

VILNIAUS UNIVERSITETAS
LIETUVOS SOCIALINIŲ TYRIMŲ CENTRAS

ANNA LIPNEVIČ

LIETUVOS GYDYTOJŲ MOBILUMAS TRANSNACIONALINĖJE
SOCIALINĖJE ERDVĖJE

Daktaro disertacija
Socialiniai mokslai, sociologija (05 S)

Vilnius, 2015

Disertacija rengta 2010–2014 m. Lietuvos socialinių tyrimų centre.

Mokslinė vadovė:

Prof. dr. (HP) Meilutė Taljūnaitė (Lietuvos socialinių tyrimų centras,
socialiniai mokslai, sociologija – 05 S).

TURINYS

ĮVADAS	7
Pagrindinės sąvokos.....	22
Sutrumpinimų paaiškinimai.....	25
Priedų sąrašas.....	26
Lentelių sąrašas.....	27
Paveikslų sąrašas	28
Schemų sąrašas	29
1. TRANSNACIONALINĖS SOCIALINĖS ERDVĖS KONCEPTUALIZAVIMAS	30
1.1. Ludger Pries socialinės erdvės koncepcija	36
1.2. Thom Faisto transnacionalinių bendruomenių tinklo koncepcija.....	38
1.3. Kitos transnacionalinės socialinės erdvės formavimosi įžvalgos.....	40
1.4. Transnacionalizmas, kaip transnacionalinės socialinės erdvės formavimosi ir joje vykstančių procesų aiškinimo konceptas.....	41
2. TRANSNACIONALINĖ SOCIALINĖ STRUKTŪRA IR SOCIALINIS MOBILUMAS.....	43
2.1. Socialinis mobilumas transnacionalinėje socialinėje erdvėje.....	46
2.2. Socialinio statuso siekimo teorija	50
Blau ir Duncan'o statuso siekimo koncepcija transnacionalinėje perspektyvoje	51
Duncan SEI indeksas ir socialinės padėties indikatoriai.....	54
Wisconsin socialinio statuso siekimo koncepcija arba SHP modelis	55
Kitos socialinio statuso siekimo koncepcijos.....	57
2.3. Socialinio statuso siekimas racionalaus pasirinkimo teorinės priegos šviesoje .	58
2.4. Socialinio mobilumo veiksniai ir kanalai	58
2.5. Socialinio mobilumo galimybės ir ribotumai transnacionalinėje perspektyvoje.	62

2.6.	Transnacionalizacijos, transnacionalizmo, socialinio statuso (pa)siekimo ir racionalaus pasirinkimo paradigmų derinimas	65
2.7.	Socialinio mobilumo vertinimas	66
3.	MOBILUMO TRANSNACIONALINĖJE SOCIALINĖJE ERDVĖJE EMPIRINIO TYRIMO METODOLOGIJA.....	70
3.1.	Empirinio tyrimo modelis ir etapai	70
3.2.	Tyrimo tikslinės grupės pasirinkimo pagrindimas.....	72
3.3.	Metodologijos pasirinkimo argumentai	73
3.4.	Kokybinio tyrimo dizainas.....	77
4.	GYDYTOJŲ PROFESIJOS SOCIALINĖS CHARAKTERISTIKOS	81
4.1.	Lietuvoje atliktų tyrimų, kuriuose analizuojami su gydytojų socialiniu statusu susiję aspektai, kryptys	82
4.2.	Gydytojo profesijos funkcijos. Galios pokyčiai	83
4.3.	Gydytojų socialinis portretas	85
5.	GYDYTOJAI LIETUVOJE, EUROPOJE IR PASAULYJE (kiekybinis tyrimas) .	97
5.1.	Situacijos Lietuvoje analizė	97
5.1.1	Medicinos studijų pasirinkimo Lietuvoje pokyčiai	97
5.1.2	Priėmimo į medicinos studijas ir absolventų kitimas	98
5.1.3	Gydytojų tankumo Lietuvoje regioniniai netolygumai ir kitimas laike.....	100
5.1.4	Gydytojų skaičiaus ir amžiaus struktūros pokyčiai Lietuvoje.....	101
5.1.5	Gydytojų darbo krūvių kitimas	103
5.1.6	Lietuvos gydytojų pagrindinių socialinio statuso komponentų - prestižo ir atlygio - (ne) suderinamumas.....	103
5.1.7	Korupcija sveikatos sektoriuje.....	106
5.2.	Gydytojų mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje kontekstas ir galimybės	108

5.2.1	Gydytojų rengimas ES ir kitose Europos šalyse	108
5.2.2	Gydytojų pasiskirstymo netolygumai ir poreikio Pasulyje prognozės.....	111
5.2.3	Gydytojų tankumas Europoje	114
5.2.4	Gydytojų darbo apmokėjimo netolygumų tarp valstybių analizė.....	118
5.2.5	Gydytojų teritorinis mobilumas: priežastys ir kryptys	122
6.	LIETUVOS GYDYTOJŲ SOCIALINIO MOBILUMO NUOSTATOS, STRATEGIJOS IR SOCIALINIO STATUSO BEI JO KITIMO VERTINIMAS	128
6.1.	Gydytojų pasiruošimo profesinei veiklai veiksniai ir etapai	128
6.1.1	Gydytojo profesijos pasirinkimas – socialinio mobilumo strategija	128
6.1.2	Gydytojo specializacijos pasirinkimo veiksniai	135
6.1.3	Mokslinio laipsnio siekimo ir mokslinio darbo vertinimai.....	141
6.2.	Socialinio mobilumo galimybių ir ribotumų vertinimas.....	144
6.2.1	Jaunų gydytojų socialinio mobilumo galimybės Lietuvoje	144
6.2.2	Mobilumo galimybių transnacionalinėje socialinėje erdvėje vertinimas ...	146
6.2.3	Konkurencija.....	150
6.2.4	Darbo valstybinėse ir privačiose įstaigose Lietuvoje privalumai bei trūkumai	153
6.2.5	Socialinio mobilumo galimybių regioniniai skirtumai	158
6.2.6	Gydytojų darbo specifikos skirtumai.....	162
6.2.7	Gydytojų santykiai su farmacininkais ir kvalifikacijos tobulinimas	164
6.2.8	Lietuvos gydytojų profesionalumo vertinimas ir įsivertinimas	166
6.3.	Gydytojų prestižo ir atlygio prieštaros Lietuvoje	168
6.3.1	Gydytojų profesijos prestižo, kaip svarbaus jų socialinį statusą apibūdinančio fenomeno, vertinimas.....	168
6.3.2	Gydytojų atlygio vertinimas	170
6.3.3	Nuostatos pajamų nelegalumo klausimu ir prieštaravimai	174

6.4.	Gydytojų darbo migracijos priežastys, nuostatos ir patirtys	177
6.4.1	Darbo užsienyje paieškos priežastys.....	177
6.4.2	Teritorinio mobilumo patirtys ir darbo užsienyje nuostatos	180
6.4.3	Gydytojų ryšys su Lietuva. Išvykimo barjerai.....	183
6.4.4	Darbo užsienyje paieškos strategijos	186
6.5.	Darbo vietos, krūvio ir šalies pasirinkimo strategijos.....	187
6.5.1	Darbo vietos ir krūvio pasirinkimo strategijos	187
6.5.2	Gydytojų darbo keliose šalyse strategija	190
6.6.	Lietuvos gydytojų transnacionalumo raiška	192
6.7.	Kokybinio tyrimo rezultatų apibendrinimas	200
6.7.1	Racionalus pasirinkimas: profesijos, specializacijos, darbo vietos ir šalies	200
6.7.2	Mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje tyrimo apibendrinimas	202
6.7.3	Apibendrinimas: gydytojų socialinio statuso siekimo etapai ir socialinį mobilumą lemiantys veiksniai (kokybinio tyrimo duomenys)	203
6.7.4	Apibendrinimas: Lietuvos gydytojų socialinio mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje strategijos	204
	IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS.....	208
	Naudotos literatūros sąrašas	218
	P R I E D A I.....	231

ĮVADAS

Darbo aktualumas. Svarbiausiuose Lietuvos valstybės teisiniuose dokumentuose¹ pažymima, kad gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė, prioritetinga strateginė kryptis, valstybės uždavinys, o sveikata - asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, pamatinė visuomenės gyvavimo sąlyga, sumanios ir veiklios visuomenės būtinybė, kurios užtikrinimui, palaikymui sveikatos priežiūros sistemose viena svarbiausių užduočių tenka *gydytojams* (LGS, 2004; LRS, 1996). Iš kitos pusės, afišuojamos tokios grėsmės kaip senstanti visuomenė, naujų ligų protrūkiai, dar labiau padidina gydytojų profesijos svarbą net gyventojų mažėjimo sąlygomis. Gydytojai tampa konkurencijos tarp valstybių objektu, kurio priežastys yra ne tik sveikatos prioritetai, bet ir gydytojų pasiskirstymo netolygumai, žinių², kaip valstybių konkurencingumo pagrindo, vaikymasis. Akcentuojama gydytojų emigracijos grėsmė, o pats mobilumo tarp valstybių procesas, apibūdinamas kaip „gydytojų importas“ (Jennings, 2010) ar „gydytojų eksportas“ (Žakevičius, 2013; Blue, 2010), „protų nutekėjimas“ (Labanauskas, 2006; Rinkevičius ir Kazlauskienė, 2006) turi ir kitų atspalvių – „protų cirkuliacija“ (Labanauskas, 2006), „transnacionalinis gyvenimo būdas“, „transnacionalinė gydytojų karjera“ (Taljūnaitė et al., 2012), „gydytojų internacionalizmas“ ir „tarptautinė gydytojų misija“ (Blue, 2010), „transnacionalinis identitetas“ ir „translokacija“ (Čiubrinskas, 2014), ir kt. Gydytojų išvykimas iš nacionalinių valstybių neretai būna trumpalaikis arba ribotos trukmės, pvz. stažuotės, tarptautinės gydytojų konferencijos ir netgi formalios studijos – tampa svarbiomis kvalifikacijos

¹ Žr. Lietuvos Respublikos Konstitucija (1992), Valstybės pažangos strategija "Lietuva 2030" (LRS, 2012), Sveikatos sistemos įstatymas (LRS, 1994), Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 m. plėtros matmenys (LRS, 2011), Gydytojo medicinos praktikos įstatymas (LRS, 1996) ir kt.

² Visuomenei pereinant iš industrinės į poindustrinę, žinių visuomenę (atvirą, išsilavinusią ir besimokančią), svarbiausias valstybių konkurencingumo pagrindas tampa žinios ir kompetencija (Rakauskienė ir Tamošiūnienė, 2013; Garalis, 2004: 18; David and Foray, 2002; ir kt).

tobulinimo aplinkybėmis, subjektyvaus socialinio mobilumo strateginiai komponentai.

Visi šie argumentai suponuoja gydytojų, kaip prioritetinės socialinės grupės, tyrimų svarbą. Iš kitos pusės, dabartinėje visuomenėje vykstantys pokyčiai apibūdinami kaip globalizacija (pasaulio siaurėjimas, transnacionalinių ryšių intensyvėjimas, judėjimo kliūčių nykimas, vietos svarbos mažėjimas ir kt.), transnacionalinių socialinių sluoksnių formavimasis (Matonytė ir Morkevičius, 2013: 28) atsiranda būtinybė peržiūrėti visuomenės socialinės tvarkos/struktūros formavimosi klausimus ne tik nacionaliniu ar lyginamuoju tarptautiniu kampu, bet ir visaapimančioje transnacionalinėje erdvės perspektyvoje. Socialinio statuso siekimas neretai peržengia valstybių ribas, todėl individų ir grupių socialinio mobilumo tyrimai tik nacionalinėje perspektyvoje yra nepakankami.

Socialinio mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje procesas neatsiejamas nuo migracijos fenomeno: socialinis mobilumas įvardijamas kaip viena iš migracijos (transmigracijos)³ priežasčių (Barcevičius ir Žvalionytė, 2012; Stulgienė ir Daunorienė, 2009; Rinkevičius ir Kazlauskienė, 2006), o migracija/teritorinis mobilumas – svarbiu vertikalaus socialinio mobilumo kanalu (Sipavičienė ir Stankūnienė, 2011), išsluoksniavimo veiksmu (Bauman, 1998, 2002). Tačiau aukštos kvalifikacijos specialistų, tame tarpe ir gydytojų, vienakryptė migracija, kuri dar vadinama „protų nutekėjimu“ kelia susirūpinimą ne tik valstybės vadovams, politikos formuotojams, bet ir mokslo bendruomenei. Pavyzdžiui, gydytojų paruošimas yra vienas brangiausių ir ilgiausiai trunkančių procesų, todėl bet koks gydytojų praradimas ar nepakankamas jų rengimas ilginiui gali turėti skaudžių pasekmių. Pastaruoju metu gydytojų trūkumo problema Europoje aštrėja dėl kelių priežasčių: pirmiausia dėl senstančios visuomenės, o antra – dėl jaunų gydytojų mobilumo, todėl apsirūpinimas žmogiškaisiais sveikatos priežiūros ištekliais tampa valstybių politikos prioritetu

³ Migracija (transmigracija) apibrėžiama kaip nevienakryptis ir negalutinis teritorinis judumas tarp valstybių (Liubinienė, 2009: 130).

(Taljūnaitė et al., 2012). Vykstant šiems procesams, didėja įtampa tarp gydytojų prarandančių ir gydytojų priimančių šalių. Iš kitos pusės, transnacionalinis mobilumas individo lygmeniu turi daugiau privalumų nei trūkumų. Visų pirma ji suteikia spartesnio socialinio mobilumo galimybę. Pasinaudoti migracija kaip socialinio mobilumo kanalu aukštos kvalifikacijos specialistams, ypač gydytojams, tampa vis paprasčiau (Sipavičienė et al., 2011: 328) dėl viršvalstybinių procesų: valstybių jungimosi į sąjungas (pvz. ES), bendros tokių organizacijų politikos ir teisinės sistemos formavimo įvairiose srityse, tame tarpe ir švietimo. Tai sąlygoja palankesnių socialinio statuso siekimo transnacionalinėje perspektyvoje formavimąsi: paprastėja įgytos kvalifikacijos pripažinimas transnacionalinėje erdvėje, įtvirtinta laisvo asmenų judėjimo teisė įtakoja sienų peržengiamumo procesą. Pavyzdžiui, gydytojas, ilgai mokėsis medicinos mokslų, deja, šiandien sunkiai kuriasi Lietuvoje, tačiau žymiai lengviau jam sekasi rasti norimą/tinkamą darbą kitose ES šalyse. Kiek linksmesnė perspektyva, kai gydytojas socialinio statuso siekimui renkasi ne vienakryptę migraciją, o transmigraciją. Toks pasirinkimas nėra toks skausmingas kilmės valstybei, bet gali būti ne mažiau naudingas pačiam individui socialinio statuso siekimo procese.

Socialinio mobilumo (judumo) tema yra sociologijos klasika. Jo tyrimai Pasaulyje turi beveik šimtmečio tradicijas. Lietuvoje pirmieji šioje srityje moksliniai darbai pasirodė praėjusio šimtmečio 8 dešimt., o šių tyrimų pradininkai bei didelę įtaką socialinės struktūros ir socialinio mobilumo Lietuvoje tyrimams padarę mokslininkai yra A. Matulionis ir M. Taljūnaitė (Matulionis, 1983; Matulionis, 1982; Matulionis, 1981; Matulionis, 1980; Matulionis, 1979; Taljūnaitė, 1979; ir kt. darbai). Socialinio mobilumo fenomenas dėl tam tikrų istorinių aplinkybių (pvz. sovietmečiu - visuomenės socialinio vienalytiškumo siekimas, esminių skirtumų tarp fizinio ir protinio darbo šalinimas) mūsų šalyje imtas plačiau tyrinėti tik atgavus nepriklausomybę.

Pastaruoju metu tarptautinėje mokslo erdvėje ryškėja socialinio mobilumo migracijos kontekste tyrimų kryptis (Botterill, 2012; Berg, 2011; Papademetriou,

Somerville ir Sumption, 2009; Botterill, 2008; ir kt.), kurioje neretai socialinio mobilumo klausimas siejamas su imigrantų integracijos reiškiniu. V. Stankūnienės ir A. Sipavičienės straipsnyje teigiama, jog migracija vis dažniau virsta socialinio mobilumo kanalu (Sipavičienė ir Stankūnienė, 2011). Kita vertus, šio reiškinio analizei Lietuvoje skiriamas nepakankamas dėmesys, ir apskritai publikacijų socialinio mobilumo tema nėra daug. Socialinis judumo reiškinys tiriamas įvairiais aspektais, tačiau mažai analizuojamas profesiniu aspektu: šioje tyrimų kryptyje paminėtina L. Varžinskienės disertacija, kurioje analizuodama socialinio darbo profesijos statusą Lietuvoje autorė nemažai dėmesio skiria vienos profesinės grupės socialinio judumo analizei (Varžinskienė, 2008). Yra pavienių straipsnių, kuriuose socialinė padėtis ir jos kaita analizuojama lyties ir tautybės aspektais (Novelskaitė, 2008; Matonytė, 2002; Kasatkina, 2002), Moterų informacijos centre 2009 m. atliktas moterų ir vyrų padėties pokyčių visose srityse išplėstinis tyrimas (Iljina ir Purvaneckienė, 2012; Purvaneckienė, 2009). Pirmieji socialinio mobilumo tyrimai Lietuvoje buvo skirti mobilumo tarp kartų (intergeneracinio mobilumo) analizei profesijos pasirinkimo, socialinio aktyvumo, profesijos perimamumo perspektyvoje (Matulionis, 1982; Taljūnaitė, 1979). Vėliau, jau atkūrus nepriklausomybę, atsirado daugiau intergeneracinio mobilumo tyrimų: 2008 m. O. Monkevičienė tyrinėjo skirtingo socialinio statuso šeimų vaikų socialinį mobilumą (Monkevičienė, 2005); Šiaulių universitete 2010–2012 m. tirtas įvairių veiksnių poveikis kaimo vaikų socialiniam mobilumui (Juodaitytė et al., 2012). Yra tiriamos socialinio mobilumo iš švietimo sąsajos: I. Mikutavičienė savo disertacijoje, tirdama švietimo ir socialinės nelygybės sąveiką, analizuoja formalių ir neformalių tinklų vaidmenį socialinio mobilumo kontekste (Mikutavičienė, 2009). Visos šios publikacijos yra svarbios siekiant kuo geriau iširti ir pažinti socialinio mobilumo ypatumus. Tačiau šie darbai remiasi *metodologiniu nacionalizmo principu*⁴, t. y. socialinis mobilumas tyrinėjamas

⁴ *Metodologinis nacionalizmo principas* reiškia, jog tyrinėjami nacionaliniai vienetai ir reiškiniai,

vienos valstybės kontekste, tačiau rasti Lietuvos mokslininkų darbų, kuriuose būtų išsamiai atskleistas socialinis judumas (trans)migracijos sąlygomis, praktiškai nėra. Išimtis – 2012 m. pasirodžiusi mokslo studija, parengta remiantis 2011-2012 m. Lietuvos socialinių tyrimų centre vykdyto projekto pagrindu. Joje analizuojamos Lietuvos gydytojų karjeros galimybės ir pokyčiai Lietuvoje ir Europos šalyse: JK, Norvegijoje, Vokietijoje ir Airijoje (Taljūnaitė et al., 2012), kurie yra svarbūs socialinio statuso siekimo transnacionalinėje socialinėje erdvėje tyrimui. Be to, svarbus yra 2007 m. mokslininkų M. Taljūnaitės ir L. Labanausko atliktas longitudinalinis tyrimas, kuriame vienas iš uždavinių buvo atskleisti profesinės karjeros ir migracijos santykį (Labanauskas, 2008).

Lietuvoje darbų, susijusių su gydytojų socialiniu mobilumu praktiškai nėra. Dažniau yra tiriamos gydytojų migracijos nuostatos ir mastai. Neseniai Lietuvos sveikatos mokslų universiteto atliktame žmogiškųjų sveikatos priežiūros išteklių tyrime „Dienos fotografijos“ buvo nustatyta, jog nuo įstojimo į ES iš Lietuvos išvyko apie 3 proc. visų Lietuvos gydytojų (išskyrus chirurgus – jų išvyko 8,5 proc., akušerius-ginekologus – 4,7 proc. ir akušerius – 6 proc.) (LSMU, 2011). Yra ir kitų darbų apie Lietuvos gydytojų ketinimus emigruoti iš Lietuvos (Labanauskas, 2006; Novelskaitė ir Riska, 2006; Stankūnas, Lovkytė ir Padaiga, 2004; Gaižauskienė et al., 2002; ir kt.), tačiau pastarosios profesijos atstovų socialinio statuso migracijos perspektyvoje tyrinėjimų nėra.

Taigi, gydytojų, kaip strategiškai svarbios profesijos individams ir visai visuomenei, problemos, siejamos su gydytojų migracijos klausimais, ir jų neištirtumas, pačių gydytojų socialinio mobilumo nuostatų ir galimybių transnacionalinėje socialinėje erdvėje neaiškumas bei socialinio mobilumo transnacionalinė perspektyvoje tyrimų trūkumas yra svarbios priežastys, kurias

vykstantys nacionalinių valstybių ribose, remiamasi nacionalinių valstybių duomenimis. Pasaulis matomas kaip tautinių valstybių visuma, todėl ir analizės vienetu laikoma būtent tokia valstybė (Valavičienė, 2012; Juozeliūnienė, 2010: 171). Nacionalinė valstybė suvokiama kaip svarbiausias empirinių tyrimų kontekstas (Kuznecovienė, 2013: 171, 173).

paskatino imtis Lietuvos gydytojų socialinio mobilumo transnacionalinėje perspektyvoje tyrimo.

Tyrimo problema. Nors socialinio mobilumo siekiai jau kuris laikas peržengia valstybių ribas, tačiau šio fenomeno kilmės ir eigos bruožai nėra visiškai aiškūs. Ši tyrimų kryptis yra praktiškai tik užuomazgos stadijoje tiek Lietuvoje, tiek ir Pasaulyje. Dažniau yra analizuojamas socialinis mobilumas vienos valstybės ribose, tačiau toks požiūris yra ribotas ir neleidžia visapusiškai atskleisti socialinėje struktūroje vykstančių procesų. Be to, socialinio mobilumo tyrimai Lietuvos akademinėje literatūroje apskritai yra epizodiški ir nesulaukia deramo mokslininkų dėmesio, nors tai vienas svarbiausių socialinėje erdvėje vykstančių procesų, laikui bėgant įgaunantis vis kitų bruožų pasikeitus tam tikroms aplinkybėms: technologinėms galimybėms, ekonominei ir/ar politinei situacijai bei kt.

Gydytojo profesija priskiriama prie svarbiausių žinių visuomenės profesijų, tačiau gydytojo profesijos problemų analizei tiek mokslo, tiek politikos erdvėje skiriamas nepakankamas dėmesys. Ilgai mokęsis medicinos mokslų, Lietuvos gydytojui sudėtinga kilti socialiniais laiptais Lietuvoje, todėl jo socialinio statuso siekimas dažnai peržengia valstybių ribas, o tai turi pasekmių ne tik pačiam individui, bet ir visai visuomenei. Neretai gydytojai pasirenka vienakryptį ilgalaikį teritorinį mobilumą (emigracija) savo socialiniams ir kitiems siekiams realizuoti. Tačiau toks sprendimas gali turėti ilgalaikį neigiamą poveikį šaliai – gydytojų „netektis“ kelia grėsmę kilmės valstybės socialiniam saugumui, darniam vystymuisi ir stabilumui. Kokios priežastys nulemia Lietuvos gydytojų statuso ieškojimus platesnėje erdvėje, kokias problemas jie išvelgia kilmės valstybėje ir kokius problemų sprendimus jie siūlo patys? Šie probleminiai klausimai sudaro pagrindą šios disertacijos tikslui formuluoti.

Darbo tikslas – atskleisti Lietuvos gydytojų socialinio mobilumo veiksnius, nuostatas, siekius ir patirtis transnacionaliniame kontekste įvertinant jų socialinio

statuso komponentų suderinamumą Lietuvoje bei socialinio mobilumo galimybių nacionalinėje ir transnacionalinėje socialinėse erdvėse skirtumus.

Darbo objektas – Lietuvos gydytojų, dirbančių/dirbusių Lietuvoje ir/arba užsienio šalyse, socialinis mobilumas transnacionalinėje perspektyvoje.

Uždaviniai:

1. Transnacionalinės socialinės erdvės koncepcijų analizė ir savitos sampratos formavimas. Socialinės ir geografinės erdvių panašumų ir skirtumų apibendrinimas.

2. Transnacionalinės socialinės struktūros, socialinės nelygybės, socialinio statuso ir mobilumo transnacionalinėje perspektyvoje konceptualizavimas.

3. Statuso siekimo ir racionalaus pasirinkimo teorinių prieigų analizė ir jų derinimo galimybės socialinio mobilumo tyrimuose nustatymas. Mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje veiksnių kategorijų išskyrimas ir aptarimas, galimybių bei ribotumų išryškinimas.

4. Socialinio mobilumo vertinimo paradigmos pasirinkimo pagrindimas.

5. Konceptualaus mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje empirinio tyrimo modelio konstravimas.

6. Gydytojų, kaip specifinės statuso grupės, profesijos svarbiausių funkcijų išskyrimas ir socialinio portreto apibūdinimas.

7. Lietuvos gydytojų rengimo, pasiskirstymo, darbo krūvio, apmokėjimo ir korupcijos sveikatos sistemoje situacijos Lietuvoje analizė. Gydytojų prestižo ir atlygio suderinamumo Lietuvoje įvertinimas antrinių duomenų pagrindu (kiekybinis tyrimas).

8. Gydytojų rengimo, pasiskirstymo, darbo apmokėjimo ir poreikio skirtumų Europoje ir Pasulyje analizė, teritorinio mobilumo krypčių išryškinimas (kiekybinis tyrimas remiantis statistinių duomenų ir antrinių šaltinių duomenų analize).

9. Lietuvos gydytojų socialinio mobilumo nuostatų, statuso siekimo strateginių krypčių ir subjektyvaus socialinio mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje vertinimo empirinis tyrimas ir duomenų analizė (kokybinis tyrimas).

Ginami disertacijos teiginiai:

1. Lietuvos gydytojai yra prieštaringame profesijos prestižo ir darbo atlygio kontekste Lietuvoje.
2. Pagrindinė Lietuvos gydytojų transmigracijos priežastis yra socialinio statuso komponentų suderinamumo siekis.

Darbo tikslas ir uždaviniai nulėmė kelių metodologinių paradigų pasirinkimą ir savito teorinio tyrimo modelio formavimą. **Teorinės priegos**, kuriomis remiantis grindžiamos disertacinio tyrimo metodologinės nuostatos ir tyrimo episteminė pozicija, yra:

1. Transnacionalizmo paradigma.
2. Statuso siekimo teorinė prieiga.
3. Racionalaus pasirinkimo teorinė prieiga.

Disertaciniame tyrime *statuso siekimo paradigma* laikoma tyrimo pagrindine teorine perspektyva, o *transnacionalizmo prieiga* - konceptualia tyrimo ašimi.

Mokslinis naujumas. Disertacinio darbo „Lietuvos gydytojų mobilumas transnacionalinėje socialinėje erdvėje“ mokslinis naujumas atsispindi pagrindiniame tyrimo tikslu, kuris nurodo į itin kompleksinę tyrimų kryptį. Šis tyrimas praplečia retai ir fragmentiškai analizuojamą socialinio mobilumo tyrimų lauką Lietuvoje, atveria naujus ir plačius šio fenomeno tyrimų horizontus. Tai vienas iš pirmųjų bandymų Lietuvoje apibrėžti ir taikyti sudėtingo ir kompleksinio fenomeno – socialinio mobilumo – tyrimų transnacionalinėje perspektyvoje gaires.

Tyrimas yra novatoriškas, kadangi užtikrintas kompleksinis požiūris į gydytojo profesiją ir jos atstovus transnacionalinėje socialinėje erdvėje: atskleistas teorinis kontekstas ir aptarti naujausi pasiekimai; apibrėžtos svarbiausios analizuojamos profesijos atstovų funkcijos; pateiktas gydytojų, kaip socialinės ir kartu statuso grupės, socialinis portretas; išanalizuota gydytojų rengimo ir skaičiaus dinamika, atskleisti teritorinio pasiskirstymo netolygumai Lietuvoje ir Europoje; atskleistos ir palygintos gydytojų socialinio mobilumo galimybės nacionalinėje ir transnacionalinėje socialinėse erdvėse bei padarytas išsamus subjektyvių vertinimų apibendrinimas.

Vienas pagrindinių šio mokslinio darbo pasiekimų yra tas, jog jame atskleidžiamas gydytojų socialinio statuso komponentų prieštaravimas Lietuvoje, pateikiamos jo atsiradimą sąlygojusios aplinkybių įžvalgos, be to išryškinama šio nesuderinamumo tiesioginė įtaka mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje nuostatoms ir siekiams.

Nors kiekybine metodologija pagrįsti tyrimai užima vyraujančią poziciją socialinės struktūros ir socialinio mobilumo tyrimuose Lietuvoje, šis tyrimas reikšmingai papildo socialinio mobilumo tyrimo lauką nepakankamai taikoma, bet itin reikšminga siekiant kuo arčiau priartėti prie socialinės tikrovės ir geriau suprasti socialinius fenomenus, kokybine tyrimų metodologija. Svarbu ir tai, jog šis tyrimas leidžia naujai įvertinti socialinio statuso siekimo teorijos taikymo galimybes kokybinių tyrimų srityje ir transnacionalinėje perspektyvoje.

Darbas yra naujoviškas, kadangi socialinis mobilumas analizuojamas remiantis novatoriškomis šioje srityje metodologinėmis priegomis: transnacionalizmo ir subjektyvizmo. Darbe neapsiribojama vien transnacionalinės socialinės erdvės ir mobilumo joje turinio apibūdinimu, bet pateikiamas platus veiksmų, kurie daro poveikį socialinio statuso siekimui ir siekimo galimybėms transnacionalinėje perspektyvoje, spektras.

Racionalaus pasirinkimo teorinė priegos taikymas yra svarbus žingsnis socialinio mobilumo tyrimuose. Tyrimas parodė, jog ši teorinė priegia leidžia

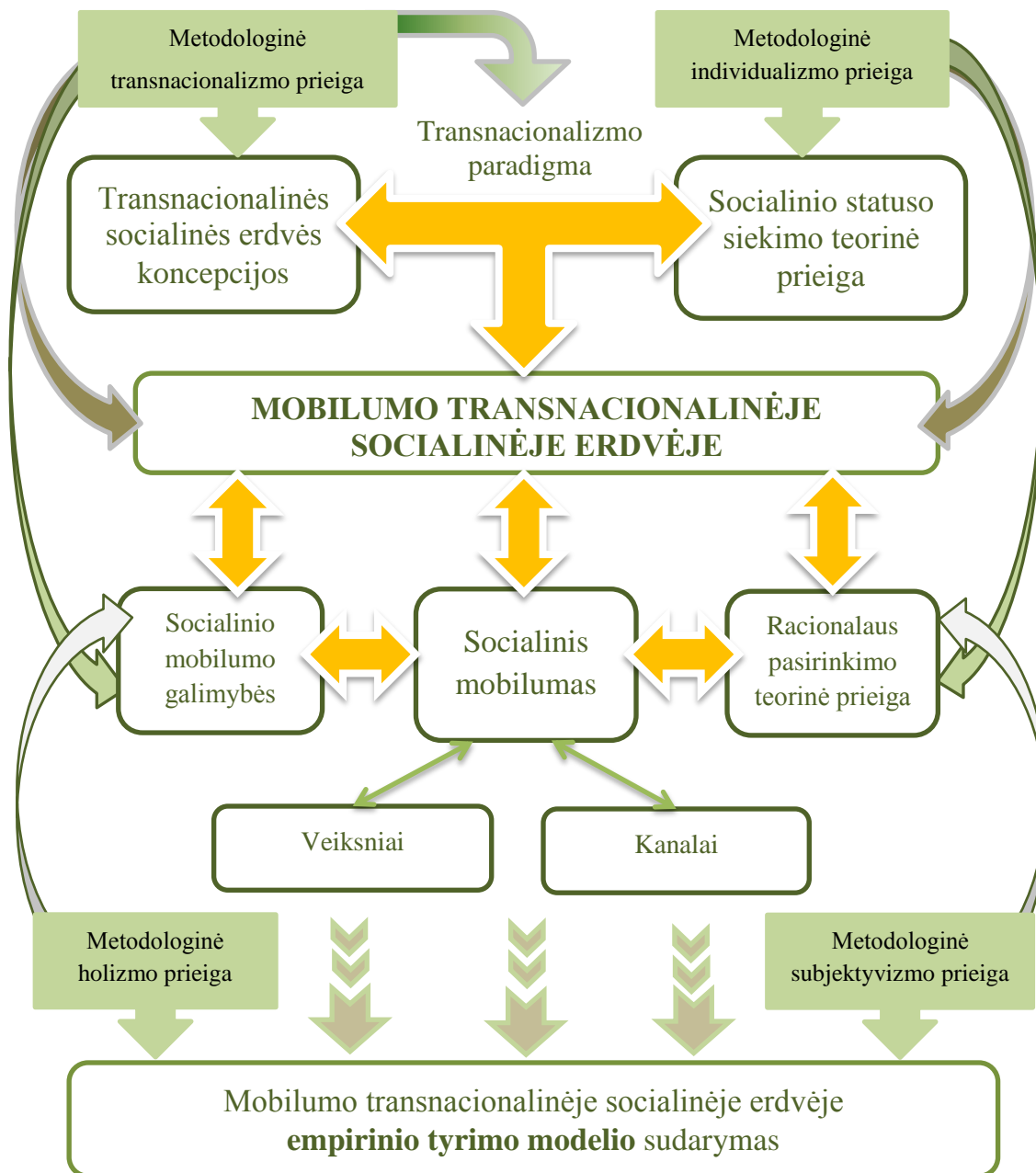
giliau pažvelgti į socialinio mobilumo strategijų pasirinkimą, paaiškinti tam tikras socialinio mobilumo nuostatas ir kryptis.

Disertacijos mokslinis naujumas atsikleidžia siekyje išryškinti sudėtingų socialinių reiškinių ir tuo pačiu klasikinių sociologijos kategorijų - *socialinės struktūros ir socialinio mobilumo* – tarpdisciplininio tyrimo perspektyvą derinant socialinių, humanitarinių, biomedicinos ir technologijos mokslo sričių teorines prieigas ir galimybes.

Dar svarbu pabrėžti, jog disertacijos tyrimo rezultatai praplečia ir pagilina sociologinį žinojimą apie transnacionalinėje socialinėje erdvėje vykstančius procesus, be to, papildo ne itin gausius socialinio mobilumo tyrinėjimus Lietuvoje, praturtina juos nebūdingų šiai sričiai metodologinių prieigų taikymo išvalgomis. Kokybinio tyrimo metu gauti rezultatai atskleidė socialinio statuso siekimo fenomeno transnacionalinėje perspektyvoje kompleksiskumą, praplėtė sociologinį žinojimą apie socialinio mobilumo galimybių nacionalinėje ir transnacionalinėje erdvėje amplitudės nesutapimus.

Tyrimo modelis. Disertacijos tyrimą sudaro teorinė ir empirinė dalys. Teorinė analizė yra svarbi integruotos teorinės paradigmos kūrimui ir empirinio tyrimo pagrindimui. Teorinio tyrimo modelis (žr. 1 schemą), kaip apibendrintas teorinės analizės eskizas ir strategijos vaizdinys, yra svarbus tyrimo nuoseklumui pagrįsti.

Teoriniame tyrime, derinant skirtingas sociologinio mąstymo tradicijas, mikro ir makro sociologijos prieigas, siekiama atskleisti sudėtingo reiškinio – individų socialinio mobilumo transnacionalinėje perspektyvoje - kilmės ir formavimosi bruožus.



Schema 1. Disertacijos teorinio tyrimo ir metodologijos pasirinkimo loginė schema

Disertacijos empirinio tyrimo metodologija grindžiama sisteme metodologine prieiga: kokybinio ir kiekybinio tyrimo metodologinėmis paradigmomis. **Kokybine metodologine prieiga** buvo siekiama ieškoti vidinių socialinio mobilumo nuostatų ir atskleisti socialinio mobilumo vertinimą remiantis pačių atstovų patyrimu. **Kiekybinė tyrimų paradigma** buvo svarbi kontekstinei

analizei, t. y. socialinio mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje galimybių vertinimui.

Disertacijos moksliniam tyrimui atlikti buvo naudojami šie **tyrimo metodai**: mokslinės literatūros analizė ir sintezė, sisteminė analizė, lyginimo metodas, dokumentų bei statistinių duomenų analizė, aprašomoji ir erdvinė statistika, erdvinė analizė, turinio analizė, pusiau struktūruoti interviu, kokybinių duomenų interpretacinė analizė.

Tyrimo duomenys. Pagrindiniai empirinio tyrimo metu (kiekybiniam tyrimui) naudoti statistiniai duomenys yra gauti iš šių šaltinių: Eurostato, PSO, Lietuvos statistikos departamento, LAMABPO (Lietuvos aukštųjų mokyklų asociacijos bendrajam priėmimui organizuoti) ir LR SAM Higienos instituto statistiniai duomenys. Kokybinio tyrimo duomenų šaltinis yra gydytojų interviu duomenys (n=30). Darbe naudoti ir Lietuvos Respublikos teisės aktai.

Disertacinio darbo aprobavimas. Disertacijos tema publikuoti moksliniai darbai:

1. **Lipnevič A.** (2013) Gydytojų socialinis mobilumas transnacionalinėje socialinėje erdvėje // *Filosofija. Sociologija*, 2 (24): 71–81. ISSN 0235-7186.
2. **Lipnevič A.** (2013) Gydytojai Europos Sąjungoje: rengimas, pasiskirstymas ir teritorinis mobilumas // *Lietuvos socialinė raida*, 2: 71–81. ISSN 2029-963X.
3. **Lipnevič A.** (2012) Profesijų prestižo transformacijos postsovietinėje visuomenėje // *Socialinių transformacijų raiška*, 162–171. Vilnius, MRU. ISBN 978-9955-19-435-4. Straipsnis recenzuotame konferencijos leidinyje.
4. Taljūnaitė M., Pocius A., Labanauskas L., **Lipnevič A.** (2012) *Gydytojų integracija ir karjeros projektavimas kintančiomis Lietuvos darbo rinkos sąlygomis*. LSTC, 112 p. Mokslo studija. ISBN 978-9955-531-36-4.

5. **Lipnevič A.** (2010) Žmogiškųjų išteklių kismas sveikatos sektoriuje / *Socialiniai pokyčiai Eurointegracijos procese 2*: 83-94. Vilnius: Socialinių tyrimų institutas. ISBN 978-609-95257-0-9.

Disertacijos tema skaityti panešimai:

1. **Lipnevič A.** pranešimas „*Gydytojai Lietuvoje: problemos ir jų sprendimai*“. Nacionalinėje konferencijoje „Viešosios politikos problemos ir jų sprendimai Lietuvoje“; 2014 m. lapkričio 20 d., Lietuvos edukologijos universitete.
2. **Lipnevič A.** pranešimas „*Profesijų sociologija: gydytojai Lietuvoje*“. Nacionalinėje Lietuvos sociologų konferencijoje „Sociologinė vaizduotė ir jos politika“; 2013 m. spalio 11-12 d., Klaipėdos universitete.
3. **Lipnevič A.** pranešimas „*Gydytojų darbo užmokesčio skirtumai Europoje*“. Tarptautinėje konferencijoje „Socialinės inovacijos: teorinės ir praktinės išvalgos“; 2013 m. spalio 10-11 d., Mykolo Romerio universitetas, Ateities g. 20, Vilnius.
4. **Lipnevič A.** pranešimas „*Social mobility of physician's in transnational context*“ Tarptautinėje jaunųjų tyrėjų konferencijoje, 2013 m. birželio 5-6 d., Mykolo Romerio universitete
5. **Lipnevič A.** pranešimas „*Jaunų gydytojų socialinis mobilumas transnacionalinėje erdvėje*“ Respublikinėje studentų mokslinėje konferencijoje „Šiuolaikinio jaunimo problemos ir jų sprendimo galimybės XXI a. iššūkių kontekste“ 2013 m. gegužės 9 – 10 d., Lietuvos edukologijos universitete.
6. **Lipnevič A.** pranešimas „*Profesijos prestižo ir atlygio prieštaros Lietuvoje gydytojų atveju*“ Nacionalinėje Lietuvos sociologų konferencijoje „Nelygybių Lietuva“; 2012 m. lapkričio 30 d., LMA.
7. **Lipnevič A.** pranešimas „*Gydytojo profesija postmodernioje visuomenėje*“ Nacionalinėje mokslinėje konferencijoje „Globalizacijos iššūkiai:

- visuomenė, švietimas ir kultūra postmoderniame pasaulyje“, 2012 m. lapkričio 22 d., Lietuvos edukologijos universitete.
8. **Lipnevič A.** pranešimas „*Gydytojų intrageneracinis mobilumas europeizacijos sąlygomis*“ Tarptautinėje mokslininkų konferencijoje “Socialinės inovacijos: teorinės ir praktinės išvalgos”, 2012 m. spalio 25-26 d., Mykolo Romerio universitete.
 9. **Lipnevič A.** pranešimas „*Profesijų prestižo transformacijos postsovietinėje visuomenėje*“ Jaunųjų tyrėjų konferencijoje, 2012 m. birželio 6 d., Mykolo Romerio universitete.
 10. **Lipnevič A.** pranešimas „*Jaunas Lietuvos gydytojas socialinių ir ekonominių pokyčių akivaizdoje*“ Nacionalinėje jaunųjų mokslininkų konferencijoje, 2012 m. balandžio 19 d., Lietuvos edukologijos universitete.
 11. **Lipnevič A.** pranešimas „Gydytojų profesijos prestižas“ Nacionalinėje Lietuvos sociologų konferencijoje „Proveržio beieškant“, 2011 m. lapkričio 25 d., Mykolo Romerio universitete.

Mokslinio darbo praktinė reikšmė. Kadangi gydytojai yra vieni svarbiausių strateginių žmogiškųjų išteklių ne tik Lietuvoje, bet ir kitur, Europoje ir visame Pasaulyje, reikšmingi yra šios disertacijos tyrimo metu atskleisti mikro, mezo ir makro lygmens veiksniai, skatinantys ar ribojantys Lietuvos gydytojų ne tik socialinį, bet ir teritorinį mobilumą. Be to, pateikta pačių gydytojų pozicija ryškėjančių gydytojų trūkumo ir kitų problemų atžvilgiu, pristatyti jų pačių siūlomi problemų sprendimo būdai.

Tikimasi, kad šis darbas prisidės prie praktinės ir akademinės diskusijos gydytojų, kaip vienos svarbiausių žinių visuomenėje, profesijos atžvilgiu, paskatins kitų aukštos kvalifikacijos darbuotojų profesinių grupių ir atskirų individų subjektyvaus socialinio statuso siekimo transnacionalinėje perspektyvoje tyrimus, išjudins transnacionalinės socialinės struktūros tyrinėjimus.

Disertacijos struktūra ir apimtis. Darbą sudaro keturios dalys. *Pirmoje dalyje* analizuojamos transnacionalinės socialinės erdvės formavimosi teorinės išvalgos ir jų pagrindu formuojama išvestinė transnacionalinės socialinės erdvės koncepcija. Transnacionalinės socialinėje erdvės formavimosi ir joje vykstančių procesų analizei pasitelkiama transnacionalizmo paradigma. *Antroje dalyje* aptariamos transnacionalinės socialinės struktūros teorinės išvalgos, analizuojamos socialinio statuso ir mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje koncepcijos. Socialinio statuso siekimo transnacionalinėje perspektyvoje pagrindimui pasirenkama racionalaus pasirinkimo teorinė prieiga. Antros dalies pabaigoje pristatoma transnacionalizmo, transnacionalinės socialinės struktūros, socialinio statuso siekimo ir racionalaus pasirinkimo teorijų sintezė. Pateikiama subjektyvaus socialinio mobilumo vertinimo koncepcija. *Trečioje dalyje* pristatomas empirinio tyrimo modelis, pagrindžiama tyrimo metodologija. *Ketvirtoje dalyje* apibūdinami tikslinės grupės – gydytojų profesijos – bruožai. Grupės išskirtinumui pavaizduoti naudojama socialinio portreto kategorija. Jo apibūdinimui atsižvelgiama į profesijos prestižo, užimtumo, išsilavinimo ir aktyvumo (lavinimosi, politinio, bendruomeninio) rodiklius. *Penktoje dalyje* pateikiama socialinio mobilumo transnacionalinėje perspektyvoje galimybių studija naudojant kiekybinio tyrimo duomenų analizės ir aprašomosios statistikos metodus. *Šeštoje dalyje* analizuojami kokybiniai empirinio tyrimo duomenys, gauti pusiau struktūruoto interviu metodu, pateikiama jų interpretacija ir apibendrinimas. *Baigiamojoje darbo dalyje* pateikiamos teorinio ir empirinio tyrimo išvados, rekomendacijos bei diskusija.

Be to, į disertacijos struktūrą įeina literatūros sąrašas (290 pavadinimų), ir 8 priedai. Darbo apimtis – 247 puslapiai (~428 tūkst. spaudos ženklų), duomenys pateikti 17 lentelių, 24 paveikslų ir 14 schemų.

Pagrindinės sąvokos⁵

Transnacionalinis („trans-“ [lot. - už, iš anos pusės] sudurtinių tarptautinių žodžių pirmasis dėmuo, reiškiantis kurios nors erdvės perkirtimą, perkėlimą į kt. vietą, buvimą už ko nors ribų; *nācija* [lot. *natio*] — *tauta*) būdv., žodžių „daugianacionalinis“, „multinacionalinis“ sinonimas – esantis ne vienoje tautoje, susidedantis iš daugelio nacijų, daugiatautis (Reverso-Softissimo, 2014); (Žodynas.lt, 2014). Skirtingai nuo internacionalinis - "tarptautinis" (esantis tarp nacionalinių vyriausybių ir jų kontroliuojamas) arba supranacionalinis - "viršvalstybinis" (užuomina deleguotų į aukštesnį lygį vyriausybės įgaliojimus), esantis viduje, ne vienoje tautoje, priklausantis kelioms tautoms arba lojalumą kelioms tautoms.

Transnacionalumas – yra principas, savybė, veikimas nepaisant valstybinių sienų; daugiatautiškumas, daugiakultūriškumas, daugybinis lojalumas (Čiubrinskas, 2014), fenomenas, kuris reiškia griežtų ribų tarp tautų nykimą. Transnacionalumas pasireiškia tam tikromis mentalinėmis [lot. *mentalis* — *protinis*] atsineštų ir vietinių tradicijų bei gyvensenos ypatybių derinimo praktikomis (Vitkus, 2012: 323). Tai šiuolaikinės migracijos bruožas, nusakantis kitokį (nei tiesioginė asimiliacija) išsilyjimo į imigracijos šalies visuomenę pobūdį – migrantų darbas ir asmeninis gyvenimas organizuojami neatsiejamai nuo savo kilmės šalių ir bendruomenių (Šutinienė, 2009: 311).

Transnacionalizmas – tai procesas, kurio metu migrantai kuria socialinius laukus, socialinę erdvę, jungiančią kilmės ir tikslo (darbo, gyvenimo) šalis, tautas; saistymasis su keliomis valstybėmis, tautomis; eilė ekonominių, sociokultūrinių, politinių, praktinių ir diskursyvinių ryšių, peržengiančių

⁵ Pateikiami svarbiausi disertaciniame tyrime naudojamų sąvokų apibrėžimai atspindi autorės atstovaujama poziciją bei viso tyrimo konceptualųjį pagrindimą.

teritorija apribotą nacionalinės valstybės jurisdikciją (Daušas, 2010; Liubinienė, 2009: 32; Kuzmickaitė, 2004: 4; Kivisto, 2001: 552).

Transnacionalinė socialinė erdvė – tai daugiatautė, transnacionaliais ryšiais kuriama socialinė erdvė, stipriai įtakojama technologinės pažangos, neturinti geografinių sienų, bet turinti teisinį ir politinį pagrindą, tam tikrą dinamišką struktūrą, kurioje vyksta transnacionalinis socialinio statuso siekimas, socialinis judumas ir kiti reiškiniai, transnacionalinių tapatumų konstravimas ir transnacionalaus gyvenimo būdų formavimasis.

Transnacionalinė socialinė struktūra – tam tikra transnacionalinės visuomenės sąranga. Tai ne suminė, o *visuminė* transnacionalinė analitinė kategorija. Tai dinamiškas procesas, kuris yra formuojamas/formuojasi transnacionalinių ryšių intensyvėjimo, transnacionalinių tinklų tankėjimo perspektyvoje.

Transnacionalinė socialinė nelygybė reiškia nelygų socialinių resursų pasiskirstymą transnacionalinėje visuomenėje.

Socialinis statusas transnacionalinėje socialinėje struktūroje vadinamas (individo ar grupės) santykinė padėtimi socialinėje hierarchijoje, kurią sąlygoja transnacionalinė socialinė nelygybė.

Transnacionalinis socialinis mobilumas – tai individo ar grupės socialinės padėties kitimas horizontalia ar vertikalia kryptimi transnacionalinėje socialinėje erdvėje.

Socialinis portretas – tai visuminis tam tikros socialinės ar statuso grupės apibūdinimas tikslu parodyti jos išskirtinumą remiantis tam tikromis rodiklių kategorijomis.

Gydytojas – medicinos gydytojas, gydytojas rezidentas, šeimos gydytojas ar gydytojas specialistas (LRS, 2012). Gydytojai, kaip apibrėžta ISCO 88⁶ klasifikatoriuje (kodas 2221), taiko profilaktines ir gydymo priemones, gerina ir plėtoja koncepcijas, teorijas ir operacijų metodus, ar (ir) atlieka mokslinius tyrimus medicinos ir sveikatos priežiūros srityje. Gydytojai gali būti skirstomi pagal skirtingus požymius, tokius kaip "praktika", "profesionaliai aktyvus" arba "licenciją verstis" (Eurostat, 2013).

Medicinos studijos – ne trumpesnės kaip 6 metų arba ne mažiau kaip 240 kreditų vientisos universitetinės medicinos krypties studijos, kurias baigusiesiems išduodamas aukštojo mokslo diplomą, patvirtinantis suteiktą gydytojo kvalifikaciją, ir internatūros pažymėjimas, patvirtinantis suteiktą medicinos gydytojo profesinę kvalifikaciją (LRS, 2012).

⁶ Žr. skyriuje „Sutrumpinimų paaiškinimai“ p. 25.

Sutrumpinimų paaiškinimai

ES15+1 – šiame darbe naudojamas sutrumpinimas. Turima omeny šias Europos valstybes: Norvegiją (ne ES) ir ES15 valstybių, dar vadinamų senbuvėmis Europos Sąjungos šalimis, kurios įstojo į ES prieš 2004. Šiai grupei priklauso tokios valstybės: Vokietija, Prancūzija, Italija, Belgija, Nyderlandai, Liuksemburgas, Jungtinė Karalystė, Danija, Airija, Graikija, Ispanija, Portugalija, Švedija, Austrija ir Suomija.

FEMS (pranc. *La Fédération Européenne des Médecins Salariés*) – Europos samdomų gydytojai federacija, įkurta 1964. Jos veiklą reglamentuoja įstatai, įregistruoti Prancūzijoje (FEMS, 2014).

ISCO 88 (angl. *International Standard Classification of Occupations*) - Tarptautinis standartinis profesijų klasifikatorius (ILO, 2013).

NUTS (pranc. *Nomenclature des Unités territoriales statistiques*) - teritorinė statistinių vienetų nomenklatūra, naudojama Europos Sąjungoje, dalijanti ES teritoriją į regionus trimis skirtingais lygmenimis (NUTS 1, 2 ir 3). NUTS 1 regionai apima vidutinio dydžio šalis ar smulkesnius teritorinius darinius, subnacionalinius regionus, kuriuose gyvena 3–7 mln. gyventojų. NUTS 2 regionai apima mažesnes šalis (pvz. Lietuva) ar subnacionalinius regionus, kuriuose gyvena 0,8–3 mln. gyventojų. Dabartinė NUTS versija (2008) skirsto Europos Sąjungą ir jos 28 valstybių narių teritoriją į 98 NUTS 1 regionus, 272 NUTS 2 regionus ir 1315 NUTS 3 regionus (Eurostat, 2014).

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija (angl. WHO).

Priedų sąrašas

Priedas 1. Tarpdisciplininė socialinės struktūros ir mobilumo tyrimų prieiga...	232
Priedas 2. Asmenybės dimensijų ir subdimensijų apibūdinimai	233
Priedas 3. Profesijų prestižo reitingas Lietuvoje, 2007 m. (N=1462)	236
Priedas 4. Profesijos prestižo pokyčiai Didžiojoje Britanijoje, 1977-2009 m. ..	237
Priedas 5. Eurostato gydytojų kategorijos	238
Priedas 6. Interviu klausimynas gydytojui Lietuvoje	241
Priedas 7. Interviu klausimynas Lietuvos gydytojui svetur.....	243
Priedas 8. Interviu klausimynas medicinos studijų Lietuvoje vadovams	245

Lentelių sąrašas

Lentelė 1. Socialinės ir geografinės erdvių santykis (esminiai panašumai ir skirtumai)	34
Lentelė 2. Trys transnacionalinių socialinių erdvių, atsirandančių dėl tarptautinės migracijos ir teisės, tipai (Faist, 2000: 195).	39
Lentelė 3. Socialinio statuso (pa)siekimo ir socialinio mobilumo veiksniai (transnacionalinis požiūris)	59
Lentelė 4. Gydytojų, kaip socialinės grupės, ir tam tikrų su jų socialiniu statusu susijusių aspektų, pagrindinės tyrimų kryptys Lietuvoje	82
Lentelė 5. Lietuvos 2009–2014 m. populiariausios universitetų studijų programos tarp stojančiųjų (pirmu pageidavimu)	90
Lentelė 6. Tęstinis medicininis mokymas Europos Sąjungos šalyse 2014 m.	95
Lentelė 7. Praktikuojančių gydytojų skaičiaus ir amžiaus struktūros pasikeitimai Lietuvos apskrityse, 2006 – 2013 m.	102
Lentelė 8. 2014 m. tyrimo duomenimis „kyšio“ dydis pagal sveikatos priežiūros sritis.	107
Lentelė 9. Praktikuojančių gydytojų ir odontologų pokytis 2002–2010 m. ES šalyse.....	117
Lentelė 10. Norvegijos sveikatos sektoriuje vidutinis mėn. <i>brutto</i> atlyginimas, 2008 m.	119
Lentelė 11. Gydytojų tarpvalstybinio mobilumo priežastys ir sąlygos	124
Lentelė 12. Darbo ir gyvenimo sąlygų regioniniai skirtumai Lietuvoje ir kitose šalyse.....	162
Lentelė 13. Skirtumas tarp vaistininko ir gydytojo tarpusavio santykių Lietuvoje ir užsienyje.	166
Lentelė 14. Gydytojų ryšys su Lietuva ir išvykimo barjerai	185
Lentelė 15. Gydytojų darbo keliose įstaigose ar didesniu krūviu pasirinkimą lemiantys veiksniai Lietuvoje ir užsienyje.	188
Lentelė 16. Gydytojų darbo tik vienoje darbovietėje pasirinkimą lemiantys veiksniai Lietuvoje ir užsienyje.....	190
Lentelė 17. Gydytojų intrageneracinio mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje skirtumai (tyrimo apibendrinimas).....	202

Paveikslų sąrašas

Paveikslas 1. Technologinės pažangos nulemta erdvės ir laiko kompresija (susiaurėjimas).....	32
Paveikslas 2. Socialinės erdvės dimensijų schema (parengta autorės).....	33
Paveikslas 3. Erdvės burbulai (Cresswell, 2012)	34
Paveikslas 4. Lietuvos ir Europos informantų teritorinis pasiskirstymas.....	79
Paveikslas 5. Informantų skaičius pagal amžiaus grupes.....	79
Paveikslas 6. Trijų studijų programų pirmu pageidavimu pasirinkimo kitimas.....	97
Paveikslas 7. Medicinos studijų pirmu pageidavimu pasirinkimo kitimas 2009-2014	97
Paveikslas 8. Gydamosios medicinos studijų (6 m.) absolventų skaičiaus kitimas Lietuvoje, 2003-2013 m.	98
Paveikslas 9. Gydamosios medicinos studijų (6 m.) ir rezidentūros absolventų skaičiaus kitimas Lietuvoje, 1996-2013 m.	99
Paveikslas 10. Praktikuojančių gydytojų skaičius, tenkantis 10 000 gyv. 1998-2013m.	100
Paveikslas 11. Vidutinės etato dalies vienam gydytojui Lietuvoje pokytis, 1997-2013 m.	103
Paveikslas 12. Profesijų prestižo ir atlygio prieštaros Lietuvoje.....	105
Paveikslas 13. Labiausiai korumpuotos institucijos (atviras klausimas), gyventojai, proc.....	107
Paveikslas 14. Absolventų gydytojų skaičiaus kitimas Europos šalyse 2003–2010 m.	109
Paveikslas 15. Sveikatos mokslų studentų* skaičiaus kitimas 2000(2002)–2011 m. Europoje.	110
Paveikslas 16. Gydytojų tankumas (gyd. / 1000 gyv.) pasaulyje (2012 m. arba ankstesni)	112
Paveikslas 17. Gydytojų trūkumo prognozė 2015 m. (Scheffler et al., 2008)	113
Paveikslas 18. Praktikuojančių gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų 2011 m.(*) ES, Norvegijoje ir Šveicarijoje pagal NUTS 2 (**) regionus.....	115
Paveikslas 19. Praktikuojančių gydytojų skaičius 2010 m.*, tenkantis 10 tūkst. gyventojų.....	116
Paveikslas 20. Europos šalių ligoninių gydytojų atlyginimai (2011 m. duomenys), EUR	120
Paveikslas 21. Europos šalių ligoninių gydytojų atlyginimai (2011 m. duomenys) pagal PGP, eurais	121
Paveikslas 22. Užsienyje išsimokslinusių arba užsienio gydytojų dalis (proc.) EBPO (OECD) šalyse 2008 m.....	125
Paveikslas 23. Darbo valstybinėse ir privačiose gydymo įstaigose privalumų bei trūkumų matrica	154
Paveikslas 24. Lietuvos gydytojų profesijos socialinio statuso prieštaravimai.....	173

Schemų sąrašas

Schema 1. Disertacijos teorinio tyrimo ir metodologijos pasirinkimo loginė schema	17
Schema 2. Transnacionalinė socialinė erdvė bruožai/tyrimų kryptys pagal L. Pries (1996)	38
Schema 3. Socialinio mobilumo schema (parengta pagal Sorokin (1959: 136) ir Сорокин (1992)).....	46
Schema 4. Blau ir Duncan socialinio statuso siekimo išplėstinis modelis	53
Schema 5. Išsilavinimo ir profesinio statuso veiksmų modelis, vėliau autorių patikslintas	56
Schema 6. Socialinio statuso pasiekimo per kapitalą koncepcija	57
Schema 7. Transnacionalizacijos, transnacionalizmo, socialinio statuso (pa)siekimo ir racionalaus pasirinkimo paradigmu derinimo modelis	66
Schema 8. Socialinio mobilumo tyrimų kryptys ir metodai (parengta autorės).....	68
Schema 9. Subjektyvaus socialinio mobilumo suvokimo tyrimo modelis.....	69
Schema 10. Disertacijos tyrimo schema	71
Schema 11. Gydytojų migracijos srautai Europos regione (srautais iš Lietuvos - punktyrinė linija - papildyta autorės).....	126
Schema 12. Transnacionalumo raiška	199
Schema 13. Gydytojų socialinio statuso siekimas ir jį lemiantys veiksniai	205
Schema 14. Socialinio statuso transnacionalinėje socialinėje erdvėje siekimo strategijos	206

1. TRANSNACIONALINĖS SOCIALINĖS ERDVĖS KONCEPTUALIZAVIMAS

Erdvės kategorija, taikoma turbūt visuose moksluose, dažnai laikoma tarsi savaime suprantama, tačiau skirtingai yra apibrėžiama net tos pačios mokslo srities atstovų, skiriamos įvairios jos atmainos, sudėtingi junginiai, naujų erdvių formavimasis. Socialinės erdvės kategorija atsiradusi socialiniuose moksluose dar XIX amžiuje, XX a. pabaigoje įgavo visiškai kitokį atspalvį.

Teigiama, jog metodologinis nacionalizmas yra nepakankamas globalizuotame (glaudesnėmis sąsajomis sujungtame) pasaulyje (Pendenza, 2014; Duester, 2013; Kuznecovienė, 2013). Darbo rinka, kultūrinis kapitalas ir tarpusavio santykiai tapo iš dalies transnacionaliniai, interesai peržengia nacionalinių valstybių ribas (Taljūnaitė ir Labanauskas, 2009: 128), jau kuris laikas kalbama apie transnacionalinės visuomenės formavimąsi (Matulionis ir Švarplys, 2009: 109; Mendershausen, 1969), plinta kosmopolitiškos⁷ idėjos (Čiubrinskas, 2014; Kuznecovienė, 2013; Taljūnaitė, 2005; Juozeliūnienė, 2010), todėl individų socialinio mobilumo galimybės turėtų būti tiriamos atsižvelgiant ne tik į nacionalines, bet ir transnacionalines socialines erdves (Weiss, 2005: 707). Iš kitos pusės, dar praėjusio šimtmečio pabaigoje buvo teigiama, jog „tauta-valstybė“ tampa išsibarsčiusių keliose valstybėse individų *įsivaizduojama bendruomene* (Duester, 2013: 109). „*Įsivaizduojama todėl, kad net mažiausios tautos nariai niekada nesusitinka, vienas kito negirdi, tačiau jų protuose yra bendrystės vaizdas*“ (Anderson, 1983: 49).

Transnacionalinės socialinės erdvės koncepcijų pirmtaku galima laikyti R. Bourne. Jo 1916 m. straipsnyje „Trans-nacionalinė Amerika“ buvo rašoma:

⁷ Vokiečių sociologas Ulrich Beck (g. 1944) teigia, kad „*nacionalinė perspektyva, kuri prilyginta visuomenę su nacionaline valstybe, yra uždanga nuo pasaulio, kuriame mes gyvename. Siekiant suvokti žmonių ir bendruomenių tarpusavio ryšį ir vietą pasaulyje, mums reikia kosmopolitiškos perspektyvos*“ (Beck, 2007). Kosmopolitizmas [↗ kosmopolitas], visuomeninės politinės pažiūros ir ideologija, teigianti, kad žmogaus tėvynė yra visas pasaulis (Tarptautinių žodžių žodynas, 1985)

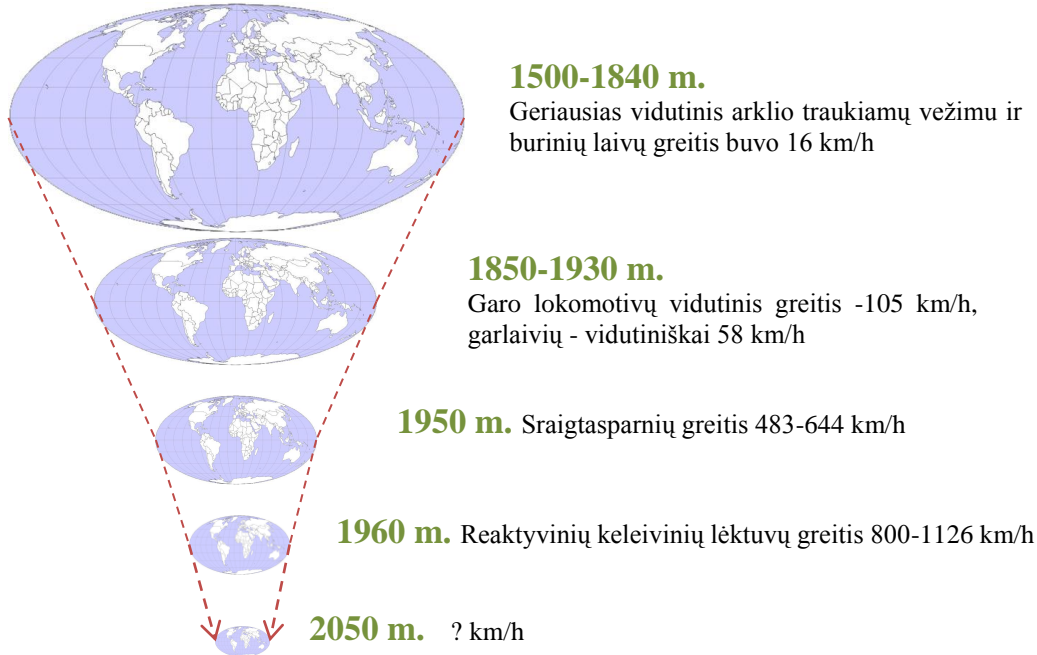
„Amerika tampa ne nacionalinė, o transnacionalinė <...>“ (Bourne, 1916). Transnacionalinės socialinės erdvės konceptualizavimo pradžia galima laikyti **transnacionalizmo** paradigmos atsiradimą. Joje „<...> *migrantai (transmigrantai) matomi kaip apjungiantys kelias vietas į vieną erdvę <...> būtent per savo palaikomus transnacionalinius ryšius bei dalyvavimą kelių šalių gyvenime*“ (Liubinienė, 2009: 7).

Transnacionalinės socialinės erdvės⁸ Lietuvos mokslo bendruomenėje pradėtos minėti palyginti neseniai (Liubinienė, 2009; Kuzmickaitė, 2004). N. Liubinienė, savo disertacijoje (2009) analizuodama mokslinę literatūrą, pateikia skirtingų jos atstovų *transnacionalinės erdvės* vartojimo bruožus ir tokią erdvę vadina *naująja socialine erdve*⁹. Autorės teigimu, XX a. pabaigoje socialinio mobilumo greitėjimas, informacinių ir komunikacinių technologijų, transporto ir jo infrastruktūros pokyčiai paskatino pergaltoti anksčiau tarsi savaime suprantamais laikytus ryšius tarp žmonių grupių, kultūros bei vietos ir / ar teritorijos (Liubinienė, 2009: 22).

Transnacionalinės socialinės erdvės formavimuisi labai svarbią reikšmę vaidina erdvės ir laiko kompresija (susiaurėjimas) bei *laisvo asmenų judėjimo* teisinis reglamentavimas. Technologinė pažanga leidžia daug greičiau judėti geografinėje erdvėje (Gečienė, 2009: 139), todėl galima kalbėti apie pasaulio žemėlapių „siaurėjimą“ (žr. 1 paveikslą), o tai itin svarbu teritorinio mobilumo ir socialinio statuso siekimo galimybių plėtros analizei.

⁸ „Empirika rodo, kad migrantai dažnai sąveikauja ir tapatinasi su keletu nacijų, valstybių ir/arba bendruomenių – šie veikėjai kuria transnacionalias bendruomenes arba naujo tipo transnacionalias socialines erdves“ (Kuzmickaitė, 2004: 4).

⁹ „Tokia transnacionalinė erdvė ar tinklas skirtingų transnacionalizmo paradigmos atstovų yra įvardijami kaip „transnacionaliniai socialiniai maršrutai / kontūrai“ <...>, „transnacionalinis socialinis laukas“ <...>, „transnacionalinė socialinė erdvė“ (Pries, 2001), „transnacionalinis kaimas“ <...>, „translokumas“ <...>, „transnacionalinė diasporinė erdvė“ <...>, kurie, savo ruožtu, veda link išteritorintų „transnacionalinių bendruomenių“ <...> ar „dvinacionalinių visuomenių“ <...>“ (Liubinienė, 2009: 32).

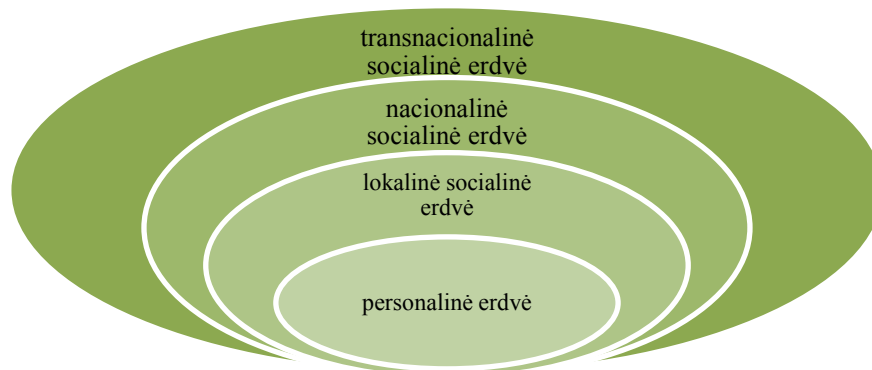


Paveikslas 1. Technologinės pažangos nulemta erdvės ir laiko kompresija (susiaurėjimas), (Harvey, 1989: 241)

Transnacionalinės socialinės erdvės formavimasis, kai kurių mokslininkų vadinamas *transnacionalizacija*¹⁰, meta naują iššūkį sociologams kritiškai peržiūrėti savo „etaloninius vienetus“ ir pažvelgti į juos iš transnacionalinės perspektyvos (Lillemets, 2013). Pasaulio „siaurėjimas“ dėl ypač sparčios XX a. prasidėjusios technikos pažangos, turi didelę reikšmę pasirinkimo galimybių, transnacionalinių fizinių bei socialinių ryšių plėtrai, o tuo pačiu transnacionalinių erdvių formavimuisi ar transformacijai (Legkauskas, 2004: 53; Faist, 2000: 198).

¹⁰ Vokiečių sociologas T. Faistas transnacionalizacijos sampratą pateikia ją lyginant su globalizacijos ir denacionalizacijos koncepcijomis: „Yra didelis skirtumas tarp globalizacijos ir transnacionalinių socialinių erdvių, kitaip būtent transnacionalizacijos, koncepcijų. Transnacionalizacija persidengia su globalizacija, bet paprastai yra ribotos kompetencijos ribose. Kadangi pasauliniai procesai yra didžia dalimi decentralizuoti nuo konkrečių nacionalinių valstybių teritorijų ir vyksta pasaulio kontekste virš ir žemiau valstybių, tarptautiniai procesai įtvirtina ir sujungia dvi ar daugiau tautinių valstybių, įtraukiant veikėjus iš tiek valstybės ir pilietinės visuomenės sričių. Be to, transnacionalizacija skiriasi nuo denacionalizacijos (nutautinimo, asimiliacijos). Pastarasis terminas žymi tą faktą, kad daugelis valstybės neturinčių tautinių mažumų (pvz. po Pirmojo pasaulinio karo Europoje) neturėjo jokių galimybių kreiptis į vyriausybes atstovauti ir ginti juos“ (Faist, 2000: 192). Šis požiūris sietinas su Ulrich'o Beck kosmopolitizacijos samprata, išreiškianti įvairių ribų eroziją dalijant rinkas, valstybes, civilizacijas, kultūras, skirtingų tautų gyvenimus. „Pasaulis tikrai netaps be rėmelių, bet ribos tampa neryškios, didėja informacijos ir kapitalo srauto pralaidumas. <...> Vyksta globalizacijos procesas. Tai keičia socialinės tapatybės konstrukcijos sąlygas, nebeturi būti žavimasi neigiamu "musų" ir "jų" sugretinimu“ (Beck, 2007).

Transnacionalinės socialinės erdvės apibūdinimą pirmiausia reikėtų pradėti nuo pirmiau atsiradusios *socialinės erdvės* kategorijos. Emile Durkheimas pirmasis į sociologinę teoriją įnešė „socialinės erdvės“ sampratą dar 19 šimtmečio pabaigoje, o ją vėliau XX a. pirmoje pusėje plačiai naudojo Marcel Mauss ir Maurice Halbwachs (Claval, 1984: 105). Šią svarbią sociologijos kategoriją naujomis reikšmėmis papildydavo ir praplėsdavo kiti sociologai (Bourdieu, 1989; Sorokin, 1959) ir kt. Vienas žymiausių prancūzų sociologas P. Bourdieu¹¹ socialinę erdvę vadina *simboline erdve*, gyvenimo būdų ir statuso grupių, pasižyminčių skirtinga gyvensena, erdve (Bourdieu, 1989: 20). Socialinė erdvė šiam mokslininkui yra iš esmės santykių erdvė, kurią apibūdina socialinės padėtys atsižvelgiant į viena kitos pozicijas erdvėje, t. y. socialinių padėčių santykis (Remm, 2010: 400).



Paveikslas 2. Socialinės erdvės dimensijų schema (parengta autorės)

Transnacionalinės socialinės erdvę, kaip ir geografinę, norėtųsi išivaizduoti santykyje su kitomis (šiuo atveju - socialinėmis) erdvėmis. Toks vaizdinys (žr. 2 paveikslą) nėra tikslumo siekimas, bet socialinių ryšių „tankėjimo“ aspektu gali būti priimtinas.

Socialinė erdvė yra įvairių mokslo sričių interesų sritis: sociologų, antropologų, geografo, filosofų ir kt. (Kuznecovienė, 2013; Lipnevič, 2013;

¹¹ „Būtent prancūzų sociologas Pierre’as Bourdieu savo habitus koncepcija ir su ja susijusia socialinės erdvės samprata padarė esminį tvarų poveikį šiuolaikinės visuomenės teorijos sampratai“ (Wagner, 2014: 10).

Claval, 1984; ir kt.). Net architektai socialinę erdvę vaizduoja schematiškai (žr. 3 paveikslą).



Paveikslas 3. Erdvės burbulai (Cresswell, 2012)

Mokslininkai bando atrasti perskyrą tarp socialinės ir geografinės erdvės, tačiau socialinę erdvę neretai vaizduoja susijusi su geografine erdve (Pries, 2004; Pries, 2003; Claval, 1984). Dar XX a. viduryje amerikiečių mokslininkas P. Sorokinas vaizdžiai aprašė perskyrą tarp geometrinės (geografinės) ir socialinės erdvių (Sorokin, 1959: 3-4) teigdamas, jog net didelis fizinis atstumas gali nekeisti socialinės pozicijos, o būnant toje pačioje geografinėje vietoje individo ar grupės socialinė padėtis gali net labai pasikeisti. Šių erdvių perskyrą padeda išivaizduoti numanomi skirtumai ir panašumai (1 lentelė).

Lentelė 1. Socialinės ir geografinės erdvių santykis (esminiai panašumai ir skirtumai)

Socialinė erdvė	Geografinė erdvė
Panašumai	
<ul style="list-style-type: none"> - jose veikia individai ir jų grupės; - abi jos yra tarpdisciplininių tyrimų analitinės kategorijos; - tiek vienoje, tiek kitoje erdvėje įmanomas horizontalus ir/ar vertikalus individų ir/ar jų grupių judumas; - abeiose erdvėse egzistuoja struktūros; - abi yra daugiamatės; - abeiose galima išskirti lokales, nacionalines, regionines ir transnacionalines erdves; - gali būti tiriamo įvairiais lygmenimis: <i>mikro</i>, <i>mezzo</i> ir <i>makro</i>; - gali būti tiriamos kiekybiškai ir kokybiškai.; - kt. 	
Skirtumai	
<ul style="list-style-type: none"> - atsirado kartu su žmonijos atsiradimu; - pirmą kartą mokslininkų įvardyta XIX a. pabaigoje; - tai erdvė, kurią formuoja socialiniai santykiai ir ryšiai tarp individų ar/ir grupių, todėl be jų egzistuoti negali; - šioje erdvėje neįmanomas fizinis judumas (mobilumas) - mobilumas joje vadinamas socialiniu; - ji fiziškai neapčiuopiama, tačiau ją tiriant gali būti atliekami kiekybiniai matavimai; kt. 	<ul style="list-style-type: none"> - atsirado daug anksčiau už socialinę erdvę; - ji gali egzistuoti ir be socialinių santykių; - fizinių elementų (kalnai, medžiai, pastatai ir t. t.) poziciniai modeliai (lygu - nelygu, centras-periferija-koncentracija, matricos arba linijinis pasiskirstymas, atstumai ir t. t.) (Pries, 2003) - šioje erdvėje įmanomas tiek fizinis judumas (mobilumas), tiek socialinis; - joje įmanomi fiziniai matavimai; - ji gali egzistuoti be individų; - kt.

XX a. pabaigos sparti socialinio mobilumo galimybių plėtra ir transnacionalinės migracijos bei transmigracijos¹² mastų didėjimas skatina peržiūrėti socialinės erdvės kategoriją. *Transnacionalinės socialinės erdvės* išskyrimas yra svarbus posūkis naujiems socialinio mobilumo tyrimams.

Transnacionalinės socialinės erdvės kategorijai suvokti gali padėti jai priskiriami bruožai:

1. Tai gana nauja analitinė kategorija.
2. Nematoma ir fiziškai neapčiuopiama.
3. Tai įvairių kitų (lokalinių, nacionalinių, regioninių) persipynusių ar susijungusių socialinių erdvių darinys (socialinių erdvių “voratinklis”). Migrantai ir transmigrantai bei individų ar grupių transnacionaliniai socialiniai ryšiai sujungia siauresnes socialines erdves į platesnę/tankesnę darinį.
4. Šiai erdvei būdinga socialinė struktūra, neapribota nacionalinių valstybių geografinėmis ribomis.
5. Tai mikro, mezo ir makro-sociologijos tyrimų kategorija.
6. Tai ne tik sociologijos, bet ir kitų mokslo sričių analitinė kategorija (pvz. geografijos, politikos ir kt.).
7. Šioje erdvėje vyksta socialinis struktūrinimasis.
8. Jai būdingos didesnės vertikalios ir horizontalios socialinio mobilumo galimybės, tačiau neretai trukdantys tokie pagrindiniai barjerai kaip kalba, atstumas.
9. Šios kategorijos taikymas mokslo tyrimuose gali reikšti kosmopolitišką požiūrį.

¹² „<...> šiandieniniai migrantai apibrėžiami kaip transmigrantai bei kaip intensyviai palaikantys daugialypius transnacionalinius ryšius ir įvairiai – socialiai, ekonomiškai, politiškai, kultūriškai – dalyvaujantys kelių šalių gyvenime, t.y. šiandieninė tarptautinė migracija apibūdinama kaip *transmigracija*, tokie migrantai – kaip transmigrantai <...> (Liubinienė, 2009: 6).

1.1. Ludger Pries socialinės erdvės koncepcija

Transnacionalinės socialinės erdvės formavimosi pagrindą vokiečių sociologas Ludger Pries (1953) laiko tarpregioninių socialinių tinklų formavimąsi. Jo transnacionalinės socialinės erdvės koncepcija (vok. *transnationale soziale Räume*) laikoma viena pirmųjų ir dažnai cituojama įvairių autorių. L. Pries tarptautinę socialinę erdvę laiko *atskaitos vienetu* socialinės pozicijos struktūrai/vertinimui už tautinės valstybės ir nacionalinės visuomenės konteksto (Pries, 1996: 468). Teigiama, jog tai liudija "reliatyvistinį erdvės supratimą", kuris priešinasi "konteinerių erdvėms", pavyzdžiui, nacionalinių valstybių ar kitų teritorinių vienetų idėjai (Müller-Mahn, 2005: 29).

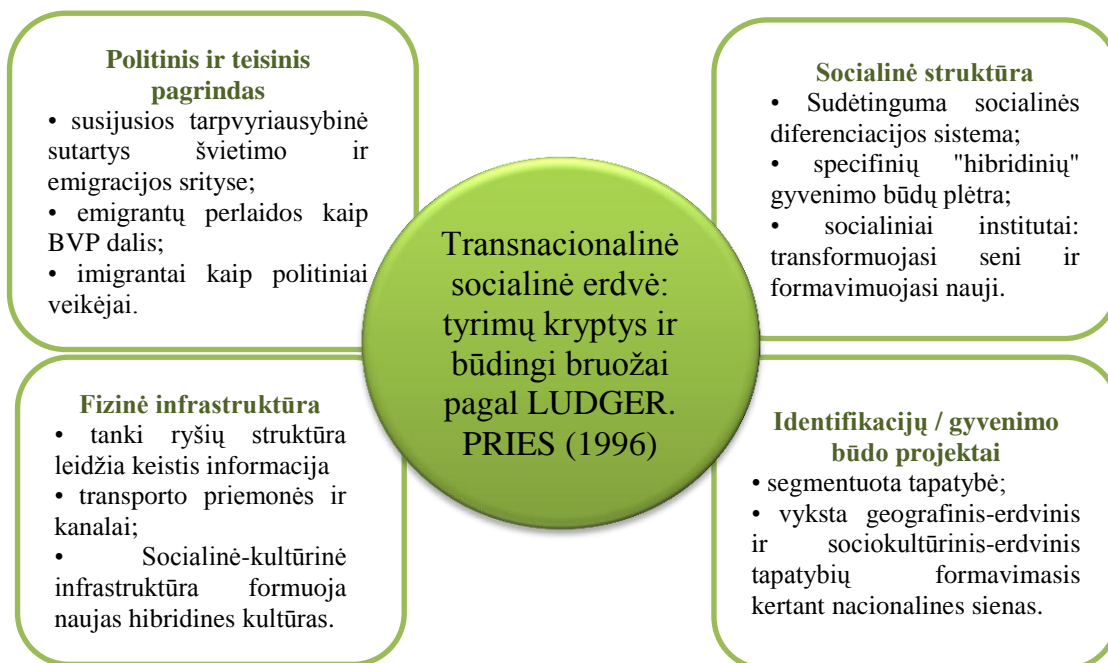
Ludger Pries siūlo tokį „naujosios“ erdvės formavimosi loginį konceptą: *migracija → socialiniai tinklai tarp kilmės ir tikslo regionų → tinklų „susikabinimo efektas“ → transnacionalinė socialinė erdvė* (Pohl, 2014). Sociologas teigia, jog transnacionalinė socialinė erdvė gali būti tiriama keturiomis kryptimis (žr. 2 schemą) (Pries, 1996: 467):

- a) **politinio ir teisinio reguliavimo**; transnacionalinės socialinės erdvės formavimuisi turi įtakos migracijos politika kilmės ir atvykimo regione. Daugelis valstybių jau kuris laikas atrado "savo" darbo migrantų kitose šalyse kaip svarbų politinį kapitalą. Pastarieji reprezentuoja ne tik plataus masto ir įtakos grupes, neretai sukuria didelę dalį bendrojo nacionalinio produkto, taip pat jie gali pretenduoti į atitinkamas valdžios ir politinės galios grupės, priklausyti opozicinėms jėgoms (pvz. opozicinės turkų arba kurdų asociacijos Vokietijoje) arba būti svarbūs užsienio politikos spaudimo grupėse (pvz islamo migrantų organizacijos Prancūzijoje).
- b) **fizinės infrastruktūros**; transnacionalinė socialinė erdvė pasižymi greitesnėmis tiesioginėmis ir netiesioginėmis ryšio priemonėmis, pavyzdžiui, telefonas/faksas, telegrafas, audio-video, radijo ir televizija, žiniatinklis. Ši tarptautinių ryšių terpė užtikrina nuolatinius ir gana greitus mainus tarp

kilmės ir atvykimo regionų. Be to, yra transporto terpės ir kanalai (orlaivių, automobilių / sunkvežimių, asmeninių tinklų ir t. t.), kuriuose greitai ir sklandžiai vyksta asmenų, prekių ir pinigų perkėlimas. Galiausiai, naujoje erdvėje yra socialinė-kultūrinė infrastruktūra (muzikos, sporto, maisto, poilsio organizavimo veikla, ir t. t.), kurios paskirtis - apsaugoti kultūrinį kilmės regioną atvykimo visuomenėje, tačiau tuo pat metu ji gali būti laikoma naujos tarptautinės ir "hibridinės" kultūros atsiradimo sąlyga.

- c) ***socialinės struktūros ir institucijų***; tarptautinę socialinių erdvę galima apibūdinti kaip, atsiradusią savarankišką struktūrą, socialinių padėčių sistemą, kuri plečiasi per atitinkamas kilmės ir tikslo visuomenes. Transnacionaliniai migrantai tuo pačiu metu suvokia save savo kilmės bendruomenės socialinės nelygybės sistemoje ir tuo pačiu socialinėje struktūroje jų tikslo bendruomenėje. Kaip migrantai juda "tarp pasaulių", sujungia šias skirtingas atskaitos struktūras į kokybiškai naują socialinės diferenciacijos sistemą.
- d) ***tapatybių ir gyvenimo projektų***; transnacionalinėje socialinėje erdvėje tapatybė nuolat identifikuojama, nevienalytė, joje gyvenimo ir darbo kryptys – daugiapusės; formuojasi individualūs ir kolektyviniai tapatumai, susidedantys iš skirtingų segmentų (pvz. vietos, etninės, nacionalinės ir kosmopolitinės tapatybės).

L. Pries teigia, kad specifinis ir dažnai peržengiantis sienas reiškiny - socialiniai tinklai (įvairios jų formos, pvz. dvišaliai solidarumo komitetai, religinės bendrijos) ir profesinės organizacijos (specializuotos medicinos praktikos, vilkikų ir kt. organizacijos), aptinkamos ir nelegalios kertančios sienas tinklaveikos (užimtumo, būsto, sveikatos priežiūros), kurių buvimo sureguliuojimas yra svarbus (Pries, 1996).



Schema 2. Transnacionalinė socialinė erdvė bruožai/tyrimų kryptys pagal L. Pries (1996)
(parengta pagal (Pries, 1996) ir (Pohl, 2014))

L. Pries koncepcija – inovatyvi, pabrėžianti naujos socialinės struktūros formavimosi bruožus. Transnacionalinė socialinė erdvė pateikiama kaip rezultatas ir kartu naujų socialinių fenomenų aplinkybė ir prielaida, jog vienas iš transnacionalinės socialinės erdvės bruožų yra jos struktūriškumas. Socialinė erdvė, analizuojama transnacionaliniu aspektu, yra ne statiška, o nuolat tebevykstantis procesas, kurioje nuolatos keičiasi ir socialinė struktūra.

1.2. Thom Faisto transnacionalinių bendruomenių tinklo koncepcija

Transnacionalinės socialinės sistemos fenomeną plačiai tyrinėja kitas vokiečių sociologas T. Faist savo darbuose aprašė savo išivaizduojamus transnacionalinės socialinės erdvės tipus. Jo nuomonė panaši į L. Pries - transnacionalinė socialinė erdvė atsiranda dėl tarptautinės migracijos ir teisinių sistemų (Lentelė 2). T. Faistas teigia, jog kiekvienam erdvės tipui būdingas dominuojantis integracijos mechanizmas: abipusiškumas mažoms grupėms, mainai - grandinėms, solidarumas – bendruomenėse (Faist, 2000: 195).

Lentelė 2. Trys transnacionalinių socialinių erdvių, atsirandančių dėl tarptautinės migracijos ir teisės, tipai
(Faist, 2000: 195).

Transnacionalinių socialinių erdvių tipai	<i>Pirminiai ryšių šaltiniai</i>	<i>Pagrindinė charakteristika</i>	<i>Tipiniai pavyzdžiai</i>
<i>Transnacionalinės giminių grupės</i>	<i>Abipusiškumas:</i> jei viena šalis gauna iš kitos, reikia bent šiek tiek gražinti, atsilyginti	<i>Socialinės lygiavertiškumo normos</i> puoselėjimas	<i>Perlaidos</i> namų ūkiams ar šeimos nariams iš šalies imigracijos į emigracijos (kilmės) šalį; pvz. pagal sutartis dirbantys darbuotojai
<i>Transnacionalinės grandinės</i>	<i>Vertybinių popierių birža</i> -. tarpusavio įsipareigojimai ir dalyvių lūkesčiai;.	<i>Viešų pranašumų panaudojimas:</i> kalbų; stiprieji ir silpnieji socialiniai ryšiai tarpusavio tinkluose	<i>Prekybos tinklai</i> , pvz, Kinijos, Libano ir Indijos verslininkai
<i>Transnacionalinės bendruomenės</i>	<i>Solidarumas:</i> bendros idėjos, įsitikinimai, vertinimai ir simboliai; tam tikros kolektyvinės tapatybės išraiška	<i>Kolektyvinio atstovavimo mobilizacija</i> per (abstrakčius) simbolinius ryšius: religijos, tautybės, etniškumo	<i>Diasporos:</i> žydai, armėnai, palestiniečiai, kurdai; <i>pasienio regionai:</i> pvz, Meksika - JAV; Viduržemio jūros regionas

Ši T. Faisto transnacionalinės socialinės erdvės koncepcija pateikiama per transnacionalinių socialinių ryšių aiškinimą. Jis teigia, kad *transnacionalinės socialinės erdvės* sinonimu neretai yra laikoma *transnacionalinė bendruomenė*, tačiau tokia koncepcija yra pernelyg supaprastinta (Faist, 2000: 190), todėl pabandė ją išplėsti teigdamas, kad transnacionalinės bendruomenės yra tik viena iš transnacionalinės socialinės erdvės formų ar tipų. Tačiau ir toks požiūris į socialinę erdvę yra kritikuotinas. Transnacionaliniu požiūriu šios pateiktos formos yra tik *mikro* ir *mezzo* lygmens. T. Faisto koncepcijai trūksta holistinio požiūrio į transnacionalinę socialinę erdvę. Nurodytus tipus galima apibrėžti ir kaip didesnių socialinių erdvių sudėtinius elementus (holistinės transnacionalinės socialinės erdvės sampratos idėja).

Taigi, L. Pries ir T. Faisto įžvalgos yra svarbios šiame tyrime naudojamos transnacionalinės socialinės erdvės sampratai atsirasti: **transnacionalinė socialinė erdvė** – tai daugiatautė, transnacionaliais ryšiais kuriama socialinė erdvė, stipriai įtakojama technologinės pažangos, neturinti geografinių sienų, bet turinti teisinį ir politinį pagrindą, tam tikrą dinamišką struktūrą, kurioje vyksta transnacionalinis socialinio statuso siekimas ir socialinis judumas ir kiti reiškiniai, transnacionalinių tapatumų konstravimas ir transnacionalaus gyvenimo būdų formavimasis.

1.3. Kitos transnacionalinės socialinės erdvės formavimosi įžvalgos

Mokslinėje literatūroje galima aptikti įvairių įžvalgų, nurodančių į transnacionalinės socialinės erdvės formavimąsi. Teigiama, jog transnacionalinė socialinė erdvė, remiantis Bourdieu mąstymo logika, yra *socialinių tinklų* metafora (Müller-Mahn, 2005: 29). Lietuvos mokslininkai analizuoja atskirus transnacionalinės socialinės erdvės komponentus per transnacionalines giminių grupes, transnacionalinę tinklaveiką. Teigiama, jog *“nauji transnacionaliniai šeiminiai dariniai byloja apie naują tarpasmeninių santykių raišką, naujo tipo bendruomenes”* (Juozeliūnienė, Kanapienienė ir Kazlauskaitė, 2008: 20). Tyrėjai tokius šeiminius darinius vadina transnacionalinėmis socialinėmis grupėmis, kurios pasižymi grupės narių savitarpio mainais bei socialinės šeimos bruožais.

Kiti autoriai nurodo į diasporas, kaip *transnacionalines socialines organizacijas*, susijusias su kilmės ir įsikūrimo visuomenėmis (Žvinklienė, 2013: 129; Juozeliūnienė, 2010; Liubinienė, 2009). Teigiama, jog *„transnacionalinės socialinės erdvės atsiranda, kada asmenys skirtingose vietose yra sujungti socialiniais ir simboliniais ryšiais. įgalinančiais perkelti įvairias kapitalo formas; jos yra paremtos mažiausiai dviem lokaliais kontekstais ir turi gebėjimą sujungti skersai sienų“* (Liubinienė, 2009: 33).

Šiuolaikinis pasaulis laikomas globaliu, išteritorintu, be šaknų, kuriame vyrauja pliuralizmas ir daugiakultūriškumas (Čiubrinskas, 2014: 126), formuojasi daugiakultūrinės visuomenės (Taljūnaitė, 1996: 316). Pabrėžiama globalizacijos

įtaka *naujos erdvės ir santykių formavimuisi* (Bauman, 1998, 2002); nurodoma į naujų *globalios erdvės veikėjų atsiradimą*, kurių *statusas* ir kt. socialinės struktūros aspektai dar nesusilaukė deramo sociologų dėmesio (iš Juozeliūnienė, 2010: 170).

Kitų mokslo sričių atstovai taip pat nurodo į erdvės pasikeitimus, pvz. istorikai, kalba apie erdvinį ir transnacionalinį/globalinį posūkius; ekonomistai – apie naują ekonominę erdvę, kurią formuoja regioninių prekybinių susitarimų sudarymas. Visi šie pasikeitimai įvairiose sferose liudija ir apie socialinės erdvės transnacionalizacijos vyksmą, socialinių procesų „naujojoje“ socialinėje erdvėje analizės galimybę ir būtinumą.

1.4. Transnacionalizmas, kaip transnacionalinės socialinės erdvės formavimosi ir joje vykstančių procesų aiškinimo konceptas

Transnacionalinės socialinės erdvės atsiradimas siejamas su transnacionalinių bendruomenių kūrimusi, o tų bendruomenių atsiradimą aiškinanti teorinė prieiga - XX a. viduryje atsiradusi nauja metodologinė perspektyva – transnacionalizmas – agituoja naujai pažvelgti į dabartines visuomenes (Kuznecovienė, 2009; Maslauskaitė ir Stankūnienė, 2007: 28). Teigiama, kad transnacionalizmu siekiama apibūdinti socialinę kasdienybę ir praktikas, peržengiančias nacionalinių valstybių ribas, įvairias pasekmes (socialines, ekonomines, politines, kultūrinės) migruojančiam individui ir tikslo šalių visuomenėms (Maslauskaitė ir Stankūnienė, 2007: 27). Tačiau kiti autoriai pabrėžia, jog šios pasekmės nėra vienakryptės – tik tikslo visuomenėms. Jos turi poveikį ir kilmės visuomenėms, jų socialinės struktūros kaitai, kitų (likusių) individų socialinio mobilumo galimybėms ir t. t.

Transnacionalizmo paradigma yra neatsiejami nuo migracijos kategorijos. Naujos erdvės išvalgos siejamos su migrantais – jie apjungia vietas į vieną erdvę, turinčią daugybę atspalvių, vadinamų įvairiais vardais: „transnacionalinė diasporinė erdvė“, „transnacionalinė erdvė“, „transnacionalinė socialinė erdvė“

(Liubinienė, 2009: 7). Transnacionalizmas, kaip vyraujanti paradigma migraciją nagrinėjančiuose antropologiniuose tyrimuose, kaip specifinį migracijos tipą ir migrantų gyvenimo būdą apibūdinanti kategorija, suprantamas ir apibrėžiamas įvairiai, bet pamatinė jo formavimosi prielaida yra „dėl globalizacijos pakitęs valstybių sienų peržengiamumas“ (Čiubrinskas, 2014; Liubinienė, 2010; Čiubrinskas, 2009; Kuznecovienė, 2006). Šioje teorinėje prieigoje įvardijamas naujas migranto tipas – *transmigrantas*, plėtojantis ir palaikantis daugialypius santykius (giminystės, ekonominius, socialinius, organizacinius, religinius ir politinius), kuris plėtoja tapatybę per socialinius tinklus, saistosi su keliomis valstybėmis (Labanauskas, 2013; Liubinienė, 2010; Liubinienė, 2009; Botterill, 2008).

Transnacionalizmo šalininkai pabrėždami, jog transnacionaliniai socialiniai ryšiai – ne naujas reiškinys, tačiau įgavęs naują pobūdį dėl pasikeitusių komunikacijos technologijų ir transporto galimybių, ekonominių svyravimų nesutapimų tarp valstybių, didėjančios etninės įvairovės (Maslauskaitė ir Stankūnienė, 2007: 29; Liubinienė, 2009: 22). Transnacionalinių bendruomenių kūrimasis siejamas ir su „kapitalizmo logika“ – bendruomenės kuriasi dėl atsiradusių interesų ir poreikių labiau pažengusiose valstybėse (Botterill, 2008: 5)

Iš to seka, kad *transnacionalizmas* – transnacionalinėje socialinėje erdvėje vykstančių procesų kilmės, eigos ir pasekmių aiškinimo konceptas, kuri gali būti transnacionalinių socialinių struktūrų ir jose vykstančių procesų tyrimų *metodologinė ašis*.

2. TRANSNACIONALINĖ SOCIALINĖ STRUKTŪRA IR SOCIALINIS MOBILUMAS

Visuomenės struktūra yra istorinėje perspektyvoje kintantis ir sudėtingėjantis reiškinys, daugiaplanis procesas, o ne tik socialinių padėčių pasiskirstymas (Jonavičius, 2009; Valantiejus, 2007; Taljūnaitė, 2005; Matulionis et al., 2005), kuriai suteikiamos įvairios analogijos: „klasių sistema“ (K. Marx, E. Wright), „socialinė piramidė“ (Matonytė, 2002) „visuomenės socialinė kompozicija“ (Kasatkina, 2002) ir kt. Socialinės struktūros formavimasis, joje vykstantys procesai ir atskiros jos dalys – viena labiausiai tyrinėjama sociologų sričių. Apžvelgiant ne itin gausias Lietuvių autorių publikacijas socialinės struktūros tema, galima išskirti pagrindines (teorines ir empirines) tyrimų kryptis. Tačiau daugiau ar mažiau šios tyrimo kryptys yra tarpusavyje persipynusios: teorinių socialinės struktūros tyrimų; socialinių sluoksnių identifikavimo; socialinių grupių - statuso grupių tyrimai; skirtingo socialinio statuso grupių lyginimo; socialinio mobilumo; švietimo ir socialinio mobilumo; migracijos-socialinės struktūros; profesijų socialinio statuso, profesijos ir stratifikacijos; profesijų prestižo ir socialinės struktūros; socialinės struktūros – socialinio statuso - socialinio mobilumo istoriniai tyrimai; grupių socialinio portreto; sveikatos ir socialinio statuso sąsajų bei karjeros-socialinio mobilumo.

Taigi, visuomenės socialinės struktūra yra daugiamatis socialinis reiškinys. Tačiau įvairūs jos aspektai yra ne tik socialinių mokslo sričių, bet humanitarinių, biomedicinos ir net technologijų mokslų krypčių tyrinėjimų dalykas (plačiau žr. 1 priedą), todėl jos visapusiškam tyrinėjimui yra svarbus tarpdisciplininis žvilgsnis.

Socialinė struktūra, pradžioje buvusi tik vaizdinga *tvarcos* visuomenėje analogija, yra tapusi viena pagrindinių sociologijos kategorijų, tačiau transnacionaliniu požiūriu holistinėje perspektyvoje ji praktiškai netyrinėta. Tačiau jau kuris laikas, o naujame tūkstantmetyje - vis intensyviau, yra tyrinėjami

atskiri jos elementai (pvz. socialinė nelygybė (Faist, 2014; Beck, 2007; Faist, 2007; Taljūnaitė, 2005; Weiss, 2005), transnacionalinės statuso grupės ir nauji transnacionaliniai socialiniai sluoksniai (pvz. elitas; savitas socialinis europiečių sluoksnis (Matonytė ir Morkevičius, 2013), transnacionalinės bendruomenės (Faist, 2013; Kripienė, 2012; Kastoryano, 2002) transnacionalinės socialinės grupės (pvz. atotolio šeima - Juozeliūnienė, 2013; Juozeliūnienė, Kanapienienė ir Kazlauskaitė, 2008; Maslauskaitė and Stankūnienė, 2007), transnacionalinis/regioninis tapatumas (Matonytė ir Morkevičius, 2013); (Čiubrinskas, 2011; Švarplys, 2008), transnacionaliniai poreikiai, transnacionaliniai mainai (Matulionis ir Švarplys, 2009), transnacionalinė demokratija (kaip visuomenės forma)¹³ (Valantiejus, 2014: 140), transnacionalinis aktyvizmas (Tarrow, 2005; ir kt.), ir tuo pačiu apibūdinama šio fenomeno kilmė ir tam tikri bruožai, identifikuojami ir gali būti paaiškinami tam tikri joje vykstantys reiškiniai. Vienas tokių fenomenų, ypač dominantis sociologus, yra socialinis mobilumas. Socialinė struktūra paprastai prasideda nuo individų, todėl socialinio mobilumo analizė gali ir turėtų prasidėti nuo jų (*metodologinė individualizmo prieiga*), o tam tikrų struktūrinių elementų *makro* lygio analizė gali papildyti ar padėti paaiškinti *mikro* lygyje vykstantį procesą (*metodologinė holizmo prieiga*). Iš kitos pusės, tvarkos problemai/socialinės struktūros modelių sudarymui daugiausia dėmesio skyrė modernioji sociologija, tuo tarpu “*daugelio nūdienos sociologų nuomone, šioji sociologijos forma jau nebegali paaiškinti dabartinio pasaulio, kuris įgyja itin paslankius bruožus*” (Valantiejus, 2002b: 19),

Skirtingos socialinės struktūros metaforos: socialinio organizmo (biologijos organizmo analogija), socialinio konflikto, socialinio konstravimo (Valantiejus, 2006), siejamos su pagrindinėmis sociologijos paradigmomis – atitinkamai funkcionalizmo, konflikto ir socialinio veiksmo teorijos. “Funkcionalizmo *ar*

¹³ Pažymima, jog „*negalimas mechaniškas transnacionalinės demokratijos sudėliojimas iš paskirų tautinių valstybių demokratijų<...>*“ (Valantiejus, 2014: 140). Ši nuostata gali būti taikoma ir transnacionalinės socialinės struktūros konceptualizavimui.

konfliktų teorijų *rakurso šalininkai pabrėžia struktūrų, darančių įtaką individų elgsenai, svarbą, o socialinio veiksmo teorijos daugiau dėmesio skiria narių veiksmams ir sąveikoms formuojant šias struktūras. <...> daugiausia dėmesio skiria analizei, nagrinėjančiai, kaip veikia individualūs veikėjai, kaip jie save orientuoja vienas kito ir visuomenės atžvilgiu*” (Giddens, 2005: 33). Tačiau yra ir mišri tradicija (pvz. Coleman, 1990, 2005; Giddens, 2005), kuri derino skirtingas socialinės struktūros ir joje vykstančių procesų aiškinimo tradicijas.

Transnacionalinė socialinė struktūra reikėtų suprasti ne kaip nacionalinių socialinių struktūrų sumą, o bendrą visumą, kuri yra (trans)formuojama/formuojasi transnacionalinių ryšių intensyvėjimo, transnacionalinių tinklų tankėjimo perspektyvoje, kurių formavimasi aptaria transnacionalizmo paradigmos plėtotojai. Transnacionalinė socialinė struktūra – dinamiškas procesas, kurio analizei galima derinti įvairias teorines prieigas ir metodologines paradigmas. Transnacionalinės socialinės struktūros analizė - yra sudėtingas ir daugybę resursų reikalaujantis tyrimas, kurio atlikimui itin svarbus tarptautinis mokslo bendruomenės bendradarbiavimas. Teigiama, jog šiuolaikinėje visuomenėje apskritai sunku remtis klasikiais socialinės struktūros (pvz. klasių) modeliais (Matulionis et al., 2010: 5), juo labiau transnacionalinėje perspektyvoje. Reikalingos naujos ar peržiūrėtos ankstesnės socialinės stratifikacijos tyrimo prieigos. Antra, jeigu įsisąmonintume, jog struktūra yra *procesas* (Valantiejus, 2007: 26), taptų sudėtinga jį „matuoti“ kiekybiškai. Mūsų socialinės struktūros analizė remias holistiniu požiūriu į socialinę struktūrą (transnacionalinis požiūris), tačiau struktūra nėra statinė, tai nuolat besikeičiantis procesas, kurio tyrimas gali būti ne *makro*, o daugiau *mikro* sociologijos objektas.

Paliekant transnacionalinės socialinės struktūros klausimą atviru, pagrindinis dėmesys šiame darbe bus skiriamas socialinio statuso (pa)siekimo procesui ir individų subjektyviam socialinio mobilumo vertinimui. Iš tiesų tirti socialinį

mobilumą transnacionalinėje socialinėje erdvėje net nebūtina gerai žinoti (vargu, ar tai iš viso įmanoma) transnacionalinę socialinę struktūrą¹⁴.

2.1. Socialinis mobilumas transnacionalinėje socialinėje erdvėje

Nuo 20 šimtmečio vidurio *socialinio mobilumo* sąvoka yra plačiai naudojama sociologijoje. Ją galima vadinti viena iš kertinių sociologijos kategorijų, kurią įvedė ir plėtojo rusų kilmės žymus amerikiečių sociologas P. Sorokinas savo darbuose. Pirmasis žinomas P. Sorokin o darbas yra 1927 m. pasirodžiusi knyga “Socialinis mobilumas”. Jo socialinio mobilumo įsivaizdavimas ir šiomis dienomis vis dar lieka aktualus ir tinkamas taikyti ne tik nacionalinėje, bet ir transnacionalinėje perspektyvoje. Individų ar socialinių grupių socialinis mobilumas gali būti tiriamas skirtingais atskaitos taškais kartos atžvilgiu: *itergeneracinėje* (tarp kartų) ar *intrageneracinėje* (kartos viduje) perspektyvoje (žr. 3 schemą).

	LYGMUO	ATSKAITOS TAŠKAS	KRYPTIS		PARAMETRAI	
Socialinis mobilumas	a) Individų	Kartos viduje	Horizontalus		Teritorinis, religinis, politinis, šeimos, profesinis be pokyčių vertikalioje pozicijoje	
			Vertikalus	Aukštyn	Individualus kilimas	Ekonominis, politinis, užsiėmimo ir t. t.
	Visos grupės atsiradimas arba kilimas					
	Žemyn	Individualus kritimas		Ekonominis, politinis, užsiėmimo ir t. t.		
		Visos grupės smukimas ir dezintegracija				
	b) Socialinių objektų	Tarp kartų				

Schema 3. Socialinio mobilumo schema (parengta pagal Sorokin (1959: 136) ir Сорокин (1992))

Socialinis mobilumas paprastai yra suprantamas kaip vertikalus ar/ir horizontalus socialinės padėties kitimas, kartos ar tarp kartų atžvilgiu (Giddens,

¹⁴ Apimti visą visuomenės struktūrą net vienos valstybės ribose nėra įmanoma, kadangi „*net per gyventojų surašymą, nors vadinamą visuotiniu, nefiksuojami visi šalies gyventojai*“, nes būna, pvz. išvykę (Matulionis et al., 2005: 13).

2005: 285), tačiau šiai - vienai svarbiausių - sociologijos analitinių kategorijų priskiriama ir daugiau reikšmių: tai ne tik socialinio statuso pasikeitimus apibūdinanti sąvoka, bet ir visuomenės socialinio teisingumo ir lygių galimybių indikatorius (Nunn et al., 2007: 79), vertikalios socialinio mobilumo galimybė visuomenėje – pagrindinis jos *atvirumo laipsnio* rodiklis ir kartu svarbus politinis klausimas (Giddens, 2005: 285), socialinės pažangos variklis, teritorinio mobilumo priežastis (Labanauskas, 2013).

Svarbu pažymėti, kad dabartinėje visuomenėje socialinis judumas dėl technologinių pokyčių ne visuomet susijęs su fiziniu judumu, ir mokslininkai neretai atskiria vietos ir erdvės aspektus¹⁵. Informacinių technologijų dėka individas gali mokytis ir dirbti net neišeidamas iš savo namų aplinkos, dirbti vienu metu keliose valstybėse gyvenant dar kitoje. Svarbi šio – socialinio mobilumo-proceso sąlyga ir pasekmė – transnacionalinių ryšių kūrimas(is).

Socialiniam mobilumui būdingas tarpdiscipliniškumo aspektas: pvz. intrageneracinis socialinis mobilumas siejamas su *karjeros*¹⁶ tyrimais, kurie yra laikomi edukologijos tyrimų sritimi, tačiau yra analizuojami ir sociologų (pvz. Rosinaitė, 2010). Socialinės psichologijos atstovai *karjerą* apibrėžia kaip vieną iš individualaus profesinio gyvenimo rodiklių, norimo *statuso (pa)siekimą* ir su juo susijusiu atitinkamą gyvenimo lygiu ir kokybe (Почебут ir Чикер, 2002: 198).

Apibendrinant galima sakyti, jog *socialinis mobilumas* yra sudėtinga pliuralistinė kategorija, fenomenas, kuris yra ir gali būti tyrinėjamas ne tik

¹⁵ „Visi mes norom nenorom, patys ar kieno nors verčiami judame. Mes judame net tada, kai fiziškai liekame toje pačioje vietoje: nerealu nepalūjamos kaitos pasaulyje rinktis nejudrumą. Vis dėlto šios naujos būklės sukeltos pasekmės būna iš esmės nevienodos. Kai kurie mūsų tampa tikrai „globaliais žmonėmis“, o kiti sukaustomi jų „lokalumo“ - tokia padėtis nėra nei maloni, nei pakenčiama pasaulyje, kuriame „globalieji“ duoda toną ir kuria gyvenimo žaidimo taisykles. Būti „lokaliajam“ globalizuotame pasaulyje yra socialinio atskirtumo ir nuosmukio ženklas“ (Bauman, 1998, 2002).

¹⁶ **Karjerà** [pranc. *carriere* — veikimo dirva, sritis]. Šiame darbe vadovaujamasi jungtine karjeros samprata: **plačiaja** – karjera, kaip visą gyvenimą trunkanti asmeniui ir visuomenei reikšmingų asmens mokymosi, saviraiškos ir darbo patirčių seka, ir **individualistine**: „Dauguma individualios karjeros sampratos atstovų karjeros sėkmę apibrėžia subjektyvesniais kriterijais - prasmingo gyvenimo pojūtis, vidinio potencialo realizavimas, savęs aktualizacija, pasitenkinimas atliekama veikla ir pan. Todėl net ir geriausi objektyvūs karjeros sėkmės įvertinimo kriterijai ne visada atskleidžia, ar tikrai individo karjera yra sėkminga, nes kiekvienas sau apsibrėžia, kas jam yra sėkmė karjeroje.“ (Rosinaitė, 2010: 56-57).

nacionalinėje, bet ir transnacionalinėje perspektyvoje, remiantis įvairiomis metodologinėmis tradicijomis.

Metodologinė transnacionalizmo prieiga. Metodologija, besiremianti nacionalizmo prieiga¹⁷ socialinio mobilumo tyrimuose nėra naujas reiškinys sociologijoje, tačiau pastaruoju metu dėl transnacionalinės migracijos ir kitų transnacionalinių reiškinių masto reikalingas naujas transnacionalinis požiūris į socialinio statuso ir jo transformacijos tyrimus.

Socialinio mobilumo tyrimus, kurie apsiriboja tik tautinės valstybės rėmais, keičia nauji, apimantys kelias valstybes ar net regioną(us), tyrimai. Metodologinio transnacionalizmo atsiradimas socialinio mobilumo tyrimuose yra reikšmingas posūkis globalėjančiame pasaulyje, tačiau svarbu pažymėti, jos kokybinių metodų taikymas socialinio mobilumo tyrimuose yra problemiškas dėl didelių laiko, finansinių ir žmogiškųjų resursų poreikio (Liubinienė, 2009: 18), nors kokybiniai metodai šioje tyrimų kryptyje yra prieinamesni pavieniams mokslininkams ar nedideliam tyrėjų ratui.

Pradedant kalbėti apie socialinį mobilumą transnacionalinėje socialinėje erdvėje, pirmiausia svarbu apibrėžti, kas yra socialinė padėtis transnacionalinėje socialinėje struktūroje. Paprastai *socialinis statusas* yra vadinamas (individo ar grupės) padėtimi socialinėje struktūroje, kurią sąlygoja socialinė nelygybė. Statuso kategorija yra santykinė, o jos analizei dažnai naudojamas lyginimo principas, pvz. kartos/kartų, individo/socialinės grupės ir net šalių palyginimas (Breen, 2004; Ganzeboom, Treiman ir Ultee, 1991).

¹⁷ „*Metodologinis nacionalizmas* remiasi prielaida, jog žmonija natūraliai yra susiskirsčiusi į tautas, kurios organizuojasi kaip nacionalinės valstybės ir brėžia simbolines ir materialias ribas, kad atskirtų save nuo kitų nacionalinių valstybių. Tačiau nacionalizmas yra ne tik politinė doktrina, bet ir ontologija, padalijanti pasaulį į nacijas kaip atskirus „autoimuninius“ darinius <...>. Sociologinių tyrimų plotmėje visuomenė prilyginama nacionalinei valstybei ir valstybė vertinama kaip svarbiausias tyrimų kontekstas, apribojantis tyrimo ribas“ (Kuznecovienė, 2013: 173).

Tiek nacionalinėje, tiek transnacionalinėje visuomenėje individo socialinį statusą ir tuo pačiu jo socialinį mobilumą apsprendžia daugelis veiksnių. Vienas labiausiai matomų yra profesija ir darbas, kurį jis dirba. Darbas ir pasirinkta profesija lemia, ką individas gali daryti ir ką pasiekti (Gudaitienė, 1999: 100), ir kokį socialinį statusą užimti (trans)nacionalinėje erdvėje. Taigi, profesija neretai tampa vienu svarbiausių *horizontalaus socialinio mobilumo kanalu*.

Teigiama, jog socialinė pozicija transnacionalinėje socialinėje sistemoje negali būti vertinama tik pagal išteklių vertę - išteklių (pajamų) vertė turi būti nustatoma atsižvelgiant į įvairias nacionalines ir transnacionalines socialines erdves (Weiss, 2005: 707).

Socialinė nelygybė laikoma universaliu socialinės struktūros bruožu (Matulionis, 2003: 125). Jos analizė gali turėti vieną ar kelis atskaitos taškus: vietos principo (nacionalinės valstybės, Europos ir pasaulio) ir socialinės organizacijos principu (pavyzdžiui, šeimos / namų ūkio, bendruomenės / pilietinės visuomenės, valstybės ir rinkos. Dažniausiai socialinės nelygybės tyrimuose laikomasi metodologinio nacionalizmo principo, t. y. pagal nutylėjimą laikoma, kad nacionalinė visuomenė ar nacionalinė valstybė yra "natūralūs" analizės ir duomenų rinkimo vienetai (Faist, 2013: 4; Kuznecovienė, 2013: 171; Lillemets, 2013)¹⁸ arba atliekami palyginamieji valstybių tyrimai (Werner, 2013). Tačiau yra poreikis peržengti nacionalinių valstybių ribas dėl socialinės erdvės transnacionalizacijos ir joje vykstančių procesų: socialinių ryšių formavimosi, socialinio mobilumo ir kt.

Paprastai socialinė nelygybė yra laikoma socialinių išteklių nelygiu pasiskirstymu tarp individų, grupių, valstybių ir regionų. Iš transnacionalinės perspektyvos, **transnacionalinė socialinė nelygybė** kuris kyla iš gebėjimų ir išteklių peržengti sienas (Beck, 2007: 679). Paprastai socialinė nelygybė yra

¹⁸ „Šiame dokumente aptariamos naujausios diskusijos dėl pasaulinės socialinės nelygybės, kurie kritikuoja metodologinį nacionalizmą“ (Lillemets, 2013: 25)¹⁸.

matuojama kiekybiniais tyrimų metodais, tačiau šiame tyrime svarbesnis socialinės nelygybės sąlyginis “intervalas” nacionalinėje ir transnacionalinėje erdvėje. Turbūt sunku nesutikti, kad transnacionaliniu požiūriu socialinė nelygybė yra žymiai didesnė nei nacionaliniu požiūriu. Netolygesnį socialinių resursų pasiskirstymą transnacionalinėje socialinėje erdvėje generuoja, pavyzdžiui, religijų įvairovė, etninė kilmė, teisių ir privilegijų skirtumai, prieigos prie viešųjų gėrybių (švietimo, teisinės sistemos, sveikatos apsaugos) skirtumai ir kt. Socialinė nelygybė yra įvairaus lygio konfliktų priežastis, tame tarpe ir transnacionalinių, todėl socialinio mobilumo resursų vienodinimas yra svarbus transnacionalinės politikos uždavinys. Paprastai socialinė nelygybė yra neatsiejama nuo švietimo sistemos uždavinių (Mikutavičienė, 2009): švietimas laikomas vienas svarbiausių socialinės nelygybės mažinimo būdų. Ekonominė (pajamų, turto) nelygybė dažnai analizuojama kaip socialinės nelygybės sudėtinė dalis, todėl ekonominių nelygumų vienodinimas sprendžiamas ne tik nacionaliniu, bet ir transnacionaliniu lygmeniu, pvz. ES sanglaudos politika (ES, 2014).

Iš vienos pusės, transnacionalinė socialinė nelygybė yra konfliktų ir transnacionalinių judėjimų priežastis, iš kitos pusės – ji yra socialinio statuso siekimo transnacionalinėje socialinėje erdvėje veiksnys ir galimybių ribos.

2.2. Socialinio statuso siekimo teorija

Socialinio mobilumo (socialinio statuso kitimo) tyrimuose neretai yra remiamasi socialinio statuso siekimo koncepcija, kuri kompleksiskai aiškina įvairių veiksnių įtaką socialinės padėties įgijimui/kitimui. Tačiau ši teorija atsirado prieš beveik pusė amžiaus, ir nedaug keitėsi, kai tuo tarpu visuomenėje vykstantys pokyčiai, transnacionalizacija turi esminės įtakos socialinio statuso pasikeitimui, socialinio mobilumo galimybėms, todėl į minėtą teoriją reikia peržiūrėti remiantis transnacionaline perspektyva.

Socialinis statusas yra *struktūros*, socialinis mobilumas – *veiksmo* kategorija¹⁹, o statuso siekimo teoriją galima priskirti veiksmo teorijos tipui.

Klasikiniais darbais yra laikomi 1967 m. P. M. Blau ir O. D. Duncan „Amerikos užimtumo struktūra“ (Duncan, Featherman ir Duncan, 1968) ir D. Featherman ir R. Hauser darbai, pakartoję pirmtakų Blau ir Duncan tyrimą (Featherman ir Hauser, 1975; Xie ir Killewald, 2013: 2003; Marshall, 1998; ir kt.)

Statuso pasiekimas yra grindžiamas idėja, kad dažniausiai (individo ar grupės) socialinis statusas yra „pasiektas“, o ne „priskirtas“. Socialinę nelygybę ir socialinio mobilumo galimybes lemia tokie veiksniai kaip švietimas, profesija, akademiniai pasiekimai, protiniai gebėjimai, vertybės ir motyvacija. Žvelgiant iš šios perspektyvos, socialinė nelygybė kyla iš individo *gebėjimo sėkmingai konkuruoti* dėl aukštesnio statuso ar pajamų (Crossman, 2014).

Toliau apžvelgsime statuso siekimo koncepcijų išvalgas ir jų naudojimo galimybes tolesniame tyrime.

Blau ir Duncan'o statuso siekimo koncepcija transnacionalinėje perspektyvoje

Bazinis modelis. Mokslininkų O. D. Duncan²⁰ ir P. M. Blau (The American Occupational Structure, 1967) teigimu, *pagrindiniai* socialinio statuso siekimo veiksniai yra trys: išsilavinimas, profesija ir pajamos. Tačiau ši samprata kritikuojama dėl pernelyg siauro požiūrio į socialinio mobilumo fenomeną, struktūrinių veiksnių analizės trūkumo (Quite, Schipper ir Hofstra, 2012; Sato, 2003; Gečienė, 1999: 57; Hauser ir Warren, 1997; ir kt.). Teigiama, jog struktūriniai veiksniai yra ne mažiau svarbūs nei subjektyvūs socialinės padėties siekimo faktoriai. Struktūriniai veiksniai, tai tarsi *kanalai*, per kuriuos individas ar

¹⁹ „Sociologija nagrinėja santykį tarp struktūros ir veiksmo“ (Valantiejus, 2007: 22).

²⁰ Duncan'o socioekonominio statuso indeksas (SES) yra vienas iš dažniausiai naudojamų socialinio statuso matavimo rodiklių (Caro and Cortes, 2012; Hauser and Warren, 1997; Nakao and Treas, 1992). Be to, šis indeksas pastaruoju metu yra naudojamas ne tik statuso pasiekimo tyrimuose, tačiau statuso ir kitų fenomenų koreliacijai nustatyti, pvz. sveikatos sutrikimų ir SES priklausomybė, ir kt. Tačiau mūsų tyrimas koncentruojasi ne į matavimus, o statuso (pa)siekimo veiksnių ir proceso analizę.

grupė juda socialiai, kurių dėka atsiranda išorinės galimybės ar ribotumai socialinės padėties kitimui.

Dar svarbus šios teorijos trūkumas yra individualių veiksnių nepaisymas. Asmeninės savybės, patirtis, poreikiai, tikslai, motyvacija, lūkesčiai²¹ ir kitos asmeninės charakteristikos yra svarbūs socialinio statuso siekimo procese (Nunn et al., 2007; Legkauskas, 2004). Be to, ši koncepcija dažniausiai taikoma nacionaliniu požiūriu, tačiau dėl transnacionalizacijos (transnacionalinių socialinių erdvių formavimosi) ją reikėtų peržiūrėti remiantis transnacionaliniu požiūriu į socialinio statuso pasiekimą.

P. M. Blau ir O. D. Duncan teigimu, norint išsiaiškinti socialinio statuso pasiekimo vyksmą, reikia atsekti visą individo „socioekonominio gyvenimo ciklą“ (Gečienė, 1999: 56). Gali būti, kad šis požiūris apeliuoja į kokybinius socialinio statuso proceso tyrimų metodus ir metodologinį subjektyvizmą socialinio mobilumo tyrimuose,

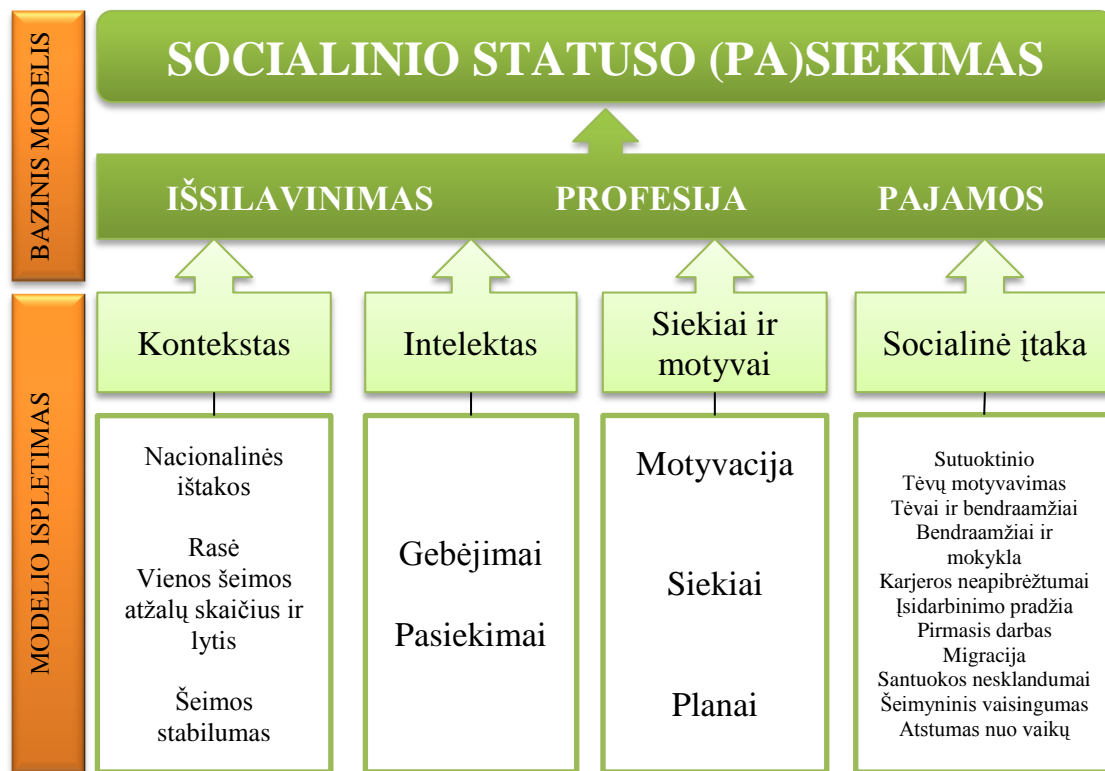
Nors patys teorijos kūrėjai (Blau ir Duncan) plačiai taikė tik kiekybinę tyrimų metodologiją ir rėmėsi holistine socialinio mobilumo tyrimų paradigma (Blau, 1977; Blau ir Duncan, 1967), tačiau jų negalima laikyti tik *makro* sociologijos atstovais. Mokslininkai pagrįdė remiasi gana siauru, baziniu statuso siekimo modeliu, tačiau retai kur analizuojamos tų pačių mokslininkų naujos statuso siekimo modelio įžvalgos.

Bazinio modelio išplėtimas. Netrukus pasirodė dar vienas darbas „Tautinės mažumos²² ir stratifikacijos procesas“, kuriame socialinio statuso siekimas analizuojamas platesniu kampu ir įvairiais rakursais (Duncan, Featherman ir Duncan, 1968), ieškomos koreliacijos tarp bazinių kintamųjų (išsilavinimo, pajamų ir profesijos) ir juos veikiančių veiksnių (nustatytos koreliacijos šiame

²¹ „Visuomenės narių pasirinkimai pirmiausia susiję su jų lūkesčiais, kuo jie norėtų ar galėtų būti“ (Krukauskienė, 2010: 26).

²² Tai ypač aktualus to meto tyrimas JAV, kadangi valstybėje tuo metu buvo daug tautinių mažumų ir ji išsiskyrė pasauliniame žemėlapyje šiuo aspektu.

darbe nebus analizuojamos, kadangi empirinio socialinio statuso siekimo tyrime bus remiamasi metodologinio subjektyvizmo prieiga). Blau-Duncan analizuotus socialinio statuso siekimo veiksniai ir jų grupes galima pavaizduoti schemeje (žr. 4 schema).



Schema 4. Blau ir Duncan socialinio statuso siekimo išplėstinis modelis

Modelio kūrėjai ieškojo koreliacijų tarp atskirų veiksnių ir juos sugrupavo į 4 kategorijas, kurios daro įtaką baziniams kintamiesiems. Tačiau šis konceptas – tai *mikro* ir *mezo* veiksnių sąsajos, o *makro* konteksto veiksniai nebuvo analizuojami. Viena iš priežasčių – ypač sudėtingi koreliacijų skaičiavimai.

Blau ir Duncan socialinį statusą bandė apskaičiuoti, naudojo kiekybinių tyrimų metodus (holistinė perspektyva). Svarbiausiais socialinio statuso indikatoriais minėti mokslininkai laiko išsilavinimą, pajamas, profesiją prestižą (Blau ir Duncan, 1967), o pastarasis taip pat laikomas vienu iš svarbiausių socialinio statuso siekimo (socialinio mobilumo) veiksnių. Svarbiu indėliu

socialinės padėties ir jos pasikeitimo identifikavimui yra laikomas O. Duncan'o 1961 m. pasirodęs **socioekonominio statuso indeksas SEI** (ang. *socio-economic status index*).

Duncan SEI indeksas ir socialinės padėties indikatoriai

Otis Dudley Duncan, vienas garsiausių JAV sociologų, įtakojęs kiekybinių pagrindų socialiniuose moksluose atsiradimą, XX a. antroje pusėje sukūrė socioekonominį indeksą SEI, skirtą matuoti individo ar grupės socialinį statusą. Mokslininkas nustatė, kad profesijų prestižas, kaip vienas socialinio statuso indikatorių, yra priklausomas kintamasis nuo išsilavinimo ir pajamų lygio (Duncan, 1961), sudarė regresinę lygtį socialiniam statusui įvertinti be profesijų prestižo kintamojo. Šis indeksas buvo plačiai naudojami statuso pasiekimo tyrimuose. Vėliau, kitas JAV mokslininkas - D. Treiman'as savo darbe (1977), analizuodamas 85 darbų antrinius 60 valstybių duomenis (Rytų ir Vakarų Europos, Šiaurės bei Pietų Amerikos) apie profesijų prestižą, įrodė, kad šis rodiklis skirtingose pasaulio vietose tų pačių profesijų yra panašus, tačiau jis atkreipti dėmesį į kai kuriuos profesinio prestižo skirtumus tarp kapitalistinių ir socialistinių valstybių. Svarbu pažymėti, jog sovietmečiu buvo paneigtas protinį ir fizinį darbą dirbančiųjų socialinio statuso skirtumas, buvo skleidžiamos socialinio vienalytiškumo idėjos (Bessudnov, 2009: 1; Taljūnaitė, 1981: 140). Po sovietmečio valstybėse ekonominė padėtis kai kurių profesinių grupių (pavyzdžiui, specialistų), lyginant su kitomis grupėmis, stipriai nepasikeitė. Be to buvusiose sovietų šalyse, tame tarpe ir Lietuvoje, turintys aukštąjį išsilavinimą, ypač dirbantys viešajame sektoriuje, retai turi tokias pajamas (ir absoliučias, ir santykinės lyginant su kitomis tos šalies profesijų grupėmis) kaip jų kolegos Šiaurės ir Vakarų valstybėse (ES 15+1) (Bessudnov, 2009). Nepaisant to, silpnesnės ekonomikos posovietinėse valstybėse, tokiose kaip Lietuva, kai kurių profesijų, pvz. gydytojų, prestižas buvo ir yra vienas aukščiausių nepaisant

santykinai neaukšto darbo užmokesčio (Taljūnaitė, 1996; Taljūnaitė, 1990), o pajamų „trūkumas“ kompensuojamas „šešėlinėmis“ pajamomis.

Wisconsin²³ socialinio statuso siekimo koncepcija arba SHP modelis

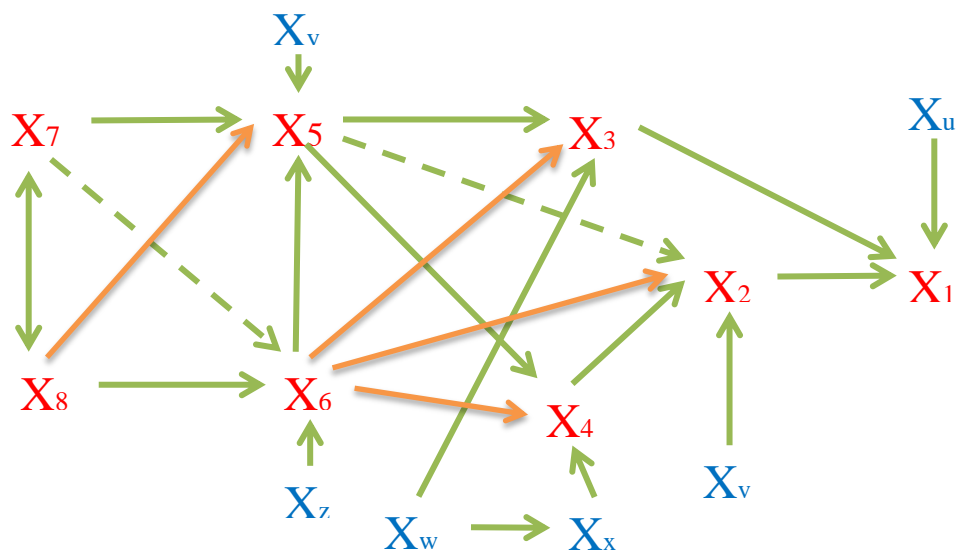
Sewell, Haller ir Portes (SHP) kūrė ir naudojo sudėtingesnę socialinio statuso siekimo modelį. Šis modelis susieja socialinį ir ekonominį statusą bei protinius gebėjimus išsilavinimui ir profesijai įgyti, atsižvelgiama ir į socialinių psichologinių veiksnių (įskaitant akademinis rezultatus, kitų reikšmingų veiksnių poveikį, išsilavinimo bei profesinius siekius) poveikį (Sewell ir Haller, 1970: 1014).

Pastarasis - kaip ir Blau-Duncan - modelis, apibūdina ir aiškina individo socialinį mobilumą ir jį lemiančius veiksniai, tačiau skirtingai nuo ankstesniojo, ši koncepcija plačiau analizuoja socialinio mobilumo veiksniai (ekonominiai, socialiniai ir psichologiniai). Tačiau, kaip pripažįsta patys autoriai, Wisconsin koncepcija iš esmės yra Blau ir Duncan modelio tęsia (Hauser, Tsai ir Sewell, 1983: 20).

Sewell, Haller ir Portes modelis nurodo priežastinius ryšius²⁴ tarp pagrindinių aštuonių kintamųjų (Sewell ir Haller, 1969: 84-85). Daroma prielaida, kad šie statuso pasiekimo veiksniai yra gana vienodi visoje visuomenėje, tačiau, atlikus pakartotinius tyrimus kitose vietose, gali išryškėti tam tikri skirtumai tarp bendruomenių (Sewell ir Haller, 1970: 1016). Koncepcijos plėtotojai, atlikę koreliacinius veiksnių tyrimus, savo modelio kintamųjų priežastinius ryšius pavaizdavo grafiškai (žr. 5 schemą).

²³ *Wisconsin* yra JAV valstija, išsidėsčiusi šiaurės centrinėje JAV dalyje. Modelis gavo šį pavadinimą, kadangi minėtoje JAV valstijoje buvo atlikta daug tyrimų remiantis šia koncepcija. Patys kūrėjai taip vadina savo koncepciją.

²⁴ Įdomus pačių mokslininkų pastebėjimas: „*Nors pavidurinis išsilavinimas, manoma, kad įtakoja profesinį statusą, tačiau nėra priežastinio ryšio tarp išsilavinimo ir profesinių siekių (motyvacijos); tačiau, yra koreliacija tarp juos veikiančių neišmatuotų veiksnių (X_W ir X_X)*“ (Hauser, Tsai and Sewell, 1983: 20)



Schema 5. Išsilavinimo ir profesinio statuso veiksnių modelis (Sewell ir Haller, 1969: 85), vėliau autorių patikslintas (papildytas oranžinėmis sąsajomis) (Sewell ir Haller, 1970: 1023)

- | | |
|--|---|
| X1 - pasiektas profesijos prestižas, ar profesinis išsilavinimas; | X5 - mokslo rezultatus įtakoję kiti reikšmingi veiksniai (mokytojai, draugai, ir kt.) (SPO); |
| X2 - išsimokslinimas, ar išsilavinimas; | X6 - akademinės veiklos rezultatai vidurinėje mokykloje; |
| X3 - profesijos prestižo lygmuo, kurio buvo siekiama jaunystėje, ar profesinė motyvacija; | X7 - šeimos socialinis ir ekonominis statusas (SES); |
| X4 - mokymosi siekiai, motyvacija; | X8 - psichikos gebėjimai |
| | X u, v, w, y, z, x – kiti neišmatuoti veiksniai |

Remiantis šiuo modeliu, kūrėjai atliko kiekybinius socialinio statuso (pa)siekimo tyrimus, tačiau šiame darbe jų neapartinėsime, kadangi pirmumas yra teikiamas atskirų individų socialinio statuso pasiekimo veiksnių identifikavimui, bet ne jų išmatavimui.

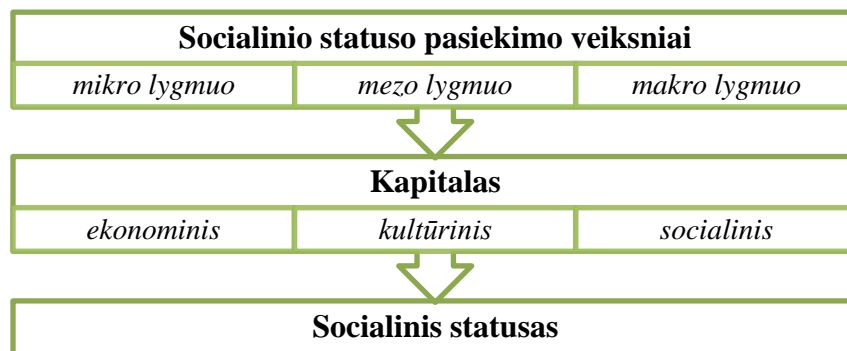
Vėliau *Wisconsin* koncepcija buvo peržiūrima vieno iš autorių kartu su kitais tyrėjais, tačiau jų nurodyti socialinio statuso pasiekimo veiksniai iš esmės nesikeitė, tik buvo papildyti tokiais veiksniais kaip pozicija vidurinės mokyklos klasėje, tėvų ir mokytojų skatinimu mokytis, draugų planai mokytis toliau, kitų reikšmingų veiksnių įtaka mokymuisi (Hauser, Tsai ir Sewell, 1983).

Subjektyvumo kriterijus statuso siekimo teorinėje prieigoje. Subjektyvumo aspektą galima atrasti daugelyje modernių socialinio mobilumo teorinių prieigų, tačiau jis dažnai pateikiamas kaip ne itin svarbūs, ir plačiau nėra

analizuojamas (Wolff ir Attias-Donfut, 2001), tačiau per postmodernizmo epistemineę prizmę jie matomi ko ne ryškiausiai. Socialinio statuso siekimo koncepcijos kūrėjai, ieškodami statusą įtakojančių veiksnių, bandė surasti jų ir statuso koreliacijas, tačiau net ir neradę stiprių koreliacinių ryšių, statuso siekimo koncepcijos kūrėjai aptarinėjo subjektyvius statuso siekimo aspektus.

Kitos socialinio statuso siekimo koncepcijos

Kai kurie mokslininkai socialinės padėties (pa)siekimą analizuoja per kapitalo²⁵ (finansinio, socialinio ir kultūrinio), kategoriją (Calhoun et al., 2012; Bourdieu, 1989). Lietuvių darbuose galima aptikti atskirus šio fenomeno tyrimų fragmentus²⁶. *Socialinio statuso pasiekimo per kapitalą* koncepcinį modelį galima pavaizduoti schematiškai (žr. 6 schemą).



Schema 6. Socialinio statuso pasiekimo per kapitalą koncepcija

Kultūrinį ir socialinį kapitalą yra praktiškai neįmanoma tiksliai įvertinti, nors yra bandoma tai padaryti (Skačkauskienė ir Bytautė, 2012), o tuo labiau sudėtinga pačiam individui įvertinti jų poveikį savo paties socialinio statuso įgijimui ir/ar pasikeitimui. Kapitalas yra išvestinis socialinio statuso pasiekimo veiksnys ir

²⁵ Egzistuoja pliuralistinis požiūris į *socialinio kapitalo* kategoriją (Skačkauskienė ir Bytautė, 2012: 210). Turbūt plačiausiai žinoma yra P. Bourdieu (Bourdieu, 1983) socialinio kapitalo koncepcija, kurios pradžia dažnai laikoma 1986 m. pasirodęs mokslininko straipsnis anglų kalba. Savo darbe garsus sociologas šalia ekonominio kapitalo nurodė kultūrinio (čia dar išskyrė simbolinį) ir socialinio kapitalo formas. Bourdieu pabrėžė, kad kapitalas gali būti įgimtas ir/arba įgytas, be to svarbi jo savybė – kaupiamasis pobūdis (Bourdieu, 1986).

²⁶ E. Krukauskienė rašo apie „*socialinių pozicijų sąsajas su kultūriniu kapitalu*“ ir kultūrinio kapitalo, kurio pagrindinė dimensija yra išsimokslinimo pobūdis, reikšmę sėkmingam gyvenimui (Krukauskienė, 2010).

galima tik numanyti, todėl mūsų tyrime jis nebus plačiau analizuojamas, tik užsimenama, o socialinio mobilumo tyrimas apsiribos subjektyviu socialinio mobilumo ir jo veiksnių tyrimu.

2.3. Socialinio statuso siekimas racionalaus pasirinkimo teorinės prieigos šviesoje

Ribotos galimybės – tai racionalaus pasirinkimo teorijos aiškinimo strateginė kategorija, todėl gali būti naudojamas kaip socialinio statuso siekimo aiškinimo modelis.

Racionalaus pasirinkimo teoriniame lauke atliekamas reiškinių tyrimas asmens požiūriu - individas nusprendžia elgtis vienaip ar kitaip siekdamas tam tikrų tikslų racionaliai ribotų galimybių/resursų sąlygomis. Racionalaus pasirinkimo teorija grindžiama metodologinio individualizmo principais – visi *makro* reiškiniai laikomi sudėtiniais individualaus elgesio *mikro* lygmenyje konstruktu.

Mūsų tyrime ši prieiga yra reikalinga statuso siekimo, ne kaip atsitiktinio, o kaip *racionalaus veiksmo*, pagrindimui. Visų pirma, transnacionalinėje perspektyvoje statuso siekimas, reikalaujantis tam tikrų naujų individo įgūdžių ir žinių, paprastai nėra spontaniškas veiksmas, nes jis susijęs su svarstymais vyksti/nevykti, palikti kuriam laikui šeimą ar vežtis su savimi, kokią užsienio kalbą mokytis, išvažiuoti trumpam, ar grįžti. Visą laiką vyksta pasirinkimas tarp kelių ar daugybės galimybių socialiniam statusui siekti.

2.4. Socialinio mobilumo veiksniai ir kanalai

Apibendrinus socialinio statuso siekimo, transnacionalizacijos ir transnacionalizmo teorines išvalgas, galima teigti, jog socialinio statuso (pa)siekimui ir transformacijai (žiūrint iš individo perspektyvos) turi reikšmės

visas kompleksas veiksmų, kuriuos galima išskirti ir sugrupuoti į tam tikras kategorijas (žr. 3 lentelę), kurių analizei svarbus tarpdisciplininis žvilgsnis.

Lentelė 3. Socialinio statuso (pa)siekimo ir socialinio mobilumo veiksniai (transnacionalinis požiūris)

	Veiksmų grupė	Savybės
Mikro lygmuo (subjektyvūs veiksniai)	Asmeninės savybės (intelektas, žinios, kompetencijos)	Įvairių kalbų mokėjimas, protiniai gebėjimai, gebėjimai sėkmingai konkuruoti, motyvacija, poreikiai
	Pažiūros ir vertybės	(trans)nacionalistinės pažiūros, (trans)kultūrinės vertybės; vartotojiškumas ²⁷ (konsumerizmas)
	Asmeninė patirtis	Gyvenimo, šeimos, darbo, migracijos patirtys (transnacionalinės)
	Nuostatos	Socialinio mobilumo nuostatos
	Gyvenimo būdas	Pvz. nacionalinis ar transnacionalinis
Mezo lygmuo (instituciniai-organizaciniai veiksniai)	Išsilavinimas ir profesija	Išsilavinimo įgyjimas (vieta ir lygis) ir jo pripažinimas, profesijos prestižas; kvalifikacija ir jos tobulinimas, persikvalifikavimas; žinios (profesinės ir kt.)
	Profesija ir darbas	Profesijos transnacionalinis reikalingumas; darbas pagal profesiją; darbo pobūdis (protinis ar/ir fizinis); transnacionalinės galimybės gauti norimą darbą ar įsidarbinti; rekomendacijos; pažintys
	Pajamos ir įsipareigojimai	Darbo ir kitos pajamos, jų dydis; paskolos ir mokesčiai, finansinės galimybės
	Šeima	Motyvacija; tėvų profesijos perimamumas; ekonominė šeimos situacija; transnacionalinė šeima
	Pilietybė	Vienguba/dviguba pilietybė; Europos pilietybė
	Kultūra, tradicijos ir papročiai	Socialinio statuso paveldėjimas; pareigų pasiskirstymas, lyčių lygybės klausimas
Makro lygmuo (struktūriniai veiksniai)	Transnacionalinė švietimo sistema	Transnacionalizacija švietimo sistemoje; švietimo sistemų unifikavimas; transnacionalinis išsilavinimo ir kvalifikacijos pripažinimas ar šio proceso supaprastinimas; studentų mainų programos
	Transnacionalinė ekonominė sistema	Valstybių ekonominės ir politinės sąjungos; ekonominė situacija; pajamų nelygybė
	Transnacionalinė ir tarpvalstybinė ekonominė ir socialinė būklė	Ekonominė ir socialinė nelygybė, tautinių mažumų atskirtis; situacija transnacionalinėje darbo rinkoje, darbo sąlygų skirtumai transnacionalinėje erdvėje; prekių trūkumas ar perteklius
	Transnacionalinė ir tarpvalstybinė politika	Tarpvalstybinė užimtumo ir nedarbo politika; migracijos ir integracijos politika (teritorinio mobilumo galimybės); socialinė politika; sveikatos apsaugos politika ir kt.
	Transnacionalinės socialinės nelygybės mažinimo sistema	Mokesčių sistema, paramos politika
	Transnacionalinės profesijos ir jų statusas	Konkurencija; profesijos prestižas

²⁷ Individo konsumerizmas arba vartotojiškumas (materialinių gėrybių troškimas) neabejotinai turi įtakos visuomenės struktūracijai ir socialinio statuso vertinimui. Materialinių gėrybių sureikšminimas tiesiogiai įtakoja ekonominės padėties (atlygio, ekonominių galimybių) sureikšminimą, geriau apmokamo darbo paieškas.

Asmeninė patirtis, pažiūros ir vertybės, nuostatos – svarbios sociologų tyrimų kategorijos, o asmeninės savybės ir jų poveikis individo elgesiui, kognityvinis/emocinis lygmuo - laikomi psichologų tyrimų taikiniu, reikalaujančios specifinių žinių, todėl nedaug tyrinėjami sociologų. Tačiau yra tyrimų, kuriuose atrandamos sąsajos tarp teritorinio mobilumo ir tam tikrų asmenybės bruožų (pastarųjų apibūdinimai – žr. 2 priedą); nurodomos bendros dominuojančios savybės, lemiančios tarptautinį teritorinį mobilumą yra: mažesnis sutariamumas, didesnis ekstravertiškumas, didesnis atvirumas patyrimui, socialinė savivertė (labiau patenkinti savimi ir manantys turį kitiems patinkančių savybių asmenys mažiau linkę išvykti, ir priešingai). Atskleidžiama, kad labiau linkę išvykti – „mėgstantieji manipuliuoti kitais, kad gautų naudos, mažiau patenkinti gyvenimu šalyje“, o „mažiau linkę išvykti altruistiški žmonės, užjaučiantys kitus, vengiantys kitiems kenkti, dosnūs tiems, kuriems reikia pagalbos“ (Kaniušonytė, Truskauskaitė ir Gervinskaitė, 2012: 28-30). Šios savybės gali būti svarbios interpretuojant individų socialinio mobilumo transnacionalinėje perspektyvoje nuostatas ir veiksmą, tačiau išsamesnei nuostatų formavimosi ir veiksmo analizei reikėtų atliktų atskirų subjektų asmeninių savybių tyrimą.

Svarbu pažymėti, kad skirtingose visuomenėse skirtingu istoriniu laikotarpiu atsiranda „naujų“ socialinio mobilumo veiksmų. Pavyzdžiui, mokslininkai išskiria „*privačią iniciatyvas*“ kaip svarbiausią naują veiksmą, veikiantį pokomunistinėje socialinio mobilumo sistemoje, kurioje dar „prieš 10 metų svarbiausiais individualios pozicijos visuomenėje parametrais buvo tik socialinė kilmė, išsilavinimas bei didžia dalimi politinis lojalumas dominavusiai sovietinei ideologijai ir visuomeninių santykių tradicijai“ (Matonytė, 2002: 8).

Teigiama, jog atskirai analizuoti tik vienos veiksmų grupės, ar tik vieno veiksmo, pvz. išsilavinimo, įtakos socialiniam mobilumui negalima, kadangi kiti faktoriai, tokie kaip šeima, asmeniniai gabumai, socialiniai tinklai, makro veiksniai, gali būti žymiai svarbesni (Mikutavičienė, 2009: 5). Juo labiau,

transnacionalinėje perspektyvoje yra ypač svarbūs *makro* veiksniai, kurie nulemia socialinio mobilumo nuostatų realizavimo galimybes.

Taigi, transnacionalinio socialinio statuso siekimas remiasi daugiau ar mažiau visų veiksnių kompleksu, tačiau kokį svorį vienas ar kitas veiksnys turi paskiram individui, kokios jo nuostatos socialinio mobilumo transnacionalinė perspektyvoje atžvilgiu, kaip siekiama socialinio statuso ir kaip jis keičiasi, geriausiai atsakyti gali tik pats individas. Individo socialinio statuso siekimo tyrimas gali remtis tik mikrosociologine paradigma, tačiau jį tyrimą gali vaizdžiai papildyti *makro* lygmens struktūrinių veiksnių tyrimas, t. y. socialinio mobilumo *makro* veiksnių ir galimybių analizė, todėl mikro ir makro tyrimo perspektyvų derinimas gali leisti arčiau priartėti prie tikrovės nei vien mikro ar vien makrosociologinė prieiga.

Taigi, apibendrintai galima teigti, jog *socialinis mobilumas transnacionalinėje erdvėje* – tai socialinio statuso, kurį lemia visų lygių veiksniai, pasikeitimas transnacionalinėje socialinėje hierarchijoje. Šis fenomenas yra tiek *makro*, tiek *mikro* sociologijos tyrimų objektas.

Vertikalaus socialinio mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje kanalai. Struktūriniai veiksniai, tai tarsi *kanalai*, per kuriuos individas ar grupė juda socialiai, kurių dėka atsiranda išorinės galimybės ar ribotumai socialinės padėties kitimui. Svarbiausi transnacionalinio socialinio mobilumo kanalai yra šie:

1. **Transnacionalinė migracija** daugeliu atveju yra vertikalaus socialinio mobilumo strategija, kuomet tikimasi gauti geresnę darbo vietą ir užsitikrinti geresnę ateitį lyginant su galimybėmis kilmės šalyse (Al-Rebholz, 2014: 52; Sipavičienė ir Stankūnienė, 2011: 328). Taip pat teigiama, jog *migracinis statusas* didina socialinio statuso vertę, praplečia savirealizacijos galimybes ne tik tikslo, bet ir kilmės šalyje (Ražanauskaitė ir Brazienė, 2010: 285).

Teigiama, jog migracija veikia kaip „socialinio mobilumo spiralė“ (Labanauskas, 2013).

2. **Švietimas, dar vadinamas socialiniu liftu.** Visos švietimo sistemos, dėka sudaromos galimybės individui siekti ir užimti tam tikrą specifinę padėtį visuomenėje (Mikutavičienė, 2009: 4; Matulionis et al., 2010: 22).
3. **Profesija ir atliekamas darbas** – yra laikomi svarbiais socialiniais liftais. Nuo profesijos pasirinkimo priklauso socialinė ekonominė padėtis (Valeckienė, 2005).

2.5. Socialinio mobilumo galimybės ir ribotumai transnacionalinėje perspektyvoje

Socialinis mobilumas paprastai analizuojamas žiūrint per nacionalinę prizmę, dažnai lyginant valstybes ir jų socialinio mobilumo lygius, bet retai pripažįstant tarptautinę dimensiją, transnacionalinio konteksto (pvz. politinio, istorinio) svarbą socialinio statuso siekimui (Botterill, 2008: 1, 9).

Kalbant apie galimybes, o tuo pačiu ir jas sąlygojančius veiksnius (sąlygas), reikėtų skirti *makro*, *mezo* ir *mikro* lygį, kaip skirtingas, bet viena kitą papildančias, subjektyvaus ir grupinio socialinio mobilumo aplinkybes. Toliau bus aptarti *makro* ir *mezo* galimybių ir ribotumų transnacionalinėje socialinėje erdvėje niuansai, o *mikro* lygio galimybės, kaip ne mažiau svarbios, bus plačiau aptartos empirinio tyrimo metu.

Politika tiek nacionaliniu, tiek transnacionaliniu lygiu įtakoja asmens gyvenimo kelią, jo socialinės patirties formas, jo sėkmes ir nesėkmes (Matonytė, 2002: 5). Politinis kontekstas – svarbus socialinio statuso siekimo tyrimuose (Botterill, 2008). Socialinis mobilumas kai kuriose valstybėse formalizuojamas kaip vienas svarbiausių nacionalinės socialinės politikos tikslų (pvz. UK, 2011, 2012), o regioniniu (EU) lygmeniu valstybės narės raginamos numatyti specialias papildomas nuostatas - ypač politikoje - siekiant socialinio mobilumo skatinimo visiems, įtraukiant migrantus (COE, 2010: 6). Šiame kontekste formuojamos

makro lygio socialinio mobilumo nuostatos, turi ne tik nacionalinį, bet ir transnacionalinį atspalvį – vienodų sąlygų migrantams užtikrinimas. Nors sąlygos ir galimybės nėra tapačios sąvokos, bet yra viena nuo kitos priklausomos kategorijos: politinės nuostatos formalizuojamos *teisinėje sistemoje*, o pastaroji – suteikia legaliam socialiniam mobilumui įvairias (švietimo, darbo, migracijos ir kt.) sąlygas, ir gali būti vadinama *socialinio mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje vartais*.

Kitas svarbus socialinio mobilumo aspektas – finansinis, t. y. finansiniai netolygumai šalyse ir tarp valstybių, ekonominiai svyravimai šalyse ir jų nesutapimai su kitų šalių ekonominiais svyravimais, ekonominiai resursai, išsivystymo lygis, tų pačių profesijų atstovų materialaus atlygio atotrūkiai – vieniems individams yra socialinio mobilumo aukštyn galimybės, kitiems – ribotumas.

Vieni svarbiausių socialinio mobilumo *kanalų* arba socialinio statuso *liftų* yra laikomi: švietimas (Mikutavičienė, 2009: 4), migracija (Sipavičienė ir Stankūnienė, 2011) ir profesija/darbas (*mezo* lygmuo). Transnacionalinėje perspektyvoje ypatingai tampa svarbios kai kurie švietimo sistemos bruožai: išsilavinimo ir kvalifikacijos perkėlimo galimybė/pripažinimas, sistemos atvirumas ir prieinamumas. Kalbama apie transnacionalinės švietimo sistemos kūrimąsi (Adam, 2001). Švietimo sistema ypatingai reikšminga žinių visuomenėje, tačiau kai kurie mokslininkai pastebi tam tikrus ribotumus, kai „*asmens investicijos į žmogiškąjį kapitalą nepateisina lūkesčių, susijusių su šių investicijų grąža, dėl aukštos kvalifikacijos darbo jėgos pertekliaus ir intensyvėjančios pozicinės konkurencijos švietimo sistemoje ir darbo rinkoje*“ (Brown, Lauder ir kt., 2011; iš (Tūtlys, 2013)) ir vadina tokį fenomeną „*galimybių spąstais*“ (Mikutavičienė, 2009: 42; Molnar, 1985).

Disbalansas transnacionalinėje darbo rinkoje – specialistų pasiūlos perteklius tam tikroje srityje/šalyje, darbo jėgos pasiskirstymo netolygumas - riboja joje socialinio mobilumo galimybes, bet galima ieškoti/atrasti naujų įsidarbinimo

sričių/šalių, t. y. transnacionalinių galimybių, ir tuo pačiu užsitikrinti socialinį mobilumą transnacionalinėje perspektyvoje.

Taigi, egzistuoja galimybių netolygumai tarp švietimo / profesijų / darbo / pajamų ir kitų sričių tiek šalyje, tiek tarp valstybių, o galimybių atotrūki/skirtumus tarp šalių skirtingais aspektais analizuoja įvairių sričių mokslininkai (Čičinskas ir Dulkys, 2013; Zabarauskaitė ir Blažienė, 2012; Giddens, 2005: 78-85; Taljūnaitė, 2005; Taljūnaitė, 2004; Lazutka, 2003; ir kt.). Iš kitos pusės šie skirtumai tampa regioninės politikos (pvz. ES) taikiniu – formuojasi/vykdoma *sanglaudos arba struktūrinė politika*, kurios tikslas – įvairiomis priemonėmis (teisinėmis, administracinėmis ir ekonominėmis) mažinti išsivystymo skirtumus tarp regionų (ES, 2014; Puidokas ir Daukaitė, 2013; Burneika, 2013; Labanauskas, 2011), o tuo pačiu ir vienodinti socialinio mobilumo galimybes. Ar tai įmanoma padaryti – čia turėtų būti ateities tyrimų uždavinys.

Apibendrinant galima sakyti, kad galimybės nacionaliniu ir transnacionalinėje perspektyvoje skiriasi. Išsiskiria trys pagrindinės galimybių kategorijos: politinės, teisinės ir ekonominės, kurias galima analizuoti kaip socialinio mobilumo perspektyvas transnacionalinėje socialinėje erdvėje - bendrai visos visuomenės atžvilgiu, arba tam tikrų socialinių grupių (profesinių, etninių ir kt.) ir atskirų individų atžvilgiu.

Tam tikrų socialinio mobilumo galimybių skirtumus tarp valstybių ir, kartu, transnacionaliniu mastu gali atskleisti kai kurių statistinių rodiklių visuminė analizė, pvz. darbo apmokėjimo, kaip svarbaus socialinio statuso rodiklio, statistinių duomenų, darbo jėgos pasiūlos/paklausos ir švietimo rodiklių analizė. Kai kuriais atvejais svarbūs ir kiti rodikliai, pvz. gydytojų, kaip riboto žinių pritaikomumo profesijos atstovų, socialinio mobilumo galimybes transnacionaliniu mastu nurodo ne tik gydytojų darbo apmokėjimo skirtumai tarp valstybių, bet ir gydytojų pasiskirstymo/tankumo transnacionaliniai netolygumai.

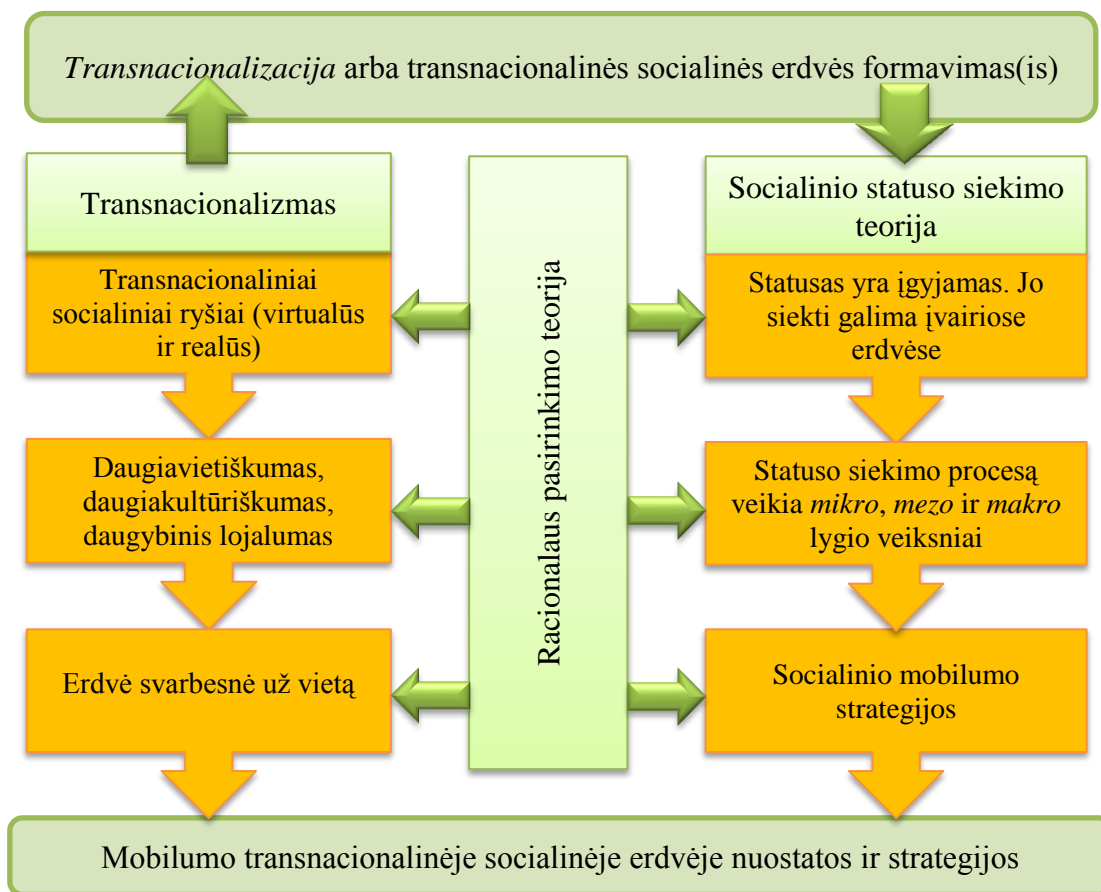
Kalbant apie *makro* ir *mezo* lygio galimybių (teisinių, politinių, finansinių, švietimo, teritorinio mobilumo, įsidarbinimo ir darbo užmokesčio) ir kartu

socialinio mobilumo transnacionalinėje erdvėje veiksmų tyrimą, reikalinga holistinė metodologinė prieiga ir kiekybinių tyrimų metodologija, o tai suponuoja transnacionalinio tyrimo svarbą. Tačiau toks tyrimas yra nepaprastai sudėtingas, kadangi reikalingi didelės laiko, finansinių ir žmogiškųjų resursų sąnaudos.

Apibendrinant galima sakyti, kad ir kokios būtų socialinio statuso siekimo galimybės, net atviroje visuomenėje jos yra ribotos ir nelygios individų ir grupių atžvilgiu, nacionaliniu bei transnacionaliniu mastu, todėl iškyla svarbūs pasirinkimo-apsisprendimo klausimai, kurių analizei yra svarbi *racionalaus pasirinkimo* teorinė perspektyva, kadangi jos paskirtis – suprasti, ir ji turi didžiulę socialinių reiškinių aiškinimo galią (Coleman, 1990, 2005: 327-348; Valantiejus, 2002a), yra universali ir „*daro individo elgesio įvairiose situacijose logiką formalia*“ (Petukienė, Tijūnaitienė ir Raipa, 2007: 91).

2.6. Transnacionalizacijos, transnacionalizmo, socialinio statuso (pa)siekimo ir racionalaus pasirinkimo paradigų derinimas

Atlikta teorinė analizė parodė, kad transnacionalizmo, transnacionalizacijos, socialinio statuso siekimo ir racionalaus pasirinkimo teorinės prieigos yra svarbios socialinio statuso transnacionalinėje socialinėje erdvėje tyrinėjimų prielaidos. Jų pagrindu yra formuojama šio tyrimo teorinė paradigma (žr. 7 schemą).



Schema 7. Transnacionalizacijos, transnacionalizmo, socialinio statuso (pa)siekimo ir racionalaus pasirinkimo paradigmų derinimo modelis

2.7. Socialinio mobilumo vertinimas

Teigiama, jog „*subjektyvus metodas naudingas, kai norime suprasti ir numatyti elgesį, stipriai veikiamą nuostatų*“ (Valackienė, 2003: 49). Subjektyvios metodologinės priegos svarbos didėjimas socialinio mobilumo ir socialinės struktūros tyrimuose yra neatsiejamas nuo postmodernizmo paradigmos ir „*reprezentacinės krizės*“ nuorodų (Briedis, 2011; Ousmanova, 2008; Valantiejus, 2002a; Valantiejus, 2002b). Kadangi dabartinė visuomenės socialinė struktūra yra labai dinamiška ir transnacionalinėje perspektyvoje labai sudėtingas ir nenuspėjamas reiškinys, intrageneracinio (kartos viduje) socialinio mobilumo tyrimui metodologinio holizmo perspektyvos taikymas nebūtų adekvatus, o metodologinio subjektyvizmo prieiga yra tinkama siekiant suprasti ir paaiškinti

tiek mikro, tiek makro lygyje vykstančius reiškinius. „Subjektyvus žmonių patyrimas regi tikrovę tarsi „iš vidaus“, o socialinės struktūros yra minties abstrakcijos. <...> Viena vertus, socialinė struktūra (nors ji – abstrakti ir anonimiška) nėra visiškai savarankiška socialinė visuma. Kita vertus, nėra ir visiškai savarankiško individo.“ (Valantiejus, 2006).

Individo socialinio statuso siekimas yra veiksmas, vykstantis jo gyvenime, kuriame jis priima vienokius ar kitokius sprendimus, nulemiančius socialinio mobilumo kryptį. Veiksmas, trunkantis ne vieną dieną ir ne tik lokaliaje erdvėje. Kaip siekiama socialinio statuso, kas (į)vyksta konkrečiu atveju, kokius sprendimus ir kodėl tokius priima, kokie išoriniai reiškiniai turi didžiulę įtaką individo nuostatoms ir sprendimams – turbūt geriausiai gali paaikškinti jis pats, t. y. *subjektyvus tikrovės suvokimas/konstravimas*. Remiantis subjektyviomis prasmėmis ir patyrimais, paprastai gali būti tiriami ir „socialinių sąveikų ir visuomeninių reikšmių makroprocesai“ (Jasiukevičiūtė, 2014: 23)

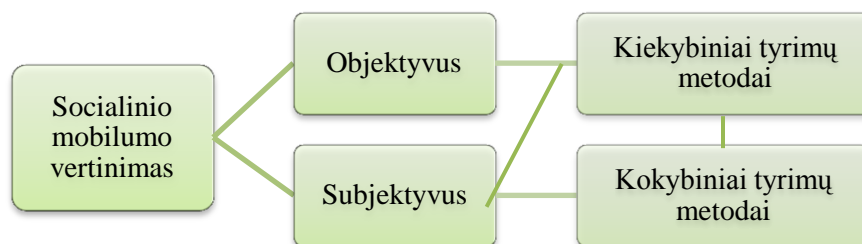
Socialinio mobilumo vertinimas: objektyvus ar/ir subjektyvus?

„Objektyvaus“ tyrimo tradicija²⁸ socialinės struktūros ir socialinio mobilumo tyrimuose yra plačiai išgalėjusi, tačiau daug mažiau žinoma apie subjektyvų socialinio statuso ir/ar socialinio mobilumo vertinimą (Kelley and Kelley, 2009: 1; Duru-Bellata ir Kieffer, 2008; Matonytė, 2002). Net jei sutiktume subjektyvaus

²⁸ „Objektyvistinė socialinių mokslų pažinimo tendencija, pirmumą teikianti kiekybiniais ir apibendrintiems duomenims, dabar nuolat varžosi su pažinimu, pasiekiamu pasitelkiant atskirų atvejų studijas, kai analizuojami įvykiai ir reiškiniai čia ir dabar, kai atsižvelgiama į jausmus ir asmeninį suvokimą, tyrimo objektą paverčianti subjektu. Konstruojant tokį **postmodernų** (daugiaplanį be stabilių formalių atskaitos taškų, suasmenintą) **tyrimą**, iš anksto orientuojamasi į tai, kad empirinis patikimumas čia nebus svarbesnis už tekstualumą, literatūriškumą, išraiškumą. Pripažįstama ir vertinama paties subjekto kompetencija, tam suteikiant teorinį statusą, o tiriamojo asmens gyvenimo patirties pasakojimų forma tampa reikšminga sociologijos medžiaga. Juk gyvenimo istorijose atsispindi individualios ir kolektyvinės sąmonės sandūroje gimstanti vertybių, motyvacijų, galimybių ir interesų integracija. Kaip sykį gražiai pareiškė garsus prancūzų filosofas ir sociologas Pierre'as Bourdieu. asmens kasdieninio gyvenimo istorija (savo paties žodžiais autentiškai papasakota biografija) - tai sąvoka ir tyrimų būdas be triukšmo, kaip kontrabanda, įėjęs į socialinės srities mokslininkų darbus“1. Ilgainiui toji kontrabanda tapo mažiau slepiama ir maskuojama, nes sąžiningoms ir nuodugnioms studijoms ji pasirodė esanti kone esminė. Tiesa, gyvenimo istorijų metodas neskraidina į teorines aukštumas rašyti naujų koncepcijų lyg žvaigždžių, tačiau jis suartina tyrėją, tiriamąją ir menamąją skaitytoją.“ (Matonytė, 2002: 5)

socialinio mobilumo tyrimą (pvz. (Matulionis et al., 2010)²⁹; (ISSP, 2009)³⁰; Valackienė, 2003; Wolff ir Attias-Donfut, 2001; Tureikytė, 1995), tai gali būti kiekybinis subjektyvaus socialinio statuso/mobilumo tyrimas, o kokybinį socialinio statuso ar mobilumo tyrimą rasti dar sunkiau (pvz. Lietuvoje - Taljūnaitė et al., 2012; Matonytė, 2002).

Socialinio statuso pasikeitimai gali būti tiriami taikant metodologinio subjektyvizmo tradiciją, pasitelkus tik kokybinio tyrimo metodologiją (Matonytė, 2002), tačiau gali būti derinama ir su kiekybinių tyrimų metodologija (Taljūnaitė et al., 2012).



Schema 8. Socialinio mobilumo tyrimų kryptys ir metodai (parengta autorės)

Socialinis mobilumas yra dažnai vertinamas kiekybiškai („objektyviai“) pagal profesijos prestižą, išsilavinimą ir pajamas. „*Alternatyvų, tikrai ne prastesnį, požiūrį į socialinį mobilumą galima rasti kokybiniame tyrime*“ (Berg, 2011: 503).

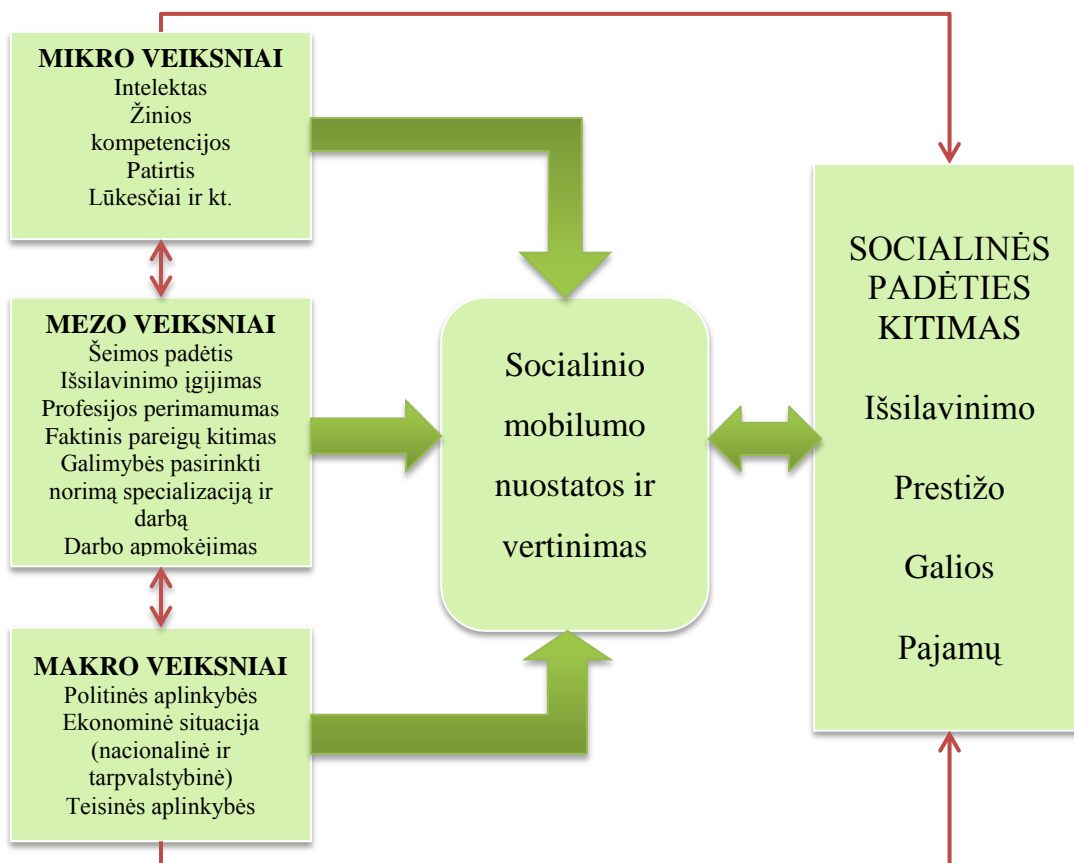
Šiame darbe svarbi metodologinė prieiga yra *subjektyvizmas* – socialinis mobilumas aiškinamas remiantis individais: jų sprendimai ir pasirinkimai konkrečiose laiko ir vietos aplinkybėse, o taip pat tiriama, kokių pokyčių ir padarinių jie tikisi. Individas sprendimą priima subjektyviai, o kodėl ir ką jis

²⁹ „Mes siūlome iš esmės kitą stratifikacijos koncepciją, kai ne mokslininkai sluoksniuoja visuomenę, o patys individai priskiria save vienai ar kitai socialinei pozicijai <...>“ (Matulionis et al., 2010).

³⁰ ISSP programoje (angl. *International social survey programme* - Tarptautinė socialinių tyrimų programa), kuri vykdoma nuo 1984 m. ir kuriai priklauso virš 50 valstybių, nuo 2010 m. dalyvauja ir Lietuva. *Nelygybės-III* tyrimai (2009 m.) leido sukaupti plačius duomenis apie šeiminių padėčių, taip pat *subjektyvų socialinį mobilumą*. Šie tyrimai yra platūs, reprezentuojantys nacionalinius pavyzdžius. Iš viso yra net 31 691 respondentų (Kelley and Kelley, 2009: 4). Remiantis minėtais kiekybinio tyrimo (anketinės apklausos) duomenimis gali būti atliekami šalių palyginamieji tyrimai, tačiau tarp šių duomenų nėra Lietuvos, kuri vėliau prisijungė prie programos, duomenų.

pasirenka - geriausiai gali atsakyti jis pats. Ši metodologinė kryptis labiausiai būdinga kokybiniais tyrimų metodams.

Kadangi išsilavinimas yra svarbus socialinės padėties siekimui, jis yra vienas svarbiausių parametru ir socialinio mobilumo tyrimuose (Taljūnaitė et al., 2012; Mikutavičienė, 2009; Monkevičienė, 2005). Profesija ir atliekamas darbas – yra laikomi svarbiai socialiniais liftais. Jų pasirinkimo niuansai tai pat svarbūs subjektyvaus socialinio mobilumo suvokimui.



Schema 9. Subjektyvaus socialinio mobilumo suvokimo tyrimo modelis (parengtas autorės remiantis (Kelley and Kelley, 2009: 3) tyrimo modelio pavyzdžiu)

Socialinio statuso siekimo nuostatas veikia ne tik mikro, bet ir mezo/makro aplinkybės (ekonominės, politinės, teisinės, darbo ir švietimo srities), įvykių kontekstas, todėl jo tyrimas yra reikšmingas socialinių reiškinių, vykstančių tiek makro, tiek mikro lygmenyje, supratimui. Yra svarbus ir subjektyvus konteksto suvokimas, kuris tiesiogiai veikia socialinio mobilumo nuostatas.

Šie argumentai yra svarbios subjektyvaus socialinio mobilumo suvokimo gairės ir kartu tyrimo modelio prielaidos (žr. 9 schemą), reikalingos empirinio tyrimo modelio konstravimui ir atlikimui.

3. MOBILUMO TRANSNACIONALINĖJE SOCIALINĖJE ERDVĖJE EMPIRINIO TYRIMO METODOLOGIJA

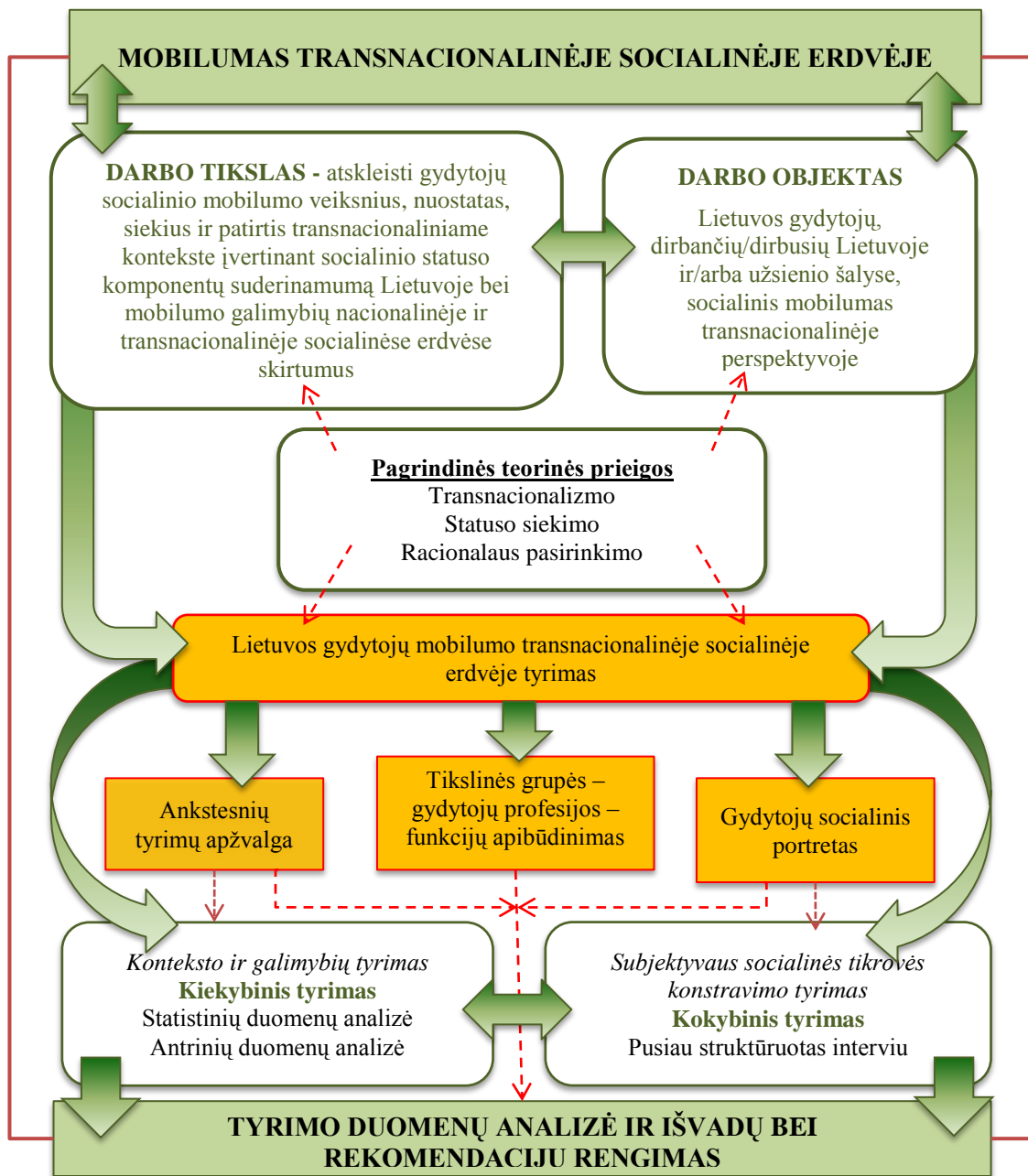
3.1. Empirinio tyrimo modelis ir etapai

Pagrindiniam disertacijos tikslui pasiekti yra svarbi ne tik teorinė analizė, bet ir empirinis tyrimas, kurio atlikimui ir duomenų analizei reikalingos teorinės išvalgos kaip strateginės tyrimo ir aiškinimo gairės. Empirinių tyrimas svarbus yra naujų duomenų gavimui ir jų analizei, kuri gali papildyti teorines prieigas naujomis išvalgomis.

Svarbiausi šios disertacijos **empirinio tyrimo pasirengimo ir vykdymo etapai** yra tokie:

1. Empirinio tyrimo įžanga - tyrimo plano/schemos sudarymas.
2. Tyrimo tikslinės grupės pasirinkimo pagrindimas.
3. Empirinio tyrimo metodologijos pagrindimas ir tyrimo dizaino apibūdinimas.
4. Tikslinės grupės funkcijų ir bruožų aptarimas, atliktų tyrimų apžvalga.
5. Kiekybinis tyrimas, duomenų analizė ir apibendrinimas.
6. Kokybinis tyrimas, duomenų analizė ir apibendrinimas.

(1) Empirinio tyrimo planas yra svarbus tyrimui ir jo nuoseklumui užtikrinti. Jo sudarymas yra svarbu sistemiškam tyrimo vykdymui, daro jį aiškesnį ir suprantamesnį. Jį galima pavaizduoti schemeje. Toks tyrimo strategijos vaizdinys yra svarbus metodologijos ir tyrimo etapų išryškinimui (žr. 10 schemą). Schemeje yra numatyti disertacijos tyrimui atlikti metodai ir jų taikymo eiga.



Schema 10. Disertacijos tyrimo schema

(2) Toliau tyrimas koncentruosis ties viena tiriamąja grupe – gydytojų profesija, todėl šis etapas yra svarbus siekiant pagrįsti tikslinės grupės pasirinkimą ir svarbą šiam tyrimui.

(3) Tyrimo plane numatytos metodologijos pagrindimas ir tyrimo dizaino apibūdinimas – paskutinis tyrimo pasiruošimo etapas. Tyrimo metodologijos, kaip

teorinių ir empirinių procedūrų visumos, pagrįstumas ypatingai svarbus etapas sėkmingo tyrimo užtikrinimui: tikslui pasiekti ir iškeltiems uždaviniams įgyvendinti. Tyrimo dizainas reikalingas paaiškinti, kas bus tiriamas, kodėl ir kaip, kaip vykdoma atranka ir kt.

(4) Geriau pažinti tikslinę grupę svarbu yra susipažinti su jau atliktais tyrimais, antrinių duomenų analizė padės atskleisti specifinius šios grupės bruožus,

(5) Kiekybinio tyrimo metu bus renkami statistiniai duomenys tikslu papildyti ir praturtinti kokybinio tyrimo rezultatus, atskleisti kontekstinę situaciją nacionaliniame ir transnacionaliniame lygmenyse.

(6) Šiame etape bus vykdomi lauko darbai. Tyrimo rezultatų analizė svarbi teoriniu ir praktiniu požiūriu, kadangi leidžia išryškinti socialinių procesų bei reiškinių dėsningumus, tendencijas, taip pat – parengti mokliškai pagrįstas rekomendacijas (Matulionis, 2003: 177).

Schemoje pavaizdavus tyrimo planą galima teigti, jog pirmasis empirinio tyrimo pasirengimo etapas yra užbaigtas. Toliau bus plačiau aptartas tikslinės grupės pasirinkimas, vėliau – metodologijos pagrindimas, tyrimo duomenų šaltiniai ir kokybinio tyrimo dizainas.

3.2. Tyrimo tikslinės grupės pasirinkimo pagrindimas

Tyrimuose nurodoma, kad gydytojo profesija yra raktas į aukštą socialinį statusą, kad ji yra vertikalios socialinio mobilumo garantas (Taljūnaitė et al., 2012). Tačiau pačių Lietuvos (ir ne tik) gydytojų interesai jau kuris laikas peržengia nacionalinės valstybės ribas (Taljūnaitė et al., 2012; Poviliūnas, Žiliukaitė ir Beresnevičiūtė, 2012: 78; LSMU, 2011; Labanauskas, 2006), todėl jų socialinio statuso pasikeitimai neturėtų būti analizuojami tik nacionalinės valstybės rėmuose. Taigi, gydytojais, kurių profesija yra svarbi socialinio mobilumo prielaida ir galimybė ne tik nacionalinėje, bet ir transnacionalinėje perspektyvoje, yra tinkamas pasirinkimas mobilumo transnacionalinėje socialinėje

erdvėje procesams ir jų priežastims analizuoti. Be to, šio darbo įvade buvo akcentuojama gydytojų, kaip konkurencijos objekto tarp valstybių, reikšmė, gydytojų migracijos klausimai, todėl yra ypač svarbu žinoti pačių gydytojų nuostatas ir nuomonę šių aktualių klausimų atžvilgiu.

3.3. Metodologijos pasirinkimo argumentai

Yra ne vienas socialinės tikrovės pažinimo lygmuo. Pažinimo būdų (metodų) pasirinkimas priklauso nuo tyrimo objekto, siejamo arba su socialinėmis makro (plačios apimties), arba su mikro (siauros apimties) struktūromis (Valantiejus, 2005: 5). Tirti *makro* lygmeniu vienos profesijos socialinį statusą ir jos transformacijas vienos šalies ribose nėra naujiena nei pasaulyje, nei Lietuvoje (Naruskaitė, 2009; Varžinskienė, 2008; Drupaitė, 2004). Prieš beveik 9 dešm., 1925 m., o vėliau 1947 m. JAV buvo atliktas, o vėliau kartojamas, profesijų rangavimo pagal prestižą, kaip vieną svarbiausių socialinio statuso rodiklių, kiekybinis tyrimas (Hodge, Siege ir Rossi, 1964). Netrukus (8 dešm.) tose pačiose JAV pirmą kartą buvo atlikti palyginamieji profesijų socialinio statuso tarp šalių tyrimai (Ganzeboom ir Treiman, 1996; Treiman, 1977) ir kt. Nors istoriškai susiklostė kiekybinės tyrimų metodologijos (objektyvistinės prieigos) taikymo socialinio statuso bei socialinio judumo tyrimuose tradicija, tačiau socialinio mobilumo pažinimui ne mažiau svarbūs yra *mikro* tyrimų lygmuo³¹ ir kokybinių tyrimų metodologija³², kadangi ji yra arčiau žmogaus ir leidžia labiau priartėti prie socialinės tikrovės, kuri nėra statiška³³, „tik kokybinė giluminė analizė leidžia nustatyti kompleksinius ryšius tarp individo ir valstybės bei visuomenės interesų“ (Taljūnaitė et al., 2012: 4).

³¹ Mikro lygmens sprendimai yra daugelio makro-sociologinių reiškinių pagrindas.

³² „<...> empiriniai faktai vis dažniau aptinkami ne išorinėje („realioje“), bet mąstymo ir argumentavimo (!) logikoje.“ (Valantiejus, 2005: 6).

³³ Socialinė tikrovė yra nuolat kintanti, ir tai labai taikliai apibūdina ši metafora: „Gyvenimas yra tėkmė. <...> Tėkmė – tai reiškiny, slystantis iš tiesioginio asmens stebėjimo lauko. Tėkmė paplauna daugybės objektyvių mokslinių tiltų ramsčius“ (Valantiejus, 2007: 27).

Kiekybinio tyrimo metodologija. Teorinėje tyrimo dalyje buvo atskleista, jog socialinio statuso siekimui transnacionalinėje perspektyvoje svarbūs ne tik mikro, mezo bet ir *makro* veiksniai, t. y. transnacionalinis kontekstas. Kiekybinio tyrimo rezultatai gali būti siejami su kokybinio tyrimo duomenimis ir jų pabaigoje formuojamos bendros išvados.

Kadangi *darbas* yra laikomas vienu svarbiausių socialinio statuso siekimo kanalų ne tik nacionalinėje, bet ir transnacionalinėje socialinėje erdvėje, todėl labai svarbu aptarti gydytojų pasiūlos–paklausos niuansus. Pirmas dalykas, kuris formuoja gydytojų pasiūlą, yra jų rengimas transnacionaliniu mastu – šioje dalyje bus analizuojamas gydytojų rengimo dinamika Lietuvoje (SD duomenimis) ir Europos sąjungos mastu (EUROSTAT duomenimis). Vėliau bus analizuojamas gydytojų pasiskirstymo netolygumai pirmiausia Lietuvoje, po to - Europoje ir Pasaulyje kaip vienas iš būdų sužinoti, kiek ir kur Lietuvos gydytojai turi šansų įsidarbinti už Lietuvos ribų (EUROSTAT ir PSO duomenimis).

Dar vienas svarbus socialinio statuso siekimo klausimas yra darbo apmokėjimas. Nors yra sudėtinga gauti informacijos apie gydytojų darbo užmokesčio skirtumus oficialios statistikos duomenų bazėse, tačiau yra atliktų tyrimų transnacionaliniu mastu, nors ir apima ne daug valstybių, tačiau suteikia pakankamai naudingos informacijos transnacionalinio socialinio statuso siekimo galimybėms įvertinti.

Ir paskutinis dalykas, kuris gali atskleisti tam tikrus reiškinius vykstančius transnacionalinėje erdvėje - gydytojų teritorinis mobilumo duomenys. Jie gali suteikti informacijos apie pagrindines strategines kryptis siekiant socialinio statuso transnacionalinėje perspektyvoje. Taip pat gali atspindėti tam tikrų šalių politines nuostatas aukštos kvalifikacijos darbuotojų perviliojimui iš kitų valstybių. Analizuojant gydytojų socialinį mobilumą, labai svarbu žinoti šios profesijos atstovų teritorinio mobilumo padėtį.

Taigi, kiekybiniam tyrimui atlikti buvo remiamasi statistinių duomenų ir antrinių duomenų palyginamąja analize. Kontekstinei analizei naudojami

aprašomosios statistikos bei lyginamosios analizės metodai. Šis pasirinkimas yra svarbus bendrais bruožais apibūdinti gydytojų socialinio mobilumo galimybes Europos ir Pasaulio mastu: tiriamas gydytojų rengimo mastas Europoje ir jo pokytis (EUROSTAT duomenimis), gydytojų darbo apmokėjimo skirtumai (antrinių tyrimo duomenų analizė), gydytojų pasiskirstymo netolygumai (PSO statistiniai duomenys) ir poreikio Pasaulyje prognozių aptarimas (antrinių duomenų analizė). Be to, bendrais bruožais bus aptartos gydytojų teritorinio mobilumo kryptys Europoje ir Pasaulyje.

Kokybinio tyrimo metodologija yra inovatyvus būdas tyrinėti socialinį mobilumą. Irminos Matonytės 2002 m. straipsnyje apie sovietinio ir posovietinio laikotarpio moterų socialinio mobilumo skirtumus teigiama, jog kokybinio tyrimo medžiaga paprastai naudojama iliustruoti/papildyti kiekybinio tyrimo rezultatus - dažnai tokie intarpai/nutikimai laikomi atsitiktiniais, o pomodernioje analizėje jie „įgauna taisyklės, pasakojimo rakto, problemos slaptažodžio vertę“ (Matonytė, 2002: 7). Tai vadinamoji historicistinė ideologija, laikanti pozityvistinę / scientistinę³⁴ metodologiją netinkamą žmogiškųjų reiškinių aiškinimui. Jų teigimu socialinėje tikrovėje neveikia jokie objektyvūs dėsniai, viskas priklauso nuo atsitiktinių subjektyvių ir istorinių veiksnių: „*kiekviena aiškinimo situacija yra istoriškai unikali ir turi būti traktuojama kaip tokia*“ (Degutis, 2011: 7).

Vėliau kokybinio socialinio mobilumo tyrimo estafetę perėmė mokslininkų grupė, tyrinėjusi gydytojų karjeros trajektorijas tarp kelių valstybių³⁵ (Taljūnaitė et

³⁴ Scientistinė ideologija, būdinga modernybės laikotarpiui, vieninteliu reikšmingu ir racionaliū laiko mokslinį pažinimą, pripažįsta tik tiksliesiems mokslams būdingą pažinimą, o kitus pažinimo būdus „išstumia į paprasčiausios fantazijos sritį“ (Degutis, 2011; Juozelis, 2004: 15, 30), tačiau tokiais statiškais klasikinio aiškinimo principais, kurie „galbūt nebeįstengia paaiškinti išcentrinų šiuolaikinio pasaulio tendencijų“, pradedama „metodiškai abejoti“ (Valantiejus, 2002b: 18).

³⁵ „Kokybiniai gydytojų integracijos į darbo rinką aspektai Lietuvoje iki šiol nebuvo nagrinėti <...>. <...> skaičių ir statistikos vertinimai gali pateikti tik momentinę situacijos gydytojų darbo rinkoje „nuotrauką“, tačiau neatskleidžia ir nepaaiškina giluminių socialinių, politinių, kultūrinių veiksnių, lemiančių gydytojų karjeros trajektorijas, kurios vis dažniau peržengia kelių valstybių ribas. Be to, kokybiniai duomenys leidžia identifikuoti ir prieštarigus, paslėptus gydytojų karjeros dinamikos aspektus, tokius kaip

al., 2012), kokybinį tyrimą papildė kontekstinė analizė taikant kiekybinių tyrimo metodų tradiciją. Metodų trianguliacija yra svarbi ir šiame tyrime, kadangi mūsų tyrimo objektas - socialinio mobilumo transnacionalinėje perspektyvoje galimybės ir nuostatos³⁶ - yra formuojamos ir formuojasi įvairių veiksnių (vidinių ir išorinių) įtakoje.

Subjektyvi realybė yra neatsiejama nuo konteksto. Teigiama, jog didžiulė socialinė jėga yra visuomenėje arba jos grupėse susiformavę stereotipai (pvz. profesijos prestižas), veikiantys žmonių mintis bei veiksmus, tapatumus (Taljūnaitė ir Titma, 1984). Gydytojų socialinio mobilumo galimybių tyrimui remtasi kiekybinių tyrimų metodai: statistinių duomenų ir antrinių šaltinių duomenų analize.

Taigi, kokybinės tyrimų prieigos pasirinkimą nulėmė noras suprasti, o ne išmatuoti, o kiekybiniai metodų naudojimas reikalingas konteksto ir galimybių tyrimui. Gydytojų subjektyvaus socialinio mobilumo veiksnių, socialinio statuso siekimo transnacionalinėje erdvėje nuostatoms ir socialinio statuso pasikeitimams tirti remiamasi kokybinio tyrimo paradigma. Pasirinktas interviu metodas kaip duomenų šaltinis, o duomenų analizei naudojami turinio analizė, lyginimo ir apibendrinimo metodai.

prieštaravimai tarp išsilavinimo, prestižo ir asmeninės ekonominės ir socialinės sėkmės“ (Taljūnaitė, 2012: 4-5).

³⁶ *Nuostata* apibrėžiama psichologų kaip susidaręs nusistatymas vienodomis aplinkybėmis elgtis vienodai ar panašiai, įsitikinimas ir jausmas, kurie parengia tam tikru būdu reaguoti, veikti, tikrumo pojūtis, nukreiptas į reiškinį (mūsų atveju – į statuso siekimą transnacionalinėje perspektyvoje). Kiti *nuostatas* apibūdinama kaip asmenybės ar grupės *subjektyvią poziciją* socialinių reiškinų ir objektų atžvilgiu, ir ji apima pažinimo, emocinį ir *elgesio* komponentus (Ališauskas, Jankauskienė ir Kairytė, 2008: 6; Banzevičienė, 2002: 125). Kai kurie sociologai išskiria kitas kategorijas, kurių apibūdinimas primena nuostatų sampratą, pvz. „socialiniuose moksluose „ambicijos“ sąvoka nurodo asmeninius norus ir projekcijas, kurios priklauso nuo individo kilmės, autobiografijos ir asmeninės kultūrinės aplinkos“ (Novelskaitė ir Riska, 2009: 1)

3.4. Kokybinio tyrimo dizainas

Empirinius tyrimo duomenis sudaro 30 individualių pusiau struktūruotų interviu, atliktų 2011-2012 m. Lietuvos socialinių tyrimų centre vykdomo projekto³⁷ metu. Kokybinis tyrimas su Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto (buvusio Kauno medicinos universiteto) absolventais atliktas *pusiau struktūruotų interviu būdu*, atrinkti gydytojai Lietuvoje ir užsienyje.

Kaip tyrimo instrumentas naudotos dviem skirtingoms informantų grupėms pritaikytos tyrimo gairės, t. y. atskiri klausimynai (žr. 6, 7 ir 8 priedus, 241 psl.) gydytojams Lietuvoje ir gydytojams svetur. Interviu vyko pagal numatytus atvirus klausimus, kurie leidžia pasakoti savo istoriją ir išsakyti rūpimus dalykus. Pusiau struktūruotų interviu trukmė – nuo 30 minučių iki 1,5 valandos. Per pokalbius ir interviu visi informantai buvo labai atviri ir noriai pasakojo apie savo darbą ir gyvenimą. Kai kurie jų patys kėlė jiems rūpimus klausimus ir temas. Kitaip tariant, pokalbio pradžioje tikėtasi kalbėti pagal temas, tačiau dėl informantų aktyvios pozicijos interviu natūraliai pasidalijo į dvi dalis – klausimai pagal apsibrėžtas temas (pusiau struktūruotas interviu) ir nestruktūruotas „kalbėjimas“.

Kokybiniu tyrimu siekta:

- Surinkti kokybinius duomenis apie medicinos studijų ir specializacijos pasirinkimą, doktorantūros studijų įsidarbinimo Lietuvoje ir užsienyje niuansus.
- Atskleisti gydytojų socialinio statuso siekimo nuostatas Lietuvoje ir transnacionalinėje socialinėje erdvėje ir atrasti jas įtakojančius veiksnius;

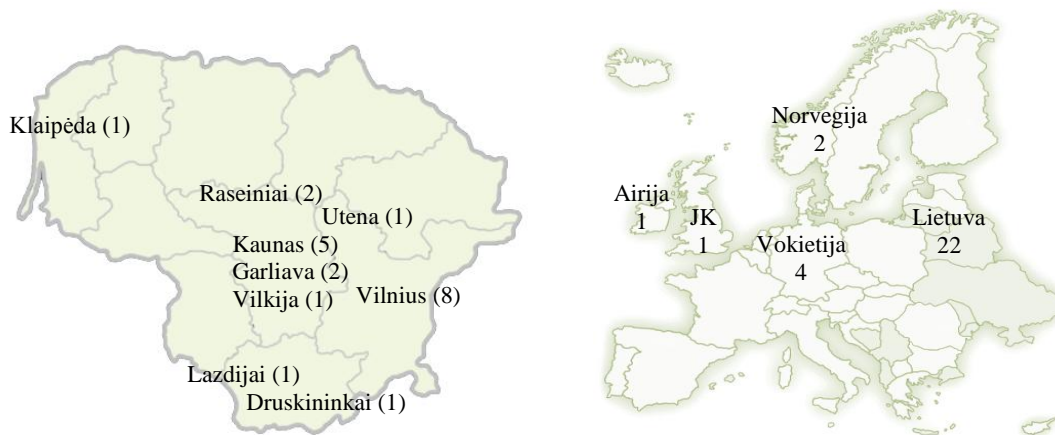
³⁷ LMT finansuotas mokslininkų grupių projektas „Gydytojo profesijos pasirinkimo motyvacija ir karjeros projektavimas kintančios Lietuvos darbo rinkos sąlygomis (MEDIKAR)“, LMT ir LSTC 2011 m. balandžio 14 d. sutartis Nr. SIN-01/2011. Projekto vykdymo trukmė 2011 m. balandžio 14 d. – 2012 m. balandžio 30 d. Projekto vadovė - prof. dr. Meilutė Taljūnaitė.

- Išsiaiškinti, kaip gydytojai vertina savo socialinio mobilumo galimybes nacionalinėje ir transnacionalinėje socialinėje erdvėje;
- Surinkti duomenis apie įsidarbinimo užsienyje niuansus, taip pat darbo sąlygų palyginimu
- Atskleisti, ką gydytojai mano apie savo profesijos prestižą.

Informantai pasirinkti naudojant „sniego gniūžtės“ ir tikslinės grupės sudarymo metodus bei atsižvelgiant į gydytojų specializacijas, amžių, lytį bei teritorinius kriterijus. Pirminiai „sniego gniūžtės“ atrankos subjektai buvo ligoninių skyrių vedėjai ar konkrečių sričių gydytojai.

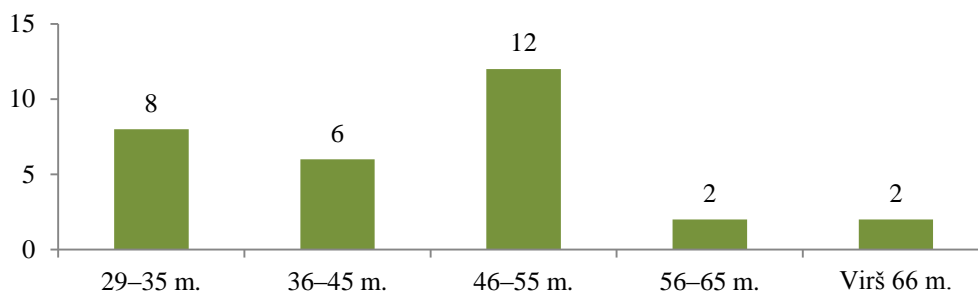
Lauko tyrimas vykdytas 2011 m. pab. – 2012 m. pr. Lietuvoje, Airijoje, Anglijoje, Vokietijoje ir Norvegijoje. Tik su trimis svetur – dviem Norvegijoje ir vienu Airijoje – nuolat dirbančiais gydytojais interviu atliktas elektroninių priemonių pagalba.

Atranka. Atranka vyko keliais žingsniais. Pirmiausia siekta rasti informantus skirtingose teritorijose (darbo ir gyvenamosios vietos atžvilgiu). Kadangi bendra Lietuvos gyventojų emigracija iš skirtingų Lietuvos miestų ir vietovių labai nevienoda, nutarta apklausti gydytojus tiek skirtinguose šalies regionuose, tiek pasirenkant skirtingo dydžio miestus (atitinkamai, ligonines ar poliklinikas). Airijos, Jungtinės Karalystės, Norvegijos bei Vokietijos pasirinkimą sąlygojo žinios, kad Lietuvos gydytojai dažniausiai vyksta būtent į šias šalis. Pateikiami suvestiniai duomenys apie tyrime dalyvavusių gydytojų teritorinį pasiskirstymą (žr. 4 paveikslą).



Paveikslas 4. Lietuvos ir Europos informantų teritorinis pasiskirstymas

Antruoju atrankos žingsniu siekta į tyrimą įtraukti skirtingo amžiaus (žr. 5 grafiką) ir specializacijos gydytojus. Kadangi tiek Lietuvoje esamų laisvų darbo vietų užpildymas, tiek iš Lietuvos emigravusių gydytojų skaičiai reikšmingai skiriasi priklausomai nuo turimos specializacijos, siekta tam tikros informantų turimos specializacijos įvairovės. Pateikiami suvestiniai duomenys apie tyrime dalyvavusių gydytojų specializacijas: chirurgas (traumatologas, kraujagyslių – iš viso 3), kardiologas, vaikų ligų (pediatras-endokrinologas, pediatras-genetikas – iš viso 5), psichiatras (iš viso 3), genetikas, anesteziologas-reanimatologas, endokrinologas, imunologas, akušeris-ginekologas (2), urologas, vidaus ligų, odontologas, otorinolaringologas ir šeimos gydytojai (4). Iš jų: 18 – moterų ir 12 – vyrų.



Paveikslas 5. Informantų skaičius pagal amžiaus grupes

Pagal baigtą aukštąją mokyklą (nors tai nebuvo atrankos požymis, nes ji sunku iš anksto numatyti): 17 informantų baigė studijas Vilniaus universitete, 12 – Kaune, o vienas – Bonos, vėliau Berlyno universitete. Keli informantai, būdami gydytojais, užėmė ir administracines pareigas universitetuose Vilniuje ir Kaune. Pagal užimamas informantų pareigas tyrimo metu – 7 buvo skyrių vedėjai; 6 turi mokslo daktaro laipsnį, du iš jų – docento vardus, du yra habilituoti daktarai, turintys profesoriaus vardą.

Tyrimo etika. Šis tyrimas grindžiamas sąžiningo tyrimo ir tiesos siekimo idealais. Vykdamas tyrimą, laikytasi pagrindinių socialiniams tyrimams būdingų etikos principų: *savanoriškumo ir geranoriškumo, privatumo ir pagarbos, teisingumo ir konfidencialumo*. Pradedant tyrimą informantai žinojo apie jo tikslą ir buvo informuoti apie numatomus rezultatus, jie taip pat galėjo gauti visą informaciją apie tyrimą. Informantų pasisakymai cituojami juos užkodavus, be to, konfidencialumas užtikrintas iš anksto parengtu ir abipusiai pasirašytu raštu.

4. GYDYTOJŲ PROFESIJOS SOCIALINĖS CHARAKTERISTIKOS

Ar gydytojai - statuso grupė? Nors pripažįstama, jog socialinių struktūrų visuminė analizei sudėtinga taikyti klasikinius XX a. atsiradusius stratifikacijos modelius, tačiau statuso grupių kategorija ir XXI a. išlieka kaip svarbi strateginė priemonė palyginamiesiems tyrimams, socialinių grupių išskirtinumo analizei, sudėtinių socialinių struktūros elementų analizei (Matonytė ir Morkevičius, 2013; Savičiūtė, 2013; Pilinkaitė-Sotirovič ir Žibas, 2012; Matulionis et al., 2010; Kasatkina, 2002). Statuso grupės pobūdžio (profesinė, etninė, amžiaus ar kt.) pasirinkimas priklauso nuo tyrėjo pozicijos ir tyrimo tikslų.

*Statuso grupė*³⁸ laikoma socialinė grupė, kurios nariams būdingas panašus socialinis statusas: užsiėmimas, pagarba/prestižas, išsilavinimas ir kt. (Matulionis et al., 2010: 20-21) Mokslininkai paprastai nelaiko *statuso grupės* integruotu kolektyviniu vienetu, o suvokia ją kaip nevienalytę, difuzišką - panašaus statuso individų ir smulkių socialinių grupių - visumą (Kasatkina, 2002: 16).

Sutariama, jog tam tikros profesijos garantuoja aukštą socialinį statusą (pvz. gydytojo, teisininko). Iš kitos pusės, analizuojamas tam tikrų profesijų socialinis statusas ir jo formavimasis (Varžinskienė, 2009; Drupaitė, 2004). Iš to seka, kad kai kurioms profesijoms galima suteikti socialinio statuso grupių kategoriją, pvz. gydytojų socialinei grupei. Gydytojų, kaip profesijos ir, kartu, statuso grupės, išskirtinumą gali padėti įsivaizduoti ne tik funkcijų apibūdinimas, bet ir tam tikrų socialinių charakteristikų derinys, sociologijoje vadinamas *socialiniu portretu* (žr. 4.3 skyrių).

Prieš pradėdant empirinį gydytojų socialinio mobilumo tyrimą, yra svarbūs tokie žingsniai: (1) atliktų tyrimų analizė, (2) gydytojų profesijos apibūdinimas ir (3) empirinio tyrimo metodologijos, duomenų šaltinių ir atrankos niuansų aptarimas. Pirmas žingsnis: atliktuose tyrimuose gali būti atsakymas į tam tikrus

³⁸ Šio termino autoriumi yra laikomas vienas žymiausių vokiečių sociologų *Max Weber* (*Maximilian Carl Emil Weber, 1864-1920*) (Weber, 1922, 1978: 302).

šio tyrimo klausimus ir atskleistos pagrindinės tyrimų kryptys. Antras žingsnis: gydytojų profesijos apibūdinimas padės pagrįsti jos, kaip specifinės socialinės grupės, tyrimų svarbą. Trečias žingsnis: empirinio tyrimo metodų pagrindimas ir pasirinktų duomenų šaltinių apibūdinimas yra svarbios empirinio tyrimo ir duomenų analizės gairės.

4.1. Lietuvoje atliktų tyrimų, kuriuose analizuojami su gydytojų socialiniu statusu susiję aspektai, kryptys

Lietuvos mokslo bendruomenės tyrimuose galima aptikti darbų, kuriuose analizuojami tam tikri su gydytojų socialinio statuso pasikeitimais/nuostatomis susiję aspektai, ir išskirti kelias pagrindines tyrimų kryptis (žr. 4 lentelę).

Lentelė 4. Gydytojų, kaip socialinės grupės, ir tam tikrų su jų socialiniu statusu susijusių aspektų, pagrindinės tyrimų kryptys Lietuvoje

Tyrimų kryptis	Autoriai
Istoriniai tyrimai apie gydytojų statusą ir profesijos reikšmę visuomenei	(Raškauskas, 2008); (Mačiūnas et al., 2005), (Liubarskienė, 2002)
Gydytojų karjeros tyrimai	(Taljūnaitė et al., 2012); (Taljūnaitė, 2012); (Novelskaitė, 2008)
Gydytojų socialinio mobilumo tyrimai	(Lipnevič, 2013); (Taljūnaitė et al., 2012)
Gydytojai ir darbo rinka	(Pocius, 2013: 50); (Pocius, 2012: 34)
Gydytojai ir migracijos nuostatos/patirtis	(Taljūnaitė et al., 2012); (Riska ir Novelskaitė, 2011); (LSMU, 2011); (Labanauskas, 2006)
Gydytojų darbo teisiniai aspektai	(Labanauskas, Justickis ir Sivakovaitė, 2010); (Kabišaitis, 2003)
Gydytojų darbo ypatumai, kompetencijos, profesionalizmas	(Dambrauskas et al., 2011) (Riska ir Novelskaitė, 2011)
Gydytojų žmogiškųjų išteklių tyrimai: specialistų planavimas, rengimas, pasiskirstymas	(Starkienė, 2012); (Buivydienė, Šmigelskas ir Buivydas, 2012); (LSMU, 2011); (Grincevičienė, Grincevičius ir Grincevičienė, 2011); (Dambrauskas et al., 2011); (Gaižauskienė et al., 2002); (Petrauskienė et al., 1994)
Gydytojų ir pacientų, gydytojų ir vaistinininkų santykiai	(Peičius ir Grincevičienė, 2009); (Gedrikaitė, 2008); (Leonavičius, Baltrušaitytė ir Naujokaitė, 2007); (Baltrušaitytė, 2006); (Kaminskas ir Peičius, 2005); (Leonavičius, Plieskis ir Petrauskienė, 2003); (Baltrušaitytė, 2003)

Šaltinis: parengta autorės

Šie tyrimai yra svarbūs gydytojų profesijos socialinio mobilumo galimybių analizei, gydytojų profesijos bruožų identifikavimui, mobilumo nuostatų pokyčio tyrimui, teisinių profesijos aspektų analizei, tačiau šiuose tyrimuose vyrauja metodologinio nacionalizmo ir objektyvizmo nuostatos, išsiskiria tik 2012 m. Lietuvos socialinių tyrimų centro pasirodžiusi mokslininkų grupės studija (Taljūnaitė et al., 2012) ir 2011 m. Lietuvos sveikatos mokslų universitete atliktas tyrimas (LSMU, 2011). Tuo tarpu, socialinio statuso siekimo transnacionalinėje perspektyvoje tyrimui reikalingas platesnis sociologo žvilgsnis – metodologinio transnacionalizmo ir subjektyvizmo prieigos.

4.2. Gydytojo profesijos funkcijos. Galios pokyčiai

Gydytojų profesija: funkcionalistinis požiūris. Gydytojų reikšmė tiek individui, tiek visai visuomenei yra neabejotina. Profesijų funkcijų analizei skiriamas nemažas profesijų sociologijos atstovų dėmesys (Poviliūnas, Žiliukaitė ir Beresnevičiūtė, 2012: 9), tačiau šiame darbe bus pateiktas tik trumpas pagrindinių daktaro³⁹ funkcijų apibūdinimas siekiant išryškinti profesijos reikšmę. Funkcinės analizės atskaitos taškas - pačių gydytojų prisiimamos pareigos ir funkcijų apibūdinimas, kuris yra reikšmingas gydytojų profesijos esmei suvokti, o kokybinė dokumentų turinio analizė - tinkamas metodas tą padaryti, kadangi yra begalė dokumentų, etikos kodeksų, priesaikų ir t. t., kuriuos kuria patys daktarai.

Nuo Hipokrato⁴⁰ laikų gydytojai apibrėžia pagrindines savo funkcijas, jų nekeičia net nuolat atnaujinamoje Hipokrato priesaikoje (Atnaujinta Hipokrato priesaika, 1995): tarnauti žmonijai (*makro* perspektyva), saugoti žmogaus gyvybę, siekti paciento gerovės (*mikro* perspektyva), *gydyti visus be išimties* (kursyvas –

³⁹ Neoficialus gydytojų pavadinimas, dar gana plačiai naudojamas ypač vyresnių žmonių, arba istorijos tyrinėtojų (pvz. (Liubarskienė, 2002)).

⁴⁰ Gerai žinoma iki šių dienų gydytojų *Hipokrato priesaika* siejama su Hipokratu (Hippocrates) - (459-377 pr. m. e.) - įžymiausiu antikos gydytoju, vadinamu medicinos tėvu, kuris suformulavo svarbiausius gydytojo elgsenos principus, parašė gydytojo priesaikos tekstą. Hipokratas gimė gydytojų šeimoje, t. y. perėmė amatą iš savo tėvų; jis atsisakė religinio magiško požiūrio į ligas, neigė antgamtinės ligos priežastis, ligos diagnostiką grindė fiziniais tyrimo būdais ir ligonio stebėjimu.

autorės, kadangi ši nuostata gali būti svarbi gydytojų transnacionalinio socialinio mobilumo prielaida). Dabartiniuose priesaikos variantuose yra apibrėžiama gydytojo darbo transnacionalinė perspektyva – gydyti „nepaisant paciento tautybės, religijos, rasės, partinės ar socialinės priklausomybės“. Lietuvos gydytojų sąjungos patvirtintame profesinės etikos kodekse pažymėta, jog gydytojo profesija - išskirtinė, „*turinti kilnią misiją - saugoti žmogaus sveikatą ir gyvybę, padėti išvengti ligų, gydyti pacientus, palengvinti ligos sukeltas dvasines ir fizines kančias*“ (LGS, 2004).

Taigi, gyvybės ir mirties klausimai gydytojų darbe yra kasdienybė, pagrindinės funkcijos – gydyti/gelbėti žmogų – nesikeitė nuo gilios senovės. Įdomus būtų detalesnis tyrimas apie gydytojų funkcijų kaitą, tačiau šiame darbe plačiau to neaptarsime, nes darbo tikslas su tuo nesusijęs.

Gydytojo profesijos galios pokyčiai. Profesija, kaip svarbi stratifikacijos kategorija, buvo ir yra plačiai taikoma. Nors plinta profesijų klasifikacijų, kaip socialinės galios formų, dekonstrukcijos idėjos, tačiau kartu neneigiama, jog gydytojo vieta socialinėje struktūroje yra viena aukščiausių (Poviliūnas, Žiliukaitė ir Beresnevičiūtė, 2012). Tačiau nurodoma, jog gydytojų galios šaltinis yra sistemoje įtvirtintas darbo pasidalinimas: „*Anot E. Freidzon (Freidson, 1970, 1988), gydytojų dominavimą lemia ne išskirtinės žinios ir studijos, bet sveikatos priežiūros sistemoje įsigalėjęs darbo pasidalijimas, kuris remiasi gydytojo profesijos išskirtinumą įtvirtinančia ideologija.*“ (Poviliūnas, Žiliukaitė ir Beresnevičiūtė, 2012: 17).

Tačiau tokiai nuostatai gydytojų atžvilgiu galima prieštarauti, kadangi būtent darbo pasidalijimą lemia žinių ir išsilavinimo netolygumai, darbo produktyvumo siekis, „protų švaistymo“ vengimas, ir t. t.

Patys gydytojai nurodo, jog gydytojų dominavimo, jų socialinės padėties kitimą, didesnę jų darbo teisinį reguliavimą, didėjančią teisinę atsakomybę lemia spartūs socialiniai pokyčiai visuomenėje: (1) greitai didėjanti žmogaus gyvybės ir jo sveikatos vertė; (2) spartus gyventojų išsilavinimo lygio didėjimas, taip pat

teisinių ir medicinos žinių prieinamumas; (3) gydytojo profesijos vertinimo pokyčiai⁴¹; (4) mažėjanti gydytojo ir paciento socialinių pozicijų nelygybė. Šie visuomenėje vykstantys procesai formuoja tam tikras nuostatas gydytojų darbo atžvilgiu ir elgesį. Vienas jų - didėjantis teisinis spaudimas provokuoja (aktyvios ir pasyvios) *gynybinės* medicinos masto didėjimą – „gydytojui siekiant apsisaugoti nuo galimo teisinio persekiojimo, išstumiami tikri gydymo tikslai bei paciento interesai. (Labanauskas, Justickis ir Sivakovaitė, 2010). Atlygio ir atsakomybės didėjimo prieštaros skatina ieškoti alternatyvių socialinio mobilumo galimybių neapsiribojant nacionaline socialine erdve. Socialinio statuso prieštaravimai, ribotų socialinio mobilumo galimybių buvimas nacionalinėje perspektyvoje formuoja socialinio mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje nuostatas.

4.3. Gydytojų socialinis portretas

Tam tikros statuso grupės apibūdinimui ir jos išskirtinumo išryškinimui yra naudojama *socialinio portreto*⁴² kategorija (Rudžinskienė, 2013; Rudžinskienė ir Paulauskaitė, 2012; Lukauskienė ir Gvildienė, 2012; Matulionis et al., 2010). Nors ji dažniau taikoma meno sociologijoje, tačiau yra naudojama ir socialinės struktūros tyrimuose. Kitos panašios sąvokos: „sociokultūrinis portretas“ (Luobikienė ir Butkevičienė, 2010; Bairašauskaitė ir Gadonas, 1998), „socio-demografinis portretas“ „sociologinis portretas“ (Morkevičius ir Norkus, 2012: 86), „statistinis portretas“, „kolektyvinis portretas“ (Švedas, 2011); „profesinis

⁴¹ Labai ilgai gydytojo profesija „buvo suvokiama kaip menas, o gydytojo veikla – kaip labiau priklausanti nuo jo intuicijos, patirties negu nuo konkrečių mokslo nurodymų. Dėl to į šią profesiją buvo žiūrima kaip į nepanašią į daugelį kitų žmogaus veiklų, sunkiai kontroliuojamą. Dabartiniu laikotarpiu gydytojo darbas vertinamas kaip racionali, moksliniais įrodymais pagrįsta veikla. Vis labiau įsigalioja požiūris, kad gydytojo veikla – įprasta, panaši į daugelį kitų profesijų, jog ji, kaip ir visos kitos profesijos, gali ir turi būti vykdoma aiškiais ir racionaliais būdais.“ (Labanauskas, Justickis and Sivakovaitė, 2010: 92)

⁴² *Portretas* sociologijoje yra vaizdinga metafora, kuri mene suvokiama kaip meninės (tapybos, skulptūros, fotografijos ir kt.) išraiškos kūrinys, *vaizduojantis žmogų ar žmonių grupę* (grupinis portretas), o *portreto funkcija* – atvaizduoti ir įamžinti. Analizuojant šios sąvokos bruožus pastebėtina, kad *socialinis portretas* yra labiau Rytų Europos sociologijos socialinių grupių apibūdinimo tradicija, o „statistinis portretas“ – Vakarų Europos ir Amerikos. Esminis skirtumas tarp šių kategorijų taikymo – tyrimo duomenų šaltinių skirtumai, tačiau vienu ir kitu atveju yra remiamasi metodologiniu holizmu bei taikoma statistinė duomenų analizė.

portretas“ (Poviliūnas, Žiliukaitė ir Beresnevičiūtė, 2012) naudojamos iš esmės yra to pačio tikslo siekimui – apibūdinti tam tikrą socialinę grupę pasirinktu bruožų rinkiniu.

Socialinis portretas apibrėžiamas kaip žmogaus ar socialinės grupės socialinių charakteristikų visuminis (at)vaizdas (individo ar visuomenės sąmonėje) (Matulionis et al., 2010: 20), „savotiškas susiklostančios socialinės realybės pokyčių atspindys“ (Grigas, 2002). Tačiau kokios geriausiai apibūdinančios vieną ar kitą socialinę grupę charakteristikos pasirenkamos, priklauso nuo tyrimo tikslų ir tyrėjų metodologinių nuostatų. Tačiau yra nurodomos tam tikros rodiklių grupės, naudotinos statuso grupės išskirtinumui (pa)vaizduoti: *galios* (valdžia, statusas, prestižas); *atlygio* (pajamos, turtas); *užsiėmimas* (profesija, užimtumas); *demografijos* (išsimokslinimas, lytis, amžius, tautybė, rasė, šeimyninė sudėtis/padėtis, gyvenamoji vieta); *aktyvumo* (politinis, bendruomeninis, kultūrinis, pažintinis, religinis, buitinis, sveikatingumas, įpročiai, kitoks laisvalaikis - skaitymas, teatrai, muziejai, kinas ir kt.); *gyvenamosios aplinkos* (būstas, draugai) (Matulionis et al., 2010: 21).

Gydytojų, kaip specifinės statuso grupės ir, kartu, profesinės grupės išskirtinumas nėra plačiai analizuojamas Lietuvos mokslininkų, tačiau jų tarpe galima aptikti labai įdomių istorinių tyrimų: gydytojų vaizdavimą Antikos laikų ir XVI a. lietuvių poezijoje (Tamošiūnienė, 2008), XIX ir XX pradžios visuomeninės gydytojų veiklos ir „*daktaro autoriteto*“ tyrimą (Liubarskienė, 2002). Šie retrospektyviniai tyrimai gali būti naudojami lyginamiesiems socialinio statuso tyrimams, gydytojų socialinio portreto istorinei analizei. Tačiau kai kurie tyrimai analizuoja su šia statuso grupe susijusias charakteristikas, kurias apjungus galime susidaryti daugiau ar mažiau gydytojų socialinį portretą.

Šiame tyrime gydytojų socialiniam portretui apibūdinti derinami įvairūs (antrinių duomenų, statistinių duomenų analizės ir grafinio vaizdavimo) metodai. Analizei pasirinkti beveik visų rodiklių grupių po vieną ar kelias charakteristikas: galios → profesijos prestižas; atlygio → pajamos; užsiėmimas → užimtumas;

demografijos → išsilavinimas; aktyvumo → bendruomeninis aktyvumas, kvalifikacijos tobulinimas.

Gydytojų profesijos prestižas. Teigiama, jog profesijų prestižas yra labai svarbus socialinių skirtumų analizei. Tai socialinis veiklos įvertinimas, socialinio pripažinimo rodiklis, kuris apsprendžia visos socialinės grupės ir kartu ją sudarančių individų socialinę padėtį visuomenės hierarchinėje struktūroje (Gudaitienė, 1999); (Taljūnaitė ir Titma, 1984; Taljūnaitė, 1981; Blau ir Duncan, 1967). Paprastai profesijos ranguojamos kiekybinių tyrimo metodų pagalba (pav. anketinės apklausos metodas). Šiuo būdu profesijos prestižas apibūdinamas kaip *kolektyvinėje sąmonėje* susiformavęs reiškinys.

Lietuvoje tyrimų apie profesijų prestižą yra vos keli (Taljūnaitė ir Titma, 1984; Taljūnaitė, 1981; Taljūnaitė, 1979). 1984 m. pasirodęs M. Titmos ir M. Taljūnaitės mokslinis darbas „Profesijų prestižas“ buvo svarus indėlis profesijų prestižo tyrinėjimuose Lietuvoje. Autoriai profesijų prestižo tyrime taikant faktorinę analizę tyrinėjo profesijos prestižo struktūrą, t. y. veiksnius, kurie nulemia vienokį ar kitokį profesijos vertinimą. Mokslininkų teigimu, profesijų prestižo pagrindas yra *darbo visuomeninis reikšmingumas ir užsiėmimo visuomeninei naudai*. Kiti svarbūs jį formuojantys veiksniai yra: galimybė save realizuoti profesijoje, galimybė tobulėti, inteligento statusas ir nauda šalies ekonomikai. Autorių teigimu, aukštas medicininės veiklos prestižas ypatingai susijęs su altruizmu ir profesinės veiklos visuomenine naudai (Taljūnaitė ir Titma, 1984).

Beveik 4 dešimtmečius vėliau, 2010 m. pasirodžiusiame kitų mokslininkų straipsnyje apie profesijų prestižą buvo analizuoti jo formavimo veiksniai pedagogų tarpe (Paulauskas, Bakutyte ir Ušeckienė, 2010). Tyrimo metu autoriai siekė užfiksuoti ir palyginti tris skirtingus profesijos prestižo vertinimo būdus: *idealistinį* (veiksniai, kurie turi lemti profesijos prestižą), *realistinį* (veiksniai, kurie lemia profesijos prestižą) ir *asmeninį* (mokytojams asmeniškai reikšmingus

profesijos prestižo veiksnius). Tirdami *idealistinį profesijos prestižo vertinimą*, mokslininkai nustatė, kad labiausiai profesijos prestižą turėtų lemti profesijos tinkamumas asmeniui, atlyginimo dydis, specialybės paklausa darbo rinkoje, kvalifikacijos tobulinimo prieinamumas, galimybė kilti karjeros laiptais. *Realistinis profesijos prestižo vertinimas* parodė, kad profesijos prestižą visuomenėje šiuo metu labiausiai lemia atlyginimo dydis, pareigybių teikiamos privilegijos, galimybė kilti karjeros laiptais bei specialybės paklausa darbo rinkoje. Tiriant *asmeninį profesijos prestižo vertinimą*, nustatyta, kad apklaustiems pedagogams reikšmingiausi profesijos prestižo veiksniai yra atlyginimo dydis, kvalifikacijos tobulinimo prieinamumas ir profesijos tinkamumas asmeniui. Be to, gana svarbu yra darbo nauda visuomenei, galėjimas veikti nepriklausomai, gebėjimas persiorientuoti be papildomų išlaidų, pareigybių teikiamos privilegijos, specialybės paklausa darbo rinkoje.

Šiek tiek anksčiau, L. Varžinskienė savo disertacijoje (2008) analizuodama profesijos statuso niuansus teigia, jog profesijos statusą lemia vidiniai ir išoriniai veiksniai. Autorė tvirtina, kad „*vienas svarbiausių išorinių veiksnių yra visuomenės nuomonė, kuriai didelės įtakos turi pačių profesionalų ir jų partnerių nuomonė apie savo profesiją. Visuomenės nuomonė vystosi dešimtmečiais ar daugiau ir nepasikeičia staiga*“ (Varžinskienė, 2008). Mokslininkė atliko kiekybinį tyrimą tikslu nustatyti, kaip Lietuvoje pasiskirsčiusios profesijos pagal prestižą. Atlikusi dispersinę analizę ir apskaičiavus profesijų vertinimo įverčių procentinį pasiskirstymą, sudarė profesijų reitingą (žr. 3 priedą). Tyrėja nustatė, kad labiausiai vertinamos profesijos šiame reitinge yra gydytojas specialistas⁴³ ir aukščiausiojo teismo teisėjas. Aukštose pozicijose yra ir odontologo bei šeimos gydytojo profesijos.

⁴³ Tyrėja profesijų reitingavimui naudojo Profesijų ir pareigybių sąrašą pagal ISCO88 (žr. Sutrumpinimų paaiškinimuose), kurioje gydytojo specialisto ir šeimos gydytojo grupės yra atskirtos.

Kitų šalių tyrimai atspindi panašias gydytojų profesijos vertinimo tendencijas. Viename tokių pateikiama net 32 metų Didžiosios Britanijos palyginamoji profesijų prestižo reitingų lentelė (žr. 4 priedą), kurioje matosi, jog gydytojo profesija pagal prestižą per 32 metus yra aukščiausiose pozicijose.

Profesijų prestižo tyrimai pasaulyje turi daugiau nei pusės amžiaus tradicijas. Per tą laiką sukauptas milžiniškas empirinių duomenų klodas. Nežiūrint į skirtingas duomenų rinkimo metodikas, duomenis įmanoma palyginti tiek laike, tiek erdvėje. Jie rodo, kad profesijų prestižo hierarchijos skirtumai tiek šalies viduje, tiek lyginant šalis santykinai nėra dideli. Tai rodo šio socialinio reiškinių pastovumą. Teigiama, kad informacija apie profesijų prestižą svarbi valstybės valdymo institucijoms formuojant ir įgyvendinant politiką. Be to, ji duoda galimybę sužinoti ir apie individo socialinį statusą (Taljūnaitė ir Titma, 1984).

Kiekybiniai profesijų prestižo tyrimai turi galias tradicijas, bet kai kurie mokslininkai jas kritikuoja. Nors toks požiūris - profesijų autonomijos ir prestižo atžvilgiu - vadinamas konservatyviu ir dabartinėmis sąlygomis jo taikymas lyginamas su „*jauno vyno pylimu į senus vynmaišius*“ (Poviliūnas, Žiliukaitė ir Beresnevičiūtė, 2012: 13), tačiau kai kurie procesai visuomenėje rodo apie egzistuojančias skirtingas nuostatas profesijų atžvilgiu. Vienas jų - profesijos rinkimosi reiškinys. Teigiama, jog prestižas gali būti analizuojamas ir profesijos pasirinkimo kontekste, kaip labiau profesijos ir mažiau socialinės grupės prestižas (Taljūnaitė ir Titma, 1984: 49, 52).

Lentelė 5. Lietuvos 2009–2014 m. populiariausios universitetų studijų programos tarp stojančiųjų (pirmu pageidavimu)

Nr.	Studijų programa	Universitetas	Pageidavimų skaičius					
			2009	2010	2011	2012	2013	2014
1	Ekonomika	VU	1106	818	766	543	391	337
	Teisė	VU ir MRU	1154	1135	1039	903	995	992
2	Teisė	VU	639	667	655	525	366	387
3	Teisė ir maitinės veikla	MRU	515	468	384	378	363	305
4	Teisė ir ikiteisminis tyrimas	MRU	-	-	-	-	266	300
	Medicina	LSMU ir VU	958	1021	1161	1316	1291	1434
5		LSMU	539	560	653	795	761	889
6		VU	419	461	508	521	530	545
7	Politikos mokslai	VU	583	512	467	417	332	-
8	Kūrybinės industrijos	VG TU	519	466	416	417	299	-
9	Psichologija	VU	-	344	370	-	-	-
10	Odontologija	LSMU	-	-	336	377	419	458
11	Programų sistemos	VU					280	314
	VISO: Medicina ir odontologija	LSMU ir VU	-	-	1497	1693	1710	1892

- Nėra duomenų.

Šaltinis: Parengta pagal Lietuvos aukštųjų mokyklų asociacijos bendram priėmimui organizuoti duomenis, (LAMABPO, 2014)

Pavyzdžiui, analizuojant 2009-2014 m. stojimo duomenis į Lietuvos universitetus yra aiškiai matyti, kad medicinos studijų populiarumas Lietuvoje yra didžiausias. Pradžioje 2009 m. ryškia persvarą turėję socialiniai mokslai (ekonomika ir teisė) akivaizdu, kad savo pozicijas užleido medicinos studijoms. Nėgana to, norinčiųjų studijuoti mediciną (pirmu pageidavimu) skaičius nuolat auga (žr. 5 lentelę). Jeigu sumuotume medicinos ir odontologijos stojimo pirmu pageidavimu rezultatus, tai medicinos studijų populiarumas 2014 m. iš tiesų labai akivaizdus: beveik dvigubai persveria teisės studijų populiarumą ir net daugiau nei 5 kartus - ekonomikos studijų programos pasirinkimą pirmu pageidavimu. Kokios paskatos ir veiksniai sąlygoja gydytojo profesijos pasirinkimą? Į šį klausimą bus ieškomas atsakymas kokybinio tyrimo metu.

Dažnai profesijos prestižas nustatomas remiantis holistine perspektyva - lyginant jį su kitų profesijų prestižu. Tačiau šis socialinis, kolektyvinėje sąmonėje susiformavęs, fenomenas gali būti vertinamas ir subjektyviai, netgi tos pačios profesijos atstovų. Šis subjektyvus vertinimas yra aptariamasis analizuojant empirinio tyrimo rezultatus (plačiau žr. 6 skyrių).

Gydytojų užimtumas. Gydytojų profesinė veikla yra specifinė, kadangi yra baigtinis įstaigų, institucijų ir kartu darbdavių sąrašas, o medicinos specializuotas mokymasis teikia mažiau galimybių įsidarbinti kitose srityse, nesusijusiose su sveikatos apsauga. Kita vertus, įsidarbinimas pagal gydytojų profesinę kvalifikaciją yra vienas aukščiausių (Pocius, 2013: 50; Pocius, 2012: 34). Viena iš priežasčių yra šių specialistų skaičiaus planavimas valstybiniu mastu, tačiau dėl įvairių viršvalstybinių procesų (pvz. jaunų specialistų migracijos) matoma rizika, kad gydytojų darbo rinkos pusiausvyra įvairiose šalyse gali išsibalansuoti (Aluttis, Bishaw ir Frank, 2014; Pocius, 2013: 50; Dussault et al., 2010; Huchan, 2009). Iš vienos pusės gydytojų skaičius Lietuvoje ir kitose Pasaulio valstybėse yra planuojamas valstybiniu lygmeniu, tačiau kol kas nėra realaus tarpvalstybinio

gydytojų skaičiaus planavimo ir reguliavimo, kol kas tik bandoma tokią sistemą kurti (EC, 2012).

Gydytojų išsilavinimas. Gydytojai yra laikomi aukštos profesinės kvalifikacijos⁴⁴ specialistais – Lietuvoje medicinos studijos trunka ne mažiau 6 metų (LRS, 1996). Medicinos studijų kryptis yra specifinė, kadangi jos parengtų specialistų (gydytojų) profesinė veikla priskiriama prie reglamentuojamų profesijų grupės, t. y. valstybė nustato profesinio rengimo ir profesinės veiklos taisykles ir reikalavimus⁴⁵, o gydytojų darbo specifika susijusi su žinių pritaikymu ribotoje, t. y. siauresnės specializacijos⁴⁶ sferoje (Poviliūnas, Žiliukaitė ir Beresnevičiūtė, 2012: 77; Dambrauskas et al., 2011; Pocius, 2012: 33-34).

Be įprastų medicinos studijų, kurios trunka ilgus metus, gydytojai renkasi dar ir trečios pakopos – doktorantūros - studijas. Maža to, ši iniciatyva yra skatinama ir remiama ES struktūrinių fondų⁴⁷.

⁴⁴ ES Tarybos direktyvoje apibrėžta, kad *aukštą profesinę kvalifikaciją* liudija *aukštojo mokslo kvalifikacijos* įrodymas arba, kai tai numatyta nacionalinės teisės aktuose, ne mažiau kaip penkerių metų profesinė patirtis, lygiavertė aukštojo mokslo kvalifikacijai, ir kuri reikalinga darbo sutartyje ar įpareigojančiame darbo pasiūlyme nurodytai profesijai ar sektoriui. Tuo tarpu, *aukštojo mokslo kvalifikacija* – diplomai, pažymėjimai ar kitas įrodymas, kurį suteikė ar išdavė kompetentinga institucija ir kuris liudija sėkmingai baigtą aukštojo mokslo programą, t. y. kursus, kuriuos rengia švietimo įstaiga, kurią valstybė, kurioje ji yra, yra pripažinusi aukštojo mokslo įstaiga. Į tokią kvalifikaciją atsižvelgiama, kai studijos jai įgyti trunka ne mažiau kaip trejus metus (ES Taryba, 2009).

⁴⁵ Gydytojas verstis medicinos praktika Lietuvoje turi teisę tik turintis įstatymo nustatyta tvarka išduotą ir galiojančią licenciją. Be to, *„gydytojas verstis medicinos praktika gali tik sveikatos priežiūros įstaigoje, turinčioje licenciją teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Gydytojas rezidentas verstis medicinos praktika pagal rezidentūros studijų programą, išskyrus konsultavimą, gali tik įstaigoje, kurioje atlieka rezidentūrą, ir tik prižiūrimas gydytojo rezidento vadovo“* 4 str. (LRS, 1996).

⁴⁶ Iš įstatymo (LRS, 1996) 2 str.: *„Medicinos praktikos specializacija – papildomų medicinos praktikos žinių, įgūdžių ir atitinkamos gydytojo specialisto profesinės kvalifikacijos įgijimas“*. Medicinos specializaciją, kuri prasidėjo ir sparčiai plėtėsi XX a., nulėmė sparti medicinos mokslo pažanga (Verbickas ir Juškevičius, 2014: 67, 74; Kasiulevičius, 2013)

⁴⁷ 10 institucijų (Vytauto Didžiojo universitetas (koordinatorių), Aleksandro Stulginskio, Klaipėdos, Lietuvos sveikatos mokslų, Lietuvos edukologijos, Vilniaus universitetais, Gamtos tyrimų, Lietuvos agrarinių ir miškų mokslų, Valstybinio mokslinių tyrimų instituto Inovatyvios medicinos centrais, Lietuvos kūno kultūros akademija, Vilniaus universiteto Onkologijos institutu), Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšomis vykdo projektą „Aukštos kvalifikacijos specialistų, atitinkančių valstybės ir visuomenės poreikius, biomedicinos srityje rengimo tobulinimas – BIOMEDOKT, Nr. VP1-3.1-ŠMM-01-V-03-002“. Projekto bendra vertė yra didesnė nei 26 mln. litų, pabaiga – 2015 m. sausio mėn. BIOMEDOKT projekto tikslas - parengti aukštos kvalifikacijos III pakopos studentus, gebančius paruošti daktaro disertaciją biomedicinos mokslų srityje. Projektas koncentruojasi ties keturiomis pagrindinėmis kryptimis – gyvybės mokslais, *medicinos* ir sveikatos mokslais, žemės ūkio ir veterinarijos mokslais bei ekologijos ir aplinkotyros

Gydytojų aktyvumas

Bendruomeninis aktyvumas. Galima pastebėti, kad tam tikrų profesijų atstovai aktyviau jungiasi į profesines draugijas, asociacijas ar sąjungas. Gydytojai Lietuvoje yra vieni aktyviausių profesinių organizacijų dalyvių. Kiekvienos specialybės gydytojai turi atskirą draugiją, be to yra bendros gydytojų sąjungos, t. y. neretai gydytojas priklauso kelioms gydytojų organizacijoms. Šiuo metu Lietuvoje žinomos mažiausiai 35 gydytojų bendruomenės.

Pirmieji gydytojų susibūrimai Lietuvoje ėmė kurtis prieš daugiau nei du šimtmečius. Profesionalus medikų rengimas Lietuvoje pradėtas 1781 m., įkūrus Vilniaus akademijoje medicinos fakultetą. 1805 m. gruodžio 12 d., profesoriaus Johano Franko iniciatyva įkurta Vilniaus medicinos draugija (VMD), vienijusi medicinos daktarus ir profesorius. „Ši gydytojų draugija yra pirmoji Rytų Europoje. Tai buvo pirma visuomeninė gydytojų sąjunga ir visoje Rusijos imperijoje. Be to, ji sujungė visus medikus. Anksčiau jie tarpusavyje nebendravo profesiniais reikalais, buvo labai užsisklędę, rūpinosi tik savo privačia praktika. Sklandė kalbos, kad jei jaunas gydytojas skaito ir prenumeruoja užsieninius medicinos žurnalus, vadinasi, jis dar nepasirengęs praktiniam darbui, neturi pakankamai patirties. Seni gydytojai palaikydavo tokią nuomonę nenorėdami prarasti savo pacientų“, – teigia Visuomenės sveikatos instituto docentė Vitalija Miežutavičiūtė (Bulotaitė, 2012). Draugijos istorija skirstoma į 5 laikotarpius: universitetinį (1805–1842 m.), ikirevoliucinį (1843–1919 m.), Lenkijos okupacijos (1920–1939 m. – draugijos veikla sustabdyta), Tarybinį (1940–1990 m., draugijos veikla atgaivinta 1945 m.), einamąjį (nuo 1991 m.). VMD veikla buvo aktyvi, pažangi ir matoma: 1808 metais įsteigtas Vakcinacijos institutas (Higienos instituto pirmtakas), 1809 metais įkurtas Motinystės institutas (neturtingoms gimdyvėms), 1885 metais įkurta Sanitarijos sekcija (nagrinėjo sanitarijos problemas, ligų etiologiją, gydymą, diagnozavimą), 1887 m. įkurta

mokslais. Projekto metu siekiama atnaujinti studijų programas, kelti dėstytojų kvalifikaciją, skatinti doktorantų bei dėstytojų *tarptautiškumą* ir tarpdiscipliniškumą.

Chemijos ir bakteriologijos laboratorija, kurioje vykdyta infekcinių ligų diagnostika ir jų apskaita, dezinfekcija, nemokamas skiepijimas nuo raupų ir kt. Ir dabar ši draugija aktyviai veikia. Jos pagrindinis tikslas – skleisti medicinos naujoves, skatinti profesinį tobulėjimą.

Specializuotos medicinos draugijos aktyviau ėmė burtis prieš daugiau nei du dešimtmečius, atkūrus Nepriklausomą Lietuvą. Stambiausia gydytojų organizacija yra Lietuvos gydytojų sąjunga (LGS). Tai profsąjunginė organizacija, kuri vienija apie 80 proc. Lietuvos gydytojų. 1919 m. gegužės 2 d. įsikūrė Kauno medicinos draugija (KMD), suvaidinusi lemiamą vaidmenį rengiant Lietuvos gydytojų suvažiavimus, įkuriant Lietuvos gydytojų sąjungą. Kauno medikų pavyzdžiu netrukus pasekė ir kitų Lietuvos miestų gydytojai: įkurtos Kėdainių, Panevėžio, Šiaulių bei Ukmergės gydytojų draugijos. 1939 m. IX Lietuvos gydytojų draugijų sąjungos atstovų suvažiavime dalyvavo net 11 draugijų iš įvairių Lietuvos miestų. Dėl politinės Lietuvos situacijos sąjungos veikla buvo nutrūkusi, o atkurta 1989 m. Vilniuje.

Lietuvos gydytojai aktyviai jungiasi į organizacijas ir veikia jose ne tik Lietuvoje, bet ir už šalies ribų. Yra žinomos Amerikos Lietuvių Doktorų Draugija (įkurta 1912 m.), Pasaulio lietuvių medikų asociacija (įkurta 1963 m.), Jungtinės Karalystės lietuvių gydytojų ir odontologų asociacija, Amerikos Lietuvių Gydytojų Sąjunga (įkurta 1951-aisiais).

Profesinės sąjungos Vokietijoje turi daugiau galių negu Lietuvoje. Joms suteikta didelė kompetencija sprendžiant gydytojų ruošimo ir rezidentūros klausimus, organizuojant skirtingų lygių egzaminus, tobulinimosi kursus – įvairiausius procesus. Gydytojų profesinei sąjungai Vokietijoje būtina priklausyti, kitaip gydytojas negali pradėti dirbti: sąjunga suteikia dokumentus, darbo pasiūlymus ir kt.

Kvalifikacijos tobulinimas. Gydytojai bene labiausiai besitobulinanti profesinė grupė visame pasaulyje. Viena vertus, medicinos mokslo žinių taikymas klinikinėje praktikoje žmonių sveikatai palaikyti/atstatyti yra labai svarbus (Tallis,

2006). Kita vertus, tai yra struktūriškai nulemtas reiškinys - medicina sparčiai žengia į priekį, todėl gydytojų tęstinis mokymasis yra labai svarbus ne tik paskiram individui, bet ir visos visuomenės atžvilgiu. Suprantama, jog gydytojo veiksmai ir sprendimai turi tam tikrą *rizikos elementą*, susijusį su žmogaus gyvybės išsaugojimu, sveikatos išlaikymu, darbingumo atstatymu, o nesėkminga sveikatos priežiūros paslaugų baigtis galimi tiek gydytojo žinių trūkumo ar netinkamo jų panaudojimo, tiek dėl aplinkybių, nesusijusių su gydytojo veikimu (Kabišaitis, 2003: 38). Lietuvos Medicinos praktikos įstatyme nurodoma, kad viena iš *privalomų* gydytojo profesinių *pareigų* yra tobulinti savo profesinę kvalifikaciją sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka (LRS, 1996; SAM, 2002). Privalomas gydytojų tęstinis mokymasis yra reglamentuojamas daugelyje Europos valstybių (žr. 6 lentelę).

Lentelė 6. Tęstinis medicininis mokymas Europos Sąjungos šalyse 2014 m.

Privalomas tęstinis medicininis mokymas	Savanoriškas tęstinis medicininis mokymasis
Vengrija, Lenkija, Slovakija, Rumunija, Latvija, Airija, Austrija, Vokietija, Olandija, Graikija, Slovenija, Bulgarija, Lietuva , JK, Čekija, Prancūzija, Italija, Kroatija	Belgija, Kipras, Liuksemburgas, Malta, Ispanija, Danija, Suomija, Švedija, Estija, Portugalija

Šaltinis: parengta pagal (LSMU, 2011: 75) ir (HSPM, 2014).

Profesinės kvalifikacijos tobulinimu⁴⁸ laikomas *neformalusis švietimas*, kuriuo siekiama pagilinti ar atnaujinti profesinei veiklai reikalingas žinias, gebėjimus bei praktinius įgūdžius (SAM, 2002), palaikyti ir vystyti žmogiškąjį kapitalą⁴⁹ (tai viena iš pagrindinių neformaliojo švietimo paskirčių (Butvilienė, 2014)). Taigi, privalomas gydytojų kvalifikacijos tobulinimas didina jų žmogiškojo kapitalo vertę, o individo lygmeniu (šiuo atveju gydytojo)

⁴⁸ Nurodomos tobulinimosi formos yra: kursai, stažuotės, paskaitos, pranešimai, publikacijos mokslo žurnaluose ir leidiniuose, mokslinės-praktinės konferencijos, seminarai (SAM, 2002)

⁴⁹ *Žmogiškasis kapitalas* yra laikomas investicijomis į žmogiškuosius išteklius: švietimą, profesinį rengimą, sveikatos apsaugą ir mokslinius-tiriamuosius darbus (Bagdanavičius, 2002: 5). Tai ne tik ekonominė, bet ir socialinė kategorija (Gruževskis ir Okunevičiūtė-Neveauskienė, 2009)

žmogiškasis kapitalas suteikia palankesnę padėtį darbo rinkoje (ne tik nacionalinėje), kadangi gerovės šalyse įsidarbinimas yra dažniau vertinamas kaip socialinis, o ne tik ekonominis reiškinys ir pajamų šaltinis (darbu asmuo ne tik užsitikrina materialinį egzistavimo pagrindą, bet taip pat tenkina ir kitus poreikius) (Gruževskis ir Okunevičiūtė-Neveauskienė, 2009: 104).

Apibendrinant galima teigti, jog gydytojų aktyvumas kvalifikacijos tobulinimo srityje yra *visuotinis* ir gal tik iš dalies priverstinis, tačiau jis didina žmogiškojo kapitalo vertę, o „žmogiškojo kapitalo plėtra lemia vykstančius socialinius ir ekonominius procesus: kuriama žinių visuomenė, stiprinamas šalies ekonomikos konkurencingumas“ (Gruževskis ir Okunevičiūtė-Neveauskienė, 2009: 104).

Apibendrinimas. Visi šie aprašyti socialinio portreto bruožai nurodo į specifinę socialinę grupę, liudija apie išskirtinės ir neprarandančios svarbos profesijos buvimą, kuriai reikalingas ne tik tarptautinės politikos kūrėjų ir vykdytojų, bet ir visos mokslo bendruomenės didesnis dėmesys.

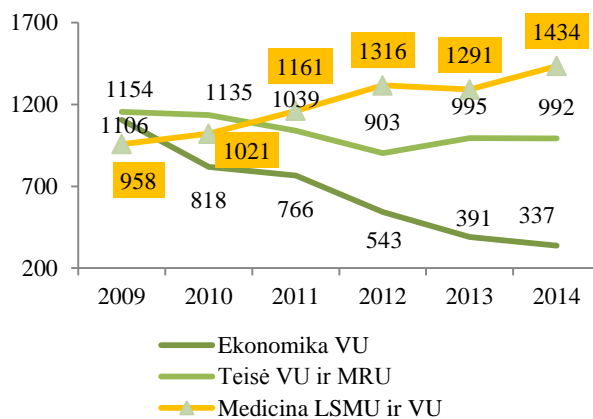
5. GYDYTOJAI LIETUVOJE, EUROPOJE IR PASAULYJE (kiekybinis tyrimas)

Kaip minėta teorinėje dalyje (žr. 2.5 skyrių), socialinio mobilumo galimybių skirtumus tarp valstybių ir, kartu, transnacionaliniu mastu gali atskleisti kai kurių statistinių rodiklių visuminė analizė. Siekiant išsiaiškinti Lietuvos gydytojų realius socialinio mobilumo šansus kilmės šalyje, pirmiausia buvo atlikta gydytojų rengimo ir pasiskirstymo Lietuvoje statistinių duomenų analizė. Vėliau rezultatus papildė gydytojų socialinio statuso komponentų (prestižo ir atlygio) suderinamumo Lietuvoje atliktas tyrimas (antrinių šaltinių duomenų pagrindu).

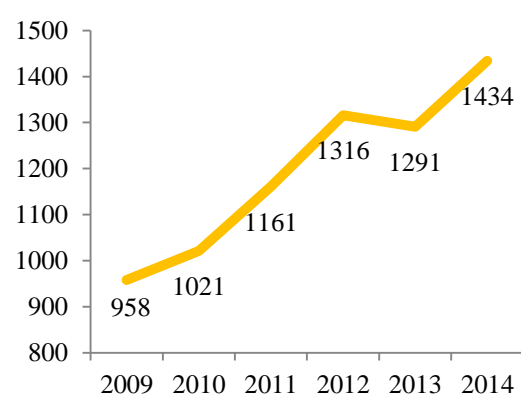
5.1. Situacijos Lietuvoje analizė

5.1.1 Medicinos studijų pasirinkimo Lietuvoje pokyčiai

Kaip minėta anksčiau, gydytojų profesijos prestižą Lietuvoje rodo norinčių studijuoti šią profesiją skaičiaus augimas. Svarbu pažymėti, jog 2011 m. pageidavimų pirmu numeriu studijuoti mediciną skaičius aplenkė iki tol „pirmavusius“ socialinius mokslus – teisę ir ekonomiką (žr. 6 paveikslą).



Paveikslas 6. Trijų studijų programų pirmu pageidavimu pasirinkimo kitimas (LAMABPO, 2014)

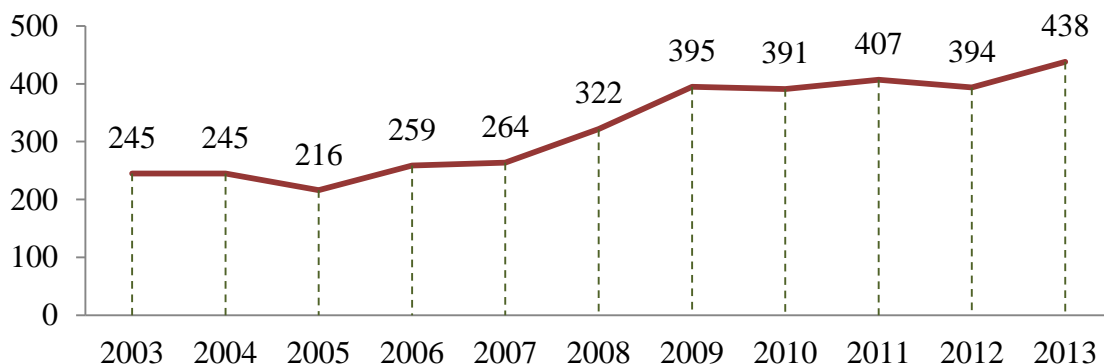


Paveikslas 7. Medicinos studijų pirmu pageidavimu pasirinkimo kitimas 2009-2014 (LSMU ir VU), pageidavimų skaičius vnt.

LAMBPO⁵⁰ duomenimis, per penkis pastaruosius metus, pokriziniame laikotarpyje, norinčiųjų studijuoti medicinos mokslus universitetuose skaičius išaugo beveik 50 proc. (žr. 7 paveikslą). Toliau bus analizuojama, kaip Lietuvoje kinta priėmimas į gydomosios medicinos studijas, taip pat, medicinos studijų absolventų skaičiaus kaita.

5.1.2 Priėmimo į medicinos studijas ir absolventų kitimas

Statistinių duomenų analizė rodo, jog Lietuvoje gydytojų rengimo mastai nuo 2005 m. išaugo daugiau nei du kartus (žr. 8 paveikslą). Tokia situacija iš vienos pusės rodo augančius gydytojų rengimo kaštus valstybei, iš kitos – baigusieji medicinos studijas nežinia kur pasirinks dirbti (Lietuvoje ar kt.), ir ar gaus norimą darbą kilmės šalyje.



Paveikslas 8. Gydomosios medicinos studijų (6 m.) absolventų skaičiaus kitimas Lietuvoje, 2003-2013 m.

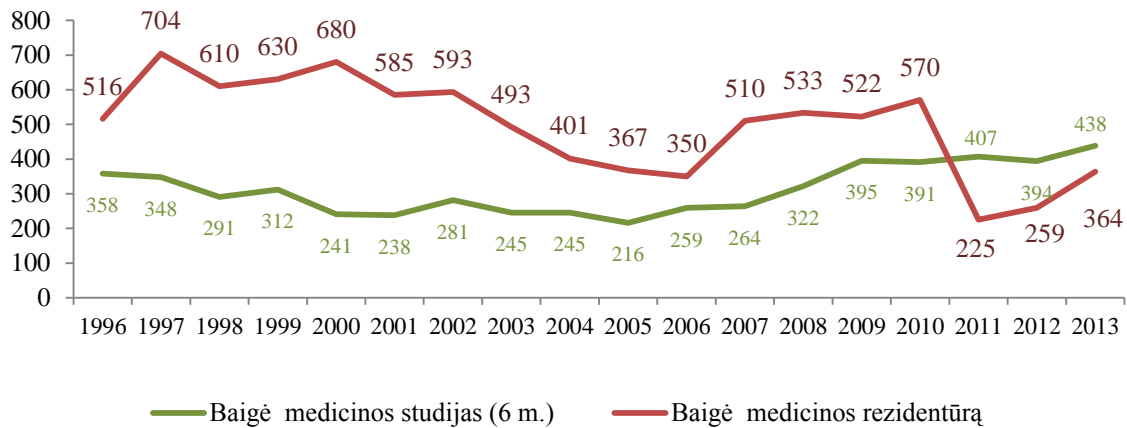
Šaltinis: (SAM, 1999, 2004, 2012, 2014)

Pažiūrėjus ilgesnį laikotarpį, nuo 1996 m., matyti, kad pagrindinių medicinos studijų absolventų skaičius iki 2005 m. sumažėjo trečdaliu, o jau 2013 m. lyginant su 2005 m. situacija skaičius pasikeitė daugiau nei dvigubai (žr. 9 paveikslą). Taip atsitiko dėl 2002 m. atliktų skaičiavimų ir gydytojų trūkumo 2015 m. prognozių

⁵⁰ 2009 m. LAMA BPO gavo švietimo ir mokslo ministro įgaliojimą vykdyti bendrąjį priėmimą į visas šalies aukštąsias mokyklas ir konkurso tvarka (remiantis geriausiųjų eilės sudarymo principu) nustatyti, kuriems stojantieji tenka valstybės finansuojamos vietos. LAMA BPO per bendrąjį priėmimą taip pat padeda mokykloms priimti didžiąją dalį valstybės nefinansuojamų vietų studentų (LAMABPO, 2014).

(Gaižauskienė et al., 2002), lėmusių priėmimo į medicinos studijas padvigubinimą.

Kiek kitokia situacija Lietuvoje yra su rezidentūros studijų absolventais. Iki 2010 m. rezidentūros absolventų skaičius stipriai viršijęs pagrindinių studijų absolventų skaičių, 2011 m. buvo mažesnis beveik dvigubai. Taip atsitiko dėl sumažinto priėmimo į valstybės finansuojamą medicinos rezidentūrą. Galima daryti prielaidą, kad tokia pasikeitusi situacija galėjo paskatinti ar skatinti gydytojų mobilumą, kadangi ilgai ir sunkiai mokėsi medicinos mokslų gydytojai norėtų užbaigti ir rezidentūrą, kad galėtų turėti specializaciją ir gauti geresnį darbą.



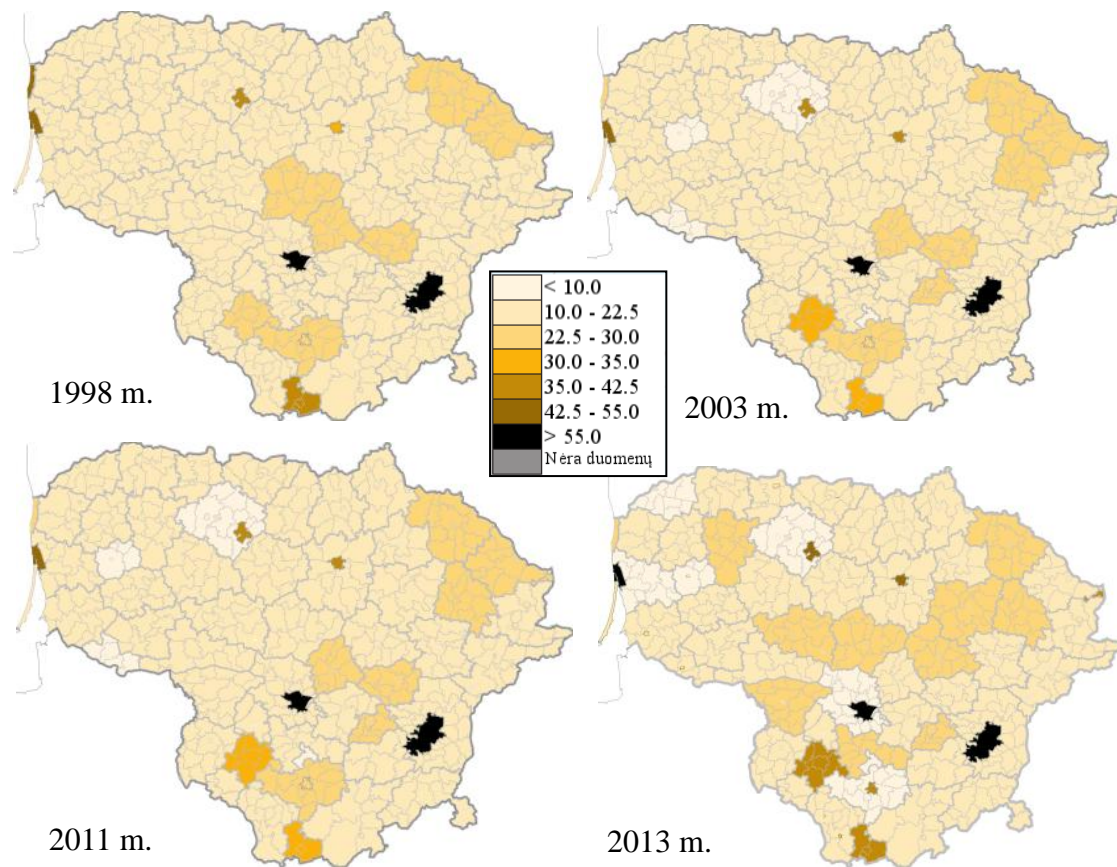
Paveikslas 9. Gydamosios medicinos studijų (6 m.) ir rezidentūros absolventų skaičiaus kitimas Lietuvoje, 1996-2013 m.

Šaltinis: (SAM, 1999, 2004, 2012, 2014)

Iš kitos pusės, atsiradęs konkursas ne tik į tam tikras specializacijas, bet apskritai į medicinos rezidentūrą, didina konkurenciją tarp studentų dėl geresnių įvertinimų, kad galėtų vėliau rinktis norimą specializaciją. Tačiau studentai, neįstoję į rezidentūrą Lietuvoje, turi pasirinkimą už Lietuvos ribų, todėl galimai dalis absolventų tuo pasinaudoja.

5.1.3 Gydytojų tankumo Lietuvoje regioniniai netolygumai ir kitimas laike

Nors statistiniai duomenys rodo, kad medicinos absolventų skaičius auga (žr. 5.1.2 skyrių), tačiau gydytojų skaičiaus ir pasiskirstymo Lietuvoje situacija negerėja. Iš kitos pusės, gydytojų mobilumo tendencijas ir tuo pačiu galimybes atskleidžia jų teritorinio pasiskirstymo ir gydytojų tankumo analizė. Statistinių duomenų analizė parodė, jog gydytojai Lietuvoje yra pasiskirstę labai nevienodai (žr. 10 paveikslą). Prieš pusantrą dešimtmečio gydytojų tankumas Lietuvoje buvo gana tolygus, nors didžiausia jų koncentracija ir tuomet, ir dabar - Vilniaus ir Kauno gydymo centruose.



Paveikslas 10. Praktikuojančių gydytojų skaičius, tenkantis 10 000 gyv. 1998-2013m. (metų pabaigoje). Parengta remiantis LR SAM Higienos instituto statistiniais duomenimis (SAM, 1999, 2004, 2012, 2014)

Tačiau laukui bėgant atsiranda vis daugiau „šviesių dėmių“ Lietuvos žemėlapyje, kurios reiškia mažiau nei 10 gydytojų tenkančių 10 tūkst. gyventojų tankumą (Pasaulio Banko rekomenduojamas minimumas - 23 gydytojai ir slaugytojai / 10

tūkst. gyventojų (Ulikpan et al., 2014)). Tai rodo aštrėjančią situaciją toliau nuo pagrindinių gydymo centrų nutolusiuose regionuose, blogėjantį medicininių paslaugų prieinamumą periferijoje. Tačiau yra regionų, kur gydytojų tankumas didėja - tai Lietuvos vidurinėje ir pietvakarių dalyje, kai kuriuose didesniuose miestuose (Klaipėdoje, Marijampolėje ir kt.). Tokį pasikeitimą gali sąlygoti ne vienas veiksnys. Visų pirma, vykdoma gydymo paslaugų centralizacija; antra, gydytojų kaitos nebuvimas – gydytojai išeina į pensiją, o jaunų gydytojų – neatvyksta; trečia – periferinių regionų nepatrauklumas jauniems gydytojams; ketvirta – jaunų gydytojų emigraciją. Ši gydytojų tankumo situacija rodo, kad gydytojai turi plačias horizontalaus mobilumo galimybes Lietuvos periferijoje, tačiau situacijai periferijoje gerinti reikalinga imtis kryptingos gydytojų pasiskirstymo reguliavimo politikos. Čia svarbi ne tik pačios šalies valdžios iniciatyva, bet ir tarptautinių struktūrų, kurioms priklauso ir Lietuva (ES, PSO), vaidmuo.

5.1.4 Gydytojų skaičiaus ir amžiaus struktūros pokyčiai Lietuvoje

Nors priėmimas į medicinos studijas Lietuvoje išaugo, didėja absolventų skaičius, tačiau gydytojų tankumas pirmiausia auga pagrindiniuose Lietuvos centruose – Vilniuje ir Kaune. Lietuvoje, ypač periferijoje, yra sparčiai senstantis gydytojų personalas. Statistiniai duomenys apie Lietuvos gydytojų pasiskirstymas Lietuvos apskrityse rodo, jog bendras gydytojų skaičius nuo 2006 m.⁵¹ iki 2013 m. išaugo tik 6,78 proc., o padidėjimas matomas tik trijose Lietuvos apskrityse: Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos, o kitose savivaldybėse bendras gydytojų skaičius sumažėjo (žr. 7 lentelę). Nesunku atspėti, jog šis Lietuvos gydytojų skaičiaus augimas ir jo teritorinis netolygumas visų pirma nulemtas išaugusiu priėmimu į medicinos studijas. Santykinai gydytojų augo tik Kauno apskrityje, o visose kitose apskrityse gydytojų dalis bendrame valstybės skaičiuje mažėjo. Kitas svarbus

⁵¹ 2006 m. pradėta viešai skelbti duomenis apie Lietuvos gydytojų amžiaus struktūrą.

pastebėjimas, kad dirbančių pensinio amžiaus gydytojų dalis Lietuvoje išaugo, mažėjo tik Kauno apskrityje. Didžioji dalis gydytojų 2006 m. visose apskrityse buvo 45-54 m. amžiaus grupėje, o 2013 m. pabaigoje net 7 iš dešimties apskričių didžiąją dalį gydytojų sudarė 55-64 m. amžiaus specialistai.

Lentelė 7. Praktikuojančių gydytojų skaičiaus ir amžiaus struktūros pasikeitimai Lietuvos apskrityse, 2006 – 2013 m.

	Metai	Viso gydytojų	Proc. dalis	iki 35m.	35-44 m.	45-54 m.	55-64 m.	virš 65m.
VISA	2006	10673	100.0%	11.1%	23.1%	30.4%	23.8%	11.6%
LIETUVA	2013	↑ 11397	100.0%	↑ 20.4%	15.7%	↓ 25.4%	25.2%	↑ 13.2%
KAUNO apsk.	2006	2936	27.5%	13.5%	26.3%	27.8%	23.2%	9.2%
	2013	↑ 3661	32.1%	↑ 33.2%	15.1%	↓ 23.6%	19.2%	8.9%
VILNIAUS apsk.	2006	3653	34.2%	14.1%	25.8%	27.1%	21.3%	11.7%
	2013	↑ 3810	33.4%	↑ 19.9%	19.9%	↓ 26.7%	21.4%	↑ 12.0%
KLAIPĖDOS apsk.	2006	1086	10.2%	8.0%	22.5%	32.0%	24.1%	13.4%
	2013	↑ 1159	10.2%	↑ 11.6%	15.9%	24.8%	31.0%	↑ 16.7%
ŠIAULIŲ apsk.	2006	741	6.9%	5.7%	16.3%	33.6%	29.6%	14.8%
	2013	↓ 723	6.3%	↑ 10.5%	9.7%	24.1%	35.8%	↑ 19.9%
PANEVĖŽIO apsk.	2006	689	6.5%	6.5%	18.7%	35.7%	25.0%	14.1%
	2013	↓ 661	5.8%	9.1%	12.9%	24.5%	34.6%	↑ 18.9%
ALYTAUS apsk.	2006	454	4.3%	5.5%	15.6%	38.8%	29.1%	11.0%
	2013	↓ 413	3.6%	↓ 5.3%	8.2%	31.5%	37.8%	↑ 17.2%
UTENOS apsk.	2006	395	3.7%	5.8%	16.2%	40.8%	27.6%	9.6%
	2013	↓ 327	2.9%	5.8%	10.4%	24.5%	42.8%	↑ 16.5%
MARIJAM-POLĖS apsk.	2006	317	3.0%	6.6%	19.9%	33.8%	27.1%	12.6%
	2013	↓ 294	2.6%	↑ 6.8%	12.6%	35.0%	28.2%	↑ 17.3%
TELŠIŲ apsk.	2006	214	2.0%	6.1%	15.0%	40.2%	25.7%	13.1%
	2013	↓ 181	1.6%	↓ 5.0%	9.9%	23.2%	33.7%	↑ 28.2%
TAURAGĖS apsk.	2006	188	1.8%	8.5%	15.4%	34.6%	25.0%	16.5%
	2013	↓ 168	1.5%	↓ 7.7%	11.3%	19.6%	40.5%	↑ 20.8%

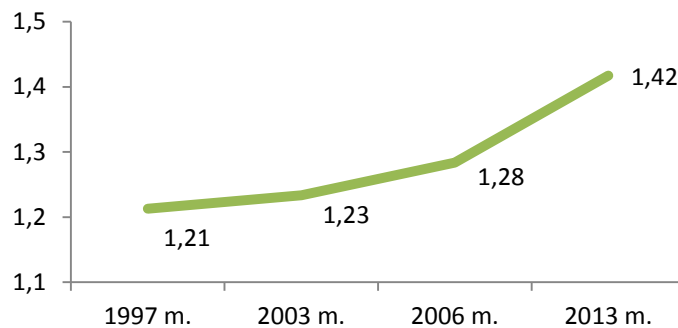
Šaltinis: parengta autorės pagal (SAM, 1998, 2004, 2007, 2014).

Įdomu pastebėti gydytojų skaičiaus ir „jaunėjimo“ tendenciją Marijampolėje, kurioje nėra medicinos rengimo įstaigos. Šį paradoksą gali paaiškinti nedidelio

atstumo nuo Kauno buvimas - greičiausiai didėjimas gali būti nulemtas gydytojų iš Kauno atvykimu čia dirbti.

5.1.5 Gydytojų darbo krūvių kitimas

Lietuvoje gydytojų vidutinis darbo krūvis 2013 m. pabaigoje buvo netoli leistino didžiausio darbo krūvio, gydytojai dažnai dirba didesniu nei 1 etato krūviu (žr. 11 paveikslą).



Paveikslas 11. Vidutinės etato dalies vienam gydytojui Lietuvoje pokytis, 1997-2013 m.

Šaltinis: (SAM, 1998, 2004, 2007, 2014)

Svarbu pažymėti, jog ši tendencija auga. Tai rodo gydytojų trūkumo problemos aštrėjimą. Iš vienos pusės, šis reiškinys nulemtas struktūrinių dalykų, t. y. gydytojų trūkumas rajonuose, neužpildytos darbo vietos, todėl gydytojai renkasi dirbti didesniu krūviu. Iš kitos pusės – gydytojai pasididina savo ne itin aukštas darbo pajamas.

5.1.6 Lietuvos gydytojų pagrindinių socialinio statuso komponentų - prestižo ir atlygio - (ne) suderinamumas

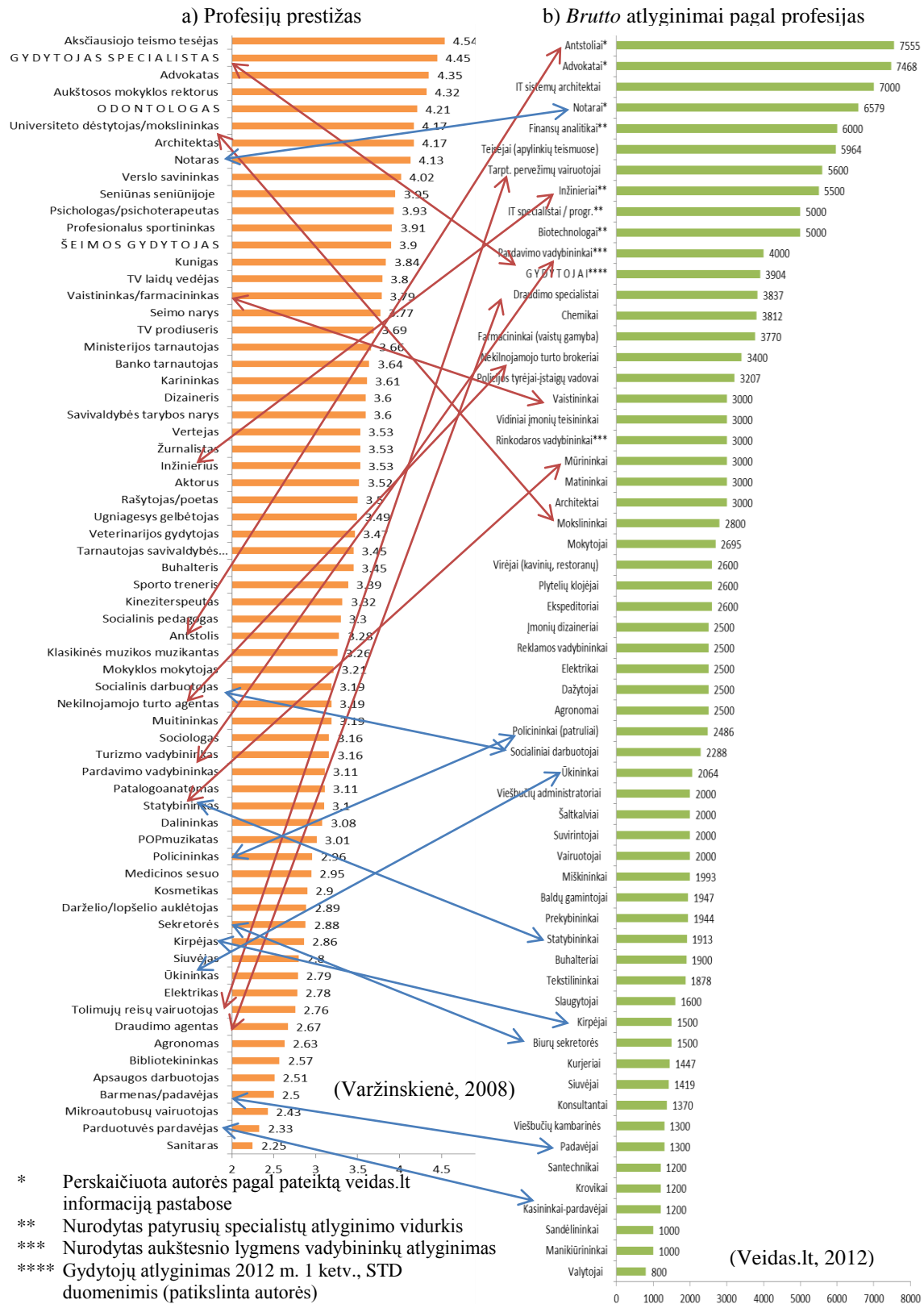
Atliktų tyrimų analizė (žr. 4.3 skyrių) parodė, kad gydytojų profesijos prestižas Lietuvoje (ir ne tik) buvo ir yra aukščiausiose pozicijose įvairiais laikotarpiais - tiek praėjusiame šimtmetyje, tiek pastarojo pradžioje. Tačiau profesijos prestižo duomenys nėra vieninteliai nusakantys gydytojų socialinį statusą. Kitas svarbus kriterijus anot mokslininkų (žr. 2.2 skyrių) yra laikomas atlygis. Kaip šie indikatoriai dera Lietuvos sąlygomis, padės nustatyti antrinių

šaltinių duomenų analizė. Tokiai analizei reikalingi duomenys ir apie kitų profesijų prestižą ir atlygį. Kadangi Lietuvoje nebuvo tiriamas šių indikatorių suderinamumas, teko analizei pasirinkti skirtingų autorių atliktų tyrimų duomenis: L. Varžinskienės (2008) 66 profesijų prestižo kiekybinio tyrimo, atlikto 2007 m. duomenis ir įvairių statistinių duomenų ir kitų šaltinių pagrindu⁵² 2012 m. pradžioje žiniatinklyje paskelbto tyrimo apie 60 profesijų darbo užmokesčio dydį. Nors tyrimai nebuvo atliekami tais pačiais metais, tačiau 5 m. skirtumas nėra labai didelis profesijų prestižo pokyčiams, t. y. daroma prielaida, kad profesijų prestižo duomenys iš esmės per 5 metus nepasikeitė. Tačiau 2007 m. ir 2012 m. darbo užmokesčio duomenys ženkliai keitėsi, kadangi Lietuvoje 2008-2010 m. tęsėsi ekonominė krizė, kurios padariniai jautėsi ir darbo atlyginimuose. Kitas tyrimo ribotumas – skirtingų profesijų klasifikatorių naudojimas, tačiau šiam tyrimui reikalingos profesijų pozicijos yra abiejuose tyrimuose (žr. 12 paveikslą, a ir b).

Raudonomis rodyklėmis yra pažymėti profesijų prestižo ir atlygio prieštaravimai, o melsvomis – prestižo ir atlygio suderinamumas. Atlikta antrini duomenų analizė **leidžia patvirtinti pirmąjį disertacijos teiginį, jog gydytojais Lietuvoje yra prieštaringame socialinio statuso komponentų kontekste: bendrai Lietuvos gydytojai⁵³ pagal profesijos prestižą yra ketvirtoje vietoje, o pagal vidutinį oficialių darbo atlyginimą Lietuvoje yra tik 12 pozicijoje. Kita prieštaringa gydytojų socialinę padėtį aštrinti aplinkybė – Lietuvoje daugiau už gydytojus gauna žymiai mažesnio profesijos prestižo atstovai – antstoliai, vairuotojai, inžinieriai ir pardavimų vadovai.**

⁵² Šiais duomenimis pasikliauti galima, kadangi Veidas.lt 2012 m. paskelbto tyrimo rezultatai gauti remiantis ne vieno oficialaus šaltinio duomenis (*Statistikos departamento, „Indigroup“, „CV Market“, Valstybinė mokesčių inspekcijos, Lietuvos darbo biržos, Policijos departamento, Kirpėjų ir grožio specialistų asociacijos, Nacionalinės teismų administracijos, Lietuvos viešbučių ir restoranų asociacijos, didžiųjų darbdavių* duomenis). Autorė patikrino ir patikslino iš oficialios statistikos paimtą gydytojų vidutinį atlyginimą.

⁵³ Kadangi Veidas.lt (2012) tyrime skelbiamas bendras visų gydytojų atlyginimo vidurkis, siekiant duomenų palyginamumo tarp tyrimų galima apskaičiuoti vidutinį visų gydytojų profesijos vidurkį: bendrai gydytojų – šeimos (3,9), specialistų (4,45) ir odontologų (4,21) – profesijos prestižo aritmetinis vidurkis yra 4,19, o tai užtikrina gydytojams trečią poziciją profesijų prestižo rangų eilutėje.



Paveikslas 12. Profesijų prestižo ir atlygio prieštaros Lietuvoje

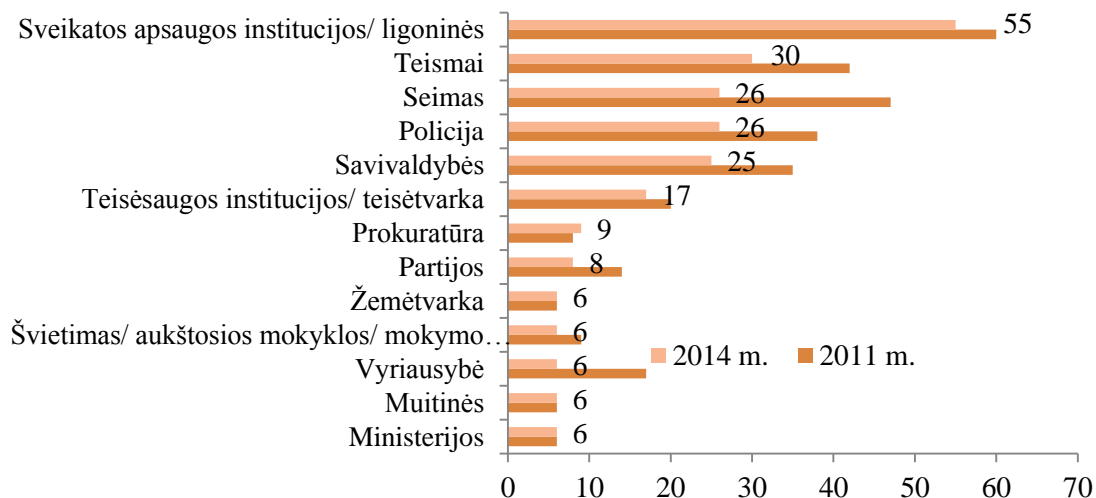
Iš kitos pusės, ši situacija gali iš dalies paaiškinti didelės korupcijos (žr. 5.1.7 skyrelį) sveikatos sektoriuje mastą, t. y. neoficialios pajamos gydytojų socialinės padėties prieštaravimus iš dalies švelnina, tačiau iš kitos pusės – didėja įtampą dėl nelegalios veiklos.

5.1.7 Korupcija sveikatos sektoriuje

Neretai girdima viešajame diskurse, jog sveikatos sistema Lietuvoje yra viena labiausiai korumpuotų. Aptarus gydytojų oficialų darbo apmokėjimą santykiyje su kitų profesijų atstovų darbo pajamomis Lietuvoje bei siekiant tiksliau įvertinti gydytojų darbo pajamas, svarbu yra žinoti ir jų šešėlinių pajamų mastą. Tokius duomenis iš pačių gydytojų gauti yra problematiška dėl teisinio baudžiamumo. Tyrimas yra tik anoniminis, kadangi yra baudžiami ne tik gaunantys, bet ir neoficialiai atsiskaitantys už gydymo paslaugas. Lietuvoje ne vienerius metus yra skelbiami korupcijos Lietuvoje tyrimų duomenis⁵⁴ - Lietuvos korupcijos žemėlapis. Duomenys yra skelbiami internete (TILS, 2014 ; STT, 2014). Svarbu pažymėti, jog eilę metų šių tyrimų rezultatai nesikeičia – pirmaujančias pozicijas užima sveikatos sistema. Tą galima pamatyti lyginant įvairius nuo 2001 metų skelbiamus korupcijos tyrimų rezultatus. Gyventojų (n=1000) nuomone, 2011 ir 2014 m. labiausiai korumpuotos⁵⁵ buvo sveikatos sistemos institucijos (žr. 13 pav.). Taip pat manė ir valstybės tarnautojai (n=508).

⁵⁴ „Lietuvos korupcijos žemėlapis“ - tai 2001-2008 metais TILS (*VšĮ „Transparency International“ - tarptautinės organizacijos padalinys, veikiantis Lietuvoje nuo 2000 m. birželio 6 d., steigėjas - Atviros Lietuvos fondas*) vykdytas reprezentatyvus sociologinis tyrimas, kuriuo siekiama įvertinti Lietuvos gyventojų ir verslininkų požiūrį į korupciją, išnagrinėti apklaustųjų asmeninę patirtį susiduriant su korupciniais atvejais ir įvertinti Lietuvos visuomenės antikorupcinį potencialą. Tyrimas atliekamas pagal Lietuvos gyventojų ir verslo atstovų apklausas. Nuo 2008 m. tyrimą vykdo LR Specialiųjų tyrimų tarnyba.

⁵⁵ STT apklausose (STT, 2014) vartojamų terminų reikšmės: 1) korupcija - yra laikomas piktnaudžiavimas įgaliojimais siekiant asmeninės naudos - tiek viešajame tiek privačiame sektoriuose; 2) Kyšis - kyšiu yra laikoma bet kokia turtinė ar kitokia asmenine nauda (tiek pinigai, tiek kitos vertybės) sau ar kitam asmeniui už pageidaujamą teisėtą ar neteisėtą veikimą arba neveikimą. 3) valstybės tarnautojai yra valstybės politikai, valstybės pareigūnai, teisėjai, valstybės tarnautojai pagal Valstybės tarnybos įstatymą ir kiti asmenys, kurie, dirbdami ar kitais įstatyme numatytais pagrindais eidami pareigas valstybės ar savivaldybių institucijose ar įstaigose, atlieka valdžios atstovo funkcijas arba turi administracinius įgaliojimus.



Paveikslas 13. Labiausiai korumpuotos institucijos (atviras klausimas), gyventojai, proc. (STT, 2014)

Be šitų duomenų yra skelbiamas gyventojų mokamų neoficialių sumų – liaudyje vadinamų kyšių – dydžiai. 2014 m. tyrimo metu dažniausiai buvo nurodomos su sveikatos priežiūra susijusių „kyšių“ sumos.

Lentelė 8. 2014 m. tyrimo duomenimis „kyšio“ dydis pagal sveikatos priežiūros sritis (STT, 2014)

Kyšio dydį nurodė ne mažiau 10 respondentų	Nurodė kyšio dydį žm. skaičius	Minimalus kyšio dydis	Maksimalus kyšio dydis	Vidurkis
Sveikatos patikrinimo pažymų išdavimas	24	10 Lt	200 Lt	80 Lt
Neįgalumo ir darbingumo pažymėjimų gavimas	23	50 Lt	2000 Lt	380 Lt
Siuntimų į reabilitacines sanatorijas gavimas	11	20 Lt	200 Lt	140 Lt
Asmens sveikatos priežiūros ir gydymo paslaugų gavimas	61	20 Lt	1000 Lt	220 Lt
Bendrosios praktikos gydytojo paslaugos	83	10 Lt	5000 Lt	200 Lt
Chirurginė operacija	125	20 Lt	5000 Lt	460 Lt
Slauga ligoninėje	38	5 Lt	1000 Lt	220 Lt
Odontologo paslaugos	20	20 Lt	1000 Lt	140 Lt
Kitos asmens sveikatos priežiūros ir gydymo paslaugos	50	10 Lt	1000 Lt	190 Lt
Kelių eismo taisyklių pažeidimų nagrinėjimas ar nuobaudos skyrimas	38	30 Lt	2500 Lt	270 Lt

Tokie duomenys rodo (žr. 8 lentelę), jog gydytojų prestižo ir atlygio prieštaravimas iš dalies sušvelnėja dėl šešėlinių pajamų.

Kokybinio tyrimo (interviu) metu bus bandoma išsiaiškinti, ką patys Lietuvos gydytojai mano apie *kyšius* Lietuvoje ir užsienio šalyse.

5.2. Gydytojų mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje kontekstas ir galimybės

5.2.1 Gydytojų rengimas ES ir kitose Europos šalyse

Dar 1998 m. Sorbonos deklaracijoje išreikštas siekis palengvinti tiek studentų mobilumą, tiek jų įsidarbinimą, o vėliau, 1999 m. Bolonijos deklaracijoje patvirtintas bendras ES šalių tikslas – sukurti bendrą aukštojo mokslo erdvę, kuri palengvintų besiplečiantį laisvą piliečių judėjimą tarp šalių. Galima sakyti, kad visa tai sėkmingai įgyvendinama.

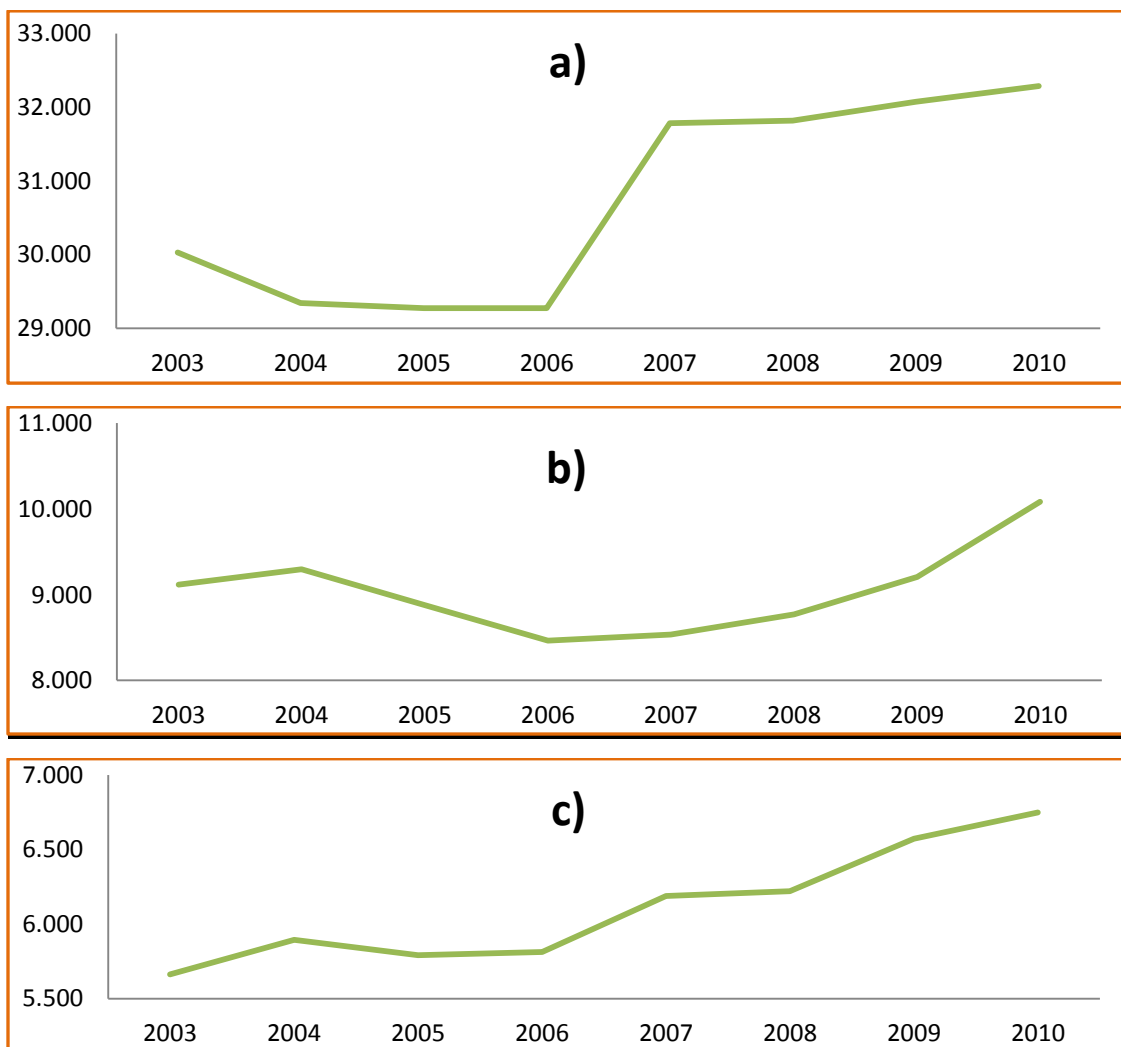
Pradedant analizuoti gydytojų pasiskirstymo netolygumus Europos šalyse, svarbu yra iširti, koks gydytojų rengimo mastas ir kaip jis keičiasi bendrai Europoje ir atskirose valstybėse.

Medicinos studijos⁵⁶ yra vienos sunkiausių ir ilgiausiai trunkančių. ES ir kitose Europos šalyse (Islandija, Norvegija, Šveicarija, Makedonija, Turkija) kartu paėmus yra 368 gydytojus ruošiančios įstaigos (universitetai ir atskiri padaliniai). Gydytojai nėra rengiami tik Kipre ir Liuksemburge. 2007 m. vienoje šių valstybių įstaigoje vidutiniškai buvo po 152 absolventus. Daugiausia gydytojus ruošiančių įstaigų yra Turkijoje (51), Italijoje (39), Vokietijoje (38), Ispanijoje (38), Prancūzijoje (34) ir Dž. Britanijoje (33). Kitose valstybėse jų yra 12 arba mažiau. Atitinkamai 2007 m. šių šalių medicinos universitetuose buvo ir daugiausiai

⁵⁶ Remiantis ES direktyvomis dėl gydytojų rengimo LRV nutarime „Dėl gydytojų rengimo“ (2003 m. spalio 31 d. Nr. 1359) patvirtinti šie gydytojų rengimo etapai Lietuvoje: (1) medicinos studijos – ne trumpesnės nei 6 metų arba 240 kreditų, (2) medicinos internatūra – ne ilgesnė kaip vienerių metų (40 kreditų) medicinos studijų dalis ir (3) medicinos rezidentūra – trečiosios pakopos universitetinės medicinos krypties studijos.

gydytojų absolventų lyginant su kitomis Europos valstybėmis: Vokietijoje – 9525, Italijoje – 6816, D. Britanijoje 6208, Turkijoje – 4872, Prancūzijoje – 3843 ir Ispanijoje – 3841. Daugiausia gydytojų absolventų, tenkančių vienam universitetui 2007 m. buvo Austrijoje – 494, Vokietijoje ir Vengrijoje – po 251 (Lietuvoje 2007 m. – 132, o 2010 m. – jau po 196 absolventus) (EUROSTAT, 2012).

Absolventų skaičius atskirose Europos šalių grupėse, nuo 2006 m. iki 2010 m. yra nuolat augantis (žr. 14 paveikslą).

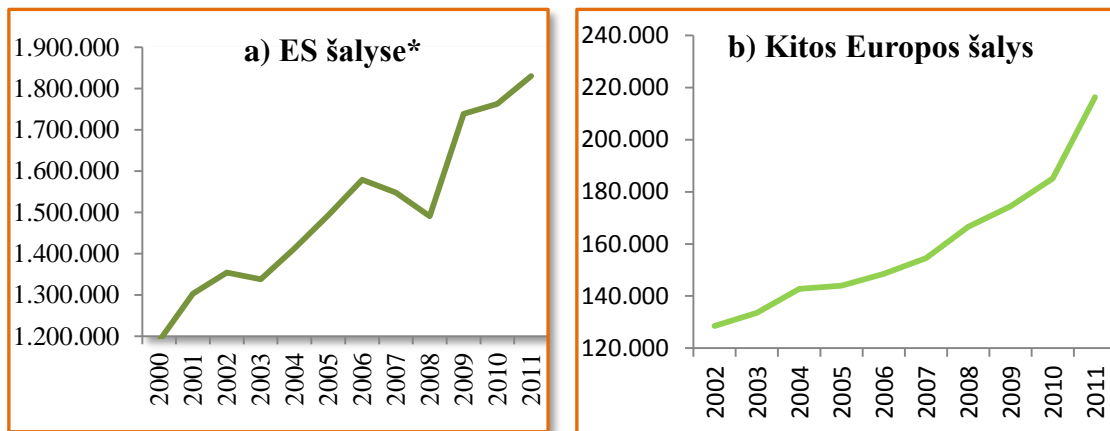


Paveikslas 14. Absolventų gydytojų skaičiaus kitimas Europos šalyse 2003–2010 m.

Šaltinis: parengta pagal EUROSTAT 2013 duomenis.

- a) Senbuvės ES šalys: Belgija, Danija, Vokietija, Airija, Ispanija, Italija, Nyderlandai, Portugalija, Suomija, D. Britanija (trūksta duomenų iš Graikijos, Prancūzijos, Austrijos ir Švedijos);
- b) Naujos ES valstybės: Bulgarija, Čekija, Estija, Kroatija, Latvija, Lietuva, Vengrija, Malta, Lenkija, Rumunija, Slovėnija;
- c) Ne ES šalys: Norvegija, Turkija, Makedonija, Islandija, Šveicarija.

Jeigu pažiūrėsime atskirų šalių gydytojų absolventų pokytį, tai nuo 2004 iki 2010 m (arba paskutinių turimų duomenų), studentų skaičius daugiausiai išaugo Latvijoje (110,6 proc.), Portugalijoje (81,8 proc.), Suomijoje (64,9 proc.), Lietuvoje (59,6 proc.), Čekijoje 43 proc., Estijoje (41,9 proc.). D. Britanijoje šis skaičius padidėjo tik 19,8 proc., kiek daugiau Norvegijoje – 25,7 proc, Švedijoje – 24,3 proc. Nors šis didėjimas nėra tolygus, tačiau svarbu tai, kad gydytojus „importuojančios“ šalys gydytojų skaičių savo šalyse didina ne vien imigrantų sąskaita. Absolventų skaičius mažėjo šiose šalyse: Slovakijoje (19,3 proc.), Olandijoje (14,6 proc.), Rumunijoje (14 proc.), Makedonijoje (12,9 proc.), Ispanijoje (8 proc.), Kroatijoje (7,5 proc.). Bet reikia pažymėti, kad atskirais metais visose minėtose valstybėse šis skaičius augdavo.



Paveikslas 15. Sveikatos mokslų studentų* absoliutaus skaičiaus kitimas 2000(2002)–2011 m. Europoje

* - Pirmosios ir antrosios aukštojo mokslo pakopos (5 ir 6 lygiai);
Šaltinis: parengta pagal Eurostat duomenis (2013).

Kaip ateityje keisis gydytojų absolventų skaičius, gali padėti numatyti sveikatos mokslų medicinos studentų⁵⁷ skaičiaus pokyčių analizė. Tačiau Eurostat duomenų bazėje būsimų gydytojų, medicinos paslaugų, slaugos ir odontologų studentų skaičius nėra išskirtas. Analizuojamų Europos šalių duomenys rodo, jog palaiptnui sveikatos mokslus studijuojančių studentų skaičius didėja tiek ES (žr. 15 paveikslą, a), tiek kitose Europos šalyse (žr. 15 paveikslą, b). Nuo 2000 iki 2011 m. ES šalyse sveikatos mokslų studentų skaičius išaugo 53,9 proc., o kitose Europos valstybėse nuo 2002 iki 2011 m. šis skaičius augo dar daugiau – net 68,3 proc.

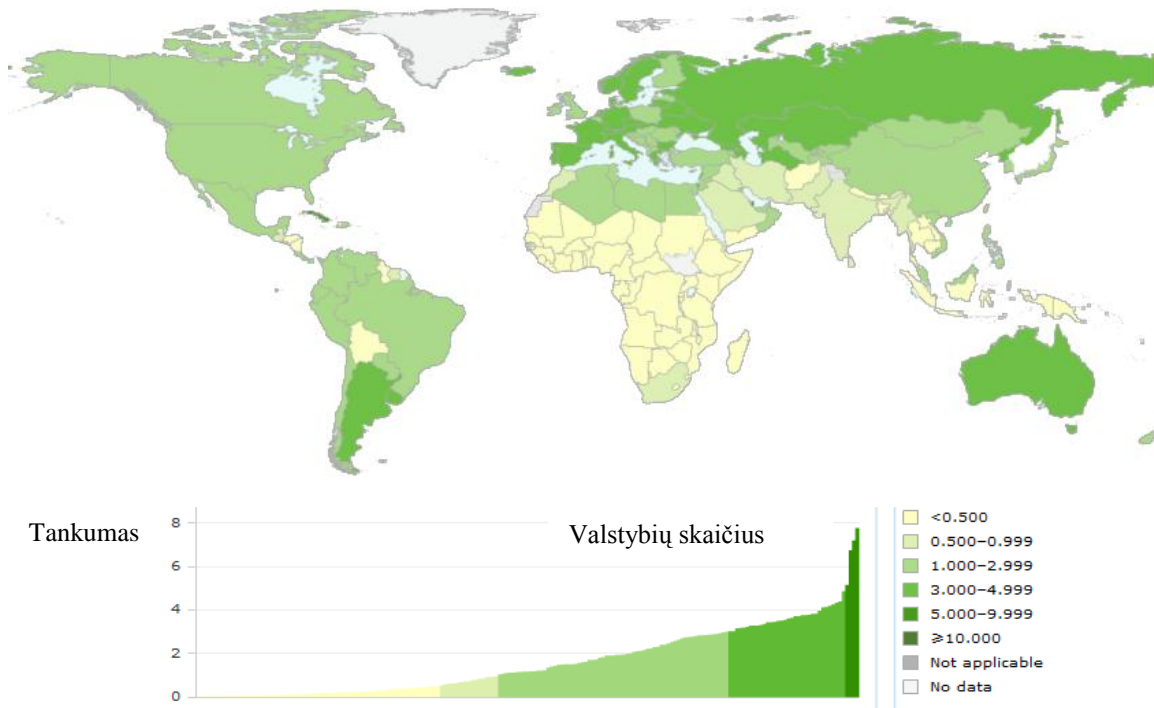
Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad netolimoje ateityje Europoje gydytojų trūkumas turėtų mažėti, kadangi didėja gydytojų absolventų skaičius, be to, sveikatos mokslus studijuojančių skaičius taip pat didėja. Tačiau, jeigu nebus imtasi priemonių koordinuoti gydytojų persiskirstymą tarp šalių, gydytojų trūkumą pirmiausiai turėtų užpildyti ekonomiškai stipresnės šalys, ir tik paskui užsipildys ekonomiškai silpnesnių šalių gydytojų paklausa.

5.2.2 Gydytojų pasiskirstymo netolygumai ir poreikio Pasaulyje prognozės

Regioniniai netolygumai – tai ne tik geografas, bet ir kitų mokslų atstovus (tame tarpe ir sociologus), taip pat ir politikos formuotojus dominanti sritis (Pociūtė, 2011: 128). Šiame tyrime svarbu yra aptarti regioninius medicinos specialistų pasiskirstymo, kuris Pasaulio mastu yra labai nevienodas, ypatumus (žr. 16 paveikslą). Gydytojų tankumo, t. y. kiek tenka gydytojų 1 tūkst. gyventojų, skaičiavimai rodo, kad labiausiai gydytojų trūksta Afrikos žemyne ir Azijoje

⁵⁷ Pagal Tarptautinę standartizuotą švietimo klasifikaciją ISCDE (2010:57), 72 punktą, sveikatos mokslai apima: *medicinos mokslus*: anatomija, epidemiologija, citologija, fiziologija, imunologija, patologija, anesteziologija, pediatrija, akušerija ir ginekologija, vidaus ligos, chirurgija, neurologija, psichiatrija, radiologija, oftalmologija; *medicinos paslaugas*: visuomenės sveikatos paslaugos, higiena, farmacija, farmakologija, gydymas, rehabilitacija, protezavimas, optometrija, mityba; *slauga*: pagrindinė slauga, akušerija; *odontologijos paslaugas*: dantisto asistentas, burnos higienistas, dantų laboratorijos technikas, odontologija. Prieiga: http://www.cko.edu.me/Library/files/Izvori%20i%20publikacije/ISCDE_2011_draft.pdf.

tačiau šių regionų išsivystymo lygis kol kas nėra patrauklus išsivysčiusių šalių gydytojams.

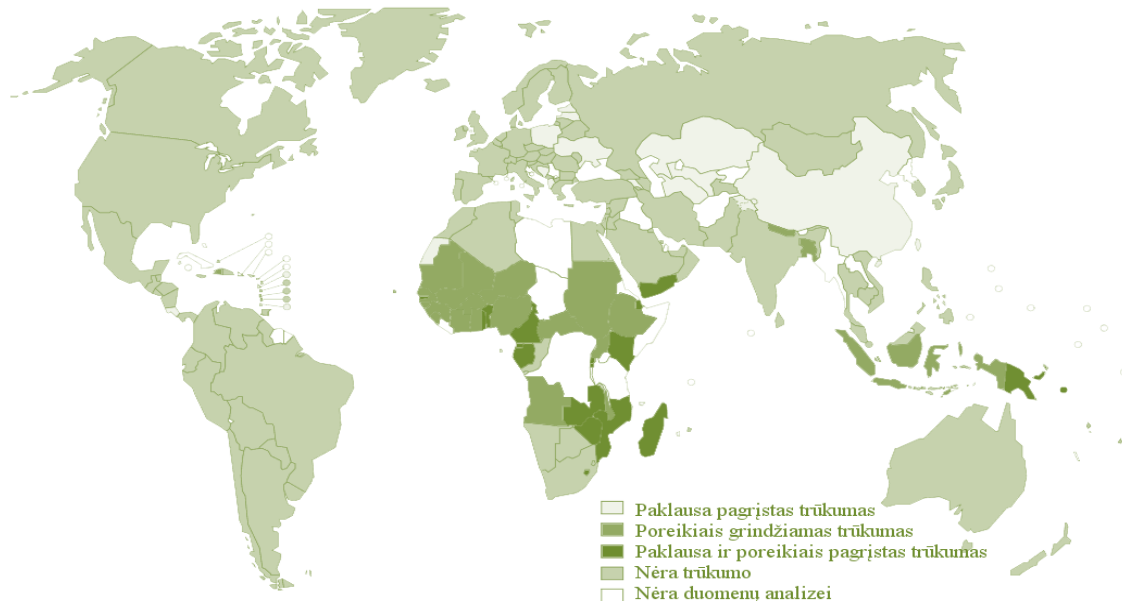


Paveikslas 16. Gydytojų tankumas (gyd. / 1000 gyv.) pasaulyje (2012 m. arba ankstesni) (PSO, 2014)

Šalys, kuriose daugiausiai gydytojų 1 tūkst. gyventojų yra: San Marinas (5,133 -2012 m.), Kuba (6.723 - 2010), Monakas (7,167 – 2012 m.) ir Kataras (7,738 – 2010 m.). Šalyse, kuriose yra mažiausias gydytojų tankumas yra: Kolumbija, Nikaragva, Haitis, Liberija, Nigeris, Siera Leonėje, Ruandoje, Etiopija, Jemenas, Afganistanas, Mianmaras, Tailandas, Kambodža, Indonezija, Papua Naujoji Gvinėja.

Mokslininkai tvirtina, kad gydytojų trūkumas gali riboti sveikatos apsaugos srities siekius, todėl jau kuris laikas tarptautiniu mastu siekiama nustatyti, kaip keisis gydytojų pasiūla-paklausa ateityje. 2008 m. PSO biuletenyje pasirodė straipsnis su gydytojų skaičiaus prognozėmis iki 2015 m. Tyrėjai prognozę atliko remiantis Pasaulio banko ir PSO duomenimis (Scheffler et al., 2008) (žr. 17 paveikslą). Duomenis sudarė 158 šalių gydytojų vienam gyventojui 1980-2001 m. laikotarpiu. *Tyrėjai gydytojų skaičių prognozavo keliomis kryptimis: poreikiais*

grindžiamas prognozės modelis reiškia, kad gydytojų skaičius turi apimti bent 80 proc. populiacijos, kuri gautų kvalifikuotas gydymo paslaugas. Priešingai, *ekonominis modelis* identifikuoja gydytojų vienam gyventojui poreikį atsižvelgiant į kiekvienos šalies ekonomikos augimą. Prognozė parodė, kad gydytojų vienam gyventojui skaičius didės kiekvienoje šalyje, tačiau trūkumo problema ryškės dėl kitų priežasčių (ekonomikos augimo, gimstamumo ir pan.) .



Paveikslas 17. Gydytojų trūkumo prognozė 2015 m. (Scheffler et al., 2008)

Nors tyrimo duomenys nėra nauji, tačiau jie rodo apie gydytojų trūkumo problemos buvimą ir jos aštrėjimą, ypač Azijos ir Afrikos regionuose.

Tyrimo išvadose nurodyta, siekiant sumažinti prognozuojamą trūkumą, reikėtų didinant gydytojų rengimo mastus arba imtis priemonių, kurios skatintų gydytojų mobilumą link trūkumą jaučiančių regionų.

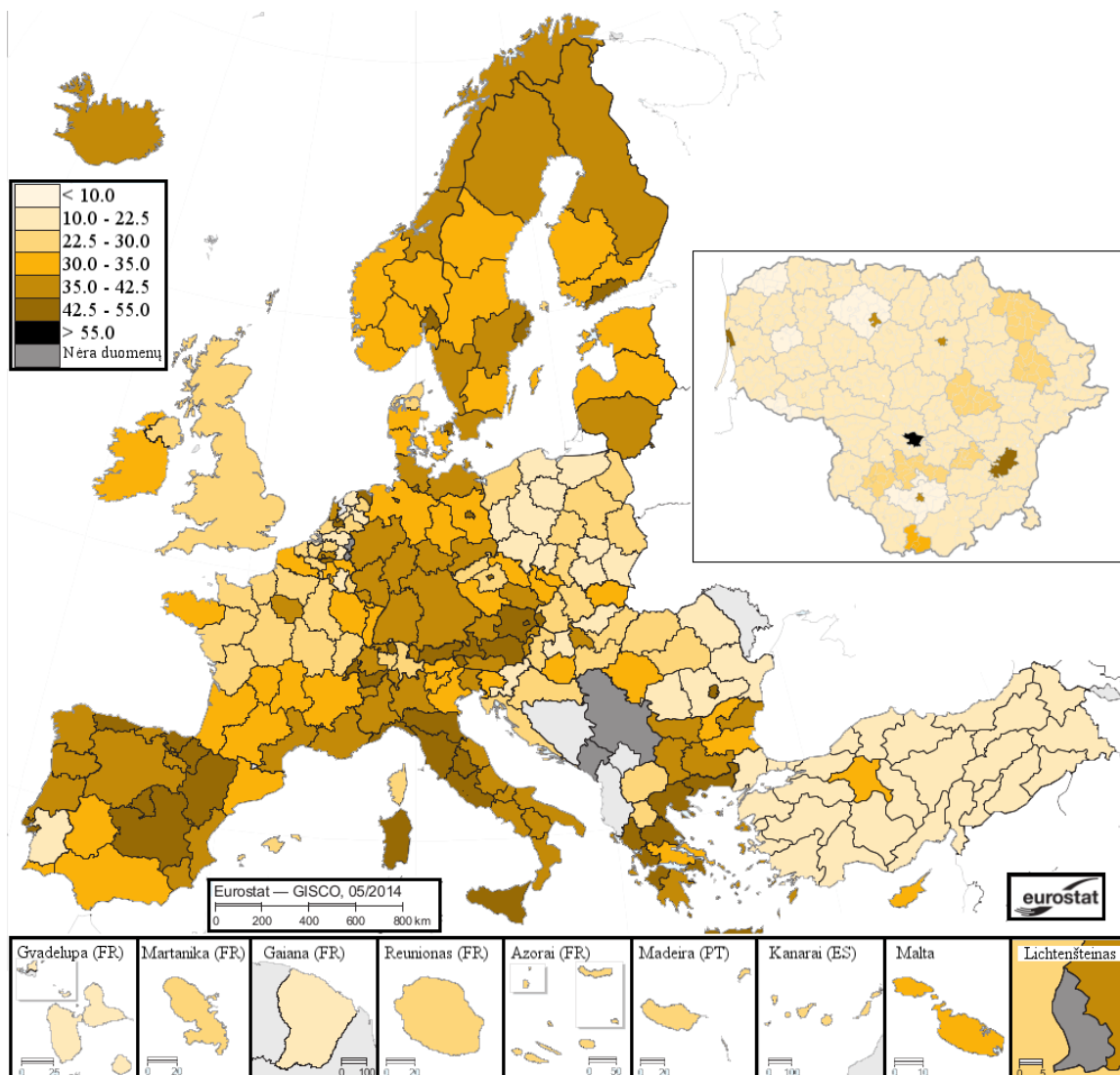
Taigi, galima matyti, kad gydytojų paklausos-pasiūlos disbalansas egzistuoja, todėl gydytojai turi tiek horizontalaus, tiek vertikalios socialinio mobilumo didesnius šansus ar galimybes Pasaulinėje transnacionalinėje erdvėje.

5.2.3 Gydytojų tankumas Europoje

Kadangi Lietuvos gydytojų tikslo šalys darbei dažniausia yra Europoje, reikalinga atidžiau išanalizuoti situaciją šiame regione siekiant kitame tyrimo etape (analizuojant interviu duomenis) išsamiau paaiškinti Lietuvos gydytojų mobilumo nuostatas ir kryptis. Gydytojų tankumas – skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų – Pasaulio mastu Europos regione yra vienas didžiausių. Šalys skiriasi ne tik pagal gydytojų rengimą, bet ir pagal jų pasiskirstymą tarp šalių ir atskirų šalių viduje (žr. 18 paveikslą).

Jeigu palygintume bendrus Europos šalių gydytojų tankumo duomenis (naudota ta pati tankumo skalė), tai Lietuvos situacija yra viena geriausių. Tačiau analizuojant pagal smulkesnius regionus, Lietuvos situacija lyginant ją pvz. su Vokietijos ir Norvegijos padėtimi pagal gydytojų tankumą, yra žymiai prastesnė, daugiau „šviesių“ dėmių periferijoje, labai ryškus disbalansas tarp Lietuvos regionų.

Analizuojant kitų šalių situaciją Europos regione, labiausiai gydytojų stygių jaučiančios šalys yra Jungtinės Karalystės, Kroatija, Rumunija, Slovakija, Turkija ir kaimyninės Lenkijos šalys. Pavyzdžiui, lyginant Lenkiją su Austrija, pastarojoje gydytojų tankumas didesnis daugiau nei 2 kartus (žr. 19 paveikslą). Didžiausias gydytojų tankumas yra Austrijoje ir Norvegijoje – virš 40 prakt. gyd./10 tūkst. gyventojų.



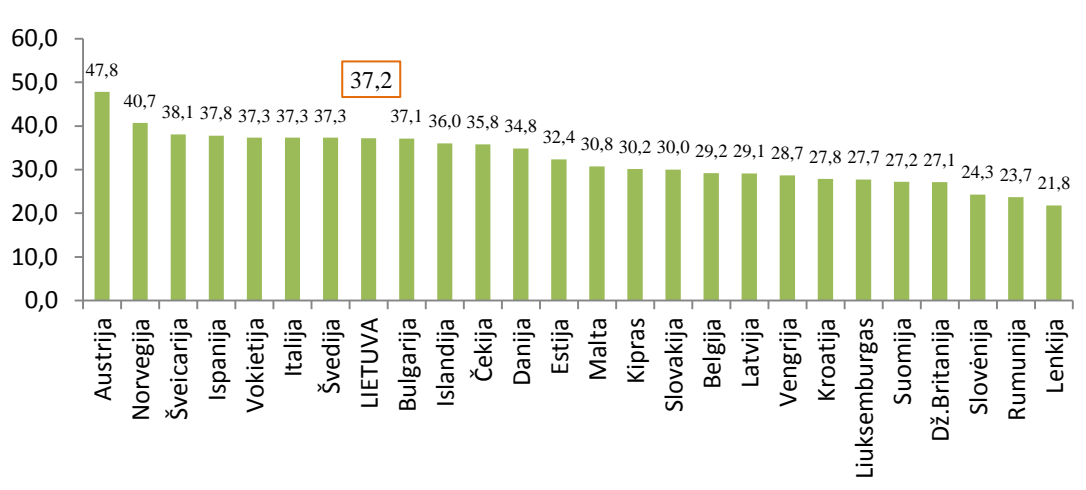
Paveikslas 18. Praktikuojančių gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų 2011 m.(*) ES, Norvegijoje ir Šveicarijoje pagal NUTS 2 (***) regionus

(*) Nyderlandai ir Švedija: 2010 m., Danija 2009 m., Kroatija: 2008 m., Graikija, Nyderlandai, Slovakija, Suomija, Buvusioji Jugoslavijos Respublika Makedonija ir Turkija: aktyvūs gydytojai. Airija ir Portugalija: licencijuoti gydytojai.

(**) **Lietuva pagal NUTS 4** regionus (savivaldybes); Vokietija: pagal NUTS 1 regioną; Airija ir Jungtinė Karalystė: nacionalinis lygmuo.

Šaltiniai: parengta pagal Eurostat 2014 m. ir LR SAM Higienos instituto Sveikatos informacijos centro 2014 m. duomenis.

Labai panašios šalys pagal nagrinėjamą rodiklį yra Šveicarija, Ispanija, Vokietija, Italija, Švedija, Lietuva ir Bulgarija. Mažiau nei 25 gydytojai/10 tūkst. gyventojų tenka Slovėnijoje, Rumunijoje ir Lenkijoje.



Paveikslas 19. Praktikuojančių gydytojų skaičius 2010 m.*, tenkantis 10 tūkst. gyventojų

* Italijos, Švedijos ir Danijos – 2009 m., Suomijos – 2008 m., Slovakijos – 2007 m.

– tūksta duomenų

Šaltinis: parengta pagal Eurostat (2013) duomenis

Eurostatas (2013) pateikia absoliučius duomenis apie praktikuojančius gydytojus⁵⁸ rodo, kad šis skaičius bendrai paėmus turimų šalių⁵⁹ duomenis yra augantis: nuo 2002 iki 2010 m. šis skaičius išaugo 16,5 % (žr. 9 lentelę). Analizuojant praktikuojančių gydytojų ir jų tankumo pokyčius atskirose šalyse, retai kada jų augimas arba mažėjimas sutampa. Pvz., Lietuvoje absoliutus praktikuojančių gydytojų skaičius mažėjo 4,1 proc., tačiau jų tankumas išaugo 1,22 proc. Ne tik Lietuvoje, bet ir kitose šalyse gydytojų skaičius mažėjo, daugiausia Vengrijoje – net 11,6 proc., Slovakijoje – 5,89 proc. ir Lenkijoje – 5,53 proc.

⁵⁸ **Praktikuojantis sveikatos personalas** – specialistai, dirbantys klinikinį darbą su pacientais. Į praktikuojančių specialistų skaičių neįeina dirbantys administracinį, mokslo ir mokymo darbą, higienistai ir epidemiologai. Gydytojai rezidentai įtraukiami į praktikuojančių gydytojų skaičių. Į šį skaičių įtraukiami įstaigų vyriausieji gydytojai ir jų pavaduotojai, turintys klinikinės licencijas.

⁵⁹ Nurodytu laikotarpiu trūksta duomenų iš Danijos, Airijos, Graikijos, Prancūzijos, Italijos, Maltos, Nyderlandų, Portugalijos, Slovakijos, Suomijos, Švedijos, Šveicarijos, Makedonijos ir Turkijos.

Lentelė 9. Praktikuojančių gydytojų ir odontologų pokytis 2002–2010 m. ES šalyse

Nr.	Europos šalys	Praktikuojančių gydytojų skaičiaus pokytis 2002– 2010*		Praktikuojančių odontologų skaičiaus pokytis 2002–2010**	
		Absoliutaus skaičiaus	100 tūkst. gyventojų	Absoliutaus skaičiaus	100 tūkst. gyventojų
1	Belgija	7,71%	2,13%	-0,13%	-5%
2	Bulgarija	0,99%	5,46%	3,99%	9%
3	Čekija	5,35%	2,20%	8,45%	5%
4	Danija	17,86%	14,73%	-6,12%	-9%
5	Vokietija	10,88%	11,84%	6,42%	7%
6	Estija	1,59%	2,99%	11,58%	13%
7	Airija	-	-	-	-
8	Graikija	-	-	-	-
9	Ispanija	39,28%	24,88%	-	-
10	Prancūzija	-	-	-	-
11	Kroatija	16,20%	16,83%	4,33%	5%
12	Italija	-	-	-	-
13	Kipras	30,10%	14,98%	18,77%	5%
14	Latvija	1,15%	5,66%	18,00%	23%
15	LIETUVA	-4,10%	1,22%	9,79%	16%
16	Liuksemburgas	42,40%	22,86%	45,14%	28%
17	Vengrija	-11,60%	-10,20%	8,55%	10%
18	Malta	7,24%	1,28%	2,79%	2%
19	Nyderlandai	-	-	-	-
20	Austrija	23,12%	18,58%	18,43%	14%
21	Lenkija	-5,53%	-5,43%	16,46%	17%
22	Portugalija	-	-	-	-
23	Rumunija	19,01%	21,05%	55,18%	58%
24	Slovėnija	12,14%	9,16%	5,00%	2%
25	Slovakija	-5,89%	-6,19%	15,26%	15%
26	Suomija	10,00%	7,64%	-6,81%	-9%
27	Švedija	20,62%	15,77%	2,01%	-2%
28	D.Britanija	36,59%	30,13%	9,30%	7%
29	Islandija	11,37%	0,67%	3,82%	-6%
30	Norvegija	33,95%	24,33%	16,88%	9%
31	Šveicarija	2,09%	-0,26%	17,37%	9%

– nėra duomenų; Šaltinis: parengta pagal EUROSTAT duomenis (2013).

*Danija 2009–2002, Vengrija 2009–2011, Malta 2009–2011, Slovakija 2002–2007, Suomija 2002–2008, Švedija 2002–2009, Ispanija/Liuksemburgas/D. Britanija/Islandija 2002–2011, Šveicarija 2008–2010;

** Danija/Švedija 2002–2009, Liuksemburgas/Austrija 2002–2011, Malta 2009–2011, Slovakija 2002–2007, Suomija 2004–2009, D. Britanija 2007–2011;

Lyginant gydytojų ir odontologų skaičiaus kitimą, ne visada jie keičiasi viena kryptimi. Odontologų skaičius 2002–2010 m. labiausiai augo Rumunijoje (55,18 proc.), Liuksemburge (45,14 proc.) – pastarojoje šalyje tokį augimą nesunku paaiškinti. Nors tai maža valstybė su nedaug nuolatinių gyventojų, Liuksemburge veikia daug Europos Sąjungos institucijų (Europos Bendrijų Teisingumo Teismas, Europos Audito Rūmai, Europos investicijų bankas, Europos Parlamento sekretoriatas), todėl čia išaugo medicinos paslaugų ir tuo pačiu žmogiškųjų išteklių poreikis.

Atsakymų, kodėl vienaip ar kitaip kinta gydytojų (ir odontologų) skaičius kitose valstybėse, galima ieškoti makro lygmenyje – tiriant Europos šalių gydytojų skaičiaus planavimo niuansus, taip pat analizuojant ekonominius skirtumus tarp valstybių, mikro lygmenyje – atlikti kiekvienoje šalyje kokybinį tyrimą su gydytojais ir sveikatos žmogiškųjų išteklių ekspertais.

Apibendrinant svarbu pastebėti, kad valstybės net kelis kartus skiriasi pagal gydytojų (ir odontologų) pasiskirstymą. Galima numanyti, jog esant tokiai situacijai, gali kilti konfliktų tarp valstybių, kadangi gydytojų trūkumas valstybėje gali sutrikdyti darnų jos vystymąsi. Todėl reikalinga bendra Europos šalių iniciatyva ne tik didinant praktikuojančių gydytojų skaičių (didinant priėmimą į medicinos studijas, gerinant gydytojų darbo sąlygas), bet ir koordinuojant gydytojų persiskirstymą tarp valstybių. Iš kitos pusės, jeigu bus imtasi tarpvalstybinio gydytojų pasiskirstymo koordinavimo, bendro gydytojų skaičiaus didėjimas Europoje gali turėti teigiamą poveikį visose Europos šalyse.

5.2.4 Gydytojų darbo apmokėjimo netolygumų tarp valstybių analizė

Nors gydytojai yra griežtai registruojami Europos šalyse, tačiau ne visos šalys skelbia viešai statistinius duomenis apie gydytojų atlyginimus, todėl sunku atlikti gydytojų darbo užmokesčio skirtumų analizę. Pavyzdžiu galėtų būti viešai prieinamų duomenų apie įvairių specialybių gydytojų algas Norvegijoje. Kai

kurios šalys skelbia tik gydytojų darbo užmokesčio vidurkį (pavyzdžiui, Lietuva), o kitos nurodo gydytojų atlyginimų intervalą.

Gydytojų darbo užmokesčio skirtumų analizė gali padėti paaiškinti kai kuriuos gydytojų migracijos srautus - šalies viduje ir tarp skirtingų šalių, gali pagelbėti tiriant gydytojų tarpvalstybinį socialinį judumą, taip pat yra labai svarbus socialinio mobilumo transnacionalinėje perspektyvoje tyrimui.

Neabejotinai gydytojų atlyginimai išsivysčiusiose ES šalyse yra gerokai didesni⁶⁰ nei besivystančiose šalyse, tarp kurių yra ir Lietuva. Pavyzdžiui, Didžiojoje Britanijoje geriausiai apmokamų specialybių sąrašo viršūnėje yra anesteziologai, psichiatrai, psichoanalitikai, chirurgai bei odontologai. Neoficialių šaltinių duomenimis (darbo skelbimuose), gydytojo asistentui Vokietijoje siūlomas brutto darbo atlygis yra nuo 3,5 tūkst. EUR/mėn. (12075 Lt), gydytojui specialistui – nuo 5 tūkst. iki 9 tūkst. EUR/mėn. (nuo 17250 iki 31050 Lt) (<http://www.skelbiu.lt>, 2012 11 01 duomenys)

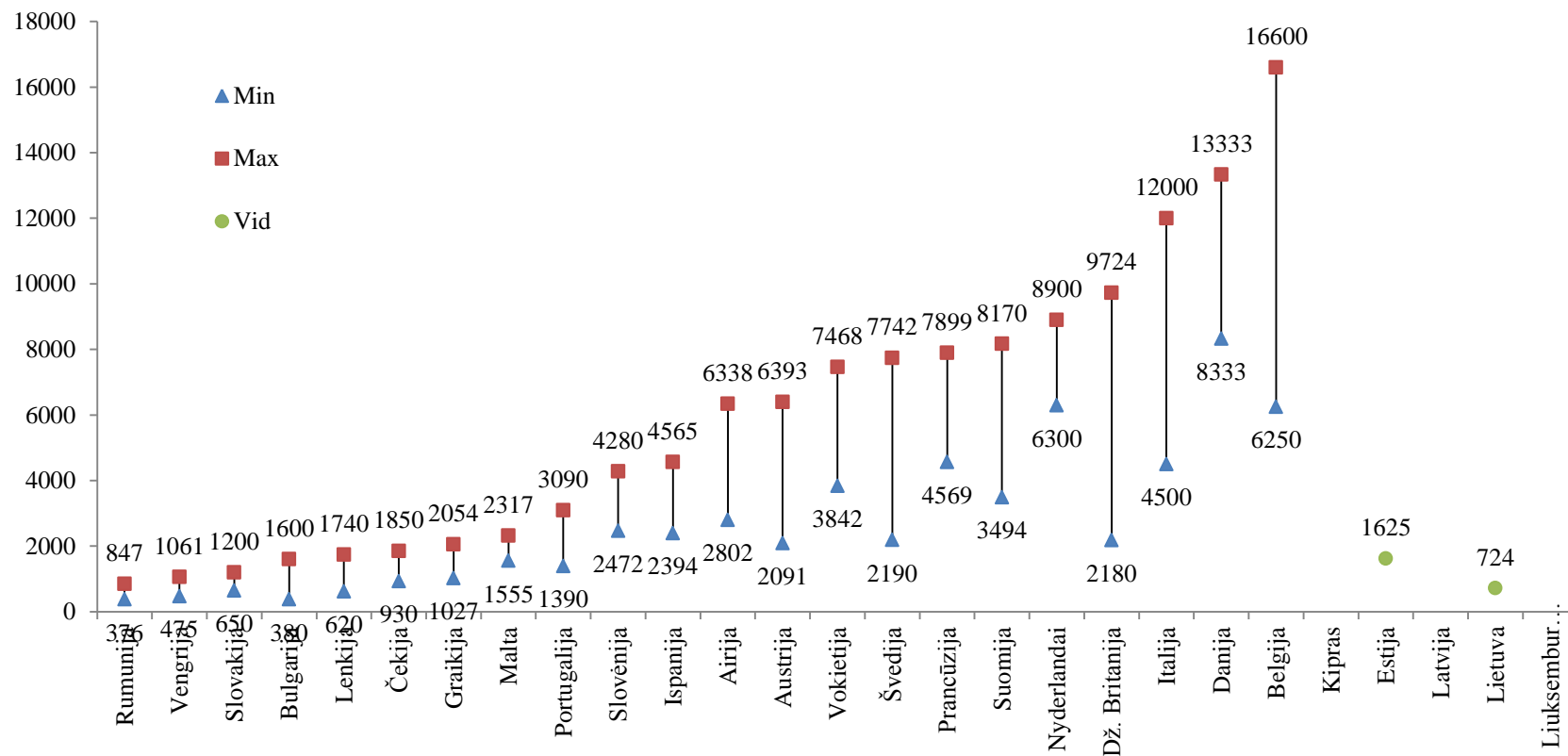
Lentelė 10. Norvegijos sveikatos sektoriuje dirbančiųjų vidutinis mėn. *brutto* atlyginimas* 2008 m.

Darbas	Tūkst. Lt
1. Vadovas	21,0
2. Gydytojas	22,0
3. Bendros praktikos slaugytojai	14,1
4. Psichologai	17,8
5. Laborantai	13,3
6. Radiografai, audiografai	13,4
7. Fizioterapeutai, darbo terapeutai	13,9
8. Gydyt. sekretorė	11,5

*Tikrasis atlyginimas svyruoja priklausomai nuo geografinės vietos, nuo išsilavinimo, darbo patirties ir kt. Mokesčiams vidutiniškai skiriama 45 proc. (prieiga per internetą: <http://www.norvegijoslietuviai.com/forumas/>, žiūrėta 2012 11 02).

⁶⁰ Kalbant apie darbo užmokesčio skirtumus, svarbu įvertinti piniginio vieneto perkamosios galios paritetą, tačiau šiame straipsnyje jis nebus analizuojamas.

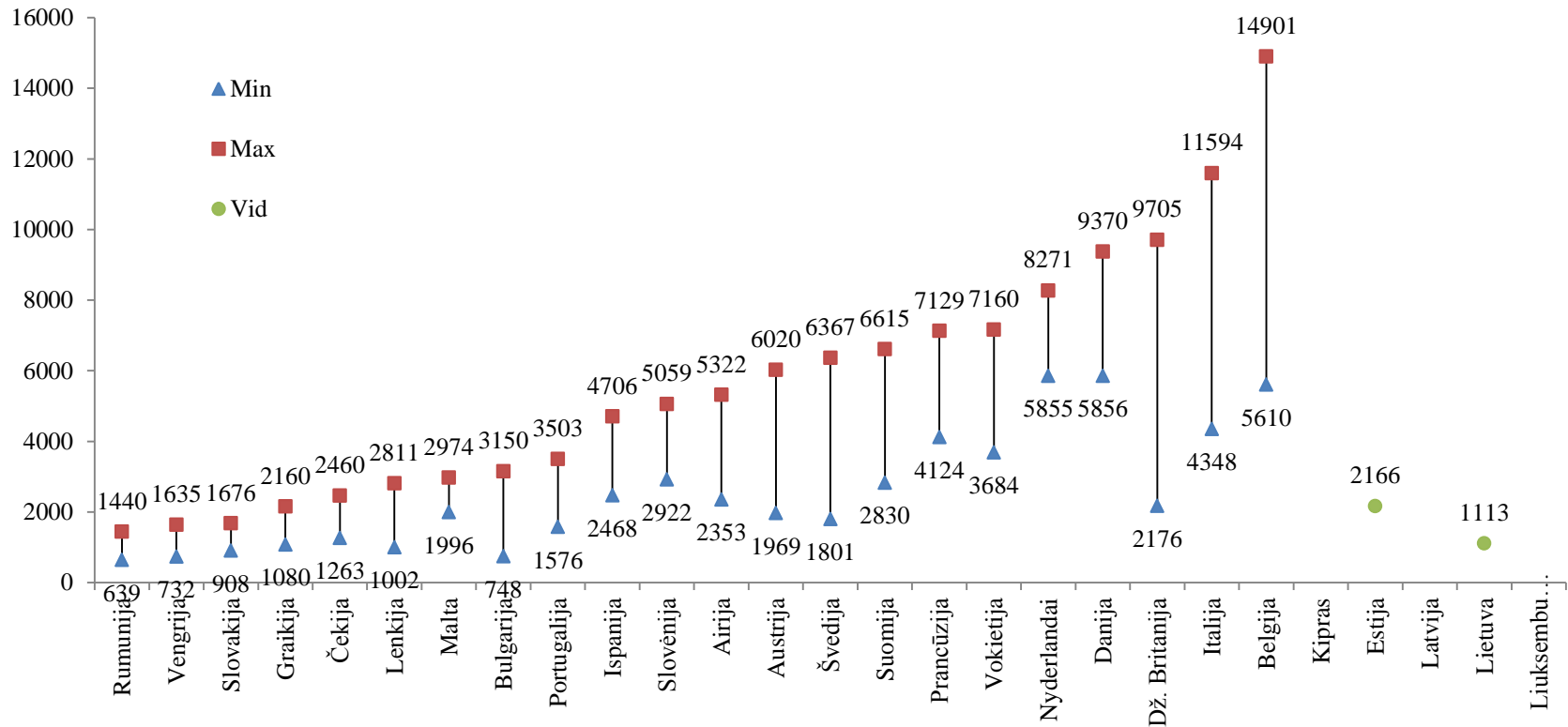
Paveikslas 20. Europos šalių ligoninių gydytojų atlyginimai (FEMS⁶¹ 2011 m. tyrimo duomenys), eurai



Šaltinis: (Reginato ir Grosso, 2012: 2).

⁶¹ Žr. Skyrelį „Sutrumpinimų paaiškinimai“, 25 psl.

Paveikslas 21. Europos šalių ligoninių gydytojų atlyginimai (FEMS 2011 m. tyrimo duomenys) pagal PGP⁶², eurai



Šaltinis: (Reginato ir Grosso, 2012).

⁶² PGP (angl. PPP *purchasing power parity*) – perkamosios galios paritetai yra kainų lygio skirtumų rodikliai tarp šalių. Jie rodo, kiek valiutos vienetų reikia tam tikram prekių ir paslaugų krepšeliui išsigyti skirtingose šalyse. PGP Europos šalių metiniai palyginamųjų rezultatai apskaičiuoti pagal Eurostat'o duomenis (Reginato ir Grosso, 2012). PGP teorija turi ilgą istoriją ekonomikos moksle, tačiau specifinė perkamosios galios pariteto terminologija buvo įvesta tik po I pasaulinio karo tarptautinės politikos diskusijose dėl nominalių valiutų kursų tarp didžiųjų pramoninių šalių po didelio masto infliacijos (Taylor ir Taylor, 2004).

Buvusio sovietinio bloko šalių gydytojus vilioja ne tik ES šalys. Nemaža dalis Lietuvos gydytojų renkasi darbą Norvegijoje. Siekdama sumažinti kalbos barjerą priimanti šalis gydytojams dažnai siūlo nemokamus kalbos kursus. Darbo apmokėjimas Norvegijoje (žr. 10 lentelę) taip pat ženkliai skiriasi nuo oficialaus gydytojų darbo užmokesčio Lietuvoje⁶³.

Iš tiesų sunku aptikti gydytojų darbo užmokesčio skirtumų analizę, tačiau Europoje įkurta asociacija FEMS (ang. *European federation of salaried doctors*) tokį tyrimą atliko visai neseniai, 2011 m. Jų tyrimo duomenų analizė rodo, jog sunkumai gauti tikslią gydytojų atlyginimų informaciją apsunkina ir prailgina duomenų rinkimą.

Tačiau tyrimo metu visgi pavyko nustatyti net gydytojų atlyginimų intervalus atskirose valstybėse. Kai kurios šalys skelbia tik vidutinius gydytojų atlyginimus, tame tarpe ir Lietuva (žr. 20 ir 21 paveikslus). Šie statistiniai duomenys rodo, kad gydytojų darbo apmokėjimas įvairiose Europos valstybėse stipriai skiriasi ne tik dyžiu, bet ir intervalu nuo didžiausio iki mažiausio atlyginimo. Galima sakyti, jog gydytojų socialinio mobilumo galimybės atlyginimo atžvilgiu ne vienos valstybės ribose yra žymiai platesnės nei vienos šalies rėmuose.

5.2.5 Gydytojų teritorinis mobilumas: priežastys ir kryptys

Gydytojų parengimas savarankiškai profesinei veiklai yra vienas brangiausių ir ilgiausiai trunkančių, todėl padidinti ar sumažinti gydytojų skaičių šalyje atitinkamai didinant ar mažinant priėmimą į medicinos studijas yra ilgas procesas. Tačiau yra ir kitas, daug greitesnis būdas – gydytojų iš kitų valstybių įdarbinimas. Vis dėlto pastarasis sprendimas visiškai nenaudingas atiduodančiai gydytojus valstybei – nei finansine, nei sveikatos sistemos stabilumo prasme.

⁶³ „Aukščiausias vid. mėn. gydytojų bruto darbo užmokestis pasiektas 2008 m. III ketvirtyje (4313,40 Lt)“ (Taljūnaitė et al. 2012: 52).

Pagrindinės gydytojus priimančios šalys Europoje yra Didžioji Britanija, Vokietija, Prancūzija, Airija, Belgija, Italija, Ispanija, Norvegija, Švedija, o juos prarandančios valstybės: Lenkija, Graikija, Rumunija, Šveicarija, Čekijos Respublika, Lietuva (Lisaitė, 2012; Costigliola, 2011; Wismar et al., 2011; ir kt.). Pagrindinės gydytojų judėjimo kryptys Europoje yra: Rytų Europa => Šiaurės, Vidurio Europa; Vidurio Europa => Šiaurės Europa; Pietų Europa => Pietų Europa.

Jeigu pasižiūrėsime lengvai prieinamus D. Britanijos duomenis apie registruotus medicinos praktikos gydytojus, sužinosime, kad 2013 m. rugpjūčio mėn. 1/3 šioje šalyje praktikuojančių gydytojų pirminį išsilavinimą įgijo ne D. Britanijoje. Daugiausia šioje šalyje imigrantų gydytojų yra iš ne Europos šalių: 9,7 proc. Gydytojų yra iš Indijos, 3,6 proc. – iš Pakistano, 2,1 proc. – iš Pietų Afrikos; 8,6 proc. visų gydytojų Didžiojoje Britanijoje yra iš Europos – Airijos (1,6 proc.), Vokietijos (1,3 proc.), Graikijos ir Italijos (po 1,1 proc.), Rumunijos ir Lenkijos (po 0,8 proc.), Ispanijos ir Vengrijos (po 0,6 proc.), Čekijos Respublikos (0,4 proc.) Bulgarijos (0,3 proc.) (General Medical Council, 2013). Airijoje situacija yra panaši: 2012 m. 65,1 proc. visų gydytojų išsilavinimą įgijo Airijoje, 9,6 proc. – kitose Europos šalyse: Lietuvoje įgijusių išsilavinimą yra 25 gydytojai (Ireland Medical council, 2013). Tačiau šie duomenys neatspindi, kiek užsieniečių baigė medicinos mokslus tose šalyse. Minėti duomenys padėtų išsiaiškinti, kokie iš tikrųjų yra gydytojų migracijos mastai.

Apibendrinant įvairių šalių mokslinių tyrimų duomenis (Leone et al., 2013; Taljūnaitė et al., 2012; Lisaitė, 2012; Costigliola, 2011; LSMU, 2012; ir kt.) galima išskirti svarbiausias gydytojų tarpvalstybinio mobilumo priežastis Europoje (žr. 11 lentelę).

Įvairių šalių tyrimuose tarp pagrindinių ir dažniausiai minimų gydytojų teritorinio mobilumo priežasčių yra finansinės paskatos. Finansiniai skirtumai tarp valstybių egzistavo visais laikais, tačiau tokio gydytojų judumo masto tarp Europos šalių, kokį turime pastarąjį dešimtmetį, praėjusio šimtmečio pabaigoje

nebuvo. Svarbią reikšmę tokiems pokyčiams turi ne tik mikro lygmens, bet ir makro lygmens sąlygos.

Lentelė 11. Gydytojų tarpvalstybinio mobilumo priežastys ir sąlygos

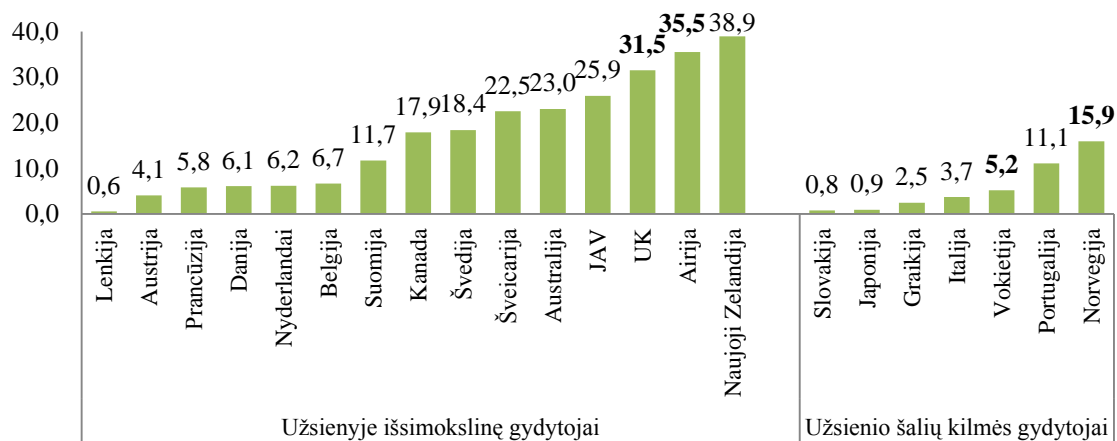
Mikro lygmens veiksniai	Makro lygmens veiksniai ir sąlygos
Finansinė motyvacija	Dideli atlyginimų skirtumai tarp Europos šalių
Darbo aplinka ir sąlygos	Ekonominė situacija šalyje turi poveikį sveikatos priežiūros įstaigų kokybei, aprūpinimui įranga, socialinių išmokų dydžiui, darbo krūvių skirtumui, darbo organizavimui (pagalbinio personalo funkcijų išplėtimas) ir kt.
Galimybė nevaržomai judėti	Laisvo asmens judėjimo sąlygos ES ir kitose šalyse– ES plėtra atnešė daugiau lankstumo keliauti ir dirbti Europoje
Galimybė dirbti tą patį darbą	Kvalifikacijos pripažinimas: Europos Parlamento ir Europos Vadovų Tarybos priimta Direktyva 2005/36/EB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo, kuri apima daugiau nei 800 įvairių profesijų, įskaitant gydytojų, odontologų ir kt.
Mokymosi ir karjeros galimybės, žinių apsikeitimas	Didesnėje valstybėje – daugiau galimybių pasirinkti norimą specialybę ar rasti norimą darbą
Žinių panaudojimo ir profesinio tobulėjimo galimybės	Žmogiškųjų išteklių politikos skirtumai, pvz., sveikatos paslaugų (de)centralizacija
Ryšys su migracijos tinklu	Imigracijos politika gydytojų atžvilgiu, migracijos tinklo (ne)buvimas
Tarptautinė patirtis	Galimybė atlikti praktiką ar turėti stažuotę užsienio šalyse, studentų mainų programos
Užsienio kalbų mokėjimas	Nemokami kalbų kursai atvykstantiems gydytojams
Gyvenimo būdo keitimas	Šalių klimato skirtumai, kalnų ar jūros (ne)buvimas

Šis reiškinys turi ne tik neigiamų, bet ir teigiamų atspalvių. „Protų apsikeitimas“ ir „protų cirkuliacija“ greičiau vyksta aukštą ekonominę išsivystymą turinčiose šalyse (Vokietijoje, Didžiojoje Britanijoje, Austrijoje): kitų šalių gydytojų žinios ir patirtis naudinga priimančiai valstybei. Tačiau valstybės, iš kurių gydytojai tik emigruoja, greičiau patiria „protų nutekėjimą“: jeigu ši emigracija masinė, tai kelia rimtą pavojų šalies stabilumui. Prarandančios

gydytojus valstybės turėtų susitarti veikti išvien minėtam procesui kontroliuoti: inicijuoti gydytojų poreikio planavimo pertvarkas ne tik savo, bet ir gydytojus importuojančių šalių sistemose, siūlyti gydytojų mokymo išlaidų kompensavimo mechanizmą, veikiantį „priimančios valstybės => atiduodančiai šaliai“ principu.

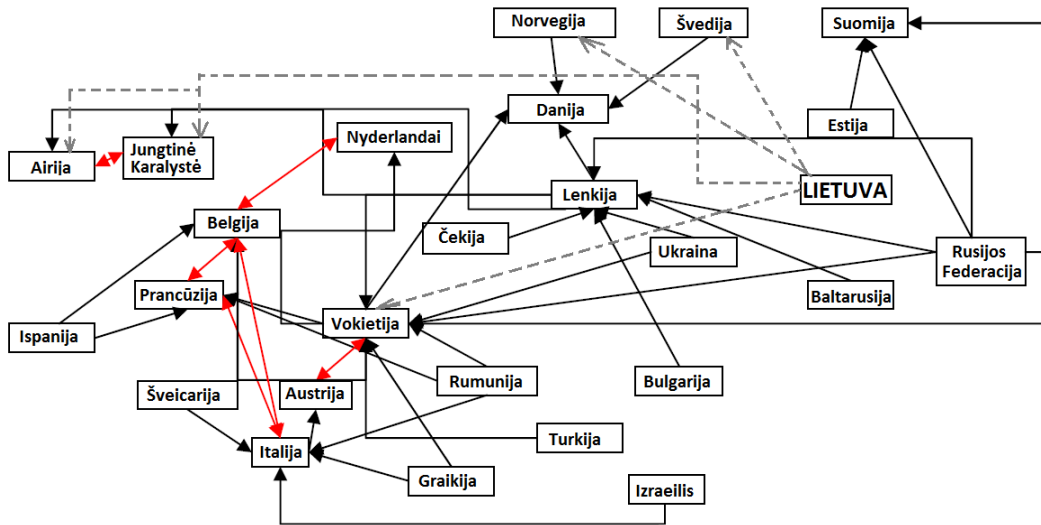
Nustatyti, kokios yra pasekmės prarandančios ir priimančioms gydytojus šalims, nėra paprasta, reikalingas atskiras ir platus tyrimas bendradarbiaujant atskiroms šalims.

Tyrimų apie gydytojų transnacionalinį teritorinį mobilumą yra nemažai (pvz. Driouchi et al. 2012; OECD 2010; Gerlinger et al. 2007; ir kt.). Juose galima atrasti, kad Europos šalys skiriasi ne tik pagal gydytojų tankumą (gydytojų skaičių, tenkantį 100 tūkst. gyventojų), bet ir pagal užsienyje išsimokslinusių arba užsieniečių gydytojų dalį bendrame gydytojų skaičiuje (žr. 22 paveikslą). Šie duomenys atspindi kai kuriuos vyravusius ar esančius gydytojų migracijos srautus, tačiau bendros statistikos trūkumas neleidžia atlikti išsamios šalių palyginamosios analizės gydytojų teritorinio mobilumo klausimu.



Paveikslas 22. Užsienyje išsimokslinusių arba užsienio gydytojų dalis (proc.) EBPO šalyse 2008 m. (OECD 2010:2)

Gydytojų transnacionalinį teritorinį mobilumą Europos regione neabejotinai palengvina *laisvo asmenų judėjimo teisė*⁶⁴. Pagrindinės gydytojus importuojančios šalys yra Vokietija, JK, Airija ir Skandinavijos šalys, o pagrindinės gydytojų „donorės“ kol kas išlieka buvusio sovietinio bloko šalys (tarp jų ir Lietuva) bei Viduržemio jūros regiono valstybės (Ispanija, Graikija, Turkija ir kt.) (žr. 11 schema).



Schema 11. Gydytojų migracijos srautai Europos regione (srautais iš Lietuvos - punktyrinė linija - papildyta autorės) (Dussault et al. 2009: 16).

Gydytojų paruošimas – ilgas ir brangiai kainuojantis procesas kiekvienai valstybei. Ekonomiškai silpnesnės šalys sunkiai pajėgia konkuruoti pritraukdamos ar išlaikydamos gydytojus. Norint mažinti įtampą tarp gydytojus atiduodančių ir juos viliojančių šalių, reikia radikalių pertvarkų – pirmiausia gydytojų planavimo srityje. Kiekviena valstybė turėtų atsakingai planuoti gydytojų skaičių, o ne kompensuoti gydytojų trūkumą „importuodama protus“. „Eksportuojanti protus“ valstybė turėtų ne radikaliai didinti gydytojų rengimo mastą, o inicijuoti

⁶⁴ „Laisvas darbuotojų judėjimas – vienas iš pamatinių Sutarties principų, įtvirtintas Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo 45 straipsnyje ir plėtotas ES antrinės teisės aktuose bei Teisingumo Teismo praktikoje. ES piliečiai turi teisę: ieškoti darbo kitoje ES šalyje, joje dirbti be darbo leidimo, joje gyventi dėl darbo, joje pasilikti net jeigu nebedirba, būti vertinami taip pat kaip ir tos šalies piliečiai, kai ieško darbo, turėti tokias pačias darbo sąlygas ir visas kitas socialines bei mokesčių lengvatas“ (ES piliečių laisvas judėjimas, Europos Komisijos informacinė svetainė. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=457&langId=lt>, žiūrėta 2013 02 06).

pertvarkas transnacionalinėje erdvėje. Maža valstybė turėtų ieškoti sąjungininkių ir kartu su jomis siūlyti sprendimus transnacionalinėse valdymo institucijose gydytojų aprūpinimo klausimais.

Kita vertus, ne kiekviename regione ar valstybėje gydytojas gali turėti darbui reikalingą aparatūrą, stiprų pagalbinio personalo palaikymą, tobulėjimo galimybes ir pan. Dėl šių ir kitų priežasčių dalis gydytojų nusprendžia palikti savo gimtinę, ir migracija tampa spartaus socialinio mobilumo kanalu. Gydytojų transnacionalinį teritorinį ir socialinį mobilumą Europos regione neabejotinai palengvina laisvo asmenų judėjimo reglamentavimas, gydytojų trūkumas, profesinės kvalifikacijos pripažinimas, socialiniai tinklai, o spartesnį vertikalų mobilumą apsunkina vietinių ir kitų atvykėlių gydytojų konkurencija, kalbos barjeras.

Apibendrinimas. Analizuojant gydytojų socialinio mobilumo galimybes transnacionalinėje perspektyvoje paaiškėjo, jog jas nulemia daug veiksnių. Visų pirma, nelygus gydytojų rengimas atskirose valstybėse formuoja nelygią pasiūlą. Iš kitos pusės, gydytojų tankumo Europos ir Pasaulio žemėlapis rodo probleminius regionus, kuriuose gydytojai visuomet turės horizontalaus socialinio mobilumo galimybę. Tačiau analizė rodo, jog finansinės paskatos transnacionaliniam gydytojų judumui atsirasti nėra paskutinėje vietoje. Tai gali reikšti, kad probleminiai regionai dar ilgai nesulauks gydytojų antplūdžio iš išsivysčiusių šalių. Nebent pasikeistų transnacionalinė politika, kuri skatintų gydytojų

Darbo apmokėjimų netolygumų analizės duomenys rodo tam tikras gydytojų darbo apmokėjimo, o kartu ir socialinio statuso siekimo, ribas pajamų atžvilgiu transnacionalinėje perspektyvoje.

6. LIETUVOS GYDYTOJŲ SOCIALINIO MOBILUMO NUOSTATOS, STRATEGIJOS IR SOCIALINIO STATUSO BEI JO KITIMO VERTINIMAS

Kitas tyrimo etapas – kokybinis tyrimas ir interviu metu gautų duomenų analizė. Šios analizės pradžia sutampa su profesijos pasirinkimo analize, kadangi tai vienas svarbiausių žingsnių socialinio statuso siekimui. Vėliau aptariami specializacijos pasirinkimo veiksniai, įsidarbinimas ir darbo vietos vertinimas. Tyrimo metu siekta išsiaiškinti, kokios priežastys lemia socialinio statuso siekimą ne nacionalinėje socialinėje erdvėje. Analizuojamos gydytojų socialinio statuso siekimo nuostatos transnacionalinėje perspektyvoje, taip pat duomenų pagrindu atliekama palyginamoji darbo sąlygų Lietuvoje ir užsienyje vertinimo analizė.

Tyrimo duomenų analizės pabaigoje aptariamas gydytojų profesijos prestižo subjektyvus vertinimas kaip pagrindas savo statusui įsivertinti. Kokybinio tyrimo duomenų analizės pagrindu siekiama pateikti apibendrintą socialinio statuso siekimo proceso etapų ir veiksnių vaizdinį, o taip pat pavaizduoti socialinio statuso siekimo įvairias strategines kryptis viename apibendrintame paveiksle.

6.1. Gydytojų pasiruošimo profesinei veiklai veiksniai ir etapai

6.1.1 Gydytojo profesijos pasirinkimas – socialinio mobilumo strategija

Gydytojo darbo nauda visuomenei, noras padėti žmonėms, aukštas gydytojo profesijos prestižas, be abejonės, yra vieni svarbiausių veiksnių renkantis gydytojo profesiją. Be to, tėvų įtaka, medikų šeimoje ar giminėje buvimas taip pat turi svarbią reikšmę.

Gydytojo profesijos prestižą, kaip vieną svarbiausią padėjusių apsispręsti renkantis gydytojo profesiją, nurodo net keli tyrimo informantai. Gydytojo darbas siejamas su kilniausiais siekiais ir gydytojo reikšmę žmogui, o taip pat su geromis įsidarbinimo galimybėmis:

„Iš visų mokslų sričių, pagalvojau, kad medicina yra artimiausia sritis žmogui ir arčiausiai žmogaus, nes tai liečia kiekvieną iš mūsų. Žinios apie save, apie savo organizmą, bent jau minimalios, yra būtinos kiekvienam išsilavinusiam žmogui. Kitas dalykas, ir šeimoje buvo medikų. Apie mediciną galvojau dar prieš baigdamas mokyklą, gerokai anksčiau ir tendencingai ruošiausi tam – medicinos studijoms ir mediko keliui. Kita vertus, mačiau, kad gydytojo prestižas yra pakankamai didelis visuomenėje – tai irgi iš dalies buvo svarbi motyvacija“ (AL1).

„Prieš baigdamas paskutiniaisiais metais mokyklą, kalbėjau su tėvu, kai pasakiau, kuo noriu būti, pasakė gerai, šie žmonės prie bet kurios valdžios reikalingi. O valgyti norisi visada“ (MT2).

Tėvų palaikymas. Vaikų sprendimą studijuoti mediciną dažniausiai palaikė gydytojų specialybę pasirinkusius vaikus. ne visuomet gali įtakoti apsisprendimą. Nepaklusnumas tėvų įtakai rodo ir tvirtą apsisprendimą. Tačiau pasitaikydavo ir negatyvių vertinimų.

„Tėvas pasakė: ar stoji į mediciną, ar šoki nuo tilto, man tas pats. Ir penkiolika metų jis mano pasirinkimo netoleravo. Sakė, stok į ekonomiką ir neišsidirbinėk“ (MT4).

Vienus respondentus paskatino *gydytojų darbo nauda visuomenei*. Tačiau pasitaiko atvejų, kai gydytoju norima tapti dėl šeimoje buvusių netekčių ar labai rimtų ligų atvejų.

Nepolitizuota specialybė – specifinis medicinos bruožas, kurį nurodo net keli tyrimo dalyviai, kuriems tai buvo svarbi darbo sąlyga:

„Nenorėjau į Afganistaną važiuot kariaut. 1982 m. pradėjau studijuoti, ir tie, kurie mokėsi Medicinos Akademijoje arba Žemės Ūkio Akademijoje, jiems nereikėjo į Afganistaną tarnaut eit. O pats esu stalius, dirbau staliumi visą laiką. Mano tėtė buvo stalius“ (AL7).

„Tarybiniais laikais tai buvo viena iš perspektyviausių specialybių. Ir specialybė įdomi, ir pragyvenimas visai neblogas. Tai buvo nepolitizuota specialybė. Tam, kad tu karjerą darytum, nereikėjo stoti į kokį KGB ar panašiai. Kariuomenėje iš viso nebuvo. Tai buvo visapusiškai gera specialybė“ (MT1).

Gydytojų profesijos idealizavimas. Per interviu tyrimą paaiškėjo, kad dalis informantų norėjo tapti gydytojais nuo vaikystės. Tai labiau būdinga moterims. Viena gydytoja pripažino, kad visą gyvenimą norėjo būti tik gydytoja ir kryptingai to siekė. Kitai gydytojai ši profesija buvo vaikystės svajonė. Dar dvi gydytojos taip pat nuo vaikystės apsisprendė rinktis gydytojo kelią:

„Nuo pat mažens, kiek save prisimenu, visą laiką norėdavosi padėti žmonėms, pagelbėti, palengvinti jiems [gyvenimą]. Nuo mokyklos pasirinkau tą kryptį – ne humanitarinius, o labiau tikslus mokslus“ (AL3).

„Sunku pasakyti, nuo pat vaikystės patiko ši profesija. Save įsivaizdavau tik šioje profesijoje ir niekur kitur“ (AP1).

„Pagal savo charakterį labai tinka būti gydytoja: esu linkusi galvoti apie kitus, esu labai emocionali (kas yra minusas man), bet pasirinkau vietą, kur emocijų nereikia, nes jos būtų trukdžiusios“ (MT4).

Vyrai paprastai gydytojais nusprendė tapti vėliau nei moterys. Vienas gydytojas pabrėžė, kad nuo 14 metų tvirtai žinojo, jog bus gydytoju. Kitas respondentas minėjo, kad 10 klasėje apsisprendė tapti gydytoju, o iki to laiko apie profesijos pasirinkimą negalvojo. Dar keli gydytojai sprendimą stoti į mediciną priėmė paskutiniu momentu.

„Būdamas jau 14 metų kryptingai apsisprendžiau ir daugiau nesiblaščiau, apie kitą specialybę net negalvojau. Tvirtai žinojau, kad būsiu gydytojas, nes giminėje taip pat yra šiek tiek gydytojų“ (MT5).

Iš psichologinių veiksnių gydytojo darbui labai svarbūs tinkamumo profesijai veiksniai.

„Pagal savo charakterį labai tinka būti gydytoja: esu linkusi galvoti apie kitus, esu labai emocionali (kas yra minusas man)“ (MT4).

Polinkis gamtos mokslams. Dalis respondentų tikslingai ruošėsi tapti gydytojais dar mokyklos suole: papildomai mokėsi biologijos, chemijos.

„Domėjausi biologija, olimpiadose dalyvaudavau jau nuo septintos klasės“ (AL9).

Dalis gydytojų mokyklos pabaigoje lankėsi pas repititorius, kadangi anksčiau stojant į mediciną buvo chemijos ir biologijos stojamieji egzaminai. Dažniausiai jiems jau nuo vaikystės buvo įdomūs gamtos mokslai. Du gydytojai pažymėjo, kad vaikystėje tyrinėjo smulkius gyvūnėlius. Vienas respondentas svarstė pasirinkimą tarp veterinarijos ir medicinos, tačiau pasirinko mediciną.

„Aš labai domėjausi gamtos mokslais nuo pat mažens. Visos tos enciklopedijos apie gyvūnus, augalus ir panašiai... Buvo du tokie norai: arba veterinarija, arba medicina. Aišku, kai buvau maža, labiau norėjau gyvūnų, šuniukų, kačiukų, o paskui kažkaip išsigrynino, kad visgi žmonės labiau mane traukia“ (LL6).

„Mokyklos [laikais]: mėgdavau biologiją labai – gamtos mokslus, chemiją, visokius gyvūnėlius tyrinėti: žiogus gaudyti, sraigės tyrinėti. Gamtos mokslai buvo prie širdies. Be to, brolis įstojo į mediciną. Aš, kaip jaunesnysis brolis, jo pėdom [ėjau] – buvo paskata sekti. Vis klausinėjau [brolio]: buvo įdomu jo užrašus, vadovėlius pavartyti. Susidomėjau ir tikslingai [ruošiausi]: repetitorius samdė tėvai, kad kryptingai ruoštis 12-oje klasėje medicinos studijoms [galėčiau]. Tada dar buvo stojamieji egzaminai: biologija ir chemija“ (AL5).

„Apsisprendimą rinktis mediciną labiausiai lėmė noras studijuoti ir pažinti biologiją bei žmogaus organizmą“ (AP5).

Viena iš informančių medicina pasidomėjo papildomai: skaitė specializuotą knygą, kuri buvo jos namuose. Tai turėjo įtakos ne tik gydytojo profesijos, bet ir specializacijos pasirinkimui.

Kitų veiksmų įtaka, lėmusi patekimą į norimas medicinos studijas. Interviu metu paaiškėjo kai kurie niuansai renkantis į medicinos studijas: minimi darbo stažo kaip privalumo stojant atvejai.

„Būtent medicinoj nebuvo matematikos ir mes stojom. Deja, abi gavom po trejetą [prastą įvertinimą] iš lietuvių kalbos ir vėl grįžom namo. Kadangi neįstojom į tą kulinarijos mokyklą, tai dirbau pardavėja, paprasčiausiai. O per mandatinę [medicinos] manęs buvo paklausta: „O kodėl jūs stojot į mediciną, o ne į prekybą?“ Sakau: „Man nepatiko prekyba“. „O iš kur žinot, kad medicina patiks?“ Tada galvojau: „Na, aš įrodysiu, kad man patiks.“ Tada [dar prieš įstojant] aš ėmiau ieškot darbo. Sanitarės. <...> negavau, nes buvo prestižinė tuomet specialybė. Kaune turėjau giminių, įsidarbinau tuometinėj <...> ligoninėj sanitarė. Labai gerai sugyvenau su vyr. sesele, ten buvo chirurginis skyrius ir mane priėmė operacinėje [dirbti] sanitarė. Ten daug ko išmokau. Tuomet aš lankiau kursus ir vėliau įstojau [į mediciną]. Tai laikais [stojant mokytis] buvo madinga dviejų metų stažas. Tai aš jau turėjau metus – prekybininko ir metus medicininio darbo stažo. Tais metais įstojau su labai gerais pažymiais ir su labai gera charakteristika [kaip buvusios sanitarės]“ (LL2).

Dėl ypač aukštos konkurencijos mediku tapti buvo labai sudėtinga.

„Šeimoje aš esu pirmas gydytojas. Buvo labai sunku įstoti, bet kadangi aš buvau sportininkas (lengvoji atletika), o visokios lengvatos nors ir nesimatė, bet jos padidino mano galimybę įstoti. Ir nors buvau beveik aukso medalininkas (jo negavau, nes turėjau vieną ketvirtą devintoje klasėje, kiti – aukščiausi pažymiai), bet būčiau neįstojęs, jeigu nebūčiau sportininkas“ (MT3.)

„Pirmą kartą neįstojau, nes susimoviau per chemijos egzaminą. Kai antrą kartą stojau, jau buvo teikiama pirmenybė turintiems darbo stažą (metus laiko dirbau sanitarė). Įstojau, nors konkursas buvo 12 žmonių į vieną vietą“ (MT4).

Kai kuriuos gydytojus pasirinkti gydytojo kelią, kaip tam tikrų *problemų sprendimo galimybę*, paskatino *artimųjų ligos*:

„Viena – iš gilios vaikystės, vaikiška priesaika, kai senelis numirė, sakiau, kai užaugsiu – visus išgydysiu. Šeimoje gydytojų nebuvo, tik tetos iš motinos pusės vyras buvo karo gydytojas“ (MT2).

„Gal dėl to, kad sirgo mano mama ir aš norėjau jai padėti. Buvo mano uošvė gydytoja. Berniuko mama, su kuriuo aš draugavau. Greičiausiai tai irgi turėjo įtakos. Tėvai manęs neskatino. Pirmiausia norėjau padėti žmonėms, savo mamai, kuri sirgo bronchine astma. Tais laikais nebuvo vaistų ir man kaip vaikui buvo baisu stebėti jos astmos dusulio priepuolius. Ir aš galvojau, kad būdama medikė, galėsiu jai geriau padėti negu kad iškviesta greitoji pagalba“ (LL3).

Atsitiktinumas. Nereikėtų neigti ir atsitiktinumo įtakos pasirenkant gydytojo profesiją. Kai kurių gydytojų karjeros pasirinkimui svarbiausią reikšmę turėjo *atsitiktiniai veiksniai*. Vienas respondentas pažymėjo, kad gydytojo profesiją pasirinko tik todėl, jog didelė dalis mokyklos draugų stėjo į mediciną. Jo mama, nors ir buvo gydytoja, sprendimui įtakos, respondento teigimu, visiškai neturėjo. Kitas gydytojas prisipažino, kad svarbiausia priežastis, dėl kurios stėjo į mediciną – nenoras vykti tarnauti į Afganistaną.

„Aš nežinojau, kur stoti, didžioji dalis mokyklos draugų stėjo į mediciną ir nusprendžiau stoti su jais kartu. Pavyko iš karto. [Ar jūsų šeimoje yra medikų?] Mama medikė. [Tai galbūt tai kažkiek lėmė Jūsų sprendimą?] Ne, tikrai dėl draugų stojau“ (AL11).

„Kaip ir atsitiktinumas, nes stojau į parengiamuosius, buvau įsitikinęs, kad stoju į gydomąją mediciną, o kai atėjau mokytis, pasirodo, kad įstojau į pediatriją. Aš nesipriešinau. Taip jau išėjo, iš aukščiau nulemta. Tuo metu VU ir parengiamuosiuose buvo gydomoji medicina, pediatrija ir higiena. Parengiamuosiuose, jeigu stoji, tai ten ir mokais. Dabar mano stažas 28 m., besimokydamas dar dirbau broliuku. Kaip gydytojas – septyniolika metų. Dėl tos savo „klaidos“ tikrai nesigailiu, greičiau džiaugiuosi“ (MT2).

„Visiškas atsitiktinumas, nes norėjau studijuoti lietuvių kalbą ir literatūrą. Pradėjau, tačiau buvo uždarytas universitetas, kadangi nieko gero kitur nebuvo, įstojau į akušerių mokyklą Kaune. Darbas man patiko, gerai sutariau su ligoniais ir buvau mylima. Neliko nieko kito, kaip stoti į universitetą (1945 metais) ir baigti medicinos mokslus“ (AP2).

„Tie, kurie mokėsi Medicinos Akademijoje arba Žemės Ūkio Akademijoje, jiems nereikėjo važiuoti į Afganistaną tarnaut“ (AL6).

Medicinos studijų vadovai pažymi, kad dalis įstojusių į mediciną studentų būna silpnai motyvuoti, tas greitai pasimato.

„Dalis studentų yra tikrai labai motyvuoti ir žino, ką daro, mato, kuo norėtų būt ir kaip norėtų dirbt, o dalis tikrai yra nemotyvuotų, kurie eina vien gauti universitetinį išsilavinimą“ (LL6).

Studijų vadovų buvo klausiama, ar daug iškrenta iš įstojusiųjų į mediciną.

„Nemažai iškrenta. Iškritimo skaičių aš negaliu pasakyti, bet kartojančių kursą yra. Sunkiausi yra pradiniai kursai, nes yra [studijuojami] baziniai-fundamentiniai dalykai“ (LL6).

Apibendrinant galima pasakyti, kad renkantis gydytojo profesiją labai svarbi vidinė motyvacija. Ji padeda įveikti sunkius ir ilgai trunkančius mokslus, o vėliau gydytoją motyvuoja dirbti net ir nesant stiprios išorinės motyvacijos. Didelis noras tapti gydytoju leidžia daryti prielaidą, kad gydytojas, net ir gaudamas nepakankamą atlyginimą, gerai dirbs savo darbą. Kelių respondentų apsisprendimo studijuoti mediciną nepakeitė net nesėkmė pirmą kartą stojant į mediciną. Tai rodo stiprią motyvaciją gydytojo darbui. Įdomu ir tai, kad tik du gydytojai paminėjo materialinį aprūpinimą, bet tai nebuvo svarbiausias veiksnys renkantis profesiją.

Profesijos perimamumas. „Paveldėta profesija“ gydytojų tarpe nėra retas reiškinys. Juk pramintu keliu visuomet lengviau eiti, kadangi kelio vingiai yra gerai žinomi. Profesijos pasirinkimo atveju svarbu gerai „žinoti iš vidaus“ darbo specifiką, galimybes, sunkumus. Daugelio informantų teigimu, priimant sprendimą dėl medicinos studijų, šeimos įtaka yra labai svarbi. Iš kitos pusės, pastūmėjimas link tos pačios profesijos reiškė toje šeimoje gerą gydytojo darbo vertinimą:

„Gydytojo profesiją aš pasirinkusi buvau turbūt jau nuo 5 metų. Mane taip orientavo tėvai, labai teisingai ir kryptingai. <...> Nesigailiu ir niekur kitur savęs neįsivaizduoju“ (AL10).

Kiti mini šeimos įtaką kaip ne pagrindinę, tačiau kažkuria dalimi turėjusi reikšmės renkantis tą pačią specialybę. Toks atvejis rodo, kad gydytojas neneria į tuos pačius vandenis akiai, o gerai ištyrinėja aplinką:

„Iš visų mokslų sričių, pagalvojau, kad medicina yra artimiausia sritis žmogui ir arčiausiai žmogaus, nes tai liečia kiekvieną iš mūsų. Žinios apie save, apie savo organizmą, bent jau minimalios, yra būtinos kiekvienam išsilavinusiam žmogui. Kitas dalykas, ir šeimoje buvo medikų.

Apie mediciną galvojau dar prieš baigdamas mokyklą, gerokai anksčiau ir tendencingai ruošiausi tam <...>“ (AL1).

Neabejotinai, šeimos aplinka turi labai didelę įtaką profesijos pasirinkimui ar net perimamumui. Kelių respondenčių teigimu, medicina buvo jų mamų svajonė. Šis faktas tiesiogiai ar netiesiogiai turėjo įtakos renkantis šią profesiją. Kiti teigia, jog lemiamą įtaką padarė šeimoje esantys gydytojai.

„Mano atveju tai – šeimos tradicijos. Mano mama gydytoja, tai aš nuo vaikystės neįsivaizdavau kitos specialybės. Nuo pat vaikystės buvo toks mano apsisprendimas“ (LL1).

Tyrimo rezultatai parodė, kad renkantis gydytojo profesiją šeimos įtaka yra labai stipri. Iš vienos pusės, tėvai padeda patarimais, iš kitos pusės – savo pavyzdžiu paskatina vaikus sekti jų pėdomis. Turėdami šeimoje gydytojų, respondentai iš arti susipažino su profesija nuo vaikystės, todėl gerai žinojo, koks yra gydytojo darbas, kokios perspektyvos.

Tiesioginis tėvų / giminių vaidmuo: medikų buvimas šeimoje. Tokių pasakojimų buvo gausu.

„Mama ir dėdė – veterinarijos gydytojai, teta – taip pat gydytoja. Žmona medikė, dirba farmacijos kompanijoje, sūnus (17 metų) – taip pat dar galvoja, jo sprendimui įtakos stengiamės nedaryti, tačiau yra tikimybė, kad tikriausiai taip pat pasirinks mediciną“ MT5.

„Mano mama medikė, tai irgi galbūt kažkiek savo pavyzdžiu paskatino“ (AL1).

„Reikšmingas tėvų vaidmuo – mama gydytoja. Nuo mažens klinikoje užaugus – tai tas ir lėmė“ (AL2).

„Šeimoje tik veterinarijos gydytojų dinastija... Tėtis buvo labai prieš, mama – labai už... Pasirinkau, nes, matyt, esu „priklausoma nuo adrenalino“ (AP7).

„Giminėje buvo medikų, [apsisprendimą lėmė] ir profesijos patrauklumas. Pusseserės, kuri buvo medikė, vyras taip pat buvo medikas – docentas klinikoje. Teko bendrauti, be to, mama sirgo, teko pabuvot ligoninėje, klinikoje [Kaune]. Na, gal taip ir susiformavo tas [noras]. Tėvas nelabai kišosi, o mamai labai patiko ta mintis. O kadangi ir mano vyras buvo medikas [studentas, bendrakursis], tai mama visai aukštumoj buvo“ (LL4).

„Vyro brolienė yra stomatologė. Taip pat galėčiau įvardinti močiutę, fitoterapeutę, nes ji buvo neblogo žolininkė“ (AP5).

Profesinio perimamumo privalumai. Pabrėždami profesijos perimamumą, informantai vardijo šiuos savo gabumus ir polinkius:

„Nes medicina yra ir veršlas, ir menas, ir mokslas, imk ką tik nori. Ir jeigu tu neturi matematinių sugebėjimų <...>, tai stoji į mediciną. Galiu savo vaikams tam tikras paslaptis perduoti. Tai viskas logiška, nes kiekvienas truputį daugiau pakylėtas virš kitų, tai jis turi ir savų profesinių paslapčių“ (MT1).

„Šiuo metu mano šeimoje yra medikų – tai mano žmona, mano žmonos brolis, jos mama, mano sūnus medikas, dukra (penkiolikos metų) taip pat galvoja“ (MT1).

„Kokie privalumai, kai šeimoje yra medikų, kokie privalumai studijuojant mediciną? Patirtis ar ryšiai galbūt? Privalumai, kad gal labiau matai profesiją ir supranti iš to, ką, pvz., mano asmeniniu atveju, mama dirba. Man aiškiau, nes tekdavo ir pas ją darbe pabūti, ir pamatyti vaikus – ji vaikų traumatologė-ortopedė buvo – ir operacijų padarinius visokius. Tas netiesiogiai veikė. Iš kitos pusės, aš mačiau, kad tas darbas yra labai sunkus: naktiniai budėjimai, operacijos. Iš atlyginimo suprasdavau, ką šeima gali sau leisti – atlyginimas nebuvo labai didelis“ (AL11).

Pasirenkant profesiją, buvo minima ir geros patirties įtaka:

„Manau, kad tai yra gera patirtis. Kaip bebuvę, tokiu atveju šeimose būna sukaupta literatūra ir, na, kalbos prie pietų stalo neretai pasisuka apie medicininius dalykus. Na, nuo mažų dienų girdint [apie] šios profesijos ypatumus, teigiamas [ir] neigiamas puses, turbūt, vaikui tas visuomet gali irgi [padėti] geriau apsispręsti, ar tas jam tinka, ar netinka, ir neretai visgi pastebim tą tendenciją, kad medikų vaikai dažniausiai taip pat yra medikai“ (LL5).

6.1.2 Gydytojo specializacijos pasirinkimo veiksniai

Specializacijos pasirinkimo galimybės paprastai yra nuspręstos mokymosi rezultatų – kuo geresni mokymosi įvertinimai, tuo platesnis specializacijos pasirinkimo spektras. Tačiau individualiu atveju specializacijos pasirinkimą lemia įvairūs veiksniai

Paklausus studijų vadovų, kokia yra studentų *specializacijos pasirinkimo tvarka* (ir praktika) universitete, respondentai pažymėjo, kad labai svarbią reikšmę turi pažangumas: baigiamojo egzamino įvertinimas, profilinių dalykų įvertinimo vidurkis, visų studijų vidurkis. Be to, yra vertinamas motyvacinis pokalbis. Kito studijų vadovo teigimu, svarbią reikšmę apsisprendimui vaidina mokslai nuo 4 kurso.

„Kai prasideda klinikiniai dalykai nuo 4 kurso, [studentai] turi eilę metų pamąstyti, nes įvairius dalykus jie praeina, susipažįsta ir studijuoja, ir vis tiek linksta prie kažko [konkretaus]“ (LL6).

Kitas respondentas vardija studijų programas, kurios jau eilę metų turi didžiausią paklausą.

„Yra 59 rezidentūros studijų programos ir studentas renkasi vieną ar kitą studijų programą. <...> Didžiausi konkursai, bent jau pastaruosius 4–5 metus, yra anesteziologija ir reanimatologija, kardiologija, radiologija, kai kuriais metais akių ligos – oftalmologija. Šitos populiariausios. <...> Kardiologija tradiciškai visuomet populiori. Gydytoju kardiologu ir prestižas būti. <...> Anesteziologija ir reanimatologija yra, kaip patys studentai sako, priimtina todėl, kad viską labai staigiai reikia daryti, orientuotai ir nėra tokio ilgalaikio kontakto su pacientais, pvz., šeimos gydytojas – jis nuolat tą patį [žmogų] mato, su tuo pacientu bendrauja ir bendrauja, nusibosta. [O] čia, sako, viską labai staigiai padarai, žmogus pasveiko – išrašei iš reanimacijos – ir viskas. Tai vienas momentas. Kitas momentas – aišku, ne paslaptis tai, kad įsidarbinimo galimybės užsienyje taip pat geros ir atlyginimai geri. Žmonės orientuojasi ir į tai. Akių ligos, na, studijų programa yra trumpesnė – 3 metai. Yra galimybė privačios praktikos [t. y. verslui / kabinetui atidaryti]. Taigi įvairūs tie momentai turi įtakos pasirenkant vieną ar kitą rezidentūros studijų programą“ (LL8).

Vienose specialybėse yra aukštesni konkursinio praėjimo balai, kitose – mažesni. Labai svarbu mokytis aukščiausiais pažymiais, kad vėliau būtų galima papulti į norimą specializaciją. Svarbūs veiksniai specializacijų prioritetų eilei yra:

- prestižas;
- darbo pobūdis;
- kontakto su pacientu trukmė;
- įsidarbinimo galimybės užsienyje;
- studijų trukmė;
- privačios praktikos galimybė.

Racionalus pasirinkimas. Specializacijos pasirinkimas kai kuriems gydytojams prasideda nuo studijų pradžios. Kuo ankstesnis apsisprendimas, tuo geriau išanalizuojamos galimybės ir priimant atitinkamus sprendimus gali būti lengviau į ją papulti. Kai kuriems gydytojams greičiau priimti sprendimą paskatino praktikos darbai:

„Per pirmus studijų metus apie specialybę negalvojau, nes maniau, kad galėsiu pasirinkti bet kokią (nežinojau, kad viską nulemia studijų balai). Rimčiau susimąsčiau antrame kurse, kuomet, praktikos metu, pabuvojau operacinėje“ (AL4).

Didelė dalis gydytojų specialybę rinkosi paskutiniuose kursuose. Tačiau pasitaikė tokių gydytojų, kurie buvo tvirtai apsisprendę dėl specializacijos iš pat pradžių.

Vienas gydytojas pažymėjo, kad jam buvo svarbi studijų vieta.

„Aš, deja, čia Vilniuje neįstojau, bet įstojau į Kauną, nes čia nepraėjau konkurso. Kaip vilnietis, baigęs Vilniaus mokyklą, norėjau čia ir tęsti [studijas]: vis tiek namai ir savas miestas“ (AL5).

Stojant į rezidentūrą vyksta motyvacinis pokalbis su kandidatais. Tačiau LSMU ir VU – vertinimas nevienodas: už motyvacinį pokalbį LSMU skiriama iki 5 balų, o VU – tik 1. Be to, kokie veiksniai motyvuoja rinktis tam tikrą specialybę, nėra fiksuojama.

Respondentai teigia, kad vienos specializacijos yra labiau prioritetinės nei kitos. Prioritetų eilė gydytojų teigimu, keičiasi:

„Tarybiniais laikais vyravo pragmatinis požiūris: jeigu tu chirurgas, tai gyvensi neblogai, viskas tvarkoje. Šiais laikais tai keičiasi. Chirurgo specialybė – tai streso specialybė, reikalauja talento, stipraus charakterio. Ne visi gali išlaikyti tą įtampą, atsakomybę didžiulė ir pan. Daug vaikinių dabar renkasi anesteziologiją, kuri perspektyvi ta prasme, kad tu gali į užsienį išvažiuoti. Ten juos labai ima“ (MT1).

Gydytojų nuomone specializacijos pasirinkimui yra svarbus lyties klausimas. Jų teigimu, kai kurios jų labiau tinka vyrams nei moterims.

„Vaikinas studentas, tai chirurgija iš karto labai pasižosi stereotipuose. Ypač tarp medikų studentų“ (AL5).

Lyginant su profesijos pasirinkimo veiksniais, specializacijai pasirinkti turi įtakos kiek kiti dalykai. Labai svarbūs yra studijų rezultatai, darbo pobūdis, karjeros galimybės ir t. t. Kai kuriuos paveikia dėstytojai, praktikos vadovai – stipriai motyvuodami savo pavyzdžiu.

„Specializaciją pasirinkti pastūmėjo studijų laikais sutikti įdomūs žmonės. O tie įdomūs žmonės – tai dėstytojai. Dėstytojų nuopelnas“ (MT1).

„<...> tik per dalyvavimą studentų mokslinėje draugijoje (vykdavo nuostabios diskusijos, net vasarą, seniai visi sėdėdavo, o mes – ant palangių) ir patrauklių dėstytojų dėka [pasirinkau šią specialybę]“ (MT4).

„Gal iš tikrųjų duoda ir žmonės, su kuriais tu dirbi. [Klaipėdos ligoninėje] dirbo atsidavęs savo darbui gydytojas, ir labai sudomino: leisdavo daryti procedūras <...>. Labai patiko, ir po to [pasirinkau šią specializaciją]“ (AL3).

Vienas respondentas teigė, kad savo specialybę pasirinko todėl, jog nuo trečio kurso dirbo šios srities skyriuje med. broliu. Toks darbas jam patiko. Viena respondentė minėjo kaip svarbų veiksnį darbo aplinką: santykius tarp tos srities specialistų, konkurenciją ir kt.

Dėstytojų, kaip sektino pavyzdžio, vaidmuo.

„Ir tik per dalyvavimą studentų mokslinėje draugijoje (vykdavo nuostabios diskusijos, net vasarą, seniai visi sėdėdavo, o mes – ant palangių) ir patrauklių dėstytojų dėka tapau psichiatre. Bendrabutyje reikėdavo budėti prie durų. Kartą neįleidau žymaus profesoriaus. Sakau, duokite pažymėjimą, ką žinau, kas esate. Ir dar buvo ekskunigų. Sakė, palauk, ateisi pas mus. Ir jie mane suorientavo į psichiatriją. Bendrabutyje dalijosi knygomis. Ir į mediciną ėjo tik tokie, kurie buvo orientuoti į mokslą, į žinias. Buvo pasišventę profesoriai“ (MT4).

„Šiais laikais jau nėra taip, kad vaikinai renkasi chirurgiją, o merginos – pediatriją. Mūsų centre moterų chirurgių jau daugiau negu vyrų. Ir šiuo metu tarp bebaigiančiųjų studijas taip yra. Ir vyrai ne šimtu procentu renkasi chirurgiją. Jie eina į anesteziologiją, dermatologiją, terapines specialybes“ (MT1).

„Akių ligos patiko jau nuo paskaitų laikų klausant doc. Jotkaitės, nes visuomet patikdavo viskas, kas smulku. Todėl ir pasirinkau oftalmologiją“ (AP1).

„Šeimos mediciną pasirinkau todėl, kad tai buvo labai nauja, inovatyvi specialybė, visiškai skirtinga nuo kitų. Dar pasirodė labai jaunatviška, teigiama, dinamiška atmosfera“ (AL2).

„Dėstytojų tarpe nuo 6-to kurso visi buvo tokie jauni, energingi, labai laisva atmosfera. Tas irgi labai paskatino pasirinkti šią profesiją, skirtingai nuo kitų specializacijų, kur gydytojų tarpusavio santykiai pasirodė labai įtempti, konkurencingi. Tas irgi buvo vienas iš veiksnių. Ir pasirodė, kad nauja [specializacija]“ (AL2).

„[Stojus neturėjau [aiškios] vizijos kuria kryptim studijuoti. [Bet buvo aišku], kad ne terapinis, ne chirurgijos profilis [mano bus]. Per internatūrą – tai mums yra praktika po visų mokslų – dirbau Klaipėdos ligoninėje pulmonologijos skyriuje. Gal iš tikrųjų duoda ir žmonės, su kuriais tu dirbi. [Klaipėdos ligoninėje] dirbo atsidavęs savo darbui gydytojas, ir labai sudomino: leisdavo daryti procedūras, pvz. bronchoskopijas, kitus tyrimus. Labai patiko, ir po to [pasirinkau šią specializaciją]“ (AL3).

Tyrime taip pat buvo reiškiamą nuomonę dėl platesnės specializacijos pasirinkimo.

„Studijų metu mano specializacija buvo pakankamai plati. Man norėjosi, kad dirbdamas gydytoju nebūčiau į vieną labai siaurą sritį įsigilinęs, o galėčiau aprėpti daugiau sričių, kad galėčiau ir daugiau tobulėti, ir daugiau gilintis į įvairias sritis, ir tai pritaikyti tiek praktikoje, tiek savo artimųjų pagalbai. Ir tiesiog, kad man tai pasirodė įdomiau gilintis į platesnę sferą“ (AL1).

Vėliau šis gydytojas visgi pasirinko dar vieną - siauresnę – specializaciją, ir šioje srityje pradėjo ir tęsia mokslinę karjerą.

Kai kurie gydytojai teigė, jog specializaciją pasirinko nesąmoningai, atsitiktinai. Tai labai būdinga pediatrams, nes anksčiau ši specialybė buvo atskirta nuo gydamosios medicinos. Vieni gydytojai neįstojo į gydomąją mediciną, todėl gavę pasiūlymą stoti į pediatriją – jį priėmė. Labai svarbi specialybės pasirinkimo motyvacija. Vienas gydytojas pediatro specialybę pasirinko itin motyvuotai:

„Kažkaip mane traukė vaikai, ir toks tarsi greičiausias gydymo rezultatas, jeigu tai nėra labai pikta liga. Vaikai niekada nesimuliuoja: jeigu blogai, tai blogai, jeigu gerai – jis iš karto šypsosi, juokiasi, šokinėja, laksto. Ir labai greitas ir smagus procesas: su jais visada smagu bendrauti. Aš jaučiu, kad vaikams labai patinku ir tinku – tai taip ir sutapo“ (AL10).

Specializacijos pasirinkimui nemažą įtaką turėjo per stojimą gautų balų skaičius. Kita vertus, įdomu pastebėti, kad vienas respondentas apie gydomąją mediciną iš viso negalvojo. Specializacijos pasirinkimui turėjo įtakos specialybės sąlyginis panašumas:

„Aš iš viso apie gydytojo darbą, ligonius, nieko nenorėjau žinot. Ir stojau aš į stomatologiją, bet pritrūko balų, ir užteko balų medicinai studijuoti. Kaip kandidatas įstojau. Ir kadangi aš į stomatologiją norėjau, o LOR yra netoli stomatologijos, tai dėl to LOR pasirinkau“ (AL6).

Kaip mini vienas gydytojas, svarbiausią vaidmenį pasirenkant profesiją turėjo asmeninės savybės.

„Pasirinkti [šia] specialybę aš planavau dar nuo pirmo kurso, nes tai lėmė mano asmeninės savybės ir ateities vizija“ (AP8).

Dar vienas respondentas pažymėjo, kad savo specialybėje realizuoja asmenines savybes. Kai kuriems gydytojams svarbus veiksnys buvo sukaupta vaikystės patirtis, tačiau didelės reikšmės turi darbo pobūdis ir akivaizdus rezultatas.

„Iš vienos pusės, mačiau, kaip mamytė dirbo, iš kitos pusės, stomatologams yra lengviau ir greičiau padėti žmonėms, kai skauda. Pvz., kai ateini pas gydytoją su skaudančiu pilvu, tai pradžiai turi išsiaiškinti, kodėl skauda ir tik tada gydyti. Su dantukais yra viskas aišku. Aš labai mėgstu piešti, skulptūras daryti – dantys yra kaip mažos skulptūros. Todėl darant plombą norisi ją įdėti taip, kad jos nesimatytų. Tokį turiu tikslą“ (AL8).

Specializacijos keitimas, nors pakankamai retas, kadangi gydytojų studijos labai ilgos, bet vis dėlto pasitaiko. Dalis tyrime dalyvavusių gydytojų specializaciją pakeitė beveik iš karto pabaigę pirmos specializacijos mokslus. Tam turėjo įtakos įvairios priežastys. Vienas gydytojas minėjo, kad nepatiko santykiai tarp gydytojų kitoje aukštojoje mokykloje, požiūris į rezidentą. Be to, jis sakė išsirinkęs netinkamą sau specializaciją. Paėmęs metus akademinių atostogų, po jų perstojo į kitą aukštąją mokyklą, kurioje baigė vientisas studijas. Savo pasirinkimu liko patenkintas ir mato dideles profesijos realizavimo galimybes.

Kitas respondentas atsisakė savo specializacijos ir pasirinko naują, kadangi ėmėsi aktyvios mokslinės veiklos, darbo universitete. Šis gydytojas nebedirba gydytoju praktiku jau 10 metų, grįžti prie pradinės specializacijos nenorėtų, nes dabartinis darbas jam patinka.

„Aš keičiu specializaciją jau antrą kartą. Dabar dirbu chirurgu ,<...> čia Vokietijoje. Prieš tai dirbau onkologu, du metus Lietuvoje pradirbau onkologijos rezidentūroje ir išvažiavęs čia <...> pradėjau dirbti chirurgu. Dėl to irgi nesigailiu, man labai įdomu, sunku, bet man patinka <...>. Tik tiek, kad norėtusi, kad chirurgija būtų labiau į onkologiją specializuota, kažką ateičiai galbūt... Gal dar kartą keisiu [specialybę]“ (AL10).

„Aš buvau vaikų ligų gydytojas. Specializacija – vaikų endokrinologas. Bet aš jau daugiau negu 10 metų nedirbu gydytoju. Perėjau į visuomenės sveikatos fakultetą. Vadovauju vienai iš katedrų. Ir taip pat atstovauju universitetą tarptautinių ryšių srityje“ (AL11).

„Kadangi buvau baigusi akušerių mokyklą bei metus šį darbą dirbusi Radviliškyje, maniau, šią specialybę ir pasirinkti. Deja, buvo sunku dirbti naktimis, skaudžiai išgyvendavau kūdikių mirtis bei nenorėjau per daug apsunkinti sąžinės, todėl nusprendžiau pasirinkti pulmonologo specialybę“ (AP2).

„Pirmoji [specialybė] – terapeuto, nes buvo arčiausiai širdies. Vėliau dėl vykdomos politikos teko būti šeimos gydytoja“ (AP3).

„Sunku apibūdinti, nes rinkausi visiškai neterapinę specialybę. Įstojusi į terapinės specialybės rezidentūrą, nusprendžiau, jog endokrinologija man tinka labiausiai. Iki šiol džiaugiuosi savo pasirinkimu“ (AP4).

Keisti specializaciją skatina ir šeimyninės aplinkybės:

„Svajojau būti LOR specialiste, kadangi ir būrelį nosies gerklės lankiau. Bet taip jau lėmė likimas, kad ištekėjau paskutiniame kurse – vyras buvo veterinarijos gydytojas ir gavo paskyrimą į Raseinius. Atvažiavus buvo vienintelė vieta – vaikų gydytojo. Žinoma, labai bijojau – iš visų penkių kursų, ką mes ten mokėmės, [vaikų ligas studijavau] tik tai pusę metų. Dabar žiūrint iš praeities – niekada savo specialybės nekeisčiau“ (LL2).

„Norėjau iš pradžių ginekologiją rinktis. Bet pasidėjus praktikai, supratau, kad esu per jautri. Buvau įstojusi į aspirantūrą, norėjau specializuotis kardiologijoje, bet šeimyninės aplinkybės privertė mesti aspirantūrą, nes likau viena su dviem mažom mergaitėm. Ir taip likau dirbti terapeute“ (LL3).

Apibendrinant galima pasakyti, kad gydytojų specializacijos pasirinkimui svarbūs šie veiksniai:

1. studijų rezultatai;
2. asmeninės savybės;
3. būsimo darbo pobūdis;
4. darbo aplinka;
5. studijų vieta;
6. darbo patirtis;
7. atsitiktinumas.

Skirtingas šių veiksnių derinys renkantis specializaciją veikė kiekvieną gydytoją. Ne visi gydytojai pateko į pageidaujamą vietą, tačiau kai kurie mano, jog tai išėjo tik į gerą. Nepaisant ilgos studijų trukmės, visgi atsiranda gydytojų, kurie nusprendžia įgyti dar vieną siauresnę specialybę.

6.1.3 Mokslinio laipsnio siekimo ir mokslinio darbo vertinimai

Mokslinio laipsnio siekimo veiksniai. Informantų teigimu, mokslinis laipsnis gydytojui Lietuvoje yra **svarbus socialinio mobilumo** galimybėms padidinti: geresniam įvertinimui, norimo darbo norimoje vietoje gavimui:

„Aišku, norisi būti įvertintam, nes [mokslinis įvertinimas] ir su pinigais susiję, ir pabendrauti su žmonėmis.“ (AL2).

„Karjera priklauso nuo to, ar tu apsigini disertaciją ar ne, ir labai paprasta.“ (AL11).

„Mokslinė karjera, neturinti praktinio aspekto, (bet) su perspektyva dirbti vyr.gydytojais. Taipogi centruose.“ (AP4).

Net trečdalis tyrimo informantų turi medicinos mokslinį laipsnį. Vienas informantas disertacinį darbą laiko kaip viena svarbiausių profesionalumo įrodymų (AL1), kiti – aukščiausiu savo karjeros pasiekimu (AL2, AL1, AP6, MT1).

Net du informantai atsisakė praktinio gydytojo darbo ir užsiima tik pedagogine ir moksline veikla, nors, jų nuomone, toks pasirinkimas kitiems gali pasirodyti neracionalus:

„Aišku, baigus medicinos studijas, medicinos gydytojas, turint tą diplomą ir dirbti akademinę darbą, nebegydyti, daugelio akyse tai atrodo keistoka.“ (LL6).

Jų teigimu, tokį pasirinkimą lemia jų asmeninės savybės, taip pat susiklosčiusios aplinkybės (pvz.: pasiūlymas dirbti pedagoginį darbą, vadovo postas universitete):

„Aš baigiau pirminę rezidentūrą – Šveicarijoj buvau ir kai grįžau čia atgal po rezidentūros studijų profesorė Kučinskienė pakvietė mane ir aš išėjau į mokslą – akademinę, mokslinę. Aišku reikėjo rinktis ar klinikinis darbas ar .. kažkaip apsisprendžiau dėl mokslo. Doktorantūra ir kiti dalykai. Man patinka labai su studentais dirbt.“ (LL6).

Svarbus yra ir aktyvumas mokslinėse studentų draugijose, kurių veikla universitete yra gana matoma:

„Studentų mokslinė draugija pas mus labai aktyviai [ji yra] veikianti ir labai aukštų rezultatų yra pasiekę studentai. Dar būdami studentais jie jau gali įsijungti.“ (LL6).

Darbas universitete taip pat įtakoja mokslinio laipsnio siekimą:

„Man pasiūlė po baigimo likti universitete - tuo metu buvo institutas. Ir jeigu dirbi universitete, ten nėra kito varianto: tu turi daryti praktinį darbą, mokslinį darbą, ir dėstyti. Jeigu esi gydytojas, tai turi gydyti, dėstyti ir daryti mokslinį darbą. Bet čia yra privaloma, didelio pasirinkimo nėra.“ (AL11).

Mokslinio laipsnio siekimo barjerai Lietuvoje ir kitose šalyse. Siekti daktaro laipsnio nėra paprastas dalykas. Vienas gydytojai pažymi, jog mokslinio laipsnio Lietuvoje galima siekti tik „centruose“, t. y. universitetinėse klinikose. Tai galima laikyti kaip barjeru provincijoje dirbantiems gydytojams:

„<...> moksliniai pasiekimai, kurių galima siekti tik centruose.“ (AP4).

Kitas trukdis siekti mokslinio laipsnio yra labai užimtas klinikinis darbas:

„Mokslinei veiklai fiziškai pritrūksta laiko, ir viskas taip stovi, popieriai kaupiasi, jie nesurūšiuoti, nesusisteminti, nesuvesti.“ (AL5).

Laiko stoka trukdo ne tik siekti daktaro laipsnio, bet ir dirbti mokslinį darbą:

„Aš norėčiau žymiai daugiau laiko skirti mokslui. Bet negali per save persiversti. Turi išdėlioti tolygiai paskirstyti darbus.“ (LL6).

Kai kurie gydytojai ketina ateityje siekti mokslinio laipsnio, tačiau nėra tikri dėl galimybių:

„Galbūt kitais metais [stosiu į doktorantūrą], žiūrint kaip susiklostys viskas, jeigu bus galimybių.“ (AL3).

Konkursai ir ribotas vietų skaičius doktorantūroje taip pat įtakoja gydytojų galimybes siekti mokslinio laipsnio:

„Yra konkursai, kadangi yra paskiriama tam tikras skaičius vietų, kiek skiriama vienam ar kitam fakultetui ir žinoma tada atsiranda tas konkursas, nes stojančių į doktorantūrą yra daugiau negu, kad skiriama vietų.“ (LL8).

LL3 informanto mokslinio laipsnio siekimas nutrūko dėl pasikeitusių šeimyninių aplinkybių.

Du informantai pabrėžia, jog kitose šalyse stojimas į doktorantūrą yra kitoks (AL10) - svarbu pačiam susirasti vadovą:

„Čia (Vokietijoje) nereikia stoti, čia reikia surasti vadovą, kuris jau yra apsiginęs disertaciją ir viskas.“ (AL9).

Yra grupė gydytojų, kurie mokslinio laipsnio nesureikšmina, nes labiau vertina praktinį darbą:

„Nestojau toliau mokytis į doktorantūrą, į mokslinius laipsnius sąmoningai, nes labiau vertinu praktinius darbus.“ (AP4).

Apibendrinant galima teigti, jog mokslinį laipsnį Lietuvos gydytojai vertina kaip greitesnio socialinio mobilumo Lietuvoje kanalą, tačiau daktaro laipsnio siekimo ir mokslinės veiklos galimybės yra išimtinai tik Lietuvos gydymo centruose (Vilniuje ir Kaune). Užsienyje - kitokios galimybės: siekti mokslinio laipsnio galima nebūtinai universitetinėse klinikose.

6.2. Socialinio mobilumo galimybių ir ribotumų vertinimas

6.2.1 Jaunų gydytojų socialinio mobilumo galimybės Lietuvoje

Jaunų gydytojų tolesnio socialinio mobilumo Lietuvoje galimybes lemia išoriniai ir vidiniai veiksniai. **Išoriniai veiksniai:**

1. Specialistų poreikis. Lemia įsidarbinimo galimybes:

„Jei specialybė yra įprastinė, ne tokia reta, tai manyčiau, kad gydytojas gali susidurti su sunkumais susirasti darbo tokio, kad atitiktų jų poreikius, kad būtų galimybė dirbti vieną darbą ir skirti pakankamai laiko.“ (AL1).

2. Susiklosčiusi apmokėjimo sistema. Nuo jos priklauso gydytojo galimybė
Nuo jos priklauso gydytojo galimybės uždirbti:

„gydytojų atsakomybės ir indėlio į darbą kiekis ir pastangos šiuo metu Lietuvoj nėra atitinkamai apmokamos. Kiek gydytojas įdeda, jis ne tiek gauna iš valstybės.“ (AL1).

„Tik galimybė tos karjeros pasiekus gauti adekvatų atlyginimą yra pakankamai sudėtinga. Pakankamai minimalus šitas santykis.“ (AL6).

3. Kolektyvo geranoriškumas. Lemia praktikos ir tobulėjimo galimybes:

„Lietuvoje turi būti labai nusipelnęs, dešimt kartų nusilenkti, kažkam turi būti labai gera nuotaika, kad kažką leistų daryti.“ (AL10).

„Jaunų gydytojų karjeros galimybės blogos, pirmiausia todėl, kad vyresni kolegos apie juos galvoja kaip apie konkurentus.“ (AL4).

4. Regioniniai skirtumai. Skirtingos įsidarbinimo, tobulėjimo ir darbo apmokėjimo galimybės:

„Iš pradžių nenorėjau dirbti Vilniuje, o dabar norėčiau – dėl profesinio tobulėjimo, dėl didesnių galimybių, nors čia rajone aš daugiau uždirbu. <...>[Universitetinėse] ligoninėse sunku patekti į operaciją, nes ten užtenka rezidentų.“ (AL4).

„Jei ne centrinėse ligoninėse, sostinėje, tai rajonuose [rasti darbą] manau, kad be problemų. <...> Rajonuose atlyginimai pakankamai solidūs lyginant su pragyvenimu.“ (AL5).

„Bet karjeros siekti (rajone) ir tobulėti, ypač specializacijos srityje, tai beveik nėra šansų, nes tarsi užsidarai nuo pasaulio ir ištrūkti iš to užburto rato praktiškai neįmanoma. Turi pasiryžti tada tapti „profesiniu lavonu“. Kitaip negaliu pasakyti.“ (AL9).

Vidiniai veiksniai taip pat svarbūs socialinio mobilumo galimybėms:

1. Asmeninės savybės. Svarbūs ne tik gabumai, bet ir aktyvumas:

„Manyčiau, kad [neblogos] galimybės siekti karjeros žmonėms, kurie domisi ir yra entuziastingi, tai ko gero yra. <...> tie, kurie šiek tiek pasižymi kaip entuziastingi ir žingeidūs, norintys progresuoti,

tai dauguma lieka [centruose]. Pastaruoju metu tikrai yra daug jaunų gydytojų likę pas mus.“ (AL6).

2. Vidinė motyvacija taip pat turi reikšmės socialinio mobilumo galimybės:
„Dažniausiai ateina mažai motyvuoti žmonės, kuriems reikia tik „pliuso ataskaitoje“, o rimtiems žmonėms, kurie ateina dirbti, negalime pasiūlyti tokių finansinių sąlygų, kokių jie yra verti. Geri specialistai išvažiuoja, o lieka žmonės be iniciatyvos. Yra ir išimčių.“ (AP5).
 3. Mokslinio laipsnio siekimas. Padidina įsidarbinimo galimybes centruose:
„([stojau į] doktorantūrą, o paskui [patekau į Kauno Klinikas].“ (AL6).
 4. Kilmė ir teritorinio mobilumo nuostatos. Dalis gydytojų Lietuvoje, kilę iš didmiesčių, nenori keisti gyvenamosios aplinkos, pabaigę išvažiuoti į rajonines gydymo įstaigas:
„Bet aišku, niekas nenori keisti gyvenamosios aplinkos, ypač vilniečiai, čia augę [nenori] išvažiuot. Nebent iš rajonų atvažiavę studentai [nori] grįžti, kur šeima, kur tėvai gyveno. Yra galimybės. Pvz., mano brolis, iš karto baigęs mokslus, išvažiavo į Plungę dirbti Gavo perspektyviausią pasiūlymą ten dirbti, sąlygas.“ (AL5).
 5. Asmeninės pažintys Lietuvoje turi didelės reikšmės:
*„(Kvalifikacijos tobulinimo) kursų metu - jeigu pažįsti žmogų, kuris tau gali patikėti operaciją, jis gali duoti operuoti, jeigu nepažįsti – tada paasistuos, visada priims [pagalbininkus].“ (AL4)
„[Gydytojai] įsidarbina įvairiai. Ir per asmeniniu kontaktus ir yra skelbiami konkursai užimt tam tikras pozicijas.“ (LL8).*
 6. Asmeninės pastangos.
„Jeigu tu atėjęs ir pradėjęs veiklą, darbą, sieki ir domiesi ir stengiesi ir tau pačiam įdomu, kiti tai pastebi ir įvertina tai pasiūlo kažką galbūt pamėginti. Pamėgini – pavyksta ir taip tą karjerą sau krauniesi.“ (LL6).
 7. Gabumai ir imlumas. Jau studijų metu išryškėjantys dalykai, kurie gali padidinti galimybes gauti norimą darbą:
„Jeigu studentas baigęs rezidentūros studijas yra gabus tai vis tiek per tuos 4-5 metus pamatoma, kad žmogus gabus, imlus, noriai dirba, tai nesvarbu, kad jis giminaičių neturi – jis bus mielai priimtas į kolektyvą sostinėj ar Kaune. Tai ne rodiklis, ko gero. Tai ir pacientų atsiliepimai, neabejotinai, apie tą žmogų [nulemia].“ (LL8).
- Apibendrinant tyrimo rezultatus svarbu pažymėti, kad jaunimo socialinio mobilumo galimybių Lietuvoje yra, tačiau galimybės regionuose skiriasi. Centruose tam tikra prasme didesnės profesinio tobulėjimo galimybės, bet

sunkesnės įsidarbinimo galimybės, periferijoje – didesnės įsidarbinimo galimybės, greitesnis savarankiškumas, didesnis darbo materialinis skatinimas, kitokia pagarba gydytojui, tačiau profesinio tobulėjimo galimybės riboja sudėtingu gydymo atvejų retumas ar nebuvimas, pagalbinių personalo trūkumas.

6.2.2 Mobilumo galimybių transnacionalinėje socialinėje erdvėje vertinimas

Interviu metu tyrimo dalyviai vertino savo ir kitų gydytojų socialinio mobilumo galimybes platesniu nei vienos šalies mastu, palygindavo galimybes Lietuvoje ir kitoje šalyje, atvykėlių ir vietinių gydytojų. Tyrimo metu buvo siekiama išsiaiškinti, kokios yra įsidarbinimo galimybės atvykėliams. Vienas informantas pažymėjo, jog įsidarbinti lengviau nei Lietuvoje, **nelemia pažintys**:

„Labai lengva, dar lengvesnė sakyčiau, nes to neįtakoją arba daug mažiau įtakoją kažkokios pažintis, ryšiai.“ (AL9).

Jaunų gydytojų užsienyje **tobulėjimo galimybes** Lietuvos informantai vertina **palankiau** nei Lietuvoje: didesnis praktikos skatinimas, iniciatyvos palaikymas, mažiau asmeninių kliūčių:

„Čia (Vokietijoje) yra daugiau galimybių išmolti negu Lietuvoje. Nes aš (būdama studentė) turiu teisę ir pati operuoti, ir tai yra skatinama. Lietuvoje, Kaune kol netampi specialistu, tu net neprieini prie peilio. <...> Užtenka net Vadovui pasakyti, kad tu norėtum kažką pabandyti ar padaryti ir į tai bus atsižvelgta, ir tu tai galėsi daryti. Lietuvoje to net nedrįsti prašyti.“ (AL10).

Gydytojų socialinio mobilumo **galimybės nėra apribotos geografinė siena**, t. y. įgijus medicininį išsilavinimą galima nesunkiai įsitvirtinti ne vien savo šalyje. Tą gerai žino tyrimo informantai:

„Apsimokini pora metų ir, jeigu yra svajonė emigruoti, tai ir visi keliai atviri.“ (AL5).

„Vyras pasiekė aukščiausią savo darbo lygį dirbdamas užsienyje.“ (AP1).

„Europos Sąjungoj (Lietuvos gydytojai) gali įsidarbinti bet kur.“ (LL8).

Kai kurie dar studijuodami mediciną sąmoningai pasirenka vieną ar kitą profesiją, kadangi yra gerai informuoti apie geresnes **tam tikrų specialistų** įsidarbinimo galimybes:

„Daug vaikinių dabar renkasi anesteziologiją, kuri perspektyvi ta prasme, kad tu gali į užsienį išvažiuoti. Ten juos labai ima.“ (MT1)

Informantų nuomone, **Lietuvos gydytojų parengimas yra labai geras**, todėl jie yra laukiami kitose šalyse. Vieno gydytojo teigimu, tik kai kurių specialybių paruošimas šiek tiek atsilieka:

„Mūsų medikai yra labai gerai paruošti, todėl tie, kurie išvyksta į užsienį nesusiduria su sunkumais. Gal kiek sunkiau chirurgams, nes juos riboja techninės galimybės - jie truputį vėliau pradėjo su jomis dirbti, tačiau sparčiai vejasi.“ (AP4).

Gydytojų **įsidarbinimo galimybės centruose** ne tik Lietuvoje nėra lengvas, yra daug pretendentų ir didelė konkurencija:

„Aišku, jei iš Lietuvos nori tiesiai į Berlyną Čia dirbant ir turint kažkiek patirties, rodyti iniciatyvą ...“ (AL10).

„Konkurencija yra tarp visų pretendentų į darbo vietą. Londono centre ji ypač jaučiama, nes daug norinčių pretendentų yra, tai normalus dalykas.“ (LL1).

Lengviau patekti pirmiausia į periferines gydymo įstaigas, daugiausia **gydytojų trūksta** būtent ten:

„Visi vietų pasiūlymai [yra iš ten], bent jau pradžia ir daugelis ten pradeda darbą.“ (AL9).

Gydytojai, vertindami savo socialinio mobilumo ne Lietuvoje galimybes, pažymėjo **šalies dydžio svarbą** norimiems tikslams pasiekti

„Vokietija yra didelė šalis, čia gali viską pasiekti.“ (AL10).

„Žinau vieną, kuris turi ir namus Norvegijoje <...> ir kuris sugrįš pas mus, kad paoperuotų, nes ten diskvalifikacija. Ten nėra darbo. Jis rehabilitologas.“ (MT4).

Iš kitos pusės, pvz. Dž. Britanijoje į aukštesnes pozicijas pirmiausia laukiami vietiniai specialistai, o tik po to atvykėliai, t. y. gydytojams imigrantams sunkiau patekti į vadovų postus, jie daugiau dirba sunkesnius darbus – savotiška **diskriminacija, nelygiavertė konkurencija**:

„Kiek teko kalbėtis – ne tik su medikais, kurie išvažiavę ir gyvena [užsieny] – kad pvz. Anglijoj, vis tiek esi laikomas užsieniečiu imigrantu, ne tuo tikroju anglu, bet ... Ir jeigu pasitaikys net ir geresnė vieta, jie visada sudaro sąlygas visų pirma vietiniams saviškiams pasirinkt tą poziciją, ir tik po to užsieniečiams.“ (AL5).

„Kalbant apie darbą užsienyje - nereikia manyt, kad mes ten esam be galo pageidaujami ir laukiami, ir ypač jeigu dirbam trumpai. Laukiami tiek, kaip atlikti juodžiausiam, sunkiausiam gydytojo darbui: daugiausia naktų budėti ir visa kita.“ (AL6).

Taip mano ir gydytojai, dirbantys Lietuvoje:

„Nenorėčiau ten vykti vien dėl to, kad ten visuomet būčiau tik svetimšalė, o svetimšaliams karjeros galimybių Vokietijoje nėra.“ (AP4).

Tačiau, vieno informanto nuomone, Lietuvoje situacija, atvykus gydytojams užsieniečiams dirbti, greičiausiai nebūtų kitokia pastarųjų atžvilgiu:

„Aš įsivaizduoju, kad netgi ir Lietuvoj, jei privažiuotų kinų daug, tai vis tiek būtų smagu, kad lietuviai turėtų prioritetą prieš kinus. Negali reikalauti iš tos šalies, kad suteiktų prioritetus kitiems.“ (AL6).

Iš kitos pusės, **nėra diskriminacijos darbo apmokėjimo atžvilgiu**: atvažiaavę gydytojai turi tokias pačias darbo apmokėjimo sąlygas:

„Finansiniu požiūriu Vokietijoje buvo gerai, nes gydytojų atlyginimai mokami pagal aiškiai valstybės nustatytus tarifus ir tiem patiems gydytojams neįmanoma mokėti skirtingo atlyginimo nepriklausomai nuo to ar esi imigrantas ar ne. Atlyginimas mokamas pagal tavo kvalifikaciją ir užimamas pareigas.“ (MT5).

Tačiau tokia situacija labiau būdinga centruose, o **periferijoje – galimybės daug platesnės**. Net keli Lietuvos gydytojai išvykę dirba aukštose vadovaujančiose pareigose. Kitas dalykas, kurį svarbu pažymėti – kitoks gydytojų darbo organizavimas, kuris leidžia dirbti daugiau įvairiapusį darbą, neprarasti kvalifikacijos, o ją kelti:

„Kas man patiko Anglijoje ar Velse, kad savaitės bėgyje darbo rotacija yra sustatyta taip, kad pabūni ir ginekologijoje, ir akušerijoje, ir operacinėje, ir ambulatorijoje. Tarkim čia [Lietuvoje] aš ginekologijoje bent 5 metus esu nedirbus, o tenai bent kartą į savaitę ginekologijoje dirbi, ir priklausomai nuo to, kiek ten gali padaryti, daugiau kartų gali būt paskirta. Visapusiškesnis darbas yra [Jungtinėje Karalystėje].“ (AL6).

Kitas skirtumas - Lietuvoje gydytojui **išvažiuoti stažuotei į kitą šalį** yra paprasčiau, galima kad ir neapmokamas atostogas paimti. Pvz. Vokietijoje galimybės tobulinimuisi yra apribotos: žiūrima pirmiausia įstaigos interesų, o tik paskui – gydytojų:

„Vokietijoje nėra tokių lengvų išleidimų stažuotei [kelioms dienoms kaip Lietuvoje]. Čia viskas turi būti suderinta. Yra skirta per metus tam tikras dienų skaičius tobulinimuisi: gali per tas dienas važiuoti į konferencijas, gali atostogų sąskaita daryti ką nori. Ilgesnės stažuotės turi būti suderintos su klinika. Jeigu Klinikai paranku, tai tikriausiai išleis, jeigu paskui grįši su kita kvalifikacija, ir galėsi daugiau daryti.“ (AL10).

Šiuo aspektu **gydytojai Lietuvoje turi didesnę laisvę** kelti savo profesionalumą. Panaši situacija ir dirbant mokslinį darbą:

„(Lietuvoje) kiek patys suorganizuodavom tiek ir būdavo, čia (Vokietijoje) gal nėra tiek galimybių ką nors suorganizuoti.“ (AL9).

Sistema yra labiau organizuota, nei Lietuvoje, mažesnis lankstumas papildomo mokymosi atžvilgiu.

Svarbus yra ir tam tikras neoficialus **amžiaus cenzas**. Pirmiausia *kitur* laukiami jauni specialistai, jie viliojami dar studijų laikais, socialinio mobilumo keliai jiems atviresni:

„Jauniems paprasčiau išvažiuoti. Ir firmos nusitaikę į [jaunus gydytojus]. Didžiausias srautas šiuo metu ir yra per tas kompanijas, kurios tuo užsiima: jos reklama daro tarp baigiančiųjų – arba studijas, arba rezidentūrą atliekančių.“ (AL9).

Svarbu pažymėti, jog išvažiavę į Skandinaviją Lietuvos gydytojai susiduria su **konkurencija**, nes „per daug“ dirba:

„Kita medikų šeima Švedijoje. Vietiniai jų nekenčia, nes mūsiškiai įpratę daug dirbti ir ten „kala“.“ (MT4).

Kitoje šalyje, atvažiavusių gydytojų aktyvumas labai vertinamas. Vienas informantas, dirbantis vadovu Vokietijos įstaigoje, teigia jog labai laukia atvykstančių, kurie vietinius gydytojus tempia į viršų:

„Tie atvažiavę gydytojai, bet ne tie, kurie iš pietų atvažiuoja, turi daug didesnę norą kažką tai nuveikti ir pasiekti negu vokiečiai. Ir jie yra pasiruošę daug intensyviau, daug ilgiau, atsakingiau ir geriau dirbt. Ir mano, kaip vadovo, yra požiūris, jokių būdu tokio monolitinio kolektyvo neturėti. Geriau maišyti, kad būtų ir vokiečių, ir užsieniečių. Ir tada kartais tie užsieniečiai savo energija traukia vokiečius į viršų, o vokiečiai padeda užsieniečiams toj sistemoj, kuri tiem vokiečiam daug geriau yra žinoma, geriau funkcionuoti. Ir tas mišinys tada padeda ligoninei būti efektyvesne ir kokybiškesne.“ (AL7).

Tačiau nelygu iš kur atvykstama. Informanto teigimu, gydytojai iš Pietų šalių nėra tokie aktyvūs.

Dar vieno gydytojo iš Lietuvos nuomone, išoriniai veiksniai ir pati profesija pati savaime neužtikrina spartaus socialinio mobilumo. Svarbu ir **vidiniai veiksniai**: gydytojo asmeninės savybės, aktyvumas, specialybė, o taip pat **kalbų žinojimas**:

„Tai priklauso nuo specialybės, nuo amžiaus. Nuo paties žmogaus sugebėjimų, nuo kalbų žinojimo. Šimtu procentų, kad tave priims užsienyje tikrai nėra. Pas mus bjauraus būdo žmonės yra daugiau ar mažiau toleruojami, o užsienyje to nėra.“ (MT1).

„Anglų kalba yra labai populiari, ir prisivilioja jie imigrantų. Bet kokie vat norvegai, tai jiems sudėtingiau. Taip pat ir su Prancūzija. Prancūzai irgi gali prisivilioti iš Šiaurės Afrikos, iš buvusių Afrikos kolonijų.“ (AL5).

Apibendrinant socialinio mobilumo galimybių vertinimą transnacionalinėje perspektyvoje, galima sakyti, jog Lietuvos gydytojai mato platesnę galimybių amplitudę nei tik vienoje šalyje: akcentuoja nesunkų kvalifikacijos perkėlimą, didesnę darbo vietų pasirinkimą, geresnes tobulėjimo sąlygas, tenkinančio darbo atlygio gavimą, geresnes darbo sąlygas ir kolegų bendradarbiavimą, didesnę gydytojų vertinimą. Tačiau kitur socialinio mobilumo galimybes tam tikrose vietose riboja vietinių gydytojų konkurencija, mažesnis lankstumas kvalifikacijos tobulinimo atžvilgiu. Iš kitos pusės, Lietuvos gydytojų kvalifikacija lyginant su kitų šalių specialistais yra pakankamai aukšto lygio, todėl migruodami nesunkiai kyla socialinio mobilumo laiptais. Be to, socialinio mobilumo galimybes lemia ne tik mezo ar makro, bet ir mikro veiksniai: asmeninės savybės, žinios, nuostatos, motyvacija ir kt.

6.2.3 Konkurencija

Svarbus dalykas, ribojantis gydytojų socialinio mobilumo galimybes – tai negeranoriška konkurencija. Ji turi reikšmės ne tik tobulėjimo galimybėms, bet ir darbo psichologiniam komfortui darbe:

„(Konkurencija) kyla iš visų absoliučiai (ir iš kolegų, ir iš jaunimo). Jie mane papjautų, jeigu galėtu. <...> gali turėti geriausias sąlygas, geriausią aparatūrą ir negalėsi dirbti jeigu kolegoms stovė už tavo nugaros ir „laiko durklą“... Tai čia ne darbas.“ (MT1).

Gydytojų tarpe Lietuvoje vienas informantas susidūrė su **konkurencija pasikeitus jo pareigoms** – kuriam laikui pasikeitė santykiai su kolegomis, sumažėjo jų noras bendradarbiauti, sudėtingiau buvo gauti pagalbą tam tikrais klausimais:

„Anksčiau, kai mane paaukštino pareigose ir padidino atlyginimą, na ir pastebėjau šiokių tokių [pasikeitimų]: atšalo santykiai, [sakydavo] „kaip čia tu taip prasisukai“ ir t. t. Visokių klausimų [kilo], bendradarbiavimo klausimais renkant mokslinę medžiagą, <...>, na ir pastebėjau kaip ir abejingumą, kad gaučiau tuos duomenis. Na bet po to tas viskas, nusėdo, priprato žmonės. Dabar viskas yra normalu.“ (AL5)

Tokia konkurencija riboja tobulėjimo galimybes, blogina darbo atmosferą ne tik kitam, bet ir sau pačiam. Dar viena informantė prisimena savo darbo patirtį Lietuvoje, kad **siekti aukštesnių pareigų Lietuvoje sudėtinga** dėl didelės konkurencijos. Norint dirbti ramiai, nuo viršininkų pasiekimai turi būti slepiami:

„Jei būtum siekęs aukštesnių postų, tai konkurencija būtų buvusi didelė. Jei to nesieki, dirbai savo darbą ir slėpei nuo viršininkų savo pasiekimus, tai darbas buvo ramus.“ (AP2).

Dar vienas informantas lygina pasikeitusią situaciją lyginant sovietmetį su dabartimi. Teigia, jog provincijoje vyksta konkurencija dėl pacientų, o tai blogina santykius tarp kolegų:

„Tada būdavom labai draugiški, vienas kitam padėjom, tada nebuvo kovos už būvį. Buvo visi draugiški. Nebuvo gyventojų prisirašymo, būdavo apylinkės, nekonkuruodavom kaip dabar. O dabar, daktaras išeina atostogų, ir [žiūrėk] dalis jo pacientų [prisirašo] pas kitą gydytoją. Tada viskas vykdavo ramiau. Dabar daugiau kovos už būvį.“ (LL4).

Svarbi priežastis konkurencijai dėl pacientų – **atlyginimo nuo prisirašiusių pacientų skaičiaus** priklausomybė:

„Šeimos gydytojai tai jaučia, skųsdavosi man. Išėjom atostogaut, [tas ir tas gydytojas] pavadavo – ir nuplaukė pacientai. Buvo ir toks, gydytojas skyriui dirbo pas mus ir būtinai liepdavo gyventojam, kad pas jo žmoną prisirašytų. <...> Gydytojų bendravimas, gal reiklumas, ar grubumas, [lemia prisirašiusiųjų skaičių] - na žinai, žmonės kaimo – vieni nori pas vienus, kiti pas kitus [gydytojus prisirašyti]. Tokie būdavo skundai daktarų, kad atostogų metu pas kitą gydytoją pacientai prisirašo.“ (LL4).

Informantų nuomone, skiriasi konkurencija tarp **skirtingų specialybių gydytojų** ar net **skyrių**:

„Tarp chirurgų konkurencija didesnė ir jie nelinkę perteikti visų žinių, nemokina konkurentų sau. Tarp psichiatrų to nepasakyčiau. Daugelis dalijasi savo žiniomis.“ (MT4).

„Nors mūsų specialybėje konkurencija gali būti šiek tiek mažesnė, nes reanimacijos skyrių ligoninėje atsiranda esant ūmiom situacijoms. Didesnė konkurencija yra dirbant planinį darbą, kur žmogus gali sąmoningai pasirinkti gydymo įstaigą, gydytoją ir patekti ten kur jis nori.“ (MT5).

Vieno gydytojo nuomone, **specializacijos pasirinkimas/perimamumas** iš dalies priklauso nuo konkurencijos kitur, t. y. nesuinteresuotumo pamokyti:

„Jeigu medikų vaikai renkasi net tą pačią specializaciją kurią turi jo tėvai – tai todėl, kad kiti nemoko. Viską praeina formaliai, o jeigu tau neduoda nei operuoti, neaiškina, tai...“ (MT4).

Kai kurie gydytojai teigia tiesiogiai nesusidūrę su piktybiška kolegų konkurencija, tačiau yra girdėję, kad kitur ji pasitaiko:

„Studijų metais draugai pasakodavo [apie konkurenciją tarp gydytojų], bet asmeniškai neteko susidurti su piktybiška tarpusavio konkurencija.“ (AL3).

„Tarp kolegų yra tekę girdėti: vienas specialistas būna nepatenkintas, kad jis yra ne vienas profesionalas toje srityje, kadangi atsiranda žmogus, su kuriuo jis gali būti palyginamas.“ (AP4).

Kitas informantas, dirbantis Vokietijoje, buvo susidūręs su negeranoriška konkurencija ne tik Lietuvoje, bet ir dalinių studijų metu užsienyje, tačiau dabartinėje darbo vietoje jaučia kitų kolegų norą padėti:

„Konkurencija buvo gal kai buvau praktikoje, tose Erasmus studijose, kai buvau universitetinėse ligoninėse, ten ji labiau jaučiasi. Ten visi tokie, kaip ir Lietuvoje, labiau trinasi, labiau vienas kitam pavydi, labiau žiūri kad kažkam nepasisektų.“ (AL10).

Jaunesni informantai teigia, jog konkurencija yra tarp **skirtingo amžiaus gydytojų**, daugiausia iš vyresnių kolegų, kurie jaunesniems pavydi žinių, pacientų ir darbo užmokesčio:

„Taip jaučiu. Kyla manyčiau iš paprastų žmogiškų faktorių: iš pavydo, iš pavydo, kad pas tave daugiau žmonių, kad tave pagiria, arba numano, kad tu daugiau uždirbi pinigų. Manyčiau, kad konkurencija kyla daugiau iš vyresnių kolegų. Senesnės kartos gydytojai iš tiesų yra senesnio ruošimo, ir kitokio kirpimo daktarai. Aš kartais ir pati pabijau, kad šiuolaikiniai jaunesni daktarai yra gudresni už mus, nors ir stengiuos neatsilikti, bet [ju] gyvenimas yra dabar daug geresnis.“ (LL3).

Dalis vyresnių informantų Lietuvoje mato daug plačiau: išvelgia tik geranorišką konkurenciją, džiaugiasi imlaus ir gabaus jaunimo buvimu:

„Visada konkurenciją jaučiam, visada konkurencija yra. Visada yra jaunimo labai gabaus, kibaus, visada yra mokinių, kurie jau pasiekia žymiai daugiau ir mato dar platesnius horizontus. Tas labai smagu.“ (AL11).

„Jaunimui negailiu [patarimų, žinių]. Toks [vardas pavardė], turi kliniką privačią tai mane vadina: „O mūsų mamytė“. Tikrai nejaučiu [konkurencijos] konsultuojamės, tariamės, ir negailiu to ką aš žinau, ir tariuosi su jaunimu, nes aš irgi ne viską žinau. Ir jaunimas gal kartais daugiau paskaito.“ (LL2).

Kiti informantai teigia esant konkurencijai **tarp įstaigų**, o vidinės nepastebi:

„Labiausiai jaučiama tarp kitų gydymo įstaigų. Viduje konkurencijos nėra, yra draugiškas kolektyvas, kiekvienas dirba savo darbą.“ (AP3).

Kitose šalyse, pvz. Vokietijoje, sistema taip sutvarkyta, kad jauni gydytojai yra „stumiami“ į priekį, darbo pasidalijimas geranoriškas. Lietuvoje, išvažiavusių informantų teigimu, to nėra dėl tam tikrų priežasčių:

„Skatinimas jaunų kolegų Vokietijoje jau yra visoj sistemoj integruotas. Aš, kaip skyriaus vedėjas, neturiu jokių kitų interesų, kaip tik asistentus, jaunos gydytojus stumti į priekį. Jeigu mano asistentai, jauni gydytojai stiprūs ir geri yra, reiškiasi man tada reikia mažiau dirbti. O Lietuvoj yra kitos priežastys, kodėl asistentams nėra leidžiama savęs tobulinti. Ir asistentuose, jaunuose gydytojuose yra matoma kaip būsima konkurencija.“ (AL7).

Apibendrinant galima teigti, jog konkurencija gydytojų tarpe Lietuvoje ir kitose šalyse skiriasi. Lietuvoje ji neretai yra kliūtis profesiniam tobulėjimui, geriems santykiams tarp kolegų, geranoriškai pagalbai. Kitų šalių informantai teigia, jog užsienyje nėra „pagalių kaišiojimo“ kolegoms į ratus, stengiamasi ir pamokinti ir padėti, kad vėliau būtų pačiam gydytojui pagalba. Vienas svarbus dalykas, kurį pažymėjo informantas iš užsienio pasibaigus interviu įrašui – **pajamų nelegalumas**. Gydytojo teigimu, jis yra didžiausia negeranoriškos konkurencijos priežastis Lietuvoje.

6.2.4 Darbo valstybinėse ir privačiose įstaigose Lietuvoje privalumai bei trūkumai

Gydytojai-informantai, kalbėdami apie darbą privačioje ir valstybinėje įstaigoje, pažymi, kad tiek vienoje, tiek kitoje organizacijoje yra teigiamų ir neigiamų bruožų:

„Dirbau privačioj ir dabar [dirbu tik] valstybinėje kaip šeimos [gydytoja]. Visur yra savų plusų ir minusų.“ (AL2).

Interviu metu gydytojai vardijo ne tik finansinius skirtumus, bet kitokių santykių su pacientu, darbo atmosferos skirtumus, kitokių žmonių srautą, darbo organizavimo

skirtumus, biurokratinio aparato dydį, galimybes sąžiningai dirbti gydytojo darbą ir kt. (žr. 23 paveikslą):

	VALSTYBINĖJE ĮSTAIGOJE	PRIVAČIOJE ĮSTAIGOJE
PRIVALUMAI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stabilumas ir garantijos. 2. Didesnės tobulėjimo galimybės. 3. Didesnis valstybės finansavimas. 4. Geresnis aprūpinimas aparatūra. 5. Saugumas. 6. Prieinamumas, pasiekiamumas. 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Darbo organizavimo lankstumas. 8. Gera darbo atmosfera. 9. Mažesnis žmonių srautas. 10. Pajamų legalumas, kitoks santykis su pacientais. 11. Mažiau stresinis darbas. 12. Didesnis įstaigų savarankiškumas. 13. Geresnis darbo organizavimas. 14. Galimybė atlikti visus tyrimus vienoje vietoje ir per trumpesnę laiką.
TRŪKUMAI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mažesnis atlyginimas 2. Didelis valdymo aparatas (biurokratizmas). 3. Didelis studentų krūvis. 4. Didelis darbo krūvis, tiek darbo laiko, tiek užimtumo prasme 5. Pajamų nelegalumas. 6. Ribojama gydytojų laisvė skirti tyrimus ar procedūras dėl taupymo sumetimų. 7. Dažnesni patikrinimai. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nestabilumas. 2. Savininkų spaudimas dėl pajamų didinimo riboja sąžiningo darbo galimybę. 3. Nesaugumas, prastesnis aprūpinimas aparatūra. 4. Mažesnis prieinamumas.

Paveikslas 23. Darbo valstybinėse ir privačiose gydymo įstaigose privalumų bei trūkumų matrica

Vardindami valstybinės įstaigos privalumus, gydytojai pirmiausia pabrėžė stabilumą, o darbo privačioje – priimtinesnes darbo sąlygas (laisvesnis grafikas, darbo aplinka). Pagrindinis darbo valstybinėje įstaigoje trūkumas – nepakankamas atlyginimas, o privačioje – nestabilumas.

Darbo valstybinėje gydymo įstaigoje privalumai:

1. Stabilumas ir garantijos.

„Valstybinėje įstaigoje dažniau išlieka stabilus tiek darbo užmokestis, tiek darbo vieta, tiek tavo darbo krūvis.“ (AL1).

„Yra garantijos, kad [pastoviai turėsiu pacientų].“ (AL4).

„Tu jautiesi labiau užtikrintas, kad turėsi darbo, ir dėl savo teisių [galėsi] kovoti.“ (AL5).

„Man, auginančiai vaikus, didžiausias plusas buvo užtikrintos ir patikimos atostogos.“ (AP5).

2. Didesnės tobulėjimo galimybės

„Lietuvoje valstybinėje (įstaigoje) yra daugiau galimybių tobulėti.“ (AL9).

„Vienintelis plusas - ligininėje žymiai didesnės tobulėjimo galimybės.“ (AP1).

3. Didesnis valstybės finansavimas.

„Vienintelis privalumas – geresnis finansavimas, privačioje įstaigoje reikia labiau susiveržti diržus.“ (AP3).

4. Geresnis aprūpinimas aparatūra.

5. Saugumas.

„Truputi saugiau paciento skundo atveju.“ (AP7).

6. Prieinamumas, pasiekiamumas.

„Medicinos pagalba yra pasiekiamą visuomenės daliai, kurie neturi sveikatos draudimų.“ (AP6)

Darbo valstybinėje gydymo įstaigoje trūkumai:

1. Mažesnis atlyginimas

„Atlyginimas mažesnis valstybinėse (įstaigose).“ (AL1)

2. Didelis valdymo aparatas (biurokratizmas).

„Biurokratizmo daugiau, kad yra daug vadovų: nuo pagrindinio iki dirbančio gydytojo yra labai daug tarpinių grandžių, kur daug įvairių nurodymų, daug susirinkimų įvairių, kurie dažniausiai savo laiką sunaudoja.“ (AL1)

„Vienas iš trūkumų – didelis biurokratinis aparatas ir daug „marmalo“, kad aparatas veiktų.“ (AP5)

3. Didelis studentų krūvis.

Gal truputį vargina didelis studentų krūvis. Net jei [tam tikrą] dieną nelabai turi su jais kažką veikti, tai ateina visokių stebėtojų, klausinėtojų su moksliniais darbais. Tai jie nori stebėti kokią procedūrą, kuri komplikuoja ir sunki, jie nori pamatyti. Reikia jiems paruošti visokiausių metodinių priemonių ir t. t.“ (AL6)

4. Didelis darbo krūvis, tiek darbo laiko, tiek užimtumo prasme

„Įtemptos ir ilgos darbo valandos.“ (AP6)

5. Pajamų nelegalumas

„Kai pats atsiduriu kokioje poliklinikoje ir matau tą gydytojo išraišką, kad duok man nes aš vargšas ir pan., tai yra tiesiog „neskanu“.“ (MT1)

„Jeigu lyginsime legalius darbo užmokesčius, tai privačioje atlyginimas yra didesnis, bet visumoje daugiau uždirbi valstybinėje įstaigoje kiek tu suveiki oficialų atlyginimą ir neoficialų, bet tai yra toleruojama.“ (MT1)

6. Ribojama gydytojų laisvė skirti tyrimus ar procedūras dėl taupymo sumetimų.

7. Dažnesni patikrinimai.

„O šiaip mes tai pykštam ant privatininkų, nes mus tikrina dažniau, o jie dėl visko patys atsako.“
(LL4)

Darbo privačioje gydymo įstaigoje privalumai:

1. Darbo organizavimo lankstumas.

„Nebūtinai turi sėdėti visą darbo dieną. Jei tu turi tuo metu darbo – tu dirbi, jeigu neturi, tiesiog tuo metu gali nebūti [darbo vietoje]. Toks lankstus grafikas.“ (AL1).

2. Gera darbo atmosfera, psichologinis klimatas.

„Asmeninė pusė ten svarbi tokia, malonesnė [aplinka].“ (AL2).

„Labiausiai vertinu tvarką, kitokį bendravimą bei kolektyvo atmosferą.“ (AP3).

„Privačioje klinikoje aš turiu idealias darbo sąlygas: kai tu neturi įtampos darbe, kai turi puikų psichologinį klimatą. Kai turi sąlygas normaliam darbui gali geriau teikti visas paslaugas.“ (MT1).

3. Mažesnis žmonių srautas.

„Privačioje [įstaigoje] mažiau žmonių.“ (AL2).

4. Pajamų legalumas, kitoks santykis su pacientais.

„Privačioje įstaigoje - paciento-gydytojo santykis visai kitoks, nėra kyšių sistemos. Čia yra plusas. Nieks nesugalvos pinigų siūlyti ar dovanų. Tai labai palengvina darbą.“ (AL9).

5. Mažiau stresinis darbas.

„Yra didesnis darbo komfortas: galima daugiau laiko skirti pacientui.“ (AL9).

6. Didesnis įstaigų savarankiškumas.

„Privatūs – jie daugiau savarankiški. O mes [tai ką] mums nuleidžia iš viršaus – tą turim daryt.“
(LL4).

7. Geresnis darbo organizavimas.

„<...> išankstinė registracija yra tvarkingesnė.“ (LL2).

„Darbo laikas sudėliotas tinkamai, nereikia skubėti, pacientai yra paruošiami ir parenkami.“ (AP1)

8. Galimybė atlikti visus tyrimus vienoje vietoje ir per trumpesnę laiką.

„Privačiose [įstaigose] nėra tokių didelių eilių tyrimams, pacientui yra trumpesnis ištyrimo laikotarpis.“ (AL3)

„Visi reikalingi tyrimai vietoje.“ (LL1).

9. Pagarba gydytojo pasirinkimui.

„Privačioje įstaigoje vertinu pagarbą gydytojo pasirinkimui <...>.“ (AL1).

Darbo privačioje gydymo įstaigoje trūkumai:

1. Nestabilumas.

„Privačiam sektoriuj dažnai taip būna, pasako, kad „sorry, nėra pacientų“ arba tu eik ten ar ten dirbt, kur tau galbūt nepatinka. Ten [privačiose įstaigose] yra taip žymiai nestabiliau, bet kada gali netekt darbo.“ (AL5)

2. Savininkų spaudimas dėl pajamų didinimo riboja sąžiningo darbo galimybę.

„Privačioje įstaigoje lieka didesnis spaudimas iš savininko. Ten daugiau turi žiūrėti, kad atneštum naudą. Pavadinkime, kad ten daugiau eina verslo finansiniai dalykai nei gydymas.“ (MT2)

„Tai priklauso nuo privatininko asmenybės, nes kai kurie privatininkai skriaudžia ir valstybę ir gydytojus ir žmones. <...> Taigi geriau dirbti valstybinėje, arba tik aukštos moralės, aukštos kultūros privačioje klinikoje, kur būtų galima išlikti dora asmenybe tiek prieš save tiek prieš kitus piliečius tiek prieš valstybę.“ (LL3).

„Jei privati klinika finansuojama iš ligonių kasų, tai dar visai nieko. O tos privačios, kurios finansuojamos iš ligonio kišenės, man tokį slogų išpūdį paliko, kad jie ten už viską „plėšia“ iš to žmogaus, už bet kokią smulkmeną.“ (AL6).

3. Nesaugumas, prastesnis aprūpinimas aparatūra.

„Privačioje stacionarinėje įstaigoje manyčiau ypač akušerijoje yra labai nesaugu dirbti ir gimdyti. Gydytojas (ar gydymas) yra nedraustas draudimines kompanijos.“ (AP7).

4. Mažesnis prieinamumas.

„Privataus sektoriaus prieinamumas yra mažesnis.“ (AP4).

Vienas informantas nurodė, kad darbo sąlygos (aplinka, įranga) privačiose ir valstybinėse įstaigose po truputį susilygina:

„Dabar įstaigos po truputį panašėja: anksčiau buvo didelis atotrūkis tarp remontų ir socialinių priėmimo sąlygų, o dabar darosi panašu ir valstybinėse įstaigose (gana modernus remontas). Yra viskas, ko reikia valstybiniam sektoriui, t. y. technika, įranga ir pan.“ (AP4)

„Ir valstybinė medicina kuo toliau, tuo labiau orientuojasi į vartotoją ir neužtenka būti tik geru specialistu, reikia turėti žmogiškas savybes, nes jei pas tave neis žmonės, būsi nereikalingas ir valstybiniame sektoriuje, nes pinigai vaidina didelį vaidmenį.“ (AP4)

Dar vienas informantas pabrėžia, jog gydytojai tie patys, jog vienodai stengiasi kuo geriau atlikti savo darbą:

„Na tie gydytojai, kurie dirba privačiame sektoriuje, paprastai pusę dienos dirba valstybiniame sektoriuje. Po to eina į privatų, tai yra tie patys žmonės. <...> Įprastai medikas stengiasi kur jis bedirbtų - ar valstybiniam ar privačioj [ligoninėj] – padėti žmogui, nustatyti diagnozę, paskirti reikalingą gydymą. O jis dirba ten ar ten - jokio skirtumo.“ (LL8)

6.2.5 Socialinio mobilumo galimybių regioniniai skirtumai

Kiekybinio tyrimo rezultatai parodė egzistuojančius gydytojų tankumo skirtumus Europoje tiek tarp šalių, tiek valstybių viduje. Interviu tyrimas padėjo atskleisti kitus regioninius skirtumus, kurie gali paaiškinti didelį gydytojų tankumo disbalansą ir atskleisti gydytojų trūkumo periferijoje priežastis. Tiek Lietuvoje, tiek užsienyje gyvenantys/gyvenę gydytojai, kalbėdami apie tobulėjimo galimybes, apie darbo sąlygų skirtumus akcentavo didelių miestų ir rajonų gydymo įstaigų skirtumus. **Lietuvoje** yra tik keli dideli gydymo centrai (universitetinės klinikos), o sudėtingiausios operacijos atliekamos dažniausiai centruose, kurie aktyviai bendrauja iš su užsienio centrais:

„[Kauno] klinikos – jos bendradarbiauja su užsienio universitetais, liginėmis, turi bendrą projektą. Visą laiką yra didesnė galimybė [tobulėti], negu mažesnė liginė, tarkim rajono.“
(AL3).

Didelė perskyra tarp periferijos ir centro – specialistų trūkumas. Jis užpildomas tu pačių gydytojų arba iš didesnių miestų atvykusių gydytojų papildomu darbu:

„Dideliuose miestuose [specialistų] netrūksta. Bet pas mus [Raseiniuose]- taip [trūksta]. Atvažiuoja iš miesto [iš Kauno] trys ginekologai budėti, kadangi neužtenka. Pas mus atvažiuoja dvi iš Kauno pediatrės. Dar vienas gydytojas net iš Panevėžio atvažiuoja budėti. Vadinasi, mes neužtikriname [paslaugų] mūsų jėgom. Rajonuose daug kur trūksta. kad ir pasižiūri skelbimus: trūksta pediatrų, terapeutų, chirurgų.“ (LL2).

Kitas svarbus skirtumas – gydytojų koncentracija. Periferijoje, nors ir neblogas aprūpinimas gydymo įranga, tačiau dėl pagalbinių personalo trūkumo sudėtinų operacijų atlikimas yra apribotas. Vienas informantas iš pažymi, jog rajono liginėje labai trūksta kolektyvinio darbo:

„Dirbu buvusioje apskrities liginėje. Iš blogosios pusės ji pasižymi tuo, kad joje nėra kolektyvinio darbo, tačiau ir iš to galima pasisemti naudos, kadangi tapau labiau savarankišku ir pasikliaujančiu savimi. Tačiau mediko darbas yra kolektyvinis. Gerame kolektyve - tobulėjimas greitesnis, nes tavo klaidos pastebimos ir apie jas esi informuojamas, taip pat jame keičiamasi informacija ir praktinio darbo patirtimi.“ (AL4).

Didelė rajonų problema – sparčiai senstantis gydytojai, jaunų gydytojų trūksta. Vieno informanto teigimu, nemažai jaunų gydytojų renkasi tik tarp centro ir užsienio:

„(Lietuvoje) rajonuose dirba [nemažai] pensinio amžiaus [gydytoju], reikalinga specialistų kaita, bet ko gero nėra ką keisti.“ (AL6).

„Į rajonus nenori važiuoti. Žinau vieną, kuris atvažiavo, nes jo tėvai čia gyvena. Didmiesčiuose - kita kalba. Jie karjerą gali daugiau pasiekti. Tie kur nepatenka į didmiesčius – tie važiuoja į užsienį.“ (LL2).

Rajonuose gydytojams siūloma didesnė alga, geresnės įsidarbinimo ir net tobulėjimo galimybės:

„Kauno klinikos yra viena iš didesnių klinikų, o [gydytojo] alga yra žymiai mažesnė, nei rajoninių ligoninių.“ (AL6).

„Miesto centruose darbą susirasti yra sudėtingiau, bet rajonuose yra labai kviečiami ir finansiškai skatinami jauni ir net tik jauni daktarai dirbti atokiuose kampeliuose.“ (AP4).

„Įdomu, kas yra geriau? Ar stovėti Santariškių klinikose ir būti penktu kablio laikymu operacinėje ten; ar tu važiuosi į Molėtus ir būsi operuojančiu gydytoju.“ (LL6).

„Dabar ir periferijų ligoninės – jos dauguma visgi turi ir modernią įrangą ir reikalingi gydytojai, kurie mokėtų dirbti su ta modernia įranga.“ (LL8).

Tačiau gydytojai periferijoje turi mažiau praktikos, nors yra labai kvalifikuoti, norėtų dažniau atlikti sudėtingas operacijas, negali pilnai savęs realizuoti:

„Norėčiau dirbti tai, ką žinau, ką išmokau, ko kiti negali padaryti. Bet šito aš negaliu daryti, nes mes nesame rajoninė ligoninė. Pas mus yra nedideli srautai. Galėčiau laparoskopinę (operaciją) padaryti tris kart per dieną, o dabar padarau kartą per savaitę.“ (MT3).

Kitas dalykas – pagarbą gydytojai rajonuose jaučia didesnę:

„Aš galėčiau pasakyti, kad labiausiai daktaru mane skaitė Raseinių ligoninėje. Ten gydytojas yra gydytojas. Visi, kas mažuose miesteliuose – tą patį žino.“ (AL6).

„Mažame miestelyje (gydytojai) jaučia daugiau savarankiškumo, tuo pačiu didesnis pasitikėjimas savimi. Mažame miestelyje ir su jais kitaip elgiamasi, pagarbos žmogui daugiau.<...> Žmogus labiau pasijaučia pilnavertis.“ (MT2).

Kitokie santykiai su pacientais periferijoje leidžia gydytojui jaustis saugiau:

„<...> kiekviena komplikacija šiuo metu gali būti prilyginama žalai. Faktiškai tai yra nonsensas, bet deja, tenka su tuo susidurti. Manau, kad didesniuose miestuose tai yra labiau pavojinga. Mažesniuose bendruomenė yra siauresnė, ir jeigu žmogus yra išsilavinęs tai tą kontaktą gali palaikyti, vienas kitą žino. Gal žmogiškumo jausmas kažkoks dar (didesnis) yra (rajonuose).“ (MT3).

Dar vienas svarbus dalykas – aprūpinimas medicinine įranga periferijoje gėrėja. Kai kurios rajoninės ligoninės, informantų teigimu, lenkia centras:

„Skyrių suremontavo prieš tris metus. Pagaliau aš senatvėj sulaukiau tokio skyriaus, kur galėčiau dirbti, dirbti ir nežinau... Dabar ir gražu, ir idealu - turim mes visą aparatūrą. Ir kompiuterizuota viskas, na žodžiu idealios sąlygos. Rajonuose, kai atvažiuoja iš Kauno [specialistai] sako: „Mes pavydim“. (LL2).

„Kai atvažiavusi profesūra pavaikšto po mūsų ligoninę, grįžę jie sako, kad „mes grįžome kaip iš Vakarų“. <...> mūsų operacijų diapazonas pasidarė pakankamai platus, jis išsiskiria iš rajoninių ligoninių. Kai kur gal net pralenkiame centrus.“ (MT3).

Rajonų patrauklumas gydytojui mažesnis dėl laisvalaikio ir pomėgių realizavimo galimybių, kultūrinio gyvenimo skirtumų:

„Į rajonus išvažiavę gydytojai prasigeria dėl neturėjimo atsparos, negalėdami realizuoti kažkokių savo pomėgių laisvalaikyje. Kasbelieka – televizorius ir alaus butelis, kad save pradžiugint kažkaip.“ (AL5).

Užsienyje didesnių šalių gydymo įstaigose darbo sąlygos tiek centre, tiek periferijoje labai panašios, tačiau mažesnėse šalyse, pvz. Norvegijoje, skirtumai yra:

„(Norvegijoje) dar geresnės darbo sąlygos (negu Vokietijoje), geros centruose, bet periferijoje - prastesnės gydymo sąlygos.“ (AL7).

Kitas svarbus skirtumas – kultūrinio gyvenimo disbalansas. Pvz. vieno informanto teigimu, Norvegijoje gyvenimas mažesniame miestelyje skiriasi nuo panašaus miestelio Prancūzijoje:

„Norvegijoje tai žinau kelios daktarės liūdi mažuose miestukuose vienos ten gyvendamos. Norvegai tai labai ramūs, uždari tokie, namisėdos yra. Sunku labai integruotis į tokią visuomenę. <...> Prancūzijoje – viskas kitaip, vis tiek pietietiškas daugiau jų temperamentas. Net ir mažuose miesteliuose kultūrinis gyvenimas išvystytas yra: visokie festivaliai, kultūros namai. Anglijoje irgi tas pats: vyksta gyvenimas ar tu gyvensi sostinėje, ar gyvensi kažkokiam mažam miestely.“ (AL5).

Išvažiavus Lietuvos gydytojus į Norvegijos provinciją, slegia sudėtingas integravimasis į visuomenę.

Kitas skirtumas tarp rajonų ir centrų – gydytojų trūkumas, kuris užpildomas atvykusiais užsieniečiais:

„Dideliuose centruose (Vokietijoje) gal santykinai yra truputi mažiau užsieniečių, bet mažuose miesteliuose dabar yra daugiau, nes yra gydytojų trūkumas. Visi vietų pasiūlymai [yra iš ten], bent jau pradžia ir daugelis ten pradeda darbą.“ (AL9).

„Tikrai teko bendrauti su gydytojais iš arabų šalių Prancūzijoje dirbančiais, iš Vakarų Afrikos kranto labai aukštos kvalifikacijos. Tokie ir lieka Prancūzijoje, geriausi. Daug ten imigrantų. Gal savų šiek tiek daugiau, bet sostinė, ar kitam mieste yra daug gydytojų užsieniečių.“ (AL5).

AL8 informantės teigimu, nors yra techninės galimybės atlikti sudėtingesnes odontologines procedūras kaimuose, tačiau patys pacientai veržiasi į centrą. Tačiau gydytoja iš Vokietijos pastebi, jog mažame miestelyje yra kitokie santykiai ne tik kolektyve, bet ir su pacientais:

„Dabar dirbu mažame kaimelyje, labai draugiškas kabinetas, mes visi kaip viena šeima. Taip pat ir pacientai. Man ten labai patinka, bet aš ten esu paprasta daktarė. Kaime niekas nenori labai sudėtingų dalykų, visi važiuoja į Berlyną.“ (AL8).

Apie kitokius santykius periferijoje kalba kitas informantas, dirbęs Dž. Britanijoje:

„Aš [užsienyje] dirbau dviejose vietose, ir buvo labai skirtinga patirtis. Nedidelėje rajoninėje ligoninėje Velse, kurioje [dirbau], galėčiau priskirti prie šiltesnių darbo vietų priskirti. [Kadangi] nedidelis miestas buvo, tai tam [turėjo] įtakos. Ir dirbau didelėje universitetinėje ligoninėje trečio lygio perinataliniam centre Londone, tai ten apie šiltus santykius [net neverta] kalbėti - Zoologijos sodo narvo principu viskas vyksta (vienas kitų nepažįsta).“ (AL6).

Dar vienas dalykas, kuris skiria centrus nuo periferijos – darbo krūvio skirtumai. Ta pati informantė teigė, jog Dž. Britanijoje sostinėje krūvis toks didelis, kad gali kartais įvykti nelaimingas atsitikimas dėl to, kad nespės dėl per didelio krūvio:

„Labai skirtinga yra patirtis iš Velse ir Londono todėl, kad Velse nebuvo tokio nežmoniško perkrūvio ir tokio stygiaus stacionarinių vietų, ir tokio specialistų trūkumo stacionariniame ligoniu. <...> - Ten daugiau nieko negali veikt, keičia viena operacija kita, tik turi išsirinkti, kuri operacija svarbiau, kuri pirma – kaip karo lauke. Nenorėčiau, kad tokios darbo sąlygos būtų sudarytos pas mus, [Lietuvoje], nes tai yra gan ryškus trūkumas [darbo užsienyje].“ (AL6).

Panašiai kaip ir Lietuvoje, įsidarbinti dideliame centre užsienyje taip pat nėra paprasta:

„Negali gauti darbą Berlyno centre, arba labai prestižinėje ligoninėje yra sunku darbą gaut.“ (AL7).

Apibendrinant gautą informaciją, galima išskirti Lietuvos ir kitų šalių regioninius skirtumus (žr. 12 lentelę):

Lentelė 12. Darbo ir gyvenimo sąlygų regioniniai skirtumai Lietuvoje ir kitose Europos šalyse.

Lietuvoje	Kitose šalyse (Norvegijoje, Vokietijoje, Airijoje ir Dž. Britanijoje)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Centruose didesnė galimybė tobulėti. 2. Tik čia galima siekti mokslinio laipsnio. Didelė mokslininkų koncentracija centruose. 3. Specialistų trūkumas. 4. Periferijoje mažiau pagalbino personalo. 5. Darbo užmokestis didesnis periferijoje, geresnės įsidarbinimo galimybės. 6. Rajonuose sparčiai senstantis gydytojų personalas. 7. Prestižo skirtumai. 8. Aprūpinimas įranga skiriasi. 9. Pomėgių realizavimo skirtumai. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tobulėjimo galimybės panašios, bet ne visose šalyse. 2. Mokslinio laipsnio galima siekti ne tik centruose. Mokslininkai išsibarstę po visą šalį. 3. Kai kuriose šalyse skiriasi kultūrinis gyvenimas rajonuose ir centruose. 4. Gydytojų trūkumas periferijoje. 5. Kitokie santykiais su pacientais. 6. Darbo krūvio skirtumai. 7. Rizikingas perkrūvis centruose. 8. Skiriasi santykiai tarp kolegų. 9. Sudėtinga pakliūti į centrus.

Kai kuriais atvejais regioniniai skirtumai yra panašūs tiek Lietuvoje, tiek kitose šalyse: specialistų trūkumas, kultūrinio gyvenimo skirtumai, kitokie santykiai su pacientais, darbo krūvio skirtumai. Užsienio gydymo įstaigose specialistų trūkumas sprendžiasi gydytojų imigrantų sąskaita, o Lietuvoje – tų pačių gydytojų darbo krūvio didinimo keliu.

6.2.6 Gydytojų darbo specifikos skirtumai

Tyrimo metu buvo siekiama išsiaiškinti, kuo skiriasi gydytojo darbo specifika užsienio šalyje nuo darbo Lietuvoje. Vienas gydytojas pabrėžė greitesnio **profesinio tobulėjimo galimybes** ne Lietuvoje, kadangi joje labai sureikšmintą gydytojų hierarchija ir asmeniniai ryšiai, taip pat yra svarbus papildomų pajamų „pasiskirstymo“ klausimas:

„Lietuvoje turi būti labai nusipelnęs, dešimt kartų nusilenkti, kažkam turi būti labai gera nuotaika, kad kažką leistų daryti.“ (AL10).

Šiek tiek kitokia situacija yra mažesniuose miesteliuose, kadangi specialistų koncentracija yra mažesnė. Kitas skirtumas, jog ne viskas kas galima Lietuvoje, galima ir kitoje šalyje. Skiriasi **kvalifikaciniai reikalavimai** atlikti vieną ar kitą darbą:

„Šiek tiek mažiau kvalifikuotas darbas buvo tenai. Tarkim aš negalėjau tirti kažko daugiau, negu kad minimaliai įvertint vaisiaus augimą, vandens kiekį, pirmeigą. Bet aš neturėjau galimybės „advance“ tipo ultragarsu tirt todėl, kad tam reikia turėt sertifikatų krūvą, o mūsų ginekologinė licencija lyg tai ir neįrodo, kad mes turėtume mokėt [tirt] ultragarsu. Anglijoj gydytojas ginekologas neprivalo tirt ultragarsu, ir jo licencija to nereikia. Tai dėl tos priežasties, tu sertifikatų neturint, teko truputį atidėt savo mėgiamą užsiėmimą į šalį. O šiaip visa kita panašiai – tokiam lygyje, kaip ir čia, kaip ir Kauno [klinikoje].“ (AL6).

Vienas informantas pažymi, jog yra **sunkiau kažką naujo pradėti, susiorganizuoti**, kadangi yra nusistovėjusi tvarka:

„Kaip jau sakiau, trūksta šiek tiek tos mokslinės veiklos, specializacijos. Kiek patys suorganizuodavom (Lietuvoje), tiek ir būdavo. Čia (Vokietijoje) gal nėra tiek galimybių ką nors suorganizuoti.“ (AL9).

Kitas svarbus teigiamas pasikeitimas – labiau išnaudojama gydytojų kvalifikaciją, sudaryta daugiau galimybių dirbti **tik gydytojo darbą**:

„Budėjimai neišvengiami visur kur vyksta 24/7 darbas. Tačiau gydytojai užsienyje nelaksto į laboratorijas rezultatų, nepildo masės nereikalingo popierizmo. Ligos istorija yra vienintelis dokumentas, dar receptai, mirties liudijimai.“ (AP6).

Informantas iš Dž. Britanijos pacientus vadinami „klientais“. Jo teigimu, slaugytojos yra labiau kvalifikuotos ir nemažai darbų atlieka vietoje gydytojų:

„Čia seselės yra labai kvalifikuotos ir jos priima klientus pačios.“ (LL1).

Kitas informantas iš Norvegijos pažymi, kad darbo specifika nesiskiria, tik kitokios **darbo sąlygos**, geresnis **finansinis aprūpinimas** ir kitoks gydytojų **tarpusavio bendravimas**.

„Specifika nesiskiria, tačiau darbo sąlygos ir bendravimas tarp kolegų yra daug geresnis Norvegijoje. Taip pat darbo krūvis nėra slegiantis ir netenka dirbti papildomai, kad išgyventi finansiškai.“ (AP8).

Kito gydytojo iš Dž. Britanijos teigimu, naujoje šalyje yra didesnis darbo **kompiuterizavimas**:

„Valdymo struktūra panaši kaip ir Lietuvoje, tik labiau kompiuterizuota.“ (LL1).

Dėl kitokio finansavimo gydytojai Norvegijoje ir Dž. Britanijoje turi **didesnę laisvę** skirti reikalingas procedūras ar vaistus, **didesnės ištyrimo galimybės**:

„<...> niekas tavęs nesmaugs už išrašytą kompensuojama receptą.“ (AP7)

„Čia daug didesnės tyrimų galimybės ligoniams, aš turiu galimybę paskirti tokius tyrimus, kurie Lietuvoje daug kainuoja.“ (LL1)

Apibendrinant reikėtų pažymėti, kad informantų darbo specifika užsienio šalyje stipriai nesiskiria nuo darbo Lietuvoje, tik yra kitokia darbo aplinka (aparatura, bendravimas), didesnė laisvė gydyme, mažiau „popierizmo“ ir geresnės profesinio tobulėjimo galimybės. Lietuvoje didesnė laisvė gydytojui atlikti tam tikras procedūras, t. y. betarpiško ištyrimo galimybė. Be to, gydytojas gali lengviau susiorganizuoti papildomą veiklą.

6.2.7 Gydytojų santykiai su farmacininkais ir kvalifikacijos tobulinimas

Teorinėje dalyje buvo pabrėžiama, jog vienas svarbiausių socialinio mobilumo veiksnių – išsilavinimas. Kvalifikacijos tobulinimas gydytojų darbe yra labai svarbus ir netgi privalomas, kitaip gydytojai gali netekti licencijos. Tačiau ne visus kvalifikacijos tobulinimo priemones finansuoja valstybė. Kai kada reikšmingi yra privačių bendrovių, pvz. farmacijos įmonių, finansuojami kursai ar išvykos. Nors, informantų teigimu, farmacijos įmonių atstovai trukdo darbui (AL2, AL10), tačiau teigiamas dalykas yra **kvalifikacijos tobulinimo** (kursų, konferencijų užsienyje) finansavimas:

„Lietuvoje, gydytojų visos studijos, mokslinės konferencijos, kur jie važiuoja, praktiškai yra apmokama iš farmacininkų, viskas yra jų organizuota.“ (AL10)

„Farmacinės firmos organizuoja konferencijas, kur tobulinimuisi reikia rinkti valandų, - irgi yra į naudą.“ (AL5)

„Farmacininkai padarė daug gerų dalykų Lietuvoje - pradėjo organizuoti konferencijas, komandiruoti gydytojus į kitas šalis.“ (MT5)

Dar svarbus dalykas – farmacininkai kartais gali suteikti **naujos informacijos** apie vaistus, jų veikimą ir pan. Taip pat, aprūpina nepigia mokslinė literatūra:

„[Gydytojai] turi galimybę gauti paskutinę, [naujausią] informaciją apie vaistus, jeigu kvalifikuotas farmacininkas.“ (AL2)

„Jie atneša ir žinių naujų. <...> knygų naujų atneša.“ (LL2)

Iš kitos pusės, Lietuvoje farmacininkai siūlo atlygį už tam tikrus išrašytus vaistus, kitaip neigiamai pacientų atžvilgiu įtakoja gydytojų darbą:

„Bando prašyti, kad registruotų ar praneštų, kad paskyrei tokį vaistą – praneštų jiems, kad tokioj poliklinikoje su tuo vaistu [pacientas] gydysis, kad jie prižiūrės tą pacientą. Aš manau, kad čia jau yra truputį peržengta riba.“ (AL5)

Tačiau ne visi gydytojai pritaria tokiems veiksmai, nepasiduoda įtakai:

„Už atliktą darbą būna pasiūlo atlygį. Manau, kad gydytojai neturėtų bendrauti su farmacininkais ir nepiktnaudžiautų vaistų išrašymu.“ (AL4)

„Už išrašomus, kaip pavyzdį paminėsiu, kontraceptikus, gydytojai gauna tam tikrus paskatinimus, bonusus, kurie jiems yra labai svarbus, bet pacientams, kuriems buvo paskirti vaistai, gal buvo ne tiek ir būtini, o kartais gali būti net ir žalingi. Todėl šitą procesą, kuris vyksta turbūt visoje Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, vertinu neigiamai.“ (AL1)

„Tiek pacientas gali rinktis, tiek gydytojas siūlyti. Priklauso nuo paties gydytojo, nieks per jėgą nebruka.“ (AP3)

„Protinas gydytojas visada atrinks tinkamiausius vaistus ligoniui, neatsižvelgdamas į jų prekės ženklą.“ (MT5)

Kitose šalyse yra teisiniai apribojimai - gydytojai negali tiesiogiai bendrauti su farmacininkais savo darbo vietoje ir darbo metu. Bendrauja per tarpininkus:

„Aš visai neturiu ir neturiu teisės turėti čia jokių santykių su farmacininkais Vokietijoje. Tai yra ligoninės per administracijos poskyrius uždavinys. Aš tikrai turiu teisę pateikti kažkokius tai norus, kad gauti instrumentus ar vaistus ligoniams gydyti. Ir tas poskyris tada rūpinasi, kad kuo pigiau būtų tos galimybės man į rankas įdėtos.“ (AL6)

Lyginant Lietuvos gydytojų bendradarbiavimą su farmacininkais Lietuvoje ir užsienyje, vienas informantas pabrėžė teigiamą ir aktyvų bendradarbiavimą su farmacininkais Dž. Britanijoje: farmacininkai nėra pasyvūs gydymo dalyviai, patys sprendžia iškilusias problemas, tikslinasi informaciją, susisiekiama su gydytojais. Kitas informantas Lietuvoje pastebi priešingus dalykus (žr. 13 lentelę).

Lentelė 13. Skirtumas tarp vaistininko ir gydytojo tarpusavio santykių Lietuvoje ir užsienyje.

Užsienyje	Lietuvoje
<p>„Skirtumas toksai - paliko įspūdį - kad svetimoj šali dirbant ir klaida gali įsivelt, ir dozuotės šiek tiek kitokios gali būti negu Lietuvoj, ir dažniausiai vartojami vaistai visai ne tie. Todėl tenka mokytis iš naujo. Tai iš vaistinės iš karto [paskambins pasiteirauti] „ar jūs nesuklydot? Pvz. pagal mūsų protokolą 1 nėštumo trimestrą mes tokį vaistą rekomenduojam skirti. Ar jūs sutiksit, jeigu mes pakeisim“. Labai aktyviai farmakologai įsijungia, ir jie atsakingi matyt už tai.“ (AL6)</p> <p>„Farmacininkai Airijoje yra gydytojų pagalbininkai ir kontroliuoja / tikrina paskirtų vaistų dozes, dozavimo dažni etc.“ (AP6)</p>	<p>„[Lietuvoje vaistininkai siunčia pacientą] atgal [pas gydytoją]. Man yra tekę stebėti vaistinėj: [buvo] išrašytas antibiotikas, bet firminiu pavadinimu, ir [vaistininkė nedavė vaisto]. Aš jai sakau, kad jeigu žmogui reikia antibiotiko, o yra šeštadienis, tai siūsti jį atgal pas gydytoją reiškia, kad [pacientas] kelias dienas bus negydomas. [Vaistininkė] pasakė „už geranoriškumą pas mus nėra paskatinimo“. (AL6)</p>

Apibendrinant tyrimo informaciją galima sakyti, jog yra labai didelis atotrūkis tarp farmacininkų-gydytojų santykių Lietuvoje ir užsienio šalyse. Teigiamas dalykas užsienio šalyse – farmacininkų bendradarbiavimas, netrukdytas darbu, o Lietuvoje – teigiamas yra farmacininkų aprūpinimas informacija, mokslinė literatūra, gydytojų kvalifikacijos tobulinimo organizavimas ir finansavimas.

6.2.8 Lietuvos gydytojų profesionalumo vertinimas ir įsivertinimas

Interviu metu buvo siekiama išsiaiškinti, kaip patys gydytojai vertina savo kvalifikaciją. Kaip tyrimo pašalinis, bet labai naudingas, efektas – gydytojai atskleidė, kokios priežastys jų nuomone nulemia profesionalumą. Interviu metu paprašius įsivertinti savo profesinius gebėjimus 10-ies balų sistemoje, Lietuvos informantai buvo šiek tiek kuklesni nei gydytojai, ilgai gyvenę užsienyje: gydytojų Lietuvoje įsivertinimo balai svyravo nuo 6 iki 10, o kitose šalyse – nuo 7 iki 10. Keli gydytojai teigė, jog savęs girti ir vertinti nenori, o tai turėtų daryti

pacientai. Didžioji dalis tyrimo dalyvių mano, kad jiems yra kur tobulėti - profesionalumas priklauso ne tik nuo žinių, bet ir nuo **patirties**:

„(Vertinu) 8 balais, nes dar reikia pasilikti vietos tobulėjimui ir siekti daugiau. Dalyvauju studijose, skaitau pranešimus draugijoje, kartais parašau straipsnių.“ (MT5)

„Pasiekiau nemažai, ko norėjau, nors manau, kad dar galiu tobulėti.“ (AP1).

„Medikas iki karjeros pabaigos nebus tobulas. Profesionalumą sąlygoje žinios + patirtis.“ (AP7).

Vienas informantas, apibūdinamas gydytojo darbą, kalbėjo apie nuolatinio **mokymosi svarbą** jame:

„Čia darbas yra toks, kur nuolat turi judėti į priekį. Mūsų darbas yra nuolatinis studijavimas – mes studijuojam, aš taip galvoju, nes jei medikas sustoja, nusprendęs, kad jis jau viską žino... Man patinka labai Sokratas – „aš žinau, kad aš nieko nežinau“. Kai pradedi žinot, kad tu viską žinai – tai reiktų jau kreiptis į psichiatrą.“ (LL6).

Kai kurie vertino savo profesionalumą atsižvelgdami į **tarptautinį kontekstą**, o daktaro laipsnis, jų nuomone, nereiškia aukščiausio profesionalumo laipsnio:

„[sivaizduoju gal kokiais 7-8. Aš turiu [daktaro] laipsnį, bet tarptautiniame lygmeny mes vis tiek labai [stipriai] atsiliegame [šioje srityje] bendrai visu nacionaliniu mastu. <...> Gal ne tiek individualiai įvertinau 7-8, bet bendrai – kaip jaučiuosi būdama šeimos daktaru. Bendrai mes toli iki tarptautinio lygmens.“ (AL2).

Vyresni gydytojai vertino save šiek tiek aukščiau negu jauni specialistai. Kai kurie buvo ypatingai kuklūs, neįvardijo tikslaus balo:

„Pirmus metus atidirbus (užsienyje), aš labai nenorėčiau savęs ypatingai vertinti, bet per metus aš labai daug išmokau.“ (AL10).

Vienas informantas, lygindamas vietinius kolegas su užsienyje dirbančiais, tvirtina, kad Lietuvos gydytojai yra profesionalūs, tačiau to nemoka parodyti dėl psichologinių žinių trūkumo:

„<...> medicinine prasme, gydytojai Lietuvoje yra pakankamai profesionalus, ir į paciento problemą įsigilina labai kruopščiai, stipriai. Galiu pasakyti, kad pats buvau ir Švedijos ligoninėse, ir kitose šalyse, ir galiu tvirtinti, kad gal net ir stipriau Lietuvoje gydytojai kai kuriais atvejais įsigilina į pacientą negu užsienyje. Tačiau ta profesionalumą Lietuvos gydytojai nesugeba parodyti. Jų profesionalumas yra didesnis negu užsienio gydytojų, bet galbūt tiesiog trūksta gydytojo ir paciento psichologinio kontakto pagrindų ir išstbulinimo.“ (AL10).

Gydytojų paklausus apie jų aukščiausius pasiekimus profesijoje, net keli gydytojai pažymėjo naujų gydymo ir diagnostikos metodų įvedimą Lietuvoje (AL5, AP5,

AP1). Vienas gydytojas didžiausiu pasiekimu laiko teigiamą pacientų ir kolegų vertinimą (AL2), kiti – plačią žinių amplitudę (AL7, LL1, MT3). Dar kiti džiaugiasi, jog pavyksta tiksliai nustatyti sudėtingas ligas, atlikti sudėtingiausias operacijas.

Apibendrinant tyrimo informaciją galima sakyti, kad gydytojų darbe vyksta nuolatinis judėjimas į priekį, nuolatinis mokymasis, sąlygojamas ne tik privalomo kvalifikacijos tobulinimo, bet ir pačių gydytojų nuostatų. Profesionalumą gydytojais sieja ne tik su žiniomis, bet ir praktiniu jų taikymu.

6.3. Gydytojų prestižo ir atlygio prieštaros Lietuvoje

6.3.1 Gydytojų profesijos prestižo, kaip svarbaus jų socialinį statusą apibūdinančio fenomeno, vertinimas.

Kokybinio tyrimo metu siekta išsiaiškinti, ką patys gydytojai mano apie savo profesijos prestižą. Atsakymai nebuvo vienareikšmiai. Gydytojai sutinka, kad anksčiau gydytojo specialybė buvo viena prestižiškiausių. Be to, aukštą prestižą turėjo ir teisėjo bei kunigo profesijos.

„Deja, aureolė šioms trimis profesijoms „nuimta“, paliko tik godumas pinigams. Kapitalizmas šioms trimis profesijoms sugebėjo nuimti karūną“ (AP2).

Tačiau dalis gydytojų mano, kad ir dabar nėra tokių profesijų, kurių atstovai yra labiau gerbiami negu gydytojai. Panašiai yra gerbiami mokytojai, kunigai ir teisininkai.

„Gydytojai irgi gerbiami <...>. Manau, kad viena prestižinių specialybių jinai ir išlieka“ (AL2).

„Aš manau, kad visuomenė vertina šią profesiją kaip prestižinę: tiesiog „gydytojas – tai protingas žmogus, daug pasiekęs, daug dirba“. Na, iš tiesų, gydytojo darbas yra atsakingas – reikia dirbti su žmogaus sveikata. O klaidos, iš tiesų, brangiai kainuoja“ (AL5).

Didelė dalis respondentų pabrėžia, kad dabar profesijas visuomenė vertina pagal pinigus. Nemažai gydytojų išskyrė teisininkus, bankininkus, politikus ir verslininkus. Tačiau vieno gydytojo nuomone, teisininko ir gydytojo specialybes nelabai galima palyginti, kadangi antroji turi šiek tiek „kitą atspalvį“: gydytojas

visada yra draugas, o teisininkas – ne. Lyginti su kunigu būtų teisingiau. Užsienyje dirbančio lietuvių gydytojo nuomone, Lietuvoje labiau gerbiami turtingi žmonės. Išsivysčiusiose šalyse, kur išsilavinę žmonės daug uždirba, kitaip skirstosi pagarba: kai atlygis yra adekvatus, tada nėra vietos korupcijai.

Gydytojų teigimu, dabar požiūris į profesijas, kurios nusipelnė pagarbos, yra iškreiptas. Jų nuomone, profesijos prestižo formavimui didelės įtakos turi žiniasklaida:

„Dėl vienos bet kurios profesijos atstovo klaidos, žiniasklaida viską taip išpučia, kad visi tos profesijos atstovai būna nuvertinami“ (AP5).

Respondentai teigė, kad „ant gydytojų pilamos šiukšlės“, „dabar iš viso nėra nieko švento, tik pinigas“. Vieno gydytojo teigimu, sovietiniai laikai turėjo įtakos dabar smukusiam gydytojo autoritetui: nuvertintas tiek gydytojo, tiek pedagogo darbas. Tačiau kitas gydytojas mano priešingai:

„Lyginant su gydytojui buvusia pagarba tarybiniais laikais, tai šiuo metu ji deformavosi. Visų pirma dėl to, kad mes jau nebegydomė, o teikiame paslaugas. Sumenko ir pasitikėjimas gydytoju. Jau ir internete kiekvienas turi savo nuomonę“ (MT2).

Vienas informantas teigė, kad žmonių ir valdžios nuomonė apie profesijų prestižą skiriasi. Valstybės vadovų nuomone – mediko profesija nėra prestižinė. Kitaip mano eiliniai žmonės. Kito gydytojo įsitikinimu, gydytojų prestižas visuomet yra aukštas, ypač tada, kai žmogus suserga. Sveikata yra žmogaus turtas, todėl gydytojais ypač vertinami, kai reikia jų paslaugos:

„Juk nei Seimo narys nebus be sveikatos, nei ūkininkas“ (LL2).

Nuomonė apie mažo miestelio ir miesto gydytojus skiriasi. Vieno gydytojo teigimu, mažam miestelyje gydytojas yra labiau gerbiamas nei dideliame mieste – tai galioja ne tik Lietuvai, bet ir užsienio šalims.

Kiti mano, jog gydytojo profesijos negalima išskirti iš kitų. Vieno gydytojo nuomone, aukščiausiai yra gerai dirbantis žmogus:

„Aš pats vertinu žmogų, kuris gerai dirba“ (AL4).

Vienas respondentas teigia, kad labiau gerbiami yra ne tam tikros profesijos atstovai, o intelektualai:

„Universiteto dėstytojai, šviesuoliai ir kiti, kurie yra žinomi ir įneša liaudžiai tobulėjimo perspektyvą. Be abejo, ir medikų gretose gali būti šviesių protų, kaip ir kitose specialybėse“ (AP1).

Kito gydytojo teigimu, tiek gydytojų, tiek kitų profesijų atstovų reikia mūsų visuomenei, todėl negalima laikyti vienos ar kitos profesijos labiau prestižine.

Į klausimą, ką užsienyje žmonės labiau vertina už gydytojus, vienas gydytojas neabejodamas pasakė:

„Kitose šalyse medikai turi savo vietą, visa visuomenė net neabejoja pastangomis, idėtomis norint tapti gydytoju. Todėl galėčiau teigti, jog užsienyje vis dėlto medikai labiau vertinami nei Lietuvoje“ (AP4).

Užsienyje dirbantis lietuvis gydytojas teigia, kad vakarų šalyse gydytojo specialybė turi didelį prestižą. Pvz., Vokietijoje gydytojo prestižas yra lygiai toks pats, kaip prieš 20 metų.

„Galėčiau pasakyti, kad užsienyje gydytojo prestižas yra didesnis negu Lietuvoj. Gal dėl to, kad gydytojai ten geriau įsitaisę, jų socialinis statusas didesnis, tas iš karto turi įtakos gydytojo savigarbai. O jeigu gydytojo savigarba yra didesnė, tada ir visuomenė labiau jį gerbia“ (AL1).

Vienas gydytojas mano, jog užsienio valstybėse ypatinga pagarba be gydytojų skiriama meno atstovams, dvasiniams lyderiams. Gydytojų teigimu, egzistuoja tiesioginė priklausomybė tarp atlygio ir prestižo. O užsienyje gydytojų atlygis yra didesnis kelis ar net dešimt kartų.

„Lietuvoje, kai atlyginimas mažas, gydytojas negali nusipirkti net geresnių drabužių ar geresnio automobilio, imant šiuolaikinę visuomenę, tai turi įtakos: ir išorinė apranga, ir išorinė išvaizda lemia prestižą. Dėl to manau, kad valstybė turėtų skirti daugiau dėmesio gydytojų atlygiui, vien dėl prestižo, kad gydytojo savigarba ir prestižas būtų atstatyti“ (AL1).

Kiti visgi mano, jog pagarba gydytojui tiek užsienyje, tiek Lietuvoje yra panaši. Iš kitos pusės, informantų teigimu, daug priklauso ir nuo paties žmogaus, kurios profesijos atstovus jis labiau vertina.

6.3.2 Gydytojų atlygio vertinimas

Atliktas tyrimo metu visi informantai vieningai sutarė, jog gydytojo darbo užmokestis Lietuvoje yra ne adekvatus (lot. *adaequatus* - prilygintas,

prilygstantis) jo kvalifikacijai, įtemptam ir stresiniam darbui, įdedamoms pastangoms ir ilgiems bei sunkiems mokslams:

„Medikų atlyginimai nėra dideli, o milžiniški krūviai nekompensuojami finansiškai.“ (AP5)

„Medikai per daug sunkiai mokėsi, kad dirbtų už nedidelį užmokestį.“ (AL4).

„Atlyginimai irgi netenkina: aš gerai [raudonu diplomu] baigus mokslą turiu lakstyti per du darbus, kad sudurčiau galą su galu ir išmokslinčiau abi savo dukras“ (LL3).

„Aš gerai mokiausi. Stojau kur sunkiausia. <...> Studijų metais taip pat gavau raudoną diplomą.“ (MT3).

Informantų klausiant apie darbo užmokesčio dydį, kurio jiems pakaktų, vienas gydytojas pažymėjo, kad dėl patiriamo didelio streso, darbo užmokesčio norėtų daug didesnio:

„Jeigu nebūtų įtampos ir streso, užtektų kokių 6 tūkst. Lt. Jeigu [yra daug] įtampos ir streso – o tas ir yra - tai reikėtų 10 tūkst. Lt.“ (AL4).

Dėl tokios situacijos gydytojai nesijaučia pakankamai vertinami. Kelių informantų nuomone, profesijos prestižas yra matuojamas pinigais. Į klausimą, kokių profesijų atstovai yra vertinami, dalis informantų atsakė, kad jų profesiją nebėra labai prestižinė dėl pasikeitusių visuomenės vertybių:

„Gerbiami? O pagarbos išraiška? Tai yra pinigai? Tuomet - teisininkai. Nors netgi tuos teisininkus negalėčiau išskirti. Dabar iš viso yra chaosas. Negalėčiau išskirti kurios nors vienos profesijos, nes visų atstovai yra „prisidirbę“...“ (MT1).

„Teisėjas, kunigas ir gydytojas. Deja aureolė šioms trimis profesijoms „nuimta“, paliko tik godumas pinigams. Kapitalizmas šioms trimis profesijoms sugebėjo nuimti karūną.“ (AP2).

„Dabar gydytojai nėra tokiam pagarbos lygyje, kuriame turėtų būti.“ (MT3).

„Lyginant su gydytojui buvusią pagarbą tarybiniais laikais, tai šiuo metu ji deformavosi. Visų pirma dėl to, kad mes jau nebegydome, o teikiame paslaugas.“ (MT2).

Tyrimo metu, garbaus amžiaus informantas pažymėjo, kad tokiai atlyginimų politikai Lietuvoje didelę įtaką padarė Sovietmečiu vykdoma politika, protinio darbo nuvertinimas:

„Tarybiniais laikais buvo padaryta didžiulė klaida ir nuvertintas tiek gydytojų, tiek pedagogų, ir ypač pedagogų, darbas.“ (MT4).

Tyrimo informantų nuomone, gydytojo atlyginimas pakankamas tik pragyvenimui, tačiau įsikūrimui yra per mažas:

„Jei jau turi kur gyventi, buitį [esi] susitvarkęs, tai gal šiaip taip už tą atlyginimą praegzistuoti įmanoma. Bet jeigu nori įsikurti, tai viskas...“ (AL6).

„Atlyginimai turėtų būti padidinti 2-2,5 karto siekiant pakeisti dabartinę situaciją ir užtikrinti tinkamą pragyvenimo lygio kokybę.“ (MT5).

Kito informanto teigimu, *„niekada geranoriškumas, padorumas ir gailėstis nebuvo gerai atlyginami.“* (AP2). Gydytojai Lietuvoje turi galimybę pasididinti atlyginimą dirbdami daugiau valandų arba/ir keliuose darbuose, tačiau toks pasirinkimas turi kitų pasekmių: lieka mažiau laiko šeimai, nukenčia darbo kokybė:

„Dirbdama keliose darbovietėse negaliu skūstis. Bet palyginant su užsienio daktarų atlyginimais, kurie dirba tik viename darbe bei žinant, kad reikia mokytis 11 metų konkrečiai mano specialybei, tai atlyginimas nėra adekvatus, nors išgyventi galima.“ (AP4).

„Manychiau, kad specialistui turėtų mokėti nuo 3000~4000Lt, nes (dirbant ilgiau) namai lieka nuošalyje, nelieka laiko artimiesiems.“ (AP3).

„Kada gi gydytojai miega, kai dirba po tris etatus? Pastoviai slepiama, neišdirbama iki galo, ir tvyro didžiausia netvarka atlyginimuose.“ (AP2).

Aukštas gydytojų profesijos prestižas ir žemas oficialus atlyginimas Lietuvoje prieštarauja vienas kitam, o ši prieštara, informantų teigimu, yra viena iš svarbiausių **gydytojų emigracijos priežasčių**. Taip mano tiek Lietuvoje, tiek užsienyje dirbantys gydytojai. Labiausiai skatina Lietuvos gydytojus vykti dirbti svetur:

„Disproporcija tarp kvalifikacijos, darbo atsakomybės ir atlyginimų.“ (AP6).

„(labiausiai skatina Lietuvos gydytojus vykti dirbti svetur) ypatingai prastos finansinės sąlygos dirbant gydymo įstaigose Lietuvoje, mažas atlyginimas, visiškai neatitinkantis gydytojo profesinės kvalifikacijos ir įdedamo darbo, pastangų.“ (AL1).

„Masė priežasčių. Visi lygiai tai verčia. Pirmiausia žinoma dideli darbo krūviai už mažą atlyginimą - kai per dieną reikia priimti trisdešimt ar keturiasdešimt pacientų už simbolinį atlyginimą. Iš pašalies ne visi gauna, gyvena iš valdiško atlyginimo. Darbo sąlygos visiškai absurdiškos - dėl ko (Lietuvos gydytojai) nori emigruoti.“ (MT1).

„Dauguma išvažiuoja dėl atlyginimo.“ (AL3).

Lietuvos gydytojų **įtampą** didina ir didelis atlyginimų skirtumas pačioje apmokėjimo sistemoje. Užsienyje situacija kiek kitokia: informantai teigia, kad gydytojai ten yra labiau vertinami ir jiems mokami daug didesni atlyginimai:

„(Gydytojus išvykti iš Lietuvos skatina) netvarka atlyginimuose, kada (gydytojas) sunkiai dirbdamas nuo ryto iki vakaro gauna mažą atlyginimą, o jo viršininkas gauna keliasdešimt kartų daugiau, dirbdamas gerokai mažiau. Užsienyje medikai yra daug labiau vertinami.“ (AP2)

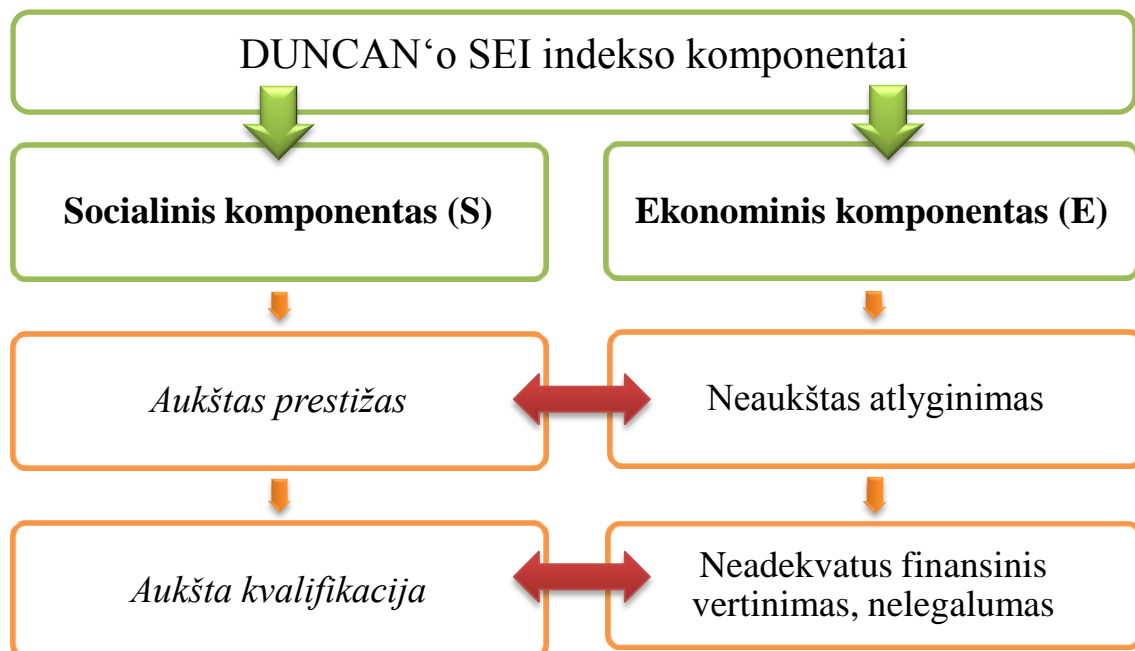
„Užsienyje teisininkai ir medikai yra tolygiai gerbiami. Lietuvoje iš prigimties tai nuvertinta. Vakarų šalyse gydytojo specialybė turi didelį prestižą.“ (AP3)

„Mano atlyginimas (Lietuvoje) kaip skyriaus vedėjo yra 3,2 tūkst. Lt ant popieriaus neatskaičius (mokesčių). Užsienyje – penkis ar dešimt kart daugiau. Jeigu man šiai dienai atlyginimą penkis kartus padidintų – man bus ramu dirbti už vieną etatą.“ (MT3)

Vieno informanto teigimu, Lietuvoje nusprendus pasilikti – kyla vienokios problemos, o nusprendus išvykti, išsprendus finansinį klausimą, atsiranda kitų dalykų, kurie ne visus džiugina:

„Kai tau pasiūlo – tik pats gali pasirinkti, kas geriau – ar gerai finansiškai [bet] ilgesyje [tėvynės] gyventi, ar čia – ilgesingai žvelgti į finansinę gerovę.“ (LL6)

Apibendrinant kokybinio ir kiekybinio tyrimų rezultatus (prestižo ir atlygio analizė) galima daryti išvadą, jog Duncan SEI indekso komponentai Lietuvoje gydytojų atveju prieštarauja vienas kitam: **S↔E** (žr. 24 paveikslą).



Paveikslas 24. Lietuvos gydytojų profesijos socialinio statuso prieštaravimai

Tyrimo metu paaiškėjo, jog kyla įtampa dėl šių komponentų neadekvatumo ne tik individo, bet ir mezo bei makro lygmenyse: neigiama konkurencija gydymo įstaigoje, specialistų trūkumas mažuose miesteliuose, šešėlinė ekonomika, gydytojų emigracija. Toliau bus aptartos informantų nuostatos nelegalių pajamų atžvilgiu.

6.3.3 Nuostatos pajamų nelegalumo klausimu ir prieštaravimai

Antrinių duomenų analizė parodė, kad sveikatos sistemoje įvairių tikslinių grupių (gyventojų, valstybės tarnautojų) nuomone korupcijos paplitimas yra didžiausias (žr. 5.1.7 skyrių). Šio interviu tyrimo metu net 11 informantų patys prabilo apie pacientų mokamus nelegalius pinigų gydytojams Lietuvoje. Tačiau nei vienas informantas tuo nesidžiaugė, o atvirkščiai, yra priešiška nusistatę korupcijos⁶⁵ klausimu, vardija nemažai kylančių problemų, vadina tai kaip trukdį gydytojo darbui ir nusižengimą ne tik įstatymams, bet pirmiausia etikos principams.

„Kai pats atsiduriu kokioje poliklinikoje ir matau tą gydytojo išraišką, kad „duok man nes aš vargšas“ ir pan., tai yra...tiesiog neskanu.“ (MT1).

Tokia situacija Lietuvoje susiklostė istoriškai, kai „kaimo bobutė atsidėkoja nešdama gydytojui kiaušinius, vištas ar sūrelius“ (MT3), kuri ilgainiui peraugo į papirkinėjimą. Dabar korupciją skatina pacientų nepasitikėjimas: „jeigu neduosiu, nepagydydys“:

„Bet pacientai yra linę primokėti.“ (MT3).

„Kitose šalyse - pacientai ir/ar artimieji pas gydytoją ateina visiškai juo pasitikėdami ir be jokių įtarinėjimų.“ (MT5).

Vienas informantas nurodo, kad dirbdamas Lietuvoje susidūrė su prieštaravimu: iš vienos pusės, tik pradėjus dirbti, yra nemalonūs tokie pacientų atlygio siūlymai, iš kitos pusės, patekę į tokią sistemą, dalis specialistų pripranta. Be to, gydytojais yra beveik priversti tą daryti:

⁶⁵ Korupcija (lot. corruptio – „gadinimas“, „papirkimas“) – piktnaudžiavimas patikėta galia siekiant asmeninės naudos.

„Tie atnešami kyšiai yra viena pusė, kas iš tikrųjų yra nemalonu, ir toks kvailas pojūtis, ir greičiausiai priprantama. Iš kitos pusės, kai baigi studijas ir ateini dirbt kaip jau gydytojas, ir norėtum jaustis gydytoju ligoninėje, tai ten tokia paini situacija.“ (AL10).

Kitas gydytojas jaučiasi žeminamas, norėtų gauti legalų, gydytojo darbui adekvatų atlyginimą, kad jaustųsi geriau, nebūtų įtakojamas tam tikrų pacientų norų:

„Man sarmata imti šitus pinigus. Bevelyčiau gauti normalų atlyginimą, kad nereikėtų imti tų pinigų iš ligonių. Nors manau, tai yra įteisinta ir I MGL gydytojui kaip sakyti... yra teisėta, bet tai yra žeminantis dalykas ir mane slegiantis.“ (MT3).

„Papirkimas yra nepriimamas, nes dažnai norima, kad ilgiau palaikytų, ar ten kokį invalidumą nustatytų ir t. t.“ (AL5).

„Tačiau geriausia padėka yra moralinis dėka ir suteikta pagalba.“ (MT5).

Taigi, galima teigti, kad papirkinėjimai turi ar gali turėti reikšmės ne tik gydytojų pajamų didėjimui, bet ir neigiamą ilgalaikį poveikį valstybės finansams.

Atlikto tyrimo metu informantai nurodė neigiamą korupcijos poveikį ne tik žmonių santykiams, bet ir gydytojų mobilumui:

„Tokia atsidėkavimo forma stipriai gadina santykius tarp gydytojų ir pacientų.“ (MT5).

„Lietuvoje tam tikrą dalį finansų sudaro „papildomos pajamos/atšidėkavimai“, todėl mobilumas priklauso ir nuo to.“ (MT5).

Vieno gydytojo nuomone, korupcija turi įtakos gydytojų prestižui, tačiau iš kitos pusės, norinčių studijuoti mediciną nemažėja:

„Dabar mes girdim įvairius dalykus – korupcija medicinos srityje, tai galbūt tas prestižas šiek tiek sumažėjęs yra, bet pasižiūrėjus į konkursus, kiek daug norinčių stoti į mediciną – neatrodo kad taip yra.“ (LL8).

Gydytojais pastebi, kad korupcijos klausimai nėra vienodi visoms specialybėms ar gydytojams:

„Pas psichiatrus šiaip jau per prievartą veža, tai niekas tokių „priemokų“ neduoda.“ (MT4).

„Lietuvoje pasitaiko papildomo atšidėkavimo atveju, tačiau reanimacijos skyriuje ne taip dažnai.“ (MT5).

„Iš pašalies ne visi gauna. Gyvena iš valdiško atlyginimo.“ (MT1).

Kitas svarbus dalykas – farmacijos įmonių atstovų siūlomas atlygis, kuris taip pat slegia gydytojus ir trukdo sąžiningam darbui:

„Man jie labai trukdo darbui. Už atliktą darbą būna pasiūlo atlygį. Manau, kad gydytojais neturėtų bendrauti su farmacininkais ir nepiktnaudžiautų vaistų išrašymu.“ (AL4).

Tyrimo metu buvo paliestas korupcijos klausimas ne tik mikro, bet ir makro – įstaigų lygmenyje. Vienas informantas atskleidė, kad išvažiuoti į užsienį jam kilo mintis dėl korupcijos sprendžiant gydymo įstaigų likimą:

*„Pirmoji mintis kilo išvažiuoti po korumpuoto ir gėdingo Šv. Jokūbo ligoninės uždarymo!!!“
(AP7).*

Gydytojai, kalbėdami apie papildomus nelegalius mokėjimus gydytojams Lietuvoje, lygina su situacija užsienio šalyse, kur gydytojas gali nevaržomas nelegalių atsiskaitymų dirbti savo darbą:

„Vokietijoje vienareikšmiškai nėra priimtina papildomai atsidėkoti už gydytojo darbą ir dėmesį, todėl gydytojas gali visiškai koncentruotis tik į savo darbą.“ (MT5).

Net keli informantai pažymėjo, kad nelegalumo klausimas nėra būdingas gydytojo darbui Lietuvos privačiose gydymo įstaigose, todėl tai įvardijama kaip privataus sektoriaus privalumu, prilyginama net darbo užsienyje sąlygoms:

„Privačioje ambulatorinėje grandyje vertinu naują aparatūrą, mažesnę darbo krūvį, oficialius pinigus.“ (AP7).

„O privalumai to darbo (užsienyje) – kaip ir Lietuvoje privačioje įstaigoje - paciento-gydytojo santykis visai kitoks, nėra kyšių sistemos. Čia yra plusas. Nieks nesugalvos pinigų siūlyti ar dovanų. Tai labai palengvina darbą.“ (AL9).

Iš kitos pusės, patys pacientai renkasi privačias gydymo įstaigas, norėdami išvengti žeminančių mokėjimų gydytojams:

„Yra dalis pacientų, kurie žino, kad atėję į privačią įstaigą jausis kaip normalūs žmonės, nereikės savęs žeminti mokant vienam antram trečiam, kad tave žiūrėtų ir panašiai.“ (MT1).

Užsienyje su gydytojų pajamų nelegalumu ar siūlymu gydytojams nelegalius pinigus kovojama labai griežtomis priemonėmis. Kartais, nežinodami vietinių tradicijų, atvykę imigrantai patenka į tokius „spąstus“. Viena gydytoja pasakoja apie savo atvejį Vokietijoje, apie vienos imigrantės iš Rusijos atvejį medicinos mokymo įstaigoje ir apie baimes savo būsimame darbe su atvažiavusiais iš Rusijos pacientais:

„Vokietijoje, tokių dalykų kaip „kyšiai“ nėra. Žinoma, ateina su saldainiais padėkoti, bet čia tik padėka. Iš tikrųjų ir to negalima priimti, bet ... Neseniai buvau policijoje, turėjau vesti vieną pokalbį, tai nunešiau saldainių. Galvojau, kad nieko baisaus, bet jie iškart pasakė, kad negali priimti tokių dalykų Vokietijoje.“

Su manim kartu studijavo viena mergina iš Rusijos, bet ji labai greitai išėjo, kadangi ji nuėjo pas profesorių su 2000 Eurų ir pasakė kad „aš labai norėčiau kad Jus man pasirašytumėt“ [tam tikrą dalyką]. Iš kart buvo pakviesta policija ir ją iškart išmetė iš universiteto. [Pamoka visam gyvenimui]. Nesusitikome daugiau su ja, nes neturėjome artimo ryšio (ji buvo vienu kursu aukščiau), [nežinau, ar ją išmetė iš šalies]. Todėl labai pergyvenu dėl naujos darbovietės, kur bus daug pacientų iš Rusijos: yra tokia koncepcija, jie taip ir nori propaguoti vokiečių stomatologus, kad rusai atvažiuotu, Berlyną pasižiūrėtų ir tuo pačiu dantukus susitvarkytų.“ (AL8)

Apibendrinant galima teigti, jog Lietuvos gydytojas norėtų adekvataus darbo atlygio, tačiau jo netenkina nelegalūs mokėjimai iš pacientų ir farmacininkų Lietuvoje. Iš to kyla prieštaravimai, kurie įtakoja gydytojo savijautą, santykius su pacientais ir net jo mobilumo nuostatas. Emigravę Lietuvos gydytojai tai pat susiduria su korupcijos rizika, tačiau ne iš vietinių gyventojų, o iš atvykėlių, kurių kilmės šalyje yra aktualūs korupcijos klausimai.

6.4. Gydytojų darbo migracijos priežastys, nuostatos ir patirtys

6.4.1 Darbo užsienyje paieškos priežastys

Į klausimą, kas labiausiai skatina Lietuvos gydytojus vykti dirbti svetur, informantų nuomonė beveik vieningai sutapo dėl **finansinių priežasčių**: „atlyginimas, visiškai neatitinkantis gydytojo profesinės kvalifikacijos ir įdedamo darbo, pastangų“ (AL1); „betvarka pačios sistemos ir tuom rezultuojamas mažas darbo apmokėjimas“ (AL7); „netvarka atlyginimuose“ (AP2); „neužtikrinta buitės namuose“ (AP3); „disproporcija tarp kvalifikacijos, darbo atsakomybės ir atlyginimų“ (AP6); „didesnės finansinės galimybės svetur“ (AP8); „dideli darbo krūviai už mažą atlyginimą“ ir „pati valstybė yra bankrutuojanti“ (MT1) ir pan. Finansinius veiksnius vardija ne tik gydytojai Lietuvoje, bet informantai užsienyje. Iš informantų pasisakymų galima spręsti, kad ne pats atlyginimo dydis turi reikšmės, o jo ir gydytojų profesinės kvalifikacijos, darbo atsakomybės **prieštaravimai**, gydytojai jaučiasi nevertinami, išsekę nuo ilgų darbo valandų. Informantų teigimu, **korupcija** - taip pat yra svarbus mobilumo veiksnys:

„Pati socialinė situacija Lietuvoj - Vokietijoje, tokių dalykų kaip „kyšiai“ nėra.“ (AL8).

„O pirmoji mintis kilo išvažiuoti po korumpuoto ir gėdingo Šv. Jokūbo ligoninės uždarymo!!!“ (AP7).

Finansinės gydytojų mobilumo priežastys nėra vienintelės, ir ne visų informantų laikomos pagrindinėmis. Gydytojai teigia, jog užsienyje gydytojų ne tik darbo atlyginimas, bet ir jų **prestižas yra didesnis**:

„Užsienyje medikai yra daug labiau vertinami.“ (AP2).

„Be to, svetur kitaip žiūrima į gydytoją.“ (LL2).

Labai svarbus mobilumo veiksnys yra **darbo ir gyvenimo sąlygos** (darbo laikas ir krūvis, suderintas darbo ir poilsio režimas):

„Darbo laikas, ir lakstymas per penkis darbus galiausiai atsibosta.“ (AL10).

„Kiek pažinau [išvažiavusių gydytojų], ir kiek išvažiuoja, kad darbo sąlygos sudaromos normalios, su adekvačiais atlyginimais ir darbo krūviais. Tai turbūt [svarbiausia] problema. Ir kalbant su dabartiniais rezidentais, kurie ketina išvykti, [nurodo] irgi būtent šias priežastis.“ (AL2).

Šią informaciją patvirtina ir kitas, paties informanto anksčiau atliktas, tyrimas:

„Iš mūsų atliktų tyrimų nesakė, kad finansiniai veiksniai yra pirmoje vietoje. Labiausiai pabrėžė pripažinimą kaip gydytojo, gerų darbo sąlygų sukūrimo.“ (AL11).

Šio tyrimo informantų teigimu, jau išvykusiems ar buvusiems užsienyje gydytojams svarbios platesnės **kvalifikacijos tobulinimo galimybės**, kurį sąlygoja kolegų geranoriškumas, savarankiškumo skatinimas, kitokios darbo galimybės:

„Manau, kad išvykti skatina geresni santykiai tarp kolegų, profesinio tobulėjimo galimybės“ (AL4).

„Man tai gana spontaniškai [kilo mintis išvažiuoti], nes tiesiog norėjosi labiau savo specialybėje patobulėti.“ (AL9).

AL3 informantas teigia, kad gydytojai, net ir esant geroms darbo sąlygoms čia, vyktų į užsienį pasisemti naujų žinių, tačiau išvykos būtų kitokios trukmės:

„Kolegos, kurie išvažiavo, tikrai nevažiuotų, jeigu tokios darbo sąlygos būtų Lietuvoje. Aišku kažkiek ten praktikos įgyti, naujų žinių gali, bet tu gali ten išvažiuoti stažutei metams, bet ne visam gyvenimui.“ (AL3).

Kitas svarbus dalykas, skatinantis kai kuriuos išvykti – **platesnės žinių pritaikomumo galimybės**:

„Artimai pažįstų savo vieną grupiokę, vaikų chirurgę, kuri manau, kad planuoja likti [tenai], todėl kad čia neturės tokio darbo, nes jos yra labai siaura specialybė. Kauno Klinikose ji turėjo tik labai nedidelę krūvio dalį.“ (AL6).

MT5 gydytojo (dirbančio studijų vadovu) teigimu, kai kurie išvažiuoja į užsienį **užbaigti mokslus ir įgyti specializaciją**, kadangi Lietuvoje negauna norimos specialybės ar nepatenka į valstybės finansuojamą vietą:

„Daug rezidentų yra išvykę į Vokietiją. Visų pirma dėl to kad negavo valstybės finansuojamų vietų Lietuvoje, ir nėra kitos alternatyvos. Kitas aspektas, kad negauna tokios specialybės kokios nori, nes dideli konkursai ir mažai skiriamų vietų.“ (MT5)

Dar vienas informantas **pabrėžia asmeninių savybių svarbą ir savijautą**

„Čia labai priklauso, ar žmogus karjeros siekiantis, ar yra ramaus būdo. Gal tam, kad ramiai dirba [Lietuvoje], nesijaučia psichinės įtampos, kai pats nesiplėšai.“ (AL10)

„Aš manau, kad ir psichinė įtampa [turi reikšmės]. Čia labai individualiai: vienam tas [svarbiau], kitam – [kitas].“ (AL9)

Dar vieni pabrėžia, jog jauniems gydytojams svarbūs **nauji iššūkiai**, kuriuos ne visuomet gali įgyvendinti Lietuvoje:

„Be to, jaunimas ieško, ieško ne tik pinigų, bet ir iššūkių. Sugrįžo viena mergina, jauna okulistė iš Panevėžį, įsidarbino klinikoje, bet ten nedaromos operacijos – tai ji po metų išvyko į užsienį. Galimybės yra išvykimo priežastis [čia ji negavo daryti, to ko norėjosi].“ (LL2)

Kitas svarbus mobilumą skatinantis veiksnys – **migracijos patirtis**:

„Viena šeima pabuvusi čia, grįžo į Lietuvą, bet dabar gailisi, ir nori vėl sugrįžti.“ (AL7).

Šeimyninės priežastys taip pat yra svarbios, ypač jauniems gydytojams:

„Jei aš važiuočiau, tai grynai dėl finansinių reikalų, bet būtinai grįžčiau. O jaunimas, aišku išvažiuoja. Iš pradžių galvoja, kad grįš. O paskui vaikai atsiranda, jie pradeda eiti į mokyklą, ir jau tie žmonės gal norėtų grįžti į Lietuvą, bet jie gyvena grynai dėl vaikų. O paskui grįžta pasenę.“ (LL2).

„Grįžti į Lietuvą paskatino šeimyninės aplinkybės, nors ir būtų buvę įmanoma rasti darbą Vokietijoje ir žmonai, tačiau visų pirma jai pačiai ten nelabai patiko, visų antra dėl vaikų. Man pačiam socialinė aplinka Vokietijoje nelabai patiko, todėl ir grįžau į Lietuvą. <...> Viena daktarė iš Vilniaus ten pasiliko, ištekėjo už vokiečio ir toliau dirba.“ (MT5).

Informantai vardijo ir daugiau gydytojų mobilumo priežasčių: „*draugų pavyzdys ir sėkme, socialinės garantijos, draudimas*“ (AP7); **įdarbinimo agentūrų viliojimas**:

„Viliojimas yra. Aš pati sulaukiu skambučių, ir vat Vokietijos sienos kai atsidarė, skambino iš Vokietijos. Įdarbinimo agentūros studentus vyresnių kursų su visom išlaidom [nuveža] pasižiūrėti, kaip pas juos vyksta darbas. Yra to tokio viliojimo“ (LL6)

Apibendrinant galima bendrai pasakyti, jog informantų vertinimu, svarbiausia mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje priežastis – **platesnės socialinio mobilumo galimybės**:

1. *Finansinės.*
2. *Išsilavinimo įgijimo.*
3. *Profesijų prestižo.*
4. *Įsidarbinimo.*
5. *Darbo sąlygų.*
6. *Tobulėjimo.*
7. *Žinių pritaikomumo.*
8. *Laisvalaikio.*
9. *Gyvenimo sąlygų.*

Lietuvos gydytojų mobilumui taip pat svarbūs ir kiti veiksniai: asmeninės savybės, žinios, socialiniai ryšiai, šeimos aplinkybės, sveikatos apsaugos sistemos būklė ir korupcijos veiksniai.

6.4.2 Teritorinio mobilumo patirtys ir darbo užsienyje nuostatos

Kelionių į užsienį patirtys. Tiek Lietuvoje, tiek užsienyje gyvenančių gydytojų paklaustus apie keliones į užsienį, visi tyrimo informantai nurodo lankęsis už dabartinės gyvenamosios šalies ribų. Net 25 informantų iš 30 nurodė buvę užsienyje darbo, studijų ar kvalifikacijos tobulinimo (konferencijos ir stažuotės) tikslais. Nemažai gydytojų aplankė ne po vieną, o daug šalių:

„[Teko būti] daugelyje Europos šalių ir Amerikoje: ir darbo, ir poilsio tikslais.“ (AL2).

„Lankiausi mažiausiai 26 užsienio valstybėse įvairiais tikslais.“ (AP7).

„Norvegijoje, Danijoje, Švedijoje, Belgijoje, Ispanijoje, Italijoje, Portugalijoje, Lenkijoje, Latvijoje, Rusijoje, Estijoje, Turkijoje, Prancūzijoje, Ukrainoje, Baltarusijoje. Buvau įvairiais tikslais.“ (AP8).

Darbo tikslais gydytojai pagrinde lankėsi Europoje, tačiau vienas gydytojas nurodė, kad ilgą laiką dirbo Australijoje. Konferencijų, stažuočių ir studijų tikslais gydytojai kartais išvykdavo ir už Europos ribų, pagrinde į Ameriką.

Poilsio ir kitais tikslais gydytojai aplankė daugelį Europos valstybių, tačiau yra buvę Afrikos šalyse ir Azijoje. Paklausus, kokios šalys labiausiai patiko, buvo vardijamos Europoje esančios valstybės. Informantus pagal pasirinkimą galima skirti į dvi grupes. Dėl gamtos, kultūros ir klimato sąlygų penkiems gydytojams patiko Pietų Europos šalys: Prancūzija, Italija, Portugalija:

„Prancūzijoje ir klimatinės sąlygos mane labai tenkina, ir šiaip prancūzų kultūra man prie širdies.“ (AL5).

„Patiko Portugalijoje, nes ten ypatinga, išskirtinė yra gamta ir visai kitokia atmosfera, ir vandenynas sudaro tokia specifinę nepaprastą aplinką.“ (AL1).

„Italija man padarė tikrai gerą įspūdį.“ (AL9).

Kitai informantų grupei labiau patiko Vidurio ir Šiaurės Europos valstybės dėl žmonių kultūros, dėl tvarkos:

„Labiausiai patiko Islandijoje, nes ten žmonės yra tyri, nevagiantys, neapgaujinėja.“ (AP3).

„Šalis, kurioje norėčiau gyventi ir dirbti yra Švedija. Žmonės nėra tokie šalti, kaip susidaro toks įspūdis, bent jau su tais žmonėmis su kuriais man teko susidurti –labai draugiški.“ (AL3).

„Labiausiai patiko Vokietija, Norvegija. Matyt dėl priimtinos kultūros.“ (AP1).

„Olandija labiausiai patiko iš ES šalių: tvarka, gerbūvis. Nepalyginsi su Prancūzija. Olandija primena Skandinavijas šalis. Švedai puikiai susiorganizavę.“ (MT1).

„[Labiausia patiko] Norvegijoje. [Buvau] daug kartų.“ (AL7).

Kai kurie gydytojai, buvę ne tik Europoje, negalėjo išskirti konkrečios šalies, kadangi patiko visos. Vienas informantas pabrėžė, jog visos yra skirtingos, turi ir teigiamų ir neigiamų pusių:

„Visos šalys skirtingos, visur yra privalumų ir trūkumų. Negaliu išskirti, kad kažkur labai patiko. Visur kitaip, kažkas naujo, priklauso ir nuo žmonių, kuriuos sutinki.“ (AL11).

Darbo kitose šalyse nuostatos ir jas formuojančios priežastys. Paklausus gydytojų, kokią šalį rinktųsi darbui, beveik visi informantai vardijo Europos valstybes, pagrinde anglakalbes šalis (D. Britanija, Airija). Informantai nurodo ir kitas priežastis, įtakančias jų nuostatas **rinktis** vieną ar kitą šalį:

1. Didesnis darbo užmokestis (Dž. Britanija, Norvegija, Švedija).
2. Paprastas dokumentų sutvarkymas (Dž. Britanija, Norvegija).
3. Kalbos mokėjimas (Dž. Britanija, Prancūzija).
4. Studijų patirtis (Švedija).

5. Gyvenimo sąlygos, gyvenimo būdas (Švedija, Olandija).
6. Geros darbo sąlygos (Švedija).
7. Panašus klimatas, gamta (Prancūzija, Dž. Britanija).
8. Mažesnis darbo intensyvumas (Norvegija (lyginant su Vokietija), Prancūzija (lyginant su šiauriečiais)).
9. Pažengusios technologijos (Šveicarija, Norvegija).
10. Trumpesnis darbo laikas (Norvegija).
11. Šeimos susijungimas (Airija).
12. Žmonių savybių (Čekija, Danija).
13. Pagarba gydytojui (Airija).
14. Gydytojų poreikis (Norvegija).

Įdomu tai, kad Lietuvos gydytojai, dirbantys ne Lietuvoje, bent mintyse svarsto apie kitų šalių pasirinkimą. Vienas gydytojas, dirbantis Vokietijoje, nurodė galėtų pabandyti dirbti Australijoje ir kitur:

„Iš tikrųjų, sunku pasakyti. Nebent iš smalsumo pabandyčiau 2-3 šalis, jeigu būtų [užtikrintos] vienodos sąlygos: kas skiriasi, [kokie] yra pliusai, [kokie] yra minusai. Kas labiau domintų, tai nebent [pabandyti išvažiuoti] už ES ribų: Australija, Naujoji Zelandija, Singapūras.“ (AL9).

Kitas Vokietijos gydytojas, jeigu būtų jaunesnis, mielai rinktųsi darbą Norvegijoje:

„Jeigu dabar būčiau jaunas, ir reikėtų man važiuoti iš Lietuvos kur nors, tai važiuočiau į Norvegiją.“ (AL7).

Dar vienas gydytojas pabrėžia, gal nebūtų išvažiavęs iš Lietuvos, tačiau dėl šeimyninių aplinkybių pasiliko užsienio valstybėje:

Priežastys, dėl kurių **nesirinktų** kitų šalių, vardijamos šios:

1. Kalbos nemokėjimas (Norvegija, Švedija, Vokietija ir kt.).
2. Šaltas klimatas (Norvegija).
3. Didelis darbo krūvis (Skandinavijos šalys).
4. Šeimos išsiskyrimas (JAV, Lietuva).
5. Darbo niuansai (Vokietija)

6. Neturėjimas informacijos apie sistemą.

7. Sudėtingiau įsitvirtinti (Švedija).

Vienas informantas teigia, kad didelių skirtumų tarp ES-15 šalių nėra, todėl neverta keisti darbo vietas, nebent važiuoti į kitą pasaulio kraštą:

„Australija... Iš tikrųjų „auksinės žemės“ nėra. (...) Jeigu išvažiuosi į pvz. Belgiją, ar Prancūziją, kažkokių ypatingo skirtumo nerasi. Aplankyti – yra viena, o dirbti – nežinau, ar čia reikia toliau blaškytis, kai kažką gero jau randi.“ (AL10).

Svarbu pažymėti, kad dalis informantų neturi jokių minčių išvažiuoti iš Lietuvos, tvirtai prisirišę prie savo žemė ir mato čia karjeros perspektyvas:

„Nesirinkčiau, nors dabar galėčiau tą daryt. Nes aš šiuo metu norėčiau likti Lietuvoje, nes čia kol kas [matau] ir darbo perspektyvas, ir karjeros [galimybes]. Ir tikimės, kad bus geriau, kad spragos išnyks laike. Negalvoju apie [darbą užsienyje].“ (AL2).

„Lietuvą, kitų net nesvarstau. Praktikos metu teko dirbti Vokietijoje ir tam tikri niuansai darbo metu ir po jo, manęs netenkino.“ (AP4).

Apibendrinus galima teigti, jog šio tyrimo informantai migravo į užsienį įvairiais tikslais ir įvairiomis kryptimis dažnai ne po vieną kartą. Darbo ir studijų tikslais dažniausiai lankėsi Europos šalyse, o kvalifikacijos tobulinimo tikslu kai kurie informantai rinkosi ir Šiaurės ar Pietų Amerikos valstybes. Poilsio tikslais informantai rinkosi dar ir Afrikos bei Azijos vietas.

Šalys, į kurias norėtų važiuoti dirbti gydytojai, beveik visi nurodo Europos valstybes. Informantai vardija ne vien finansines priežastis, dėl kurių rinktųsi tam tikrą šalį. Nurodo esant ypač svarbias darbo ir gyvenimo sąlygas, kalbos mokėjimą, įsidarbinimo ir įsitvirtinimo galimybes. Gydytojai, dirbantys ES-15 valstybėse nurodo, kad didelio skirtumo tarp tų šalių nėra: visose geros sąlygos, todėl nei finansinės, nei darbo sąlygos neskatina išvažiuoti iš dabartinės šalies.

6.4.3 Gydytojų ryšys su Lietuva. Išvykimo barjerai

Tiek išvažiavę, tiek esantys Lietuvoje informantai nurodo, kad juos su Lietuva pirmiausia sieja šeima (tėvai, vaikai, giminės):

„Dabartiniai šeimos santykiai riša mane su Lietuva ir dėl to neįkvėju laiko tam, ko negalėčiau įgyvendinti.“ (LL3).

Vieno informanto nuomone, išvykimui/ neišvykimui yra svarbus ir santykių pobūdis:

„Tiems, kurių blogesni santykiai šeimoje, gal jiems lengviau išvažiuoti.“ (AL3).

Dargiau nei du dešimtmečius gyvenantis užsienyje Lietuvos gydytojas pažymi, kad dažnai susitinka su šeima ir draugais iš Lietuvos, nes jie patys atvyksta:

„Jie atvažiuoja pas mus - ir sesuo, ir draugai - labai dažnai.“ (AL1).

Gydytojams Lietuvoje svarbūs yra ne tik dabartinis ryšys, bet ir praeities prisiminimai, kurie neleidžia atitolti nuo gimtųjų vietų:

„Turbūt dėl to, kad aš esu kaimo vaikas, kur vaikystėje buvo labai gera gyventi.“ (AP2).

Lietuvos gydytojus užsienyje gimtosios vietos taip pat traukia:

„Jūra – esu gimusi Klaipėdoje.“ (AL8).

Lietuvos gydytojams yra svarbu būti savos valstybės šeiminkais:

„Jaučiuosi šitoj šaly kaip šeiminkas, savas kaip pilietis. Kiek teko kalbėtis – ne tik su medikais, kurie išvažiuavę ir gyvena [užsieny] – kad pvz. Anglijoje, vis tiek esi laikomas užsieniečiu imigrantu, ne tuo tikroju anglu, bet ... Ir jeigu pasitaikys net ir geresnė vieta, jie visada sudaro sąlygas visų pirma vietiniams saviškiams pasirinkti tą poziciją, ir tik po to užsieniečiams.“ (AL5).

Ne vienas tyrimo informantas pažymi, jog yra prisirišę prie savo namų, aplinkos. Ypač vyresniems gyventojams sunku išsivietinti iš savo gyvenamosios vietos ne dėl susikurtos buities, nusistovėjusios tvarkos, bet ir nuosavybės jausmo:

„Aš jau nebe to amžiaus, kad išvykti ir adaptuotis kitur.“ (LL8).

„Aš mėgstu žemę – savo kieme, savo sodyboje aš ir daržą turiu. Ir man užtenka užsiauginti daržovių ir bulvių visokių. Ir aš kitur nuvažiavus, aš šito negausiu. Čia mano šaknys. Kai aš įleidžiu į savo žemę rankas, aš nuleidžiu visą pyktį, skausmą ... čia yra mano. O ne kažkur tai. <...> Jei man dabar būtų 40 metų – ko gero važiuočiau. Gal mano toks gyvenimo būdas. Aš mėgstu keliauti ir ekstremumus visokius. Dabar [kaip čia pasakyt], buitį jau susikūrėm. <...> Mes matėm prastesnę gyvenimą, ir dabar jau savo amžiuje, nebe norėčiau važiuoti, nes jau susikūriau viską čia. Ką aš jau turiu ir man užtenka. Bet jei aš būčiau žymiai jaunesnė – aš norėčiau.“ (LL2).

Keli informantai pažymi, jog svarbus yra psichologinis komfortas būti savo aplinkoje ne tik dėl gimtosios kalbos, bet ir dėl papročių žinojimo, dėl įpratimo:

„Psichologiškai yra daug lengviau gyventi savo šalyje, kalbėti savo kalba, savo kalba sapnuoti.“ (AL6).

„Mane sieja stereotipai. Man čia viskas yra įprasta. Baisiausias dalykas gyvenime, kuris sukelia didžiausią diskomfortą, yra laužyti stereotipus.“ (MT1).

„Žinai šios šalies papročius, žinai tvarkas, bendravimą. Čia vis tiek yra kažkokia tavo terpė.“ (MT2).

Išvykus, vieno informanto nuomone, lydėtų svetimšalio jausmas, būtų prastesnės socialinio mobilumo galimybės negu vietiniams gyventojams:

„Galėčiau atsakyti pasitelkiant Vokietijos pavyzdį. Nenorėčiau ten vykti vien dėl to, kad ten visuomet būčiau tik svetimšalė, o svetimšaliams karjeros galimybių Vokietijoje nėra.“ (AP4).

Vieno gydytojo teigimu, svarbi yra nusistovėjusi tvarka: „išvykus į užsienį, viską reikia pradėti nuo nulio“ (AP5). Išvykęs informantas nurodo, kad jį su Lietuva sieja ne tik šeima, bet ir „identitetas su savo tautybe“ (AP8). Dar keli gydytojai nurodo, kad svarbus išvykimo iš Lietuvos ar pasilikimo užsienyje barjeras yra kalba:

„Turėjau galimybę prieš 30 metų pasilikti JAV. Bet vaikai buvo Lietuvoj palikti ir kalbos nemokėjau.“ (LL4).

Visus aptartus barjerus ir ryšio su Lietuva galima pavaizduoti lentelėje (žr. 14 lentelę).

Lentelė 14. Gydytojų ryšys su Lietuva ir išvykimo barjerai

Lietuvos gydytojų užsienyje ryšys su Lietuva	Lietuvos gydytojų išvykimo iš Lietuvos barjerai
Šeima, draugai	Prisirišimas prie šeimos
Gimtosios vietos	Prisirišimas prie aplinkos, teritorijos, papročių
Tautinis tapatumas	Savos valstybės šeimnininko jausmas Psichologinis komfortas Vaikystės prisiminimai Nusistovėjusi tvarka

Apibendrinant galima teigti, kad esančius užsienyje Lietuvos gydytojus labiausiai su Lietuva sieja šeima ir draugai. O Lietuvoje gyvenančius informantus su savo šalimi sieja ne tik prisirišimas prie šeimos, teritorijos, bet ir savo valstybės šeimnininko jausmas, psichologinis komfortas, įpratimas ir nusistovėjusi tvarka.

6.4.4 Darbo užsienyje paieškos strategijos

Siekiant išsiaiškinti, kaip gydytojai susirado ar ketina susirasti darbą užsienyje, buvo klausama jų apie internetinę darbo paiešką, t. y. savo CV pateikimo kitų valstybių gydytojų duomenų tinklalapiuose agentūrų, įdarbinimo agentūros, „*kurios užsiima būtent medikų įdarbinimu*“ (MT2). Tyrimo metu paaiškėjo, kad tik du tyrime dalyvavę Lietuvos gydytojai yra pateikę savo gyvenimo aprašymus tokio tipo bazėse. Tačiau vienas jų mano, kad geriau yra tiesiogiai, o ne per tarpininkus ieškoti darbo kitose valstybėse:

„Manau, kad geriausia rašyti tiesiai laiškus į ligonines, o ne per agentūras. Bet, man atrodo, kad reikia pirmiausia kalbą išmokti pradžiai.“ (AL4).

Gydytojas pažymi, kad svarbu yra darbo ieškoti jau turint tos šalies kalbos žinių. Kitas informantas, nors ir pateikęs savo duomenis, tačiau noras dirbti užsienyje yra kiek sumažėjęs, todėl kol kas neišvažiavo:

„Pirmą kartą pateikiau prieš kokius septynerius metus. Buvo ne vienas bandymas su manimi susisiekti. Iš Jungtinės Karalystės. Atsiunčia laišką, skambina, kad yra tokios laisvos darbo vietos, kokius dokumentus reikia užpildyti. Bet aš pats ne viską iki galo padarau ar užpildau... Nelabai yra noro. Nors dar anksčiau prieš dešimt ar vienuolika metų ieškojau darbo naftos platformose (gydytoju). Ten išdirbęs Olandijai ar kt. ir sumokėjęs mokesčius turi teisę į pilietybę. Mokesčiai yra lengvatiniai...“ (MT2).

Dar vienas gydytojas atskleidė, kad gydytojų įdarbinimo agentūros sužino informaciją apie gydytojus iš jų pačių, bet ir iš gydytojų organizacijų:

„Mane susirado gydytojų įdarbinimo firma. O patys CV [neteikiame]. Aš daug sulaukiu pasiūlymu – arba el. paštu, ar telefonu. Per savaitę vidutiniškai 3 pasiūlymus gaunu. Jie sužino kontaktus iš (Lietuvos) gydytojų sąjungos“ (AL9).

Du Lietuvoje dirbantys tyrimo informantai atskleidė, kad mąsto apie darbą užsienyje. Tačiau vieną jų sieja stiprūs šeimyniniai ryšiai, o kitas dar tik ketina pradėti ieškoti darbo siūsdamas savo CV duomenis gydytojų įdarbinimo agentūroms. Dar vienas gydytojas nurodo, kad jau yra „per senas“ tokiam žingsniui (LL4). Kiti Lietuvos gydytojai Lietuvoje darbo užsienyje ieškoti neketina dėl kitų priežasčių.

6.5. Darbo vietos, krūvio ir šalies pasirinkimo strategijos

6.5.1 Darbo vietos ir krūvio pasirinkimo strategijos

Tyrimo metu paaiškėjo, kad informantai – gydytojai Lietuvoje – praktiškai visi dirba daugiau nei 1 etato krūviu toje pačioje (valstybinėje) ar keliose darbovietėse (valstybinėse ar valstybinėje ir privačioje įstaigoje). Beveik trečdalis visų informantų turi darbo patirties privačioje gydymo įstaigoje Lietuvoje. Pagrindė tai yra didmiesčio gydytojai, dirbantys ar dirbę Vilniuje bei Kaune. Vienas gydytojas, dirbantis mažame mieste teigia norintis pabandyti dirbti privačiai, tačiau pasirinkimą riboja tokių įstaigų nebuvimas jo mieste. Dar vienas gydytojas buvo susiradęs darbą privačioje gydymo įstaigoje, tačiau dėl pasikeitusio darbo užmokesčio – pasiliko toje pačioje valstybinėje organizacijoje:

„Bandžiau [ieškoti], ir buvo man pasiūlytas darbas privačioj įstaigoj. Netgi buvau apsisprendęs išeiti dėl didesnio atlyginimo. (Sulaikė) didesnis atlyginimas toj pačioj darbovietėje.“ (AL5).

Interviu tyrimo duomenys atskleidė, kad informantų - Lietuvos gydytojų - **darbo keliose įstaigose ar didesniu krūviu** pasirinkimą įtakoja skirtingi veiksniai: Lietuvoje – pagrindė finansinės paskatos, o užsienio šalyse – daugiau gydytojų visuomeninis aktyvumas (žr. 15 lentelę).

Dž. Britanijoje, Vokietijoje ir Norvegijoje gyvenantys (gyvenę) tyrimo dalyviai teigia dirbantys (dirbę) tik vienoje darbovietėje, pagrindė vadinamose valstybinėse įstaigose (išskyrus odontologus). Du informantai iš Vokietijos sutaria, kad kitaip ir negalėtų pasielgti. Vienas gydytojas nurodo, kad galėtų dirbti intensyviau vienoje gydymo įstaigoje, tačiau jam nepavyktų dirbti keliose:

„(Vokietijoje) galima [intensyviau] ir daugiau valandų dirbti vienoje ligoninėje, bet per dvi ligonines – nepavyks.“ (AL10).

Lentelė 15. Gydytojų darbo keliose įstaigose ar didesniu krūviu pasirinkimą lemiantys veiksniai Lietuvoje ir užsienyje.

Lietuvoje	Užsienyje
<p>1. <u>Didesnis finansinis aprūpinimas.</u> <i>„Norint išlaikyti šeimą, tenka dirbti per kelis darbus.“ (AP1).</i> <i>„Dirbau ir privačioje, ir valstybinėje (įstaigoje), kaip visi normalūs, norintys išgyventi medikai Lietuvoje.“ (AP7).</i> <i>„O kad prisidurčiau pinigų, kad galėčiau išmokinti savo dvi dukras, turiu dirbti dar papildomai kitoje [valstybinėje] darbovietėje.“ (LL3).</i></p> <p>2. <u>Mokslinės ir praktinės veiklos derinimas.</u> <i>„Dirbu valstybinėje kaip paprastas gydytojas, kaip lektorius ir kaip mokslininkas - kitoje valstybinėje įstaigoje.“ (AL2).</i></p> <p>3. <u>Fizinė sveikata.</u> <i>„Gerai, jei dar yra sveikatos, ir leidžia man virš to etato [turėti krūvio].“ (LL2).</i></p> <p>4. <u>Nepakankamas fizinis krūvis vienoje darbovietėje.</u> <i>„Reiškiasi tas gydytojas nėra toj valstybinėj ligoninėj ant tiek užkrautas darbu, jeigu jam dar lieka energijos kitur dirbti.“ (AL7).</i></p> <p>5. <u>Gydytojų trūkumas.</u> <i>„Šioje ligoninėje visi dirba 1,5 ir daugiau etato.“ (MT5).</i></p>	<p>1. <u>Aktyvumas ir pradėtu darbu taša.</u> <i>„Lietuvos [ikūre] retų lygų onkologijos draugija, kuri iki šiol veikia Lietuvoje. Aš dabar daugiau tarptautiniuose reikaluose sukuosi toje srityje. Esu Europos vėžio retų ligų draugijos vadovė.“ (AL10).</i></p> <p>2. <u>Mokslinės ir praktinės veiklos derinimas.</u> <i>„Dirbu ir privačioje, ir valstybinėje ligoninėje. <...> Buvau pakviestas aplikuoti pozicijai ir gavau pasiūlymą dirbti Konsultantu Neonatologu privačioje ir universitetinėje ligoninėje Dubline.“ (AP6).</i></p>

Kitas gydytojas yra labai daug užkrautas darbais savo darbovietėje. Be to, darbą keliose gydymo įstaigose riboje ne tik fizinės, bet ir teisinės galimybės. Nors Vokietijoje dirbantys Lietuvos gydytojai yra labai užkrauti, tačiau Lietuvoje įpratę dirbti daugiau valandų, jie užsienyje įsijungia į kitas, su profesija susijusias, veiklas (pvz. tarptautinės medicinos organizacijos). Kitose šalyse yra kiek kitokios galimybės. Darbą ir privačioje, ir valstybinėje įstaigoje turi tyrimo informantas, dirbantis Airijoje. Tačiau Norvegijoje, informantų teigimu, tai būtų neprotinga.

Vieno užsienyje esančio informanto teigimu, pagrindinės priežastys, dėl kurių gydytojai Lietuvoje dirba keliuose darbuose arba/ir didesniu krūviu – tai

finansiniai dalykai ir darbo efektyvumo nebuvimas. Jo nuomone, jeigu gydytojas Lietuvoje būtų labiau užkrautas darbais, reikėtų mažiau specialistų, susitaupytų valstybiniai finansai ir galėtų būtų mokami didesni atlyginimai gydytojams, dirbantiems vienoje darbovietėje, vienu etatu:

„Bet Lietuvoj yra kitos priežastys, kodėl gydytojai tiek daug darboviečių turi. Jeigu žmogus gautų vieną darbovietę, toje vienoje būtų lygiai tiek pat būtų užkrautas kaip trijose efektyvumu, tai jam nereikėtų trankytis po pusę Lietuvos, uždirbtų daugiau pinigų, ir netgi taupytų aplamai visai Lietuvos sveikatos apsaugai pinigus. - Dabar jisai uždirba tris atlyginimus per tris darbovietes. Jeigu pilnai būtų užkrautas, jis atsisakytų geriau vienos darbovietės, jeigu tą pinigą, ką jisai gauna trijose, gautų vienoj tik už du. Tada taupytų Lietuvos sveikatos apsauga, ir ligonių kasos. Ir žmonėm geriau būtų, ir gydytojams, ir pacientams.“ (AL7)

Gydytojų, dirbančių Lietuvoje, nuomone, darbas didesniu krūviu turi **neigiamą poveikį** gydytojo poilsio režimui, darbo efektyvumui ir darbo kokybei.

„Kada gi gydytojai miega, kai dirba po tris etatus? Pastoviai slepiama, neišdirbama iki galo, ir tvyro didžiausia netvarka atlyginimuose.“ (AP2).

„Na, jeigu tu dvi paras išdirbai, tai koks tu chirurgas?“ (MT4).

Tą patį mano dar vienas informantas, dirbantis Norvegijoje:

„Tokie darbo krūviai negali būti, nes kenčia kokybe.“ (AP7)

Tyrimo duomenų analizės pagrindu galima išskirti veiksnius, kurie įtakoja **darbo tik vienoje darbovietėje** (nebūtinai vienu etatu) pasirinkimą. Lietuvoje ir ES-15 valstybėse bei Norvegijoje (žr. 16 lentelę).

Vieno informanto teigimu, jeigu gydytojas pradeda dirbti universitete, automatiškai reiškia, kad jis turės dirbti ir universitetinėse klinikose, tačiau daugiau jokioje kitoje darbovietėje dirbti negalėtų. Tačiau jeigu tai ne medicinos universitetas, tuomet darbdavys gali būti kitas.

Tiek Lietuvoje, tiek kitose Europos valstybėse yra teisiniai darbo laiko apribojimai, kurie įtakoja darbo trukmę ir galimybes dirbti keliuose darbuose.

Apibendrinant, galima išskirti įvairias Lietuvos gydytojų darbo vietų ir krūvio pasirinkimo strategijas: darbas vienoje darbovietėje ar keliose, vieno etato ar

didesniu krūviu, valstybiniame ar/ir privačiame sektoriuje, mokslinis ar/ir praktinis darbas, didmiestyje ar mažesniame mieste.

Lentelė 16. Gydytojų darbo tik vienoje darbovietėje pasirinkimą lemiantys veiksniai Lietuvoje ir užsienyje.

Lietuvoje	Užsienyje
<p>1. <u>Teisiniai apribojimai dirbti tik 1,5 etato:</u> <i>„Nebandžiau, nes turiu 1,5 etato [šiame darbe], neturiu [laisvo laiko dirbti papildomai].“ (AL3).</i></p> <p>2. <u>Darbas mažame mieste.</u> <i>„Dirbu vienoje valstybinėje darbovietėje.“ (AL4).</i></p> <p>3. <u>Darbas universitete.</u> <i>„Šiuo metu tik LSMU universitete ir Kauno klinikose, kas yra beveik privaloma dirbti abejose vietose, bet niekur kitur.“ (AL6).</i></p> <p>4. <u>Specialybė.</u> <i>„Šios specialybės specifika suteikia ribotas galimybes dirbti privačiame sektoriuje.“ (MT5).</i></p>	<p>1. <u>Fizinės galimybės.</u> <i>„Vokietijoje, jeigu turi vieną darbą, tas darbas tave ant tiek iškrauna, kad antros darbovietės neįmanoma fiziškai tempti <...>.“ (AL7).</i> <i>„[Vokietijoje] papildomai dirbti neįmanoma fiziškai.“ (AL9).</i></p> <p>2. <u>Teisiniai apribojimai.</u> <i>„<...> teisiškai negalima.“ (AL7).</i></p> <p>3. <u>Pakankamas finansinis aprūpinimas.</u> <i>„Jeigu Lietuvoje gydytojas turi dirbti keliuose darbuose, kad galą su galu suvesti, tai Anglijoje to nereikia, pakanka vienos darbo vietos.“ (LL1).</i> <i>„Nėra jokio reikalo ir būtų neprotinga.“ (AP7).</i></p>

Visų šių strategijų pasirinkimą ir įgyvendinimą įtakoja vienokie ar kitokie vidiniai (pvz. sveikata, darbo atlygis, mokslinis laipsnis) ar/ir išoriniai veiksniai (pvz. teisinė sistema, darbo krūvis, specialistų trūkumas).

6.5.2 Gydytojų darbo keliose šalyse strategija

Yra žinoma, kad kai kurie gydytojai renkasi darbą keliose valstybėse: dalį laiko dirba vienoje šalyje, dalį – kitoje. Tokį kelią renkasi ne tik Lietuvos gydytojai:

„Yra tokių, kurie važinėja. <...> Pažįstu vokiečių, kurie taip važinėja į Skandinaviją dirbti, arba į Šveicariją. Visi jie yra laisvai samdomi, privačiai dirbantys. Jie su ligonine sudaro kontraktą. Kai kontraktas baigiasi, jie važiuoja į Švediją dirbti. Keičia darbą kas kelis mėnesius. Yra galimybė. Bet nežinau, kokia iš to [nauda]. Ten jie važiuoja dėl pinigų.“ (AL10).

Informantas pažymėjo, kad pagrindinės darbo per kelias valstybes priežastys yra finansinės. Dar vienas informantas nurodė, kad jo pažįstamas gydytojas, dirbantis Norvegijoje, mielai dalį laiko dirbtų Lietuvoje, kad galėtų išlaikyti savo kvalifikaciją:

„Žinau vieną, kuris turi ir namus Norvegijoje ant ežero kranto ir kuris sugrįš pas mus, kad paoperuotų, nes ten diskvalifikacija. Ten nėra darbo.“ (MT4).

Tokią pasirinkimą galima laikyti tam tikra transnacionalumo raiška. Pasiteiravus informantų apie darbą keliose šalyse nuostatas, kelių informantų nuomone tokia strategija įmanoma, tačiau yra nemažai kliūčių tokiai strategijai įgyvendinti. Vieno gydytojo nuomone, šeima yra svarbi kliūtis tokiam pasirinkimui:

„Tai ir nuo šeimos priklauso. Jeigu yra vaikai, laisvai neišvažiuosi 3 savaitėm.“ (AL10.)

Kito informanto teigimu, tokią strategiją įgyvendinti ypatingai geri specialistai:

„Reikia geru specu tapti, kad taip galėtum daryt. Turi būt labai geras specialistas, nepakeičiamas, kad išsireikalautum tokių darbo sąlygų.“ (AL5).

Vienas informantas į užsienį iš Lietuvos važiuoja paėmusi neapmokamas atostogas. Pagrindinė tokios strategijos priežastis – kvalifikacijos tobulinimas, tačiau kad galėtų iš karto dirbti, renkasi anglakalbę valstybę:

„Angliją [pasirinkau] todėl, kad kitų kalbų taip gerai nemoku, kad galėčiau dirbti. Norėjosi patirties įvairiapusiškos, kad nebūtų visą gyvenimą darbas vienoj didelėj ligoninėj. Aš visada sakiau, kad grįšiu. Buvau truputį daugiau, negu metus. Aš buvau čia (Lietuvoje) neapmokamose atostogose, ir visada sakiau, kad grįšiu.“ (AL6).

Svarbu pažymėti, kad pastarasis informantas dar neturi sukūrus šeimos, todėl nesunkiai kuriam laikui išvyksta iš Lietuvos.

Apibendrinant galima sakyti, kad gydytojų darbo keliose šalyse priežastys nėra vien finansinės. Lietuvos gydytojai išvažiuoja dirbti į užsienį, kad padidintų ar išlaikytų savo kvalifikaciją. Tačiau, kitų teigimu, tokias nuostatas gydytojams trukdo įgyvendinti šeimyninės aplinkybės, o šalies pasirinkimą riboja kalbos barjeras.

6.6. Lietuvos gydytojų transnacionalumo raiška

Atliktas interviu tyrimas atskleidė įvairias Lietuvos gydytojų transnacionalumo apraiškas: daugybinį susisaistymą, transmigracijos nuostatas, gyvenimo organizavimą tarp kelių valstybių, daugybinį lojalumą, transnacionalinių šeimų kūrimąsi, atotolio šeimas, transnacionalinių interesų buvimą.

Vienas transnacionalumo apraiškų yra kitoks įsiliejimo į imigracijos šalies visuomenę pobūdis – *neatsisaistymas nuo savo kilmės šalies ir bendruomenės*. Vienas tyrimo informantas, gyvenantis užsienyje, nurodo, jog gyvendamas ne Lietuvoje daugiau nei 2 dešimtmečius nenutraukė ryšių su kilmės šalimi, intensyviai bendrauja su kolegomis, draugais Lietuvoje, be to palaiko glaudžius ryšius ir su kitų šalių gydytojais-draugais:

„Mano visi draugai Lietuvoj yra likę gydytojai, ir labai dažnai, ir labai intensyviai šnekam. Ir su latviais šnekam. Turiu draugų ir Latvijoje, ten irgi maždaug tos pačios problemos.“ (AL7).

Išvažiavusių gydytojų nepamiršta ir Lietuvos žiniasklaida, kuri tam tikra prasme susaisto „išsivaikščiojusius“ Lietuvos gydytojus:

„Per mėnesį būna vis kas nors parašo. [Susisiekiame] internetu ar el. paštu.“ (AL9).

Buvę darbo kolegos nuolat kreipiasi patarimo, teiraujasi informacijos visiškai nepažįstami Lietuvos gydytojai, o informantas atsako geranoriškai, stengiasi pagelbėti ar suteikti informacijos:

„Taip, kreipiasi [į mane], vidutiniškai kas pora savaitių parašo, per mėnesį 2-4 žmonės paklausia: „o kaip ten“, „kaip išvažiavus [sekasi]“, „kokios čia sąlygos“, kokie čia budėjimai, kokios galimybės, ar čia verta ar neverta [išvykti], ar dar palaukti ir kt. Įvairiausių klausimų būna. O asmeniškai tai pavieniū [pažįstame]. Dabar aišku tas pažįstamų ratas susiaurėjęs, kai mes išvykę, bet yra.“ (AL9).

Vienas tyrimo informantas nurodo, kad net ir išvykus nepraranda *tautinio tapatumo* su Lietuvos tauta, kitas neatmeta galimybės kada nors grįžti į tėvynę:

„Esu jau išvykus. Su Lietuva sieja šeima bei identitetas su savo tautybe.“ (AP8).

„Aš turiu minčių ir į Lietuvą grįžti. Kol kas aš priklausau prie neapsisprendusiųjų. Kaip aplinkybės susiklostys, taip ir bus.“ (LL1).

Svarbus transnacionalumo požymis yra vietos nesureikšminimas, kitaip - *išsivietinimas*. Vienas respondentas, vardindamas Lietuvos gydytojų išvykimo iš Lietuvos priežastis, nurodo *išsivietinimą*, šeimos aplinkybes:

„<...>kiti žmonės apskritai būna neprisirišę prie šalies, kitiems susiklosto tam tikros šeimyninės aplinkybės.“ (AP4).

Kitas gydytojas, taip pat pažymi esąs išsivietinęs, ir Lietuvoje gyvensiąs tik kuri laiką, kad padidintų įsidarbinimo galimybes kitoje vietoje:

„Aš neesu prisirišęs prie vietos, bet reikia 5 metus išdirbti čia, [kad lengviau būtų įsidarbinti užsienyje].“ (AL4).

Informantai nurodo, jog dar būdami Lietuvoje jų žinomi gydytojai arba jie patys planuoja ne visam laikui išvykti, ne iki galo išsivietina, ne emigruoja, o transmigruoja:

„Bet kas emigruoja, tai dažniausiai planuoja ne visam [laikui]: dažniausiai su mintim grįžti kažkada.“ (AL5).

„Aš visada sakiau, kad grįšiu. Buvau truputį daugiau, negu metus. Aš buvau čia neapmokamose atostogose, ir visada sakiau, kad grįšiu.“ (AL6). (vėliau šis gydytojas vėl išvažiavo iš Lietuvos – informaciją patikslino kitas jį pažįstantis informantas po interviu tyrimo praėjus pusei metų – A.L.).

„Kursiokai išvykę tik laikinai – uždarbiui.“ (AP1).

Vienas informantas pažymi, jog kai kurie jauni gydytojai pradžioje planavę išvažiuoti laikinai - pasilieka, nes sukuria šeimas. Pats tyrimo dalyvis tikina, kad išvažiuotų tik uždarbiui, nes yra vyresnio amžiaus ir jam sunkiau išsivietinti:

„Jei aš važiuočiau, tai grynai dėl finansinių reikalų, bet būtinai grįžčiau. O jaunimas, aišku išvažiuoja. Iš pradžių galvoja, kad grįš. O paskui vaikai atsiranda, jie pradeda eiti į mokyklą, ir jau tie žmonės gal norėtų grįžt į Lietuvą, bet jie gyvena grynai dėl vaikų. O paskui grįžta pasenę.“ (LL2).

Transmigracija - svarbus šiuolaikinės migracijos bruožas ir transnacionalumo įrodymas - yra būdingas ir šio tyrimo informantams:

„Šveicarij - rezidentūra. Vokietij - doktorantūra. Singapūre gyvenom pusantrų metų. Rašiau savo disertaciją Amerikoje, mano vyras amerikietis. Tai čia taip ilgiau. (dabar Lietuvoje)“ (LL6)

Vieno tyrimo informanto transmigraciją skatinančių priežasčių – dalyvavimas tarptautinėse organizacijose, transnacionalinių interesų buvimas:

Vakar - Belgija, šiandien - Vokietija: „Aš dabar daugiau tarptautiniuose reikaluose sukuosi toje srityje. Esu Europos vėžio retų lygų draugijos vadovė. Vakar buvo Briuselyje Europos parlamento susitikimas, tai ten labai daug kalbėjome, diskutavome apie registrų svarbą.“ (AL10)

Dar vieno informanto transmigracija yra įvairiapusiškos patirties siekimo kanalas:

„Norėjosi patirties įvairiapusiškos, kad nebūtų visą gyvenimą darbas vienoj didelėj ligoninėj.“ (AL6)

Tranacionalumo raiškai – *transmigracijai* - turi reikšmės greito susisiekiimo galimybės. Informantai turi polinkį trumpalaikiai ir dažnai migracijai, tačiau ją riboja tiesioginio skrydžio nebuvimas:

Jeigu būtų laiko ir galimybių – anksčiau buvo tiesioginis skrydis iš Berlyno į Lietuvą – galima būtų parsikristi savaitgaliui be persėdimų, mes mielai tą darytume. Dabartinės mūsų galimybės: mes turime važiuoti į Brėmeną 500 km arba iš Berlyno skristi su persėdimu. (AL10)

Dar vienas tyrimo dalyvis apgailestauja dėl pasikeitusių darbo sąlygų, dėl kurių dabar rečiau atvyksta į Lietuvą:

„Anksčiau labai dažnai, visas atostogas atlikdavau. Dabar darbo sąlygos taip pasikeitė, kad negali sau leisti dažnai į Lietuvą važiuot. Kartą per metus grįžtu. Anksčiau būdavo ir 4 kartus išvažiuodavau, o dabar į metus kartą. (AL7)

Šios transmigracijos nuostatos rodo *daugybinių susisaistymą*, lojalumą kilmės ir apsigyvenimo šalims, *ryšio su kilmės šalimi/tauta išsaugojimą*. Kitas svarbus ryšių su kilmės tauta išsaugojimo būdų – tautiečių ieškojimas apsigyvenimo šalyje ir santykių palaikymas:

„Šioj ligoninėj šiuo metu nedirba [lietuviių]. Prieš pusę metų dar 2 dirbo lietuviai. Pažįstu ir kitose vietose.“ (AL7).

„Tą kurį pažįstu Vokietijoje (netiesiogiai), tikriausiai studijavo Lietuvoje. Norėčiau turėti jo koordinatas, man labai įdomu, kodėl [jis atvažiavo]. Lietuvius čia pažįstu, bet gydytojų iš Lietuvos – ne. Gal Jūs man galėsite pasakyti, kur jie visi yra?“ (AL8).

„Viena (gydytojo) šeima pabuvusi čia, grįžo į Lietuvą, bet dabar gailisi, ir nori vėl sugrįžti.“ (AL7).

Dar vienas ryšių su kilmės šalimi išlaikymui vienam informantui svarbu visą laiką gyventi netoli Lietuvos:

„Pvz. mano draugė labai norėtų gyventi Portugalijoje, kai bus pensijoje. Aš taip negalėčiau pasakyti, nes aš esu tokia laiminga čia ir noriu būti šalia Lietuvos, vis tiek čia yra ne tolimas kelias, 1200 km iki Vilniaus. Arčiau negu Kiolne, nes anksčiau gyvenau Kiolne – Berlynas buvo pusiaukelė važiuojant į Lietuvą.“ (AL8).

„ <...> pasirinkau Vokietiją. Kita vertus, susisiekimas paprastas čia – valanda, dvi, ir jau Lietuvoj [atsiduri].“ (AL9).

„[Australija, Ameriką nelabai norėčiau važiuoti, nes mano stiprūs ryšiai su Lietuva.“ (AP8).

Vienas svarbesnių transnacionalumo įrodymų yra gyvenimo organizavimas nepaisant valstybių sienų. Skirtingos darbo ir gyvenimo šalys - pasitaikantis reiškinys Lietuvos gydytojų tarpe. Vienas informantas atskleidžia, jog jis gyvena Lietuvoje, o dirba kitoje šalyje:

„Dirbu Norvegijoje, gyvenau, gyvenu ir gyvensiu Lietuvoje.“ (AP7).

Dar vienas informantas nurodo, kad jam žinomas išvažiuavęs gydytojas ruošiasi padirbėti Lietuvoje, kad padidintų savo kvalifikaciją, pasitobulintų:

„Žinau vieną, kuris turi ir namus Norvegijoje ant ežero kranto ir kuris sugrįš pas mus, kad paoperuotų, nes ten diskvalifikacija. Ten nėra darbo. Jis rehabilitologas. Valdžia jam moka atlyginimą.“ (MT4)

Vienas informantų pažymi, jog mielai dažniau išvažiuotų, rinktųsi darbą tarp kelių valstybių, jeigu būtų užtikrinta pradėtų darbų tęsa:

„Blogiausia, kai nėra tos tąšos tokios. Išvažiuoji kažkur, kažką išmoksti užsienyje grįžti čia ir tos tąšos nebelieka – tai toks kartėlis... Mano požiūriu išvažiavimo tikslas turėtų būti – išmokti ir grįžti čia ir diegi. Arba nuvažiuoji ten kažką pamokyti. Tie mainai, tas judumas tada būtų abipusis.“ (LL6).

Atotolio šeima, kuri dar vadinama transnacionaline šeima, taip pat pasitaikanti Lietuvos gydytojų šeiminio gyvenimo organizavimo forma: sutuoktiniai gyvena ir dirba skirtingose šalyse, kartais susitinka ir gyvena kartu ilgesnį laiką, paskui vėl atskirai, kartu atostogauja.

„Man ir Lietuvoje gerai. Mano žmona Švedijoje dirba jau keturis metus.“ (MT1)

„Kursiokai bei vyras yra išvykę ir labai patenkinti - nenori grįžti. Vyras, pasiekė aukščiausią savo darbo lygį dirbdamas užsienyje. Dėl laimės priklauso nuo pačių žmonių. Vyras nuo mažumės norėjo išvykti ir gyventi svetur“ (AP1).

Viena svarbesnių atotolio šeimų formavimosi aplinkybių – vieno iš sutuoktinių daugybinis lojalumas, daugiavietiškumas, o kito – saistymasis tik su savo tauta. Tačiau vienas informantas nurodo, jog neatmeta galimybės kada nors važiuoti į sutuoktinio gyvenimo šalį, arba dar į kitą:

„Čia aš gyvenu. Kodėl aš nenoriu išvažiuot? Sunkus klausimas. Mano vyro paklauskite [vyras amerikietis – L.L.]. Kad aš čia viską turiu, mano čia namai, viską aš turiu. Aš niekada nepaneigiu tos minties, kad neišvažiuosiu kur nors. Aš esu nemažai kur buvus, nemažai kur gyvenus. Pagyventi kitur, įgyti kitokios patirties – tai labai sveikintinas dalykas. Išpleti savo horizontus, pamatai, kaip kitur yra. Pažiūri kaip čia yra. bet aišku gyventi visą laiką kitur – kažin, o gal ateity ir gyvensiu, bet dabar gerai čia, ką aš čia turiu. Tėvai čia ir draugai čia.“ (LL6).

Dar viena transnacionalinių šeimų formavimosi prielaida – sutuoktinių skirtingos tautybės arba/ir kilmės šalys. Šio tyrimo vieno gydytojo šeimos gyvenamosios vietos pasirinkimą nulėmė politinės aplinkybės:

„Aš išvažiavau ne dirbti į Vokietiją. Aš išvažiavau metus prižiūrėti savo dukrą. Bet tuo metu susijungė Vokietijos, ir man reikėjo pragyvent metus, kol žmona baigs mokslus čia. Ir reikėjo kažkaip tai pragyvent, dėl to pradėjau dirbti.“ (AL7).

Vienos informantės sutuoktinio kilmės šalis – Lietuva, tautinės šaknys – kitoje šalyje, gyvena dar kitoje, o šeimą kurią su ja - lietuve emigrante.

„Mano vyras irgi yra iš Lietuvos: jo šaknys yra vokiškos-austriškos, tik jis jau seniai gyvena Vokietijoje (jo mama ištekėjo už vokiečio antrą kartą, tėvelis iš Lietuvos į Vokietiją taip pat atvažiavo, bet vėliau).“ (AL8).

Šeimos kūrimas su kilmės šalies žmogumi iš tiesų turi reikšmės ryšių su ta šalimi palaikymui, jos kultūros ir kalbos puoselėjimui apsigyvenimo šalyje:

„Kai susipažinome, mes pradžioje kalbėjome lietuviškai, nes mano vyras labai norėjo vėl išmokti tą kalbą, nes buvo pamiršęs. Jis lankė specialius kursus, važiavo į Lietuvą, tuo pačiu susipažino su Lietuva visai iš kitos pusės, jam labai patiko.“ (AL8).

Daugiakultūralizmas ir daugiakalbystė – neatsiejamas transnacionalinių šeimų bruožas:

„Su savo žmona iš pradžių kalbėjau angliškai, paskui pradėjom rusiškai kalbėt, nes jinai mokėsi rusų kalbos mokytoja, o vėliau pradėjom vokiškai šnekėt.“ (AL7).

Ne vienas informantas pažymi, jog su sutuoktiniais bendrauja viena kalba, o su vaikais – kita, arba būtinai išmoko vaikus savo gimtosios kalbos:

„[Vyriausioji] dukra labai gerai kalba lietuviškai, bet tarpusavyje kalbame vokiškai.“ (AL8).

Dukra 23 m., užaugusi nuo kūdikystės Vokietijoje: „Jinai šneka laisvai lietuvių kalba.“ (AL6).

Svarbu pažymėti, kad mišrių šeimų vaikai saistosi ne su viena tauta, bet ir su abiejų tėvų tautomis. Vienos informantės vyresnioji dukra didžiuojasi savo

lietuviška kilme, nors yra gimusi ir užaugusi Vokietijoje. Tačiau tam turėjo didelę įtaką tėvų siekis išmokyti lietuvių kalbos ir ja kalbėti:

„Kai gimė [vyresnioji] dukrelė, irgi pradžioje dar kalbėjome lietuviškai. Be to pas mus gyveno teta lietuvė, todėl vyresnioji dukra gerai išmoko lietuviškai [kalbėti]. Iki 2 metų praktiškai girdėjo tik lietuvių kalbą. Paskui pradėjo lankyti vokišką darželį, - jai buvo, žinoma, šokas. Ir nuo tada praėjome kalbėti vokiškai. Ir buvo toks etapas, kai [vyresnėlei] buvo 8-9 metai, kad jai buvo labai gėda, kad ji kalba lietuviškai, visiškai nebenorėjo lietuviškai šnekėti. Buvo tokia fazė, kai aš klausdavau lietuviškai, o ji vokiškai atsakinėdavo. Ir dabar ateina sekanti, labai linksma fazė - ji labai džiaugiasi, kad moka lietuviškai. Kai, pvz. būna pas mus [svečių], ji kalba su manim lietuviškai – nori parodyti visiems, kad moka tą kalbą. Bet vyras kalba vien tiktai vokiškai su vaikais.“ (AL8)

Daugiakalbystė yra būdinga ne tik transnacionalinėms šeimoms. Tai ne tik pasekmė, bet ir svarbi transnacionalumo sąlyga. Informantai nurodo, jog moka kelias užsienio kalbas, kurios gydytojui praverčia ne tik migruojant, bet ir darbui Lietuvoje:

„Na psichiatrijoje tai labai svarbu kalbų žinojimas. <...> per pokalbius vyksta diagnostika, ir gydymas, ir t. t. Tas labai svarbu net ir emigruojant į užsienio šalis žinoti ar anglų kalbą, ar norvegų kalbą gerai. Na bet ir (Lietuvoje) mes turime mokėti ir rusų kalbą labai gerai, kartais ir užsieniečių paguldo, tai ir angliškai tenka kartais pašnekėt. Turėjau neseniai prancūzų pacientą, tai prancūziškai teko kalbėtis su juo, dirbti.“ (AL5).

„Gydytojas yra tokia specialybė, kad turi bendrauti su ligoniais. Todėl dirbdamas toje šalyje turi bendrauti ta kalba.“ (MT1).

„Pradėjau mokytis norvegų kalbą. <...> Lenkų kalba man pagrindinė, po to anglų. Kaune tarybiniais laikais jau žiūrėjome lenkų televiziją, ne kartą buvau Lenkijoje stažuotėse.“ (MT3).

Vienas informantas pabrėžia, kad geras specialistas gali susirasti darbą ir su anglų kalba, tačiau vėliau galėtų išmokti tos šalies kalbą:

„Su anglų kalba, manau, galima važiuot visur jeigu esi geras specialistas – tada per anglų kalbą išmoksi kalbą tos šalies.“ (AL4).

Paklausus, kokią šalį rinktųsi darbui, vienas gydytojas pirmiausia vardija anglakalbes šalis:

„Į Jungtinę Karalystę ar ten, kur nėra kalbos barjero. Airiją, Australiją, Kanadą būtų įdomu.“ (MT2).

Tam tikros kalbos mokėjimas nulemia ne tik šalies pasirinkimą, bet ir įsidarbinimo bei gydytojų darbo su pacientais galimybes toje šalyje. Gydytojų

darbe užsienio kalbos žinojimas yra svarbi transmigracijos darbo reikalais sąlyga, kadangi gydytojas tiesiogiai bendrauja su pacientais:

„Angliją [pasirinkau] todėl, kad kitų kalbų taip gerai nemoku, kad galėčiau dirbti.“ (AL6)

Tas pats informantas gali būti vadinamas transmigrantu, kadangi kelis kartus buvęs užsienyje kvalifikacijos tobulinimo ir darbo tikslais ne tik Dž. Britanijoje, tačiau nurodo, jog vietinės kalbos žinojimas yra labai svarbus net ir trumpalaikiam vizitui:

„Darbo tikslais – po šešto kurso esu buvusi Danijoje: pirminės sveikatos priežiūros specializacijoje pusantro mėnesio. Yra tekę būti pora mėnesių Ženevos Universitetinėj ligoninėje ir Pasaulio sveikatos organizacijos visokiuose kursuose. Tiek vienoj, tiek antroj ligoninėj, aišku, negalėjau labai stipriai susigaudyti dėl vietinės kalbos nežinojimo.“ (AL6)

Viena informantė nurodo, jog jam artimesnės yra tos šalys/tautos, kurių kalbą ji moka. Tačiau pasirinkus kitą šalį, informantė išmoksta kalbą ir gana greit prisitaiko (tyrimo metu užsienyje išbuvo 1,5 metų):

„Aš važiuodama turėjau labai daug dvejonų, nes aš nemokėjau kalbos. Man Vokietija buvo labai svetima. Aš turėjau daugiau noro važiuoti į JK – į anglakalbes šalis. Bet dabar [jau pripratau].“ (AL10).

Interviu tyrimas parodė, jog Lietuvos gydytojai išvažiuavę atsiduria daugiakultūrinėje aplinkoje – darbe yra daug kitataučių, ypatingai provincijos gydymo įstaigose:

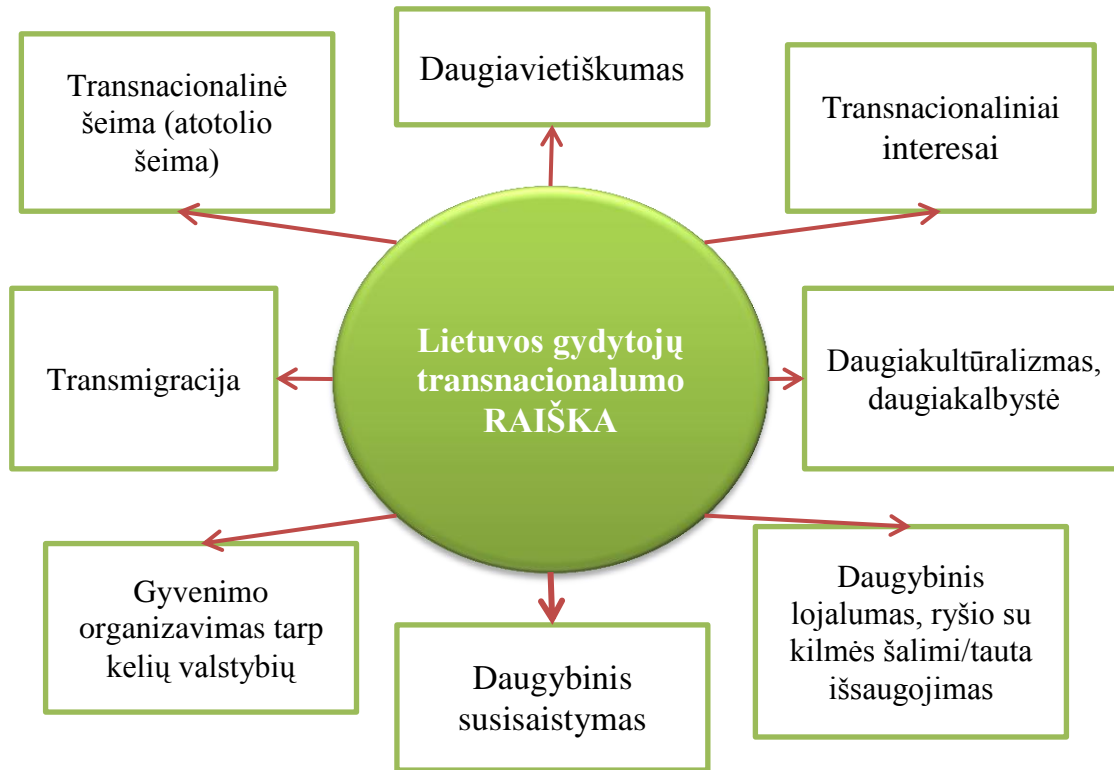
„Ne, nepasakyčiau, kad ... Tikrai nėra konkurencijos, netgi priešingai kartais ... Bet čia gal tas multikultūralizmas.. ten mūsų užsieniečių tiek daug, praktiškai mes visi esame iš skirtingų šalių: tiek rezidentai, tiek gydytojai, tiek vedėjai. Vienintelis šefas pas mus yra vokiečių, nes visi kiti iš [įvairių šalių]. Dideliuose centruose gal santykinai yra truputi mažiau užsieniečių, bet mažuose miesteliuose dabar yra daugiau, nes yra gydytojų trūkumas.“ (AL9).

Ne tik darbo, bet ir gyvenamojoje aplinkoje vienas informantas pastebi transnacionalumą:

„Singapūre gyvenom pusantų metų. <...> Singapūre labiausiai patiko. Klimatas geras. Maistas labai geras. Nieko daug nedirbau, tik disertaciją rašiau. Vėlgi plusas. Žmonės buvo labai tokie, daugiakultūriniai.“ (LL6).

Dar viena svarbi transnacionalumo sąlyga – pačių informantų mokėjimas prisitaikyti, įsijungti. Tačiau vienu tautų atstovų uždarumas Lietuvos gydytojų išiliejimą riboja, o kitų tautų atvirumas – jį padidina:

„Norvegai tai labai ramūs, uždari tokie, namisėdos yra. Sunku labai integruotis į tokią visuomenę. Prancūzijoje – viskas kitaip, vistiek pietietiškas daugiau jų temperamentas.“ (AL5).



Schema 12. Transnacionalumo raiška

Apibendrinant galima pasakyti, jog šio tyrimo informantai gydytojai net gyvendami savo gimtojoje šalyje nėra susisaistę tik su savo šalimi, tačiau išvažiuavę ir gyvendami kitoje šalyje, ryšių su savo gimtąja tauta nenutraukia, stengiasi juos palaikyti lankydamiesi Lietuvoje, puoselėdami lietuvių kalbą net ir mišrioje santuokoje. Transnacionalines nuostatas atspindi daugiakryptė gydytojų migracija ar transmigracija, kurioms svarbią reikšmę turi užsienio kalbų žinojimas. Ypatingai gydytojo darbui ne tik migruojant, bet ir dirbant Lietuvoje labai praverčia daugiakalbystė. Atlikta analizė leidžia tvirtinti, jog Lietuvos gydytojų transnacionalumas yra viena iš transmigracijos / emigracijos priežasčių ir pasekmių.

6.7. Kokybinio tyrimo rezultatų apibendrinimas

6.7.1 Racionalus pasirinkimas: profesijos, specializacijos, darbo vietos ir šalies

Teorinėje dalyje (žr. 2.3 skyrių) buvo kalbama, jog individas ribotų galimybių sąlygomis dažnai sprendžia elgtis vienaip ar kitaip siekdamas tam tikrų tikslų racionaliai. Tyrimo metu paaiškėjo, kad esant ribotoms galimybėms (žr. 5 ir 6 dalis), Lietuvos gydytojų pasirinkimas (profesijos, specialybės, darbo/gyvenimo vietos ir šalies) dažniausiai yra gerai apgalvotas ir grįstas racionalumu⁶⁶. Gydytojo **profesijos pasirinkimas** yra motyvuotas, nėra spontaniškas, o gerai apgalvotas žingsnis, kadangi mokslai trunka ilgai, gydytojo darbas nėra lengvas. Gerai įvertinamos asmeninės savybės ir darbo tinkamumas:

„Pagal savo charakterį labai tinku būti gydytoją: esu linkusi galvoti apie kitus, esu labai emocionali (kas yra minusas man), bet pasirinkau vietą, kur emocijų nereikia, nes jos būtų trukdžiusios.“ (MT4).

Be to, šios profesijos turėjimas gydytojų nuomone, reiškia aukštą visuomeninę padėtį, garantuotą darbą ir neblogą pragyvenimo lygį:

„Prieš baigiant paskutiniaisiais metais mokyklą, kalbėjausi su tėvu, kai pasakiau kuo noriu būti, pasakė gerai, šie žmonės prie bet kurios valdžios reikalingi. O valgyti norisi visada.“ (MT2).

„gydytojo prestižas yra pakankamai didelis visuomenėje - tai irgi iš dalies buvo svarbi motyvacija.“ (AL1).

Sovietmečiu gydytojo specialybė suteikė dar ir galimybę siekti aukštesnės karjeros nedalyvaujant politikoje:

„Tarybiniais laikais tai buvo viena iš perspektyviausių specialybių. Tai ir specialybė įdomi ir pragyvenimas visai neblogas. Tai buvo ne politizuota specialybė. Tam, kad tu karjerą darytum nereikėjo stoti į kokią KGB ar panašiai. Kariuomenėje iš viso nebuvo. Tai buvo visapusiškai gera specialybė.“ (MT1).

Būti gydytojų net keli informantai apsisprendė labai anksti, todėl tai įtakojo geresnį pasiruošimą medicinos studijoms:

⁶⁶ Racionalumas (lot. rationalis- protingas) - individo savybė mąstyti ir veikti remiantis protu, tikslingai, efektyviai išnaudojant turimus aplinkybes ir išteklius, įvertinant galimybes ir galimas pasekmes.

„Visą gyvenimą sąmoningai norėjau būti tik gydytoja, todėl kryptingai to siekiau.“ (AP4).

„Apie mediciną galvoju dar prieš baigiant mokyklą, gerokai anksčiau ir tendencingai ruošiausi tam – medicinos studijoms ir mediko keliui.“ (AL1).

Renkantis specialybę, gydytojas apgalvoja realias galimybes papulti į vieną ar kitą specialybę, apie karjeros galimybes ir savo norus:

„Na ir kažkaip turėjau pagalvoti, ir į balus pasižiūrėti, kokie yra mano praeinamiausi kurse. Na ir pasižiūrėjau į psichiatriją – kodėl gi ne? Na aš apgalvoju realius šansus. <...> -Vilniuje aš buvau [prieš Kauną] į dietologiją įstojęs iš tų specialybių prioriteto tvarka, kurią aš buvau išsirinkęs. Bet aš pagalvoju, kad ne man tokia specialybė yra, ir turbūt kažkokios ypatingos karjeros nepadarysi: dietą sudaryti ir konsultantu dirbti. Jau antrą kart stojant aš jau žiūrėjau kas yra realu, kur įstoti, ir ko aš iš tiesų noriu.“ (AL5).

Specialybės pasirinkime gydytojai įvertina savo asmenines savybes ir tinkamumą dirbti tam tikrą darbą, todėl vėliau netenka gailėtis:

„Istojusi į terapinės specialybės rezidentūrą, nusprendžiau, jog endokrinologija man tinka labiausiai. Iki šiol džiaugiuosi savo pasirinkimu.“ (AP4).

„Pasirinkti psichiatro specialybę aš planavau dar nuo pirmo kurso, nes tai lėmė mano asmeninės savybės ir ateities vizija.“ (AP8).

Dar kitiems specialybės pasirinkimui turi reikšmės galimybės išvažiuoti dirbti į užsienį:

„Daug vaikinių dabar renkasi anesteziologiją, kuri perspektyvi ta prasme, kad tu gali į užsienį išvažiuoti. Ten juos labai ima.“ (MT1).

Darbo vietos užsienyje paieškos taip pat yra apgalvotos ir apskaičiuotos. Lemia ne tik kalbos mokėjimas, bet ir finansiniai dalykai, užsienio pilietybės įgijimo perspektyva:

„anksčiau prieš dešimt ar vienuolika metų ieškojau darbo naftos platformose. Ten išdirbę Olandijai ar kt. ir sumokėjęs mokesčius turi teisę į pilietybę. Mokesčiai yra lengvatiniai...“ (MT2).

Darbo vietos Lietuvoje paieškos taip pat yra apsvarstytos. Nors informantai vardijo daugiau teigiamų bruožų darbo privačioje gydymo įstaigoje, tačiau darbo valstybinėje įstaigoje privalumai nulemia gydytojų darbo privačioje įstaigose derinimą kartu su darbu valstybinėje:

„<...> pastovus stabilumas, nepriklausomai nuo to kokie vėjai vyksta valstybėje. Valstybinėje įstaigoje dažniau išlieka stabilus tiek darbo užmokestis, tiek darbo vieta, tiek tavo darbo krūvis. Yra

toks stabilumas ir užtikrintumas. Dar vienas privalumas – tai, kad nepriklausomai nuo to, kiek pacientų yra priimama tu gauni stabilų atlyginimą ir nėra tokios būtinybės forsuoti, didinti tą pacientų skaičių ar pačiam jų ieškoti. (AL1).

Apibendrinant, galima teigti, jog gydytojai priima sprendimus jų atžvilgiu racionaliai, savo veiksmus gerai apgalvoja, įvertina fizines ir kitas galimybes studijuoti, įsidarbinti ir keliauti. Gydytojų pasirinkimams turi reikšmės jų informuotumas ir turimos žinios.

6.7.2 Mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje tyrimo apibendrinimas

Siekiant apibendrinti interviu duomenų analizę, gauti rezultatai yra pateikiami 17 lentelėje. Analizė parodė, kad yra ryškūs socialinio mobilumo skirtumai lyginant valstybe, o kartu jas paėmus ir analizuojat kaip vieną visumą galima sakyti, kad socialinio mobilumo galimybės (tiek vertikalios, tiek horizontalios) gydytojams transnacionalinėje erdvėje yra daug platesnės.

Lentelė 17. Gydytojų intrageneracinio mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje skirtumai (tyrimo apibendrinimas)

Lietuvoje	Tikslo šalyse
Darbo sąlygų ir apmokėjimo, įgaliojimų vertinimas	
Dirbama keliuose darbuose	Tik viena darbo vieta
Trūksta pagalbinių personalo, siauresnės slaugytojų funkcijos	Daugiau pagalbinių personalo, platesnės jo funkcijos
Gydytojų sprendimo laisvė suvaržyta „biurokratijos“	Didesnė sprendimų priėmimo laisvė
Daug „popierizmo“	Labiau kompiuterizuotos darbo vietos
Nedidelis darbo apmokėjimas, panašiai uždirba net statybininkai	Kelis kartus didesnis darbo užmokestis
Gydytojui už darbą mokama ir „juodais“ pinigais	Tik oficialus darbo apmokėjimas
Blogos karjeros galimybės, arši konkurencija	Geresnės karjeros kilimo galimybės, geranoriška pagalba
Profesijos vertinimas ir prestižas	
Ppsigendama pagarbaus pacientų bendravimo	Gydyto prestižas labai aukštas
Neigiama žiniasklaidos įtaka gydytojo darbui	Neabejojama gydytojo pastangomis
Gyvenimo sąlygos	
Didelis užimtumas, mažai laisvalaikio	Pagerėjo gyvenimo kokybė (daugiau laisvalaikio, dažnesnės atostogos užsienyje ir kt.)
Sunku nusipirkti geresnį drabužį ar automobilį	Pagerėjo materialinės gyvenimo sąlygos

6.7.3 Apibendrinimas: gydytojų socialinio statuso siekimo etapai ir socialinį mobilumą lemiantys veiksniai (kokybinio tyrimo duomenys)

Interviu tyrimo duomenys rodo, jog informantų statuso siekimą įtakojo įvairūs veiksniai. Pagrindiniai tyrimo pastebėjimai:

1. **Profesijos pasirinkimas.** Dažniausiai sprendimas studijuoti mediciną nebuvo spontaniškas, o ilgų svarstymų ir ne vieno veiksnio įtakojamas procesas.
2. **Specializacijos pasirinkimas.** Tai dažniausiai individualaus sprendimo rezultatas, tačiau neretai įtakojamas ribotu pasirinkimu dėl studijų rezultatų.
3. **Specializacijos keitimas.** Studijų metu arba pradėjus dirbti paaiškėja tam tikri niuansai: neigiami specializacijos bruožai, nedraugiški santykiai tarp kolegų (negeranoriška konkurencija), kurie nulemia specializacijos keitimą ar naujos pasirinkimą.
4. **Doktorantūros studijos.** Mokslinis darbas gydytojams asocijuojasi su platesnių pasirinkimo spektru, didesnėmis galiomis ir galimybe dirbti norimą darbą
5. **Darbo pasirinkimas ir įsidarbinimas Lietuvoje.** Galimybes gauti norimą jaunam gydytojui yra vertinamos nepalankiai. Šį procesą įtakoja socialinių ryšių turėjimas, mokslinis laipsnis, darbo rinkos situacija ir kiti veiksniai.
6. **Stažuotės užsienio valstybėse.** Turi neabejotiną nauda ne tik naujų žinių įgijimui, kvalifikacijos ir kompetencijų tobulinimui, bet tuo pačiu ir transnacionalinių ryšių atsiradimui – vystymuisi.
7. **Darbas užsienyje.** Galimybės įsidarbinti vertinamos palankiai, tačiau kalbos žinios yra būtinos įsidarbinti norimoje valstybėje. Iš kitos pusės gydytojų darbo paieškas užsienyje įtakoja tarptautinė gydytojų pritraukimo politika, be to, nemažą reikšmę turi kolegų patirtis ir ryšiai su užsienyje dirbančiais gydytojais.

Visus nurodytus faktorius galima apibendrinti schemeje, kuri vaizdžiai atvaizduos sudėtingo reiškinių – statuso siekimo transnacionalinėje perspektyvoje - procesą ir galės būti naudojama kituose tyrimuose: palyginamoje analizėje ir pan. Galima išskirti kelis socialinio statuso siekimo etapus, kurie seka vienas po kito. Kai kurie gydytojai peršoka tam tikrus etapus, arba kiti grįžta prie ankstesnio (pvz. transmigracija, specializacijos keitimas) (žr. 13 schemą).

6.7.4 Apibendrinimas: Lietuvos gydytojų socialinio mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje strategijos

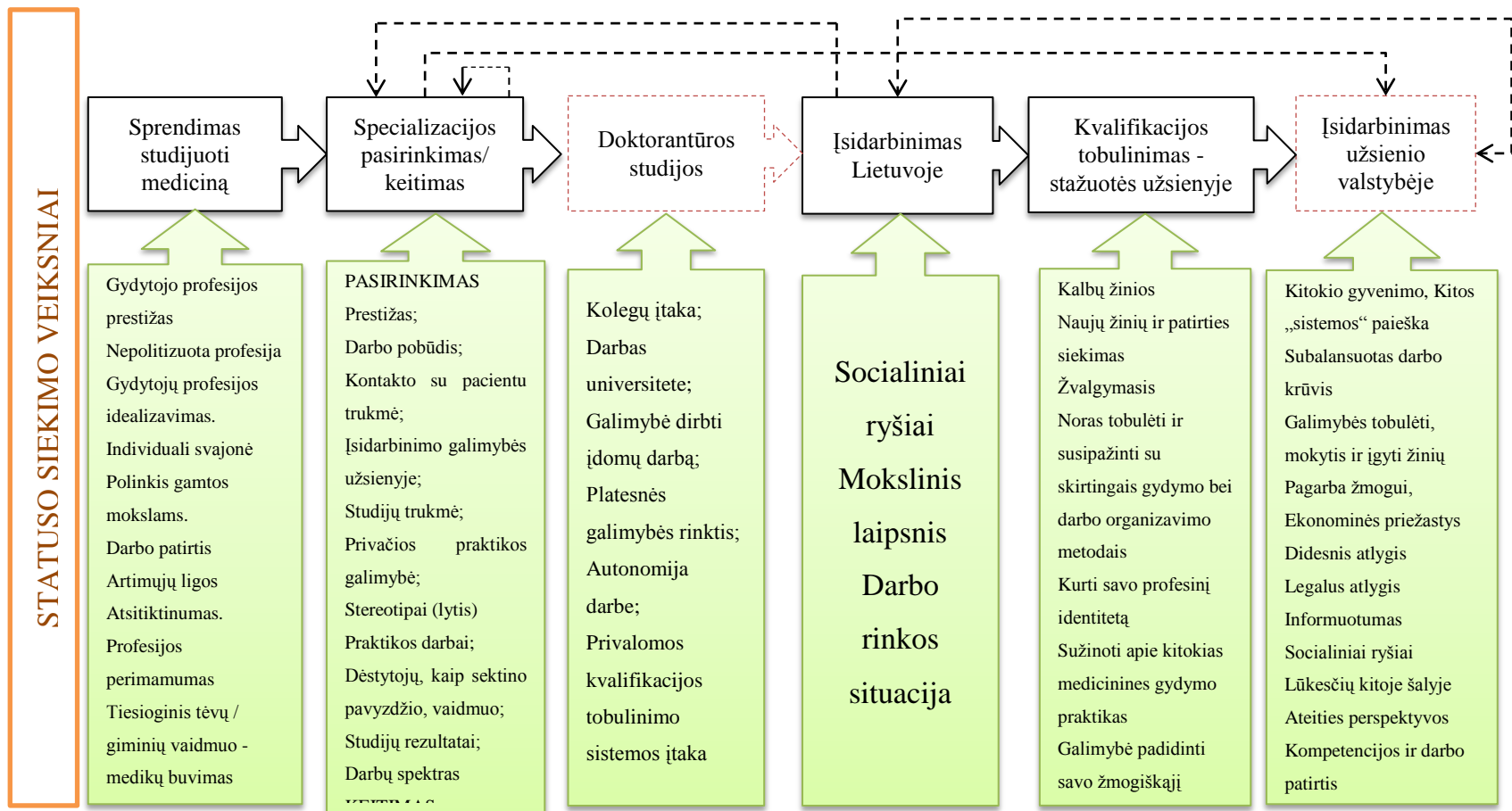
Kokybinio tyrimo duomenys parodė, kad gydytojų socialinio mobilumo veikimo kryptys (strategijos⁶⁷) yra skirtingos, daugiakryptės ir daugiadimensinės gyvenimo šalies, išsilavinimo įgijimo, kvalifikacijos tobulinimo, darbo šalies, vietos, sąlygų bei pajamų atžvilgiu. Apibendrinant tyrimo duomenis socialinio statuso siekimo kryptis galima pavaizduoti grafiškai (žr. 14 schemą).

Interviu tyrimas parodė, kad gydytojų socialinio mobilumo krypčių pasirinkimas paprastai nėra spontaniškas, o gerai apgalvotas veiksmas, kadangi transnacionalinėje erdvėje reikia tam tikrų naujų žinių (pvz. tam tikros šalies kalbos žinios gydytojų darbe yra privalomos dirbant toje valstybėje), kurioms įgyti reikia laiko. Iš kitos pusės, užsienio kalbos veiksnys⁶⁸ - daugiakalbystė, mažina barjerus, didina konkurencingumą - įsidarbinimo galimybes ir sėkmę darbe ir t. t. (Moskvina ir Gruževskis, 2014; Guus ir Kutlay, 2012; Liubinienė, 2010). Svarbus ir išskirtinis gydytojų socialinį portretą papildantis bruožas yra kalbų mokėjimas. Gydytojai įpratę daug mokytis, todėl užsienio kalbos jiems „įveikiamos“ net savarankiško mokymosi būdu.

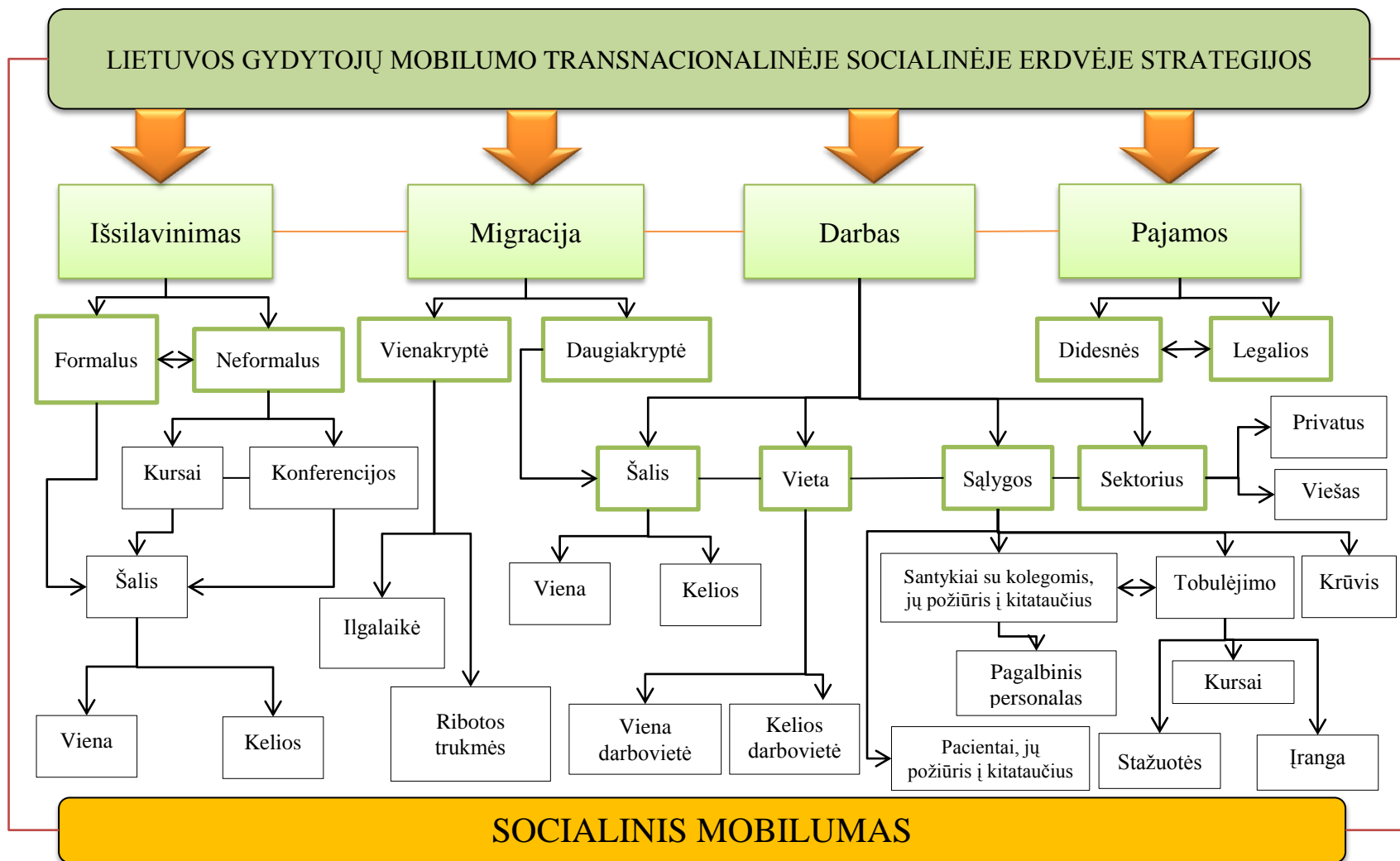
⁶⁷ *Strategija* suprantama įvairiai: kaip veikimo planas, kryptis (kryptys) ar gudrybė siekiant tam tikro tikslo/tikslų ir kt., o *taktika* – veikimo kryptis, skirta įgyvendinti strategiją, žingsnių rinkinys kaip įgyvendinti strategiją

⁶⁸ Ištraukos iš vieno pranešimo apie kitų kalbų mokėjimą: „*Tai būtina stiprybė ir keliantis vėjas po sparnais. <...> tai vakcina nuo provincialumo. Ekonominiai daugiakalbystės privalumai yra tokie akivaizdūs <...> daugiakalbystės vaidmuo protų šviesėjime*“ (Užkalnis, 2011). Perfrazavus galima sakyti, jeigu „moki žodį, randi socialinio statuso siekimo kelią“.

SOCIALINIO STATUSO SIEKIMO TRANSNACIONALINĖJE SOCIALINĖJE ERDVĖJE ETAPAI



Schema 13. Gydytojų socialinio statuso siekimas ir jį lemiantys veiksniai



Schema 14. Socialinio statuso transnacionalinėje socialinėje erdvėje siekimo strategijos

Gydytojai dažnai išvyksta iš Lietuvos jau turėdami darbo vietą, t. y. darbo sąlygų derinimas taip pat nebūna spontaniškas. Kiek paprasčiau yra trumpalaikio tobulinimosi/stažuočių atveju, bet ir tam reikia pasiruošti: susirasti vietą, susiplanuoti kelionę. Taigi, transnacionalinėje socialinėje erdvėje gydytojai socialinio statuso siekia *racionaliai*, ne švaistydami protų (dirbant žemesnės kvalifikacijos darbus), o kryptingais veikiančiais savo profesijos srityje.

Nusprendęs socialinio statuso siekti ne nacionalinėje socialinėje erdvėje, gydytojas turi labai didelę pasirinkimo įvairovę. Įvairių veiksmų - tiesioginėje ir netiesioginėje – įtakoje formuojasi gydytojo socialinio mobilumo nuostatos, vėliau priimami sprendimai ieškant didesnės naudos/geresnių ar aiškesnių perspektyvų

Lietuvos gydytojų intrageneracinis socialinis mobilumas transnacionalinėje perspektyvoje kiekvienu atveju yra unikalus, veikiamas to individo asmeninių savybių ir įgūdžių, jo aplinkos (šeimoms, draugų, transnacionalinių socialinių ryšių, išsilavinimo, pajamų (legalumo kriterijus) ir kt.) ir *makro* lygio struktūrinių veiksmų (politinių, teisinių, ekonominių – nacionalinių ir viršvalstybinių).

IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

1. Socialinio mobilumo tema yra sociologijos klasika, o šio fenomeno tyrimai Lietuvoje turi daugiau nei trijų dešimtmečių tradicijas. Pirmieji tyrimai buvo skirti mobilumo tarp kartų analizei. Po nepriklausomybės atkūrimo socialinis mobilumas tyrinėjamas įvairiomis kryptimis: profesijos, lyties ir tautybės, sąsajose su švietimu ir kt. Nors šio reiškinių tyrimų yra įvairių, tačiau jie yra epizodiški. Socialinis mobilumas Lietuvoje paprastai tiriamas tik žiūrint per nacionalinę prizmę, nors jau kuris laikas individų socialinio mobilumo nuostatos ir statuso siekimas neapsiriboja vienos valstybės teritorija ir galimybėmis joje. Skirtingu istoriniu laikotarpiu iškyla naujų socialinio mobilumo veiksnių, todėl reikalingas didesnis mokslo bendruomenės dėmesys naujų socialinio mobilumo veiksnių ir jų poveikio analizei. Vienas tokių – didėjanti migracijos reikšmė socialinio statuso siekimui ir mobilumui. Tyrimai dažniausiai apsiriboja ketinimų emigruoti ir migracijos patirties analize, tačiau išsamių tyrimų, kuriuose atsiskleistų individų socialinio mobilumo nuostatos, veiksniai ir patirtys ne vien nacionaliniame, o platesniame – transnacionaliniame – lygmenyje, praktiškai nėra.

2. Socialinio statuso siekimui ir socialinio mobilumui tiek nacionalinėje, tiek transnacionalinėje socialinėje erdvėje turi įtakos platus mikro, mezo ir makro veiksnių spektras. Mikro veiksnių analizei gali būti naudingos ne tik sociologų, bet ir psichologų ar net biomedicinos mokslininkų žinios. Mezo ir makro veiksnių analizei taip pat reikalingos įvairiapusė - politikos, ekonomikos ir teisės – informacija ir ne tik vienos šalies ribose, bet svarbios ir tarptautinio konteksto žinios. Taigi, socialinio mobilumo tyrimų diskursas turi tarpdiscipliniškumo bruožų, kuriam ne tik sociologijos, bet ir kitų mokslo sričių mokslininkai ar specialistai gali duoti naujų ir labai vertingų įžvalgų socialinio mobilumo procesui tyrinėti ir analizuoti.

3. Transnacionalinė socialinė erdvė yra sudėtingas makro lygmens socialinis fenomenas, kurį formuoja transmigrantai, jungdami nacionalines socialines erdves į vieną visumą. Apibendrinant mokslinės literatūros analizės rezultatus galima teigti, jog socialinis mobilumas šioje erdvėje – tai intrageneraciniai (kartos viduje) individo ar grupės socialinės padėties pokyčiai horizontalia ar vertikalia kryptimi, neapriboti vienos valstybės siena. Mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje fenomeno teorinė analizė leido identifikuoti, kad tai itin sudėtingas, bet mažai konceptualizuotas, retai tiriamas empiriškai, tačiau itin aktualus reiškinys, kurio išsamiai analizei reikalinga ne tik tarpdisciplininė žiūra, bent minimalių žinių apie transnacionalinių procesų kilmę ir vyksmą turėjimas, bet itin svarbus yra tarptautinių tyrimų bei tarptautinės mokslo bendruomenės bendradarbiavimo plėtojimas.

4. Mokslinės literatūros analizė leido identifikuoti svarbiausius transnacionalinės socialinės erdvės fenomeno formavimosi prielaidas: geografinės erdvės siaurėjimas dėl atstumų įveikimo greičio didėjimo, migracijos intensyvėjimas, tarptautinių socialinių ryšių dėl tobulėjančių informacinių technologijų plėtra, asmenų teritorinio mobilumo teisinių barjerų mažėjimas.

5. Atliktų tyrimų analizė leidžia tvirtinti, jog gydytojo profesija užtikrina aukštą socialinį statusą. Gydytojo profesija buvo ir yra viena svarbiausių žmonijai, todėl jai reikalingas išskirtinis dėmesys ne tik šalies, bet ir tarptautiniu lygmeniu, ne tik mokslininkų, bet ir politikos kūrėjų ir įgyvendintojų. Pastaruoju metu konkurencija dėl gydytojų tarp Europos valstybių auga, bet ne visos šalys yra laimėtojos šioje nelygioje kovoje. Valstybės skiriasi pagal ekonominio išsivystymo lygį, todėl ne visos gali pasiūlyti vienodai geras sąlygas gydytojų darbui. Bolonijos proceso pasėkoje gydytojams gauti legalų ir profesiją atitinkantį darbą kitoje Europos šalyje tapo daug paprasčiau, o ir pagrindinė kliūtis – kalbos barjeras – gydytojui, pripratusiam daug mokytis, nesunkiai įveikiama.

6. Antrinių duomenų palyginamoji analizė leidžia tvirtinti, jog gydytojų profesijos prestižas buvo ir yra aukščiausiose pozicijose ne tik Lietuvoje, bet ir kitose šalyse, tačiau jų darbo apmokėjimas ir apmokėjimo intervalai senbuvėse ES-15 valstybėse ir naujose narėse (Lietuvoje, Latvijoje) labai skiriasi, ir ne visur yra geriausiai apmokamas darbas. Atlikta Lietuvos profesijų prestižo reitingo ir atlyginimų dydžių pasiskirstymo pagal profesijas analizė leidžia tvirtinti, kad ne tik gydytojų, bet ir kai kurių kitų profesijų atveju yra ryškus prieštaravimas tarp profesijos prestižo ir atlyginimo dydžio.

7. Atliktas kiekybinis tyrimas leido atskleisti socialinio mobilumo makro kontekstą ir išryškinti svarbiausias gydytojų horizontalaus socialinio mobilumo galimybes nacionaliniame ir transnacionaliniame kontekste. Atsižvelgiant į pastarųjų 8 metų duomenis apie gydytojų amžiaus struktūros pokyčius nuo 2006 m. iki 2013 m., galima teigti, jog *gydytojų kaita Lietuvoje, ypač periferijoje, nėra užtikrinta*, o 2002 m. 60 proc. padidintas studentų priėmimas į medicinos studijas kol kas nesprendžia aštrėjančios gydytojų trūkumo problemos. Nors medicinos studijų absolventų skaičius didėja, tačiau net septyniose Lietuvos apskrityse gydytojų skaičius sumažėjo (išskyrus Marijampolės, Vilniaus ir Kauno apsk.), didėja priešpensinio amžiaus specialistų dalis. Be to, tik vienoje – Kauno apskrityje – pensinio amžiaus dirbančių gydytojų skaičius šiek tiek sumažėjo, o visose kitose ir kartu visoje Lietuvoje – išaugo. Tyrimas leidžia patvirtinti plačiai žiniasklaidos eskaluojamą gydytojų emigracijos faktą: gydytojai infiltruojami į kitų valstybių sveikatos priežiūros sistemas, o Lietuva praranda ne tik specialistus, bet ir investuotas lėšas į jų parengimą. Tyrimo rezultatai leidžia tvirtinti, jog gydytojų trūkumo problemos sprendimui Lietuvoje vien gydytojų rengimo skaičiaus didinimo priemonės nepakanka. Reikia imtis kompleksinių priemonių vertinant ne tik valstybinį, bet ir tarpvalstybinį kontekstą, siekti tarpvalstybinės gydytojų ruošimo ir jų pasiskirstymo politikos kūrimo, gydytojų „donorių“ ir

„gavėjų“ valstybių interesų suderinimo, medicinos studijų išlaidų kompensavimo mechanizmo sukūrimo.

8. Gydytojų trūkumo problema Lietuvoje iš dalies yra sprendžiama gydymo paslaugų centralizavimu, pensinio amžiaus gydytojų dalies didėjimu ir darbo krūvio didinimu: laisvas darbo vietas užpildo tie patys ar papildomam darbui atvykstantys iš kitų miestų specialistai, iš dalies užtikrinamas paslaugų prieinamumas, tačiau toks problemos sprendimas turi arba gali turėti įtakos kitų problemų atsiradimui: gydytojai pervargimui, klaidų tikimybės didėjimui, dėl kurio gali nukentėti tiek pacientai, tiek patys gydytojai. Reikėtų atkreipti dėmesį į gydytojų informantų iš Vokietijos siūlomą sprendimą ne didinti krūvį, o geriau organizuoti gydytojų darbą, kad sveikatos priežiūros sistema veiktų efektyviau, nebūtų švaistomi protai, o tam tikrus darbus galėtų atlikti gydytojų padėjėjai. Sistemai veikiant efektyviau, o gydytojams dirbant intensyviau, mažėtų gydytojų poreikis, susitaupytų finansiniai resursai ir to pasėkoje galėtų būti didinamas gydytojų darbo užmokestis, t. y. gydytojas dirbdamas mažiau valandų, bet intensyviau ir efektyviau, gautų bent jau panašų darbo užmokestį, kurį gauna dabar dirbdamas per kelias darbo vietas, daugiau nei 1 etato krūviu.

9. Siekiant suprasti, kodėl Lietuvos periferijoje jaunų gydytojų skaičius nedidėja (išskyrus Marijampolės apsk.), kodėl medicinos studijų absolventai pirmiausia dairosi darbo centruose (Kaune ir Vilniuje), dėmesys buvo kreipiamas į gydytojų nuostatas darbo ir tobulėjimo periferijoje atžvilgiu. Atliktas kokybinis tyrimas leidžia tvirtinti, kad rajonuose laisvų darbo vietų gydytojams pakanka, tačiau, informantų teigimu, periferijoje blogesnės gydytojų profesinės savirealizacijos sąlygos: nėra užtikrintas itin svarbus kvalifikacijos palaikymas dėl sudėtingų medicininių intervencijų retumo ar visiško nebuvimo; nors medicininė įranga yra atnaujinama, ir kartais ji yra geresnė negu centruose, tačiau nėra užtikrintas jos panaudojimas dėl žinių ar personalo trūkumo; centralizuotos

medicinos studijos užtikrina asistentų pagalbą tik centruose dirbantiems gydytojams, o periferijoje dėl pagalbinių personalo trūkumo dažnai nėra atliekamos itin sudėtingos operacijos, kas riboja gydytojų profesionalumo didinimo galimybes.

10. Atliktas kokybinis tyrimas leidžia daryti išvadą, kad gydytojų didesni atlyginimai periferijoje nevilioja, o negavę darbo Kaune arba Vilniuje, renkasi darbą kitoje šalyje. Tačiau šių problemų sprendimas nėra beviltiškas. Informantų teigimu, gydytojai sutiktų dirbti Lietuvos periferijoje, jeigu būtų užtikrinta galimybė periodiškai tobulintis didžiuosiuose Lietuvos gydymo centruose, t. y. atsirastų gydytojų rotacijos mechanizmas. Iš kitos pusės, reikėtų užtikrinti medicinos studentų periodinį atvykimą į periferiją, kad būtų užtikrinta pagalba vietiniams gydytojams sudėtingų gydymo procedūrų metu. Dar vienas svarbus strateginių sveikatos sistemos žmogiškųjų išteklių išsaugojimui Lietuvoje ir jų pritraukimui į periferijos gydymo įstaigas žingsnis galėtų būti Vokietijoje praktikuojamas gydytojų pasiskirstymo reguliavimo būdas: stipendijas medicinos studijų metu studentams galėtų mokėti pačios savivaldybės mainais už baigusią studijas gydytojų kelių metų darbą tos savivaldybės gydymo įstaigoje. Tai nebūtų prievartinis įdarbinimas, o savanoriškas asmens pasirinkimas sutikti arba nesutikti su tokiais finansavimo sąlygomis.

11. ES šalys skiriasi pagal gydytojų rengimo mastus, tankumą, jų teritorinio mobilumo kryptis, tačiau vis dar nėra sukurta šios svarbios profesijos tarpvalstybinės migracijos reguliavimo ir koordinavimo sistema, valstybės nėra tarpusavyje susitarusios, kaip kompensuoti brangiai kainavusį gydytojų paruošimą juos prarandančiai valstybei. Gydytojų absolventų skaičius bendrai Europos šalyse pastarąjį penketį augo, tačiau ne visose valstybėse šis rodiklis didėjo. Svarbu tai, kad daugiausiai gydytojų priimančios šalys, tokios kaip D. Britanija, Norvegija, Belgija, Vokietija, Švedija, kad ir nedideliais tempais, tačiau didina studentų

priėmimą į medicinos studijas. Svarbu atkreipti dėmesį, jog gydytojų rengimo ir pasiskirstymo tarp šalių analizę apsunkina kai kurių duomenų trūkumai: tam tikrų šalių arba tam tikrų metų duomenų nebuvimas, todėl reikalinga tobulinti statistinės atskaitomybės sistemą, gal net jos reglamentavimą visos Europos mastu.

12. Gydytojų trūkumo problema iš dalies ES yra perdėta, kadangi praktikuojančių gydytojų skaičius bendrai Europoje auga. Vis dėlto svarbu pažymėti, kad gydytojus praranda silpnesnės ekonomikos šalys, ir šis praradimas kompensuojamas didinant priėmimą į medicinos studijas, o ne inicijuojant pertvarkas Europos lygmeniu. Gydytojų praradimas (ir iš to atsirandantys finansiniai nuostoliai) gali sutrikdyti darnų nedidelių šalių vystymąsi. Šiuo klausimu būtinas Europos šalių veikimas išvien, kuriant gydytojų mobilumo koordinavimą, nors tokius veiksmus ir apsunkina laisvo asmenų judėjimo sąlygos ES ir kitose šalyse.

13. Išanalizavus kokybinio tyrimo duomenis galima tvirtinti, kad 30 gydytojų socialinio statuso siekimas transnacionalinėje perspektyvoje siejamas su pagrindiniais žingsniais: išsilavinimo įgijimu, darbo paieškomis, kvalifikacijos tobulinimu ir įsidarbinimu užsienyje. 30 interviu parodė 30 skirtingų socialinio statuso siekimo strategijų, t. y. socialinio mobilumo nuostatas gydytojų vertinimu kiekvienu atveju nulemdavo vis kitokios aplinkybės, o pasirinkimas kilti socialiniais laiptais reiškė įvairių strategijų derinimą (išsilavinimo, mobilumo, darbo). Duomenų analizė leido išryškinti pagrindines statuso siekimo proceso problemas ir trukdžius, išsiaiškinti vyraujančias nuostatas ir jas formuojančius veiksnius.

14. Siekdamas socialinio statuso, gydytojas atsiduria tarsi tarp dviejų polių: iš vienos pusės – noras sparčiau kilti socialiniais laiptais dėl ilgai užtrukusių

studijų laiko ir vėlyvos profesinio kelio pradžios, iš kitos pusės – transnacionalinės socialinės erdvės teikiamos - tiek horizontalaus, tiek vertikalios - spartesnio socialinio mobilumo galimybės. Tarp šių polių – įvairūs barjerai, ribojantys pasirinkimą arba atveriantys kelią. Visų pirma tai asmeninės/psichologinės savybės – intelekto lygis, žinios ir kompetencijos, patirtis, prisirišimas prie gimtosios vietos, neryžtingumas, meilė tėvynei, nenoras gyventi toli nuo artimųjų, kompetencijų trūkumas ir kt. Antra – mezo lygio veiksniai, kurie veikia tolimesnio – transnacionalinio žingsnio – žengimą: išsilavinimas, darbo patirtis gimtojoje valstybėje, socialiniai ryšiai, šeimos įtaka, darbo rinkos situacija, galimybė gauti norimą darbą, įvairūs socialinės padėties prieštaravimai: profesijos prestižo ir atlygio, išsilavinimo ir galimybės dirbti kvalifikaciją atitinkantį darbą, išsilavinimo ir profesijos prestižo. Trečia – makro lygio veiksniai – tai įvairūs teisiniai, politiniai ir ekonominiai aspektai, t. y. struktūriniai veiksniai, sudarantys ne tik pasirinkimo sąlygas, bet ir lemiantys socialinio statuso siekimo „ribas“: įsidarbinimo, išsilavinimo, pajamų, prestižo.

15. Gydytojas, nusprendęs socialinio statuso siekti transnacionalinėje erdvėje dažnai yra gerai informuotas, o dėl gydytojų aktyvumo, jų tinkliškumo, priimti sprendimą išvykti tampa daug paprasčiau - transnacionalinių socialinių ryšių, ilgų svarstymų ir pasiruošimų akivaizdoje peržengia nacionalinės socialinės erdvės „ribas“.

16. Gydytojų paruošimas – ilgas ir brangiai kainuojantis procesas kiekvienai valstybei. Ekonomiškai silpnesnės šalys sunkiai pajėgia konkuruoti pritraukdamos ar išlaikydamos gydytojus. Pagrindinės gydytojų „donorės“ Europos regione kol kas išlieka buvusio sovietinio bloko šalys (tarp jų ir Lietuva) bei Viduržemio jūros regiono valstybės. Norint mažinti įtampą tarp gydytojus atiduodančių ir juos viliojančių šalių, reikia radikalių pertvarkų – pirmiausia gydytojų planavimo srityje. Kiekviena valstybė turėtų atsakingai planuoti gydytojų skaičių, o ne

kompensuoti gydytojų trūkumą „importuodama protus“. „Eksportuojanti protus“ valstybė turėtų ne radikaliai didinti gydytojų rengimo mastą, o inicijuoti pertvarkas transnacionalinėje erdvėje. Maža valstybė turėtų ieškoti sąjungininkų ir kartu su jomis siūlyti sprendimus transnacionalinėse valdymo institucijose gydytojų aprūpinimo klausimais.

17. Atliktos gydytojų socialinio statuso siekimo proceso analizės pagrindu galima išskirti svarbiausius gydytojų socialinį mobilumą lemiančius etapus, kurių keli nėra būdingi visiems informantams: tai mokslinio laipsnio siekimas ir darbo/kvalifikacijos tobulinimo užsienyje patirtis. Subjektyvių nuostatų ir patyrimo analizė leido išskirti visą spektrą veiksmų, kurie daro įtaką gydytojų pasirinkimui kiekviename iš etapų. Visų šių veiksmų visumą galima vadinti socialinio mobilumo veiksniais, kuriuos galima suskirstyti į mikro, mezo ir makro veiksmų kategorijas.

18. Interviu metu gydytojų profesijos prestižo Lietuvoje vertinimas informantų buvo siejamas su finansinių dalykų svarbos akcentavimu. Tyrimo metu išryškėjo dvejopas požiūris į šį fenomeną: a) dalis informantų teigia, jog prestižas aukštas, tačiau nepakankamas atlyginimas; b) kita informantų dalis tvirtina, jog gydytojo profesija nuvertinta, nes jų nuomone pagrindinis profesijų prestižo matas yra „pinigai“.

19. Išanalizavus gydytojų nuomonę apie socialinio mobilumo nacionalinėje ir transnacionalinėje socialinėje erdvėje galimybes (vertinant įsidarbinimo, kvalifikacijos tobulinimo ir darbo sąlygas, o taip krūvį ir atlyginimą) išryškėjo, kad yra ryškus skirtumas tarp Lietuvos ir kitų šalių galimybių, t. y. galima teigti, jog socialinio mobilumo (vertikalaus ir horizontalaus) galimybių amplitudė transnacionalinėje socialinėje erdvėje yra daug platesnė negu nacionalinėje.

20. Svarbu pažymėti, jog kokybinio tyrimo metu išryškėję socialinio mobilumo galimybių regioniniai skirtumai yra pastebimi ne tik Lietuvoje, bet ir kitose, Lietuvos gydytojų pasirinktose, šalyse. Šių skirtumų sugretinimas leido išryškinti kai kuriuos bendrus skirtumus: tai gydytojų trūkumas periferijoje ir didesnės įsidarbinimo galimybės joje, didesnis darbo atlyginimas ne centruose, darbo krūvio skirtumai – mažesnis krūvis periferijoje, sudėtinga įsidarbinti centruose.

21. Gydytojų socialinio mobilumo siekių ir galimybių nacionalinėje bei transnacionalinėje erdvėse žinojimas yra būtinybė viešosios politikos kūrėjams siekiant tobulinti ir gerinti socialinio mobilumo sąlygas gydytojų kilmės šalyje, mažinti jų socialinio statuso komponentų – išsilavinimo, prestižo ir atlygio – prieštaravimus Lietuvoje, kad būtų užtikrintos gydytojų kaitos ir jų trūkumo problemų sprendimas Lietuvoje. Vienas iš būdų padidinti gydytojų darbo užmokestį, ir kartu užtikrinti jų norą dirbti gimtojoje šalyje, tai prarandamų išlaidų gydytojų studijoms dėl išvykusių specialistų perskirstymas: mažinti priėmimą į medicinos studijas, o sutaupytas lėšas skirti gydytojų atlyginimų didinimui.

Pirmas ginamasis teiginys. *Lietuvos gydytojai yra prieštaringame profesijos prestižo ir darbo atlygio kontekste Lietuvoje.*

22. Atliktų kiekybinio ir kokybinio tyrimų rezultatai leidžia patvirtinti, jog gydytojų profesijos statuso komponentai - prestižas ir atlygis – prieštarauja vienas kitam. Gydytojų prestižas išlieka aukštas, o oficialus darbo atlygis nėra jam adekvatus. Tačiau šis prieštaravimas iš dalies yra perdėtas dėl korupcijos sveikatos priežiūros sistemoje buvimo.

Antras ginamasis teiginys. *Pagrindinė Lietuvos gydytojų transmigracijos priežastis yra socialinio statuso komponentų suderinamumo siekis.*

23. Atlikta interviu duomenų analizė leidžia patvirtinti, jog viena svarbiausių veiksnių jų mobilumo transnacionalinėje socialinėje erdvėje siekiamas yra ekonominio ir socialinio statuso komponentų nesuderinamumas: gydytojo prestižas Lietuvoje aukštas, tačiau oficialus atlyginimas nepakankamas, o be to, slegia neoficialūs pacientų ir farmacininkų mokėjimai. Tyrimo metu paaiškėjo, jog tokio prieštaravimo jų pasirinktose šalyse (Norvegijoje, Vokietijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Airijoje) nėra.

Naudotos literatūros sąrašas

1. Adam, S. (2001) *Transnational education project report and recommendation*, Confederation of European Union Rectors' Conferences.
2. Ališauskas, K., Jankauskienė, A. and Kairyte, L. (2008) Nuostatų kaita kaimo bendruomenių veikloje // *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 3 (12): 5-13.
3. Al-Rebholz, A. (2014) Surviving in Transnational Space: Migrants' Strategies of Upward Social Mobility Through Education in Germany: // In: *Pajnik, Mojca & Anthias, Floya (eds.): Work and the Challenges of Belonging: Migrants in Globalizing Economies*: 52-74.
4. Aluttis, C., Bishaw, T. and Frank, M.W. (2014) The workforce for health in a globalized context - global shortages and international migration // *Glob Health Action*: 1-7.
5. Anderson, B. (1983) *Imagined Communities* // in Anderson, B. *Imagined Communities: Reflections on the Origin and Spread of Nationalism*, London: Verso.
6. Ashton, M.C., Lee, K., Perugini, M., Szarota, P., de Vries, R.E., Di Blas, L., Boies, K. and De Raad, B. (2004) A Six-Factor Structure of Personality-Descriptive Adjectives: Solutions From Psycholexical Studies in Seven Languages // *Journal of Personality and Social Psychology*, 2 (86): 356-366.
7. Atnaujinta Hipokrato priesaika (1995) Prieiga: <http://bioetika.sam.lt>.
8. Bagdanavičius, J. (2002) *Žmogiškasis kapitalas. Mokymo metodinė priemonė*, Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas.
9. Bairašauskaitė, T. and Gadonas, V. (1998) XIX a. I pusės žemaičių bajoro sociokultūrinis portretas // in *Lietuvos istorijos metraštis 1997 metai*.
10. Banzevičienė, R. (2002) Nuteistųjų nuostatos socialinei integracijai svarbių reiškinų atžvilgiu // *Socialinis darbas*, 2: 125-133.
11. Barcevičius, E. and Žvalionytė, D. (ed.) (2012) *Užburtas ratas? Lietuvos gyventojų grįžtamoji ir pakartotinė migracija*. Vilnius: Vaga.
12. Bauman, Z. (1998, 2002) *Globalizacija: pasėkmės žmogui (vert. į liet. k.)*. Strofa, Prieiga: http://marksistai.lt/wordpress/wp-content/uploads/2011/11/Zygmunt-Bauman_Globalizacija.pdf.
13. Beck, U. (2007) A new cosmopolitanism is in the air. Vert. Ian Pepper // Prieiga: <http://www.signandsight.com/features/1603.html>.
14. Beck, U. (2007) Beyond class and nation: reframing social inequalities in a globalizing world // *The British Journal of Sociology*, 4 (58): 679-705.
15. Berg, M. (2011) Subjective social mobility: Definitions and expectations of moving up' of poor Moroccan women in the Netherlands // *International Sociology*, 4 (26): 503-523.
16. Berger, P.L. (1995) *Sociologija: Humanistinis požiūris (vert. iš anglų k. 1963 m.)*, Kaunas: Litterae Universitatis.
17. Blau, P.M. (1977) A Macrosociological Theory of Social Structure // *The American Journal of Sociology*, 1 (83): 26-54.
18. Blau, P.M. and Duncan, O.D. (1967) *The American Occupational Structure*, New York: The Free Press.
19. Blue, S.A. (2010) Cuban Medical Internationalism: Domestic and International Impacts // *Journal of Latin American Geography*, 1 (9): 31-49.
20. Botterill, K. (2008) Transnationalism and the Social Mobility of Migrant Workers from the Post-socialist Worldmore // SPA Conference, University of Edinburgh, 17.
21. Botterill, K. (2012) *Polish Mobilities and the Re-making of Self, Family and Community. A thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy*, School of Geography, Politics and Sociology at Newcastle University.
22. Bourdieu, P. (1983) Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital // in Kreckel, R. (ed.) *Soziale Ungleichheiten*, Goettingen: Otto Schartz & Co.
23. Bourdieu, P. (1986) The Forms of Capital // in Bourdieu, P. (ed.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, New York: Greenwood Press.

24. Bourdieu, P. (1989) Social Space and Symbolic Power // *Sociological Theory*, 1 (7): 14-25.
25. Bourne, R. (1916) Trans-National America // *Atlantic Monthly*, 118: 86-97.
26. Breen (Ed.), R. (2004) *Social Mobility in Europe*, New York: Oxford university press.
27. Briedis, M. (2011) Valia vaizduotei: „disidentiška" galimo poetika postmodernios parodijos metu // *Filosofija. Sociologija*, 1 (22): 12-22.
28. Buivydienė, J., Šmigelskas, K. ir Buivydas, E. (2012) Gyventojų skaičiaus pokyčių amžiaus ir lyties grupėse įtaka gydytojų poreikiui // *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 7 (XIV): 487-493.
29. Bulotaitė, N. (2012) *Vilniaus medicinos draugija sujungė medikus*, Prieiga: <http://naujienos.vu.lt/laisvalaikis/vilniaus-medicinos-draugija-sujunge-medikus/> [2012-04-05].
30. Burneika, D. (2013) *Regioninė politika Europoje: mokomoji knyga*, Vilniaus universitetas. Prieiga: http://www1151.vu.lt/wp-content/uploads/2013/11/ERP.11.11vadovelis.Fin_.pdf.
31. Butvilienė, J. (2014) *Neformalūs suaugusiųjų švietimas Lietuvoje: valstybinis ir privatus mokymo sektoriai. Daktaro disertacija*, Vilnius.
32. Calhoun, C., Gerteis, J., Moody, J., Pfaff, S. and Virk, I. (2012) *Classical Sociological Theory*, 3rd edition, Wiley-Blackwell.
33. Caro, D. and Cortes, D. (2012) Measuring family socioeconomic status: an illustration using data from PIRLS 2006 // *IERI Monograph Series: Issues and Methodologies in Large-Scale Assessments*, 5: 9-33.
34. Claval, P. (1984) The Concept of Social Space and the Nature of Social Geography // *New Zealand Geographer*, 2 (20): 105–109.
35. COE (2010) *Action Plan for Social Cohesion*. [Elektroninis išteklius] Prieiga: www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialcohesiondev/source/2010Strategy_ActionPlan_SocialCohesion.pdf.
36. Coleman, J.S. (1990, 2005) *Socialinės teorijos pagrindai*. Vilnius: Margi raštai.
37. Costigliola V. (2011) Mobility of medical doctors in cross-border health care // *EPMA J.* 2 (4): 333–339.
38. Cresswell, P. (2012) *Architectural Mini-Tutorial: Ceiling Decks*, 26 Sep. Prieiga: <http://organonarchitecture.co.nz/architectural-mini-tutorials-ceiling-decks/>.
39. Crossman, A. (2014) *Status Attainment*, [Elektroninis išteklius]. Prieiga: http://sociology.about.com/od/S_Index/g/Status-Attainment.htm [2014-07-10].
40. Česnavičius, A., Dargytė-Burokienė, A., Gečienė, I., Gudaitienė, I., Paluckienė, J. and Taljūnaitė, M. (1999) *Socialinis struktūrinimasis ir jo pažinimas*, Lietuvos filosofijos ir sociologijos institutas.
41. Čičinskas, j. and Dulkys, A. (2013) Finansų krizė ir nauji sprendimai Europos Sąjungoje: mažos valstybės atvejis // *Lietuvos metinė strateginė apžvalga 2012-2013*, 11: 117-140.
42. Čiubrinskas, V. (2009) Transatlantic migration vis-à-vis politics of identity: two ways of Lithuanian-ness in the US // *Filosofija. Sociologija*: 85-95.
43. Čiubrinskas, V. (2014) Transnacionalinė etnifikacija: reteritoria-lizuota kilmė ir „kosmopolitizmas su šaknimis" imigrantų identiteto strategijose ir praktikoje // *Filosofija. Sociologija*, 2 (25): 126-133.
44. Čiubrinskas, V. (ed.) (2011) *Lietuviškasis identitetas šiuolaikinės emigracijos kontekstuose*, Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto socialinės antropologijos centras.
45. Dambrauskas, Ž., Ivanovienė, L., Kasiulevičius, V., Šipylaitė, J., Tamelis, A. and Utkus, A. (2011) *Medicinos studijų krypties kompetencijų plėtotės metodika*, Vilniaus universitetas, Prieiga: http://www4066.vu.lt/Files/File/09_Medicinos_metodika.pdf.
46. Daukšas, D. (2010) *Transnacionalizmo iššūkiai pilie- tybei ir etniškumui šiuolaikinėje Lietuvoje: Lietuvos tautinių mažumų ir lietuviškos migracijos atvejai. Daktaro disertacija*, Vytauto Didžiojo universitetas.
47. David, P.A. and Foray, D. (2002) Žinių visuomenės ekonomikos pagrindai. Vert. Šatienė D. // *Pinigų studijos*: 80-88.
48. Degutis, A. (2011) Ekonomika, kaip prakseologija: Filosofiniai „austrų ekonominės mokyklos“ pagrindai // *Logos*, 69: 6-20.

49. Driouchi, A. et al. (2012) What Can be Learnt from the New Economics of Emigration of Medical Doctors to the European Union: the Cases of East and Central European, Middle Eastern and North African Economies? // *Femise Research FEM* 34-07, 297 p.
50. Drupaitė, S. (2004) Lietuvos katalikų bažnyčios vargonininko padėtis socialinėje erdvėje // *Filosofija. Sociologija*, 4: 16–26.
51. Duester, E. (2013) Artist Mobility and the Baltic Cities: Revealing a Transnational Art World // *Networking Knowledge. MeCCSA-PGN 2013 Conference Issue*: 107-120.
52. Duncan, O.D., Featherman, D.L. and Duncan, B. (1968) *Socioeconomic Background and occupational achievement: extensions of a basic model*, Michigan: The University of Michigan, Prieiga: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED023879.pdf>.
53. Duru-Bellata, M. and Kieffer, A. (2008) Objective/subjective: The two facets of social mobility // *Sociologie du Travail*, 1 (50).
54. Dussault G., Fronteira I., Cabral J. (2009) *Migration of health personnel in the WHO European Region*. WHO. Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisbon.
55. Dussault, G., Buchan, J., Sermeus, W. and Padaiga, Ž. (2010) Assessing future health workforce needs // Belgian EU Presidency Conference on Investing in Europe's health workforce of tomorrow: scope for innovation and collaboration, 43 p.
56. EC (2012) *EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends - A Feasibility Study*, Matrix Insight, Prieiga: http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/health_workforce_study_2012_report_en.pdf.
57. ES (2014) <http://www.esparama.lt/2014-2020-laikotarpi>, 2014-02-21, [Elektroninis išteklius], Prieiga: <http://www.esparama.lt/2014-2020-laikotarpi>.
58. ES Taryba (2009) *Tarybos direktyva dėl trečiųjų šalių piliečių atvykimo ir apsigyvenimo sąlygų siekiant dirbti aukštos kvalifikacijos darbu*, Prieiga: <http://www.migracija.lt/index.php?25751253>.
59. Eurostat (2013), statistiniai duomenys. [Elektroninis išteklius] Prieiga: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/> [2014-05-13].
60. Eurostat (2014), statistiniai duomenys. [Elektroninis išteklius] Prieiga: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/> [2014-08-10].
61. Faist, T. (2000) Transnationalization in international migration: implications for the study of citizenship and culture // *Ethnic and racial studies*, 2 (23): 189-222.
62. Faist, T. (2007) *The Transnational Social Question: Social Rights and Citizenship. Working paper*, Bielefeld: COMCAD (Center on Migration, Citizenship and Development), Prieiga: <http://pub.uni-bielefeld.de/luur/download?func=downloadFile&recordOID=2318470&fileOID=2319950>.
63. Faist, T. (2013) The Transnational Social Question: Cross-Border Social Protection and Social Inequalities // *IMDS Working Paper* No 55-57: 1-20.
64. Faist, T. (2014) On the transnational social question: How social inequalities are reproduced in Europe // *Journal of European Social Policy*, 3 (24): 207-222.
65. Featherman, D. L. and Hauser, R. M. (1975) *Sexual inequalities and socioeconomic achievement. Report No.: IRP-DP-275-75*.
66. FEMS (2014) *The European Federation of Salaried Doctors*, [Elektroninis išteklius], Prieiga: www.fems.net.
67. Freidson, E. (1970, 1988) *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Chicago : University of Chicago Press.
68. Gaidelytė R., Madeikytė N. ir Tendziagolskytė D. (2013) *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2012 m.* Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Vilnius.
69. Gaižauskienė, A., Grabauskas, V.J., Kučinskienė, Z.A., Lovkytė, L., Padaiga, Ž., Paškevičius, L., Petkevičius, R., Pūras, D., Reamy, J., Sinicienė, V., Stankūnas, M. and Vaitkienė, R. (2002) *Lietuvos gydytojų skaičiaus raida ir planavimas 1990-2015 metais*, Atviras Lietuvos Fondas, Prieiga: http://politika.osf.lt/visuomenes_sveikata/dokumentai/GSP_leidiny.pdf.
70. Ganzeboom, H.B.G. and Treiman, D.J. (1996) Internationally Comparable Measures of Occupational Status // *Social science research*, 25: 201-239.

71. Ganzeboom, H.B.G., Treiman, D.J. and Ultee, W.C. (1991) Comparative Intergenerational Stratification Research: Three Generations and Beyond // *Annual Review of Sociology*, 17: 277-302.
72. Garalis, A. (2004) Žmogiškųjų išteklių uždymo svarba ir nuolatinio mokymo(si) organizavimas // *Mokytojų ugdymas*, 3: 18-28.
73. Gečienė, I. (1999) Galia stratifikacijos teorijose // in Taljūnaitė, M. (ed.) *Socialinis struktūrinimasis ir jo pažinimas*, Lietuvos filosofijos ir sociologijos institutas.
74. Gečienė, I. (2009) Socialinių tinklų analizė migracijos studijose // *Sociologija. Mintis ir veiksmas*, 2 (25): 130-143.
75. Gedrikaitė, R. (2008) *Pacientų teisių raiškos įvertinimas per gydytojo ir paciento santykius stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose*. Daktaro disertacija Biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10 B), Kaunas: Kauno medicinos universitetas.
76. General Medical Council (2013). *List of Registered Medical Practitioners – statistics* (UK). Prieiga: http://www.gmc-uk.org/doctors/register/search_stats.asp [2013-09-06].
77. Gerlinger, T.; Schmucker, R. (2007) Transnational Migration of Health Professionals in the European Union // *Cadernos de Saúde Pública* 2 (23): 184–192.
78. Giddens, A. (2005) *Sociologija (vert. į liet. k.)*. Kaunas: UAB Poligrafija ir informatika.
79. Grigas, R. (2002) Pilietiškumas ir tautiškumas kintančios kultūros fone // "*XXI amžiaus*" priedas apie Lietuvą ir pasaulį "*Horizontai*", 5.
80. Grincevičienė, V., Grincevičius, J. and Grincevičienė, Š. (2011) Antikos pedagoginių idėjų recepcija dabarties edukacinėse erdvėse // *Filosofija. Sociologija*, 3 (22): 278-285.
81. Gruževskis, B. and Okunevičiūtė-Neveauskienė, L. (2009) The need and the Possibilities of human capital development: assessment of employers and graduates of higher education institutions // *Ekonomika*, 87: 90-106.
82. Gudaitienė, I. (1999) Profesijų prestižas // in Taljūnaitė, M. (ed.) *Socialinis struktūrinimasis ir jo pažinimas*, Lietuvos filosofijos ir sociologijos institutas.
83. Guus, E., and Kutlay, Y. (ed.) (2012) *Europos kalbų lobynas. Daugiakalbystės politikos ir praktikos tendencijos Europoje*, Cambridge University Press.
84. Harvey, D. (1989) *The Condition of Postmodernity: An Inquiry into the Origins of Cultural Change*, Cambridge: MA: Basil Blackwell.
85. Hauser, R.M. and Warren, J.R. (1997) Socioeconomic indexes for occupations: A review, update, and critique // *Sociological Methodology*, 27: 177-298.
86. Hauser, R.M., Tsai, S.-L. and Sewell, W.H. (1983) A Model of Stratification with Response Error in Social and Psychological Variables // *Sociology of Education*, 1 (56): 20-46.
87. Hodge, R.W., Siegel, P.M. and Rossi, P.H. (1964) *Occupational prestige in the United States, 1925-1963. Draft summary of work to date on Study 466*, (NORC) The National Opinion Research Center.
88. HSPM (2014) *Health Systems in Transition (HiT) profile of Croatia*. [Elektroninis išteklius] Prieiga: <http://hspm.org/countries/croatia30062014/livinghit.aspx?Section=4.2%20Human%20resources&Type=Section>.
89. Huchan, J. (2009) Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? [Elektroninis išteklius] Prieiga: <http://www.aspeninstitute.org/sites/default/files/content/images/Section%206d-James%20Buchan%20 article%20for%20Feb2009%20BB.pdf>.
90. Iljina, O., Purvaneckienė, G. (2012) Mokinių socialinės padėties ir profesinių siekių sąsaja // *ACTA PAEDAGOGICA VILNENSIA*, 28: 49-61.
91. ILO (2013) [Elektroninis išteklius] Prieiga: <http://laborsta.ilo.org/applv8/data/isco88e.html>.
92. Ireland Medical council (2013). *Medical Work force Intelligence Report. A report on the annual registration retention survey*. 106 p.
93. ISSP (2009) *The International Social Survey Programme (ISSP)*, Prieiga: <http://www.issp.org/documents/issp2009.pdf> [2014-04-12].

94. Jasiukevičiūtė, T. (2014) *Priklausomų nuo alkoholio tapatumo rekonstravimas blaivybės periodu*. Daktaro disertacijos santrauka. Sociologija (05 S).
95. Jennings, M.C. (2010) *The U.S. Health Workforce, Importing Physicians and the Global HEALTH Act*, 26 Apr. [Elektroninis išteklius] Prieiga: <http://www.healthallianceinternational.org/blog/post/the-u.s.-health-workforce-importing-physicians-and-the-global-health-act>.
96. Jonavičius, L. (2009) Struktūros ir jų persidengimas: teorija ir praktika // *Politologija*, 2 (54): 59-89.
97. Juodaitytė, A., Malinauskienė, D., Pocevičienė, R. and Masiliauskienė, E. (2012) Regioniško principo raiška mokyklų tinklo pertvarkoje ir pasekmės kaimo vaikų socialinei gerovei // *Acta humanitarica universitatis Saulensis*, 14: 417-428.
98. Juozelis (2004) Postmodernizmas ir teologijos atsinaujinimas // *SOTER*, 14 (42): 115-137.
99. Juozeliūnienė, I. (2010) Besikeičianti sociologija - kelio pradžia ar trypčiojimas vietoje? // *Sociologija. Mintis ir veiksmas*, 1 (26): 168-173.
100. Juozeliūnienė, I. (2013) Migraciją patiriančių šeimų sociologinio tyrimo metmenys // *Sociologija. Mintis ir veiksmas*, 1 (32): 53-88.
101. Juozeliūnienė, I. ir Kanapienė, L. (2011) Šeimos žemėlapių metodas // *Sociologija. Mintis ir veiksmas*, 2 (29): 35-54.
102. Juozeliūnienė, I., Kanapienė, L. and Kazlauskaitė, A. (2008) Atotolio šeima: nauja užduotis šeimos sociologijai // *Sociologija. Mintis ir veiksmas*: 11-133.
103. Kabišaitis, A. (2003) Gydytojo veiksmų standarto samprata ir reikšmė taikant gydytojų civilinę atsakomybę Lietuvoje ir užsienio valstybėse // *Teisė*, 49: 38-51.
104. Kaminskas, R. ir Peičius, E. (2005) Gydytojo–paciento santykių sociologiniai ir etiniai aspektai // *Filosofija. Sociologija*, 4: 62-69.
105. Kaniušonytė, G., Truskauskaitė, I. ir Gervinskaitė, L. (2012) Tarptautinis mobilumas ir asmenybės bruožai // *Tiltai*, 3: 19-34.
106. Kasatkina, N. (2002) Lietuvos etninių grupių adaptacijos ypatumai // *Filosofija. Sociologija*: 15-22.
107. Kasiulevičius, V. (2013) *Šeimos medicinos principai*, [Elektroninis išteklius] Prieiga: <http://web.vu.lt/mf/v.kasiulevicius/files/2012/08/Seimos-medicinos-samprata1.pdf> [2014-01-15].
108. Kastoryano, R. (2002) *Settlement, transnational communities and citizenship*. [Elektroninis išteklius] Prieiga: <http://www.sciencespo.fr/ceri/sites/sciencespo.fr/ceri/files/artkr.pdf>.
109. Kelley, S.M.C. and Kelley, C.G.E. (2009) Subjective Social Mobility: Data from 30 Nations // in Haller, M., Jowell, R. and Smith, T. (ed.) *Charting the Globe: The International Social Survey Programme 1984-2009*, London: Routledge.
110. Kivisto, P. (2001) Theorizing transnational immigration: a critical review of current efforts // *Ethnic and Racial Studies*, 4 (24): 549–577.
111. Kripienė, I. (2012) *Identitetų konstravimas transnacionalinėje migracijoje: šiuolaikiniai imigrantai iš Lietuvos Jungtinėse Amerikos Valstijose*. Daktaro disertacija. Sociologija - 05 S.
112. Krukauskienė, E. (2010) Kultūrinio kapitalo reikšmė sėkmingam gyvenimui // in Vosiliūtė, A. (ed.) *Visuomenė: įvairovės link*, Vilnius: Lietuvos socialinių tyrimų centras.
113. Kuzmickaitė, D. (2004) Teoriniai tarptautinės migracijos diskursai // Šiuolaikinė lietuvių emigracija: praradimai ir laimėjimai. Seminaras. Vytauto Didžiojo Universitetas, 2004 gruodžio 2 d., Kaunas, 4-6.
114. Kuznecovienė, J. (2006) Šiuolaikinės lietuvių tautinės tapatybės kontūrai // *Sociologija. Minds ir veiksmas*, 2: 84-107.
115. Kuznecovienė, J. (2009) Lietuvių imigrantų tautinės tapatybės darybos strategijos Airijoje, Anglijoje, Ispanijoje ir Norvegijoje // *Filosofija. Sociologija*, 4 (20): 283-291.
116. Kuznecovienė, J. (2013) Metodologinis nacionalizmas ir naujasis kosmopolitizmas migracijos tyrimuose // *Filosofija. Sociologija*, 4 (24): 171-178.
117. Labanauskas, L. (2006) "Protų nutekėjimo" problema Lietuvoje: medikų emigracija // *Filosofija. Sociologija*, 2: 27-34.

118. Labanauskas, L. (2008) Profesinės karjeros ir migracijos sąryšis: kartos studija // *Filosofija. Sociologija*, 2 (19): 64–75.
119. Labanauskas, L. (2011) *Socialinės sanglaudos kūrimasis Lietuvoje: intelektinio kapitalo vaidmuo*. Daktaro disertacija. Sociologija 05S, Vilniaus universitetas, Lietuvos socialinių tyrimų centras.
120. Labanauskas, L. (2013) Mokslo, verslo ir aukštos kvalifikacijos darbuotojų transnacionalinio tinklo antropologinė studija // Projekto "Podoktorantūros stažuočių įgyvendinimas Lietuvoje" baigiamoji konferencija, 2013-02-26/28, Vilnius.
121. Labanauskas, L., Justickis, V. and Sivakovaitė, A. (2010) Įstatymo įvykdymas. Šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija // *Socialinių mokslų studijos*, 4 (8): 89–107.
122. LAMABPO. (2014) *Lietuvos aukštųjų mokyklų asociacijos bendrajam priėmimui organizuoti* [Elektroninis išteklius] Prieiga: www.lamabpo.lt [2014-09-10].
123. Lazutka, R. (2003) Gyventojų pajamų nelygybė // *Filosofija. Sociologija*, 22: 22-29.
124. Legkauskas, V. (2004) Žmogaus socialinės motyvacijos pagrindai // *Sociologija. Mintis ir veiksmas*, 2: 53-63.
125. Leonavičius, V., Baltrušaitytė, G. and Naujokaitė, I. (2007) *Sociologija ir sveikatos priežiūros paslaugų vartotojas*, Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla.
126. Leonavičius, V., Plieskis, M. ir Petrauskienė, J. (2003) Pacientų pasitenkinimo bendrosios praktikos gydytojo paslaugomis analizė sveikatos modelio atžvilgiu // *Sociologija. Mintis ir veiksmas*, 1: 93-101.
127. Leone C, Conceição C, Dussault G. (2013). Trends of cross-border mobility of physicians and nurses between Portugal and Spain *Human Resource Health*. 1 (11). 11 p.
128. LGS (2004) *Lietuvos gydytojų sąjungos profesinės etikos kodeksas*, Prieiga: <http://bioetika.sam.lt/>.
129. Lietuviuzodynas.lt (2014) <http://www.lietuviuzodynas.lt>, [Elektroninis išteklius] [2014-02-07].
130. *Lietuvos Respublikos Konstitucija* (1992), Valstybės Žinios, 1992, Nr. 33-1014 (1992-11-30).
131. Lillemets, K. (2013) *Global Social Inequalities: Review Essay*, Berlin: desigualdades.net. [Elektroninis išteklius] Prieiga: http://www.desigualdades.net/Resources/Working_Paper/45_WP_Lillemets_Online.pdf.
132. Lipnevič, A. (2013) Gydytojų socialinis mobilumas transnacionalinėje socialinėje erdvėje // *Filosofija. Sociologija*, 2 (24): 71-81.
133. Lisaitė D. (2012) Professional Mobility – Experiences of Mobile Medical Professionals // *Journal of Intercultural Communication*, 30.
134. Liubarskienė, Z. (2002) Etinė medicinos kultūra per papročių, tradicijų ir pažiūrų prizmę // *Humanistica* 2002, 1 (10).
135. Liubinienė, N. (2009) *Migrantai iš Lietuvos Šiaurės Airijoje: "savos erdvės konstravimas"*. Daktaro disertacija., Vytauto Didžiojo Universitetas.
136. Liubinienė, N. (2010) Being a transmigrant in contemporary world: Lithuanian migrants' quests for identity // *Acta Historica Universitatis Klaipedensis XX, Studia Anthropológica IV*: 24-36.
137. Lovkytė L. (2004) *Lietuvos gydytojų pasiūlos ir poreikio prognozės iki 2015 metų*. Daktaro disertacija santrauka. Kaunas: Kauno medicinos universitetas.
138. LR SAM (2002) *Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir jo finansavimo tvarkos*, Valstybės žinios, 2002-03-27, Nr. 31-1180.
139. LR švietimo ir mokslo ministerija (2005). *Svarbiausi Bolonijos proceso dokumentai. Bolonijos-Bergeno laikotarpis 1999-2005 m.* 87 p.
140. LRV 2003 m. spalio 31 d. nutarimas Nr. 1359 „Dėl gydytojų rengimo“. Žin., 2003, Nr. 104-4667.
141. LRS (1994) *Sveikatos sistemos įstatymas. Aktuali nuo 2013-07-02.*, Valstybės žinios: 2013-07-23 Nr.79-3983.
142. LRS (1996) *LR Gydytojo medicinos praktikos ĮSTATYMAS*, Prieiga: Valstybės žinios: 2012-11-22 Nr.135-6862.
143. LRS (2011) *Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo*, Valstybės žinios, 2011-06-16, Nr. 73-3498.

144. LRS (2012) *Dėl Valstybės pažangos strategijos "Lietuvos pažangos strategija "Lietuva 2030" patvirtinimo*, Valstybės žinios, 2012-05-30, Nr. 61-3050.
145. LRS (2012) *LR Medicinos praktikos įstatymas Nr. I-1555*, galiojanti aktuali redakcija. Lietuvos Respublikos Seimas, Įstatymas Nr. XI-2371, 2012-11-06, Žin., 2012, Nr. 135-6862 (2012-11-22).
146. LSMU (2011) *Medicinos personalo skaičiaus poreikio ir darbo krūvio pilotinės "dienos fotografijos" analizė. Galutinė ataskaita*, Vilnius: LR SAM, Prieiga: http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2011_medicinos_personalo_skaiciaus_poreikio_ir_darbo_kruvio_pilotines_dienos_fotografijos_analize.pdf.
147. Lukauskienė, D. and Gvildienė, A. (2012) Mokytojo socialinio portreto bruožai profesinio įvaizdžio kontekste // *Studijos šiuolaikinėje visuomenėje*, 1: 152-162.
148. Luobikienė, I. ir Butkevičienė, E. (2010) Lietuvos kaimo gyventojų sociokultūrinio portreto bruožai // *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 3 (19): 31-38.
149. Mačiūnas, L.L., Aleksišienė, I., Mačiūnienė, I. ir Šimelionienė, V. (2005) Gydytojo kataliko vaidmuo šiuolaikinėje Lietuvos visuomenėje // *Lietuvių katalikų mokslo akademijos suvažiavimo darbai*, 3 (19): 1267-1282.
150. Marshall, G. (1998) "status attainment" in *A Dictionary of Sociology. 1998*, [Elektroninis išteklius], Prieiga: <http://www.encyclopedia.com>.
151. Maslauskaitė, A. and Stankūnienė, V. (2007) *Šeima abipus sienų. Lietuvos transnacionalinės šeimos genezė, funkcijos, raidos perspektyvos*, Vilnius: TMO, STI.
152. Masso, A., Opermann, S., Eljand, V. (2014) Changes in personal social space in a transition society // *Social Space Journal*, 1 (7): 53-90.
153. Matonytė, I. (2002) Politika ir moters karjera // *Sociologija. Mintis ir veiksmas*, 2: 5-22.
154. Matonytė, I. ir Morkevičius, V. (2013) *Elitų Europa: tapatybių ir interesų kaleidoskopas*, Vilnius: Lietuvos socialinių tyrimų centras.
155. Matulionis, A. (1979) Jaunimo įsijungimo į išsivysčiusios socialistinės visuomenės socialinę struktūrą, teorinės ir metodinės problemos // in *Besimokančio jaunimo socialinių-profesinių orientacijų formavimas*, Vilnius.
156. Matulionis, A. (1980) Respublikos kaimo jaunimo socialinių-profesinių orientacijų formavimasis // in *Aktualios jaunimo pasaulėžiūros formavimo problemos. Konferencijos medžiaga.*, Vilnius: Vilnis.
157. Matulionis, A. (1981) формирование ориентации на труд на входе и выходе системы высшего образования // in Titma, M. (ed.) *Социально-профессиональная ориентация студенчества*.
158. Matulionis, A. (1983) Jaunimo socialinės ir profesinės orientacijos // in *Miesto socialinė raida: dabartis ir problemos*, Vilnius.
159. Matulionis, A. ir Švarplys, A. (2009) Konceptuali kaita Europos integracijos teorijose // *Filosofija. Sociologija*, vol. 20, 1.
160. Matulionis, A. ir Titma, M. (ed.) (1982) *Socialinis studentijos mobilumas (rusų k.)*. Vilnius: Mintis.
161. Matulionis, A. V. (2003) *Sociologija*. Vilnius: Homo liber.
162. Matulionis, A. V., Kasparavičienė, V., Kocai, E., Krukauskienė, E., Liutikas, D., Maniukaitė, G., Novelskaitė, A., Trinkūnienė, I., Vosiliūtė A. ir Žilinskaitė, V. (2005) *Lietuvos socialinė struktūra*, Socialinių tyrimų institutas.
163. Matulionis, A. V., Maniukaitė G., Trinkūnienė, I., Krukauskienė, E. ir Liutikas, D. (2010) *Lietuvos studentijos socialinio portreto bruožai*, Lietuvos socialinių tyrimų centras.
164. Mendershausen, H. (1969) Transnational Society vs. State Sovereignty // *Kyklos*, 22, 2 (22): 251–275.
165. Mikutavičienė, I. (2009) *Švietimo ir socialinės nelygybės sąveikos fenomenas: Lietuvos kontekstas. Daktaro disertacija*. Vytauto Didžiojo universitetas.
166. Mikutavičienė, I. (2009) *Švietimo ir socialinės nelygybės sąveikos fenomenas: Lietuvos kontekstas. Daktaro disertacija. 07 S - Edukologija*, Vytauto didžiojo universitetas.
167. Molnar, A. (1985) The Equality of Opportunity Trap // *Educational Leadership*, 1 (43): 60-61.

168. Monkevičienė, O. (2005) Socialinis mobilumas: aukšto ir žemo socialinio statuso šeimose augančių vaikų laimėjimai // *Pedagogika*, 80: 69-75.
169. Morkevičius, V. ir Norkus, Z. (2012) Šiuolaikinės Lietuvos klasinė struktūra: neovėberiška analizė // *Sociologija. Mintis ir veiksmas*, 2 (31): 75-152.
170. Moskvina, J. and Gruževskis, B. (2014) Daugiakalbystė kaip verslo plėtros veiksnys // *Verslas: Teorija ir prakTika / Business: Theory and pracTice*, 1 (15): 22–31.
171. Müller-Mahn, D. (2005) Transnational spaces and migrant networks: A case study of Egyptians in Paris // *Nord-Süd aktuell*, 1: 29-33.
172. Nakao, K. and Treas, J. (1992) *The 1989 socioeconomic index of occupations: construction from the 1989 occupational prestige scores*. [Elektroninis išteklius] Prieiga: http://publicdata.norc.org:41000/gss/DOCUMENTS/REPORTS/Methodological_Reports/MR074.pdf.
173. Naraukaitė, R. (2009) Mokytojo profesijos statusas Lietuvos žiniasklaidoje (tarpukario, sovietinio, dabartinio laikotarpio Lietuvoje) // Tarpdisciplininis diskursas socialiniuose moksluose – 2. Socialinių mokslų doktorantų ir jaunųjų mokslininkų konferencijos straipsnių rinkinys: 203-205.
174. Norkus, Z. (2005) Socialinės tvarkos problema šiuolaikinėje racionalaus pasirinkimo prieigoje ir Maxo Weberio suprantančioje sociologijoje // *Sociologija. Mintis ir veiksmas*, 2: 5-18.
175. Novelskaitė, A. (2008) How to acquire a scientific degree in the field of medical science in Lithuania: women physician-scientists' personal experience-based strategies // *Acta medica lituanica*, 4 (15): 188-193.
176. Novelskaitė, A. and Riska, E. (2006) 'Feminization' of Medicine and Changing Profession // *Socialiniai mokslai*, 2 (52): 47-53.
177. Novelskaitė, A. and Riska, E. (2009) Women's ambitions in post-Soviet professional environments : meing a physician, a surgeon, a scientist, a mother, and a wife // SA 2009. 9th conference of European sociological association "European society or Euroepan societies?", 02-05 September 2009, Lisboa, Portugal : full papers., 1-16.
178. Nunn, A., Johnson, S., Monro, S., Bickerstaffe, T. and Kelsey, S. (2007) *Factors influencing social mobility*. [Elektroninis išteklius]. Prieiga: <http://eprints.hud.ac.uk/6057/1/rrep450.pdf>.
179. Nunn, A., Johnson, S., Monro, S., Bickerstaffe, T. and Kelsey, S. (2007) *Factors influencing social mobility. Research Report No 450*, UK Department for Work and Pensions, Prieiga: http://repository-intralibrary.leedsmet.ac.uk/open_virtual_file_path/i08n191048t/rrep450.pdf.
180. OECD (2010) International Migration of Health Workers Improving International Co-operation to Address the Global Health Work Force Crisis // *The OECD Policy Briefs*, 8 p. Prieiga: http://www.who.int/hrh/resources/oecd-who_policy_brief_en.pdf.
181. Ousmanova, A. (2008) REPREzentacija kaip pasisavinimas: Apie egzistavimo diskurse problemą // *ATHENA*, 4: 105-122.
182. Papademetriou, D.G., Somerville, W. and Sumption, M. (2009) *The Social Mobility of Immigrants and Their Children*, Prieiga: <http://www.migrationpolicy.org/pubs/soialmobility2010.pdf>.
183. Paulauskas, Rolandas; Bakutytė, Rima; Ušeckienė, Lidija (2010) Pedagogų požiūris į profesijos prestižo veiksnius // *Acta Paedagogica Vilnensia*, 24: 127-138.
184. Peičius, E. and Grincevičienė, Š. (2009) Vaistininko ir gydytojo profesinių vaidmenų pokyčiai ir jų bendradarbiavimo galimybės // *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 11 (XIII): 663-667.
185. Pendenza, M. (ed.) (2014) *Classical Sociology Beyond Methodological Nationalism. International Studies in Sociology & Social Anthropology*.
186. Petrauskienė, J., Bierontas, D. ir Guogienė, E. (1994) Gydytojų skaičiaus prognozės Lietuvoje // *Medicina*, 11 (30): 608-613.
187. Petukienė, E., Tijūnaitienė, R. and Raipa, A. (2007) Visuomenės dalyvavimas: socialinio kapitalo, demokratijos ir racionalaus pasirinkimo teorijų apžvalga // *Viešoji politika ir administravimas*, 21: 87-95.
188. Pilinkaitė Sotirovič, V. and Žibas, K. (2012) Etninės ir socialinės grupės Lietuvoje: visuomenės nuostatos ir jų kaita // *Etniškumo studijos*: 136-155.
189. Pocius, A. (2012) Gydytojų mobilumas bei jų integracijos darbo rinkoje tendencijų raida ekonomikos pakilimo / nuosmukio sąlygomis // *Filosofija. Sociologija*, 2 (23): 164-171.

190. Pocius, A. (2012) Sveikatos priežiūros specialistų integracijos darbo rinkoje tendencijų raida ekonomikos pakilimo/nuosmūgio sąlygomis // in Taljūnaitė, M. (ed.) *sąlygomis, Gydytojų integracija ir karjeros projektavimas kintančiomis Lietuvos darbo rinkos*, Lietuvos socialinių tyrimų centras.
191. Pocius, A. (2013) Specialistų pasiūlos kaita sveikatos priežiūros srityje ir gydytojų poreikio bei inegracijos darbo rinkoje galimybių vertinimas // *Lietuvos statistikos darbai*, 1 (52): 45-57.
192. Pociūtė, B. and Isiūnaitė, V. (2012) Profesijos pasirinkimo problemos ir asmeninės savybės // *Psichologija*, 43: 78-91.
193. Pociūtė, G. (2011) Periferinio regiono sampratos problema Lietuvoje // *Annales Geographicae*: 128-143.
194. Pohl, T. (2014) *Transnationale Soziale Räume. Skizze des theoretischen Ansatzes von Ludger Pries*, Hamburg, Prieiga: http://www.geowiss.uni-hamburg.de/i-geogr/tagungen/Pohl_TSR.ppt [2014-01-10].
195. Poviliūnas, A., Žiliukaitė, R. and Beresnevičiūtė, V. (2012) *Profesinės veiklos lauko tyrimas*. Vilniaus universitetas, Prieiga: http://www.ects.cr.vu.lt/Files/File/Profesines_veiklos_lauko_tyrimas.pdf.
196. Pries, L. (1996) *Transnationale Soziale Raume. Theoretisch-empirische Skizze am Beispiel der Arbeitswanderungen Mexico - USA* // *Zeitschrift fur Soziologie*, 6 (25): 456-472.
197. Pries, L. (2003) *International Summer School on Transnationalism Bochum, September 22-26*. [Elektroninis išteklius] Prieiga: <http://134.147.141.194/pdf/abschlarb-summer-school-pries-2.pdf>.
198. Pries, L. (2004) *Transnationalism and Migration: New Challenge* // in Luchtenberg, S. (ed.) *Migration, Education and Change*, London / New York: Routledge.
199. PSO (2014) *Pasaulio sveikatos organizacijos statistiniai duomenys apie gydytojų tankumą Europoje* [Elektroninis išteklius], Prieiga: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/health_workforce/PhysiciansDensity_Total/atlas.html [2014-09-10].
200. Puidokas, M. and Daukaitė, I. (2013) Lietuvos regioninės politikos tobulinimo kryptys Europos Sąjungos regioninės politikos kontekste // *Viešojo politika ir administravimas*, 1(12): 65–79.
201. Purvaneckienė, G. (2009) *Moterys ir vyrai lietuvis visuomenėje - 2009: Moterų ir vyrų padėties pokyčių visose srityse išplėstinis tyrimas ir vertinimas. Tyrimo ataskaita*, Prieiga: http://www.bukstipri.lt/uploads/MV_padeties_pokyciai_2009.pdf.
202. Quite, W., Schipper, N. and Hofstra, B. (2012) “Accessibility, Usability & Embeddedness”: Social Capital and the Status Attainment Process for Men in the Netherlands // *Social Cosmos*, 2 (3): 232-251.
203. Rakauskienė, G. and Tamošiūnienė, R. (2013) Šalies konkurencingumą lemiantys veiksniai // *Verslas: Teorija ir praktika*, 3 (14): 177–187.
204. Raškauskas, K. (2008) Sovietinės Lietuvos inteligentija savivokos kontravimas // *Darbai ir dienos*, 49: 49-150.
205. Ražanauskaitė, J. ir Brazienė, R. (2010) Grįžtamoji lietuvių emigracija: prielaidos, požūriai, kontekstas // *Filosofija. Sociologija*, 4 (21): 285-297.
206. Reginato, E. and Grosso, R. (2012) *European Hospital Doctors' Salaries*, Prieiga: http://www.cursor-mir.com/00/archivos/F12_002ENREVIEuropeanHospitalDoctorsSalaries.pdf.
207. Remm, T. (2010) Time in Spatial Metalanguage: The Ambiguous Position of Time in Concepts of Sociocultural, Social and Cultural Space // *Trames*, 4 (14): 394-410.
208. Reverso-Softissimo (2014) *Corporate Solutions for Translation*. [Elektroninis išteklius] Prieiga: <http://reverso.softissimo.com/en/> [2014-10-05].
209. Rinkevičius, L. and Kazlauskienė, A. (2006) Lithuanian “Brain Drain” Causes: Push and Pull Factors // *Engineering economics*, 1 (46): 27-37.
210. Riska, E. and Novelskaitė, A. (2011) Professionalism and Medical Work in a Post-Soviet Society: Between Four Logics // *Anthropology of East Europe Review*, 1 (29): 82-93.
211. Rosinaitė, V. (2010) *Karjeros sampratos konstravimas Lietuvoje. Daktaro disertacija. Sociologija 05 S*, Vilniaus universitetas, Lietuvos socialinių tyrimų centras.
212. Rudžinskienė, R. (2013) Jaunų ilgalaikių bedarbių integracijos į darbo rinką įpatumai // *STEPP (Socialinė Teorija, Empirija, Politika ir Praktika)*, 7: 24-37.

213. Rudžinskienė, R. ir Paulauskaitė, L. (2012) Ilgalaikių bedarbių socialinių bruožių identifikavimas (Šiaulių miesto pavyzdžiu) // *Profesinio rengimo tyrimai*, 23: 10-21.
214. SAM (1998, 2004, 2007, 2014) *Statistiniai duomenys (Forma Nr.3 personalo ataskaita)* Sveikatos apsaugos ministerijos Higienos institutas. [Elektroninis išteklius] Prieiga: sic.hi.lt.
215. SAM (1999, 2004, 2012, 2014) *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos įstaigų veikla*, LR SAM, Higienos institutas. [Elektroninis išteklius] Prieiga: http://sic.hi.lt/.
216. Sato, Y. (2003) *An Analysis of Social Structural Effects on Status Attainment Process*. [Elektroninis išteklius] http://web.iss.u-tokyo.ac.jp/~rc28/Paper.pdf.
217. Savičiūtė, R. (2013) *Sveikatos ir socialinių veiksnių sąsąjų tyrimas. Daktaro disertacija. Biomedicinos mokslai. Visuomenės sveikata (09B)*.
218. Scheffler, R. M., Liu, J. X., Kinfu, Y. and Poz, M. R. D. (2008) Forecasting the global shortage of physicians: an economic-and needs-based approach // *Bulletin of the World Health Organization*, 7 (86): 516-525.
219. Sewell, W. H. and Haller, A. O. (1969) The Educational and Early Occupational Attainment Process // *American Sociological Review*, 1 (34): 82-92.
220. Sewell, W.H. and Haller, A.O.a.O.G.W. (1970) The Educational and Early Occupational Status Attainment Process: Replication and Revision // *American Sociological Review*, 35: 1014-1027,
221. Sipavičienė, A. ir Stankūnienė, V. (2011) Lietuvos gyventojų (e)migracijos dvidešimtmetis: tarp laisvės rinktis ir išgyvenimo strategijos // *Filosofija. Sociologija*, 4 (22): 323-333.
222. Skačkauskienė, I. ir Bytautė, S. (2012) Socialinio kapitalo apibrėžties ir matavimo problematika // *Verslas: teorija ir praktika*, 3 (13): 208-216.
223. Smigelskas K., Starkienė L., Padaiga Z. (2007). Do Lithuanian pharmacist intend to migrate? // *Journal of Ethnic ir Migration Studies*, 3 (33) : 501–509.
224. Softissimo (2014) *Corporate Solutions for Translation*, [Elektroninis išteklius], Prieiga: http://reverso.softissimo.com/en/ [2014-10-16].
225. *Sorbonos deklaracija. Jungtinė deklaracija dėl Europos aukštojo mokslo sistemos derinimo*. 1998 m. gegužės 25 d. Paryžius.
226. Sorokin, P. A. (1959) *Social and cultural mobility*, Illinois: The Free Press of Glencoe. [Elektroninis išteklius] Prieiga: http://www.questia.com/read/59119345/social-and-cultural-mobility#/.
227. Stankūnas, M., Lovkytė, L. ir Padaiga, Ž. (2004) Lietuvos gydytojų ir rezidentų ketinimų dirbti Europos Sąjungos šalyse tyrimas // *Medicina*, 1 (40): 68-74.
228. Starkienė, L. (2012) Gydytojų skaičiaus planavimas: nuo mokslinių tyrimų iki sveikatos politikos // *Sveikatos politika ir valdymas*, 1 (4): 102-115.
229. Stulgienė, A. ir Daunorienė, A. (2009) Migracijos poveikis darbo jėgos rinkos pusiausvyrai // *Ekonomika ir vadyba*: 984-992.
230. Šileika, A. ir Pajuodienė, G. M. (2001) Lietuvos gyventojų socialiniai sluoksniai (vidurinėsios klasės beiškant) // *Pinigų studijos*, 3: 59-81.
231. Šutinienė, I. (2009) Lietuvių imigrantų požiūriai į lituanistinį vaikų ugdymą // *Filosofija. Sociologija*, 4 (20): 310-317.
232. Švarplys, A. (2008) Europinio tapatumo sunkumai: diskursas, kultūra, politika ir post-nacionalizmas // *Sociologija. Mintis ir veiksmas*, 2 (22): 91-109.
233. Švedas, A. (ed.) (2011) *Lietuvio autoportretas*, DELFI. [Elektroninis išteklius] Prieiga: http://www.nemokamosknygos.lt/uploads/files/lietuvio_autoportretas_delfi_eknyga_at.pdf.
234. Taylor, A.M. and Taylor, M.P. (2004) The Purchasing Power Parity Debate // *Journal of Economic Perspectives*.: 135–158.
235. Taljūnaitė, M. (1979) Profesinis perimamumas šeimoje ir jo įtaka jaunimo socialinių-profesinių orientacijų formavimui // in *Besimokančio jaunimo socialinių-profesinių orientacijų formavimas*, Vilnius.
236. Taljūnaitė, M. (1979) Престиж профессий, требующих высшего образования, в сознании студентов // in *Социальная характеристика новых отрядов интеллигенции*, Vilnius.

237. Taljūnaitė, M. (1981) Profesijų prestižo struktūra Lietuvos studentijos tarpe (rus. k.) // in *Социально-профессиональная ориентация студенчества*.
238. Taljūnaitė, M. (1990) The Role of Profession // in the *Social Stratification in Sociological Researches in the Baltic States*, ed. A. Matulionis. Vilnius: 63-71.
239. Taljūnaitė, M. (1996) Social Groups and the Growth of Social Dislocation // in Taljūnaitė, M. (ed.) *Social studies No.2. Changes of Identity in Modern Lithuania*, Vilnius: Institute of Philosophy and Sociology, University of Goteborg, Sweden Center for Russian and East European Studies Inter-European Research.
240. Taljūnaitė, M. (2004) Pilietybė ir socialinė atskirtis šiuolaikinėje Europoje // *Filosofija. Sociologija*, 4: 46-49.
241. Taljūnaitė, M. (2005) *Pilietybė ir socialinė Europos integracija. Monografija*, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
242. Taljūnaitė, M. (2012) Gydytojų karjerą Lietuvoje stabilizuojantys veiksniai // *Filosofija. Sociologija*, 2 (23): 154-163.
243. Taljūnaitė, M. (2012) Įvadas // in Taljūnaitė, M. et al., A. *Gydytojų integracija ir karjeros projektavimas kintančios Lietuvos darbo rinkos sąlygomis*. Vilnius: Lietuvos socialinių tyrimų centras.
244. Taljūnaitė, M. ir Labanauskas, L. (2009) *Lietuviai svetur: tautinio tapatumo išsaugojimas*, Vilnius: Socialinių tyrimų institutas.
245. Taljūnaitė, M. ir Lipnevič, A. (2012) Lietuvos gydytojų karjeros galimybės ir tikrovė // in Taljūnaitė, M. (ed.) *Gydytojų integracija ir karjeros projektavimas kintančios Lietuvos darbo rinkos sąlygomis*, Vilnius: Lietuvos socialinių tyrimų centras.
246. Taljūnaitė, M., Arūnas, P., Labanauskas, L. ir Lipnevič, A. (2012) *Gydytojų integracija ir karjeros projektavimas kintančiomis Lietuvos darbo rinkos sąlygomis*, Vilnius: Lietuvos socialinių tyrimų centras.
247. Taljūnaitė, M. and Titma, M. (1984) *Престиж профессий*, Вильнюс: Минтис.
248. Tallis, C. R. (2006) Doctors in society. Medical professionalism in a changing world // *Clinical Medicine*, 1 (6): 7-12.
249. Tamošiūnienė, A. (2008) Literatūrinės tradicijos ir istorinės tikrovės bruožai Petro Roizijaus epigramose apie medikus // in *Senoji Lietuvos literatūra*, Vilnius: Lietuvių literatūros ir tautosakos institutas.
250. Tarptautinių žodžių žodynas (1985) www.zodziai.lt, [Elektroninis išteklius].
251. Tarrow, S. (2005) *The New Transnational Activism*, Cambridge University Press.
252. The Harris Interactive (2009) *Firefighters, Scientists and Doctors Seen as Most Prestigious Occupations* [Elektroninis išteklius] Prieiga: <http://www.harrisinteractive.com/vault/Harris-Interactive-Poll-Research-Pres-Occupations-2009-08.pdf>.
253. Treiman, D. (1977) *Occupational Prestige in Comparative Perspective*, New York.
254. Truskauskaitė, I., Kratavičienė, R., Kaniušonytė, G. and Kratavičiūtė-Ališauskienė, A. (2011) Lietuviškosios HEXACO PI-R versijos psichometrinės charakteristikos // *Psichologija*, 44: 104-117.
255. Tureikytė, D. (1995) Gyventojų socialinis ekonominis statusas: subjektyvus vertinimas // in Mitrikas, A. (ed.) *Peermainių metetas: tapatumų ieškojimas*, Vilnius: Filosofijos, sociologijos ir teisės institutas.
256. Tūtlys, V. (2013) Karjeros projektavimo ir profesinio rengimo sąveika Lietuvoje: galimybių spąstų problemos sprendimas // *Karjeros projektavimas: tyrimai ir konsultavimas*: 29-53.
257. UK. (2011, 2012) *Opening Doors, Breaking Barriers: A Strategy for Social Mobility*, Prieiga: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/61964/opening-doors-breaking-barriers.pdf.
258. Ulikpan, A., Mirzoev, T., Jimenez, E., Malik, A. and Hill, P. S. (2014) Central Asian Post-Soviet health systems in transition: has different aid engagement produced different outcomes? // *Global Health Action*, vol. 7.
259. Urbanavičiūtė, I. (2009) Profesinio kelio rinkimosi vidiniai ir išoriniai veiksniai. Daktaro disertacija. Sociologija (06S) // Vilnius.
260. Užkalnis, A. (2011) *Daugiakalbystė, vakcina nuo provincialumo*, Lietuvių kalbos institutas, Prieiga: <http://protokolai.com/2011/09/23/daugiakalbyste-vakcina-nuo-provincialumo/>.

261. Valackienė, A. (2003) Lietuvos moterų profesinės karjeros veiksniai: subjektyvus vertinimas // *Filosofija. Sociologija*: 49-57.
262. Valantiejus, A. (2002a) Reprerentacijos kaip modernizmo sąvokos santykiškas sunykimas sociologijoje. Durkheimo, Parsonso ir Giddenso modeliai // *Sociologija. Mintis ir veiksmas*, 1: 105–129.
263. Valantiejus, A. (2002b) Sociologijos dialogas kaip metodinė abejonė // *Filosofija. Sociologija*, 1: 17-23.
264. Valantiejus, A. (2005) Radikalios mikrosociologijos gairės // *Sociologija. Mintis ir veiksmas*, 1: 5-22.
265. Valantiejus, A. (2006) Socialinės struktūros samprata // *Sociologija. Mintis ir veiksmas*, 2: 48-68.
266. Valantiejus, A. (2007) *Socialinė struktūra: nuo makro prie mikro modelių*, Vilniaus universitetas, Socialinių tyrimų institutas.
267. Valantiejus, V. (2014) *Postkomunizmas kaip politiškumo forma. Daktaro disertacija - Politikos mokslai - 02S*, Vilnius: Vilniaus universitetas.
268. Valavičienė, N. (2012) Migracijos klausimu: „Pasimetusi“ Lietuva globalioje migracijos erdvėje // Improving Life Quality and Enhancing Employment Possibilities. Stream D of International research conference "Social Innovations: Theoretical and Practical Insights", 270-271.
269. Valavičienė, N. (2013) Tarptautinė migracija struktūrinimo teorijos požiūriu // *Socialinis darbas*, 2 (12): 253–260.
270. Valeckienė, D. (2005) Profesijos pasirinkimą lemiančių veiksnių teorinė analizė // Karjeros konsultavimas tarpkultūrinėje Europos erdvėje: tarptautinė mokslinė praktinė konferencija: tarptautinės mokslinės praktinės konferencijos pranešimų medžiaga, 2005 m. rugsėjo 7 d, Klaipėda, 97–103.
271. Varžinskienė, L. (2008) *Socialinio darbo profesijos statusas Lietuvoje* : daktaro disertacija : socialiniai mokslai, sociologija (05 S), Socialinių tyrimų institutas, Vilniaus universitetas.
272. Varžinskienė, L. (2009) Prestige of social work profession // *Socialiniai tyrimai / Social Research*, 1 (15): 98–104.
273. Veidas.lt (2012) *Kokios profesijos žada didžiausius ir mažiausius atlyginimus*, Prieiga: <http://www.veidas.lt/kokios-profesijos-zada-didziausius-ir-maziausius-atlyginimus> [2013-01-03].
274. Verbickas, M. and Juškevičius, J. (2014) Gydytojų profesinės etikos standartai teismų // *SOTER*, 50 (78): 65-80.
275. Vyriausioji enciklopedijų redakcija (1985) *Tarptautinių žodžių žodynas*, [Elektroninis išteklius], Prieiga: <http://www.zodziai.lt> [2014-02-15].
276. Vitkus, H. (2012) Aktualus veikalas apie žydų bendruomenės istoriją rytų prūsijos ir Lietuvos paribio regione. R. Leiserowitz monografijos recenzija. // *Erdvių pasisavinimas rytų prūsijoje XX amžiuje. Acta Historica Universitatis Klaipedensis XXIV*: 321-326.
277. Wagner, H. (2014) Socialinio darbo profesijos (ne)galia visuomenėje // *Socialinė teorija, empirija, politika ir praktika STEPP*, 9: 7-20.
278. Weber, M. (1922, 1978) Status Groups and Classes // in Weber, M. *Economy and Society*, University of California Press.
279. Weiss, A. (2005) The Transnationalization of Social Inequality: Conceptualizing Social Positions on a World Scale // *Current Sociology*, 4 (53): 707-728.
280. Werner, J. (2013) *The coherency of social mobility and residential mobility: a comparative analysis of Germany and Lithuania*, Prieiga: http://www.lidata.eu/files/seminarai/2013-10-25/4_Mobility_paper.pdf.
281. Wilensky, H.L. (1964) *American Journal of Sociology*, 2 (70): 137-158.
282. Wismar M., Maier C. B., Glinos I. A., Dussault G., Figueras J. (2011) *Health professional mobility and health systems. Evidence from 17 European countries*. 597 p.
283. Wolff, F.-C. and Attias-Donfut, C. (2001) La dimension subjective de la mobilité sociale // *Population*, 6 (56): 919-958.
284. Xie, Y. and Killewald, A. (2013) Intergenerational Occupational Mobility in Great Britain and the United States Since 1850: Comment // *American Economic Review*, 5 (103): 2003–2020.

285. Zabarauskaitė, R. and Blažienė, I. (2012) Gyventojų pajamų nelygybė ekonominių ciklų kontekste // *Verslas: Teorija ir praktika*, 2 (13): 107-115.
286. Žakevičius, G. (2013) Kam eksportuoti gydytojus, jeigu galima importuoti pacientus? // *Apžvalga. Pasaulio lietuviai*, 2013-12-11, Prieiga: <http://apzvalga.eu/kam-eksportuoti-gydytojus-jeigu-galima-importuoti-pacientus.html>.
287. Žodynas.lt (2014) www.zodynas.lt, [Elektroninis išteklius] [2014-10-05].
288. Žvinklienė, A. (2013) „W2.0“ viešoji erdvė: kinų diskursas Lietuvos „W2.0“ savilaidoje // *Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas*, 2 (4): 119-142.
289. Почобут, Л.Г. and Чикер, В.А. (2002) *Организационная социальная психология*, Санкт Петербург: Речь.
290. Сорокин, П.А. (1992) Социальная мобильность ее формы и флуктуации // in Сорокин, П.А. *Человек. Цивилизация. Общество*.

PRIEDAI

Priedas 1. Tarpdisciplininė socialinės struktūros ir mobilumo tyrimų prieiga

Mokslų kryptys	Mokslų šaka	Tiriami socialinės struktūros, socialinio statuso ir socialinio mobilumo aspektai
Socialinių mokslų sritis		
Sociologija	Socialinės struktūros; Socialinė geografija; socialinė psichologija; ir kt.	Socialinis sluoksniavimasis (stratifikacija), socialiniai sluoksniai/klasės/grupės; socialinis mobilumas, socialinė nelygybė
Ekonomika	Socialinė ekonomika; kt.	Ekonominis kontekstas, ekonominis kapitalas, socialinė nelygybė ekonominiu požiūriu
Edukologija		Švietimas, profesijos pasirinkimas, karjera
Geografija	Visuomeninė geografija	Vietos, pasiskirstymo, tankumo klausimai (lokalūs, regioniniai, globalūs)
Teisė	Žmogaus teisė; civilinė teisė, Darbo ir socialinė teisė; Tarptautinė viešoji ir privati teisė; Europos teisė; kt.	Socialinis reguliavimas; teisiniai socialinio statuso aspektai; transnacionalinė teisėkūra; švietimo teisė, šeimos teisė
Politikos mokslai	Politikos ir administravimo mokslai; kt.	Struktūros klausimai, siejami su politikos formavimu
Psichologija	Socialinė psichologija; Vystymosi psichologija; kt.	Psichologiniai socialinio mobilumo aspektai, karjeros psichologija, elgesys, dėsniai
Humanitarinių mokslų sritis		
Istorija	Socialinė ir ekonominė istorija, teisės istorija; kt.	Socialinės struktūros raida, visuomenės stratifikacijos istoriniai tyrimai
Filosofija	Socialinė filosofija; kt.	Epistemologiniai klausimai, socialinės sistemos, visuomeninio gyvenimo pagrindai
Komunikacija ir informacija		Socialinių sąveikų (virtualių ir realių) tyrimai
Biomedicinos mokslų sritis		
Medicina	Genetika	Paveldimumas, perimamumas
Visuomenės sveikata		Ryšys tarp socialinio statuso ir sergamumo atskiromis ligomis, mitybos įpročių
Technologijos mokslų sritis		
Transporto inžinerija		Susisiekimo būdai, greitis, kryptys
Informatikos inžinerija		Informacinių technologijų įtaka transnacionalinių procesų formavimuisi, socialinio statuso siekimui

Priedas 2. Asmenybės dimensijų ir subdimensijų apibūdinimai

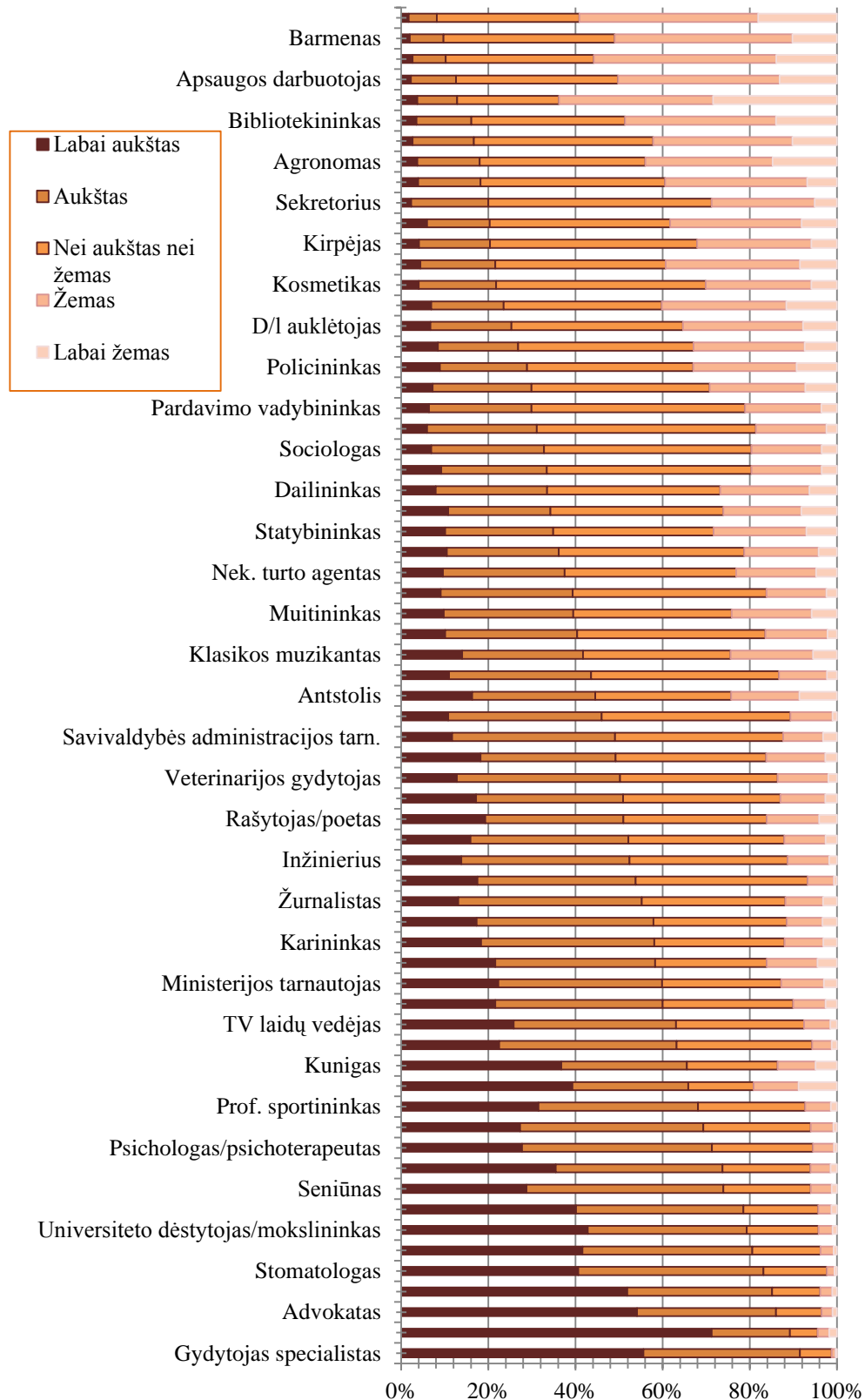
<i>Dimensijos / subdimensijos</i>	<i>Apibrėžimas</i>
Sąžiningumas ir nuolankumas	Asmenys, turintis didelį sąžiningumo ir nuolankumo skalės įvertį, nėra linkę manipuliuoti kitais dėl naudos sau, nejaučia pagundos laužyti taisykles, nėra suinteresuoti įgyti didelius turtus ir turėti aukštą socialinį statusą ar ypatingų privilegijų. Priešingai, žmonės, turintys mažą šios skalės įvertį, yra smarkiai išpuikę, labai motyvuojami materialinių gėrybių, linkę laužyti taisykles ir meilikauti kitiems, kai tai gali atnešti asmeninės naudos.
Nuoširdumas	Nusako asmens polinkį būti nuoširdžiam tarpasmeniniuose santykiuose. Turintys mažą šios subskalės įvertį linkę meilikauti kitiems ar apsimesti, kad juos mėgsta tam, kad gautų naudos, o turintys didelį įvertį nėra linkę manipuliuoti kitais.
Teisingumas	Nusako asmens polinkį vengti apgavysčių ir korupcijos. Turintys mažą šios subskalės įvertį yra linkę pelnytis sukčiaudami ar vogdami, o turintys didelį įvertį nėra linkę naudotis kitais asmenimis ar visuomene.
Paprastumas	Nusako asmens polinkį būti nesuinteresuotam turėti didelių turtų, prabangių daiktų ar aukštą socialinį statusą. Turintys mažą šios subskalės įvertį nori mėgautis ir turtais, ir privilegijomis ir juos demonstruoti kitiems, o turintys didelį šios subskalės įvertį nėra ypač motyvuojami pinigų ar socialinio statuso.
Kuklumas	Nusako asmens polinkį būti kukliam ir nepretenzingam. Turintys mažą šios subskalės įvertį laiko save turinčiais teisę į privilegijas, kurių kiti neturi, o turintys didelį įvertį laiko save eiliniaisiais žmonėmis be pretenzijų į ypatingas privilegijas.
Emocingumas	Asmenys, turintis didelį emocingumo skalės įvertį, yra linkę bijoti fizinių pavojų, jausti nerimą atsidūrę stresinėse situacijose, jiems reikia emocinio kitų palaikymo, jie yra stipriai prisirišę prie kitų žmonių. Priešingai, asmenys, turintys mažą šios skalės įvertį, asmeniniuose santykiuose linkę būti neemocingi, neprisirišantys ir nepriklausomi. Be to, jie yra linkę mažai nerimauti net labai stresinėse ar gąsdinančiose situacijose.
Baimingumas	Nusako asmens polinkį išgyventi baimę. Mažą šios subskalės įvertį turintys asmenys jaučią nedidelę traumų baimę ir yra santykinai tvirti, drąsūs ir nejautrūs fiziniam skausmui, o didelį įvertį turintys yra labai linkę išvengti bet kokios fizinės žalos.
Nerimastingumas	Nusako asmens polinkį jaudintis įvairiomis aplinkybėmis. Turintys mažą šios subskalės įvertį, susidūrę su sunkumais, išgyvena nedidelį stresą, o turintys didelį įvertį susirūpina net susidūrę su santykinai mažomis problemomis.
Priklausomumas	Nusako asmens poreikį gauti kitų žmonių emocinį palaikymą. Turintys mažą šios subskalės įvertį, pasikliauja savimi ir geba išspręsti problemas be kitų pagalbos ar patarimo, o turintys didelį įvertį nori pasidalyti savo sunkumais su tais, kurie gali suteikti padrąšinimą ir paguodą.
Jausmingumas	Nusako asmens polinkį jausti stiprius emocinius ryšius su kitais. Turintys mažą šios subskalės įvertį nepatiria stiprių emocijų atsiveikindami ar matydami kitų susirūpinimą, o turintys didelį įvertį jaučia stiprų emocinį prisirišimą prie kitų ir empatišką jautrumą kitų žmonių jausmams.
Ekstraversija	Asmenys, turintis didelį ekstraversijos skalės įvertį, linkę pasitikėti savimi, vadovaudami žmonių grupėms, mėgautis žmonių sambūriais ir bendravimu, jaustis gerai, entuziastingai ir būti energingi. Priešingai, turintys mažą šios skalės įvertį, būdami dėmesio centre, yra linkę jaustis nejaukiai, laiko save nepopuliariais, yra abejingi socialinėms veikloms ir mažiau gyvybingi.
Socialinė savivertė	Nusako asmens polinkį teigiamai vertinti save, ypač socialiniame kontekste. Turintys didelį šios subskalės įvertį yra patenkinti savimi ir mano turį kitiems patinkančių savybių, o turintys mažą įvertį linkę jausti menkavertiškumą ir laikyti save nepopuliariais.

Socialinė drąsa	Nusako asmens jautimąsi patogiai ir pasitikėjimą savimi įvairiose socialinėse situacijose. Turintys mažą šios subskalės įvertį jaučiasi nedrąsiai ar nejaukiai lyderio pozicijoje ar kalbėdami viešai, o turintys didelį įvertį noriai bendrauja su nepažįstamais žmonėmis ar šneka didesnėse grupėse.
Socialumas	Nusako asmens polinkį mėgautis pokalbiais, socialinėmis interakcijomis ir vakarėliais. Turintys mažą šios subskalės įvertį dažniausiai renkasi veiklas, nereikalaujančias bendrauti su kitais, o turintys didelį įvertį mėgsta kalbėti, svečiuotis ir linksintis su kitais.
Gyvybingumas	Nusako būdingą žmogui entuziazmą ir energiją. Turintys mažą šios subskalės įvertį nėra linkę jaustis labai linksmi ar energingi, o turintys didelį įvertį dažniausiai yra optimistiški ir pakylėti.
Sutariamumas	Asmenys, turintys didelį sutariamumo skalės įvertį, yra linkę ieškoti kompromisų ir bendradarbiauti su kitais, būti geranoriški vertindami kitus, išlikti kantrūs ir lengvai kontroliuojantys save ir atleisti jiems kitų padarytą žalą. Priešingai, asmenys, turintys mažą šios skalės įvertį, linkę jausti pyktį, kai su jais netinkamai elgiamasi, pagiežą juos įžeidusiems ar kitaip nusikaltusiems, kritiškai vertinti kitus ir užsispyrusiai ginti savo požiūrį.
Atlaidumas	Nusako asmens norą pasitikėti tais ir mėgti tuos, kurie jam kada nors padarė žalos. Turintys mažą šios subskalės įvertį linkę jausti pagiežą tiems, kurie juos įžeidė, o turintys didelį įvertį paprastai yra pasiruošę vėl pasitikėti kitais, net ir po išdavystės atnaujinti draugiškus santykius.
Švelnumas	Nusako asmens polinkį būti geranoriškam ir negriežtam su kitais žmonėmis. Turintys mažą šios subskalės įvertį, vertindami kitus, yra linkę būti kritiški, o turintys didelį įvertį nenoriai vertina kitus griežtai.
Lankstumas	Nusako asmens norą rasti kompromisą ir bendradarbiauti su kitais. Turintys mažą šios subskalės įvertį yra laikomi užsispyrusiais ir yra linkę ginčytis, o turintys didelį įvertį vengia ginčų ir priima kitų pasiūlymus, net jei tai nebūtinai yra racionalu.
Kantrumas	Nusako asmens polinkį verčiau išlikti ramiam, užuot supykus. Turintys mažą šios subskalės įvertį linkę greitai prarasti savitvardą, o turintys mažą įvertį turi aukštą pykčio pojūčio ir raiškos slenkstį.
Disciplinuotumas	Asmenys, turintys didelį disciplinuotumo skalės įvertį, yra linkę viską organizuoti (tiek laiko, tiek fizinės aplinkos prasme), dirbti nuosekliai siekdami tikslų, siekti tikslumo ir tobulumo atlikdami užduotis ir kruopščiai viską apgalvoti prieš priimdami sprendimą. Priešingai, turintys mažą šios skalės įvertį linkę nesirūpinti aplinkos tvarka ar tvarkaraščiais, vengti sudėtingų užduočių ar sunkiai įgyvendinamų tikslų, būti patenkinti darbu, kuriame lieka klaidų, ir priimti sprendimus impulsyviai ar mažai apgalvoję.
Organizuotumas	Nusako asmens polinkį siekti tvarkos, ypač fizinėje aplinkoje. Turintys mažą šios subskalės įvertį yra linkę būti nerūpestingi ir neturi savo sistemos, o turintys didelį įvertį laiko daiktus tvarkingai ir mėgsta struktūruotą požiūrį į užduotis.
Stropumas	Nusako asmens polinkį stropiai dirbti. Turintys mažą šios subskalės įvertį turi mažai savidrausmės ir menką pasiekimų motyvaciją, o turintiems didelį įvertį būdinga stipri darbinė etika ir jie yra linkę dėti daug pastangų.
Perfekcionizmas	Nusako asmens polinkį būti kruopščiam ir smulkmeniškam. Turintys mažą šios subskalės įvertį toleruoja nedideles klaidas savo darbe ir yra linkę nesirūpinti detalėmis, o turintys didelį įvertį atidžiai tikrina klaidas ir stengiasi viską atlikti tobulai.
Apdairumas	Nusako asmens polinkį kruopščiai apgalvoti ir slopinti impulsus. Turintys mažą šios subskalės įvertį elgiasi impulsyviai ir neatsižvelgia į pasekmes, o turintys didelį įvertį kruopščiai apgalvoja savo galimybes ir yra linkę būti atsargūs ir kontroliuoti save.
Atvirumas patyrimui	Asmenys, turintys didelį atvirumo patyrimui skalės įvertį, linkę žavėtis meno ir gamtos grožiu, jausti smalsumą įvairiose srityse, pasitelkti savo vaizduotę kasdieninėje veikloje ir domėtis neįprastomis idėjomis bei žmonėmis. Priešingai, asmenų, kurie gavo mažą šios skalės įvertį, nedomina dauguma meno kūrinų, gamtos ar socialiniai mokslai, jie vengia kūrybinės veiklos, nejaučia susidomėjimo radikaliomis ar netradicinėmis idėjomis.
Estetiškumas	Nusako asmens mėgavimąsi meno ir gamtos grožiu. Turintys mažą šios subskalės įvertį nelinkę įsijausti į meno kūrinius ar gamtos stebuklus, o turintys didelį įvertį jaučia didelę meno ir gamtos grožio vertę.

Smalsumas	Nusako asmens polinkį siekti teorinių ir praktinių žinių apie gamtą ir žmones. Turintys mažą šios subskalės įvertį menkai domisi gamtos ir socialiniais mokslais, o turintys didelį įvertį skaito daug įvairios literatūros ir domisi kelionėmis.
Kūrybingumas	Nusako asmens polinkį į naujumą ir eksperimentavimą. Turintys mažą šios subskalės įvertį menkai domisi originaliais dalykais, o turintys didelį įvertį aktyviai siekia surasti naujų būdų spręsti problemas ir išreikšti save per meną.
Neįprastumas	Nusako asmens polinkį priimti netradicinius dalykus. Turintys mažą šios subskalės įvertį vengia ekscentriškų ir netradicinių žmonių, o turintys didelį įvertį yra imlūs idėjoms, kurios gali pasirodyti keistos ar radikaliai.
Altruizmas	Nusako asmens polinkį būti užjaučiančiam kitus ir geraširdžiam. Turintys didelį šios subskalės įvertį vengia kam nors pakenkti ir yra dosnūs silpniems bei tiems, kam reikia pagalbos, o turinčių mažą įvertį negąsdina galimybė ką nors nuskriausti ir jie yra laikomi kietaširdžiais.

Pagal (Ashton et al., 2004) iš (Truskauskaitė et al., 2011; Pociūtė ir Isiūnaitė, 2012)

Priedas 3. Profesijų prestižo reitingas Lietuvoje, 2007 m. (N=1462)
(Varžinskienė, 2008)



Priedas 4. Profesijos prestižo pokyčiai Didžiojoje Britanijoje, 1977-2009 m.

	'77	'82	'92	'97	'98	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'09	Pokytis nuo 1977
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Ugniagesys*	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	55	48	56	62	NA
Mokslininkas	66	59	57	51	55	56	53	51	57	52	56	57	-9
Gydytojas	61	55	50	52	61	61	61	50	52	52	54	56	-5
Slaugytojas	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	47	44	50	54	NA
Karininkas	NA	22	32	29	34	42	40	47	46	47	49	51	NA
Mokytojas	29	28	41	49	53	53	54	47	49	48	47	51	+22
Policijos pareigūnas*	NA	NA	34	36	41	38	37	40	42	40	40	44	NA
Dvasininkas	41	42	38	45	46	45	43	36	38	32	36	41	0
Inžinierius	34	30	37	32	34	32	36	34	28	29	34	39	+5
Ūkininkas	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	36	NA
Architektas	NA	NA	NA	NA	26	26	28	27	24	20	27	29	NA
Kongreso narys	NA	NA	24	23	25	33	24	27	30	31	26	28	NA
Teisininkas	36	30	25	19	23	21	18	15	17	17	18	26	-10
Verslininkas*	18	16	19	16	13	15	12	18	18	19	15	23	+5
Sportininkas	26	20	18	21	20	21	22	21	17	21	23	21	-5
Žurnalistas	17	16	15	15	15	16	18	19	15	14	14	17	0
Sąjungos vadovas	NA	NA	12	14	16	16	17	14	15	16	15	17	NA
Atlikėjas	18	16	17	18	19	21	20	19	17	16	18	17	-1
Bankininkas	17	17	17	15	13	15	16	15	14	15	15	16	-1
Aktorius	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	13	16	16	15	NA
Biržos brokeris	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	8	10	8	13	NA
Buhalteris	NA	13	14	18	17	14	15	13	15	10	13	11	NA
Nekilnojamo turto tarpininkas	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	6	5	9	5	NA

NA - nėra duomenų

* Keitėsi pavadinimai

Šaltinis: (The Harris Interactive, 2009)

Priedas 5. Eurostato gydytojų kategorijos

<p>Praktikuojantys gydytojai</p>	<p>Praktikuojantys gydytojai teikia paslaugas pacientams tiesiogiai. Jiems <u>priskiriami</u>:</p> <ul style="list-style-type: none">- asmenys, baigę universitetinio lygio medicinos studijas ir turintys licenciją.- praktikantai ir gydytojai rezidentai (diplomuoti ir teikiantys paslaugas sveikatos priežiūros įstaigoje prižiūrimi kitų gydytojų per savo doktorantūros studijas, stažuotę ar rezidentūrą);- pastovų atlyginimą gaunantys ir savarankiškai dirbantys gydytojų, kurie teikia paslaugas nepriklausomai nuo paslaugų teikimo vietos;- užsienio gydytojai, turintys licenciją verstis ir kurie aktyviai praktikuojasi toje šalyje. <p><u>Nepriskiriami</u>:</p> <ul style="list-style-type: none">- studentai, kurie dar nėra baigę studijų;- odontologai ir chirurgai-odontologai;- gydytojai, dirbantys administravimo darba, atliekantys mokslinius tyrimus, neturintys tiesioginio kontakto su pacientais;- bedarbiai gydytojai ir gydytojai pensininkai;- gydytojai, kurie dirba užsienyje.
---	--

<p style="text-align: center;">Profesionaliai aktyvūs gydytojai</p>	<p>Profesionaliai aktyvūs gydytojai apima praktikuojančius gydytojus ir kitus gydytojus, kuriems medicinos studijos yra privaloma darbo vykdymo sąlyga. Jiems <u>priskiriami</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gydytojai, kurie teikia paslaugas tiesiogiai pacientams - gydytojai, turintys administravimo ir vadovaujančias pareigas, kuriems reikia medicininio išsilavinimo; - gydytojai, atliekantys žmogaus susirgimų, o taip pat prevencinių bei gydymo metodų tyrimus; - gydytojai dalyvaujantys rengiant ir įgyvendinant sveikatinimo ir visuomenės sveikatos teisės aktus ir reglamentus; - gydytojai, rengiantys mokslinius straipsnius ir pranešimus. <p><u>Nepriskiriami</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - odontologai ir chirurgai-odontologai; - gydytojai, turintys papildomą darbą, kuriam medicinos studijos neprivalomos. - bedarbiai gydytojai ir gydytojai pensininkai; - gydytojai, kurie dirba užsienyje.
<p style="text-align: center;">Licencijuoti gydytojai</p>	<p>Gydytojai licencijuoti verstis apima praktikuojančių ir kiti (ne praktikuojančių) gydytojai, kurie yra registruoti ir turintys teisę verstis sveikatos priežiūros specialistams. Jiems <u>priskiriami</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gydytojai, kurie teikia paslaugas tiesiogiai pacientams; - Gydytojai, kuriems jų medicinos mokslas yra už

	<p>darbo vykdymo sąlyga;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gydytojai, kuriems jų medicinos mokslas nėra už darbo vykdymo sąlyga; - Gydytojai turintys licenciją verstis bet kurie dėl įvairių priežasčių yra ekonomiškai neaktyvūs (pvz., bedarbiai arba pensininkai); - Gydytojai dirba užsienyje. <p><u>Nepriskiriami:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Odontologijos gydytojai.
<p>Gydytojai pagal amžių ir lytį</p>	<p>Amžiaus grupės apima mažiau nei 35, 35-44, 45-54, 55-64, 65 +, už viso, moterų ir vyrų gydytojų. Turėtų būti teikiama pagal amžių ir lytį pasiskirstymas praktikuojančių gydytojų. (Jei neįmanoma, duomenys gali būti nurodomi profesionaliai aktyvūs gydytojų ar gydytojų, turinčių licencijas verstis).</p>

Šaltinis: (EUROSTAT, 2014)

Priedas 6. Interviu klausimynas gydytojui Lietuvoje

Gydytojo profesijos pasirinkimas ir pasiektas profesionalumas

1. Kas lėmė Jūsų apsisprendimą studijuoti mediciną?
 - 1.1. Koks buvo jūsų tėvų vaidmuo?
 - 1.2. Ar jūsų šeimoje yra medikų?
2. Kodėl studijų metu pasirinkote būtent savo turimą specializaciją?
 - 2.1. Kas pastūmėjo jos link?
3. 10-ies balų skalėje kaip šiandien vertintumėte savo pasiektą profesionalumą pasirinktoje srityje (tarptautiniu lygiu)? Paašškinkite kodėl? (Sertifikatai, licencijos....)
4. Ką laikytumėte didžiausiu savo profesiniu pasiekimu?
5. O ką laikytumėte aukščiausiu savo karjeros pasiekimu?

Darbo sąlygų vertinimas

6. Kuri jūsų darbovietė paliko šilčiausius prisiminimus? Kodėl?
7. Ar jaučiate konkurenciją savo darbe? Iš ko ji labiausiai kyla? (Kolegos? Kaip vertinate jaunų gydytojų galimybes susirasti darbo vietą ir siekti karjeros Lietuvoje?)
8. Bandykime aprašyti idealias (labiausiai jus tenkinančias) darbo sąlygas.
9. Kas labiausiai jums trukdo darbe?
 - 9.1. Atsilikusios technologijos (sena įranga)
 - 9.2. Dideli darbo krūviai (popierizmas, budėjimai....)
 - 9.3. Žemi atlyginimai (kokio dydžio į rankas pakaktų?)
 - 9.4. Kt.....
10. Kaip vertinate gydytojų santykius su farmacininkais? Aprašykite.

Valstybinis ir privatus sektorius

11. Ar šiuo metu dirbate keliose darbovietėse?
 - 11.1. (Jūs visą laiką dirbote valstybinėje įstaigoje. Ar bandėte ieškoti darbo privačioje? Privalumai?)
 - 11.2. Pabandykime įvertinti darbo valstybinėje įstaigoje privalumus bei trūkumus.
 - 11.3. Ką labiausiai vertinate privačioje gydymo įstaigoje?

12. Kuo labiausiai pasižymi gydytojo santykiai su pacientais? (Lietuvoje? O kitose šalyse?)

Migracija

Kognityvinis lygmuo

1. Ar, jūsų nuomone, šiuo metu Lietuvoje trūksta sveikatos priežiūros specialistų ar, atvirkščiai, yra jų perteklius?
2. Kokiuose tinklalapiuose esate pateikęs savo CV tikslu gauti kitą darbą Lietuvoje ar svetur?
3. Dabar laisvai galime dirbti įvairiose ES šalyse. Jeigu jums būtų pilnai užtikrintos sąlygos vykti dirbti į bet kurią iš jų, kurią rinktumėtės? Kodėl?
4. Kas jūsų nuomone labiausiai skatina Lietuvos gydytojus vykti dirbti svetur? Ar asmeniškai pažįstate tokius? Kaip jiems sekasi? Ar galvojate, kad jie yra laimingi?
5. Kas jus labiausiai sieja su Lietuva? (Priežastis dėl kurios neskubate išvykti)

Elgesio lygmuo

6. Kokiose šalyse jums teko būti? Kokiu tikslu? (Darbo, pomėgiai, poilsis...). Kur labiausiai patiko? Kodėl?
7. Kokiose srityse, jūsų nuomone, Lietuvos gydytojai pirmauja ar lyderiauja ES (ar tarptautiniu lygiu)?
8. Kurias mūsų šalies ligonines ar gydymo centrus įvardintumėte kaip pažangiausias (pirmaujančius) Lietuvoje?
9. Kaip planuojate keisti savo karjerą ateityje? Ar ją siejate su Lietuva?
10. Kurių profesijų atstovai mūsų visuomenėje, jūsų nuomone, yra labiau gerbiami nei gydytojais? O kitur? Kodėl?

Priedas 7. Interviu klausimynas Lietuvos gydytojui svetur

Gydytojo profesijos pasirinkimas ir pasiektas profesionalumas

1. Kas lėmė Jūsų apsisprendimą studijuoti mediciną?
 - 1.1. Koks buvo jūsų tėvų vaidmuo?
 - 1.2. Ar jūsų šeimoje yra medikų?
2. Kodėl studijų metu pasirinkote būtent savo turimą specializaciją?
 - 2.1. Kas pastūmėjo jos link?
3. 10-ies balų skalėje kaip šiandien vertintumėte savo pasiektą profesionalumą pasirinktoje srityje (tarptautiniu lygiu)? Paaiškinkite kodėl? (Sertifikatai, licencijos....)
4. Ką laikytumėte didžiausiu savo profesiniu pasiekimu?
5. O ką laikytumėte aukščiausiu savo karjeros pasiekimu?

Darbo sąlygų vertinimas

6. Kuri jūsų darbovietė LIETUVOJE paliko šilčiausius prisiminimus? Kodėl?
7. Ar jaučiate konkurenciją savo darbe (NAUJOJE ŠALYJE)? Iš ko ji labiausiai kyla? (Kolegos? Kaip vertinate jaunų gydytojų galimybes susirasti darbo vietą ir siekti karjeros LIETUVOJE?)
8. Bandykite aprašyti idealias (labiausiai jus tenkinančias) darbo sąlygas.
9. Papasakokite kaip atrodo Jūsų darbo diena _____ šalyje?
10. Ar labai skiriasi Jūsų darbo specifiška šalyje, kurioje dirbate (dirbote)? Kokie teigiami ir neigiami pasikeitimai?
11. Kas labiausiai jums trukdo darbe (LIETUVOJE ir SVETUR)?
 - 11.1. Atsilikusios technologijos (sena įranga)
 - 11.2. Dideli darbo krūviai (popierizmas, budėjimai....)
 - 11.3. Žemi atlyginimai (kokio dydžio į rankas pakaktų?) Kita?
12. Kaip vertinate gydytojų santykius su farmacininkais LIETUVOJE ir SVETUR? Aprašykite.

Valstybinis ir privatus sektorius

13. Ar šiuo metu dirbate keliose darbovietėse (SVETUR)?
 - 13.1. (Jūs visą laiką dirbate valstybinėje įstaigoje. Ar bandėte ieškoti darbo privačioje? Privalumai?)
 - 13.2. Pabandykite įvertinti darbo valstybinėje įstaigoje privalumus bei trūkumus.
 - 13.3. Ką labiausiai vertinate privačioje gydymo įstaigoje?
14. Kuo labiausiai pasižymi gydytojo santykiai su pacientais? (Lietuvoje? O kitose šalyse?)

Migracija

Kognityvinis lygmuo

1. Ar, jūsų nuomone, šiuo metu Lietuvoje trūksta sveikatos priežiūros specialistų ar atvirkščiai, yra jų perteklius?
2. Kokiuose tinklalapiuose esate pateikęs savo CV tikslu gauti kitą darbą Lietuvoje ar svetur?
3. Kaip kilo mintis išvažiuoti dirbti gydytoju į _____ šalį?
4. Dabar laisvai galime dirbti įvairiose ES šalyse. Jeigu jums būtų pilnai užtikrintos sąlygos vykti dirbti į bet kurią iš jų, kurią rinktumėtės? Kodėl?
5. Kas jūsų nuomone labiausiai skatina Lietuvos gydytojus vykti dirbti svetur? Ar asmeniškai pažįstate tokius? Kaip jiems sekasi? Ar galvojate, kad jie yra laimingi?
6. Kas jus labiausiai sieja su Lietuva? (Priežastis dėl kurios neskubate išvykti)

Elgesio lygmuo

7. Kokiose šalyse jums teko būti? Kokiu tikslu? (Darbo, pomėgiai, poilsis...). Kur labiausiai patiko? Kodėl?
8. Kokiose srityse, jūsų nuomone, Lietuvos gydytojai pirmauja ar lyderiauja ES (ar tarptautiniu lygiu)?
9. Kurias mūsų šalies ligonines ar gydymo centrus įvardintumėte kaip pažangiausias (pirmaujančius) Lietuvoje?
10. Kaip planuojate keisti savo karjerą ateityje? Ar ją siejate su Lietuva?
11. Kurių profesijų atstovai LIETUVOS visuomenėje, jūsų nuomone, yra labiau gerbiami nei gydytojais? O KITUR? Kodėl?

Priedas 8. Interviu klausimynas medicinos studijų Lietuvoje vadovams

Gydytojo profesijos pasirinkimas ir pasiektas profesionalumas

1. Kas lėmė Jūsų apsisprendimą studijuoti mediciną?
 - 1.1. Koks buvo jūsų tėvų vaidmuo?
 - 1.2. Ar jūsų šeimoje yra medikų?
 - 1.3. Kaip Jūs vertinate profesinį perimamumą medikų šeimose?
 - 1.4. Ar jūsų aukštojoje mokykloje daug tokių studentų, kurių bent vienas tėvų yra medikas ? Kokius privalumus galėtumėte paminėti? O kokias grėsmes išvelgiate? Ar jūsų AM dokumentuose tai yra kaip nors reglamentuojama? (Pvz., ar gali tėvas gydytojas-dėstytojas vadovauti savo vaiko moksliniam darbui?)
 - 1.5. Kokie veiksniai paprastai skatina rinktis mediko profesiją? Turbūt vienetai atvejų, kai į medicinos specialybę papuola studentai atsitiktinai?
 - 1.6. Ar didelis "iškritimo" procentas iš medicinos fakulteto? Kuriame kurse daugiausia iškrenta? Kokios priežastys paprastai paskatina išeiti?
 - 1.7. Kaip Jūs vertintumėte dabartiniu metu šalyje besimokančių būsimųjų gydytojų studijų kokybę aukštojoje mokykloje ? Kokių profesinių žinių labiausiai stinga aukštojoje mokykloje studijuojantiems būsimiesiems medikams?
2. Kodėl studijų metu pasirinkote būtent savo turimą specializaciją?
 - 2.1. Kas pastūmėjo jos link?
 - 2.2. kokia yra studentų specializacijos pasirinkimo tvarka (ir praktika) jūsų AM? Ar kaip nors tiriate studentų pasitenkinimą ja?
 - 2.3. Kokiose specialybėse yra didžiausi konkursai ir aukščiausi praėjimo balai?
3. Kodėl pasirinkote mokslinę karjerą? Ar dideli konkursai į medicinos doktorantūrą?
4. 10-ies balų skalėje kaip šiandien vertintumėte savo pasiektą profesionalumą pasirinktoje srityje (tarptautiniu lygiu)? Paaiškinkite kodėl? (Sertifikatai, licencijos....)
5. Ką laikytumėte didžiausiu savo profesiniu pasiekimu?
6. O ką laikytumėte aukščiausiu savo karjeros pasiekimu?

Darbo sąlygų vertinimas

7. Kuri jūsų darbovietė paliko šilčiausius prisiminimus? Kodėl?

8. Ar jaučiate konkurenciją savo darbe? Iš ko ji labiausiai kyla? (Kolegos? Kaip vertinate jaunų gydytojų galimybes susirasti darbo vietą ir siekti karjeros Lietuvoje?)
9. Bandykime aprašyti idealias (labiausiai jus tenkinančias) darbo sąlygas.
10. Kas labiausiai jums trukdo darbe?
 - 10.1. Atsilikusios technologijos (sena įranga)
 - 10.2. Dideli darbo krūviai (popierizmas, budėjimai...)
 - 10.3. Žemi atlyginimai (kokio dydžio į rankas pakaktų?)
 - 10.4. Kita

Valstybinis ir privatus sektorius

11. Ar šiuo metu dirbate keliose darbovietėse?
 - 11.1. (Jūs visą laiką dirbote valstybinėje įstaigoje. Ar bandėte ieškoti darbo privačioje? Privalumai?)
 - 11.2. Pabandykime įvertinti darbo valstybinėje įstaigoje privalumus bei trūkumus.
 - 11.3. Ką labiausiai vertinate privačioje gydymo įstaigoje?
12. Kuo labiausiai pasižymi gydytojo santykiai su pacientais? (Lietuvoje? O kitose šalyse?)

Migracija

Kognityvinis lygmuo

1. Ar, jūsų nuomone, šiuo metu Lietuvoje trūksta sveikatos priežiūros specialistų ar, atvirkščiai, yra jų perteklius?
2. Ar gydytojų trūkumas rajonuose – reali problema? Kaip manote, kodėl jauni specialistai neskuba važiuoti dirbti į mažesnius miestus? Kaip siūlote spręsti šią problemą? Ar manote, kad jauni gydytojai, važiuojantys dirbti į provinciją – tai gydytojai, kurie neturi giminaičių gydytojų didžiuosiuose miestuose?
3. Kas jūsų nuomone labiausiai skatina Lietuvos gydytojus vykti dirbti svetur? Ar asmeniškai pažįstate tokius? Kaip jiems sekasi? Ar galvojate, kad jie yra laimingi?
4. Kas jus labiausiai sieja su Lietuva? (Priežastis dėl kurios neskubate išvykti)

Elgesio lygmuo

5. Kokiose šalyse jums teko būti? Koku tikslu? (Darbo, pomėgiai, poilsis...). Kur labiausiai patiko? Kodėl?
6. Kokiose srityse, jūsų nuomone, Lietuvos gydytojai pirmauja ar lyderiauja ES (ar tarptautiniu lygiu)?
7. Kurias mūsų šalies ligonines ar gydymo centrus įvardintumėte kaip pažangiausias (pirmaujančius) Lietuvoje?
8. Kaip planuojate keisti savo karjerą ateityje? Ar ją siejate su Lietuva?
9. Kurių profesijų atstovai mūsų visuomenėje, jūsų nuomone, yra labiau gerbiami nei gydytojai? O kitur? Kodėl?