

**LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS**  
**Visuomenės sveikatos fakultetas**  
**Sveikatos vadybos katedra**

**Aurimas Jasiukėnas**

**GYDYTOJŲ MOTYVAVIMO DIRBTI RAJONINĖSE  
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE VERTINIMAS**

Magistro diplominis darbas  
(Visuomenės sveikatos vadyba)

Mokslinis vadovas  
doc. dr. Aurelijus Veryga

**KAUNAS, 2013**

## SANTRAUKA

### Visuomenės sveikatos vadyba

### GYDYTOJŲ MOTYVAVIMO DIRBTI RAJONINĖSE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE VERTINIMAS

Aurimas Jasiukėnas

Mokslinis vadovas doc. dr. Aurelijus Veryga

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Visuomenės sveikatos fakultetas, Sveikatos vadybos katedra. Kaunas; 2013. 74 p.

**Darbo tikslas.** Atskleisti gydytojų požiūrį į motyvavimą dirbti rajoninėse sveikatos priežiūros įstaigose.

**Uždaviniai.** 1. Išskirti pagrindinius veiksnius, susijusius su gydytojo darbo rajono sveikatos priežiūros įstaigoje pasirinkimu. 2. Atskleisti problemas, su kuriomis susiduria gydytojai, neseniai pradėję dirbti rajoninėse sveikatos priežiūros įstaigose. 3. Išsiaiškinti gydytojų nuomonę apie priemones, kurios yra taikomos arba galėtų būti taikomos siekiant pritraukti ir išsaugoti gydytojus dirbti rajonuose.

**Tyrimo metodika.** Taikant kokybinį tyrimo metodą, giluminio interviu būdu, apklausti 8 Lietuvos rajonų sveikatos įstaigose dirbantys gydytojai rezidentai ir 3 neseniai (iki 3 metų) rajonų gydymo įstaigose pradėję dirbti gydytojai.

**Rezultatai.** Dirbti į rajonines sveikatos priežiūros įstaigas vykstama dėl mažesnės konkurencijos darbo rinkoje, didesnių atlyginimų. Gydytojai apie darbo vietas sužino skambindami patys į ligonines arba per turimus ryšius. Rajoninės įstaigos motyvuoja gydytojus atvykti dirbti į rajoną finansinėmis ir nepiniginėmis priemonėmis, siūlant didesnę atlyginimą, rezidentūros apmokėjimą, palankų darbo grafiką atvykstančiam gydytojui. Universitetų priemonės vertinamos negatyviai, nes yra netiesioginis dėstytojų ir gydytojų nuteikimas prieš darbą rajone, nėra sudaromos sąlygos studijų metų padirbti rajone. Gydytojas rajone įgauna žinių ir praktinių įgūdžių atlikdamas įvairesnių procedūrų, kartais srityse, kurios yra už jo kompetencijos ribų. Rajoninėse įstaigose trūksta diagnostinės įrangos, profesinės paramos, tenka gydytojams dirbti savarankiškiau. Dirbant rajone santykiai tarp gydytojo ir paciento yra artimesni, pacientai rajone labiau tiki gydytojo atliekamu darbu ir kompetencija, džiaugiasi, kai suteikiamas gydymas, juntama abipusė pagarba.

**Išvados.** 1. Sprendimą dirbti rajone gydytojai priima atsižvelgdami į atlyginimo, atstumo iki tėvų ir didžiųjų miestų veiksnius, o nenori likti rajone dėl šeimos ateities perspektyvų veiksnio, nes rajone nėra išplėtos infrastruktūros vaikų ugdymui, menkos galimybės sutuoktiniui rasti darbo vietą, skurdus kultūrinis gyvenimas. 2. Gydytojai susiduria su profesinio tobulėjimo problemomis, kurios atsiranda dėl gydymo įrangos stokos, prastų medicinos personalo darbo įgūdžių, vyresnio amžiaus gydytojų nekompetencijos ir per ilgą laiką įsigalėjusios darbo tvarkos įstaigoje. 3. Rajoninių įstaigų naudojamos priemonės: didesnis atlyginimas, darbo priemonių užtikrinimas, lankstus grafikas, diferencijuoti darbo apmokėjimo metodai padeda pritraukti gydytojus dirbti rajonuose, tačiau prasta informacijos apie situaciją darbo rinkoje sklaida, universitetų abejingumas sprendžiant gydytojų trūkumo problemą ir dideli netolygumai tarp sveikatos įstaigų yra sritys, kurios galėtų būti tobulinamos.

**Raktiniai žodžiai.** Gydytojų motyvavimas, pritraukti gydytojus dirbti rajone, darbas rajoninėje sveikatos priežiūros įstaigoje, priemonės nukreipti dirbti rajone.

## SUMMARY

### Management of Public Health

#### THE EVALUATION OF DOCTORS' MOTIVATION TO WORK AT HOSPITALS IN THE RURAL AREAS

Aurimas Jasiukėnas

Supervisor Aurelijus Veryga, Dr. Sc. Assoc. Professor

Department of Health Management, Faculty of Public Health, Kaunas

Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas; 2013. 74 p.

**Aim of the study.** To identify and analyze the doctors' motivation aspects to work at hospitals in the rural areas.

**Objectives.** 1. To identify the main factors that influence the doctors' decision to work at hospitals in the rural areas. 2. To determine the problems that doctors are facing in their beginning at work in the rural areas. 3. To investigate the doctors' opinion about the instruments that were used or could be adopted in practice to attract and retain doctors in rural hospitals.

**Methods.** Qualitative study was used to get the information which contains motivating factors for doctors to work at the rural hospitals. Using in-depth semistructured questionnaires were asked 8 residency students and 3 doctors at rural hospitals. Respondents were selected using short (less than 3 years) working period in rural hospital criteria.

**Results.** Lower competition in labor market and higher salaries are the push factors for doctors to choose the rural workplace. Most of the doctors request the hospitals directly for the vacant positions or get the information about available positions from people they know. Rural hospitals attract doctors with higher wages, refund the payment of residency studies and adjust a better working schedule. The incentives of universities should be better developed because there is lack of rural practice possibilities for the students. There is indeed strong influence made by lecturers who spread negative and inadequate approach about rural hospitals. Doctors gain various skills in rural hospitals, which sometimes are over the boundaries of their specialty. Despite the equipment shortage, poor professional support from colleagues, doctors are satisfied with relations with patients, who trust and respect doctors more than in the cities.

**Conclusions.** 1. The decision to work at rural hospitals is influenced by salary, location of parents and distance from big cities factors. Undeveloped infrastructure for children education, difficult situation to find job for spouse, lack of activities in rural areas are considered as the motivating factors not to choose the rural workplace. 2. Shortage of medical equipment, lack of competence for medical personnel and the old-time working instructions causes the professional development issues. 3. The most used rural hospitals' incentives to attract doctors are salaries, bonding schemes, more flexible working schedule, meanwhile implements of universities could be more improved solving uneven distribution of doctors in the country.

**Key words.** Rural doctors, incentives, attract and retain doctors, rural hospitals, motivation

## **SANTRUMPOS**

CME – medicinos studentų integracijos į darbo rinką programa (angl. Continuing Medical Education)

FIFO – darbo rotacijos metodika (angl. fly in/ fly out)

PSO – Pasaulio Sveikatos Organizacija

RRP – gydytojų programa Australijoje, skatinanti gydytojų darbą periferijoje (angl. Rural Retention Program)

SASO – Sveikatos apsaugos sistemos organizacijos

SPI – Sveikatos priežiūros įstaiga

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 paveikslas. Tyrimo eigos schema

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Respondentų charakteristikos pagal lytį, gimtąją vietą, kvalifikaciją, specialybę ir darbo rajoną

2 lentelė. Profesinių veiksnių analizės struktūra

3 lentelė. Socialinių veiksnių analizės struktūra

4 lentelė. Profesinės veiklos vertinimas rajone dirbančių gydytojų požiūriu

5 lentelė. Požiūris į darbo priemones rajoninėse įstaigose

6 lentelė. Darbo krūvio vertinimas gydytojų požiūriu

7 lentelė. Respondentų požiūris į darbo įvertinimą rajoninėje sveikatos įstaigoje

8 lentelė. Rajono charakteristikų vertinimas

9 lentelė. Šeimos ateities gyventi rajone planavimas

10 lentelė. Socialiniai santykiai su pacientais ir su įstaigos personalu

11 lentelė. Informacijos apie darbo vietą šaltiniai

12 lentelė. Gydytojų nuomonė apie gydytojų ugdymo priemones skatinančias darbą rajonuose

13 lentelė. Gydytojų nuomonė apie organizacines priemones skatinančias darbą rajoninėse sveikatos įstaigose

14 lentelė. Gydytojų nuomonė apie finansines motyvavimo dirbti rajonuose priemones

# TURINYS

IVADAS.....	7
1. LITERATŪROS APŽVALGA.....	9
1.1. Motyvavimo proceso teoriniai aspektai .....	9
1.1.1. Motyvavimo samprata.....	9
1.1.2. Motyvavimo teorijos .....	11
1.1.3. Motyvavimas išorinio ir vidinio atlygio priemonėmis.....	14
1.2. Darbo su personalu aplinka.....	16
1.2.1. Išorinių veiksnių charakteristika .....	16
1.2.2. Vidinių veiksnių charakteristika.....	18
1.3. Personalo verbavimas.....	18
1.4. Gydytojų pritraukimo į kaimo vietas užsienio šalių tyrimai .....	20
1.4.1. Veiksniai, turintys įtakos gydytojų pasirinkimui dirbti rajonuose .....	20
1.4.2. Užsienio šalių patirtis ir priemonės gydytojus pritraukti dirbti rajonuose .....	26
2. TYRIMO METODAI IR DUOMENYS.....	32
2.1. Metodo parinkimas.....	32
2.2. Tyrimo organizavimas.....	35
3. TYRIMO „GYDYTOJŲ MOTYVAVIMO DIRBTI RAJONINĖJE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE VERTINIMAS“ DUOMENŲ ANALIZĖ.....	39
3.1. Požiūrio į veiksnius analizė.....	39
3.1.1. Požiūris į profesinius veiksnius.....	40
3.1.2. Požiūris į socialinius veiksnius .....	49
3.2. Naudojamų priemonių analizė.....	55
3.3. Rezultatų aptarimas .....	63
IŠVADOS.....	66
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	67
LITERATŪRA.....	69
PRIEDAI.....	74

## IVADAS

**Temos aktualumas.** Ligoninės, pirminės sveikatos priežiūros centrai, visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų institucijos, slaugos ligoninės, globos namai ir kiti svarbūs sveikatos priežiūros paslaugų srities dalyviai susiduria su naujomis organizacijų valdymo problemomis. Aplinka tampa vis sudėtingesnė, o jos pokyčius sunku nuspėti. Tam įtakos turi didėjančios socialinės normos ir lūkesčiai, demografija, epidemiologija ir technologijos, kurios keičia teikiamų paslaugų struktūrą ir savybes. Sveikatos srityje vykstantys sveikatos paslaugų performavimo pokyčiai reikalauja sveikatos sistemos specialistų atkreipti deramą dėmesį į ribotų sveikatos išteklių valdymo sprendimus. Darbuotojų motyvavimas yra vienas iš svarbiausių aspektų vadyboje, nes nuo jo priklauso darbuotojų elgsena organizacijoje. Motyvavimas sudaro prielaidą sėkmingai spręsti svarbiausią organizacijos vadovų uždavinį – nukreipti darbuotojus įgyvendinti organizacijos tikslus. Darbuotojai visada buvo ir bus organizacijos pagrindas, todėl šiame darbe dėmesys skiriamas žmogiškųjų išteklių valdymo problemai, aiškinantis gydytojų pritraukimo dirbti į rajonines ir kaimo sveikatos priežiūros galimybes.

**Mokslinis naujumas.** Lietuvoje yra tik keletas savo problematika iš dalies atitinkančių tyrimo tematiką mokslinių studijų. Lietuvoje žmogiškųjų išteklių tema sveikatos srityje nagrinėta gilinantis į rengiamų gydytojų skaičiaus dinamiką, netolygų gydytojų pasiskirstymą, specialistų paklausos planavimą, medicinos darbuotojų kaitą, „protų nutekėjimą“ sveikatos sistemoje. Nors sveikatos sistemos specialistų pripažįstama, kad gydytojų trūkumas rajonų ir kaimų bendruomenėse yra aktuali šalies sveikatos sistemos problema, tačiau studijų, kaip pritraukti sveikatos priežiūros specialistus dirbti rajonų ir kaimo vietovėse, Lietuvoje nėra. Užsienio šalių literatūroje ir užsienio autorių moksliniuose straipsniuose daugiausia analizuojama gydytojų trūkumo rečiau apgyvendintose vietovėse problema Kanados, JAV, Australijos, Vokietijos šalių kontekstuose. Tyrimų metu nustatyti veiksniai ir analizuotos gydytojų nukreipimo dirbti rajonuose priemonės turi panašumų tarp nagrinėtų šalių, tačiau vienareikšmiškai transformuoti juos ir tirti tuos pačius veiksnius ir priemones Lietuvoje negalime dėl didelių socialinių, kultūrinių, etinių, politinių ir ekonominių skirtumų tarp šalių.

Mokslo – tiriamuoju darbu siekiama atskleisti rajoninių ir kaimo sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių gydytojų arba gydytojų rezidentų nuomonę apie veiksnius ir

priemonės, susijusias su darbo rajono sveikatos įstaigoje pasirinkimu. Pasirenkant kokybinį tyrimą buvo atsižvelgta į tai, jog šio tipo tyrimai yra lankstesni, natūralesni. Tai tarsi indukcinis tyrinėjimo kelias: nuo praktinio fenomeno analizės link teorijos konstravimo. Jie reikalauja iš tyrėjo „judėti“ naujų tyrimo sričių link ir kartu geriau suprasti apklaustųjų nuostatas ir gyvenimiškus prioritetus.

**Teorinė ir praktinė reikšmė.** Tyrimo rezultatai gali pasitarnauti LR valdžios atstovams, sveikatos sistemos specialistams, regioninių, rajoninių sveikatos priežiūros įstaigų vadovams planuojant strategijas, skirtas gydytojų trūkumui rajoninėse sveikatos įstaigose sumažinti. Tyrimo rezultatai atskleidžia svarbius veiksnius gydytojams pasirenkant kaimo vietovę, darbo kaimo vietovėje patirtį ir praktikoje taikomų pritraukimo į rajoną dirbti priemonių vertinimą rajoninių įstaigų darbuotojų požiūriu. Atskleistas požiūris gali būti pagalbina informacija svarstant vienokius ar kitokius valdymo sprendimus, susijusius su gydytojų pritraukimu ir išlaikymu dirbti rajoninėse sveikatos priežiūros įstaigose.

Temos nagrinėjimui išsikeltas tikslas ir numatyti tikslui pasiekti uždaviniai:

**Tikslas** - atskleisti gydytojų požiūrį į motyvavimą dirbti rajoninėse gydymo įstaigose.

**Uždaviniai:**

1. Išskirti pagrindinius veiksnius, susijusius su gydytojo darbo rajono sveikatos priežiūros įstaigoje pasirinkimu;
2. Atskleisti problemas, su kuriomis susiduria gydytojai, neseniai pradėję dirbti rajoninėse sveikatos priežiūros įstaigose;
3. Išsiaiškinti gydytojų nuomonę apie priemones, kurios yra taikomos arba galėtų būti taikomos siekiant pritraukti ir išsaugoti gydytojus dirbti rajonuose.



## 1. LITERATŪROS APŽVALGA

Literatūros apžvalgoje analizuojami motyvavimo proceso teoriniai aspektai, aprašoma darbo su personalu aplinka, apžvelgiamas personalo verbavimo teorinis aiškinimas. Literatūros apžvalgos paskutiniuose poskyriuose pateikiami gydytojų pritraukimo dirbti į kaimo vietoves užsienio šalių tyrimai.

### 1.1. Motyvavimo proceso teoriniai aspektai

#### 1.1.1. Motyvavimo samprata

Motyvavimo sąvoka kilusi iš lotynų kalbos žodžio *movere* (judėti, versti). Mokslinėje literatūroje anglų kalba žodis *motivation* reiškia tiek darbuotojų motyvavimą, tiek darbuotojo motyvaciją. Motyvavimas – valdymo proceso dalis, reiškianti poveikio žmonių elgesiui darymą (1). Motyvacija – tai priemonė, su kurios pagalba vadovai gali sutvarkyti darbo santykius organizacijose (2). Pasak, Appleby *motyvacija* – žmogaus suinteresuotumas stengtis pasiekti pageidaujamų rezultatų arba tikslų, kurie patenkina asmeninius poreikius (3). Motyvacija – tai savęs ir kitų pažadinimo veiklai per poreikius procesas, siekiant savų ir organizacijos tikslų. Idealu, kai individo ir organizacijos poreikius ir tikslus pavyksta sutapatinti. Tačiau tai padaryti yra be galo sudėtinga, kadangi atskirų organizacijos narių poreikiai labai skirtingi, jie keičiasi, transformuojasi, vieni išnyksta, kiti atsiranda. Vadovai privalo žinoti darbuotojų poreikius, kad galėtų nukreipti juos siekti tikslo. Vasiliauskienė Z. ir kt. aiškina, jog poreikis – tai individo reikmė, būtina normaliam jo funkcionavimui (4). Poreikis – visa, kas pažadina žmogų veiklai, o motyvacijos procesas vyksta kaip uždaras ciklas: žmogus įsisamonina poreikius, deda pastangas šiems poreikiams įgyvendinti, grįžtamojo ryšio dėka gauna signalą, kuris sukelia naują poreikį (5). S. P. Robbins poreikį aiškina kaip fiziologinį ar psichologinį deficitą, dėl kurio tam tikri rezultatai atrodo patrauklūs (6).

Poreikiai yra žmogaus (žmonių grupės) veiklos *motyvas*. V. Baršauskienė ir kiti motyvo sąvoką aiškina kaip veiklos priežastį, susijusią su objektyvių poreikių tenkinimu (7). Tai individo aktyvumo priežastis, skatinanti jį kryptingai veikti (4). Kiti aiškina, jog tai stiprus ir pastovus stimulus, vidinė paskata, akstinas, impulsas ar ketinimas, kuriuo grindžiamas elgesys.

Motyvų formavimuisi didelę įtaką daro visuomenės galimybės pasiūlyti poreikius atitinkantį vienokių ar kitokių žmonių motyvų „krepšelį“, individai per savo veiklą turi galimybę mažesnėmis pastangomis siekti individualių tikslų (8). Motyvacija, poreikiai ir emocijos glaudžiai siejasi. C. W. L. Hill ir S. L. McShane teigia, jog darbuotojų elgseną ir darbo rezultatus veikia keturi pagrindiniai veiksniai: motyvacija, savo vaidmens suvokimas organizacijoje, gebėjimas tinkamai atlikti užduotis ir situacijos veiksnys (9). Emocijas lemia aplinkos reiškinių savybių santykis su individo poreikiais (10). Poreikių neįmanoma stebėti ir išmatuoti, o apie jų egzistavimą galima spręsti iš to, kaip žmogus elgiasi.

Poreikiai priklauso nuo individo išsivystymo lygio, socialinės aplinkos, šalies politinės bei ekonominės situacijos ir kitų veiksnių. Poreikius autoriai klasifikuoja į priminius, žmogaus įgimus fiziologinius poreikius (alkis, troškulys, miegas ir t.t.) ir antrinius, kurie apibūdina psichologinius poreikius (sėkmės, pripažinimo, valdžios poreikis ir kt.) (11), (12). Antriniai poreikiai daug įvairesni ir plėtojasi tobulėjant žmogaus asmenybei, didėjant jo gyvenimo patirčiai. Harvardo universiteto profesorius D. McLellandas nustatė tris individo elgseną lemiančius poreikius: pasiekimų (laimėjimų) poreikį, valdžios poreikį, atspindinį individo siekius daryti poveikį įvykių raidai, poreikį priklausyti, pasireiškiantį per individo nuolatinį norą palaikyti gerus tarpasmeninius santykius (8).

Kuo daugiau motyvuotų darbuotojų organizacijoje, tuo didesnė nauda pačiai organizacijai, nes būtent motyvuoti darbuotojai užtikrina aukštesnį darbo našumą: jie suinteresuoti dirbti organizacijoje, todėl mažesnė darbuotojų kaita. Motyvuoti darbuotojai organizacijai padės pasiekti geresnės paslaugos kokybės, bus imlesni, palankiau vertins numatomas diegti naujoves, patys siūlys idėjas savo darbo bei organizacijos veiklai gerinti, o tuo pačiu prisiims didesnę atsakomybę už savo darbą (11).

Apibendrinus mokslinę literatūrą galime teigti, kad motyvaciją (motyvavimą) sukelia įvairūs motyvai, kurie yra susiję su objektyvių poreikių patenkinimu. Motyvavimo sėkmė priklauso nuo vadovo galimybių pasiūlyti individo poreikius atitinkantį kompleksą, kurio dėka būtų sinergiškai tenkinami individo poreikiai ir įgyvendinami organizacijos tikslai.

### 1.1.2. Motyvavimo teorijos

Žmogiškųjų išteklių valdymo procesas – nuolat besitęsianti procedūra, kurios paskirtis – aprūpinti organizaciją reikiama darbuotojais ir nukreipti juos siekti organizacijos tikslų. Išoriniai ir vidiniai organizacijos aplinkos pasikeitimai lemia žmogiškųjų išteklių valdymo sprendimus, kuriuos darbuotojai priima skirtingai. Literatūroje nagrinėjamos įvairios motyvavimo teorijos, kurių turinys padeda suprasti dinamiškų santykių pasaulį, kuriame gyvuoja organizacijos, apibūdinant kasdienius vadovų ir darbuotojų ryšius organizacijose (13).

Mokslinėje literatūroje motyvacijos teorijų pradininku įvardijamas F. Taylor ir jo tradicinė motyvacijos teorija pagrįsta materialiniu skatinimu. E. Mayo socialinė, pagrįsta žmonių santykiais, D. McGregoro psichologinė, pagrįsta žmonėmis ir jų sugebėjimais bei neatskleistomis galimybėmis, teorijos yra ankstyvosios motyvacijos teorijos plačiai aprašytos mokslinėje literatūroje (6).

Šiuolaikinės motyvacijos teorijos skirstomos į dvi, viena kitą papildančias grupes:

- *turinio* (A. Maslow, F. Herzberg, C. Alderferio)
- *proceso* (V. Vroom, S. Adams ).

V. Baršauskienė ir kiti aiškina, kad turinio teorijose ieškoma atsakymo „kodėl žmonės dirba“, o proceso teorijose „kodėl žmonės stengiasi dirbti gerai, o ne bet kaip“ (7). Turinio teorijos grindžiamos žmonių poreikiais, nuo kurių priklauso jų elgsena. Jos stengiasi rasti atsakymą, kodėl atsiranda motyvacija ir kas ją sąlygoja. Tyrėjus domina konkrečių poreikių prigimtis ir struktūra. Negalima vadovui apsiriboti vien ekonominėmis poveikio priemonėmis, o reikia atkreipti dėmesį į aukštesnio lygio poreikius, kurie patenkinami visiškai kitais metodais.

*A. Maslow poreikių teorija* teigia, kad darbui motyvuoja bendrieji žmonių poreikiai (14). Remiantis poreikių teorija, asmuo motyvuotas tuomet, kai jis gyvenime dar nepasiekė tam tikro pasitenkinimo lygio. Pagal A. Maslow, žmogaus motyvacija susideda iš penkių poreikių hierarchijos: fiziologinių, saugumo, priklausomumo, pagarbos ir saviraiškos. (15)

Tarp vadovų praktikų A. Maslow teorija veikiausiai populiari todėl, kad ji apskritai ragina atsigręžti į pavaldinių poreikius ir pasidomėti, ar organizacija gali juos patenkinti (16). Tačiau akademiniai sluoksniai šį požiūrį laiko daugiau filosofiniu, tyrimais nepagrįstu. Be to, šios teorijos trūkumas, jog sunku paaiškinti žmonių demotyvaciją, nes pasiekus tam tikrą piramidės lygį, kelias atgal Maslow piramidėje nėra numatytas. Taip pat sunku paaiškinti, kodėl kai kurie

individai, būdami patenkinti viename lygyje, nėra motyvuojami aukštesnio lygio poreikių. Autorius V. Janušonis detalizuoja Maslow teorijos galimą praktinį įgyvendinimą Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų (SASO) lygmenyje: gerai ir patogiai įrengta darbo vieta, reguliarus ir minimaliai pakankamas darbo užmokestis, nemokamai arba dalinai apmokamai pietūs, sudarytos sąlygos autoritetui ir karjerai (15).

*Herzberg dviejų veiksnių motyvacijos teorija* atskleidžia ryšius tarp produktyvumo ir pasitenkinimo darbu. Herzberg teorijoje veiksniai suskirstyti į dvi grupes: darbo aplinkos (higieniniai) ir motyvaciniai. Darbo aplinkos (higieniniai) veiksniai – tai sveikos ir saugios darbo sąlygos, didesnis darbo užmokestis, tarpusavio santykiais su vadovais, kolegomis, o motyvaciniai veiksniai yra susiję su pačiu darbo pobūdžiu ir turiniu, motyvuojančiu žmones geriau dirbti: sėkmė, karjera, profesinis augimas, pripažinimas, atsakomybė. Šių motyvacinių veiksnių nebuvimas nesukelia nepasitenkinimo, o jų buvimas sąlygoja pasitenkinimą. Herzbergas savo teorijoje pateikė naują požiūrį į motyvaciją, teigdamas, kad motyvacinių veiksnių nebuvimas ne demotyvuoja, o neutralizuoja darbuotojų požiūrį į darbą (11). Buvo pastebėta, kad pasitenkinimą darbu stimuliuojantys veiksniai daugiau siejami su pačiu savimi, asmeninėmis savybėmis, o nepasitenkinimą stimuliuojantys veiksniai – su organizacija, jos vadovybe ir kitais asmenimis (15), (16).

*K. Alderfer ERG teorija* (1972m.). Jis suskirstė Maslow poreikių hierarchiją į E- egzistencijos poreikius, R – santykių poreikius (priklausomumo ir pagarbos) ir G – augimo poreikius (saviraiškos). Esminis skirtumas, kuris skiria Maslow ir Alderfer teorijas, jog ERG teorija aiškina, jog vienu metu žmonių motyvų priežastis gali būti įvairių lygių poreikiai. Svarbus teorijos momentas, jog galima ir atvirkštinė proceso galimybė, kuomet žmogus pasiekęs aukštesnį poreikių lygmenį, žemesniojo lygmens poreikiai nepatenkinami, jis nusileidžia į pradinį lygmenį (15), (7).

Kiekvienam individui būdingas individualus motyvuojančių veiksnių rinkinys. A. Maslow, C. Alderfer poreikių hierarchijos, F. Herzberg pasitenkinimo darbu veiksnių teorijos grindžiamos žmonių poreikiais nuo kurių priklauso jų elgsena. Tuo tarpu *proceso* teorijos pagrįstos žmonių elgsena, kurią sąlygoja jų lūkesčiai bei savo elgesio pasekmių suvokimas.

*Vrumo vilčių (lūkesčių) teorija* grindžiama žmogaus tikėjimu, jog pasirinkta elgsena iš tiesų patenkins jo lūkesčius. Teorijoje akcentuojama trijų savitarpio ryšių reikšmė:

- *Viltis*: darbo sąnaudos – rezultatai (kai žmonės nejaučia tiesioginio ryšio tarp pastangų ir rezultato, remiantis vilčių teorija, jų motyvai veikti silpnėja)
- *Instrumentalumas*: rezultatai – atlyginimas (tai tikimybė, kad konkretus elgesys leis pasiekti norimą atlyginimą)
- *Valentingumas*: tai santykinis pasitenkinimo ar nepasitenkinimo laipsnis gavus atlyginimą.

Pasak lūkesčių teorijos, žmonės elgiasi taip, kad išsipildytų jų troškimai, norai, viltys. Vilčių teorija nagrinėja, kaip individai vertina rezultatus ir jų idėtas darbinės pastangas, todėl teorija susilaukia kritikos dėl sudėtingo praktinio įgyvendinimo.

*Teisingumo teorija* (J.S. Adamso) atskleidžia, kad žmonės subjektyviai nustato idėtų pastangų ir atlygio santykį ir jį sugretina su kitų žmonių atlygiu už įdėtas pastangas siekiant analogiško tikslo. Šioje teorijoje (teisingas) atlyginimas už darbą, adekvatus darbuotojo indėliui į darbo rezultatą yra motyvuojantis veiksnys. Jeigu darbuotojai tiki, kad jų darbas per mažai vertinamas, lygybės principą darbuotojai gali pradėti įgyvendinti patys: sumažindami savo darbo krūvį, darbų kokybės mažėjimu, dažnesniais nusiskundimais darbe, neigiamu poveikiu kolegoms. Apie atlyginimo už darbą teisingumą darbuotojai sprendžia lygindami savo atlyginimą su kitų dirbančių tokį patį darbą toje pačioje organizacijoje, vertindami, ar jų sukuriama naudą organizacijai atitinka atlyginimas, vertindami atlyginimo mozaiką (piniginio atlyginimo santykį su kitomis formomis išreikštu atlyginimu), vertindami savo organizacijos narių atlyginimus su išorinės aplinkos dirbančiųjų atlyginimu (7).

Tradicinė, socialinė, psichologinė teorijos ir šiuolaikinės motyvacijos turinio ir proceso teorijos – visos viena kitą papildo, teiginiai kartojasi, naudojami skirtingi sąveikų komplektai. Pritaikyti vienintelę motyvavimo teoriją yra ganėtinai sunku, nes pati motyvacija yra kompleksinis reiškinys ir nei viena teorija nėra universali ir pritaikoma visose organizacijose. Tai galima paaiškinti tuo, kad pagrindinę žmogaus elgesio priežastį sąlygoja susidariusi unikali situacija, kurioje priimami sprendimai.

### 1.1.3. Motyvavimas išorinio ir vidinio atlygio priemonėmis

Praktikoje taikomas darbuotojų motyvavimo priemonės galima suskirstyti į vidinio (psichologines) ir išorinio (piniginės ir nepiniginės) atlygio priemonės. Norint sėkmingai motyvuoti darbuotojus reikia taikyti tiek vienas, tiek kitas priemonės, tačiau kurios bus veiksmingesnės ir kurias rinktis kaip pagrindines, visų pirma priklauso nuo darbuotojų poreikių. Motyvavimo priemonės (*Incentives*) – tai motyvavimo instrumentai, skirti darbuotojų arba darbuotojų grupių elgsenai įtakoti. Šių priemonių taikyme svarbiausia ne firmos siūlomo atlygio dydis, o priemonės taikymo efektyvumas, t.y. kaip darbuotojas interpretuoja taikomas priemonės ir kaip keičiasi individo elgsena (9).

Išorinio atlygio priemonės – tai įvairių formų materialinis atlyginimas, geros darbo sąlygos, lankstus grafikas, papildomos atostogų dienos, suteikiami sertifikatai, geros karjeros perspektyvos, netgi tam tikras statusas organizacijoje ir visuomenėje (17).

Materialinis atlygis – tai dažniausiai naudojamas darbuotojų motyvavimo būdas, siekiant pritraukti naujų narių į organizaciją. Pinigai (darbo užmokestis, premijos, dalijimasis įmonės pelnu ir kt.), sveikatos draudimas, įmokos būsimajai pensijai, galimybė naudotis telefonu, automobiliu, būstu ir pan., transporto, telefono išlaidų apmokėjimas, kanceliarinių išlaidų padengimas, galimybė naudotis lengvatomis, studijų įmokų padengimas, laisvalaikio renginiai įmonės lėšomis yra pagrindinės materialinio atlygio priemonės motyvuojančios darbuotojus siekti organizacijos tikslų. Skirtingiems žmonėms materialus užmokestis gali turėti labai nevienodą motyvuojančią vertę, kuri priklauso nuo individualios žmogaus situacijos, vertybių, poreikių ir galimybių juos patenkinti, taip pat nuo kultūrinių ypatumų. Vien mokamas didelis atlyginimas, siekiant pritraukti specialistus, sąlygoja rizikos atsiradimą, jog materialinė paskata gali pritraukti žmones, kuriems materialinė gerovė yra pats svarbiausias dalykas, o ne tuos, kuriems tas darbas yra malonus, įdomus, kurie turi idėjų ir nori jas įgyvendinti, arba siekia nuveikti kažką naudingo organizacijai ir platesnei visuomenei (6), (17). Pastebima, kad šiuolaikinėje darbo rinkoje daug atviriau parodomas organizacijos patrauklumas nei būdavo anksčiau, tačiau pasikeitė patrauklumo vertinimo kriterijai. Pagrindiniai įmonių vertinimo kriterijai buvo: galimybė aprūpinti gyvenamuoju plotu, organizacijos geografinė padėtis, pramonės šaka, teikiamos naudos. Dabar organizacijos labiau stengiasi sudominti ir pritraukti potencialius

kandidatus, daugiausia akcentuodamos, neretai perdėtai, savo teigiamą įvaizdį, populiarumą, aukštesnį darbo užmokestį, geresnias darbo sąlygas, galimybes išvykti stažuotis į užsienį.

Svarbus *nepiniginis* darbuotojų motyvavimo būdas yra galimybė pasirinkti lankstų darbo grafiką: sutrumpinta darbo savaitė, kai savaitinės darbo valandos „sutaupinamos“ į mažesnį dienų skaičių, lankstus darbo pradžios, pabaigos, pietų pertraukos laikas, darbas lanksčiai dalijantis vieną etatą dviems ar trimis žmonėms (6). Kitos nepiniginės motyvuojančios darbo – balanso priemonės: sporto salė, baseinas, darbdavio apmokami pietūs valgykloje. Taip pat darbdavio apmokamas vaikų darželis darbuotojo atžaloms, galimybė darbe įgyvendinti asmenines idėjas naudojantis įmonės ištekliais.

Darbuotojams motyvuoti gali būti taikomos *vidinio* atlygio priemonės: galimybė priimti atsakomybę, galimybė dalyvauti priimant sprendimus, galimybė tartis ir pasidalinti idėjomis su bendradarbiais, galimybė dirbti prasmingą, reikalingą ir įdomų darbą, galimybė tobulėti, mokytis, darbo autonomija, pripažinimas. Sąlygų mokytis ir augti sudarymas yra atlygio forma, motyvuojanti darbuotoją panaudoti savo potencialą. V. Obrazcovas atsakydamas į klausimą, „*ko žmonės tikisi iš savo darbo?*“ svarbiausius vidinius veiksnius nurodo: gerą atlyginimą, saugų darbą, karjeros galimybes, geras darbo sąlygas, įdomų darbą, vadovo pripažinimą, discipliną, skatinimą darbe, pagalbos sprendžiant asmenines problemas, jausmo, kad dalyvauja sprendžiant organizacijos problemas (18). Paaukššinimas arba suteiktas tam tikras titulas organizacijoje gali būti motyvavimo priemonė (19). Vidinis atlygis paprastai yra svarbesnis aukštesnės kvalifikacijos darbuotojams, kai darbas reikalauja iniciatyvos ir kūrybiškumo.

Motyvavimas gali būti vykdomas organizacijoje tiek vidinėmis, tiek išorinėmis motyvavimo priemonėmis. Priemonių parinkimas ir įgyvendinimas priklauso nuo įstaigos resursų. Išorinės motyvavimo priemonės – tai dažniausiai materialinės tiesiogiai arba netiesiogiai suteikiamos naudos darbuotojui. Visų jų pagrindas – pinigai arba tam tikros paslaugos ar privilegijos, kurias finansuoja darbdavys. Vidinės motyvavimo priemonės – tai motyvavimas per organizacijoje kuriamą tinkamą psichologinę atmosferą, kad darbuotojas jaustųsi saugus ir svarbus, galėtų įgyvendinti savo tikslus. Tik konstruktyvus vidinių ir išorinių motyvavimo priemonių naudojimas gali vesti harmoningų darbo santykių link.

## 1.2. Darbo su personalu aplinka

Personalą sudaro skirtingų asmeninių siekių, orientacijos, motyvacijos, pasirengimo lygio individai, todėl labai svarbi personalo kvalifikacijos, kultūros, materialinio, materialinio lygio, vertybių sistemos įtaka pritraukti ir išsaugoti darbuotoją organizacijoje (20). Personalo ugdymui, kartu ir jį organizuojančiai darbo su personalu sistemai turi būti skiriamas išskirtinis dėmesys. Jokia sistema neveikia izoliuotai. Darbui su personalu didelę įtaką *daro vidinė ir išorinė aplinka*. Dažniausiai personalo klausimai nagrinėjami įmonės lygiu, viską, kas vyksta įmonėje priskiriant vidinei aplinkai, o už jos ribų išorinei.

### 1.2.1. Išorinių veiksnių charakteristika

Išoriniai veiksniai susiformuoja už įmonės ribų, įmonė dažniausiai jų tiesiogiai nevaldo, tačiau gali imtis tam tikrų priemonių padėčiai keisti. Labai svarbu būti gerai susipažinusi su padėtimi ir kiek galima tiksliau prognozuoti jos keitimąsi bei įtaką įmonės veiklai ir personalo vadybai.

Autoriai I. Bakanauskienė, J. Bivainis vadybos literatūroje dažniausiai išskiria organizacijų išorinės aplinkos lygius, įtakojančius personalo vadybos specifiką: ekonominė, politinė – teisinė, demografinė, socialinė – kultūrinė, technologinė, ekologinė (21), (22). Išorinės aplinkos skirtumą į *bendrają* ir *užduoties* siūlo žmogiškųjų išteklių vadybos specialistas A. Sakalas, atkreipdamas dėmesį, jog bendroji aplinka, tam tikru laikotarpiu yra vienoda ir sąlyginai pastovi visoms tam tikros teritorijos sistemoms, o užduoties aplinka yra tik išorinės aplinkos dalis, kuri skiriasi priklausomai nuo konkretaus organizacijos tikslo (20). Tiriant užduoties aplinką vienu atveju reikia įvertinti padėtį šalyje, kitu – užsienyje, kartais pakanka žinoti darbo jėgos būklę regione. Išorinius veiksnius įmonė gali veikti tik iš dalies, bet turi apie juos žinoti ir prie jų prisitaikyti. D. Ulriich, W. Brockbank pabrėžia, kad personalo valdymo strategijos prasideda nuo aiškaus išorės verslo aplinkos – klientų, investuotojų, valstybinio reguliavimo institucijų, konkurentų, profesinių sąjungų, visuomenių organizacijų, technologijos ir globalizacijos, formuojančių dabartines ir būsimas išorės realijas, su kuriomis susiduria įmonė, - tendencijų supratimo (23). Bivainis J. išskiria specialiosios aplinkos komponentų rinkinį:



vardotojai, konkurentai, tiekėjai, pakaitalai, sektoriaus fonas (22). Kiekvienas lemia personalo valdymo sprendimų turinį, atsižvelgiant į tam tikro komponento specifiką. Pasak Korsakienė ir kt., išorinės aplinkos veiksniai, kurių įtaka reikšminga darbuotojų paieškos procesui, yra: darbo santykių reguliavimo teisinė bazė, padėtis darbo rinkoje, ekonominės konkurencijos sąlygos, darbo jėgos sudėtis (24). Visuomenė yra labai svarbus įmonės ir personalo politikos išorinis veiksnys (25). G. Dessler pagrindinius besikeičiančios personalo valdymo aplinkos elementus klasifikuoja į grupes: darbo jėgos įvairovė, globalizacija, darbo pobūdžio tendencijos, politinės – teisinės tendencijos (26).

Pagrindinius veiksnius, darančius įtaką darbui su personalu A. Sakalas išskiria: spartus technikos, technologijos, kompiuterizavimo ir ryšių technikos kilimas, spartus naujų gamybos ir valdymo metodų diegimas, spartūs globalizacijos procesai, įstatymai, didėjantis žmonių fizinio, materialinio ir socialinio saugumo reikalavimas ir kt. (20) Dvi tendencijos – konkurencijos globalizavimas ir valstybės kišimosi mažėjimas sukėlė konkurencinį darbo jėgos spaudimą (26).

Svarbiausiems *ekonominės* aplinkos kintamiesiems, veikiantiems personalo valdymo sprendimus, priskiriami: darbo jėgos paklausa ir pasiūla, lemiantys nedarbo lygį, darbo užmokesčio dydis, šalies ekonominis augimas. *Politinė - teisinė* aplinka apima šalies politinę sistemą ir politinius sprendimus bei įstatymus, turinčius įtakos personalo valdymo veikloms. Nuo to, kaip reguliuojami darbdavių ir darbuotojų santykiai, koks yra darbo vietos fizinis ir socialinis saugumas, priklauso darbuotojų santykiai ir personalo politika (27). Tarptautinė aplinka formuoja vieningą rinką, kurioje vyksta intensyvus gyvenimo ir darbinės veiklos internacionalizavimas, todėl labai padidėja konkurencija (19). *Demografinė* aplinka – tai šalies, vietovės, kurioje veikia organizacija, gyventojų sudėtis pagal išsilavinimo lygį ir pobūdį, amžių, lytį, tautybę daro įtaką personalo valdymo tikslams. *Technologinė* aplinka – šalies, kurioje veikia organizacija, technologijos, darbo organizavimo formos, informacinių technologijų panaudojimo lygis. Darbo santykiai ir personalo politika ekologinės aplinkos kontekste verčia prisitaikyti prie gamtai mažiau žalingų darbo metodų ir tinkamo personalo parinkimu organizacijos funkcijoms vykdyti.

Išorinės aplinkos poveikis dažnai išryškėja analizuojant vidaus aplinkos elementus. Išorės aplinką paveikti per personalo valdymo funkciją beveik neįmanoma, nes ji apibūdina sąlygas, kuriomis egzistuoja organizacija. Išorės aplinka įveda apribojimus, o veiksminga

personalo valdymo sistema turi juos kiek galima sumažinti. Personalo valdymo veikla vyksta veikiama išorės aplinkos, todėl ją būtina pažinti ir mokėti prie jos prisitaikyti.

### **1.2.2. Vidinių veiksmų charakteristika**

Vidiniai veiksniai – tai veiksniai, kurie formuojasi sistemos viduje. A. Sakalas aiškina, jog tai personalo kompetencija, išsimokslinimo lygis, įmonės kultūra, personalo politika, taikoma valdymo koncepcija, taip pat įmonės materialinio potencialo, organizacijos lygis (20). Organizacijos viduje personalo valdymo funkcijos išplėtojimą ir ypatumus, anot I. Bakanauskienės, lemia tokie svarbiausi veiksniai – vidaus aplinkos elementai: organizacijos dydis ir pobūdis, organizacijos vadovai, organizacijos darbuotojai, organizacijos tikslai, informacinės sistemos, darbuotojų formalios sąjungos (21). J. Kasiulis ir V. Barvydienė vidinius darbo aplinkos veiksmus grupuoja į: organizacijos (kultūra, tikslai, veiklos pobūdis), darbo grupių (tarpasmeniai santykiai, grupės normos) ir individo (amžius, stažas, gyvenimo patirtis, profesinis pasirengimas) (28). Be dažniausiai kitų autorių minimų, svarbūs vidiniai darbo aplinkos veiksniai personalo valdymo sprendimams: produkcijos ir paslaugų sukūrimo programos apimtys, struktūriniai pokyčiai, organizacijos įvaizdis, techninis lygis (24). Organizacijos konkurencinį pranašumą paprastai sukuria unikalūs kelių išteklių derinys, todėl reikėtų vertinti ne tik kiekvieną vidinės aplinkos komponentą atskirai, o kaip tam tikrų elementų sąveiką (29). Organizacija tobulindama vidinius veiksmus daro įtaką ir išoriniams veiksmams.

### **1.3. Personalo verbavimas**

Personalo verbavimas (angl. recruitment) – personalo valdymo veikla, kurios metu surandami ir priviliojami į organizaciją potencialūs kandidatai į laisvas darbo vietas. Šios veiklos rezultatas – tam tikras skaičius norinčių dirbti organizacijoje kandidatų, iš kurių bus atrenkamas ir samdomas darbuotojas. Verbavimas reiškia atvirą ar slaptą norą paveikti asmens apsisprendimą, būtinumą asmenį vienaip ar kitaip pritraukti. Dažnai literatūroje sutinkama iš dalies atitinkanti verbavimo sąvoką – personalo paieška. Paprastai žmogiškųjų išteklių paieška apibrėžiama kaip visuma veiksmų, kurie atliekami organizacijoje, norint patraukti į darbo vietas

kandidatus, turinčius reikiamų gebėjimų organizacijos tikslams siekti (24). E. E. Jančiauskas verbavimo sąvoką aiškina, jog tai kandidatų pritraukimas naudojant reklamą masinės informacijos priemonėse, internete, žodinę agitaciją, ryšius su karjeros centrais universitetuose ir kt. (30). Verbavimas – kandidatų banko sudarymas, pasitelkiant vidaus ir išorės verbavimo šaltinius (26). Verbavimas – personalo įdarbinimo būdas, orientuotas į neapsisprendusius, neįvertintus, norinčius savo sąlygas pagerinti darbuotojus (20). Verbavimas – tai brangus ir kartu laiko reikalaujantis procesas, todėl svarbu pasirinkti tinkamas priemones nuo pat pradžių, kad būtų pritraukti reikalingi darbuotojai dirbti organizacijoje (31).

Sumani samda dabar yra svarbesnė ir sudėtingesnė nei buvo anksčiau. Jei anksčiau organizacijos konkuravo savo fiziniu turtu (gamyklomis, įranga ir kitais materialiaisiais ištekliais), dabar varžomasi nematerialiuoju turtu, t.y. personalu bei įgūdžiais ir žiniomis (32). Verbavimas dabar tampa daugiau orientuotas į asmenį, o ne tik jo atitikimą darbo vietai. Darbdaviai domisi darbuotojų asmenybe, jų požiūriu ir įgūdžiais, o ne tik akademinėmis kvalifikacijomis (1).

Personalo verbavimo šaltiniai skirstomi į vidinius ir išorinius. *Vidiniai šaltiniai* – darbo skelbimai, asmens bylos, darbuotojų pakeitimo diagramos, kompiuterizuotos informacinės sistemos ir t.t. Remiantis žmogiškųjų išteklių vadybininkų patirtimi, darbuotojų pirmiausia tikslinga pasižvalgyti organizacijos viduje (33). Verbavimas organizacijos viduje turi tris pagrindinius pranašumus: asmenys užverbuoti viduje, jau yra susipažinę su organizacija ir jos nariais, todėl mažesnė „pirminio tekamumo“ galimybė; pareigų paaukštinimo „iš vidaus“ politika skatina lojalumą ir įkvepia organizacijos narius; paprastai viduje yra pigiau verbuoti ir paaukštinti nei samdyti naujus darbuotojus. Be to, toks būdas sudaro galimybes įmonės žmonėms užimti aukštesnes pareigas, skatina darbuotojus tobulėti.

*Išoriniai verbavimo šaltiniai:* draugai, giminės, pažįstami, įvairūs skelbimai laikraščiuose, darbo birža, mokymo įstaigos (ar jų specialios tarnybos), atvirų durų dienos, darbų mugės, kompiuterinės duomenų bazės, laikini darbuotojai, stažuotės, verbavimas per internetą. Esamų darbuotojų, draugų ir pažįstamų rekomendacijos – priimtinausias ir pigiausias paieškos šaltinis daugelyje valstybių. Vadybos guru P. F. Drucker rekomenduoja kiekvieną kandidatą, jeigu yra galimybė, aptarti su keliais žmonėmis, dirbusiais kartu su jais, nes vien vadovo nuomonės per maža (34). Paprastai esami darbuotojai yra suinteresuoti rekomenduoti gerą

kandidatą, nes jaučia atsakomybę už būsimą darbuotoją ir nenori gadinti savo reputacijos darbdavio akyse (35).

Vieni populiariausių verbavimo šaltinių yra internetas ir spauda. Kad būtų galima sėkmingai pasinaudoti spauda, G. Dessler siūlo atkreipti dėmesį į žiniasklaidą, kurioje ketinama reklamuotis (26). Žiniasklaidos priemonės pasirinkimą nulemia, kokia siūloma darbo vieta, kokios bus atsakomybės organizacijoje. Internete galima gana greitai rasti norimą darbuotoją naudojantis didelėmis interneto duomenų bazėmis su kandidatų sąrašais.

Dalyvavimas universitetų organizuojamuose renginiuose, mugėse, karjeros dienose palyginti brangus ir daug laiko atimantis būdas. Išpopuliarėjęs verbavimo būdas – stažuotės, kurias atlikę studentai gauna darbą. Vasaros praktika – studentų samdymas vasaros metu, tokiu būdu studentas įgyja darbo įgūdžių, susipažįsta su patraukliomis ir nepatraukliomis darbo pusėmis. Didžiausias trūkumas, kad paieškos aukštesiose mokyklose metu randama darbuotojų be patirties, o į jų mokymą reikia investuoti nemažai pinigų. Valstybinių darbo biržų paslaugos – tai tinkamas būdas rasti žemesnės kvalifikacijos darbuotojus ar paprastus darbininkus (20).

#### **1.4. Gydytojų pritraukimo į kaimo vietas užsienio šalių tyrimai**

Šiame poskyryje pateikiami turintys įtakos gydytojų pasirinkimui dirbti rajonuose veiksniai, kurie buvo atskleisti užsienio tyrėjų atliktuose tyrimuose. Kitoje poskyrio dalyje aprašoma užsienio šalių priemonių, kurios nukreipia gydytojus darbui rajone, naudojimo praktikoje pavyzdžiai.

##### **1.4.1. Veiksniai, turintys įtakos gydytojų pasirinkimui dirbti rajonuose**

Moksliniuose darbuose ir straipsniuose gydytojų pritraukimo į kaimo vietas problematiką mokslininkai nagrinėja dviem aspektais: siekia išsiaiškinti veiksnius, darančius įtaką gydytojų sprendimams persikelti, įsidarbinti bei likti dirbti kaimo vietovėse, ir tiria, kaip įvairių organizacijų veiksmai ir vyriausybės priemonių taikymas daro įtaką siekiant sumažinti

gydytojų trūkumą kaimo vietovėse. Vyriausybės taikomos priemonės nagrinėjamos keturiuose veikimo lygmenyse: *švietimo sritis, valstybinis reguliavimas, finansinės paskatos, asmeninis ir profesinis pasitenkinimas* (36).

Gausu mokslininkų studijų, kuriose panaudojant kiekybinius ir kokybinius tyrimo metodus tiriami veiksniai, darantys įtaką pasirinkimui praktikuotis ar dirbti kaimo vietovėse medicinos studentų, praktikuojančių gydytojų (rezidentų) ir gydytojo kvalifikaciją įgijusių gydytojų požiūriu. Dažniausiai tyrimuose minėti veiksniai: pajamos, pasitenkinimas darbu, karjeros galimybės, mokslinės veiklos tęstinumo galimybės, santykiai su kolegomis, šeimos gerovė, darbo krūvis, rajono ir bendruomenės charakteristikos.

Pusiau struktūrizuotais interviu 2009 metais buvo apklausti Memorial University of Newfoundland ir University of Saskatchewan (Kanada) universitetus baigę 26 gydytojai (37). Tyrime skirtingų studijų laidų gydytojų kartos suskirstytos pagal baigimo metus, atitinkamai 1995-1999, 1985-1989, 1975-1979, 1965-1969, o respondentai atrinkti taikant esamosios darbo vietos, t.y. kaimo vietovė, kriterijų. Palyginus skirtingų kartų gydytojų nuomonę, tyrimu atskleista, kokie faktoriai nulėmė darbo vietos pasirinkimą, ir kokie veiksniai buvo motyvuojantys likti kaimo vietovėje. Studija atskleidė, kad troškimas būti šalia šeimos ir draugų yra pagrindinis veiksnys, nepriklausomai nuo apklaustųjų amžiaus. Panašiai svarbūs buvo gyvenamoji ir darbo aplinka, galimybė pilnai išnaudoti įgūdžius ir žinias bei darbdavio pastangos privilioti specialistą dirbti rajone. Kai kuriems tiriamiesiems darbo užmokestis buvo lemiamas veiksnys apsisprendžiant dėl darbo vietovės. Gydytojai, ypatingai kilę iš retai apgyvendintų rajonų, pažymėjo žemesnį pragyvenimo lygį kaip veiksni, svarbų renkantis darbą kaimo vietovėje. Skirtingai nei kiti tyrimo dalyviai, jauniausi apklausoje dalyvavę gydytojai pažymėjo, kad jiems svarbūs veiksniai yra darbo ir poilsio balansas bei sutuoktinio įsidarbimo galimybės rajone. Vyriausi apklausti gydytojai išskyrė, kad jiems sprendžiant dėl darbo vietos, buvo aktualu sveikatos paslaugų poreikis bendruomenėje, nuotyčiai ir naujų vietų pažinimas. Visi respondentai, dalyvavę praktiniuose mokymuose arba susipažinę su situacija kaimo vietovėse pripažino, kad jų pasirinkimą toliau dirbti lėmė praktikos metu įgyta teigiama patirtis ir specialus rengimas dirbti kaimo vietovėse. Keletas įvardino, kad sutuoktinio kilmė ir ryšys su giminėmis lėmė pasirinkimą dirbti kaimo vietovėje. Motyvuojantys veiksniai, respondentų išskirti interviu metu ir paskatinę juos pasirinkti darbą kaimo vietovėse, buvo: užtikrinama tolimesnio išsilavinimo garantija, malonus sveikatos įstaigos darbuotojų priėmimas interviu metu.

Sprendimą likti kaimo vietovėse ilgesniam laikui gydytojai priėmė įvertinę asmeninį ir profesinio pasitenkinimo veiksnius: galimybę daugiau laiko praleisti su šeima, draugišką kaimo bendruomenę, gyvenimo būdo pasikeitimą, atsiradusius draugystės ryšius su šeimomis kaimo rajonuose, kolegų paramą darbe.

Vokiečių mokslininkai tirdami veiksnius išsiaiškino, kad mažesnė konkurencija, įvairesnis darbų spektras gydytojams, pasitenkinimas darbu palengvina gydytojams apsisprendimą dirbti kaimo vietovėse. Išskirti negatyvūs veiksniai – mažas uždarbis, nedaug poilsio ir pramogų galimybių atgraso nuo pasirinkimo dirbti kaimo vietovėse (38). Nustatyta, kad stipresnį norą dirbti kaimo vietovėse turi studentai, kurie patys arba jų partneris kilęs arba augęs rečiau apgyvendintuose šalies regionuose (39) (40). Atskleista, kad jauni gydytojai yra labiau linkę vykti dirbti į rajonus nei vyresnio amžiaus (41). Išsiaiškinta, kad kaimo aplinkos ir bendruomenių ypatybės, tokios kaip bendruomenės dydis, sveikesnis ir mažiau įtemptas gyvenimo ritmas teigiamai veikia apsisprendimą dirbti kaimo vietovėje. Įsidarbinimo galimybės sutuoktiniui bei mokymosi aplinka vaikams yra svarbūs faktoriai, į kuriuos atsižvelgiama svarstant apie darbo kaime galimybę (42), (43).

Atlikti tyrimai atskleidžia, jog gydytojų antrųjų pusių patirtis kaimo vietovėse yra viena iš pagrindinių priežasčių priimant sprendimus persikelti gyventi ir įsikurti kaimo vietovėje (37), (39). 2007 metais apklausta 13 gydytojų, dirbančių Labrador, Burin, Newfoundland (Kanada) kaimo vietovėse, sutuoktinių, siekiant išsiaiškinti pagrindinius faktorius, veikiančius pasirinkimą palikti arba pakeisti esamąją kaimo vietovę. Atskleisti tiesioginiai sprendimą įtakojantys faktoriai – per didelis fizinis sutuoktinio (gydytojo) darbo krūvis, dėl kurio nebelieka laiko šeimai, įsidarbinimo sutuoktiniui ne su gydytojo specialybe, nepaisant didelės gydytojų paklausos, yra ribotos bei nesėkminga integracija bendruomenėje. Tai sukelia vienatvės ir nuobodulio atsiradimą, kitas psichologines sutuoktinio problemas. Tyrimo rezultatai patvirtino anksčiau atliktų tyrimų rezultatus, jog ankstesnės sąsajos tarp šeimos, draugų ir darbo yra skatinantys integraciją bendruomenėje veiksniai, padedantys išspręsti izoliuotumo ir visuotinio pasitenkinimo problemas. Vaikų išsimokslinimo galimybės, popamokinės veiklos ir saugumas yra svarbūs faktoriai sprendžiant, ar pasilikti kaimo vietovėje. Be to, išsiaiškinta, kad vaikų integraciją bendruomenėje skatinančios programos, sudaro galimybes sutuoktiniui susipažinti su kitais bendruomenės nariais. Tyrimas atskleidė, kad materialus, piniginis atlygis šeimoms, kilusioms ne

iš didmiesčių neturi didelės įtakos, priešingai nei kilusioms iš miestų ir pasirinkusiems dirbti kaimo vietovėse (44).

Kanadiečių atlikta studija tyrinėjo, kokie faktoriai yra svarbūs ketinant vykti dirbti į kaimo vietoves, kokias pritraukimo strategijas taiko darbdaviai ir kaip tos strategijos vertinamos medicinos studentų. The University of Western Ontario medicinos studentams elektroniniu paštu buvo išsiųsta 541 klausimynas, iš kurių tyrėjams grįžo 221 (atsako lygis 42,1 proc.). Gyvenimo stilius kaimo vietovėje 93,1 proc. apklaustųjų buvo didžiausią įtaką darantis veiksnys svarstant ketinimus vykti į kaimo vietoves. Paprašius studentų identifikuoti 3 didžiausią įtaką karjeros pasirinkimui turinčius veiksnius, 69,1 proc. respondentų sakė, jog šeima, 58,2 proc. nurodė, kad profesinio tobulėjimo galimybės, 53,6 proc. teigė, kad partnerio situacija, 34,1 proc. įvardino atlygio svarbą ilgalaikėje perspektyvoje. Išskirti ne tokie svarbūs veiksniai – gydytojų paklausa regione ar tam tikroje bendruomenėje (19,5 proc.), paskolų apmokėjimas (13,2 proc.). Rajoninės įstaigos buvo apklaustos siekiant sužinoti, kokias gydytojų pritraukimo strategijas taiko darbdaviai. Iš 71 rajoninių įstaigų potencialių darbdavių grįžo 33 (atsako lygis 46,5 proc.) anketos. Pagrindinė siūloma paskata gydytojams pritraukti siūloma (92,9 proc.) darbdavių – finansinis atlygis, įskaitant atlyginimo priedus, stipendijas, paskolų padengimo schemas. Turiningo laisvalaikio paskatos formas paminėjo 78,6 proc., siūlydami sporto ir kultūros klubų abonementus į renginius, pramogų kompleksus. 64,3 proc. darbdavių žadėjo profesinio tobulėjimo galimybes, fiksuotas darbo valandas, mokymus. Apibendrinus rezultatus matoma, kad renkantis darbą kaimo vietovėje svarbūs gyvenimos ypatumai rajone ir darbdavių galimybės pasiūlyti optimalų darbo grafiką. Darbdavių apklausa atskleidė, kad plačiausiai naudojamos finansinės paskatos, o paskatos, kurios nukreiptos į darbuotojo užimtumo ir integracijos skatinimą ne darbo metu bei profesinio tobulėjimo galimybes, siūlomos mažesnės dalies darbdavių (45).

Canadian Medical Association (CMA) 2008 – 2009 vykdytos apklausos metu kaimo vietovėse dirbantiems gydytojams specialistams buvo išsiųsta 1690 anketų. Sugrįžo 642 (33% atsako lygis) užpildytų anketų, kuriose buvo įvardyti motyvuojantys, nukreipiantys dirbti kaimo vietovėse veiksniai. Tyrimo duomenys patvirtino, kad vien tik finansinės paskatos neduoda ilgalaikio efekto siekiant išsaugoti pritrauktus darbuotojus, priešingai, praktika ir gyvenimos ypatumai turi didesnę motyvuojamąjį poveikį likti kaimo vietovėse (46). Respondentų buvo

klausta, ar kokia nors skatinimo priemonė motyvavo juos pasirinkti darbą kaimo vietovėje, į kokius konkrečius faktorius buvo atsižvelgta kaip į svarbius priimant sprendimą dirbti kaimo vietovėje. Suskirsčius respondentus į dvi dalis, 71% iš vyresnių nei 45 amžiaus respondentų atsakė, kad nebuvo imtasi jokių skatinančių pasirinkimą dirbti kaimo vietovėje priemonių, o jaunesnių nei 45 metai tik 41% nurodė tą patį. Iš nurodžiusių, kad sprendimą lėmė skatinamosios priemonės, beveik kas penktas (19%) jaunesnis gydytojas nurodė gyvenamosios vietos pasiūlymą, 14% atsižvelgė į siūlomas skatinamąsias priemones nukreiptas į šeimą, nematerialųjį atlygį – apmokamas ilgesnės atostogas, pagalbą sutuoktiniui ieškant darbo, vaikų darželius. Studijų apmokėjimas paskatino 13% respondentų apsigyventi kaimo vietovėse. Studija parodė, jog gydytojų apsisprendimą dirbti rajonuose lėmė šie faktoriai: galimybė įgyti įgūdžių ir sugebėti atlikti platų medicinių paslaugų spektrą apimančių procedūrų (84%), kaimo vietovių gamtos grožis (82%), vienintelis praktikos pasirinkimas (79%), bendruomenės poreikių ir karjeros planų atitikties (75%), pirmenybė kaimo vietovėms (71%). Praktiką kaimo vietovėse dažniau teigiamai vertino jaunesnieji respondentai (71%). 60% apklaustųjų, kaip svarbiausią asmeninį ir profesinį nepasitenkinimą keliantį veiksni, nurodė, kad kaimo vietovėse itin sudėtinga rasti laikiną pavaduojantį gydytoją, 43% nurodė, jog neturi galimybės pasitarti su profesionaliais gydytojais. Paradoksalu, tačiau 40% respondentų šį veiksni vertino teigiamai. Tai rodo, kad daugeliui yra svarbu autonomija darbe ir galimybė priimti sprendimus savarankiškai, o ekspertų globa ir galimybė pasitarti yra neigiamą efektą turintis veiksnys. Vertindami poveikio priemonių tobulinimą ar naujų įvedimą, 66% nurodė darbo valandų grafiko tobulinimą, būtinybę išplėtoti pakaitinių darbuotojų paieškos sistemą, 63% pasisakė už geresnių vaikų lavinimo sąlygų sudarymą. Iš respondentų, dalį internatūros atlikusių kaimo vietovėse, 23% teigė, kad norėtų grįžti dirbti į kaimo vietoves. Numatomas paaukštinimas darbe ar akademinės veiklos galimybė nebuvo nurodyti kaip veiksniai, veikiantys darbo pasirinkimą.

Kontrastas aprašytiems tyrimams – Filipinuose atlikta studija, kurioje atskleidžiami veiksniai, turėję įtakos būsimiems gydytojams renkant 2 metų praktiką nuošaliau esančiose Filipinų rajoninėse sveikatos įstaigose (47). Apklausiai naudoti klausimynai ir interviu, apklausti programoje dalyvavę būsimi gydytojai. Klausimynus atsakė 71 respondentas, interviu dalyvavo 26 respondentai. Vienas pagrindinių programos pasirinkimo veiksnių buvo galimybė padėti kaimo bendruomenei. Tačiau mažą respondentų skaičių, likusių po praktikos dirbti rajoninėje įstaigoje, lėmė veiksniai: rizika ir nesaugumo jausmas darbe ir bendruomenėje, vaistų ir



medicininės įrangos trūkumas, ribotos karjeros galimybės bei nesutarimai su vietine valdžia. Panašius rezultatus atskleidė ir studija, atlikta Pakistane. Medicinos studentai atsisakė praktikuotis siūlomuose Pakistano nuošaliau nuo didžiųjų miestų išsidėsčiusiuose rajonuose dėl šių priežasčių: nepakankamas aprūpinimas reikiama įranga ir medikamentais bei netinkamos darbo sąlygos, dideli kokybės netolygumai lyginant miesto ir kaimo vietoves (48).

Profesinės srities aspektai – izoliuotumo jausmas, varginantis darbas ir darbe patiriamas stresas – priežastys, kliudančios gydytojams ilgiau likti kaimo vietovėse. Tačiau galimybė tobulėti, geri santykiai su pacientais, galimybė konsultuotis su medikų bendruomene, lankstus budėjimų grafikas – veiksniai, teigiamai veikiantys apsisprendimą dirbti rajonuose. Tyrimais (49), (50) atskleista, kad organizacijos siūlomos kokybiškos darbo sąlygos, specializuotų paslaugų teikimo galimybės, galimybė dirbti komandoje ir įstaigos reputacija – veiksniai skatinantys gydytojus likti dirbti rajonų sveikatos priežiūros įstaigose, tačiau riboti įstaigų materialiniai resursai, sena įranga ir prasta infrastruktūra apsunkina galimybes išsaugoti specialistų ilgam.

Daugiausia mokslinėje literatūroje analizuojami Kanados, Australijos, Vokietijos ir kitų aukštu pragyvenimo lygiu pasižyminčių šalių pavyzdžiai. Mokslininkai atskleidė, jog šiose šalyse svarbūs veiksniai, turintys įtakos pasirinkti darbą rajonuose yra: troškimas būti šalia šeimos ir draugų, galimybė pilnai išnaudoti įgūdžius, mažesnė konkurencija, tolesnio išsilavinimo garantija, kaimo vietų grožis, įstaigų reputacija ir specializuotų paslaugų teikimo galimybė. Likti rajone nusprendę gydytojai įvertino kolegų paramą darbe, galimybę daugiau laiko praleisti su šeima, gyvenimo būdo pasikeitimą, lankstų budėjimų grafiką, gerus santykius su pacientais. Pagrindinės priežastys nelikti rajone buvo: nesėkminga integracija bendruomenėje, sunkumai sutuoktiniui nemedikui rasti darbą, rajono ypatybės, per didelis fizinis sutuoktinio (gydytojo) darbo krūvis. Mokslininkų studijos apie Filipinų, Pakistano gydytojų pasirinkimo dirbti rajone veiksnius atskleidė, kad mažas gydytojų pritraukimo priežastys – rizika ir nesaugumo jausmas darbe ir bendruomenėje, vaistų ir medicinos įrangos trūkumas, nesutarimai su vietos valdžia, dideli kokybės netolygumai tarp miesto ir rajono.

#### 1.4.2. Užsienio šalių patirtis ir priemonės gydytojus pritraukti dirbti rajonuose

Mokslininkų ir sveikatos sistemos strategų susidomėjimas efektyvių priemonių, padedančių išspręsti gydytojų trūkumo problemą rečiau apgyvendintuose rajonuose ir reguliuoti gydytojų pasiskirstymą, per pastaruosius dešimtmečius išaugo. Nėra tokios priemonės, kurią įdiegus būtų išspręsta gydytojų trūkumo rajonuose problema, tačiau nuoseklus *švietimo* srities, *valstybinio reguliavimo*, *finansinių paskatų* bei *asmeninį ir profesinį pasitenkinimą* įtakančių priemonių diegimas problemą gali sumažinti (51). Priemonės pateikiamos pagal Pasaulio Sveikatos Organizacija (PSO) siūlomą priemonių klasifikaciją, tačiau viena konkreti priemonė gali būti pagal taikymo ir įgyvendinimo principus priskiriama keletui grupių, priklausomai, koku aspektu nagrinėjama.

##### **Švietimo priemonės**

Sudėtingas gydytojų pritraukimas dirbti į kaimo regionus tampa vis didesne sveikatos sistemos problema. Ilgainiui ši problema mokslininkų tyrinėta ekonomiškai išsivysčiusių šalių kontekste dabar yra iššūkis visų šalių sveikatos politikoms. PSO pripažįsta šią problemą ir medicinos specialistus ruošiančioms institucijoms rekomenduoja susitelkti rengiant specialistus, kad šie būtų tinkamai nukreipti pagal savo įgytą kompetenciją teikti sveikatos paslaugas bendruomenės, regiono, ar visos šalies mastu (51). Ekonomiškai išsivysčiusios ir aukštu pragyvenimo lygiu pasižyminčios šalys: Australija, Kanada, JAV yra panašios pagal populiacijos tankumą kaimo vietovėse ir susidūrusios su gydytojų trūkumu atokiose kaimo vietovėse vienos pirmųjų pradėjo į sveikatos specialistų mokymo procesą integruoti specialias medicinos studentų programas, nukreipiančias medicinos studentus arba jau įgijusius kvalifikaciją gydytojus dirbti rajonų sveikatos priežiūros įstaigose.

Goertzen J. studija atskleidė, kad studentai rengti universitetuose, įsikūrusiuose kaimo aplinkoje, dažniau rinkosi darbą kaimo vietovėse lyginant su miestuose esančių universitetų rengtais specialistais (39). Vertinant sveikatos specialistų rengimo praktikos programų, nustatančių tam tikros trukmės praktikos kaimo vietovėse atlikimą studijų metu, nustatyta, kad programose dalyvavusių gydytojų, dirbančių kaimo vietovėse, skaičius ženkliai didesnis negu įprastą praktiką studijų metu atlikusių studentų. Pavyzdžiui, Kanados ir Australijos rajonuose įsikūrusių medicinos mokyklų, tokių kaip Kanados Northern Ontario Medicinos Mokykla, Australijos Flinders Medicinos mokykla, James Cook Medicinos Universitetas,

įvertindami šalies sveikatos sistemų poreikius, įgyvendina medicinos mokyklų studijų programose specialų gydytojų rengimą kaimo vietovėms. Programa apima 2 metų internatūros studijas atliekant kaimo, rajoninėse sveikatos priežiūros įstaigose, priešingai nei tradicinėse 1 metų internatūros programose, kuriose studentai pasikeisdami pereina skirtingų specialybių skyrius miestuose įsikūrusiose sveikatos priežiūros įstaigose. Tokiu būdu kaimo vietovėse studentai įgauna daugiau pacientų gydymo klinikinės praktikos gydant pacientus, nes turi paskirtus mokytojus (vietos gydytojus), atsakingus už tinkamą klinikinės praktikos atlikimą. Australijos RRP (angl. Rural Retention Program) finansinių paskatų gydytojams, sutinkantiems dirbti kaimo vietovėse ilgalaikėje perspektyvoje programa (52), CME programa (angl. Continuing Medical Education) (53) bei JAV įgyvendinamos klinikinės praktikos kaimo vietovėse ir papildomų stipendijų kaime praktikas atliekančių studentų programos (54) turėjo teigiamos įtakos gydytojų sprendimui pasilikti kaimo vietovėse pasibaigus programos laikotarpiui.

Serbija įkūrė viduriniojo medicinos personalo (slaugių) rengimo kolegiją, kuri yra toliau nuo svarbiausių šalies miestų. Toks sprendimas praktikoje pasiteisino ir padėjo slauges pritraukti dirbti kaimo vietovėse po studijų baigimo, kadangi praktika suteikė galimybę susipažinti tiek su rajoninės įstaigos specifika, tiek su pačia kaimo vietove (55). Albanijos ir Moldovos sveikatos priežiūros specialistai po studijų baigimo privalo praktikuotis nuo trijų iki penkių metų mažesniuose miestuose. Šio privalomo „atidirbimo“ kaimo vietovėje efektyvumo ir kaip užtikrinamas priemonių vykdymas iki šiol tyrimais pagrįstų rezultatų nėra.

Norvegija, šalis, kurioje gydytojų tankumas vienas didžiausių pasaulyje, siūlanti gerus atlyginimus ir darbo sąlygas, taip pat susiduria su gydytojų trūkumu rečiau apgyvendintose, dažniausiai šiaurės Norvegijos, apylinkėse. Būtinoji pagalba ir pirmoji pagalba (pirminis sveikatos priežiūros lygmuo) Norvegijoje finansuojama savivaldybių – komunų lygmenyje. Aukštasis mokslas šalyje nemokamas, tačiau kuomet užpildomos medicinos studentų vietos, vyriausybė numačiusi galimybę finansuoti paskolomis ir stipendijomis medikų išsilavinimą kitose šalyse. Šalyje trūkstamą gydytojų kiekį bandoma sumažinti samdant pavaduojančius gydytojus iš Švedijos ir Danijos. Daugelyje šalies regionų ši priemonė pasiteisina, tačiau šiaurinė šalies dalis yra unikali. Finnmark (šiaurines komunas apimantis) regionas, pasižymintis dideliais atstumais tarp rajoninių sveikatos centrų ir atšiauriu klimatu, reikalauja papildomo specialistų

apmokymo, kaip pasiekti pacientus ekstremaliomis gamtinėmis sąlygomis. Nors pavaduojantys gydytojai iš dalies sumažino gydytojų trūkumą regione, tačiau dažna gydytojų kaita privertė Norvegijos vyriausybę pritaikyti išimtinės finansavimo sąlygas Finnmark komunoms, kurios turėdamos mažas žmonių populiacijas turi nepakankamai išteklių finansuoti kokybiškų pirminio sveikatos priežiūros lygmens paslaugų. Šiai strategijai pasiteisinus, tačiau esant per dideliems kaštams, buvo įkurtas medikus rengiantis universitetas Tromso mieste, kurį dėl jo lokalizacijos šiaurinėje šalies dalyje labiau pamėgo aplinkiniai studentai. Mokymo programa apėmė studentų praktikos rotacijas rajoninėse ligoninėse ir ši priemonė turėjo teigiamą efektą pritraukiant gydytojus po studijų baigimo dirbti rajoninėse gydymo įstaigose (56). Kita priemonė, turėjusi teigiamą efektą pritraukiant ir išlaikant gydytojus kaimo vietovėse, ilgesnė internatūros trukmė (Norvegijoje 18 mėnesių iš kurių 6 būtini bendrosios praktikos). Pasirinkusiems bendrosios praktikos internatūros vietą Finnmark apmokamos su studijomis susijusios išlaidos (būstas, maistas, kelionės ir kt.). Medicinos praktika suteikia unikalią galimybę dirbti įtemptomis sąlygomis, pakankamai lanksti sistema sudaro sąlygas internus tinkamai parengti darbui tiek miesto, tiek kaimo sveikatos įstaigoje.

### **Finansinės paskatos**

Prie sėkmingai įgyvendinamų internatūros praktikų ir rezidentūros studijų rečiau apgyvendintuose Kanados, JAV ir Australijos šalies regionuose prisideda tinkamai funkcionuojanti finansavimo sistema. Studentams atliekant internatūros praktiką kaimo vietovėse mokamos stipendijos, universiteto ar rajono ligoninės lėšomis padengiamas studento gyvenamosios vietos, maitinimo, kelionės išlaidos. Rezidentūros studentams apmokamos pasirinktos krypties studijos, kvalifikacijos kursai, išvykos į mokslines konferencijas įsipareigojant tam tikrą laiką dirbti už studijas ir su profesiniu tobulėjimu susijusias paslaugas apmokančioje rajono ligoninėje.

Nacionaliniu lygiu patvirtinta programa Norvegijoje, kur medicinos studentai skatinami stipendijomis, paskolomis mainais į įsipareigojimą dirbti rečiau apgyvendintuose regionuose. Pavyzdžiui, rezidentūrą atliekantys šiaurės Norvegijoje yra atleidžiami nuo studentiško paskolų grąžinimo (56).

Japonijos medicinos studentai atleidžiami nuo studijoms paimtos paskolos grąžinimo, jeigu jie dirba tam tikrą metų skaičių užmiesčio viešojoje ligoninėje ar klinikoje (57).

Mokslinėje literatūroje nagrinėjamas ir kitų finansinių priemonių naudojimas siekiant pritraukti gydytojus į kaimo regionus. Taikomas diferencijuotas gydytojų apmokėjimo metodas ir kitos finansinio pobūdžio priemonės. Kanados bendrosios praktikos gydytojai pirmus tris metus dirbdami kaimo vietovėse gauna 115 proc. bazinio Medicare atlyginimo (58). Kanadoje, Jungtinėje Karalystėje įteisinti didesni įkainiai už darbo viršvalandžius ir budėjimus rajonų ligoninėse bei sukurtas efektyvus kelionės išlaidų kompensavimo mechanizmas gydytojams, dirbantiems kaimo vietovėse, kurios yra nutolę nuo gydytojų gyvenamosios vietos.

Kroatijos ir Juodkalnijos kaimuose dirbantys bendrosios praktikos gydytojai gauna didesnę apmokėjimo įkainį už pacientus negu tankiau apgyvendintose teritorijose dirbantys gydytojai.

### **Teisinis reguliavimas**

Naudojant teisinio reguliavimo priemones valstybiniu ir regioniniu lygiu galima kontroliuoti gydytojų geografinį pasiskirstymą šalies teritorijoje. Austrijoje įteisinta, kad gydytojai negali pasirašyti sutarties su regioniniu sveikatos draudimo fondu, jeigu gydytojų skaičius teritorijoje yra pasiekęs nustatytą specialistų skaičių. Panaši situacija ir Vokietijoje, kur gydytojui nesuteikiama licencija dirbti regione, jeigu gydytojų skaičius viršija valdžios institucijų suplanuotą gydytojų paklausą 10 proc. (59).

Australija įvertindama šeimos gydytojų trūkumą šalies rečiau apgyvendintuose regionuose, supaprastino imigracijos procedūras kitose šalyse gydytojo išsilavinimą įgijusiems specialistams, suteikdama vizas šeimos nariams bei aprūpindama juos gyvenamuoju plotu mainais į gydytojų išpareigojimą penkis metus dirbti kaimo vietovėse (60). Šios reguliavimo priemonės padeda užtikrinti tolygesnį šeimos gydytojų pasiskirstymą teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, tačiau ši priemonė gydytojų trūkumo kaimo vietovėse problemos pilnai neišsprendžia.

Kroatija sprendama gydytojų trūkumo problemą ir sudėtingą gydytojų pritraukimą į rajonines gydymo įstaigas, priimė įstatymą, kuriuo leidžiama bendrosios praktikos gydytojams dirbti pagal specialią sutartį iki 70 metų (61).

Prancūzijoje savivaldybės gali teikti finansinę pagalbą gydytojams, kurie nori užsiimti bendrąja praktika mediciniškai skurdžiuose rajonuose, suteikdama mokestinių lengvatų (privilegijų), aprūpinti profesionalia įranga, asmeniniu būstu. Nuo 2005 m. Nacionalinės

socialinės apsaugos (angl. National Social Security) pastangomis įgyvendinamos gerosios praktikos sutartys, skatinančios kurtis šeimos gydytojų klinikas tam tikrose zonose (kalnų kurortuose, miesto laisvuose plotuose ar kaimo zonose) subsidijuojant darbo vietos įrengimą ir įrangos įsigijimą. Savivaldybės taip pat gali suteikti studijų pašalpą, subsidijuoti būsto įsigijimą, finansuoti fiksuotą dalį gyvenimo išlaidų šeštojo kurso studentams, jei šie įsipareigoja po studijų ne trumpiau kaip penkerius metus likti dirbti mediciniškai skurdžiuose rajonuose (62).

### **Asmeninis ir profesinis pasitenkinimas**

Vystomos technologijos, tokios kaip telemedicina ir telesveikata, diegiamos Kanadoje, Japonijoje, JAV yra vienas iš būdų pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą kaimo gyventojams. Jos palengvina kaimo gydytojų bendravimą su pacientais, gerina gydytojų komunikaciją su kitų regionų gydytojais bei sudaro sąlygas kaimo gydytojų profesiniam tobulėjimui. Kroatijoje diegiama telemedicina leidžia sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams, esantiems nutolusiuose regionuose, konsultotis su ekspertais apie diagnozes arba gydymą.

Asmeninį ir profesinį pasitenkinimą užtikrinančios priemonės naudojamos nevienodai. Moldovos Respublikos kaimo vietovių gydytojai aprūpinami būstu, apmokamos šildymo ir elektros išlaidos. Rumunijoje ir Serbijoje suteikiamas būstas ir sudaromos geresnės gyvenimo sąlygos. Jugoslavijos ir Makedonijos Sveikatos ministerija pagerina darbo sąlygas, atnaujinama sveikatos priežiūros diagnostinę įrangą.

FIFO (angl. Fly-in, fly-out) modelis pirmiausia pradėtas taikyti organizuojant darbą daugelio šalių kalnakasybos, naftos gavybos, laivininkystės pramonės centruose, t.y. darbuotojai nuskraidinami į sunkiai pasiekiamas vietas tam tikros trukmės pamainai, kuriai pasibaigus vykdoma rotacija. Australijoje šis modelis sėkmingai taikomas ir sveikatos sektoriuje, nes vakarinės šalies teritorijos yra retai apgyvendintos, o gydytojų pritraukimas įsikurti šiose vietovėse yra ypač sudėtingas. Gydytojai motyvuojami dirbti šiose teritorijose padengiant kelionės, gyvenimo išlaidas, mokant didesnę atlyginimą, įskaičiuojant kelionės laiką į darbo laiką, sudarant galimybę periodiškai atvykti šeimos nariams, garantuojant interneto prieigą ir kt. Šis modelis sudaro sąlygas daugiau laiko skirti šeimai, karjerai, laisvalaikiui, kadangi gydytojai dažniausiai dirba fiksuoto laiko pamainas gerai apmokomose komandiruotėse nutolusiuose

rajonuose (pvz. 10 dienų), sudarant tarp komandiruočių nustatyto arba pasirinkto laiko laisvadienius (pvz. 20 dienų). Modelio efektyvumas priklauso nuo to, ar pakankamai gerai organizuotas ir įranga aprūpintas priminės sveikatos priežiūros lygmuo bei kaip atvykstančios gydytojų komandos yra apmokytos ir susipažinę su darbo kaimo vietovėse charakteristikomis (63). Be abejo, šis metodas tinka ne kiekvienam, tačiau individams vertinantiems keliones, darbo grafiko lankstumą, ilgą darbo valandą, FIFO darbo galimybę gali teikti ne tik finansinės naudos, tačiau ir asmeninį bei profesinį pasitenkinimą (64).

## 2. TYRIMO METODAI IR DUOMENYS

**Tyrimo objektas** – Gydytojų ir gydytojų rezidentų požiūris į veiksnius, motyvuojančius pasirinkti darbą rajono sveikatos priežiūros įstaigoje.

### 2.1. Metodo parinkimas

Mokslo tiriamajame darbe naudota mokslinės literatūros šaltinių analizė ir kokybinis tyrimo duomenų rinkimo metodas.

**Mokslinės literatūros šaltinių** analizė yra teorinis tyrimo pagrindas. Esamos teorijos ir atliktų tyrinėjimų duomenys padeda suformuoti tyrėjo požiūrį į analizuojamą reiškinį bei nustatyti pagrindines tyrimo kryptis. Be to, teorinė mokslo literatūros šaltinių analizė padeda nustatyti, kokius duomenis rinkti, kokie metodai geriausiai tinka jų atskleidimui, t.y. teorija padeda kryptingai orientuotis stebint ir analizuojant tiriamą reiškinį (65). Darbo temą atspindinčių mokslinių straipsnių ieškota PubMed, Cochrane, EBSCO duomenų bazėse naudojant raktinių žodžių – „physicians“, „rural areas“, „attracting physicians“, „retention“, „programs“, „effectiveness“ – derinius. Teoriniam temos atskleidimui naudota literatūra lietuvių, anglų ir norvegų kalbomis.

**Kokybinio tyrimo** metodologijos pasirinkimą lėmė tai, kad analizuojama problema yra nauja ir iki šiol nebuvo Lietuvoje tyrinėta gydytojų, dirbančių rajoninėse sveikatos priežiūros įstaigose, požiūriu. Kokybiniai tyrimai visų pirma siejami su žmogaus gyvenimo, jo veiklos problemomis (66). Kokybinis tyrimo metodas magistro darbe pasirinktas, nes norėta suprasti ir atskleisti subjektyvų žmogiškosios patirties pasaulį, vidinį suvokimą, kiekvieno žmogaus požiūrį į darbo aplinką. Be to, kokybiniu tyrimu, kitaip nei kiekybiniu, nesiekama išmatuoti, pagrįsti, įrodyti ar patikrinti priežastingumo ryšių, tačiau svarbus atvejų supratimas, kuris atskleidžiamas per įprastinius ir probleminius individų gyvenimo momentus ir reikšmes. Kokybinis tyrimas skirtas dėl ypatingų aplinkybių atsiradusių reikšmių, motyvų, emocijų analizei (67). Šios metodologijos tyrimais siekiama suprasti, rekonstruoti egzistuojančius reiškinius. Tai indukcinis tyrinėjimo kelias: nuo praktinio fenomeno analizės link teorijos konstravimo (68). Kokybinis



tyrimas renkamasis atsižvelgiant ir į tai, kad šio tipo tyrimai yra lankstesni, natūralesni. Iš tyrėjo reikalaujama judėti link naujų tyrimo sričių ir kartu geriau suprasti tiriamųjų nuostatas ir gyvenimiškus prioritetus. Kokybinis tyrimas įgalina suprasti, kaip individai suvokia ir vertina socialinę realybę ir kaip aplinkos pokyčiai lemia jų elgseną. Kokybiniame tyrime analizuojami duomenys, išreikšti žodine forma, teiginiais, kategorijomis ir vertinami subjektyviai (69). Kokybinis tyrimo metodas yra suvokimo procesas, kuris grindžiamas individualiomis metodologinėmis žmonių socialinių problemų tyrimo tradicijomis. Tai leidžia tyrėjui sukonstruoti kompleksinį holistinį paveikslą, analizuoti įvairius aspektus, išsamiai perduoti informantų požiūrius.

Iš alternatyvių kokybinio tyrimo duomenų rinkimo metodų pasirinktas **pusiau struktūruotas interviu**. Šiuo metodu tyrėjui suteikiamos plačios galimybės nuodugniau pažinti tiriamąjį asmenį ir, atsižvelgiant į darbo tikslą ir uždavinius, gauti tyrimui reikalingą informaciją. B. Bitinas, V. Žydžiūnaitė ir kt. nurodo, kad individualus pokalbis leidžia labiau įsigilinti į tiriamą problemą, užtikrina didesnę duomenų patikimumą nei kitais apklausos būdais (66). Šis metodas yra lankstesnis nei struktūruotas interviu, nes numatomas tik bendras apklausos planas. Pusiau struktūruotas interviu suteikia galimybę gauti daugiau papildomos informacijos tyrėjui užduodant pokalbio metu kilusius klausimus. Apklausiamieji ne tik atsako į klausimus, kuriuos paruošė tyrėjas, bet ir patys dialoge formuoja savo požiūrį į pasaulį, kuriame gyvena. L. Rupšienė teigia, kad interviu siekiama suvokti informantų patirtį, sužinoti įsitikinimus, požiūrius bei nuomones, kurias jie išsako savais žodžiais (70). Tai individualus pokalbis, garantuojantis didesnę patikimumą negu anketinis metodas ar kiti apklausos būdai (pvz.: apklausa paštu, laikraštiniai klausimynai ir kt.). Tai yra labai geras priartėjimo prie žmonių suvokimo, reikšmių, situacijų apibrėžimo ir realybės konstravimo bei aiškinimo būdas. Tai taip pat yra viena įtaigiausių žmonių tarpusavio supratimo priemonių. Iš anksto numatomi būtini ir galimi klausimai. Pusiau standartizuoto interviu procedūra ir klausimai standartizuojami tik iš dalies. Šis metodas patogus tuo, kad griežtai neformalizuojamas pašnekesys ir tarp klausėjo su respondentu būna laisvesnė atmosfera (71). Su gauta tokio pobūdžio informacija tyrėjas tikrina, sprendžia pagrindinius tyrimo uždavinius, gauna norimus tyrimo rezultatus.

**Tyrimo etikos principai.** Teisė būti nepažeistam, teisė nebūti išnaudojamam, tyrimo naudingumas, rizikos ir naudos santykis, pagarba asmens orumui, teisingumas,

privatumas, konfidencialumas, savanoriškumas, geranoriškumas – metodologinėje literatūroje esminiai etikos principai, kurių tyrėjas privalo laikytis (65), (69). Kokybiniu tyrimo metodu pusiau struktūrizuoto interviu duomenys buvo renkami planingai, gavus respondentų sutikimus dalyvauti tyrime, iš anksto suderinus laiką ir vietą su tyrimo dalyviais. Informacija apie atliekamo tyrimo tikslus buvo tiksli, tiriamieji nebuvo klaidinami dėl tyrimo tikslų, eigos, rezultatų pateikimo formų. Atliekant tyrimą buvo akcentuojamas anonimiškumo principas, laisvas apsisprendimas bei galimybė atsisakyti dalyvauti tyrime bei pasitraukti iš jo. Konfidencialumo pagrindais respondentų pavardės neviešinamos.

**Tyrimo instrumentas.** Tyrimui atlikti buvo taikomas pusiau struktūruotas interviu, kurį sudarė 22 klausimai, orientuoti į respondentų požiūrį apie gydytojus motyvuojančius dirbti rajone veiksniais, skatinančias priemones bei darbo patirtį rajoninėse sveikatos priežiūros įstaigose. Interviu vykdomas kol respondentas išsako nuomonę duotais klausimais, tyrėjas ir respondentas pasiekia bendrą supratimą (72). Tokiu būdu pasiekiamas teorinis „pasisotinimas“ (73). Individualiojo giluminio pusiau struktūrizuoto interviu atveju klausimynas nelaikomas dokumentu, kurio negalima keisti. Rengdamasis kiekvienam interviu tyrėjas vis labiau detalizuoja klausimyną, remdamasis ankstesniais interviu gauta informacija (66). Interviu klausimynai skiriasi nuo taikomų apklausose, nes juose klausimai atspindi tam tikras kryptis, o ne klausimų grupes.

Pusiau struktūrizuoto interviu temos apima tris kryptis:

1. Veiksniai, lemiantys darbo pasirinkimą rajoninėje sveikatos priežiūros įstaigoje;
2. Gydytojų patirtis pradėjus dirbti rajoninėje sveikatos priežiūros įstaigoje;
3. Priemonės, motyvuojančios specialistus atvykti dirbti į rajonus.

Naudoto pusiau struktūrizuoto klausimyno pavyzdys pateikiamas 1 priede. Klausimų formuluotės parengtos siejant klausimus su tyrimo tikslu ir uždaviniais siekiant, kad surinkti duomenys leistų atskleisti respondentų požiūrį į tyrimui svarbius aspektus.

## 2.2. Tyrimo organizavimas

Parengus giluminio interviu klausimus, 2013 sausio 21-24 dienomis atliktas bandomasis tyrimas su 2 atsitiktinai pasirinktais rezidentais. Pilotinis tyrimas padėjo išsiaiškinti klausimyno privalumus ir trūkumus. Pakeistos keletu klausimų formuluotės, atsisakyta vieno klausimo bei pakoreguota klausimų chronologija, siekiant per skirtingus tyrimo aspektus išsiaiškinti respondentų požiūrį.

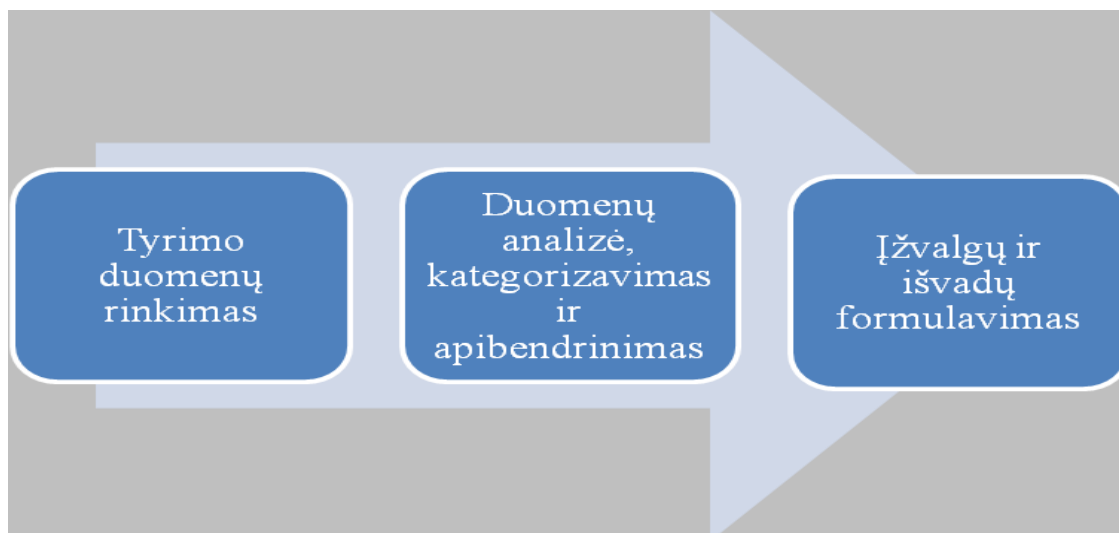
Visas tyrimas buvo vykdomas 2013 vasario 20 – balandžio 3 dienomis, apklausti pasirinktų Lietuvos rajoninių sveikatos priežiūros įstaigų gydytojai. Tyrimo imtis sudaryta remiantis kriterinės atrankos netikimybinio tiriamųjų grupės parinkimo būdu – tikslinių respondentų grupių formavimu (65), (66), (69). Iš Vyriausybės programoje patvirtintų rajoninių sveikatos priežiūros įstaigų sąrašo, atsižvelgiant į geografinį įstaigų išsidėstymą, susisiekiama su įstaigų personalo skyriaus atstovu ir prisistačius teirautasi, ar įstaigoje dirba bent vienas gydytojas, atitinkantis kurį nors vieną iš interviu pašnekovo kriterijų:

1) respondentas privalo būti ne ilgiau nei 3 metus rajoninėje sveikatos priežiūros įstaigoje su pacientais dirbantis gydytojas, neatsižvelgiant į gydytojo specializaciją;

2) respondentas privalo būti su pacientais dirbantis gydytojas rezidentas, neatsižvelgiant į gydytojo specializaciją.

Šios tikslinės grupės pasirinktos siekiant jautriausiai atskleisti mokslinio tiriamojo darbo tikslą ir uždavinius. Remiamasi prielaidomis, kad gydytojas rezidentas, pasirinkęs dirbti rajoninėje sveikatos priežiūros įstaigoje buvo veikiamas tam tikrų motyvuojančių veiksnių ar priemonių, nukreiptų pritraukti specialistų dirbti rajonuose, ir, kad šios tikslinės grupės respondentai galės nuoširdžiai pasidalinti savo patirtimi ir požiūriu apie tyrimui aktualius dalykus. Su pacientais dirbantis gydytojas, pasirenkant 3 metų intervalą, reprezentuoja naują organizacijos darbuotoją, kuris dar nespėjo užmiršti pagrindinių veiksnių lėmusių darbo pasirinkimą ir gali pasidalinti savo darbo rajoninėje sveikatos priežiūros įstaigoje patirtimi tyrimui aktualiomis įžvalgomis.

**Tyrimo eiga.** Kokybinis tyrimas tema „Gydytojų motyvavimo dirbti rajoninėse sveikatos įstaigose vertinimas“ atliktas keliais etapais, kurie pateikti 1 paveiksle:



1 pav. Tyrimo eigos schema

1. *Tyrimo duomenų rinkimas.* Interviu vykdymas, siekiant gauti refleksyvius atsakymus į pusiau struktūruoto klausimyno klausimus;
2. *Tyrimo duomenų analizė, kategorizavimas ir apibendrinimas.* Tyrime surinktų duomenų analizavimas taikant kokybinę turinio (angl. content) analizę. Kokybinė turinio analizė apima 4 žingsnius: daugkartinį teksto skaitymą; esminių kategorijų išskyrimą remiantis raktiniais žodžiais; kategorijų turinio skaidymą į subkategorijas; kategorijų ir subkategorijų interpretavimą bei pagrindimą remiantis tekstiniais įrodymais (66). Kategorijų ir subkategorijų išskyrimas yra interpretacinio pobūdžio procesas, kuriuo siekiama atrasti duomenyse esančias prasmes.
3. *Tyrimo išvalgų ir išvadų formulavimas.* Tyrimo išvalgos ir išvados yra sistemingai, glaustai formuluojamos atsižvelgiant į tyrime išskirtas subkategorijų interpretacijas. Tyrimas glaustai apibendrinamas atskleidžiant svarbiausius tyrimo aspektus.

**Tiriamųjų kontingentas.** Atrinktieji giluminio interviu respondentai yra arba gydytojai rezidentai, arba neilgiau nei trejus metus dirbantys bet kokios specializacijos gydytojai atsitiktinai atrinktoje Lietuvos rajoninėse sveikatos priežiūros įstaigose. 1 lentelėje pateikiama informacija apie tyrime dalyvavusius respondentus.

1 lentelė. Respondentų charakteristikos pagal lytį, gimtąją vietą, kvalifikaciją, specialybę ir darbo rajoną.

Lytis	Vyras	4
	Moteris	7

Gimtoji vietovė	Miestas	5
	Rajonas, kaimas, miestelis	6
Kvalifikacija	Rezidentas	8
	Gydytojas	3
Specialybė	Vidaus ligos	2
	Reanimatologija	2
	Anesteziologija	3
	Reumatologija	1
	Šeimos medicina	1
	Vaikų ligos	1
	Chirurginio profilio	1
Rajoninės įstaigos geografinė padėtis	Šiaurės Lietuva	2
	Vakarų Lietuva	2
	Pietų Lietuva	3
	Rytų Lietuva	3
	Vidurio Lietuva	1

Naudojant tikslinės atrankos metodą pavyko atrinkti ir atlikti interviu viso su 11 respondentų, iš kurių 8 buvo 2-5 rezidentūros metų studentai, ir 3 neseniai dirbantys gydytojai rajoninėse sveikatos įstaigose. 4 respondentai iš imties yra baigę arba tebesimoko Vilniaus Universiteto Medicinos fakultete, kiti 7 yra Lietuvos Sveikatos Mokslų Universiteto (buvęs Kauno Medicinos Universitetas) buvę arba esami studentai. Interviu vyko su reumatologijos, vidaus ligų, vaikų ligų, anesteziologijos, reanimatologijos, šeimos medicinos, chirurgo traumatologo-ortopedo specialybes turinčiais jaunais specialistais. Tyrimo dalyviai apklausti iš 9 skirtingų rajoninių sveikatos įstaigų, kurios geografiškai išsidėstę šiaurės, rytų, vakarų, pietų ir vidurio Lietuvoje, interventų.

Interviu atlikti suderinus su respondentais patogų laiką ir vietą. Susitikimai su respondentais vykdyti picerijoje, sporto klubo kavinėje, klinikų laukiamajame, rajoninių įstaigų priėmimo skyriuose, pakelės užkandinėje, automobilyje, bibliotekoje. Interviu trukmė svyruoja nuo 20 iki 48 minučių. Vieno interviu vidutinė trukmė 29 minutės.

Siekiant užtikrinti konfidencialumo principą respondentų atsakymai pateikiami naudojant šifravimą, kuris priklausomai nuo respondento specialybės yra VD (vidaus ligos), RE (reanimatologija), A (anesteziologija), RM (reumatologija), ŠM (šeimos medicina), VL (vaikų ligos), CH (chirurginis profilis). Visi atlikti interviu, atsižvelgiant į interviu atlikimo laiką ir

specialybę, yra sunumeruoti. Duomenų analizėje cituojant respondentų nuomonę nurodoma respondento specialybė ir interviu numeris, pavyzdžiui: A3, VD2.

### 3. TYRIMO „GYDYTOJŲ MOTYVAVIMO DIRBTI RAJONINĖJE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE VERTINIMAS“ DUOMENŲ ANALIZĖ

Kokybinės apklausos analizė buvo atlikta remiantis užrašytais rezidentų ir gydytojų dirbančių rajono ligoninėse interviu. Kokybiniai duomenys, interviu tekstai, apdoroti naudojant turinio analizę. Daugkartinio skaitymo metu išrinktos bendros mintys, sudarytos kategorijos, kurios vėliau pagal turinį buvo suskaidytos į subkategorijas, o šioms paaiškinti naudotos respondentų išsakytos nuostatos, požiūriai ar patirtys konkrečia tema.

#### 3.1. Požiūrio į veiksnius analizė

Daugkartinio skaitymo metu iš surinktų kokybinių duomenų išryškėja konkrečios vertinimo gairės, kurios, gydytojų nuomone, buvo Jiems svarbios svarstant apie darbą rajone. Kiekvienas respondentas interviu metu atskleidžia savo darbo rajone patirtį, kuri tam tikrais aspektais juos skatina pasilikti arba susimąstyti apie galimybę sugrįžti kaip į pagrindinę darbovietę rajone baigus rezidentūrą. Tyrimo tikslinė grupė – rajonuose nuolat dirbantys arba papildomą darbovietę rajone turintys būsiami tam tikrų sričių specialistai (rezidentūros metu papildomai dirbantys studentai), kurių įgyta darbo rajone patirtis argumentuotai išreiškiama tam tikrais darbo ypatumų rajoninėje įstaigoje aspektais. Analizuojant duomenis išskirtos esminės kategorijos:

- Profesiniai veiksniai;
- Socialiniai veiksniai.

Kategorijos profesiniai veiksniai turinys stipriausiai išreikštas tokiomis subkategorijomis: **profesinė veikla, darbo krūvis, darbo priemonės ir darbo įvertinimas**. Šios subkategorijos yra viena su kita glaudžiai susijusios, todėl pasitaikė atvejų, kad respondantai išreikšdami nuomonę apie profesinius veiksnius tuo pačiu argumentu aiškino ir teigiamą, ir neigiamą darbo rajoninėje sveikatos priežiūros įstaigoje aspektą. 2 lentelėje pateikiamas profesinių veiksnių kategorijų skirstymas į subkategorijas.

2 lentelė. Profesinių veiksmų analizės struktūra

Kategorija	Subkategorijos
Profesinė veikla	Profesinis tobulėjimas, profesinė parama, profesinė konkurencija
Darbo priemonės	Diagnostinė aparatūra, įrankiai, medikamentai
Darbo krūvis	Pacientų srautai, darbo specifika, personalo darbas
Darbo įvertinimas	Atlygis, profesinis pasitenkinimas, pripažinimas

Socialiniai veiksniai analizuoti atsižvelgiant į respondentų ne darbinės aplinkos rajone vertinimus, santykius su bendruomene, iššūkius gyventi kaime, neprofesinius santykius su kolegomis ir t.t. Atsakymuose stipriausiai išreikštos nuomonės suskirtos į kategorijas, kurios išskaidytos į subkategorijas. Socialinių veiksmų analizės struktūra pateikiama 3 lentelėje.

3 lentelė. Socialinių veiksmų analizės struktūra

Kategorija	Subkategorijos
Rajono charakteristikos	Geografinė padėtis, gyvensena, gyventojai
Šeimos ateitis	Šeimos kūrimas, sentimentai kraštui, laisvalaikis, artimieji
Socialiniai santykiai	Santykiai su pacientais, Santykiai su ligoninės personalu

Respondentai interviu metu įvardino profesinius ir socialinius darbo rajone aspektus, kurie jiems buvo svarbūs prieš pasirenkant darbą rajone. Kai kurie atskleisti faktoriai ne tik lėmė pasirinkimą dirbti rajone, bet ir motyvuoja gydytojus nekeisti darbo vietos ir likti dirbti rajoninėje sveikatos įstaigoje.

### 3.1.1. Požiūris į profesinius veiksmus

Kategorijos **profesinė veikla** turinys stipriausiai išreikštas tokiomis subkategorijomis: **profesinis tobulėjimas, profesinė parama, profesinė konkurencija**. Šios subkategorijos yra viena su kita susietos, todėl pasitaikė atvejų, kad argumentas respondentų požiūriu vienoje kategorijoje vertinamas turintis teigiamą, kitoje kategorijoje neigiamą reikšmę.



4 lentelė. Profesinės veiklos vertinimas rajone dirbančių gydytojų požiūriu

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Profesinė veikla	Profesinis tobulėjimas	<p>Rezidentus papildomai motyvuoja didesnis savarankiškumas dirbant rajone (VD2);</p> <p>Rezidentas važiuoja tam, kad įgautų pasitikėjimo ir savarankiško darbo (RE1);</p> <p>Kai tu dirbi savarankiškai, daug greičiau tobulėji, (RE2);</p> <p>Pasirinkus tokią įstaigą (rajoninę) pirmaeilėms ar vienintelėms pareigoms lengva „užsikonservuoti“ ir prarasti norą ar poreikį tobulėti (A3);</p> <p>Ligonių skaičius yra mažesnis negu čia pas mus klinikose. Ir bet kada yra galimybė tą ligonį išvežti į aukštesnio lygio ligoninę. (RE1);</p> <p>Iš esmės kvalifikuotumo praradimas, nebesivystymas (CH1);</p> <p>Jei, tu, intervencijų nori būdamas kardiologu, tai ką tu ten dirbsi rajone? Tik echoskopijas darysi ir EKG vertinsi (RM1);</p> <p>Lyginant, ką aš gavau Šiauliuose per du su puse mėnesio, tai aš visa tą pasiekiau čia per savaitę laiko (ŠM1);</p> <p>Daugiau galimybių mieste, įvairesni ligoniai, sudėtingesnės patologijos ir tu tobulėji pats kaip gydytojas (RE2).</p>
	Profesinė parama	<p>... žodžiu, vienas tu pats prieš visus nepašokinėsi. Turi prisitaikyti prie nusistovėjusios darbinės tvarkos arba turėti daug darbinių interesų konfliktų (A1);</p> <p>Kitoks mąstymas, nes paklausti nėra ko, pradedi mąstyti, nes jei klinikose gali pamiršti ir daktarė padės, o čia jau turi susikaupti ir pati spręsti (RM1);</p> <p>Su manimi dirbo, manimi pasitikėjo, skatino, nu ir kaip čia pasakyti, leido pačiai daryti viską (ŠM1);</p> <p>Jeigu siunti iš rajono, pas antro lygio konsultantus, jų požiūris irgi toks pat neigiamas. Tas požiūris, kad ai, jūs čia tokie kaip siuntinėtojai, tik rašot siuntimus (A2).</p>
	Profesinė konkurencija	<p>Lyginant kur tu mušiesi didesniai mieste dėl tų 1500 pacientų, čia daug lengviau, manau nebūtų sunku susirinkti (ŠM1);</p> <p>... įtakoja, kad tu, būdamas jaunas specialistas, gali kilti greičiau karjeros laiptais (VD1);</p> <p>Lengviau įsilieti į kolektyvą (VD2);</p> <p>Mažesnė konkurencija, nereikia lipti kitiems per galvas (RE2);</p> <p>Ne vien pinigai, bet ir dėl to, jog galėjau iškart važiuoti ir praktikuotis (A1)</p> <p>Mieste svarbiau, kokias pareigas užimi ir kieno giminaitis ar draugas esi nei koks esi žmogus ir ką sugebi ar moki, nei rajone (RE1).</p>

**Profesinio tobulėjimo galimybės** respondentams buvo vienos iš pagrindinių faktorių motyvuojančių dirbti, o nedidelei daliai svarstant apie darbą rajonuose, buvo lemiamas veiksnys. Rezidentai dažniausiai įvardino, kad rinkdamiesi rajono ligoninę antraeilėms pareigoms vertino galimybę tobulėti, pritaikyti turimas teorines žinias, įgauti daugiau praktinių įgūdžių, kuriuos tobulinti rezidentūros bazėse būtų buvę ne taip paprasta:

*Tam, kad prieitum prie, pavyzdžiui, kepenų operacijos reikėtų netrumpai palūkėti, kol įgautum savo vardą, autoritetą, o ten atėjai ir, jeigu yra trūkumas, reikia operuoti ir tu operuoji, neturi kito pasirinkimo (A1).*

Vykdamas interviu dažnai respondentų atsakymuose apie karjeros galimybes pasikartojė nuomonė, kad rajoninėje įstaigoje rezidentams bei jauniems gydytojams paprasčiau kilti karjeros laiptais, mažesnė profesinė konkurencija. Medikai renkasi darbo vietą atsižvelgdami į karjeros perspektyvas ateityje bei vertindami bendrą situaciją darbo rinkoje:

*Pareigos, į kurias pretenduojama ir kiek jos susijusios su svajonių darbu....Gydytojui rezidentui įsidarbinti miesto ligoninėje pagal specialybę sudėtingiau nei rajoninėje (RE2).*

Priklausomai nuo gydytojo specialybės ir rajoninės įstaigos, profesinės galimybės vertinamos skirtingai. Bendrosios praktikos gydytojo rezidento akimis, profesinės veiklos galimybės atrodo paprastesnės nei mieste, tačiau tuo tarpu chirurginio profilio specialistai, reanimatologai profesines galimybes vertina objektyviai ir tuo pačiu skeptiškai, pripažindami, jog pradinis praktikos įgyjimas, drąsa dirbti savarankiškai ir kitos savybės yra ugdomos, tačiau tolesnis tobulėjimas, mokslinė veikla yra ribota, lyginant su centrais:

*... (klinikose) daugiau specializuojasi, daug profesorių, daug literatūros, didelė inercinė bazė, amžinieji mokslai „alma mater“, na visai kitas lygis, o ten (rajone) daugiau iš praktinės pusės, teorijos mažai daugiau praktikos (A1);*

*Čia (rajone) profesijos pradžioje yra labai gerai, bet ateityje nematau aš jokių perspektyvų, man čia – degradacija (CH1);*

*Jaunimas nori tobulėti, o kaime gali kaip tik priešingai, ne, kad tobulėti, o kaip sakant nusivažiuoti, paprastus metodus taikai, jokių ten diagnostikų, ir prarandi visus tuos įgūdžius, kurie yra tarkim įgaunami čia klinikose (RE2);*

*... kiek nori, tiek jau pats išmoksi. Yra daug galimybių, nuo pačio žmogaus priklauso (RM).*

Kita subkategorija – **profesinė parama** – šeimos medicinos rezidento akimis rajone yra stipresnė, jaučiamas gydytojų rūpestis ne tik išmokyti ir parodyti, bet ir duoti įgusti darbo vietoje. Tačiau chirurginio ir terapinio profilio specialistų nuomonė pasikartojo perteikiant priešingą patirtį, kad rajone negalima tinkamai dirbti, ne tik dėl darbo priemonių trūkumo, o ir dėl nusistovėjusios tvarkos, nes naujos gydymo metodikos, alternatyvūs būdai yra tiesiog atmetami. **Konkurencija** medicinoje kaip ir bet kokioje kitoje srityje daro įtaką darbuotojų darbo kokybei. Respondentai atskleidė, kad ilgą darbo stažą toje įstaigoje turintys gydytojai smerkia naujoves, skatina dirbti pagal įprastas darbo metodikas. Galime daryti prielaidą, kad tokį elgesį sąlygoja konkurencijos baimė, jog atvykstantys jauni specialistai gali pasiekti našesnių rezultatų taikydami inovatyvius gydymo metodus. Vyresniosios kartos gydytojai yra vedini ambicijų ir siekia, kad būtų dirbama pagal jų, jau laiko patikrintas procedūras.

Stipriausia buvo ne tik šeimos medicinos, bet ir anesteziologijos, traumatologijos rezidentų išreikšta nuomonė, kad rajone konkurencija mažesnė, todėl paprasčiau gauti darbo vietą, norimą atlygį, nereikia kolegoms „lipti per galvas“ norint gauti darbo praktikos. Medicina yra sritis, kurioje gydytojas privalo nuolat tobulinti savo žinias, įgūdžius. Gydytojai rezidentai ir neseniai pradėję dirbti gydytojai rajoninėje įstaigoje stipriau išreiškė nuomonę, kad rajoninėje įstaigoje pasiekus tam tikrą profesinį lygmenį, sustojama tobulėti, specialistams neužtikrinamas nuolatinis profesinis augimas. Gydytojas įgauna žinių ir praktinių įgūdžių atlikdamas įvairesnių procedūrų, kartais srityse, kurios yra už jo kompetencijos ribų, tačiau pasirinkus darbą rajone tarsi prarandama galimybė specializuotis vienoje srityje. Profesinė parama ligoninėje priklauso nuo jame dirbančio personalo, tačiau kalbintieji respondentai stipriau išreiškė poziciją, jog rajone mažesnė profesinė parama nei mieste, nes kolegoms trūksta kompetencijos, todėl tenka dirbti daugiau savarankiškai, priimi sprendimus patiems.

Kategorijos **darbo priemonės** turinys stipriausiai išreikštas tokiomis subkategorijomis: **diagnostinė aparatūra, įrankiai, medikamentai**. Respondentų nuomonė apie darbo priemones rajoninėje SPI pateikiama 5 lentelėje.

5 lentelė. Požiūris į darbo priemones rajoninėse įstaigose

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Darbo	Diagnostinė	...nėra diagnostinės aparatūros... tokioje situacijoje gaunasi ta

priemonės	aparatura	<p><i>diagnostika senoviška tokia, kad kiek tu gali stetoskopu išklaudyti, kiek ten gali rankom apčiuopti (RE2);</i></p> <p><i>... darome mes laidines nejautras, reikia daryti, čia mes turim vieną echoskopą, lakstome ir klausiam to echoskopo, gal jau čia baigėt, gal aš galiu pasiimti, va taip, o ten įsivaizduok stovi operacinėj, jei reikia tu ir imi (RE1).</i></p>
	Įrankiai, medikamentai	<p><i>Įranga gera, viską leidžia daryti, turi vaistų, turi galimybių, turi aparatūros, ten nuvažiavęs jautiesi kaip čia, jog gali dirbti. (A1);</i></p> <p><i>Įranga visa, medikamentai yra aukščiausio lygio, klinikoms iki jų dar labai toli (RE1);</i></p> <p><i>Švirkštinė pompa – jos neįmanoma rajone gauti, o čia (klinikose) atrodo įprasta (RE2);</i></p> <p><i>Dažnai mieste mums trūksta tų priemonių ir įrankių, o tuo tarpu rajoninės ligoninės labai puikiai aprūpintos tuo (A3);</i></p> <p><i>... ventiliatoriai ir visa kita – tai viskas nauja ir nustebino, sužavėjo įranga, nes žinai, kai čia (klinikos) dirbi su laužais RE1;</i></p> <p><i>Viskas ko tau reikia, viskas yra. Nueinu į operacinį bloką, o ten stovi trys bronchoskopai (RE1);</i></p> <p><i>Ten (rajone) yra tokių vaistų, kokių čia nėra klinikose (A2);</i></p> <p><i>Čia ateina ir nauji vaistai, ir aparatūros stengiesi jas pagriebti, išmokti kaip naudotis, o ten (į rajoną) kada ateis nežinia (A2);</i></p> <p><i>Vaikiško zondo man nebuvo, tai pervežimui turiu jį paruožti.</i></p> <p><i>Trūksta priemonių (VL1).</i></p>

Dažnas respondentas įvardino rajoninės ligoninės **darbo priemones**, kaip vieną iš pasitenkinimo arba nepasitenkinimo darbu priežasčių. Nuomonės išsiskyrė, nes yra dideli netolygumai ne tik tarp rajonų, bet ir tarp skyrių toje pačioje ligoninėje. Visų gydytojų rezidentų ir gydytojų nuomonė atsakymuose buvo vienareikšmiška, kad diagnostinės galimybės mieste yra didesnės už daugelyje rajoninių įstaigų. Gydytojas atvykęs dirbti į rajoną patiria šoką, kai turi dirbti su ribotais technologiniais ištekliais ir negali pritaikyti ne tik pažangesnių, bet dažnai ir privalomų procedūrų, kurių mokoma studijų metu:

*Kam mokytis, jeigu, pavyzdžiui, gal duos echoskopuoti, bet jeigu nėra tikro stacionaro, tai negaliu pritaikyti žinių gyvenime ir kam man čia stengtis, domėtis inovacijomis, jeigu man užtenka žinoti dešimt pagrindinių vaistų ir viskas (RM1).*

Buvo keletas respondentų, kurie kalbėdami apie skirtingas vakarų Lietuvoje esančias ligonines, pripažino, kad darbo priemonės ne tik kad neatsilieka, bet ir lenkia rajonų centrų įrangą:

*... mane kuo asmeniškai viliojo viena ligoninė - įranga nauja, novatoriškumu, visa įranga nepalyginamai geresnė nei čia (klinikose) kardiochirurgijoje stovi. Čia yra grynai reanimacija (RE1)!*

Gautų duomenų analizė leidžia teigti, kad rajoninėse įstaigose medikamentų pasirinkimas, užtikrinantis efektyvų darbą, yra pakankamas:

*Pasakai, kad reikia adinazino - adinazinas bus, jie negali rašyti brangių vaistų, bet viskas reikalinga yra (A2).*

Chirurginio profilio darbuotojai atskleidė, kad visi reikalingi vaistai yra pasiekiami rajone, tačiau nauji medikamentai ir aparatūra pirmiausia pasiekia didžiuosius centrus, o inovacijų sklaida iki rajoninių ligoninių užtrunka:

*Čia (klinikose) ateina ir nauji vaistai, ir aparatūros, stengiesi jas pagriebti, išmokti, kaip naudotis, o ten kada ateis nežinia. Naujovės ateis vėliau, pavėluotai ir ilgainiui pradės jaustis provincijos sindromas (A2).*

Kokybinė duomenų analizė atskleidė, kad rajoninėse ligoninėse trūksta diagnostinės aparatūros, tačiau medikamentų asortimentas daugeliu paminėtų atvejų platesnis negu miesto ligoninėse. Rajoninę įstaigą pavėluotai pasiekia nauji rinkoje pasirodę vaistai ar pradedamos taikyti naujos metodikos. Du respondentai paminėjo keletą Lietuvos rajoninių ligoninių, kurios respondentų vertinimu įrangos ir įrankiu pasiekiamumo aspektais netgi lenkia darbo priemonės Kauno klinikose, kai tuo tarpu visi likusieji akcentavo neturintys galimybės naudotis būtiniais įrenginiais, siekdami suteikti kokybiškas gydymo paslaugas pacientui.

Kategorijos **darbo krūvis** turinys stipriausiai išreikštas tokiomis subkategorijomis: **pacientų srautai, darbo specifika, personalo darbas**. Darbo krūvis rajoninėje įstaigoje skiriasi nuo to, ką rezidentai mato Kauno ar Vilniaus ligoninėse. Remtasi prielaida, kad darbo krūvį reprezentuoja ne tik pacientų ir su pacientais tiesiogiai susijęs procedūrų skaičius, o ir netiesioginiai veiksniai, turintys įtakos papildomiems darbams atsirasti. Analizuojant respondentų atsakymus, išskirtos geriausiai darbo krūvį charakterizuojamos subkategorijos: pacientų srautai, darbo specifika, personalo darbas, kurios pateikiamos 6 lentelėje.

6 lentelė. Darbo krūvio vertinimas gydytojų požiūriu

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Darbo	Pacientų	<i>Darbo krūviai panašūs, neretai rajone ir mažesni (VD2);</i>

krūvis	srautai	<p><i>Ten kur dirbu, tai aš labai patenkintas, nėra per didelio darbo krūvio (RE2);</i>  <i>Tie srautai tai tokie patys. Labai savybių, tai kaip ir nėra (ŠM1).</i></p>
	Darbo specifika	<p><i>Ne vien tas automatizmas, nes čia tik rašai rašai... (VL1);</i>  <i>Ligonių skaičius yra mažesnis negu čia pas mus klinikose. Ir bet kada yra galimybė tą ligonį išvežti į aukštesnio lygio ligoninę (RE1);</i>  <i>... rajone reikalinga kaip dviguba kontrolė (A2);</i>  <i>Yra vaistai ir viskas, ką tu gali padaryti – tai medikamentais, vaistų pagalba, bet kartais reikia invazinių procedūrų. Ir kartais tu net negali rentgeno atlikti naktį, kai jo labai reikia (VD1);</i>  <i>Kaime turi joms (seselėms) parodyti, kaip žandikaulį laikyti, vaistus kaip skirti, elementarius dalykus (A2);</i>  <i>Praktiškai rankos yra surakintos (RE2);</i>  <i>Rajone tempas lėtesnis nei mieste, mažiau raginimų sutilpti į lovadienius ir normatyvus (VD2);</i>  <i>Kai tu dirbi rajone, tie pacientai atvažiuoja tokie biški sunkesni, jie dažniausiai būna tokie užsileidę ir nesigydo (VD1).</i></p>
	Personalo darbas	<p><i>Pagrindiniai tyrimai įmanomi, bet pats viską turi daryti, rentgeną tau padaro, bet pats turi pažiūrėti (VL1);</i>  <i>Čia (klinikose) anestetizės seselės eina į kursus ir šiaip gauna daug informacijos, o ten nėra joms poreikio mokytis;</i>  <i>Kad būtų vidurinis personalas pakankamo lygio, kad neateitum kaip į glūdumą Sibiro, kur sesutė nesupranta vaistų ir jų skiedimo (A2);</i>  <i>Kaime dauguma jau amžiuje. Aišku dauguma yra tikrai geri specialistai, ne paslaptis, kad yra ir tokių, kuriems tikrai trūksta žinių (RE2);</i>  <i>Rajone dirba labai daug pensininkų ir antraeilės pareigas užimančių darbuotojų (VD2).</i></p>

Vertindami **pacientų srautus** rajone, visi respondentai, nepriklausomai nuo gydytojo specialybės, pripažino, kad srautai yra tokie patys arba mažesni nei miestų ligoninėse. Buvo paminėta, jog darbo krūvis skirtinguose rajonuose nevienodas ir labiausiai jį charakterizuoja rajono gyventojų skaičius – kuo daugiau rajone gyventojų, tuo daugiau pacientų.

Analizuojant pacientų srautus ir **darbo specifika** darbo krūvio atžvilgiu, vyravo nuomonės, kad pacientų srautai yra mažesni:

*Dėl mažesnio krūvio rajone, gali labiau įsigilinti į paciento problemą, jeigu, pavyzdžiui, dirbi priėmimo skyriuje (VD1).*

Tačiau kiti respondentai tyrime atskleidžia, kad rajoninėje įstaigoje mažesnis krūvis, nes nėra tų sunkių atvejų, intervencijų ir be to, darbo specifika tokiems atvejams atsiradus

– pacientai išsiunčiami į aukštesnio lygio ligoninę. Vienas tyrime dalyvavusių respondentų dirba rajoninėje įstaigoje, kurioje buvo panaikintas chirurginis stacionaro skyrius. Šie struktūriniai pokyčiai sąlygojo darbo krūvio pasikeitimą, darbo specifiką:

*Po reformos, kai uždarė chirurgijos skyrius, praktiškai išliko tik skubi pagalba ir didesnių operacijų nieko čia nepadarysi, tiktai smulkios intervencijos (CHI).*

Remiantis duomenų analize galime daryti prielaidą, kad gydytojai rajone susiduria su mažesniu fiziniu krūviu, tačiau patiria didesnę psichologinį stresą, kurį sukelia nepakankamas įstaigos technologinis lygis, personalo arba personalo kompetencijos trūkumas:

*Klinikose vyksta darbas visą parą, o rajone atvažiuos žmogus su insultu – tai, galima sakyti, lauki ryto, kol tyrimus atliksi (RM1).*

*Nakties metu negali prieiti prie elementarių tyrimų, nekalbu apie laboratorinius, prie rentgeno, echoskopijos, kuriuos ne visose ligoninėse turi (RE1).*

Kokybiškai dirbti trukdo personalo prastesnės profesinės žinios ir nepakankami praktiniai įgūdžiai.

*Gal nervuoja, ar kartais daro postūmį, kai abejoja slaugos personalas, nežino, ar pavyks padaryti, pavyzdžiui, įdurti kateterį. Jas reikia prikalbinti, kad jos darytų. Net suleisti vaistus į raumenį joms nedrąsu (VLI).*

Gydytojas siekdamas užtikrinti kokybiškų medicininių paslaugų teikimą pacientui pats apmoko pagalbinį personalą privalomų procedūrų, kurias darbuotojai turėtų mokėti pradėdami dirbti sveikatos įstaigoje.

Pacientų srautai rajoninėse gydymo įstaigose yra mažesni negu miesto ligoninėse, tačiau rajoninėse gydymo įstaigose dirbantys gydytojai turi atlaikyti didesnę darbo krūvį dėl skirtingos darbo specifikos: personalo nekompetencija darbe verčia gydytojus prisiimti papildomų funkcijų, nepakankamas specialistų skaičius tam tikru paros metu reikalauja iš gydytojo platesnio spektro žinių, kurios yra nesusiję su jo atliekamu darbu. Esant mažesniam pacientų srautui, gydytojai gali daugiau laiko skirti pacientui, tačiau diagnozavus sudėtingesnę atvejį, atitinkantį nustatytas indikacijas, pacientai išsiunčiami į regionines ligonines.

Kategorijos **darbo įvertinimas** turinys stipriausiai išreikštas tokiomis subkategorijomis: **atlygis, profesinis pasitenkinimas, pripažinimas**. Darbo įvertinimas yra svarbi profesinių veiksmų kategorija paminėta kiekviename interviu su tyrimo dalyviais. 7 lentelėje pateikiamas respondentų požiūris į darbo įvertinimą.

7 lentelė. Respondentų požiūris į darbo įvertinimą rajoninėje sveikatos įstaigoje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Darbo įvertinimas	Atlygis	<p><i>Viskas remiasi į pinigus, nes turi turėti už ką pragyventi, daug kas sako dar yra „padėkos“, bet iš padėkų juk negyvensi, aišku visokių žmonių yra (RM1)</i></p> <p><i>Kai iš savo specialybės negauni malonumo, tai turi nors pinigų gauti, o jeigu nei to, nei to negauni, tai ko ten važiuoti (CH1; Man siūlo, vat, vietą Kaune vienoj ligoninėj ir rajonas siūlo, tai atlyginimas tris kartus skiriasi, rajoninėje yra tris kartus didesnis (RE1);</i></p> <p><i>Algos – tik finansinis paskatinimas, jeigu Ukmergė siūlo 2500LT ant popieriaus, o Šilutė 3000LT į rankas, o klinikose gauna po 1600LT į rankas, tai tikriausiai važiuočiau į ta Šilutę (RM1).</i></p>
	Profesinis pasitenkinimas	<p><i>... rajoninėje ligoninėje tave žmogumi laiko, pvz., ne taip kaip čia, klinikose, tu esi žemiau liftininko, žodžiu tokiam lygyje (RE1);</i></p> <p><i>... pajauti savo vertę, kai išvažiuoji į rajoną. Žiūri su pagarba kaip į tokį, kad iš didesnės ligoninės atvažiuavęs... Jaunimą vertina... (RE2);</i></p> <p><i>Rajonuose gydytojas dar kažkiek gerbiamas (VD2);</i></p> <p><i>Didžiuosiuose centruose tu esi praktiškai kaip sanitaras, kaip rūbininkas, kaip valytojas, o rajonuose tu jau kaip daktaras, tai vat tuom ir skiriesi (CH1).</i></p>
	Pripažinimas	<p><i>Jei po keturių metų aš, baigus rezidentūrą, išvažiuosiu dirbti į rajoną, tai norint sugrįžti į klinikas paims tą, kuris katik baigęs rezidentūrą, o ne mane iš rajono su kažkiek metų patirtimi, nes galvoja, kad tu toje rajoninėje nieko nežinai – nei ką palašinti, nei panašiai (A2);</i></p> <p><i>Jeigu nutikų taip, kad dirbti rajono ligoninėje nebebūtų galimybių, nes ją uždaro, tau reikia ieškotis naujos darbo vietos, tai tau iš rajono nuvykti į didelę ligoninę bus daug sunkiau, nei baigusiam rezidentūrą patekti į tą ligoninę (RE1);</i></p> <p><i>Manoma, kad iš rajono grįžti į didmiestį sunku. Darbas rajone laikomas antrarūšiu, blogiausiu variantu ir panašiai (A1).</i></p>



Nepaisant daugelyje interviu minimos prastesnės fizinės rajone esančių įstaigų aplinkos, ribotų galimybių tobulėti, materialinis aspektas ir psichologinis pasitenkinimas darbu dirbant rajoninėje įstaigoje pasikartojo visuose atliktuose interviu:

*Mieste rezidentai laikomi antrarūšiais, nepatikimais ir pan., o rajonuose neretai priimami kaip lygiaverčiai gydytojais (VD2).*

Apskritai, visi respondentai įvardino didesnio atlyginimo rajone veiksnį, kaip vieną iš pagrindinių motyvuojančių dirbti rajoninėje sveikatos įstaigoje veiksnį. Priklausomai nuo specialybės, gydytojai uždirba net keliskart daugiau rajone nei mieste.

Respondentai atskleidė, jog darbas rajone teikia profesinį pasitenkinimą, nes sveikatos sektoriaus specialistai rajoninėje sveikatos priežiūros įstaigoje yra gerbiami ir vadovų, ir pacientų, priešingai nei regioniniuose sveikatos priežiūros centruose.

Tyrimė matyti, kad nepaisant mokamo didesnio atlyginimo rajoninėse įstaigose ir profesinio pasitenkinimo darbu, respondentų neramina darbo rajone pripažinimas miestų ligoninėse dirbančių specialistų atžvilgiu. Vyravo nuomonė, kad gydytojas dirbdamas tik rajono ligoninėje neturės galimybės grįžti į miesto ligoninę, nes nebus pripažįstamas kaip lygiavertis specialistas dėl profesinio atsilikimo sąlygoto miesto ir rajono paslaugų teikimo netolygumų.

### 3.1.2. Požiūris į socialinius veiksnius

Gydytojas, rinkdamasis darbą rajone, vertina socialinius veiksnius: visuomeninės veiklos situaciją rajone, infrastruktūrą, žmones, darbo santykius ir kitus veiksnius tiesiogiai ar netiesiogiai nulemiančius gyvenamosios rajone kokybę. Demografija, draugai, šeima, vietovės ypatumai, santykiai su pacientais, kolegomis, vadovais stipriausiai atskleidžia socialinius veiksnius, kurie buvo dažnai minimi interviu metu kaip motyvų visuma, turinti įtakos pasirinkimui pradėti arba likti dirbti rajoninėje įstaigoje. Kai viena ar keletas šių dedamųjų neteikia džiaugsmo, žmogus tampa nepatenkintas esama situacija. Socialiniai veiksniai tyrime analizuojami **rajono charakteristikų, šeimos ateities ir socialinių santykių** kategorijose.

**Rajono charakteristikos** išskirtos į **geografinės padėties, gyvenamosios ir populiacijos subkategorijas**. Geografinę padėtį respondentai vertina pagal nuotolį nuo didžiųjų Lietuvos miestų. Palankiausiai vertinama – kuo mažesnis atstumas nuo didžiųjų miestų, tuo didesnis noras ir motyvacija rinktis rajoninę įstaigą. Išsakydami nuomonę apie gyvenimo rajone galimybę, stipriausiai išreikšta nuomonė buvo, kad gyvenimas rajone asocijuojasi su nuoboduliu,

„kaimiška gyvensena“, apkerpėjimu. Populiacijos dydis rajone turi įtakos bendruomenės aktyvumui, tačiau ne tik skaičius, tačiau ir gyvenenos ypatumai lemia rajono patrauklumą.

Respondentų nuomonė vertinanti rajonų charakteristikas pateikta 8 lentelėje.

8 lentelė. Rajono charakteristikų vertinimas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Rajono charakteristikos	Geografinė padėtis	<i>Bet išėjo taip, kad dėl patogumo pasirinkau dabartinę vietą, patogiu iš Kauno nuvažiuoti, grįžti, gerai susiderina su šeima, darbu klinkose (VL1); Nors kitavertus pripranta po kelias valandas iki darbo važiuoti (RM1); ... į bet kokį kitą miestą galima nuvažiuoti. Daugiau laiko gali skirti sau, o ne kaip kad Vilniuje, iš vieno taško į kitą nusigauti trunka pusantros valandos (ŠM1); Važinėti nesinori, darbo grafikas ne nevisada tau būna palankus (RE1).</i>
	Gyvensena (gyvenimo būdas)	<i>Pvz., Ukmergė, kur aš dirbu, yra 30 tūkst. žmonių ir Visagine yra tiek pat, tačiau ten nuvažiavus jautiesi kaip mieste, o Ukmergė labiau į kaimą panaši (RM1); Ramesnis gyvenimas, o į bet kokį kitą miestą galima nuvažiuoti. Daugiau laiko gali skirti sau... (ŠM1); Kaip vyksta gyvenimas kaime – darbas, namai ir parduotuvė – tai trys dalykai. Mieste dirbantys turi tokias tarpines grandis – gali nueiti į teatrą ar koncertą, nusipirkti kad ir knygų tu pačių, kaip ir pavadinus daugiau tarsi turi pramogų, veiklos ir jos yra su intelektualiniu lygiu susijusios (A1); Su kaimu ir asocijuojasi... rajonas yra rajonas... Su nuobodumu asocijuojasi (CH1); Ta provincija, gyvenimo būdas irgi duoda tokį sėslumą, apkerpėjimą, nėra tokio dinamiškumo kaip mieste (A2).</i>
	Gyventojai (populiacija)	<i>Čia gal kraštas, miestelis susijęs, ar kaip čia pasakyti, etnografinės grupės formuoja nuomone, nes yra daug čigonų, asocialiųjų, nepasiturinčių (VL1); Rajonuose atrodo, kad tik babutės gyventų. Jaunimas gal į užsienius „išlakstę“ (RM1).</i>

Sprendimui dirbti rajone turi įtakos konkretaus rajono charakteristikos. Vietovės charakterizuojamos ne tik vartojant kaimo ir miesto kategorijas ar atsižvelgiant į gyventojų skaičių. Respondentų nuomone, daug svarbesnis yra kaimo fenomenas. Gydytojai rezidentai ir gydytojai vertina darbo rajone aspektus skirtingai. Gydytojai rezidentai akcentavo distancijos nuo

didžiųjų miestų veiksnį bei kaimo ramybę ir nuobodulį, o tuo tarpu gydytojai labiau gilinosi į gyvenamosios ypatumus, nurodė, jog gyvenimas rajone, priklausomai nuo rajono, gali nedaug kuo skirtis nuo gyvenimo mieste. Ryškus teigiamas darbo rajone vertinimas atsispindi tų respondentų atsakymuose, kurie gimė ar augo kaime.

Didelė dalis apklaustųjų vis dar rezidentūros studentai, tai natūralu, kad rinkdamiesi darbą rajone atsižvelgė į geografinę padėtį, nes pasirinkę nuolatinę gyvenamąją vietą Kaune ar Vilniuje stengiasi rasti darbą kuo mažesniu spinduliu nuo didžiųjų miestų. Modeliuodami gyvenimo rajone galimybę respondentai stipriausiai išreiškė nuomonę, kad gyvenama rajone pasižymi ramybe, sėslumu, nuobodybe. Anot kitaip manančių, pasikartojė nuomonė, jog gyvenimas kaime nesiskiria nuo gyvenimo mieste, nes pasigedus pramogų ar kitokios veiklos, bet kada galima nuvykti į artimiausią didesnę miestą:

*Mieste gyvenantys kasdien sugaišta tiek laiko vykdami į darbą, kiek man užtruktų nuvairuoti į Šiaulius (ŠMI).*

Pasirenkant darbą rajono sveikatos priežiūros įstaigoje gydytojams ir gydytojams rezidentams yra svarbūs rajono charakteristikų veiksniai. Norima, kad darbovietė būtų arti nuo didžiųjų Lietuvos miestų arba netoli vietų, kur gyvena tėvai. Respondentų nuomone, gyvenimas periferijoje yra nuobodus, pasižymi lėtesniu gyvenimo tempu.

Medicinos studijos – ilgai trunkantis išsilavinimas ir neretai būsimi gydytojai sukuria šeimas iki specialybės įgijimo, todėl teiraujantis apie darbą rajone daugelį kartų buvo nurodomas svarbus veiksnys – šeimos gerovė. Gydytojai, svarstydami apie darbą rajone, įvertina, kokia ateitis laukia ne tik profesinėje srityje, bet ir kaip priėmus sprendimą persikelti gyventi, integruosis rajone visa šeima. **Šeimos ateitis** – svarbus veiksnys atsispindintis respondentų atsakymuose apie pasirinkimui įtaką darančius veiksniai. 9 lentelėje pateikiama respondentų nuomonė apie šeimos ateities perspektyvas gyvenant rajone.

9 lentelė. Šeimos ateities gyventi rajone planavimas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Šeimos ateitis	Šeimos kūrimas	<i>Nebegali išvykti bet kur suradęs darbą rajone, nes jau yra antros pusės, vaikai, darželiai, mokyklos (VDI); Žmonės kuria šeimas, reikalingos mokyklos, reikalingi darželiai, reikalingi būreliai vaikams (VLI); Arba jeigu tu viena panelė, argi tu važiuosi gyventi į kaimą? Kokį ten vyrą rasi (RMI)?</i>

Sentimentai kraštui	<i>Tai tikriausiai ir buvo tai, kas nulėmė. Kadangi pats žemaitis esu, tai į Žemaitiją labiausiai ir norėjau. Aukštaitijoje labai ir neieškojau (A1); Kitas dalykas, kad žmonės vyksta pagal tai iš kur jie kilę, kur jų tėvai, kur giminės, yra ta savo krašto trauka (A2).</i>
Laisvalaikis	<i>Jeigu žiūrim, ta bendrąja prasme nenuvažiuosi į teatrą, gal trūksta tos užklasinės veiklos, bet gyvenimas apamai paėmus daug ramesnis, nei sakykim didesniuose miestuose (A1); Vaikams svarbu – mokykla, gimnazija ar dar kas nors, popamokinė veikla kaip kad šokiai, muzikos mokykla, ar sportai – aš manau čia irgi didelės įtakos turi, renkantis, kur gyventi (RM1).</i>
Tėvai, seneliai Šeima, giminės artumas	<i>Tie kas turi šeimą kokiame rajone, ten ir nori išvažiuoti (RM1); Kas yra iš tų mažesnių miestų, tai didžioji dalis grįžta dėl to, kad šeima, giminės (CH1); Kai ieškojau, kur pasirinkti darbo vietą, žiūrinėjau rajonus ten, kur tėvai, kad būtų patogų pravažiuoti ir užsukti (VL1); Su laiku tėvai gal ligoti bus, tai norėsis būti arčiau namų (A2).</i>

Respondentų pasiteiravus, kaip manote, kodėl gydytojai visgi nevyksta dirbti į rajonus, respondantai bene dažniausiai nurodė šeimos ateities perspektyvas. Buvo minimi galimi sunkumai ieškant partnerio, abejojama kokybiško išsilavinimo vaikams galimybėmis, turiningo laisvalaikio leidimo formomis:

*...mažai kultūros tuose miestuose, mažiau yra ką veikti (A1);*

*Nekalbu apie kavines, bet aš, pvz., sportuoju, tai man sporto klubai, parduotuvė apsipirkti, darželis, mokykla vaikams svarbu... (RM1).*

Jau sukūrę šeimas respondantai nurodė gresiančius sunkumus sutuoktinių profesiniui gyvenimui, nes daugelis tokio amžiaus žmonių jau būna pradėję dirbti mieste, o apie darbo keitimą ir naujos darbovietės paieškas persikėlus į kaimą nesvarstoma dėl būsimų darbo paieškos rajone sunkumų:

*Antros pusės, kurios jau čia (mieste) darosi karjeras, nemes visko, ką jau pasiekę, žinodami perspektyvas rajonuose (VD1).*

Viena rezidentė darbo rajone trūkumą išreiškė, kad rajonas yra per maža rinka rasti papildomo darbo vietą: *Mažam miestelyje yra ligoninė ir poliklinika ir papildomo darbo tu ten negausi (RM1).*

Gydytojai ir rezidentai nurodė, kad pasirinkimas vykti dirbti į rajoninę įstaigą dažnai priklauso nuo vietų kuriose respondantai užaugo arba kuriose dar likę gyventi tėvai.

Respondentas, kuris kilęs iš rajono nurodė, kad būtent kilmės vieta ir tėvų lokalizacija lėmė pasirinkimą dirbti rajone.

Tyrimas atskleidė, kad šeimos ateities planavimas rajone tiek teigiamai, tiek neigiamai veikia migravimo į rajoną pasirinkimus. Dažnai buvo minimas atstumas iki tėvų, gimtosios vietos trauka kaip skatinantys veiksniai, o stumiantys veiksniai – tai prasta infrastruktūra vaikams ugdyti, sudėtinga sutuoktiniui rasti darbą, nuobodus laisvalaikio leidimas.

Gydytojo darbo specifika, priklausomai nuo specialybės, reikalauja daugiau ar mažiau komunikuoti su pacientais ir kolegomis darbe. Respondentai nurodė, kad **socialiniai darbo santykiai** rajone pasižymi tam tikrais ypatumais, kurie pateikiami 10 lentelėje.

Respondentų atsakymai tyrimo kontekste patvirtina nuomonę, jog dirbant rajone santykiai tarp gydytojo ir paciento yra artimesni, pacientai pakantesni, juntama abipusė pagarba. Tačiau dirbant rajone gydytojai pripažino susiduriantys su daugiau asocialių asmenų, neblaivių pacientų, įvairių kultūrų ir socialinio statuso kontingentu. Pacientai rajone labiau tiki gydytojo atliekamu darbu ir kompetencija, džiaugiasi, kai suteikiamas gydymas.

10 lentelė. Socialiniai santykiai su pacientais ir su įstaigos personalu

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Socialiniai santykiai	Santykiai su pacientais	<p><i>Iš pacientų, aišku ne iš visų, bet daugiau pagarbos sulaukiu, jauti, kad tave vertina kaip gydytoją... (RE1);</i></p> <p><i>Būdavo, kad mieste klausinėjavo, ką man čia leisit, kas man čia bus, tyrimus darykit, prašau šviesti man čia, paaiškinti, kas čia ir pan.;</i></p> <p><i>Čia ramesni žmonės, niekas nesikarščiuoja, kad turi laukti eilėje, lyginant su kitais miestais, jie nuoširdesni, tu gali prie jų prisirišti (ŠM1);</i></p> <p><i>Jie mažiau konfliktiški ir labiau patenkinti, kai tu jiems kažką gero padarai (VL1);</i></p> <p><i>Kaune labiau „išpopinti“ ligoniai (VD1);</i></p> <p><i>Su pacientais, naktį dirbant – 80 proc. yra neblaivių pacientų... turi labiau psichologiškai mokėt dirbti (CH1);</i></p> <p><i>Dažnai žmoniškesni santykiai su pacientais (VD2);</i></p> <p><i>Kaimė paprastesni tie žmonės, čia tai jau visi savo teises žino (VD1);</i></p> <p><i>Kaimo gyventojai paprastesni, patiklesni, pagarbiau elgiasi su gydytoju (VL1);</i></p>

	<p><i>Santykiai su pacientais nesiskiria miesto ir rajono ligoninėse: formalus bendravimas su jų ligomis susijusiais klausimais (CH1); Dauguma pacientų pakankamai atviri ir pagarbūs, tačiau neretai pasitaiko konfliktiškų asmenų, kurie ieško priekabių, kaltina nebūtais dalykais ir reikalauja nerealių rezultatų (VLI).</i></p>
Santykiai su įstaigos personalu	<p><i>Matai, ten žmonės paprasti, man ten smagiau (VD1); Bendravimas su personalu gal šiek tiek atviresnis rajono ligoninėje – čia mes kaip viena šeima (RE1); Santykiai su kolegomis šilti, draugiški (VD2); Su kolegom santykiai labai geri (CH1); Daugelis gydytojų jau yra kaip koks elitas ir ta arogancija jaučiasi labiau terapiniuose skyriuose. Kolegiškumo atžvilgiu ten kaimuke geriau yra (A1); Geresnis kolektyvo požiūris į rezidentą (VD2); Santykiai labai geri, mandagiai bendrauja (RE2); Yra rajonuose dirbančių gydytojų, kurie vos ne kad dešimt metų jau pensijose sėdėti turi (RM1).</i></p>

Gautų duomenų analizė leidžia teigti, kad **santykiai su ligoninės personalu** rajoninėje ligoninėje yra šiltesni nei mieste. Nepaisant dažnai didelio amžiaus skirtumo tarp gydytojų (respondentai nurodė, kad daugelis dirbančiųjų pensijinio arba arti pensijinio amžiaus), dirbant rajone išlaikomi šilti, kolegiški darbo santykiai, pagarbiau žiūrima į rezidentą:

*Sakykim, artimesni santykiai, jeigu taip iš tikrųjų yra, labiau kolegiški, greičiau matosi niekšybės, prielankumas arba nenuolankumas (A1);*

*Santykiai su vadovais taip pat geri, nors vadovas retai atsižvelgia į pavaldinių pastebėjimus ir nuomones (VD2);*

*Su vadovais santykiai taip pat tik formalūs. Miesto ligoninėje jie tokie yra dėl didelio personalo skaičiaus, rajone – dėl asmenybių (A2).*

Galime daryti prielaidą, kad esant mažesniai personalo skaičiui rajoninėje ligoninėje visi dirbantieji vieni kitus geriau pažįsta, geriau matosi darbo ir kitų veiklų rezultatai. Kita nuomonė atskleidžia, jog dirbant rajone ne tik pacientai, bet ir kolegos paprastesni. Tuo tarpu mieste gydytojai nuo darbo krūvio atrodo išsekę ir galbūt „perdege“ profesine prasme: *Kaune, kai dirbau, tai tokie nuvargę atrodo, pikti (VD2).*

Santykiai su slaugytojomis draugiški, šilti, bet respondentus erzina, jog tenka dažnai užimti mokytojo vaidmenį, nes slaugytojoms trūksta tam tikrų teorinių ir praktinių žinių. Tuo

tarpu, santykdiais su vadovais ir gydytojais respondentai yra labiau patenkinti ir tyrimo kontekste galime daryti išvadą, kad rajone yra tvirtesnis ryšys nei mieste.

Iš respondentų atsakymų akivaizdu, kad socialiniai veiksniai yra svarbūs rajoninės įstaigos pasirinkimo motyvai. Darbas rajoninėje SPI yra priimtinas, jeigu rajonas yra netoliese didžiųjų Lietuvos miestų arba arti tėvų gyvenamosios vietos. Daugeliui rajonas asocijuojasi su ramybe ir pramogų nebuvimu, tačiau daug stipriau išreikšta nuomonė, jog gyvenimas rajone yra sudėtingesnis vertinant šeimos ateities perspektyvas (darbo vieta sutuoktiniui, vaikų ugdymas). Respondentai, kilę iš ne iš didžiųjų Lietuvos miestų, paminėjo mažiau socializacijos rajone sunkumų.

### 3.2. Naudojamų priemonių analizė

Tyrimas atliktas siekiant suprasti, kokios taikomos priemonės Lietuvoje nukreipia arba galėtų nukreipti jaunos gydytojus dirbti rajonuose. Respondentų išreikšta nuomonė suskirstyta į kategorijas: **informacija apie darbo vietą, gydytojų ugdymas, organizacijų nepiniginės paskatos**. Informacijos apie **darbo vietą** vertinimas pateiktas 11 lentelėje.

11 lentelė. Informacijos apie darbo vietą šaltiniai

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Informacija apie darbo vietą	Asmeninė iniciatyva	<i>Domėjausi pats. Skambinausi į visas ligonines, teiravausi, kur priima (CH1); Mano kolegos, katik baigę studijas, darydavo ekskursijas: susėda į mašiną, pasirenka regioną ir jame esančias ligonines visas pervažiuoja, o jose teiraujasi, ar trūksta gydytojų ir kiek duoda (A1); Tiesiog skambiname. Aš buvau skambinusi į dvi ligonines (VD1); Skambini į skyrių ir klausiu (VLI); Skambinėdavau vedėjoms ir klausdavau, ar yra, ar nėra laisvų vietų (VD1).</i>
	Neformali sklaida	<i>Vienas pažįstamas išėdinėjo iš darbo, pasiūlė man dirbti (RE1); Iš draugų, pagrinde, iš draugų sužinai, ir, aišku, pasiimi pats telefoną ir paskambini (A3); Kai kurie įstaigų vadovai skambina į klinikas, tiesiai vadovams ir teiraujasi apie bebaigiančius (VD1); Daktaras, su kuriuo dažnai dirbti čia tave rekomenduoja tai</i>

	<p><i>ligoninei, nes patys gydytojai juk dirba per keletą ligoninių (VD1);</i></p> <p><i>Kažkada kažkas buvo palikę ten savo kontaktus ieškodami darbo, tai tam žmogui paskambino, bet jis dabar dirba kitoje ligoninėj, tai man ir pasakė, kad yra laisva vieta (A1);</i></p> <p><i>Ieškojau kontaktų, kas ten dirba iš pažįstamų, prašiau, kad jie sužinoję, kad atsilaisvins vieta, man praneštų (RE1);</i></p> <p><i>Viena daktarė susimąžino krūvi, tai atsirado vieta, tai aš dėl patogumo nutariau rinktis (VL1);</i></p> <p><i>gavosi taip, kad vienas išėjo iš ten, liko laisva laika, paskambino man ir pasiūlė ar nori užimti po manęs likusią laisvą vietą (RE2);</i></p> <p><i>Būna, kad ligoninės atsiunčia rezidentams ar daktarams tokių kaip laišką, o tie pasidalina (VD1);</i></p> <p><i>Irgi esu ne kartą girdėjęs ne iš rezidentų, bet iš gydytojų, ar norėtų kažkas papildomai tam tikram rajone padirbėti, nes nebėra ten kam dirbti (RE2);</i></p> <p><i>Tarpusavyje išsišneka. Nes surasti, kad būtų paskelbta kažkur, tai sunku, dažniausiai per kolegas išgirstama, kad ten yra vietų ar ten (A1);</i></p> <p><i>Dauguma yra dinastijos ten, o pas mane šeimoje nėra, kad būtų kas nors iš daktarų (RM1).</i></p>
Formali sklaida	<p><i>Pažįstu vieną kolegą, kuristai berods per Sveikatos apsaugos ministerijos puslapį kažkur gavo informacijos, kad kažkuri tai medicinos įstaiga ieško darbuotojų (A1);</i></p> <p><i>Esu mačiusi, kad čia pas mus priėmimo, buvo skelbimų prikabinėta, kad ieško gydytojo (VD1);</i></p> <p><i>Galima darbo vietas paskelbti, parodyti, internetas visagalis (ŠM1);</i></p> <p><i>Šiaip universitete skelbimai badantys akis karts nuo karto pasirodo (VL1).</i></p>

Tyrimas parodė, kad dažniausiai apie laisvą vietą rajono sveikatos priežiūros įstaigoje respondentai sužinojo per draugus, kolegas ar kitus turimus ryšius. Keletas įvardino apie laisvą darbo vietą sužinoję patys, paskambinę arba nuvykę į konkrečios rajoninės įstaigos norimą skyrių. Paklausus, kokių dar būdų yra girdėję, įvardino, jog artimieji padeda gauti darbo poziciją: *Yra tokių, kurių tėvai rajone dirba, paskatina ten važiuoti pabudėti (VD2)*. Silpniausiai išreikšta subkategorija – formalūs sklaidos būdai apie laisvas darbo vietas. Nors teorinis pagrindas byloja, kad verbavimas aktyviausiai pasireiškia internete ir spaudoje, tačiau vos du respondentai pateikė susijusius atsakymus, bet ne iš asmeninės patirties, o tik iš nuogirdų apie kolegas, radusius informaciją apie darbo vietą internete.



Viena iš tyrimo dalyvių nurodė ligoninę, kuri informaciją talpina savo internetiniame tinklapyje, tačiau praktikoje pastebėjo, kad informacija nėra atnaujinama laiku. Paminėtas atvejis pasirodė smagus, kadangi respondentė skambindama į rajoninę ligoninę teiravosi, ar internete skelbiama vieta, tinkanti jos vyrui, dar tebėra laisva bei sužinoti kitos aktualios informacijos apie tą poziciją, tačiau pasikalbėjus su įstaigos vadovu sužinojo, kad yra ieškomas ir jos kvalifikaciją atitinkantis specialistas, nors jokios informacijos tinklalapyje nebuvo nurodyta.

Respondentai pasigenda sistemos, kuri galėtų būti naudinga tiek darbdaviams, tiek ieškantiems darbo gydytojams: *Galėtų skleisti statistiką apie algas, kiek gauna klinikose, kiek antroj ligoninėj, kiek rajone, kur trūksta ir kokių gydytojų (A1);*

*Pas mus nėra tokios bendros sistemos, kur matytųsi laisvos darbo pozicijos skirtingose įstaigose ar algos (A2);*

*Galėtų būti kažkokia elektroninė sistema, elementariausias tinklalapis, kuriame visos ligoninės galėtų skelbtis, ko joms šiuo metu reikia, kokio specialisto (RE1).*

Duomenų analizės rezultatai išryškino, kad rajoninių įstaigų informacija apie darbo vietas dažnai pasiekama tik tiesiogiai kreipiantis į darbdavį. Respondentai atkreipė dėmesį, jog aktyvus rajoninių įstaigų ir universitetų bendradarbiavimas galėtų bent iš dalies sumažinti gydytojų trūkumą rajoninėse įstaigose: *Reikėtų akcijas organizuoti, kad parodytų, jog jie išvis tokie egzistuoja, nes apie tokį Pakruojį niekas iš viso nežino, pavyzdžiui, karjeros muges (ŠMI).* Karjeros dienų renginiai yra vykdomi medicinos specialistus rengiančiuose universitetuose, tačiau respondentai šios darbo paieškos priemonės, nukreipusios juos dirbti rajono sveikatos įstaigoje, neįvardino.

Aiškinantis, kokių priemonių naudojimas skatina arba galėtų paskatinti gydytojus dirbti rajone, buvo išreikšta nuomonė, jog informacijos trūkumas yra didžiausia problema. Stipriai išreikšta nuomonė, kad trūksta informacijos ne tik darbo paieškos metu, bet ir priimant strateginius karjeros planavimo sprendimus studijų universitete metu. Studentai, baigę bendrąją mediciną, abejoja, kokią kryptį pasirinkti, nes darbo rinkos tendencijas sužino tik per vyresnius kolegas. Teorinėje dalyje aprašoma darbo su personalu išorinė aplinka, kurioje charakterizuojama, kad itin svarbi yra darbo rinkos situacija mieste, regione ar šalyje. Gydytojų rengimas yra brangus ir ilgai trunkantis procesas, todėl reikėtų atsižvelgti į padėtį darbo rinkoje,

kad specialistai būtų rengiami tikslingai ir tenkintų šalies poreikius, o ne rinktųsi emigraciją vien dėl įsidarbinimo šalyje problematikos:

*Konkrečiai mano, jeigu traumatologijos srities atveju, visos vietos kaip ir užpildytos, nes traumatologų yra prikepta tiek, kad netelpa visose ligoninėse (CH1).*

Viena iš tyrimo dalyvių juokauja, kad labiau yra žinoma gydytojų specialistų paklausa užsienio šalyse negu gydytojų poreikis Tėvynėje: *Geriau ne užsienis rengtų karjeros muges, o mūsų ligoninės, universitetai, valdžia (ŠM1)*. Iš respondentų pasisakymų akivaizdu, kad jauni gydytojai susiduria su informacijos apie darbuotojų paklausą šalyje ir jos rajonuose trūkumu. Pasakojimuose išaiškėja, kad didžiausia dalis respondentų apie darbo vietą rajone sužino iš pažįstamų medikų rekomendacijų, kurie patys arba jų pažįstami dirba rajono sveikatos priežiūros įstaigoje.

Lentelėje pateikta gydytojų nuomonė apie priemones, kurios taikomos ruošiant gydytojus švietimo sistemoje. Gydytojus nukreipiančios dirbti rajoninėse įstaigose **rengimo priemonės** stipriausiai išreikštos **universitetų ir regioninių ligoninių įtaigos bei rengimo programų** subkategorijomis.

12 lentelė. Gydytojų nuomonė apie gydytojų ugdymo priemones skatinančias darbą rajonuose

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Gydytojų ugdymas	Universitetų, regioninių ligoninių įtaiga	<i>Yra nuteikimas, kad tik nedirbti rajonuose, sudaromos kuo blogesnės sąlygos, kad kuo mažiau dirbtų rajonuose (RE1); Vyrauja labai nedėkingas požiūris mūsų vietinės valdžios į darbą rajonuose. Ne kad paremtų, o tik atbaido, bent jau rezidentūros metu (RE2); Aišku, jie tiesiogiai to nedeklaruoja, tačiau vykstant paskaitoms per tuos šešeris metus išsireiškimai įaugo pasąmonėje ir automatiškai norisi bėgti iš mažesnės gyvenvietės (A1).</i>
	Rengimo programos	<i>Universitetai galėtų išplėsti rezidentūros bazes ir siūlyti kurį laiką padirbėti rajoninėse įstaigose, tiesiogiai susipažinti su darbu nerespublikinėse ligoninėse be įsipareigojimo ten likti dirbti (VD2); Galėtų įsteigti rezidentūros bazes, keturi metai, o chirugams šeši, nėra trumpas tarpas, įmanoma sudaryti galimybių, kad galėtų išvykti pasipraktikuoti (A2); Žiauriai geras dalykas būdavo anksčiau, bent jau girdime iš senų daktarų. Dar studentavimo laikais būdavo nustatyta siūsti studentus vasaros stažuotėms, kurias turėdavo praleisti dirbami, nesvarbu, kurio kurso esi. Kaip kad internatūra kas metai būtų.</i>

**Gydytojų ugdymas.** PSO rekomenduoja darbo jėgos rajono medicinos sektoriuje trūkumą mažinti labiau įtraukiant švietimo sektorių (51). Respondentai apie gydytojų rengimo sistemoje taikomas priemones nukreipiančias dirbti rajonuose atsiliepia negatyviai, kadangi studijų metais dėstytojų ir regioninėse įstaigose dirbančių gydytojų kuriamas prastas rajono įvaizdis atbaido nuo darbo rajone. Universitete nėra skatinama susimąstyti apie darbą rajone, o rajoninės sveikatos įstaigos pavyzdys naudojamas kaip žemiausias karjeros laiptelis, į kurį gali nukristi medikas. Respondentė nurodo, kad rajonas pasak dėstytojų yra paskutinė alternatyva: *Kaip tik gal labiau skatina emigraciją iš Lietuvos, o ne vykti į kaimus (ŠMI)*. Gydytojų ir dėstytojų įtaiga formuoja negatyvią nuomonę apie darbą rajone.

Užsienio šalių patirtis pritaikant ugdymo programas rodo, kad universiteto pastangos gali nukreipti gydytojus dirbti rajonuose (52), (53), (54). Lietuva nėra tokia didelė šalis, kad įkūrus universitetą rajone būtų surinktas pakankamas skaičius studentų, kurie būtų specialiai mokomi dirbti rajoninėje įstaigoje kaip tai daroma Kanadoje ir Australijoje. Tačiau respondentai atskleidė, kad rezidentūros bazių išplėtimas į rajonus būtų skatinanti priemonė, kuri padėtų susipažinti su darbu rajone be įsipareigojimo ten dirbti pabaigus. Gautų duomenų analizė leidžia teigti, kad tyrime dalyvavę rezidentai norėtų, jog būtų sudarytos palankesnės galimybės atlikti skirtingus rezidentūros ciklus skirtingų miestų gydymo įstaigose.

Gydytojų nuomonė apie rajoninių organizacijų taikomas priemones skatinančias dirbti rajonuose bei priemones, kurios galėtų būti taikomos siekiant pritraukti arba išlaikyti dirbančius gydytojus, pateiktos 13 ir 14 lentelėje. Tyrimo dalyviai paminėjo platų spektrą priemonių, kurios yra vykdomos bei galėtų būti taikomos rajoninėse įstaigose siekiant pritraukti arba išlaikyti dirbančius gydytojus. Tiksliausiai priemonėms apibendrinti tinka respondento išsakyta nuomonė: *Gera įstaigos reputacija mažina gydytojų trūkumą (A1)*. Neatsižvelgiant į rezidentų ir gydytojų specialybės organizacijų naudojamos priemonės vertinamos skirtingai. **Infrastruktūros gerinimas** yra teigiamai respondentų vertinama organizacijos iniciatyva. Ši subkategorija atskleidžia skirtingas taikomas priemones, kurios priklauso nuo organizacijos valdomų išteklių. Tyrimo dalyviai įvardino įstaigas, kuriose sutvarkyta aplinka, technologinis aprūpinimas, užtikrinamas įrankių ir medikamentų pasirinkimas – tai yra organizacijų priemonės,

padedančios pritraukti gydytojus dirbti rajono sveikatos įstaigose. Apklaustųjų duomenų analizė atskleidė, kad yra rajoninių įstaigų, kurios turi modernią diagnostinę ir kitą darbui reikalingą įrangą prilygstančią ir net kai kuriais atžvilgiais lenkiančią regioninių medicinos centrų darbo inventorių. Technologinis aprūpinimas – tai rajoninių organizacijų motyvavimo priemonė, užtikrinanti profesinių kvalifikacijų panaudojamumą. Kitos įstaigos neturėdamos pakankamai lėšų bei pacientų srautų įrangos negali įgyti, tačiau užtikrina reikalingų medikamentų asortimentą, taiko lankstesnius darbo organizavimo metodus.

13 lentelė. Gydytojų nuomonė apie organizacijų nepiniginės priemonės skatinančias darbą rajoninėse sveikatos įstaigose

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Organizacijų nepiniginės paskatos	Darbo organizavimas (Infrastruktūros gerinimas)	<p><i>Sunkiausia yra darbo grafikus susiderinti, nes reikia dirbti ir klinikoje, ir kitoje vietoje, kad viską galima būtų susiderinti, stengiasi nuolaidžiai grafikus sudaryti, kad tik išlaikytų darbuotojus, paisyti tavo norų, kada ir kiek nori dirbti (A1);</i></p> <p><i>Leidžiama dirbti antraeilėse pareigose ar ne visą darbo dieną (VD1);</i></p> <p><i>Būtų pats požiūris tiek visuomenės, tiek gydytojų geras, tai ir žmonės važiuotų (A1);</i></p> <p><i>Jeigu sudarytų tokias sąlygas kaip dideliame mieste, kad neprarastum savo kvalifikacijų... (RM1);</i></p> <p><i>Lankstesnis grafikas, galimybė dirbti pagal faktiškai atidirbtą darbo laiką, o ne fiksuotai kas mėnesį po tiek pat valandų (VD2);</i></p> <p><i>Pritrauktų patrauklesnę darbo aplinką, geresniu techniniu aprūpinimu (VL).</i></p>
	Techninis aprūpinimas	<p><i>Jeigu atvažiuoja dirbti specialistas, kad būtų visa reikiama jo darbui aparatūra, kuri reikalinga tos srities paslaugoms teikti (A3);</i></p> <p><i>Galėtų stiprinti rajonines ligonines (VD1);</i></p> <p><i>... kad būtų pakankama įranga, aparatūra (A2);</i></p> <p><i>Kad būtų pakankamai įrangos, aparatūros (RE2).</i></p>

Rajoninės įstaigos yra priverstos taikyti keletą motyvuojančių priemonių gydytojų trūkumui rajone sumažinti. Respondentai atskleidė, kad vadybiniai darbo organizavimo principai yra rajoninių įstaigų priemonės, kurios skatina gydytojus rezidentus atvykti dirbti į rajonus. Lankstus darbo grafikas, darbo apmokėjimo sistema, papildomo darbo antraeilėse pareigose

galimybės, derinama darbo pamainos trukmė palengvina gydytojų darbą rezidentūros metu keliose darbovietėse. Gerą reputaciją įstaigos kuria tobulindamos skirtingas sritis, kurios sukuria patrauklią darbo vietos visumą būsimam darbuotojui:

*Visuma gali nulemti pasirinkimą, kaip, pavyzdžiui, labai gerai pavyko padaryti Tauragei – važiuoja ten rezidentai ir nori pasilikti, nes ligoninės aplinka yra gera, atmosfera darbinė yra gera, algos geros, įranga gera, viską leidžia daryti, turi vaistų, turi galimybių, turi aparatūros (A1).*

Tyrimo dalyviai konstatuoja, jog rajone neskiriama pakankamai dėmesio profesiniam tobulėjimui. Respondentai išreiškė nuomonę, kad rajoninėje darbo įstaigoje trūksta priemonių, kurias taikant būtų išlaikoma bei keliama profesinė kvalifikacija:

*Trūksta kvalifikacijos kėlimo galimybių rajonuose – kursų, stažuočių, paskaitų ir pan. kad užtikrintų, jog nebus prarasta kvalifikacija (RE1).*

Profesinio tobulėjimo problematiką mini daugelis tyrime dalyvavusių respondentų. Nors kitos taikomos priemonės motyvuoja pasirinkti darbą rajone, tačiau vien dėl šios priežasties dauguma rezidentūros metu dirbančių gydytojų artimiausiu penkių metų laikotarpiu planuoja keisti darbo vietą.

Darbo teorinėje dalyje minima, kad materialinis atlygis yra dažniausiai naudojama priemonė siekiant pritraukti naujų narių į organizaciją. Galima teigti, kad šio tyrimo rezultatai šį teiginį patvirtina, nes iš respondentų pasisakymų akivaizdu, kad finansinės paskatos yra pagrindinė priemonė, kurią taiko darbdavys norėdamas pritraukti gydytojus dirbti rajonuose. Materialinio atlygio priemonės yra greičiausiai darbuotojų įvertinamos svarstant darbo pasiūlymą. Dažniausiai darbdaviai naudoja keletą priemonių derinį, skaitindami pasirinkti organizaciją. Mokamas didesnis **atlyginimas** yra stipriausiai išreikšta motyvavimo priemonė, tačiau buvo paminėta ir kitų finansinių priemonių, kurios yra arba galėtų būti taikomos darbdavių motyvuojant gydytojus vykti dirbti į rajonus. Siūlomas adekvatus atlyginimo dydis buvo dažniausiai minimas interviu metu pasiteiravus apie naudojamas darbuotojų motyvavimo dirbti rajone priemones.

14 lentelė. Gydytojų nuomonė apie finansines motyvavimo dirbti rajonuose priemones

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Finansinės paskatos	Kompensavimo mechanizmai	<p><i>Gali mokėti už rezidentūrą, už studijas, alga motyvuoja, didesniais pinigais – dažniausiai visalaik tik ta materialinė pusė (A1);</i></p> <p><i>Yra tekę girdėti ir kurą kompensuoja, ir kelionę (A3);</i></p> <p><i>Teko girdėti, kad kompensuoja kelionės išlaidas (CH1);</i></p> <p><i>Siūlo apmokėti visą ar dalį mokamos rezidentūros kainos (RE2);</i></p> <p><i>Kurą dengia tikrai. Plungė dengia, yra normos paskaičiuotos (RE1);</i></p> <p><i>Rezidentūrą apmoka – savivaldybės taip daro, o kad ligoninės apmokėtų – retas dalykas. Draugė pasakojo, kad savivaldybė moka kas mėnesį stipendiją studijų metu, kad po studijų specialistas sugrįžtų atidirbti tuos pinigus (VL1);</i></p> <p><i>Būstą duoda, apmoka už kurą (A2);</i></p> <p><i>Nupirktų reabilitaciją sanatorijoje papildomai savaitei atostogų per metus, nes darbas intensyvus ir įtemptas (A2);</i></p> <p><i>Apmokėtų maistą per budėjimus, nes įtemptas darbas, nebūna laiko pavalgyti, o nepavalgęs išsenki (A3).</i></p>
	Atlyginimas	<p><i>Mokamas didesnis atlyginimas, kai kurios ligoninės įsidarbinus suteikia būstą, apmoka rezidentūrą, jei po to liksi 5 metus dirbti toje ligoninėje (A1);</i></p> <p><i>Rajoninės ligoninės stengiasi pritraukti gydytojus didesniais atlyginimais (RM1);</i></p> <p><i>Pinigais galima paskatinti.. didesniu atlygiu (RE2).</i></p>

**Kompensavimo mechanizmai** – priemonės, kurias respondentai įvertino teigiamai.

Daug kartų minėta rezidentūros studijų finansavimo sistema, kai rajoninės įstaigos siūlo apmokėti rezidentūrą už įsipareigojimą tam tikrą laikotarpį dirbti toje įstaigoje baigus rezidentūros studijas:

*Apmokėti rezidentūrą yra labai gerai, nes yra, kas svajoja apie konkrečią specialybę, tačiau ar balo neužtenka, ar nėra galimybių, o pasirašęs sutartį „ant kiek nors metų“ atidirbti išpildai savo svajonę (RE2).*

Nei vienam iš interviu dalyvavusių nebuvo finansuojama rezidentūra, tačiau daugelis įvardino šį būdą kaip dažnai taikomą praktikoje. Viena respondentė paminėjo vidurio Lietuvos miestą, kurio savivaldybė vienai studentei medicinos studijų metu mokėjo stipendiją, skatindama įgijus specialybę sugrįžti dirbti į gimtąjį rajoną. Keletas respondentų atskleidė, kad

yra girdėję, jog skiriamas laikinas būstas rajone arba suteikiama nuolatinė gyvenamoji vieta su galimybe po tam tikro darbo rajone laikotarpio persirašyti savo vardu:

*...kai kurie rajonai prižada, kol įsirengsi savo gyvenamąjį namą, ar kol pasistatysi, nuomoja tau butą ar namą su visa įranga už ligoninės pinigus, ir mašiną duoda, ir pokalbius apmoka, ir pavalgyti duoda, tik būk geras atvaziuok (A1).*

Yra tyrimo dalyvių, kurie įvardino, jog kompensuojamos kelionės išlaidos už kelionę į toliau nuo didžiųjų Lietuvos miestų esančius rajonus apmokant degalus, automobilio eksplotacines išlaidas. Tyrime dalyvavę rezidentai paminėjo, kad darbdavys galėtų apmokėti maitinimą budėjimų metu, kadangi darbas sudėtingas ir dažnai nėra laiko pasirūpinti maistu.

Tyrimo duomenų analizė parodė, kad nėra išplėtoti formalūs informacijos apie darbo vietas sklaidos būdai, gydytojai ir gydytojai rezidentai sužino apie darbo vietas skambindami patys į ligonines arba padeda draugai, artimieji ir kiti turimi ryšiai. Universitetų priemonės vertinamos neigiamai, nes yra netiesioginis dėstytojų ir gydytojų nuteikimas prieš darbą rajone, nėra sudaromos sąlygos bendrosios medicinos ir rezidentūros studijų metų padirbti rajone. Rajoninės SPI derina finansines ir nepiniginės skatinimo atvykti dirbti į rajoną priemones. Dažniausiai siulomas didesnis atlyginimas, apmokama rezidentūra, palankaus atvykstančiam gydytojui darbo grafikas.

### **3.3. Rezultatų aptarimas**

Tyrimu siekta atskleisti gydytojų motyvavimo dirbti rajoninėse sveikatos priežiūros įstaigose ypatumus. Motyvaciją nagrinėjantys teoretikai teigia, kad motyvacija atsiranda sąlygota tam tikrų poreikių, kuriuos individai siekia patenkinti. Šiame moksliniame darbe buvo skiriamas dėmesys identifikuoti, kokie veiksniai trukdo tuos poreikius patenkinti pasirenkant darbą rajoninėje SPI. Nors visi individai yra skirtingi ir jų poreikiai neabejotinai skiriasi, tačiau pavyko išskirti bendrus dėsningumus, kokie veiksniai ir priemonės yra svarbios norint pritraukti gydytojus dirbti rajonuose.

Tyrimo kontekste galime daryti prielaidą, kad dėl išorinės ir vidinės darbo su personalu aplinkos pokyčių gydytojai susimąsto apie galimybę dirbti rajone. Tyrimo duomenų analizė parodė, kad respondentai turi mažai informacijos apie darbo rajone sąlygas, o formuojama subjektyvi neigiama nuomonė apie rajonus lemia kitų darbo alternatyvų svarstymus.

Įgiję specialybę gydytojai gali laisvai rinktis, kur tęsti gydytojo karjerą, todėl natūralu, kad renkasi labiausiai poreikius tenkinantį pasiūlymą. Apie verbavimo būdus kalba mokslininkai (24), (26), tačiau respondentai pažymėjo, kad darbdaviai galėtų aktyviau naudoti verbavimo priemones. Vis dėlto gydytojų trūkumas rajone yra ne tik darbdavių atsakomybė, o visuotinė šalies problema, turinti įtakos visų Lietuvos sektorių funkcionavimui, todėl subalansuotos valstybinio reguliavimo priemonės yra būtinos sprendžiant gydytojų trūkumo rajonuose problemą.

Tyrimo dalyviai dirba rajoninėse įstaigose, kurias pasirinkti daugiausia lėmė didesnio atlyginimo, savarankiško darbo praktikos ir mažesnio atstumo nuo Vilniaus arba Kauno veiksniai. Teorijoje motyvavimas didesniais pinigais aiškinamas kaip rizikinga priemonė, galinti turėti nevienodą motyvuojančią vertę, priklausančią nuo individualios žmogaus situacijos, vertybių, poreikių ir galimybių (17). Pasiteiravus tyrime dalyvavusių respondentų, ar neketina keisti darbo vietos 5 metų laikotarpyje, stipriausiai išreikšta buvo nuomonė, kad kiti darbo vietos variantai ateityje bus svarstomi. Toks situacijos vertinimas gali būti grįstas A. Maslow poreikių hierarchijos aiškinimu: jog individas patenkinęs fiziologinius poreikius, siekia saugumo, priklausomumo, pagarbos ir saviraiškos. Būtent, šie, aukštesni poreikiai, buvo įvardinti profesinių ir socialinių veiksnių kontekste. Aukštesnius poreikius trukdo pasiekti veiksniai sukeliantys asmeninio ir profesinio gyvenimo disharmoniją. Gydytojai nurodė, kad yra problemiškas darbo sutuoktiniams radimas, vaikų ugdymas, laisvalaikio leidimas rajone. Be to, ir pats antrosios pusės paieškos procesas sudėtingas, jeigu specialistas atvyksta dirbti ir gyventi į rajoną vienas. Literatūros apžvalgoje aprašyti užsienio šalių tyrimai atskleidė panašius veiksnius, susijusius su šeimos integracija rajone, tačiau išsiskyrė laisvalaikio rajone vertinimai: užsieniečiai teigiamai vertino ramybę ir rajono gamtos grožį, ramesnį ir sveikesnį gyvenimą (42), (43), kai tuo tarpu Lietuvoje atlikto tyrimo respondentai išreiškė nuomonę, kad laisvalaikis rajone yra nuobodus, nėra kultūrinės veiklos, vietų pramogauti.

Remiantis tyrimo rezultatais galime daryti prielaidas, kad daugeliui respondentų darbas rajone, ypač tik pradėjus dirbti, teikia profesinį pasitenkinimą, nes jų vykdoma veikla yra vertinama ir gerbiama kolegų bei pacientų, dirbdami įgauna savarankiško darbo praktikos. Šio mokslinio darbo literatūros apžvalgoje minima, jog vidiniai darbo aplinkos veiksniai priklauso nuo organizacijos dydžio ir pobūdžio, tikslų, organizacijos darbuotojų ir vadovų (21). Tyrimo



rezultatų analizė atskleidė, kad yra dideli netolygumai lyginant ligonines ir atskirus skyrius jose. Šio tyrimo kontekste galime teigti, kad daugelis rajoninių ligoninių neturi reikalingos diagnostinės įrangos arba turima įranga negalima pasinaudoti reikiamu metu. Dirbant be reikalingos įrangos neužtikrinama teikiamų paslaugų kokybė. Rajoninių SPI personalas daugiausia vyresnio amžiaus ir jauni specialistai dažnai vengdami profesinių konfliktų turi taikyti jų naudojamas darbo metodikas, nors kartais yra naujesnių ir mažiau pacientui žalingų gydymo alternatyvų, kurios yra vyresniųjų atmetamos. Tyrimo duomenų analizėje matyti, kad nėra gydytojams sudarytų sąlygų kilus neaiškumams konsultuotis su kompetentingais specialistais. Trūksta kompetencijos ne tik gydytojams, tačiau ir pagalbiniam personalui, kurį atvykę dirbti į skyrių gydytojai turi apmokyti elementarių procedūrų. Gydytojai neturėdami galimybių dirbti su jų specialybės paslaugoms teikti reikalinga įranga, netaikydami turimų žinių ne tik neturi galimybės kelti kvalifikacijos, bet ir panaudoti turimas kompetencijas pacientų labui.

Apibendrinant galima teigti, kad priemonės, skirtos nukreipti gydytojus dirbti rajonuose, nėra efektyviai įgyvendinamos. Gydytojus vyksti į rajoną motyvuoja savarankiško darbo, didesnio atlyginimo, pripažinimo kaip gydytojo veiksniai, o likti dirbti rajone demotyvuoja šeimos ateities perspektyvos, profesinio tobulėjimo neužtikrinimas, kolegų nekompetencija darbe, darbo priemonių trūkumas ir darbo aplinkos sąlygų, reikalingų teikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, nesudarymas.

## IŠVADOS

1. Sprendimą dirbti rajone gydytojai priima atsižvelgdami į mokamą piniginių atlygį ir asmens lūkesčius atitinkančias papildomas naudas. Be atlyginimo yra svarbūs profesinio tobulėjimo, atstumo iki artimųjų ir iki didžiųjų miestų veiksniai. Šeimos ateities perspektyvos rajone yra veiksnys, kuris demotyvuoja rinktis darbą rajone, nes nėra išplėtotą infrastruktūrą vaikų ugdymui, menkos galimybės sutuoktiniui rasti darbo vietą, skurdus kultūrinis gyvenimas.
2. Neseniai pradėję dirbti rajoninėse įstaigose gydytojai dažniausiai susiduria su profesinio tobulėjimo problemomis, vyresnių gydytojų primetama nusistovėjusia darbo tvarka, paremta pasenusiu profesinių žinių taikymu medicinoje, medicininio personalo nepakankama kompetencija. Gydytojus, pasirinkusius darbą rajonuose, liūdina, jog negali disponuoti pažangia gydymo aparatūra arba nėra galimybių naudoti pagal poreikį turimą įrangą.
3. Rajoninių įstaigų naudojamos priemonės: didesnis atlyginimas, darbo priemonių užtikrinimas, lankstus grafikas, diferencijuoti darbo apmokėjimo metodai padeda pritraukti gydytojus dirbti rajonuose, tačiau prasta informacijos apie situaciją darbo rinkoje sklaida, universitetų abejingumas sprendžiant gydytojų trūkumo problemą ir dideli netolygumai tarp sveikatos įstaigų yra sritys, kurios galėtų būti tobulinamos.

## PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Rajoninei ligoninei:

- Kiekviena įstaiga skiriasi pacientų srautais, įrangos ir darbo priemonių gausa, todėl konkrečiais atvejais – gerinti skyrių aparatūrą, užtikrinti reikiamą viduriniojo personalo kvalifikaciją, užtikrinti įrangos panaudojimo visą parą galimybę, garantuoti būtinas priemones, kurios yra reikalingos teikti kokybiškas paslaugas, numatyti rajoninių įstaigų su didesnės ligoninės tiksliniais specialistais konsultavimosi galimybę, pavyzdžiui, adaptuojant užsienyje naudojamą *telemedicinos* modelį;
- Lietuva yra sąlyginai maža valstybė, todėl būtų tikslinga taikyti lankstesnius kompensavimo mechanizmus, kurie būtų naudingi ir ligoninei, ir motyvuotų gydytoją, gyvenantį ir turintį šeimą mieste, važinėti į darbą rajone;
- Tobulinti informacijos apie laisvas darbo vietas sklaidos būdus, aktyviau dalyvauti karjeros mugėse, stiprinti informacijos sklaidos kokybę internete.

Universitetui:

- Moksliniuose centruose rengti statistinę informaciją apie gydytojų pasiūlą ir paklausą, gerinti informacijos apie situaciją darbo rinkoje sklaidą, organizuoti pristatymus tinkamu laiku tikslinei auditorijai (medicinos studentams);
- Plėsti rezidentūros bazes įtraukiant ir rajonines įstaigas, supaprastinti rezidentūros procedūras, kad būtų išplėtos galimybės atlikti skirtingus rezidentūros ciklus skirtingose, ne tik Vilniaus ar Kauno rajonuose esančiose, įstaigose;
- Universiteto dėstytojai – autoritetai studentams, todėl savo kalbomis ir darbais turėtų skleisti objektyvią informaciją, ugdyti specialistus, kurie baigę mokslus būtų pasirengę bet kokiems karjeros iššūkiams.

Valstybei:

- Kurti palankesnę verslo aplinką rajone, kad pritrauktų verslo investicijų. Taip būtų kuriama daugiau darbo vietų, gerinama infrastruktūra, atgytų kultūrinis gyvenimas;
- Tobulinti teisinę bazę reglamentuojant gydytojų ir pagalbino personalo rengimą, kvalifikacijos kėlimo kontrolę;
- Vystyti tarpsektorinį valstybės, universitetų, rajoninių ligoninių bendradarbiavimą, mažinti medicininių paslaugų kokybės netolygumus optimizuojant medicinos sektoriaus darbą.

## LITERATŪRA

1. Stone R. J. *Human resource management. Seventh edition.* Milton: Wiley; 2011.
2. Stoner A. J., Freeman R. E., Gilbert D. R. *Vadyba.* Kaunas : Poligrafija ir informatika; 1999.
3. Appleby R. *Šiuolaikinio verslo administravimas.* Vilnius: Charibdė; 2003.
4. Vasiliauskienė Z., Lekanavičienė R., Antinienė D., Almontainienė N., Matulienė G., Jakštys J. *Psichologija šiandien.* Kaunas: Technologija; 2008.
5. Šavareikienė D., Dubinas V. *Integruota vadybinio proceso motyvacija.* Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla; 2003.
6. Robbins S.P., Coulter M. *Management.* New York: Prentice Hall; 2007.
7. Baršauskienė V., Almonaitienė J., Lekavičienė R., Antinienė D. *Žmonių santykiai organizacijose.* Kaunas: Technologija; 2010.
8. Gražulis V. *Motyvacijos pasaulis - jo supratimo keliai ir klystkeliai.* Vilnius: Ciklonas; 2005.
9. Hill C. W. L., McShane S. L. *Principles of management.* New York: McGraw-Hill Higher Education; 2008.
10. *Psichologijos žodynas.* Vilnius : Mokslo ir enciklopedijų leidykla; 1993.
11. Zemblytė, J., Bagdonienė, L. *Organizacijų vadybos praktikumas.* Kaunas : Technologija; 2010.
12. Bagdonas E., Bagdonienė L. *Administravimo principai.* Kaunas: KTU; 2000.
13. Žaptorius J. *Darbuotojų motyvavimo sistemos kūrimas ir jos teorinė analizė.* Vilnius: Lietuvos mokslų akademijos leidykla; 2007.
14. Maslow A. H. *Motyvacija ir asmenybė.* Vilnius: Apostrofa; 2006.
15. Janušonis V. *Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas.* Klaipėda: Klaipėdos rytas; 2000.
16. Foster Jeremy J. *Darbo motyvacija. Darbo ir organizacinė psichologija.* Kaunas: Poligrafija ir informatika; 2005.
17. Armstrong M. *How to be an even better manager. Eight edition.* London: KoganPage; 2011.
18. Obrazcovas V. *Valdymo ir administravimo išmintys.* Kaunas: Spindulys; 2008.

19. Burton M.R, Obel B., DeSanctis G. *Organizational Design: a step - by - step approach*. Cambridge: Cambridge university press; 2011.
20. Sakalas A. *Personalo vadyba*. Vilnius: Margi raštai; 2003.
21. Bakanauskienė I. *Personalo valdymas*. Kaunas: VDU; 2002.
22. Bivainis J. *Vadyba studentams*. Vilnius: VGTU leidykla; 2011.
23. Ulriich D., Brockbank W. *Personalo vadyba: vertės pasiūlymas*. Vilnius: Verslo žinios; 2007.
24. Korsakienė R., Lobanova L., Stankevičienė A. *Žmogiškųjų išteklių valdymo strategijos ir procedūros*. Vilnius: Technika; 2011.
25. Thorpe R., Holloway J. *Performance management: multidisciplinary perspectives*. New York: Palgrave Macmillan; 2008.
26. Dessler G. *Personalo valdymo pagrindai*. Kaunas: Poligrafija ir informatika; 2001.
27. Keuning D., Bossink B., Tjemkes B. *Management an evidence based approach. Third edition*. Hoofddorp: Nordhoff utgivers; 2010.
28. Kasiulis J., Barvydienė V. *Vadovavimo psichologija*. Kaunas: Technologija; 2005.
29. Johnston G., Scholes K., Whittington R. *Exploring corporate strategy: text and cases*. London: Pearson education limited; 2008
30. Jančiauskas E. E. *Žmogiškųjų išteklių vadyba III knyga. Darbuotojų motyvavimas. Darbuotojų vertinimas. Darbiniai stresai ir jų blokavimas. Darbo apmokėjimas. Socialinės garantijos*. Vilnius: Generolo Jono Žemaičio Lietuvos Karo Akademija; 2011.
31. Styhre A., Mullern T., Eriksson-Zetterquist U. *Organization theory: a practise based approach*. New York: Oxford University Press; 2011.
32. Okas A. *Kaip motyvuoti žmones našiam darbui*. Vilnius: Verslo Žinios; 2006.
33. Collings D. G., Wood G. *Human resource management: a critical approach*. London: Routledge; 2009.
34. Drucker P. F. *Drukerio mokymo pagrindai*. Kaunas : Dakra; 2009.
35. Martinkus B., Stoškus S., Beržinskienė D. *Vadybos pagrindai*. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla; 2010.
36. Grobler L., Marais B. J., Mabunda S. A., Marindi P. N., Reuter H., Volmink J. *Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas*. s.l. : Cochrane Database Syst Rev; 2009; Vol. 1:CD005314. PMID:19160251.

37. Mathews M., Seguin M., Chowhury N., Card, R. T. *Generational differences in factors influencing physicians to choose a work location*. s.l. : Rural and Remote Health; 2012; Vol. 12:1864.
38. Natanzon I., Szecsenyi J., Ose D., Joos S. *Future potential country doctor: the perspectives of German GPs*. s.l. : Rural and Remote Health; 2010; Vol. 10:1347.
39. Goertzen J. *The four-legged kitchen stool: recruitment and retention of rural family physicians*. s.l. : Cab Fam Physician; 2005; Vols. 51:1181-3.
40. Tate R. B., Aoki F. Y. *Rural practise and the personal and educational characteristics of medical students: survey of 1269 graduates of the University of Manitoba*. s.l.: Can Fam Physician; 2012; Vols. 11:E641-8.
41. Vanasse A., Ricketts T. C., Couerteau J., Orzanco M. G., Randolph R., Asghari S. *Long term regional migration patterns of physicians over the course of their active practice careers*. s.l. : Rural and Remote Health; 2007; Vol. 7(4):812.
42. Ellsbury K. E., Baldwin L. M., Johnson K. E. *Gender-related factors in the recruitment of physicians to the rural Northwest*. s.l. : J Am Board Fam Pract; 2002; Vols. 15:391-400.
43. Ebuehi O. M., Campbell P. C. *Attraction and retention of qualified health workers to rural areas in Nigeria: a case study of four LGAs in Ogun State*. s.l. :Rural and Remote Health; 2011; Vol. 11:1515.
44. Mayo E., Methews M. *Spousal perspectives on factors influencing recruitment and retention of rural family physicians*. s.l.: Can J Rural Med; 2006; Vols. 11(4):271-6.
45. Jutzi L., Vogt K., Drever E., Nisker J. *Recruiting medical students to rural practice: Perspectives of medical students and rural recruiters*. s.l.: Canadian Family Physician; 2009; Vols. 55:1 72-73.
46. Chauhan T. S., Jong M., Buske L. *Recruitment trumps retention: results of the 2008/09 CMA Rural Practice Survey*. s.l.: Can J Rural Med; 2010; Vol. 2010:15(3).
47. Leonardia, J. A., Prytherch, H., Ronquillo, K., Nodora, R.G., Ruppel, A. *Assesment of factors influencing retention in the Philippine National Rural Physician Deployment*. s.l.: BMC Health Services Research; 2012; Vol. 12:411.
48. Farooq, U., Ghaffar, A., Narru, I. A. Khan, D., Irsha, R. *Doctors perception about staying in or leaving rural health facilities in district Abbotab*. s.l. : Journal of Ayub Medical College; 2004; Vols. 16:(2):64-9.
49. Laurence C. O., Williamson V., Sumner, K. E., Fleming J. „*Latte rural*“: *the tangible and intangible factors important in the choice of rural practice by recent GP graduates*. s.l. : Rural and Remote Health; 2012; Vol. 10:1316.

50. Manahan C. M., Hardy C. L., MacLeod M. L. P. *Personal characteristics and experiences of long-term allied health professionals in rural and northern British Columbia*. s.l.: Rural and Remote Health; 2009; Vol. 9:1238.
51. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Global policy recommendations. 2010. [interaktyvus], [žiūrėta 2013 m. kovo 14 d.]. prieiga per internetą: <<http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/>>
52. Gibbon P., Hales J. *Review of the rural retention program (final report)*. St Peters : Health Outcomes International; 2006.
53. White C. D., Willett K., Mitchell C., Constantine S. *Making a difference: education and training retains and supports rural and remote doctors in Queensland*. s.l.: Rural Remote Health; 2007; Vol. 2007:7:700.
54. Gardiner M., Sexton R., Kearns H., Marshall K. *Impact of support initiatives on retaining rural general practitioners*. s.l. : Australian Journal of Rural Health; 2006; Vols. 2006:14:196-201.
55. Van den Broek A., Jansen C., Dieleman M. Royal Tropical Institute. *Kit*. [interaktyvus], [žiūrėta 2013 m. kovo 15 d.]. prieiga per internetą: <<http://www.kit.nl/kit/Publication?item=3167>>
56. Straume K., Shaw D. *Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county*. s.l.: Bulletin of the World Health Organization; 2010; Vols. 2010;88:390-394.
57. Wilson N. W., Couper I. D., De Vries E., Rerid S., Fish T., Marais B. J. *A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas*. s.l.: Rural and Remote Health; 2009; Vol. 9:1060.
58. Bolduc D., Fortin B., Fournier M. *The effect of incentive policies on the practice location of doctors: multinomialprobit analysis*. s.l. : Journal of Labour Economics; 1966; Vols. 14:703-732.
59. Kopetsch T. *The medical profession in Germany: past trends, current state and future prospects*. s.l. : Cah Socio Demo Med; 2004; Vols. 44:43-70.
60. Buykx P., Humphreys J., Wakerman J., Pashen D. *Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy*. s.l. : Australian Journal of Rural Health; 2010; Vols. 18:(3):102-9.
61. Barlett W., Monastiriotis V. *South east Europe after the economic crisis: a new dawn or back to business as usual?* London: LSE Reprographics Department; 2010.
62. Stordeur S., Leonard C. *Challenges in physician supply planning: the case of Belgium*. s.l. : Human Resources for Health; 2010; Vol. 8:28.



63. Wakerman J., Curry R., McEldowney R. *Fly in/ Fly out health services: the panacea or the problem?* . s.l. : Rural and Remote Health; 2010; Vol. 12:2268.
64. Margolis S. *Is Fly in/ Fly our (FIFO) a viable interim solution to address remote medical workforce shortages?* A. s.l. : Rural and Remote Health; 2012; Vol. 12:2261.
65. Kardelis K. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai: pataisytas ir papildytas leidimas.* Kaunas: Judex; 2005.
66. Bitinas B., Rupšienė L., Žydžiūnaitė V. *Kokybinių tyrimų metodologija.* Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė; 2008.
67. Ramanauskaitė E. *Šiuolaikinės kultūros fenomenų tyrinėjimai. Metodinė mokymo priemonė.* Kaunas: VDU; 2002.
68. Strauss A., Corbin J. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory.* London: SAGE Publications Ltd.; 1988.
69. Bitinas B. *Gyvenimas ugdymo verpetuose.* Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla; 2010.
70. Rupšienė L. *Kokybinių tyrimų duomenų rinkimo metodologija.* Klaipėda: Klaipėdos Universiteto Leidykla; 2007.
71. Tidikis R. *Socialinių mokslų tyrimų metodologija.* Vilnius: Lietuvos teisės universitetas; 2003.
72. Booth S. *On phenomenology, learning and teaching.* s.l. : Higher education Research and Development; 1997; Vol. 16: 135-159
73. Creswell W. J. *Educational Research: Planning, Conducting and Evaluating Quantitative and Qualitative Research.* New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2005.

## PRIEDAI

### 1 Priedas Pusiau struktūrizuoto interviu forma

#### Bendrieji klausimai

1. Jūsų nuomone, kokie veiksniai apskritai lemia bet kokios darbovietės pasirinkimą?
2. Su kuo Jums asocijuojasi kaimo vietovės arba rajonas? Su kuo miestas?
3. Ar Jūs kilęs/kilusi iš miesto, ar užmiesčio?
4. Kaip manote, kodėl gydytojai nevyksta dirbti į rajonines įstaigas?
5. Kaip manote, kokie veiksniai įtakoja tuos, kurie atvyksta dirbti į rajonus?
6. Kaip manote, ar gydytojo rezidento ir baigusio rezidentūrą gydytojo pasirinkimo dirbti rajone motyvai sutampa?

#### Veiksniai

7. Kokios specialybės gydytojas esate?
8. Ar tai Jūsų pirmoji savarankiškai pasirinkta darbovietė po gydytojo kvalifikacijos įgijimo? Ar tai pagrindinė (vienintelė) Jūsų darbo vieta šiuo metu?
9. Gal pamenate, kokios priežastys lėmė, kad Jūs savo karjeros posūkiu pasirinkote rajono ligoninę? Kokius išskirtumėte svarbiausius veiksnius, lėmusius pasirinkimą?
10. Kaip sužinojote apie laisvą dabartinę darbo vietą? Gal esate girdėjusi apie kitus būdus, kaip studentai arba gydytojai sužino apie laisvas darbo vietas rajonuose?
11. Ar rinkotės iš keleto rajoninių įstaigų ar tai buvo vienintelė norima pozicija? Kas lėmė, jog pasirinkote šią?

#### Darbo patirtis

12. Kokie prieš pradėdami dirbti rajono ligoninėje buvo jūsų lūkesčiai? Ar pasiteisino, kuo nusivylėte?
13. Kaip vertintumėte santykius darbe su pacientais, kolegomis, vadovais?

14. Kokius skirtumus galėtumėte išskirti lyginant darbą miesto ir rajoninėje įstaigoje?
15. Kokie ateities (profesinės) planai? Ar neketinate keisti darbo vietos artimiausiu 5 metų laikotarpiu?
16. Koks dabar vyrauja požiūris apie gydytojų darbo sąlygas rajonuose ir ar tai, remiantis jūsų patirtimi iš tiesų tiesa?
17. Kaip manote, kokiomis savybėmis turi pasižymėti gydytojas, nusprendęs dirbti kaimo vietovėje?
18. Jeigu reikėtų duoti patarimą studentui arba gydytojui, kodėl rekomenduotumėte ir kodėl nerekomenduotumėte pasirinkti rajoninę ligoninę vietoj pvz. respublikinės?

#### Priemonės

19. Kokias priemones apskritai girdėjote, jog yra įgyvendinamos Lietuvoje siekiant pritraukti gydytojus į rajonus?
20. Gal pamenate, kokios naudotos priemonės jus motyvavo pasirinkti darbą rajone ar būtent šioje įstaigoje? (finansinės paskatos, universiteto įtaka ir kt. )
21. Jūsų nuomone, ar vykdoma švietimo sistemos iniciatyva, sveikatos priežiūros sektoriaus pokyčiai skatina gydytojus susidomėti darbu rajoninėse įstaigose?
22. Kokios pagalbos pasigendante renkantis darbo vietą po studijų? Kaip manote, kokie suinteresuotų grupių veiksmai galėtų palengvinti darbo apsisprendimą (kaip galėtų prisidėti universitetai, vyriausybė, savivaldybės, rajoninės ligoninės ar kt., kad visgi padidėtų jaunų specialistų susidomėjimas rajonų sveikatos priežiūros įstaigomis)