

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Ιανουάριος – Μάρτιος 2001

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ
ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ
ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
ΕΛΛΑΔΟΣ



NOSILEFTIKI Volume 40
Issue 1
January – March 2001

QUARTERLY PUBLICATION OF THE HELLENIC
NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τριμηνιαίο Περιοδικό του Εθνικού Συνδέσμου
Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος

Τόμος 40 • Τεύχος 1 • Ιανουάριος – Μάρτιος 2001

Περιεχόμενα

1. Οδηγίες για τους συγγραφείς	4
2. Άρθρο Σύνταξης.....	7
<i>A. Παπαδαντωνάκη</i>	
Ανασκοπήσεις	
① Η ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας	8
<i>B. Ραφτόπουλος, E. Θεοδοσοπούλου</i>	
2. Η σχέση μεταξύ θεωρίας, έρευνας και πράξης στη Νοσηλευτική: βιβλιογραφική ανασκόπηση	24
<i>Σ. Λαχανά</i>	
3. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες Υγείας	34
<i>A. Μεγαλακάκη, M. Χατζοπούλου</i>	
4. Εργονομία – Οργάνωση χειρουργείου και μηχανική σώματος προσωπικού	41
<i>Δρ M. Τσιριντάνη, B. Μπουρνά, Δρ Σ. Μπινιώρης</i>	
5. Αλκοόλ: Ποιος ο ρόλος του στην καρδιαγγειακή νόσο.....	51
<i>Σ. Ζαργκλής</i>	
6. Η ακούσια νοσηλεία των ψυχικά ασθενών	56
<i>B. Μούγια</i>	
Επίκαιρο Θέμα	
1. Ευρωπαϊκή Ένωση και Ελληνική Νοσηλευτική	62
<i>Δρ E. Κυριακίδου</i>	
Ερευνητικές Εργασίες	
1. Πληροφόρηση και περιεχειρητική διδασκαλία καρδιοχειρουργημένων ασθενών.....	67
<i>A. Μερκούρης, Λ. Βασταρδής</i>	
<i>E. Διακομοπούλου, A. Καλογιάννη</i>	
<i>Δ. Πιστόλας, M. Αργυρίου, E. Αποστολάκης</i>	
2. Ομάδα Υγείας: Διεπαγγελματική συνεργασία συγκρούσεις, και διαχείριση συγκρούσεων	75
<i>Δρ. Δ. Σαπουντζή-Κρέπια</i>	
3. Κατασκίνωση παιδιών και εφήβων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου I: Οφέλη στη ρύθμιση της νόσου	82
<i>Κ. Πολυμέρη, I. Θυμέλλη</i>	
4. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά εγκαυμάτων σε παιδιατρικό νοσοκομείο	89
<i>B. Μάτζιου, H. Μπροκαλάκη, A. Κορομπέλη</i>	
<i>Φ. Παπαδοπούλου</i>	
5. Μόνιμη Κολοστομία: Δεν είναι το μοναδικό πρόβλημα.....	94
<i>Γ. Σαββοπούλου</i>	
Αναλυτικές οδηγίες για τους συγγραφείς.....	104



NOSILEFTIKI

Quarterly Publication of the Hellenic National
Graduate Nurses Association

Volume 40 • Issue 1 • January – March 2001

Contents

1. Instructions to authors	4
2. Editorial	7
<i>A. Papadantonaki</i>	
Reviews	
1. The quality in Health care sector	8
<i>B. Raftopoulos, H. Theodosopoulou</i>	
2. The relationship between theory, research and practice in Nursing: a literature review	24
<i>S. Lahana</i>	
3. Total Quality Management in Health care.....	34
<i>A. Megalaki, M. Hatzopoulou</i>	
4. Ergonomics – Management in the operating room and body mechanics	41
<i>Dr M. Tsirintani, V. Bourna, Dr S. Binioris</i>	
5. Alcohol: Which is its effect on cardiovascular disease	51
<i>S. Zarglis</i>	
6. Involuntary hospitalization of psychiatric patients	56
<i>V. Mougia</i>	
Annotation	
1. Greek Nursing and European Union	62
<i>Dr E. Kyriakidou</i>	
Research Papers	
1. Information and perioperative education of cardiac surgery patients.....	67
<i>A. Mercouris, L. Vastardis</i>	
<i>E. Diacomopoulou, A. Caloyianni</i>	
<i>D. Pistolas, M. Argyriou, E. Apostolakis</i>	
2. Health Care Team: Interprofessional collaboration and the management of conflict	75
<i>D. Sapountzi-Krepia</i>	
3. Summer camps for children and adolescents with Diabetes Melitus type I: Benefits on the disease control	82
<i>C. Polymeri, I. Thymelli</i>	
4. Burns in childhood: epidemiological characteristics	89
<i>V. Matziou, H. Brokalaki, A. Korobeli</i>	
<i>F. Papadopoulou</i>	
5. Permanent Colostomy: It is not the only problem.....	94
<i>G. Savopoulou</i>	
Detailed instructions to authors.....	104

Νοσηλευτική 1, 75-81, 2001

Ομάδα Υγείας: Διεπαγγελματική συνεργασία συγκρούσεις και διαχείριση συγκρούσεων

Δρ Δέσποινα Σαπουντζή-Κρέπια

Καθηγήτρια Εφαρμογών
Αναπληρώτρια Προϊσταμένη
Τμήμα Επισκεπτών Υγείας

T.E.I. Αθηνών

Περίληψη. Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας φαίνεται ότι τις τελευταίες δεκαετίες οι έννοιες «ομάδα υγείας» και «διεπαγγελματική συνεργασία» έλκουν το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας. Ιδιαίτερα τη δεκαετία του '80 με την επήρεια των οδηγιών του Π.Ο.Υ. η δραστηριοποίηση προς την κατεύθυνση της διεπαγγελματικής συνεργασίας γίνεται εντονότερη.

Στη δεκαετία του '90 παρατηρείται επίσης μια διεθνής επικέντρωση του ενδιαφέροντος στο θέμα της διεπαγγελματικής συνεργασίας τόσο στον τομέα της παροχής υπηρεσιών όσο και στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, με μια νέα όμως προσέγγιση: αυτή της εξοικονόμησης πόρων με μια έμφαση στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η σύγκρουση στη διεπαγγελματική συνεργασία δεν πρέπει να εκλαμβάνεται ως η πάση θυσία αποφευκταία περίπτωση, αλλά αντίθετα θα πρέπει να προσεγγίζεται σαν μια ευκαιρία για περαιτέρω ανάπτυξη, αρκεί η διαχείρισή της να γίνεται με σύνεση.

Η σύγκρουση, προσεγγιζόμενη υπό το πρίσμα ότι εμπεριέχει τις έννοιες της πάλης των ιδεών, της αντιπαράθεσης του παλιού με το καινούριο και της έννοιας της κάθαρσης, μπορεί με σωστή διαχείριση να λειτουργήσει ως μοχλός ανάπτυξης της διεπαγγελματικής συνεργασίας.

Λέξεις-κλειδιά:

ομάδα υγείας, διεπαγγελματική συνεργασία, σύγκρουση, διαχείριση συγκρούσεων.

Nosileftiki 1, 75-81, 2001

Health Care Team: Interprofessional collaboration and the management of conflict

Despina Sapountzi-Krepia, PhD

Assistant Nursing Professor
Vice-Head
of the Health Visiting Department

TEI of Athens

Abstract. The literature review shows that the issues of «health team» and «interprofessional collaboration» are in the core of the health professionals interest the last two decades.

Under the WHO's reports influences a growing effort for the development of interprofessional collaboration was done in the 1980s.

This effort continued in the 1990s with an emphasis on issues of quality of care and better use of economic and human resources for the improvement of the quality of nursing care. Conflict is an inevitability in collaborative practice.

However, conflict must not be considered only as a situation that must be avoided regardless the cost paid for that, but it must be also reached as an opportunity for the development of interprofessional collaboration through an effective management of the conflict situation.

The conflict is a struggle of ideas, a struggle between the old and the new. If properly handled, the interprofessional collaboration will be benefited.

Key words:

health care team, interprofessional collaboration, conflict, management of conflict.

Εισαγωγή

Τις τελευταίες δεκαετίες οι έννοιες «ομάδα υγείας» και «διεπαγγελματική συνεργασία» αποτελούν θέματα έντονων συζητήσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας φαίνεται ότι αρκετά βιβλία έχουν γραφτεί και ένας σχετικά μεγάλος αριθμός άρθρων που πραγματεύεται αυτές τις έννοιες έχει δημοσιευθεί στον επιστημονικό τύπο.

Ιδιαίτερα τη δεκαετία του '80, με φανερές τις επιδράσεις της διακήρυξης της Alma-Ata αλλά και μεταγενέστερων οδηγιών του Π.Ο.Υ., όπως η θέσπιση του στόχου «Υγεία για όλους το 2000» και η οδηγία «Learnig Together to Work Together for Health», η δραστηριοποίηση προς την κατεύθυνση αυτή ήταν εντονότερη^{1,2,4}.

Στη δεκαετία του '90 παρατηρείται διεθνώς ξανά μια επικέντρωση του ενδιαφέροντος των επαγγελματιών υγείας αλλά και των διοικητικών στελεχών στο θέμα της διεπαγγελματικής συνεργασίας. Μια νέα όμως προσέγγιση κυριαρχεί, που έχει ως στόχο την εξοικονόμηση οικονομικών και ανθρώπινων πόρων, ενώ ταυτόχρονα δίνεται έμφαση στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών^{2,8,9}.

Το ζήτημα της διαχείρισης των συγκρούσεων, που αναπόφευκτα αναφύονται σε μια συνεργασία, αποτέλεσε και αποτελεί ένα ακόμη ζήτημα που απασχολεί τόσο τα στελέχη διοίκησης όσο και τα επιμέρους άτομα που συμμετέχουν σε ομάδες διεπαγγελματικής συνεργασίας.

Το παρόν άρθρο πραγματεύεται μέσα από μία ευρεία βιβλιογραφική ανασκόπηση το θέμα της διεπαγγελματικής συνεργασίας και της διαχείρισης συγκρούσεων μέσα από ευρείες αναφορές και ανάλυση των τεχνικών που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται σε συνεργατικές σχέσεις στην άσκηση του έργου τους.

Ορισμοί – Σχόλια

Η διεπαγγελματική συνεργασία δεν είναι μια καινοτομία των ημερών μας, αφού η λειτουργία της ομάδας υγείας με διάφορες δομές και σχέσεις ξεκινά από τα βάθη των αιώνων και απαντάται σε διάφορους πολιτισμούς. Ακόμη, η καινοφανής έννοια της διεπαγγελματικής συνεργασίας στην ομάδα υγείας, αν διερευνηθεί προσεκτικά, θα αποδειχθεί ότι είναι μια σχετικά παλαιά παράδοση, αρκετά ισχυρή, αφού κυριαρχεί σε

όλους τους τομείς παροχής υπηρεσιών υγείας, τόσο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη όσο και στον χώρο των νοσοκομείων.

Ομως, ειδικότερα τα σχήματα που λειτουργούν στον χώρο των νοσοκομείων συχνά δεν εκλαμβάνονται ως διεπαγγελματική συνεργασία μέσα στην ομάδα υγείας, επειδή ίσως αποτελούν την καθημερινή πρακτική και για τέτοιου είδους πρακτικές, όπως άλλωστε συμβαίνει για όλες τις καθημερινές και συχνά επαναλαμβανόμενες ανθρώπινες δραστηριότητες, ελάχιστη προσπάθεια καταβάλλεται για την ανάλυσή τους, αν δεν υπάρχει κάποιος αποχρών λόγος που να προσανατολίζει τις ενέργειες των ανθρώπων προς την κατεύθυνση αυτή.

Ένα εύλογο ερώτημα που εδώ αναφέρεται είναι τι αντιλαμβάνονται σήμερα οι επαγγελματίες υγείας στην εκφορά των λέξεων «διεπαγγελματική» και «σύγκρουση», με δεδομένο ότι οι έννοιες των λέξεων και των προτάσεων φιλτράρονται κάτω από την επίδραση διαφόρων παραγόντων, όπως: εμπειρία, εκπαίδευση, κουλτούρα, στάσεις και στερεότυπα. Για τη μείωση τέτοιων επιδράσεων κρίνεται σκόπιμο να παρατεθεί ένας ορισμός και να παρατεθούν κάποια διασαφηνιστικά σχόλια όσον αφορά την έννοια «διεπαγγελματικός-ή-ό», η οποία άλλωστε είναι μια σχετικά καινούρια έννοια⁴.

Όπως υποστηρίζει η Leathard, υπάρχει μια δυσκολία στον ακριβή ορισμό του επιθέτου «διεπαγγελματικός-ή-ό», γιατί αυτό μπορεί να σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διάφορα άτομα και ομάδες που έχουν διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης και διαφορετική επαγγελματική προέλευση. Προς αποφυγή παρερμηνειών, η αναφορά στους όρους «διεπαγγελματικός-ή-ό» θα γίνεται στο παρόν κείμενο σύμφωνα με τον παρακάτω ορισμό:

Η λέξη «διεπαγγελματικός-ή-ό» ορίζεται ως «ένα γεγονός, λειτουργία, ενέργεια ή διαδικασία που λαμβάνει χώρα, επιτελείται από κοινού από επαγγελματίες που ανήκουν σε διαφορετικά επαγγέλματα»¹⁰. Όσον αφορά τον όρο «σύγκρουση», στο παρόν άρθρο θα γίνεται αναφορά σε αυτόν με πλαίσιο τον ορισμό του *Dictionary of Nursing*, όπου ο όρος ορίζεται ως «... μια κατάσταση που προκαλείται όταν ένα ερέθισμα δημιουργεί δύο αντίθετες αντιδράσεις»¹¹.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Η ιδέα της υποστήριξης της διεπιστημονικής εκπαίδευσης και της διεπαγγελματικής συνεργασίας είναι σχεδόν παγκόσμια αποδεκτή^{2,4,12-14}.

Παρά τις προσπάθειες που έχουν καταβληθεί, υπάρχουν προβλήματα στην εφαρμογή της, όμως είναι πολύ ελπιδοφόρο το γεγονός ότι, παρά τις δυσκολίες, οι επαγγελματίες υγείας νιώθουν την ανάγκη να προχωρήσουν προς αυτή την κατεύθυνση⁴.

Η επίδραση των κειμένων του Π.Ο.Υ. που αφορούν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν θα ήταν ίσως αρκετά ως κίνητρα αν δεν υπήρχαν και άλλοι λόγοι για να ωθούν τόσο τους επαγγελματίες υγείας όσο και τις κυβερνήσεις διαφόρων κρατών να στραφούν προς αυτή την κατεύθυνση.

Ίσως, όπως υποστηρίζεται από τους King και Mailick, η ανάγκη για ευρύτερη και ουσιαστικότερη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι απότοκος της πολυπλοκότητας των συστημάτων υγείας και πρόνοιας, που σε συνδυασμό με την ανάπτυξη της τεχνολογίας γίνονται γενεσιουργές αιτίες πολλών από τα ηθικά διλήμματα για τους επαγγελματίες υγείας, που στρέφονται για στήριξη στην ομάδα υγείας^{15, 16}.

Ο McNauht υποστηρίζει ότι η ανάπτυξη εξειδικεύσεων στον χώρο της υγείας ανέδειξε την ανάγκη για συνεργασία των επαγγελματιών, γιατί η εξειδίκευση τεμαχίζει την παρεχόμενη φροντίδα και μόνο με τη συνεργασία γίνεται η σύνθεση των επιμέρους στοιχείων ώστε να σχηματιστεί πλήρης εικόνα και να παρασχεθεί ολοκληρωμένη φροντίδα προς τον ασθενή / άνθρωπο ως όλο¹⁷. Ένας ακόμη, αρκετά πειστικός, λόγος που έστρεψε και τους μάντζερ προς την ώθηση της ανάπτυξης της διεπαγγελματικής συνεργασίας είναι ο ισχυρισμός ότι με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται οικονομία πόρων και βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για τους λόγους αυτούς στο Ηνωμένο Βασίλειο η ανάπτυξη της διεπαγγελματικής συνεργασίας προωθήθηκε με κυβερνητικές οδηγίες^{4, 5}.

Η εξοικονόμηση πόρων γίνεται γιατί, όπως υποστηρίζουν πολλοί μελετητές, με τη λειτουργία της ομάδας υγείας αποφεύγονται αλληλοεπικαλύψεις δραστηριοτήτων που δημιουργούν σύγχυση στους καταναλωτές και έτσι επιτυγχάνεται βελτίωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών^{4, 15}.

Ο βαθμός όμως βελτίωσης των παρεχομένων υπηρεσιών βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην ικανότητα των διαφόρων επαγγελματιών να συνεργάζονται μεταξύ τους, χρησιμοποιώντας και αξιοποιώντας τις ιδιαίτερες ικανότητες, τις γνώσεις και δεξιότητές τους για να εδραιώσουν, να διατηρήσουν και να προαγάγουν τη συνεργασία αυτή και συνακόλουθα το παραγόμενο από αυτή τη συνεργασία προϊόν^{10, 18, 19}.

Η σύγκρουση είναι ίσως μια παρεξηγημένη έννοια, συνειρμικά συνδεόμενη με τον πόλεμο^{5, 20}. Εντούτοις η σύγκρουση εμπεριέχει τις έννοιες της πάλης των ιδεών, της αντιπαράθεσης του παλαιού με το καινούριο, την έννοια της κάθαρσης, της συμβολής στην ανάπτυξη ενός διοικητικού οργανισμού, και για τον εντοπισμό της ρίζας του προβλήματος^{19, 21-23}.

Η Miller-Smith (1997) ισχυρίζεται ότι για τον συνήθη καχύποπτο τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας τη σύγκρουση ένα μεγάλο μερίδιο ευθύνης φέρει η εκπαίδευση που για χρόνια αυτοί ακολουθούσαν.

Η σύγκρουση στη διεπαγγελματική συνεργασία δεν πρέπει να εκλαμβάνεται ως η πάση θυσία αποφευκταία περίπτωση, αλλά αντίθετα θα πρέπει να προσεγγίζεται σαν μια ευκαιρία για περαιτέρω ανάπτυξη, αρκεί η διαχείρισή της να γίνεται με σύνεση.

Υπάρχουν αρκετά αίτια για δημιουργία συγκρούσεων στη διεπαγγελματική συνεργασία, που μπορεί να είναι:

α. *Προβλήματα επικοινωνίας* που ξεκινούν από διαφορετικές αντιλήψεις, από φτωχή επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών και διαφορές στην επαγγελματική ορολογία και χρήση της γλώσσας γενικότερα²⁴⁻²⁷.

β. *Διαμορφωμένες αντιλήψεις και κοινωνικά στερεότυπα ή διαφορές στην αντίληψη και αξιολόγηση διαφόρων καταστάσεων*^{28, 29}.

γ. *Συγκρούσεις για θέματα εξουσίας* μεταξύ των επαγγελματιών, ή για ζητήματα νομής και διαχείρισης της εξουσίας^{29-33, 34}.

δ. *Ιδεολογικές διαφορές*³⁵⁻³⁶.

ε. *Σύγχυση σχετικά με τους επαγγελματικούς ρόλους και αρμοδιότητες*³⁷.

Οι Rubin and Beckhard προσδιόρισαν 5 παραμέτρους που επιδρούν στη λειτουργία της ομάδας υγείας και κάτω από ορισμένες συνθήκες μπορεί να λειτουργήσουν ως παράγοντες πρόκλησης σύγκρουσης.

1. Οι στόχοι της ομάδας.

2. Οι προσδοκίες από τη λειτουργία της ομάδας, δηλαδή ο αναμενόμενος κοινωνικός ρόλος της ομάδας, αλλά και οι προσδοκίες κοινωνικού ρόλου που αναπτύσσονται από πλευράς των ατόμων που συμμετέχουν στην ομάδα.

3. Η επικοινωνία μέσα στην ομάδα.

4. Η ηγεσία, η διοίκηση και η διαδικασία λήψης αποφάσεων που κυριαρχούν στην ομάδα.

5. Οι κανονισμοί λειτουργίας της ομάδας.

Προχωρώντας σε περαιτέρω διερεύνηση του όλου θέματος, διαπιστώνεται πως η αντίληψη για την επαγ-

γγελματική ταυτότητά του που ο κάθε επαγγελματίας διαμορφώνει μπορεί να αποτελέσει πηγή συγκρούσεων. Η επαγγελματική ταυτότητα είναι μια ιδεατή εικόνα που έχει κάθε άτομο για τον εαυτό του στον επαγγελματικό του ρόλο.

Διάφορες μελέτες, όμως, έχουν αποδείξει ότι διαφορετικά προσδιορίζουν τον επαγγελματικό τους ρόλο τα άτομα που ανήκουν σε ένα επάγγελμα και διαφορετικά προσδιορίζουν τον ίδιο επαγγελματικό ρόλο μέλη άλλων επαγγεμάτων, ειδικότερα όταν άτομα που ανήκουν σε επάγγελα υψηλού κοινωνικού κύρους προσδιορίζουν επαγγελματικούς ρόλους επαγγεμάτων χαμηλού κοινωνικού κύρους^{5, 18, 38}.

Ακόμη, μερικές φορές, η στροφή προς τη διεπαγγελματική συνεργασία μπορεί να εκληφθεί ως απειλή ως προς την παραδοσιακή κατανομή και νομή της εξουσίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Στην περίπτωση αυτή οι επαγγελματίες αποσύρονται στα παραδοσιακά τους επαγγελματικά όρια και μέσα από διαπραγματεύσεις προσπαθούν πάση θυσία να διατηρήσουν αυτά που θεωρούν κερκημένα^{5, 39}.

Κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση μιας συγκεκριμένης αντίληψης ως προς το κοινωνικό κύρος και τη στάση απέναντι στα διάφορα επάγγελα και τα στοιχεία αυτά πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διεπαγγελματική συνεργασία, γιατί αποτελούν παράγοντες σύγκρουσης²⁰.

Η ομάδα είναι αποτελεσματική όταν κάθε μέλος της εκπληρώνει τον ρόλο που αρμόζει στις ιδιαίτερες προσωπικές και επαγγελματικές του ικανότητες, τις γνώσεις, την επικοινωνιακή του δεξιότητα, την προσαρμογή και την ευελιξία του³³⁻³⁷.

Η αντίληψη είναι ένας παράγοντας που παρεμβαίνει στη λειτουργία της ομάδας και γίνεται αιτία συγκρούσεων⁴⁰. Αυτό συμβαίνει γιατί η αντίληψη είναι ένα βασικό στοιχείο της ανθρώπινης συμπεριφοράς, ως ένας παράγοντας που παρεμβαίνει μεταξύ του ερεθίσματος και της εκδηλούμενης συμπεριφοράς¹³.

Το εύρος των στοιχείων που επηρεάζουν την αντίληψη διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο, όμως οπωσδήποτε υπάρχουν παράγοντες που γενικά επηρεάζουν την αντίληψη. Αυτοί είναι:

- στάσεις,
- αξίες,
- στερεότυπα,
- ψυχογενείς ανάγκες και μηχανισμοί άμυνας,
- η γενική κουλτούρα του ατόμου και η υποκουλτούρα της ομάδας που ανήκει,

– τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας, η ποικιλία της επαγγελματικής εμπειρίας,

– το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του ατόμου και η εκπαίδευσή του^{38, 39, 41}.

Η επικοινωνία είναι ένας ακόμη παράγοντας που δημιουργεί, στην αρχή κυρίως της λειτουργίας της ομάδας, προβλήματα, γιατί οι επαγγελματίες που συμμετέχουν στις ομάδες λόγω του ενστερνισμού της κουλτούρας του επαγγέλματός τους αφομοιώνουν ειδικά γλωσσικά ιδιώματα και τρόπους επικοινωνίας. Ακόμη, ο τρόπος επικοινωνίας επηρεάζεται από τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης μεταξύ των επαγγελματιών. Έτσι, οι διαφορές στη χρήση της γλώσσας και του τρόπου επικοινωνίας πρέπει να τύχουν ιδιαίτερης προσοχής ώστε να μειωθούν τυχόν τριβές και συγκρούσεις στο πλαίσιο της ομάδας και μέχρις ότου αναπτυχθούν η κουλτούρα και οι κώδικες επικοινωνίας της ομάδας^{20, 24}.

Ο τύπος του μοντέλου ηγεσίας και η διαδικασία λήψης αποφάσεων που θα ακολουθηθεί στην κάθε ομάδα πρέπει να προσδιορίζεται, γιατί έτσι αποφεύγονται διαφωνίες και παρεξηγήσεις που οδηγούν σε συγκρούσεις. Ο αρχηγός της ομάδας και τα μέλη θα πρέπει να βρίσκουν τον καλύτερο δυνατό τύπο λειτουργίας που θα ταιριάζει στην ομάδα, ενώ ταυτόχρονα θα εξασφαλίζει την παροχή των καλύτερων δυνατών υπηρεσιών προς τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας^{20, 42}.

Πολλοί άλλοι είναι ακόμη οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη λειτουργία της ομάδας υγείας και να δημιουργήσουν τριβές.

Τέτοιοι παράγοντες είναι:

- ψυχολογικοί,
- κοινωνικοί,
- πολιτικές συγκυρίες,
- στάσεις και στερεότυπα,
- αντίληψη, ζητήματα άσκησης εξουσίας,
- διαφορές στην επαγγελματική εμπειρία,
- ανεπαρκείς οδηγίες,
- ανεπαρκής περιγραφή επαγγελματικών καθηκόντων και αρμοδιοτήτων^{13, 25, 39, 43}.

Δυσκολίες για την εφαρμογή και την ανάπτυξη της διεπαγγελματικής συνεργασίας οπωσδήποτε υπάρχουν και για τον λόγο αυτό απαιτείται η ανάπτυξη στρατηγικών.

Η πρώτη στρατηγική εκλογής είναι η ανάπτυξη της θέλησης των επαγγελματιών υγείας να εργαστούν ως ομάδα. Χωρίς τη θέληση των ατόμων για συνεργασία, η όλη διαδικασία συνεχώς υποσκάπτεται εκ των έσω^{4, 10, 44}.

Η δεύτερη στρατηγική είναι η διευκόλυνση της έ-

ναρξης της λειτουργίας της ομάδας. Αυτό μπορεί να γίνει με παροχή διευκολύνσεων εκ μέρους της διοίκησης, όπως παροχή υλικών πόρων, διάθεση χώρων και προώθηση με διοικητική υποστήριξη της όλης λειτουργίας της ομάδας^{4, 10, 45}.

Η εκπαίδευση μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της διεπαγγελματικής συνεργασίας. Την ανάγκη για κοινούς κορμούς εκπαίδευσης των φοιτητών / σπουδαστών των επαγγελματιών υγείας, τη συμμετοχή των επαγγελματιών σε κοινά προγράμματα εκπαίδευσης σε μεταπτυχιακό επίπεδο και την ανάπτυξη κοινών επιμορφωτικών προγραμμάτων για τους επαγγελματίες υγείας τονίζουν πολλοί επιστήμονες. Ο λόγος της έμφασης στην κοινή εκπαίδευση απορρέει από τη διαπίστωση ότι οι κοινές εκπαιδευτικές εμπειρίες βοηθούν τα άτομα να γνωρίσουν τα αντικείμενα ενασχόλησης και να εκτιμήσουν τις ιδιαίτερες γνώσεις και δεξιότητες άλλων επαγγελματιών.

Η γνώση και η εξοικείωση κάνει τους επαγγελματίες υγείας πιο ευέλικτους και τους βοηθά και στο να αποδέχονται ευκολότερα τις διαφορές και τις ιδιαιτερότητες των άλλων επαγγελματιών μέσα στην ομάδα υγείας^{2, 4, 6, 10-14, 19, 22, 46, 47}.

Μια άλλη στρατηγική εκλογής είναι η επικέντρωση της προσοχής των επαγγελματιών στην παροχή καλύτερης φροντίδας προς τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, με αποφυγή της επικέντρωσης σε μικροδιαφορές και σε στρατηγικές διαφύλαξης κεκτημένων δικαιωμάτων^{4, 10, 29, 48}.

Για να ευδοκιμήσει η ομάδα υγείας, χρειάζεται προσπάθεια, υπομονή και επιμονή^{4, 5, 48}.

Η ανάπτυξη της έρευνας στον τομέα της διεπαγγελματικής συνεργασίας και εκπαίδευσης θα βοηθήσει στη διασαφήνιση εννοιών και λειτουργιών, θα τονίσει δυνατότητες και αδυναμίες που ανακύπτουν κατά τη διεπαγγελματική συνεργασία τόσο στον χώρο της εκπαίδευσης όσο και στον επαγγελματικό χώρο^{4, 5, 13, 14, 48, 49}.

Τέλος, η ενδυνάμωση της ικανότητας για ανακατανομή και μοίρασμα της παραδοσιακής εξουσίας, για ανάπτυξη καλών σχέσεων μεταξύ συνεργατών και η επιδίωξη της ανάπτυξης αμοιβαίας εμπιστοσύνης μέσα στην ομάδα συνιστούν μια άριστη στρατηγική επιλογή^{31, 50}.

Συζήτηση

Αν και το ζήτημα της διεπαγγελματικής συνεργασίας στον τομέα της εκπαίδευσης και της επαγγελματικής άσκησης έχει γνωρίσει άνθηση διεθνώς τα τελευ-

ταία χρόνια, εντούτοις η όλη προσπάθεια χρειάζεται περαιτέρω ενίσχυση.

Ειδικότερα στη χώρα μας, το όλο ζήτημα δεν έχει τύχει της ανάλογης προσοχής, δεν έχει μελετηθεί επιστημονικά, αλλά ούτε και από πλευράς της επίσημης πολιτείας έχει δοθεί καμία ιδιαίτερη έμφαση.

Οι στόχοι της ομάδας βασίζονται στους σκοπούς της λειτουργίας της, όμως πολλά ερωτήματα γεννώνται σχετικά με αυτούς.

- Πώς προσδιορίζονται οι στόχοι;
- Ποιος θέτει τους στόχους;
- Σε ποιο βαθμό πρέπει να υπάρχει συμφωνία / διαφωνία μεταξύ των μελών της ομάδας σχετικά με τους στόχους;

Οπωσδήποτε είναι ευκολότερο για ένα άτομο να θέσει τους ατομικούς του στόχους, παρά για μια ομάδα να προσδιορίσει και να συμφωνήσει τους στόχους της. Ακόμη, κάθε μέλος της ομάδας έχει συγκεκριμένες προσδοκίες σχετικά με τον ρόλο που ο ίδιος και καθένα από τα μέλη της ομάδας θα διαδραματίσουν στην επίτευξη των στόχων της ομάδας. Οι προσδοκίες των μελών της ομάδας για τον αναμενόμενο ρόλο αποτελούν μερικές φορές αίτιο σύγκρουσης, ειδικότερα όταν αυτές οι προσδοκίες δεν εκπληρώνονται.

Η έρευνα σε άλλες χώρες ανέδειξε ότι το διαρκώς αναπτυσσόμενο και υπό αυτή την έννοια ευρισκόμενο σε αλλαγή πλαίσιο της διεπαγγελματικής συνεργασίας φανερώνει μια υποβόσκουσα κρίση στην εμπιστοσύνη μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών τόσο όσον αφορά τις προθέσεις για την εξάπλωση του όλου εγχειρήματος όσο και για τον φόβο της απώλειας της επαγγελματικής ταυτότητας των επαγγελματιών μέσω των διαδικασιών που ακολουθούνται στα πλαίσια της διεπαγγελματικής συνεργασίας.

Οι παράγοντες αυτοί, δρώντας μεμονωμένα ή συνδυαστικά, δημιουργούν συγκρούσεις που μερικές φορές τείνουν να ακυρώσουν ακόμη και προσπάθειες έναρξης εγχειρημάτων διεπαγγελματικής συνεργασίας σε διάφορους τομείς του χώρου της υγείας.

Τα παραπάνω στοιχεία για τη χώρα μας, σε συνδυασμό με το διαρκώς ανανεούμενο και εναλλασσόμενο τοπίο στον χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας, λόγω συχνών αλλαγών της νομοθεσίας και της έλλειψης μιας σταθερής πολιτικής όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τη λειτουργία της ομάδας υγείας, αναδεικνύουν την ανάγκη για προσαρμογή των επαγγελματιών σε νέα σχήματα, ανάπτυξη της βούλησης για κοινές μαθησιακές εμπειρίες, με δημιουργία ευρύτε-

ρων επαγγελματικών συμμαχιών και με μια αποτελεσματική διαχείριση των αναφερόμενων συγκρούσεων.

Η πολυπλοκότητα των σημερινών συστημάτων υγείας σε συνδυασμό με το αυξανόμενο κόστος των υ-

πηρεσιών αναδεικνύει τη χρησιμότητα της διεπαγγελματικής συνεργασίας ως ενός σχήματος που μπορεί να προσφέρει την απαιτούμενη για τα συστήματα υγείας ευελιξία και προσαρμοστικότητα.

Βιβλιογραφία

1. WHO. Learning Together to work together for health, Geneva, 1988.
2. Areskog NH. Multiprofessional education at the undergraduate level-the Linkoping model, *Journal of Interprofessional Care* 1994, 8(3): 279-282.
3. Pietroni P. Interprofessional teamwork. In *Going interprofessional, working together for health and welfare*, Leathard A., (Ed.), Routledge, London, 1994.
4. Leathard A. *Going interprofessional, working together for health and welfare*, Routledge, London, 1994.
5. Kneale SJ. Discrimination – a hidden barrier to the development of interprofessional practice, *Journal of Interprofessional Care* 1994, 8(2): 151-156.
6. Forman D, Jones I and Morley J. Shared management learning at the University of Derby, *Journal of Interprofessional Care* 1994, 8(3): 275-278.
7. Ovretveit J. Co-ordinating community care: Multidisciplinary teams and care management in health and social services. Open University Press, Milton Keynes, 1993.
8. Ovretveit J., Pathways to quality: A framework for cost-effective team quality improvement and multiprofessional audit, *Journal of Interprofessional Care* 1994, 8(3): 329-333.
9. Miller-Smith P. Learning to learn: step one for survival in the new paradigm, *J Perianesth Nurs* 1997 Aug, 12(4): 289-92.
10. Sapountzi D., The differing professional perceptions regarding the care of family members of hospitalised patients in a Greek hospital: Implications for interprofessional collaboration, MSc Dissertation, South Bank University, London, 1992.
11. McFerran TA. *A Dictionary of Nursing* (second edition), Oxford University Press, Oxford, 1998.
12. Rakley SM. When I stopped yelling, everybody started listening, *Medical Economy* 1999, 11, 76(19): 131, 134, 137-8.
13. Goble R. Multiprofessional education in Europe: an overview, In *Going interprofessional, working together for health and welfare*, Leathard A., (Ed.), Routledge, London, 1994.
14. Casto M. Interprofessional work in USA – education and practice, In *Going interprofessional, working together for health and welfare*, Leathard A., (Ed.), Routledge, London, 1994.
15. King M. Clinical nurse specialist collaboration with physicians, *Clinical Nurse Specialist* 1990, 4(4): 172-174.
16. Mailick MD and Ashley AA. Politics of Interprofessional Collaboration: Challenge of Advocacy, *Social Casework* 1981, 62: 131-137.
17. McNauht A. A discriminating service: the socio-economic and scientific roots of racial discrimination in the National Health service, *Journal of Interprofessional Care* 1994, 6(2): 119-125.
18. Gross A and Gross J. Attitudes of physicians and nurses towards the role of social workers in primary health care: What promotes collaboration. *Family Practice* 1987, 4(4): 266-270.
19. Valentine PE. Management of conflict: do nurses/women handle it differently? *Journal of Advanced Nursing* 1995 Jul, 22(1): 142-9.
20. Rowson D. Models of interprofessional work: likely theories and possibilities, In *Going interprofessional, working together for health and welfare*, Leathard A. (Ed.), Routledge, London, 1994.
21. Porter L. Conflict. *Seminars of Perioperative Nursing* 1996, 5(3): 119-26.
22. Marcus L. Renegotiating health care [interview by Richard L. Reece] *Physician Executive*, 1999 Jul-Aug, 25(4): 18-23.
23. Orchard B. Creating constructive outcomes in conflict, *AAOHN J* 1998, 46(6): 302-12, quiz 313-4.
24. Pietroni P.C. Towards reflective practice-the language of health and social care, *Journal of Interprofessional Care*, 1992, 6(1): 7-16.
25. Kilcoyne A. Post-Griffiths: The art of communication and collaboration in the Primary Health Care Team, Marlyabone monograph 1, Marlyabone Centre Trust, London, 1991.
26. O'Mara K. Communication and conflict resolution in emergency medicine, *Emergency Medical Clinics of North America* 1999, 17(2): 451-9, xii.
27. Shawver L. On the clinical relevance of selected post-modern ideas with a focus on Lyotard's concept of «different», *Journal of American Academy of Psychoanaly-*

- sis 1998, 26(4): 599-618.
28. Dreachslin JL, Hunt PL, Sprainer E. Workforce diversity: implications for the effectiveness of health care delivery teams, *Social Science and Medicine* 2000, 50(10): 1403-14.
 29. Cho HJ. Traditional medicine, professional monopoly and structural interests: a Korean case, *Social Science and Medicine* 2000, 50(1): 123-35.
 30. Blane D. Health professions, In *Sociology as applied to medicine*, Scambler G. (Ed.), 3rd Ed., Balliere Tindall, London, 1991.
 31. Hageman WM., Bogue RJ. Layers of leadership. The challenges of collaborative governance. *Trustee* 1998, 51(9): 18-20, 22, 24.
 32. Miller S, King T, Lurie P, Choitz P. Certified nurse-midwife and physician collaborative practice. Piloting a survey on the Internet. *Journal of Nurse Midwifery* 1997, 42(4): 308-15.
 33. Makaram S. Interprofessional cooperation. *Medical Education* 1995, 29 Suppl 1: 65-9.
 34. Stevenson O. (1985) The community care of frail elderly people: Cooperation in health and social care. *British Journal of Occupational Therapy* 1985, 48: 332-334.
 35. Ross F and Cambell F. Interprofessional collaboration in the provision of aids for daily living and nursing equipment in the community – a district nurse and consumer perspective. *Journal of Interprofessional Care* 1992, 6(2): 109-118.
 36. Opuku DK. Does interprofessional co-operation matter in the care of birthing women? *Journal of Interprofessional Care* 1992, 6(2): 119-125.
 37. Rubin IM and Beckhard R. Factors influencing the effectiveness of health teams. *Milbank collaboration. Memorial Quarterly* 1972, 50: 371-373.
 38. Benjamin P. *Health, culture and community*, Russell Sage Foundation, New York, 1955.
 39. Alport GW. Attitudes, In *Handbook of social psychology*, Murhison S. (Ed.), Clark University Press, Worcester, 1935.
 40. Frankel MS. Perception, reality, and the political context of conflict of interest in university-industry relationships. *Academic Medicine* 1996, 71(12): 1297-304.
 41. Molzhan A and Northcott H. The social base and discrepancies in health/illness perception. *Journal of Advanced Nursing* 1989, 14: 132-140.
 42. Engels C. A functional anatomy of teamwork, In *Going interprofessional, working together for health and welfare*. Leathard A. (Ed.), Routledge, London, 1994.
 43. Mason DJ. An investigation of the influence of selected factors on nurses' inferences of patient suffering. *International Journal of Nursing Studies* 1981, 18: 100-107.
 44. Elliston P. The role of the public health physician in facilitating interprofessional collaboration: A case study examining the issues arising in the establishment of a counselling service in primary care. *Journal of Interprofessional Care* 1994, 8(3): 311-320.
 45. Ray L. Definition and application of collaboration in nursing practice. *Emphasis Nursing* 1988, 3(1): 29-38.
 46. Jones R. *Working together-Learning together*, Occasional Paper 33, Royal College of General Practitioners, London, 1986.
 47. MacLeod RD and Nash A. Multidisciplinary education in paliative care. *Journal of Interprofessional Care* 1994, 8(3): 283-288.
 48. Leathard A. Interprofessional developments at South Bank Polytechnic. *Journal of Interprofessional Care* 1992, 6(1): 17-23.
 49. Lowe JI and Herranen M. Conflict in teamwork: Understanding roles and relationships. *Social Work in Health Care* 1978, 3(3): 323-330.
 50. Aschenbrenner CA, Siders CT Part 2. Conflict management. Managing low-to-mid intensity conflict in the health care setting. *Physician Executive* 1999, 25(5): 44-50.

Υποβλήθηκε για δημοσίευση 20/6/2000