



**KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS**  
**SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS**

**Akvilė Kuraitytė**

**GYDYTOJŲ INDIVIDUALUS IR KOLEKTYVINIS MOKYMASIS**  
**(ORGANIZACINIO MOKYMOSI ASPEKTAS)**

Baigiamasis magistro projektas

**Vadovas**

Prof. habil. dr. Palmira Jucevičienė

**KAUNAS, 2015**

**KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS**  
**SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS**

**GYDYTOJŲ INDIVIDUALUS IR KOLEKTYVINIS MOKYMASIS**  
**(ORGANIZACINIO MOKYMOSI ASPEKTAS)**

Baigiamasis magistro projektas

Studijų programa „Edukologija“ (kodas 621X20004)

**Vadovas**

Edukologijos katedra

(parašas) Prof. habil. dr. Palmira Jucevičienė

(data)

**Recenzentas**

(parašas) Doc. dr. R. Minkutė-Henrickson

(data)

**Projektą atliko**

(parašas) Akvilė Kuraitė

(data) akvile.kuraite@ktu.edu

**KAUNAS, 2015**



KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS  
SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ  
(Fakultetas)

Akvilė Kuraitė  
Studijų programa „Edukologija“ (621X20004)

(Studijų programos pavadinimas, kodas)

Baigiamojo projekto  
„Gydytojų individualus ir kolektyvinis mokymasis (organizacinio mokymosi aspektas)“

AKADEMINIO SĄŽININGUMO DEKLARACIJA

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .  
Kaunas

Patvirtinu, kad mano, **Akvilės Kuraitės**, baigiamasis projektas tema „gydytojų individualus ir kolektyvinis mokymasis (organizacinio mokymosi aspektas)“ 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)

Kuraitė, A. *Individual and Collective Learning of Medicine Doctors (Organizational Learning Aspect)*. Master in Educational Studies final project / Supervisor Assoc. Prof. habil. dr. Palmira Jucevičienė; Department of Educational Studies, Faculty of Social Sciences, Arts and Humanities, Kaunas University of Technology. Kaunas, 2015. 115 p.

## SUMMARY

There is a lot of attention paid to human health, healthcare, medicine, work of health professionals and their professional education as well as professional development in the modern world. However, individual and collective learning of medicine doctors, as an organisational learning, is especially important taking into account competent reaction to more and more complex challenges, but is still on the margin. Doctors in their duties undergo continuous development, but the question is: is it realised by individual or rather collective development? To what extent is their development related with organisational learning, that is the learning, whose result is constant development of organizational knowledge of healthcare institution? These questions reflect **the problem of the research**. That is why, this Master's thesis aims at answering the above mentioned questions.

**Object of the research** – individual and collective learning of medicine doctors in the context of organisational learning.

**Aim of the research** – to determine the individual and collective learning of medicine doctors in the context of organisational learning.

### **Objectives of the research:**

1. To validate the point of individual and collective learning of medicine doctors in the context of organisational learning and to reveal the peculiarities of the learning processes.
2. To validate the research methodology of individual and collective learning of medicine doctors (in the organisational learning context).
3. To determine the peculiarities of individual and collective learning of doctors as organisational learning at Y hospital in X district.

### **Methods of the research**

To achieve the objectives of this thesis an empirical research strategy of **case study** has been used. **Methods of data collection:** document analysis (this method is used to introduce organisation and its units); semi-structured interview is applied in order to determine the peculiarities of individual and collective learning of doctors. To implement empirical research, 12 interviews with doctors were taken. The collected data is analysed and compared by means of **descriptive analysis** of data processing.

### **Results of the research.**

On the basis of the completed research it has turned out that doctors favour the benefit of collective learning, especially of informal discussions, consultation and counselling department colleagues. As the main point of individual learning doctors choose experiential learning based on reflection on action, and as additional – traditional learning. They choose professional literature reading, participating in seminars and conferences, analysis of medical documents, and the Internet. However, the individual learning, as traditional learning, appears to be a problem in Y organisation, where doctors feel some lack of appropriate conditions for personal development, because there is too much work load and therefore doctors may devote just a minimum of time for additional personal training. We may maintain that the main learning of doctors at Y organisation is based on the collective learning.

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Gydytojų vaidmenys ir kompetencijos (individualiame, grupės ir organizacijos lygmenyse).....	18
2 lentelė. Organizacijos mokymosi ir žinių kūrimo charakteristikos ir kriterijai.....	30
3 lentelė. Gydytojo organizacinio mokymosi parametrai individualiame, gydytojų padalinio/grupės ir visos organizacijos lygmenyje.....	52
4 lentelė. Respondentai .....	61
5 lentelė. Gydytojo organizacinio mokymosi nustatymo turinys ir logika .....	62
6 lentelė. Indikatorių sudarymo matriciniu būdu pavyzdys .....	63

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi tyrimo loginė schema .....	12
2 pav. Organizacijos žinių struktūra.....	22
3 pav. Nonaka organizacinio žinojimo kūrimo modelis .....	23
4 pav. Keturios Ba kategorijos .....	27
5 pav. Gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi (organizacinio mokymosi aspektu) empirinio tyrimo loginė schema .....	57

## **PRIEDŲ SARAŠAS**

- 1 priedas.** Gydytojų organizacinio mokymosi individualiame, padalinio ir organizacijos lygmenyse nustatymo kriterijai, indikatoriai ir klausimai
- 2 priedas.** Gydytojų organizacinio mokymosi individualiame, padalinio ir organizacijos lygmenyse indikatoriai
- 3 priedas.** Empirinio tyrimo klausimai
- 4 priedas.** Empirinio tyrimo klausimų sudarymo logika



# TURINYS

IVADAS.....	10
1. GYDYTOJŲ INDIVIDUALAUS IR KOLEKTYVINIO MOKYMOSI, KAIP ORGANIZACINIO MOKYMOSI, TEORINIS PAGRINDIMAS.....	14
1.1. Gydytojas sveikatos priežiūros įstaigoje ir jo kompetencija .....	14
1.2. Nuolatinio gydytojų tobulėjimo esmė organizacijos mokymosi ir mokymosi darbo vietoje prasmėmis .....	20
1.2.1 Organizacijos mokymasis ir jos santykis su organizaciniu ir neformaliu mokymusi .....	21
1.2.2. Kolektyvinio ir individualaus mokymosi santykis .....	31
1.2.3. Gydytojų mokymasis sveikatos apsaugos organizacijoje kaip nuolatinis tobulėjimas .....	37
1.2.3.1. Gydytojų mokymasis individualiame profesionalo lygmenyje .....	43
1.2.3.2. Gydytojų mokymasis padalinio lygmenyje .....	46
1.2.3.3. Gydytojų mokymasis organizacijos lygmenyje.....	50
2. GYDYTOJŲ INDIVIDUALAUS IR KOLEKTYVINIO MOKYMOSI ORGANIZACINIO MOKYMOSI KONTEKSTE TYRIMO METODOLOGIJOS PAGRINDIMAS .....	55
2.1. Tyrimo strategija, logika ir metodai .....	55
2.2. Tyrimo imtis ir etika .....	57
2.3. Tyrimo instrumentų pagrindimas .....	62
2.4. Tyrimo duomenų apdorojimas.....	64
3. GYDYTOJŲ INDIVIDUALAUS IR KOLEKTYVINIO MOKYMOSI ORGANIZACINIO MOKYMOSI ASPEKTU YPATUMŲ NUSTATYMAS.....	66
3.1 A skyriaus gydytojų individualus ir kolektyvinis mokymasis.....	67
3.2 B skyriaus gydytojų individualus ir kolektyvinis mokymasis.....	76
3.3 C skyriaus gydytojų individualus ir kolektyvinis mokymasis.....	85
3.4 D skyriaus gydytojų individualus ir kolektyvinis mokymasis.....	92
3.6. Diskusija: A,B,C,D skyrių gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi ypatumai .....	99
IŠVADOS.....	105
REKOMENDACIJOS.....	107
LITERATŪRA.....	109
PRIEDAI .....	115

## IVADAS

Iki šiol tiek edukologijos, tiek vadybos mokslinėje literatūroje, nagrinėjant profesinio tobulėjimo klausimus, daugiausia dėmesio yra skiriama individualiam darbuotojų mokymuisi darbo vietoje (Berryman, 1993; Eraut, 2000; Raelin, 2000; Smith, 2000, 2001; Clarke, 2005 ir kt.)

Vadyboje vystantis naujoms koncepcijoms buvo pradėtas akcentuoti kolektyvinis mokymasis grupėje ir organizacijoje. Tam ypatingas dėmesys skiriamas organizacinio mokymosi tyrimuose (Senge, 1990; Argyris, 1992, Nonaka ir Takeuchi, 1995, Duke, 2002; Stankevičiūtė, 2002, Vera ir Crossan, 2003; Longworth, 2006, Jucevičienė, 2007 ir kt.). Organizacinis mokymasis – tai toks mokymasis, kuris vyksta organizacijoje, darbuotojams (individualiai ir grupėse) kuriant žinias, reikalingas organizacijos veiklai (Jucevičienė, 2007). Daugelis autorių, rašančių šia tematika, ypač akcentuoja kolektyvinės žinias organizacinio mokymosi struktūroje (Nelson, Winter, 1982; Civi, 2000).

Edukologijoje kolektyviniam mokymuisi skiriamas dėmesys tik kaip metodui – mokymuisi grupėje ar komandoje, mokymuisi bendradarbiaujant (Hargreaves, 2001; Jensen, 2001; Barkely, Ališauskienė, Miltenienė, 2004; Cross, Major, 2005; Vizgirdaitė, 2013 ir kt.). Kolektyviniam mokymuisi, o tuo labiau - individualiam mokymuisi, kaip organizaciniam mokymuisi, skiriama labai mažai dėmesio; galima aptikti labai nedaug šaltinių, nagrinėjančių šią tematiką (Senge, 1990; Laszlo, 2001; Easterby-Smith, Lyles, 2003; Pettit, van Schagen, 2006).

Tuo tarpu šiuolaikiniame pasaulyje vis labiau įsigalint žinių ekonomikai ir žinių organizacijoms (tokioms, kurios panaudoja specializuotas žinias ypač inovatyvių produktų kūrimui ir todėl šias žinias turi nuolat gausinti organizacinio mokymosi būdais), organizacinio mokymosi poreikis labai išaugo.

Todėl profesinio tobulėjimo literatūroje tam skiriama nemažai dėmesio, tačiau šie tyrimai labiau praktiniai, nei kuriantys naujas mokslo žinias. Tai pasakytina apie verslo, vadybos, inžinerijos, medicinos profesinius klausimus nagrinėjančius šaltinius. Tiesa, juos galima padalinti į dvi grupes: vieną grupę, kuri nagrinėja mokymąsi darbo vietoje, nors ir paliečiant ne tik individualaus, bet ir kolektyvinio mokymosi problemas, ir kitą - tiesiog organizaciniam mokymuisi skirtą literatūrą.

Daug tyrimų mokslininkai skiria gydytojų tobulėjimui. Ypač daug dėmesio skiriama gydytojų mokymuisi jų darbo vietoje (Carroll, Edmondson, 2002; Brigley, Johnson, Bird, Young, 2006; Lonka, 2009; Littlejohn, Malligan, Margaryan, 2011; Mann, 2011 ir kt.), tačiau pasigendama tyrimų individualaus ir kolektyvinio mokymosi, vykstančio organizacijoje ir nagrinėjamo visuminiu požiūriu, klausimais.

Dar nėra pakankamai išryškintas individualaus ir kolektyvinio mokymosi santykis, šio mokymosi ypatumai. Gydytojai atlikdami savo pareigas nuolat tobulėja, tačiau kuo jis yra grįstas – ar individualiu tobulėjimu, ar kolektyviniu? Kokiu laipsniu šis tobulėjimas jų pačių siejamas su organizaciniu mokymusi, t.y., su mokymusi, kurio rezultatas – nuolat pasipildančios sveikatos apsaugos organizacijai svarbios žinios? – štai klausimai, išreiškiantys **tyrimo problemą**, reikalaujančią dėmesio. Todėl šis magistro baigiamasis darbas ir yra skiriamas atsakymų į šiuos klausimus paieškai.

**Tyrimo objektas** – gydytojų individualus ir kolektyvinis mokymasis organizacinio mokymosi kontekste.

**Darbo tikslas** – atskleisti gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi ypatumus organizacinio mokymosi kontekste.

**Darbo uždaviniai:**

1. Pagrįsti gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi esmę organizacinio mokymosi kontekste bei nustatyti šio mokymosi parametrus.
2. Pagrįsti gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi (organizacinio mokymosi kontekste) tyrimo metodologiją.
3. Atskleisti X rajono Y ligoninės gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi, kaip organizacinio mokymosi, ypatumus.

**Darbo metodologija.**

**Konceptualios nuostatos:**

- Gydytojų, kaip darbuotojų, individualus ir kolektyvinis mokymasis nagrinėjamas **organizacinio mokymosi** (Nonaka, Takeuchi, 1995) kontekste, atsižvelgiant ir į tai, kad organizacijoje vyksta jos pripažintas kaip svarbus organizacinis mokymasis, o šalia jo – ir neformalus mokymasis, kurį organizacija laiko nesvarbiu (Jucevičienė, Mozūriūnienė, 2009).
- Į gydytojų mokymąsi organizacijoje (individualų ir kolektyvinį) žvelgiama kaip į poreikį nuolat tobulėti tam, kad būtų užtikrintos jų individualios ir kolektyvinės kompetencijos, reikalingos šių gydytojų numatytiems vaidmenims organizacijoje atlikti.

**Tyrimo logika ir metodai**

Gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi ypatumų tyrimo loginė schema pavaizduota 1 paveiksle.

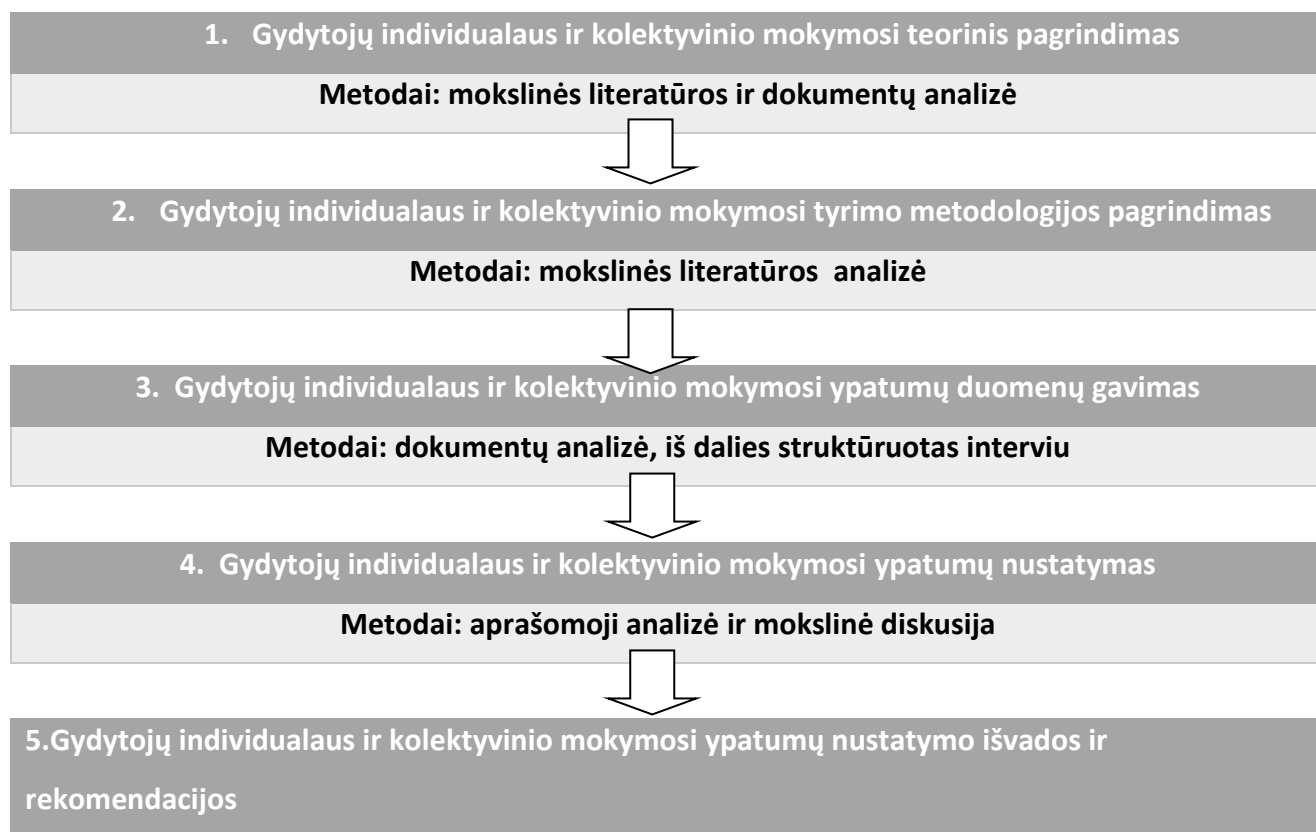
*Pirmiausia atliekama mokslinės literatūros ir dokumentų analizė, kuria siekiama atskleisti gydytojų veiklas, vaidmenis ir kompetencijas bei pagrįsti gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymąsi organizacinio mokymosi kontekste, išskiriant šio mokymosi parametrus.*

*Sekantis žingsnis – empirinio tyrimo metodologijos pagrindimas; jis atliekamas taikant mokslinės literatūros analizės metodą.*

*Trečias žingsnis – gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi, kaip organizacinio mokymosi, empirinis tyrimas. Taikoma empirinio tyrimo strategija – atvejo analizė. Duomenų rinkimo metodai: dokumentų analizė (šis metodas naudojamas organizacijos ir padalinių kontekstui pristatyti) ir iš dalies struktūruotas interviu (naudojamas siekiant nustatyti gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi faktus ir šio mokymosi ypatumus).*

*Ketvirtas žingsnis – nustatomi konkrečios ligoninės gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi ypatumai (organizacinio mokymosi kontekste), gautus duomenis analizuojant, pasitelkus aprašomosios analizės duomenų apdorojimo metodą, ir diskutuojant.*

*Penktas žingsnis - daromos išvados, pateikiamos rekomendacijos.*



1 pav. Gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi tyrimo loginė schema

### **Tyrimo teorinė reikšmė**

Nustatyti gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi, kaip organizacinio mokymosi, parametrai ir ypatumai, juos siejant su konkrečiu kontekstu.

### **Tyrimo praktinė reikšmė.**

- Nustatyti gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi ypatumai gali būti panaudojami Y ligoninėje siekiant tobulinti savo veiklą.
- Parengtas empirinio tyrimo instrumentas gali būti naudingas siekiant atlikti tolimesnius mokslinius tyrimus sveikatos apsaugos organizacijoje.

### **Darbo struktūra.**

Baigiamąjį darbą sudaro įvadas, trys dalys (teorinė, metodologinė, empirinė), išvados, rekomendacijos, literatūros sąrašas (viso - 92 šaltiniai). Pateikta - 6 lentelės, 5 paveikslai ir 4 priedai.

# 1. GYDYTOJŲ INDIVIDUALAUS IR KOLEKTYVINIO MOKYMOSI, KAIP ORGANIZACINIO MOKYMOSI, TEORINIS PAGRINDIMAS

Šiame skyriuje pirmiausia siekiama išryškinti sveikatos apsaugos sistemos organizacijoje (toliau SASO) dirbančių gydytojų vaidmenį, kompetencijas, atsakomybes, pagrindinius SASO dokumentus, reglamentuojančius medicinos standartus. Apžvelgus mokslininkų įžvalgas apie gydytojų darbą, siekiama atskleisti prielaidas, lemiančias nuolatinį gydytojų tobulėjimą, ir pagrįsti individualų bei kolektyvinį mokymąsi organizacinio mokymosi kontekste.

## 1.1. Gydytojas sveikatos priežiūros įstaigoje ir jo kompetencija

Šiais laikais sveikatos apsaugos politikai (Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas, 1994) ir mokslininkai (Carroll, Edmondson, 2002; Vaitkevičius, 2005; Šumskienė, 2005; Justickis, Saladis, 2012 ir kt.) sveikatą plačiąja prasme supranta kaip fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę, o ne tik ligos ar negalios nebuvimą. Tai reiškia, kad tai yra tiek ekonominė, tiek socialinė vertybė, lemianti ateities kartų turimą ir vertybes.

Šiuolaikiniame pasaulyje žmonių sveikatai, jos priežiūrai, medicinai, medikų darbui, gydytojų rengimui skiriamas didelis dėmesys. Minėta linkme aktyviai dirba įvairių šalių pastangas vienijanti Pasaulio sveikatos organizacija (PSO). Jos pozicija, sprendžiant sveikatos problemas šiuolaikiniame pasaulyje, išreikšta rekomendacijose *Sveikata visiems XXI amžiuje (Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region, 1999)*. Didelį dėmesį minėtoms problemoms skiria Europos Komisija (EK). Tai patvirtina ir jos pastarųjų metų dokumentai: *Implementation of the second Programme of Community action in the field of health in 2012, (2014)* ; *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013 (2007)*; *Health at a Glance: Europe 2014 (2014)* ir kt.

Užtikrinant žmogaus sveikatą visgi didžiausias vaidmuo atitenka gydytojams. Nuolat tobulėjant technologijoms ir kintant visuomenės lūkesčiams, gydytojo funkcijos modifikuojamos ir vis griežčiau apibrėžiamos. Tai rodo priimtose Ženevos, Helsinkio, Oslo, Tokijo deklaracijos, Tarptautinis gydytojų etikos kodeksas, Europos gydytojų Etikos kodeksas, kiti tarptautiniai ir nacionaliniai teisiniai dokumentai, reglamentuojantys gydytojo kompetenciją ir atsakomybę (Peičius, Grincevičienė, 2009).

Nuo gydytojų turimų žinių ir kompetencijos tiesiogiai priklauso žmonių gyvybės, todėl į medicinos mokymąsi žiūrima labai atsakingai. Prieš įsiliedami į darbo rinką, būsimieji sveikatos priežiūros specialistai mokosi ilgiau, lyginant su kitų sričių specialistais. Mokymasis apima ilgalaikę ir nuolatinę praktiką ne tik studijų metu. Darbo praktikoje gydytojas niekada negali pamiršti mokymosi proceso. Justickio ir Saladžio (2012) straipsnyje *Medicinos standartai administracinės teisės sistemoje*

pabrėžiama mokymosi būtinybė medicinos darbuotojams, aptariami mokymosi šaltiniai ir prieigos. Lietuvos sveikatos apsaugos teisės aktuose (*Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. Programos patvirtinimo* (2004); *Medicinos gydytojas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė* (1995); *Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas*, (2004) ir kt.) pabrėžiami du svarbiausi aspektai gydytojų darbe – maksimalaus rūpestingumo kriterijus ir atitiktis šiuolaikiniam mokslui reikalavimas. Medicinos standartuose tai reiškia, kad medikas privalo panaudoti visas mokymosi galimybes gydymas pacientą, t.y. apžvelgti ir panaudoti visus įmanomus mokymosi teorinius šaltinius (naujausius medicininius tyrimus, rekomendacijas), įstatymų numatyta tvarka kelti savo kvalifikaciją, bendradarbiauti su kolegomis, *neperžengti* savo profesijos kompetencijų ribų.

Dėl savo darbo pobūdžio (dirbama ne tik individualiai, bet ir specialistų komandose) medicinos darbuotojas dažnai negali individualiai susitvarkyti su jam iškilusiais iššūkiais. Todėl spręsti iškilusius iššūkius būtų sunku, jeigu sveikatos priežiūros organizacijose nebūtų skiriamas dėmesys mokymuisi ne tik individo lygmenyje, bet į mokymosi procesą žiūrima kur kas platesne prasme – kaip į mokymąsi grupės/padalinio bei visos organizacijos mastu (Carroll, Edmondson, 2002; Brigley, Johnson, Bird, Young, 2006; Lonka, 2009; Littlejohn, Malligan, Margaryan, 2011; Mann, 2011).

Norint sėkmingai dirbti, reikia turėti kompetenciją. Westera (2001) kalba apie visuminę, vidinę kompetenciją (žinias, įgūdžius, mąstymo gebėjimus, požiūrius, vertybes), iš kurios, kaip potencialo, asmuo gali pasisemti konkrečias kompetencijas, reikalingas konkrečiame kontekste sėkmingai konkrečiai veiklai atlikti. Kokios kompetencijos prireiks gydytojui, paprastai atliekančiam sudėtingą veiklą, priklauso nuo jo atliekamų sveikatos apsaugos organizacijoje vaidmenų, juos atitinkančių veiklų (Lepaitė, 2001) ir organizacijos konteksto (Grant, 2012).

Taigi, kalbant apie gydytoją savo darbo organizacijoje, neabejotinai reikėtų išskirti kelis vaidmenis, kuriuos medikas vaidina darbinėje veikloje:

- gydytojas kaip individualus profesionalas;
- gydytojas kaip savo padalinio narys;
- gydytojas kaip visos organizacijos (ligoninės, poliklinikos) narys.

Šiems vaidmenims atlikti gydytojas turi turėti kompetenciją, kuri yra nuolat plėtojama, atsižvelgiant į nuolat besikeičiančias darbo sąlygas bei kylančius naujus iššūkius. Tiesa, jau ganėtinai seniai pastebėta, kad gydytojai įvairiose sveikatos priežiūros įstaigose, priklausomai nuo jų struktūrų ir atliekamų funkcijų, vaidina skirtingus vaidmenis. Štai Piyaratn (1982) teigia, jog gydytojų vaidmenys įstaigose, kuriose jie dirba, priklauso ne tik nuo pačios įstaigos veiklos specifikos, tačiau ir nuo populiacijos, kurios sveikatos apsauga užsiima gydytojas, parametrų. Vienas iš esminių dalykų, kurių pastebi Piyaratn (1982), yra tai, kad gydytojams reikia ne tik didelio savo srities individualių medicininių žinių bagažo – sveikatos priežiūros įstaigų gydytojai privalo būti ir geri *įvairių sveikatos*

*apsaugos programų vadybininkai, efektyvūs ligoninės arba atskiro jos skyriaus administratoriai, kompetentingi mokytojai bei kvalifikuoti tyrėjai.*

Kiti autoriai (Charles, Whelan, Gafni, 1999; Brigley, Johnson, Bird, Young, 2006; Lonka, 2009 ir kt.) taip pat pastebi, jog gydytojams reikia ne vien specifinių savo medicinos srities žinių, kurios aiškiai apibrėžiamos konkrečių medicininių specialybių programose ir įvairių sričių gydytojų kvalifikaciniuose reikalavimuose. Šiems profesionalams reikia ne tik įvairiapusio savo tiesioginės veiklos išmanymo, tačiau ir kelių kitų profesionaliai valdomų gebėjimų/įgūdžių/kompetencijų (literatūroje tenka aptikti visus šiuos terminus; šiame darbe daugiausiai bus naudojamas *kompetencijos* terminas):

1) *Tyrinėtojo kompetencija.* Kiekvienas gydytojas privalo būti įgudęs tyrinėtojas, ypač - diagnostikas. Tai reiškia, kad gydytojas privalo turėti išstobulintą *žinių turėjimo kompetenciją apie ligas, jų gydymą, vaistų sudėtį, bei gebėti pasirinkti tinkamą gydymo metodą.* Gydymas taip pat apima tokias veiklas kaip *rekomendacijų pacientui suteikimas, vaistų paskyrimas arba nukreipimas pas kitą specialistą.*

2) *Bendravimo kompetencija.* Be specifinių savo srities įgūdžių, bendravimo gebėjimai yra kita svarbi bet kurio gydytojo turima kompetencija. Šie įgūdžiai reikalingi pirmiausia dėl to, jog gydytojas visą darbo dieną privalo bendrauti su įvairaus amžiaus, būdo ir emocinių būsenų pacientais. Gydytojas privalo rasti kiekvienai situacijai atitinkamą bendravimo būdą tam, kad tinkamai nustatytų paciento ligos simptomus. *Bendravimo kompetencija taip pat yra labai svarbi komunikuojant tarp įvairių sveikatos priežiūros įstaigų, skirtingų tos pačios įstaigos skyrių, tame pačiame skyriuje dirbančių darbuotojų. Ji taip pat nulemia dalijimosi žiniomis, mokymosi darbo vietoje efektyvumą, išreiškia gebėjimą suprantamai pateikti medicininę informaciją pacientams, jį išklausyti bei teikti grįžtamąjį ryšį.*

3) *Paciento slaugos kompetencija.* Įvairūs moksliniai tyrimai parodė, jog pacientai skirtingai suvokia tai, kokius specifinius įgūdžius turi turėti gydytojas, kad jis būtų laikomas geru ir tinkamu atlikti pareigas. Svarbiausi įgūdžiai ir požūriai, priskiriami gerai pacientų slaugai, įvardijami šie: *pasitikėjimas, empatija, humaniškumas, pagarba ir nuoseklumas, savikontrolė.* Paciento slaugos įgūdžiai kartu su bendravimo įgūdžiais sudaro kompleksą, kuris yra svarbus gydytojų darbo elementas.

Panašiai gydytojo darbą vertina ir Boelen (1997), pažymėdamas, jog kompetencijos ir įgūdžiai, kurias nuolat privalo tobulinti gydytojas, priklauso nuo jo specializacijos ir užimamų pareigų. Pasak autoriaus (Boelen, ten pat), specializacija ir užimamos pareigos būtent ir apsprendžia gydytojų vaidmenis sveikatos priežiūros įstaigoje. Boelen (*ibid*), aptardamas šiuos vaidmenis, vartoja metaforą „*penkių žvaigždučių* gydytojas“, o vaidmenis pristato kaip „5 esmines savybes“:



1. *Gydymo paslaugų teikėjas.* Be tradicinių medicinos paslaugų, gydytojas privalo suteikti visapusišką slaugą – sveikatinimo (*savo žinių sklaidimas šiuo klausimu*), psichinę (*į tai įeina žinios apie žmogaus psichologiją, gebėjimas bendrauti su įvairių psichinių būklių pacientais bei jų artimaisiais*) ir socialinę (*gebėjimas bendrauti su socialinėmis įstaigomis, teisinės, etinės gydytojo žinios*). Gydytojas privalo *gebėti pritaikyti savo turimas žinias tam tikrai situacijai*. Taip pat privalu užtikrinti, jog pacientas gautų ir tinkamą gydymą – savalaikį, prevencinį ir reabilitacinį. Visi šie procesai turi būti nenutrūkštami, integruoti ir papildantys vienas kitą. Visa tai kartu turi garantuoti aukščiausios kokybės sveikatos apsaugą.

2. *Sprendimų priėmėjas.* Greitai kintančioje aplinkoje gydytojas-sprendimų priėmėjas privalo atlikti sprendimus, atsižvelgdamas į išlaidų ir efektyvumo santykį. Jis taip pat privalo iš visų galimų gydymo metodų pasirinkti patį tinkamiausią. Visą tai daryti reikia itin greitai, tačiau įvertinant visas aplinkybes. *Čia išryškėja ir laiko planavimo kompetencijos svarba, kuri nulemia efektyvumo užtikrinimą gydytojo darbe priimant tinkamus sprendimus.*

3. *Komunikatorius.* Įvairūs kasdieninio gyvenimo veiksniai, tokie kaip darbo sauga, aplinkos apsauga ir kt., turi didelę įtaką taip pat ir sveikatos apsaugos sistemai. Individo įtraukimas į jų pačių sveikatos atkūrimo ir išsaugojimo procesą yra labai reikšmingas ir gali būti pasiekiamas tik per tinkamą gydytojų ir pacientų komunikavimą. Tai padeda integruoti sveikos gyvensenos ir tinkamo rūpinimosi savo asmenine sveikata principus į kiekvieno individo asmeninį ir visos šeimos arba bendruomenės gyvenimą.

4. *Bendruomenės/padalinio lyderis.* Gydytojas-bendruomenės/padalinio lyderis privalo rūpintis ne tik individo sveikata, tačiau suprasti ir tai, kad jis yra savo bendruomenės/padalinio (pavyzdžiui, vidaus ligų, kardiologijos, chirurgijos) narys. Tai reiškia, kad gydytojas, dirbdamas priskirtoje grupėje, privalo kurti ne tik individualias žinias, tačiau ir prisidėti prie kolektyviai kuriamų žinių, kurios reikšmingos visai organizacijai. Tam įgyvendinti gydytojams svarbu būti išvysčius *bendruomeniškumo kompetenciją* bei *darbo gydytojų komandoje/grupėje dalykinę ir organizacinę kompetenciją*. Tai reiškia, kad gydytojams svarbu *komandoje gebėti rengti bendrus planus, pasiskirstyti darbus, vienas kitą suprasti (laikytis etikos normų bendraujant tarpusavyje), padėti, užjausti, gebėti mokytis bendradarbiaujant, o refleksijos būdu ir diskutuojant priimti konsensusu sprendimus*. Tačiau svarbu pripažinti, kad gydytojas yra ne tik savo padalinio narys, bet ir visos organizacijos, o norint užtikrinti šį vaidmenį įstaigoje, darbuotojui svarbu: 1) *žinoti organizacijos misiją, viziją, filosofiją, tikslus*; 2) *gebėti pareikšti savo nuomonę organizacijos mastu*; 3) *gebėti susitarti su kitų padalinių kolegomis*; 4) *jausti toleranciją organizacijai*.

5. *Vadybininkas/administratorius.* Į gydytoją kaip į vadybininką galima pažvelgti iš dviejų skirtingų perspektyvų. Visų pirma, gydytojui vadybinės žinios reikalingos tada, kai jis kokioje nors

sveikatos priežiūros įstaigoje užima kokias nors vadovaujančias pareigas (skyriaus vedėjo, pamainos vedėjo, ligoninės administratoriaus ir pan.). Visų antra, vadybinės žinios yra svarbios bet kuriam gydytojui, kad jis gebėtų valdyti visas keturias anksčiau išvardintas funkcijas. Vadybinės žinios taip pat reikalingos atlikti informacijos mainus (taip pat ir mokymuisi), *planuoti savo asmeninį laiką, rasti sąlyčio tašką tarp asmeninio, profesinio ir bendruomeninio gyvenimo*. Gydytojui, kaip administratoriui, svarbu *gebėti pildyti įvairius medicininius dokumentus*, kurie labai svarbūs šiuolaikinėje darbo aplinkoje, nes tik teisingai užpildyti dokumentai gali garantuoti teisingą gydymo tęstinumą.

Daugelis autorių išskiria ir dar vieną, bene svarbiausią, gydytojų vaidmenį tai - *nuolat besimokantysis*. Visoms gydytojo kompetencijoms užtikrinti reikalingas *nuolatinis gydytojų mokymasis*, - itin svarbu gydytojui *gebėti rasti naują reikalingą informaciją įvairiuose šaltiniuose, refleksijos būdu išgauti naujas žinias iš savo ir kolegų praktinės veiklos, naują informaciją kaupti bei perkelti žinias iš vienos praktinės veiklos sferos į kitą*.

**1 lentelė. Gydytojų vaidmenys ir kompetencijos (individualiame, grupės ir organizacijos lygmenyse)**

Vaidmenys	Kompetencijos
<b>INDIVIDUALUS LYGMUO</b>	
<b>Medicinos gydytojas – paslaugų teikėjas</b>	<p><b>Gydymo paslaugų:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• žinios apie ligas, jų gydymą, vaistų sudėtį;</li> <li>• gebėjimas parinkti tinkamą gydymo metodą, tiksliai nustatyti ligos diagnozę, gebėjimas skirti atitinkamus vaistus (jų dozes) gydymui;</li> <li>• ligonio nukreipimas pas kitą specialistą (pagal klinikinį atvejį);</li> </ul> <p><b>Sveikos gyvensenos paslaugų:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• žinios apie ligos prevenciją ir sveiką gyvenseną;</li> <li>• gebėjimas formuoti ir skleisti prevencines programas pacientams;</li> </ul> <p><b>Psichologinių paslaugų:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• žinios apie žmogaus ir ligonio psichologiją;</li> <li>• gebėjimas bendrauti su įvairių psichikos būklių/stadijų pacientais suteikiant jiems pirminę psichologinę pagalbą;</li> <li>• gebėjimas bendrauti su pacientų artimaisiais pranešant jiems įvairias diagnozes.</li> </ul> <p><b>Socialinių paslaugų:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gebėjimas bendrauti su paciento artimaisiais, esant reikalui - su policija ir kt. įstaigomis;</li> <li>• gydytojo veiklos teisinės atsakomybės žinios;</li> <li>• gydytojo veiklos etikos žinios;</li> <li>• gebėjimas laikytis etikos žinias santykiyje su pacientu.</li> </ul>
<b>Nuolat tobulinantis savo kompetenciją/kvalifikuotas tyrėjas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gebėjimas rasti naują reikalingą informaciją įvairiuose šaltiniuose (duomenų bazėse ir pan.);</li> <li>• gebėjimas refleksijos/savistabos būdu išgauti naujas žinias iš savo praktinės veiklos;</li> <li>• gebėjimas kitų veiklos stebėjimo būdu įgyti naujų žinių;</li> <li>• gebėjimas naują informaciją kaupti;</li> <li>• gebėjimas perkelti žinias iš vienos praktinės veiklos sferos į kitą.</li> </ul>

<b>Gydytojas - komunikatorius</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bendravimo įgūdžiai;</li> <li>• atidumas procesams ir reiškiniams;</li> <li>• dėmesys ir pagarba žmogui;</li> <li>• gebėjimas suprantamai pateikti medicininę informaciją nespecialistui (pacientui);</li> <li>• gebėjimas išklausti pacientą;</li> <li>• gebėjimas teikti pacientui grįžtamąjį ryšį apie jo ligos/sveikimo eigą.</li> </ul>
<b>Gydytojas - administratorius</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dokumentų pildymo kompetencija;</li> <li>• savo laiko planavimas;</li> <li>• savikontrolė.</li> </ul>
<b>GRUPĖS LYGMUO</b>	
<b>Bendruomenės / padalinio narys</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>darbo gydytojų komandoje/grupėje dalykinė ir organizacinė kompetencija:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• darbų pasiskirstymo gebėjimai;</li> <li>• gebėjimas rengti darbo planus grupėje;</li> <li>• gebėjimas suprasti kitos specialybės gydytoją;</li> <li>• mokymasis bendradarbiaujant;</li> <li>• gebėjimas priimti konsensusu sprendimus;</li> <li>• gebėjimas reflektuoti bendrą veiklą grupėje;</li> <li>• gebėjimas komunikuoti;</li> <li>• nuostata laikytis etikos normų bendraujant tarpusavyje;</li> <li>• nuostata pagelbėti kolegai</li> </ul> </li> </ul>
<b>ORGANIZACIJOS LYGMUO</b>	
<b>Organizacijos narys</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• organizacijos misijos, vizijos, filosofijos, tikslų savo vaidmens organizacijoje žinojimas;</li> <li>• gebėjimas pareikšti savo nuomonę organizacijos mastu;</li> <li>• gebėjimas susitarti su kitų padalinių kolegomis;</li> <li>• tolerancija organizacijai</li> </ul>

**Apibendrinant** mokslininkų įžvalgas galima teigti:

- gydytojai atlieka įvairius vaidmenis priklausomai nuo jų specializacijos ir užimamos pareigybės, netgi nuo sveikatos priežiūros institucijos tipo. Tačiau nepaisant šių vaidmenų įvairovės, juos galima išskirti atliekamus trijuose lygiuose: individualiame, grupės / padalinio ir visos organizacijos;
- Pagrindinius gydytojų vaidmenis galima išskirti: medicinos gydytojas – paslaugų teikėjas; nuolat tobulinantis savo kompetenciją/kvalifikuotas tyrėjas; administratorius; bendruomenės/padalinio narys; organizacijos narys, kurie atitinkamai yra išsidėstę trijuose lygmenyse (individualiame, kolektyviniame, organizacijos) ir kiekvienam vaidmeniui atlikti neabejotinai reikalingos atitinkamos kompetencijos. Gydytojų vaidmenų ir kompetencijų atitikmenys individualiame, grupės ir organizacijos lygmenyse pavaizduoti 1 lentelėje.

Atlikdami šiuos vaidmenis gydytojai susiduria su nuolatiniais iššūkiais (kompetencijos stoka, nenumatytos situacijos, reglamentų kaita ir kt.), kurie reikalauja šių profesionalų nuolatinio tobulėjimo – formalaus ir neformalaus mokymosi.

*Kaip turi ir gali vykti gydytojų nuolatinis tobulėjimas sveikatos apsaugos organizacijoje? Tai bus išryškinta kituose baigiamojo darbo skyriuje prieš tai aptarus individualaus, kolektyvinio ir organizacinio mokymosi ir mokymosi darbo vietoje prasmę.*

## **1.2. Nuolatinio gydytojų tobulėjimo esmė organizacijos mokymosi ir mokymosi darbo vietoje prasmėmis**

Šiandieniam pasaulyje sąvokos apie įvairaus pobūdžio mokymąsi yra nuolat sutinkamos mokslinėje literatūroje bei praktinėje kalboje. Spartaus technologijų tobulėjimo laikotarpyje žinios, įgūdžiai, patirtis, išsilavinimas tampa labai svarbiais, konkurencingumą lemiančiais veiksniais. Aplinkos pokyčiai atsispindi tiek valstybinių, tiek privačių sektorių organizacijose. Antrinant Beckhard (1969) mintims, galima teigti, kad žmogus privalo prisitaikyti dirbti dinamiškoje aplinkoje, pasižymintioje žinių gausa, aukštu technologiniu lygmeniu, profesionalumu. Taigi, organizacijų išlikimas ir klestėjimas priklauso nuo tokių faktorių kaip tobulėjimas - individualaus, turint mintyje organizacijos poreikius, kolektyvinio, nuolatinio mokymosi darbo vietoje,

Kaip jau ir buvo minėta, individualus gydytojo-profesionalo mokymasis pasižymi savo asmeninių kompetencijų tobulinimu. Tyrinėtojo įgūdžiai, bendravimo įgūdžiai, paciento slaugos įgūdžiai – tai sritys, kuriose gydytojas turi demonstruoti savo, kaip profesionalo, individualiai sukauptas žinias gydymo procese. Tačiau svarbu pripažinti, kad gydytojui vien individualių žinių ir kitų išteklių dažnai nepakanka gydymo procesui, todėl kiekvienas medicinos darbuotojas priklauso tam tikram padaliniui ar grupei. Būtent padalinio lygmenyje gydytojas tampa ne tik savo asmeninių žinių kūrėju, bet ir mokytoju kolegoms, socialinių vertybių kūrėju tarp padalinio narių bei vadybininku šioms funkcijoms atlikti. Medikai, priklausantys tam tikram padaliniui, kuria ne tik savo asmenines žinias, tačiau bendradarbiavimo pagrindu kuriamos viso padalinio kolektyvinės žinios (bendras supratimas), kurios yra reikšmingos ne tik individui, padaliniui, bet ir visai organizacijai. Tačiau to neužtenka. Trečiame gydytojų mokymosi lygmenyje, kaip jau buvo minėta, išryškėja gydytojo vaidmuo visos organizacijos lygmenyje – individualiai ir kolektyviai sukurtos gydytojų žinios (formalaus ir neformalaus mokymosi principu) bendradarbiavimo tinklų pagalba skleidžiamos visos organizacijos mastu, kuriamos taisyklės, bendri susitarimai, šitaip atliepiant besikeičiančius gyvenimo poreikius, tobulėjančią medicinos mokslą ir jo galimybes, įtvirtinant ir plėtojant medicinos vertybes bei interesus. Kiekvienas gydytojas tampa savo organizacijos nuolatinio tobulėjimo, vystymosi žinių kūrėju, taip gerindamas ne tik organizacijos žinojimą, tačiau ir visos sveikatos apsaugos kokybę. Kad žinios įgautų realų darbinį pavidalą, neabejotinai reikalingas nuolatinis ir nenutrūkstantis gydytojų mokymasis organizacijos visuminio mokymosi ir mokymosi darbo vietoje prasmėmis.

### 1.2.1 Organizacijos mokymasis ir jos santykis su organizaciniu ir neformaliu mokymusi

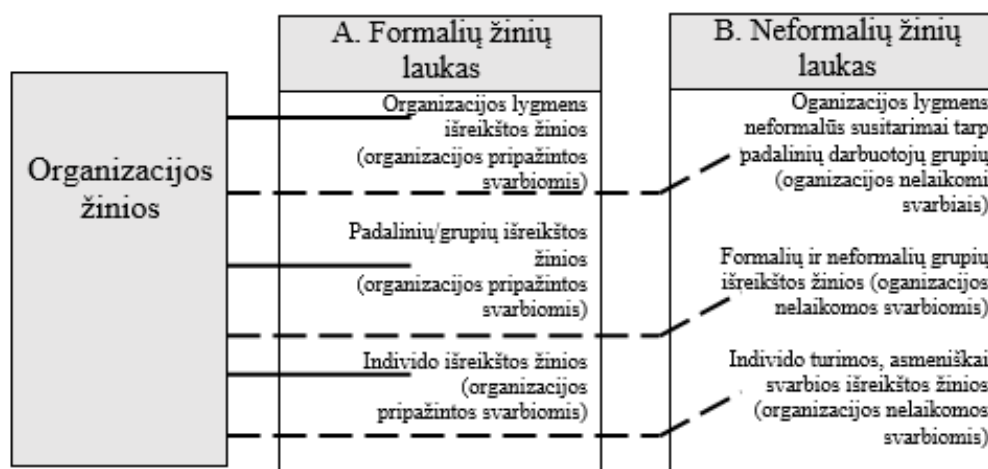
Visų pirma, analizuojant *organizacijos mokymąsi* ir *organizacinį mokymąsi* bei šių mokymosi procesų kuriamas žinias, reikia atkreipti dėmesį, kad šios dvi sąvokos nėra vienas ir tas pats. Kaip teigia Jucevičienė ir Mozūriūnienė (2009), antrindamos Argyris, Shon (1996), *organizacinių žinių* sąvoka apima organizacijos supratimą, taisykles, žinojimą kaip veikti, naudoti įvairias technologijas ir priemones. Kitaip tariant, tai yra organizacijos suvoktos ir pripažintos svarbiomis žinios, kurios yra svarbios organizacijos veiklai vykdyti. Autorės pabrėžia, kad *organizacinės žinios* atspindi funkcinį požiūrį į žinias, tai yra, kokios žinios reikalingos organizacijai pasiekti tikslus, atlikti tam tikrą veiklą. Jos gali būti reikalingos individualiai vieno darbuotojo ir / ar kolektyvinei darbuotojų grupės veiklai atlikti.

Beje, mokslinėje literatūroje (Jucevičienė, Mozūriūnienė, 2009) tapo įprasta, kad *žinių* terminu vadinamos išreikštos (pasakytos, parašytos) žinios, tuo tarpu *žinojimo* terminas yra vartojamas, kai turima mintyje, jog šių žinių struktūroje yra ir *slypinčių* žinių (apie kurių egzistavimą organizacija ir darbuotojai nežino, bet kurios gali daryti įtaką darbuotojų veiksams). Pastarąsias žinias organizacija taip pat vertina, jeigu jos kuria organizacijos vertę (tiesa, šiame baigiamajame darbe apsiribojama išreikštų žinių tyrimu).

*Organizacijos žinojimas*, pasak minėtų autorių, yra žymiai platesnė sąvoka, išreiškianti holistinį požiūrį į žinias, jų visumą, esančią organizacijoje. Kitais žodžiais tariant, *organizacinis* žinojimas yra ribojamas organizacijos suvoktu ir jai svarbiu žinojimu, o *organizacijos* žinojimas apima visą ją sudarančių individų žinojimą, visų grupių, esančių organizacijoje ir organizacijos lygmens visą žinojimą – išreikštą, neišreikštą (šias žinias darbuotojai žino, bet jų nekomunikuoja kitiems bendradarbiams, laiko savyje) bei slypintį (Jucevičienė, 2007). *Organizacijos žinojimas* atspindi organizacijos kognityvinį potencialą, tai, ką organizacija kaip gyvas *organizmas* žino išreikštai, neišreikštai ir slypinčiai. Reikia pridurti, kad kartais žinios, kurios vienomis aplinkybėmis nelaikomos *organizacinėmis žiniomis*, tačiau egzistuoja organizacijoje kaip asmeninės ar darbuotojų grupių neformalios žinios, pasikeitus aplinkybėms taip pat gali kurti pridėjamą vertę organizacijai (Jucevičienė, Mozūriūnienė, 2009).

Mozūriūnienė (2010), gilindamasi į *organizacinį mokymąsi* ir *organizacines žinias*, pateikia organizacijos žinių struktūrą, kurią sudaro du laukai: *formalių žinių laukas* ir *neformalių žinių laukas* (žr. 2 pav.). *Formalių žinių lauką (A)* sudaro individų, grupių / padalinių ir visos organizacijos lygmenyse esančios žinios, organizacijos pripažintos svarbiomis; tai – *organizacinės žinios*. *Neformalus žinių laukas (B)* – šios organizacijos neformalios: a) darbuotojų turimos asmeniškai

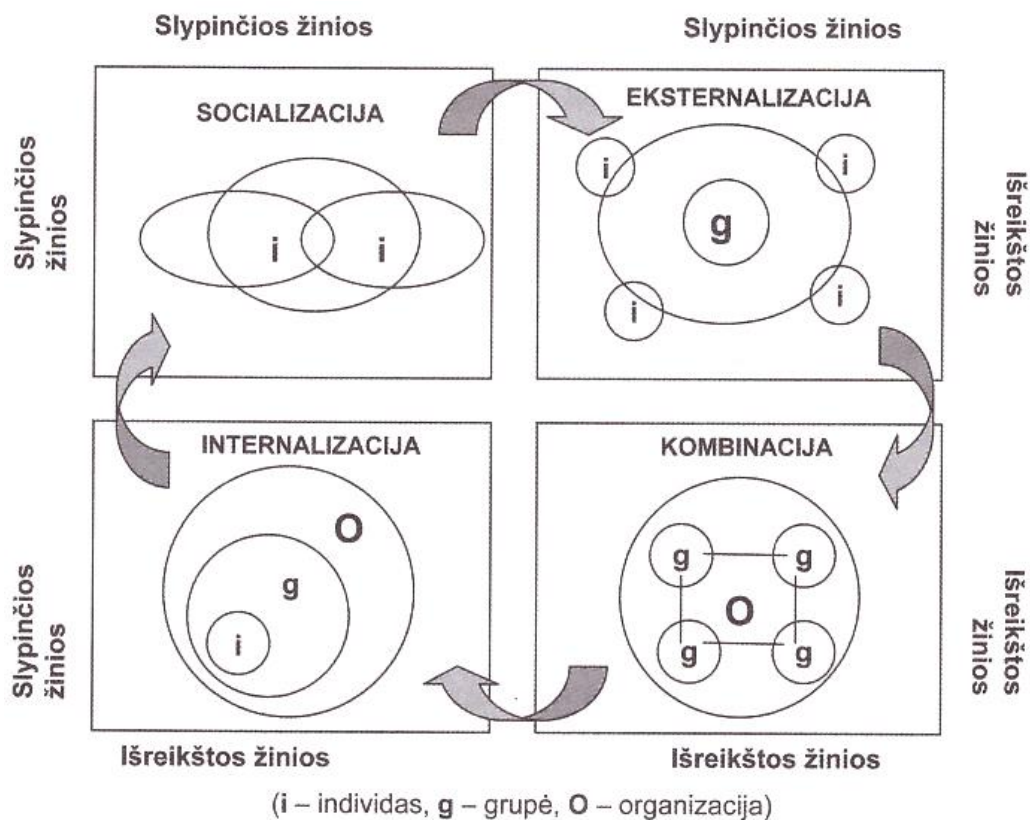
svarbios išreikštos žinios; b) darbuotojų grupių (formalių ir neformalių) įgytos išreikštos žinios, kurios nelaikomos organizacinėmis, nes organizacija jų nepripažįsta kaip kuriančių vertę; c) tarp darbuotojų grupių organizacijos lygmenyje įgytos išreikštos žinios (bendri neformalūs susirinkimai).



2 pav. Organizacijos žinių struktūra (Mozūriūnienė, 2010)

Autorė pabrėžia, kad *organizacijos žinios* – tai visos formalios ir neformalios organizacijos žinios, apimančios individų, grupių / padalinių ir visuose organizacijos lygmenyse esančias žinias. Kaip minėta, organizacijos žinias sudaro: a) organizacijos pripažintos svarbiomis organizacinės žinios, b) darbuotojų turimos asmeniškai svarbios išreikštos žinios, darbuotojų grupių (formalių ir neformalių) įgytos išreikštos žinios, kurios nelaikomos organizacinėmis, nes organizacija jų nepripažįsta kaip kuriančių vertę, ir tarp darbuotojų grupių organizacijos mastu įgytos išreikštos žinios (bendri neformalūs susirinkimai) – organizacijos lygmens neformalios žinios.

Grįžtant prie organizacinių žinių, neabejotinai reikia kalbėti apie organizacijose plačiai taikomą žinių vadybos modelį, kurio autoriai yra Nonaka ir Takeuchi (1995). Autoriai, gilindamiesi į žinių kūrimą organizacijoje, konkrečiai – į organizacinį mokymąsi, nagrinėja individualias ir kolektyvines žinias, ypač pabrėždami pastarąsias. Galima teigti, kad šio žinių kūrimo modelio esminis momentas tai - individo žinių (savo prigimtinių slypinčių žinių) *paviešinimas* kitiems organizacijos nariams. Autoriai (Nonaka, Takeuchi, 1995) akcentuoja socialinį procesą tarp žmonių, kurio pagrindu, laiko žinių kūrimą visoje organizacijoje, tiesa, autoriai pažymi, kad šis žinių kūrimo procesas yra interaktyvus ir spiralinis. Nonaka ir Takeuchi (1995), teigdami, kad visas žinių kūrimas prasideda nuo žmonių, sukūrė SEKI žinių transformacijos modelį, kuriame yra atskirtos išreikštos žinios nuo slypinčių žinių. Modelio pagrindu, padedama suprasti, kaip organizacijos narių individualias, dažniausiai slypinčias žinias paversti svarbiomis, vertingomis, visiems prieinamomis kolektyvinėmis išreikštomis žiniomis (žr. 3 pav).



3 pav. Nonaka organizacinio žinojimo kūrimo modelis (Jucevičienė, 2007; iš Nonaka, Reinmoeller, 2000)

3 paveiksle pavaizduotą žinių kūrimo modelį sudaro keturi etapai. Modelyje pavaizduota, kaip *slypinčios* žinojimas transformuojamas į *išreikštas* žinias ir atvirkščiai. Šį procesą autoriai pateikia kaip nesibaigiantį procesą.

Pirmasis modelio etapas – **socializacija**. Tai - dalijimosi patirtimi procesas, kai organizacijos nariai savo *slypinčių* žinių pagrindu (patirtimi) veiklos metu perduoda dalį savo *slypinčių* žinių grupės nariams ir šio proceso metu yra kuriamos: a) naujos grupės/padalinio (tų žmonių, su kuriais nuolat bendraujama, būnama) kolektyvinės *slypinčios* žinios, b) kuriami nematomi bendruomenės ryšiai, c) kuriama bendradarbiavimo atmosfera.

Mozūriūnienė (2009), analizuodama mokslininkų (Nonaka, Toyama, Byosiere, 2001) darbus, pabrėžia: *slypinčios žinios yra kontekstualiai specifinės ir sunkiai išreiškiamos*. Šios autorės tyrimo rezultatai patvirtina, kad *slypinčių* žinių mainai organizacijoje gali vykti neformalios arba formalios tarpasmeninės komunikacijos metu – veikloje, per patirtį, dirbant kartu. Nors ir Nonaka užsimena, jog socializacijos žinių kūrimo procesą laiko lengviausia žinių keitimosi forma, nes ji dažnai vyksta savaime, tačiau reikia atkreipti dėmesį, kad bendraujant tarpusavyje žinios dažnai gali likti *slypinčios*, todėl jas gali būti sunku išsaugoti ar pakartoti. Svarbu atkreipti dėmesį, kad SEKI modelio numeracija yra tik sąlyginė, ciklą galima pradėti nuo bet kurio etapo. Jucevičienė (2007) įvardino socializacijos procesą kaip sąlyginai paskutinįjį vieno ciklo etapą, kuriame, pasak autorės, kiekvienam organizacijos

nariui socializuojantis individų *slypinčios* žinios virsta individo kolektyvinėmis *slypinčiomis* žiniomis – toje bendradarbių grupėje ar diadoje, su kuriais daugiausiai bendraujama.

**Eksternalizacija.** Proceso antroje stadijoje žinios įgyja jau matomą formą: *slypinčias* žinias konvertuojant į *išreikštas*. Šioje fazėje itin svarbus yra dialogas, kurio pagrindu susidaro kolektyvinio mąstymo procesas. Kaip teigia Waltz (2003) išreikštomis žiniomis nėra sudėtinga dalintis su kitais ir būtent jos tampa pagrindu naujų žinių kūrimui. Ši fazė praktiškai dažniausiai vyksta darbo padalinio susirinkimų, pasitarimų metu, kai bendradarbiai tariaisi, diskutuoja ir priima šių posėdžių metu bendrus susitarimus, sprendimus, formalizuojamus to padalinio mastu. Nonaka ir Takeuchi (1995) teigia, kad šiame etape žmonės dirba grupėje naudodami savo žinojimą (*slypinčias žinias*). Būtent taip jie ir sukuria veiklos rezultatą – kolektyvines žinias (Dalkir, 2005). Nonaka, Toyama ir Byosiere (2001) pripažįsta, kad eksternalizacijos žinių perdavimo fazė yra esminis etapas žinių kūrimo procese, nes proceso metu vyksta *slypinčių* žinių transformavimas į *išreikštas* kolektyvines/grupines žinias, taigi šios žinios išvystomos ir tampa visos organizacijos naujų žinių kūrimo *pamatu*. Tiesa, reikia pažymėti, kad šio etapo procese išreikštos žinios fiksuojamos atitinkama forma: procedūromis, taisyklėmis ir kt.

**Kombinacija.** Tam, kad naujai sukurta koncepcija galėtų turėti realų pavidalą, ji turi būti jungiama su jau esamomis *išreikštomis* žiniomis. Kombinacija įgyvendinama tuomet, kai surūšiuotos ir susistemintos idėjos yra sujungiamos tam tikroje žinių visumoje-sistemoje. Kaip pastebi Mozūriūnienė (2010), kombinacija vyksta aukštesniame - organizacijos - lygmenyje (kaupiant, interpretuojant, sisteminant, skleidžiant ir restruktūrizuojant išreikštas žinias), kai kelių grupių/padalinių kolektyvinės išreikštos žinios derinamos su organizacinėmis, priklausančiomis visai organizacijai, žiniomis. Taip formuojamos kolektyvinės išreikštos organizacijos lygmens žinios (sukurta technologija, taisyklės derinamos tol, kol tampa organizacinėmis žiniomis, sąlygojančiomis visos organizacijos veiklą). Reikėtų atkreipti dėmesį, kad kai kurie autoriai (Dalkir, 2005) teigia, jog būtent kombinacijos etape savaime naujos žinios nėra kuriamos, o tik naudojamos prieš tai užfiksuotos. Tačiau šio baigiamojo darbo autorė mano, kad naudojant prieš tai sukurtas žinias ir jas sintetinant, visgi sukuriamos naujos žinios, nors ir nepasižyminčios radikaliu naujumu. Būtent šiame etape kolektyvinės žinios tampa visos organizacijos lygmens žiniomis (organizacijos lygmens išreikštos žinios), kurios organizacijai reikalingos ir jos dažniausiai yra įtvirtinamos tam tikrose žinių sistemose–strategijose, veiklos aprašuose, organizacijos principuose ir kt.

**Internalizacija.** Šio proceso metu *išreikštos* žinios transformuojasi į *slypinčias* žinias, tai reiškia, kad idėjos, mintys yra suformuojamos konkrečiame pavidale ir taip integruojamos į organizacijos bendrą patirtį, tapdamos organizacijos vertingu turtu. Reikia pastebėti, kad ši fazė yra susisiejusi su naujų žinių įsisavinimu – mokymusi dirbant. Svarbu pripažinti, kad individų naujų žinių ir patirties kaupimas gali vykti tik tada, kai žinios kombinacijos fazėje yra kiekvieno suvoktos ir



įsisavintos. Tai – pagrindinis internalizacijos proceso akcentas: naujas organizacijos taisyklės, technologijos turi tapti kiekvieno darbuotojo ir padalinio savastimi. Pirmiausia visa tai tampa išreikštosiomis individų, grupių žiniomis, fiksuotomis jų supratimo, konceptualizavimo lygmenyje. Tačiau tuo viskas nesibaigia. Šias žinias darbuotojai, jų grupės/padaliniai taiko savo veikloje, jas „aplipina“ iš kitų šaltinių ir iš savo taikymo praktikos gautomis žiniomis. Iš įvairių šaltinių įsisavintos darbuotojų žinios plečiasi, didėja ir prisitaiko prie kiekvieno darbuotojo praktikos. Tokiu būdu ir vyksta *išreikštų* žinių virsmas *slypinčiomis* (individualus ir grupinis *slypintis* žinojimas). Svarbu paminėti, kad įsisavinant žinias grupinėje veikloje šios žinios įgauna organizacijos, grupės/padalinio ar individualių žinių lygmens *slypintį* pavidalą. Kitaip tariant, išreikštos žinios organizacinio mokymosi veikloje perduodamos individams (ar jų grupėms) kaip *slypintis* ir *įtvirtintas* žinojimas. Reikia pabrėžti, kad internalizacija nėra galutinis žinių virsmo procesas, bet pagrindas naujoms žinioms kurti organizacijos viduje.

Reikia pastebėti, kad SEKI modelio autoriai pažymėjo, jog naujų žinių kūrimas yra dinaminis procesas, kuris pradedamas individualiu lygmeniu vėliau pereidamas į grupės/padalinio ir galiausiai visos organizacijos. Perėjimo procesai tarsi žinių kūrimo spiralė, kurią įvardino autoriai (Nonaka, Takeuchi, 1995) pažymėdami, kad toje žinių kūrimo spiralėje sąveikaujančios slypinčios ir išreikštos žinios yra nuolat plečiamos todėl jų kiekis akivaizdžiai didėja. Perėjimas iš vieno etapo į kitą formuoja žinių kūrimo spiralę, nes jo metu sąveikaujančios slypinčios ir išreikštos žinios yra praplečiamos, jų kiekis nuolat didėja. Žinių kūrimo spiralinis modelis grįstas nesibaigiančiu žinių kūrimo procesu – vieno ciklo baigtinis rezultatas (internalizuotos žinios) transformuojasi į kito ciklo (socializacijos) etapą, kuriame brandinama nauja *slypinčių* žinių kokybė, kuri vėliau išgyvena eksternalizaciją ir procesas spiralės pagrindu vėl kartojasi, pereidamas tiek individo, tiek grupės, tiek organizacijos lygmenis. Autoriai pabrėžė, kad žinių kūrimas organizacijoje yra nesibaigiantis procesas, kuris nuolatos save tobulina ir atkreipė dėmesį, kad negalima sustoti nei vienoje iš pirmųjų trijų proceso fazių (socializacijoje, eksternalizacijoje, kombinacijoje), nes tik pasiekus internalizacijos procesą žinios virsta svarbiu turtu ne tik individui, bet ir visai organizacijai.

Tiesa, svarbu paminėti ir autorius, kritikavusius kai kurias Nonaka ir Takeuchi idėjas. Vienas iš jų tai – Johnson (2007). Johnson (ten pat) kritikuoja kai kurias SEKI modelio proceso dalis. Autorius teigia, kad žinios gali būti kuriamos per individualias savarankiškas darbuotojų praktikas ir individas sugeba išreikšti slypintį žinojimą, generuoti išreikštas žinias savo asmeninėje praktikoje. Tiesa, Johnson nepaneigia SEKI modelio visiškai, tačiau daugiausia kritikuoja socializacijos etapą, kurį pakeičia *darbuotojo individualia praktika, kurios metu kuriamas slypintis žinojimas*.

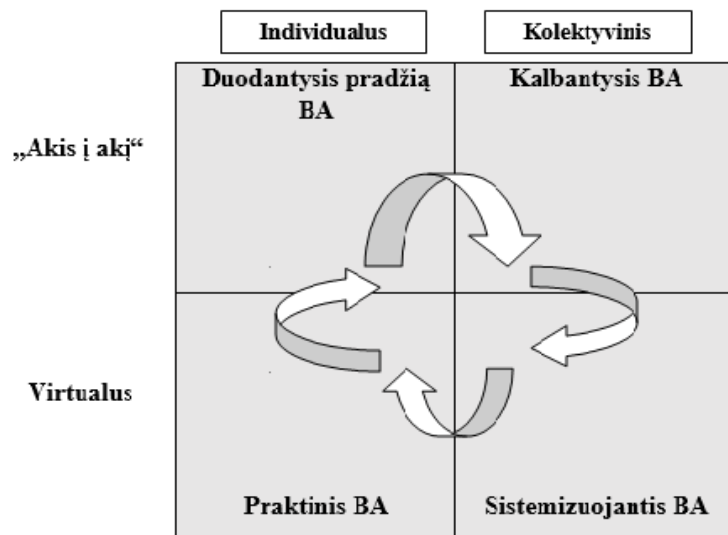
Mozūriūnienė (2009) gilinosi į Johnson (2007) kritiką ir pateikė Johnson žinių struktūrinio pažinimo modelio analizę, kurioje akcentuojama jog: 1) *slypinčios žinios būdingos tik konkrečiam*

*individui ir reiškiasi žinojimu, remiančiu šio individo konkrečią veiklą; 2) žinojimas apima ne tik slypinčias, bet ir išreikštas žinias; 3) šių dviejų rūšių žinios veiklos praktikoje yra neatskiriamos (tarp jų vyksta nuolatinė sąveika, generuojant naujas žinias konkrečiame kontekste).* Taigi autorė (Mozūriūnienė, 2009) išryškina, kad modelio autorius teigia, jog slypintis žinojimas individo kuriamas iš vidaus, o žinios visada yra konstruojamos pirmiausia per savą suvokimą. Anot Johnson (2007), tai reiškia, jog visos žinios visų pirma egzistuoja individų galvose, o visos kitų individų komunikuojamos žinios konkrečiam individui yra tik informacija. Mozūriūnienė (2009) pastebi kad, autorius pritaria argumentams, jog egzistuoja žinios kaip supratimo forma, tačiau jis vienareikšmiškai teigia, kad bet kuriuo atveju – slypinčiai ar išreikštai - šiomis žiniomis negali būti pasidalyta tarp individų. Tiesa, autorius visiškai nenuneigia grupinės veiklos ir joje vykstančio mokymosi, pažymėdamas, kad slypintis žinojimas netgi gali padidėti praktikuojantis kartu. Taip pat jis pažymi, kad kalbėti apie žinias grupės lygmenyje tikrai galima, o jas ir sudaro kiekvieno individo turimos žinios, tarp kurių yra bendrų, svarbių tai grupei žinių.

Jeigu Nonaka ir Takeuchi (1995) organizacinio mokymosi, organizacinio žinojimo koncepcijose aptarinėja tris mokymosi ir žinių lygius – individualų, grupinį ir visos organizacijos (pastarieji du lygiai atspindi kolektyvines žinias), ypač akcentuodami kolektyvinio mokymosi prasmę, tai Johnson (2007) akcentuoja, kad bet koku atveju, kad ir kuriame mokymosi lygmenyje mokymasis vyksta, tačiau šalia to visada individas kuria ir savo asmenines žinias. Šiame baigiamajame darbe laikomasi SEKI (Nonaka ir Takeuchi) modelio mokymosi struktūros, tačiau neatmetama ir Johnson pozicija, kad šalia kolektyvinio mokymosi individas gali kurti ir sau reikšmingas individualias žinias.

Beje, reikia pastebėti, kad ilgą laiką žinių vadybos mokslininkai, tyrinėję organizacinio mokymosi procesus, apsiribojo jų vadybiniu aspektu. Tačiau gyvenimo praktika (ją patvirtina ir Johnson (2007) idėjos) parodė, kad tikrai žiniomis negalima pasidalinti panašiai kaip dalinamasi fiziniais daiktais: žmonės komunikuodami savo žinias teikia vienas kitam kaip informaciją, o priimantis šią informaciją turi ją paversti savo žiniomis. Todėl žinios – ne obuolys, kurį galima iš vieno žmogaus rankos perimti į kito žmogaus ranką. Tai – mokymosi procesas, kuris klausio ir mokymo (kaip informacijos teikimo ir priėmimo) dėsnių. Taigi, organizacinis mokymasis, nors ir vykstantis darbo procese, taip pat yra edukologijos objektas.

Nonaka ir Takeuchi (1995) pripažino, kad naujų žinių kūrimui reikalinga atitinkama vieta - fizinė erdvė (vieta ir kontekstas – autoriai ją pavadino japoniškai - Ba). Ši erdvė yra kaip kontekstas, kuriame sukuriamos skirtingo supratimo žinios (žr. 4 pav.). Organizacijose Ba apima ne vieną erdvę: fizinę, virtualią ir mentalinę (bendri, vienodai suvokiami idealai).



4 pav. Keturios Ba kategorijos (Nonaka, Noboru, 1998)

Mokslininkai, analizavę mokymąsi organizacijoje, išskiria keturių tipų Ba, o kiekviena dalis atitinkamai veikia kiekvieną SEKI modelio konteksto dalį.

**Duodantysis pradžia Ba** - tai erdvė, kurioje vysta organizacijos darbuotojų „akis į akį“ tarpusavio bendravimas ir sąveika su aplinkiniais. Žmonės šioje erdvėje bendrauja neformaliai, dalinasi patirtimi, išgyvenimais, jausmais, mentaliniais modeliais. Būtent šioje Ba erdvėje prasideda organizacijos žinojimo kūrimo procesas.

**Kalbantis Ba** – tai sąmoningo dalijimosi erdvė - bendravimas vyksta, grupėse, kolektyvuose. Galima teigti, kad bendrų diskusijų pagrindu, pasitelkiant individualius mąstymo modelius bei patirtį, susiformuoja naujos bendros idėjos ar koncepcijos. Šiame etape *slėpinčios* žinios jau virsta *išreikštomis* žiniomis.

**Sistemizuojantis Ba** – tai aplinka, kurioje naujos išreikštos žinios yra derinamos su jau esama/turima informacija. Ši aplinka pasižymi tuo, kad individualaus darbo procese yra lyginamos ir sintetinės egzistuojančios žinios, o joms atitinkamai suteikiama įvairiai apibrėžta forma, kuri suteikia galimybę, ar tiesiog įgalina žinių sklaidą kitiems organizacijos nariams. Taigi šiame proceso etape sintetinės naujos *išreikštos* organizacinės žinios, bendros visai organizacijai.

**Praktinis Ba** – tai kasdienė darbo aplinka, kurioje vykstanti kiekvienai dienai įprastinė individuali veikla, o veiklos metu darbuotojai praktiškai pritaiko bendrame kontekste atsiradusias žinias, tokiu būdu suformuodami netik naujai atsiradusius įgūdžius, bet ir patirtį (Nonaka, Konno, 1998). Šis etapas grindžiamas mokymosi procesu, kuriuo kiekvienas individas nenutrūkstamai save tobulina apmokymų, kasdienės veiklos metu.

Gali kilti klausimas: o kaip žmonės įgyja 3 paveikslė pavaizduotą neformalių žinių lauką? Bendriausias atsakymas: įvairiausiais būdais ir įvairiose vietose: organizacijoje, bendraudami

organizacijos nenumatytais tikslais (pvz., asmeniškai mąstydami ar eksperimentuodami darbo vietoje; kolektyviai bendraudami, pvz., rūkymo pertraukėlių metu ar svarstydami juos netenkinančius organizacijos gyvenimo klausimus ir kt.), namuose etc. Gali kilti klausimas: ar gali vykti Nonaka ir Takeuchi (1995) nurodytas keturių fazių mokymasis, tačiau neformalus? Į šį klausimą galima būtų atsakyti teigiamai, jeigu organizacijoje, šalia jos numatytų ir skatinamų veiklų, susidaro neformali organizacinė aplinka (formaliai neįtakojama pagrindinės organizacijos), kurioje darbuotojai komunikuoja kaip nepriklausomi nuo organizacijos asmenys, bet kaip individai ar profesionalai. Tačiau jeigu toks tobulėjimas gali būti aprašomas, vadovaujantis Nonaka ir Takeuchi (ten pat) modeliu, tuomet jau reikia kalbėti apie tam tikrą veikimo pastovumą. Jis neišvengiamai sukurs tam tikrą kultūrą. Ši kultūros erdvė gali būti pagrindinės organizacijos subkultūra (konstruktyvaus pobūdžio, jai padedanti funkcionuoti) arba kontrkultūra (jai priešinga). Pirmoji – konstruktyvi kultūra – reikšis tada, kai, pavyzdžiui, savo darbo entuziastai, iš įvairių padalinių susibūrę į neformalią/ias grupę/es, laisvu nuo darbo (ar sutaupyto darbo metu) sprendžia ypač inovatyvias, organizacijos vadovų dar nefiksuotas kaip reikalingas spręsti, problemas. Antroje – kontrkultūros erdvėje – susiburia tie, kurie yra savo idėjomis ar interesais priešingi tam, kas šiuo metu vyksta organizacijoje.

Formalų (organizacijos pripažįstamą kaip svarbų ir jai reikalingą) organizacinį mokymąsi nuo neformalaus mokymosi nesunku atskirti tada, kai organizacija yra sukūrusi ir realizuoja žinių valdymo sistemą, paremiamą organizacinėmis priemonėmis.

Visgi dažniausiai sunku atskirti, kada vyksta organizacinis mokymasis, kuriant formalias organizacines žinias, ir neformalus mokymasis, kurio metu kuriamos neformalios žinios individualiame, grupiniame ir visos organizacijos lygmenyje. Paprastai tyrinėtojai jas atskiria tik klausinėdami pačių darbuotojų: išsiaiškindami, ar, konstruodami vienas ar kitas žinias, jie jaučiasi: a) dirbantys tiesioginį darbą, tai, ko reikia organizacijai, b) darantys kai ką „kito“, kas lieka (ar kol kas lieka) tik jų pačių (asmeniškai ar neformalios grupės).

Šiame darbe nagrinėjamas gydytojų individualus ir kolektyvinis mokymasis kaip organizacinis mokymasis. Juo laikomas sveikatos apsaugos organizacijai svarbus gydytojų mokymasis, vykstantis individualiame, grupės ir visos organizacijos lygmenyse (pastaruosiuose dviejuose lygmenyse vyksta kolektyvinis mokymasis), kuriant šios organizacijos misijai ir tikslams realizuoti reikalingas organizacines žinias.

Apibendrinant tai, kas pasakyta šiame skirsnyje, galima teigti:

- organizacinis mokymasis – tai procesas, kuris susieja skirtingus individualaus ir kolektyvinio mokymosi lygius ir nagrinėja organizacinį mokymąsi sisteminiu požiūriu kaip individų formalų ir neformalų mokymąsi trijuose mokymosi lygmenyse: individualiame, grupiniame ir visos organizacijos lygmenyje. Šie mokymosi procesai

organizacijoje vyksta transformuojant tris žinių rūšis – išreikštas, neišreikštas bei slypinčias – socializacijos, eksternalizacijos, kombinacijos ir internalizacijos procesų metu į kolektyvines išreikštas žinias, vertingas visai organizacijai;

- visi šie mokymosi procesai vyksta tam tikroje aplinkoje, t. y. Ba. Tinkama Ba organizacijai suteikia galimybę kurti naudingas ir reikšmingas organizacijos žinias bei jomis disponuoti. Sėkmingam Ba sukūrimui ir mokymosi vystymui labai svarbu organizacijoje vyraujantis bendras vertybių suvokimas;
- esminiais organizacinio mokymosi elementais gali būti laikomos individų žinios, individų grupių žinios, žinių kūrimo procesas, žinios kaip trijų mokymosi lygių rezultatas, žinių kūrimo aplinkos veiksniai, patys besimokantieji ir jų sąveikavimas tarpusavyje. Tiesa, reikia pažymėti, kad šalia kolektyvinių žinių individas gali formuoti ir savo individualias žinias. Sąsajos tarp šių elementų pavaizduotos 2 lentelėje.

Taigi, iš to, kas pasakyta, galima pateikti organizacinio mokymosi ir organizacijos žinių kūrimo charakteristikas ir kriterijus (žr. 2 lentelę, remiantis Nonaka ir Takeuchi, 1995).

**2 lentelė. Organizacijos mokymosi ir žinių kūrimo charakteristikos ir kriterijai (remiantis Nonaka ir Takeuchi, 1995; Johnson, 2007)**

Organizacijos mokymosi/žinių kūrimo charakteristika	Organizacijos mokymosi/žinių kūrimo charakteristikos apibūdinimo kriterijai		
	Besimokantieji ir jų sąveikavimas tarpusavyje	žinios kaip rezultatas	žinių kūrimo aplinkos veiksniai
<b>Socializacija</b> (iš slypinčių į slypinčias žinias)	Individo slypinčių žinių perdavimas grupei individų: 1) <i>Bendravimas darbo vietoje;</i> 2) <i>Bendravimas neformalioje aplinkoje;</i> 3) <i>Bendravimas - per bendrą patirtį.</i>	Kolektyvinis slypintis žinojimas: 1) <i>Individai perduoda dalį savo slypinčio žinojimo, kuris virsta bendraujančių individų kolektyvinėmis slypinčiomis žiniomis;</i> 2) <i>Susiformuoja kasdieninėje veikloje, organizacijos elgsenoje.</i>	Erdvė (aplinka gali būti specialiai sukuriamą arba susidaryti savaime.): 1) <i>Darbuotojų „akis į akį“ tarpusavio bendravimas ir sąveika su aplinkiniais (formaliai, neformaliai);</i> 2) <i>Bendra veikla.</i>
<b>Eksternalizacija</b> (iš slypinčių į išreikštas žinias)	Individų slypinčių žinių perdavimas bendros veiklos metu: 1) <i>Individai drauge dirba komandose/padaliniuose;</i> 2) <i>Reiškia savo mintis-girdi ir sužino naujų dalykų taip sukuriamos naujos kolektyvinės žinios.</i>	Kolektyvinių slypinčių žinių konvertavimas į kolektyvines išreikštas žinias: 1) <i>Išreikštos žinios tampa naujai sukurtų bendrų žinių pagrindu;</i> 2) <i>Žinios fiksuojamos atitinkama forma.</i>	Erdvė: 1) <i>Bendravimas vyksta bendruomenėse, kolektyvuose;</i> 2) <i>Sąmoningo dalijimosi erdvė.</i>
<b>Kombinacija</b> (iš išreikštų į išreikštas žinias)	Išreikštų žinių įgijimas, interpretavimas: 1) <i>Atskirų individų ar atskirų grupių kolektyvinės žinios derinamos, kuriant visos organizacijos/padalinio žinias.</i>	Kolektyvinės žinios tampa visos organizacijos žiniomis: 1) <i>Susistemintos žinios, naujai sukurtos žinios;</i> 2) <i>Užfiksuojamas bendras suvokimas.</i>	Aplinka: <i>Sudaromos sąlygos:</i> 1) <i>Susirinkimai;</i> 2) <i>Posėdžiai;</i> 3) <i>Grupės bendra veikla.</i>
<b>Internalizacija</b> (iš išreikštų į slypinčias žinias)	Naujų organizacijos lygmens išreikštų žinių perdavimas (individams ir grupėms) organizacinio mokymosi metu: 1) <i>Slypinčios žinios keičia individų ir jų grupių mentalinius modelius ir tampa vertingu turtu organizacijai ar individui (kai individai „perima“ naujas taisykles, normas);</i> 2) <i>Šios žinios (integruotos į veiklą) tampa slypinčiu žinojimu mokymosi procesų metu.</i>	Išreikštų žinių pavertimas slypinčiu žinojimu: 1) <i>Kolektyvinės išreikštos (organizacijos lygmens) žinios paverčiamos kiekvieno individo išreikštu žinojimu;</i> 2) <i>Kolektyvinės išreikštos padalinio/grupės lygmens žinios virsta individų grupių ir atskirai individo slypinčiu žinojimu.</i>	Erdvė (specialiai organizuota ar savaimeinė): 1) <i>Mokymai/apmokymai;</i> 2) <i>Veikla/mokymosi procesai.</i>
<b>Refleksija (pagal Johnson, 2007)</b>	<i>Individualūs apmąstymai refleksuojant savo veiklą</i>	<i>Konkretūs planai savo veiklai gerinti</i>	

*Kaip visi šie elementai pasireiškia gydytojų darbe bus aptariama kituose baigiamojo darbo skyriuose, prieš tai plačiau apžvelgiant individualaus ir kolektyvinio mokymosi santykį bei mokymosi darbo vietoje koncepciją.*

### 1.2.2. Kolektyvinio ir individualaus mokymosi santykis

Išsiaiškinus organizacinių žinių kūrimo procesą, vertėtų išsamiau aptarti organizacinio mokymosi sudedamąsias dalis: individualų bei kolektyvinį mokymąsi. Prieš tai svarbu priminti, kad organizacijose žmogus dažniausiai mokosi ne vienas, o tam tikroje grupėje ar padalinyje, todėl kalbant apie kolektyvinio mokymosi santykį su individualiu mokymusi čia labiau akcentuojama kolektyvinio mokymosi nauda ne tik individui, tačiau ir visai organizacijai.

Mokslininkai (Carroll ir Edmonson, 2002; Griffin, 2004; Jucevičienė, 2007; Mozūriūnienė, 2010 ir kt. ), kalbėdami apie žmonių galimybes mokytis organizacijoje, pažymi, jog tai gali būti daroma individualiai arba grupėje. Būtent mokymasis grupėje, nepriklausomai nuo jos dydžio, yra vadinamas kolektyviniu mokymusi (Jucevičienė, 2007). Tačiau, cituodama Jarvis, Holford ir Griffin (2004), autorė nurodo, jog kolektyvinis mokymasis yra kai kas daugiau nei tos grupės narių individualaus mokymosi suma. Kitais žodžiais tariant, mokymasis grupėje sukuria savotišką sinerginį efektą, kurio dėka tokio mokymosi rezultatai yra gerokai didesni nei tie, kuriuos galima pasiekti mokantis vienam, tai yra - individualiai. Eidintaitė (2013) pažymi, *kad tai ypač pabrėžtina, kalbant apie veiklos bendruomenes, kai tam tikros žmonių grupės susiburia siekti vieno bendro tikslo. Tokiu būdu formali ar neformali grupė yra motyvuota dirbti ir pasiekti tikslą per bendrą veiklą, panaudojant turimą visų grupės narių potencialą*. Jucevičienė (2007) taip pat pažymi, jog kolektyvinis mokymasis yra neatsiejamas nuo mokymosi iš patirties teorijų, kurias plačiai nagrinėjo Jarvis, Holford ir Griffin (2004) bei Marton ir Booth (1997). Nors mokymosi iš patirties teorija negali būti tiesiogiai ekstrapoliuojama į kolektyvinį mokymąsi, tačiau būtent individų patirtis yra viena iš galimybių mokytis grupėje prielaidų.

Mozūriūnienė (2010) taip pat pripažįsta kolektyvinio mokymosi naudą ir įrodo, *jog toks mokymasis yra labai svarbus bet kuriai organizacijai, kadangi dabartiniais laikais žinios sukuria ryškų konkurencinį pranašumą*. Individualios žinios, pasak autorės, didina kiekvieno darbuotojo profesionalumą, kai tuo tarpu kolektyvinio mokymosi būdu įgytos žinios duoda gerokai didesnę efektą.

Kai kurie kiti autoriai, pavyzdžiui, Carroll ir Edmonson (2002), individualų ir kolektyvinį mokymąsi bandė suprasti stebėdami, kaip jis vyksta praktikoje. Jie taip pat pastebėjo, kad kolektyvinis mokymasis yra procesas, kuris padidina organizacinės veiklos efektyvumą per žinias ir supratimą. Autoriai teigia, kad mokymosi procesas yra veiksmo ir atoveiksmio ciklas – t. y. *darymas ir galvojimas, veikimas ir neveiklumas*. Tai, kas išmokta, veiksminga ir skleidžiama yra vadinama darbų atlikimo praktika, kuri padeda pasiekti užsibrėžtus tikslus. Darbo praktika išsivysto laikui bėgant, kai asmuo įgyja patirties su užduotimis, žmonių kaita, technologijų pokyčiais, prioritetų ir taisyklių pakeitimais ir geriausių patirčių pasidalijimu. Carroll ir Edmonson (2002) pažymi, jog kai kurios darbo

praktikos yra paprastos ir lengvai įgyvendinamos vieno asmens, tačiau kai kurios reikalauja veiksmų suderinimo iš daugumos. Žinios, kurios yra reikalingos įgyvendinti šias darbo praktikas yra pateiktos įvairiomis formomis skirtingose vietose.

Neergaard (1994), kaip ir Carroll ir Edmonson (2002), taip pat gilinasi į mokymosi procesą. Autorius teigia, jog organizacijos nariai besimokydami (sąveikaudami grupėje) turi galimybę naudoti ir kitų narių turimas žinias ir patirtį. Autorius (ten pat) būtent tai ir laiko kolektyvinio mokymosi procesą, kurį skirsto į dvi grupes:

- formalus kolektyvinio mokymosi procesas, kurs vyksta per formalią struktūrą ir atitinkamas vadybos sistemas;
- neformalus kolektyvinio mokymosi procesas, kuris dažniausiai pasireiškia per organizacijos kultūrą.

Mozūriūnienė (2010), remdamasi Argyriu (1992), patvirtina, jog organizacijos narių (individue) mokymasis vyksta dviem lygmenimis. Autorė, cituodama Jucevičienę (2007), pabrėžia, kad individo mokymasis individualiame lygmenyje yra tiesiogiai susietas su jo atliekamu darbu organizacijoje, tuo tarpu kolektyviniame lygmenyje mokymasis vyksta tik tuomet, kai individai bendrai veikia padaliniuose arba grupėse.

Labai panašios pozicijos laikosi ir Eidintaitė (2013), kuri, remdamasi Bandura (1977), Senge (1990, 1994) ir kt., teigia, *jog kolektyvinio mokymosi metu mokosi ne kas kitas, bet tie patys individai, tačiau tai jau nebe individualus mokymasis. Žmogaus individualiai įgytos žinios visada yra subjektyvios, tuo tarpu, kuo labiau pasitelkiamas kolektyvinis mokymasis, tuo labiau įgyjamos žinios tampa objektyvesnės. Tai reiškia, jog diskusijų ir dialogų metu žmonės tikrina ir vertina tiek savo, tiek ir kolegų žinias, o konsensuso būdu pripažinta informacija tampa visos grupės pripažintomis objektyviomis žiniomis.* Kita vertus, Eidintaitė (2013) taip pat pabrėžia, jog maksimalus mokymosi organizacijoje efektyvumas pasiekiamas tik derinant individualaus bei kolektyvinio mokymosi procesus.

Neergaard (1994) į šį reiškinį taip pat žiūri iš panašios perspektyvos. Autorius lygina individualų ir kolektyvinį mokymąsi. Jo nuomone, taikant individualaus mokymo modelį organizacijoje, pasiekiamas pakankamai greitas norimas rezultatas (pavieniai darbuotojai įgauna reikalingų jų darbui žinių), tačiau reikia pabrėžti, kad laiko perspektyvoje, tik tokio mokymosi modelio laikymasis nėra visiškai efektyvus dėl keleto pagrindinių priežasčių: 1) komunikacijos tarp besimokančių ir nesimokančių individų; 2) žmogiškųjų išteklių kaitos pačioje organizacijoje ir kt. Kita vertus, žmogiškųjų išteklių kaita gali ne tik paveikti organizacinį mokymąsi, tačiau ir pats mokymasis veikia darbuotojų ir žinių judėjimą. Šioje vietoje autorius išryškina kolektyvinio mokymosi naudą –



kaita organizacijoje gali reikšti tam tikrų individualių žinių išnykimą (darbuotojui išėjus iš darbo), tačiau vykstant nuolatiniam kolektyviam mokymuisi žinios organizacijoje išliks.

Burkšienė (2012), antrindama Hedberg (1981), Schwandt (1997), Heyes ir Allinson (1998) teigia, kad mokymasis individualiame ir kolektyviniame lygmenyse laikomas esminiu veiksmu, norint organizacijai adaptuotis prie vidinių bei išorinių aplinkos iššūkių. Tačiau autorė pabrėžia, kad tuo pačiu reikia įvertinti ir tai, kad ne visos individualiame lygmenyje esančios žinios gali būti organizacijai reikšmingos.

Svarbu paminėti, kad individualaus mokymosi proceso metu individas gali susidurti su motyvacijos stokos problema, tačiau Clarke (2005) mano, jog mokymosi motyvacijos klausimą puikiai sprendžia kolektyvinis mokymasis. Mokymosi poreikį dažniausiai nustato organizacijos vadovybė, tačiau yra įvairių būdų norimiems rezultatams pasiekti. Kolektyvinis mokymasis eliminuoja darbuotojų pasipriešinimą, t.y., jis dažniausiai nėra suvokiamas kaip *priverstinis* ir vyksta natūraliai socializacijos metu. Jis taip pat puikiai išryškina kiekvieno individo poreikius bei tobulintinas asmeninių kompetencijų sritis. Taigi šalia individualių žinių egzistuoja ir kolektyvinės žinios. Kaip teigia Jucevičienė (2007), antrindama Durkheim (1974), šios kolektyvinės žinios gausesnės, aukštesnio lygio nei paprasta individų turimų žinių suma. Autorė pabrėžia, kad generuojant kolektyvines žinias gaunamas sinerginis efektas. Šios kolektyvinės žinios gali būti slypinčios žinios, jeigu jas įgyja veiklos bendruomenės, bendrai veikdamos. Tačiau Jucevičienė (2007) pažymi, kad šalia kolektyvinių žinių, kaip savitas supratimas, gali formotis ir atskirų narių individų žinios.

Kalbant apie individualaus ir kolektyvinio mokymosi galimybes, svarbu pastebėti, kad šiandien vis labiau pripažįstamas ir mokymasis darbo vietoje, kuris yra žinių ir įgūdžių plėtros šaltinis. Mokymasis darbo vietoje yra sąlygojamas refleksyvumo praktikoje, mokymosi iš patirties individualiai bei grupėse. Tai - efektyvus svertas siekiant kompetencijos, sprendžiant problemas, įgyjant ir dalinantis kontekstualizuotomis žinių formomis, svarbiomis praktikoje, kuriant ir visos organizacijos žinojimą (Eraut, 2000).

Vis didesnę svarbą organizacijos teikia tinkamai mokymosi kultūrai, aplinkai ir mokymosi procesams, susijusiems su mokymosi palengvinimu ir valdymu darbe (Matthews ir Candy, 1999; Sternas ir Sommerlad, 1999; Sambrook ir Stewart, 2000). Atkreipdama dėmesį į šiuos aspektus, organizacija taip pat turi atsižvelgti į organizacijos aplinką ir nagrinėti, kokias sistemines pastangas ji vykdo, siekdama paremti mokymąsi darbe. Kaip teigia Watkins ir Marsick (1993), *mokymosi aplinkos kūrimas peržengia pačio mokymosi modelio ribas, nes integruoja ir darbo modelį, darbo aplinką, technologijas, atlygio sistemas, struktūras ir politiką.*

Kai kurie autoriai (Berryman, 1993; Eraut, 2000; Raelin, 2000; Smith, 2000, 2001; Clarke, 2005) nuolatinio individualaus ir kolektyvinio mokymosi procesą organizacijoje sieja su mokymusi

darbo vietoje. Clarke (2005), analizuodamas kitų autorių (Berryman, 1993; Eraut, 2000; Raelin, 2000) darbus, pastebi, jog daugelis literatūros šaltinių, kuriuose kalbama apie mokymąsi darbo vietoje, nurodo, kad šis mokymosi būdas yra efektyvus kuriant ir plėtojant kontekstualizuotą, asmeninių ir procedūrinių rūšių žinias, kurios yra svarbios, kad žmonės galėtų atlikti savo darbą. Clarke (2005) taip pat perfrazuoja Anderson (1982), Koubek ir kt. (1999) teiginius ir pabrėžia, jog procedūrinės žinios yra apibrėžiamos kaip žinios, kurios yra reikalingos priimant sprendimus bei vertinamos kaip būtinos įgūdžių ir naujų žinių įgijimui. Clarke (2005), gilindamasis į literatūrą, susijusią su mokymusi darbo vietoje, pastebi, jog daugelis veiksnių sudaro darbo vietos aplinką ir daro įtaką mokymosi darbo vietoje rezultatams. Kaip svarbiausias darbo vietos aplinkos sąlygas autorius išskiria:

1. **Palaikomoji mokymosi ir vystymo infrastruktūra** (angl. *supportive learning and development infrastructure*). Autorius tai traktuoja kaip pagalbinio mokymosi plėtros strategijas ir procedūras, kurios yra būtinos siekiant užtikrinti atitinkamas mokymosi galimybes, atsižvelgiant į individualius, kolektyvinius, t.y., organizacinius poreikius. Pažymima, kad mokymosi politika sąlygoja organizacijos įsipareigojimą tolimesniam darbuotojų tobulėjimui, o strategija nustato, kaip turi būti paskirstyti mokymosi poreikiai (individualiai-kolektyviai). Vertinimo politikos ir asmeninio tobulėjimo planai bei joms reikalinga infrastruktūra ir organizaciniai ištekliai turi užtikrinti, kad individualūs mokymosi poreikiai būtų patenkinti.

2. **Tam tikrų tipų mokymosi galimybės** (angl. *Particular types of learning opportunities*). Clarke (2005) pastebi, kad daugelis mokslininkų (Watkins ir Marsick, 1993; Billett, 1999; Beckett, 1999; Raelin, 2000) pabrėžė organizacijų būtinybę teikti įvairių mokymosi galimybių spektrą, siekiant patenkinti skirtingus mokymosi poreikius. Kitaip tariant, mokslininkai įrodinėja, kad mokymosi galimybės darbo vietoje paprastai atpažįstamos atliekant darbinę veiklą, tačiau yra labai mažai žinoma apie mokymosi darbo metu galimybių efektyvumą ir įtaką mokymosi darbo vietoje rezultatams. Tai reiškia, jog mokymosi darbo metu galimybės toliau diferencijuojasi kaip tokios, kurios nutinka savarankiškai besimokančiam (pvz., stebint ar atliekant darbo užduotis) ir orientuojantis į grupę (pavyzdžiui, teikiant instruktažą ar organizuojant komandos susitikimą). Clarke (2005) tai vadina *nepriklausomomis (individualiomis) bei grupinėmis mokymosi darbo vietoje galimybėmis*, pažymėdamas, kad šio skirtumo svarba slypi potencialiai svarbiuose socialiniuose santykiuose mokantis bet kuriuo atveju, kuris gali turėti įtakos mokymosi darbo vietoje rezultatams.

3. **Igalinimas ir veiksmingas bendravimas** (angl. *Empowerment and effective communication*). Autorius, kalbėdamas apie mokymosi įgalinimą ir veiksmingą bendradarbiavimą organizacijoje, pažymi, kad žmonės yra laikomi socialinėmis būtybėmis, kurios konstruoja savo supratimą per socialinę sąveiką. Dėl to socialinė mokymosi perspektyva sulaukia didesnio populiarumo. Ši mokymosi perspektyva pripažįsta mokymąsi per socialinius santykius, kurie

realizuojami per tinklų ar bendruomenių praktiką. Šiuo aspektu Clarke (2005) antrina Brown ir Duguid (1990), Lave ir Wenger (1991) bei priduria, kad organizacinė aplinka, kuri palaiko darbuotojų dalyvavimą organizacijoje ir demokratiją, atveriant komunikacijos kanalus, ir sąlygoja mokymosi darbo vietoje rezultatus, kurie priklauso nuo tokių socialinių sąveikų.

4. **Parama refleksijai ir darbo iššūkiams** (angl. *Support for reflection and job challenge*). Remiantis pažinimo teorija, refleksija yra vertinama kaip sudėtinė mokymosi dalis, per kurią yra tvarkoma, sisteminama individo turima informacija. Remdamasis Kolb (1984), Clarke (2005) pabrėžia, kad refleksija yra vertinama kaip pagrindinis elementas, kurio metu jausmas kyla iš veiksmo ir praktikos. Taigi šis autorius, analizuodamas mokymosi iš patirties ciklą, sutinka su Kolb (1984) pozicija ir teigia, kad refleksija yra raktas į sėkmingą mokymąsi. Tai ypač svarbu, kai kalbama apie mokymąsi, vykstantį darbo metu. Svarbu paminėti, kad Clarke (2005), remdamasis McCauley ir kt. (1994) atliktais tyrimais, nustatė, jog iššūkiai darbe yra tai pat svarbus mokymosi per darbinę veiklą aspektas.

5. **Parama mokymosi perkėlimui** (angl. *Support for learning transfer*). Pasak Clarke (2005), daugybė mokymosi darbo vietoje tyrimų rezultatų leidžia teigti, kad darbo grupės, kolegos ir vadovai yra labai svarbūs palengvinant mokymosi perkėlimą organizacijose (šių mokymosi iniciatyvą, įgyjant organizacijos efektyviai veiklai svarbias žinias, skleidžiant organizacijoje „sniego gniūžtės“ principu, o pagal Nonaka ir Takeuchi (1995) – realizuojant organizacinio mokymosi modelį) todėl labai svarbu padėti besimokantiejiems įgyvendinti naujas mokymosi užduotis siekiant užtikrinti mokymosi rezultatus. Pabrėžiama, kad aiškių tikslų nustatymas taip pat palengvina darbuotojų mokymąsi. Clarke (2005), remdamasis jo analizuota literatūra, ypač pabrėžė, kad darbuotojų mokymuisi teikiama parama turi būti esminė jų darbo aplinkos dalis, o palaikantys vadovai yra labai svarbūs teikiant informaciją apie mokymąsi darbo vietoje ir pasiektus rezultatus. Visa tai labai siejasi su tuo, ką Nonaka ir Takeuchi (2005) kalba apie organizacinio mokymosi aplinkas Ba.

Visi pastebėti neformalaus mokymosi organizacijoje būdai ar formos gali būti panaudoti ir realizuojant organizacijos formalų organizacinį mokymąsi. Ypač tai pasakytina apie organizacinio mokymosi internalizacijos fazę, kai panaudojamos įvairios mokymo priemonės tam, kad darbuotojai savo darbo vietose įsisavintų naujas, prieš tai vykusio organizacinio mokymosi – kombinacijos – fazėje sukurtas taisykles, standartus ir pan.

Beje, reikia pastebėti tam tikrą painiavą, kai susiduria dvi mokslo žinių erdvės: organizacinio mokymosi sąvokos, sukurtos žinių vadybos mokslo erdvėje, ir mokymosi darbo vietoje sąvokos, sukurtos žmogiškųjų išteklių vystymo ir edukologijos erdvėje. Pagrindinis „nesusipratimas“ iškyla būtent sprendžiant klausimą: ką laikysime formaliu ir neformaliu mokymusi? Žinių vadyba formaliu mokymusi laiko tai, ką organizacija oficialiai, taigi – formaliai, pripažįsta kaip svarbų jai mokymąsi

(aišku, neteikiant jokių diplomų už pasiektus rezultatus, o tiesiog - mokant atlyginimą ar dar kitaip pripažįstant asmens darbą). Edukologijos ir žmogiškųjų išteklių vystymo mokslų erdvėje formaliu mokymusi laikoma tai, už kurio rezultatus teikiami oficialūs diplomai, pripažįstami valstybės mastu. Neformaliu mokymu laikoma edukatorių organizuota mokymosi veikla, už kurios rezultatai diplomai ar atestatai nėra teikiami, nors gali būti išrašomi įvairūs, formalios reikšmės neturintys pažymėjimai.

Šiame baigiamajame darbe stengiamasi vienyti edukologijos ir vadybos (žinių vadybos) požiūrius: a) organizacinis mokymasis laikomas formaliu, organizacijos pripažįstamu svarbiu, mokymusi; b) tačiau atsižvelgiant į mažą tikimybę, kad šis mokymasis praktikoje (ypač – Lietuvos) vyks jį organizacijai paremiant jos suformuota žinių valdymo sistema, laikoma, kad darbuotojai savo jėgomis, oficialiai nepranešdami organizacijos vadovams, gali konstruoti žinias, kurios, jų manymu, pravers organizacijos veikloje.

Van de Wiel, Van den Bossche, Janssen ir Jossberger (2011) analizuoja kitų autorių (Holmboe ir kt., 2005; Wyatt ir Sullivan, 2005; Duffy, 2008; Epstein ir kt., 2008; Mann ir kt., 2009) darbus ir nurodo, jog reflektvyi ir į individą orientuota mokymosi darbo vietoje prigimtis yra visuotinai pripažįstama kaip kai kurių sričių specialistų (pvz.: medikų) rengimo/tobulėjimo prielaida. Van de Wiel, Van den Bossche, Janssen ir Jossberger (2011) pažymi, jog praktiškai bet kurios srities darbuotojui gali būti taikoma mokymosi visą gyvenimą taisyklė, o dėka nuolatinio (organizacinio - kolektyvinio ir individualaus) tobulėjimo galima pašalinti profesinių kompetencijų trūkumus ir užtikrinti nuolatinį profesinį ugdymą. Tai leidžia išplėsti darbuotojų-profesionalų ekspertinius gebėjimus ir patirties pagrindu akumuliuoti naujas žinias, kurias galima perduoti kolegoms.

Taigi apibendrinant individualaus ir kolektyvinio mokymosi santykio analizę galima teigti:

1. Mokymasis individualiame lygmenyje, yra sietinas su:
  - individo asmeniškai atliekamu konkrečiu, personifikuotu darbu organizacijoje;
  - individualaus mokymosi metu žmogus kaupia individualias žinias didindamas savo profesionalumą, kompetenciją.
2. Kolektyviniame mokymosi lygmenyje, mokymosi procesas vyksta, kai individai bendrai veikia padaliniuose, grupėse, visos organizacijos lygmenyje.
3. Kolektyvinio mokymosi propagavimas ir realizavimas organizacijai atneša didelę naudą:
  - individų subjektyvios žinios kolektyvinio mokymosi proceso pagalba virsta objektyvesnėmis;
  - dažna darbuotojų kaita eliminuoja tam tikras žinias iš organizacijos, tačiau kolektyviai įgytos žinios organizacijoje išlieka;

- kolektyvinės žinios yra gausesnės bei aukštesnio lygio nei tos, kurias gali pasiekti vienas individas.
4. Tačiau norint organizacijai pasiekti geriausią rezultatą, joje turi vykti tiek individualus, tiek kolektyvinis mokymasis, nes ir individualus, ir kolektyvinis mokymasis kuria žinias visai organizacijai. Jų dėka organizacija gali siekti efektyvios veiklos ir pripažinimo tiek išorinėje, tiek vidinėje aplinkoje. Tam, kad visa tai įvyktų, organizacija turi integruotai įgyvendinti organizacinio mokymosi ir mokymosi darbo vietoje koncepcijas, sudarydama atitinkamas sąlygas.
  5. Organizacijoje sudarytos mokymosi sąlygos tampa tarsi raktas į žinių ir įgūdžių plėtrą, nes:
    - tinkamai sukurta mokymosi darbo vietose aplinkos, kaip organizacinio mokymosi Ba, daro įtaką visos organizacijos mokymosi politikai;
    - sudaro sąlygas numatyti perspektyvią mokymosi strategiją;
    - organizacija darbuotojus laikydama socialinėmis būtybėmis formuoja žmonių supratimą per socialinę sąveiką, kurio pagrindu organizacija kuria bendruomenių tinklus.

Akivaizdu, kad organizacijos pastangos kuriant geras sąlygas mokymuisi suteikia galimybę darbuotojui tapti profesionaliam, o tikri profesionalai kuria visos organizacijos kokybę per bendrą veiklą.

Kaip visi minėti mokymosi modeliai atsispindi gydytojų darbe, bus aptariama kituose šio skyriaus poskyriuose, prieš tai apžvelgus gydytojų mokymąsi sveikatos apsaugos organizacijoje kaip nuolatinį tobulėjimą.

### **1.2.3. Gydytojų mokymasis sveikatos apsaugos organizacijoje kaip nuolatinis tobulėjimas**

Daugelis autorių (Carroll, Edmondson, 2002; Brigley, Johnson, Bird, Young, 2006; Lonka, 2009; Littlejohn, Malligan, Margaryan, 2011; Mann, 2011), kurie analizuoja medicinos darbuotojų mokymąsi, išskiria tris mokymosi galimybes: mokymasis individualiame, padalinio ir organizacijos lygmenyse. Gilinantis į gydytojų mokymąsi bei kuriamas žinias, reikia pabrėžti, kad gydytojų nuolatinis tobulėjimas Lietuvoje yra privalomas ir kontroliuojamas. Gydytojas, dirbantis sveikatos priežiūros srityje, privalo tobulinti savo profesinę kvalifikaciją sveikatos apsaugos ministerijos įsakymu nustatyta tvarka ir kas penkis metus pateikti sveikatos apsaugos ministerijai, akreditavimo tarnybai dokumentus, įrodančius kvalifikacijos tobulinimą (Lietuvos Respublikos medicinos praktikos

įstatymas, 2004). Profesinės kvalifikacijos tobulinimas yra neformalusis švietimas, kuriuo siekiama pagilinti ar atnaujinti profesinei veiklai reikalingas žinias, gebėjimus bei praktinius įgūdžius (Lietuvos Respublikos aukštojo mokslo įstatymas, 2000).

Janušonis (2000) teigia, kad priklausomai nuo tikslų, tobulinant profesinę kvalifikaciją, galima siekti: profesinio prisitaikymo, tobulėjimo, perkvalifikavimo, reaktyvumo, reabilitavimo bei profesinės resocializacijos.

Autorius, analizuodamas gydytojų mokymąsi individualiame profesionalo lygmenyje, išskiria keturias kvalifikacijos auginimo formas:

- bazinės kvalifikacijos įgijimas (siauros ar sertifikuotos specialybės įgijimas per rezidentūrą, magistratūrą);
- esamos kvalifikacijos tobulinimas (kursai, stažuotės, seminarai ir kt.);
- gretutinės kvalifikacijos įgijimas;
- naujų žinių ir įgūdžių, tiesiogiai nesusijusių su specialybe, įgijimas.

Bazinė kvalifikacija, turint galvoje konkrečias specialybes (urologai, širdies ir kraujagyslių chirurgai, gastroenterologai, terapeutai ir kt.) įgyjama per rezidentūrą. Tai liečia ir darbuotojų perkvalifikavimą, įgyjant naują specialybę. Svarbu paminėti, kad kiti autoriai (Schwartz, 2002; Forbes, 2004; Yudkowsky, Elliott,; Thomas, 2004; Westbye, 2005) ypač pabrėžia bazinės kvalifikacijos svarbą. Anot šių autorių, tai bene svarbiausias etapas gydytojų žinių kaupimo procese.

Tačiau Janušonis (2000), nesutikdamas su užsienio autoriais, kaip svarbiausią etapą gydytojų mokymesi išskiria esamos kvalifikacijos atnaujinimą ir tobulinimą. Jis teigia, kad čia turi veikti visi kvalifikacijos kėlimo principai ir metodai. Anot autoriaus, tai nuolatinis procesas, kurį neišvengiamai spartina mokslo ir technologijų progresas sveikatos apsaugos srityje.

Kalbant apie gretutinę kvalifikaciją, būtina paminėti, kad laiko perspektyvoje gretutinė kvalifikacija įgauna vis svarbesnę reikšmę. Lyginant šiandieninį medicininį gydytojų pasiskirstymą pagal specialybines pareigas ir pažvelgus į du dešimtmečius atgal, išryškėja vienas labai svarbus skirtumas – dabar gydytojų darbo profilis yra kur kas siauresnis, pvz.: prieš daugiau nei 10 metų gydytojas-chirurgas buvo kartu ir anesteziologas, o šiandieninėje medicinoje šios dvi profesijos yra atskiros. Taigi grįžtant prie gretutinės kompetencijos įgijimo, pastebima tendencija, kad gretutinę kvalifikaciją, ypač - populiarių specialybių (echoskopuotojo, endoskopuotojo, homeopato, reabilitologo ir t.t.) nori įgyti patys darbuotojai, siekdami daugiau uždirbti, keisti darbą ar tiesiog praplėsti savo galimybių profilį.

Tačiau gydytojų žinių tyrinėtojai pažymi, kad profesionalas turi pasižymėti ne tik savo profesinių žinių puikiu išmanymu. Gydytojas, turėdamas nuolatinį kontaktą su pacientais, kolegomis ir visuomene privalo turėti ir kitų kompetencijų (psichologijos, valdymo, ekonomikos, užsienio kalbų,

kompiuterių, lituanistikos žinios), tiesiogiai nesusijusių su jo specialybe. Naujų žinių ir įgūdžių, nesusijusių tiesiogiai su specialybe, įgijimas neabejotinai ugdo visapusiškesnę asmenybę ir veikia jo darbo kokybę. Janušonis (2000) išskiria pagrindinius kvalifikacijos kėlimo metodus, taikomus sveikatos apsaugos sistemos organizacijose (toliau – SASO):

- tradicinis (paskaitos, seminarai pagal atskiras temas ar modulius);
- žvalgybinis (tai susipažinimas su tos pačios ar panašios specialybės ir kvalifikacijos žmonių ciklu kitose organizacijose, šalyje ir užsienyje);
- teorizuotas praktinis (praktinės veiklos ir praktinių situacijų teorinių modelių nagrinėjimas priimant sprendimus);
- praktinis (keliant kvalifikaciją praktinėse bazėse, mokantis, dirbant).

Nepaisant gydytojams reglamentuotų kvalifikacijos kėlimų normų (neformaliojo ugdymo principu, kurį paprastai pasirenka pats medikas būdamas savivaldžiu besimokančiuoju), reikėtų kalbėti ir apie tai, kad gydytojas, tobulėja per įvairesnes formas, ką ir pastebėjo Janušonis (2000). Šiandieninėje medicinoje gydytojas niekada negali būti užtikrintas, jog kvalifikacijos kėlimo procesas jam užtikrins visas reikalingas žinias jo tam tikroms spragoms užpildyti. Taigi, be tradicinių mokymosi metodų (paskaitos, konferencijos, seminarai) gydytojas savo individualias žinias tobulina, susipažindamas su tos pačios ar panašios specialybės ir kvalifikacijos žmonių patirtimi kitose organizacijose, šalyje ir užsienyje, atlikdamas praktinę veiklą mokosi iš kolegų patirties ar padarytų klaidų. Tiesa, medicinos darbuotojas turi savo individualias gydymo žinias, tačiau svarbu pripažinti, kad gydytojas visais gydymo atvejais yra ir tyrėjas, nes tam tikrų susirgimų simptomai ne visada gali būti vienodi skirtingiems asmenims, nors liga ta pati. Taigi gydytojas nuolat yra naujų žinių kūrimo procese, kurias vėliau gali panaudoti kitame gydymo atvejyje. Tačiau svarbu pažymėti, kad individo lygmenyje sukurtos naujos žinios gali tapti visos organizacijos vertingomis žiniomis (simptomus sužino kiti gydytojai išvengdami blogai nustatytos diagnozės).

Reikia pripažinti, kad nustatant diagnozę gydytojo žinios yra labiausiai neapčiuopiama ir sunkiausiai valdoma sveikatos apsaugos sistemos dalis. Niekas negali atsakyti, ką realiai gydytojas žino. Justickis ir Saladis (2012), analizuodami gydytojo žinias, kuriomis jis disponuoja nustatydamas susirgimo diagnozę, turinį ir struktūrą, pastebi, kad šiuolaikinio mokslo žinios nueina ilgą kelią nuo mokslininko laboratorijos ir jo tyrimų rezultatų publikacijos iki sėdinčio prie paciento lovos gydytojo. Pakeliui šios žinios praeina keletą *tarpinių stočių*, iš kurių kiekvienoje atsijojama tam tikra jų dalis, tai:

- dėstymas (akademinė veikla);
- žinių kontrolė;
- studentas: jo noras ir sugebėjimas įsisavinti žinias;
- sveikatos apsaugos įstaigos kolektyvas;

- situaciniai barjerai.

Justickis ir Saladis (ten pat) išsamiai aprašo kiekvieną naujų žinių gavimo procesą. Pirmuose trijuose etapuose autoriai kalba apie būsimą gydytoją, tai yra, apie studentą ir jo patiriamus žinių „nutekėjimo“ procesus.

Kadangi šio baigiamo darbo tema koncentruojasi į jau dirbančių gydytojų mokymąsi, todėl akcentuosime paskutiniuosius du žinių gavimo etapus: sveikatos apsaugos įstaigos kolektyvą bei situacinius barjerus.

*Sveikatos apsaugos įstaigos kolektyvas.* Aptardami šį etapą, Justickis ir Saladis (ten pat) pastebi, kad įtemptos kasdieninio darbo sąlygos ir būdingas tokiai įstaigai laiko trūkumas leidžia čia dirbantiems gydytojams naudoti tik tam tikrą turimų žinių dalį. Tuo pagrindu susiformuoja *sava*, vietines sąlygas atitinkanti kolektyvo kvalifikacijos, darbo ir, atitinkamai, žinių panaudojimo tvarka. Tos žinios, kurių kolektyvas nepanaudoja, įgyja praktiškai nereikalingų, *teorinių* žinių statusą. Besiadaptuodamas prie realių darbo sąlygų, jaunas gydytojas išmoksta šių žinių nenaudoti. Tuo būdu atmetamas tam tikras žinių *pluoštas*. Tai žinios, kurios neatitinka tradicinių darbo šioje įstaigoje metodų: 1) jų taikymui reikia daugiau laiko nei leidžia įtemptas gydytojo darbo grafikas; 2) jos reikalauja aukštesnės kvalifikacijos, negu turi jos kolektyvas; 3) neatitinka nusistovėjusios tvarkos ir tradicijų.

Paskutinį procesą autoriai įvardino kaip *situacinį barjerą*, pažymėdami, kad tai paskutinis šiuolaikinių žinių kelionės pas gydytoją ruožas. Akivaizdu, kad gydytojui tenka dirbti pačiomis įvairiausiomis sąlygomis - naktinė pamaina, gausūs dirgikliai, neleidžiantys susikaupti trikdžiai, konfliktiniai santykiai darbe ir emocinė įtampa - visa tai, teigia autoriai, gali iš esmės sumažinti gydytojo atminties veiksmingumą ir, atitinkamai, aktualizuotos informacijos kiekį. Visiems šiems situaciniams trukdžiams labiausiai jautrios žinios, kurios naudojamos rečiau ir kurių panaudojimui arba bent nuolatiniam prisiminimui įgūdžiai nesusiformavo. Sexton, Thomas, Helmreich, (2000), Martino (2003), Chambers (2005) tyrimai patvirtina, kad patiriamas stresas darbe (autoriai pabrėžia, kad mediko darbe jis menkai išvengiamas) turi įtakos gydymo procesui. Gydytojas, kuris patiria ypač stiprų stresą ar emocinę įtampą, negali *atgaminti* žinių, reikalingų diagnozei nustatyti bei sėkmingai paskirti gydymo procesą. Todėl užsienio autoriai pabrėžia nuolatinį gydytojų mokymąsi ne tik profesijos žinioms įtvirtinti, tačiau siekiant ugdyti ir atitinkamas kompetencijas, pvz.: streso suvaldymo, kurios tiesiogiai daro įtaką ir žinių išreiškimą gydant.

Taigi aptarus autorių, pirmiausia - Justickio, Saladžio (2012), pastebėjimus apie žinių susiformavimą bei palaipsnį jų nykimą, kyla klausimas: kokią visgi žinių dalį gydytojas išlaiko ir yra panaudoja klinikinėje situacijoje?



Į šį klausimą vienareikšmio atsakymo nėra. Tačiau Justickis ir Saladis (ten pat), remdamiesi atlikto tyrimo rezultatais, teigia, kad dabartiniai reikalavimai gydytojo žinioms ženkliai viršija jo atminties realias galimybes. Jų manymu, šis neatitikimas atsirado ir nuolat didėja, sparčiai augant medicininių žinių apimčiai ir diagnostinės veiklos standartams. Šis neatitikimas sukelia spontaniškus ir nevaldomus gydytojo adaptacijos prie jo realias galimybes viršijančių reikalavimų procesus. Justickis ir Saladis (ten pat) aiškina, kad ši adaptacija vyksta:

- nepanaudojant (nelaikant atmintyje) žinių apie ženklią šiuolaikiniam mokslui žinomų susirgimų dalį;
- apribojant turimų žinių apie daugelį susirgimų atkūrimo atmintyje galimybes (taikant vadinamąjį jų pasyvų prisiminimą);
- išskiriant nedidelę grupę operatyviai aktualizuojamų ir aktyviausiai panaudojamų susirgimų.

Toks adaptacijos būdas, anot autorių, turi ženklias neigiamas pasekmes diagnostiniam procesui, mažina jo kokybę, sąlygoja jo klaidingumą ir to pasekoje blogina viso gydymo kokybę. Autoriai pabrėžia, kad gydytojas nežino svarbiausio - koks yra jo žinių konkretus turinys, ką konkrečiai jis žino ar nežino, kokios tiksliai spragos yra jo žiniose ir dėl to, kokių klaidų reikia iš jo laukti. Dėl to jie neturi atsakymo į dar svarbesnį klausimą, kokie jo sprendimai bus klaidingi dėl to, kad gydytojas neturi visų reikiamų šiam sprendimui žinių. Neturint šios informacijos, jie negali laiku įspėti iš minėtų spragų atsirandančių gydytojo klaidų.

Tiesa, autoriai kritikuoja gydytojų kvalifikacijos kėlimo sistemą (kuri Lietuvoje, kaip ir daugelyje Europos šalių, yra privaloma norint prasižinti gydytojo licenciją, suteikiančią galimybę toliau tęsti gydytojo darbą), teigdami, kad ji neturi jokio aiškaus kryptingumo. Organizuojant ją, remiamasi nieko neparemta prielaida, kad gydytojas *apskritai* žino viską ir jį tik reikia supažindinti su naujausiais pasiekimais. Autoriai pabrėžia, kad blogiausia tai, jog neretai ir pats gydytojas nežino, ko jis nežino ir nėra priemonės, kuri leistų jam pačiam išaiškinti savo žinių spragas ir numatyti priemones joms užpildyti ir dėl šios priežasties gydytojui tenka laukti, kol jo rimta klaida ir jos oficialus tyrimas nurodys jam į vieną ar kitą žinių spragą.

Frankford, Patterson ir Konrad (2000), kalbėdami apie medicinos darbuotojų parengimą darbo rinkai, pažymi, kad medicininis profesionalumas yra etninė sistema, kurią palaiko atitinkama institucinė infrastruktūra. Kitaip tariant, medicininis profesionalumas apima:

- 1) mediko individualią investiciją į darbo kokybę ir organizuotumą;
- 2) institucijos, kurioje dirba medikas, sudaromas sąlygas darbo kokybei užtikrinti.

Norėdami įgyvendinti šiuos komponentus kokybės užtikrinimui, autoriai išskiria šios sistemos pagrindinius aspektus: a) medicinos profesionalai ir medicinos profesija turi siekti abipusės

priklausomybės tarp pacientų ir sveikatos apsaugos darbuotojų bendruomenės; b) medicinos profesionalai turi kurti socialines vertybes; c) medicinos darbas turi būti vertinamas kaip individualus ir kolektyvinis savęs realizavimas bei kaip indėlis bendruomenės gerovei; d) medicinos darbas sveikatos priežiūros įstaigose turi būti organizuojamas atsakingai.

Kaip teigia Patterson ir Konrad (2000), norint įgyvendinti šiuos tikslus, medicina privalo sujungti mokymą/ugdymąsi ir gydymo praktiką, kurti draugišką, eksperimentinį, atspindinį ir ilgąmžį mokymąsi, kuris taptų mokymo/ugdymosi ir gydymo praktikos dalimi. Neabejotinai svarbu išlaikyti artimus ryšius su bendruomenėmis, nuolat bendradarbiaujant. Šie elementai, veikdami kartu, sudaro tinklą, o ryšiai su bendruomenėmis ar tinklaveika tam tikrame sveikatos priežiūros įstaigos padalinyje leidžia įtvirtinti ir plėtoti medicinos vertybes bei interesus, taikant techninius ir normatyvinius medicinos darbo aspektus, dėl kurių vėliau medicina, kaip atsakas, padeda tas vertybes ir interesus pritaikyti gydymo procese. Profesionali sąveika, mokymasis, medicinos darbuotojų tinklas – visa tai užtikrina institucijos teikiamą kokybę.

Niles (2013), Terry ir kt. (2014) pabrėžia, jog bet kurios srities gydytojui, sveikatos priežiūros įstaigoje užimančiam bet kokias pareigas, bet stokojančiam kai kurių specifinių kompetencijų (profesinės žinios, moksliniai, bendravimo ir kt. įgūdžiai), yra reali grėsmė susidurti su problemomis, kurias kelia ne tik šiuolaikinė medicina, bet ir visuomenės išsivystymo lygis. Terry ir kt. (2014) nurodo šias svarbiausias problemas: greitai besikeičianti aplinka, spartus technologijų diegimas ir pritaikymas, turimų žinių ir įgūdžių optimalus panaudojimas, darbo užmokesčio problemos, licencijavimas, administraciniai apribojimai, didėjantys veiklos kaštai, darbdavio politika, pacientų požiūris į medikus, nuolatinio mokymosi būtinybė, patikimumo užtikrinimas.

Labai panašias problemas, su kuriomis susiduria sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, įvardija Kabene ir kt. (2006). Nuolatinis mokymasis paprastai yra nurodomas kaip vienas iš mediko darbo iššūkių. Tačiau Terry ir kt. (2014) pabrėžia, jog daugelį iš minėtų problemų gali padėti įveikti arba bent jau suvaldyti mokymasis (nuolatinis, nenutrūkstamas), organizacinė kultūra, komandinio darbo specifiškumas.

Kaip matyti, mokymasis yra traktuojamas ne tik kaip iššūkis, bet ir kaip *priemonė*, įgalinanti įsiveikti su kitais iššūkiais. Nuolatinis bet kurios srities gydytojo mokymasis įvairiuose lygmenyse yra pagrindas sėkmingai jo profesinei veiklai, teigia Terry ir kt. (2014) bei Niles (2013).

Akivaizdu, kad gydytojai yra įpareigoti nuolatos tobulėti. Būtent tobulėjimo procesas ir vyksta mokymosi procesų metu – mokantis individualiai, kolektyviai - grupėje ar visos organizacijos lygmenyje. Taigi, kalbama apie *gydytojų organizacinį mokymąsi, kuriuo tikslinga laikyti šių medikų nuolatinį tobulėjimą dirbant sveikatos apsaugos institucijoje, kai individualiame, grupės/padalinio ir*

*visos organizacijos lygmenyje įsisavinamos bei kuriamos žinios, reikalingos šios organizacijos efektyviai veiklai atlikti. Toks gydytojų mokymasis sąlygoja jų nuolatinę kompetencijos augimą.*

Kaip tai vyksta bus apžvelgiama sekančiuose poskyriuose.

### **1.2.3.1. Gydytojų mokymasis individualiame profesionalo lygmenyje**

Individualiame mokymosi lygmenyje įgyjamos, plėtojamos žinios, reikalingos žmogui individualiai veiklai atlikti (Jucevičienė, Mozūriūnienė, 2009). Individualios gydytojo žinios – tai žinios, kurios reikalingos kokybiškam gydytojų tiesioginiam darbui atlikti gydant pacientą. Kaip leidžia teigti 1.2.3 skyriuje atlikta analizė, šios žinios apima diagnozės nustatymo metodų pasirinkimą, taip pat tai - žinios apie ligas, žinios apimančios gydymo planavimo metodikos pasirinkimą bei tinkamų vaistų parinkimą gydymui.

Lonka (2009) pastebi, kad kiekvienas gydytojas turi savo individualias gydymo proceso žinias, kurios yra sukauptos jo nuolatinio mokymosi rezultate – tobulinant kvalifikaciją, eksperimentuojant, mokantis iš kitų ar mokantis tiesiog iš savo veiklos ją refleksuojant. Tiesa, svarbu pabrėžti, kad nemaža dalis gydytojų žinių yra fiksuojamos tam tikruose nuostatuose, bet akivaizdu, kad gydytojo darbas yra specifinis – kiekviena situacija reikalauja vis kitokio sprendimo, todėl gydytojų mokymasis ne tik reikalingas, bet ir privalomas.

Kalbant apie individualų gydytojų mokymąsi, reikėtų išryškinti Johnson (2007) poziją, kuris, kritikuodamas kai kurias Nonaka ir Takeuchi (1995) SEKI modelio dalis, pabrėžia individualaus mokymosi procesą ir įrodo, kad individo slypinčios žinojimas kuriamas *iš vidaus*, o žinios yra konstruojamos per tam tikrą suvokimų spektrą (nauji duomenys ir informacija, pasiekę individą yra apdorojami per jo suvokimo modelio struktūrą, o *susintetinti* duomenys skleidžiami kolegoms, kurie informaciją *perleidžia* per savo suvokimo modelius). Mozūriūnienė (2009), analizuodama Johnson (2007) teoriją, pažymi, kad Johnson organizacinį mokymąsi aiškina per individo mokymąsi – *slypinčios žinios sukuriamos žmogaus viduje, atsklidus iki žmogaus įvairaus išreikštumo laipsnio informacijai, kurią sąmoningai ar nesąmoningai žmogus priima. Visa ši informacija apdorojama smegenyse, nustatant, kuriuos suvokimus akcentuoti. Suvoktos informacijos struktūros apdorojamos refleksijos procese, jas sintetinant į naujas idėjas, kurios toliau yra sąmoningai ar nesąmoningai komunikuojamos kolegoms*. Tokiu būdu tarsi tam tikras ciklas vyksta žinių transformacijos – kiekvienas individas gautą informaciją sintetina per savo susikurtus mąstymo modelius. Jei Nonaka ir Takeuchi (1995) išskiria mokymosi lygius - individualų, kolektyvinį – grupės ir visos organizacijos, tai Johnson (2007) pripažįsta, kad žinios gali būti traktuojamos tik individualiame lygmenyje. Kitaip tariant, jis neigia bendro, kolektyvinio supratimo galimybę. Tačiau bendro supratimo egzistavimą

(vienodos, arba panašios įvairių individų žinios, ypač išreikštos, o kartais – ir slypinčios) įrodo daugelio autorių empiriniai darbai. Todėl šio darbo autorė pripažįsta SEKI (Nonaka ir Takeuchi, 1995) modelį, nusakantį keturias mokymosi fazes, bet nenuneigia ir Johnson (2007) teorijos, pripažindama, kad kaip šalutinis mokymosi efektas kiekvienoje fazėje gali vykti ir individualus mokymasis.

Kaip jau ir buvo minėta baigiamojo darbo pradžioje (žr. 1.1 skyrių), sveikatos organizacijoje gydytojas užima tam tikrus vaidmenis. Individualiame gydytojo-profesionalo mokymosi lygmenyje buvo išryškinti vaidmenys (žr. 1 lentelę), kurie tiesiogiai siejasi su ligonio gydymu ir asmeniniu mokymusi, norit pasiekti geriausią rezultatą.

Šių vaidmenų atlikimas neatsiejamas nuo mokymosi proceso, nes tik besimokantis gydytojas užtikrina savo efektyvią veiklą gydymo proceso metu. Pirminį šio etapo paslaugų teikimo žinių *bagažą* gydytojas įgyja dar studijų metu, tačiau dirbdamas šioje paslaugų teikimo srityje medicinos darbuotojas privalo gebėti teorines žinias pritaikyti praktikoje. Kad gydytojas kokybiškai dirbtų savo darbą jis nuolatos privalo tobulintis suprasdamas - kodėl reikia mokytis? ką reikia mokytis? kaip reikia mokytis? Tai suprasdamas gydytojas *profesinių knygų skaitymu, seminarų/konferencijų lankymu, stažuotėse, naujas idėjas generuodamas iš savo patirties, sužinodamas naują gydytojo lygmens darbo tvarką, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus* – kitaip tariant, formaliais ir neformaliais mokymosi metodais – užtikrina savo teikiamų paslaugų kokybę. Tiesa, svarbu išryškinti ir *paciento vaidmenį šiame mokymosi procese*. Kaip teigia Kurtz (2002), *gydytojas, darbo vietoje bendraudamas su pacientu, aktyviai mokosi – klausdamas, diskutuodamas, kartu su pacientu reflektuodamas* (žr. 3 lentelę). Būtent diagnozės nustatymui ypač svarbų vaidmenį atlieka bendravimas su ligoniu. Pasak Boelen (1997), kiekvienas gydytojas, susidurdamas su pacientais, turi gebėti savo žinias perteikti pacientui taip, kad pacientas toliau galėtų tęsti savo klinikinį gydymą (turint galvoje, kad gydytojas negali kiekvieną minutę praleisti prie paciento lovos). Čia taip pat svarbu paminėti ir kolegas, kurie, kaip jau buvo minėta, nuolat mokosi vieni iš kitų. Taigi kiekvienas gydytojas turi gebėti perteikti savo turimą patirtį kolegai. Pabrėžiama, kad gydytojas turi gebėti tinkamai bendrauti su pacientais ir kolegomis, neperžengdamas etikos ribų, išsamiai išaiškindamas klinikinius atvejus pacientams ir kolegoms.

Svarbu atkreipti dėmesį, kad norint gydytojui tobulėti, vien formalios mokymosi formos nebeužtenka. Kaip teigia Carroll, Edmondson (2002), optimalus individų mokymasis „ateina“ ne tik seminarų ar paskaitų metu, bet ir dirbant realioje situacijoje. Kitaip tariant, anot jų, geriausias chirurgas yra tas, kuris yra atlikęs 100 operacijų, nei tas, kuris turi aukštesnę formaliai pripažįstamą kvalifikaciją. Ar šis autorių akcentuojamas, praktinis gydytojų mokymosi procesas yra veiksmingesnis už teorinį - sunku atsakyti. Gydytojo darbe svarbu tiek teorinis, tiek praktinis tobulėjimas. Idealusis

variantas – praktikos ir teorinių žinių suderinamumas. Tačiau akivaizdu, kad mokymasis darbo vietoje yra pagrindinė gydytojų kompetencijų tobulinimo forma.

Taigi kalbant apie gydytojų individualų mokymąsi, kaip ir buvo minėta, reikėtų akcentuoti ne tik kvalifikacijos kėlimo galimybes (apie kurias kalba daugelis autorių ir sveikatos politikų, akcentuodami, kad kvalifikacijos tobulinimas yra bene svarbiausias mokymosi procesas gydytojų veikloje), tačiau pabrėžti *informalaus* mokymosi formas ir metodus, kurie nėra sąlygoti jokių institucijų, formalizuotų apribojimų. Kaip teigia Eidintaitė (2013), antrindama Jucevičienei (2007) – *informalus mokymasis* vyksta visur, kur tik žmogus savarankiškai mokosi ir yra savivaldus besimokantysis. O viena iš svarbiausių *savivaldaus mokymosi* sudedamųjų dalių – *savaiminis mokymasis*, kuris vyksta žmogui specialiai nesiruošiant, neorganizuojant ar netgi nesiekiant tikslingai ko nors išmokti. Tai ir reiškia, kad jis savo kasdieninėje veikloje išmoksta tam tikrų dalykų, kurių nebuvo užsibrėžęs išmokti. Tai – savaime įvykstantis išmokimas.

Kaip savaiminio gydytojų mokymosi pavyzdį galima pateikti atvejį rajono ligoninėje (antro lygio): *į priimamąjį, nakties metu, skubiai atgabenamas ligonis su atviru kojos lūžiu. Naktinėje pamainoje tuo metu budi chirurgas, terapeutas ir reanimatologas. Ligoniiui skubiai reikalingas kojos atstatymas ir siuntimas į artimiausią trečio lygio ligoninę. Vienas chirurgas šios procedūros atlikti negali, todėl į pagalbą pasikviečiamas terapeutas, kuris ir padeda atstatyti lūžusią koją.* Taigi akivaizdu, kad terapeutui nėra tekę susidurti su tokia situacija ir tokiu darbo pobūdžiu, todėl jis, nors ir neplanavęs, atlikdamas šį veiksmą mokėsi, įgavo tam tikrų žinių, kurias, gal būti, gali tekti panaudoti dar kartą kitoje kritinėje situacijoje.

Tokių situacijų gydytojų darbe pasitaiko gana dažnai ir būtent nenumatyti atvejai ne tik skatina, bet ir motyvuoja gydytoją tobulinti savo asmenines žinias.

Mokslinėje literatūroje dažnai keliama klausimai, kas skatina ir įtakoja gydytojų individualų mokymąsi. Į šį klausimą vieno atsakymo nėra. Kaip pastebi Janušonis (2000), pagrindiniai veiksniai, darantys įtaką gydytojų mokymuisi, susideda iš kelių elementų: motyvacinių veiksnių, darbuotojo iniciatyvos, nenumatytų atvejų, vadovų palaikymo, lėšų, materialinės bazės ir galimybių ja naudotis.

Apibendrinant tai, kas pasakyta šiame poskyryje, galima teigti, kad:

- individualus mokymasis gali vykti įvairiais būdais ir visur, kur yra besimokantysis - bet kokią išgirstą informaciją kiekvienas individas, pagal savo suvokimą, gali pritaikyti savo mokymosi procesui plėsdamas asmeninių žinių bagažą;
- individualus mokymosi procesas vyksta formaliais ir neformaliais metodais bei formomis: stažuotės, profesinės literatūros analizė, seminarai/konferencijos, stebint kolegų darbą, dirbant (realioje gydymo situacijoje).

Akivaizdu, kad gydytojų individualus mokymasis, nors ir vykstantis siekiant personalinių žinių, visgi turi sąsają su tam tikra žmonių grupe. Kaip teigia Lonka (2009), tradicinis požiūris į kompetencijos nustatymą remiasi mokslo žinių įsisavinimo metafora, kuri laiko mokymąsi asmens žinių kaupimu arba žinių kiekio pokyčiais asmenyje, bet nieko nesako apie bendruomenės, esančios aplink besimokantįjį, svarbą. Todėl kalbant apskritai apie individų mokymąsi reikia kalbėti ir apie besimokantįjį, esantį tam tikrame organizacijos padalinyje.

Kaip vyksta mokymosi procesas padalinio lygmenyje bus apžvelgiama sekančiame poskyryje.

### **1.2.3.2. Gydytojų mokymasis padalinio lygmenyje**

Kiekvienas medicinos darbuotojas organizacijoje priklauso tam tikrai grupei, komandai ar padaliniui (pvz.: kardiologijos, vidaus ligų, neurologijos skyriams), kuriuose gydytojas, pasitelkdamas savo asmenines žinias, kartu su komanda konstruoja kolektyvines žinias. Jos gali tapti svarbios ne tik tam tikram padaliniui/ komandai, individui, tačiau ir visai organizacijai.

Daugelis autorių (Carroll, Edmondson, 2002; Brigley, Johnson, Bird, Young, 2006; Lonka, 2009; Littlejohn, Malligan, Margaryan, 2011; Mann, 2011; Večkienė, Brunevičiūtė, Saulelienė, Ražanauskaitė, 2011 ir kt. ), analizuojančių komandinį darbą ir kolektyvines žinias sveikatos priežiūros sektoriuje, teigia, kad komandinis darbas SASO yra būtinas ir neišvengiamas, nes komandos jausmas skatina individus sutelkti bendras pastangas darbui ir taip puoselėti bendradarbiavimą, skatinti lyderystę, ugdyti mokymosi būtinybės jausmą, kelti motyvaciją.

Kaip teigia Lonka (2009), medicina yra itin struktūrizuotų bendravimo būdų sritis. Ji turi savo vaidmenis, normas, taisykles ir priemones. Gydytojai yra įpratę prie tam tikrų mąstymo ir veikimo būdų. Tačiau medikas, priklausantis tam tikram padaliniui, privalo koncentruotis ne tik į savo individualią profesinę veiklą. Jis turi prisitaikyti ir suprasti, kaip transformuoti savo veiklą bendradarbiaujant, kuriant artefaktus bei priemones su kitais padalinio nariais (kolegomis) ir kaip tarpininkavimas padeda dabartinėje veikloje pasiekti geresnių rezultatų.

Sveikatos apsaugos organizacijoje padaliniais galima laikyti koncentruotos veiklos viena kryptimi klinikas (pvz., Kauno klinikų kardiologijos klinika), tačiau kiekviena klinika turi ir savo skyrius (pvz., Kauno klinikų, kardiologijos klinikos, širdžių chirurgijos skyrius). Svarbu pastebėti, kad toks padalinių išsidėstymas būdingas tik trečio lygio ligoninėms. Tuo tarpu antrojo lygio sveikatos apsaugos organizacijų padaliniai - tai atitinkami skyriai: vidaus ligų skyrių, neurologijos skyrius, chirurgijos skyrius ir kt. Kiekvienas skyrius ar klinika (o klinikoje – ir skyriai) turi vadovus.

Gydytojų grupė yra tam tikra veiklos bendruomenė, kurios pagrindinis tikslas – atitinkamų sričių gydymo realizavimas. Eidintaitė (2013), analizuodama McArthur (2002) bei Houston (2008)

darbus, pastebėjo, kad veiklos bendruomenėms siekiant bendro tikslo jos narius turi sieti bendri informacijos dalinimosi srautai, persidengiantis identiteto jausmas, vertybės ir elgesys padalinyje. Pasak autorės, tam reikalinga puiki komunikacija ir informacijos sklaida, kad žmonės teisingai vienas kitą suprastų, reikalingas aiškus santykis tarp atliekamų funkcijų struktūros, informacijos.

Gydytojai, dirbantys viename padalinyje, kurio gydymo veiklos orientacija yra tokia pati arba labai panaši, turi dirbti kaip viena komanda, kurios nariai išties mokosi vieni iš kitų, perima vienas kito turimas žinias, susijusias su gydymo procesu ir bendravimo su pacientais situacijomis. Taip atsiranda kolektyvinės gydytojų žinios, kurios yra išreikštos (nors yra ir slypinčių). Jos dažniausiai perimamos vykstant komunikaciniam procesui vienas su kitu. Kaip pastebi Jucevičienė ir Mozūriūnienė (2009), tai gali būti tam tikri susitarimai, pvz.: kaip dirbti kartu pagerinant ligonio diagnozės nustatymą ar kokybiškiau realizuoti gydymo procesą.

Večkienė, Brunevičiūtė, Saulenienė ir Ražanauskaitė (2011) atkreipia dėmesį, kad tarp medikų, siekiančių vieno tikslo, susiformuoja tam tikri socialiniai santykiai. Coleman (2005) teigia, kad žvelgiant į komandinio darbo išteklių, pirmiausia reikia kalbėti apie socialinio kapitalo teoriją, kuri ir skatina kitu kampu žvelgti į komandinį darbą, o komanda suprasti, kaip socialinį kapitalą.

Iš Gontaitės ir Klimo (2007) atlikto tyrimo apie *Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų veiklos atitiktį Europos kokybės vadybos fondo principams* paaiškėjo, kad daugelis respondentų pripažįsta, kad žinojimas, kokių rezultatų pasiekė jų kolegos, padeda tobulinti jų pačių veiklą. Taigi galima daryti išvadą, kad gydytojų kolektyvinio mokymosi prasmė ir žinojimas bei dalijimasis kolegų patirtimi motyvuoja patį medicinos darbuotoją siekti aukštesnių rezultatų.

Kaip pastebi Eidintaitė (2013), Senge (1990) ypač akcentavo minimalaus kolektyvinio mokymosi lygmens reikšmę – mokymąsi poroje (*akis į akį*). Šis autorius didelę svarbą taip pat teikė mokymuisi komandoje, kurioje, vykstant diskusijoms bei dialogams, kuriami tam tikri mentaliniai modeliai (prielaidos, apibendrinimai, vaizdiniai), veikiantys organizacijos narių pasaulio ir savo veiklos suvokimą. Taigi kalbant apie gydytojų mokymąsi svarbu pripažinti, kad pasitarimai, diskusijos, pasidalijimas patirtimi ir sukuria kolektyvinio mokymosi procesą.

Analizuojant gydytojų mokymąsi grupėje/padalinyje reikia išskirti kelias esmines kolektyvinio mokymosi apraiškas:

- 1) Kiekvieną dieną vykstantys padalinio susirinkimai (vadinamieji *penkminutėmis*), kuriuose aptariami sunkiausi ligoniai, vyksta diskusija dėl jų tinkamiausio gydymo pasirinkimo, dalijamasi gydytojų patirtimi, patarimais. Šio proceso metu kuriamos ne tik kolektyvinės žinios, tačiau šiame procese vyksta ir individualus mokymasis.

- 2) Vizitacijos – planinės ir papildomos. Šių vizitacijų metu gydytojai aplanko ligonius (prieš tai kartu apsvarstydami, kokius lankys) ir, dirbdami grupėje, gilinasi į ligonio gydymą. Svarbu

paminėti, kad šiose vizitacijose gali dalyvauti ir kitų padalinių medikai (kviečiami, kai tam tikro padalinio gydytojų kompetencijų nepakanka nustatant diagnozę). Taigi šiame procese gydytojai mokosi jau nebe tik individualiame ar savo padalinio lygmenyje, tačiau kartu vyksta ir tarpdisciplininis žinių apsikeitimas.

3) Budėjimai skyriuje, kada gydytojai keičiasi tarpusavyje: ligonių *perdavimo* proceso metu gydytojai, bendraudami *akis į akį*, aptaria ligonio būklę, gydymo procesą, ligonio charakteristikas.

4) Specializuoti padalinio susirinkimai: mirčių aptarimas, kai gydytojai aptaria ligonių mirčių priežastis, bendrai veikdami ieško atsakymo, ar būtų buvę galima šį procesą pakoreguoti kita linkme, bei konsiliumas, kurio metu gydytojai sprendžia *ekstrinius* atvejus.

5) Gydytojų bendradarbiavimas su studentais. Kiekvienoje klinikoje ar skyriuje nuolat praktikuojasi studentai, kurie turi tiesioginį kontaktą su gydytojais bei pacientais. Studentai, stebėdami gydytojų darbą, dažnai juos klausinėja, prašo paaiškinti kai kuriuos atliekamus veiksmus. Šitaip studentai savo buvimu, klausimais, idėjomis skatina gydytojus atsinaujinti, įneša naujovių. Gydytojai, siekdami studentams pilniau paaiškinti, dažnai įtraukia į diskusiją kitus padalinio narius. Šitaip gydytojų teikiamos žinios studentams tampa objektyvesnės. Kaip pastebi Bandura (1977), žmogaus žinios, įgytos individualiai, visada yra subjektyvios, o mokantis kolektyviniame lygmenyje šios žinios tampa objektyvesnėmis.

Būtent šie penki svarbiausi žinių dalijimosi būdai padalinio lygmenyje kuria ne tik individualias gydytojų žinias, tačiau vyksta ir nuolatinis kolektyvinis mokymasis, kuris yra reikšmingas visai sveikatos apsaugos organizacijai.

Norint geriau suprasti gydytojų mokymąsi kolektyviniame lygmenyje, išryškinant padalinio lygmens mokymąsi, svarbu prisiminti Nonaka ir Takeuchi (1995) SEKI modelio etapus.

**Socializacijos** etapas – šiame etape vyksta gydytojų bendravimas darbo vietos aplinkoje ir neformalioje aplinkoje. Bendrai veikdami, gydytojai perduoda savo žinias (dalį - slypinčio žinojimo), kuris virsta bendraujančių individų kolektyvinėmis slypinčiomis žiniomis. Reikia pabrėžti, kad šioje fazėje mokymosi procesas vyksta ne vien tik individualiame lygmenyje, tačiau yra kuriamos ir slypinčios kolektyvinės (padalinio) žinios. Nors ir šios žinios nėra formatizuotos (neturi apčiuopiamos formos), tačiau įvaldytos gydytojų veikloje padeda jiems vienas kitą surasti. Tai būtų galima įvardinti kaip tokį mokymąsi, kuris leidžia gydytojams įgyti bendrą pajautą.

**Eksternalizacijos** etape vyksta mokymasis padalinio lygmenyje, kai gydytojai sąveikauja grupėje siekdami susitarti dėl bendrų išvadų, bendro supratimo, normų, taisyklių, svarbių tai grupei. Tokiai BA būdinga diskusijos ir dialogai (todėl ši aplinka kartais vadinama dialogo Ba). Tokie dialogai ir diskusijos suteikia galimybę grupės nariams savo slypinčias ir neišreikštas žinias transformuoti į išreikštas ir konstruoti kolektyvines žinias. Būtent įvairių, anksčiau minėtų, susirinkimų, o taip pat ir



neformalių sueigų metu ar bendruose darbo kabinetuose gydytojai, priklausomai nuo situacijos, mokosi vieni iš kitų gydymo naujovių/metodų ir kitų dalykų, leidžiančių dirbti efektyviau ir tobuliau.

Svarbu atkreipti dėmesį į vadovų (padalinio ir visos organizacijos) poziciją. Ar informacija darbuotojams yra *nuleidžiama iš viršaus*, ar informacijos srautas ir naujas žinias kuria visi padalinio darbuotojai? Ką kiekvienas darbuotojas, kaip individualus profesionalas, *pasilieka sau*?

**Kombinacijos** etapo metu žinios susistemintos į bendras kolektyvines visos organizacijos žinias. Tai, pavyzdžiui, nauja gydytojų budėjimų tvarka, naujos gydytojų veiklos programos, ypač akcentuotinos organizacijos misijos, vizijos bei filosofijos nuostatos, kurios šio etapo metu gali keisti savo pavidalą.

**Internalizacijos** etapas – būtent šiame etape gydytojai naujas žinias (dokumentus) įsisavina, pritaikydami jas darbinėje veikloje, kažkiek jas transformuodami, pritaikydami savo patogumui. Visa tai tampa individo, jų grupių/padalinių ir visos organizacijos įsisavintomis ir naudojamomis veikloje (internalizuotomis) organizacinėmis žiniomis. Svarbiausia, kad šio etapo metu susiformuojančios slypinčios žinios keičia individų mentalinius, o taip pat šių individų ir jų grupių bei visos organizacijos elgesio modelius. Šiam procesui vykstant svarbų vaidmenį atlieka aplinka – Ba, įgalinanti mokymąsi veikloje tam, kad organizacijoje susiformuotų bendras supratimas.

Taip pat derėtų neužmiršti Johnson (2007), teigiančio, kad kiekvienoje iš šių fazių, kaip šalutinis efektas, gali vykti ir kiekvieno gydytojo individualus mokymasis. Tačiau akivaizdu, kad medicinos darbe ypatingai svarbų vaidmenį užima kolektyvinio mokymosi koncepcija, kurią gydytojas praktiškai realizuoja kiekvieną dieną po keletą kartų.

Gydytojų padalinio mokymosi lygmenyje pasitvirtina anksčiau minėti gydytojų vaidmenys ir kompetencijos jiems atlikti (žr. 1 lentelę). Gydytojai grupėje mokosi ne tik vieni iš kitų (*formalių susirinkimų metu – penkminutėse, vizitacijose, konsiliumuose*), bet nemaža dalimi prie to prisideda ir pacientai, taip pat gydytojai generuoja žinias iš savo jau turimos patirties, naujų idėjų kyla ir įsisavinant naujas taisykles, dokumentus, mokymų medžiagą (žr. 3 lentelę). Moksliniuose šaltiniuose pabrėžiama, kad gydytojas turi *pajausti* savo padalinio dvasią, prisitaikyti prie tam tikrų padalinio taisyklių, būti tolerantiškas savo kolegoms, siekti bendrų tikslų, dalintis savo patirtimi ir gerbti kolegas.

Tiesa, gydytojai ne tik nustato tam tikras diagnozes, skiria gydymą, bet ir neretai medikai savo grupėse turi parengti bendrus padalinio planus, o tam svarbu gebėti priimti konsensusu sprendimus, gebėti pasiskirstyti darbus grupėje, mokėti bendradarbiauti bei komunikuoti. Daugelis autorių pabrėžia refleksijos svarbą, vienas iš jų – Johnson (2007), įrodinėjantis, kad refleksijos pagrindu individas kuria sau svarbias žinias.

Apibendrinant tai, kas pasakyta šiame poskyryje galima teigti, kad:

- gydytojų mokymasis padalinio lygmenyje vyksta įvairiomis formomis (tiek formaliai – pagal reikalavimus gydytojo pareigybei, tiek neformaliai). Pagrindinės gydytojų padalinio veiklos, sąlygojančios kolektyvinį ir individualų mokymąsi, yra šios: 1) kiekvieną dieną vykstantys padalinio susirinkimai (penkminutės); 2) vizitacijos – planinės, papildomos; 3) budėjimai skyriuje, kada gydytojai keičiasi tarpusavyje ir ligonių perdavimo proceso metu dalijasi žiniomis apie skyriaus ligonio būklę; 4) specializuoti padalinio susirinkimai; 5) gydytojų bendradarbiavimas su studentais/praktikantais; 6) tiesiog dirbant viename kabinete; 7) neformalių susitikimų metu (geriant kavą ir kt.); 8) rūpinantis padalinio reikalais; 9) tiesiogiai dirbant su ligoniu; 10) naujų taisyklių, darbo tvarkos sužinojimas, standartų, dokumentų analizė, mokymų metu.
- minėtas nuolatinis gydytojų sąveikavimas grupėse diskutuojant (dialogo Ba) sudaro sąlygas eksternalizacijos būdu grupės nariams savo neišreikštas žinias transformuoti į išreikštas kolektyvines žinias, vėliau vykstant kombinacijos procesui žinios susistemintos į bendras kolektyvines žinias.

### **1.2.3.3. Gydytojų mokymasis organizacijos lygmenyje**

Aptarus gydytojų individualų bei kolektyvinį mokymąsi, reikia pripažinti, kad šiuose lygmenyse vykstantis mokymasis yra labai svarbus kuriant visos sveikatos apsaugos organizacijos žinias. Šioje organizacijoje veikiantys gydytojai, kaip jau buvo ir minėta, formaliai priklauso tam tikrai gydymo sričiai, tačiau neretai, gydymo metu, medikai įsitraukia į multidisciplininius partnerystės tinklus, kurie sąlygoja gydytojų kompetencijų plėtojimą bei praplečia ne tik individo asmenines (išreikštas ir slypinčias) žinias, tačiau bendradarbiavimo tinklų pagalba kuria visai organizacijai vertingas žinias. Medicinos darbuotojai, susidurdami vis su kitokiais pacientais, dažnai turi pasitelkti ne tik savo esamas žinias, tačiau čia svarbus ir kolegų bei visos organizacijos kolektyvinis žinojimas.

Kaip pastebi Janušonis (2000), norint sėkmingo organizacinio mokymosi proceso, visų pirma, organizacija turi integruoti darbuotoją į organizaciją.

Organizacijos kultūra yra svarbus darbuotojų integravimo į organizaciją veiksnys, o drauge – ir pasekmė. Darbuotojai tiesiogiai ir netiesiogiai informuojami apie organizacijos vertybių sistemą, paaiškinant, kodėl jos yra svarbios organizacijai, kokia nauda jas pripažįstant ir jų laikantis, kokios pasekmės gali būti, jeigu šios vertybės būtų nepriimamos. Integracija į organizaciją nėra momentinis įvykis, o ilgalaikis procesas. Todėl labai svarbu darbuotojui padėti pradiniam jo darbo SASO

(sveikatos apsaugos sistemos organizacija) etape greitai integruotis tokiu laipsniu, kad jis galėtų atlikti užduotis ir dirbti pagal reikalavimus.

Carroll, Edmondson (2002), kalbėdami apie gydytojų mokymąsi organizacijos lygmenyje, pabrėžia, kad norint pasiekti sisteminių organizacinių mokymąsi reikia visapusiško vertybių, įgūdžių, ir struktūrų derinio sveikatos priežiūros organizacijoje. Organizacijos, vertinančios ilgalaikius, o ne trumpo laikotarpio veiklos rezultatus ir besirūpinančios kitais aspektais (darbo atlikimu, saugumu, kokybe, aplinka) ir suinteresuotosiomis šalimis (darbuotojais, klientais, tiekėjais, bendruomene, visuomene), dažniausiai pripažįsta poreikį mokytis ir skiria tam laiko.

Pirmiausia tai susieta su gydytojo savo vietos ir vaidmens organizacijoje bei santykio su organizacija supratimu. Todėl medikas, priklausantis tam tikram padaliniui ir organizacijai, visų pirma *turi suprasti savo organizacijos veiklos misiją, t.y., kokia organizacijos paskirtis? Vadovams turėtų rūpėti ir tokie klausimai: ar organizacijos misiją suvokia visi organizacijos darbuotojai? ar kryptingai siekiama užtikrinti misijos bei vertybių įgyvendinimą? koks yra jos santykis su gydymu bei moksline veikla? Nuo šių žinių priklauso ir organizacijos veiklos vizija - siekiamybė, kokia ši organizacija įsivaizduojama ateityje. Misiją ir viziją sieja organizacijos filosofija – esminės organizacijos vertybės. Jos turi sąlygoti gydytojų darbo vertybes, kuriomis jie grįstų ne tik gydymo darbą, santykius su pacientais, bet ir su bendradarbiais, todėl yra labai svarbu, organizacijai siekti bendro gydytojų bendradarbiavimo organizaciniais klausimais (pvz., klausimai gali būti sprendžiami susirinkimų metu), ar pasirūpinti, kad kiekvienas gydytojas žinotų organizacijos lygmens tvarką, taisykles. Tuo tarpu gydytojai plėsdami ar įgydami naujų žinių (skaitant dokumentus, lankantis bendruose susirinkimuose, dalyvaujant mokymuose) gali turiningai prisidėti prie bendro organizacijos žinojimo, jos gerbūvio bei esminių vertybių vystymo (žr. 3 lentelę).*

Apie esmines vertybes kalbama ir Pasaulio medikų asociacijos, Ženevos deklaracijoje bei Hipokrato priesaikoje, kurią turi priimti ir jos laikytis kiekvienas medikas, vykdydamas šiuos nuostatus.

Gydytojui ne visada gali pavykti išspręsti iškilusias problemas vienam, todėl būtent vertybių puoselėjimas ir jų supratimas kiekvienam suteikia galimybę sulaukti pagalbos iš kolegų. Svarbu pripažinti, kad padalinio bei organizacijos lygmens vertybės (tai – organizacijos filosofijos esmė) turi atitikti ir darbuotojo vertybių pamatą arba atvirkščiai, darbuotojas turi prisitaikyti prie padalinio, organizacijos lygmens puoselėjamų vertybių bei filosofijos.

Kaip pastebi Janušonis (2000), darbuotojai skatinami ne tik pripažinti, bet ir skleisti organizacijos vertybes, jas puoselėti. Atkreiptinas dėmesys į neformalių susitarimų sveikatos apsaugos organizacijoje laikymąsi. Pavyzdžiui, operuojant chirurgui rajoninėje ligoninėje jam padeda, esant reikalui, pirmos grandies budintis terapeutas, nors tai neįeina į jo pareigybę.

Tiesa, kasdienio elgesio organizacijoje tradicijos kiekvienoje sveikatos apsaugos įstaigoje gali būti skirtingos. Tam, kad prie jų prisitaikytų, nauji darbuotojai specialiai ir/ar nejučiomis turi įgyti organizacijos lygmens žinių.

Tačiau ypač reikia pabrėžti, jog gydytojų mokymasis visos organizacijos lygmenyje vyksta:  
a) aptariant įvairius gydymo, organizacijos klausimus drauge su kitais ligoninės bendradarbiais oficialiuose susirinkimuose; b) įsisavinant naują organizacijos lygmens darbo tvarką, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus.

Išanalizavus gydytojų organizacinį mokymąsi individo, padalinio bei visos organizacijos lygmenyse, pagrįsti individualaus ir kolektyvinio mokymosi parametrai, kurių sąrašas pateiktas 3 lentelėje.

**3 lentelė. Gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi, kaip organizacinio mokymosi, parametrai**

Mokymosi lygmuo	Parametrai
Individualus (individualaus mokymasis)	Generuojant naujas idėjas iš savo patirties;
	Skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus;
	Dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais;
	Sužinant naują gydytojo lygmens darbo tvarką, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus.
Grupės (kolektyvinis mokymasis)	Dirbant su ligoniais, bet kartu su kolegomis;
	Generuojant naujas idėjas su kolegomis;
	Rūpinantis padalinio organizaciniais reikalais;
	Padalinyje (vizitacijų, susirinkimų, penkminučių, konsiliumų metu) apsvarstant įvairius gydymo ir organizacinius klausimus;
	Sužinant naują grupės lygmens darbo tvarką, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus.
Organizacijos (kolektyvinis mokymasis)	Aptariant įvairius gydymo, organizacijos klausimus drauge su kitais ligoninės bendradarbiais oficialiuose susirinkimuose;
	Sužinant naują organizacijos lygmens darbo tvarką, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus.

**Apibendrinant visa tai, kas analizuota šiame skyriuje galima pastebėti, jog:**

1. Gydytojas, atlikdamas savo pareigas, veikia trijuose organizacijos lygmenyse - individualiame, grupės/padalinio ir visos organizacijos, savo darbe vykdydamas šiuos vaidmenis: slaugos paslaugų teikėjo, bendruomenės/padalinio nario, kvalifikuoto tyrėjo, administratoriaus, vadybininko/organizacijos nario, edukatoriaus, komunikatoriaus. Kiekvienam vaidmeniui atlikti reikalingos atitinkamos kompetencijos. Jos tobulinamos organizacinio mokymosi procese.
2. **Gydytojų organizacinis mokymasis** - tai šių medikų nuolatinis tobulėjimas dirbant sveikatos apsaugos institucijoje, kai individualiame, grupės/padalinio ir visos organizacijos lygmenyje įsisavinamos bei kuriamos žinios, reikalingos šios organizacijos efektyviai veiklai atlikti. Toks gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymasis sąlygoja jų nuolatinę kompetencijos augimą.
3. Esminiais gydytojų organizacinio mokymosi elementais gali būti laikoma:
  - Gydytojų individualios žinios (esamos);
  - gydytojų grupių/padalinių žinios (esamos);
  - žinių kūrimo procesas (vyksta individualiame, grupės/padalinio ir visos organizacijos lygmenyse ir apibūdinamas pasikartojančiais ciklais; kiekvienam ciklui būdingi 4 etapai: socializacijos, eksternalizacijos, kombinacijos ir internalizacijos);
  - gydytojų įgyjamos/sukuriamos individualaus, grupės ir visos organizacijos lygmens žinios kaip individualaus ir kolektyvinio mokymosi trijuose lygiuose (individualiame, grupės ir visos organizacijos) rezultatas;
  - žinių kūrimo aplinkos (Ba) veiksniai - pats darbas, organizaciniai veiksniai (tarp jų - ir vadovai), patys gydytojai ir visų organizacijos narių sąveikavimas tarpusavyje;
  - individualus mokymasis siejamas su asmeniškai atliekamu konkrečiu, personifikuotu darbu organizacijoje (tokio mokymosi metu žmogus kaupia individualias žinias didindamas savo profesionalumą), kai tuo tarpu kolektyvinio mokymosi metu individai veikia bendrai grupėse, padaliniuose, visos organizacijos lygmenyje, formuodami kolektyvinį žinojimą, bet tuo pačiu didina ir savo individualias žinias.
4. Gydytojų organizacinis mokymasis apibūdinamas šiais kriterijais:
  - a) individualaus mokymosi lygmens:
    - naujos idėjos generuojamos iš savo patirties;

- naujų žinių atsiradimą/plėtimą sąlygoja: profesinės literatūros skaitymas, stažuotės, konferencijų/seminarų lankymas;
- žinios kaupiamos/plėtojamos dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais;
- sužinant naują gydytojo lygmens darbo tvarką, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus;

b) kolektyvinio mokymosi padalinio lygmenyje:

- žinios kaupiamos/plėtojamos dirbant su ligoniais, bet kartu su kolegomis;
- generuojant naujas idėjas su kolegomis;
- rūpinantis padalinio organizaciniais reikalais;
- padalinyje (vizitacijų, susirinkimų, penkminučių, konsiliumų metu) apsverstant įvairius gydymo ir organizacinius klausimus;
- sužinant naują grupės lygmens darbo tvarką, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus.

c) mokymosi visos organizacijos lygmenyje:

- žinios kaupiamos/plėtojamos aptariant įvairius gydymo, organizacijos klausimus drauge su kitais ligoninės bendradarbiais oficialiuose susirinkimuose;
- sužinant naują organizacijos lygmens darbo tvarką, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus.

Išskirti gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi, kaip organizacinio mokymosi, parametrai atveria galimybes empiriniam tyrimui, kurio metodologija bus grindžiama sekančioje baigiamojo darbo dalyje.

## **2. GYDYTOJŲ INDIVIDUALAUS IR KOLEKTYVINIO MOKYMOSI ORGANIZACINIO MOKYMOSI KONTEKSTE TYRIMO METODOLOGIJOS PAGRINDIMAS**

Pirmajame antrosios baigiamojo darbo dalies skyriuje (2.1) pristatoma tyrimo logika ir metodai, antrajame (2.2) pagrindžiama tyrimo imtis ir tyrimo etika, trečiajame (2.3) pagrindžiamas tyrimo instrumentas, o ketvirtajame (2.4) - pristatomi duomenų apdorojimo metodai.

### **2.1. Tyrimo strategija, logika ir metodai**

#### ***Empirinio tyrimo strategija***

Empiriniam tyrimui įgyvendinti pasirinktas kokybinis tyrimas. Kokybiniai tyrimai, kaip nurodo Kardelis (2007), apibūdinami kaip sistemingi situacijos ar individų grupės tyrimai natūralioje aplinkoje, siekiant suprasti tiriamuosius reiškinius bei pateikti interpretacinį jų paaiškinimą.

Kokybinių tyrimų metodai, pasak Kardelio (2007), yra lankstūs, nes jie orientuoti į interpretaciją, o ne į matavimus, ir sutelkia dėmesį į situacijos ir elgesio ryšį. Lankstumas kokybinį tyrimą leidžia apibūdinti kaip nestruktūrizuotą, neturintį standartinės tyrimo struktūros, tinkantį bet kuriai tiriamai aplinkai. Bitinas (2006) akcentuoja, kad kokybinio tyrimo metu labai svarbią vietą užima ir pats tyrėjas: kokybinis tyrimas apima tyrėjo savianalizę, refleksiją bei kritinį mąstymą. Kokybinį tyrimą, pasak Bitino (2006), rekomenduotina rinktis, kai norima sužinoti individų grupės, situacijos ar įvykio priežastis, nuostatas, įsitikinimus, suvokimą natūralioje aplinkoje, siekiant suprasti tiriamuosius reiškinius bei pateikti interpretacinį, holistinį jų paaiškinimą.

Organizacinio mokymosi empirinis tyrimas, paprastai, akcentuoja *atvejo studiją*, nes svarbus organizacijai darbuotojų mokymasis, siekiant organizacijos veiklos tikslų, turi būti tiriamas: a) žinant organizacijos kontekstą; b) nustatant, kaip (kokiais būdais) konkretūs darbuotojai, įsisavindami ir kurdami organizacijai žinias, bendrauja tarpusavyje šios organizacijos kontekste. Šiuos reikalavimus būtent ir atitinka tyrimo strategija, akcentuojanti atvejo studiją.

Autoriai (Yin, 1993; Remenyi, 2012 ir kt.), kalbėdami apie atvejo studiją, pabrėžia, kad tai - empirinis metodas, kuriuo siekiama giliai ir detaliai tirti realaus gyvenimo fenomenus, kai ribos tarp fenomeno ir konteksto nėra aiškiai apibrėžtos. Šio tyrimo strategija, kaip pastebi Eidintaitė (2013), analizuodama kitų autorių (Eisenhardt, 1989; Bloor, Wood, 2006) darbus, siekiama suprasti socialinius reiškinius, gilinantis į vieną ar kelias jo natūraliai atsiradusias apraiškas, ir šį reiškinį aprašyti, generuoti bei patikrinti teorijas. Yin (1993, 2003), aiškindamas atvejo studijos principus, pažymi, kad šis tyrimas gali turėti induktyvią prieigą (kai pirmiausia surenkami duomenys, o tada kuriama teorija)

arba deduktyvią (kai siekiama tyrimo rezultatais patikrinti teoriją). Šiame darbe atvejo studija naudoja deduktyvią prieigą, kadangi siekiama įsitikinti, jog teoriškai pagrįsti individualaus ir kolektyvinio mokymosi, kaip organizacinio mokymosi, parametrai gali atskleisti gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi apraiškų paletę šių profesionalų veiklos praktikoje.

Tam, kad tyrimo duomenys būtų patikimi, taikoma trianguliaciją (trianguliacija - tai tyrimo būdas, analizuojantis reiškinį iš kelių pozicijų), todėl vienas ir tas pats reiškinys tiriamas taikant kelis metodus (mūsų atvejui – du duomenų gavimui).

***Empiriniam tyrimui atlikti taikomi šie duomenų rinkimo metodai:***

- Ligoninei ir skyrių kontekstui pristatyti naudojama **dokumentų analizė**.

Anot Kardelio (2007), dokumentų analizė suteikia galimybę gauti objektyvios informacijos rūpimais klausimais. Šis metodas pasirinktas siekiant pristatyti gydytojų mokymosi aplinkos kontekstą. Analizuojami dokumentai: a) metinės veiklų ataskaitos (siekiant išsiaiškinti organizacijos vykdomas veiklas); b) gydytojų pareigybiniai aprašai organizacijoje (siekiant išsiaiškinti gydytojų atsakomybių ribas); c) organizacijos veiklos aprašai (siekiant išsiaiškinti organizacijos ir jos padalinių veiklas), d) organizacijos strateginis planas (siekiant sužinoti organizacijos viziją, misiją, filosofiją ir tikslus).

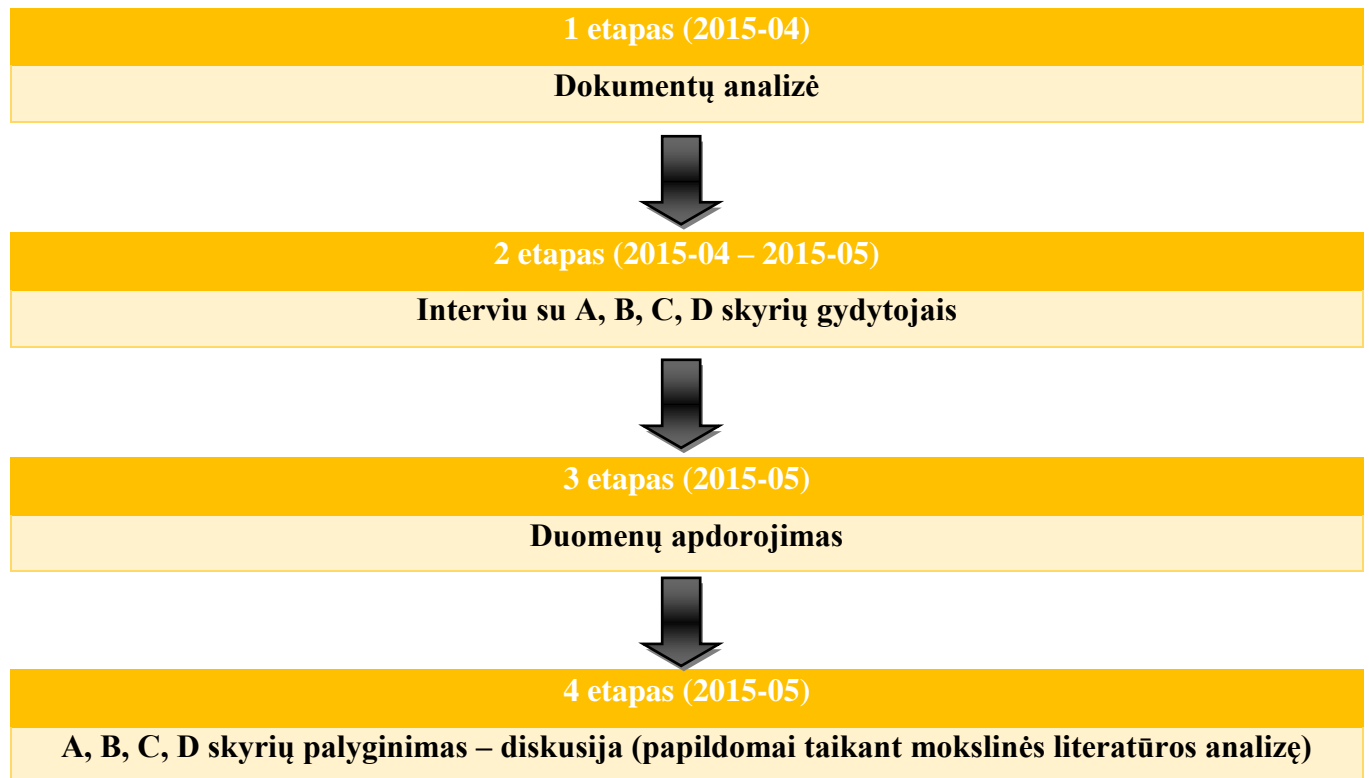
- Individualiam ir kolektyviniam mokymuisi nustatyti tiriami gydytojai, taikant **iš dalies struktūruoto interviu** metodą.

Interviu metodą mokslininkai (Bitinas, 2006; Kardelis 2007) apibūdina kaip teminį pokalbį, kurio metu tyrėjas rinkdamas informaciją formuoja teoriškai kryptingus fiksuotus klausimus, į kuriuos tikisi gauti kokybiškai interpretuotą atsakymą. Šio metodo principais siekiama suvokti tiriamųjų patirtį, nuodugniau pažinti tiriamąjį. Iš dalies struktūruoto interviu metodui įgyvendinti tyrėjas iš anksto turi būti pasiruošęs esminius tyrimo klausimus, tačiau kilus neaiškumams pateikiami patikslinamieji klausimai. Priklausomai nuo situacijos, tyrėjas turi galimybę klausimų eiliškumą koreguoti interviu metu. Tokiu būdu tyrėjas gauna kokybiškesnę ir aiškesnę informaciją tiriamuoju klausimu. Kaip minėta, iš dalies struktūruotam interviu atlikti reikalingas planas. Mūsų tyrimo atveju planą nusako parengtų klausimų struktūra, t.y., tyrimo instrumentas. Jis pagrindžiamas sekančiame darbo skyriuje (2.3).

Diskusija vyksta siekiant atsakyti į klausimus, kilusius analizuojant palygintus (tyrimas vykdomas keturiuose skyriuose) bei apibendrintus duomenis. Diskusija remiasi logika, paremiama mokslininkų darbų rezultatais, išryškėjusiais iš mokslinės literatūros analizės.



### *Tyrimo logika*



**5 pav. Gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi (organizacinio mokymosi aspektu) empirinio tyrimo loginė schema**

## **2.2. Tyrimo imtis ir etika**

Šio empirinio tyrimo imtis – tikslinė, patogioji. Imtis buvo sudaroma laikantis organizacinio mokymosi (būtent juo pagrindu atskleidžiamas individualaus ir kolektyvinis mokymasis) tyrimo ypatumų. Buvo darytos dvi atrankos:

a) *ligoninės, kaip atvejo*, kuriame išryškinamas gydytojų organizacinis mokymasis ir jo sudedamosios dalys – individualaus ir kolektyvinis mokymasis. Šios ligoninės organizacinė aplinka, sudaranti sąlygas gydytojų organizaciniam mokymuisi (individualiam ir kolektyviniam), yra svarbus tyrimui kontekstas.

b) *ligoninės kelių skyrių*. Atsižvelgiant į tyrimo objekto – gydytojų organizacinio mokymosi – ypatumus, reikia tirti tuos gydytojus, kurie yra susiję darbo ryšiais, t.y., dirba viename skyriuje. Tik taip galima ištirti organizacinį mokymąsi padalinio lygmenyje. Dėl ribotos baigiamojo darbo apimties visų skyrių ištirti neįmanoma, todėl pasirenkami tie, kurių darbo specifika sąlygoja nuolatinius

gydytojų ryšius skyriaus viduje. Pasirinktų skyrių viduje tiriami *visi* gydytojai, betarpiškai susiję darbo ryšiais. Papildoma jų atranka nedaroma, nes: a) organizacinis mokymasis tiriamas natūralioje aplinkoje, nepažeidžiant susiklosčiusių ryšių (Grant, 2012); b) rajono ligoninės skyriuose dirba ir taip nedidelis skaičius gydytojų. Kiekvienas iš pasirinktų skyrių bus laikomas ne tik kaip apibūdinantis ligoninės atvejį, bet ir kaip atskiras sub-atvejis, nes kiekvienas skyrius, savo veikla atliepdamas ligoninei (kaip padalinys organizacijai), tuo pačiu skiriasi savo veiklos specifika (gydymo veiklos profiliu, taigi – ir žiniomis). Pasirenkami keli skyriai (šio darbo atveju – keturi, nes kiekviename jų dirba labai mažas gydytojų skaičius), o ne vienas, todėl, kad atvejo studijos metodologai, svarstydamai duomenų generalizavimo konkrečiame kontekste problemą, nurodo, kad rezultatų patikimumas padidėja, jeigu lyginami keli panašaus konteksto atvejai tarpusavyje (Remenyj, 2012). Šiame baigiamajame darbe tame pačiame kontekste (Y ligoninėje) bus lyginami 4 skyrių sub-atvejai.

### ***Ligoninės atvejo parinkimas***

Atliekant atvejo tyrimą ypatinga reikšmė skiriama jo parinkimui. Anot Bloor ir Wood (2006), atvejis, paprastai parenkamas tikslingai, atsižvelgiant į bent vieną iš šių kriterijų: a) yra tipiškas, t.y., atstovauja tam tikrą grupę objektų; b) leidžia nagrinėti tam tikras įžvalgas, kurioms skiriamas tyrėjo dėmesys (leidžia įsitikinti sukurto teorinio modelio veiksmingumu, leidžia tirti kokius nors kraštutinius ir pan.), jas siejant su atvejo kontekstu.

Šio baigiamojo darbo tyrimui pasirinkta X rajono, Y antrinio lygio gydymo įstaiga. Ši įstaiga pasirinkta tikslingai dėl kelių priežasčių:

1) Antro lygių ligoninių tipas labiausiai paplitęs Lietuvoje (atitinka atvejo pasirinkimo *tipiškumo* kriterijų).

2) Pasirenkama ligoninė aktyviai siekia organizacijos vystymo, norėdama išlaikyti savo statusą: pastaraisiais metais, vykdant Lietuvos sveikatos apsaugos politiką, reorganizuojama gydymo įstaigų veikla, siekiant koncentruoti gydymą didžiuosiuose šalies miestuose. Todėl rajono ligoninės turi įrodinėti gydymo įstaigos išlikimo būtinumą. Organizacijos atvejui tyrinėti pasirenkama ligoninė savo tiksluose išryškina gydytojų mokymosi būtinybę ir tam skiria didelį dėmesį. Vadinasi, yra didelė tikimybė, kad pasirinktoje ligoninėje bus galima aptikti gydytojų organizacinį mokymąsi ir jį tyrinėti pagal nustatytus teorinius individualaus ir kolektyvinio mokymosi parametrus (atitinka *įžvalgos* kriterijų).

3) ši X rajono Y ligoninė pasirinkta dėl asmeninio respondentų prieinamumo (*patogiosios* imties bet kokio empirinio tyrimo, ne tik atvejo studijos, kriterijus).

### ***Y ligoninės atvejo pristatymas***

Tiriamoji Y ligoninė – viena didžiausių rajono įstaigų, priklausanti Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai. Ligoninė teikia kvalifikuotas ir dalinai specializuotas stacionarines asmens

sveikatos priežiūros paslaugas ne tik X rajono gyventojams, bet ir gretimų savivaldybių bei įvairių Lietuvos vietovių gyventojams. Įstaigoje dirba 297 darbuotojai, iš to skaičiaus: gydytojų – 58 ir 132 slaugytojos (iš viso - 265 moterys ir 32 vyrai).

Ligoninėje yra 10 gydymo skyrių:

- *Chirurgijos;*
- *Nervų ligų;*
- *Vaikų ligų;*
- *Vidaus ligų;*
- *Reanimacijos;*
- *Priėmimo ir skubios pagalbos;*
- *Radiologijos;*
- *Konsultacijų;*
- *Fizinės medicinos ir reabilitacijos;*
- *Klinikinė laboratorija.*

Pagrindinis tiriamos organizacijos veiklos tikslas – gerinti Lietuvos gyventojų sveikatą, mažinti jų sergamumą, kokybiškai bei kvalifikuotai teikti medicinos paslaugas. Siekdama įvykdyti veiklos tikslus, įstaiga teikia pirminio ir antrinio lygio stacionarines sveikatos priežiūros, taip pat pirminio ir antrinio lygio ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas.

Ši gydymo įstaiga pasižymi inovatyvumu, nuolatiniu atsinaujinimu, santykiškai su kitomis gydymo įstaigomis bei aktyviu dalyvavimu įvairiuose projektuose, siekiant kokybiškų darbo sąlygų bei tobulinimosi gydymo proceso veiklose. Organizacija aktyviai vykdo Vidurio ir Vakarų Lietuvos kardiologijos projektą, kuriame ligoninė dalyvauja kaip partneris su Lietuvos Sveikatos mokslų universiteto Kauno klinikomis. Taip pat šiuo metu vykdomas dar vienas projektas, kuriame ligoninė dalyvauja kaip Marijampolės regiono ligoninės partneris, - „Elektroninių sveikatos paslaugų plėtra Marijampolės regiono asmens sveikatos priežiūros įstaigose“.

Įstaigoje įvykdytas patalpų rekonstrukcijos projektas, kurio dėka ligoninė atnaujino savo išorę ir vidines patalpas. Šitaip buvo siekiama gydymo įstaigą paversti patrauklia ne tik organizacijos darbuotojams, bet ir klientams (šiuo atveju pacientams). Taip pat organizacija per paskutinius trejus metus įsigijo nemažai įrangos, reikalingos tobulinant gydymo procesus. Taigi akivaizdu, kad ligoninė siekia atsinaujinti. Dėl to kiekvienas darbuotojas yra įpareigotas nuolat tobulėti, mokytis, kad organizacijos investicijos būtų tikslingai panaudojamos.

Kaip pažymima metinėje ligoninės ataskaitoje, *viena iš svarbių administracijos veiklos krypčių – vis didėjančios konkurencijos ir mažėjančio rajono gyventojų skaičiaus akivaizdoje bei*

*tebesitęsiančio sveikatos sistemos centralizacijos į didesnius miestus tendencijos, išlaikyti teikiamas gydymo apimtis ir kokybę* (citata iš Viešosios įstaigos Y ligoninės 2014 metų veiklos ataskaitos).

Ligoninėje yra 60 kompiuterizuotų darbo vietų. Gydytojai savo darbe naudojami elektroniniu parašu, išduodami nedarbingumo pažymėjimus, pažymas reabilitaciniam gydymui. Ligoninėje naudojamos buhalterinės apskaitos, darbo apmokėjimo, personalo apskaitos kompiuterinės programos. Įdiegtas e-sveikatos klinikinės laboratorijos modulis bei teleradiologijos paslauga.

Apibendrinant šios organizacijos veiklą, galima teigti, kad organizacija atspindi šiuolaikinės inovatyvios organizacijos bruožus, kuriame ne tik sudaromos sąlygos kiekvienam darbuotojui dirbti patrauklioje darbo vietoje, tačiau skatinamas ir nuolatinis darbuotojų tobulėjimas. Galima tikėtis, kad šioje organizacijoje aktyviai vyksta organizacinis mokymasis.

### ***Ligoninės skyrių ir gydytojų imties parinkimas***

Empiriniam tyrimui atlikti pasirinkti 4 skyriai (chirurgijos, vidaus ligų, nervų ligų, vaikų ligų), kurie tarpusavyje siejasi darbo organizavimo specifika (kiti skyriai pasižymi *budėjimų* darbo specifika (gydytojai dirba pagal tam tikrą grafiką) arba ambulatoriniu gydymu (konsultacijų skyriuje kiekvieno gydytojo gydymo objektai ir tikslai yra orientuoti į jo individualiai atliekamą konsultacinį gydymą). Taigi, apsiribojama antrinio lygio stacionarinės veiklos teikimo gydytojų mokymosi analize (netiriami gydytojai, dirbantys ambulatorinės sveikatos priežiūros srityje bei gydytojai, kurie priima planinius ligonius konsultacijai).

### ***Respondentų imtis***

Tyrimo metodologiją tyrinėjantys mokslininkai ypatingą dėmesį skiria respondentų tyrimo imčiai. Anot Žydzžiūnaitės (2007), imtį sudaro respondentai, kurie atstovauja tiriamą populiaciją, t.y., tiriamųjų imtis turi pasižymėti pagrindinėmis charakteristikomis, kurios būdingos tiriamai populiacijai. Imties nustatymas bei pasirinkimas yra ypač svarbus, nes tik tinkamai ir argumentuotai atrinkta imtis gali reprezentuoti visos populiacijos esminius faktus. Atvejo studijos populiacija – visi šiame kontekste veikiantys subjektai, t.y., šio empirinio tyrimo tiriamųjų populiaciją sudaro gydytojai, dirbantys organizacijoje (sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje Y įstaigoje), kurios atvejis yra nagrinėjamas. Kaip jau minėta, tiriami visi tie gydytojai, kurie dirba tyrimui atrinktuose skyriuose.

Taigi, tiriami Y ligoninės 4 *skyrių* gydytojų individualus ir kolektyvinis mokymasis:

- a) 3 gydytojai - vidaus ligų skyriaus;
- b) 5 gydytojai - chirurgijos skyriaus;
- c) 2 gydytojai - nervų ligų skyriaus;
- d) 2 gydytojai – vaikų ligų skyriaus.

Viso apklausama 12 respondentų (žr. 9 lentelę).

4 lentelė. Respondentai

Skirius	Gydytojai				
<b>A</b>	<b>A</b> Lytis: mot. Amžius: 66 m. Stažas: 40 m.	<b>B</b> Lytis: mot. Amžius: 58 m. Stažas: 33	<b>C</b> Lytis: vyr. Amžius: 50 m. Stažas: 26 m.		
<b>B</b>	<b>A</b> Lytis: vyr. Amžius: 44 m. Stažas: 20 m.	<b>B</b> Lytis: vyr. Amžius: 49 m. Stažas: 25 m.	<b>C</b> Lytis: vyr. Amžius: 51 m. Stažas: 26 m.	<b>D</b> Lytis: vyr. Amžius: 65 m. Stažas: 40 m.	<b>E</b> Lytis: vyr. Amžius: 60 m. Stažas: 35 m.
<b>C</b>	<b>A</b> Lytis: vyr. Amžius: 56 m. Stažas: 31 m.	<b>B</b> Lytis: mot. Amžius: 62 m. Stažas: 37 m.			
<b>D</b>	<b>A</b> Lytis: vyr. Amžius: 59 m. Stažas: 34 m.	<b>B</b> Lytis: mot. Amžius: 61 m. Stažas: 36 m.			

### *Tyrimo etika*

Tyrimo metodologijos principus aprašantys autoriai pabrėžia, kad atliekant tyrimą būtina laikytis tam tikrų **etikos principų**. Remiantis Žydžiūnaitės (2007) nurodytais tyrimo etikos principais (informavimas, laisvanoriškumas, lygiavertiškumas, naudingumas, konfidencialumas), jie buvo išskleisti į reikalavimus ir pritaikyti šiam empiriniam tyrimui. Taigi, buvo laikytasi šių etikos reikalavimų:

- asmenims, dalyvaujantiems tyrime, buvo užtikrinamas savanoriškumas, respondentai turėjo teisę pasirinkti, ar jie nori dalyvauti tyrime;
- prieš atliekant tyrimą kiekvienas asmuo buvo supažindinamas su tyrimo turiniu, paaiškinama, kokiais tikslais, kur ir kada bus naudojama jo suteikta informacija;
- respondentai buvo užtikrinami (ir to nuosekliai buvo laikomasi), kad:
  - nebus pažeidžiamos jokios žmogaus teisės;
  - nebus pažeidžiamas žmogaus privatumas (jokių asmeninių klausimų) ir užtikrinamas anonimiškumas (todėl respondentai yra užkoduojami, pvz., AA – pirmoji raidė žymi skyriaus kodą, o antroji – asmens kodą; BC – reiškia, kad pateikiami C gydytojo iš B skyriaus atsakymas);
  - tiriamųjų dalyvavimas bei jų pateikta informacija nebus ateityje panaudota prieš juos pačius;

- tiriamieji turėjo teisę neatsakyti į klausimus prieš savo valią;
- tiriamieji bet kada galėjo nutraukti interviu;
- buvo laikomasi pagarbaus ir paslaugaus elgesio su tiriamaisiais;
- pateikta informacija naudojama tik šio baigiamojo darbo tikslams įgyvendinti, kitur panaudoti gautą informaciją bus galima tik gavus respondentų sutikimą.

### 2.3. Tyrimo instrumentų pagrindimas

Iš dalies struktūruoto interviu klausimai sudaromi vadovaujantis nustatytais kriterijais, išvestiniais iš gydytojų kompetencijos, kuri yra plėtojama, ir organizacinio mokymosi turinio.

Tačiau pirmiausia siekiama išsiaiškinti, kaip gydytojai vertina savo kompetenciją, t. y., ar ta kompetencijos struktūra, kuri buvo nustatyta (žr. 1 lentelę), yra pripažįstama kaip esanti.

Sekantis klausimas yra skirtas išsiaiškinti tobulėjimo nuostatai (du klausimai) ir pačiam faktui - ar ji yra tobulinama (žr. 5 lentelę).

**5 lentelė. Gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi, kaip organizacinio mokymosi, nustatymo turinys ir logika**

Gydytojo kompetencijos turinys	Kompetencijos plėtojimo/organizacinio mokymosi kriterijai
Detalizuotos žinios/gebėjimai/požiūriai, vertybės	Detalizuotų žinių/gebėjimų/požiūrių, vertybių turėjimas ( klausimas : Ar galite pasakyti, kad turite .... žinias, gebėjimus, nuostatas, požiūrius, vertybes)
	Nuostata konkrečių detalizuotų žinių/gebėjimų/požiūrių, vertybių įgijimui/tobulinimuisi (klausimų du variantai, priklausomai nuo prieš tai buvusio klausimo atsakymo: Ar galvojate, kad ... žinias, gebėjimus, ... reikia tobulinti? Net jeigu turite ... žinias, gebėjimus, požiūrius, nuostatas, vertybes, ar galvojate, kad turite tiek, kad nebereikia tobulinti?)
	Pripažinimas, kad konkrečios detalizuotos žinios/gebėjimai/požiūriai, vertybės yra tobulinami (Ar tobulinate...?)

Kompetenciją išsiaiškiname individualiame, grupės ir organizacijos lygmenyse, sudaryta pagal nustatytų kriterijų logiką (žr. 5 lentelę). Klausimų formuluotė priklausė nuo pokalbio tono, pvz.: klausimas siekiant nustatyti žinias gali būti pateikiamas keliomis formomis: 1) kaip manote, ar turite pakankamai žinių apie žmogaus psichologiją? 2) patvirtinkite arba paneikite, kad turite/neturite žinių apie žmogaus psichologiją? 3) kaip galvojate, ar gydytojui svarbu turėti žinių apie žmogaus

psichologiją? Jūs jų turite? ir t. t. Taigi pirmąją klausimų dalimi buvo nustatomas kompetencijos esamumas, nuostata tobulėjimui ir tobulėjimo faktas.

Antrasis klausimų blokas skirtas nustatyti gydytojų mokymosi ypatumus individo, grupės ir visos organizacijos lygmenyse. Čia buvo remtasi nustatytais parametrais (žr. 3 lentelė), iš kurių buvo formuojami indikatoriai - pagal gydytojų kompetencijos konkrečios sudedamosios dalies ir individualaus ir kolektyvinio mokymosi parametro sąveikos logiką. Indikatorių sudarymo matriciniu būdu pavyzdys pateiktas 6 lentelėje. Tuščios yra paliekamos tos gardelės, kuriose gydytojų kompetencijos konkretaus elemento ir mokymosi parametro „susikirtimas“ neteikia realaus rezultato, t. y., ši kompetencija tame organizacinio mokymosi lygmenyje nėra plėtojama (žr. 2 priedas).

Suformavus indikatorius jie paverčiami klausimais, priimtinais informantui. Pirmiausiai buvo iškeliami reikalavimai klausimui: 1) klausimuose naudojami suprantami terminai informantui; 2) klausimas neturi būti nukreipiantis į konkretų atsakymą; 3) klausimo formuluotė paprasta ir suprantama; 4) klausimu aiškiai suprantama, ką siekiama sužinoti. Paruošti 39 pagrindiniai klausimai (žr. 3 priedas), kurie interviu metu galėjo būti modifikuojami, praplečiami ar praleidžiami (jeigu informantas klausimą atsakė kalbėdamas kito atsakymo kontekste).

**6 lentelė. Indikatorių sudarymo matriciniu būdu pavyzdys**

Gydytojų kompetencijos (kriterijai)	Organizacinis mokymasis individualiame lygmenyje – individualaus mokymosi parametrai			
	Generuojant žinias, plėtojant gebėjimus iš savo patirties	Skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	Dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	Sužinant naują gydytojo lygmens darbo tvarką, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
<b>Gydytojo paslaugų teikimas: (gydymo paslaugų kompetencijos)</b>				
žinios apie ligas, jų gydymą, vaistų sudėtį;	Žinios apie ligas, jų gydymą, reikalingus paskirti vaistus generuojamos iš savo patirties	Žinios apie ligas, jų gydymą, reikalingus paskirti vaistus plėtojamos ir įgyjamos skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	Žinios apie ligas, jų gydymą, reikalingus paskirti vaistus plėtojamos ir įgyjamos dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	Žinios apie ligas, jų gydymą, reikalingus paskirti vaistus plėtojamos ir įgyjamos sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus

Klausimai, atitinkantys indikatorius, iš pradžių buvo suformuluoti raštu, juos apmąstant. Pavyzdžiui, buvo suformuluoti tokie klausimai, atitinkantys 6 lentelėje pateiktus indikatorius:

1. Ar galite pasakyti, kad jūsų patirtis leidžia jums, joje „pasirausus“, pastebėti, jog tiesiog pačioje praktikoje „susikūrė“ jūsų **žinios apie ligas, jų gydymą, reikalingus paskirti vaistus**?

Kokias šia prasme žinių sritis labiau akcentuotumėte? Ar šios žinios plečiasi tiesiogiai bendraujant su pacientu?

2. Ar galėtumėte pasakyti, kad iš esmės Jūs įgyjate/plėtojate **šias žinias** skaitydamas profesinę literatūrą, stažuodamasis, lankydamas konferencijas/seminarus (gal galite pasakyti kokių temų seminarus/konferencijas dažniausiai lankote)?
3. Ar galėtumėte teigti, kad sužinodamas naujas taisykles (pvz. medicinos standartus) mokymų metu ar skaitydamas dokumentus (pvz.: teisės aktus, naujai parengtus medicinos standartus) Jūs tikrai gausinate savo **žinias apie ligas, jų gydymą, vaistų sudėtį**?

Kitus klausimus, atitinkančius indikatorius, žr. 4 priede.

Sudarytais klausimais siekiama atskleisti gydytojų turimas žinias, žinių gavimo šaltinį, žinių dalijimosi procesų ypatumus, individualaus ir kolektyvinio mokymosi procesus.

Interviu metu taip pat buvo išskiriami demografiniai klausimai, siekiantys nustatyti amžių, lytį, darbo stažą, išsilavinimą. Taip pat fiksuojamas informanto padalinys (skyrius), kuriame jis dirba.

Prieš atliekant tyrimą, reikėjo įsitikinti instrumento validumu. Šis instrumentas buvo pateiktas dviem gydytojams: 1) Kauno klinikų, endokrinologijos klinikos X gydytojui, kurio darbo patirtis siekia 30 metų ir 2) Kauno klinikų vidaus ligų skyriaus rezidentui bei Y ligoninės gydytojui, kurio darbo patirtis 5 metai. Buvo nustatyta bendra tendencija – klausimų per daug, respondentai pavargsta, taip pat buvo gauta pastabų dėl kelių klausimų formuluočių argumentuojant, kad jie yra sunkiai suprantami (pvz.: ar galite nustatyti savo socialinių kompetencijų ribas?). Atsižvelgiant į tai, kad gydytojai yra aukštos klasės profesionalai ir labai brangina savo laiką, todėl klausimų buvo nutarta sumažinti (nuo 47 iki 39). Buvo atsisakyta savo turiniu panašių klausimų.

## 2.4. Tyrimo duomenų apdorojimas

Pasirinktas tyrimo tipas (kokybinis tyrimas) bei jo metodika nulemia ir tai, kokius tyrimo metu gautų duomenų analizės metodus galima taikyti. Kokybinių (tekstinių) duomenų apdorojimui taikomi kokybiniai duomenų apdorojimo metodai.

**Šio tyrimo duomenų apdorojimo metodas** – aprašomoji (deskriptyvioji) turinio analizė, duomenis fokusuojant į gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi konkrečiuose skyriuose ypatumų išryškinimą. Remiantis mokslininkais (Merriam (1998); Laws ir McLeod (2004) ir kt. ), analizavusiais deskriptyviosios turinio analizės ypatumus, galima teigti, kad ši analizė yra tinkama siekiant atskleisti mokymosi procesus.

Kiekybiniais duomenims analizuoti jau seniai taikomos kompiuterinės programos (Excel, SPSS ir kt.), tačiau pastaruoju metu vis dažniau įvairios kompiuterinės programos padeda atlikti ir kokybinio tyrimo duomenų analizės darbus. Dažniausiai kompiuteriais atliekama kategorizacija bei



pasikartojančių šablonų analizė ir pačių tekstinių duomenų analizė. Šio tyrimo apimtis nėra didelė, todėl atliekamo tyrimo duomenis galima apdoroti ir tradiciniu būdu.

*Apibendrinant tai, kas pasakyta, galima teigti, kad:*

1. Gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi tyrimo metodologija remiasi kokybiniu tyrimu, akcentuojant atvejo studiją. Tyrimui pasirinkta gydymo įstaiga turi sukaupusi nemenką patirtį savo veikloje ir yra garsėjanti išskirtiniais gydytojų atliktais darbais, prisidėjusiais prie Lietuvos medicininių paslaugų kokybės kėlimo. Šios įstaigos gydytojų organizacinio mokymosi analizei pasirinkti 4 medicininių paslaugų skyriai/padaliniai.

2. Gydytojų individualus ir kolektyvinis mokymasis, kaip organizacinis mokymasis, analizuojamas taikant šiuos metodus: a) dokumentų analizę (ligoninei ir skyrių kontekstui pristatyti), b) iš dalies struktūruotą interviu (individualiam ir kolektyviniam mokymuisi nustatyti), diskusijai taikoma ir mokslinės literatūros analizė.

3. Pagrindinis tyrimo instrumentas – klausimai, kurie sudaromi, remiantis teoriškai pagrįstais gydytojų mokymosi parametrais ir kompetencijos kriterijais.

### **3. GYDYTOJŲ INDIVIDUALAUS IR KOLEKTYVINIO MOKYMOSI ORGANIZACINIO MOKYMOSI ASPEKTU YPATUMŲ NUSTATYMAS**

Empirinio tyrimo rezultatais siekiama atsakyti į pagrindinį klausimą - kuo yra grįstas gydytojų tobulėjimas – ar individualiu tobulėjimu, ar kolektyviniu? Kokiu laipsniu šis tobulėjimas jų pačių siejamas su organizaciniu mokymusi, t.y., su mokymusi, kurio rezultatas – nuolat pasipildančios sveikatos apsaugos organizacijai svarbios žinios? Atsakant į šiuos klausimus bus pristatyti kiekvieno (A,B,C,D) skyriaus atvejo analizės rezultatai, kurie bus lyginami, bei diskutuojami.

#### **Y ligoninės ypatumai, svarbūs tyrimo rezultatų analizei**

Tiriamas Y ligoninės atvejis jau buvo pristatytas šio darbo metodologinėje dalyje. Nekartojant šio pristatymo, empirinėje dalyje bus išryškinta tai, kas tiesiogiai siejasi su tyrimo objektu – gydytojų individualiu ir kolektyviniu mokymusi, kaip organizaciniu mokymusi. Kaip buvo pastebėta teorinėje darbo dalyje, šalia kitų gydytojų organizacinio mokymosi esminių elementų svarbią reikšmę turi šiam mokymuisi kuriamos aplinkos, tarp jų – organizacinės ir fizinės. Abiejų tipų aplinkos, paprastai, yra ligoninės ir skyrių vadovų ir jų sutelktų specialistų pastangų rezultatas. Kokios jos yra Y ligoninėje?

Tiriamoji ligoninė turi vaikų ligų, chirurgijos - traumatologijos, vidaus ir nervų ligų gydymo stacionarinius profilius, konsultacijų skyrių su įvairių sričių gydytojais - konsultantais, išvystytą reabilitacijos skyrių, šiuolaikišką klinikinę laboratoriją, moderniai įrengtą priėmimo ir skubiosios pagalbos skyrių, operacinių bloką. Čia atliekama virš 1100 operacijų per metus. Ligoninėje naudojami šiuolaikiniai minimaliai invazyvios chirurgijos metodai, operuojant pilvo organus, sąnarius. Sėkmingai plėtojamos sąnarių endoprotezavimo operacijos, naudojant šiuolaikinius protezus. Ligoninėje dirba 297 darbuotojai.

1989 metais pastatytas pagrindinis ligoninės korpusas 2012 metais rekonstruotas, užtikrinant tiek geresnes energetines pastato savybes, tiek naują išvaizdą, turinčią išliekamąją vertę.

Kaip teigiama ligoninės dokumentuose - visas ligoninės kolektyvas nusiteikęs tobulinti savo įgūdžius, diegti naujus, šiuolaikiškus gydymo metodus, užtikrinančius kokybišką medicinos pagalbą ir slaugą ne tik X rajono, bet ir visiems kitų Lietuvos vietovių gyventojams.

Organizacijos strateginiame plane išreikšta ligoninės, kaip organizacijos, pozicija, sąlygojanti mokymąsi/tobulėjimą:

**Vizija** – *lanksti, skaidri, efektyvi, saugi, patikima, šiuolaikiška, moderni ambulatorines ir stacionarines paslaugas teikianti sveikatos priežiūros įstaiga, taikanti moderniausius darbo metodus, nuolat gerinanti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę (tinkamumą) ir prieinamumą, diegianti*

*naujas efektyvias medicinines technologijas, užtikrinanti paslaugų atitiktį ES sveikatos standartams, glaudžiai bendradarbiaujanti įstaiga su kitomis sveikatos priežiūros įstaigomis.*

**Misija** – teikti visuomenei prieinamas, saugias ir kokybiškas ambulatorines ir stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, tenkinti pacientų sveikatos diagnostikos, gydymo, slaugos, reabilitacijos reikmes, vykdyti ligų prevencijos priemones, propaguoti sveiką gyvenseną, sveikatos ugdymo ir ligų profilaktikos priemones.

**Tikslai:** 1) teikti kvalifikuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, racionaliai panaudojant pacientų sveikatos priežiūrai skirtus išteklius; 2) teikti kvalifikuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, užtikrinant jų prieinamumą, tinkamumą ir kokybę.

Kaip išvardinti procesai atsispindi realiame gydytojų darbe, sąlygodami individualų ir kolektyvinį mokymąsi, kaip organizacinį mokymąsi, ir bus siekiama išsiaiškinti. Šis skyrius susideda iš 5 dalių – 4 skyrių empirinio tyrimo analizės (A skyrius, B skyrius, C skyrius, D skyrius) bei diskusijos.

### **3.1 A skyriaus gydytojų individualus ir kolektyvinis mokymasis**

#### **Skyriaus profilio ir veiklos pristatymas**

Šiame (vidaus ligų) skyriuje ištiriami ir gydomi pacientai su įvairia terapine patologija. Kaip teigia patys darbuotojai, *kvalifikuotas medicinos personalas dėmesingai rūpinasi savo ligoniais, saugo jų privatumą ir orumą.* Dažniausiai šio skyriaus pacientų susirgimai susiję su širdies ir kraujagyslių ligomis, kvėpavimo organų patologija, virškinamojo trakto ligomis. Skyriuje taip pat gydomi pacientai su *inkstų kraujodaros patologija, endokrininėmis ligomis.* Pacientai į skyrių patenka planinės hospitalizacijos tvarka arba teikiant būtinąją pagalbą. Skubia tvarka hospitalizuojami pacientai, kurie kreipiasi patys arba juos į ligoninės Priėmimo skyrių atveža greitoji medicinos pagalba (toliau – GMP). Esant būtinumui, kviečiami šių specialybių konsultantai: chirurgas, neurologas, okulistas, dermatologas, LOR gydytojas, endokrinologas. Pacientams teikiamos saugios, kokybiškos, pažangiausiomis technologijomis pagrįstos paslaugos: *širdies echoskopija, veloergometrija, EKG, EKG paros monitoravimas, krūtinės ląstos rentgenoskopija, irigoskopija, fribrogastroduodenoskopija ir kolonoskopija, ultragarsinis kraujagyslių ištyrimas, ultragarsinis vidaus organų, skydliaukės ištyrimas ir kt. Laboratorijoje atliekami visi klinikiniai, biocheminiai, serologiniai tyrimai.*

Skyriuje dirba vidaus ligų gydytojai ir bendrosios praktikos slaugytojai. Šiame skyriuje pagalba teikiama visą parą. Esant reikalui pacientus konsultuoja ligoninėje dirbantys kitų specialybių gydytojai. Per metus vidaus ligų skyriuje gydomi apie 1100 ligonių. Nuo 2004 m. sausio 1 d. skyriuje buvo įsteigtas slaugos ir palaikomojo gydymo poskyris.

#### **Respondentai**

Atliekant gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi organizacinio mokymosi aspektu ypatumų nustatymo tyrimą A skyriuje (vidaus ligų), buvo apklausti 3 respondentai – 2 moterys (AA respondentė – amžius – 66 m., darbo patirtis – 40 m.; AB respondentė – amžius – 58 m., darbo patirtis – 33 m. ) ir vienas vyras (AC respondentas – amžius – 50 m., darbo patirtis – 26 m.).

### **Kompetencijos ir jų tobulinimas**

Interviu skirtas išsiaiškinti, kaip gydytojai vertina savo turimas kompetencijas ir jų ugdymo(si) galimybes individualiame, grupės bei visos organizacijos lygmenyse.

Pirmoji interviu dalis buvo skirta išsiaiškinti kaip gydytojai vertina savo turimas kompetencijas. Kitaip tariant, buvo siekiama sužinoti ar tam tikros kompetencijos individualiame, grupės bei visos organizacijos lygmenyse yra pripažįstamos kaip esamos, iš to sekė antrasis klausimas - skirtas išsiaiškinti tobulėjimo nuostatai ir trečiasis klausimas - pačiam faktui nustatyti.

Atlikus interviu paaiškėjo, kad visi gydytojai patvirtino savo turimas kompetencijas (kompetencijas žr. 2 priede), vienareikšmiškai pripažino žinių tobulinimo būtinybę, tačiau grupės ir organizacijos lygmens kompetencijų gydytojai pripažino netobulinantys, tiesa, čia išsiskyrė ir dar kelios kompetencijos individualiame mokymosi lygmenyje, vienas iš trijų respondentų pripažino tobulinantis psichologijos, etikos ir teisines žinias, likusios dvi respondentės pripažino, kad tai daro labai minimaliai.

### **Individualus gydytojų mokymosi lygmuo**

Antros dalies interviu siekiama išsiaiškinti gydytojų kompetencijas *individualiame lygmenyje* gydytojo paslaugų teikimo srityje, išskiriant pagrindinius paslaugų teikimo aspektus – gydymo paslaugų teikimą, sveikos gyvensenos paslaugų teikimą, psichologinių paslaugų teikimą, socialinių paslaugų teikimą. Kiekvienam iš šių aspektų sudaryta klausimų siekiant nustatyti žinias (žinių šaltinį) bei gebėjimus.

Iš respondentų atsakymų į pirmuosius klausimus galima teigti, kad vertindami savo žinias apie ligas, jų gydymą, vaistus gydytojai vienareikšmiškai pripažįsta patirties svarbą, tačiau supranta ir formalus ugdymo bei tęstinio mokymosi naudą, kaip teigia AC gydytojas: „...yra bazinės žinios iš instituto, ant kurių kraunamos ir kitos žinios, kurios jau ateina per praktiką su pacientais“. Svarbu pastebėti, kad apklausti gydytojai labiau linkę ugdytis savarankiškai. Respondentai nurodė nuolat tobulinantys kvalifikaciją skaitydami profesinę literatūrą. Tai jie įvardino kaip pagrindinę kvalifikacijos kėlimo priemonę. Taip pat pažymėjo suprantantys stažuoti, profesinių konferencijų / seminarų svarbą, tačiau dėl didelio darbo krūvio neturintys galimybių aktyviai dalyvauti mokymuose, AB respondentė teigia: „...iš tikrųjų mes neturime laiko dažnai vykti į seminarus, nes tada nėra kam dirbti. Mūsų yra tik trys, darbo yra daug, tikrai norėtume dažniau kažkur išvykti praplėsti žinių, bet nėra kam dirbti. Respondentės AA ir AB labiau išskyrė profesinės literatūros skaitymą, kaip vieną

svarbiausių aspektų tobulinant turimas žinias, teigdamas, kad praktinė aktyvių mokymų nauda ne visada yra didelė, jie reikalingesni pratęsti licenciją: „*Seminarus iš esmės reikia lankyti dėl licenzijos pratęsimo - 144 valandų per 5 metus...*“. Apklaustų gydytojų teigimu, kitas itin naudingas būdas įgyti profesinių žinių – gilintis į teisės aktus, naujai parengtus medicinos standartus ir kt. medicinos srityje aktualius dokumentus, anot AC gydytojo: „...*vyksta visos organizacijos, tiksliau, administracijos, gydytojų ir vyr. sesučių susirinkimai, kuriuose sužinome visas naujienas iš ministerijos ir apie svarbius su gydymu susijusius dokumentus.*“

Siekiant nustatyti turimos darbo patirties (AA respondentės darbo patirtis 40 metų, AB respondentės 33 metai, AC respondento – 26 metai) ir profesinės kompetencijos ryšį, klausta, ar patirtis gydytojui padeda pasirinkti tinkamą gydymo metodą, tiksliai nustatyti ligos diagnozę ir skirti tinkamus vaistus pacientams gydyti. Į šį klausimą visi respondentai nedvejodami atsakė teigiamai, tačiau pažymėtina, kad jauniausias respondentas pridūrė, jog vien patirties neužtenka tiksliai nustatyti ligos diagnozę ir skirti tinkamiausius vaistus, nes siekiant tinkamai atlikti savo darbą gydytojams labai svarbu nuolat domėtis farmacijos naujovėmis ir medicinos sritį reglamentuojančiais dokumentais.

Gydytojai išskiria kelis esminius būdus įgyti patirties: 1) tiesiogiai bendrauti su pacientais, 2) komunikuoti su kolegomis, 3) skaityti straipsnius, 4) dalyvauti mokymuose. Tęsdami pasakojimus apie turimas žinias, respondentai gana išsamiai apibūdino žinių, reikalingų pacientą nukreipiant pas kitą specialistą, turėjimą / gavimo procesą, kaip svarbiausius momentus išskirdami gydymo įstaigos vidaus tvarką, turimą patirtį ir nurodydami kontakto su pacientu svarbą, AB gydytoja teigia: „*Aš žinau, kokius mūsų ligoninė tyrimus turi, kokios yra mūsų ligoninės galimybės ir jeigu tas ligonis yra neaiškus ir žinau, kad mūsų ligoninėje nėra galimybės iki galo išsiaiškinti tam tikrų niuansų, tada ir siunčiame kitur. O šiaip yra dokumentai, kuriuose yra viskas aiškiai surašyta. Taip pat mes labai aktyviai kalbame telefonu - tiek su savo įstaigos specialistais, tiek skambiname į kitas įstaigas ir pasikonsultuojame dėl neaiškių dalykų. O šiaip kai tiek metų pradirbi, retai nežinai tokių dalykų, jie kažkaip savaime aiškūs. Ligonis kartais irgi prisideda prie viso to...*“.

Tyrimo metu siekta sužinoti respondentų nuomonę apie ligų prevenciją ir sveikos gyvensenos skatinimą. Gydytojai nedvejodami teigė, kad žinios apie ligų prevenciją yra labai reikalingos ir jas skleisti yra jų profesinė bei moralinė pareiga. Paklausus, kaip gydytojai kaupia šias žinias, AA ir AB respondentės atsakydamos ilgai mąstė, tačiau pripažino, kad šių žinių niekur netobulina, nebent savarankiškai skaito straipsnius, ir pabrėžė, kad dėl savo profesijos savaime daug sužino apie sveikatinimą. AC respondentas, priešingai nei kolegės, labai domisi šiuo aspektu – bendrauja su visuomenės sveikatos biuru, plečia žinias organizuodamas ir vykdydamas moksleivių sveikatos švietimą. Taigi, matyt, tik nuo asmeninės gydytojo pozicijos, sąlygotos jo požiūrio į sveikatinimą, priklauso jo tobulėjimas šioje srityje.

Siekiant nustatyti, kiek vidaus ligų gydytojai vertina psichologinės sveikatos svarbą ir kaip sprendžia su ja susijusias pacientų problemas, respondentams buvo pateikta klausimų apie psichologinių žinių ir gebėjimo įgijimo bei tobulinimo galimybes.

Pabrėžtina, kad gydytojai puikiai supranta stabilios psichologinės būklės užtikrinimo svarbą ir, jų nuomone, geba sudaryti savo pacientams sąlygas, reikalingas gerai emocinei savijautai užtikrinti (AC gydytojas): *„Labai dažnai tenka būti psichologu, ypač kai atvažiuoja vidurį nakties pacientas į priėmimą, nusiskundimų milijonas, nors objektyviai pasižiūrėjus lyg viskas ir gerai, tada turiu nuraminti, ne vien vaistą paduoti...“*.

Išanalizavus respondentų atsakymus į klausimus apie žinių ir gebėjimų, svarbių psichologinei pagalbai suteikti, įgijimą, galima teigti, kad šia tema informacijos suteikiama gana nedaug (AA gydytoja): *„...kai dar aš mokiausi, tai iš vis niekas nekalbėjo apie jokiais psichologines pagalias, o tikrai reikia apie tai kalbėti.“* Galima išskirti kelis informacijos minėta tema šaltinius: 1) savo ir kolegų patirtį; 2) savarankišką šaltinių studijavimą. Patirtis įvardijama kaip svarbiausias dalykas siekiant kokybiškai bendrauti su pacientais bei jų artimaisiais nemaloniomis temomis (AB gydytoja): *„Į įvairių diagnozių pranešimą giminaičiams ar pačiam ligoniui aš žiūriu tiesiog kaip į savo darbo dalį, būtent toks nusistatytas požiūris ir padeda man lengviau susitvarkyti su tokia užduotimi. Čia jau jokie nei kursai, nei seminarai nepadės, visa tai ateina per tiesioginį darbą.“* Kaip matyti, vėlgi akcentuojamas tik mokymosi iš patirties keliu įgyta kompetencija. Ar tai gerai – diskusinis klausimas.

Respondentų prašyta papasakoti apie gebėjimą bendrauti su socialinėmis įstaigomis. Išaiškėjo, kad gydytojai minimaliai bendradarbiauja su policija, seniūnijomis, socialiniais darbuotojais, globos namais, nes šią funkciją atlieka ligoninės socialinis darbuotojas. Vis dėlto, prireikus, ir gydytojai susisiečia su minėtomis įstaigomis, vadovaudamiesi reglamentų nustatyta tvarka.

Gilinantį į gydytojų turimas žinias, buvo domėtasi ir teisine kompetencija. Anot respondentų, jie turi nedaug teisinių atsakomybės žinių, bet prireikus naudotųsi šaltiniais, padėsiančiais rasti daugiau informacijos (internetu, teisiniais dokumentais, esančiais skyriuose).

Pabrėžtina, kad apklausti gydytojai yra užtikrinti savo medicininės etikos žiniomis, kurios, jų teigimu, tvirtai išlikusios iš „instituto laikų“ ir toliau nėra plėtojamos (AA gydytoja): *„nebeplėtoju, manau, kad aš jas žinau, nes jau 40 metų dirbu gydytoja ir neturėjau nė vieno papeikimo nei iš kolegų, nei iš pacientų“*; *„nebeplėtoju, turiu šias žinias iš seniai, dar institute reikėjo prisiekti gydytojo priesaiką, iš ten žinios ir likusios“*. Pasidomėjus, kas padeda laikytis etikos principų, gydytojai užtikrino, kad šiuo aspektu svarbiausia – patirtis: jokie specialūs mokymai šioje srityje respondentams nereikalingi. Taigi, vėl akcentuojamas kompetencijos įgijimas per patirtį, tačiau visgi turint esmines, bazines žinias šiuo klausimu.

Siekiant išsiaiškinti gydytojų gebėjimą rasti reikalingos informacijos (ir taip ištirti *nuolatinio mokymosi / tobulėjimo kompetenciją*), buvo užduodami esminiai klausimai dėl informacijos paieškos ir veiklos refleksijos. Respondentai ieško reikalingos informacijos internete ir medicininėse knygose, bet kaip svarbus informacijos sklaidos šaltinis įvardijama komunikacija su kolegomis reflektuojant. Anot gydytojų, patirtis yra esminis informacijos įsisavinimo įrankis, refleksija vyksta nuolat ir būtent dėl jos randasi naujų žinių (AA gydytoja): „*Žinių, žinoma, kad įgaunu, aš net turiu didžiulę užrašų knygą, kurioje kai kuriuos įvykius susirašau, <...> ta knyga mano geriausia veiklos refleksija*“. Gydytojai pažymėjo, kad pacientai į šį procesą nėra įtraukiami, tačiau kolegos – labai dažnai, nes nuolatinė refleksija medicininėmis temomis ir domėjimasis kolegų veikla yra neatsiejama jų darbo dalis (AB gydytoja): „*...mes ištisai bendraujame su kolegomis, aš pati visada papasakoju kažkokius įdomesnius atvejus, analizuojam tą atvejį, net visi kartu lendam į internetą ir skaitome. <...> Pats pacientas naujam žinių atsiradimui kažkiek prisideda, bet gal daugiau sužinau iš kolegų nei iš pacientų...*“. Komunikuodami su kolegomis gydytojai įgyja daug patirties. Respondentų teigimu, gebėjimas kaupti naują informaciją bei perkelti žinias iš vienos praktinės veiklos į kitą yra grindžiamas būtent patirties bagažu. Apibendrinus galima teigti, kad respondentų gebėjimai refleksijos / savistabos būdu išgauti naujas žinias iš savo praktinės veiklos įgyjami ir plėtojami dirbant darbo vietoje.

Kaip aptarta teorinėje darbo dalyje, gydytojui labai svarbi *komunikacijos su pacientais kompetencija*. Siekiant ugdyti šią kompetenciją, būtina nuolat tobulinti bendravimo, atidumo, pagarbos, gebėjimo išklausyti ir kt. empatijos įgūdžius. Atliekant empirinį tyrimą paaiškėjo, kad respondentams labai svarbios ir daug įtakos komunikuojant su pacientais turi asmeninės gydytojo savybės, nes bendravimo įgūdžius visi (AA, AB, AC) gydytojai laiko „*atėjusiai iš savęs, savo patirties*“. Patirties svarbą jie pažymi kalbėdami apie dėmesio ir pagarbos pacientui atsiradimą / išlaikymą, pastebėdami, kad tai dalinai priklauso ir nuo pačių pacientų, bei apie atidumo ugdymąsi, teigdami, kad patirtis įgaunama nuolat – nuo studijavimo institute laikotarpio iki dabartinio tiesioginio bendravimo su pacientu meto. Atidumą apklausti gydytojai išskyrė kaip vieną svarbiausių mediko įgūdžių teigdami, kad būtent tai gali padėti arba pakenkti diagnostikoje (AB gydytoja): „*...gal mano atidumas gali būti apibūdinimas taip – man keista, kad kažko kiti nemato. Atidumą įdiegia patirtis ir pati profesija. Tu negali būti neatidus, nes tada neišgydysi pacientų.*“, „*...pasitaiko ir taip, kad pacientas pasakoja, kaip jam blogai, o tu matai po jo nagu paprasčiausią pašinę, apie kurią tau jis net neužsiminė, o pasirodo pašinas sukėlė kraujo užkrėtimą.*“

Siekdami sėkmingai komunikuoti su pacientu, gydymo įstaigų darbuotojai turi išsiugdyti ir tam tikras lingvistines kompetencijas. Kiekviena specialybė turi savo atitinkamą kalbos specifiką, būdingą terminologiją, tačiau gydytojams svarbu sugebėti atsiriboti nuo profesinės kalbos, nes dažnai pacientui apie jo ligą ir jos gydymą reikia paaiškinti paprastai. Respondentų teigimu, dėl ilgametės

darbo patirties suprantamai suteikti pacientams informacijos nėra sunku, nes dirbdami gydytojai išsiugdė gebėjimą suprasti žmones (AC gydytojas): „*Aš visada kalbu paprastai, be jokių terminų, nebent patys žmonės yra tikrai apsišvietę ta tema, tada pagal kiekvieną situaciją pritaikau tą kalbėjimo lygį. Pacientai visada sako, kad jie viską suprato, bet matosi kada tai tiesa, o kada ne...*“ Galima daryti prielaidą, kad tinkama komunikacija su pacientu padeda sukurti grįžtamąjį ryšį. Vis dėlto respondentų nuomonės šiuo klausimu išsiskyrė: AA respondentė teigė, kad jis būna tikrai retai, respondentai AB ir AC pažymėjo, kad ryšys yra visada, tik ne visada jį galima pavadinti teigiamu. Šių pasisakymų skirtumo priežastis, matyt, skirtingos gydytojų pozicijos grįžtamojo ryšio atžvilgiu ir, kaip to pasekmė, skirtingas elgesys.

Atliekant baigiamojo darbo teorinę apžvalgą buvo nustatyta, kad gydytojas savo organizacijoje vaidina ir gydytojo-administratoriaus vaidmenį, todėl interviu metu buvo siekiama išsiaiškinti, ar gydytojai tai pripažįsta ir kokios kompetencijos veikia jų atliekamą vaidmenį. Gydytojų buvo klausiama apie dokumentacijos tvarkymą, laiko planavimą bei savęs kontroliavimą. Nustatyta, kad gydytojams dokumentų pildymas nėra sunki užduotis, tai tarsi „mechaniškas“ darbas, kuris yra jų didelė darbo dalis. Sugebėjimas tinkamai atlikti šią darbo dalį ateina savaime iš patirties, o naujųjų dokumentų pildymas nekelia sunkumų, nes administracija dažniausiai supažindina su jų pildymo instrukcija, šalia naujo dokumento visada prisegamas papildomas dokumentas-instruktažas.

Apklausus respondentus dėl laiko planavimo gebėjimų nustatyta, kad šioje srityje gydytojams iškyla keblumų (AC gydytojas): „*jeigu kalbame apie laiko planavimą darbe, jo planuoti ne kad nemoku, o tiesiog to tai daryti neįmanoma, kai tu vienu metu dirbi 3 vietose ir nežinai, ar tave į priėmimo skyrių iškviės 3 kartus, ar 9, ar išvis neiškviės. <...> Jeigu būtų skyriuje daugiau dirbančių gydytojų, tada būtų kita kalba – vieni atsakingi už tą, kiti už tą ir t. t., o dabar laiko planuoti neįmanoma. Na, nebent minimaliai, kad tą savaitę pasidarysiu tą ir tą, bet tikrai ne valandomis gali susiplanuoti laiką*“. Šiuo aspektu išryškėja aktuali problema, į kurią dėmesį turėtų atkreipti gydymo įstaigų administracijos.

Su gydytojo-administratoriaus vaidmens tobulinimu glaudžiai susijusi savęs kontroliavimo (savikontrolės) kompetencija. Respondentai pripažino, kad jie nėra savo darbo kontrolieriai, bet tvirtino, jog šią kompetenciją norėtų tobulinti, tačiau nežino, kaip tai daryti ir į ką reikėtų kreiptis.

Apibendrinant A skyriaus individualaus gydytojų mokymosi lygmens tyrimo rezultatus, galima išskirti svarbiausią būdą mokytis individualiai – turimos patirties refleksiją.

Visose tirtose srityse (gydymo paslaugų teikimo, sveikos gyvensenos paslaugų teikimo, psichologinių paslaugų teikimo, socialinių paslaugų teikimo) gydytojai išskiria mokymosi iš patirties (iš savo ir iš kitų) modelius ir įvardija kelis esminius būdus juos įgyti:

- 1) tiesiogiai bendrauti su pacientais;



- 2) komunikuoti su kolegomis;
- 3) skaityti straipsnius;
- 4) dalyvauti mokymuose.

### **Grupinis gydytojų mokymosi lygmuo**

Dirbdamas gydytojas privalo nuolat komunikuoti ne tik su pacientais, bet ir su kartu dirbančiais asmenimis. Siekiant nustatyti gydytojų kompetencijas *grupiniame lygmenyje* gydytojo paslaugų teikimo srityje, nagrinėti A skyriaus respondentų gebėjimai dirbti grupėje ir suvokti save kaip komandos dalį. Pirmiausia buvo analizuoti santykiai su skyriaus kolegomis.

Prisiminus anksčiau gydytojų minėtus patirties sklaidos ir refleksijos būdus galima teigti, kad komandinis darbas itin padeda ugdyti(s) įvairias kompetencijas. Respondentų teigimu, darbas kolektyve turi daug privalumų – kolektyvo nariai padeda vieni kitiems fiziškai ir psichologiškai, dalijasi patirtimi ir užtikrina informacijos sklaidą. Interviu dalyvių grupė ilgą laiką dirba kartu. Visai struktūrai būdinga aiški vidinė tvarka, todėl nesutarimų kyla labai retai (AC gydytojas): *„Mes jau daug metų dirbame kartu ir kažkaip problemų dėl sprendimų priėmimo kartu neturime, mes vienas kita suprantame jau ir be žodžių. Yra dokumentai, kuriuose apibrėžiamos kiekvieno gydytojo pareigos, mes patys tai žinome ir tuos sprendimus pavyksta priimti be jokių konfliktų.“* Vis dėlto komunikuoti su kitais tiriamos gydymo įstaigos skyriais respondentams sudėtingiau (AA gydytoja): *„...nesutariama, kurie guldys ligonį, jeigu, tarkim, jis turi tiek vidaus ligų, tiek chirurginių problemų. Reikia kovoti, jeigu nesusitariame, tada kviečiame administracijos atstovus.“*

Nors, kaip teigia respondentai, ryšiai tarp ligoninės skyrių nėra stiprūs, tačiau mokymasis bendradarbiaujant A skyriaus viduje vyksta. Dėl adekvataus savęs, kaip komandos dalies, suvokimo respondentų gebėjimai dirbti kolektyviai ir kartu priimti sprendimus yra geri (AB gydytoja): *„...diskutuoju, įrodome savo tiesas ir tiesiog nusprendžiama. Nėra jokios sistemos, tiesiog laivų pokalbių metu sprendimus ir priimame.“* Draugiškų santykių su kolegomis palaikymas sukuria skyriuje teigiamą atmosferą ir skatina nuolatinį kolektyvinį mokymąsi – dalijimąsi patirtimi, polinkį bendrauti, reflektuoti grupėje (AC gydytojas): *„visada, pas mus yra nerašyta taisyklė, susirinkus ryte geriame kavą kartu ir aptariame visus mums rūpimus klausimus tuo pačiu ir reflektuojame, kas pas mus gerai, kas negerai, ką reikia keisti.“*

Apibendrinant duomenis galima teigti, kad pagrindinis A skyriaus gydytojų grupės mokymosi būdas – refleksija grupėje dalijantis patirtimi.

### **Gydytojų mokymasis visos organizacijos lygmenyje**

Gydytojas yra ne tik grupės, bet ir visos organizacijos, kurioje dirba, narys. Siekiant būti bendruomenės dalimi, svarbu suvokti organizacijos visumą, viziją ir suprasti vertybes (filosofiją). Respondentų teigimu, šie aspektai gydytojams yra lengvai suvokiami ir primenami (AC gydytojas): „...*kaip gydytojas suprantu koks mūsų įstaigos siekis, kokia mūsų ligoninės paskirtis, per susirinkimus administracija pabrėžia pagrindinius mūsų ligoninės nuostatus.*“

Pastebėta, kad gydytojai nesijaučia kuriantys bendras vadybinio pobūdžio organizacijos lygmens žinias, tačiau aktyviai dalyvauja, „penkminutėse“ (dalyvaujant visos ligoninės gydytojams) kuriant bendras konkrečių ligonių gydymui reikalingas žinias.

Kad būtų sudarytos sąlygos kolektyviniam mokymuisi, svarbu vidinė aplinkos atmosfera, organizacijos mikroklimatas. Kaip teigia respondentai, jų organizacijoje vyrauja demokratija, ir darbuotojai gali laisvai reikšti savo nuomonę administracijai, vidinių bendravimo problemų nėra ir su kolegomis nesunku susitarti, o darbo aplinka pakankamai tolerantiška (AB gydytoja): „*Idealiai tolerantiškos nėra, bet, kai aš žinau, kaip yra kitose organizacijos, tai galiu pasakyti, kad mūsų organizacija yra tikrai tolerantiška. Čia ir užjaus, čia ir gerbs, čia ir padės.*“ Tačiau reikia pabrėžti, kad gydytojai (AB, AC) pastebi, kad kartais: „<...> *geriau būtų mažiau tos demokratijos o daugiau aiškesnės tvarkos.*“

Kalbant apie gydytojų mokymąsi šiame skyriuje galima teigti, kad gydytojai labiausiai pripažįsta patirties svarbą individualaus mokymosi procese, kuri įgyjama darbo vietoje taikant situacinį mokymąsi, tačiau integruojant įvairias metodus įgytas žinias: 1) individuali ir grupinė refleksija, 2) patirties dalijimasis su kolegomis, 3) bendraujant su pacientais, 4) individualus tobulėjimas skaitant profesinę literatūrą, 5) medicininių dokumentų analizė, 6) stažuotės, konferencijos, seminarai, 7) internetas. Individualus mokymosi procesas priklauso ir nuo darbo stažo – gydytojai su didesne darbo patirtimi individualiai mažiau mokosi nei tas gydytojas, kuris turi mažesnę darbo patirtį.

Analizuojant tyrimo duomenis paaiškėjo, kad gydytojų darbe kolektyvinio mokymosi procesas itin reikšmingas. Gydytojai, kalbėdami tiek apie individualų, tiek apie kolektyvinį mokymąsi, nuolat pabrėžė kolegų svarbą šiame procese. Respondentai save vertina kaip komandos narį, o bendros komandos refleksijos yra pagrindinis elementas naujoms žinioms įgauti.

Apibendrinant A skyriaus gydytojų mokymąsi galima išskirti šiuos pagrindinius dalykus:

*Socializacijos* procesas pasižymi tuo, kad gydytojai pabrėžia kolegų vaidmenį jų mokymosi procese. Svarbu, kad skyrius pasižymi draugiška atmosfera, čia vyksta nuolatinis kolegų bendradarbiavimas. Mokymosi aplinka (Ba) šiame padalinyje pasižymi tuo, kad yra sukurtos palankios sąlygos padalinio gydytojams bendrauti – patogiai įrengtas *bendras* gydytojų kabinetas (ne tik kiekvieno gydytojo darbo stalai, bet ir minkšti baldai, staliukas, šaldytuvas, kavos aparatas), jaukiai sukurta fizinė aplinka gydytojams jų darbo vietą paverčia patrauklesne.

*Eksternalizacijos* fazė pasižymi nemenku savitumu: mokymasis padalinio lygmenyje (skyriaus lygmenyje konstruojamos išreikštos kolektyvinės žinios) vyksta neformaliai bendraujant, o ne formalių susirinkimų metu. Skyriuje ypatingai vertinami neformalūs pokalbiai, kurie turi savas tradicijas (kiekvieną rytą gydytojai ruošia pusrytinę kavą; kavos gėrimo metu aptariami ligoniniai, būsimi ir atlikti darbai ir kt.). Kadangi gydytojai specialių susirinkimų nerengia, todėl neformalūs pokalbiai atstoja oficialius skyriaus susirinkimus, išskyrus tuos atvejus, kai gydytojai dalyvauja susirinkimuose su kitu skyriaus personalu (vyr. sesele ir slaugytojomis). Diskusijos su savo skyriaus kolegomis yra įvardijamos kaip vienas svarbiausių elementų darbe ir mokymosi procese. Diskusijų pagrindu yra priimami ne tik svarbiausi padalinio sprendimai, tačiau taip gydytojai tobulina ir savo asmeninį darbą. Gydytojai pripažįsta ir pacientų teikiamą naudą jų mokymuisi; pacientai įvardijami kaip pagrindiniai patirties kaupimo veiksniai.

Mokymosi aplinka (Ba) eksternalizacijos fazėje turi ypatumų: skyriaus gydytojų bendri pasitarimai nėra formalūs, jiems papildomų sąlygų sudaryti nėra būtina, nes jie dirbdami bendrame kabinete neformaliai priima skyriui svarbius sprendimus. Kalbant apie padalinio bendrus susirinkimus (su visu A skyriaus personalu), tam sudaromos fizinės sąlygos (skiriama konferencijų salė), tačiau gydytojai tai neišskyrė kaip svarbaus elemento. Taigi, šiuo atveju galima kalbėti apie neformaliai vykstančią eksternalizacijos fazę.

*Kombinacijos* fazė – tai kolektyvinis mokymasis, vykstantis visos organizacijos lygmenyje. Paprastai mokslininkai (Nonaka, Takeuchi, 1995) kalba apie kolektyvinių žinių konstravimą, kuris naudojamas bendriems sprendimams priimti. Kitaip tariant – tai sprendimai (sukuriant normas, taisykles, bendrus veikimo būdus ir pan.), kuriems priimti reikia bendrų pastangų. Ligoninėje šios bendros žinios gali būti skirtos:

- a) ligoninės, kaip organizacijos, vystymui (kitai tariant, vadovai nepriima vadybinių sprendimų tol, kol jų neišdiskutuoja su padaliniais);
- b) priimant bendrus sprendimus, dalyvaujant visiems (arba keliems) skyriams, jeigu tai yra jų kompetencija (nedalyvaujant ligoninės vadovui), pvz., dėl ligonio gydymo į ligoninę esant sudėtingai (kelių ligų) diagnozei;
- c) gydymo tikslams, kai reikia nuspręsti dėl konkrečių ligonių, tariantis įvairių specialybių gydytojams.

Jau buvo minėta, kad A skyriaus gydytojai pasakė, jog jie nedalyvauja, formuojant ligoninės misiją, viziją, vertybes, metinius tikslus, vystymo strategiją. Taigi, (a) pobūdžio kolektyvinės žinios nėra konstruojamos. Matyt, reikia įvertinti tai, kad ligoninės valdymas yra viešojo administravimo tipo, todėl valdymo „pagal taisykles“ yra daugiau nei šiuolaikinės vadybos.

Taip pat yra problemų dėl (b) - bendrų sprendimų priėmimo, dalyvaujant visiems (arba keliems) skyriams. A skyriaus gydytojai (AA ir AC) pažymėjo, kad su kitais organizacijos skyriais nėra lengva susitarti, neretai kyla konfliktų, bet pridūrė, kad tai daugiau vyksta dėl to, kad administracija yra aiškiai neapibrėžusi kiekvieno skyriaus įgaliojimų, pavyzdžiui, tais atvejais, kai guldomi į ligoninę ligoniai turi keletą ligų, kurių gydymu užsiima skirtingi skyriai.

Gydytojai taip pat įvardijo kiekvieną dieną vykstančius bendrus visų skyrių susirinkimus - „penkminutes“ (c), kuruose aptariami gydymo klausimai. *Penkminučių* svarbą A skyriaus gydytojai akcentavo kaip reikšmingą mokymosi aspektą. Matyt, tai ypač svarbu būtent šiam skyriui, nes vidaus ligų gydytojų darbas apima ypač platų diagnostinį profilį. *Penkminučių* mokymosi aplinka pasižymi tarpdiscipliniškumu, nes ten dalyvauja įvairių specialybių gydytojai. Tai – svarbiausiais šios aplinkos ypatumas.

Mokymosi aplinka, svarbi kombinacijos etapui, kur jis bevyktų: gydytojai pažymėjo, kad organizacijoje vyrauja *demokratiška* aplinka.

Tiesa, jie įvardijo ir formalius visos organizacijos narių bendrus susirinkimus (vyksta kiekvieną savaitės antradienį, susirenkant visiems gydytojams, vyr. seselėms, vyr. slaugytojoms ir administracijai). Juose ne visada bet kurio gydytojo išsakyta nuomonė yra svarbi. Tačiau dažniausiai šie bendri visų padalinių susirinkimai vyksta todėl, kad organizacijos administracija turi pranešti tam tikras naujienas organizacijos gydytojams. Šių formalių susirinkimų metu informacija labiau transliuojama ir įsisavinama, nei kuriama vykstant mokymuisi bendradarbiaujant. Todėl šie susirinkimai kombinacijos etapui nepriskirtini. Jie turi internalizacijos etapo požymių. Tai, kas vyksta, labiau panašu į pradinį informacijos teikimo ir įsisavinimo procesus, vykstančius internalizacijos etape.

*Internalizacijos fazė* - ši fazė ypatinga tuo, kad naujai sukurtos (arba kitokiu būdu į organizaciją patekusios formalios žinios) paskleidžiamos kitiems darbuotojams. Kaip jau minėta, administracija nauja informacija dažniausiai pasidalina bendruose visos organizacijos narių susirinkimuose, išimtiniais atvejais (jeigu informacija ypač svarbi) - telekomunikacijos priemonėmis.

Taigi aptarus skyriaus rezultatus galima teigti, kad skyriuje daugiau vyrauja grupės lygmens kolektyvinis mokymasis, nors svarbus yra ir individualus mokymasis.

### **3.2. B skyriaus gydytojų individualus ir kolektyvinis mokymasis**

#### **Skyriaus profilio ir veiklos pristatymas**

Chirurgijos-traumatologijos skyrius gyvuoja beveik nuo pat ligoninės įkūrimo pradžios. Per metus čia atliekama apie 800 operacijų tik stacionare besigydantiems ligoniams. Dar tiek pat operacijų

atliekama ambulatoriškai besikreipiantiems pacientams. Skyriuje naudojami šiuolaikiniai minimaliai invazinės chirurgijos metodai operuojant pilvo organus, sąnarius. Dar 1971 metais čia buvo atlikta pirmoji Lietuvoje klubo sąnario endoprotezavimo operacija. Šiandien klubo sąnario endoprotezavimo operacijos yra tęsiamos, naudojant šiuolaikinius protezus.

Didžiausi pasikeitimai skyriaus veikloje vyko atkurtos Lietuvos nepriklausomybės pradžioje po 1990 metų, kai atsirado galimybės ir ryšiai su Vakarų medicina. Iki 1989 m. chirurgija ir traumatologija buvo tokiam lygyje, kad įvairias priemones tekdavo užsakinėti pas šaltkalvius. Tik pradėjus veikti specializuotai gamyklai Ukrainoje, chirurginės, traumatologinės ar protezavimo priemonės tapo lengviau prieinamos ir Y ligoninės medikams. 1993 m. Lietuvoje pradėtos naudoti naujos sąnarių endoprotezavimo technologijos, o po metų tai buvo įdiegta ir Y ligoninėje.

2011 m. rugsėjo 15 d. ligoninėje atliktos ir pirmosios dvi kelio sąnarių endoprotezavimo operacijos. Kelio sąnarį protezuoti technologiškai yra sudėtingiau, todėl ne visos ligoninės tam ryžtasi. Kaip teigiama skyriaus apraše, apskritai, chirurgija yra savotiškas menas ir kiekviena operacija - tai kūrybinis procesas, reikalaujantis daug žinių, įgūdžių ir paprasčiausio žmogiškumo, žmogaus kančios įsiklausymo ir supratimo bei siekio ją palengvinti.

### **Respondentai**

Buvo siekiama nustatyti, kaip B skyriaus gydytojai vertina savo turimas kompetencijas ir jų ugdymo(si) galimybes individualiame bei kolektyviniame organizacijos lygmenyse. Atlikant tyrimą apklausti 5 respondentai – 2 chirurgai ir 3 traumatologai: BA respondento iš chirurgijos sektoriaus darbo patirtis 20 metų, BB – 25 metai. Traumatologijos sektoriaus respondentų darbo patirtis: BC respondentas – 26 metai, BD respondentas – 40 metų, BE respondentas – 35 metai. Tie patys darbuotojai taip pat dirba priėmimo skyriuje ir konsultacinėje poliklinikoje.

### **Kompetencijos ir jų tobulinimas**

Pirmoji interviu dalis buvo skirta išsiaiškinti kaip gydytojai vertina savo turimas kompetencijas, kitaip tariant, buvo siekiama sužinoti ar tam tikros kompetencijos individualiame, grupės bei visos organizacijos lygmenyse yra pripažįstamos kaip esamos. Po to sekė antrasis klausimas, skirtas išsiaiškinti tobulėjimo nuostatai; trečiasis klausimas – nustatyti pačiam tobulėjimo faktui. Atlikus interviu paaiškėjo, kad visi gydytojai patvirtino savo turimas kompetencijas (žr. kompetencijas 2 priede), vienareikšmiškai pripažino žinių tobulinimo būtinybę. Tačiau dėl žinių tobulinimo proceso gydytojų atsakymai pasiskirstė skirtingai: 2 iš 5 gydytojai pripažino, tobulinantys psichologijos, etikos ir teisines žinias, likusieji trys gydytojai teigė, kad visos žinios jau yra susiformavusios iš anksčiau ir, kad tobulinti šias žinias reikia visada, tačiau jie to nedaro. Taip pat gydytojai vienareikšmiškai pripažino kolektyvinio mokymosi reikšmę jų darbe, tačiau kaip tobulinti

kolektyvinį mokymąsi - jie būdų nežino. Taip pat paklausus gydytojų apie žinias, kurias tobulina organizacijos kontekste, gydytojai patvirtino, kad žinių šiuo klausimų trūksta, bet jų ir netobulina.

### **Individualus gydytojų mokymosi lygmuo**

Antrąją klausimyno dalimi siekiama išsiaiškinti gydytojų kompetencijas *individualiame lygmenyje* gydytojo paslaugų teikimo srityje, aptariant gydymo, sveikos gyvensenos, psichologinių ir socialinių paslaugų teikimą.

Vertindami savo praktikoje įgytas žinias apie ligas, jų gydymą, reikalingus paskirti vaistus, respondentai akcentavo, kad jų žinios nuolat plečiasi tiesiogiai bendraujant su pacientu. Būtent praktika įgalina įgyti žinių, suteikia galimybę įgyti kokybiškos patirties (BB gydytojas): „...*daug žinių gaunu iš darbo su pacientais, paskyrus tam tikrą gydymą stacionare ar ambulatoriškai gaunamas atgalinis ryšys, todėl iš to galima įvertinti savo gydymo taktikos tinkamumą, taip kaupiant vis didesnę patirtį.*“

A skyriaus respondentai nurodė, jog nuolat tobulina kvalifikaciją, skaitydami profesinę literatūrą. Jie tai įvardijo kaip pagrindinę kvalifikacijos kėlimo priemonę. Dauguma B grupės respondentų, suvokdami nuolatinę ir greitą medicinos srities inovacijų gausą, labiau linkę plėsti ir atnaujinti žinias stažuotėse, konferencijose, seminaruose (BC gydytojas): „*Medicina kiekvieną dieną vis žengia į priekį, atrandami nauji vaistai, diagnostikos algoritmai, todėl nuolat reikia atnaujinti savo žinias. Seminarai ir konferencijos dažniausiai apima daug temų, todėl ir asmeniškai gaunamos naudos santykis yra mažesnis nei skaitant savo pasirinktą literatūrą.*“ Į šią gydytojo mintį reikia atkreipti dėmesį: matyt, šis profesionalas pripažįsta taip vadinamą *gilų* mokymąsi, kai į kiekvieną temą, problemą yra įsigilinama, o seminarų metu vyksta, matyt, tik *susipažinimas* su naujovėmis. Tačiau dėl to nereikėtų nuvertinti seminarų reikšmės, nes seminare pateikiama medžiaga būtent ir turi skatinti toliau gilintis į problemą. Vis dėlto ne visi respondentai teigiamai vertina mokymų teikiamą naudą (BD gydytojas): „...*pati praktika sukuria didžiausią procentą žinių, <...> Tikrai skaitau literatūrą, straipsnius, bet stažuotės visiškai pamirštas dalykas, seminarai reikalingi licencijai pratęsti, bet kartais jie būna tokio žemo lygio, kad man norisi juos imti ir praveisti*“. Štai, jeigu gydytojai nepatenkinti seminarų kokybe, tai – visai kitas dalykas. Tai – jau šalies medikų kvalifikacijos kėlimo sistemos ir ją kontroliuojančių institucijų spręstina problema.

Kaip vieną priežastį, dėl kurių mokymų lankymas nėra dažnas, apklausti gydytojai įvardija užimtą darbo grafiką (BA gydytojas): „*Stengiuosi keliauti į konferencijas, seminarus, bet jeigu - atvirai, tai tam lieka mažai laiko, bet kiek jo lieka, stengiuosi išnaudoti moksliškai produktyviai.*“ Vienas pagrindinių būdų sužinoti profesines naujoves – taisyklių, teisės aktų nagrinėjimas. Visi respondentai užtikrina susipažįstantys su svarbiais dokumentais ir tai vertinantys kaip būdą pagilinti žinias apie ligas, jų gydymą, vaistų sudėtį etc.

Vis dėlto visi respondentai patvirtino, kad patirtis yra vienas esminių būdų mokytis ir tobulėti savo srityje: teisingai parinkti tinkamą gydymo metodą, tiksliai nustatyti ligos diagnozę, skirti atitinkamus vaistus gydymui. Respondentai įvardijo, kad siekdami nustatyti tinkamą diagnozę kartais konsultuojasi su kolegomis, skaito literatūrą, ieško informacijos internete. Ypač informacijos paieška reikalinga siekiant paskirti tinkamiausius vaistus, nes nuolat atsiranda farmacijos naujovių.

Respondentai įvardija dalyvavimą mokymuose ir mokslinės literatūros analizę kaip svarbius patirties tobulinimo būdus. Matyt, tai jaučia tie, kurie sugeba, refleksuodami savo patirtį, jai kelti klausimus remdamiesi ką tik mokymuose įgytomis naujomis žiniomis. Vis dėlto pagrindiniu tobulėjimo įrankiu jie laiko konsultacijas / komunikaciją su kolegomis ir darbą su pacientais (BE gydytojas): „...*didelė dalis praktikos ateina bendradarbiaujant su kolegomis – pasidalinant informacija, analizuojant įvykius, seminarai irgi duoda „savo“, bet gal čia prie žinių kaupimo klausimo, o praktikos kaupime pagrindinius vaidmenis atlieka – gydytojas (aš) – pacientas – kolega.*“ Komunikacija su kolegomis, anot respondentų, padeda gauti žinių, reikalingų pacientą nukreipiant pas kitą specialistą. Nustatyti teisiniai aktai, kompetencijų ribos, gydymo įstaigos galimybės, diagnostikos algoritmai, kuriais vadovaujamasi diagnozuojant ir gydant tam tikras ligas, padeda nuspręsti, pas kokią specialistą pacientą siųsti tikslingiausia. BC respondentas kaip vieną būdų nurodo dalyvavimą mokymuose: „*Iš konferencijų nemažai sužinai, pavyzdžiui pradėjo ten kažkur dėti čiurnos sąnari, jau ir žinai kur reikėtų siųsti tokiu atveju...*“

Tyrimo metu siekta sužinoti respondentų nuomonę apie ligų prevenciją ir sveikos gyvensenos skatinimą. Gydytojai teigė turintys žinių šiose srityse, tačiau jų neskleidžiantys ir prevencinių programų nevykdantys, nes dėl laiko stokos specialistai stengiasi susikonsultuoti į konkrečias savo pareigas – atrasti problemą ir ją išgydyti. B skyriaus gydytojai linkę informacijos apie ligų prevenciją ir sveikatinimą sklaidą paskirti atitinkamiems specialistams (BC gydytojas): „*Gal ir tektų su ta prevencija susidurti, kartais akivaizdžiai matai, kad žmogus nesveikai gyvena, yra nutukęs, dėl to jo būklės visapusiškai blogesnės, bet aš neturiu tam laiko, ir, manau, tai į mano kompetencijos ribas neįeina. Tam yra kiti specialistai – nuo šeimos gydytojų iki dietologų.*“ Visi respondentai nurodė „iš profesinės pusės“ nesidomintys minėtomis sritimis, su informacija susipažįstantys nebent siekdami patenkinti asmeninius poreikius.

Apklausti gydytojai labiau vertina psichologinės sveikatos žinių svarbą. Respondentai teigia susiduriantys su asmenimis, su kuriais komunikuojant reikia būti susipažinusiems su bendravimo psichologija, nes kartais reikia nuraminti pacientus ir jų artimuosius (BA gydytojas): „*Tam, kad „surinktumei“ tikslią anamnezę, kad pacientas jaustų pasitikėjimą gydymu, psichologinės žinios yra būtinos*“. Tačiau specialiai gilinti žinių šioje srityje gydytojai taip pat nėra linkę ir pasitiki praktikuojant mediciną įgytomis žiniomis (kaip teigia BC gydytojas: „*Kai jau tu dirbi daug metų,*

*maždaug „perkandi“ tą žmogaus psichologiją. Mes tas žinias turime tik iš savo karčios patirties, bet šiaip nei mus mokė kažkas, nei mes patys specialiai jas tobuliname. Užtenka kiek turim iš savo patirties.“). Štai su tokiomis mintimis sunkoka sutikti: kai apsiribojama psichologinių žinių iš patirties įgijimu, natūraliai kyla klausimas: o kiek pacientų psichologiškai buvo jeigu ne sužalota, tai vis tiek jiems kažkiek pakenkta, kol „klaidų ir jų taisymo“ keliu gydytojas įgijo atitinkamą patirtį.*

Galima teigti, kad B skyriaus gydytojai aktyviai susitelkia prie savo darbo, o į kitas svarbias gydymui sričių žinias – šiuo atveju psichologiją – nelinkę skverbtis. Tai pagrindžia respondentų atsakymai į klausimą dėl psichologinės pagalbos pacientams teikimo, pvz. (teigia BC gydytojas), *„...mes negalime su kiekvienu ligoniu sirgti, mirti ir vėl atsikelti. Jeigu gilintumėmės į kiekvieno žmogaus gyvenimą, tai pats išprotėtumei. Manau, kad tam yra psichologai, ir tegul jie dirba savo darbą, o aš dirbu kaip traumatologas.“* Psichologijos įgūdžių stoką paaiškina tai, kad, respondentų teigimu, mokymų šioje srityje medikų rengimo įstaigose respondentų studijų laikotarpiu nebuvo, tačiau bendraujant su pacientais ir jų artimaisiais nemaloniomis temomis padeda ilgametė patirtis (BD gydytojas): *„...nei universitete, nei seminaruose niekas to nemoko, dar kai pradėjau dirbti buvo tai sunku padaryti, vis klausdavau kolegų, ką sakyti, kaip pasakyti, o vėliau atvejis po atvejo - ir išmokau.“*

Kaip teigia respondentai, jiems tenka bendrauti ir su įvairiomis įstaigomis: seniūnijomis, socialiniais darbuotojais, bet, dėl savo specializacijos, dažniausiai – su policijos pareigūnais. Chirurgai ir traumatologai pripažino, kad ypač tai pasireiškia dirbant priėmimo skyriuje (BE gydytojas): *„Priėmimo skyriuje tenka pabendrauti su policija gana dažnai, ypač tai padažnėja savaitgaliais, kai padaugėja išgėrusių, susimušusių, dėl kiekvieno įtarimo mes kreipiamės į policiją, mums tai privalu daryti, yra tam tikri reglamentai, kada turi apie įvykį pranešti. Visas kitas problemas perduodame administracijai.“* Anot respondentų, būtent administracija prireikus supažindina gydytojus su naujais reglamentais, teisiniais aspektais, padeda išspręsti teisinius klausimus. Patys gydytojai žino svarbiausius aspektus, bet iškilus teisei problemai kreiptųsi į specialistus.

Pabrėžtina, kad apklausti gydytojai yra užtikrinti savo medicininės etikos žiniomis, kurios, jų teigimu, tvirtai išlikusios iš „instituto laikų“. Pasidomėjus, kas padeda laikytis tam tikrų etikos principų, gydytojai užtikrino, kad svarbiausia - jų pačių ir kolegų patirtis. Dalis respondentų teigė besidomintys profesinės etikos sritimi, tačiau seminarų ar kitokio pobūdžio mokymų šia tema yra labai nedaug.

Siekiant išsiaiškinti gydytojų gebėjimą rasti reikalingą informaciją ir taip iširti *nuolatinio mokymosi / tobulėjimo kompetenciją*, buvo užduodama klausimų apie informacijos paiešką ir veiklos refleksiją. Trys iš 5 respondentų nurodė, kad pagrindinis reikalingos informacijos paieškos šaltinis yra internetas, kiti dažniau naudojami literatūra. Tarp minėtųjų šaltinių yra ir duomenų bazės, informacija



gaunama per mokymus, prie to šiek tiek prisideda bendravimas su pacientais (BB gydytojas): „*Skaitau ir straipsnius apie kitų gydytojų veiklą, taip pat ir seminarų, konferencijų metu nemažai galima gauti informacijos. Pacientai maža dalimi prisideda papasakodami apie savo patirtį su kitais gydytojais*“. Kaip svarbus informacijos sklaidos šaltinis įvardijama komunikacija su kolegomis reflektuojant (BC gydytojas): „...*konsultuojamės vieni su kitais. Ir tikrai labai daug sužinai iš pasakojimų, drauge analizuojame įdomesnius reiškinius. Gal galėčiau pasakyti, kad daugiausia tų naujų žinių ir gaunu iš kolegų, ypač iš tų vyresnių, kurie jau turi didžiulę darbo patirtį*.“ Taigi, gebėjimas stebint kitų veiklą įsisavinti naujų žinių įgyjamas ir plėtojamas skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas / seminarus, konsultuojantis su bendradarbiais.

Gydytojai pažymėjo, kad jiems būdinga individuali refleksija. Pastebėta, kad ilgiau dirbantys asmenys reflektuoja mažiau (BD gydytojas): „*Galvoju dažnai apie savo veiklą, bet ne be tiek dažnai kaip prieš 20 metų...*“, BE gydytojas teigia, kad „*Anksčiau labai daug reflektuodavau, dabar jau ne taip dažnai, gal dėl to, kad esu užtikrintas savo atliekama veikla, gal dėl to, kad patirtis jau didelė*“. Vienas respondentas (BD gydytojas) nurodo reflektuojantis per edukaciją – mokydamas kitus, jaunesnius gydytojus, jis apmąsto savo praktiką ir patirtį. Anot respondentų, gebėjimas kaupti naują informaciją bei perkelti žinias iš vienos praktinės veiklos į kitą yra grindžiamas patirties bagažu.

Individuali refleksija ir bendravimas su kolegomis padeda tobulinti gydytojams itin svarbų gebėjimą - dirbti atidžiai. Pažymėtina, kad atidumo procesams ir reiškiniams kompetencija plėtojama ir įgyjama dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais. Anot respondentų, atidumas plėtojamas ir didėja gydant neklasikinius ligų atvejus, dirbant skubios pagalbos skyriuje, kai bet kokia detalė gali būti esminė, ir, be abejonės, šio gebėjimo tobulinimą veikia atsakomybė ir poreikis tinkamai atlikti savo darbą (BB gydytojas): „*Juk aš, ypač operacijų metu, atsakau už žmogaus gyvybę. Kai supranti, kad nuo tavo darbo priklauso tiesioginė žmogaus gyvybė, tada privalai būti atidus. Medicinoje nėra nesvarbių dalykų, viskas svarbu. Tai pats suvokimas ir ugdo tą atidumą*.“ Šis pasisakymas leidžia aptikti labai svarbų gydytojų mokymuisi dalyką – atsakomybės jausmą, žadinantį atidumą ir pasirengimą visada pastebėti problemą, vadinasi - susidurti su jos sprendimo iššūkiu, o jeigu problema nestandartinė – tai ir su jos sprendimo paieška, vadinasi, su mokymusi. Prie šios minties vertėtų grįžti diskusinėje šio darbo dalyje.

Gydytojai nuolat turi bendrauti su pacientais ir gydymo įstaigos bendruomene, todėl jiems ypač svarbu ugdyti komunikacinius įgūdžius. *Komunikacijos su pacientais kompetenciją* gydytojai teigia ugdantys per praktiką ir patirtį. Komunikacijos ryšio stiprumą ir kokybę itin veikia gydytojo ir paciento ryšio formavimas – dėmesio ir pagarbos atsiradimas bei išlaikymas. Respondentai nurodo besistengiantys teigiamai žiūrėti į pacientus, nors šie kartais nesieltgia adekvačiai (BC gydytojas):

*„...jeigu manęs negerbia, aš specialiai taip pat nesielsiu, bet pats pacientų nusiteikimas yra pagrindas tarpusavio santykiams...“*

Siekdami sėkmingai komunikuoti su pacientais, gydytojai kuo kokybiškiau stengiasi perteikti jiems reikalingą informaciją. Respondentai teigia gebantys atsiriboti nuo profesinės kalbos ir pasirinkti tinkamą kalbos specifiką, kai pacientui ligą ar jos gydymą reikia paaiškinti atsižvelgiant į šio amžių, išsilavinimą ir kt. socialinius bruožus. Dėl ilgametės patirties komunikuoti su pacientais gydytojams nėra sunku, jie teigia suvokiantys, ar pacientas supranta, ką norėta pasakyti (BD gydytojas): *„...daug metų tą darau, jeigu nesugebėčiau visko išaiškinti, suprasčiau tai“*. Komunikuodami su pacientais ir juos gydymui medicinos įstaigų darbuotojai sukuria grįžtamąjį ryšį. Respondentai nurodo, kad šis ryšys būna ir teigiamas, ir neigiamas (BB gydytojas): *„Vieni rėkia ant tavęs, kiti tau pasako ačiū.“*

Kaip nurodyta teorinėje dalyje, gydytojai savo organizacijoje vaidina ir gydytojo-administratoriaus vaidmenį, todėl interviu metu buvo siekiama išsiaiškinti, ar gydytojai tai pripažįsta ir kokios kompetencijos veikia minėtąjį vaidmenį. Gydytojų buvo klausiama apie dokumentacijos tvarkymą, laiko planavimą bei savęs kontroliavimą. Nustatyta, kad B skyriaus gydytojams dokumentų pildymas nėra sunki užduotis. Sugebėjimas tinkamai atlikti šią darbo dalį ateina savaime iš patirties, o naujųjų dokumentų pildymas nekelia sunkumų, nes administracija dažniausiai supažindina su jų pildymo instrukcija surengdama seminarą, šalia dokumento būna priedas su informacija, padedančia tinkamai užpildyti formą. Respondentai nurodė, kad iškilus neaiškumams dėl dokumentacijos tvarkymo kartais kreipiasi į kolegas.

Respondentai pažymi, kad jie turi daug pareigų, tačiau laiko planavimas gydymo įstaigose yra aktuali problema. Apklausus respondentus dėl laiko planavimo gebėjimų nustatyta, kad šioje srityje gydytojams iškyla keblumų dėl įtempto darbo, didelio krūvio ir per mažo darbuotojų skaičiaus skyriuje (BE gydytojas): *„Laiko planavimas medicinoje yra labai keblus. Dėl to, kad pacientų būklės nuolat keičiasi, kas reikalauja priimti sprendimus nedelsiant.“* BC gydytojas priduria: *„...išėjini į operaciją, konsultacijoje laukia tavęs 10 žmonių, dar terapeutai dėl 2 ligonių kviečia, o čia priėmimo po avarijos atveža sužeistąjį...“*

Atsižvelgiant į tai, kad respondentai patiria didelį darbo krūvį ir jiems sunku planuoti laiką, ištirta gydytojų savęs kontroliavimo kompetencija. Respondentai nurodė minėtą kompetenciją nuolat ugdantys refleksijų metu ir kontaktuodami su aplinka, pavyzdžiui, bendraudami su nestabilios emocinės būsenos pacientais, kontaktuodami su kolegomis ir administracija.

Apibendrinant B skyriaus individualaus gydytojų mokymosi lygmens tyrimo rezultatus, išskirtini svarbiausi mokymosi būdai:

- 1) patirtis;
- 2) dalyvavimas mokymuose;

3) informacijos šaltinių analizė;

4) refleksija su kolegomis.

Respondentai aktyviai domisi medicinos naujienomis ir tobulinasi profesinius gebėjimus.

### **Grupinis gydytojų mokymosi lygmuo**

Siekiant ištirti B skyriaus gydytojų kompetencijas *grupiniame lygmenyje* gydytojo paslaugų teikimo srityje, nagrinėti respondentų gebėjimai dirbti kolektyve. Gydytojų bendruomeniškumo kompetencija generuojama iš savo patirties, tačiau darbų pasiskirstymo gebėjimai ir gebėjimas konsensu priimti sprendimus iš dalies plėtojami administracijos nustatyta tvarka – kolektyvo nariai žino savo atsakomybių ribas, nors, kaip teigia respondentai, vidaus taisyklės nėra visiškai aiškios. Gydytojai itin tobulina mokymosi bendradarbiaujant kompetenciją – visi respondentai vieningai teigia, kad dirbdami kolektyve jie tobulėja: (BA respondentas) „*Kolektyviniame darbe matau tik privalumus: galima paklausti patarimų, pasiskirstyti darbo krūvį ir apimtis.*“, BE gydytojas priduria, kad „*...darbas komandoje gydytojui labai svarbus ir šie socialiniai ryšiai tarpusavyje nuolat tobulinami susipažįstant ir dirbant su įvairiais asmenybių tipais.*“

Respondentų atstovaujamos gydymo įstaigos kolektyvas nėra didelis, jo nariai ilgą laiką dirba kartu, todėl konstruktyviai diskutuojant ir remiantis įvairia literatūra priimami svarbūs sprendimai (BC gydytojas): „*Diskusijų metu pasitelkiant papildomą informaciją literatūroje ar teisiniuose aktuose.*“

Kaip teigia respondentai, sėkmingą sprendimų priėmimą sąlygoja bendros grupės veiklos refleksija – tai padeda priimti tolimesnius sprendimus ar sukurti naujas skyriaus taisykles. Vis dėlto mokymasis bendradarbiaujant, gebėjimas reflektuoti grupėje neugdomi papildomai, o refleksijos būna neformalios.

Apibendrinant duomenis galima teigti, kad pagrindinis B skyriaus kolektyvas grupinio gydytojų mokymosi metu ugdo bendradarbiavimo kompetencijas ir gebėjimą reflektuoti bendrą veiklą grupėje.

### **Gydytojų mokymasis visos organizacijos lygmenyje**

Kiekvienas gydytojas yra sveikatos apsaugos organizacijos narys ir jam būtina ugdyti savo kaip nario kompetencijas, suprasti organizacijos sau keliamus tikslus ir vertybes. Vis dėlto respondentai negali tiksliai įvardyti įstaigos, kurioje dirba, vizijos, tikslų, jie nėra susipažinę su organizacijos veiklą reglamentuojančiais dokumentais ir deklaruojamų tikslų žinojimą generuojama iš savo patirties (BD gydytojas): „*...kokia dar gali būti kita misija, jeigu ne teikti geriausios kokybės gydymą? O iš to išplaukia tokie patys tikslai.*“

Respondentų nuomone, jų organizacijoje darbuotojai gali laisvai reikšti savo nuomonę administracijai organizacijos mastu, nes įstaigoje vyrauja pagarba darbuotojams bei jų požiūriui. Daugumos respondentų teigimu, vidinių bendravimo problemų nėra ir su kolegomis dažniausiai

nesunku susitarti, o darbo aplinka pakankamai tolerantiška, BA respondentas patikslino, kad: „...iškilus su darbo klausimais susijusiais sunkumais, visada galima kreiptis į kolektyvą ar administraciją. Tai liečia tiek ir darbo grafiko planavimo, tiek ir darbo specifikos klausimus.“ Tačiau vienas respondentas (BD) atskiria skyriaus, kuriame dirba, ir visos organizacijos požiūrį: „...kartais tos tolerancijos pritrūksta iš administracijos ir kitų skyrių. Jeigu klaustumėte apie atskirus skyrius, tai galėčiau sakyti, kad mano skyriuje ji tikrai yra, bet visos organizacijos mastu tai yra labai vidutiniška.“

Reziumuojant organizacinio gydytojų mokymosi lygmens specifiką galima teigti, kad įstaigoje kuriama demokratiška ir tolerantiška aplinka, tačiau jos darbuotojai nesuvokia organizacijos deklaruojamų tikslų.

Apibendrinant B skyriaus gydytojų mokymąsi išsiskiria šie esminiai individualaus ir kolektyvinio mokymosi dalykai: gydytojai kaip svarbiausią individualių žinių įgijimą/atnaujinimą pripažįsta mokymąsi iš patirties, o kaip papildomus elementus išskiria seminarų, konferencijų, stažuotčių lankymą, literatūros, dokumentų analizę, išryškina informacijos paiešką duomenų bazėse. Gydytojai akivaizdžiai pabrėžia laiko stoką, dėl to negali dažnai lankyti konferencijų ir taip tobulinti savo veiklą. Kaip vienas iš svarbiausių mokymosi būdų akcentuota refleksija, tačiau išryškėjo, kad gydytojai, turintys didelę darbo patirtį, reflektuoja rečiau nei tie, kurie patirties turi mažiau. Kalbant su respondentais apie individualų mokymąsi išryškėjo bendradarbių, teikiančių žinias, svarba.

Visi respondentai pripažino, kad dirbdami kolektyve jie tobulėja nes: 1) mokosi vieni iš kitų konsultuodamiesi, 2) neformalių susirinkimų metu - tiesiog bendraudami. Gydytojai akcentuoja ir tam tikras nustatytas taisykles, kurios padeda lengviau priimti sprendimus. Nors ir gydytojai akcentuoja, kad priimti grupėje sprendimus nėra sunku dėl to, kad jie ilgai dirba vienoje komandoje, bet pripažįsta, kad neretai tenka, prieš priimant sprendimus, remtis literatūra ar kitais šaltiniais.

Šiame skyriuje *socializacijos* procesas pasižymi tuo, kad gydytojai laiko vienas kitą kolega, nuolatos bendradarbiauja bei akcentuoja bendradarbiavimo teikiamas galimybes. Šios fazės mokymosi fizinė aplinka (Ba) yra gana palanki: yra trys gydytojų kabinetai – chirurgų, traumatologų ir bendra poilsio zona. *Eksternalizacijos* fazėje akcentuojamas neformalus mokymasis padalinyje. Rengiami neformalus gydytojų susirinkimai, kuriuose yra sprendžiami skyriaus klausimai. Tačiau šie susirinkimai vyksta nedažnai, nes gydytojai turi mažai tam laiko. *Kombinacijos* fazei būdinga tai, kad mokymasis vyksta visos organizacijos lygmenyje, o sukurtos žinios tarnauja kaip kolektyviniai sprendimai, naujos taisyklės, procedūros, taikomos visoje organizacijoje. Nagrinėjant A skyriaus mokymąsi, atkreipėme dėmesį į tris kombinacijos fazės galimybes ligoninėje. B skyriaus, kaip ir A skyriaus, atveju, išryškėjo, kad organizacijos vystymo žinių kūrimo gydytojai nedalyvauja („daugiausia sprendimus priima tik administracija“), taigi, labiausiai tipiškas mokymasis organizacijos

lygmenyje, kurį pabrėžia Nonaka ir Takeuchi (1995) nevyksta. Šio skyriaus gydytojai, skirtingai nuo A skyriaus, nepaminėjo aštrių diskusijų tarp skyrių, vykstančių, pavyzdžiui, sprendžiant, kokia liga bus akcentuotina, guldant ligonį į ligoninę, jeigu pastarasis serga keliomis ligomis. *Internalizacijos* fazėje išryškėja ta pati tendencija kaip ir A skyriaus atveju: organizacijos vadovybė organizuoja apmokymus įvairiomis svarbiomis temomis, informacija perteikiama ir atitinkamos žinios įsisavinamos bendrų visos organizacijos susirinkimų metu. Taip pat ši fazė ypatinga tuo, kad gydytojai, įsisavindami naujas žinias, individualiai konsultuojasi vieni su kitais ar tiesiogiai su kitais organizacijos specialistais ar administracija.

Reikėtų pripažinti, kad vis dėl to, šiame padalinyje daugiau vyksta kolektyvinis mokymasis skyriaus lygmenyje.

### **3.3 C skyriaus gydytojų individualus ir kolektyvinis mokymasis**

#### **Skyriaus profilio ir veiklos pristatymas**

Kaip deklaruojama ligoninės dokumentuose - vaikų sveikata, jos išsaugojimas ir stiprinimas - vienas iš Lietuvos nacionalinės politikos prioritetų. Y ligoninės vaikų ligų skyrius yra struktūrinis padalinys, kuris teikia pediatrijos II lygio stacionarę medicininę pagalbą vaikams iki 18 metų. Taip pat diegia sanitarinius-higieninius įgūdžius vaikams ir juos slaugančioms motinoms. Skyriuje pagalba teikiama visą parą. Esant reikalui, pacientus konsultuoja kiti ligoninės specialistai. Trinkant gyvybinėms funkcijoms, vaikai pirmosios pagalbos teikimui stacionarizuojami Reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuje.

Vaikų ligų skyriuje dirbančiam medicinos personalui sudarytos palankios sąlygos kelti kvalifikaciją Vilniaus, Kauno medicinos universitetuose, Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centro kvalifikacijos kėlimo kursuose bei medicinos darbuotojų draugijų organizuojamuose seminaruose, konferencijose.

Pagrindiniai skyriaus uždaviniai – teikti vaikams aukštos kokybės, kvalifikuotas, saugias, pacientų poreikius ir interesus atitinkančias sveikatos priežiūros paslaugas, užtikrinant informacijos apie pacientus privatumą, žmogiškąją pagarbą bei orumą.

#### **Respondentai**

Apklausti 2 C skyriaus (vaikų ligų) gydytojai: CA respondento darbo patirtis 31 metai, CB respondentas gydytoju dirba 37 metus. Įvertinus respondentų atsakymus į anketų klausimus siekiama nustatyti individualaus ir kolektyvinio mokymosi kompetencijas ir galimybes.

#### **Kompetencijos ir jų tobulinimas**

Pirmoji interviu dalis buvo skirta išsiaiškinti kaip gydytojai vertina savo turimas kompetencijas, kitaip tariant, buvo siekiama sužinoti ar tam tikros kompetencijos individualiame, grupės bei visos organizacijos lygmenyse yra pripažįstamos kaip esamos, iš to sekė antrasis klausimas - skirtas išsiaiškinti tobulėjimo nuostatai ir trečiasis klausimas pačiam faktui nustatyti. Atlikus interviu paaiškėjo, kad visi gydytojai patvirtino savo turimas kompetencijas (žr. 2 priedą), vienareikšmiškai pripažino žinių tobulinimo būtinybę, tačiau gana ryškiai išsiskyrė gydytojų tobulinimosi metodai. Taip pat gydytojų atsakymai išsiskyrė teisinių atsakomybės žinių „laukelyje“, abu gydytojai pripažino, kad reikia tobulinti šią kompetenciją, tačiau vienas iš jų tai daro, antrasis - ne. Gydytojai pripažino turintys žinių apie savo organizaciją, bet tik - neformaliai gautų, todėl abu pripažino, kad reikia tobulinti žinias apie pačią organizaciją, bet jie to nedaro.

### **Individualus gydytojų mokymosi lygmuo**

Siekiant išsiaiškinti gydytojų kompetencijas ir mokymąsi *individualiame lygmenyje* gydytojo paslaugų teikimo srityje, aptariamas gydymo, sveikos gyvensenos, psichologinių ir socialinių paslaugų teikimas.

Pirmoje interviu dalyje respondentams pateikti klausimai apie ligas, jų gydymą, reikalingus paskirti vaistus. Vertindami savo praktikoje įgytas žinias apie minėtas sritis, respondentai teigia, kad jų žinios nuolat plečiasi tiesiogiai bendraujant su pacientais ir jų artimaisiais (vaikų tėvais / globėjais ar giminiškais), bet tai nėra pagrindinis informacijos gavimo būdas – daug žinių įgyjama ir plėtojama skaitant profesinę literatūrą ir susijusius dokumentus, stažuojantis, lankant konferencijas / seminarus. Tačiau respondentai nevienareikšmiškai vertina mokymų kokybę, tai veikia jų aktyvumą dalyvauti renginiuose : CA respondentas aktyviai dalyvauja mokymuose vaikų ligų temomis, CB respondentas teigia, kad Lietuvoje rengiamų seminarų kokybė yra vidutiniška ir daugiau dėmesio skiria literatūros analizei. Tačiau siekiant įgyti kuo daugiau žinių paslaugų teikimo srityje, svarbu užsiimti kuo įvairesne mokymosi veikla, kaip teigia respondentai, skirtinguose šaltiniuose pateikiama skirtinga informacija (CB gydytojas teigia „...dokumentuose kaip deramai, knygos kaip profesionaliai, kaip gydytojui, gydyti. Kalbant apie mokymus, tai taip, juose moko kaip elgtis su naujomis gydymo priemonėmis ir kt.“), todėl būtina domėtis įvairiais šaltiniais.

Anksčiau aptartų A ir B skyrių gydytojai itin akcentuoja patirties, ypač įgaunamos dirbant su ligoniu, svarbą, tačiau C skyriaus respondentai pabrėžia, kad patirtį reikia formuoti turint pagrindus, įgyjamus ugdantis (CA gydytojas pažymi, kad „*Turi turėti pagrindus, juos gauni per mokymus, stažuotes, konferencijas. Tikrai konferencijose ne tik įgyji bet ir prapleti tą patirtį, klausai kitų pavyzdžių, juos analizuoji. Galų gale, pilna straipsnių, nesėkmių gydytojų darbe, iš jų gerai irgi pasimokai.*“)) nurodydami, kad kliautis tik ryšiu su pacientais netikslinga, nors ligonis ir yra pagrindinis „*instrumentas patirčiai sukurti*“.

Būtent aktyvus literatūros bei medicinos veiklą reglamentuojančių dokumentų skaitymas padeda C skyriaus gydytojams nesunkiai nukreipti pacientą pas atitinkamą specialistą pagal klinikinį atvejį. Iškilus sunkumams, respondentai linkę kreiptis į kolegas.

Sveikos gyvensenos paslaugų teikimas yra svarbi respondentų darbo dalis. Žinių apie ligos prevenciją ir sveiką gyvenseną gaunama įvairiai – jos generuojamos iš patirties, dirbant su ligoniais, įgyjamos skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas / seminarus, rengiamus visuomenės sveikatos centro, komunikuojant su kolegomis: CA gydytojas teigia, kad „...*žinių semiuosi iš patirties, iš straipsnių, iš kolegų ir net iš pacientų ar jų tėvų...*“, tuo tarpu CB gydytojas tai daro - „*skaitydamas, konsultuojuosi su kolegomis.*“

Apklausti gydytojai itin vertina psichologinės sveikatos žinių svarbą, tačiau pasigenda psichologinės pagalbos teikimo kompetencijų ugdymo priemonių – trūksta mokymų, seminarų. Žinias apie žmonių, ypač vaikų, psichologiją gydytojai plėtoja savarankiškai studijuodami literatūrą, konsultuodamiesi su kolegomis, dirbdami, kaip teigia CB gydytojas: „...*institutas to nemokė, labai daug savarankiškai tuo domėjausi, paskui jau įgavau žinių ir iš patirties. Bet šiuo klausimu ir toliau tobulinuosi, skaitau daug literatūros, nors ir retai, bet pasitaiko išvykti į konferencijas, taip pat konsultuojuosi su psichiatru...*“. Poreikis kuo daugiau dalyvauti veiklose, padedančiose ugdytis psichologinių paslaugų teikimo kompetenciją, yra stiprus, nes respondentai nuolat turi teikti pirminę psichologinę pagalbą ir pacientams, ir jų artimiesiems, pasak CA gydytojo: „...*būnu kartu ir psichologas, nuo tos minutės, kai vaikas mane pamato, reikia nuraminti ir vaiką, ir jo tėvus.*“

Anot respondentų, atlikdami savo darbą jie teikia ir socialines paslaugas – bendrauja su įvairiomis įstaigomis: policija, savivaldybėmis, socialiniais darbuotojais, vaikų teisių apsaugos tarnybomis, komunikuoja su ligoninės socialine darbuotoja. Abu respondentai nurodė, kad iš oficialių dokumentų, reglamentuojančių šią sritį, sužino, į kuriuos specialistus ir kada kreiptis (CA gydytojas): „*Yra dokumentai kada reikia kreiptis, jais ir vadovaujuosi.*“

Savo teisinių atsakomybių žinias respondentai plečia skirtingai: CA respondento gydytojo veiklos socialinės teisinės atsakomybės žinios plėtojamos nagrinėjant dokumentus ar mokymų metu, bendraujant su administracija, CB respondentas žinių nebeplėtoja, prireikus konsultuojasi su kolegomis arba administracija.

Ligoninės administracija stengiasi užtikrinti ir gydytojo veiklos etikos žinių sklaidą per įstaigoje dirbančią etikos komisiją, bet apklausti gydytojai yra užtikrinti savo medicininės etikos žiniomis, kurios, jų teigimu, išlikusios iš studijų laikų. Pasidomėjus, kas padeda laikytis tam tikrų etikos principų, gydytojai užtikrino, kad svarbiausia yra patirtis.

Siekiant išsiaiškinti gydytojų gebėjimą rasti reikalingą informaciją ir taip iširti *nuolatinio mokymosi / tobulėjimo kompetenciją*, aptariama informacijos paieška ir veiklos refleksija.

Respondentai nurodo, kad pagrindiniai reikalingos informacijos paieškos šaltiniai yra literatūra, internetas, asmeninė patirtis, komunikacija su kolegomis. Tarp minėtų šaltinių yra ir duomenų bazės (duomenų bazę paminėjo CA gydytojas).

Pažymėtina, kad gydytojams būdingas gebėjimas refleksijos / savistabos būdu išgauti naujų žinių iš savo praktinės veiklos (CA gydytojas teigia, kad *„ištiesai analizuoji savo veiksmus, taip daug žinių ir susikuria, kartais net pastebiu, kad turiu daugiau žinių nei pats galvoju.“*) arba praktikuojantis su ligoniais (CB gydytojas teigia: *„...visada galvoju, labai geras dalykas yra refleksija, aš ją raginu atlikinėti ir savo pacientams, tai vienas iš būdų, kaip susitvarkyti su savimi. Su vaikais dažnai refleksuojam kartu“*).

Kaip svarbus informacijos sklaidos šaltinis – komunikacija su kolegomis reflektuojant, kaip teigia CB gydytojas: *„...reikia domėtis kitais, juk kiek daug žinai, kartais net nerasi jokioje literatūroje aprašytų atvejų, kurie įvyksta tavo kolegai. Skaitau ir straipsnius apie kitų įstaigų gydytojus“*. Gebėjimas stebint kitų veiklą įgyti naujų žinių taip pat įgyjamas ir plėtojamas skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas / seminarus. Nuolatinė refleksija su kolegomis bei patirtis ir domėjimasis psichologija padeda tobulinti respondentų bendravimo įgūdžius. Gydytojai nuolat turi bendrauti su pacientais ir gydymo įstaigos bendruomene, todėl jiems ypač svarbu ugdyti *komunikacijos su pacientais kompetenciją*.

Individuali refleksija ir bendravimas su kolegomis padeda tobulinti atidumo procesams ir reiškiniams kompetenciją, kuri yra plėtojama ir įgyjama dirbant su ligoniais, analizuojant savo ir reflektuojant kolegų patirtį. Respondentai (o ypač CA) itin pabrėžia atidumo svarbą: *„Pagrindinis žinių gilinimas ir vyksta dėl atidumo, dėl tų išskirtinių atvejų. Jeigu gydytojas praranda budrumą ir atidumą, jis jau negali turėti gydytojo vardo.“*

Kita komunikacijos su pacientais kompetencijos dalis – dėmesys ir pagarba žmogui. Respondentų teigimu, šie aspektai priklauso nuo gydytojo ir pacientų asmenybių, jų atsiradimą sąlygoja (CB gydytojas): *„požiūris ir vertybės, pacientas ir atitinkama aplinka“*, jie turėtų būti generuojami iš savo patirties ir sąlygojami etikos taisyklių.

Vienas aspektų, svarbių siekiant sėkmingai komunikuoti su pacientais, yra gebėjimas suprantamai pateikti medicininę informaciją nespecialistui. Respondentai geba atsiriboti nuo profesinės kalbos ir pasirinkti tinkamą kalbos specifiką, atsižvelgdami į tai, kad reikia bendrauti ir su vaikais, ir su jų tėvais / globėjais. Dėl ilgametės patirties komunikuoti su pacientais gydytojams nėra sunku, jie teigia suvokiantys, ar pacientas supranta, ką norėta pasakyti, kaip teigia CB gydytojas: *„...Ir vaikai, ir tėvai puikiai savo supratimą išreiškia emocijomis, labai lengva suprati, kada viskas aišku, o kada nieko nesuprato“*. Toks respondento išsakyimas yra ne tik yra vertinga informacija tiriant jo



gebėjimą perteikti pacientui informaciją, bet ir dar kartą patvirtina tai, kad gydytojas yra atidus pacientui ir sugeba pastebėti bei analizuoti pastarojo emocijas ir šitaip gauti grįžtamąjį ryšį.

Komunikuodami su pacientais ir juos gydydami medicinos įstaigų darbuotojai sukuria grįžtamąjį ryšį. Respondentai nurodo, kad šis ryšys būna ir teigiamas, ir neigiamas – paprastai ryšys su vaikais būna neigiamesnis, nes jie bijo gydytojų, o ryšys su tėvais teigiamas anot CA gydytojo: „*Tėvai dažniausiai moka parodyti tą pozityviąją pusę, dėkoja, maloniai ir pagarbiai bendrauja. Su vaikais yra šiek tiek kitaip, nesi jų draugas, gal vyresnieji daugiau supranta, kad stengiesi dėl jų*“

Gydytojas organizacijoje atlieka ir gydytojo-administratoriaus vaidmenį, todėl apklausa siekiama išsiaiškinti, ar gydytojai tai pripažįsta ir kokios kompetencijos veikia minėtąjį vaidmenį. Nustatyta, kad C skyriaus gydytojams dokumentų pildymas nesukelia sunkumų. Sugebėjimas tinkamai atlikti šią darbo dalį ateina savaime iš patirties, o naujųjų dokumentų pildymas neapsunkina, nes administracija dažniausiai supažindina su jų pildymo instrukcija surengdama seminarą, pateikia priedą su informacija, padedančia tinkamai užpildyti formą. CA respondentas nurodė, kad iškilus neaiškumams dėl dokumentacijos tvarkymo kreipiasi į kolegą.

Respondentai pažymi, kad gydytojui-administratoriui svarbi laiko planavimo kompetencija generuojama iš savo patirties, tačiau suplanuoti laiką sunku, kaip pabrėžia CB gydytojas: „*Sunku atsakyti, ar apskritai tai moku, kalbant apie darbą ligoninėje, aišku, bandai, bet neretai planai žlunga.*“

Atsižvelgiant į tai, kad respondentai patiria didelį darbo krūvį ir jiems sunku planuoti laiką, ištirta gydytojų savęs kontroliavimo kompetencija. Respondentai nurodė minėtą kompetenciją nuolat ugdančys kontaktuodami su aplinka, pagal CA gydytoją: „*...tai ir ugdo pacientai, kolegos, reikia to išmokyti, gal ne visada viskas pavyksta kaip norėtusi, šią kompetenciją gal ir reikėtų tobulinti.*“

Ištirus C skyriaus individualaus gydytojų mokymosi lygmens tyrimo rezultatus nustatyta, kad respondentai aktyviai domisi medicinos naujienomis ir tobulina profesinius gebėjimus. Gydytojai pripažįsta patirties svarbą, tačiau abu pažymi, kad patirtis turi būti įgyjama lankant seminarus, konferencijas, stažuotes (nors CB gydytojas prabilo apie prastą šių mokymosi metodų kokybę, tačiau vis tiek pripažino jų svarbą), taip pat gydytojai akcentavo literatūros ir šaltinių skaitymą, kolegų patirtį, bei organizacijos apmokymus.

### **Grupinis gydytojų mokymosi lygmuo**

Grupės mokymosi lygmenyje gydytojas yra traktuojamas kaip padalinio narys, kuriam svarbu ugdyti bendruomeniškumo ir dalykinę bei organizacinę (komandinę, grupinę) kompetencijas, todėl siekiant ištirti C skyriaus gydytojų kompetencijas *grupiniame lygmenyje* gydytojo paslaugų teikimo srityje, pirmiausia nagrinėti respondentų gebėjimai dirbti kolektyve. Apklausti gydytojai užtikrino, kad darbas grupėje jiems priimtinesnis negu individuali veikla, kaip teigia CB gydytojas: „*...daugiausiai ir*

*dirbame mes kartu su kolega, gal kur viskas aišku, dirbi vienas, kur yra kažkokių klaustukų, iškart diskutuoji su skyriaus kolega. Aš net turiu gerų draugų ne iš šios ligoninės, tai vis klausiu ir jų patarimų. Kai dirbi vienas, daugiau įtampos patiri, nes reikia tai nuspręsti tau vienam, o kai padeda kolega, esi labiau užtikrintas geru sprendimu.“*

Gydytojų bendruomeniškumo kompetencija generuojama iš savo patirties, ir darbų pasiskirstymo gebėjimai nėra plėtojami administracijos nustatyta tvarka – skyriuje yra tik 2 gydytojai, kuriuos sieja ilgametis darbas kartu, todėl pasiskirstyti darbus nėra sudėtinga, tai daroma neformaliai, pasak CA gydytojo: *„Nereikia mums nei jokių susirinkimų, aptariame „prabėgdami“ reikalus ir tiek, kai du, tai viskas lengva. Na, nebent kolega būtų kitas, koks aištingas, gal tada būtų sunku“,* CA gydytojas priduria: *„mes jau dirbam virš 15 metų drauge, visiškai „perkandę“ vienas kita esame.“* Galima tvirtinti, kad apklausti gydytojai nuolat mokosi bendradarbiaudami, nes pažįsta vienas kitą kaip specialistą ir kaip individą (būtent tokia patirtis sąlygoja greitą ir efektyvų sprendimų priėmimą bei įgalina itin atvirą grupinės veiklos refleksiją), keblumų gali kilti nebent bendradarbiaujant su kitų sričių specialistais. Kaip teigia respondentai, gydymo įstaigoje, kurioje jie dirba, nustatytos vidaus taisyklės, reglamentuojančios bendradarbiavimą su kitų sričių specialistais, jiems yra aiškos, prireikus galima į jas įsigilinti ir taip išvengti galimų konfliktų su kituose skyriuose dirbančiais gydytojais, pasak CB gydytojo: *„Yra aiškos taisyklės ir jų laikomės, kartais susiformuoja ir konfliktai, bet juos patys ir išsprendžiame, neikišame nei administracijos nei dar kažko.“*

Apibendrinant galima teigti, kad C skyriaus gydytojų kolektyvas nuolat ugdo bendradarbiavimo kompetencijas, nuolat bendradarbiaudami tarpusavyje ir reflektuodami savo veiklą.

### **Gydytojų mokymasis visos organizacijos lygmenyje**

Gydytojas kaip sveikatos paslaugų teikimo organizacijos narys suvokti savo veiklos svarbą įstaigoje ir suprasti pastarosios sau keliamus tikslus ir vertybes. Vis dėlto respondentai negali tiksliai įvardyti įstaigos, kurioje dirba, vizijos, tikslų, jie nėra susipažinę su *organizacijos* veiklą reglamentuojančiais dokumentais, tačiau suvokia glaudų darbuotojo ryšį su darbo įstaiga, CB gydytojas pažymi: *„Gal šitus dalykus reikia suvokti kaip gydytojui, o tada pritaikyti visai organizacijai. Organizacija nori išlikti, dėl to mes turime stengtis kuo geriau atlikti savo pareigas.“*

Respondentų nuomone, jų organizacijoje darbuotojai gali laisvai reikšti savo nuomonę administracijai organizacijos mastu, tačiau abejojama, ar į pateiktą nuomonę bus atsižvelgta (CA gydytojas): *„...nemanau, kad labai išgirsta tą mūsų nuomonę, vis tiek viskas vyksta pagal tai, kaip to nori administracija.“* Vis dėlto galimybė išreikšti savo nuomonę ir būti išklausytiems prisideda prie gydymo įstaigos mikroklimato formavimo. Respondentai toleranciją organizacijoje generuoja iš savo patirties, šio aspekto rodikliais įvardydami mažą konfliktų kiekį ir vyraujančią teigiamą (pagarbią) atmosferą.

Apibendrinant gydytojų mokymosi organizacijoje lygmens specifiką, galima teigti, kad įstaigoje kuriama demokratiška ir tolerantiška aplinka, jos darbuotojai suvokia save kaip įstaigos dalį, tačiau nesuvokia organizacijos deklaruojamų tikslų, nes tiesiog yra susikaupę savo, kaip gydytojo, darbui.

Apibendrinant C skyriaus mokymosi ypatumus, galima pastebėti, kad gydytojai individualiame mokymosi lygmenyje akcentuoja, refleksijos svarbą individo ir grupės lygmenyse bei pripažįsta, kad tai vienas iš pagrindinių elementų žinioms įtvirtinti. Gydytojai kalbėdami apie patirties svarbą pažymi, jog patirtį sąlygoja atitinkami veiksniai: pokalbiai su skyriaus kolega, stažuotės, konferencijos (nors ir į šių metodų kokybę CB gydytojas žiūri gana skeptiškai) profesinė literatūros, dokumentų skaitymas, organizacijos apmokymai. Pabrėžtina, kad šio skyriaus gydytojai pasigenda seminarų bendrosioms kompetencijoms ugdyti, o poreikis tam yra, taip pat gydytojai pabrėžia, kad pasigenda, organizacijos sudarytų sąlygų stažuotis užsienio šalyse.

Respondentai užtikrina, kad darbas grupėje jiems priimtinesnis negu individuali veikla. Jie pripažino, kad diskusijos vienas su kitu padeda ne tik lengviau priimti sprendimus, tačiau ir būti užtikrinti dėl sprendimų tinkamumo. Tai vėlgi patvirtina teorinėje dalyje išskirtas akcentas, kad patirties metu įgytos asmeninės žinios yra subjektyvios, tačiau jos tampa objektyvesnės, jeigu jomis pasidalijama grupėje ir grupė joms pritaria. Šio skyriaus medikai akcentavo, kad neretai konsultuojasi su kolegomis-draugais iš kitų ligoninių.

Šiame skyriuje *socializacijos* procesas pasižymi tuo, kad gydytojai laiko vienas kitą ne tik kolega, bet ir draugu, nuolatos bendradarbiauja bei akcentuoja bendradarbiavimo teikiamas galimybes tai pat ši fazė ypatinga tuo, kad gydytojai individualiai konsultuojasi ne tik vienas su kitu skyriuje bet ir su kolegomis iš kitos organizacijos. Kalbant apie socializacijai sudarytas sąlygas Ba, galima atkreipti dėmesį, kad jomis gydytojai yra patenkinti (bendrame kabinete, sukurta *tarsi namų aplinka*). *Eksternalizacijos* fazėje akcentuojamas tik neformalus mokymosi metodas padalinyje, kurio pagrindas diskusija atvedanti prie tam tikrų bendrų susitarimų, svarbu pažymėti, kad respondentams tai visiškai nėra sudėtinga, galima vertinti, kad tai yra todėl, kad gydytojai skyriuje yra tik du ir kartu dirba daug metų. *Kombinacijos* fazė pasižymi tuo, kad šioje fazėje yra priimami sprendimai visos organizacijos lygmenyje, tačiau šio skyriaus gydytojai, kaip ir B skyriaus gydytojai akcentavo, kad jie nesistengia organizacijoje veikti aktyviai, nes į jų nuomonę yra atsižvelgiama labai retai. *Internalizacijos* fazė pasižymi tuo, kad gydytojau yra supažindinami su organizacijos naujai atsiradusiais dokumentais/ar jų pakeitimais, tačiau gydytojai pažymėjo, kad jų padalinyje yra jų pačių nustatyta tvarka ir į padalinio reikalus, organizacijai *įsikišti* neleidžia.

Taigi šis skyrius, kaip ir A ir B skyriai, vis dėl to pripažįsta, kad kolektyvinis mokymasis, kuris vyksta tiek C skyriaus ribose, tiek už jo ribų užtikrina geresnį mokymosi rezultatą, nei individualus mokymosi procesas.

### **3.4 D skyriaus gydytojų individualus ir kolektyvinis mokymasis**

#### **Skyriaus profilio ir veiklos pristatymas**

Nervų ligų skyriuje dirba gydytojai neurologai ir bendrosios praktikos slaugytojai. Čia pagalba teikiama visą parą. Esant reikalui, ligonius konsultuoja kitų specialybių gydytojai. Per metus šiame skyriuje gydosi iki 900 ligonių. Jame tiriami ir gydomi ligoniai, sergantys šių susirgimų grupių ligomis: galvos ir nugaros smegenų kraujotakos; demielinizuojančios centrinės nervų sistemos ligos; neuroinfekcijos; epilepsija; ekstrapiramidiniai ir judesių sutrikimai; periferinės nervų sistemos ligos; trauminiai galvos ir nugaros smegenų pažeidimai; neurorauemeninės ligos; somatoforminiai sutrikimai; metaboliniai nervų sistemos sutrikimai. Nervų ligų skyriuje tiriamiems ir gydomiems ligoniams atliekami šie tyrimai: bendri klinikiniai ir biocheminiai laboratoriniai, radiologiniai tyrimai.

#### **Respondentai**

Tiriant D skyriaus (neurologijos) gydytojų turimas kompetencijas ir ugdymo(si) galimybes individualiame bei kolektyviniame organizacijos lygmenyse apklausti 2 dalyviai. DA respondento darbo patirtis 34 metai, DB respondento – 36 metai.

#### **Kompetencijos ir jų tobulinimas**

Pirmoji interviu dalis buvo skirta išsiaiškinti kaip gydytojai vertina savo turimas kompetencijas, kitaip tariant, buvo siekiama sužinoti ar tam tikros kompetencijos individualiame, grupės bei visos organizacijos lygmenyse yra pripažįstamos kaip esamos. Iš to sekė antrasis klausimas, skirtas išsiaiškinti nuostatą tobulėjimui. Trečiasis klausimas pateikiamas pačiam kompetencijos tobulėjimo faktui nustatyti. Atlikus interviu paaiškėjo, kad abu gydytojai patvirtino savo turimas kompetencijas (žr. 2 priedą) (išskyrus sveikos gyvensenos prevenciją), vienareikšmiškai pripažino žinių tobulinimo būtinę. Šis skyrius išsiskyrė tuo, kad gydytojai tik dviejose srityje pripažino mažai tobulinantys savo kompetenciją, nes tam nėra „normalių sąlygų“, tai - psichologinių paslaugų teikimas ir sveikos gyvensenos sklaida. Visose kitose srityse, gydytojai pabrėžė, kad žinias tobulina, bent minimaliai, tiesa, vis akcentuodami neformalų mokymąsi.

#### **Individualus gydytojų mokymosi lygmuo**

Antrojoje interviu dalyje, tiriant gydytojų kompetencijas ir jų tobulinimą *individualiame lygmenyje* gydytojo paslaugų teikimo srityje, aptariamas gydymo, sveikos gyvensenos, psichologinių ir socialinių paslaugų teikimas.

Vienas pagrindinių A, B ir C skyrių gydymo paslaugų teikimo kompetencijų ugdymo šaltinis – patirtis. D skyriaus respondentų žinios apie ligas, jų gydymą, reikalingus paskirti vaistus taip pat generuojamos iš asmeninės patirties. Nors patirtis yra pagrindinis žinių gavimo ir gebėjimų ugdymo šaltinis, daug dėmesio respondentai skiria konsultacijoms su kolegomis, literatūrai skaityti, seminarams / konferencijoms lankyti, nes tik patirtis, kaip pabrėžia DB respondentas, neužtikrina aukščiausios teikiamų paslaugų kokybės: „...jeigu mokyčiausi tik iš praktikos, gi būtų daug klaidų. Literatūra ir yra bazinės žinios ant kurių kaupi tą patirtį. Seminarus stengiuosi lankyti, bet ne visada leidžia galimybės, mes skyriuje esame tik du gydytojai“.

Gebėjimai parinkti tinkamą gydymo metodą, tiksliai nustatyti ligos diagnozę, skirti atitinkamus vaistus (jų dozes) gydytojui yra fundamentalūs, todėl respondentai skiria dėmesio susipažinti su naujovėmis – sužinant naujas taisykles, dalyvaujant mokymuose ir ypač nagrinėjant medicininę veiklą reglamentuojančius bei kt. dokumentus profesinės žinios, o kartu ir patirtis, vis didėja. Respondentai įvardija įvairius būdus įgyti patirties ir ją plėtoti: komunikaciją su pacientu, bendravimą su kolega, susitikimus su gydytojų sąjungos nariais.

Viena gydymo paslaugų teikimo dalių – žinios apie ligonio nukreipimą pas kitą specialistą (pagal klinikinį atvejį). Respondentai šių žinių semiasi iš įvairių patirties ir dokumentų – SAM nustatytų taisyklių, įvairių reglamentų, rekomendacijų bei vidaus tvarkos taisyklių.

Siekiant iširti sveikos gyvensenos paslaugų teikimo kompetenciją respondentų buvo teirautasi dėl ligų prevencijos ir sveikos gyvensenos žinias, jų sampratą ir sklaidą. Gydytojai žinių apie minėtas sritis turi, jos generuojamos iš savo patirties, tačiau prevencinių programų pacientams respondentai netaiko, nors tiksliai nežino, ar tai įeina į jų profesinės kompetencijos ribas, kaip teigia DB gydytojas: „...dokumentaliai tiksliai negaliu pasakyti, ar tai yra reglamentuota kažkokiu oficialiu pareiškimu. Žinių semiuosi iš darbe ir asmeniniame gyvenime įgautos patirties. Daug kalbėti apie prevenciją netenka, nebent skatinu pacientus mažiau stresuoti...“ Sveikos gyvensenos ir ligų prevencijos temomis dažnai rengiami seminarai / konferencijos ir kitokio pobūdžio renginiai, padedantys plėtoti žinias / gebėjimus, tačiau respondentai nurodė papildomai nesigilinantys į šią sritį, nebent susipažįstantys su informacija internete arba sužinantys diskusijų su kolegomis metu, kaip teigia DA gydytojas: „...man užtenka paskaityti straipsnius internete ir apie tai pasikalbėti su kolegomis, aš, kaip gydytojas, nemažai žinau, kas sveika, kas nesveika, ko reikėtų vengti.“

Apklausti gydytojai labiau vertina psichologinės sveikatos žinių svarbą. Respondentų nuomone, kiekvienas žmogus skirtingas, todėl, siekiant produktyviai bendrauti su kiekvienu ir kompetentingai perteikti informaciją apie gydymo svarbą ar tam tikrų diagnostinių priemonių pasirinkimą, reikia turėti psichologinių žinių. Tai ypač svarbu, jeigu pacientas turi fizinę negalią, anot

DA gydytojo: „*Kai kuriais atvejais labai svarbu. Pvz., kai ligonį staiga ištinka invalidumas. Su tokios psichologinės būsenos ligoniu reikia atitinkamai ir elgtis.*“

Respondentų žinios apie žmogaus ir ligonio psichologiją daugiausia generuojamas iš jų patirties, nes mokymų šią temą, anot gydytojų, yra nepakankamai. Respondentams tenka mokytis iš patirties - jiems dažnai tenka suteikti psichologinę pagalbą ligoniams, kuriems netikėtai sutriko galimybė judėti, ir jų artimiesiems, taip pat silpnesnės psichikos asmenis, pagal DB gydytoją: „*Neurologo darbas dažnai persipynęs su psichiatrinėmis ligomis, todėl ypač svarbu suteikti psichologinę pagalbą. Skubios pagalbos skyriuje konsultuojame žmones, kurie patyrė daug emocinio streso, yra nervinio išsekimo požymių. Psichologinė pagalba šiuo atveju yra kertinis akmuo.*“ Psichologinės žinios ir per praktiką bei dalijantis žiniomis su kolegomis įgyta patirtis padeda gydytojams bendrauti su pacientais ir jų artimaisiais nemaloniomis temomis, nes, anot DA respondento, „*iš literatūros to neišmoksi*“.

Respondentų teigimu, jiems tenka bendrauti su keliomis viešąsias paslaugas teikiančiomis įstaigomis: seniūnijomis bei policija. Respondentai pakomentavo, kad yra buvę smurtinių atvejų prieš greitosios pagalbos darbuotojus, todėl policijos pareigūnų prireikia palydai vežant psichiškai nestabilius asmenis, policija kviečiama pastebėjus smurto prielaidą, etc. Gydytojai yra susipažinę su dokumentais, reglamentuojančiais pagalbos tarnybų iškvietimus, todėl žino, kada reikia pranešti apie sudėtingus atvejus. Tačiau apklausti gydytojai savo teisinių atsakomybių žinias intensyviau plėtoja tik iškilus svarbiems atvejams, nes su naujovėmis supažindina administracija, o esminiai dalykai žinomi iš anksčiau, bet iškilus teisei problemai respondentai kreiptųsi į specialistus.

Apklausti gydytojai yra užtikrinti savo medicininės etikos žiniomis, kurių įgijo susipažinę su medikų etikos kodeksu ir stebėdami kolegų veiklas. Respondentai domisi Gydytojų sąjungoje veikiančio Etikos priežiūros komiteto ir ligoninės etikos komisijos nagrinėjamais klausimais, etikos žinias plėtoja bendraudami su pacientais. Gydytojai įvardija asmeninę patirtį kaip svarbiausią faktorių, padedantį laikytis nustatytų etikos normų. Būtent patirtis įgalina suvokti, kaip tikslinga ir reikalinga elgtis įvairiose situacijose.

Nuolatinio mokymosi / tobulėjimo kompetenciją D skyriaus respondentai nurodo ugdantys įvairiai. Gebėjimas rasti naują reikalingą informaciją įvairiuose šaltiniuose įgyjamas ir plėtojamas skaitant profesinę literatūrą, tikslinantis informaciją internete, bet daugiausia informacijos yra savaiminė, kilusi iš patirties. Patirtis, jos dydis, padeda kaupti ir sintezuoti naują informaciją, perkelti žinias iš vienos sferos į kitą. Respondentai dažnai apmąsto įgytą patirtį, tai yra reflektuoja, o refleksiją įvardija kaip vieną efektyviausių būdų tobulinti savo veiklą, kaip teigia DA gydytojas: „*Analizuoju savo veiklą nuolat, padarai kažkokį tyrimą ir galvoji, o gal dar tą daryti, supranti, kad jis per menkas*

ir pan. Reikia galvoti apie taip kaip tu dirbi, kitaip mažai tobulėsi...“, DB gydytojas priduria, kad: „...reflektavimas labai daug prisideda prie darbo kokybės kėlimo.“

Vienas respondentų (DA) pastebi gebantis refleksijos / savistabos būdu išgauti naujų žinių iš savo praktinės veiklos: „smulkiai viską išsipasakoji ir pastebi, kad kai ką pasakai naujo, net pats nesuprasdamas, kad tai žinotai.“ Naujų žinių įgyjama ir stebint bei gilinantį į kolegų veiklas, teigia DB gydytojas: „...randame minute kitą pasikalbėti ne tik su savo skyriaus specialistais, bet ir su kitais kolegomis. Taip pat paskaitau straipsnius internete apie kitų veiklą.“ Respondentai nurodo, kad žinoti kolegų darbo specifiką yra itin svarbu ir reikalinga.

Apžvelgiant komunikacijos su pacientais kompetenciją, vėl pastebima patirties svarba. Gydytojų bendravimo įgūdžiai generuojami iš jų patirties, ugdomi komunikuojant su pacientais. Taip pat yra su atidumu pacientams susijusiems procesams ir reiškiniams – respondentų teigimu, atidumas yra išugdomas, jis atsiranda įgyjant patirties, dirbant su pacientais. Galima teigti, kad atidumas ypač svarbus efektyvinant gydytojų darbą, nes pagreitina diagnostikos procesus, kaip teigia DB gydytojas: „Kuo atidesnis būsi, tuo greičiau paskirsi tikslingus tyrimus, o patvirtinęs diagnozę paskirsi ir gydymą. Žmogus bus greičiau pagydytas, o už tyrimus ligonių kasoms reikės mokėti mažiau.“

Komunikuojant su pacientais svarbus dėmesys ir pagarba žmogui. Gydytojai priima priesaiką, kurios pagrindas yra būtent atsakomybė ir pagarba, tačiau bendrauti su nemaloniai nusiteikusiais pacientais medikams kur kas sunkiau. Tad galima teigti, jog pagrindinis veiksnys, sąlygojantis gydytojo dėmesio pacientui atsiradimą / išlaikymą, yra abipusis ryšys. Respondentų teigimu, dažniausiai po komunikacijos su pacientais gydytojai sulaukia grįžtamojo ryšio – pagarbos, pasitikėjimo, pagyrimo. Vis dėlto sukurti šį ryšį pavyksta ne visada, tada reikia gebėti save kontroliuoti, anot DA respondento: „Kartais sulauki ir piktų komentary, bet stengiesi išlikti šaltas, nes jeigu viską „imsi į širdį“, greitai pačiam prireiks pagalbos. Šiaip žmonės pakankamai jaučia dėkingumą, smagu kai kitą kartą grįžę į ligoninę vėl nori, kad gydytoju jų būčiau būtent aš.“

Kad komunikacija su pacientais būtų sėkminga, gydytojai stengiasi kuo aiškiau jiems perteikti reikalingą informaciją. Respondentai atsiriboja nuo profesinės kalbos ir stengiasi pasirinkti tinkamą kalbos specifiką, kaip teigia DA gydytojas: „...yra labai daug skirtingų žmonių, pradedant išsilavinimo lygiu, baigiant amžiumi ar tam tikromis ligomis; stengiesi prie visų prisitaikyti. Nėra lengva ir tada, kai žmonės yra apsišvietę šioje srityje, tada sunkiausias klausimas – kiek daug jie žino. Tik tokiais atvejais sunku parinkti tinkamą bendravimo žodyną, bet bendrai paėmus, manau, kad sugebu tai padaryti, nes dažniausiai lieku suprastas.“

Respondentai atlieka ir gydytojo-administratoriaus vaidmenį – tenka tvarkyti nemažai dokumentų. Tai apklaustiems gydytojams nėra sunku dėl ilgametės darbo patirties, kartais dokumentų pildymo kompetencija plėtojama konsultuojantis su kolegomis, administracija, dalyvaujant

apmokymuose. Viena sunkiausiai ugdomų gydytojo, kaip administratoriaus, kompetencijų yra laiko planavimas, nes gydytojams, kurie būna netikėtai iškviečiami į skubios pagalbos skyrių, nuolat tenka keisti planus, DA gydytojas teigia, kad: „...žinai savo galimybes, žinai daugiau mažiau gulinčių pacientų būklės, pagal tai ir planuoji. Tik negali suplanuoti tokių dalykų kaip iškvietimas konsultacijai į kitus skyrius ar iškvietimas į priėmimą.“

Apibendrinant D skyriaus individualaus gydytojų mokymosi lygmens tyrimo rezultatus, išskiriami keli svarbiausi gydytojų individualaus mokymosi metodai. Pirmasis kurį gydytojai ypatingai pabrėžia – tai patirties svarba ir savo veiklų refleksija, bet gydytai taip pat pažymi, kad patirtį būtent ir įgyja tiesiogiai kontaktuodami su ligoniais, gana dažnai minimi ligoniai, kaip informacijos šaltinis, įrodo, kad D skyriaus gydytojai įtraukia savo pacientus į savo mokymosi procesą. Taip pat gydytojai akcentuoja dokumentų analizę, literatūros skaitymą, organizacijos apmokymus, tačiau kiek mažau dėmesio skiria seminarams, konferencijoms bei stažuotėms. Abu šio skyriaus gydytojai neabejotinai pripažino ir kolegų žinias, kurias gali pritaikyti ir sau, tiesa, šiame skyriuje keletą kartų buvo akcentuojama gydytojų sąjunga, tai ko gero, gali reikšti, kad šioje veikloje jie gana aktyviai dalyvauja, o to pasekoje įgyja žinių iš kolegų.

### **Grupinis gydytojų mokymosi lygmuo**

*Grupiniame lygmenyje* gydytojo paslaugų teikimo srityje nagrinėti respondentų gebėjimai dirbti kolektyve, t. y. būti padalinio nariu. Gydytojų bendruomeniškumo kompetencija generuojama iš savo patirties, tačiau darbų pasiskirstymo gebėjimai ir gebėjimas konsensusu priimti sprendimus iš dalies plėtojami administracijos nustatyta tvarka. Respondentai grupinį darbą vertina itin teigiamai, nes dėl gydymo įstaigoje vyraujančio mikroklimato komunikacija su kolegomis yra labai įprasta, o konsultacijos padeda rasti geriausią medicininį sprendimą, pasak DA gydytojo „*Nebuvo nė vieno atvejo kada atsisakytų kas nors padėti gydymo klausimais. Tai labai svarbu, suteikia daugiau pasitikėjimo savo jėgomis. Toks bendradarbiavimas yra įmanomas, jei kiekvienas stengsis padėti esant reikalui.*“ Ligoninėje, kurioje dirba respondentai, sudarytos sąlygos į konsultacijas įtraukti kuo daugiau kolegų, taip užtikrinant diagnostikos tikslingumą, kaip teigia DB gydytojas: „*Skyriuje dažnai aptariame sunkesnę ligonį, vieną ar kartais kelis kartus per savaitę vyksta vizitacijos su kitų skyrių gydytojais, esant reikalui, kviečiame konsiliumus ir kolegas iš kitų skyrių, galime laisvai pasitarti su administracija ligonio perkėlimo ar kitais klausimais.*“

Dirbant su kolektyvu vienas svarbiausių dalykų yra atmosfera. Respondentų atstovaujamos gydymo įstaigos kolektyvas nėra didelis, jo nariai ilgą laiką dirba kartu, todėl konstruktyviai diskutuojant nesunkiai priimami svarbūs sprendimai. Gana glaudus ryšys palaikomas ir su kitais skyriais, kaip teigia DB gydytojas: „*Glaudžiai bendradarbiaujam su vidaus ligų skyriumi, tiek jie*



*ateina pas mus konsultuoti, tiek mes pas juos, nes vyrauja pagyvenę ligoniai, kurie turi ne vieną ligą, o kartais net kelias dešimtis. Priėmimo skyriuje taip pat konsultuojame ligonius kartu su kitais specialistais.“* Respondentų teigimu, jie labai gerai sutaria su kolegomis, tad galima teigti, kad dėl nuolatinės tarpasmeninės komunikacijos yra išplėta mokymosi bendradarbiaujant kompetencija, kaip teigia DA gydytojas: „...*kaip ir įgijau dirbdamas su kolegomis, taip ir plėtoju dirbdamas su kolegomis.*“

Sėkmingą sprendimų priėmimą sąlygoja grupės veiklos refleksijos – tai padeda priimti sprendimus. Apklausti gydytojai pabrėžia, kad be grupinės refleksijos skyriuje būtų kur kas daugiau problemų.

Apibendrinant duomenis galima teigti, kad pozityvi D skyriaus aplinka sudaro sąlygas kolektyvui įgyti daugiau patirties iš kolegų ir ugdo bendradarbiavimo kompetencijas. Šis skyrius išsiskiria tuo, kad akcentuoja ypač gerus santykius su kitų sričių gydytojas padalinyje. Gali kilti klausimas - kodėl? Būtų galima pasvarstyti, jog tai vyksta dėl gana siauro šio skyriaus gydymo lauko ir dėl to, rečiau bendradarbiaudami su kolegomis, sumažina konfliktų riziką.

### **Gydytojų mokymasis visos organizacijos lygmenyje**

Gydytojui, kaip sveikatos apsaugos organizacijos nariui, svarbu žinoti, suprasti bei priimti savo organizacijos išsikeltus tikslus ir vertybes. Nors respondentai negali tiksliai įvardyti įstaigos, kurioje dirba, vizijos, tikslų, jie yra susipažinę su organizacijos veiklą reglamentuojančiais dokumentais ir generuoja iš savo patirties deklaruojamų tikslų žinojimą, kaip teigia DB gydytojas: „...*visada dirbau tik šioje ligoninėje ir tikrai žinau, ko ji siekia, koks jos tikslas ir kokios vertybės.*“

Respondentų nuomone, organizacijos darbuotojai gali laisvai reikšti savo nuomonę administracijai, nes įstaigoje vyrauja pagarba kolegoms. Tačiau apklaustų gydytojų nuomonės dėl tolerancijos ligoninėje išsiskiria – nors abu sutinka, kad įstaigoje vyrauja tolerantiška atmosfera, vienas respondentas (DB) norėtų griežtesnės tvarkos: „*Kartais, pasirodo, ta mūsų ligoninė kaip palaida bala, trūksta čia griežtesnės tvarkos, bet jeigu ji būtų, gal mažiau ir tolerancijos išliktų, visi būtų įsibauginę. Kiek jos yra, tiek užtenka, svarbiausia, kad ji yra ne dirbtina, o tikra.*“

Apibendrinant gydytojų mokymąsi visos organizacijos lygmenyje galima teigti, kad įstaigoje kuriama demokratiška ir tolerantiška aplinka.

Apibendrinant D skyriaus gydytojų mokymąsi išryškėja ypač skiriamas dėmesys patirčiai, nors ir gydytojai pripažino, kad vien patirties neužtenka, reikia patirtį kaupti pirmiausiai diskutuojant su pacientais, kolegomis, skaityti profesinę literatūrą bei straipsnius, dalyvauti organizacijos rengiamuose mokymuose, aktyviai dalyvauti gydytojų sąjungos veikloje, taip pat lankytis seminaruose, konferencijose. Tačiau nepaisant to, gydytojai vienareikšmiškai pritaria patirties refleksijai (tai įvardijama kaip vienas efektyviausių būdų tobulinti savo veiklą).

Šiame skyriuje *socializacijos* procesas pasižymi tuo, kad gydytojai laiko vienas kitą kolega (ne tik padalinyje, bet ir visos organizacijos mastu), nuolatos bendradarbiauja su kitų skyrių gydytojais, su administracija, bei akcentuoja bendradarbiavimo teikiamas galimybes. Įvertinant Ba aplinką šiame skyriuje, galima teigti, kad ji pakankamai išsiskiria iš kitų – kabinetas bendras, tačiau mažas, tamsus ir nepatogus. *Eksternalizacijos* fazėje akcentuojamas neformalus mokymasis padalinyje. Gydytojų diskusijų pagrindu yra sukuriamos naujos taisyklės/nuostatos skyriuje, jie tai įvardija kaip nesunkią užduotį. *Kombinacijos* fazė pasižymi tuo, kad gydytojai ypatingai akcentuoja bendrą darbą su kitais organizacijos gydytojais. Jie teigia, kad susitarti nėra sunku, kad neretai jie kviečiasi gydytojus pas save į skyrių konsultacijoms, bendrų aptarimų metu apsversto tam tikrus bendrus tiek gydymo, tiek organizacinius klausimus. *Internalizacijos* fazėje išryškėja organizacijos įtaka mokymuisi – vyksta apmokymai, kurie padeda gydytojams įgyti asmeninių žinių.

Taigi ir šiame skyriuje, kaip ir A, B, C išryškinamas kolektyvinis gydytojų mokymasis, kuris, anot gydytojų yra kur kas pranašesnis mokymosi būdas už mokymąsi individualiai.

### **3.6. Diskusija: A,B,C,D skyrių gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi ypatumai**

Šiame skyriuje aptariami išanalizuoti A, B, C, D skyrių tyrimo rezultatai, juos interpretuojant, gretinant su kitų mokslininkų įžvalgomis.

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad Y ligoninės gydytojai identifikuoja kaip pakankamą, tačiau nuolat tobulinamą (formaliai ir neformaliai) savo dalykinę kompetenciją, šalia jos laiko svarbiomis psichologines, etikos, teises žinias. Ypač pabrėžia psichologijos žinias, tačiau pasigenda, kad jų būtų buvę mokoma studijų aukštojoje mokykloje metu: jie jas įgijo iš patirties, taigi „klaidų ir jų taisymo“, refleksijos būdais. Kai kurie iš gydytojų šios jiems ypač svarbios žinių ir gebėjimų srities kitokio mokymosi metodų ir nepasigenda, juos tenkina „mokymasis iš patirties“. Tačiau – ar tokia „psichologijos mokymosi iš patirties“ pozicija ne per brangiai kainuoja pacientams, kol gydytojas įgyja šią patirtį? Šiame baigiamajame darbe tiriamas gydytojų organizacinis mokymasis, jį siejant su mokymusi organizacijoje, ypač - darbo vietoje, tačiau neignoruojant ir kitų mokymosi formų ir metodų. Todėl reikėtų pritarti tiems respondentams (o tokių buvo), kurie pasisakė už tai, kad pirma būtų įgyjama psichologijos žinių dalyvaujant mokymuose (tradicinė kvalifikacijos kėlimo forma), o vėliau jos ir gebėjimas jas taikyti gali būti plėtojami mokantis iš situacijų, kaupiant patirtį ir iš jos mokantis refleksijos būdu. Kalbant apie gydytojus, ateityje ateisiančius dirbti į sveikatos apsaugos organizacijas, galima tikėtis, kad jie studijuodami jau bus įgiję psichologijos žinių. Nemažai pasaulio universitetų, tarp jų – ir Lietuvos, yra įsitraukę psichologiją į medikų ugdymo programas. Štai Chris Bundy (2009) pabrėžia psichologijos, mokymosi, komandinio darbo, komunikacijos (būtent komunikacijai su pacientais didelį dėmesį skiria šiame darbe tirti gydytojai) ir pan. žinių reikšmę gydytojo darbe. Jis pasiūlė Didžiosios Britanijos universitetams solidžią Elgsenos ir socialinių mokslų programą, joje reikšmingą vietą skiriant psichologijai, įtraukti į pagrindinį Didžiosios Britanijos gydytojų ugdymo universitete *curriculum*’ą. Reikia tikėtis, kad ir Lietuvos universitetai šiems svarbiems klausimams skirs pakankamai dėmesio.

Grįžtant prie gydytojų tyrimo, reikia pastebėti, kad jie visi pripažino, kad turi pakankamas kompetencijas, ypač – medicinos srityje, tačiau taip pat pripažino, kad jas reikia nuolat tobulinti. Tai rodo jų principingą požiūrį į atliekamą darbą, nuolatinių iššūkių gydytojo darbe buvimo pripažinimą. Tai – teigiamos prielaidos organizaciniam mokymuisi. Taip pat solidi prielaida organizaciniam mokymui yra ir pats organizacijos kontekstas. Y ligoninė, kaip II lygmens ligoninė, turi puikių pasiekimų ir patirtį, inovatyvius įrengimus, naudoja šiuolaikinius gydymo metodus, susitvarkiusi savo fizinę aplinką.

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad Y ligoninės gydytojų organizacinis mokymasis yra daugiau grįstas kolektyviniu mokymusi, žinoma, neužmirštant ir individualaus. Tačiau interviu metu

kiekvienas gydytojas akcentavo, kad sąveikaujant su kitais (kolegomis, pacientais) sužinoma/išmokstama daugiau, nei tai gali padaryti vienas. Reikėtų pastebėti, kad net kalbėdami apie individualų mokymąsi, A skyriaus gydytojai jį sieja su kolektyviniu ir, kas įdomu, ne tik bendraujant su savo skyriaus (mokymasis padalinio lygmenyje), ligoninės (mokymasis organizacijos lygmenyje) kolegomis, bet ir su kitų ligoninių įvairių krypčių gydytojais (kolektyvinis mokymasis, pasinaudojant socialiniais tinklais). Šiais laikais mokslininkai (Venger, 1998; Plaskoff, 2003) plačiai kalba apie profesionalų veiklos bendruomenes, kurios veikia ne tik organizacijų viduje, bet ir išorėje, sudarydamos sąlygas tardiscipliniškumui (kai bendrauja dviejų mokslo disciplinų žmonės) ir multidiscipliniškumui (kai bendrauja daugiau nei dviejų disciplinų profesionalai ir dalis šių žinių jau virtę bendromis jų žiniomis).

Tiriant A skyriaus gydytojus išryškėjo dar vienas įdomus faktas - individualus mokymasis iš patirties, priklausantis nuo gydytojo darbo situacijos, neretai paskatina kolektyvinį mokymąsi. Šio baigiamojo darbo teorinėje dalyje naudojant Nonaka ir Takeuchi (1995) SEKI modelį ir jį praplečiant Johnson (2007) idėjomis, individualus mokymasis buvo laikomas kaip vykstantis „šalia“ kolektyvinio mokymosi, kaip jo šalutinis produktas. Tuo tarpu šiuo pastebėtu atveju – atvirkščiai – individualus mokymasis paskatina kolektyvinį mokymąsi. Tai, matyt, galima aiškinti tuo, kad nors didžiąją savo darbo laiko dalį gydytojas dirba individualiai, tačiau, jausdamas didelę atsakomybę už savo priimamus sprendimus, jis prieš priimdamas sprendimą stengiasi jį kelis kartus patikrinti. Pirmiausia „kreipiasi“ į savo patirtį („mokymasis iš patirties“), tačiau to jam neužtenka, jis kreipiasi ir į kolegas; tada visi bendrai tariasi.

Tačiau nežiūrint taip išryškintos individualaus mokymosi reikšmės, iš tikrųjų gydytojai labiau akcentavo vykstant kolektyvinį mokymąsi. Visumoje to ir reikėjo tikėtis, nes dauguma mokslininkų, kalbėdami apie organizacinį mokymąsi, ir akcentuoja kolektyvinį, o ne individualų mokymąsi. Tačiau jeigu kalbame apie Lietuvos ir panašių šalių situaciją, tai šių šalių įvairių organizacijų veiklos praktikoje, kaip nurodo mokslininkai (Boele, 1997; Janušonis, 2000; Forbes, 2004; Westbey, 2005 ir kt. ), akcentuojamas kvalifikacijos kėlimas, bet ne mokymasis darbo vietoje, o tuo labiau - ne organizacinis mokymasis, vykstantis pačioje organizacijoje, kai jos darbuotojai tobulėja, kuria žinias, siekdami organizacijos tikslų.

Tačiau, kaip matyti, tirtos ligoninės gydytojai pabrėžia būtent organizacinį mokymąsi. Kodėl? Ar todėl, kad jie yra labai apkrauti darbu ir individualiam, labiau tradiciniam mokymuisi, tarp jų - ir kvalifikacijos kėlimui - nelieta laiko ir kitų išteklių? Taip, ko gero tai viena iš svarbiausių priežasčių. Dar viena iškelta gydytojų problema, kuri menkina norą individualiai mokytis tai, anot gydytojų, – nekokybiški seminarai ir kiti mokymai, į kuriuos gydytojai vyksta, nes taip reikia dėl „licenzijos

pratęsimo“. Gydytojai norėtų stažuotis užsienyje, bet tam nėra galimybės ne tik dėl didelio darbo krūvio, bet ir dėl finansinių sunkumų.

Tačiau svarbiausi klausimai, į kuriuos reikia atsakyti, apibendrinant visų keturių skyrių gydytojų mokymosi duomenis, yra šie: kokio pobūdžio kolektyvinis mokymasis vyksta: *diadoje* ir ypač mažoje grupelėje (*socializacija*), padalinyje/skyriuje (*eksternalizacija*), organizacijoje (*kombinacija*)? Kokios ir kaip sukurtos organizacijoje žinios yra internalizuojamos?

Gauti duomenys tiriant keturių skyrių gydytojų organizacinį mokymąsi leidžia patvirtinti, kad jis susideda iš kolektyvinio ir individualaus mokymosi, kuris gali būti ir „lydintis“ kolektyvinį mokymąsi, ir „savarankiškas“ (netgi inspiruojantis kolektyvinį mokymąsi). Pastebėti šie mokymosi ypatumai, kai kurie iš jų sukėlė papildomus klausimus ir pareikalavę diskusijos:

a) visų skyrių gydytojai akcentavo neformalų bendravimą – „buvimą“ kartu savo skyriuose. Tai – socializacija, kuriai Nonaka ir Takeuchi (1995) skyrė svarią vietą savo pasiūlytame SEKI modelyje. Socializacijos metu vyksta **kolektyvinis mokymasis ypač mažose grupelėse**, neretai – diadose (porose). Tai – tirtų gydytojų menkai pastebėtas mokymasis, nes jis vyksta neformaliai bendraujant, susiformuojant bendroms, bet slypinčioms žinioms. Tokį mokymąsi dirbant poroje su kolega ypač akcentavo C ir D skyrių gydytojai. Anot respondentų, tai - geriausia žinių *apsikeitimo* forma. Nonaka ir Takeuchi (1995) mini, kad *socializacija* yra pati lengviausia žinių keitimosi forma, nes ji vyksta instinktyviai. Nors ir gydytojai išryškina šios fazės svarbą, tačiau svarbu pastebėti, kad šis etapas yra efektyvus, bet ribotas žinių kūrimo ir dalijimosi būdas, nes jo rezultatai priklauso nuo komunikacinių įgūdžių, patirties ir bendro konteksto. Kadangi gydytojai pripažino turintys gerą komunikacijos kompetenciją, todėl galima daryti prielaidą, kad tai ir suteikia *socializacijos* fazei daugiau produktyvumo. Tačiau kokias žinias šioje fazėje jie sukuria, gydytojai neidentifikavo. Tai – natūralu, nes šios žinios yra slypinčios. Todėl ypač svarią vietą, kalbant apie socializaciją, turi ją užtikrinanti mokymosi aplinka, sudaranti sąlygas gydytojams „būti drauge“. Būtent šių sąlygų sudarymą gydytojų socializacijai ypač akcentavo Witman (2010). Kaip jau pastebėta, šiam mokymuisi Y ligoninėje, visuose keturiuose skyriuose, yra pakankamai geros fizinės aplinkos. Tačiau socializacija atskiruose skyriuose gali turėti savo „antrąją medalio pusę“. O gal konkrečiuose skyriuose gydytojų socialiniai ryšiai susiklosto tokie tamprūs, kad kitų skyrių gydytojus jiems sunkoka priimti kaip bendradarbius? Ar tai pastebima tirtoje organizacijoje, bus aptariama kiek vėliau.

b) Vadovaujantis Nonaka ir Takeuchi (1995) SEKI modeliu, tikslinga kalbėti apie sekantį organizacinio mokymosi etapą – eksternalizaciją. Kitaip ją galima vadinti kolektyviniu mokymu grupėje, konkrečiai – skyriuje. Tirti skyriai yra labai nedideli, susidedantys iš 2-5 gydytojų. Šis etapas nuo socializacijos iš tikrųjų skiriasi tik tuo, kad vyksta, konstruojant išreikštas žinias. Tirti visų keturių skyrių gydytojai ypač akcentavo kolektyvinį mokymąsi skyriaus lygmenyje, tačiau pabrėžė jį

vykstant ne formaliuose skyriaus posėdžiuose ar susirinkimuose, bet neformaliai visiems gydytojams bendraujant skyriuje. Gydytojai pripažino, kad mokymasis padalinyje (sąveikavimas grupėje diskutuojant) padeda gydytojams išsakyti savo mintis, kuriomis stengiamasi ne tik pamokyti kitą padalinio narį, bet ir kurti geresnes, palankesnes darbo sąlygas padalinyje. Tai viena svarbiausių gydytojų mokymosi fazė. Beveik visi jie pabrėžė puikų psichologinį klimatą, norą remtis skyriaus bendradarbiais, mokytis iš jų patirties. Visa tai – puiki mokymosi aplinka, ypač įvertinant tai, kad gydytojai prisipažino dėl didelio darbo krūvio jaučiantys laiko trūkumą įprastinėms individualaus mokymosi formoms ir metodams, ypač – tradiciniam kvalifikacijos kėlimui. Tuo tarpu mokymasis „darbo vietoje“, drauge su kolegomis, nereikalauja daug papildomo laiko, tiesiog prireikia daugiau dėmesio tam, kas yra atliekama, daugiau atsakingumo ir bendradarbiavimo. Vermaak, Reid, Horwood ([http://crh.ukzn.ac.za/Libraries/CRH\\_Publications/Vermaaketal\\_Organisationallelearning.sflb.ashx](http://crh.ukzn.ac.za/Libraries/CRH_Publications/Vermaaketal_Organisationallelearning.sflb.ashx)), empiriškai ištyrė kelias sveikatos apsaugos įstaigas, nustatė, kad ypatingą reikšmę gydytojų organizaciniam mokymuisi, konkrečiai – pasidalinimui žiniomis (šis sąmoningas veiksmas ypač svarbus eksternalizacijos etape) turi vadovų pozicija ir sudarytos sąlygos, t.y., palanki mokymosi aplinka. Kaip jau buvo minėta, Y organizacijoje šios aplinkos ypač teigiamas veiksnys – draugiški santykiai, tačiau jau minėtas laiko trūkumas netgi mokymuisi darbo vietoje gali turėti neigiamą reikšmę. Ligoninės administracija galėtų svarstyti, ar šią problemą įmanoma spręsti savo jėgomis (ar turima vidinių rezervų), ar tai - visos šalies bendros sveikatos apsaugos sistemos ir jos politikos problema.

c) Kombinacijos fazė tirtose ligoninėse yra pati problematiškiausia. Šiai organizacinio mokymosi fazei turėtų būti būdingas kolektyvinis mokymasis visos ligoninės lygmenyje. Aptikta, kad bendrai diskutuojant susitariama tik dėl kelių dalykų: sudarinėjami budėjimų grafikai, kai kurios bendros veiklos taisyklės, kelių skyrių gydytojai pabrėžė „penkminučių“ reikšmę, konstruojant bendras sudėtingų ligonių gydymo žinias, tačiau gydytojai nėra dalyvavę formuluojant organizacijos misiją, viziją, vertybes, organizacijos vystymo planus, metinius tikslus ir kitus ypatingą svarbą organizacijos veiklai ir vystymui turinčius dalykus. Kitaip tariant – gydytojai aktyviai veikia kaip gydymo profesionalai, bet ne organizacijos vystymo dalyviai. Viena vertus, galima aiškinti šią situaciją tuo, kad ligoninė – viešoji įstaiga, valdoma vadovaujantis viešojo administravimo principais, t.y., valdoma „pagal taisykles“. Antra vertus, kadangi kalbame apie organizacinį mokymąsi, kurio tikslas – organizacinių žinių kūrimas, organizacijos vadovams reikėtų pamąstyti: ar ligoninės vystymui reikia kolektyviai sugeneruotų: a) gydymo, b) vadybos srities žinių? Jeigu ir į (a) ir į (b) klausimus atsakoma „taip“, vadinasi, kaip teigia Meenakshi Mangotra (Sharma) ir Rachna Mahajan (2014) žinių vadybos priemonėmis reikia šioje organizacijoje sudaryti sąlygas organizaciniam mokymuisi. Taigi – ir įtraukti gydytojus į kai kuriuos šios organizacijos valdymo veiksmus, kad vyktų kolektyvinis mokymasis organizacijos lygmenyje. Visų pirma, reikėtų pradėti nuo bendrų susirinkimų organizacijoje, generuojant esminius ligoninės vystymo klausimus.

d) Vienintelėje *internalizacijos* fazėje, Nonaka ir Takeuchi (1995) pripažįsta, jog organizacinis mokymasis vyksta ne tik grupėje, bet ir individualiai. Pasak šių autorių, būtent šioje fazėje individai ne tik įsisavina naujas žinias, bet ir pritaiko jas darbinėje veikloje. Y ligoninėje gydytojai taip įsisavina tas žinias, kurias, kaip informaciją, pateikia ligoninės vadovybė. Ši informacija „atkeliauja“ arba iš Ministerijos, arba yra sukurama ligoninės administracijos, bet ne pačių gydytojų. Kaip buvo minėta, pasigendama tokio kolektyvinio mokymosi, kuris vyktų visos organizacijos lygmenyje ir būtų ne tik gydymo, bet organizacijos vystymo pobūdžio.

Taip pat gauti duomenys leidžia teigti, kad reikėtų pritarti Johnson (2007) teorijai, kurioje teigiama, kad bet kurioje iš SEKI modelių fazių gali vykti ir individualus mokymasis. Būtent šį procesą gydytojai sugebėjo išskirti, nurodydami, kad bendraudami bet kokiomis sąlygomis, bet kokia tema (pvz.: apsvarstant metinę organizacijos ataskaitą), kaip šalutinis efektas vyksta ir individualus mokymasis/sužinojimas.

Tyrimo rezultatai taip pat parodė, kad gydytojai vienareikšmiškai pripažįsta (visuose organizacijos mokymosi lygmenyse) patirties refleksijos svarbą, kaip esminį tobulinimosi procesą. Kyla klausimas – kodėl? Matyt, tai lemia ir gydytojų turimas stažas. Ilgi darbo metai sąlygoja didelę patirtį, iš kurios, kaip iš lobyno, refleksijos būdu galima „pasisemti“ žinių. Tiesa, reikia pastebėti, kad gydytojai, kurių darbo stažas daugiau nei 30 metų, reflektuoja vis mažiau, o ir asmeniniam mokymuisi skiria vis mažiau dėmesio. Matyt, šie gydytojai mano, kad jau užtenka prikauptos patirties, nors Justickis ir Saladis (2012) pabrėžia nuolatinę būtinybę gydytojams tobulintis, o *neapsistoti* prie esamų žinių, nes medicina yra ta sritis, kurioje žinių kaita yra ypač didelė. Tačiau yra ir puikių pavyzdžių. Toks pavyzdys - AA gydytoja, rašanti darbo dienoraštį. Anot šios gydytojos, tas dienoraštis yra geriausia refleksijos forma. Tai gana įdomus faktas, parodantis, jog gydytojai, niekieno specialiai nemokyti, sugalvoja kaupti patirtį, vesdami tai, ką šiuolaikiniai autoriai (Jucevičienė, 2007) vadina *mokymosi dienoraščiu*. Tai – ypač perspektyvus, refleksiją ir mokymąsi iš patirties skatinantis būdas.

Reikia pabrėžti, kad visgi dauguma gydytojų pripažino, kad patirtį reikia kaupti ir toliau, nes jos nekaupiant, ji paprasčiausiai išnyks. Anot jų, tai daroma keliais būdais: 1) bendradarbiavimu su kolegomis; 2) profesinės literatūros, straipsnių skaitymu; 3) medicininių dokumentų analizavimu; 4) interneto informacija, 5) seminarais, konferencijomis (C skyrius gana skeptiškai žiūri į seminarų/konferencijų teikiamą naudą, o tuo tarpu B skyriaus gydytojai tai išskiria kaip vieną iš bene svarbiausių individualaus mokymosi procesų); 6) dirbant darbo vietoje (praktikuojantis su ligoniais). Galima atkreipti dėmesį, kad atliekant tyrimą, jaunesni respondentai įvardijo daugiau mokymosi galimybių, todėl galima daryti prielaidą, kad jaunesni gydytojai Y ligoninėje labiau domisi mokymosi metodų įvairove (pvz.: vyresnieji gydytojai beveik neišskyrė duomenų bazių, kaip duomenų šaltinio,

kai tuo tarpu jaunesnieji dažniau minėjo), taip pat svarbu pridurti, kad jaunesnieji gydytojai pažymėjo, jog vien patirties darbo kokybei užtikrinti neužtenka, reikia nuolat atnaujinamų žinių.

Beje, lyginant gydytojų organizacinį mokymąsi su dėstytojų organizaciniu mokymusi (pastarąjį tyrinėjo Jucevičienė, Edintaitė (2012)), tenka pastebėti, kad gydytojai yra labiau linkę kolektyviniam mokymuisi nei dėstytojai, nors ir vienu, ir kitu kolektyvinis mokymasis buvo pabrėžiamas profesinės veiklos, o ne organizacijos vystymo kontekste.

Šis gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi tyrimas (organizacinio mokymosi kontekste) – tai bene pirmasis bandymas gilintis į gydytojų mokymąsi ne tik gydymo veiklos, bet ir dalyvavimo organizacijos tobulinime aspektais. Dar daug klausimų lieka neatsakyta ir laukia naujų tyrimų. Tarp jų: koks yra ligoninės įvairaus lygio vadovų ir gydytojų organizacinio mokymosi santykis? Kokios gydymo klaidos turi didžiausią reikšmę organizaciniam mokymuisi? Kokie veiksniai labiausiai padeda gydytojų mokymuisi bendradarbiaujant, o kokie labiausiai trukdo? Kokios sąlygos organizacijoje turi būti užtikrintos, kad vyktų kolektyvinis mokymasis visos organizacijos lygmenyje?



## IŠVADOS

1. Nuolatinis gydytojų mokymasis vyksta jiems tobulinant savo kompetencijas, reikalingas jų vaidmenims atlikti (*medicinos gydytojas – paslaugų teikėjas; nuolat tobulinantis savo kompetenciją/kvalifikuotas tyrėjas; gydytojas – komunikatorius; gydytojas – administratorius; gydytojas bendruomenės/padalinio narys; gydytojas organizacijos narys*). Tai - gydytojų organizacinis mokymasis, kuriuo laikomas šių medikų nuolatinis tobulėjimas dirbant sveikatos apsaugos institucijoje, kai individualiame, grupės/padalinio ir visos organizacijos lygmenyje įsisavinamos bei kuriamos žinios, reikalingos šios organizacijos efektyviai veiklai atlikti. Toks gydytojų mokymasis sąlygoja jų nuolatinį kompetencijos augimą.

Remiantis Nonaka ir Takeuchi SEKI modeliu teoriškai pagrįsti šie gydytojų organizacinio mokymosi parametrai: 1) individualiame gydytojų mokymosi lygmenyje mokymasis vyksta generuojant naujas idėjas iš savo patirties; skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus; dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais; sužinant naują gydytojo lygmens darbo tvarką, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus. 2) grupės mokymosi lygmenyje mokymasis vyksta dirbant su ligoniais, bet kartu su kolegomis; generuojant naujas idėjas su kolegomis; rūpinantis padalinio organizaciniais reikalais; padalinyje apsvarstant įvairius gydymo ir organizacinius klausimus; sužinant naują grupės lygmens darbo tvarką, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus. 3) organizacijos mokymosi lygmenyje mokymasis vyksta aptariant įvairius gydymo, organizacijos klausimus drauge su kitais ligoninės bendradarbiais oficialiuose susirinkimuose; sužinant naują organizacijos lygmens darbo tvarką, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus.

Tam, kad vyktų gydytojų organizacinis mokymasis, turi būti sudaromos palankios mokymuisi aplinkos.

2. Gydytojų individualaus ir kolektyvinio mokymosi (organizacinio mokymosi kontekste) empirinio tyrimo metodologija remiasi kokybiniu tyrimu, akcentuojant sveikatos apsaugos organizacijos atvejo analizę. Ji atliekama, taikant šiuos tyrimo metodus: a) dokumentų analizę (ligoninei ir skyrių kontekstui pristatyti), b) iš dalies struktūruotą interviu (gydytojų individualiam ir kolektyviniam mokymuisi nustatyti). Tikslinga tirti kelis sveikatos apsaugos organizacijos padalinius, kad būtų galima išskirti bendras individualaus ir kolektyvinio mokymosi tendencijas tiriamame atvejuje. Pagrindinis tyrimo instrumentas – interviu klausimai, sudaryti remiantis teoriškai pagrįstais gydytojų mokymosi ir kompetencijos parametrais.

3. Konkretaus atvejo ( Y ligoninės, įsikūrusios vieno rajono mieste) tyrimo rezultatai parodė, kad gydytojų mokymasis tikrai vyksta visuose trijuose organizacinio mokymosi lygiuose – individualiame, grupės/padalinio ir visos organizacijos.

- 3.1. Mokymasis vyksta formaliais ir neformaliais mokymosi metodais, labiau akcentuojant neformalų organizacinį mokymąsi – ne įtakotą vadybinių veiksmų, bet vykstantį pačių gydytojų iniciatyva. Tačiau pastebėta, kad šis organizacinis mokymasis vyksta taip, kaip tai nusako Socializacijos-Eksternalizacijos-Kombinacijos-Internalizacijos (SEKI) modelis, tiesa, pripažįstant ne tik kolektyvinį, bet ir individualų mokymąsi. Tiriant konkretų atvejį pastebėta, kad labiausiai vyksta kolektyvinis mokymasis *socializacijos* ir *eksternalizacijos* fazėse. *Kombinacijos* fazėje pasireiškia kolektyvinis mokymasis, tiesiogiai siekiant gydymo tikslų, bet nepasireiškia organizacijos vystymo kolektyvinis mokymasis. To pasekmė – gana epizodiškai vykstantis kolektyvinis ir individualus mokymasis *internalizacijos* fazėje, apsiribojant tik vadovybės pateikiamos naujos administracinės informacijos įsisavinimu.
- 3.2. Gydytojai pripažįsta šiuos individualaus mokymosi metodus: mokymąsi darbo vietoje (praktikuojantis gydant ligonius) ir patirties refleksiją; profesinės literatūros skaitymą; 3) medicininių dokumentų analizavimą; 4) interneto informaciją, 5) seminarus, konferencijas. Ypač pabrėžiamas pirmasis metodas – kaip efektyvus ir sutaupantis laiko.
- 3.3. Šie kolektyvinio ir individualaus mokymosi ypatumai tiesiogiai siejami su organizacijoje sudaromomis ir susidarančiomis mokymosi aplinkomis. Palankios ir organizacinį mokymąsi skatinančios yra šios aplinkos: geras psichologinis klimatas, bendrai veiklai palanki fizinė aplinka ir gydytojų bendro darbo būtinumas. Kolektyvinį mokymąsi organizacijos lygmenyje apsunkina bendrų susirinkimų, kuriuose būtų generuojamos organizacijos vystymo idėjos, trūkumas; kai kurių skyrių įgaliojimų nepakankamas apibrėžimas (ypač – į ligoninę guldant ligonius, turinčius keletą ligų). Laiko trūkumą, didelį darbo krūvį ir ribotas galimybes vykti į mokymus ir konferencijas už organizacijos ribų bei į užsienio stažuotes gydytojai nurodė kaip individualų mokymąsi ribojančius veiksnius.
- 3.4. Gydytojai labiau vertina kolektyvinio nei individualaus mokymosi teikiamą naudą ir pripažino, kad toks mokymosi būdas jiems yra priimtinesnis ir nuolatos vyksta.

## REKOMENDACIJOS

### LR Sveikatos apsaugos ministerijai

1. Tikslinga pasirūpinti, kad gydytojams vedami visi seminarai ir kiti kvalifikacijos kėlimo renginiai būtų kokybiški.
2. Norint, kad gydytojai *nuolat* tobulėtų, mokydami individualiai ir kolektyviai, ne tik kaip medikai, bet ir kaip savo organizacijos nariai, reikia šiai funkcijai skirti jos dalį gydytojo darbo ir laiko struktūroje, o taip pat - išteklius. Kokia, konkrečiai, ši dalis turėtų būti (laiko aspektu), galima nustatyti diskutuojant su sveikatos apsaugos organizacijų vadovais, taip pat - gydytojus atstovaujančiomis sąjungomis, pasitelkus žmogiškųjų išteklių vystymo profesionalus.

### Sveikatos apsaugos organizacijų (tirtos organizacijos ir visų kitų, kurios nori įgalinti savo gydytojus atliepti vis naujus iššūkius) vadovams

1. *Vadovai turi sukurti organizacinę mokymąsi įgalinančias aplinkas.* Ypač svarbios yra šios: a) geras psichologinis klimatas, b) gydytojų (ir kito personalo) įtraukimas į organizacijos vystymą, sudarant jiems sąlygas diskutuoti dėl svarbiausių, organizacijos ateitį nulemsiančių, o taip pat darančių tiesioginę įtaką gydytojų darbui sprendimų, c) geros darbo ir „buvimo kartu“ fizinės sąlygos.
2. *Priimant į darbą gydytojus* kreipti dėmesį ne tik į jų dalykines kompetencijas, bet ir į bendruosius (perkeliamus) įgūdžius ir kompetencijas, ypač – į atidumą gydant ligonį, empatiją, psichologijos žinias ir gebėjimą jas taikyti, komunikacinę kompetenciją, pasireikšiančią ne tik bendravimo ir bendradarbiavimo įgūdžiais, bet ir gebėjimu su įvairaus išsilavinimo žmonėmis kalbėti apie jų gydymą, vartojant jiems suprantamus terminus. Reikalui esant, sudaryti sąlygas minėtų įgūdžių ir kompetencijų plėtojimui.
3. *Ieškoti vidinių rezervų organizacijoje ir skirti kasdieninio darbo ir jo laiko struktūroje dalį kiekvieno gydytojo ir kito medicinos personalo organizaciniam mokymuisi.*
4. Organizacija turėtų atkreipti dėmesį į padalinių tarpusavio bendravimą, konfliktus, kurie kyla dėl organizacijoje neaiškiai suformuluotų taisyklių. *Peržiūrėti medicinos padalinių funkcijas, prievoles, priedermes ir įgaliojimus* taip, kad visa tai vienodai suprastų visi padaliniai. Svarbu, kad padaliniams, darbo reikalais bendraujant tarpusavyje, nekiltų klausimų, kuris skyrius turi atlikti konkretų darbą.

5. Organizacija turi sudaryti sąlygas gydytojų individualiam tobulėjimui (išvykoms į stažuotes, seminarus, konferencijas).
6. Organizacija turi ugdyti bendruomeniškumo jausmą kolektyve, komandinio darbo kultūrą, sudaryti sąlygas atsiskleisti gydytojams visuose jų vaidmenyse.

### **Gydytojams**

- ✓ Gydytojai turėtų aktyviau įsitraukti į bendrą organizacijos veiklą bei suprasti organizacinio mokymosi naudą ir reikšmę sau ir organizacijai.
- ✓ Gydytojai turėtų būti jautrūs pacientams ir kolegoms bei tolerantiški savo organizacijai.
- ✓ Gydytojams svarbu tobulinti ne tik dalykinę kompetenciją, bet ir bendruosius gebėjimus ir kompetencijas, ypač atkreipiant dėmesį į: informacijos paieškos bei apdorojimo (IT) kompetenciją, atidumą ir empatiškumą gydant ligonius, psichologijos ir komunikacijos žinias bei gebėjimus.

## LITERATŪRA

1. Almas, E. (2008). Personalo ugdymo sistemos problemos sveikatos priežiūros organizacijoje. *Tiltai*, 1, 43-53.
2. Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Enhlewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.
3. Barkley, E. F., Cross, K. P., & Major, C. H. (2005). *Collaborative learning techniques: A handbook for college faculty*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, A Wiley Imprint.
4. Berryman, S. (1993) Learning for the workplace, *Review of Research in Education*, 19, 343 – 404.
5. Bitinas, B. (2006). *Edukologinis tyrimas: sistema ir procesas*. Vilnius: Kronta.
6. Bloor, M. and Wood, F. (2006). *Keywords in Qualitative Methods*, SAGE publications
7. Boelen, C. (1997). The five-star doctor: An asset to health care reform? *Human Resources for Health Development Journal*, 1(1), 6-12.
8. Brigley, S., Johnson, C., Bird, J., Young, H. (2006). Hospital doctors views of their CPD and its relationship to learning in the organization. *Medical Teacher*, 28 (4), 379-381.
9. Burkšienė, V. (2012). *Darnaus vystymosi organizacinis mokymasis*. (Daktaro disertacija, Kaunas: Kauno technologijos universitetas, 2012).
10. Carroll, J., S., Edmondson, A., C. (2002). Leading organisational learning in health care. *Qual Saf Health Care*, 11, 51-56.
11. Charles, C., Whelan, T., Gafni, A. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social science. Medicine*, 49, 651-661.
12. Chris, B. (2009). A core curriculum for psychology in undergraduate medical education. *A report from the Behavioural & Social Sciences Teaching in Medicine (BeSST) Psychology Steering Group, UK*. Interaktyvus. Žiūrėta 2015-05-14. Prieiga per internetą: <https://www.heacademy.ac.uk/sites/default/files/core-curriculum-for-psychology-undergrad-medical-education.pdf>
13. Clarke, N. (2005). Workplace Learning Environment and its Relationship with Learning Outcomes in Healthcare Organizations. *Human Resource Development International*, 8 (2), 185-205.
14. Coleman, J.S. (2005). *Socialinės teorijos pagrindai*. Vilnius: Margi raštai.
15. Dalkir, K. (2005). *Knowledge management in theory and practice*. USA: Elsevier Butterworth Heinemann.
16. *Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo* (2004). Vilnius.
17. Eidintaitė, G. (2013). *Dėstytojų mokymasis, kuriant katedros organizacinės žinias studijų veikloje*. (Daktaro disertacija, Kaunas: Kauno technologijos universitetas, 2013).
18. Engestrom, Y. (2001). Expansive Learning at Work: toward an activity theoretical reconceptualization. *Journal of Education and work*, 14(1), 133-156.

19. Eraut, M. (2000). Non-formal learning and tacit knowledge in professional work, *British Journal of Educational Psychology*, 70, 113 - 136.
20. Forbes, K. L. (2004). Medical education and hard science. *Med J Aust*, 181(9) 518-522.
21. Frankford, D. M., Patterson, M. A., Konrad, T. R. (2000). Transforming practice organizations to foster lifelong learning and commitment to medical professionalism. *Academic medicine*, 75 (7), 708-717.
22. Gontaitė, S., Klimas, D. (2007). Lietuvos valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų veiklos atitikimo Europos kokybės vadybos fondo principams vertinimas. *Ekonomika ir vadyba*, 12, 1009-1016.
23. Grant, K.A. (2012). *Case Studies in Knowledge Management*, Academic Publishing International Ltd.
24. Hargreaves, A. (2001). *Changing teachers, changing times: Teachers' work and culture in the postmodern age*, 163-252. Continuum International Publishing Group.
25. *Health at a Glance: Europe 2014* (2014). Paris: Oecd publishing, Žiūrėta 2014-11-24, prieiga per internetą: [http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health\\_glance\\_2014\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf)
26. *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. World Health Organization. 1999. Žiūrėta: 2014-09-25, prieiga per internetą: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf)
27. Yin, R. (1993). *Applications of case study research*. Newbury Park, CA: Sage Publishing.
28. Yin, R. K. (2003) *Case study research: Design and methods*, 3rd edition, London, SAGE Publications.
29. *Implementation of the second Programme of Community action in the field of health in 2012* (2014). Commission staff working document. Brussels. Žiūrėta 2014-11-20, prieiga per internetą: [http://ec.europa.eu/health/programme/docs/implementation\\_2012\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/programme/docs/implementation_2012_en.pdf)
30. Yolande, W. (2010). Doctor in the lead: balancing between two worlds. *Organization*, 18(4) 477-495.
31. Yudkowsky, R. R., Elliott, Schwartz, A. (2002). Two perspectives on the indicators of quality in psychiatry residencies: program directors and residents. *Acad Med*, 77(1), 57-64.
32. Janušonis, V. (2000). *Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas XXI a. pasitinkant*. Klaipėda: Klaipėdos rytas.
33. Janušonis, V., Popovienė, J. (2004). *Kokybės sistemos*. Klaipėda: S. Jokužo spaustuvė.
34. Jarvis, P., Holford, J., Griffin, C. (2004). *The theory and practice of learning*. London: Kogan Page.
35. Jensen, E. (2001). *Tobulas mokymas: Daugiau kaip 1000 praktinių patarimų vaikų ir suaugusiųjų mokytojams*. Vilnius: Ovo.
36. Johnson, W. H. A. (2007). Mechanisms of tacit knowing: pattern recognition and synthesis. *Journal of Knowledge Management*, 11(4), 123-139. Interaktyvus. Žiūrėta: 2015-03-07, prieiga per internetą: <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/13673270710762765>

37. Jucevičienė, P. (2007). *Besimokantis miestas*. Kaunas: technologija.
38. Jucevičienė, P., Mozūriūnienė, V. (2009). Organizacijos žinojimo santykis su organizacijos žiniomis: pažinimo ir formalizavimo ribos. *Ekonomika ir vadyba*, 14, 1129-1138.
39. Jucevičienė, Palmira; Edintaitė, Gintarė. Organizational learning of teachers in higher education : challenges and opportunities of knowledge management // Proceedings of the 13th European Conference on Knowledge Management, 6-7 September, 2012, Cartagena, Spain. Vol. 1. Reading : Academic Publishing International, 2012. ISBN 9781908272645. p. 557-566.
40. Justickis, V., Saladis, T. (2012). Gydytojo žinios nustatant susirgimo diagnozę. Medicininių standartų vaidmuo, formuojant jas. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(4), 248-271.
41. Justickis, V., Saladis, T. (2012). Medicinos standartai administracinės teisės sistemoje. *Socialinių mokslų studijos*, 4 (3), 1063-1083.
42. Kabene, S. M., Orchard, C., Howard J. M., Soriano, M. A., Leduc, R. (2006). The importance of human resources management in health care: a global context. *Human Resources for Health*, 4 (20), 1-17.
43. Kardelis, K (2007). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai: vadovėlis*. Šiauliai: Lucilijus.
44. Kurtz, M. S., (2002). Doctor-Patient Communication:Principles and Practices. *The Canadians journal of neurological sciences*, 29, 23-29.
45. Lepaitė, D. (2001). Kompetencija kaip ugdymo tikslas. *Socialiniai mokslai*, 2 (28), 39–43.
46. Lepaitė,D. (2001). Kompetenciją plėtojančių studijų programų lygio nustatymo metodologija. (Daktaro disertacija, Kaunas: Kauno technologijos universitetas, 2001).
47. Lietuvos Respublika. *Sveikatos įstatymas* (1994). Vilnius.
48. Lietuvos Respublikos aukštojo mokslo įstatymas (2000). Vilnius.
49. Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas (2004). Vilnius.
50. Littlejoh, A., Milligan, C., Margaryan, A. (2011). Collective Learning in the workplace: important knowledge sharing behaviours. *International Journal of Advanced Corporate Learning*, 4 (4), 26-30.
51. Lonka, K. (2009). Smart doctors and the three metaphors of learning. *Medical education*, 43, 718-720.
52. Mann, K. V. (2011). Theoretical perspectives in medical education: past experience and future possibilities. *Medical education*, 45, 60-68.
53. Martino, V. (2003). *Relationship between work stress and workplace violence in the health care, Workplace Violence in the health sector*. Geneva.
54. Marton, F., Booth, S. (1997). *Learning and awareness*. New Jersey: Thomson Learning.
55. Matthews, J. H. and Candy, P. C. (1999) New dimensions in the dynamics of learning and knowledge, in: D. Boud and J. Garrick (Eds) *Understanding Learning at Work*, 47 – 64 (London: Routledge).
56. *Medicinos gydytojas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė* (1995). Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.

57. Meenakshi, M., Rachna M. (2014). Assessing the Impact of Knowledge Management Practices on Organizational Learning and Performance: A Study of Govt. Medical College Jammu. *International Journal of Management and International Business Studies*, 1 (4), 101-108.
58. Mozūriūnienė, V. (2010). *Organizacijos žinojimo kūrimą sąlygojantys struktūriniai ir kultūriniai veiksniai multinacionalinėje kompanijoje*. (Daktaro disertacija, Kaunas: Kauno technologijos universitetas, 2010).
59. Neergaard H. (2003). The process of entrepreneurship – a managerial and organisational journey. *The Learning organization*, 33 (2), 213- 230.
60. Niles, N. J. (2013). *Basic concepts of health care human resource management*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
61. Nonaka, I., Konno, N. (1998). The concept of "Ba": Building foundation for Knowledge Creation. *California Management Review*, 40 (3), 40-54. Žiūrėta: 2015-03-07, prieiga per internetą: <http://home.business.utah.edu/actme/7410/Nonaka%201998.pdf>
62. Nonaka, I., Takeuchi, H. (1995). *The knowledge - creating company*. New York: Oxford University Press.
63. Nonaka, I., Toyama, R. (2003). The knowledge-creating theory revisited: knowledge creation as a synthesizing process. *Knowledge Management Research & Practice*, 1, 2–10.
64. Nonaka, I., Toyama, R., Byosiore, P. (2001). A Theory of Organizational Knowledge Creation: Understanding the Dynamic Process of Creating Knowledge. *Handbook of Organizational Learning and Knowledge Management*, 491-517, Padstow, UK: Oxford University Press.
65. *Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas* (2004). Vilnius: valstybės žinios.
66. Peičius, E., Grincevičienė, Š. (2009). Vaistininko ir gydytojo profesinių vaidmenų pokyčiai ir jų bendradarbiavimo galimybės. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 13 (11), 663-667.
67. Piyaarath, P. (1982). Doctor's roles in primary health care. *Tropical doctor*, 4:2.
68. Plaskoff, J. (2003). Intersubjectivity and community building: learning to learn organizationally. In M. Easterby-Smith, M. A. Lyles (Eds.), *The Blackwell handbook of organizational learning and knowledge management* (pp. 161-84). USA: Blackwell Publishing Ltd.
69. Probst, G., Raub, S., Romhardt, K. (1999). *Managing knowledge: building blocks for success*. Chichester: John Wiley&Sons LTD.
70. Raelin, J. A. (2000) *Work-Based Learning: The New Frontier of Management Development* (Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall).
71. Remenyi, D. (2012). *Case Study Research*. Academic Publishing International.
72. Sambrook, S., Stewart, J. (2000). Factors influencing learning in European learning oriented organisations: issues for management, *Journal of European Industrial Training*, 24, 209 - 219.
73. Senge, P.M. (1990). *The Fifth Discipline*. NY: Doubleday.
74. Sexton B. J., Thomas, J. E., Helmreich, L. R. (2000). Error, tress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*, 320, 745-749.



75. Smith, P. J. (2000). Flexible delivery and apprentice training: preferences, problems and challenges, *Journal of Vocational Education and Training*, 52, 483 - 502.
76. Smith, P. J. (2001). Learners and their workplaces: towards a strategic model of flexible delivery of training in the workplace, *Journal of Vocational Education and Training*, 53(4), 609 - 628.
77. Stern, E., Sommerlad, E. (1999). *Issues in People Management, Workplace Learning, Culture and Performance*. London: CIPD.
78. Šumskienė, J. (2005). Gyvenimo kokybės įvertinimas ir praktinė reikšmė. *Gydymo menas*, 10 (122), 61-64.
79. Thomas, N. K. (2004). Resident burnout. *JAMA*, 292(23), 2880-2889.
80. *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013* (2007). Brussels. Žiūrėta: 2014-10-15, prieiga per internetą: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf)
81. Vaitkevičius, V. J. (2005). Sveikatos rizikos veiksnių valdymas ir savikontrolė ugdymo srityje: mokomoji knyga. Šiauliai: Šiaurės Lietuva.
82. Van de Wiel, M. W. J., Van den Bossche, P., Janssen, S., Jossberger, H. (2011). Exploring deliberate practice in medicine: how do physicians learn in the workplace? *Advance in Health Science Education*, 16, 81–95.
83. Večkienė, P. N., Brunevičiūtė, R., Saulenienė, S., Ražanauskaitė, V. (2011). Tarpdisciplininis bendradarbiavimas sveikatos priežiūros sistemoje. *Profesinės studijos: teorija ir praktika*, 8, 308-317.
84. Vermaak, K.P., Reid, S.J., Horwood, C.M. Factors impacting on organisational learning in three rural health districts. (2009). *SA Fam Pract*, 51(2), 138-142. Interaktyvus. Žiūrėta: 2015-05-17, prieiga per internetą: [http://crh.ukzn.ac.za/Libraries/CRH\\_Publications/Vermaaketal\\_Organisationalllearning.sflb.ashx](http://crh.ukzn.ac.za/Libraries/CRH_Publications/Vermaaketal_Organisationalllearning.sflb.ashx)
85. Vizgirdaitė, J. (2013). *Studentų mokymosi bendradarbiaujant universitetinėse studijose edukacinis įgalinimas*. . (Daktaro disertacija, Kaunas: Kauno technologijos universitetas, 2013).
86. Waltz, E. (2003). *Knowledge management in the intelligence enterprise*. London: Artech House.
87. Watkins, K. E., Marsick, V. J. (2013). *Sculpting the Learning Organization: Lessons in the art and science of systemic change*. San Francisco: Jossey Bass.
88. Wenger, E. (1998). *Communities of practice: learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
89. Westbye, H., (2005). The Bologna Declaration and medical education: a policy statement from the medical students of Europe. *Med Teach*, 27(1), 83-85.
90. Westera, W. (2001). Competence in education: a confusion of tongues. *Curriculum studies*, 33 (1), 75-88.

91. Žydžiūnaitė, V. (2005). Komandinio darbo kompetencijos ir jų tyrimo metodologija: slaugytojų veiklos požiūriu. Kaunas: Judex.
92. Žydžiūnaitė, V. (2007). *Tyrimo dizainas: Struktūra ir strategijos*. Kaunas: Technologija.

## **PRIEDAI**

**Gydytojų organizacinio mokymosi individualiame, padalinio ir organizacijos lygmenyse  
nustatymo kriterijai, indikatoriai ir klausimai**

Kompetencija	Indikatoriai/klausimai			
<u>Individualiame lygmenyje</u>	Ar turite?	Nuostata		Ar tobulinate?
		Ar galvojate, kad ... žinias, gebėjimus, ... reikia tobulinti?	Net jeigu turite ... žinias, gebėjimus, požiūrius, nuostatas, vertybes, ar galvojate, kad turite tiek, kad nebereikia tobulinti?	
<b>Medicinos gydytojas – paslaugų teikėjas: (gydymo paslaugų kompetencijos)</b>				
žinios apie ligas, jų gydymą, vaistų sudėtį;				
gebėjimas parinkti tinkamą gydymo metodą, tiksliai nustatyti ligos diagnozę, gebėjimas skirti atitinkamus vaistus (jų dozes) gydymui;				
ligonio nukreipimas pas kitą specialistą (pagal klinikinį atvejį);				
<b>Gydytojo paslaugų teikimas: (sveikos gyvensenos paslaugų)</b>				
žinios apie ligos prevenciją ir sveiką gyvenseną;				
gebėjimas formuoti ir skleisti prevencines programas pacientams;				
medicininio švietimo ir sveikos gyvensenos švietimo gebėjimai.				
<b>Gydytojo paslaugų teikimas: (psichologinių paslaugų)</b>				
žinios apie žmogaus ir ligonio psichologiją;				
gebėjimas bendrauti su įvairių psichikos būklės/stadijos pacientais suteikiant jiems pirminę psichologinę pagalbą;				
gebėjimas bendrauti su pacientų artimaisiais pranešant jiems įvairias diagnozes.				
<b>Gydytojo paslaugų teikimas: (socialinių paslaugų)</b>				

gebėjimas bendrauti su paciento artimaisiais, esant reikalui - su policija ir kt. įstaigomis;				
gydytojo veiklos socialinių ribų žinios;				
gydytojo veiklos socialinių teisinės atsakomybės žinios;				
gydytojo veiklos etikos žinios;				
gebėjimas laikytis etikos santykiyje su pacientu.				
<b><i>Nuolat tobulinantis savo kompetenciją/kvalifikuotas tyrėjas</i></b>				
gebėjimas rasti naują reikalingą informaciją įvairiuose šaltiniuose (duomenų bazėse ir pan.);				
gebėjimas refleksijos/savistabos būdu išgauti naujas žinias iš savo praktinės veiklos;				
gebėjimas kitų veiklos stebėjimo būdu įgyti naujų žinių;				
gebėjimas naują informaciją kaupti;				
gebėjimas naujas žinias pritaikyti praktikoje; gebėjimas perkelti žinias iš vienos praktinės veiklos sferos į kitą.				
<b><i>Gydytojas - komunikatorius</i></b>				
bendravimo įgūdžiai;				
atidumas procesams ir reiškiniams;				
dėmesys ir pagarba žmogui;				
gebėjimas suprantamai pateikti medicininę informaciją nespecialistui (pacientui);				
gebėjimas išklaudyti pacientą;				
gebėjimas teikti pacientui grįžtamąjį ryšį apie jo ligos/sveikimo eigą.				
<b><i>Gydytojas - administratorius</i></b>				
dokumentų pildymo kompetencija;				
savo laiko planavimas;				
savikontrolė				
<b><u>Grupės lygmenyje</u></b>				

<b><i>Bendruomenės / padalinio narys</i></b>				
bendruomeniškumo kompetencija				
<b><i>darbo gydytojų komandoje/grupėje dalykinė ir organizacinė kompetencija:</i></b>				
• darbų pasiskirstymo gebėjimai;				
• gebėjimas rengti darbo planus grupėje;				
• gebėjimas suprasti kitos specialybės gydytoją;				
• mokymasis bendradarbiaujant;				
• gebėjimas priimti konsensusu sprendimus;				
• gebėjimas reflektuoti bendrą veiklą grupėje;				
• gebėjimas komunikuoti;				
• nuostata laikytis etikos normų bendraujant tarpusavyje;				
• nuostata pagelbėti kolegai				
<b><u>Organizacijos lygmenyje</u></b>				
<b><i>Organizacijos narys</i></b>				
<b><i>organizacijos nario kompetencija:</i></b>				
• organizacijos misijos, vizijos, filosofijos, tikslų žinojimas;				
• gebėjimas pareikšti savo nuomonę organizacijos mastu;				
• Gebėjimas susitarti su kitų padalinių kolegomis;				
• tolerancija organizacijai				

**Gydytojų organizacinio mokymosi individualiame, padalinio ir organizacijos lygmenyse  
indikatoriai**

Gydytojų kompetencijos	Organizacinis mokymasis			
	Generuojant žinias, plėtojant gebėjimus iš savo patirties	Skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	Dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	Sužinant naują gydytojo lygmens darbo tvarką, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
<b><i>Medicinos gydytojas – paslaugų teikėjas: (gydymo paslaugų kompetencijos)</i></b>				
žinios apie ligas, jų gydymą, vaistų sudėtį;	Žinios apie ligas, jų gydymą, reikalingus paskirti vaistus generuojamos iš savo patirties	Žinios apie ligas, jų gydymą, reikalingus paskirti vaistus plėtojamos ir įgyjamos skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	Žinios apie ligas, jų gydymą, reikalingus paskirti vaistus plėtojamos ir įgyjamos dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	Žinios apie ligas, jų gydymą, reikalingus paskirti vaistus plėtojamos ir įgyjamos sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
gebėjimas parinkti tinkamą gydymo metodą, tiksliai nustatyti ligos diagnozę, gebėjimas skirti atitinkamus vaistus (jų dozes) gydymui;	gebėjimas parinkti tinkamą gydymo metodą, tiksliai nustatyti ligos diagnozę, skirti atitinkamus vaistus gydymui generuojamas iš savo patirties	gebėjimas parinkti tinkamą gydymo metodą, tiksliai nustatyti ligos diagnozę, skirti atitinkamus vaistus gydymui plėtojamos ir įgyjamos skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	gebėjimas parinkti tinkamą gydymo metodą, tiksliai nustatyti ligos diagnozę, skirti atitinkamus vaistus gydymui plėtojamos ir įgyjamos dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	gebėjimas parinkti tinkamą gydymo metodą, tiksliai nustatyti ligos diagnozę, skirti atitinkamus vaistus gydymui plėtojamos ir įgyjamos sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
žinios apie ligonio nukreipimą pas kitą specialistą (pagal klinikinį atvejį);	Žinios apie ligonio nukreipimą pas kitą specialistą generuojamas iš	žinios apie ligonio nukreipimą pas kitą specialistą įgyjamos skaitant profesinę literatūrą,	žinios apie ligonio nukreipimą pas kitą specialistą plėtojamos ir įgyjamos dirbant darbo vietoje	žinios apie ligonio nukreipimą pas kitą specialistą plėtojamos ir įgyjamos sužinant,

	savo patirties	stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	(praktikuojantis) su ligoniais	naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
<b>Gydytojo paslaugų teikimas: (sveikos gyvensenos paslaugų)</b>				
žinios apie ligos prevenciją ir sveiką gyvenseną;	žinios apie ligos prevenciją ir sveiką gyvenseną generuojamos iš savo patirties	žinios apie ligos prevenciją ir sveiką gyvenseną įgyjamos skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	žinios apie ligos prevenciją ir sveiką gyvenseną plėtojamos ir įgyjamos dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	žinios apie ligos prevenciją ir sveiką gyvenseną plėtojamos ir įgyjamos sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
gebėjimas formuoti ir skleisti prevencines programas pacientams;	gebėjimas formuoti ir skleisti prevencines programas pacientams generuojamas iš savo patirties	gebėjimas formuoti ir skleisti prevencines programas pacientams plėtojamas ir įgyjamas skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	gebėjimas formuoti ir skleisti prevencines programas pacientams plėtojamas ir įgyjamas dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	gebėjimas formuoti ir skleisti prevencines programas pacientams plėtojamas ir įgyjamas sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
<b>Gydytojo paslaugų teikimas: (psichologinių paslaugų)</b>				
žinios apie žmogaus ir ligonio psichologiją;	žinios apie žmogaus ir ligonio psichologiją generuojamas iš savo patirties	žinios apie žmogaus ir ligonio psichologiją plėtojamos ir įgyjamos skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	žinios apie žmogaus ir ligonio psichologiją plėtojamos ir įgyjamos dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	-
gebėjimas bendrauti su įvairių psichikos būklės/stadijos pacientais suteikiant jiems pirminę psichologinę pagalbą;	gebėjimas bendrauti su įvairių psichikos būklės/stadijos pacientais suteikiant jiems pirminę psichologinę pagalbą generuojamas iš savo patirties	-	gebėjimas bendrauti su įvairių psichikos būklės/stadijos pacientais suteikiant jiems pirminę psichologinę pagalbą plėtojamas ir įgyjamas dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	-



gebėjimas bendrauti su pacientų artimaisiais pranešant jiems įvairias diagnozes.	gebėjimas bendrauti su pacientų artimaisiais pranešant jiems įvairias diagnozes generuojamas iš savo patirties	gebėjimas bendrauti su pacientų artimaisiais pranešant jiems įvairias diagnozes plėtojamas ir įgyjamas skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	-	-
<b>Gydytojo paslaugų teikimas: (socialinių paslaugų)</b>				
gebėjimas bendrauti su paciento artimaisiais, esant reikalui - su policija ir kt. įstaigomis;	gebėjimas bendrauti su paciento artimaisiais, esant reikalui - su policija ir kt. įstaigomis generuojamas iš savo patirties	-	gebėjimas bendrauti su paciento artimaisiais, esant reikalui - su policija ir kt. įstaigomis plėtojamas ir įgyjamas dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	gebėjimas bendrauti su paciento artimaisiais, esant reikalui - su policija ir kt. įstaigomis plėtojamas ir įgyjamas sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
gydytojo veiklos teisinės atsakomybės žinios;	gydytojo veiklos socialinių teisinės atsakomybės žinios generuojamas iš savo patirties	gydytojo veiklos socialinių teisinės atsakomybės žinios plėtojamos ir įgyjamos skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	-	gydytojo veiklos socialinių teisinės atsakomybės žinios plėtojamos ir įgyjamos sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
gydytojo veiklos etikos žinios;	gydytojo veiklos etikos žinios generuojamas iš savo patirties	gydytojo veiklos etikos žinios plėtojamos ir įgyjamos skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	-	gydytojo veiklos etikos žinios plėtojamos ir įgyjamos sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
gebėjimas laikytis etikos santykiuose su pacientu.	gebėjimas laikytis etikos santykiuose su pacientu generuojamas iš savo patirties	gebėjimas laikytis etikos santykiuose su pacientu plėtojamas ir įgyjamas skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis,	gebėjimas laikytis etikos santykiuose su pacientu plėtojamas ir įgyjamas dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su	gebėjimas laikytis etikos santykiuose su pacientu plėtojamas ir įgyjamas sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų

		lankant konferencijas/seminarus	ligoniais	metu ar skaitant dokumentus
<b><i>Nuolat tobulinantis savo kompetenciją/kvalifikuotas tyrėjas</i></b>				
gebėjimas rasti naują reikalingą informaciją įvairiuose šaltiniuose;	gebėjimas rasti naują reikalingą informaciją įvairiuose šaltiniuose generuojamas iš savo patirties	gebėjimas rasti naują reikalingą informaciją įvairiuose šaltiniuose plėtojamas ir įgyjamas skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	-	gebėjimas rasti naują reikalingą informaciją įvairiuose šaltiniuose plėtojamas ir įgyjamas sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
gebėjimas refleksijos/savistabos būdu išgauti naujas žinias iš savo praktinės veiklos;	gebėjimas refleksijos/savistabos būdu išgauti naujas žinias iš savo praktinės veiklos generuojamas iš savo patirties	-	gebėjimas refleksijos/savistabos būdu išgauti naujas žinias iš savo praktinės veiklos plėtojamas ir įgyjamas dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	-
gebėjimas kitų veiklos stebėjimo būdu įgyti naujų žinių;	gebėjimas kitų veiklos stebėjimo būdu įgyti naujų žinių generuojamas iš savo patirties	gebėjimas kitų veiklos stebėjimo būdu įgyti naujų žinių plėtojamas ir įgyjamas skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	gebėjimas kitų veiklos stebėjimo būdu įgyti naujų žinių plėtojamas ir įgyjamas dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	-
gebėjimas naują informaciją kaupti;	gebėjimas naują informaciją kaupti generuojamas iš savo patirties	-	-	-
gebėjimas perkelti žinias iš vienos praktinės veiklos sferos į kitą.	gebėjimas perkelti žinias iš vienos praktinės veiklos sferos į kitą generuojamas iš savo patirties	-	-	-
<b><i>Gydytojas - komunikatorius</i></b>				

bendravimo įgūdžiai;	bendravimo įgūdžiai generuojami iš savo patirties	-	bendravimo įgūdžių kompetencija plėtojama ir įgyjama dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	-
atidumas procesams ir reiškiniams;	atidumas procesams ir reiškiniams generuojamas iš savo patirties	-	atidumo procesams ir reiškiniams kompetencija plėtojama ir įgyjama dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	-
dėmesys ir pagarba žmogui;	dėmesys ir pagarba žmogui generuojami iš savo patirties	dėmesio ir pagarbos žmogui kompetencija plėtojama ir įgyjama skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	dėmesio ir pagarbos žmogui kompetencija plėtojama ir įgyjama dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	dėmesio ir pagarbos žmogui kompetencija plėtojama ir įgyjama sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
gebėjimas suprantamai pateikti medicininę informaciją nespecialistui (pacientui);	gebėjimas suprantamai pateikti medicininę informaciją nespecialistui (pacientui) generuojamas iš savo patirties	-	gebėjimas suprantamai pateikti medicininę informaciją nespecialistui (pacientui) plėtojamas ir įgyjamas dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	-
gebėjimas išklausti pacientą;	gebėjimas išklausti pacientą generuojamas iš savo patirties	-	gebėjimas išklausti pacientą plėtojamas ir įgyjamas dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	-
gebėjimas teikti pacientui grįžtamąjį ryšį apie jo ligos/sveikimo eigą.	gebėjimas teikti pacientui grįžtamąjį ryšį apie jo ligos/sveikimo eigą generuojamas iš savo patirties	-	gebėjimas teikti pacientui grįžtamąjį ryšį apie jo ligos/sveikimo eigą plėtojamas ir įgyjamas dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	-

<b>Gydytojas - administratorius</b>				
dokumentų pildymo kompetencija;	dokumentų pildymo kompetencija generuojama iš savo patirties	dokumentų pildymo kompetencija plėtojama ir įgyjama skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	-	dokumentų pildymo kompetencija plėtojama ir įgyjama sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
savo laiko planavimas;	savo laiko planavimo kompetencija generuojama iš savo patirties	-	-	savo laiko planavimo kompetencija plėtojama ir įgyjama sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
savikontrolė	Savikontrolės kompetencija generuojama iš savo patirties	-	-	-
<b><u>Grupės lygmenyje</u></b>				
<b><i>Bendruomenės / padalinio narys</i></b>				
bendruomeniškumo kompetencija;	bendruomeniškumo kompetencija generuojama iš savo patirties	-	-	bendruomeniškumo kompetencija plėtojama ir įgyjama sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
komandoje/grupėje dalykinė ir organizacinė kompetencija	darbų pasiskirstymo gebėjimai generuojami iš savo patirties	-	-	darbų pasiskirstymo gebėjimai plėtojamas ir įgyjamas sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
	gebėjimas rengti darbo planus grupėje generuojamas iš savo patirties	-	-	gebėjimas rengti darbo planus grupėje plėtojamas ir įgyjamas sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
	gebėjimas suprasti kitos specialybės gydytoją generuojamas iš	-	-	gebėjimas suprasti kitos specialybės gydytoją plėtojamas ir įgyjamas sužinant, naujas taisykles,

	savo patirties			standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
	mokymosi bendradarbiaujant kompetencija generuojama iš savo patirties	-	-	mokymosi bendradarbiaujant kompetencija plėtojama ir įgyjama sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
	gebėjimas priimti konsensusu sprendimus generuojamas iš savo patirties	-	-	gebėjimas priimti konsensusu sprendimus plėtojamas ir įgyjamas sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
	gebėjimas reflektuoti bendrą veiklą grupėje generuojami iš savo patirties	-	-	gebėjimas reflektuoti bendrą veiklą grupėje plėtojamas ir įgyjamas sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
	gebėjimas komunikuoti generuojamas iš savo patirties	-	-	-
<b><u>Organizacijos lygmenyje</u></b>				
<b><i>Bendruomenės / padalinio narys</i></b>				
organizacijos nario kompetencija				
	organizacijos misijos, vizijos, filosofijos, tikslų žinojimas generuojamas iš savo patirties	-	-	organizacijos misijos, vizijos, filosofijos, tikslų žinojimas plėtojamas ir įgyjamas sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
	gebėjimas pareikšti savo nuomonę organizacijos mastu	-	-	-

	generuojamas iš savo patirties			
	gebėjimas susitarti su kitų padalinių kolegomis generuojamas iš savo patirties	-	-	-
	tolerancija organizacijai generuojama iš savo patirties	-	-	tolerancija organizacijai plėtojama ir įgyjama sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus

**Empirinio tyrimo klausimai**

1. Ar galite pasakyti, kad jūsų patirtis leidžia jums joje „pasirausus“ pastebėti, jog tiesiog pačioje praktikoje „susikūrė“ jūsų žinios apie ligas, jų gydymą, reikalingus paskirti vaistus? Ar šios žinios plečiasi tiesiogiai bendraujant su pacientu?
2. Ar dažnai Jūsų žinios įgyjamos/atnaujinamos skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus (gal galite pasakyti kokių temų seminarus/konferencijas dažniausiai lankote)? Ar tokių žinių gavimas labiausiai praturtina Jūsų žinojimą?
3. Ar galite patvirtinti, kad sužinant naujas taisykles (pvz.: medicinos standartus), mokymų metu ar skaitant dokumentus (pvz.: teisės aktus, naujai parengtus medicinos standartus) Jūsų žinios apie ligas, jų gydymą, vaistų sudėtį didėja?
4. Ar galite pasakyti, kad Jūsų *turima patirtis* padeda jums:
  - teisingai parinkti tinkamą gydymo metodą;
  - tiksliai nustatyti ligos diagnozę;
  - skirti atitinkamus vaistus gydymui.
5. Ar tokia patirtis įgyjama/plėtojama tik praktikuojantis su ligoniu? Ar yra būdų kaip kitaip ją kaupiti? Kokie tie būdai ir kaip tas gebėjimas įgyjamas/plėtojamas? (konferencijų, stažuočių, mokymų metu, skaitant literatūrą, dokumentus, medicinos standartus? - papasakokite apie tai plačiau)
6. Ar galite papasakoti apie savo turimas žinias, kurios yra reikalingos pacientą nukreipiant pas kitą specialistą? (t.y. iš kur žinote, kad pacientas turi būti nukreipiamas būtent pas „tą“ specialistą? Ar Jums padeda tai „atpažinti“ darbo patirtis? Kokie dar veiksniai įtakoja Jūsų šių žinių kaupimą (pvz.: bendravimas su pacientu, seminarai, stažuotės ir kt.)?
7. Ar galime pasikalbėti apie ligų prevenciją ir sveiką gyvenseną? Kaip manote, ar ligų prevencija ir sveika gyvensena (žinios apie... ir šių žinių skleidimas) įeina į jūsų kompetencijos ribas? Jei taip, iš kur „semitės“ šių žinių ir gebėjimų skleisti prevencines programas?
8. Ar tiesa, kad šiomis temomis yra gausu literatūros, dažnai vyksta seminarai/konferencijos - šiais būdais plėtojate savo žinias/gebėjimus (šiuo klausimu)? Galbūt yra dar aspektų, kurie Jums padeda kaupiti ir plėtoti šias žinias ir gebėjimus? Kokie jie?
9. Ar gydytojui svarbu išmanyti/žinoti žmogaus/ligonio psichologiją?
10. Iš kur turite sukaupęs žinių, kaip reikia bendrauti su žmonėmis, kuriems reikalinga psichologinė parama/pagalba (gal iš literatūros, iš tam tikrų taisyklių, nuostatų, seminarų, konferencijų ir kt.)?

11. Ar dažnai susiduriate su situacijomis, kai tenka teikti pirminę psichologinę pagalbą? Ar pagalbos teikimui didžiausią indėlį Jums duoda jau turima Jūsų patirtis? Gal prisimenate kokių atvejų, kai teko Jums „padirbėti“ psichologu?
12. Iš kur semiatės „tinkamo“ gebėjimo bendrauti, kai kalbatės su pacientų artimaisiais nemaloniomis temomis? Ar galite pasakyti, kad tai „diktuoja“ Jūsų patirtis? Galbūt apie tokio bendravimo subtilybes yra kažkur parašyta (pvz.: literatūroje) ir tai Jums padeda plėtoti savo šį gebėjimą? Gal lankote papildomus seminarus šia tema?
13. Aptarus gebėjimus bendrauti su paciento artimaisiais kyla klausimas – o kaip dažnai bendraujate su tam tikromis įstaigomis (pvz.: policija, seniūnijomis ir kt.)? Kokiais atvejais ir su kokiomis įstaigomis tenka bendrauti? Kuo vadovaujatės sprenddami klausimą – „ar reikia kreiptis į tam tikrą įstaigą?“.
14. Kokiais būdais įgyjate/plėtojate savo teisinių atsakomybių žinias?
15. Kokiais būdais įgyjate/plėtojate medicininės etikos žinias?
16. Papasakokite, kas Jums padeda laikytis tam tikrų etikos normų – ar tai sukaupta patirtis, galbūt šią kompetenciją stengiatės plėtoti tam tikrų mokymų, konferencijų ar seminarų metu?
17. Kaip Jūs randate reikalingą informaciją tam tikroms savo žinioms praplėsti/įgyti naujų? Ar gebėjimas ieškoti informacijos „ateina“ tiesiog savaime iš patirties? Ar šią kompetenciją tobulinate kitais būdais? Kokiais?
18. Ar dažnai pagalvojate apie savo veiklą? Ar reflektuojate ją (tai yra – savęs klausinėjate – ką dariau? Kaip dariau? Kodėl dariau? Ar tai buvo gerai, ar ne? Ką reikia daryti kitaip?)? Jei taip, ar pastebite, kaip analizuojant savo veiklą išgaunate naujų žinių iš savo atliktos veiklos? Gal tenka reflektuoti ne vienam? Kas prie to prisideda? Papasakokite apie tai plačiau (kaip tai vyksta).
19. Ar domitės savo kolegų veikla? Ar stebėdami savo kolegas įgyjate naujų žinių? Kaip manote, ar toks stebėjimas vyksta iš savo patirties (suprantant, kad tai gali „atnešti“ nemažai naudos)? Ar domitės literatūra, kurioje aprašomos kitų gydytojų veikla? O pacientai (jų atvejai, jų pasakojimai ir pan.), ar daug prisideda (stebint jų veiklą ligoninėje) prie jūsų naujų žinių kūrimo?
20. Ar galite patvirtinti, jog gebėjimas kaupti naują informaciją bei gebėjimas perkelti žinias iš vienos praktinės veiklos sferos į kitą yra grindžiamas patirties „bagažu“?
21. Nenuostabu, kad gydytojui ypač tenka daug bendrauti. Iš kur įgaunate šią bendravimo įgūdžių?
22. Kas įtakoja Jūsų atidumo ugdymą? Gal galite pateikti pavyzdį, kai Jūsų atidumo dėka buvo priimti teisingi sprendimai diagnostikos ir gydymo procese?
23. Kas sąlygoja dėmesio ir pagarbos atsiradimą/išlaikymą paciento atžvilgiu?



24. Kiekviena specialybė turi savo atitinkamą kalbos specifiką. Ar sugebate atsiriboti nuo profesinės kalbos, kai pacientui ligą/jos gydymą reikia paaiškinti paprastai, kad jis ją suprastų? Iš kur suprantate, kad pacientui aiškiai pateikta informacija?
25. Ar yra grįžtamasis ryšys su pacientais (gydymo procese? Jam pasibaigus?)? Kaip jis pasireiškia?
26. Kas įtakoja Jūsų gebėjimą tvarkyti medicininius dokumentus? (O jeigu atsiranda nauji dokumentai, kaip išmokstate juos užpildyti? Kaip sužinote darbo tvarkos pokyčius Jūsų darbovietėje? Gal rengiami apmokymai (organizacijoje)? Galbūt specialiai vykdomi seminarai, konferencijos? O gal parengiami specialūs dokumentai ar taisyklės, padedantys „išmokti“ pildyti tam tikrus Jums naujus dokumentus, sužinoti tvarkos pokyčius ir pan.?)
27. Iš kur išmokote planuoti savo laiką?
28. Ar galite pasakyti, kad Jūsų darbo kontrolierius – pirmiausia Jūs pats? Kad, apskritai, esate save kontroliuojantis žmogus? Kur tai išmokote? O gal ir toliau šia prasme tobulėjate? O gal kas padeda tai daryti?
29. Ar galite pasakyti, kad dirbate ne tik individuliai, bet tenka dirbti ir kolektyviai (gydytojų komandoje, priimti kolektyvinius sprendimus). Ar darbas kolektyve turi privalumų? Kokių? Koks Jūsų asmeninis indėlis į kolektyvinį darbą?
30. Jau jeigu prakalbome apie kolektyvą, kaip Jums pavyksta jame dirbti sprendžiant įvairius darbų pasiskirstymo klausimus, planų rengimus – čia vėl gi „kalba“ patirtis? Galbūt šių kompetencijų vykdymą reglamentuoja atitinkami dokumentai?
31. Tikriausiai neretai tenka bendrauti su kolegomis iš kitos gydymo srities. Ar visada atrandate bendrą kalbą ir kaip pavyksta vienas kitą suprasti (pvz.: suteikiant pagalbą gydant). Galbūt organizacijos vidaus taisyklių dokumentuose yra apibrėžtos tam tikros taisyklės?
32. Jeigu prakalbome apie grupę/padalinį, norėčiau paklausti ar Jūsų asmeninė patirtis padeda siekiant kolektyvinio tikslo tuo pačiu mokytis vienas iš kito (tai vadinama mokymusi bendradarbiaujant)?
33. Papasakokite kaip priimate sprendimus grupėje?
34. Ar reflektuojate grupėje bendrą veiklą?
35. Kaip įgyjate/plėtojate ankščiau minėtas kompetencijas (mokymasis bendradarbiaujant, gebėjimą reflektuoti grupėje)? (gal yra tam tikros taisyklės?)
36. Ar žinote savo organizacijos misiją (kaip Jūsų organizacija supranta savo paskirtį), viziją (kokią save organizacija nori matyti po kelių metų), filosofiją (filosofija – tai apibrėžtos pagrindinės vertybės), tikslus? Jeigu taip – iš kur sužinojote? Ar esate susipažinę su

organizacijos dokumentais, kurie tai „byloja“? O gal ilgalaikė patirtis šį žinojimą „primena“ (nors galbūt šių dokumentų nematėte ir 20 metų)?

37. Ar paprastai galite savo nuomonę išreikšti visos organizacijos mastu? Ar niekas nevaržo to daryti?

38. Ar lengva susitarti su kolegomis? Ar lengva susitarti todėl, kad apskritai gebate susitarti su žmonėmis?

39. Ar galite savo darbo aplinką pavadinti tolerantiška? Kuo tai pasireiškia?

## Empirinio tyrimo klausimų sudarymo logika

### Medicinos gydytojas – paslaugu teikėjas:

#### (gydymo paslaugų kompetencijos)

Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai			
žinios apie ligas, jų gydymą, vaistų sudėtį;	Žinios apie ligas, jų gydymą, reikalingus paskirti vaistus generuojamos iš savo patirties	Žinios apie ligas, jų gydymą, reikalingus paskirti vaistus plėtojamos ir įgyjamos skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	Žinios apie ligas, jų gydymą, reikalingus paskirti vaistus plėtojamos ir įgyjamos dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	Žinios apie ligas, jų gydymą, reikalingus paskirti vaistus plėtojamos ir įgyjamos sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus

#### Klausimai:

1. Ar galite pasakyti, kad jūsų patirtis leidžia jums joje „pasirausus“ pastebėti, jog tiesiog pačioje praktikoje „susikūrė“ jūsų žinios apie ligas, jų gydymą, reikalingus paskirti vaistus? Ar šios žinios plečiasi tiesiogiai bendraujant su pacientu?
2. Ar dažnai Jūsų žinios įgyjamos/atnaujinamos skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus (gal galite pasakyti kokių temų seminarus/konferencijas dažniausiai lankote)? Ar tokių žinių gavimas labiausiai praturtina Jūsų žinojimą?
3. Ar galite patvirtinti, kad sužinant naujas taisykles (pvz.: medicinos standartus), mokymų metu ar skaitant dokumentus (pvz.: teisės aktus, naujai parengtus medicinos standartus) Jūsų žinios apie ligas, jų gydymą, vaistų sudėtį didėja?

Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai			
gebėjimas parinkti tinkamą gydymo metodą, tiksliai nustatyti ligos diagnozę, gebėjimas skirti atitinkamus vaistus (jų dozes) gydymui;	gebėjimas parinkti tinkamą gydymo metodą, tiksliai nustatyti ligos diagnozę, skirti atitinkamus vaistus gydymui generuojamas iš savo patirties	gebėjimas parinkti tinkamą gydymo metodą, tiksliai nustatyti ligos diagnozę, skirti atitinkamus vaistus gydymui plėtojamas ir įgyjamas skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	gebėjimas parinkti tinkamą gydymo metodą, tiksliai nustatyti ligos diagnozę, skirti atitinkamus vaistus gydymui plėtojamas ir įgyjamas dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	gebėjimas parinkti tinkamą gydymo metodą, tiksliai nustatyti ligos diagnozę, skirti atitinkamus vaistus gydymui plėtojamas ir įgyjamas sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus

#### Klausimai:

4. Ar galite pasakyti, kad Jūsų *turima patirtis* padeda jums:
  - teisingai parinkti tinkamą gydymo metodą;
  - tiksliai nustatyti ligos diagnozę;

- skirti atitinkamus vaistus gydymui.

5. Ar tokia patirtis įgyjama/plėtojama tik praktikuojantis su ligoniu? Ar yra būdų kaip kitaip ją kaupti? Kokie tie būdai ir kaip tas gebėjimas įgyjamas/plėtojamas? (konferencijų, stažuočių, mokymų metu, skaitant literatūrą, dokumentus, medicinos standartus? - papasakokite apie tai plačiau)

Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai			
žinios apie ligonio nukreipimą pas kitą specialistą (pagal klinikinį atvejį);	Žinios apie ligonio nukreipimą pas kitą specialistą generuojamas iš savo patirties	žinios apie ligonio nukreipimą pas kitą specialistą įgyjamos skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	žinios apie ligonio nukreipimą pas kitą specialistą plėtojamos ir įgyjamos dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	žinios apie ligonio nukreipimą pas kitą specialistą plėtojamos ir įgyjamos sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus

**Klausimas:**

6. Ar galite papasakoti apie savo turimas žinias, kurios yra reikalingos pacientą nukreipiant pas kitą specialistą? (t.y. iš kur žinote, kad pacientas turi būti nukreipiamas būtent pas „tą“ specialistą? Ar Jums padeda tai „atpažinti“ darbo patirtis? Kokie dar veiksniai įtakoja Jūsų šių žinių kaupimą (pvz.: bendravimas su pacientu, seminarai, stažutės ir kt.)?

**Gydytojo paslaugų teikimas:**

**(sveikos gyvensenos paslaugu)**

Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai			
žinios apie ligos prevenciją ir sveiką gyvenseną;	žinios apie ligos prevenciją ir sveiką gyvenseną generuojamos iš savo patirties	žinios apie ligos prevenciją ir sveiką gyvenseną įgyjamos skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	žinios apie ligos prevenciją ir sveiką gyvenseną plėtojamos ir įgyjamos dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	žinios apie ligos prevenciją ir sveiką gyvenseną plėtojamos ir įgyjamos sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
gebėjimas formuoti ir skleisti prevencines programas pacientams;	gebėjimas formuoti ir skleisti prevencines programas pacientams generuojamas iš savo patirties	gebėjimas formuoti ir skleisti prevencines programas pacientams plėtojamas ir įgyjamas skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	gebėjimas formuoti ir skleisti prevencines programas pacientams plėtojamas ir įgyjamas dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	gebėjimas formuoti ir skleisti prevencines programas pacientams plėtojamas ir įgyjamas sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus

**Klausimai:**

7. Ar galime pasikalbėti apie ligų prevenciją ir sveiką gyvenseną? Kaip manote, ar ligų prevencija ir sveika gyvensena (žinios apie... ir šių žinių skleidimas) įeina į jūsų kompetencijos ribas? Jei taip, iš kur „semiatės“ šių žinių ir gebėjimų skleisti prevencines programas?
8. Ar tiesa, kad šiomis temomis yra gausu literatūros, dažnai vyksta seminarai/konferencijos - šiais būdais plėtojate savo žinias/gebėjimus (šiuo klausimu)? Galbūt yra dar aspektų, kurie Jums padeda kaupti ir plėtoti šias žinias ir gebėjimus? Kokie jie?

### **Gdytojo paslaugų teikimas:**

#### **(psichologinių paslaugų)**

Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai		
žinios apie žmogaus ir ligonio psichologiją;	žinios apie žmogaus ir ligonio psichologiją generuojamas iš savo patirties	žinios apie žmogaus ir ligonio psichologiją plėtojamos ir įgyjamos skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	žinios apie žmogaus ir ligonio psichologiją plėtojamos ir įgyjamos dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais
gebėjimas bendrauti su įvairių psichikos būklės/stadijos pacientais suteikiant jiems pirminę psichologinę pagalbą;	gebėjimas bendrauti su įvairių psichikos būklės/stadijos pacientais suteikiant jiems pirminę psichologinę pagalbą generuojamas iš savo patirties	gebėjimas bendrauti su įvairių psichikos būklės/stadijos pacientais suteikiant jiems pirminę psichologinę pagalbą plėtojamas ir įgyjamas dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	

#### **Klausimas:**

9. Ar gydytojui svarbu išmanyti/žinoti žmogaus/ligonio psichologiją?
10. Iš kur turite sukaupęs žinių, kaip reikia bendrauti su žmonėmis, kuriems reikalinga psichologinė parama/pagalba (gal iš literatūros, iš tam tikrų taisyklių, nuostatų, seminarų, konferencijų ir kt.)?
11. Ar dažnai susiduriate su situacijomis, kai tenka teikti pirminę psichologinę pagalbą? Ar pagalbos teikimui didžiausią indėlį Jums duoda jau turima Jūsų patirtis? Gal prisimenate kokių atvejų, kai teko Jums „padirbėti“ psichologu?

Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai	
gebėjimas bendrauti su pacientų artimaisiais pranešant jiems įvairias diagnozes.	gebėjimas bendrauti su pacientų artimaisiais pranešant jiems įvairias diagnozes generuojamas iš savo	gebėjimas bendrauti su pacientų artimaisiais pranešant jiems įvairias diagnozes plėtojamas ir įgyjamas skaitant

	patirties	profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus
--	-----------	---

**Klausimas:**

12. Iš kur semiatės „tinkamo“ gebėjimo bendrauti, kai kalbatės su pacientų artimaisiais nemaloniomis temomis? Ar galite pasakyti, kad tai „diktuoja“ Jūsų patirtis? Galbūt apie tokio bendravimo subtilybes yra kažkur parašyta (pvz.: literatūroje) ir tai Jums padeda plėtoti savo šį gebėjimą? Gal lankote papildomus seminarus šia tema?

### **Gdytojo paslaugų teikimas:**

#### **(socialinių paslaugų)**

Kompetencija	Indikatoriai		
gebėjimas bendrauti su paciento artimaisiais, esant reikalui - su policija ir kt. įstaigomis;	gebėjimas bendrauti su paciento artimaisiais, esant reikalui - su policija ir kt. įstaigomis generuojamas iš savo patirties	gebėjimas bendrauti su paciento artimaisiais, esant reikalui - su policija ir kt. įstaigomis plėtojamas ir įgyjamas dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	gebėjimas bendrauti su paciento artimaisiais, esant reikalui - su policija ir kt. įstaigomis plėtojamas ir įgyjamas sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus

**Klausimas:**

13. Aptarus gebėjimus bendrauti su paciento artimaisiais kyla klausimas – o kaip dažnai bendraujate su tam tikromis įstaigomis (pvz.: policija, seniūnijomis ir kt.)? Kokiais atvejais ir su kokiomis įstaigomis tenka bendrauti? Kuo vadovaujatės sprenddami klausimą – „ar reikia kreiptis į tam tikrą įstaigą?“

Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai			
gydytojo veiklos socialinių ribų žinios;	gydytojo veiklos socialinių ribų žinios generuojamas iš savo patirties	gydytojo veiklos socialinių ribų žinios plėtojamos ir įgyjamos skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	gydytojo veiklos socialinių ribų žinios plėtojamos ir įgyjamos dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	gydytojo veiklos socialinių ribų žinios plėtojamos ir įgyjamos sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
gydytojo veiklos teisinės atsakomybės žinios;	gydytojo veiklos socialinių teisinės atsakomybės žinios generuojamas iš savo patirties	gydytojo veiklos socialinių teisinės atsakomybės žinios plėtojamos ir įgyjamos skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant	gydytojo veiklos socialinių teisinės atsakomybės žinios plėtojamos ir įgyjamos sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant	

		konferencijas/seminarus	dokumentus
gydytojo veiklos etikos žinios;	gydytojo veiklos etikos žinios generuojamas iš savo patirties	gydytojo veiklos etikos žinios plėtojamos ir įgyjamos skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	gydytojo veiklos etikos žinios plėtojamos ir įgyjamos sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus

**Klausimai:**

14. Kokiais būdais įgyjate/plėtojate savo teisinių atsakomybių žinias?

15. Kokiais būdais įgyjate/plėtojate medicininės etikos žinias?

Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai		
gebėjimas laikytis etikos santykiuose su pacientu.	gebėjimas laikytis etikos santykiuose su pacientu generuojamas iš savo patirties	gebėjimas laikytis etikos santykiuose su pacientu plėtojamas ir įgyjamas skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	gebėjimas laikytis etikos santykiuose su pacientu plėtojamas ir įgyjamas dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais

**Klausimas:**

16. Papasakokite, kas Jums padeda laikytis tam tikrų etikos normų – ar tai sukaupta patirtis, galbūt šią kompetenciją stengiatės plėtoti tam tikrų mokymų, konferencijų ar seminarų metu?

**Nuolat tobulinantis savo kompetenciją/kvalifikuotas tyrėjas**

Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai		
gebėjimas rasti naują reikalingą informaciją įvairiuose šaltiniuose;	gebėjimas rasti naują reikalingą informaciją įvairiuose šaltiniuose generuojamas iš savo patirties	gebėjimas rasti naują reikalingą informaciją įvairiuose šaltiniuose plėtojamas ir įgyjamas skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	gebėjimas rasti naują reikalingą informaciją įvairiuose šaltiniuose plėtojamas ir įgyjamas sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus

**Klausimas:**

17. Kaip Jūs randate reikalingą informaciją tam tikroms savo žinioms praplėsti/įgyti naujų? Ar gebėjimas ieškoti informacijos „ateina“ tiesiog savaime iš patirties? Ar šią kompetenciją tobulinate kitais būdais? Kokiais?

Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai
------------------------	--------------

gebėjimas refleksijos/savistabos būdu išgauti naujas žinias iš savo praktinės veiklos;	gebėjimas refleksijos/savistabos būdu išgauti naujas žinias iš savo praktinės veiklos generuojamas iš savo patirties	gebėjimas refleksijos/savistabos būdu išgauti naujas žinias iš savo praktinės veiklos plėtojamas ir įgyjamas dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais
--	--	---

**Klausimas:**

18. Ar dažnai pagalvojate apie savo veiklą? Ar reflektuojate ją (tai yra – savęs klausinėjate – ką dariau? Kaip dariau? Kodėl dariau? Ar tai buvo gerai, ar ne? Ką reikia daryti kitaip?)? Jei taip, ar pastebite, kaip analizuojant savo veiklą išgaunate naujų žinių iš savo atliktos veiklos? Gal tenka reflektuoti ne vienam? Kas prie to prisideda? Papasakokite apie tai plačiau (kaip tai vyksta).

Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai		
gebėjimas kitų veiklos stebėjimo būdu įgyti naujų žinių;	gebėjimas kitų veiklos stebėjimo būdu įgyti naujų žinių generuojamas iš savo patirties	gebėjimas kitų veiklos stebėjimo būdu įgyti naujų žinių plėtojamas ir įgyjamas skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	gebėjimas kitų veiklos stebėjimo būdu įgyti naujų žinių plėtojamas ir įgyjamas dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais

**Klausimas:**

19. Ar domitės savo kolegų veikla? Ar stebėdami savo kolegas įgyjate naujų žinių? Kaip manote, ar toks stebėjimas vyksta iš savo patirties (suprantant, kad tai gali „atnešti“ nemažai naudos)? Ar domitės literatūra, kurioje aprašomos kitų gydytojų veikla? O pacientai (jų atvejai, jų pasakojimai ir pan.), ar daug prisideda (stebint jų veiklą ligoninėje) prie jūsų naujų žinių kūrimo?

Kompetencija/gebėjimas	indikatorius
gebėjimas naują informaciją kaupti;	gebėjimas naują informaciją kaupti generuojamas iš savo patirties
gebėjimas perkelti žinias iš vienos praktinės veiklos sferos į kitą.	gebėjimas perkelti žinias iš vienos praktinės veiklos sferos į kitą generuojamas iš savo patirties

**Klausimas:**

20. Ar galite patvirtinti, jog gebėjimas kaupti naują informaciją bei gebėjimas perkelti žinias iš vienos praktinės veiklos sferos į kitą yra grindžiamas patirties „bagažu“?

**Gydytojas - komunikatorius**



Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai	
bendravimo įgūdžiai;	bendravimo įgūdžiai generuojami iš savo patirties	bendravimo įgūdžių kompetencija plėtojama ir įgyjama dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais

Klausimas:

21. Nenuostabu, kad gydytojui ypač tenka daug bendrauti. Iš kur įgaunate šių bendravimo įgūdžių?

Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai	
atidumas procesams ir reiškiniams;	atidumas procesams ir reiškiniams generuojamas iš savo patirties	atidumo procesams ir reiškiniams kompetencija plėtojama ir įgyjama dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais

Klausimas:

22. Kas įtakoja Jūsų atidumo ugdymą? Gal galite pateikti pavyzdį, kai Jūsų atidumo dėka buvo priimti teisingi sprendimai diagnostikos ir gydymo procese?

Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai			
dėmesys ir pagarba žmogui;	dėmesys ir pagarba žmogui generuojami iš savo patirties	dėmesio ir pagarbos žmogui kompetencija plėtojama ir įgyjama skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	dėmesio ir pagarbos žmogui kompetencija plėtojama ir įgyjama dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais	dėmesio ir pagarbos žmogui kompetencija plėtojama ir įgyjama sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus

Klausimas:

23. Kas sąlygoja dėmesio ir pagarbos atsiradimą/išlaikymą paciento atžvilgiu?

Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai	
gebėjimas suprantamai pateikti medicininę informaciją nespecialistui (pacientui);	gebėjimas suprantamai pateikti medicininę informaciją nespecialistui (pacientui) generuojamas iš savo patirties	gebėjimas suprantamai pateikti medicininę informaciją nespecialistui (pacientui) plėtojamas ir įgyjamas dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su

		ligoniais
--	--	-----------

**Klausimas:**

24. Kiekviena specialybė turi savo atitinkamą kalbos specifiką. Ar sugebate atsiriboti nuo profesinės kalbos, kai pacientui ligą/jos gydymą reikia paaiškinti paprastai, kad jis ją suprastų? Iš kur suprantate, kad pacientui aiškiai pateikta informacija?

Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai	
gebėjimas išklausti pacientą;	gebėjimas išklausti pacientą generuojamas iš savo patirties	gebėjimas išklausti pacientą plėtojamas ir įgyjamas dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais
gebėjimas teikti pacientui grįžtamąjį ryšį apie jo ligos/sveikimo eigą.	gebėjimas teikti pacientui grįžtamąjį ryšį apie jo ligos/sveikimo eigą generuojamas iš savo patirties	gebėjimas teikti pacientui grįžtamąjį ryšį apie jo ligos/sveikimo eigą plėtojamas ir įgyjamas dirbant darbo vietoje (praktikuojantis) su ligoniais

**Klausimas:**

25. Ar yra grįžtamasis ryšys su pacientais (gydymo procese? Jam pasibaigus?)? Kaip jis pasireiškia?

**Gydytojas – administratorius**

Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai		
dokumentų pildymo kompetencija;	dokumentų pildymo kompetencija generuojama iš savo patirties	dokumentų pildymo kompetencija plėtojama ir įgyjama skaitant profesinę literatūrą, stažuojantis, lankant konferencijas/seminarus	dokumentų pildymo kompetencija plėtojama ir įgyjama sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus

**Klausimas:**

26. Kas įtakoja Jūsų gebėjimą tvarkyti medicininius dokumentus? (O jeigu atsiranda nauji dokumentai, kaip išmokstate juos užpildyti? Kaip sužinote darbo tvarkos pokyčius Jūsų darbovietėje? Gal rengiami apmokymai (organizacijoje)? Galbūt specialiai vykdomi seminarai, konferencijos? O gal parengiami specialūs dokumentai ar taisyklės, padedantys „išmokyti“ pildyti tam tikrus Jums naujus dokumentus, sužinoti tvarkos pokyčius ir pan.?)

Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai
savo laiko planavimas;	savo laiko planavimo kompetencija generuojama iš savo patirties
savikontrolė	Savikontrolės kompetencija generuojama iš savo patirties

Klausimai:

27. Iš kur išmokote planuoti savo laiką?

28. Ar galite pasakyti, kad Jūsų darbo kontrolierius – pirmiausia Jūs pats? Kad, apskritai, esate save kontroliuojantis žmogus? Kur tai išmokote? O gal ir toliau šia prasme tobulėjate? O gal kas padeda tai daryti?

### Grupės lygmenyje

#### Bendruomenės / padalinio narys

Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai	
bendruomeniškumo kompetencija;	bendruomeniško kompetencija generuojama iš savo patirties	bendruomeniškumo kompetencija plėtojama ir įgyjama sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus

Klausimas:

29. Ar galite pasakyti, kad dirbate ne tik individualiai, bet tenka dirbti ir kolektyviai (gydytojų komandoje, priimti kolektyvinius sprendimus). Ar darbas kolektyve turi privalumų? Kokių? Koks Jūsų asmeninis indėlis į kolektyvinį darbą?

Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai	
komandoje/grupėje dalykinė ir organizacinė kompetencija	darbų pasiskirstymo gebėjimai generuojami iš savo patirties	darbų pasiskirstymo gebėjimai plėtojamas ir įgyjamas sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
	gebėjimas rengti darbo planus grupėje generuojamas iš savo patirties	gebėjimas rengti darbo planus grupėje plėtojamas ir įgyjamas sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
	<p>Klausimas:</p> <p><b>30. Jau jeigu prakalbome apie kolektyvą, kaip Jums pavyksta jame dirbti sprendžiant įvairius darbų pasiskirstymo klausimus, planų</b></p>	

		<b>rengimus – čia vėl gi „kalba“ patirtis? Galbūt šių kompetencijų vykdymą reglamentuoja atitinkami dokumentai?</b>	
gebėjimas suprasti kitos specialybės gydytoją generuojamas iš savo patirties		gebėjimas suprasti kitos specialybės gydytoją plėtojamas ir įgyjamas sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus	
Klausimas: <b>31. Tikriausiai neretai tenka bendrauti su kolegomis iš kitos gydymo srities. Ar visada atrandate bendrą kalbą ir kaip pavyksta vienas kitą suprasti (pvz.: suteikiant pagalbą gydant). Galbūt organizacijos vidaus taisyklių dokumentuose yra apibrėžtos tam tikros taisyklės?</b>			
mokymosi bendradarbiaujant kompetencija generuojama iš savo patirties		mokymosi bendradarbiaujant kompetencija plėtojama ir įgyjama sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus	
gebėjimas priimti konsensusu sprendimus generuojamas iš savo patirties		gebėjimas priimti konsensusu sprendimus plėtojamas ir įgyjamas sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus	
gebėjimas reflektuoti bendrą veiklą grupėje generuojami iš savo patirties generuojamas iš savo patirties		gebėjimas reflektuoti bendrą veiklą grupėje plėtojamas ir įgyjamas sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus	
gebėjimas komunikuoti generuojamas iš savo patirties		-	
Klausimas: <b>32. Jeigu prakalbome apie grupę/padalinį, norėčiau paklausti ar Jūsų asmeninė patirtis padeda siekiant kolektyvinio tikslo tuo pačiu mokytis vienas iš kito?</b> <b>33. Papasakokite kaip priimate sprendimus grupėje?</b> <b>34. Ar reflektuojate grupėje bendrą veiklą?</b> <b>35. Kaip įgyjate/plėtojate ankščiau minėtas kompetencijas (mokymasis bendradarbiaujant, gebėjimą reflektuoti grupėje)? (gal yra tam</b>			

	<b>tikros taisyklės?)</b>
--	---------------------------

### **Organizacijos lygmenyje**

### **Organizacijos narys**

Kompetencija/gebėjimas	Indikatoriai	
organizacijos nario kompetencija	organizacijos misijos, vizijos, filosofijos, tikslų žinojimas generuojamas iš savo patirties	organizacijos misijos, vizijos, filosofijos, tikslų žinojimas plėtojamas ir įgyjamas sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus
	gebėjimas pareikšti savo nuomonę organizacijos mastu generuojamas iš savo patirties	-
	gebėjimas susitarti su kitų padalinių kolegomis generuojamas iš savo patirties	-
	tolerancija organizacijai generuojama iš savo patirties	tolerancija organizacijai plėtojama ir įgyjama sužinant, naujas taisykles, standartus mokymų metu ar skaitant dokumentus

### **Klausimas:**

36. Ar žinote savo organizacijos misiją (kaip Jūsų organizacija supranta savo paskirtį), viziją (kokią save organizacija nori matyti po keliolikos metų), filosofiją (filosofija – tai apibrėžtos pagrindinės vertybės), tikslus? Jeigu taip – iš kur sužinojote? Ar esate susipažinę su organizacijos dokumentais, kurie tai „byloja“? O gal ilgalaikė patirtis ši žinojimą „primena“ (nors galbūt šių dokumentų nematėte ir 20 metų)?
37. Ar paprastai galite savo nuomonę išreikšti visos organizacijos mastu? Ar niekas nevaržo to daryti?
38. Ar lengva susitarti su kolegomis? Ar lengva susitarti todėl, kad apskritai gebate susitarti su žmonėmis?
39. Ar galite savo darbo aplinką pavadinti tolerantiška? Kuo tai pasireiškia?