada viskas gerai“ (Interviu Nr.1). Tiriamieji pažymėjo ir įvardijo kitus socializacijos etapo dalyvius, su kuriais vienu ar kitu būdu vyksta dalijimasis žiniomis: „mums išpuola su drauge, kad mes laukiamės 4 savaitių skirtumu. Taip, mes galim pasidalinti“ (Interviu Nr.3), „Su vyru tariamės iš galimų variantų, jei jų yra, ir kažkaip nusprendžiam“ (Interviu Nr. 4), „dažniausiai gydytojos klausydavau, arba nuojautos, arba tiesiog, jei daugmaž žinojau atsakymą, bet būdavo neramu – pasitardavau su vyru, mama, draugėmis. Tiesiog nusiramimui gal bet ne kažkokio naujo atsakymo ieškojimui“ (Interviu Nr. 9), „visas pagrindines problemas ir klausimus, kurie kamavo, klausdavau gydytojos, pasitardavau su draugėmis, jau kurios turi vaikučių“ (Interviu Nr. 3), „pats matai vaiką 24 valandas per parą ir matai tą pokytį, ir jei daktaras sako, kad čia nieko nėra, tai supranti kad yra, nes yra kažkaip kitaip“. Atliktų interviu apžvalga ir pateikti pavyzdžiai parodo, jog socializacijos etape pacientas bendrauja su jį prižiūrinčiu specialistu, kitais specialistais, šeimos nariais bei pažįstamais ir tai vyksta tiek formalioje gydymo įstaigos aplinkoje, tiek neformaliuose susibūrimuose.



18 pav. Modifikuotas sveikatos bendruomenės žinių valdymo modelis

Eksternalizacijos etape pereinama nuo slypinčių žinių į išreikštas. Pacientas ir kiti nariai, su kuriais jis bendrauja, išreiškia savo slypinčias žinias ir tokiu būdu individualus slypintis žinojimas tampa prieinamas kitiems nariams. Naujai gautos žinios taip pat gali tapti pagrindu kitoms žinioms kurti. Išreikštos žinios gaunamos iš prižiūrinčio medicinos specialisto, kai šis perteikia informaciją pacientui, susijusią su jam rūpimu klausimu. Pastebima, jog šiame etape socializacijos etapo suinteresuotos šalys nebėra vieninteliai veikėjai, bet imama naudotis įvairesniais informacijos šaltiniais, kurie suteikia galimybę bendrauti virtualiai, ir taip praplėsti suinteresuotų šalių ratą. Socializacijos etape toks veikimas nėra įmanomas dėl būtinybės bendrauti individualiai vienas su vienu, o eksternalizacijos etape pacientai, veikdami virtualioje erdvėje, įsitraukia į diskusijas virtualiose bendruomenėse. Žinios dažniau išreiškiamos apčiuopiamomis formomis: rašytiniu bendravimu virtualiose erdvėse, pasidalinant patirtimi parašant žinutę, pasidalinant oficialiais medicininio tyrimo duomenimis, siekiant gauti išvalgų ar patarimų. Išreikštos žinios perteikiamos kalbant, per įvairius paveikslėlius, pasidalintą informaciją, nuorodas ir panašiais būdais.

Eksternalizacijos etape pastebėtas iniciatyvumas padėti ir pasidalinti patirtimi, kai pacientas užduoda klausimų virtualiose ar fizinėse bendruomenėse, o tai demonstruoja virtualių bendruomenių aktyvumą ir aukštą išpareigojimų lygį. Šiame etape pacientas neretai mediciniškai pagrįsta informaciją lygina su patirtine informacija ir žiniomis. Pacientai teigia, jog: „Forumas padeda sustatyti dalykus į vietas, supranti, kad visom kažką kažkiek skauda“ (Interviu Nr.1), „internetinė erdvė yra arba pagrindimas, arba paneigimas turimų žinių, gal užtvirtinimas, kai kažko reikia, arba bandymas sužinoti, išsiaiškinti“ (Interviu Nr. 11), „nepasitikėčiau vienu šaltiniu šimtu procentų, turiu omenyje, interneto šaltinį, privalau pasikonsultuoti su gydytoju, skaitau informaciją forumuose: „Tėvų darželis“, „Supermamyčių“ forumas, pasiėmiau keletą knygų iš bibliotekos“ (Interviu Nr. 6), informacijos ir žinių suteikia „mamų forumai, pažįstami, sesuo, draugai, kurie turi vaikų, klausiu jų, ar tai normalu ir tada lyginu atsakymus“ (Interviu Nr. 8).

Nors visi tiriamieji įvardijo, jog naudojami internetu bei domisi informacija ir žiniomis, kurias pateikia virtualios bendruomenės, tačiau skiriasi jų aktyvumo lygis virtualioje erdvėje. Vieni pacientai renkasi būti pasyviais vartotojais ir internetu naudojami tik savo žinioms gilinti, kiti renkasi dalyvauti aktyviai ir įsitraukia į virtualių bendruomenių diskusijas, patys užduoda ir atsako į klausimus.

Tiriamieji, kurie naudojami internetu, tačiau aktyviai nedalyvauja virtualių bendruomenių veikloje teigia, jog: „Nesu prisiregistravusi, bet žinau, kur žiūriu...ne „Mamyčių klubas“, o tas forumas „Super mamų“. Tai va ten tikrai ieškojau. Žinau, ieškojau dėl vaiko, dėl akių, bet susitvarkė, tai ieškojau tenai“ (Interviu Nr. 14), „nesu užsiregistravusi, bet žinau, kad jų tikrai yra, buvo rekomendavusi draugė vieną, kitą portalą, svetainę, bet kažkaip man norisi akis į akį bendrauti, nes tada tu gali paklausti“ (Interviu Nr. 10), „dažnai komentarai net nėra verti skaitymo, tačiau, kol atsirenki ką skaityti būna, kad paskaitai visko. Nemėgstu pati rašyti, nors kartais paskaičius kai kuriuos pasisakymus atrodo, kad privalai tiesą pasakyti tai mamai, bet nesu aktyvi dalyvė“ (Interviu Nr. 11), „nedalyvauju, man gaila laiko. Mane stebina kaip tuose forumuose uždavinėja klausimus. Tai reiškia, kad žmonės turi labai daug laisvo laiko ir apamai kaip galima klausti mamų kaip jom vienu ar kitu atveju daryti? Tu gali tik padiskutuoti, maloniai praleisti laiką, bet jei tau reikia informacijos, tai tu atsidarai straipsnį, po 10 minučių tu turi atsakymą“ (Interviu Nr. 5), „nemėgstu rašyti ir komentuoti, tam reikia laiko, aišku protingus tekstus mėgstu skaityti, kaip jau minėjau reikia ir nemažai laiko, kol atsirenki, kuo tikėti, kuo ne“ (Interviu Nr. 11), „į forumus stengiuosi nelįst, nesąmonė, prisiskaitai, tai tik baimių prisivarai, nes atrodo visur tragiškos situacijos tik“ (Interviu Nr. 4).

Pacientai, kurie renkasi aktyviai dalyvauti virtualiose bendruomenėse, pažymi, jog ten gauna daug ir naudingų žinių, vertina tai, jog dalijamasi patirtinėmis žiniomis: „Ten yra tame pačiame „Tėvų darželyje“ forumas, konkrečiai vat gegužės mėnesį man gimdyti, gegužės forume dalyvauju, kurios būsimos mamos gegužės mėnesį“ (Interviu Nr. 16), „pavyzdžiui „Facebook“ tai žymiai lengviau, prisimenu, kai vaikui buvo su ausimis, tiesiog forume aprašiau savo situaciją, kokia yra. Yra mamos, kurios būtent atsiliepė ir davė žinomų daktarų tiesioginius telefonų numerius, kur tiesiogiai galėčiau pasiskambinti“ (Interviu Nr. 12), „pagrindas yra socialiniai tinklai „Facebook“, dabar esu „Spalinių grupėje“, „Nėščųjų grupėje“, kita aktuali man grupė tai „Diabetas ir nėštumas moterims“.

Kombinacijos etape dominuoja išreikštos žinios, dalijamasi įvairiomis dokumentuotomis, susistemintomis ar kitaip apjungtomis ir pateiktomis žiniomis, kurios gali būti lengvai prieinamos ir suprantamos pacientui. Respondentai įvardijo, jog patikimų žinių šaltinis yra prižiūrintis specialistas, mažiau patikimi žinių gavimo būdai yra bendravimas su kitomis suinteresuotomis šalimis. Šiame etape pacientas dažniausiai lygino žinias, gautas iš įvairių šaltinių, siekdamas pagrįsti vienų ar kitų

žinių patikimumą, atmesti nepatikimas žinias ar užsitikrinti, jog žinios, ateinančios iš skirtingų šaltinių yra identiškos ir leidžia priimti nenuginčijamą sprendimą. Taip pat šiame etape pacientai siekia pasikonsultuoti prieš priimdami sprendimą: „Kartais informacija iš gydytojo negali pasitikėti, bet kai žinai vieną, ir išgirsti dar tą patį, tai tada atsirenki, pasitikslini. Svarbiausia ne aklas pasitikėjimas žiniomis, kad ir iš kur ateinančiomis“ (Interviu Nr. 3), „aš dabar ką darau, tai kaip pati pastebiu, tai užsiimu informacijos tokiu „double check“, čia yra gerai, nes šiandien atėjau ir suprantu, kad aš jau viską tai žinau, tik man trūksta praktikos“ (Interviu Nr. 1), „ieškočiau vieno, kitko, o paskui ieškai teisybės, kur labiau sutampa faktai, daryčiau išvadas. Vieną straipsnį paskaitai, kitą, komentarus ir paskui bandai daryti išvadas. Jeigu keliuose straipsniuose sutampa atsakymai į klausimus, iš to ir sprendi, atsakymą į tą klausimą“ (Interviu Nr. 16), „forumuose, socialiniuose tinkluose seku moteris, kurios gimdys tą patį mėnesį, skaitau informaciją, komentarus, lyginu ir darau išvadas“ (Interviu Nr. 6).

Vis tik nors ir akcentuojama, jog įvairūs žinių šaltiniai lyginami tarpusavyje, siekiant įsitikinti gaunamų žinių tikslumu ir teisingumu, pažymima, jog galutinis sprendimas priimamas nesiremiant išimtinai tik vienu šaltiniu: „šimto procentų pasitikėjimo aišku nėra, paskaitau visų istorijas, pasižiūri tada, pavyzdžiui, žiūrint kokia problema, jeigu nedidelė ir supranti, kad ten realu, ką rašo, tada gali patikėti, jeigu ne, tada pasitari su gydytoja. Galutinį sprendimą, žiūrint kokia problema, dažniausiai priimi pats arba su vyru pasitarusi“ (Interviu Nr. 12), „tai čia kiekvienas, mes turime pasirinkti, kas man reikalinga, nereiškia, kad jums reikalinga. Aišku, ta informacija, kaip ir sakau, tu negali pasitikėti 100 procentų“ (Interviu Nr. 3).

Internalizacijos etape pereinama nuo išreikštų žinių prie slypinčių žinių. Išreikštos ir suvokiamos žinios transformuojamos į slypinčias žinias, pacientas susikuria naują žinojimą apie jam rūpimą klausimą, o toks naujas žinojimas, ar sprendimas gali būti lengvai paskleidžiamas kitoms suinteresuotoms šalims tolimesniuose „ba“ lygmenyse. Pacientai paminėjo, jog naudinga gauti patirtinių žinių, nes tokiomis žiniomis gali pasitikėti, todėl tokias žinias perima ir naudoja praktikoje, o tik teorinės žinios vertinamos kritiškai, nes joms trūksta pagrįstumo. Šiame etape pacientai įgyja savo „know-how“ sprendžiamu klausimu, susijusiu su nėštumu ar vaiko auginimu.

Internalizacija yra galutinis žinių kūrimo ciklo procesas, aiškios ir išreikštos žinios įtraukiamos į kasdienį žinių naudojimą įvairiomis formomis, tampa įprastos ir įtrauktos į veiksmus ir praktiką kaip nauja patirtis. Šios žinios gali atsispindėti įvairiose organizacinėse procedūrose, organizacijos kultūroje, nuolat pritaikomoje praktikoje, specialistų ir pacientų elgesyje ir veiksmuose.

Tiriamieji įvardija, jog žinios gaunamos įvairiais būdais ir šios žinios yra vertingos, kai bendraujama su medicinos srities specialistu: „daug žinių ateina natūraliai, aš filmavimus dariau įvairiuose gimdymo namuose, kalbėjausi su gydytojais, susidarai nuomonę iš įvairių dalykų, svarbūs ir vidiniai dalykai, kuriuos atsineši iš šeimos“ (Interviu Nr. 5), „padeda tas, kad neisi kaip žalia varna ir lauksi, ką tau pasakys. Ir dar kartais nueini ir dar tikiesi iš to daktaro daugiau. Tas apsiskaitymas, tai ne taip, kad aš pats medikas ir jau nusistačiau diagnozę, bet taip tikiesi kažko, gal net rimtesnio iš gydytojo, atsakingesnės diagnozės tam tikrais atvejais. Kartais norisi išsamesnių tyrimų, apsiskaitęs atrodo daugiau žinai, kas tam vaikui yra, negu tas daktaras pasako“ (Interviu Nr. 15), „lengviau gauti žinias iš praktikos, nei sausos teorijos“ (Interviu Nr. 6).

Sveikatos žinių transformacija iš išreikštų žinių į slypinčiais tiriamojame bendruomenėje dažnai apibūdinama, kaip **nuojautos susiformavimas**, kuomet įvertinama visa gauta informacija bei

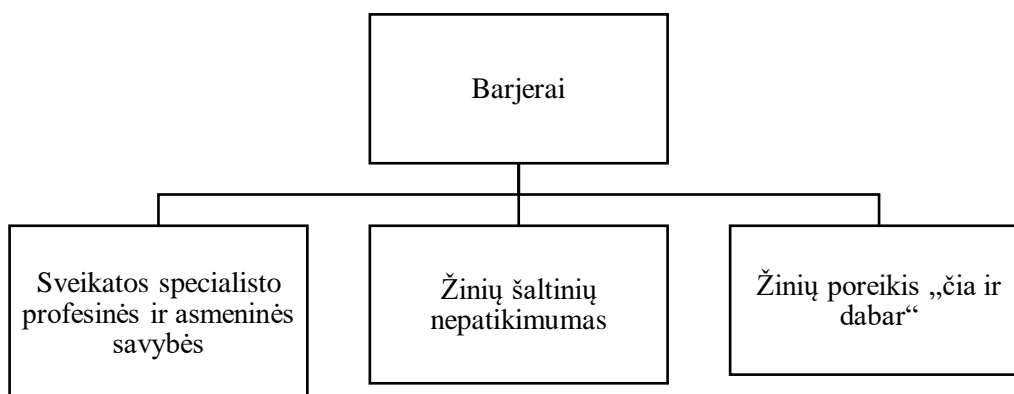
įsisavintos žinios. Pacientai teigia: „Visiškai nuojauta, nebuvo tokių super nežinomų dalykų, kažkur vistiek jau linkdavau pati, tai arba patvirtindavo arba paneigdavo“ (Interviu Nr.9), „galiausiai vertini pagal save, nes aš sakau „mama vis tiek geriausiai jaučia, ką reikia daryti“. Panašiai, kaip šeštas jausmas. Būna gi, kad sako, kad reikia kažką daryti, bet tu realiai kiekvieną dieną būni su vaiku ir matai, ko jam labiausiai reikia“ (Interviu Nr. 12).

Šiame etape žinios kuriamos tiek grupės, tiek organizacijos lygmenyje, o tokio bendravimo rezultatas yra naujos paciento žinios. Tiriamieji teigia, jog: „Dažniausiai vis tiek išsitiuriu aplinką, paklausiu mamos, draugių ar pažįstamų, kas turėjo patirties, tada paskaitau, jei reikia užsirašau pas gydytoją“ (Interviu Nr. 11), „turbūt geriausias pasitikėjimas yra tada, kai tam, kaip galvoju randu patvirtinimą internete, ar kažkas kitas patvirtina. Bet čia gal, kai nėra tokie labai svarbūs sprendimai, o kai reikia tikslios ir apgalvotos nuomonės, tai turi būti profesionalai, gydytojas, tyrimų rezultatai, moksliskai įrodyta, kai jau yra ne nuomonė, bet jau įtrauktas didesnis ratas ir tyrimų, ir žmonių, kur jau išbandyta ir atrodo patikima“ (Interviu Nr. 11).

Šis žinių valdymo modelis neapsiriboja vien keturiais etapais. Po internacionalizacijos procesas tęsiasi naujame „lygmenyje“, taigi ir žinių kūrimo „spiralės“ metaforoje. Naujai susiformavęs žinojimas naudojamas kitose aplinkose, bendraujant su įvairesnėmis suinteresuotomis šalimis, todėl žinių kūrimo procesas nenutrūksta, bet žinių spirale kyla į viršų

5.4. Sveikatos bendruomenės žinių valdymo barjerai

Atlikus tyrimą, išryškėjo žinių valdymo sveikatos bendruomenėse barjerai, kuriuos galima suskirstyti į barjerus, susijusius su prižiūrinčio sveikatos specialisto profesinėmis ar asmeninėmis savybėmis, viešai prieinamų žinių šaltinių nepatikimumu ir dominuojančiu sveikatos žinių poreikiu „čia ir dabar“. Barjerai pateikiami 19 pav..



19 pav. Sveikatos bendruomenės žinių valdymo barjerai

Prižiūrinčio sveikatos specialisto profesinės ar asmeninės savybės, trukdančios tiriamiesiems mokytis bei kurti žinias, apibūdinamos kaip patirties ir kompetencijos stoka bei neigiami požiūrio į

darbą aspektai, kuomet tiriamieji jaučia, jog jų lūkesčiai gauti reikalingas žinias nėra išpildomi: „Suvoki, jog klausimas yra iškilęs, o gydytojas sako, jog taip būti negali <...> ir gavosi taip, kad ji (gydytoja) pasakė nežinau, tai ką, ieškojau internete“ (Interviu Nr. 19), „pavyzdžiui buvom pas daktarę nuvažiaavę, bet daktarė nepasakė, kad galima nusipirkti ir per kaukę pakvėpuoti <...> kiek gydytojų, tiek nuomonių, vieno mediko nuomone nepasitikiu, norisi kuo daugiau“ (Interviu Nr. 17), „mūsų gydytoja amžiuje, realiai iš jos daug informacijos ir negauni“ (Interviu Nr. 16), „mano gydytojas detalai nepakomentavo mano kraujo tyrimo rezultatų, ieškojau internete“ (Interviu Nr. 7). Tai, jog žinių šaltinis, kuriuo pasitikima labiausiai neišpildo paciento lūkesčių, verčia ieškoti kitų žinių šaltinių. Papildomų žinių šaltinių įtraukimas turi ir neigiamų ir teigiamų savybių, vienais atvejais leidžia pagrįsti turimas žinias, kitais atvejais gali suklaidinti.

Žinių šaltinių nepatikimumas yra kitas barjeras, su kuriuo susiduria sveikatos bendruomenės nariai, kuomet siekia tenkinti žinių poreikį bei mokytis. Respondentai dažnai išreiškė, jog randa daug ir įvairios informacijos, tačiau nėra linkę ja pasitikėti, nebent ši informacija yra gauta iš gydytojo specialisto. Perteklinė informacija, kuri lengvai prieinama interneto portaluose, dažnai sukelia nerimą: „Dabar mamos skirtingos, kaip ir kūdikiai. Gal draugių daugiau paklausau, kurios augina vaikus, bet tų mamų nelabai klausau, nes kiekviena mama savo vaiką augina savaip“ (Interviu Nr. 19), „kuo daugiau nuomonių perskaitau, dar labiau pradedu nerimauti, man neramu pasidaro“ (Interviu Nr. 17), „supranti, kad kiekvieno situacija yra skirtinga, kad tiesiog išklausai, įdomu, kaip buvo, kaip kažkam buvo, kaip vyko viskas, bet kartu stengiesi priimti, kad tau gali būti kitaip <...> prirašo ten tokių priburia, išpučia burbulą, arba kaip tik atvirksčiai kažkokius dalykus galbūt ne taip rimtai pažiūri“ (Interviu Nr. 15), „informacija prieinama, bet rimtesniais klausimais mėgstu atsirinkti ir pirmu straipsniu nepasitikėsiu, geriau daugiau paieškoti“ (Interviu Nr. 15), „žiūrint kokia problema, jeigu nedidelė ir supranti kad ten realu, ką rašo, tada gali patikėti, jeigu ne, tada pasitari su gydytoja šeimos“ (Interviu Nr. 12). Perteklinė informacija įvardijama, kaip apsunkinanti pasirinkimus: „Informacijos internete ieškojau, bet kažkaip ten daug įvairių labai atsakymų tai akiai nesivadovavau“ (Interviu Nr. 4), „internetu yra perdėtai informacijos ir sunku atsirinkti teisingą ir reikalingą“ (Interviu Nr. 4), „internetu rasdavau perteklinės informacijos ir jos priešpriešos, dėl kurios buvo sunku atsakyti į savo rūpimus klausimus. Tai labiau platforma nuomonių paieškai, nei konkretiems klausimams spręsti“ (Interviu Nr. 4), „į forumus stengiuosi nelįsti, nesąmonė, prisiskaitai tai tik baimių „prisivarai““ (Interviu Nr. 9), „niekada nevirtosiu vaistų, jei tai būtų parašyta internete, nenoriu rizikuoti, visada klausau gydytojo“ (Interviu Nr. 2). Tokie respondentų atsakymai įrodo, jog egzistuoja poreikis naujas žinias gauti, jas panaudoti, mokytis ir perduoti, tačiau šis procesas nevyksta sklandžiai dėl to, kad gaunamos žinios yra nepatikimos.

Žinių poreikis „čia ir dabar“ yra aktualus, kai kalbama temomis, susijusiomis su sveikata, nes tokie klausimai negali būti atidėliojami ir atsakymo norisi kuo greičiau. Tiriamųjų nuomone, sveikatos sistema veikia taip, jog patekimo pas gydytoją procesas užtrunka, nesinori gydytojui užduoti elementarių klausimų, todėl tiriamieji priversti atsakymų į tokius klausimus ieškoti kituose šaltiniuose: „Būna, kad pas daktarę vat čia ir dabar nepapulsi, turi užsiregistruoti, reikia nueiti ir taip toliau, tai pirminiam tokiam ir internete paskaitai ir pas draugę paklausi“ (Interviu Nr. 15), „man trūksta konsultavimo pagalbos, tada, kai tau jos reikia, tai galėtų būti telefoninė konsultacija“ (Interviu Nr. 2). Tiriamieji, susidurdami su specialisto nepasiekiamumu, teigiamai įvertino internetinių šaltinių prieinamumą, tačiau, kaip aptarta ankstesnėje dalyje, neigiamai vertinamas šių žinių patikimumas: „man labai patogiu skaityti „forumus“ prieš miegą, patinka jog jie lengvai prieinami“ (Interviu Nr. 7).

5.5. Rekomendacija sveikatos bendruomenės žinių valdymo barjerams pašalinti

Įvertinus, jog tiriamieji dažnai naudojami internetiniais žinių šaltiniais, buvo paklausta jų nuomonės, kaip turėtų atrodyti internetinis šaltinis, kuriuo būtų galima pasitikėti ir juo vadovaujantis priimti sprendimus, susijusius su sveikata. Didžioji dalis tiriamųjų išskyrė būtiną medicinos srities specialistų įsitraukimą informacijai pateikti internete, daugiau kruopščiai susistemintos ir sugrupuotos viešai prieinamos informacijos ir vykdomų veiklų tęstinumą, suvokiant, jog nėščiujų žinių poreikis neužsibaigia ties vaiko gimimu, tačiau prasitęsia į žinių poreikį, susijusį su vaiko auginimu: „Kad būtų medikų straipsniai, kai tau kyla klausimas, kad tai būtų specialistų atsakymas“ (Interviu Nr. 15), „tikslia, detalią informaciją yra sunku gauti“ (Interviu Nr. 11), „reikia atrinkti vis tiek, na nėra grynai tokio, kad uždavei klausimą ir būtų konkrečiai, kaip susisteminta“ (Interviu Nr. 14), „kad nuo bendrinio klausimo būtų galima pereiti į labai smulkias detales, geriausia būtų gauti tiesioginį patarimą iš gydytojo čia ir dabar“ (Interviu Nr. 11), „manau naudingiausia būtų platforma, kur konkrečiais klausimais, arba dažniausiai kylančiais klausimais, būtų gydytojų ir specialistų nuomonės, patirtis, pamokymai ir straipsniai, seminarų vaizdo įrašai“ (Interviu Nr. 4), „taip pat tokia platforma, kur besilaukiančios moterys galėtų „online“ rašyti akušerei-ginekologei tuo metu joms iškilusius klausimus <...> galėtų sulaukti atsakymo iškart, nelaukus gyvos eilės ligoninės priimamajame ar vizito metu“ (Interviu Nr.10), „ne tik apie nėštumą, bet ir apie vaiko auginimą“ (Interviu Nr. 7), „naudinga būtų, jei dalyvautų specialistų komanda ir dalintųsi savo patirtimi“ (Interviu Nr. 6).

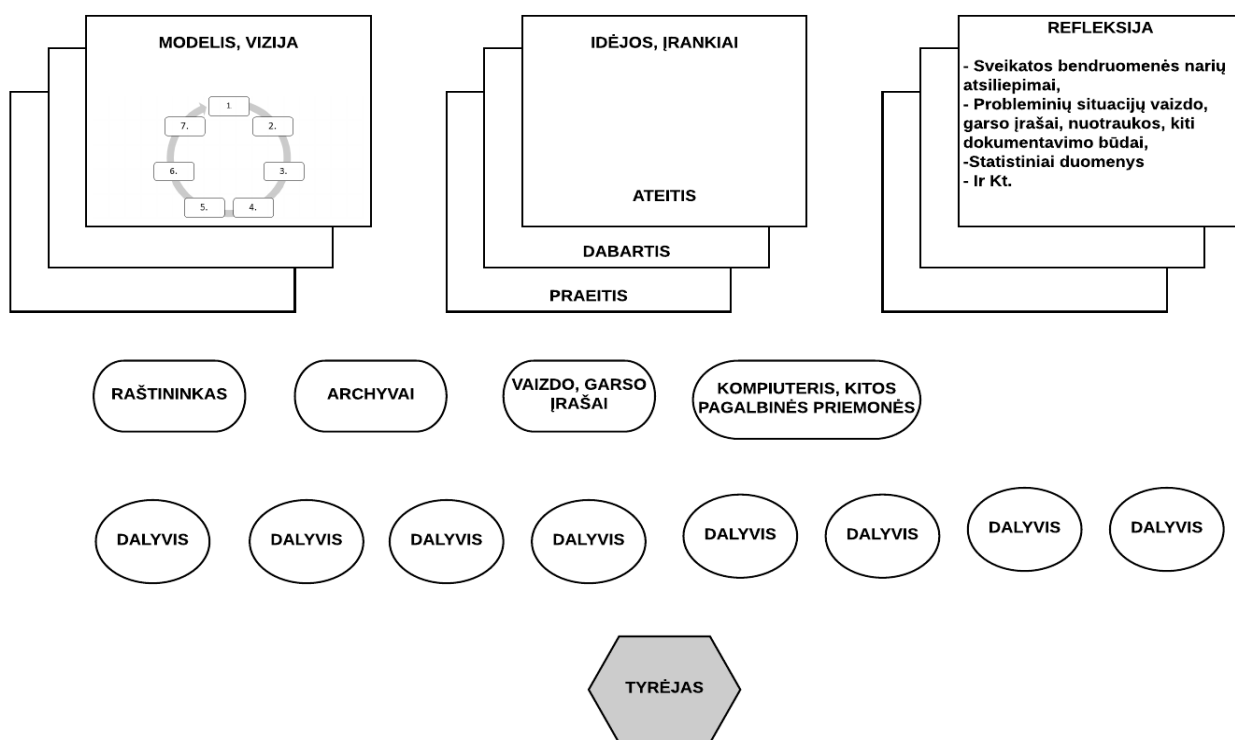
Akcentuojama sveikatos specialisto įsitraukimo svarba, gaunamos žinios laikomos patikimomis, kai jos paremtos medicinos specialistų tyrimais, praktika ar jų nuomone, taip pat siekiama gauti atsakymus į rūpimus klausimus „čia ir dabar“. Todėl tyrimo metu išskirtų barjerų pašalinimui, rekomenduojamas „Pokyčių laboratorijos“ diegimas sveikatos įstaigose, arba virtualioje erdvėje. „Pokyčių laboratorijos“ modelį pristatė Helsinkio universiteto veiklos, plėtros ir mokymosi tyrimų centras (angl. *Center for research on activity development and learning*), (Engstrom et al., 1996). Šis modelis plačiai naudojamas Suomijos viešajame ir privačiajame sektoriuose ir yra sėkmingai pritaikytas sveikatos paslaugų sektoriuje.

„Pokyčių laboratorija“ – tai metodas, naujų praktikų ir procesų kūrimui. Taikant šį metodą norima palengvinti būtinas transformacijas, bei siekiama nuolatinio ir laipsniško tobulėjimo organizacijose. Pagrindinė laboratorijos kūrimo idėja yra fizinės ar virtualios erdvės sukūrimas, kurioje sutelkiamos priemonės, skirtos analizuoti pasireiškiantiems veiklos barjerams ir sukurti naujus veiklos modelius ar sistemas, formuoti naujas praktikas. Laboratorijos veikloje dalyvauja įstaigos ar organizacijos komanda bei pasitelkiamos kitos suinteresuotos šalys, priklausomai nuo sprendžiamo klausimo. Skirtingų suinteresuotų šalių veiklos koordinavimui, pasitelkiamas nešališkas mediatorius. Veikla laboratorijoje dažniausiai vyksta keletą kartų per savaitę, o kontroliniai susitikimai vyksta po keletos mėnesių. Tokio pobūdžio veikla, suteikia galimybę dalyviams kartu mokytis. „Pokyčių laboratorijos“ organizavimo gydymo įstaigose prototipas pateikiamas 20 pav..

Laboratorijos diegimas sveikatos įstaigose ar pirminės sveikatos priežiūros centruose, suteiktų galimybę skirtingoms suinteresuotoms šalims veikti bendrakūroje, siekiant egzistuojančios sveikatos sistemos tobulinimo, bei suteiktų galimybę ieškoti ir rasti naujų įrankių bei sprendimų barjerų šalinimui. Pokyčių laboratorija apjungia mokymąsi, žinių valdymą ir žinių kūrimą. Tai priemonė suinteresuotoms šalims kurti inovacijas. Individualus pacientų dalyvavimas laboratorijos veikloje

ypatingai skatintinas, lygiai taip pat, kaip ir pacientų atstovų dalyvavimas. Pokyčių laboratorijos kūrimas suteikia galimybes:

- sveikatos bendruomenėms įsitraukti į sveikatos procesų kūrimą;
- skirtingoms suinteresuotoms šalims veikti bendrakūros procese;
- keisti nusistovėjusius procesus, šiandien nebetinkamus sveikatos sistemoje;
- kritikuoti dabartinę veiklą ir organizaciją, siekiant nustatyti aktualias problemas;
- bendrai ieškoti sprendimų, leidžiančių įveikti bajorus, susijusius su sveikatos srities specialistų profesinėmis ir asmeninėmis savybėmis, sveikatos žinių šaltinių patikimumu bei suteiktą galimybę mokytis ir kurti naujas žinias, suteikiant galimybę reikalingas žinias gauti „čia ir dabar“;
- imtis iniciatyvos transformuoti nusistovėjusią sistemą, kurti inovacijas;
- išsiaiškinti naujų veiklų ir procesų galimybes;
- numatyti naujus veiklos modelius;
- įsipareigoti imtis naujų veiksmų, jog nusistovėję procesai keistųsi.

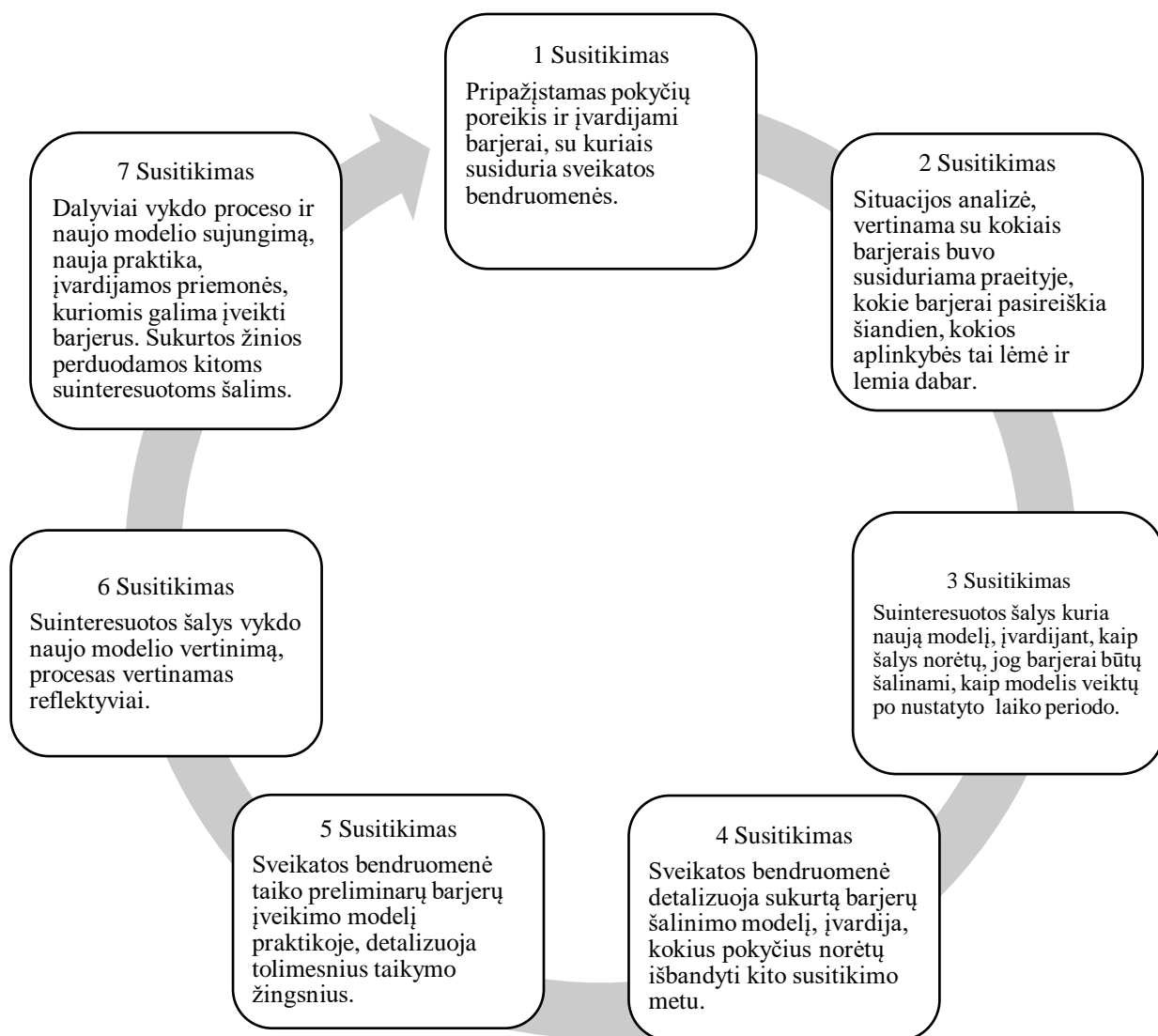


20 pav. Pokyčių laboratorijos prototipas (Engestrom, Virkkunen, Helle, Pihlaja ir Poikela, 1996)

Pagrindinis laboratorijos įrankis yra 3x3 veiklos lygmenys, reprezentuojantys veikimo etapus susitikimų metu. Horizontalieji veiklos lygmenys apibūdina modelio ir vizijos, idėjų ir įrankių bei refleksijos etapus, o vertikalieji lygmenys apibūdina praeities, dabarties ir ateities vertinimo etapus. Procese dalyvaujančios suinteresuotos šalys supažindinamos su šiais etapais, veiklos vizualizavimui pasitelkiamas raštininkas, veikla laboratorijoje gali būti filmuojama ar kitaip dokumentuojama, o laboratorijos veiklai vadovauja tyrėjas, kuris iš anksto ruošiasi ir renka reikalingus duomenis bei medžiagą susitikimams.

Horizontalieji lygmenys reprezentuoja skirtingus teorinių apibendrinimų lygmenis. Refleksijos lygmuo pateikiamas vienoje pusėje ir šio etapo metu siekiama pristatyti ir nagrinėti nusistovėjusias praktikas ir patirtis, problemas ir barjerus, taip pat ir naujus procesus bei inovatyvius sprendimus. Procesas laboratorijoje gali būti filmuojamas, pokalbiai įrašomi ir panaudojami refleksijos etape, siekiant retrospektyviai pažvelgti į vykdytą procesą.

Kitame laboratorijos schemos kampe vaizduojamas modelis ir vizija, šis etapas rezervuotas teorinių įrankių taikymui. Schemoje vaizduojama septynių etapų veiklos sistema (Engestrom, 1987), kuri pateikta 21 pav.. Ja siekiama analizuoti suinteresuotų šalių bendros veiklos kokybę, bei išskirti bendrus, suinteresuotas šalis jungiančius veiksnus. Šiame etape įvardijamos sprendžiamos problemos, iššūkiai ar barjerai, o dalyviai įgalinami analizuoti esamą situaciją ir projektuoti ateities viziją.



21 pav. Pokyčių laboratorijos veiklos etapas

Trečiasis lygmuo yra atvaizduojamas viduryje, šio etapo veikloje dominuoja idėjos ir įrankiai. Analizuojant norimus pašalinti barjerus ir siekiant sukurti naują veiklos modelį, naudojami įvairūs įrankiai, įskaitant įvairaus pobūdžio tvarkaraščius, diagramas, procesus, nuotraukas, interviu atsakymų apibendrinimus, idėjų generavimo technikas, rolių ir situacijų žaidimus. Suinteresuotoms šalims aktyviai dalyvaujant, proceso metu taip pat sukuriama idėja ir sprendimai, kurie gali būti testuojami ar su jais eksperimentuojama.

Vertikalieji laboratorijos veikimo lygmenys reprezentuoja judėjimą laike, įskaitant praeitį, dabartį ir ateitį. Veikla laboratorijoje įprastai prasideda nuo veidrodžio lygmens, siekiant apibūdinti esamas problemas, tada siekiama išsiaiškinti tokių problemų ar atsirandančių barjerų priežastis, analizuojant praeitį. Dabarties ir praeities analizė suinteresuotoms šalims suteikia galimybę susikoncentruoti ties esminiais, barjerų įveikimo klausimais. Atlikus dabarties ir praeities vertinimą, bandoma modeliuoti ateities sprendimą, įvardijant, kokių įrankių, sprendimo įgyvendinimui prireiktų. Naujų žinių kūrimas pokyčių laboratorijoje nėra greitas ir lengvas procesas, laboratorija paprastai veikia nuo trijų iki šešių mėnesių, vienas etapas pereina į kitą, o tarp jų gali atsirasti ir mažesnės apimties etapai, kurių metu siekiama spręsti procese iškilusius klausimus, spręsti problemas bei mokytis ir kurti naujas žinias (Engstrom et. al., 1996).

Svarus argumentas, jog barjerų, kylančių sveikatos bendruomenėje įveikimui, būtų taikomas pokyčių laboratorijos modelis yra tai, jog tradiciniai mokymosi būdai yra susiję su užduotimis, kuriose turinys, kurį reikia išmokti, yra gerai žinomas iš anksto tiems, kurie projektuoja, valdo ir įgyvendina įvairias mokymosi programas, o kai siekiama transformacijos egzistuojančiuose ir nusistovėjusiose procesuose, toks mokymosi ir žinių kūrimo būdas nėra tinkamas.

Pokyčių laboratorijų diegimas gali būti puikus būdas sveikatos bendruomenėms įsitraukti į sveikatos politikos formavimo procesus ir politikos formuotojams gali suteikti daug ir vertingų žinių, nes sveikatos bendruomenė yra arčiausiai tiriamojo klausimo ir gali turėti daug vertingų įžvalgų. Kitas aspektas yra tai, jog kai kurie individai ar bendruomenės neidentifikuoja savęs kaip įrankio, galinčio turėti įtakos sveikatos gerinimo veiksniams, todėl tokių laboratorijų kūrimas atvertų galimybes individams ir bendruomenėms įsiliesti į bendrą veiklą, suvokti save, kaip turinčius galios vykdyti pokyčius, bei suteikti vertingų atsiliepimų.

Lietuvos sveikatos apsaugos sistema netaiko jokie besilaukiančių mamų ar naujagimių susilaukusių šeimų informavimo modelio, nors štai Pasaulio Sveikatos organizacijos ekspertai pripažįsta, jog dalijimasis gerąja praktika gali turėti teigiamos įtakos šalims narėms, formuojant sveikatos apsaugos politiką. Vienas iš tokių pavyzdžių, kuomet besilaukiančioms ir susilaukusioms moterims ir jų šeimos nariams siekiama koncentruotai pateikti patikimą informaciją bei reikalingas žinias valstybiniu lygmeniu ir įtraukti šias bendruomenes į aktyvias veiklas, yra Didžiosios Britanijos praktika. Šalyje taikomas modelis „Keiskis dėl gyvenimo“ (vert. *Change4life*) pristatytas 2009 metais. Tai buvo pirmasis šalies socialinio marketingo projektas, kuriuo siekiama kovoti su gyventojų nutukimu, jo metu siekiama padėti šeimoms įgyvendinti reikšmingus pokyčius, susijusius su maitinimosi įpročiais, fiziniu aktyvumu ir alkoholio vartojimu. Projektas skatina žmones įsisavinti šešis sveikus įpročius:

- „Penki per dieną“ (angl. *5 a day*) – raginimas suvartoti penkias porcijas vaisių ir daržovių per dieną;
- „Mažiau druskos“ (angl. *Watch the salt*) – skatinimas vartoti mažiau nei 6g. druskos per dieną;

- „Mažiau riebalų“ (angl. *Cut back fat*) – informavimas apie sočiuosius riebalus, randamus maiste ir sveikesnes alternatyvas;
- „Mažiau alkoholio“ (angl. *Choose less booze*) – rekomendacijos ir patarimai vartoti mažiau alkoholio;
- „Judėk kiekvieną dieną“ (angl. *Get going every day*) – skatinimas rinktis aktyvų gyvenimo būdą.

Pasiteisinus šiam projektui, 2014 m. buvo pristatytas kitas projektas „Pradžią gyvenimui“ (vert. „*Start4life*“). Ši programa išskirtinai nukreipta į besilaukiančias moteris ir naujagimio susilaukusias šeimas. Tyrimais įrodyta, jog tapimas tėvu gali tapti puikia paskata pakeisti įpročius, todėl siekiama, kad sveiki tėvų įpročiai puoselėtų ir kurtų sveikus vaikų įpročius. Programos iniciatoriai įsitikinę, jog tai, kas nutinka pirmaisiais gyvenimo metais, daro didelę įtaką žmogaus sveikatai ir gerovei vėlesniuose gyvenimo tarpsniuose (nuo problemų, susijusių su nutukimu, širdies ligomis, psichine sveikata iki mokymosi pasiekimų bei ekonominės gerovės). Programos tikslas yra skatinti rinktis sveiką gyvenimo būdą nėštumo metu bei tinkamai informuoti būsimas mamas apie sveikiausius pasirinkimus. Projektas ragina partnerius, šeimos narius bei draugus palaikyti ir paskatinti besilaukiančias ir naujagimio susilaukusias mamas rinktis tai, kas sveika joms ir naujagimiui. Projektas „Keiskis dėl gyvenimo“ viešinamas televizijoje, radijuje, spaudoje, socialiniuose tinkluose, turi įvairių privataus verslo rėmėjų, o atlikus registraciją, daug reikalingos informacijos atkeliauja ir į kiekvienos būsimos mamos elektroninio pašto dėžutę. Registracijos metu pateikiama asmeninė informacija, kuri leidžia pateikti aktualiausią ir individualizuotą informaciją, atitinkančią nėštumo laikotarpį. Informaciniais elektroniniais laiškais siekiama atsakyti į aktualius klausimus, suteikti naudingos informacijos bei tikslingai nukreipti moteris ten, kur jos galėtų gauti daugiau informacijos ir palaikymo. Į pašto dėžutę atkeliauja ne tik medicinos srities darbuotojų patarimai, bet ir tikros vaizdo istorijos iš kitų tėvų lūpų. Registracija nėra ribota besilaukiančiam mamai, todėl laišakai gali pasiekti visus artimos aplinkos žmones. Sveikų įpročių formavimo ir palaikymo iniciatyva elektroniniais laiškais gimus vaikui nenutrūksta, siunčiama aktualiausia informacija apie naujagimį, vėliau vaiką, iki kol jam sukanka 2,5 metų. Programos iniciatoriai pastebėjo didelę vykdomos veiklos naudą, todėl siekiama programą peržiūrėti ir pratęsti informacijos tėvams teikimą iki kol vaikui sukanka 5-eri metai.

Šiuo metu Lietuvos sveikatos apsaugos sistema netaiko jokio besilaukiančių mamų ar naujagimių susilaukusių šeimų informavimo modelio. Priėmus sprendimą tai daryti, tikėtina, kad sumažėtų vizitų skaičius pas gydytojus, besilaukiantieji būtų labiau mediciniškai apsiskaitę, žinotų ko tikėtis, gebėtų tiksliau formuluoti klausimus specialistui, o tokio proceso pasekmė būtų sveikatos sistemos lėšų taupymas bei labiau informuotas pacientas.

Išvados

1. Remiantis atlikta mokslinės literatūros analize, galime teigti, kad siekis įtraukti bendruomenės sveikatos problemoms spręsti yra neatsiejama sėkmingos sveikatos sistemos transformacijos dalis. Noras suprasti jų požiūrį ir tyrinėti įsiliejimo į sistemos transformaciją galimybes, skatina ieškoti naujų būdų ir galimybių inovacijoms sveikatos sektoriuje. Įvardijant, jog socialiniai ir ekonominiai veiksniai ženkliai persveria sveikatos paslaugų prieinamumą savo svarba, galima teigti, jog socialiniame-ekonominiame kontekste slypi nemažai žinių, kurių identifikavimas, sisteminimas ir panaudojimas teigiamai paveiktų sveikatos sistemos veiklas, todėl būtina ir reikalinga išgirsti bendruomenės, suprasti jų poreikius tam, kad sveikatos sektorius funkcionuotų pažangiau. Teorinėje dalyje aptarti žinių valdymo modeliai perteikia iš dalies skirtingus požiūrius į žinių valdymą, atitinkamai akcentuodami išreikštas ir neišreikštas žinias, išplėstinį mokymąsi ir artefaktų svarbą, tačiau jiems visiems būdingi požymiai yra tai, jog žinių valdymo veikloje siekiama naujumo, žinių kūrimas yra socialinis procesas, mokymosi procese egzistuoja mediaciniai elementai, jungiantys fizinę ir protinę tikrovę, pabrėžiama individo svarba, išeinama už žinių suvokimo sampratą, vyksta sąveikavimas per ir tarp bendrų objektų bei pripažįstama artefaktų svarba. Remiantis mokslinės literatūros analize, bendruomenės, veikloje besiremiančios šiais septyniais principais yra inovatyvios ir gebančios kurti inovacijas, o žinių valdymo modeliai atskleidžia, kaip bendruomenės turėtų būti organizuojamos, jog būtų palengvintas žinių valdymo ir kūrimo procesas.
2. Teoriškai pagrindus sveikatos bendruomenės kuriamų žinių svarbą, išskyrus bendruomenės sampratą, teorinius žinių valdymo principus, barjerus ir pateikus teorinį sveikatos bendruomenės žinių valdymo modelį, buvo sudaryta tyrimo metodologija. Tyrimu siekta iširti, kokiais žinių tipais ir šaltiniais vadovaujasi sveikatos bendruomenė, nubraižyti žinių srautų žemėlapi, sudaryti žinių valdymo modelį, išskirti žinių valdymo barjerus ir pateikti siūlymus barjerams pašalinti. Atliktas atvejo tyrimas remiasi darbo autorės dalyvavimu Kauno Technologijos, Vytauto Didžiojo ir Lietuvos sveikatos mokslų universitetų klasterio vykdytame projekte „Sveikatos inovacijų vystymas holistinėse bendruomenėse: atvirųjų edukacinių aplinkų sukūrimas žinių integracijai „CHICOLab““, ir pratęsiant bei išplečiant šio projekto ribas. Pirmajame tyrimo etape, vykstant projektui, buvo atlikta dešimt pusiau struktūruotų interviu su besilaukiančiomis moterimis, o antrajame tyrimo etape pasitelktas platesnis suinteresuotų šalių ratas. Atlikti devyni papildomi pusiau struktūruoti interviu su besilaukiančiomis ir susilaukusiomis moterimis bei vyrais ar partneriais. Atvejo tyrimo metodas buvo naudingas, nes tyrimo metu išugdytas tyrėjo gebėjimas identifikuoti problemas ir ieškoti galimų problemos sprendimų bei bendravimo įgūdžiai, įgalintas tarpdisciplininis mokymasis, apjungiant teoriją ir praktiką. Pusiau struktūruoto interviu metu gautiems duomenims analizuoti taikyta indukcinė latentinė turinio analizė.
3. Empirinio tyrimo metu surinkti duomenys leido identifikuoti dešimt, besilaukiančių ir susilaukusių moterų bei jų artimos aplinkos narių, žinių šaltinių kategorijų. Šie šaltiniai sugrupuoti į prižiūrinčio medicinos specialisto, pažįstamo medicinos specialisto, pacientų, knygų ir žurnalų, interneto portalų, virtualių bendruomenių, vyro ar partnerio, kitų šeimos narių bei draugų, bendradarbių ir kaimynų bei tėvystės ir motinystės kursų kategorijas. Tiriamojame sveikatos bendruomenėje akcentuojamas formaliųjų žinių tipas, kai prioritetas suteikiamas žinioms, gautoms iš medicinos srities specialistų, pažįstamų medicinos srities specialistų, skaitant straipsnius, paremtus mediciniais tyrimais ir gydytojų nuomone, nors tiriamieji pripažįsta, jog patirtinės žinios jiems taip pat labai svarbios, tačiau jas gauti bei perteikti yra daug sudėtingiau, nei formaliąsias. Neformaliosios žinios, gaunamos iš internetinių šaltinių ir kitų suinteresuotų

- šalių praktikos bei patirties, dažnai naudojamos tik nereikšmingiems sveikatos klausimams spręsti, arba formaliųjų žinių pagilinimui bei specialistų nuomonės pagrindimui ir detalizavimui.
4. Tirtoji sveikatos bendruomenė remiasi **socializacijos, eksternalizacijos, kombinacijos ir internalizacijos etapais** (Nonaka ir Takeuchi, 1995), todėl siekiant pavaizduoti, kaip žinios tiriamojoje sveikatos bendruomenėje identifikuojamos, įgyjamos, išsaugomos, išlaikomos, kuriamos ir plėtojamos bei kaip vyksta dalijimasis žiniomis ir jų panaudojimas praktikoje, pateikiamas žinių valdymo modelis, apimantis socializacijos, eksternalizacijos, kombinacijos ir internalizacijos etapus. Sėkmingas sveikatos bendruomenės kuriamų žinių panaudojimas inovacijoms kurti, galimas tobulinant visus keturis žinių valdymo etapus, todėl pirmiausia būtina pašalinti bendruomenės žinių valdymo barjerus, kurie susiję su prižiūrinčio sveikatos specialisto profesinėmis ar asmeninėmis savybėmis, viešai prieinamų žinių šaltinių nepatikimumu ir dominuojančiu sveikatos žinių poreikiu „čia ir dabar“.

Tyrimo metu respondentai akcentavo sveikatos specialisto įsitraukimo svarbą, nurodė, jog gaunamos žinios laikytinos patikimomis, kai jos paremtos medicinos specialistų tyrimais, praktika ar jų nuomone. Taip pat tiriamieji nurodė, jog siekiama gauti atsakymus į rūpimus klausimus „čia ir dabar“, todėl tyrimo metu išskirtų barjerų pašalinimui, rekomenduojamas pokyčių laboratorijos diegimas sveikatos įstaigose arba virtualioje erdvėje. Laboratorijos diegimas suteiktų galimybę skirtingoms suinteresuotoms šalims veikti kartu, siekiant tobulinti egzistuojančią sveikatos sistemą, ir suteiktų galimybę ieškoti ir rasti naujų įrankių bei sprendimų barjerų šalinimui. Pokyčių laboratorija apjungia mokymąsi, žinių valdymą ir žinių kūrimą. Tai priemonė – suinteresuotoms šalims kurti inovacijas. Laboratorijos diegimas tiriamajai sveikatos bendruomenei suteiktų galimybę įsitraukti į sveikatos procesų kūrimą, skirtingos suinteresuotos šalys veiktų kartu, keistų nusistovėjusius procesus, kritikuotų dabartinę veiklą ir organizaciją, bendrai ieškotų sprendimų, leidžiančių įveikti barjerus, imtis iniciatyvos transformuoti nusistovėjusią sistemą, kurti inovacijas, išsiaiškinti naujų veiklų ir procesų galimybes, numatyti naujus veiklos modelius ir įsipareigotų imtis naujų veiksmų, jog nusistovėję procesai keistųsi. Reikia sukurti tokią sveikatos sektoriaus valdymo sistemą, kurioje sveikatos bendruomenė jaustųsi turinti galios keisti nusistovėjusią santvarką ir gebėtų inovuoti.

Literatūros sąrašas

1. Agarwal, N., & Brem, A. (2012). *Frugal and reverse innovation - Literature overview and case study insights from a German MNC in India and China*. In *2012 18th International ICE Conference on Engineering, Technology and Innovation* (pp. 1-11). doi:10.1109/ICE.2012.6297683
2. Ahonen, H., Engeström, Y., & Virkkunen, J. (2000). Knowledge management-the second generation: Creating competencies within and between work communities in the Cooperation Laboratory. In Y. Malhotra (Ed.), *Knowledge management and virtual organisations* (pp. 282-305) Hershey: Idea Group.
3. Aluwihare-Samaranayake, D. (2012). Ethics in Qualitative Research: A View of the Participants' and Researchers' World from a Critical Standpoint. *International Journal of Qualitative Methods*, *11*(2), 64–81. doi:10.1177/160940691201100208
4. Aveling, E.-L., Martin, G., Herbert, G., & Armstrong, N. (2017). Optimising the community-based approach to healthcare improvement: Comparative case studies of the clinical community model in practice. *Social Science & Medicine*, *173*, 96–103. doi:10.1016/j.socscimed.2016.11.026
5. Scardamalia, M., & Bereiter, C. (1994). Computer Support for Knowledge-Building Communities. *Journal of the Learning Sciences*, *3*(3), 265-283. doi: 10.1207/s15327809jls0303_3
6. Bogers, M., Chesbrough, H., & Moedas, C. (2018). Open Innovation: Research, Practices, and Policies. *California Management Review*, *60*(2), 5–16. doi:10.1177/0008125617745086
7. Bradley, E. H., Sipsma, H., & Taylor, L. A. (2017). American health care paradox—high spending on health care and poor health. *QJM: An International Journal of Medicine*, *110*(2), 61–65. doi:10.1093/qjmed/hcw187
8. Brunton, G., Thomas, J., O'Mara-Eves, A., Jamal, F., Oliver, S., & Kavanagh, J. (2017a). Narratives of community engagement: a systematic review-derived conceptual framework for public health interventions. *BMC Public Health*, *17*(1), 944. doi:10.1186/s12889-017-4958-4
9. Clark, C. (2002). *Health Promotion in Communities : Holistic and Wellness Approaches*. New York: Springer Publishing Company.
10. Cohendet, P., Grandadam, D., Simon, L., & Capdevila, I. (2014). Epistemic communities, localization and the dynamics of knowledge creation. *Journal of Economic Geography*, *14*(5), 929–954. doi:10.1093/jeg/lbu018
11. Creswell, J., (2013). *Research Design Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* [žiūrėta 2019-02-15]. Prieiga per internetą: https://www.academia.edu/29332705/John_W._Creswell_Research_Design_Qualitative_Quantitative_and_Mixed_Methods_Approaches_SAGE_Publications_Inc_2013_
12. Damodaran, L., & Olphert, W. (2000). Barriers and facilitators to the use of knowledge management systems. *Behaviour & Information Technology*, *19*(6), 405–413. doi:10.1080/014492900750052660
13. Delanty, G. (2003). *Community*. London: Routledge. doi:10.4324/9781315011417
14. Topol, E. (2014). Individualized Medicine from Prewomb to Tomb. *Cell*, *157*(1), 241-253. doi:10.1016/j.cell.2014.02.012

15. Engeström, Y. (1987). *Learning by expanding: An activity-theoretical approach*. Helsinki: Orienta-Konsultit.
16. Engeström, Y., & Sannino, A. (2010). Studies of expansive learning: Foundations, findings and future challenges. *Educational Research Review*, 5(1), 1–24. doi:10.1016/j.edurev.2009.12.002
17. Engeström, Y., Virkkunen, J., Helle, M., Pihlaja, J., & Poikela, R. (1996). The change laboratory as a tool for transforming work. *Lifelong Learning in Europe*, 1(2), 10-17.
18. Eraut, M. (2000). Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *British Journal of Educational Psychology*, 70(1), 113–136. doi:10.1348/000709900158001
19. Füller, J., & Matzler, K. (2007). Virtual product experience and customer participation—A chance for customer-centred, really new products. *Technovation*, 27(6–7), 378–387. doi:10.1016/j.technovation.2006.09.005
20. Galea, S., Tracy, M., Hoggatt, K. J., DiMaggio, C., & Karpati, A. (2011). Estimated Deaths Attributable to Social Factors in the United States. *American Journal of Public Health*, 101(8), 1456–1465. doi:10.2105/AJPH.2010.300086
21. Gourevitch, M. N., Cannell, T., Boufford, J. I., & Summers, C. (2012). The Challenge of Attribution: Responsibility for Population Health in the Context of Accountable Care. *American Journal of Public Health*, 102(Suppl 3), S322–S324. doi:10.2105/AJPH.2011.300642
22. Hammergren, J., & Harkins, P. (2008). *Skin in the Game : How Putting Yourself First Today Will Revolutionize Health Care Tomorrow* [žiūrėta 2019-01-08]. Prieiga per internetą: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxIYmtfXzIyNTY4M19fQU41?sid=c91a552b-cba8-450d-a034-4098d5e14d67@sessionmgr4007&vid=0&format=EB&rid=1>
23. Harris, B. (2014). Creating Communities of Practice to Improve the Educational and Mental Health Contexts of Bilingual/Bicultural Youth: A Case Study from Colorado. *Contemporary School Psychology*, 18(3), 187–194. doi:10.1007/s40688-014-0023-9
24. Herstatt, C., & Von Hippel, E. (1992). From experience: Developing new product concepts via the lead user method: A case study in a “low-tech” field. *Journal of Product Innovation Management: an international publication of the product development & management association*, 9(3), 213–221.
25. Higgs, J., & Titchen, A. (2001). *Practice Knowledge and Expertise in the Health Professions*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
26. Hilgers, D., & Ihl, C. (2010). Citizensourcing: Applying the Concept of Open Innovation to the Public Sector. *The International Journal of Public Participation*, 4(1), 22.
27. Hiregoudar, N. L., & Kotabagi, S. V. (2007). Development of K-model to Identify Barriers to Knowledge Creation for Sustained Growth of Organization. *PICMET '07 - 2007 Portland International Conference on Management of Engineering Technology*, 2305–2313. doi:10.1109/PICMET.2007.4349563
28. Hurst, D., & Mickan, S. (2017). Describing knowledge encounters in healthcare: a mixed studies systematic review and development of a classification. *Implementation Science*, 12(1), 35. doi:10.1186/s13012-017-0564-1
29. Jha, S. K., & Krishnan, R. T. (2013). Local innovation: The key to globalisation. *IIMB Management Review*, 25(4), 249–256. doi:10.1016/j.iimb.2013.07.002
30. Jokubauskienė, R., ir Vaitkienė, R. (2018). Mechanisms of customer knowledge integration in the open innovation process: health-tech case. In *IFKAD 2018: 13th International Forum on*

- Knowledge Asset Dynamics „Societal Impact of Knowledge and Design“, 4-6 July 2018, Delft, Netherlands: Proceedings* (pp. 900–913). Matera: Institute of Knowledge Asset Management.
31. Jucevičienė, P. ir Šajeva S. (2004). *Žinių valdymas: mokomoji knyga* [žiūrėta 2019-01-04]. Prieiga per internetą: <https://www.ebooks.ktu.lt/eb/470/ziniu-valdymas/>
 32. Kukko, M. (2013). *Knowledge Sharing Barriers of Acquired Growth: A Case Study from a Software Company*. *International Journal of Engineering Business Management*, 5(1), 1-12.
 33. Lam, W., & Chua, A. (2005). Why KM projects fail: a multi-case analysis. *Journal of Knowledge Management*, 9(3), 6–17. doi:10.1108/13673270510602737
 34. Lavizzo-Mourey, R. (2017). How to build a culture of health. *QJM: An International Journal of Medicine*, 110(2), 59–60. doi:10.1093/qjmed/hcw192
 35. Lee, K. S., & Chavis, D. M. (2012). Cross-case Methodology: Bringing Rigour to Community and Systems Change Research and Evaluation. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 22(5), 428–438. doi:10.1002/casp.1131
 36. Leliūgienė, I. ir Sadauskas, J. (2011). Bendruomenės sampratos traktuotės ir tipologija. *Socialinių mokslų studijos: mokslo darbai*, 3(4), 1281-1297.
 37. Lim, C., Han, S., & Ito, H. (2013). Capability building through innovation for unserved lower end mega markets. *Technovation*, 33(12), 391–404. doi:10.1016/j.technovation.2013.06.010
 38. Lin, C., Wu, J.-C., & Yen, D. C. (2011). Exploring barriers to knowledge flow at different knowledge management maturity stages. *Information & Management*, 49(1), 10-23. doi:10.1016/j.im.2011.11.001
 39. MacQueen, K. M., McLellan, E., Metzger, D. S., Kegeles, S., Strauss, R. P., Scotti, R., ... Trotter, R. T. (2001). What Is Community? An Evidence-Based Definition for Participatory Public Health. *American Journal of Public Health*, 91(12), 1929–1938. doi:10.2105/AJPH.91.12.1929
 40. Mandal, S. (2014). Frugal Innovations for Global Health — Perspectives for Students [Student’s Corner]. *IEEE Pulse*, 5(1), 11–13. doi:10.1109/MPUL.2013.2289452
 41. Mathias, K., Mathias, J., Goicolea, I., & Kermodé, M. (2018). Strengthening community mental health competence—A realist informed case study from Dehradun, North India. *Health & Social Care in the Community*, 26(1), 179–190. doi:10.1111/hsc.12498
 42. Milstein, T., Anguiano, C., Sandoval, J., Chen, Y.-W., & Dickinson, E. (2011). Communicating a “New” Environmental Vernacular: A Sense of Relations-in-Place. *Communication Monographs*, 78(4), 486–510. doi:10.1080/03637751.2011.618139
 43. Mulgan, G., Tucker, S., Ali, R., & Sanders, B. (2007). *Social innovation: what it is, why it matters and how it can be accelerated*. London: Young Foundation.
 44. Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge - creating company*. Oxford: Oxford University Press.
 45. Orb, A., Eisenhauer, L., & Wynaden, D. (2001). Ethics in Qualitative Research. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 93–96. doi:10.1111/j.1547-5069.2001.00093.x
 46. Paavola, S., Lipponen, L., & Hakkarainen, K. (2004). Models of Innovative Knowledge Communities and Three Metaphors of Learning. *Review of Educational Research*, 74(4), 557–576. doi:10.3102/00346543074004557
 47. Pavel, S. M. (2013). The Relevance of Knowledge Types and Learning Pathways in Wine Family Business Succession. *Procedia Economics and Finance*, 6, 328–341. doi:10.1016/S2212-5671(13)00147-0

48. Petraitė, M., & Užienė, L., (2018). Knowledge management model for communities creating health: a systemic perspective. In Presented at the 19th European Conference on Knowledge Management : (ECKM 2018), 6-7 September 2018, University of Padua, Italy : Abstracts of Papers (pp. 147–148). Reading: Academic Conferences and Publishing International.
49. Petraitė, M., Maženytė, B., Gerulaitienė, E., Vaitkienė, R., Užienė, L., Ponomarenko, T., ... Nadišauskienė, R. (2018). Communities creating health: Application of open innovation perspective. In *ISPIM Connects Fukuoka: Building on Innovation Tradition, 2-5 December, 2018, Fukuoka, Japan* (pp. 1-16). Manchester: ISPIM.
50. Jokubauskienė, R., & Vaitkienė, R. (2017). Assumptions of Customer Knowledge Enablement in the Open Innovation Process. *Economics and Business*, 31(1), 55–69. doi:10.1515/eb-2017-0018
51. Rositch, A. F., Atnafou, R., Krakow, M., & D'Souza, G. (2018). A Community-Based Qualitative Assessment of Knowledge, Barriers, and Promoters of Communicating about Family Cancer History among African-Americans. *Health Communication*, 1–10. doi:10.1080/10410236.2018.1471335
52. Sanneh, E. S., Hu, A. H., Njai, M., Ceesay, O. M., & Manjang, B. (2014). Making Basic Health Care Accessible to Rural Communities: A Case Study of Kiang West District in Rural Gambia. *Public Health Nursing*, 31(2), 126–133. doi:10.1111/phn.12057
53. Sartorius, N. (2006). The Meanings of Health and its Promotion. *Croatian medical journal*, 47(4), 662–664.
54. Scardamalia, M., & Bereiter, C. (2010). A Brief History of Knowledge Building. *Canadian Journal of Learning and Technology / La revue canadienne de l'apprentissage et de la technologie*, 36(1), 1-16. doi:10.21432/T2859M
55. Singh, U., & Srivastava, K. B. L. (2009). Nurturing Interpersonal Trust for Knowledge Sharing. *Management and Labour Studies*, 34(2), 183–201. doi:10.1177/0258042X0903400202
56. Threlfall, V., & Gulley, K. (2019). The Road Ahead for Client Feedback (SSIR) [žiūrėta 2019-04-05]. Prieiga per internetą: https://ssir.org/articles/entry/the_road_ahead_for_client_feedback
57. Tiwana, A. (2000). *The knowledge management toolkit: orchestrating IT, strategy, and knowledge platforms*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
58. Tiwari, R., & Herstatt, C. (2013). Assessing India's lead market potential for cost-effective innovations. *Journal of Indian Business Research*, 4(2), 97-115. doi:10.1108/17554191211228029
59. Tiwari, R., & Prabhu, J. (2018). *Soft Power of Frugal Innovation and its Potential Role in India's Emergence as a Global Lead Market for Affordable Excellence*, 14, 1-2. doi: [10.15480/882.1737](https://doi.org/10.15480/882.1737)
60. Vaišnorė, A., & Petraitė, M. (2011). Customer involvement into open innovation processes: A conceptual model. *Social Sciences*, (3), 62-73.
61. Valentine, L., Kroll, T., Bruce, F., Lim, C., & Mountain, R. (2017). Design Thinking for Social Innovation in Health Care. *The Design Journal*, 20(6), 755–774. doi:10.1080/14606925.2017.1372926
62. Vayena, E., Dzenowagis, J., Brownstein, J. S., & Sheikh, A. (2018). Policy implications of big data in the health sector. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(1), 66–68. doi:10.2471/BLT.17.197426
63. von Hippel, E. (2017). Free Innovation by Consumers—How Producers Can Benefit: Consumers' free innovations represent a potentially valuable resource for industrial innovators. *Research-Technology Management*, 60(1), 39–42. doi:10.1080/08956308.2017.1255055

64. Walker, I. F., Leigh-Hunt, N., & Lee, A. C. K. (2016). Redesign and commissioning of sexual health services in England – a qualitative study. *Public Health, 139*, 134–140. doi:10.1016/j.puhe.2016.05.018
65. Weyrauch, T., & Herstatt, C. (2016). What is frugal innovation? Three defining criteria. *Journal of Frugal Innovation, 2*(1), 1. doi:10.1186/s40669-016-0005-y
66. Wiegandt, P. (2009). *Value Creation of Firm-Established Brand Communities*. Wiesbaden: Gabler.
67. Wilkinson, K. P. (1991). *The Community in Rural America*. Westport: Greenwood Publishing Group.
68. Yin, R. (1986). Case Study Research, *Organization Studies, 7*(1), 95. doi:10.1177/017084068600700114

Informacijos šaltinių sąrašas

1. 2019-european-semester-country-report-lithuania_lt.pdf. [žiūrėta 2019-05-14]. Prieiga per internetą: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-lithuania_lt.pdf
2. Bridging Health & Community [žiūrėta 2019-05-05]. Prieiga per internetą: <https://www.healthandcommunity.org/>
3. HEC Montréal | Business School | Montréal, Québec, Canada [žiūrėta 2019-03-03]. Prieiga per internetą: <https://www.hec.ca/en/>
4. NICHE [žiūrėta 2019-03-03]. Prieiga per internetą: <https://niche.cs.dal.ca/>
5. Pacientų organizacijos [žiūrėta 2019-03-24]. Prieiga per internetą: <http://sam.lrv.lt/lt/nuorodos/visuomenines-organizacijos/pacientu-organizacijos>.
6. University of Wisconsin Population Health Institute. What Works for Health in Wisconsin? Social and Economic Strategies to Improve Health and Equity [žiūrėta 2019-04-08]. Prieiga per internetą: https://uwphi.pophealth.wisc.edu/what_works/
7. WHO. (2019). *The determinants of health* [žiūrėta 2019-03-04]. Prieiga per internetą: <https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
8. WHO. (2019). *What is the Global Strategy?* [žiūrėta 2019-03-03]. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/>