



Bendras sprendimų priėmimas interprofesinėse komandose: atvejo tyrimas

Stijn R. J. M. Deckers¹, Vilma Makauskienė², Yvonne van Zaalen³

- 1 Radboud universitetas, Nyderlandų pedagogikos mokslų katedra, Stichting Milo, Augmentinės ir alternatyvios komunikacijos centras, 5482 JH Scheidelas, 6525 XZ, Neimegenas, Nyderlandai, stijndeckers@stichtingmilo.nl
- 2 Vytauto Didžiojo universitetas, Švietimo akademija, K. Donelaičio g. 52, LT44244-Kaunas, Lietuva, vilma.makauskiene@vdu.lt
- 3 Hagos gretutinių mokslų universitetas, Reliatyvosios priežiūros mokslinių tyrimų grupė, Sveikatos inovacijų žinių centras, 2521 EN Haga, Nyderlandai, y.vanzaalen@hhs.nl

Anotacija. Siekiant atskleisti grupės dinamiką priimant bendrus interprofesinės komandos, klientų ir jų šeimos narių sprendimus buvo taikomi simuliacija grįsti mokymai. Dalyviai iškėlė 39 skirtingus pagalbos tikslus ir nurodė skirtingas intervencijos strategijas. Grupės dinamika turi didelį poveikį interprofesinės komandos susitikimų rezultatams ir tikslų planavimui. Susitikimų viziją, struktūrą, procesą ir rezultatus lemia įvairūs tarpasmeniniai ar intraasmeniniai veiksniai.

Esminiai žodžiai: *bendras sprendimų priėmimas, interprofesinis bendradarbiavimas, grupės dinamika, interprofesinis bendravimas, Dauno sindromas.*

Įvadas

Interprofesinis bendradarbiavimas

Pasaulio sveikatos organizacija nurodo, kad specialistų gebėjimas veiksmingai ir efektyviai bendradarbiauti yra vienas didžiausių iššūkių gerinant sveikatos priežiūros paslaugas visame pasaulyje. Sveikatos priežiūros kokybė tampa ypač aktuali didėjant vyresnio amžiaus žmonių populiacijai. Sveikatos priežiūros paslaugas teikia įvairių sričių specialistai, todėl svarbu užtikrinti, kad jie dirbtų koordinuotai. Šis poreikis yra akivaizdus, tačiau praktika rodo, kad dirbti kartu yra ne visada lengva. Pasaulio sveikatos organizacija skatina rengti daugiau interprofesinių mokymų skirtingų sričių

sveikatos priežiūros specialistams, nes sėkmingai dirbdami kartu su kitų profesijų atstovais jie gali pasiekti geresnių rezultatų. Efektyvesnis bendradarbiavimas padeda užtikrinti geresnius kliento sveikatos rezultatus (PSO, 2010). Šios nuostatos yra reikšmingos socialinių ir švietimo sričių specialistų rengimui.

Van Zaalen ir kt. (2023) nurodo, kad veiksmingo ir efektyvaus interprofesinio bendradarbiavimo prielaida yra kitų pagalbos proceso dalyvių galimybių, žinių ir poreikių žinojimas bei bendravimas visiems suprantama kalba. Šį principą pažymi ir Tarptautinė funkcionavimo, negalios ir sveikatos klasifikacijos (angl. *International Classification of Functioning, ICF*)¹ vaikų ir jaunimo versija (ICF-CY). Tarptautinė funkcionavimo klasifikacija (TFK) ir jos versija vaikams bei jaunimui skiriasi tuo, kad TFK-VJ atsižvelgiama ne tik į medicininius aspektus, bet atskleidžiamos vaiko raidos perspektyvos ir mokymosi procesai. Siekdami apibūdinti žmogaus funkcionavimą ir dalyvavimą, TFK-VJ klasifikavimo sistema gali taikyti visų sveikatos ir socialinės priežiūros profesijų atstovai. Specialistai, norintys veiksmingai ir efektyviai dirbti kartu, turi siekti kelių tikslų (Kaye, Crittenden, 2005):

- praplėsti savo disciplinos ribas;
- atrasti naujų žinių ir patirties;
- išmokti suprasti kitą (profesinę) kalbą (ir kultūrą);
- priimti įvairias skirtingų specialistų ir klientų nuomones bei požiūrius;
- sudaryti galimybę kitiems atskleisti savo kompetencijas;
- vertinti kolegų kompetenciją ir nuomonę, kaip papildančią ir praturtinančią.

Sveikatos priežiūros, socialinės priežiūros ir švietimo sistemos specialistų bendradarbiavimas tampa vis aktyvesnis, nes dėl sudėtingų pagalbos ir paramos aspektų įtraukiama vis daugiau skirtingų profesijų atstovų, kurie turi dirbti kartu. Taip pat tampa svarbesnis kliento vaidmuo, jo įsitraukimas ir atsakomybė. Bendradarbiavimui būdingos ir kitos ypatybės:

- Vizija. Akcentuojamas „visas asmuo“ ir kontekstas, kuriame asmuo veikia, laikomasi holistinio požiūrio į sveikatą ir dalyvavimą. Pripažįstami skirtingi požiūriai, įvairūs veiksniai, jų poveikis sveikatai ir gerovei.
- Struktūra. Pagalbos, slaugos, socialinės rūpybos poreikių sudėtingumas didėja, o įvairių profesijų atstovų bendradarbiavimas intensyvėja. Hierarchinės pozicijos ir aiškiai apibrėžtos užduotys bei vaidmenys tampa netinkami ir nepriimtini.
- Procesai. Komunikacijos įgūdžiai tampa vis svarbesni, nes vyksta dažnesnis ir įvairesnis bendravimas tiek su specialistais, tiek su klientais. Komunikacija reikalauja skirtingų įgūdžių, kad nustatant intervencijos galimybes ir tikslus būtų pasiekta sinergija ir sutarimas. Pagalba, parama ir rekomendacijos vis labiau pritaikomos konkrečių žmonių ir jų aplinkos poreikiams, mažėja atskirų specialistų

¹ International classification of functioning, disability and health: children and youth version: ICF-CY. World Health Organization (2007). <https://iris.who.int/handle/10665/43737>

savarankiškumas. Bendras sprendimų priėmimas su klientu ir jo socialinio tinklo dalyviais tampa įprastinis.

- Rezultatai. Didėja galimų rezultatų sudėtingumas ir įvairovė. Pagalbos (slaugos) ir intervencijų rezultatai yra ne tik sveikatos problemų mažėjimas, bet ir veiklos, dalyvavimo ir įtraukties lygmens didėjimas.

Bendras sprendimų priėmimas

Šiuo tyrimu siekiama atskleisti bendro sprendimų priėmimo interprofesinėse komandose kontekstą. Bendras sprendimų priėmimas yra procesas, kurio metu sveikatos priežiūros specialistai ir pacientai kartu priima sprendimus dėl sveikatos priežiūros paslaugų ir sudaro į asmenį orientuotos pagalbos planą (Towle, Greenhalgh, Gambrill ir kt., 1999; Weston, 2001). Į pacientą ar į klientą orientuota pagalba ir bendras sprendimų priėmimas yra trys glaudžiai susijusios, sąvokos. Pagal WGBO (angl. *Medical Treatment Agreement Act*) specialisto pareiga yra priimti bendrą sprendimą su klientu. Ši nuostata galioja rekomenduojant pacientui susilaikyti nuo (medicininės) intervencijos ir nurodo atsižvelgti į asmens prioritetus. Nepaisant šios nuostatos, Nyderlandų ir kitų šalių profesinės praktikos gairėse bendram sprendimų priėmimui skiriama mažai dėmesio (van der Weijden, van der Kraan, Brand ir kt., 2022). Bendras sprendimų priėmimas bus efektyvus tik tuo atveju, jei bendravimas tarp kliento, jo socialinės aplinkos atstovų ir įvairių sričių specialistų veiksmingas. Dėl neefektyvios komunikacijos klientas dažnai nėra įtraukiamas į sprendimų priėmimo procesą (Cameron, Chan, 2008). Ši situacija gali tiesiogiai paveikti sveikatos pablogėjimą, didinti klaidų riziką tiek diagnozuojant, tiek teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, lemti prastesnę paslaugų kokybę ir mažesnę klientų pasitenkinimą teikiama pagalba (Jensen, Løvholt, Sørensen ir kt., 2015; Hemsley, Balandin, 2014).

Bendras sprendimų priėmimas yra nuolatinis interprofesinės komandos dalyvių iššūkis. Dalijimasis žiniomis ir patirtimi priimant bendrus sprendimus neužtikrina, kad komandos nariai ir toliau dirbs kartu (Kreps, 2016). Kiekvienas komandos narys, remdamasis kitų pateikta informacija, gali savaip interpretuoti situaciją ir nustatyti skirtingus pagalbos ar paramos proceso prioritetus. Tai reiškia, kad specialistai turi gebėti priimti kliento, jo socialinės aplinkos ir kitų specialistų nuomonę bei atitinkamai koreguoti savo požiūrį. Interprofesinės komandos narių siekimas aptarti skirtingus požiūrius, laikytis bendros nuomonės dėl pagalbos prioritetų sudaro sąlygas priimti bendrus sprendimus, kurie yra svarbūs kliento švietimui ir palaikymui.

Bendrų sprendimų priėmimo sėkmę gali paveikti nepakankamas sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų raštingumas. Priimti bendrus sprendimus yra sudėtinga, tačiau šis procesas kelia dar daugiau iššūkių, jei klientas turi žymių sveikatos sutrikimų. Nurodoma, kad 25 proc. suaugusių Nyderlandų gyventojų (apie 2,5 mln. žmonių) sveikatos

priežiūros srityje raštingumas yra ribotas². Žemas raštingumas reiškia, kad žmonės prastai moka rašytinę kalbą (-as), pavyzdžiui, jiems sunku skaityti, rašyti, skaičiuoti ir suprasti sudėtingesnę informaciją. Šiems asmenims sunku rasti, suprasti ir pasinaudoti informacija apie ligą, sveikatą, socialinę gerovę, vaikų mokymą ir auklėjimą, priimti sprendimus už save ar kitus.

Svarbu, kad specialistai turėtų informacijos apie žemą kliento raštingumą, gebėtų atpažinti sunkumų turinčius sveikatos priežiūros paslaugų vartotojus ir labiau prisitaikytų prie jų komunikacijos galimybių. Dažnai nepakanka tik supaprastinti pateikiama informacija, kad klientas ir jo socialinės aplinkos žmonės galėtų aktyviai dalyvauti sprendimų priėmimo procese. Muscat, Shepherd ir kt. (2021) išskiria sėkmingo dalyvavimo priimant bendrus sprendimus sąlygas. Klientams reikalingi efektyvios komunikacijos įgūdžiai, žinios, kaip gauti, suprasti informaciją ir mokėti ja dalytis tiek su specialistais, tiek su asmenimis iš jų socialinės paramos tinklo. Taip pat reikalingi kognityviniai ir socialiniai įgūdžiai, kad asmuo galėtų dalytis savo vertybėmis, pageidavimais ir ankstesne patirtimi, gebėjimas įvertinti specialistų pateiktą informaciją, pritaikyti ją savo situacijoje ir įvertinti, ar informacija atitinka jo vertybes ir pageidavimus. Taigi, priimant bendrus sprendimus, svarbu atsakyti į klausimus: „Ar klientas turi visą reikiamą informaciją? Ar jis gali susieti informaciją su savo situacija, vertybėmis, nuostatomis ir prioritetais?“

Interprofesinio bendradarbiavimo įgūdžiai yra reikšmingi priimant bendrus sprendimus ir reikalauja skirtingų profesijų specialistų mokymų, grįstų realiais atvejais. Šis tyrimas skirtas atskleisti bendrus komandos sprendimus, aptariant vaiko, turinčio Dauno sindromą, atvejį.

Komunikacija ir kalbos raida Dauno sindromo atveju

Vaikai, turintys Dauno sindromą (DS), dažnai turi intelekto, regėjimo, klausos sutrikimų, vėlai pradeda kalbėti ir pirmaisiais gyvenimo metais bendrauja pavieniais garsais ir gestais (Brady, 2008; Roberts, Long, Malkin ir kt., 2005). Net ir atsiradus kalbai, šių vaikų kalbėjimą sunku suprasti. Brady (2008) nurodo, kad Dauno sindromo atveju nepakankamas kalbėjimo suprantamumas ir žymiai vėluojanti kalbos raida yra dvi pagrindinės priežastys, lemiančios augmentinės ir alternatyviosios komunikacijos priemonių (angl. *Augmentative and Alternative Aommunication*, AAC) taikymo poreikį. Augmentinė ir alternatyvioji komunikacija (AAK) apima visas strategijas, priemones ir komunikacijos formas, kurios gali būti taikomos bendravimui ir kalbos raidai skatinti, pavyzdžiui, komunikacijos knygos, gestai, kalbą generuojantys prietaisai ir piktogramų lentelės. Įvairių augmentinės ir alternatyviosios komunikacijos galimybių ir vaiko poreikių bei gebėjimų suderinimas su AAK strategijų ir priemonių ypatybėmis kelia

² Willems, A. E. M., Heijmans, M., Brabers, A. E. M., Rademakers, J. Gezondheidsvaardigheden in Nederland: Factsheet Cijfers 2021. NIVEL. 2022. Available online: <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/gezondheidsvaardigheden-nederland-factsheet-cijfers-2021>

nemažai iššūkių (Van Balkom, Deckers, Stoep, 2017). Svarbu atsižvelgti į įvairius kalbos ir komunikacijos sunkumų, būdingų vaikams, turintiems Dauno sindromą, ypatumus. Įvairialypė sutrikimo prigimtis patvirtina problemos aktualumą interprofesinio bendradarbiavimo ir bendrų sprendimų priėmimo atveju.

Tyrimų apie bendrų sprendimų priėmimą taikant AAK yra nedaug. Atlikti tyrimai dažniausiai sutelkti į atskirus AKK taikymo aspektus, pavyzdžiui, sprendimai dėl komunikacijos sistemos vaizdinio pateikimo (McFadd, Wilkinson, 2010). Galutinis AAK tikslas turėtų padėti vaikui, turinčiam Dauno sindromą, efektyviai įsitraukti į įvairias veiklas ir jose dalyvauti (Beukelman, Light, 2020). Todėl labai svarbu nustatyti vaikų, turinčių Dauno sindromą, įgūdžius ir galimybes, nes tai padeda įgalinti vaiką ir jam svarbius asmenis (Rowland, Fried-Oken, Steiner, Lollar ir kt., 2012). Sprendimų priėmimas vertinant AAK poreikį ir planuojant pagalbą turėtų atitikti vaiko įgūdžius, poreikius ir specifinius natūralios aplinkos ypatumus (Beukelman, Light, 2020). Šiuo atveju nepakanka nurodyti, kad vaikas turi Dauno sindromą, bet būtina apibūdinti sindromo poveikį įvairioms vaiko raidos sritims (Simeonsson, Scarborough, Hebbeler, 2006). Meisels ir Atkins-Burnett (2000) teigia, kad orientacija tik į vieną, atskirą vaiko raidos aspektą trukdo pažinti kitų sričių poveikį ir „gali trukdyti suprasti vaiko gebėjimus bei iššūkius“ (p. 232). Nepakankamas dėmesys vaiko funkcionavimo lygmenims gali apsunkinti tinkamos pagalbos planavimą ir įgyvendinimą. Sėkmingą AAK taikymą lemia integruotas, Tarptautinės funkcionavimo klasifikacijos versijos vaikams ir jauniui (TFK-VJ) samprata bei taksonomija grįstas požiūris (Simeonsson, Björck-Åkesson, Lollar, 2012).

Beukelman, Light (2020) teigia, kad orientacija į asmens stipriąsias puses ir įgūdžius yra labai svarbus vertinant AAK poreikį, nes toks požiūris sudaro galimybę gebėjimus suderinti su vienu ar keliais AAK metodais. Tyrimų, skirtų atskleisti, kaip praktikai priima sprendimus dėl AAK taikymo, yra nedaug, todėl galima manyti, kad dauguma sprendimų yra grįsti specialisto žiniomis, praktine patirtimi, profesinio mokymosi / tobulėjimo galimybėmis, diskusijomis su kolegomis ir kai kuriais atvejais mokslinių tyrimų įrodymais (Schlosser, Raghavendra, 2004). Nurodoma, kad sprendimų priėmimas dėl AAK taikymo dažnai yra per daug orientuotas į vaiko sunkumus ir nepakankamai į šeimą, nors šeimos nariai turėtų informuoti apie svarbiausius vaiko poreikius ir savo pačių prioritetus (Henderson, Skelton, Rosenbaum, 2008; Calculator, Black, 2010). Vidiniai ir išoriniai veiksniai, turintys didelę įtaką komunikacinių gebėjimų ir kalbos raidai, vis dar nėra praktikoje pakankamai susiejami. Kalba ir komunikacija dažniausiai priskiriami logopedo kompetencijai, pažintiniai procesai – psichologo, motorikos raida laikoma kineziterapeuto profesinės praktikos sritimi ir pan. Atsižvelgiant į visus vaiko raidos aspektus ir planuojant AAK reikalingas interprofesinis požiūris. Tada, kai skirtingi požiūriai yra integruojami į bendrą sprendimų priėmimo procesą, intervencija yra pritaikoma individualiems vaiko ir jo šeimos poreikiams (Van Balkom, Deckers, Stoep, 2017).

Kyla klausimas, kaip specialistai gali vadovauti bendram sprendimų priėmimo procesui, kad nustatytų AAK taikymo tikslus vaikui, sergančiam DS? Vaikų, sergančių Dauno sindromu, komunikacijos ir kalbos raidą lemia įvairūs vidiniai ir išoriniai veiksniai. Deckers, Van Zaalen (2018) pažymi, kad egzistuoja stiprų ryšys tarp kalbos ir komunikacijos įgūdžių bei įvairių Dauno sindromą turinčių vaikų raidos sričių: dėmesio, suvokimo, socialinių ir emocinių įgūdžių, atminties, pažinimo, orientacijos ir adaptyvaus elgesio bei motorikos raidos. Deckers ir kt. (2016) atliktas atvejo tyrimas, skirtas bendravimo įgūdžius skatinantiems veiksniams klasifikuoti, buvo grindžiamas TFK-VJ samprata. Tyrime, kuris yra šio tyrimo dalis, dalyvavo šeši Dauno sindromą turintys vaikai. Atlikus išsamų vertinimą, buvo nustatyti vidiniai ir aplinkos veiksniai bei iššūkiai, sudarytas individualus integruotas komunikacijos įgūdžių profilis. Nors šešių vaikų, turinčių DS, raidos ir (arba) ekspresyvosios kalbos raidos lygmuo ir (arba) komunikacinių ketinimų (intencijų) lygis buvo vienodi, vaikai susidūrė ne tik su panašiais, bet ir su skirtingais asmeniniais ir aplinkos veiksniais, kurie lėmė jų bendravimo ypatumus. Taigi, tuos pačius kalbinius gebėjimus gali lemti skirtingi veiksniai ir, priešingai, jų priežastis gali būti unikalus TFK-VJ sričių tarpusavio ryšys. Augmentinės alternatyviosios komunikacijos priemonių planavimas, siekiant pagerinti DS sergančių vaikų komunikacijos įgūdžius, turėtų būti pagrįstas išsamiu kiekvieno vaiko ir svarbių jo komunikacinės sistemos dalyvių kompetencijų ir apribojimų pažinimu. Vertinimas padeda atskleisti kūno struktūrų, funkcijų, veiklos ir aplinkos apribojimus bei palaikančius veiksnius, ypatingą dėmesį skiriant individualioms stiprybėms. Kyla klausimas, kaip priimti sprendimus, remiantis visais turimais duomenimis. Šis klausimas yra sveikatos priežiūros, skubios pagalbos specialistų, socialinių darbuotojų ir studentų stimuliacija grįstų mokymų pagrindas.

Simuliacinis mokymas

Simuliacija grįstas mokymas (angl. *Simulation-based Education*, SBE) per pastaruosius dešimtmečius tampa vis labiau pripažįstamas, naudingas ir saugus sveikatos priežiūros specialistų mokymo būdas (van Tetering, van Meurs, Ntuyo ir kt., 2020), ypač rengiant specialistus sudėtingoms praktikos situacijoms. Al-Elq (2010) nurodo, kad simuliacinis mokymas yra „dirbtinis realaus proceso vaizdavimas, siekiant mokymo tikslų per patirtinį mokymąsi ir atliekant imitacinius vaidmenis, kurie yra darbo su realiais pacientais alternatyva“. Publikuota tik keletas tyrimų, kuriuose aprašomos simuliacija grįstos interprofesinio bendradarbiavimo mokymo programos (Fransen, van de Ven, Banga, Mol, Oei, 2020). Taigi, norint išsiaiškinti, kurios simuliacija grįstos strategijos yra veiksmingos, reikalingi išsamesni įvairių praktinių situacijų tyrimai (van Tetering, van Meurs ir kt., 2020). Šiuo tikslu buvo atliktas simuliacinis sveikatos priežiūros ir kitų profesijų studentų bei jų dėstytojų mokymas, kuriuo siekiama atskleisti dalyvių mokymosi patirtį (žr. 2.2 skyrių). Pagrindiniai šio tyrimo

klausimai: kokie interprofesinės komandos dalyvių bendrų sprendimų priėmimo ypatumai išryškėjo aptariant vaiko, turinčio Dauno sindromą, atvejį, kokie veiksniai lemia bendrų sprendimų priėmimą.

Tyrimo metodas

Simuliacinis mokymas buvo taikomas medicinos ir kitų susijusių specialybių studentams (pvz., kineziterapeutams, logopedams ir ergoterapeutams) ir dėstytojams iš įvairių šalių universitetų³. Mokymus vykdė straipsnio autoriai. Taikant atvirą etnografinio tyrimo dizainą (angl. *Overt Ethnographic Research Design*) buvo vykdomi pasyvūs stebėjimai, kurie padėjo planuoti ir atlikti tikslus stebėjimus bei išsamiai išanalizuoti gautus duomenis. Dalyviams pateikus informaciją ir užduotį, buvo vykdomi pasyvūs, „lauko“ stebėjimai. Simuliacinis mokymas suteikė galimybę atskleisti grupės elgesį ir sąveiką tam tikrame kontekste. Pasinėrimas į interprofesinių komandų aplinkas ir spontaniškos sąveikos stebėjimas suteikė galimybę gauti autentiškesnę informaciją. Etnografinis tyrimas gali būti taikomas siekiant patikrinti bendrą teoriją ar hipotezę. Straipsnio autoriai siekė atskleisti interprofesinės komandos grupės dinamiką bendrų sprendimų priėmimų kontekste.

Dalyviai

Mokymuose, kurie truko 5 metus, dalyvavo 62 grupės, kurias sudarė 9–10 medicinos ir kitų profesijų studentų iš Europos (Olandija, Belgija, Vokietija, Italija, Malta, Švedija ir Suomija), JAV (Niujorkas ir Naujasis Džersis), Azijos (Filipinai, Kinija, Honkongas ir Taivanas) universitetų. Didžiąją dalį studentų (85 proc.) sudarė moterys, turinčios žinių, praktikos su vaikais, turinčiais DS, bei interprofesinio bendradarbiavimo patirties. Nė vienas dalyvis neturėjo ankstesnės bendrų sprendimų komandoje priėmimo patirties. Maždaug 60 proc. dalyvių buvo logopedijos studentai. Kitų dalyvių studijų sritys buvo fizioterapija, podologija, ergoterapija, psichologija, pedagogika, slauga ir medicina. Išsami informacija apie studentus nebuvo renkama.

Procedūra

Iš pradžių dalyviai buvo supažindinti su informacija apie interprofesinį bendradarbiavimą, bendrų sprendimų priėmimą, Tarptautinės funkcionavimo, neįgalumo ir

³ Simuliacinis mokymas yra pedagoginė metodika, naudojama pažangiosios praktikos mokymuose, tai yra strategija, skirta atspindėti, priartinti arba sustiprinti realiasias situacijas, pagrindžiant jas patirtimi, taikant interaktyvius būdus, o simulatorius atkartoja realią-praktinę užduočių aplinką, kad pasiektume norimą tikslą (Li, 2009; Anderson, Campbell, Diaz, Boyd, 2019).

sveikatos klasifikacijos versija vaikams ir jaunimui (TFK-VJ), Deckers ir kt. (2016) sudarytu sutrikimų kodų sąrašu, vaikų, turinčių Dauno sindromą, kalbos raidos ypatumais, augmentinės ir alternatyviosios komunikacijos priemonėmis. Nors kyla diskusijų dėl TFK taikymo tinkamumo (Lundälv, Törnbohm ir kt., 2015), didelis šios klasifikacijos privalumas yra tas, kad TFK-VJ kodai nurodo tiksliai apibrėžtus kriterijus, suteikia galimybę „kalbėti apie tą patį“ arba „kalbėti viena kalba“, o tai yra labai svarbus interprofesinio bendradarbiavimo komponentas.

Prieš pradėdant veiklą, dalyviams buvo pateikti nurodymai: remdamiesi interprofesinio bendradarbiavimo principais, skirtingų profesijų atstovai numato bendrus intervencijos tikslus, bendrauja kalba, kuri yra suprantama visiems dalyviams, suvokia kitų disciplinų ypatybes ir perspektyvas, kaip papildančias ir vertingas. Van Zaalen, Deckers, Schuman (2023) teigia, kad tik glaudus bendradarbiavimas padeda pasiekti geriausių kliento sveikatos rezultatų.

Visi dalyviai gavo informaciją apie atvejį ir nuorodą į TFK-VJ kodus: Jonas yra 4 metų berniukas, turintis Dauno sindromą, kuris šešias dienas per savaitę gyvena su tėvais ir broliu (e310). Vieną dieną per savaitę jis praleidžia globėjų šeimoje (e340). Tėvai ir globėjai aktyviai siekia skatinti Jono komunikacinius gebėjimus (e310). Berniukas lanko specializuotą vaikų, turinčių kompleksinių negalių, darželį (e360). Darželyje Jonui teikiama logopedo ir kineziterapeuto pagalba. Berniukui reikalingos gydytojo ir audiologo (e355) konsultacijos. Tėvai pagalbos poreikį suformulavo taip: „Padėkite mums lavinti Jono kalbą ir komunikaciją.“

Vėliau buvo peržiūrėti trys Jono vaizdo įrašai (pagal galimybes du kartus), kurių bendra trukmė – 8 min. Vaizdo įrašuose buvo matyti, kaip Jonas žaisdamas su tėvais bendrauja namuose, su mokytoja, klasės padėjėjais per pamoką ir užkandžių pertraukėlę bei su bendraamžiais žaidimų aikštelėje. Dalyvių buvo paprašyta parašyti savo pastebėjimus. Po vaizdo įrašų peržiūros studentai buvo suskirstyti į grupes po 9 arba 10 žmonių. Kiekvienam dalyviui buvo priskirtas konkretus vaidmuo: (1) logopedas, (2) tėvas, (3) globėjas, prižiūrintis Joną savaitgaliais, (4) audiologas, (5) mokytojas / auklėtojas, (6) kineziterapeutas, (7) psichologas, (8) bendrosios praktikos gydytojas, (9) sekretorius, fiksuojantis komandos sprendimus ir jų motyvus, ir (10) studentas / stebėtojas, stebintis grupės dinamiką, dalyvių bendravimą, kaip ir kas priėmė sprendimus. Siekiant įvertinti mokymosi rezultatus ir padėti dalyviams daugiau sužinoti apie kitas profesijas, kiekvienam studentui buvo priskirtas vaidmuo, nesusijęs su jo profesija. Dėl didelio logopedijos studentų skaičiaus buvo keletas atvejų, kai logopediją studijuojantis dalyvis atliko logopedo vaidmenį. Grupėse, kurias sudarė 9 dalyviai, sekretoriaus ir stebėtojo vaidmenis atliko vienas asmuo (išsamus vaidmenų aprašymas pateikiamas A priede). Kiekvienas dalyvis gavo atvejo aprašymą, atitinkantį paskirtą vaidmenį. Kai kuriems dalyviams buvo pateikta panaši, o kitiems specifinė atvejo informacija. Studentams buvo skirta 30–45 min. susipažinti su informacija ir pasiruošti atlikti savo vaidmenį, pavyzdžiui, sužinoti TFK-VJ kodų reikšmes ir susipažinti su tam tikrais terminais. Taip pat

studentai galėjo kreiptis į mokymų vadovus ir sužinoti jų vaidmenį atitinkančių terminų reikšmes. Dalyviams buvo nurodyta nesidalyti atvejo informacija su kitais interprofesinės komandos nariais, nes aptarimas gali paveikti komandos susitikimo eigą ir sprendimus.

Po pasiruošimo vyko 60 min. trukmės interprofesinės komandos susitikimas. Studentams buvo duota tokia užduotis: Susitikimo tikslas – parengti interprofesinį pagalbos / gydymo prioritetų planą, skatinantį Jono komunikacinių gebėjimų raidą. Rezultatai: (a) trys bendri bendradarbiavimo praktikos tikslai, parengti pagal SMART⁴ (specifinis, išmatuojamas, pasiekiamas, aktualus ir per numatytą laiką) principus, skirti 3–6 mėnesiams, pateikti pagal prioritetų eiliškumą; b) nurodyti, kas interprofesinėje komandoje yra atsakingas už tikslų pasiekimo stebėjimą ir vertinimą. Kaip bus stebima ir vertinama: c) grupinės diskusijos refleksija; d) grupės tikslų pristatymas ir trumpas pagrindimas (kaip ir kodėl buvo pasirinkti šie tikslai); e) trumpas grupės diskusijos įvertinimo pristatymas. Vadovai stebėjo grupių darbą, o studentai, atlikę sekretorių ir stebėtojų vaidmenis, pristatė tikslus, jų pagrindimą ir numatytą vertinimą.

Analizė

Studentų grupių ir vadovų užrašai buvo analizuojami, o informacija koduojama pagal prasmę. Po pirmųjų dvylikos grupių stebėjimo informacija buvo suskirstyta į kategorijas pagal temas. Visos kategorijos ir užkoduoti stebėjimai buvo lyginami ir aptariami. Kategorijos išskirtos atsižvelgiant į veiksmingo ir efektyvaus interprofesinio bendradarbiavimo prielaidas. Analizės metu buvo pasiektas kodų ir kategorijų prisotinimas. Trečioje dalyje aprašomos išskirtos temos ir pastebėjimai. Kadangi šio tyrimo tikslas yra įgyti daugiau žinių apie bendrų sprendimų priėmimo dinamiką taikant etnografinę tyrimo strategiją, tyrėjų refleksijos aprašomos remiantis jų pastebėjimais.

Rezultatai

Šiuo etnografiniu tyrimu siekiama atsakyti į klausimą, kaip grupės dinamika veikia bendrų sprendimų priėmimą interprofesinėse komandose. Stebint studentų grupes simuliacija grįstoje veikloje išskirta keletas kategorijų ir temų (žr. 1 lentelė).

⁴ SMART-Specific, Measurable, Achievable, Relevant, and Time-bound.

1 lentelė

Kategorijos, temos ir stebėjimai

Kategorijos ir temos	Stebėjimai
Vizija Bendradarbiaujanti lyderystė	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pastebėtas monodisciplininis požiūris, pvz., „aš noriu pasakyti savo nuomonę; tai yra MANO kompetencija“. Toks požiūris skatino studentus kalbėti apie savo vaidmenį, neprašant ir neintegruojant kitų dalyvių informacijos. 2. Keliose grupėse tėvai turėjo pasakyti: „prašau įsiklausyti į mano idėjas, suvokti, kad kaip tėvas aš taip pat esu ekspertas, kai kalbama apie Joną“. 3. Kai vieni grupės dalyviai dalijosi informacija, kiti studentai neišitraukė į diskusiją, dairėsi; jie nesijautė atsakingi už tai, ką pasakė kitas dalyvis, ir nesišė informacijos priimti, todėl priimti bendrą atsakomybę buvo sudėtinga. 4. Daugelis suformuluotų tikslų nebuvo tiesiogiai susiję su Jono funkcionavimu, bet labiau orientuoti į tai, kaip berniuko tėvai ir mokytojai galėtų mokyti ar keisti savo elgesį.
Struktūra Komandos funkcionavimas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Daugelyje grupių atsakingas dalyvis buvo paskirtas tik įsikišus tyrėjams. Tai rodo, kad grupėse nevyko struktūruotos diskusijos ir niekas nepaskatino, kad visi dalyviai ar bent tėvai išsakytų savo nuomonę. 2. Diskusijos struktūra nebuvo išlaikyta, o laiko paskirstymas neefektyvus. Praėjus skirtam laikui (60 min.), ne visi 10 grupių dalyvių išsakė svarbią informaciją, prieš priimant bendrus sprendimus dėl tikslų. 3. Trūko atsakomybės už tikslų vertinimą ir stebėjimą (monitoringas). 4. Buvo suformuluoti tikslai, neatitinkantys vaiko kalbinių gebėjimų lygmenis: „Jonas per tris mėnesius pradės bendrauti su draugais“ (mokymų metu berniukas beveik neturėjo jokių kontaktų su savo amžiaus vaikais). Studentai diskusijoje dalyvavo neaktyviai. 5. Studentai neatsižvelgė į kultūrinius skirtumus, todėl tyrėjai įsiterpė į grupių diskusiją ir suteikė tiesioginį grįžtamąjį ryšį. Dauguma studentų neturėjo tokios patirties ir retai vienas kitam tiesiogiai pasakydavo savo nuomonę. Malonų bendravimą dažniausiai lėmė monodisciplininis mąstymas ir skirstymas: „Tai mano sritis, o tai tavo sritis.“
Procesas Vaidmenų išaiškinimas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dalyviai mažai pateikė patikslinamųjų klausimų, pvz.: „Ką dirba audiologas? Koks galėtų / turėtų būti jūsų vaidmuo intervencijos procese?“. Studentams nebuvo aišku, „kodėl“ tam tikras dalyvis (vaidmuo) buvo ar nebuvo įtrauktas į komandą. 2. Tik 30 proc. grupių diskusiją pradėjo nuo prisistatymo ir vaidmenų aptarimo. Didžioji dalis (70 proc.) studentų grupių pradėjo tiesiogiai aptarinėti informaciją apie Joną nepaaiškinę savo vaidmens. 3. Grupės sekretorius, fiksuojantis veiklą, buvo paskirtas ne visose grupėse arba jis netinkamai atliko savo vaidmenį. 4. Klausimai, pvz., „Kas atsakingas už vertinimą ir stebėjimą?“, nebuvo keliami ir aptariami.

Kategorijos ir temos	Stebėjimai
Vaidmenų išaiškinimas	<p>5. Specialistų vaidmenį atliekantys studentai manė, kad tėvai žino specialistų pareigas ir atsakomybę, nors dauguma tėvų nurodė priešingai.</p> <p>6. Studentai, atliekantys specialistų vaidmenį, užduoties metu neprisistatė, todėl tėvai nežinojo, kokią informaciją gavo skirtingus vaidmenis atliekantys studentai.</p>
Interprofesinių konfliktų sprendimas	<p>1. Diskutuodami studentai laikėsi savo požiūrio ir rėmėsi turima informacija. Keletas pavyzdžių:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Man buvo paskirtas audiologo vaidmuo ir duota svarbi informacija apie vaiką, todėl vienas iš trijų tikslų turėjo būti susijęs su klausa.“ • „Vaikui sunku valgyti, jį reikia lavinti, nes jis turi valgymo problemų“ (atvejo aprašyme buvo nurodyta, kad valgymo sutrikimų nėra). Diskusijos apie maistines medžiagas ir kalorijų suvartojimą nevyko; mama džiaugėsi, kad per paskutines tris savaites Jonas galėjo valgyti bananą. • „Berniukui reikalinga PECS (angl. <i>Picture Exchange Communication System</i>), nes jis gali mokytis su piktogramomis pagal pateiktą informaciją“ (aprašyme buvo pateikta informacija, kad vaikas turi regėjimo sutrikimą; ši informacija nebuvo integruota į bendrą pagalbos Jonui programą). <p>2. Konflikto metu buvo pastebėtas balso tono pakėlimas ir konfrontacija, siekiant įtvirtinti savo nuomonę. Studentai daug kalbėjo apie konfliktą; prie šios temos buvo daug kartų grįžtama.</p> <p>3. Jeigu specialistai mano, kad tėvų norai yra netikslingi arba neįgyvendinami, jie turi pateikti argumentus ir paaiškinti „kodėl“. Dalyviai į tai neatsižvelgė. Visi specialistai stengėsi įtikinti tėvus savo nuomonės teisingumu, nepateikdami argumentų ir nepriimdami kitos nuomonės ar požiūrio.</p> <p>4. Dalyviai gynybiškai reagavo į klausimus apie tikslus ir jų pagrindimą. Trūko grupinių diskusijų.</p>
Rezultatai	
(Bendras) sprendimų priėmimas ir tikslų nustatymas	<p>1. Tėvai turėjo galimybę kalbėti, tačiau tik kelios grupės diskusiją pradėjo nuo tėvų pasisakymų.</p> <p>2. Tėvų nebuvo prašoma išsakyti savo norų (pageidavimų); į klientą orientuotų diskusijų buvo mažai arba visai nebuvo.</p> <p>3. Specialistų nuomonė nebuvo aptariama su tėvais: „Ar jūs tą patį pastebite namuose?“</p> <p>4. Priimant sprendimus dažniausiai buvo remtasi vertinimų (testų) rezultatais. Dažnai diskusijose buvo naudojama tik rašytinė informacija, o ne lentelės su ICF-CY kodais.</p> <p>5. Daugelį tikslų iškėlė vienas ar keli specialistai, mažai atsižvelgta į tėvų (globėjų) poreikius.</p> <p>6. Tėvai nebuvo skatinami įsitraukti į diskusiją, todėl jie nesuprato visos informacijos, kurią pateikė kiti studentai, ir nesijautė priimantys bendrus sprendimus.</p> <p>7. Keliose grupėse tėvai aktyviai dalyvavo priimant bendrus sprendimus. Dažniausiai tai buvo atvejai, kai vieno iš tėvų vaidmenį atliekantis studentas buvo stipri asmenybė arba išiterpdavo grupės vadovas ir klausdavo tėvų, ar jie suprato informaciją, ar pritaria sprendimui.</p>

Kategorijos ir temos	Stebėjimai
Interprofesinė komunikacija	<ol style="list-style-type: none"> 1. Specialistai savo kalboje vartojo daug profesinių terminų, kuriuos tėvams buvo sunku suprasti, pvz., „Jono vertinimo rezultatai atitinka standartinius nuokrypius žemiau normos.“ 2. Grupių diskusijose dalyviai vietoje „Jonas“ dažnai sakydavo „jis“ arba „vaikas“. 3. Nors tėvai dalyvavo diskusijoje, kai kurie specialistai, kalbėdami apie tėvus (globėjus), sakė „jie“. 4. Įpusėjęs susitikimui, tėvai nurodė, kad ne iki galo suprato, apie ką buvo diskutuojama. Tėvai sakė, kad jiems buvo nedrąsu ir trūko laiko išsiaiškinti, todėl jie suprato ne visą aptartą informaciją. 5. Diskusijos pabaigoje specialistai sakė: „Dabar paaiškinsime tėvams, ką mes nusprendėme.“ 6. Kai kurių grupių dalyviai vieni kitiems neuždavė patikslinamųjų klausimų, nors kitose grupėse, siekiant bendrų tikslų, buvo keliami klausimai ir vyko diskusijos.

Vizija

Daugumos grupių suformuluoti tikslai buvo orientuoti į Jono funkcinių gebėjimų ir jo artimiausios aplinkos stiprinimą. Svarbu atsižvelgti į tai, kad Jono šeima ir kiti asmenys turi didelę įtaką berniuko komunikacijai, todėl pagalbos tikslai turi būti nukreipti ir į Jonui svarbius asmenis, kurie netiesiogiai veikia jo funkcionavimą. Grupių diskusijose buvo iškelti pagalbos/gydymo tikslai, nors dalyviai dar neturėjo visos informacijos apie atvejį. Pastebėta, kad, aptarus vieną vaiko funkcionavimo sritį, buvo iš karto nuspręsta siekti šios srities pokyčių. Interprofesinės komandos vertybės ir etika yra svarbi sveikatos, socialinės gerovės ir švietimo specialistų, siekiančių sėkmingai ir veiksmingai bendradarbiauti su kitais komandos nariais, profesinio identiteto dalis. Šios vertybės ir etikos aspektai kyla iš bendro tikslo – skatinti kliento arba klientų grupės sveikatą ir gerovę. Svarbi specialisto kompetencija yra priimti klientus ir jų socialinę aplinką kaip svarbius komandos narius ir ekspertus bei aktyviai įtraukti juos į konsultavimo, gydymo ar pagalbos procesą. Siekdamas šių tikslų specialistas turi atsižvelgti į unikalias klientų savybes ir jų įvairovę.

Specifinių įgūdžių stoka gali lemti tai, kad kai kuriems žmonėms sunku rasti, suprasti ir pritaikyti turimą informaciją. Daug žodinės ir rašytinės informacijos, kurią specialistai ir profesinės organizacijos pateikia klientams, yra sudėtinga, parašyta ne visiems lengvai suprantamai kalba, vartojant įvairius profesinius terminus.

Gebėjimas dirbti interprofesinėje komandoje reiškia, kad dalyvis supranta kitų specialistų ir suinteresuotų atstovų vaidmenis ir atsakomybę, nariai vienas kitą papildo siekdami teikti į asmenį orientuotą pagalbą, paramą ir rekomendacijas. Komandos narių vaidmenų ir pareigų įvairovė gali būti bendradarbiavimo šaltinis ir iššūkis. Veiksmingoms komandoms įvairovė yra reikalinga, tačiau kiekvienas komandos narys turi mokėti

ją įvertinti. Interprofesinės komandos nariui yra svarbios kompetencijos, leidžiančios pažinti savo ir kitų dalyvių ribotumus bei stiprybes, jas priimti ir vertinti bei suvokti įvairių specialistų koordinavimo ir bendradarbiavimo poreikį, siekiant bendro tikslo – skatinti kliento sveikatą ir gerovę.

Struktūra

Užduoties metu trūko dalyvių veiklos koordinavimo. Dažnai buvo vartojami profesiniai terminai, nesistengiant įsitikinti, ar juos supranta tėvai ar kiti specialistai. Perfrazavimas ar apibendrinimas būtų padėjęs visiems dalyviams suprasti, apie ką diskutuojama, ir sudaręs galimybę aktyviai įsitraukti į pokalbį. Kiekvienas dalyvis turėtų prašyti paaiškinti ar užduoti papildomus klausimus. Interprofesinis bendradarbiavimas yra bendras darbas ir mokymasis vieniems iš kitų.

Simuliacinės veiklos pradžioje buvo paskirti grupių vadovai. Remdamasis veiklos stebėjimu, grupės vadovas turėjo labiau užtikrinti, kad kiekvienas dalyvis galėtų pasakyti savo nuomonę ir aktyviau reaguoti į skirtingas dalyvių asmenybes savybes. Nebuvo pastebėta, kad kurios nors profesijos studentai būtų labiau linkę atlikti vadovo pareigas nei kiti. Kelių grupių dalyviai nusprendė vadovo pareigas skirti tėvams, nes jie daugiausia žino apie klientą ir kitus dalyvius. Kitose grupėse vadovu buvo išrinktas psichologas arba bendrosios praktikos gydytojas.

Sėkmingą veiklą interprofesinėje komandoje lemia specialisto gebėjimas būti komandos nariu. Komandinio darbo kompetencijos pasireiškia įvairiose situacijose, kai specialistai bendrauja tarpusavyje ir derina savo veiksmus su bendrais pagalbos ir paramos tikslais. Komandinis darbas yra teikti į asmenį orientuotą pagalbą, koordinuoti komandos narių veiksmus, kartu spręsti problemas ir priimti sprendimus. Mokymasis dirbti komandoje reiškia, kad specialistas tampa mažos, bet dažnai sudėtingos sistemos dalimi.

Procesas

Specialisto, kaip komandos nario, dalyvavimas dažnai siejasi su jo profesine patirtimi, kuri papildo kitų komandos narių veiklą. Interprofesinės komandos dalyvių įvairovė gali sukelti konfliktą, tačiau nesutarimo atveju svarbu susitelkti į klientui svarbius tikslus ir numatyti būdus, kaip juos galima pasiekti.

Interprofesinio bendradarbiavimo rezultatams didelę reikšmę turi dalyvių asmenybės ir charakteriai. Asmuo, pasižymintis stipriomis asmenybės savybėmis, gali nuspręsti, kuri informacija bus vertinama ir svarbi. Pavyzdžiui, jei vieno iš tėvų vaidmenį atlieka studentas, turintis stiprios asmenybės bruožų, jo požiūris bus laikomas reikšmingu. Šis procesas gali pasireikšti atliekant bet kokią veiklą, tačiau, remiantis interprofesiniu požiūriu, svarbu atsižvelgti į kliento ir jo atstovų interesus. Interprofesinės komandos lyderis arba atsakingas asmuo turi šį principą įgyvendinti.

Interprofesinės komandos susitikimuose kliento poreikių ir savybių aptarimo tvarka turi atitikti galutinį pagalbos tikslą ir prioritetus. Analizuojant studentų veiklą buvo pastebėta, kad priklausomai nuo grupės dalyvių skaičiaus studentai neatliko kai kurių vaidmenų, pavyzdžiui, pokalbyje nedalyvavo audiologas. Vaidmenų pasiskirstymas turėjo tiesioginį poveikį interprofesinio susitikimo eigai. Nors visoms studentų grupėms buvo suteikta vienoda informacija, nė viena grupė nepasiekė tų pačių trijų tikslų, nenurodė vienodų prioritetų ar jų pagrindimo.

Intprofesinių komandų bendradarbiavimas prasideda nuo visiems dalyviams suprantamos kalbos ir ICF terminologijos vartojimo vaidmenų aprašymuose, tačiau tai neatspindėjo tikslų formuluotėse. Nė viena studentų grupė nesusiejo ICF kodų su pagalbos tikslais. Dažnai buvo vartojami profesiniai terminai, tačiau nebuvo plačiau aptariamoms pagrindinės sąvokos ar ICF kodai.

Tiksmai buvo formuluojami atsižvelgiant į prioritetus, tačiau nebuvo pateikti aiškūs tikslų eiliškumo argumentai. Prioritetus lėmė tvarka, kuria tikslai buvo suformuluoti per interprofesinės komandos susitikimą, o ne diskusija, atsižvelgiant į kliento funkcionavimo lygmenį. Formuluojant pagalbos tikslus svarbu atsakyti į šiuos klausimus: „Kodėl šis tikslas yra svarbus ir kaip jis padės Jonui? Ar yra sąlygų, į kurias svarbu atsižvelgti, kad galėtume pasiekti šį tikslą?“

Keli dalyviai paminėjo Jono klausos sutrikimą, tačiau nebuvo numatyti tolesni veiksmai problemai spręsti. Pastebėta, kad kai kuriose grupėse dėl informacijos trūkumo „klausos sutrikimo“ temą greitai nustelbė kitos, apie kurias dalyviai turėjo daugiau žinių. Tokiais atvejais grupės vadovas turėtų atsižvelgti, kad reikalinga papildoma informacija, ir spręsti iškilusį klausimą iš karto po specialistų komandos susitikimo. Netinkamai atliktas vaidmuo rodo, kad grupė nepakankamai pripažino šio dalyvio indėlį ir svarbą, bei atskleidžia, kad interprofesinėje veikloje yra svarbus visų komandos narių dalyvavimas.

Rezultatai

Nors visų grupių dalyviai gavo vienodą informaciją, studentų numatyti pagalbos tikslai, jų prioritetai ir pagrindimas buvo skirtingi. Nustatyta, kad dalyvių grupės išskėlė 39 skirtingus tikslus, nurodė skirtingus prioritetus ir laiko intervalus bei intervencijos kryptis tikslams pasiekti. Nors buvo planuojama teikti interprofesinę pagalbą ir priimti bendrus sprendimus, daugelis tikslų buvo monodisciplininiai, susiję su vieno specialisto vaidmeniu. Svarbu paminėti, kad tikslą „gerinti Jono klausą“ paminėjo 70 proc. dalyvių grupių. Studentų veiklos stebėjimas rodo, kad (a), tėvų nuomone, vaikas neturi klausos problemų ir pakartotinas Jono klausos patikrinimas yra netikslingas; (b) audiologo vaidmuo buvo nereikšmingas, o jo informacija apie Joną neaktuali, palyginti su aprašymais, kuriuos gavo kitus vaidmenis atliekantys studentai. Sprendžiant šį klausimą trūko bendro sprendimų priėmimo. Visų grupių dalyviai (specialistai) siekė įtikinti tėvus, kad Jono klausą reikia dar kartą patikrinti. Grupių dinamika rodo, kad beveik visi tėvai susitarė su specialistais, tačiau jų neverbalinis bendravimas neatitiko žodinio sutikimo.

Daugelio grupių dalyviai tikslus formulavo atsižvelgdami į skirtingas AAK strategijas ir priemones. Kelių grupių specialistai Jono šeimos nariams rekomendavo taikyti gestus ir juos derinti su sakytine kalba (angl. *Sign-supported speech*). Kiti specialistai patarė taikyti kalbą generuojančius prietaisus arba komunikacijos paveikslėlius. AAK taikymo rekomendacijas labiausiai lėmė informacija, kurią pateikė tam tikrą vaidmenį atliekantys studentai. Pavyzdžiui, kai grupėje svarbų vaidmenį atliko psichologas, sprendimai buvo priimami atsižvelgiant į Jono kognityvinius gebėjimus, o kitose grupėse AAK strategijų pasirinkimą lėmė motorikos, kalbinių gebėjimų, regėjimo ir klausos būklė.

Interprofesinės komandos specialistai turėtų siekti „bendros kalbos“ ir remtis TFK-VJ terminais, nurodytais vaidmenų aprašymuose, tačiau nė vienos grupės studentai nesusiejo klasifikacijos kodų su pagalbos tikslais. Dažniausiai buvo vartojami profesiniai, konkrečiai disciplinai būdingi terminai, tačiau pagrindinės sąvokos ar Tarptautinės funkcionavimo klasifikacijos kodai aptariami nebuvo.

Stebint grupių veiklą išryškėjo, kad tikslai buvo skirstomi pagal prioritetus, tačiau ne visada buvo nurodomi aiškūs argumentai, kodėl svarbu tikslų siekti tokia, o ne kitokia tvarka. Prioritetus lėmė tvarka, kuria tikslai buvo formuluojami interprofesiniame susitikime, o ne sprendimai, vertinant situaciją iš kliento pozicijų. Siekiant priimti bendrus sprendimus, svarbu atsakyti į šiuos klausimus: „Kodėl šis tikslas toks svarbus ir kaip jis padeda Jonui geriau veikti ir dalyvauti? Ar yra kokių nors sąlygų, į kurias turime atsižvelgti, kad pasiektume šį tikslą?“

Svarbu paminėti, kad pastebėta daug teigiamų situacijų, atsižvelgiant į visas išskirtas kategorijas ir temas. Teigiamas dalyvių elgesys yra priešingas 1 lentelėje nurodytiems pavyzdžiams. Pavyzdžiui, kai kuriose grupėse buvo išsamiai aptariamas tėvų požiūris ir nuomonė. Šių grupių dalyviai dažnai klausdavo tėvų vaidmenį atliekančių studentų, ar jiems suprantama aptarta informacija ir ar ji atitinka Jono poreikius. Keliose grupėse išryškėjo vadovo vaidmuo, kuris padėjo užtikrinti, kad visi dalyviai galėtų dalytis informacija ir aptartų prieštaravimus. Kelių grupių dalyviai profesinių terminų nusprendė nevertoti.

Diskusija

Bendri sprendimai yra grindžiami požiūriu „Be manęs nėra sprendimo dėl manęs“, tačiau bendravimas su klientu, ypač sveikatos priežiūros sektoriuje, dažnai vyksta remiantis specialisto nuomone. Stewart (2018) nurodo, kad neretai tokiam bendravimui būdingas paternalistinis bendravimo stilius, kai sprendimai yra grindžiami specialisto turima informacija ir nuomone. Šiuo atveju klientai jaučiasi neišgirsti ir nedalyvaujantys sprendimų priėmimo procese, ypač jei sprendimus priima specialistų komanda. Svarbi bendrų sprendimų priėmimo sąlyga yra dalyvaujančių specialistų siekis atsižvelgti į kliento nuomonę ir pasirinkimus. Stebėtų grupių diskusijose išryškėjo paternalistinis

studentų, atliekančių specialistų vaidmenį, bendravimo stilius. Dalyviai dažnai prieštaravo tėvams ir siekė juos įtikinti, kad tikslas turėtų būti iškeltas remiantis jų turima informacija, todėl dauguma studentų, atliekančių tėvų vaidmenį, nesijautė įtraukti į sprendimų priėmimo procesą.

Svarbi bendro sprendimų priėmimo sąlyga yra ta, kad klientas tikrai suprastų, kas nuspręsta ir ką šis sprendimas reiškia jo asmeninei situacijai. Grupių stebėjimas atskleidė, kad tėvai ir daugelis specialistų negalėjo tiksliai nurodyti, kaip priimti sprendimai paveiks kasdienį kliento gyvenimą. Heijmans, Zwikker ir kt. (2016) nurodo, kad specialistai dažnai vartoja profesinius terminus, sudėtingas sąvokas ir ne visada įsitikina, ar klientas gerai suprato informaciją. Dėl šios priežasties tėvai ir kiti specialistai, kurie nėra susipažinę su konkrečiai profesijai būdingais terminais, lieka pasyvūs sprendimų priėmimo procese, o jų elgesys gali būti klaidingai interpretuojamas ir suprantamas kaip nesidomėjimas: „klientas nenori kartu spręsti klausimus“ arba „atsakomybė paliekama specialistams“ (Murugesu, Heijmans, Fransen, Rademakers, 2018). Tėvų pasyvumą galima suprasti atsižvelgiant į jų patirtį diskusijose, kai tėvų vaidmuo pervertinamas arba sumenkinamas. Van Zaalen ir kt. (2023) teigia, kad specialistai turėtų įsitikinti, kad informacija yra suprata teisingai taikydami pataisymų metodą (angl. *reclamation method*), kartais dar vadinamą perpasakojimu ar perfrazavimu. „Ar klientas žino visus skirtingų sprendimų privalumus ir trūkumus?“ Sužinoti, ar klientas supranta įvairius sprendimų variantus, galima paprašius jo savais žodžiais apibūdinti tai, kas buvo aptarta. Prireikus specialistas gali informaciją pakoreguoti arba papildyti. Svarbu, kad klientas nesijaustų kontroliuojamas, todėl klausimas turėtų būti siejamas su individualia asmens situacija: „Norėčiau sužinoti, ar suprantamai paaiškinau. Ką jūs papasakosite (ar darysite) grįžęs namo?“.

Bendravimo įgūdžių ugdymas yra kompetencija, įtraukta į visas sveikatos priežiūros specialistų, mokytojų rengimo bei studijų programas, tačiau dauguma studentų ir specialistų praktiškai turi mažai žinių ir praktinės interprofesinio bendravimo patirties (Van Zaalen, Deckers, Schuman, 2023). Interprofesinės komunikacinės kompetencijos yra svarbios bendradarbiaujant su kitų disciplinų specialistais, klientais bei jų socialinio tinklo dalyviais. Interprofesinės komunikacijos įgūdžius sudaro mokymasis bendrauti „viena kalba“, prisiderinti prie pokalbio partnerių, sumažinti profesinių terminų, kurie yra laikomi kliūtimi efektyviam bendradarbiavimui, vartojimą. Visiems prieinama ir suprantama informacija yra viena iš saugios ir veiksmingos interprofesinės pagalbos sąlygų.

Simuliacija grįstas mokymas parodė, kad bendrų sprendimų priėmimas yra iššūkis, išryškėjantis interprofesinių komandų kontekste. Kreps (2016) nurodo, kad dalijimasis žiniomis ir patirtimi neužtikrina bendrų sprendimų priėmimo bei sėkmingo komandos narių bendradarbiavimo. Kiekvienas komandos narys, remdamasis kitų pateikta informacija, savaip interpretuoja situaciją ir nustato skirtingus pagalbos proceso etapų prioritetus (Van Zaalen, Deckers, Schuman, 2023). Specialistai turi gebėti priimti kliento, jo socialinio tinklo ir kitų specialistų nuomonę bei atitinkamai koreguoti savo požiūrį. Bendrų interprofesinės komandos sprendimų priėmimo galima tikėtis, kai bendraujant

pasiekama bendra nuomonė ir susitariama dėl pagalbos proceso prioritetų nustatymo. Didelė dalis mokymų dalyvių nepasiekė šio tikslo po išsamios paskaitos ir atlikę praktinę užduotį. Grupių veiklos stebėjimo rezultatai rodo, kad svarbu daugiau dėmesio skirti sveikatos ir socialinės priežiūros specialistų interprofesinio bendradarbiavimo įgūdžiams ugdyti. Atlikta užduotis ir studentų refleksija gali būti svarbus atspirties taškas siekiant geriau suprasti interprofesiniam bendradarbiavimui reikalingas kompetencijas. Patartina simuliaciniu mokymu grįstas užduotis integruoti į interprofesines specialistų rengimo programas, kurios turėtų būti orientuotos į Interprofesinio švietimo bendradarbiavimo organizacijos (IPEC, 2016)⁵ nurodytas pagrindines bendradarbiavimo kompetencijas.

Kiekvienas komandos narys, klientas ir svarbūs jo socialinės aplinkos asmenys turi specialių žinių ir patirties, kurios yra svarbios konkrečiai situacijai ir gali padėti priimti pagrįstus sprendimus (Kreps, 2016). Komandos narių motyvavimas ir skatinimas aptarti prieštarigus požiūrius (atsižvelgti į kliento ir jo socialinės aplinkos žmonių nuomonę) ir integruoti juos į vieną perspektyvą yra svarbu klientui, švietimui ir palaikymui. Šiuo tikslu svarbu atsakyti į klausimą: „Kaip priimti pagrįstą sprendimą, kuris sujungtų visų dalyvių žinias ir požiūrius?“.

Makoul ir Clayman (2006) išskiria devynis bendrų sprendimų priėmimo etapus, tačiau kai kurie etapai yra orientuoti į paternalistinį stilių, pavyzdžiui, rekomendacijos, kurios turėtų būti teikiamos tik kliento prašymu. Organizuojant studentų mokymus buvo remtasi interprofesiniu požiūriu (Van Zaalen, Deckers, Schuman, 2023) ir Stiggelbout ir kt. (2015) nurodytais sprendimų priėmimo etapais:

1. Specialistas informuoja klientą, jo šeimos narius, kad reikia priimti sprendimą, todėl kiekvieno dalyvio nuomonė yra svarbi. Specialistas pabrėžia, kad pokalbio tikslas yra priimti kliento poreikius atitinkantį sprendimą.
2. Specialistas paaiškina skirtingus sprendimo variantus ir galimybes bei, remdamasis moksliniais įrodymais, nurodo kiekvieno pasirinkimo privalumus ir trūkumus. Kiti dalyviai gali informaciją papildyti.
3. Specialistas su klientu aptaria jo pasirinkimus, kurie yra susieti su normomis ir vertybėmis, bei padeda klientui apsvarstyti įvairias galimybes. Tokiu būdu kiekvienas dalyvis gali įvardyti, kas jam svarbu. Sprendimo privalumus ir trūkumus būtina susieti su individualia kliento situacija (pvz., socialine, šeimos ir darbo situacija). Skirtinga kultūrinė aplinka, normos ir vertybės gali turėti įtakos klientams ar specialistams, todėl specialistas turi sudaryti galimybę tai aptarti.
4. Aptariami kliento lūkesčiai ir realios galimybės. Specialistas kartu su klientu priima sprendimą arba nusprendžia jį atidėti, kad klientas galėtų apie tai pagalvoti ar aptarti su šeima ir draugais. Kai kurie klientai, pavyzdžiui, vyresnio amžiaus žmonės ar asmenys iš skirtingos kultūrinės aplinkos, gali jaustis nejaukiai dalyvaudami priimant

⁵ IPEC (2016). Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel: Washington, DC, USA.

sprendimus. Neretai jie mano, kad specialistas žino, ką daryti, ir gali nuspręsti. Šiuo atveju svarbu klientui paaiškinti, kad specialistas turi profesinių žinių, bet jis privalo žinoti, kas svarbu klientui. Gali būti, kad, išsakęs savo lūkesčius, klientas nuspręš palikti sprendimą specialistui.

Interprofesinės grupės vadovas yra atsakingas už susitikimo ir diskusijos eigą, naujų temų pristatymą ir susitikimo tikslus (Deckers, van Zaalen, 2024). Vadovas turi užtikrinti, kad susitikimas prasidėtų laiku, prižiūrėti pokalbio eigą ir suteikti galimybę kiekvienam norinčiajam išsakyti savo nuomonę. Svarbu skirti pakankamą dėmesį laiko planavimui ir pasiekti diskusijos tikslą per tam skirtą laiką. Dėmesys turėtų būti skiriamas tinkamai užbaigti diskusiją. Nieuwboer ir kt. (2019) nurodo, kad lyderystė interprofesinėje komunikacijoje padeda: (1) užtikrinti, kad visi komandos nariai jaustų bendrumą ir būtų motyvuoti; (2) sukurti bendrą požiūrį; (3) puoselėti kultūrą, kurioje komandos nariai siekia įgalinti vieni kitus; (4) atsisakyti santykių hierarchijos, bet išsaugoti tam tikrą autoritetą ir kompetencijas; (5) mokyti komandos narius spręsti konfliktus; (6) užtikrinti, kad komandos nariai aiškiai išreikštų savo lūkesčius ir poreikius. Šio tyrimo rezultatai atskleidė interprofesinio bendradarbiavimo žinių poreikį, kad studentai galėtų sėkmingai atlikti savo vaidmenį profesiniame gyvenime.

Trūkumai

Simuliacija grįsto mokymo ir vaidmenų užduoties trūkumas yra tas, kad nėra galimybės plėtoti socialinius santykius, o tai gali sustiprinti arba trikdyti interprofesinį grupės bendradarbiavimą. Klientai su sveikatos priežiūros specialistais, teikiančiais jų poreikius atitinkančias, kvalifikuotas paslaugas, siekia natūralių, pasitikėjimu grįstų santykių, kurie gali susilpnėti dėl sveikatos priežiūros specialistų veiklos organizavimo, vertinimo bei visuomenės požiūrio į sveikatos priežiūrą pokyčių (Calnan, Rowe, 2007). Šis simuliacinis santykių su kitais specialistais ar klientais kūrimas buvo apribotas laiko požiūriu. Studentai buvo suskirstyti į grupes, kurių dalyviai vienas kito nepažinojo. Tai galėjo trukdyti studentams atlikti savo vaidmenis ir paveikti grupės dinamiką bei užduoties rezultatus.

Simuliacija grįsti mokymai vykdomi visame pasaulyje. Šiuo tyrimu buvo siekiama apibendrinti įvairius grupės veiklos pastebėjimus. Tikėtina, kad kultūrinė aplinka turėjo įtakos grupės dinamikai, tačiau mokymų per se kultūrinis jautrumas nebuvo tikrinamas. Užduotis iš anksto buvo aptarta su universiteto darbuotojais, tačiau pastabų dėl kultūrinių aspektų pateikta nebuvo. Daugelį grupių sudarė dalyviai iš skirtingos kultūrinės aplinkos, kuri gali turėti įtakos vaidmens atlikimui grupės diskusijoje. Nors užduoties rezultatams gali turėti įtakos kultūrinė aplinka, tačiau nepastebėta reikšmingų skirtumų tarp grupių diskusijų ir dalyvių iš skirtingų šalių rezultatų. Atliekant tolimesnius tyrimus, rekomenduojama atsižvelgti į studentų kultūrinę aplinką (kilmės šalį) ir bendravimo stilių.

Mokymuose dalyvavę studentai gavo bendrą informaciją apie užduotį. Siekiant paskatinti diskusiją, įvairius vaidmenis atliekantiems studentams buvo duota skirtinga informacija. Simuliacija grįstas mokymas yra realios situacijos supaprastinimas, tačiau ji ne visada tiksliai atspindi tikrą atvejį (Deckers, van Zaalen, 2024). Įvairių sričių specialistų ir tėvų bendradarbiavimas yra sudėtingas procesas, kurį studentai gali suprasti įgiję patirties. Praktinės patirties studentai gali įgyti ir realiame gyvenime, pavyzdžiui, stažuotėse, atlikdami praktiką įstaigose ir kt., tačiau simuliacija grįstas mokymas suteikia studentams galimybę patirti interprofesinį bendradarbiavimą kontroliuojamoje ir „saugioje“ aplinkoje. Būsimieji specialistai turi išmokti organizuoti grupės susitikimus, pateikti informaciją, tinkamai atlikti savo vaidmenis pareigas, siekdami veiksmingos pagalbos tikslų. Apibendrinant atliktą užduotį ir patirtį, galima teigti, kad simuliacinis mokymas yra svarbus studentų tobulėjimo momentas. Temos ir pavyzdžiai (žr. 1 lentelė) buvo aptarti su studentais, kad jie galėtų toliau mokytis.

Išvados

Simuliaciniai mokymai, kuriuose dalyvavo studentai iš įvairių pasaulio šalių, parodė, kad interprofesinės komandos, kliento, jo tėvų susitikimo rezultatus ir tikslus lemia grupės dinamika. Susitikimo vizijai, struktūrai, procesui ir rezultatams įtakos turi keli tarpasmeniniai ar intraasmeniniai veiksniai, pvz., gebėjimas priimti bendrus sprendimus ir bendravimo įgūdžiai.

Praktinė tyrimo užduotis ir atvejo pavyzdys gali būti taikomi kitų universitetų mokymo programose, kad studentai geriau suprastų interprofesinį bendradarbiavimą, bendrų sprendimų priėmimą ir įgytų praktinių įgūdžių. Praktines mokymų užduotis patartina įtraukti į platesnę interprofesinio bendradarbiavimo mokymų programą, atsižvelgti į skirtingas interprofesinio bendradarbiavimo kompetencijas, kurias studentai turėtų įgyti (IPEC, 2016), pvz., vaidmenų išaiškinimas, interprofesinis bendravimas, interprofesinės komandos konfliktų sprendimas, bendrų sprendimų priėmimas, darbas komandoje ir bendradarbiaujanti lyderystė.

Literatūra

- Al-Elq, A. H. (2010). Simulation-based medical teaching and learning. *Journal of Family and Community Medicine*, 17, 35–36.
- Beukelman, D., & Light, J. (2020). *Augmentative and alternative communication for children and adults*. Paul H Brookes.
- Brady, N. C. (2008). AAC for children with Down syndrome and children with fragile X syndrome. In J. E. Roberts, R.S. Chapman, S. F. Warren (Eds.). *Speech and language development and intervention in Down syndrome and fragile X syndrome* (pp. 255–274). Paul H Brookes.

- Calculator, S. N. & Black, T. (2010). Parents' priorities for AAC and related instruction for their children with Angelman syndrome. *Augmentative and Alternative Communication*, 26, 30–40.
- Calnan, M., & Rowe, R. (2007). Trust and health care. *Social Compass*, 1, 283–308.
- Cameron, L. D., & Chan, C. K. (2008). Designing health communications: Harnessing the power of affect, imagery, and self-regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, 2, 262–282.
- Deckers, S. R. J. M., & Van Zaalén, Y. (2018). Vocabulary development and neurosociocognitive developmental domains in down syndrome. *Neuropraxis*, 22, 52–59.
- Deckers, S. R. J. M., Van Zaalén, Y., Stoep, J., Van Balkom, H., & Verhoeven, L. (2016). Communication performance of children with Down syndrome: An ICF-CY based multiple case study. *Child Language Teaching and Therapy*, 32, 293–311.
- Fransen, A. F., van de Ven, J., Banga, F. R., Mol, B. W. J., & Oei, S. G. (2020). Multi-professional simulation-based team training in obstetric emergencies for improving patient outcomes and trainees' performance. *Cochrane Database Systematic Review*, 12, CD011545.
- Heijmans, M., Zwikker, H., van der Heide, I. & Rademakers, J. (2016). *Kennisvraag: Zorg op Maat. Hoe Kunnen we de Zorg Beter Laten Aansluiten bij Mensen met Lage Gezondheidsvaardigheden* [Knowledge request: Customized care. How can we make care better fit people with low health skills?]. Nivel.
- Hemsley, B., & Balandin, S. (2014). A metasynthesis of patient-provider communication in hospital for patients with severe communication disabilities: Informing new translational research. *Augmentative and Alternative Communication*, 30, 329–343.
- Henderson, S., Skelton, H., & Rosenbaum, P. (2008). Assistive devices for children with functional impairments: Impact on child and caregiver function. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 50, 89–98.
- IPEC. (2016). *Core competencies for interprofessional collaborative practice*. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel: Washington, DC, USA.
- Jensen, L. R., Løvholt, A. P., Sørensen, I. R., Blüdnikow, A. M., Iversen, H. K., Hougaard, A., Mathiesen, L. L., & Forchhammer, H.B. (2015). Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia. *Aphasiology*, 29, 57–80.
- Kaye, L. W., & Crittenden, J. A. (2005). Playing well with others: Interdisciplinary collaboration at a center on aging. *Social Work Today*, 5, 34–37.
- Kreps, G. L. (2016). Communication and effective interprofessional health care teams. *International Archives in Nursing and Health Care*, 2, 40–51.
- Lundälv, J., Törnbohm, M., Larsson, P. O., & Sunnerhagen, K. S. (2015). Awareness and the arguments for and against the international classification of functioning, disability and health among representatives of disability organisations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 32–93.
- Makoul, G., & Clayman, M. L. (2006). An integrative model of shared decision-making in medical encounters. *Patient Education and Counseling*, 60, 301–312.

- McFadd, E., & Wilkinson, K. (2010). Qualitative analysis of decision making by speech-language pathologists in the design of aided visual displays. *Augmentative and Alternative Communication*, 26, 136–147.
- Meisels, S. J., & Atkins-Burnett, S. (2000). The elements of early childhood assessment. In J. P. Shonkoff, S. J. Meisels, (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention*, pp. 231–257, Cambridge University Press.
- Muscat, D. M., Shepherd, H. L., Nutbeam, D., Trevena, L., & McCaffery, K. J. (2021). Health literacy and shared decision-making: Exploring the relationship to enable meaningful patient engagement in healthcare. *Journal of General Internal Medicine*, 36, 521–524.
- Murugesu, L., Heijmans, M., Fransen, M., & Rademakers, J. (2018). *Better solutions for limited health skills in curative care: Knowledge, methods and tools*, Nivel.
- Nieuwboer, M. S., van der Sande, R., van der Marck, M. A., Olde Rikkert, M. G., & Perry, M. (2019). Clinical leadership and integrated primary care: A systematic literature review. *European Journal of General Practice*, 25, 7–18.
- Roberts, J., Long, S. H., Malkin, C., Barnes, E., Skinner, M., Hennon, E. A., & Anderson, K. (2005). A comparison of phonological skills of boys with fragile X syndrome and Down syndrome. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 48, 980–995.
- Rowland, C., Fried-Oken, M., Steiner, S. A., Lollar, D., Phelps, R., Simeonsson, R. J., & Granlund, M. (2012). Developing the ICF-CY for AAC profile and code set for children who rely on AAC. *Augmentative and Alternative Communication*, 28, 21–32.
- Schlosser, R. W., & Raghavendra, P. (2004). Evidence-based practice in augmentative and alternative communication. *Augmentative and Alternative Communication*, 20, 1–21.
- Simeonsson, R. J., Scarborough, A. A., & Hebbeler, K. M. (2006). ICF and ICD codes provide a standard language of disability in young children. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59, 365–373.
- Simeonsson, R. J., Björck-Åkesson, E., & Lollar, D. J. (2012). Communication, disability, and the ICF-CY. *Augmentative and Alternative Communication*, 28, 3–10.
- Stewart, M. A. (2018). Stuck in the middle: The impact of collaborative interprofessional communication on patient expectations. *Clinics in Shoulder and Elbow*, 10, 66–72.
- Stiggelbout, A. M., Pieterse, A. H., & De Haes, J. C. (2015). Shared decision-making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Education and Counseling*, 98, 1172–1179.
- Towle, A., Greenhalgh, T., Gambrell, J., & Godolphin, W. (1999). Framework for teaching and learning informed shared decision making: Competencies for informed shared decision making: Proposals based on too many assumptions. *BMJ*, 319, 766–771.
- Van Balkom, H., Deckers, S. R. J. M., & Stoep, J. (2017). Assessment of communicative competence in children with severe developmental disorders. In E. Segers & P. van den Broek (Eds.), *Developmental perspectives in written language and literacy* (pp. 413–439), John Benjamins.
- van der Weijden, T., van der Kraan, J., Brand, P. L., van Veenendaal, H., Drenthen, T., Schoon, Y., Tuyn, E., van der Weele, G., Stalmeier, P., Damman, O. C., & et al. (2022). Shared decision-

- making in the Netherlands: Progress is made, but not for all. Time to become inclusive to patients. *The Journal of Evidence and Quality in Health Care*, 171, 98–104.
- van Tetering, A. A. C., van Meurs, A., Ntuyo, P., van der Hout-van der Jagt, M. B., Mulders, L. G. M., Nolens, B., Namagambe, I., Nakimuli, A., Byamugisha, J., & Oei, S. G. (2020). Study protocol training for life: A stepped wedge cluster randomized trial about emergency obstetric simulation-based training in a low-income country. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 429–434.
- Van Zaalen, Y., Deckers, S.R.J.M., & Schuman, H. (2023). *Interprofessional collaboration in health care, social welfare, and education*. Bussum.
- Weston, W. W. (2001). Informed and shared decision-making: The crux of patient-centred care. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 438–439.
- Willems, A. E. M., Heijmans, M., Brabers, A. E. M., & Rademakers, J. (2022). *Health literacy in the Netherlands*. Nivel.
- <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/gezondheidsvaardigheden-nederland-factsheet-cijfers-2021>.
<https://www.nivel.nl/nl/publicatie/gezondheidsvaardigheden-nederland-factsheet-cijfers-2021>
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. WHO: Geneva, Switzerland.

Priedai. Vaidmenų aprašymai

1 priedas. Logopedas

- Dėl sveikatos sutrikimų berniukui pasireiškė žarnyno nepraeinamumas, o vėliau jis turėjo sunkumų dėl gėrimo ir valgymo. Jonui buvo atlikta operacija, po kurios jis gerai atsigavo. Atsižvelgiant į gėrimo ir valgymo problemas, nuo 6 mėnesių teikiama logopedo pagalba. Berniukas geria ir valgo normaliai (d550, d560).
- Berniukui nepavyko atlikti klausos patikrinimo užduoties, kurios metu prašoma parodyti tinkamą paveikslą. Šios užduoties tikslas – nustatyti, ar vaikas girdi panašiai skambančių žodžių skirtumus (minimalios poros). Užduotis buvo „car. . . bar⁶, parodyk, kur yra automobilis?“. Berniukui buvo rodomi žodžius atitinkantys paveikslai.
- Jūs vertinote komunikacinių gebėjimų raidą (angl. *Communicative Development Inventories*) ir taikėte klausimyną, skirtą nustatyti, kiek žodžių vaikas supranta ir vartoja. Gauti rezultatai:
 - Tėvai: kalbos supratimas atitinka 1 m. ir 10 mėn., ekspresyvusis žodynas – 1 m. ir 5 mėn. amžių;
 - Mokytojas: kalbos supratimas 1 m. ir 4 mėn., ekspresyvusis žodynas – 1 m. ir 2 mėn.;

⁶ Atitikmenys lietuvių kalba galėtų būti „du-tu, galva-kalva“ (vert. past).

- Logopedas: kalbos supratimas 1 m. ir 8 mėn., ekspresyvusis žodynas – 1 m. ir 3 mėn.
- Mokote Joną bendrauti taikydami grafinius simbolius (piktogramas). Nors šis bendravimo būdas nėra visada veiksmingas, galima pastebėti darbo su simboliais privalumus. Berniukas supranta, ką reiškia kai kurie simboliai, ir jūs juos taikote, kad vaikas suprastų veiklų eiliškumą pratybų metu. Gali tekti įtikinti ir smegenis dirbti su grafiniais simboliais.
- Žymus kalbos supratimo sutrikimas. Kalbėkite ne vaikui, bet su juo!

2 lentelė

TFK-VJ kodai, skirti logopedo vaidmeniui

d3 Komunikacija	
d310–d329 KOMUNIKACIJA – SUPRATIMAS	
d3100 Reagavimas į žmogaus balsą	-
d3101 Nesudėtingų žodinių pasakymų supratimas	-
d3102 Sudėtingų žodinių pasakymų supratimas	--
d3150 Bendravimas kūno gestais ir jų supratimas	0
d3151 Bendravimas ženklais, simboliais ir jų supratimas	-
d320 Bendravimas gestų kalba ir jos supratimas	-
d325 Bendravimas rašytine kalba ir jos supratimas	-
d330 – d349 KOMUNIKACIJA – PRODUKCIJA	
d330 Kalbėjimas	--
d331 Ikikalbinis bendravimas	--
d332 Dainavimas	?
d3350 Kūno kalbos kūrimas	+
d3351 Ženklų ir simbolių kūrimas	--
d3352 Piešinių ir nuotraukų kūrimas	--
d340 Pranešimų kūrimas oficialia gestų kalba	-
d345 Pranešimų rašymas	--
d350–d369 POKALBIAI IR KOMUNIKACIJAI SKIRTŲ ĮRENGINIŲ IR TECHNIKŲ NAUDOJIMAS	
d3500 Pokalbio pradžia	--
d3501 Pokalbio palaikymas	--
d3502 Pokalbio pabaiga	--
d3503 Pokalbis su vienu žmogumi	--
d3504 Pokalbis su grupe žmonių	--
d355 Diskusija	--
d360 Bendravimui skirtos technikos ir priemonių naudojimas	NA

Pastaba. Veiklos ir dalyvavimas: 0=nėra sutrikimų (0); --=nežymus (1)-vidutinis (2) sutrikimas; --žymus (3)-labai žymus (4), +=sąlyginė stiprybė, ?=nevertinama.

2 priedas. Kineziterapeutas

- Aš su Jonu bendrauju mažai, tiesiog darau su juo pratimus. Jis rodo keletą gestų, bet aš nežinau, ką jie reiškia. Per mūsų logopedo organizuotus mokymus, kurie vyko prieš dvejus metus, aš sužinojau, kad tai nėra atsitiktiniai ženklai.
- Berniuko mobilumas yra gana geras. Jis gali savarankiškai vaikščioti ir gali perlipti per mažus daiktus. Lipti laiptais jam sekasi sunkiau.
- Šiuo metu aš tobulinu jo smulkiają motoriką, kuri taip pat yra gana gerai išlavinta. Svarbiausi mano tikslai – vaiko savitarnos įgūdžiai, kad, pavyzdžiui, jis pats galėtų nueiti į tualetą. Berniuko smulkioji motorika nėra iki galo išlavinta, tačiau jis pats geba (užsi)segti ir (atsi)segti kelių užtrauktuką.
- Motoriniai gebėjimai leidžia berniukui naudoti gestų kalbą, bet jis gali tingėti ir nesistengti visada juos tiksliai atlikti.
- Pastebiu, kad berniukas geriau sukaupia dėmesį, kai jį laiku arba kartu atliekame pratimus. Dėmesys yra geresnis ir reakcija greitesnė, kai jis šokinėja ant batuto.

3 lentelė

TFK-VJ kodai, skirti kineziterapeuto vaidmeniui

d4 Mobilumas

d4153 Sėdimos padėties išlaikymas	+
d450 Vaikščiojimas	0
d4550 Šliaužiojimas	NA
d4600 Judėjimas namuose	+
d4601 Judėjimas kitose patalpose nei namai	+
d4602 Judėjimas už namų ir kitų patalpų ribų	+

Pastaba. Veiklos ir dalyvavimas: 0=nėra sutrikimų (0); -=nežymus (1)-vidutinis (2) sutrikimas; --žymus (3)-labai žymus (4), +=sąlyginė stiprybė.

3 priedas. Mokytojas

- Man neramu dėl berniuko klausos, o ypač tada, kai į jį kreipiamasi klasėje ir Jonas dažnai neatsako. Aš jo paklausu dar ir dar kartą, tačiau jis neatsako.
- Jonas rodo keletą ženklų, kurie man nėra aiškūs. Berniukas nekalba. Kai prašau pakartoti, jis neatsako. Manau, kad jo motoriniai gebėjimai nėra pakankami, kad jis galėtų išmokti aiškiai parodyti ženklus. Kokia kineziterapeuto nuomonė?
- Jonas nebendrauja su bendraamžiais, žaidimų aikštelėje dažnai vaikšto vienas. Ar šią situaciją reikia spręsti? Nemanau, kad per pertrauką turėsiu laiko padėti Jonui žaisti su kitais vaikais.
- Pirmadienio rytą jis dažnai būna labai pavargęs. Paklaustas, ką veikė savaitgalį, atsakyti negali. Kai klausiu, ar tuėjai į...? (tėvai rašo mokytojui raštelius apie savaitgalius), berniukas dažnai pritardamas linkteli. Į kitus klausimus jis neatsako. Labai norėčiau, kad jis papasakotų klasei apie savo savaitgalį.

- Prieš 2 metus išklausiau mūsų logopedo organizuotus gestų kalbos kursus.
- Berniukas dažnai būna išsiblaškęs. Noriu jam padėti išmokti susikaupti ilgiau. Atlikdamas grupės darbą, jis nesugeba išlikti dėmesingas. Kaip turėčiau šią problemą spręsti?
- Jonas susierzina, kai logopedas ar kineziterapeutas ateina jo pakviesti į terapijos pratybas, nors aš jį visada išpėju prieš 10 minučių, kad ateis specialistai.

4 lentelė

TFK-VJ kodai, skirti mokytojo vaidmeniui

d130–d159 Pagrindiniai mokymosi gebėjimai ir žinių įgijimas	
d130 Kopijavimas	0
d1310 Mokymasis atliekant paprastus veiksmus su vienu objektu	-
d1311 Mokymasis atliekant veiksmus susiejant du ar daugiau objektų	--
d1313 Mokymasis per simbolinį žaidimą	--
d1314 Mokymasis per įsivaizdavimo žaidimą	--
d132 Informacijos gavimas	--
d1330 Pavienių žodžių ar simbolių prasmės supratimas	--
d1331 Žodžių jungimas į frazes	--
d1332 Sintaksės įsisavinimas	--
d135 Repetavimas	--
d1370 Bendrų sąvokų įsisavinimas	--
d1371 Sudėtingų sąvokų įsisavinimas	--
d1400 Simbolių atpažinimo įgūdžių įsisavinimas	--
d1401 Pavienių žodžių skaitymo įgūdžių įsisavinimas	--
d1402 Pavienių žodžių ir frazių skaitymo įgūdžių įsisavinimas	--
d1550 Bendrų žinių įsisavinimas	+
d1551 Sudėtingų žinių įsisavinimas	--
d160-d179 ŽINIŲ TAIKYMAS	
d160 Dėmesio sutelkimas	--
d1600 Dėmesio sutelkimas į žmogaus prisilietimą, veidą ir balsą	-
d1601 Dėmesio sutelkimas į aplinkos pokyčius	--
d1608 Dėmesio sutelkimas į įdomius objektus	+
d163 Mąstymas	--
d1630 Įsivaizdavimas	--
d166 Skaitymas	--
d170 Rašymas	--
d175 Problemų sprendimas	--
d177 Sprendimų priėmimas	--

Pastaba. Veiklos ir dalyvavimas: 0= nėra sutrikimų (0); -= nežymus (1)-vidutinis (2) sutrikimas; --žymus (3)-labai žymus (4), += sąlyginė stiprybė.

4 priedas. Gydytojas/bendrosios praktikos gydytojas

- Gimimo metu buvo nustatyta dvylikapirštės žarnos atrezija, t. y. įgimtas dvylikapirštės žarnos spindžio dalies nebuvimas arba visiškas uždarymas (s5408). Dėl šios sveikatos būklės berniukui nustatytas žarnyno nepraeinamumas, o vėliau atsirado gėrimo ir valgyimo sunkumų. Jonui atlikta operacija, po kurios jis gerai atsigavo. Atsižvelgiant į gėrimo ir valgyimo sunkumus, berniukas buvo nukreiptas logopedo konsultacijai. Nuo 6 mėnesių jis lanko logopedinių pratybų terapiją.
- Globėjai į jus kreipėsi dėl dažnų vidurinės ausies uždegimų ir peršalimo ligų, kurios gali pakenkti jo klausai. Jūs kreipėtės į Jono klausą tikrinsią audiologą du kartus.
- Audiologas paaiškino dažnų vidurinės ausies infekcijų poveikį: kaip jį gydytumėte? Vaistų vartoti negalima. Jei klausos patikrinimo metu geriau girdinčioje ausyje nustatomas bent 25 dB susilpnėjimas, o infekcijos dažnai kartojasi, gali būti taikomas specialus gydymas ir berniukas bus hospitalizuojamas. Ar tai gali sukelti neigiamų pasekmių?
- Gautos oftalmologo išvados. Jonas turi regos aštrumo sutrikimą (b2100) (formų ir kontūrų matymas tiek žiūronu, tiek monokuliariniu regėjimu tiek iš toli, tiek iš arti) ir nežymų regos kokybės sutrikimą (b2101) (visos erdvės matymas fiksuotu žvilgsniu), tačiau jis nenešioja akinių (e1251). Jūs norite gauti atsakymą į šiuos klausimus: Ką komandos nariai mano dėl Jono regėjimo? Ar berniukui reikalingi akiniai?

5 priedas. Tėvai

- Jonas supranta kalbą, bet reikia daug pakartoti tai, kas sakoma.
- Dažniausiai bendrauju žodine kalba, bet mokysiu jį parodyti svarbiausius žodžius gestų kalba.
- Manau, kad klasė yra puiki vieta jam tobulėti. Visi kiti vaikai yra tokio pat amžiaus, todėl, atsižvelgdamas į Jono socialinius įgūdžius, manau, kad jam puikiai seksis bendrauti su bendraamžiais. Draugystė yra puiki galimybė lavėti jo įgūdžiams.
- Nėra pagrindo nerimauti dėl Jono klausos. Kai aš jam ką nors sakau, jis visada reaguoja. Keletą kartų jis sirgo peršalimu, bet nieko rimto. Gydytojas užsimena apie pakartotinį klausos patikrinimą. Aš nenoriu, kad klausą būtų tikrinama pakartotinai; Jonui tai yra per daug.
- Labai noriu, kad jis galėtų papasakoti apie tai, ką veikė mokykloje, pas logopedą ar globėjus.
- Gal yra programa, kurią galime taikyti norėdami tai pasiekti?
- Jonas gali pasakyti keletą žodžių, kuriuos aš puikiai suprantu, bet tikriausiai ne visi gali šiuos žodžius suprasti. Mane stebina tai, kad kartais Jonas ištaria žodį teisingai, pavyzdžiui, „šuo“, o po to atrodo, kad jis pamiršo, kaip reikia pasakyti, ir

ištaria „dod“ arba „do“. Ar turėtume lavinti jo kalbą? Ar reikėtų pataisyti neaiškiai ištartus žodžius ir pasakyti žodį teisingai?

- Jonas gali sėdėti ir žiūrėti televizorių visą valandą. Iš tikrųjų jis nesėdi, o stovi prie ekrano. Kodėl jis tai daro? Jei liepiu atsisėsti, jis visada po kelių sekundžių grįžta prie televizoriaus.

6 priedas. *Globėjai*

- Reikia Jonui duoti daugiau laiko atsakyti. Jei užduosite jam daug klausimų, jis sutriks ir susierzins. Kai mes užduodame klausimą, kurį laiką palaukiame. Kartais mes klausimą pakartojame.
- Aš nerimauju dėl Jono klausos, nes kai skambinu, jis dažnai neatsiliepia. Jo ausys kartais būna raudonos ir jis dažnai peršąla.
- Jonas pas mus būna sekmadieniais. Mes dažniausiai važiuojame į išvykas. Jonui labai patinka zoologijos sodas, esame ten buvę apie 20 kartų. Kai einame pro dramblius, aš visada rodau gestą ir imituoju dramblio garsą. Po pirmo karto jis pradėjo mane mėgdžioti, o dabar spontaniškai rodo gestą ir skleidžia garsą, kai einame pro dramblius. Ar reikėtų tai daryti ir su kitais gyvūnais? Ar mokyti pavaizduoti tik vieną gyvūną per apsilankymą, ar rodyti kiekvieną gyvūną vaizduojantį gestą? O kaip dėl kitų žodžių (temų)? Ar turėtume tokį mokymą praktikuoti ir prekybos centre? Manau, kad Jonas gali išmokti, todėl dirbsiu su juo.
- Joną svarbu užimti įvairia veikla. Negalime leisti jam žaisti vienam, nes jis nuklysta nuo žaidimo. Žaidžiant svarbu rodyti daiktus arba apie juos kalbėti. Jonas žaisdamas nesiima iniciatyvos, nes jį domina tik keli žaislai!

7 priedas. *Audiologas*

- Naujagimių klausos patikrinimo metu jokių klausos (b1560) ar ausies struktūros (s240, s250, s260) ligų nenustatyta. Manoma, kad dauguma vaikų, sergančių Dau-no sindromu, turi klausos sutrikimų, tačiau naujais tyrimais rodo, kad maždaug 80 proc. vaikų turi normalią klausą.
- Atlikus klausos patikrinimą, kai Jonui buvo 2,5 metų, sutrikimų nebuvo nustatyta.
- Konsultacija numatyta po metų, tai kodėl mane pakvietė?
- Dalyvavimo priežastis: paaiškinkite tėvams ir globėjams, kokį poveikį klausai gali turėti dažni vidurinės ausies uždegimai (kalbėkite jiems suprantama kalba!). Dėl dažnų vidurinės ausies infekcijų Jono klausa neretai kinta, pagerėja ir pablogėja. Klausos pagerėjimas parodo, kad jis neserga infekcija, jis girdi geriau nei sirgdamas. Klausa turi įtakos Jono gebėjimui mokytis ir taisyklingai tarti žodžius, nes veikia jo fonologinį suvokimą. Kaip nustatyti infekciją (paraudimas, skysčiai, svyruojantis klausos lygmuo, kitokia reakcija į klausimus)? Ar reikėtų numatyti kitą konsultaciją?

5 lentelė

TFK-VJ kodai, skirti audiologo vaidmeniui

b230–b249 Klausos ir vestibulinės funkcijos

b230 Klausos funkcijos	-
b2300 Garso identifikavimas	-
b2301 Garsų skyrimas	--
b2302 Garso šaltinio lokalizacija	0
b2304 Kalbos identifikavimas (skyrimas)	0
b235 Vestibulinės funkcijos	0

Pastaba. Veiklos ir dalyvavimas: 0=nėra sutrikimų (0); -=nežymus (1)-vidutinis (2) sutrikimas; --žymus (3)-labai žymus (4), +=sąlyginė stiprybė.

8 priedas. *Psichologas*

- Atliktas vertinimas taikant Baileys kūdikių raidos skalę (angl. *Baileys Scale of Infant Development*), skirtą raidos lygmeniui pagal amžių nustatyti. Berniukui yra 4 m. ir 9 mėn., jo raidos amžius atitinka 1 m. ir 9 mėn. amžių (pagal mąstymo raidos skalę) ir apie 2 m. ir 3 mėn. amžių pagal neverbalinio mąstymo skalę. Trumpi pastebėjimai:
 - Prieš įeidamas į kambarį berniukas dvejoja, bet, paėmus už rankos, jaučiasi laisvai. Per antrąjį susitikimą jis neprašomas savarankiškai nueiti prie kėdės.
 - Susitikimo pradžioje jis bendradarbiauja ir atsako į klausimus, bet po kelių minučių atrodo, kad jis yra kažkur kitur. Kai užduotys tampa sunkesnės, Jonui sunku sukaupti ir išlaikyti dėmesį. Daug informacijos suteikia jo neverbalinis bendravimas. Tuo metu į žodinius nurodymus jis nebereaguoja. Kaip mokytojas ir logopedas įveikia šiuos iššūkius? Kaip tokiose situacijose elgiasi tėvai, globėjai ir kineziterapeutas?
 - Dėmesys daug geresnis, kai berniukas žaidžia su įdomiais žaislais. Ar tai pasireiškia ir klasėje, ar tik logopedinių pratybų metu?
 - Jis gali suderinti objektus pagal spalvą daugiausia iš trijų spalvų.
 - Berniukui reikia daugiau laiko suprasti nurodymus ar prašymus. Reikalingi pakartojimai.

6 lentelė

TFK-VJ kodai, skirti psichologo vaidmeniui

b140–b189 Specifinės psichikos funkcijos

b1400 Dėmesio išlaikymas
b1402 Dėmesio paskirstymas
b1440 Trumpalaikė atmintis
b1442 Atgaminimas ir atminties procesai
b1560 Girdimasis suvokimas
b1561 Regimasis suvokimas
b1564 Taktilinis suvokimas

b1400 Dėmesio išlaikymas	--
b1402 Dėmesio paskirstymas	-
b1440 Trumpalaikė atmintis	--
b1442 Atgaminimas ir atminties procesai	-
b1560 Girdimasis suvokimas	?
b1561 Regimasis suvokimas	-
b1564 Taktilinis suvokimas	0
b1568 Suvokimo funkcijos, nurodytos kitaip: sensorinė integracija	--
b1600 Mąstymo tempas	--
b163 Pagrindinės pažinimo funkcijos	--

Pastaba. Veiklos ir dalyvavimas: 0= nėra sutrikimų (0); -=nežymus (1)-vidutinis (2) sutrikimas; --žymus (3)-labai žymus (4), +=sąlyginė stiprybė, ?=nevertinama.

9 priedas. Grupės administratorius

- Užsirašyti dalyvių diskusiją.
- Užsirašyti bendrus tikslus ir jų pagrindimą.
- Įvertinti specialistų ir tėvų bendravimo procesą.

Experiencing Shared Decision Making in Interprofessional Teams: A Case Study

Stijn R. J. M. Deckers¹, Vilma Makauskienė², Yvonne van Zaalen³

¹ Radboud University, The Netherlands Department of Pedagogical Sciences, Stichting Milo, Center for Augmentative and Alternative Communication, 5482 JH Schijndel, 6525 XZ Nijmegen, The Netherlands, stijndeckers@stichtingmilo.nl

² Vytautas Magnus University, Education Academy, K. Donelaičio g. 52, LT44244-Kaunas, Lithuania, vilma.makauskiene@vdu.lt

³ The Hague University of Allied Sciences, Research Group Relational Care, Knowledge Center Health Innovation, 2521 EN The Hague, The Netherlands, y.vanzaalen@hhs.nl

Summary

Shared decision-making is one key element of interprofessional collaboration. Communication is often considered to be the main reason for inefficient or ineffective collaboration. Little is known about group dynamics in the process of shared decision-making in a team with professionals, including the patient or their parent. This study aimed to evaluate just that. Simulation-based training was provided for groups of medical and allied health profession students from universities across the globe. In an overt ethnographic research design, passive observations were made to ensure careful observations and accurate reporting. The training offered the context to directly experience the behaviors and interactions of a group of people. Overall, 39 different goals were

defined in different orders of prioritizing and with different time frames or intervention ideas. Shared decision-making was lacking, and groups chose to convince the parents when a conflict arose. Group dynamics made parents verbally agree with professionals, although their non-verbal communication was not in congruence with that. This research has shown that the outcome and goalsetting of an interprofessional meeting are highly influenced by group dynamics. Also, the vision, structure, process, and results of the meeting are affected by multiple inter- or intrapersonal factors.

Keywords: *shared decision-making, interprofessional collaboration, group dynamics, inter-professional communication, Down syndrome.*

Gauta 2024 06 02 / Received 02 06 2024
Priimta 2024 06 17 / Accepted 17 06 2024