

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΑΠΟΨΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ
ΣΤΙΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΛΑΙΤΖΙΔΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΜΙΧΟΠΟΥΛΟΥ ΣΤΑΜΑΤΙΑ

ΕΠΙΒΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΑΣΛΑΝΟΓΛΟΥ ΘΩΜΑΗ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2011

**ΑΠΟΨΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΙΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ
ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ**

Περιεχόμενα

Πρόλογος	6
Περίληψη	7
Εισαγωγή	9

Κεφάλαιο 1. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Τι είναι σύστημα υγείας (ορισμός)	11
1.2. Τι προσφέρουν τα συστήματα υγείας	11
1.3. Συζήτηση για τα συστήματα υγείας	11
1.4. Διεθνείς τάσεις συστημάτων υγείας	13
1.5. Οι δαπάνες στον τομέα της υγείας	15
1.6. Το εθνικό σύστημα υγείας	17
1.6.1. Η θεσμοθέτηση του εθνικού συστήματος υγείας	18
1.7. Η αποκέντρωση και το ζήτημα της αποκέντρωσης στο ελληνικό σύστημα υγείας	21
1.8. Γενικό συμπέρασμα (επίκριση)	23

Κεφάλαιο 2. Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

2.1 Διεπιστημονική εκπαίδευση (ορισμός)	25
2.2 Στόχος διεπιστημονικής εκπαίδευσης	25
2.3 Τα οφέλη της διεπιστημονικής εκπαίδευσης	26
2.4 Τα μειονεκτήματα της διεπιστημονικής εκπαίδευσης	26
2.5 Η προώθηση της διεπιστημονικής εκπαίδευσης	27
2.6 Η μεθοδολογία ανάπτυξης διεπιστημονικής εκπαίδευσης	28
2.7 Αποτελέσματα στρατηγικών-εργαστηρίων	30
2.8 Το χάσμα μεταξύ θεωρίας και πράξης	32

2.9	Στρατηγικές εκμάθησης	33
2.10	Αναγκαιότητα για διεπιστημονικής εκπαίδευσης	34
2.11	Επαγγελματίες υγείας και κοινή εκπαίδευση	36

Κεφάλαιο 3. Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

3.1	Διεπιστημονική συνεργασία	37
3.2	Είδη συγκρούσεων	40
3.3	Η ανάπτυξη ενός υγιούς περιβάλλοντος εργασίας	41
3.4	Προϋποθέσεις συνεργασίας	42
3.5	Η διεπιστημονική προσέγγιση της υγείας και της ασθένειας	44
3.6	Επιστημονικός τρόπος γνώσης (πολυεπιστημονικότητα)	45
3.7	Η προβολή του αιτήματος για διεπιστημονικότητα	46
3.8	Η συμβολή της διεπιστημονικής συνεργασίας	48

Κεφάλαιο 4. Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΕ ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

4.1	Η συνεργασία ιατρών και νοσηλευτών	51
4.2	Οι διεπιστημονικές σχέσεις των νοσηλευτών και των ιατρών	54
4.3	Παράγοντες επηρεασμού διεπαγγελματικής συνεργασίας ιατρών-νοσηλευτών	56
4.4	Το αντίκτυπο της διεπαγγελματικής συνεργασίας ιατρών-νοσηλευτών	57
4.5	Το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης	58

Κεφάλαιο 5. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

5.1	Υλικό- μέθοδος	61
5.2	Δείγμα	61
5.3	Σκοπός	62
5.4	Ανάλυση δεδομένων	62
5.5	Αποτελέσματα	62
5.6	Αποτελέσματα μέρος 1	62
5.7	Αποτελέσματα μέρος 2	68

5.8 Συζήτηση	72
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	75

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι αντιμέτωπο με πολλές προκλήσεις που απορρέουν μέσα από την ιδιοτυπία της υγείας ως δημόσιο και κοινωνικό αγαθό. Έτσι το ρεύμα των μεταρρυθμίσεων που κυριαρχεί στον τομέα της υγείας εστιάζει στον έλεγχο της διασφάλισης της ποιότητας υγείας και στην βελτίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας. Η πολυδιάστατη δομή της υγείας, καθιστά αναγκαία την διεπιστημονική εκπαίδευση και συνεργασία για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που αναφέρονται στοχεύοντας φυσικά στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι μια μακροπρόθεσμη επένδυση. Ο καθορισμός αναγκών, η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων και η αξιολόγηση τους μπορεί να γίνει με εμπλοκή των ιδίων των επαγγελματιών ώστε η αξιοποίηση του δυναμικού να βοηθήσει στα μέγιστα στην διεύρυνση της γνώσης και στην βελτίωση των δεξιοτήτων. Έτσι μέσω αυτής της διαδικασίας οι επαγγελματίες έχουν την δυνατότητα να αναπτύξουν περισσότερο τις γνώσεις τους σε τεχνικά ζητήματα και αντικείμενα, ώστε να διατηρηθεί και να διευρυνθεί το εκπαιδευτικό και τεχνικό περιεχόμενο σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Ειδικότερα η αποτελεσματική συνεργασία ανάμεσα σε επαγγελματίες της υγείας, όπως είναι οι ιατροί και οι νοσηλευτές, συμπεριλαμβάνει την εμπιστοσύνη, την από κοινού ευθύνη, τον αμοιβαίο σεβασμό, την επικοινωνία, την συνεργασία, τον συντονισμό και βέβαια την αισιοδοξία. Μέσω αυτής της συνεργασίας, η διαδικασία της φροντίδας υγείας γίνεται ένας φυσικός τρόπος σκέψης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σ' όλες τις πτυχές της ιατρικής και της νοσηλευτικής πρακτικής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι α) η διερεύνηση των απόψεων των φοιτητών νοσηλευτικής ως προς το προφίλ του εκπαιδευτή που θεωρούν καταλληλότερο για να τους διδάξει κλινικές δεξιότητες β) η διερεύνηση των απόψεων των φοιτητών νοσηλευτικής για την συνδιδασκαλία φοιτητών νοσηλευτικής και ιατρικής σε ένα ενιαίο Εργαστήριο Κλινικών Δεξιοτήτων.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η έρευνα διεξήχθη τον Οκτώβριο του 2010. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ανώνυμο ερωτηματολόγιο 23 ερωτήσεων κλειστού τύπου, το οποίο δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της μελέτης. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στους 81 φοιτητές που παρακολουθούσαν το εργαστήριο νοσηλευτικής του τρίτου εξαμήνου του τμήματος νοσηλευτικής του ΑΤΕΙΘ. Μέσος όρος ηλικίας του δείγματος 21χρ. Από τους 81 φοιτητές οι 11 (13.5%) ήταν άνδρες και οι 70 (86,5%) γυναίκες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν και οι 81 φοιτητές, (απαντητικότητα 100%). Για την λήψη ζωτικών σημείων (40,74%) και την φλεβοκέντηση (38,3%) αντίστοιχα θεωρούν κατάλληλο εκπαιδευτή κυρίως νοσηλευτή, όπως και για την εκπαίδευση σε ενέσεις (43,2%). Για τον καθετηριασμό κύστης και την πρόληψη λοιμώξεων θεωρούν πως ιατροί και νοσηλευτές θα μπορούσαν να τους διδάξουν εξίσου καλά σε ποσοστά(49,4%) και (66,6%) αντίστοιχα. Το (46,9%) των φοιτητών προτιμούν να διδαχθούν την συρραφή τραύματος μόνο από ιατρό. Σχετικά με το προφίλ του ιδανικού εκπαιδευτή οι περισσότεροι (43,2%) εκτιμούν ότι δεν έχει σημασία αν ο κλινικός εκπαιδευτής είναι γιατρός ή νοσηλευτής, αρκεί να είναι άτομο εκπαιδευμένο στο αντικείμενο διδασκαλίας του.

Το 50,6% των φοιτητών πιστεύει ότι οι φοιτητές νοσηλευτικής και ιατρικής θα μπορούσαν να διδαχθούν μαζί κλινικές δεξιότητες, εάν οι συνθήκες εκπαίδευσης ήταν οι πλέον κατάλληλες. Το (65,4%) των φοιτητών πιστεύει ότι η συνδιδασκαλία συμβάλει στην αναγνώριση του ρόλου του νοσηλευτή από τους φοιτητές ιατρικής, το (81,5%) πιστεύει ότι συμβάλει στην καλύτερη συνεργασία γιατρών - νοσηλευτών και 94,2% πιστεύει ότι μειώνει τις αντιθέσεις και οξύνσεις

μεταξύ γιατρών – νοσηλευτών. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσε ότι η συνδιδασκαλία φοιτητών νοσηλευτικής και ιατρικής συμβάλει στην αναβάθμιση της εκπαίδευσης τόσο των φοιτητών ιατρικής (83,9%), όσο και των φοιτητών νοσηλευτικής (86,4%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Βάσει των αποτελεσμάτων οι φοιτητές νοσηλευτικής θεωρούν ότι κατάλληλοι εκπαιδευτές στις κλινικές δεξιότητες μπορεί να είναι είτε νοσηλευτές είτε γιατροί, οι οποίοι είναι εκπαιδευμένοι στο αντικείμενο διδασκαλίας και έχουν επιστημονική κατάρτιση.

Η διεπιστημονική εκπαίδευση συμβάλει στην καλύτερη συνεργασία γιατρών και νοσηλευτών, στην αναγνώριση του ρόλου του νοσηλευτή και στην αναβάθμιση της εκπαίδευσης φοιτητών νοσηλευτικής και ιατρικής σε κλινικές δεξιότητες.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο κλάδος της υγείας είναι ένας συνεχώς μεταβαλλόμενος τομέας στον οποίο εργάζονται εκατομμύρια επαγγελματίες πολίτες. Για τον λόγο αυτό η διεπιστημονική εκπαίδευση αποτελεί μια σημαντική καινοτομία στο χώρο της υγείας, καθώς μέσα από αυτή τα εκατομμύρια των εργαζομένων επαγγελματιών υγείας συνεργάζονται μεταξύ τους έτσι ώστε να παρέχονται τα επιθυμητά επίπεδα περίθαλψης των υγειονομικών υπηρεσιών.

Τα υγειονομικά και τα εκπαιδευτικά ιδρύματα πρέπει να αναπτύξουν ενεργά πολυεπιστημονικά προγράμματα και με διάφορους τρόπους να ενθαρρύνουν τους επαγγελματίες υγείας να προτρέχουν σε διεπαγγελματικές πρακτικές συνεργασίες.

Άλλωστε έχει επιβληθεί από την (Health Act, 1999) σχετική υποχρέωση προς όλους τους οργανισμούς υγείας να εργαστούν στα πλαίσια μιας εταιρικής σχέσης (Glindinning et al, 2001) διότι είχε παρατηρηθεί από ειδικές επιτροπές έλλειψη της διεπιστημονικής εκπαίδευσης και συνεργασίας και εμπόδια στην υλοποίησης αυτής, τα οποία υφίστανται χωρίς λόγο.

Ωστόσο, η σχέση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών στα νοσοκομεία δεν έχει ποτέ μία συμμετρία. Η συνεργασία προϋποθέτει να είναι σύμφωνες και οι δύο πλευρές, πορευόμενες σε μια κοινή αποστολή. Στο νοσοκομειακό περιβάλλον, το κοινό εγχείρημα της νοσηλευτικής και ιατρικής είναι ο ασθενής. Οι νοσηλεύτριες και οι ιατροί έχουν ένα ευρύ πεδίο γνώσεων, παρατηρήσεων και στόχων. Ίσως η κατανόηση της εννοιολογικής ασυμμετρίας είναι σημαντική για τη διαχείριση των αλλαγών, καθώς και για τα ίδια τα επαγγέλματα, εάν η φιλοσοφία της συνεργασίας προσβλέπει στο να προχωρήσει πέρα από τις απλές λέξεις.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι διπλός αφενός να αναδείξει τις απόψεις των φοιτητών της νοσηλευτικής σχετικά με τις κλινικές τους δεξιότητες και να προβάλει το ζήτημα της συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτικής και ιατρικής και να καταγράψει όσο περισσότερες πληροφορίες γίνεται, προκειμένου ο αναγνώστης να αποκομίσει τις κατάλληλες γνώσεις και να αποσαφηνίσει τα σημεία σύγκλισης και απόκλισης των δύο επαγγελμάτων.

Η παρούσα εργασία είναι βασισμένη σε πέντε κεφάλαια τα οποία καταγράφουν αρχικά θέματα που αναλύουν την δομή της υγείας και την λειτουργία της και στην συνέχεια αναπτύσσεται η διεπιστημονική εκπαίδευση και συνεργασία. Ακόμα δίνεται έμφαση στα επαγγέλματα του ιατρού και του νοσηλευτή καθώς και στις σχέσεις που αναπτύσσονται μέσα από

την συνεργασία τους. Τέλος, αναλύονται τα αποτελέσματα της εργασίας και γίνεται μια τελική συζήτηση γύρω από αυτά.

Στο πρώτο κεφάλαιο με θέμα << Εθνικό Σύστημα Υγείας >> καταγράφονται γενικές πληροφορίες σχετικά με το σύστημα υγείας, την δομή του, τον τρόπο λειτουργίας του, τις βασικές αρχές του και τον προσανατολισμό του. Επίσης δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και παρουσιάζονται οι δαπάνες στον τομέα της υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο με θέμα << Διεπιστημονική Εκπαίδευση >> αναφέρεται ο ορισμός, ο στόχος, τα οφέλη και τα μειονεκτήματα της διεπιστημονικής εκπαίδευσης. Ακόμη παρουσιάζεται η διεπιστημονική εκπαίδευση στην Ελλάδα, διάφορες μεθοδολογικές προσεγγίσεις αυτής, καθώς η ανάπτυξή της και η προώθησή της. Επίσης αναφέρεται το χάσμα που υπάρχει μεταξύ θεωρίας και πράξης και επισημαίνεται η ανάγκη για την περαιτέρω ανάπτυξη της διεπιστημονικής εκπαίδευσης.

Το τρίτο κεφάλαιο έχει θέμα << Διεπιστημονική Συνεργασία >> και περιγράφει την συνεργασία ανάμεσα στα διάφορα επαγγέλματα της υγείας. Καταγράφει τις σχέσεις τους και τις συγκρούσεις που αναπτύσσονται μέσα από την συνεργασία τους. Ακόμη, παρουσιάζεται η κατάσταση ενός υγιούς συστήματος υγείας και οι προσπάθειες για την προώθησή της στους κλάδους της υγείας. Ακόμη αναλύονται τα οφέλη της διεπαγγελματικής συνεργασίας στον ασθενή και στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στα συστήματα της υγείας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο με θέμα << Η συνεργασία ανάμεσα σε ιατρούς και νοσηλευτές >> περιγράφεται η συνεργασία αυτή κάθε αυτή, αναπτύσσονται οι επαγγελματικές τους σχέσεις και διατυπώνονται οι παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση τους. Επίσης καταγράφεται το αντίκτυπο της συνεργασίας τους προς την κοινωνία και το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης.

Στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο αναλύονται τα τελικά αποτελέσματα της εργασίας από το ερωτηματολόγιο και καταγράφονται τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΟΡΙΣΜΟΣ)

Στο σημερινό πολύπλοκο κόσμο που ζούμε είναι δύσκολο να καθορίσουμε επακριβώς τι είναι ένα σύστημα υγείας, από τι αποτελείται , που αρχίζει και που τελειώνει. Ένας ορισμός του συστήματος υγείας θα μπορούσε να περιλαμβάνει, όλες τις δραστηριότητες των οποίων ο κύριος στόχος είναι η προαγωγή, η επαναφορά και διατήρηση της υγείας.

1.2 ΤΙ ΠΡΟΣΦΕΡΟΥΝ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Οι άνθρωποι σήμερα στρέφονται προς το σύστημα υγείας και ζητούν βοήθεια για ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, όχι μόνο για την ανακούφιση από τον πόνο , τη θεραπεία της ασθένειας και τα ψυχολογικά προβλήματα αλλά αναζητούν και συμβουλές; για σωστή διατροφή και δίαιτα, για την ανατροφή του παιδιού, για την σεξουαλική συμπεριφορά, κ.α. Οι άνθρωποι τυπικά έρχονται σε επαφή με ένα σύστημα υγείας ως ασθενείς και παρακολουθούνται από τους προμηθευτές μονό μια ή δυο φορές το χρόνο. Τα συστήματα υγείας έχουν την ευθύνη όχι μόνο να βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και να τους προστατεύουν έναντι του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η ασθένεια και να τους θεραπεύουν σεβόμενοι την αξιοπρέπεια τους. Τα συστήματα υγείας έχουν τέσσερις βασικούς στόχους:

1. Να βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού που υπηρετούν .
2. Να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πολιτών.
3. Να παρέχουν οικονομική προστασία στον πολίτη για τις δαπάνες υγείας.
4. Να θεραπεύουν την ασθένεια με ποιοτική ιατροφαρμακευτική φροντίδα.

1.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σίγουρα αυτό δεν οφείλεται στην έλλειψη γνώσεων για τη σύγχρονη ιατρική για τις ασθένειες ή για το τρόπο με τον οποίο θα δώσουμε τη φροντίδα προς τους ασθενείς μας.

Απεναντίας ουδέποτε στην ιστορία είχαμε καλύτερη αντίληψη για τους αιτιολογικούς παράγοντες που προκαλούν τις ασθένειες. Με τις γνώσεις που κατέχουμε σήμερα είμαστε σε θέση να προσφέρουμε πολύ περισσότερα στον ασθενή από ότι προηγούμενα.

Γιατί αναφέρουμε κρίση στον υγειονομικό τομέα αφού σήμερα οι γνώσεις στο τομέα της φαρμακολογίας και οι ορίζοντες που άνοιξαν μπορούν και βοηθούν σε αφάνταστο βαθμό τον ασθενή.

Η φαρμακευτική αγωγή για το έλκος του στομάχου, η αντίληψη και θεραπεία του άσθματος, η κυκλοφορία νέων και πιο αποτελεσματικών φαρμάκων για την κατάθλιψη, το διαβήτη, τα καρδιαγγειακά νοσήματα κ.α. έχουν αλλάξει δραματικά την εικόνα όλων αυτών των ασθενειών καθώς επίσης και των ιδίων των ασθενών. Οι χειρουργικές επεμβάσεις με τη βοήθεια της σύγχρονης ελάχιστης επεμβατικής τεχνολογίας έχουν επίσης ελαττώσει τον πόνο, τη δυστυχία και την ανάγκη για μεγάλης διάρκειας νοσοκομειακή περίθαλψη. Οι σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές και τα βελτιωμένα φάρμακα στον τομέα της αναισθησιολογίας επιτρέπουν την πραγματοποίηση μεγάλων χειρουργικών επεμβάσεων σε ηλικιωμένα άτομα και άτομα που υποφέρουν από καρδιαγγειακά νοσήματα και άλλες σοβαρές ασθένειες.

Στο προσεχές μέλλον η γενετική θα μας δώσει καλύτερη αντίληψη για μια σειρά από ασθένειες και θα μας ανοίξει το δρόμο για νέες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Από την άλλη πλευρά μια σειρά από ασθένειες επανεμφανίζονται όπως η φυματίωση και άλλες εμφανίζονται για πρώτη φορά όπως το AIDS. Ο λόγος της υγειονομικής κρίσης επομένως δεν βρίσκεται στην έλλειψη φαρμάκων, θεραπευτικών παρεμβάσεων ή γνώσεων γύρω από το θέμα. Οι λόγοι είναι διαφορετικοί:

1. Οι μεταβαλλόμενοι δημογραφικοί παράγοντες. Σε μια εικοσαετία από σήμερα ο κάθε τρίτος ή τέταρτος πολίτης στις αναπτυγμένες χώρες συμπεριλαμβανομένης και της Κύπρου θα είναι ηλικίας 65 ετών και άνω. Αυτό σημαίνει περισσότερη ανάγκη για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.
2. Οι συνέπειες του πιο πάνω φαινομένου θα οδηγήσουν και ήδη φαίνεται ότι οδηγούν στην παράταση του ορίου συνταξιοδότησης και αλλαγή του συστήματος συνταξιοδότησης
3. Η ανακάλυψη νέων φαρμάκων
4. Η πρόοδος στην τεχνολογία
5. Η πρόοδος της ίδιας της ιατρικής επιστήμης

6. Η εισβολή της κοινωνίας της πληροφορικής στον υγειονομικό τομέα με όλες τις μορφές, ρομποτική, τηλεϊατρική, λογισμικά προγράμματα πληροφορικής, ηλεκτρονική κάρτα του ασθενή, τα virtual νοσοκομεία κ.α. Όλοι οι πιο πάνω λόγοι οδηγούν τους στρατηγικούς σχεδιαστές πολιτικής στην υγεία, να θέσουν τα υγειονομικά συστήματα των χωρών τους κάτω από το μικροσκόπιο.

Η λύση της εξίσωσης βρίσκεται στο Τρίγωνο: Ποιότητα -Πρόσβαση -Κόστος.

Οι σημαντικές ανισότητες που βλέπουμε στο επίπεδο υγείας μεταξύ των πολιτών, μεταξύ φτωχών και πλουσίων, μεταξύ των ατόμων με υψηλή μόρφωση και αυτών που η μόρφωση τους είναι χαμηλότερη, μας προβληματίζει και μας επιβάλλεται να λύσουμε αυτές τις διαφορές.

Τα επαγγέλματα υγείας έχουν υποχρέωση να δραστηριοποιηθούν και να απαιτήσουν όπως οι πόροι για την υγεία κατανεμηθούν ορθολογικά μεταξύ των πολιτών ανάλογα με τις ανάγκες που έχουν για ιατροφαρμακευτική φροντίδα. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν επίσης καθήκον να υψώσουν τη φωνή τους και να ζητήσουν όπως, η υγεία στους εθνικούς προϋπολογισμούς παίρνει το μερίδιο που της αναλογεί ή όταν οι πόροι στην υγεία ξοδεύονται, όχι για να αναβαθμίσουν το επίπεδο της υγείας της πλειοψηφίας του πληθυσμού αλλά για να προσφέρει στους λίγους τη σύγχρονη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

1.4 ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΤΑΣΕΙΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τα συστήματα υγείας είναι πολύπλοκες διαδικασίες, πολύπτυχα και διαρκώς μεταβαλλόμενες οντότητες. Η επιλογή του σχεδιασμού ενός συστήματος υγείας είναι φορτωμένη με πρακτικές και ιδεολογικές παγίδες. Παρόλο ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην πολιτική που θα ακολουθήσουν αυτοί που θα σχεδιάσουν ένα σύστημα υγείας εντούτοις υπάρχουν πολλά κοινά σημεία τα οποία τους ενώνουν.

Ένα από τα κοινά σημεία που ενώνει τους αναδιοργανωτές και σχεδιαστές των συστημάτων υγείας είναι ότι θέλουν το σύστημα να έχει ανθρώπινη προσέγγιση και να ακολουθεί το αξίωμα, κόστος-μέγιστη ωφελιμότητα/αποδοτικότητα. Τα ερωτήματα που θα μπορούσαν να εγερθούν είναι αν υπάρχει μια ορθολογική προσέγγιση στο σχεδιασμό των συστημάτων, που να απαντά στις βασικές αρχές, ανεξάρτητα από πολιτικές και ιδεολογικές προσεγγίσεις. Μπορούμε επίσης να θέσουμε το ερώτημα αν υπάρχει μια σειρά από επιλογές οι οποίες θα μας οδηγήσουν

στην αναζητούμενη πορεία και να είναι συγκριτικά καλύτερες από άλλες επιλογές. Ίσως πάλι να μην υπάρχει το μαγικό χάπι που θα θεραπεύει όλες τις ανάγκες και προσεγγίσεις στο θέμα.

Έχει επικρατήσει η αντίληψη ότι τα συστήματα υγείας χρειάζονται αναδιοργάνωση. Αυτό φαίνεται ξεκάθαρα και από την τάση που επικρατεί στην Ευρώπη, όπου όλες οι χώρες επανεξετάζουν και αναθεωρούν τα συστήματα υγείας τους. Αυτές οι αλλαγές αναμένεται να ανταποκριθούν στις ανάγκες των πολιτών και να κατοπτρίζουν την πρόοδο που επιτυγχάνεται στη βιοϊατρική τεχνολογία, ενώ αναγνωρίζεται η οικονομική αβεβαιότητα και ανάγκη συγκράτησης των δαπανών στην υγεία.

Ακόμη δεν έχουν αναπτυχτεί πλήρως τα εργαλεία εκείνα που θα βοηθούν τους σχεδιαστές πολιτικής να ξεχωρίζουν μεταξύ του "καλού" και του "βέλτιστου" ή της επιλογής της καλύτερης λύσης στην αναδιοργάνωση. Δεν υπάρχει επίσης συστηματική προσέγγιση της μεταφοράς της γνώσης που αποκτάται στον τομέα αυτό από τη μια χώρα στην άλλη.

Υπάρχει επομένως η ανάγκη για περισσότερη και βελτιωμένη πληροφόρηση γύρω από το πρόβλημα της επιλογής μεταξύ των διαφόρων προσεγγίσεων στις αλλαγές. Η "απόδειξη" του τι εργάζεται και κάτω από ποιες συνθήκες θα επιτρέψει στους αναδιοργανωτές και τους σχεδιαστές στην υγεία να περνούν πιο σωστές αποφάσεις. Η επίτευξη ομοφωνίας όσο αφορά το τι είναι αποδεδειγμένο ως αποδοτικό είναι αρκετά προβληματική και δύσκολη. Το συμπέρασμα που βγαίνει από τα πιο πάνω είναι ότι δεν υπάρχει το φάρμακο που θα δώσει τη σωστή πορεία στην αναδιοργάνωση των συστημάτων και θα τα θεραπεύσει, αλλά υπάρχουν σίγουρα από την άλλη, μέθοδοι που μας βοηθούν να ξεχωρίσουμε ανάμεσα στις καλές αλλαγές που θα μπορούσαν να επιτευχθούν στο σύστημα υγείας και στις καλύτερες.

Τα συστήματα υγείας των αναπτυγμένων χωρών υφίστανται πολλαπλές πιέσεις. Η αύξηση των δαπανών λόγω δημογραφικών αλλαγών, η ευρεία διάχυση της βιοϊατρικής τεχνολογίας στα συστήματα, η επικράτηση των προσδοκιών των καταναλωτών και των προμηθευτών καθώς και η επικράτηση των χρόνιων και των εκφυλιστικών νοσημάτων αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά της μιας πτυχής. Από την άλλη οι αλλαγές μέσα στα συστήματα, η προσπάθεια επίτευξης μεγαλύτερης επάρκειας και ο αυξανόμενος ανταγωνισμός αποτελούν την άλλη πτυχή. Τα αναπτυγμένα κράτη προσπαθούν να λύσουν τα προβλήματα αυτά λαμβάνοντας υπόψη τη σημασία που έχει η υγεία για τους πολίτες και την οικονομική σημασία που έχει η παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης προς το λαό. Οι αναπτυγμένες χώρες και ειδικά οι χώρες της Ε.Ε. αντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα στον τομέα της υγείας που αφορούν τη χρηματοδότηση, οργάνωση και διαχείριση των συστημάτων υγείας. Υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον στην βελτίωση

των επιπέδων ποιότητας, ενώ ταυτόχρονα χρειάζεται να ελεγχθούν οι δαπάνες και να διασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή αξία για τα χρήματα. Παράλληλα τα συστήματα υγείας, όπως είναι και οι άλλοι τομείς της οικονομίας επηρεάζονται από το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης της οικονομίας και της βιομηχανίας καθώς επίσης και των πιέσεων του ανταγωνισμού και της ανάπτυξης της εσωτερικής αγοράς στις χώρες μέλη της ΕΕ. Οι νέες προσεγγίσεις που παρουσιάζονται στον τομέα της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας, και την ανάπτυξη της ιατρικής βασισμένης στην απόδειξη, της ποιοτικής διασφάλισης και αξιολόγησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας είναι όλες απαντήσεις στα νέα προβλήματα που παρουσιάζονται.(Πολυνείκης Α.)

1.5 ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κατά τις τελευταίες 3 δεκαετίες στις χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι δαπάνες στον τομέα της υγείας έχουν διπλασιαστεί ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος και τώρα κυμαίνονται μεταξύ 6,5% και 12% στις διάφορες χώρες μέλη. Το ύψος αυτό των δαπανών θεωρείται αρκετά πιο χαμηλό από τις ΗΠΑ που ξεπερνά το 15%. Ως απάντηση στην τρομακτική αύξηση των δαπανών στις ΗΠΑ οι χώρες μέλη της Ε.Ε. έχουν πάρει μια σειρά από μέτρα για να βελτιώσουν την αποδοτικότητα και επάρκεια των συστημάτων υγείας τους. Η ανάγκη να ελεγχθούν οι καλπάζουσες δαπάνες στον τομέα της υγείας και η επίτευξη του μέγιστου, όσον αφορά το κόστος μέγιστη ωφελιμότητα και αποδοτικότητα ήταν η βάση για την συγκράτηση των δαπανών. Ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες είναι η απόκτηση ενός συστήματος χρηματοδότησης που να βασίζεται στη συμμετοχή όλου του πληθυσμού. Αυτό σημαίνει ότι όλοι πληρώνουμε για την ιατροφαρμακευτική μας φροντίδα είτε μέσα από τη γενική φορολογία είτε μέσα από τη υποχρεωτική ασφάλιση. Για να έχουμε την ευκαιρία να έχουμε αρκετούς πόρους στη χρηματοδότηση της υγείας το σύστημα χρηματοδότησης θα πρέπει να είναι θεσμοθετημένο, να είναι καθολικά αποδεχτό ότι χαρακτηρίζεται από την επάρκεια και την αποδοτικότητα. Πρέπει επίσης να αποφασίζεται μέσα από ένα δημόσιο διάλογο τι είδους ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ένα σύστημα υγείας θα πρέπει να καλύπτει ή μάλλον τι δεν θα πρέπει να καλύπτει θα ήταν πιο ορθό. Με στόχο ένα σύστημα υγείας να γίνεται καθολικά αποδεχτό από το πληθυσμό τον οποίο υπηρετεί, είναι σημαντικό το κοινό να γνωρίζει ότι το σύστημα δεν κάνει διακρίσεις μεταξύ των πλουσίων και των φτωχών και το σύστημα λαμβάνει μόνο υπόψη τις ανάγκες του πολίτη στον τομέα της υγείας και τίποτε άλλο. Σύμφωνα με έρευνες έχουμε το πιο ακριβό σύστημα υγείας στον κόσμο. Στη χώρα μας, οι δαπάνες υγείας, δημόσιες και ιδιωτικές, ξεπερνούν σύμφωνα με τον

Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) το 10% του ΑΕΠ και με τις άτυπες πληρωμές της παραοικονομίας φτάνουν το 12,9%, δεύτερη θέση στον κόσμο μετά τις ΗΠΑ.

Και παρά τις δαπάνες στην Ελλάδα, δεν υπάρχει ούτε ένα εξειδικευμένο κέντρο αποκατάστασης, ούτε βέβαια εξειδικευμένα κέντρα για τις μείζονες κατηγορίες αναπηριών (κακώσεις νωτιαίου μυελού, σκλήρυνση κατά πλάκας, πολιομυελίτιδα, μυοπάθεια). Ο λόγος είναι απλός, το ελληνικό σύστημα υγείας δεν λειτουργεί προς όφελος των ασφαλισμένων και των ασθενών. Στόχος του συστήματος υγείας είναι μόνο η επαγγελματική και η οικονομική αποκατάσταση των εργαζομένων σε αυτό. Και μακάρι το πρόβλημα να ήταν μόνο στο σύστημα υγείας. Στη διαπίστωση αυτή καταλήγει η έκθεση του ΟΟΣΑ ειδικά για την υγεία στην Ελλάδα, που συνέταξε ο επίκουρος καθηγητής Κοινωνιολογίας και Πολιτικής Υγείας, Μπάμπης Οικονόμου, σε συνεργασία με τον υπεύθυνο του διεθνούς οργανισμού για τη χώρα μας Claude Giorgio. Η μη αξιοποίηση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων υποβαθμίζει συνεχώς το ΕΣΥ, που από την τρίτη θέση μεταξύ 30 χωρών-μελών το 1990, με βάση την κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας, «έπεσε» στη 12η θέση, ενώ στην κατάταξη με κριτήριο το ανθρώπινο δυναμικό βρέθηκε από την 5η στην 18η θέση. Το σύστημα υγείας κινείται περίπου ανεξέλεγκτα, επειδή δεν διαθέτει μηχανισμούς καταγραφής δεδομένων, που θα επέτρεπαν κάποιας μορφής έλεγχο και αξιολόγηση. Κανέναν δεν ξάφνιασε η εικόνα που περιγράφηκε και εξατομικεύτηκε στο νοσοκομείο «Γεννηματάς», για εμπόριο κλινών, κατάργηση των διαδικασιών και ληστεία εις βάρος των ταμείων. Οι υπηρεσίες του υπουργείου Υγείας δεν έχουν επαρκή στοιχεία για το προσωπικό των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας, πολύ περισσότερο δεν γνωρίζουν τι γίνεται εκεί, π. χ. πόσες επεμβάσεις και ποιες, με τι αποτελέσματα και από ποιους γιατρούς. Το εντυπωσιακό είναι ότι το ΕΣΥ που αποτελεί «βορά» διαφόρων και ετερόκλητων συμφερόντων υποχρηματοδοτείται. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας κυμαίνονται στο 5,6% του ΑΕΠ. Η Ελλάδα βρίσκεται στις τελευταίες θέσεις του ΟΟΣΑ πριν από το Μεξικό, την Κορέα, την Τουρκία και τη Σλοβακία. Η υλοποίηση της προγραμματικής δέσμευσης της κυβέρνησης για αύξηση των δαπανών κατά 1% μέσα στην τετραετία θα εξαρτηθεί από τη γενικότερη δημοσιονομική συγκυρία. Προς το παρόν, αναζητούνται πόροι μέσα από το «νοικοκύρεμα» και κυρίως τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης και των προμηθειών. Σε αυτή την κατεύθυνση η υπουργός εξήγγειλε τη ρύθμιση του χρέους προς τους προμηθευτές, που εκτιμάται σε 6,2 δισ., ενώ εάν ληφθούν υπόψη και οι εξωσυμβατικές προμήθειες θα φθάσει στο τέλος του 2009 τα 7 δισ. ευρώ. Η χώρα έχει 136 νοσοκομεία και 2.500 κέντρα υγείας, στα οποία υπηρετούν περίπου 15.000 - 17.000 γιατροί και 20.000 νοσηλευτές. Ο συνολικός αριθμός των γιατρών εκτιμάται σε 64.000 (το 11% είναι άνεργοι και το 14% υποαπασχολούμενοι). Το 70% βρίσκεται στα μεγάλα αστικά κέντρα και εξυπηρετεί το 45% του πληθυσμού.

1.6 ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Πολλοί όταν μιλούν σήμερα για τον υγειονομικό τομέα και συγκεκριμένα την παροχή υπηρεσιών υγείας, διαβλέπουν μια κρίση, μια κατάσταση όπου ο ασθενής, ο ηλικιωμένος και ο έχων ανάγκη ιατρικής περίθαλψης δεν τυγχάνουν σωστής φροντίδας στην υγεία. Περισσότερο ακόμη οι απλοί πολίτες δεν μπορούν να έχουν στη διάθεση και στο σύνολο την αντίστοιχη ιατρική φροντίδα που χρειάζονται. Το 1983 ψηφίστηκε ο νόμος 1397 περί του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με στόχο την βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης, την δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας, την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), την αγωγή και την προαγωγή της υγείας. Παρά τους διακηρυγμένους στόχους, ο προσανατολισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι νοσοκομειοκεντρικός και στοχεύει στην αντιμετώπιση της αρρώστιας. Γι' αυτό το λόγο το Ελληνικό ΕΣΥ θεωρείται σύστημα αντιμετώπισης της ασθένειας ή ένα σύστημα ασθένειας. Όμως το σύστημα υγείας, ως πρωταρχικός θεσμός του κράτους πρόνοιας, δεν επιτρέπει να στοχεύει μόνο στην περίθαλψη, αλλά και στην βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και στην αναβάθμιση του επιπέδου κοινωνικής ευημερίας του. Για να μπορέσει να μετατραπεί το σύστημα ασθένειας σε σύστημα υγείας, θα πρέπει να γίνει μεταρρύθμιση του ΕΣΥ, με εκσυγχρονισμό και αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που δεν στοχεύει μόνο στην περίθαλψη, αλλά θα θέτει σε υψηλή προτεραιότητα την πρόληψη και την προαγωγή υγείας. Πρέπει να παρθούν μέτρα και να γίνουν ρυθμίσεις που θα στοχεύουν στη διαμόρφωση μιας στρατηγικής υγείας με κύριο στόχο την πρόληψη της αρρώστιας, την προαγωγή του επιπέδου υγείας, καθώς και την αξιοποίηση των υφιστάμενων δομών παροχής Πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Η ανάπτυξη αυτού του θεσμού θα πρέπει να στηριχθεί θεσμικά, τεχνικά, διοικητικά και οικονομικά.

Η υγεία σύμφωνα με τον λειτουργικό ορισμό (Parsons,1979), θεωρείται η ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους ,ενώ ο βιωματικός ορισμός (Kelman,1975) εστιάζει στο άτομο και στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται την υγεία. Η ιατρική επιστήμη προσεγγίζει την υγεία καθαρά από βιολογική άποψη ,ενώ η WHO θεωρεί ως υγεία την κατάσταση πλήρως σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας ,και όχι μόνο την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας . Ανεξάρτητα όμως από τον ορισμό ,η υγεία αποτελεί ένα θεμελιώδες κοινωνικό αγαθό ,το οποίο αποτελεί δικαίωμα των πολιτών, υποχρέωση του κράτους και δεν πρέπει να υπόκεινται στον νόμο του κέρδους. Τα κράτη είναι υποχρεωμένα να παρέχουν ισότιμη ,υψηλού επιπέδου περίθαλψη στους πολίτες τους, ανεξάρτητα από την κοινωνική τους

θέση και την οικονομική τους κατάσταση. Θεμελιώδη ρόλο προς την κατεύθυνση αυτή διαδραματίζουν τα εθνικά συστήματα υγείας.

Στα πλαίσια των αρχών αυτών προσδιορίστηκε στην Ελλάδα, με την ψήφιση του νόμου 1397/83 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας η ανάγνωση για <<ριζική βελτίωση της υγείας >>, με ένα σύστημα που να εξασφαλίζει το δικαίωμα του πολίτη για ποιοτικά ανώτερη περίθαλψη, να αίρει τις ανισότητες και τις αδικίες που υπήρχαν και να εγγυάται τις αρχές της αποκέντρωσης και της συνέχειας της περίθαλψης. Βασικός άξονας της νέας πολιτικής για την υγεία ήταν το ευρύτερο κοινωνικό και λαϊκό συμφέρον, η εξάλειψη των φαινομένων αυτών της εμπορευματοποίησης της υγείας και η εξάλειψη των ανισοτήτων στη χρηματοδότηση και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Με αφετηρία λοιπόν, το κοινωνικό συμφέρον και με στόχο την ισότητα στην περίθαλψη και τη δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας, τη βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης, την ανάπτυξη της ΠΦΥ, την αναγωγή και την προαγωγή υγείας, την βελτίωση της εκπαίδευσης και την καθιέρωση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των νοσοκομειακών γιατρών, θεσμοθετήθηκε με τον Ν. 1397/83, στο νέο πλαίσιο οργάνωσης του υγειονομικού τομέα στην χώρα μας.

1.6.1 Η ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το 1997, η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας έθεσε σαν πρωταρχικό στόχο για τα κράτη και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μέχρι το τέλος του 2000, την επίτευξη ενός επιπέδου υγείας που θα επιτρέπει στους πολίτες να διάγουν μια ζωή κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική. Ο στόχος αυτός αποδίδεται με την φράση <<Υγεία για Όλους ως το έτος 2000>>.

Η θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που ήρθε με σημαντική καθυστέρηση σε σχέση με άλλες χώρες, κινείτο προς αυτή την κατεύθυνση. Η ψήφιση του νόμου έγινε δεκτή με ιδιαίτερη ικανοποίηση από το λαό, αλλά και από τους υγειονομικούς εκείνους, που αγωνίστηκαν για μια πραγματική αλλαγή του συστήματος υγείας στην χώρα μας. Γενικά θα μπορούσε να υποστηριχθεί πως η υγειονομική μεταρρύθμιση του ΕΣΥ αποτέλεσε ένα πολύ σοβαρό γεγονός στην εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα, επειδή συνιστά τη μοναδική θεμελιώδη και σαφή πρόταση πολιτικής υγείας. Ο νόμος αυτός άνοιξε τον δρόμο για τον εκσυγχρονισμό του

συστήματος υγείας και αποτέλεσε την αφετηρία για την ανάπτυξη του δημόσιου ενδιαφέροντος για την υγεία.

Παρά τον πρωτοποριακό του χαρακτήρα και της υψηλούς του στόχους, ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ χαρακτηρίστηκε κυρίως από το νοσοκομειοκεντρικό του προσανατολισμό. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα η πρόθεση για την ανάπτυξη της ΠΦΥ και κατ' επέκταση για την προέκταση της στρατηγικής << Υγεία για όλους μέχρι το 2000>>, να μην επιβεβαιωθεί με την ανάλογη μετακύλιση και ανακατανομή των πόρων. Το μεγαλύτερο ποσοστό των διευθετημένων πόρων για την υγεία εξακολουθεί να απορροφάται από νοσοκομεία και η εμφάνιση του συστήματος στη νοσοκομειακή περίθαλψη αποδεικνύεται από το γεγονός ότι απορροφά το 55% περίπου του συνόλου των δημόσιων δαπανών υγείας. Η Ελλάδα έχει μια σχετική επάρκεια αριθμού κλινών γενικών νοσοκομείων και το σημαντικότερο πρόβλημα αντιμετωπίζει είναι η εσωτερική μετανάστευση της επαρχιακής Ελλάδος στα δυο μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα- Θεσσαλονίκη) για την αντιμετώπιση σοβαρών προβλημάτων, αλλά και αρκετές φορές μη σοβαρών προβλημάτων υγείας. Ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του ΕΣΥ, πολιτικοί, συνδικαλιστικοί και οικονομικοί λόγοι είναι υπεύθυνοι για την έλλειψη πολιτικών υποκατάστασης της νοσοκομειακής φροντίδας από την ΠΦΥ ή εναλλακτικές μορφές νοσηλείας, όπως η νοσηλεία στο σπίτι ή η κλινική μιας ημέρας. Άμεσο αποτέλεσμα της ανεπαρκούς οργάνωσης της ΠΦΥ αποτελεί η συνάθροιση μεγάλου αριθμού ασφαλισμένων στα εξωτερικά ιατρεία του ΕΣΥ, αποτελεί η έλλειψη οποιανδήποτε περιορισμού στην πρόσβαση των πολιτών στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα. Γενικά ο προσανατολισμός του ΕΣΥ παρέμεινε στην κατεύθυνση αντιμετώπισης της αρρώστιας, με επακόλουθο να ενδιαφέρεται ελάχιστα ή καθόλου για την αλλαγή και την προαγωγή υγείας, καθώς και για τη δημόσια υγεία. Δίκαια λοιπόν το Ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει προβλήματα. Στην χώρα μας δίνεται έμφαση μόνο στις ιατρικές υπηρεσίες, που είναι γνωστό ότι συμβάλλουν στο επίπεδο της υγείας μόνο κατά 9-10%. Η δημόσια υγεία που έχει σχέση με τις άλλες σημαντικές παραμέτρους, ελάχιστα ή καθόλου δεν υπολογίζεται. Η ΠΦΥ, που δεν στοχεύει μόνο στην περίθαλψη, αλλά θέτει σε υψηλή προτεραιότητα την πρόληψη και την προαγωγή υγείας, υπόκεινται στην Ελλάδα σε σοβαρούς δομικούς περιορισμούς, που έχουν επισημανθεί. Είναι χαρακτηριστικό ότι ένα ποσοστό 15% περίπου της συνολικής ΠΦΥ παράγεται από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Στην Ελλάδα τα επίπεδα υγειονομικής φροντίδας είναι τα εξής :

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επικοινωνίας των ατόμων και των οικογενειών της κοινότητας με το σύστημα υγείας και μεταφέρει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πιο κοντά στον τόπο κατοικίας και εργασίας των ανθρώπων με σκοπό την εξασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα. Η ΠΦΥ είναι ενσωματωμένο τμήμα τόσο του συστήματος υγείας της χώρας που αποτελεί τον κεντρικό πυρήνα και την βασική δραστηριότητα, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Η ΠΦΥ ασκείται κυρίως έξω από το περιβάλλον του νοσοκομείου, στα κέντρα υγείας (ΚΥ) της κοινότητας. Η νοσηλευτική είναι μια από τις τρεις βασικές υπηρεσίες του ΚΥ μαζί με την ιατρική και τη διοικητική. Ο κλάδος της νοσηλευτικής στην κοινότητα χαρακτηρίζεται διεθνώς << Κοινοτική Νοσηλευτική>>. Η κοινοτική νοσηλευτική αντιμετωπίζει ανάγκες ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων (υγιών, αρρώστων, αναπήρων) στο σπίτι, στο σχολείο, τους χώρους εργασίας κ. ά. Με σκοπό την πρόληψη της νόσου, τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας. Η φροντίδα αφορά την περίθαλψη του ατόμου εξωνοσοκομειακά, χωρίς να είναι απαραίτητη η νοσηλεία του σε νοσοκομείο. Το άτομο απολαμβάνει υπηρεσίες που σχετίζονται με την πρόληψη και τη διάγνωση της νόσου, και η περίθαλψη αυτή μπορεί να πραγματοποιείται είτε από το δημόσιο (κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και ασφαλιστικών ταμείων), όσο και από τον ιδιωτικό τομέα (ιατρούς που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα, μικροβιολογικά εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων). Στις μη αστικές περιοχές η φροντίδα παρέχεται κυρίως από τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Δίδεται στα νοσοκομεία, όπου υπάρχουν οι διάφορες ειδικότητες και μπορεί να αντιμετωπιστούν όλες οι περιπτώσεις των αρρώστων.

Και οι τρεις βαθμίδες φροντίδας της υγείας συχνά συμπλέκονται. Δεν υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ των π.χ. στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η νοσηλευτική, εκτός από το έργο αγωγής υγείας, πρόληψη κ.τ.λ. περιλαμβάνει και νοσηλεία και αποκατάσταση που συχνά γίνονται στο νοσοκομείο. Αντίστροφα, οι νοσηλευτές που ασχολούνται στην τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, οι κλινικοί νοσηλευτές, επιτελούν έργο πρόληψης, αγωγής υγείας, διδάσκουν τον άρρωστο και την οικογένειά του κανόνες υγιεινής διατροφής, άσκησης, πρόληψη μολύνσεων και επιπλοκών κ.ά.

Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική Φροντίδα

Σ' αυτή την κατηγορία ανήκει η φροντίδα που παρέχεται σε πανελλήνιο εύρος μέσω του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).

Ψυχιατρική Περίθαλψη

Αφορά τα ψυχιατρικά νοσοκομεία του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Ακόμη, η ψυχιατρική περίθαλψη υποστηρίζεται και από τα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων, καθώς και από ένα δίκτυο εξωνοσοκομειακών και κοινοτικών δομών του δημόσιου τομέα που λειτουργεί σε όλη την χώρα. (ICAP,2001) Για την ανάπτυξη όλων των ανωτέρω επιπέδων φροντίδας θα πρέπει το υγειονομικό σύστημα να διακατέχεται από ποιοτική παροχή υπηρεσιών. Η ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι ο τομέας εκείνος που ενδιαφέρει περισσότερο απ' όλους την επιστημονική κοινότητα, την πολιτεία, τους επαγγελματίες υγείας και ακόμη πιο πολύ, τους ασθενείς. Απαραίτητο στοιχείο για την καλή και αποτελεσματική λειτουργία όλων των επιπέδων φροντίδας είναι η διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας. (Δίλιντας Α. και συν, 2006)

1.7 Η ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το σύστημα υγείας κάθε χώρας επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, με αποτέλεσμα οφείλει να προσαρμόζεται στις καινούργιες συνθήκες για να μπορέσει να πετύχει τους στόχους του. Η προσαρμογή αυτή επιτυγχάνεται με τις μεταρρυθμίσεις που εκπονούνται από την εκάστοτε κυβέρνηση. Μια από τις πιο συνηθισμένες μεταρρυθμιστικές ενέργειες που προωθούνται στα συστήματα υγείας πολλών χωρών είναι η αποκέντρωση. Φυσικά, το Ελληνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) δεν θα μπορούσε να αποτελεί την εξαίρεση στο κανόνα. Οι προσπάθειες για αποκέντρωση του εθνικού μας συστήματος υγείας έχουν ξεκινήσει από το 2001, με στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη λειτουργία του συστήματος. Ωστόσο, τα αποτελέσματα μιας τέτοιας μεταρρύθμισης δεν φαίνονται άμεσα, αλλά απαιτούν χρόνο και συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων. Επιπλέον, η επιτυχία της μεταρρύθμισης βασίζεται στη σωστή εφαρμογή της, αλλά συγκεκριμένο μοντέλο που πρέπει να ακολουθείται για την επίτευξη των στόχων της δεν υπάρχει. Μετά τις εκλογές του 2004, η νέα κυβέρνηση συνέχισε αυτή την προσπάθεια προωθώντας ορισμένες αλλαγές στον προηγούμενο νόμο για την περιφερειακή συγκρότηση και διοίκηση του ΕΣΥ. Αυτό μας οδήγησε στην πραγματοποίηση μιας έρευνας, με σκοπό να μελετηθεί η εφαρμογή της αποκέντρωσης στο

ΕΣΥ. Είναι γνωστό ότι η επιτυχία μιας τέτοιας μεταρρύθμισης εξαρτάται από το σχεδιασμό της. Γι' αυτό είναι σημαντικό να μελετηθούν ορισμένα σημεία τού σχεδιασμού της αποκέντρωσης, τα οποία είναι τα ακόλουθα:

1. Το επίπεδο της αποκέντρωσης.
2. Ο σκοπός της αποκέντρωσης.
3. Οι αρμοδιότητες που μεταφέρονται από το υπουργείο στην περιφερειακή διοίκηση.
4. Η συμμετοχή των επιστημόνων υγείας στα συμβούλια των ΔΥΠΕ.
5. Η ύπαρξη κάποιου προγράμματος πάνω στο οποίο θα κινηθούν.
6. Η συνεργασία μεταξύ των αρμόδιων φορέων.

Για να απαντηθούν αυτά τα ερωτήματα, διοικητές νοσοκομείων και υγειονομικών περιφερειών έλαβαν μέρος σε μια σειρά από συνεντεύξεις, αφού αυτοί συμμετέχουν ενεργά στην προσπάθεια αποκέντρωσης που έχει ξεκινήσει εδώ και μερικά χρόνια.

Για να στεφθεί με επιτυχία μια τέτοια μεταρρύθμιση, είναι απαραίτητο οι διάφοροι εμπλεκόμενοι φορείς να γνωρίζουν τους στόχους της αποκέντρωσης. Από τις συνεντεύξεις γίνεται αντιληπτό ότι οι σκοποί είναι γνωστοί σε όλους και αυτό βοηθάει στην επιτυχία μιας τέτοιας προσπάθειας. Επιπλέον, υπάρχει καταμερισμός αρμοδιοτήτων ανάμεσα στους φορείς. Πολλές από τις διοικητικές, οικονομικές αλλά και οργανωτικές αρμοδιότητες του υπουργείου Υγείας έχουν μεταφερθεί στις διοικητικές υγειονομικές περιφέρειες, γεγονός που συντελεί στην αποτελεσματική εφαρμογή της αποκέντρωσης.

Τα αποτελέσματα μιας μεταρρύθμισης χρειάζεται χρόνο για να γίνουν ορατά. Πρέπει, λοιπόν, να υπάρχει ένα πλάνο το οποίο οι εμπλεκόμενοι φορείς να ακολουθούν, έτσι ώστε οι σκοποί της αποκέντρωσης να επιτευχθούν. Από τις συνεντεύξεις διαπιστώνεται η ύπαρξη και η χρησιμότητα ενός τέτοιου πλάνου. Στο χώρο της υγείας, υπάρχουν διάφοροι εμπλεκόμενοι φορείς που καθιστούν την ιεράρχηση των θέσεων επιτακτική ανάγκη, έτσι ώστε οποιαδήποτε αλλαγή να είναι επιτυχημένη. Στην προσπάθεια αποκέντρωσης του ΕΣΥ, η ιεράρχηση των θέσεων υπάρχει και προσφέρει πολύτιμη βοήθεια για την πραγματοποίηση των στόχων της. Φυσικά, κάθε μεταρρύθμιση, εκτός από χρόνο, προϋποθέτει την ύπαρξη απαραίτητων οικονομικών κονδυλίων. Οι συνεντεύξεις έδειξαν ότι οι ΔΥΠΕ διαθέτουν οικονομικούς πόρους που εξασφαλίζουν τη βιωσιμότητά τους και την άριστη λειτουργία τους. Παράλληλα, αποτελεσματική αποκέντρωση επιτυγχάνεται με την ύπαρξη άριστης συνεργασίας μεταξύ της κεντρικής και περιφερειακής

διοίκησης. Στην πλειοψηφία τους, οι ερωτηθέντες διοικητές τόνισαν την ύπαρξη αρίστης σχέσης με το υπουργείο και την επίδειξη σεβασμού του υπουργείου προς αυτούς. Επιπλέον, η συμμετοχή των επιστημόνων υγείας στα συμβούλια των ΔΥΠΕ αποτελεί σημαντικό αρωγό στην προσπάθεια που γίνεται για την αποκέντρωση του ΕΣΥ. Ο λόγος είναι ότι οποιαδήποτε μεταρρύθμιση προωθείται στο χώρο της υγείας απαιτεί την σύμφωνη γνώμη τους, αφού αυτοί είναι υπεύθυνοι για τη μεταφορά της θεωρίας στην πράξη. Ένας ακόμα παράγοντας που επηρεάζει την εφαρμογή της αποκέντρωσης είναι η πολιτική βούληση. Η σημερινή ηγεσία του υπουργείου Υγείας στηρίζει την προσπάθεια αυτή και αυτό γίνεται αντιληπτό από το ότι οι διαφορές του Νόμου 3329/2005 σε σχέση με τον προηγούμενο είναι ελάχιστες. Εν κατακλείδι, ο σχεδιασμός της αποκέντρωσης διαθέτει σημαντικά θετικά στοιχεία που συντελούν στη επίτευξη των στόχων της αποκέντρωσης. (Ελληνας Δ.)

1.8 ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ(ΕΠΙΚΡΙΣΗ)

Υπάρχουν βάσιμες ελπίδες ότι με την πρόοδο της ιατρικής και την αλλαγή του προσανατολισμού από την θεραπεία στην πρόληψη και την προαγωγή υγείας, η νοσηλευτική πλευρά θα μειωθεί σημαντικά. Ήδη σε πολλές χώρες όπου υπάρχει καλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως είναι η Γερμανία και η Σουηδία, παρατηρείται περιορισμός του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών.

Επιβάλλεται λοιπόν η λειτουργική αναδιοργάνωση των υπηρεσιών της ΠΦΥ, που θα προσδώσει έναν πλουραλιστικό χαρακτήρα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας πέραν των παραδοσιακών κλινικοεργαστηριακών δραστηριοτήτων, με υπηρεσίες πρόληψης της νόσου και προαγωγής υγείας, καθώς και διαχείρισης των μειζόνων παραγόντων κινδύνου. Έχει γίνει γνωστό και πλέον κατανοητό ότι πρέπει να σταματήσει ο κατακερματισμός της κοινωνικής χρηματοδότησης της υγείας και οργάνωσης των σχετικών υπηρεσιών σε διάφορους τομείς (ταμεία), ο οποίος δυναμιτίζει το ΕΣΥ, διαιωνίζει ανισότητες και εμποδίζει την επεξεργασία ενιαίας πολιτικής υγείας. Τέλος , είναι καιρός να τολμήσει η πολιτεία την ανάθεση πολιτικής ευθύνης για την ανάπτυξη και την λειτουργία των υπηρεσιών της ΠΦΥ στην κοινότητα και τις τοπικές αρχές (local authorities) με παράλληλη απεμπλοκή των υπηρεσιών από την κεντρική διοίκηση και μετάβαση σε καθεστώς αυτοδιαχείρισης (self- governing).

Χρειάζεται, διεπαγγελματισμός, γνώση, τόλμη και αποφασιστικότητα για σύγκρουση με παγιωμένες και αναχρονιστικές καταστάσεις, που κρατούν ουραγό την χώρα μας σε σχέση με τις

Ευρωπαϊκές εξελίξεις. Είναι προφανές ότι οι προτεινόμενες αλλαγές απαιτούν σταθερή πολιτική βούληση, υπεύθυνη τεχνική και επιστημονική τεκμηρίωση και συναίνεση από τα επαγγέλματα υγείας και τον πληθυσμό, ώστε να διασφαλιστεί η διαχρονική αυθεντικότητα τους και η αποδοτική διαχείριση των διαθέσιμων πόρων. Μόνο με αυτόν τον τρόπο θα διασφαλιστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, με επακόλουθο την βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ώστε να υπάρχει στη χώρα μας ένα παραγωγικό σύστημα υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

2.1 ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ(ΟΡΙΣΜΟΣ)

Η διεπαγγελματική εκπαίδευση ξεκίνησε στον χώρο της υγείας από το 1950, ίσως και νωρίτερα και αποτελεί μια τεράστια εξέλιξη στον τομέα της υγείας, όσον αφορά την συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών και φυσικά την έρευνα. Αυτή η εξέλιξη θεωρείται και αποτελεί ένα πολύ σημαντικό βήμα για την ανάπτυξη της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Επίσης διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην πορεία της υγείας ενός ασθενή καθώς και στην ανάπτυξη παροχής υπηρεσιών. Αναλυτικότερα η διεπαγγελματική εκπαίδευση ορίζεται ως η περίπτωση στην οποία δύο ή και περισσότερα επαγγέλματα συνεργάζονται για έναν κοινό σκοπό και στόχο, την βελτίωση της φροντίδας προς τους ασθενείς. Έτσι μέσα από αυτήν την διαδικασία επιτρέπεται στους επαγγελματίες υγείας να αναπτύξουν νέες ιδέες και μεθόδους καθώς και νέες προσεγγίσεις που αφορούν την πρακτική συνεργασία, έτσι ώστε να αντιληφθεί καλύτερα ο ένας τον ρόλο του άλλου, τις ευθύνες που θα υπάρξουν και τα επερχόμενα προβλήματα που θα εμφανιστούν μέσα από αυτήν την σημαντική και απαραίτητη συνεργασία.

2.2 ΣΤΟΧΟΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Η διεπαγγελματική συνεργασία είναι ένα μέσο που χρησιμοποιείται για να βελτιώσει την επικοινωνία, τον αμοιβαίο σεβασμό και την συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας με απώτερο στόχο την ενίσχυση περίθαλψης των ασθενών. Μέσα από την διαδικασία της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης μπορούν οι φοιτητές των διαφόρων επαγγελμάτων να ενθαρρύνονται να μοιραστούν διάφορα σημαντικά πράγματα, όπως τις γνώσεις τους σε ένα αντικείμενο, αλλά και να μάθουν τις απόψεις των άλλων επαγγελμάτων υγείας γι' αυτό. Γενικότερα, όμως η διαδικασία αυτή μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την βούληση τους στα θέματα της υγείας και να διαφοροποιήσει σημαντικές καταστάσεις. Σημαντικό ρόλο στην

διεπαγγελματική εκπαίδευση κατέχει ο κλινικός εκπαιδευτής , ο οποίος αποτελεί πρότυπο προς μίμηση για τους φοιτητές και λειτουργεί ως μέντοράς τους για να αποκτήσουν αυτοί τις απαραίτητες ικανότητες συνεργασίας.

2.3 ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Με βάση όλα τα παραπάνω προκύπτουν τα οφέλη της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης. Αναφορικά και με σειρά προτεραιότητας είναι τα εξής σημαντικά και εποικοδομητικά στοιχεία. Η διεπαγγελματική εκπαίδευση αυξάνει σε μεγάλο ποσοστό την ασφάλεια των ασθενών, βελτιώνει την υγεία ενός πληθυσμού με την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα που του παρέχονται ταυτόχρονα και άμεσα και ακόμη ενισχύει την πρόσβαση αυτών στην υγειονομική περίθαλψη με εύκολο τρόπο. Διευκολύνει την επικοινωνία και επιτρέπει την συνειδητοποίηση της σημασίας της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Ακόμη αναπτύσσει σεβασμό στους επιστημονικούς κλάδους της υγείας, αυξάνει την ευαισθητοποίηση του τρόπου που στηρίζουν ο ένας τον άλλον, ενθαρρύνει στην στοχαστική πρακτική συνεργασία και προωθεί την αμοιβαία κατανόηση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στην κοινωνία. Η διεπαγγελματική εκπαίδευση στα επαγγέλματα υγείας καλλιεργεί μια πιο ουσιώδεις αντίληψη των άλλων κλάδων παροχής υγείας, στο πεδίο εφαρμογής της πρακτικής συνεργασίας, αυξάνοντας τον σεβασμό και των άλλων επαγγελματιών. Βέβαια μέσα από την διεπαγγελματική εκπαίδευση βελτιώνεται η πρόσληψη και η διατήρηση των επαγγελματιών υγείας , βοηθώντας έτσι στην επαγγελματική αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπινου δυναμικού. Φυσικά η διεπαγγελματική εκπαίδευση δίνει ευκαιρίες για την επίλυση προβλημάτων σε μια διεπαγγελματική ρύθμιση και επιλύοντας τα προβλήματα αυτά σε μια πολυδιάστατη διάσταση.

2.4 ΤΑ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Εκτός από τα οφέλη της διεπιστημονικής εκπαίδευσης υπάρχουν και σαφή μειονεκτήματα, που αποτελούν εμπόδια για την πραγματοποίησή της. Τα διαφορετικά επαγγέλματα στο σύστημα αξιών και οι φιλοσοφικές προσεγγίσεις των διαφόρων επαγγελματιών υγείας όσον αφορά την φροντίδα και την περίθαλψη των ασθενών. Είναι πολύ πιθανό να δημιουργηθούν προβλήματα μέσα από αυτή την ιδιαίτερη συνεργασία, ένα βασικό πρόβλημα είναι ο ανταγωνισμός . επίσης σημαντικό ρόλο παίζουν και οι διαφορετικές αντιλήψεις των επιστημών υγείας, σχετικά με τα πολλά επαγγέλματα υγείας, διότι κάθε επάγγελμα έχει καθορίσει την δική του ταυτότητα, τις δικές

του αξίες και πρακτικές στην φροντίδα των ασθενών. Έτσι είναι λογικό να υπάρξει μια σημαντική έκπτωση της υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών. Πολλά επαγγέλματα στον χώρο της υγείας ειδικεύονται σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, αυτή λοιπόν η συνιστώσα διαφορά διχάζει την συνεργασία των επαγγελματιών υγείας, καθώς μπορεί να υπάρξει απώλεια αντιληπτικής επαγγελματικής κατανόησης. Ένα άλλο εμπόδιο είναι η δημιουργία ταξικής δομής (μισθός) η οποία είναι εμφανείς στα επαγγέλματα υγείας και αποτελεί εμπόδιο στην συνεργασία και στην εκπαίδευση. Καθόλου παράξενο δεν είναι το γεγονός ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικές τάξεις, αλλά και στα δύο φύλλα, όπου προκύπτουν ανισότητες όσον αφορά την επικοινωνία και τις σχέσεις αυτών, με τελική απόφαση την αρνητική στάση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Εμπόδιο αποτελούν και οι εκπαιδευτικοί παράγοντες, όπως το στυλ μάθησης, η διδακτέα ύλη, ο προγραμματισμός των διαφόρων σχολών εκπαίδευσης, η μεταβλητή θέση του κλάδου και η έλλειψη εξοικείωσης των φοιτητών όσον αφορά την διεπαγγελματική εκπαίδευση σ' αυτή την διάσταση. Η ανακριβή ορολογία είναι ένα ακόμη εμπόδιο, μαζί με την εξισορρόπηση του αριθμού των διαφόρων επαγγελμάτων. Τέλος σημαντικό και όχι εύκολα αξεπέραστο εμπόδιο είναι η έλλειψη πόρων καθώς η διεπαγγελματική εκπαίδευση έχει ακριβό κόστος.

2.5 Η ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Η προώθηση της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης είναι σημαντική τόσο για τους επαγγελματίες της υγείας όσο και για τους ίδιους τους ασθενείς. Έτσι το Ευρωπαϊκό δίκτυο διεπαγγελματικής εκπαίδευσης στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας ,που υποστηρίζεται και χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή κοινότητα Leonardo da Vinci (κοινοτικό πρόγραμμα για την επαγγελματική κατάρτιση) προσπάθησε να αναδείξει στο ανώτερο επίπεδο την διεπαγγελματική εκπαίδευση. Η διαδικασία αυτή ξεκίνησε τον Νοέμβριο του 2005 και διάρκειας 2 ετών μέχρι τα τέλη του Οκτωβρίου του 2007. Ο συντονιστής του έργου ήταν η τριτοβάθμια εκπαιδευτική ακαδημία, με επικεφαλής τους επιστήμονες υγείας και πρακτικής , η οποία βασίζεται στο Kings College του Λονδίνου (Ηνωμένο Βασίλειο). Στο δίκτυο αυτό ανήκαν 16 εταίροι από 6 διαφορετικές χώρες. Οι χώρες οι οποίες συμμετείχαν στο έργο ήταν η Φιλανδία, η Ελλάδα, η Ουγγαρία, η Πολωνία, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Οι εταίροι θεωρητικά ήταν τα πανεπιστήμια, τα εκπαιδευτικά ιδρύματα, οι μη κυβερνητικές ενώσεις και φυσικά τα κέντρα που συνδέονται με την διεπαγγελματική εκπαίδευση. Από την Ελλάδα δύο συνεργάτες ανήκαν στο δίκτυο αυτό, το εργαστήριο πληροφορικής υγείας του πανεπιστημίου Αθηνών και η Ελληνική πληροφορική υγείας Association (elhia). Ο βασικότερος σκοπός του έργου αυτού ήταν η

δημιουργία ενός δικτύου για την ανάπτυξη και την διάδοση ορθών πρακτικών στη διεπαγγελματική εκπαίδευση στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής μέριμνας για τις χώρες τις οποίες συμμετέχουν. Η διεπαγγελματική εκπαίδευση παρέχει ευκαιρίες στους σπουδαστές τις και στους επαγγελματίες υγείας να μάθουν να συνεργάζονται κατά την διάρκεια της εκπαίδευσής τους. Περιλαμβάνει την εκπαίδευση και την κατάρτιση διαφόρων επαγγεμάτων υγείας όπως είναι η ιατρική, η νοσηλευτική, η οδοντιατρική, η φαρμακευτική, η φυσικοθεραπεία, η εργοθεραπεία κ .α συμπεριλαμβανομένου και της δημόσιας και περιβαλλοντικής υγείας και της κοινωνικής εργασίας. Η διεπαγγελματική εκπαίδευση έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την ομαδική εργασία και την περίθαλψη στην υγεία. Έτσι οι εταίροι είναι πρόθυμοι να ανταλλάξουν τις εμπειρίες τους από τις διδασκαλίες τους, την διαχείριση διαφόρων καταστάσεων, στην εκμάθηση, καθώς και το εκπαιδευτικό υλικό. Η διεπαγγελματική εκπαίδευση έχει δυο αλληλένδετους στόχους α) να αναπτύξει ένα διεθνές και βιώσιμο δίκτυο εκπαίδευσης ανάμεσα σε ανθρώπους και οργανισμούς και β) να μοιραστούν, να αναπτύξουν και να προωθήσουν αποτελεσματικά την διεπαγγελματική εκπαίδευση και διδασκαλία, για την βελτίωση της συνεργασίας για αυτούς που εργάζονται στον τομέα της υγείας.

Στην Ελλάδα η διεπαγγελματική εκπαίδευση δεν εφαρμόζεται ευρέως στα υγειονομικά ιδρύματα και πανεπιστήμια της χώρας. Οργανικοί και πολιτιστικοί λόγοι περιορίζουν την ανάπτυξη της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης. Επιπλέον ένα μεγάλο πρόβλημα το οποίο διαφαίνεται ξεκάθαρα είναι το νοσηλευτικό προσωπικό στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, το οποίο έχει κάποια ιδιαίτερα μοναδικά χαρακτηριστικά, σε σχέση με την διακύμανση του εκπαιδευτικού του επιπέδου. Ένα μεγάλο μείον είναι το γεγονός ότι το κύρος του επαγγέλματος βρίσκεται χαμηλότερα σε σχέση με άλλα επαγγέλματα και κυρίως με αυτό της ιατρικής. Προκειμένου να ξεπεραστούν αυτά τα εμπόδια, παγιώθηκε μια νέα μέθοδος, αυτή της διάδοσης της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης, ώστε να ενισχυθεί με την εφαρμογής της (σύμφωνα με το διεθνές περιοδικό της ιατρικής).

2.6 Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Η μεθοδολογία αυτή βασίζεται στο έργο της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης αλλά επικεντρώθηκε στην κατανόηση της μοναδικής κατάστασης που επικρατεί στα ελληνικά ινστιτούτα υγειονομικής περίθαλψης. Έτσι σύμφωνα με την μεθοδολογία αυτή που προέρχεται από το

ευρωπαϊκό δίκτυο διεπαγγελματικής εκπαίδευσης, ένα σημαντικό βήμα προς την ανάπτυξη ενός διακρατικού δικτύου είναι η ανάπτυξη τοπικών δικτύων σε κάθε χώρα. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, το ελληνικό δίκτυο, που συντονίζεται από το εργαστήριο πληροφορικής υγείας, ξεκίνησε την διοργάνωση τριών εργαστηρίων για την αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου στα διάφορα επαγγέλματα υγείας, για να διασφαλίσει την κατάρτιση των φοιτητών όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη. Τα εργαστήρια αυτά είχαν ως βασικό τους στόχο την τεκμηρίωση της εκπαιδευτικής διαδικασίας και την επαγγελματική εκπαίδευση στην Ελλάδα, στο χώρο της υγείας, καθώς και να δημιουργήσει ένα εργαλείο κατάρτισης προκειμένου να αξιολογήσει τις ανάγκες για την διεπαγγελματική εκπαίδευση στη Ελλάδα. Με βάση όλα τα παραπάνω αναπτύχθηκαν νέες στρατηγικές μέθοδοι για την ανάπτυξη της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης στην Ελλάδα. Αρχικά το πρώτο εργαστήριο είχε σκοπό να τεκμηριώσει τόσο τις εκπαιδευτικές διαδικασίες, στην Ελλάδα, σε σχέση με τις χώρες που συμμετέχοντες οργανισμούς, καθώς και να αναγνωρίσει τα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας, στις υπηρεσίες της υγείας, οι οποίες βέβαια σχετίζονται με την εκπαίδευση και την από κοινού συνεργασία. Οι τομείς που συζητήθηκαν σ' αυτό το εργαστήριο, περιελάμβαναν την υγειονομική περίθαλψη, τον τρόπο που συμβάλουν τα θεσμικά όργανα σ' αυτήν, επίσης αναλύθηκε το θέμα της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, το πεδίο εφαρμογής της εκπαίδευσης, καθώς και το περιεχόμενο και τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν για το πεδίο αυτό. Επιπλέον συζητήθηκαν οι μέθοδοι δράσης για την ενίσχυση της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης, καθώς και τα οφέλη της, τα οποία είναι σίγουρα περισσότερα από τα εμπόδιά της. Για την πραγμάτωση αυτής της εκπαιδευτικής διαδικασίας, αυτή η συνάντηση κρίθηκε ως ένα πρώτο βήμα προς μια σωστή κατεύθυνση, για την ανάπτυξη μια ισχυρής τοπικής διεπαγγελματικής εκπαίδευσης και δικτύου που φυσικά θα ενσωματωθεί στο αμέσως μεγαλύτερο δίκτυο, δηλαδή αυτό της ευρωπαϊκής διεπαγγελματικής εκπαίδευσης.

Η διεξαγωγή του δευτέρου εργαστηρίου βασίστηκε στα κύρια αποτελέσματα του πρώτου εργαστηρίου. Τα θέματα που συζητήθηκαν σ' αυτό ήταν κατά κύριο λόγο οι ανάγκες του κάθε φορέα υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση πάντα με την διεπαγγελματική εκπαίδευση. Άλλωστε σύμφωνα με τον Huggl Borg η παροχή της αξιολόγησης των αναγκών, είναι μια κρίσιμη αρμοδιότητα που κρίνεται απαραίτητη για την αποτελεσματική συλλογική εργασία. Έτσι τα αρμόδια εκτελεστικά όργανα αυτού του εργαστηρίου, αποφάσισαν να διανέμουν ένα ερωτηματολόγιο του οποίου το περιεχόμενο θα ήταν η αξιολόγηση των αναγκών για την ανάπτυξη ενός διεπαγγελματικού περιβάλλοντος. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε πανεπιστήμια, νοσοκομεία και άλλους φορείς της υγείας, προκειμένου να αναζητηθούν οι αντιλήψεις τους σχετικά με την διεπαγγελματική συνεργασία. Το ερωτηματολόγιο

σχεδιάστηκε έτσι ώστε να αξιολογεί την συνεργασία ανάμεσα στα διάφορα επαγγέλματα υγείας, τις παραμέτρους που μπορούν να την επηρεάσουν, και τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων σχετικά με την αναγκαιότητα της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης. Επιπλέον μέσα από αυτήν την διαδικασία θα μπορούσε να διευκρινιστούν τα υπάρχοντα ερωτήματα σχετικά με την διεπαγγελματική εκπαίδευση και την διδασκαλία της. Έτσι αναπτύχθηκαν δυο διαφορετικές εκδόσεις του ερωτηματολογίου, ένα για τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα νοσοκομεία και τους υπόλοιπους φορείς και ένα γι' αυτούς που εργάζονται στα πανεπιστήμια της χώρας. Τα αποτελέσματα του δεύτερου εργαστηρίου, συζητήθηκαν και αναλύθηκαν στο τρίτο και τελευταίο εργαστήριο. Οι πληροφορίες που πάρθηκαν ήταν με βάση τις ανάγκες για την διεπαγγελματική εκπαίδευση και τις κατευθυντήριες γραμμές για την ενίσχυσή της.

Το τελικό συμπέρασμα αυτής της διαδικασίας ήταν ότι η διεπαγγελματική εκπαίδευση είναι μια καινοτόμος διαδικασία για τα επαγγέλματα υγείας και της κοινωνικής μέριμνας. Αναγνωρίστηκε ότι η διεπαγγελματική εκπαίδευση είναι ένα μέσο το οποίο δίνει ευκαιρίες για κοινή εκπαίδευση για την ανάπτυξη εποικοδομητικής επικοινωνίας, αμοιβαίου σεβασμού μεταξύ των πολυεπιστημικών ομάδων, η πρόοδος των γνώσεων σχετικά με το αντικείμενο αυτό, τις δεξιότητες και τις συμπεριφορές των επαγγελματικών ρόλων. Επομένως η διεπαγγελματική εκπαίδευση αναπτύσσει νέες μορφές δικτύων εντός της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας για τους συμμετέχοντες. Τέλος, εφαρμόζει νέες μεθόδους εκμάθησης και διδασκαλίας για τα υγειονομικά ιδρύματα, που θα ενισχύσουν σημαντικά την διεπαγγελματική εκπαίδευση.

2.7 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ

Όπως διαπιστώθηκε από τα παραπάνω γεγονότα, η διεπαγγελματική εκπαίδευση είναι άμεσα συνυφασμένη και κατέχει καθοριστικό ρόλο στις βασικές κλινικές δεξιότητες των φοιτητών. Πιο συγκεκριμένα, η κλινική άσκηση θεωρείται ότι είναι μια διαδικασία κατά την οποία δημιουργούνται στρεσογόνες καταστάσεις που επηρεάζουν άμεσα τους φοιτητές της νοσηλευτικής. Σε παλιότερες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με τις εμπειρίες των φοιτητών από την κλινική τους εκπαίδευση έχουν αναφερθεί ψυχοπιεστικοί παράγοντες, ο φόβος να μην κάνουν λάθος κατά τις νοσηλευτικές πράξεις, το άγχος από τις κριτικές του προσωπικού και των διαφόρων τμημάτων η παρουσία του κλινικού εκπαιδευτή (με ρόλο αξιολογητή) η πρώτη επαφή με σοβαρά περιστατικά ασθενών, η φροντίδα ασθενών που βρίσκονται σε καταλυτικό στάδιο, καθώς και οι προσπάθειες τους να ανταποκριθούν στις προσδοκίες των κλινικών εκπαιδευτών. Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε για να διερευνήσει τις απόψεις των φοιτητών της νοσηλευτικής για

την κλινική τους εκπαίδευση, διαπιστώθηκε ότι, οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των φοιτητών και του προσωπικού ήταν ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την διαδικασία εκμάθησης στο κλινικό χώρο. Οι παραπάνω καταστάσεις όχι μόνο προβλημάτισαν τους φοιτητές αλλά τους τροφοδότησαν με στρες κατά την εκπαίδευσή τους. Ωστόσο παρότι, το κλινικό περιβάλλον εκμάθησης περιγράφεται ως στρεσογόνο από τους φοιτητές της νοσηλευτικής, η παρουσία του κλινικού εκπαιδευτή με τις κατάλληλες παρεμβάσεις του, μειώνουν σημαντικά το στρες του φοιτητή. Η εκπαιδευτική προσέγγιση του κλινικού εκπαιδευτή, η καλή εκπαιδευτική εμπειρία του, καθώς και οι γνώσεις του έχουν επίδραση στην εκπαίδευση του φοιτητή της νοσηλευτικής. Αυτό συμβαίνει γιατί ο κλινικός εκπαιδευτής λειτουργεί ως σύμβουλος και διαδραματίζει έναν ρόλο μοντέλου για αυτούς, τους υποστηρίζουν και τους προστατεύουν όταν είναι αναγκαίο, καθώς επίσης δίκαια τους αξιολογούν.

Οι επιδέξιοι κλινικοί εκπαιδευτές αξιοποιούν κάθε διαθέσιμο μέσο, προκειμένου να συνδυάσουν την θεωρητική κατάρτιση των φοιτητών με την εκμάθηση αναβαθμισμένων δεξιοτήτων. Επιπλέον θέτουν ως εκπαιδευτικό στόχο την ώθηση του φοιτητή στο υψηλότερο επίπεδο κλινικής απόδοσης και ικανότητας, δημιουργώντας διαπροσωπικό κλίμα μάθησης με τους φοιτητές και υποκινώντας τους, να αξιοποιούν κάθε ευκαιρία για την ανάπτυξη των δεσμών τους. Οι εκπαιδευτές για την καλύτερη επίτευξη μιας επιτυχημένης κλινικής εκπαίδευσης χρειάζεται να αναζητήσουν αποτελεσματικούς τρόπους εκμάθησης που θα διευκολύνουν τους φοιτητές κατά την κλινική τους άσκηση.

Οι φοιτητές της νοσηλευτικής θα πρέπει μέσα από αυτές τις απαραίτητες διαδικασίες να αναπτύξουν εμπιστοσύνη στους εαυτούς τους για να εκτελέσουν σωστά τα καθήκοντά τους, δηλαδή τις νοσηλευτικές πράξεις με βάση τις κλινικές τους ικανότητες και δεξιότητες. Πολλοί νοσηλευτές που εκπαιδεύονται ακόμη, βρίσκονται παγιδευμένοι μεταξύ των ανταγωνιστικών πιέσεων των εκπαιδευτικών αναγκών και των μαθημάτων, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει επάρκεια στις βασικές τους κλινικές δεξιότητες, που εντάσσονται στα απαραίτητα προσόντα ενός επαγγελματία νοσηλευτή ώστε να μπορέσουν να βγουν στην αγορά εργασίας με τα κατάλληλα εφόδια και τις απαραίτητες γνώσεις. Ταυτόχρονα, τα τριτοβάθμια ιδρύματα εκπαίδευσης, τα οποία κατευθύνονται από την κυβέρνηση, όπου αυτή προωθεί την αύξηση των φοιτητών της νοσηλευτικής, ώστε να μειώσει το εθνικό έλλειμμα νοσηλευτών, δημιουργώντας περισσότερα προβλήματα. Επομένως καθίσταται σημαντικό το γεγονός αυτό, και οι δυο αυτές ανάγκες θα πρέπει άμεσα να ικανοποιηθούν, διότι η δημόσια υπηρεσία υγείας, απαιτεί ένα κατάλληλα καταρτισμένο εργατικό νοσηλευτικό δυναμικό, του κατάλληλου επίσης μεγέθους, ώστε να παρέχει το επίπεδο περίθαλψης που αναμένει η κοινωνία. Με γνώμονα τα όσα ειπώθηκαν παραπάνω, οι φοιτητές θα

πρέπει να αναπτύξουν τις γνώσεις τους για να βρουν τις κατάλληλες μεθόδους για την συμπλήρωση της εμπειρίας τους και των κλινικών δεξιοτήτων τους στην πρακτική άσκηση. Πολλά κράτη έχουν ήδη στραφεί στην πρακτική προσομοίωσης στα εργαστήρια των σχολών των υγειονομικών ιδρυμάτων τους (White,2000).

2.8 ΤΟ ΧΑΣΜΑ ΜΕΤΑΞΥ ΘΕΩΡΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΑΞΗΣ

Ένα νέο μεγάλο πρόβλημα φαίνεται να είναι το χάσμα μεταξύ θεωρίας και πράξης στα εργαστήρια κατά την διάρκεια των μαθημάτων. Έτσι το τμήμα επιστημών προτείνει μεγαλύτερη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών της υγείας και της κοινωνικής μέριμνας ώστε να ενισχυθεί η διεπαγγελματική εκπαίδευση και να φτάσει στο επιθυμητό επίπεδο. Το γεγονός αυτό απαιτεί την προσέγγιση πολλαπλών συστημάτων της εκπαίδευσης. Σύμφωνα με τον (Martin,2000) θα πρέπει οι καθηγητές να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές ενδυνάμωσης και διευκόλυνσης στον τρόπο εκμάθησης των κλινικών δεξιοτήτων προς τους φοιτητές στα εργαστήρια. Έτσι μέσα από την δημιουργικότητα και την παραγωγή νέων ιδεών και μεθόδων, θα αναπτυχθεί μια καινοτόμος διαδικασία εκμάθησης. Σε μια προσπάθεια εύρεσης λύσης στο πρόβλημα αυτό, η ακαδημία ενός κολλεγίου, αποφάσισε την διοργάνωση μιας ειδικής συζήτησης γύρω από αυτό το θέμα. Δηλαδή την αντιμετώπιση του διλλήματος σχετικά με την εκμάθηση των κλινικών δεξιοτήτων στους φοιτητές της νοσηλευτικής. Το δίλλημα αυτό αποτέλεσε υψηλή προτεραιότητα, δεδομένου ότι η μη κατάρτιση των φοιτητών με τα απαραίτητα νοσηλευτικά προσόντα, αμφισβητούσε τον επαγγελματικό τους σκοπό και ύπαρξη. Τα υγειονομικά ιδρύματα στόχο έχουν να προετοιμάσουν τους φοιτητές να εισέλθουν στους κλάδους του επαγγέλματος, πλήρεις καταρτισμένους. Επίσης τους ακαδημαϊκούς τους προβλημάτιζε το γεγονός της αξιολόγησης των φοιτητών, στο τέλος, κάθε ακαδημαϊκού σπουδαστικού εξαμήνου. Αρχικά την λύση μιας προσωρινής βοήθειας οι ακαδημαϊκοί απέδωσαν στην τοποθέτηση ενός ειδικού καθηγητή, ο οποίος θα είναι πλήρης καταρτισμένος και θα μπορέσει να αναδείξει τις ικανότητες των φοιτητών μέσα από τις καθημερινές κλινικές ασκήσεις, ώστε οι φοιτητές να αναπτύξουν σε μεγάλο βαθμό εμπιστοσύνη στις ικανότητές τους και τις δεξιότητές τους. Στην συνέχεια ζητήθηκε από τους οικείους των φοιτητών, η συγκατάθεσή τους ώστε να μπορούν οι φοιτητές να διενεργούν σ' αυτούς ορισμένες νοσηλευτικές πράξεις, ακόμη κι αν δεν ήταν απαραίτητο. Οι κινήσεις αυτές ήταν σχεδιασμένες κυρίως για να διασφαλίσουν τα απαραίτητα αρχικά προσόντα των φοιτητών, μέσα από επαναλαμβανόμενες διαδικασίες. Ορισμένοι καθηγητές στράφηκαν στην πρακτική άσκηση της προσομοίωσης, σε συνδυασμό με την θεωρία κατά την διάρκεια του εργαστηρίου. Επίσης

θεωρήθηκε απαραίτητο να προστεθεί μια εβδομάδα άσκησης προσομοίωσης σε πραγματικό κλινικό περιβάλλον, η οποία θα διαμορφωνόταν έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η ικανότητα των φοιτητών στις πρακτικές δεξιότητες με επαναλαμβανόμενες διαδικασίες. Η πράξη αυτή επιτεύχθηκε με την χρήση διάφορων μεθόδων κλινικής προσομοίωσης. Αν και αυτή η διαδικασία δεν μπορεί να αντικαταστήσει την απόλυτη κλινική εμπειρία, μπορεί ωστόσο να μιμηθεί το κλινικό περιβάλλον και να φέρει μια αίσθηση της πραγματικότητας με το μαθησιακό περιβάλλον (Cioffi,2001). Η προσομοίωση σε κλινικό περιβάλλον μπορεί να ενθαρρύνει τους σπουδαστές στην διαδικασία εκμάθησης και στον τρόπο κατανόησης της γνώσης και της εμπειρίας στο πλαίσιο ενός ουσιαστικού μοντέλου(Entwistle,1984). Αν και δεν μπορεί να αντικαταστήσει εντελώς την κλινική εμπειρία, μπορεί όμως να θεωρηθεί ως ένα πολύτιμο μέρος του συνόλου της κλινικής εμπειρίας και εκμάθησης των σπουδαστών (Nicol and Glen,1998).

2.9 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ

Έτσι αυτή η στρατηγική εκμάθησης δίνει στους φοιτητές της νοσηλευτικής την ευκαιρία να εξασκήσουν τις κλινικές διαδικασίες τους, σε ένα ασφαλές περιβάλλον και να κάνουν λάθη, χωρίς να τίθεται θέμα με την υγεία των ασθενών. Δεδομένου ότι η χρήση της κλινικής προσομοίωσης έχει γίνει πλέον πιο δημοφιλής, έχει καταστεί διαθέσιμο όλο το φάσμα των προσομοιωτών στα βασικά μοντέλα εκπαίδευσης, τα οποία φυσικά είναι προσαρμοσμένα στα ανατομικά μέρη του ανθρώπινου σώματος, για την προγραμματιζόμενη χρήση τους σ' όλες τις νοσηλευτικές πράξεις (Maran and Glavin,2003). Στην εβδομάδα δεξιοτήτων, όπως ονομάστηκε από το κολέγιο, θα ήταν δυνατό να χρησιμοποιηθεί όλο το φάσμα των προσομοιωτών από τους φοιτητές και ιδιαίτερα από τους πρωτοετείς φοιτητές. Ζητήθηκε λοιπόν από τους φοιτητές, να εκτελέσουν κάποιες βασικές νοσηλευτικές πράξεις, οι οποίες ήταν α) οι πρώτες βοήθειες σε έναν προσομοιωτή ανθρώπινου σώματος, β) η χρήση διαφόρων μεθόδων για τον ασφαλή χειρισμό ενός ασθενή(ακόμη και στην μετακίνησή του) γ) η εκτέλεση διαφόρων νοσηλευτικών διαδικασιών σε προσομοιωτή σε ασθενή που βρίσκεται σε κατάσταση πνιγμού, δ) η εκτίμηση της κατάστασης ενός ημιλυπόθυμου ασθενή αλλά και η παροχή βοηθειών προς αυτών, ε) μέτρηση των ζωτικών σημείων ενός ασθενή και ζ)την λήψη ούρων για οποιανδήποτε χρήση μέσα από την απαραίτητη διαδικασία. Στους φοιτητές είχαν δοθεί οι κατάλληλες οδηγίες για την χρήση του εξοπλισμού και στην πρακτική εξάσκηση των διαφόρων δεξιοτήτων του εξοπλισμού μαζί με την απαραίτητη θεωρία. Μέσα από αυτή την διαδικασία οι φοιτητές ενθαρρύνθηκαν να χρησιμοποιήσουν και το σκεπτικό τους στο πλαίσιο της άσκησης τους στους διάφορους προσομοιωτές. Επίσης ζητήθηκε από τους

φοιτητές να αναλύσουν τις διαδικασίες διαφόρων προβλημάτων και να συζητήσουν την αλληλουχία των γεγονότων πριν την διεξαγωγή των κατάλληλων πρώτων βοηθειών. Οι φοιτητές βρήκαν την διαδικασία αυτή εξαιρετικά χρήσιμη και δήλωσαν ευχαριστημένοι με τις ευκαιρίες που τους δόθηκαν για να αναλύσουν τα διάφορα προβλήματα και να εκφραστούν ελεύθερα. Το τελικό συμπέρασμα αυτής της διαδικασίας, ήταν ότι η μεταβαλλόμενη φύση των κλινικών τοποθετήσεων και διαδικασιών επηρεάζει την απόκτησή τους από τους φοιτητές και έτσι αυτή η κατάσταση οδηγεί σε νέους τρόπους και μεθόδους απόκτησης κλινικών δεξιοτήτων. Οι φοιτητές της νοσηλευτικής πρέπει να είναι πλήρως καταρτισμένοι και να εφαρμόζουν χωρίς δισταγμό τις νοσηλευτικές πράξεις, για να μπορούν να προχωρήσουν στα επόμενα εξάμηνα χωρίς προβλήματα στην εκμάθησή τους. Καθώς δεν είναι πάντα εγγυημένη η ευκαιρία πρακτικής εξάσκησης στους φοιτητές, η εβδομάδα δεξιοτήτων έδωσε την ευκαιρία να εδραιώσουν την απόδοσή τους στις βασικές κλινικές δεξιότητες. Οι πρακτικές κλινικές δεξιότητες βρίσκονται στην καρδιά της επαγγελματικής πρακτικής ενός νοσηλευτή (Nicol and Freeth, 1998) και είναι αναπόσπαστο κομμάτι ενός επαγγελματία νοσηλευτή. Οι φοιτητές χρειάζονται ευκαιρίες για την απόκτηση αυτών των πρακτικών δεξιοτήτων, αλλά συχνά αυτές αφήνονται στην τύχη. Επομένως η εβδομάδα δεξιοτήτων έδωσε την δυνατότητα στους φοιτητές να αυξήσουν την εμπιστοσύνη τους και την αρμοδιότητα να εκτελούν τις βασικές κλινικές δεξιότητες σε ένα ασφαλές περιβάλλον, δομημένο και δυναμικό που τους δίνει την ευκαιρία να εκτελέσουν τις νοσηλευτικές διαδικασίες σε ένα περιβάλλον που αντικατοπτρίζει την πραγματικότητα, θέτοντας την διαδικασία της εκμάθησης σε πραγματική διάσταση. Επίσης δίνεται και η ευκαιρία στους καθηγητές να εξασφαλίσουν στο μέγιστο την σωστή αξιολόγηση των φοιτητών με μια ελεγχόμενη διαδικασία. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι οι φοιτητές της νοσηλευτικής είναι δυσαρεστημένοι με την ποιότητα της κλινικής τους εμπειρίας (Neary, 1994), αλλά όταν είναι σωστά καταρτισμένοι, από τα νοσηλευτικά ιδρύματα, αισθάνονται καλά προετοιμασμένοι για την πρόοδο των σπουδαστικών προγραμμάτων τους (Elzubier and Sherman, 1995).]

2.10 ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η διεπαγγελματική εκπαίδευση και συνεργασία όπως διαφάνηκε από τα παραπάνω είναι αναγκαία για τα επαγγέλματα. Στο χώρο της υγείας είναι ακόμη περισσότερο αναγκαία διότι ο τομέας αυτός μεταλλάσσεται συνεχώς δημιουργώντας νέα αδιέξοδα. Συγκεκριμένα η ανάγκη για υψηλή παροχή περίθαλψης είναι η αιτία για την συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών, οι οποίοι καλούνται να συνεργαστούν με αποτελεσματικότητα και περιλαμβάνει από κοινού αμοιβαίο σεβασμό, επικοινωνία, συνεργασία, συντονισμό και φυσικά αισιοδοξία. Μέσω αυτής της συνεργασίας, η διαδικασία της φροντίδας γίνεται αυτομάτως ένας φυσικός τρόπος

σκέψης που χρησιμοποιείται σ' όλες τις πτυχές της νοσηλευτικής και της ιατρικής πρακτικής. Άρα η συνεργασία αποτελεί μια δυναμική η οποία αναδύεται μέσα από την επιβεβαίωση, την οργάνωση των πληροφοριών που αφορούν ένα άτομο, δίνοντας εμφάνιση στον παράγοντα της υγείας. Αναλυτικότερα ο ιατρός κάνει την αρχική διάγνωση και στην συνέχεια ο νοσηλευτής παρακολουθεί και ελέγχει συνεχώς το ξεκίνημα, την αλλαγή και την περαιτέρω ανάλυση του προβλήματος και ανταποκρίνεται με ουσιώδης κινήσεις στις αλλαγές που θα υπάρξουν. Η νοσηλευτική και η ιατρική, είναι δυο άρρηκτα συνυφασμένοι όροι όσον αφορά την νοσοκομειακή περίθαλψη. Η ίαση των ασθενών εξαρτάται από τις δεξιότητες των ιατρών στην διάγνωση και στην θεραπεία, και φυσικά στις συνεχείς παρατηρήσεις των νοσηλευτών και στις ικανότητές τους να μεταφέρουν τις κατάλληλες πληροφορίες στους σωστούς συνεργάτες τους. Η καλή νοσοκομειακή περίθαλψη εξαρτάται από ένα σύστημα που θα εξασφαλίζει την συνέχεια των πληροφοριών και την διεπαγγελματική συνεργασία. Ωστόσο, ακόμη και στις μέρες μας, η σχέση μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών στα νοσοκομεία δεν βρίσκεται ποτέ σε συμμετρία. Η συνεργασία προϋποθέτει να είναι σύμφωνες και οι δυο πλευρές, για μια κοινή αποστολή, την ίαση του ασθενή. Οι νοσηλευτές και οι ιατροί έχουν ένα ευρύ Πεδίο γνώσεων και παρατηρήσεων. Συγκεκριμένα οι ιατροί αναφέρουν μόνο λίστες ελέγχου για την αξιολόγηση των ασθενών και με στοιχεία που πολλές φορές είναι ανεπαρκή για την αποτελεσματική συνεργασία τους με τους νοσηλευτές. Αντιθέτως οι αφηγηματικές περιλήψεις είναι ανεκτίμητες αναφορές που πάντα καθοδηγούν την ιατρική περίθαλψη στις αποφάσεις για την φροντίδα των ασθενών. Οι ιατροί βλέπουν μια λεπτομερείς αξιολόγηση και καλά περιγραφόμενες παρεμβάσεις νοσηλευτών ως κρίσιμης σημασίας για την ιατρική τους αποτελεσματική πρακτική. Η σχέση μεταξύ της νοσηλευτικής και της ιατρικής θα πρέπει να είναι πάντα εγκάρδια και συνεργάσιμη, να υπάρχουν γνώσεις που να υπηρετούν την κοινωνία και το βασικότερο να υπάρχει πειθαρχία. Η πειθαρχία αυτή είναι ένας διαφορετικός ορισμός, από τον συνηθισμένο, διότι επικεντρώνεται στις ασθένειες και στην θεραπεία τους (Rosemarie Rizzo Parse,2005). Οι ιατρικές δεξιότητες βασίζονται στους τομείς της διάγνωσης και της θεραπείας και καθήκον τους είναι να εκτελούνται με βάση τον άνθρωπο. Τόσο οι ιατροί όσο και οι νοσηλευτές λογοδοτούν άμεσα προς την κοινωνία, έχοντας ο ένας σχέση με την ευθύνη του άλλου. Απαραίτητη είναι η επικοινωνία μεταξύ τους, ώστε να παραμείνει ως ένα άλυτο ζήτημα η βιωσιμότητα και η ζωτικότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Κατά συνέπεια η ανάπτυξη πρότυπου παράδοσης της υγείας που θα επιτρέπει την αποτελεσματική διεπιστημονική επικοινωνία, την συνεργασία και την σοφότερη χρήση των περιορισμένων πόρων στην υγειονομική περίθαλψη. Επομένως τονίζονται τα απαραίτητα στοιχεία για την σωστή σχέση νοσηλευτών και ιατρών, όπως είναι η ομαδική εργασία, η καλή επικοινωνία και οι καλές εργασιακές σχέσεις. Είναι μεγάλη η

σημασία της νοσηλευτικής παροχής φροντίδας που ασκείται σε συνεργασία με επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων του χώρου (Miller K. et al,2008).

2.11 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η αποτελεσματική διεπαγγελματική εργασία, που θεωρείται ευρέως ως ουσιαστική για υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη, επηρεάζεται από τις τοποθετήσεις / αντιλήψεις, των επαγγελματιών υγείας τόσο προς τις δικές τους, όσο και προς τις άλλες επαγγελματικές ομάδες. Γνωρίζουμε σχετικά λίγα για τις αντιλήψεις των επαγγελματιών που εργάζονται σε ένα χώρο με άλλους επαγγελματίες από διαφορετικές ειδικότητες, και ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας. Μερικές από τις θεωρίες προάγουν την διδασκαλία, άλλες την πρακτική για την οποία η διδασκαλία προετοιμάζει τους σπουδαστές και μερικές και τις δύο. Η γενική θεωρία συστημάτων, εισάγεται για να κατανοηθεί η συνεργασία στην πράξη. Μετατοπίζει την αντίληψη από τις χωριστές διαδικασίες, στις διαδικασίες της αλληλεπίδρασης μέσω των οποίων οι πρώτες μπορούν να είναι συνδεδεμένες. Το σύνολο είναι μεγαλύτερο από το άθροισμα των μερών του, τα συνδυασμένα οφέλη από την επέμβαση των επαγγελματιών είναι περισσότερα από τις ξεχωριστές συνεισφορές τους. Οι ίδιοι στόχοι μπορούν να επιτευχθούν από διαφορετικές αφετηρίες, είτε από τις επεμβάσεις στην υγεία είτε από τις κοινωνικές επεμβάσεις. Τα έξυπνα συστήματα ενημερώνουν το βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο στην θεραπεία των σωματικών και ψυχικών ασθενειών. Η θεωρία της συνεργασίας, επιδιώκει να καθιερώσει τους όρους που καθιστούν πιθανή τη συνεργασία μεταξύ των ιδιοτελών μερών (επαγγελματιών), και να γίνει η βέλτιστη επιλογή στη στρατηγική που θα ακολουθηθεί μεταξύ των συγκρουόμενων ενδιαφερόντων ώστε να εξασφαλιστεί η επιβίωση των μερών (επαγγελματιών). Υποθέτει ότι τα συμβαλλόμενα μέρη θα συνεργαστούν τόσο για το δικό τους όφελος όσο και για το όφελος της ομάδας. Ως συνέπεια αυτών, ο πελάτης / ασθενής θα πρέπει να συμμετέχει ενεργά. Η θεωρία της κοινωνικής ανταλλαγής, υποστηρίζει ότι η κοινωνική ανταλλαγή είναι κάτι περισσότερο από μια εμπορική ανταλλαγή. Φέρνει την έννοια πέρα από την αγοραστική αξία. την ανταπόδοση, την υποχρέωση, το χρέος, το συμφέρον και τους υπολογισμούς του κόστους και του κέρδους (Γομάτου, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

3.1 ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

Η διεπαγγελματική συνεργασία έχει ως κοινό στόχο την ευημερία και φυσικά την αποκατάσταση της υγείας των ασθενών. Επιπλέον σύμφωνα με έρευνες η καλή υγειονομική περίθαλψη εξαρτάται από ένα σύστημα που θα εξασφαλίζει την συνέχεια των πληροφοριών και την διεπαγγελματική συνεργασία. Σύμφωνα με τον (Jansen,2008) η διεπιστημονική συνεργασία είναι μια πολύ σημαντική πρόκληση, όσον αφορά την προώθηση της υγείας, διότι φέρνει κοντά τους επαγγελματίες της υγείας κάνοντας τους να παίρνουν σωστές αποφάσεις στα θέματα υγείας. Έτσι λοιπόν, η συνεργασία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να διέπεται από την από κοινού επικοινωνία, τον σεβασμό, την υποχωρητικότητα, τον σχεδιασμό, την παροχή γνώσεων, ικανοτήτων και την εμπειρία των διαφόρων προσώπων, χωρίς φυσικά την αποφυγή πρωτοβουλιών από τα υπαρκτά πρόσωπα. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να στηρίζουν τις μοναδικές δυνάμεις και την εργασία τους στην αληθινή συνεργασία, αναγνωρίζοντας βασικές αξίες, όπως την αλληλεξάρτησή τους και την συμπληρωματικότητα της γνώσης τους, των δεξιοτήτων και των προοπτικών καθώς επίσης και των κοινών ηθικών υποχρεώσεων τους. Μέσα σε έναν πολύπλοκο οργανισμό, όπως είναι αυτός της υγείας, θα πρέπει η επικοινωνία, όπως προαναφέρθηκε να κατέχει πρωταρχικό ρόλο, διότι η επικοινωνία αποτελεί τα θεμέλια μιας επιτυχημένης συνεργασίας. Η ομαδική εργασία και συνεργασία πρέπει να βασίζεται στον σεβασμό των ατόμων και ιδιαίτερα στην επικοινωνία, διαφορετικά είναι αδύνατο να εργαστούν σ' ένα σωστό περιβάλλον(Praga,2006). Η συνεργασία μεταξύ των ποικίλων επαγγελμάτων υγείας μπορεί να γίνεται υπό καλές συνθήκες αλλά και το αντίθετο. Η άριστη συνεργασία μεταξύ των επαγγελμάτων υγείας έχει σαν αποτέλεσμα την ικανοποιητική παροχή ποιοτικής φροντίδας στην υγεία του ασθενή, έτσι ώστε η υγεία του να βελτιωθεί όσο συντομότερα γίνεται. Επίσης, σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε νοσηλευτικά ιδρύματα ξένων χωρών και ιδιαίτερα σε αυτά της Αμερικής, παρατηρείται το εξής φαινόμενο, τα νοσοκομεία τα οποία είναι πλήρως στελεχωμένα από διπλωματούχους νοσηλευτές και η ύπαρξη εμπειρίας και κλινικών δεξιοτήτων, παρουσιάζονται λιγότερα περιστατικά θανάτων και επιπλοκές μεταξύ των ασθενών. Ως αποτέλεσμα, η ποιότητα φροντίδας στα νοσοκομεία

σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος αλλά και με την επαρκή στελέχωση του. Σύμφωνα με τους (Mc Pherson et al, 2001) υπάρχει ανάγκη για διεπαγγελματική εκπαίδευση ώστε να ενισχυθεί η υγειονομική περίθαλψη και η πολυεπιστημονική συνεργασία. Επομένως είναι φανερό ότι σ' όλους τους τομείς της υγείας και της κοινωνικής περίθαλψης υπάρχει αυξανόμενη ανάγκη για συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών της υγείας. Βέβαια όπως είναι αναμενόμενο, συχνά παρουσιάζεται το φαινόμενο της επαγγελματικής σύγκρουση, η οποία διακρίνεται σε ομαδική, διαπροσωπική, ιεραρχική και λειτουργική. Η σύγκρουση αυτή μπορεί να αποβεί μοιραία, όσο αφορά την συνεργασία και την συνέχιση της, παρουσιάζοντας αρνητικά αποτελέσματα και δημιουργώντας δυσαρέσκεια στα πρόσωπα που την απαρτίζουν.

Η συνεργασία περιλαμβάνει την άμεση και την ανοιχτή επικοινωνία, το σεβασμό των διαφορετικών προοπτικών και την αμοιβαία ευθύνη για την επίλυση ενός προβλήματος (Baggs JG, 1989). Η σημασία της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας επηρεάζει την υγειονομική περίθαλψη, ιδιαίτερα στα επαγγέλματα του νοσηλευτή και του ιατρού. Η λήψη των αποφάσεων πρέπει να γίνεται ύστερα από συνεταιρική συνεργασία, υπομονή και προσοχή για την επίλυση των προβλημάτων και των τυχόν ευθυνών που θα προκύψουν (Baggs & Schmitt, 1997). Οι σχέσεις τους θα πρέπει να είναι αλληλεξάρτητες και να συμπληρώνουν η μία την άλλη, σε βασικά θέματα της υγείας (Fagin, 1992). Είναι ολοφάνερο ότι η συνεργασία των νοσηλευτών και των ιατρών συμβάλλει σε θετικές εκβάσεις. Σύμφωνα με τον (Albert BH, et al, 1992) οι νοσηλευτές και οι ιατροί την συνεργασία ως ένα αποδοτικό, ικανοποιητικό και αποτελεσματικό τρόπο να παρέχουν την απαραίτητη υπομονή και την κατάλληλη προσοχή. Άλλωστε όπως προαναφέρθηκε παραπάνω μελέτες δείχνουν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία, η αμοιβαία εμπιστοσύνη, ο σεβασμός και η εκτίμηση μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών, καθώς και των δυνατοτήτων και των περιορισμών τους, είναι αρκετά έως πολύ σημαντικό γεγονός για την ενθάρρυνση της συνεργασίας (Eubanks, 1991). Με βάση όλα αυτά οι βελτιωμένες σχέσεις των νοσηλευτών και των ιατρών επηρεάζουν τις συνθήκες εργασίας και αναπτύσσουν ακόμη περισσότερο την αμοιβαία εμπιστοσύνη και τον σεβασμό (Kinball B, & O' Neill, 2002). Η συνεργασία αυτή διασπάται και έρχεται σε ρήξη όταν βρεθεί ένα πολύ σοβαρό κλινικό πρόβλημα και αυτοί οι ίδιοι δεν είναι σε θέση να το αντιμετωπίσουν. Γι αυτό ο καθένας έχει μια συγκεκριμένη λειτουργία και τα δικά του καθήκοντα για τα οποία και φυσικά έχει εκπαιδευτεί. Συχνά υπάρχουν ασθενείς που έχουν πολλαπλά προβλήματα υγείας ταυτόχρονα και χρειάζεται ένας νοσηλευτής να απευθυνθεί σε πολλούς άλλους επαγγελματίες υγείας, οπότε είναι σωστό να υπάρχει μεταξύ τους άμεση επικοινωνία (Keir, Wise, Krebs, 2002). Μια ομάδα πολλαπλών ειδικοτήτων περίθαλψης θα πρέπει να είναι αρκετά αποτελεσματική, διότι κατέχει εξειδικευμένες δεξιότητες και φυσικά πείρα, ώστε να

επιλύσει κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα. Ο συντονισμός τους και η ομαδική εργασία, σίγουρα οδηγεί σε μεγαλύτερη αποδοτικότητα και σε βελτιωμένες κλινικές εκβάσεις. Η συνεργασία των νοσηλευτών και των ιατρών έχει προσωπική αλληλεπίδραση, και υπονοεί την συλλογική δράση προς ένα κοινό στόχο στον πνεύμα της εμπιστοσύνης και της αρμονίας. Στα πλαίσια της υγειονομικής περίθαλψης, η συνεργασία αναδεικνύεται όταν υπάρχει αλληλεπίδραση στις σχέσεις των νοσηλευτών και των ιατρών ως προς την λήψη της κλινικής απόφασης (Shartell SM et al, 1994). Σύμφωνα με τον (Schafer HG et al, 1994) οι ασθενείς στην προσοχή των κλινικά ειδικών επαγγελματιών υφίστανται ιατρικά λάθη με ανησυχητική συχνότητα, σχεδόν $\frac{3}{4}$ λάθη προκαλούνται από ανθρώπινους παράγοντες που συνδέονται με τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις των νοσηλευτών και των ιατρών. Οι συμπεριφορές εκφοβισμού και οι ανεπαρκείς διαπροσωπικές σχέσεις οδηγούν στην δυσπιστία, την πίεση και την δυσαρέσκεια μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Αυτή η ανθυγιεινή κατάσταση συμβάλει και στην εγκατάλειψη του επαγγέλματος. Μεγάλο είναι το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που έχουν βιώσει αποδιοργανωτική συμπεριφορά και λεκτική επίθεση και έχουν αποχωρήσει από την θέση τους (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2004).

Αναλυτικότερα, η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων με τα ίδια καθήκοντα, αλλά και μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών, είναι προϋπόθεση για την λειτουργία των υπηρεσιών σε κάθε σύστημα υγείας. Η διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 1978 υπέδειξε μεταξύ άλλων την ανάγκη για αποτελεσματικότερη συνεργασία, όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών, αλλά και τη συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό την πληρέστερη παροχή φροντίδας υγείας, στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αλλά και την συνεργασία μεταξύ διαφορετικών επιπέδων φροντίδας υγείας. Οι αλλαγές στα επαγγελματικά δικαιώματα, και περισσότερο στη εκπαίδευση των επιστημών υγείας και πρόνοιας που διαπιστώθηκε τα τελευταία χρόνια, οδήγησε σε επαναπροσδιορισμό των σχέσεων εργασίας. Έτσι το ιατροκεντικό σύστημα υγείας, έχει αρχίσει να αμφισβητείται από τους νοσηλευτές, τους κοινωνικούς λειτουργούς και από άλλα επαγγέλματα του χώρου που λειτουργούν στα πλαίσια του τομέα της υγείας. Αν και στα περισσότερα συστήματα υγείας η νομοθεσία δίνει προτεραιότητα στην ιατρική ευθύνη, οι ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, τα ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα που προκύπτουν σε συνδυασμό με την αυξανόμενη αυτονομία των υπόλοιπων επαγγελματιών, δημιουργούν την τάση για συνυπευθυνότητα και επομένως για την λήψη κοινά αποδεκτών αποφάσεων που αναφέρονται στην φροντίδα υγείας των πολιτών, αλλά και στην διοίκηση του οργανισμού υγείας. Πιο συγκεκριμένα η ανάγκη για τον περιορισμό του κόστους των υπηρεσιών υγείας μπορεί να ερμηνευτεί στην πράξη ως περιορισμός της επανάληψης θεραπευτικών και νοσηλευτικών

δραστηριοτήτων και στη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, μέσα από την καλύτερη επικοινωνία και πληροφόρηση αλλά και συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών ,αλλά και όλων των άλλων επαγγελματιών της υγείας. Είναι μεγάλη η σημασία της νοσηλευτικής φροντίδας που ασκείται σε συνεργασία με επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων(Miller K, et all,2008).

3.2 ΕΙΔΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Οι πιο συχνοί λόγοι δημιουργίας σύγκρουσης είναι κυρίως ζητήματα κύρους και επιβολής απόψεων, συνθήκες εργασίας, άρνηση ευθυνών, αλληλοκάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων, διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης, περιορισμένων πόρων και ιεραρχικών βαθμίδων. Ακόμη, έχει παρατηρηθεί ότι στα νοσοκομεία του εξωτερικού και ιδιαίτερα σε αυτά του Ηνωμένου Βασιλείου και των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής η επαγγελματική σύγκρουση οφείλεται στην κακή επικοινωνία, λόγω της γλώσσας (πολυεθνικότητα), πολιτιστικών ιδιαιτεροτήτων και ιδεολογικών διαφορών. Επιπλέον, το εθνικό σύστημα υγείας βρίσκεται υπό πίεση λόγω της έλλειψης ανθρώπινου εργατικού δυναμικού, αλλά και πόρων, υπάρχει μια κατάσταση αμηχανίας και σύγχυσης, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται νέες συγκρούσεις οι οποίες δεν μπορούν να αποφευχθούν και οφείλονται στην έλλειψη επικοινωνίας, τη μη αποσαφήνιση των αρμοδιοτήτων, έτσι η διερεύνηση των παραπάνω στοιχείων οδηγεί σε ρήξη την διεπαγγελματική συνεργασία που όπως είδαμε αποτελεί μείζον θέμα για την υγεία.

3.3 Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΝΟΣ ΥΓΙΟΥΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τα πρότυπα για την καθιέρωση και τη στήριξη των υγείων περιβαλλόντων εργασίας είναι:

- Οι ειδικευμένες νοσηλεύτριες πρέπει να είναι τόσο ικανές στις δεξιότητες επικοινωνίας όσο είναι στις κλινικές δεξιότητες.
- Οι αληθινές νοσηλεύτριες συνεργασίας πρέπει να είναι ανηλεείς στη συνέχιση και την ενθάρρυνση της αληθινής συνεργασίας.
- Οι νοσηλεύτριες πρέπει να δεσμεύουν τους συνεργάτες αποτελεσματικά στην παραγωγή της πολιτικής, την κατεύθυνση και την αξιολόγηση της κλινικής προσοχής και την οδήγηση οργάνωσης των διαδικασιών.
- Η κατάλληλη επάνδρωση εξασφαλίζει την αποτελεσματική αντιστοιχία μεταξύ των υπομονετικών αναγκών και των ικανοτήτων νοσηλευτών. Οι νοσηλεύτριες

πρέπει να αναγνωρίζουν και να αναγνωρίζονται ως προς τις αξίες τους. Οι αυθεντικοί ηγέτες πρέπει να αγκαλιάσουν το περιβάλλον εργασίας και να επιτρέψουν και σε άλλους να συμμετέχουν στο επίτευγμά τους.

- Η στενή αλληλεπίδραση μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών είναι έμφυτη στην εργασία τους.
- Διάφορες μελέτες προτείνουν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία, η αμοιβαία εμπιστοσύνη, ο σεβασμός και η εκτίμηση μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών, καθώς και των δυνατοτήτων και των περιορισμών τους, είναι σημαντικοί στην ενθάρρυνση της συνεργασίας.
- Η ομαδική εργασία ποικίλλει μεταξύ των νοσοκομείων, τονίζοντας την ανάγκη για την αξιοπιστία και τον πολιτισμό, προσαρμόζουν τις προσπάθειες βελτίωσης, έτσι η ομαδική εργασία είναι σημαντική και αξιόπιστη, σε σημείο που λειτουργεί ως μέτρο της ασφάλειας των ασθενών.

Νοσηλευτικοί λόγιοι έχουν προσδιορίσει ποια είναι τα βασικά χαρακτηριστικά της αποτελεσματικής συνεργασίας, συμπεριλαμβανομένης της εμπιστοσύνης, της κοινής ευθύνης, του αμοιβαίου σεβασμού, επικοινωνίας, συνεργασίας, συντονισμού και αισιοδοξίας. (Arcangelo et al,1996). Ο (Buchanan,1996) τονίζει τη σημασία της επάρκειας, τη διαπραγμάτευση και την από κοινού συνεργασία. Οι (Deitrich & Resnik ,1990) υποστηρίζουν ότι ιατροί και νοσηλευτές είναι επαγγέλματα αξίας στη συλλογικότητα και τη διαθεσιμότητα. Και, τέλος, μελετητές αναγνωρίζουν ότι οι ιατροί και οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να εργαστούν από κοινού, ανεξάρτητα, και να ασχολούνται με στόχο τη ρύθμιση, για να έχουν αποτελεσματική σύνδεση ως συνεργάτες.

Η συνεργασία προϋποθέτει, την επικοινωνία και την ανταλλαγή των αποφάσεων. Ένα καλό μεταξύ ιατρών -νοσηλευτών είναι η ενσωμάτωση που αποτελεί τη βάση για τη μείωση της διάρκειας της παραμονής των επαγγελματιών υγείας και τη βελτίωση της ικανοποίησης. Υπάρχει γενική στάση απέναντι στην καλή συνεργασία. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές έχουν επίγνωση των νοσοκομειακών ρόλων στην ιατρική περίθαλψη και ψυχολογική υποστήριξη, υπέρ της διεπιστημονικής εκπαίδευσης.

Η συνεργασία νοσηλευτών – ιατρών είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στις θετικές εκβάσεις και των δύο εργασιών. Η συνεργασία ορίζεται ως εργασία από κοινού, ειδικά σε μια κοινή διανοητική προσπάθεια, και, υπό αυτήν τη μορφή, απαιτεί την αλληλεξάρτηση. Και οι νοσηλεύτριες και οι ιατροί συστήνουν τη συνεργασία ως τον αποτελεσματικότερο, αποδοτικό και

ικανοποιητικό τρόπο να παρέχουν την κατάλληλη ιατρονοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς(Albert et. al,1992)

3.4 ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ

Πολλοί συγγραφείς ισχυρίζονται ότι ο ενοποιητικός παράγοντας είναι η νοσηλεύτρια η οποία πρέπει να συμμετέχει σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες, επιστημονική έρευνα και δημοσίευση, την ηγεσία, τη διαχείριση και τη διαβούλευση. Τα στοιχεία αυτά της νοσηλευτικής πρακτικής σε συνδυασμό με κλινικές πρακτικές, όπως η προαγωγή της υγείας και της πρόληψης, η διάγνωση, για την παραπομπή και την ερμηνεία των διαγνωστικών και εργαστηριακών δοκιμών, η ασθενής «παραπομπή» σε άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, της θεραπείας και ο καθορισμός στρατηγικών. Μία μεταξύ των προοπτικών που είναι μοναδική για τις διάφορες χώρες είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να καταχωρηθεί ως νοσηλεύτριες που κατέχουν τουλάχιστον ένα μεταπτυχιακό, που διαθέτει ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της εμπειρογνομοσύνης, έχει περίπλοκη διαδικασία λήψης απόφασης των δεξιοτήτων και διαθέτει τη γνώση και τις ικανότητες που απαιτούνται στη νοσηλευτική πράξη. Η καλή διεπαγγελματική συνεργασία αποτελεί βασικό παράγοντα για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Στη διεπαγγελματική συνεργασία, επαγγελματίες από διαφορετικούς κλάδους και με διαφορετικές λειτουργίες (π.χ. μεταξύ ιατρικών ειδικοτήτων, ιατρών έναντι νοσηλευτών / νοσηλευτριών) συνεδριάζουν ως ομάδα για διαγνωστικούς σκοπούς ή σχεδιασμό. Ο στόχος αυτών των συνεδριάσεων μπορεί να επιτευχθεί μέσω μιας πραγματικά δραστηρικής προσπάθειας εκ μέρους των διαφόρων επαγγελματιών που συμμετέχουν. Η συνεργασία είναι πολύπλοκη και δύσκολη, κυρίως, στα νοσοκομεία. Το όραμα της συνεργασίας είναι δύσκολο να επιτευχθεί λόγω των πρακτικών περιορισμών στις πτέρυγες νοσοκομείων. Το κτίριο της ιεραρχίας και η έλλειψη κατανόησης των ρόλων και τους συνεργατικά κοινούς στόχους παραπέμπουν σε διαφορετικές απόψεις για τον τρόπο αντιμετώπισης των προκλήσεων μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών(Bolton C.S, 2000). Ακόμη και αν η οργάνωση και η δομή μπορεί να προσφέρει μια σταθερή και σημαντική βάση για τη διεπαγγελματική συνεργασία, η ικανότητα να συνεργάζονται θα βρίσκεται μέσα σε κάθε επαγγελματική συγκεκριμένη συνάντηση. Η συνεργασία αυτή επιβεβαιώνεται σε κάθε συνάντηση, και εδώ είναι που οι δυνατότητες για αλλαγή και βελτιώσεις πρέπει να αναζητηθούν. Η συνεργασία χαρακτηρίζεται από αστάθεια. Οι προτάσεις για τη βελτίωση της νοσηλευτικής συνεργασίας περιλαμβάνουν, αφενός, την αναγκαιότητα της μετάφρασης, τις βασικές αξίες και τα συμφέροντα των συγκινησιακών εργασιών της ολιστικής νοσηλευτικής σε μορφή που είναι αναγνωρίσιμη και

χρήσιμη σε άλλα επαγγέλματα. Βάσει καινοτόμων στρατηγικών που απευθύνονται σε όλα τα μέλη της ομάδας έχουν την υποχρέωση να διευκολύνουν την επικοινωνία και την εμπιστοσύνη σε μια οξεία φροντίδα η οποία σήμερα χαρακτηρίζεται από ραγδαίες αλλαγές στον κύκλο εργασιών. Η καλή λειτουργία των σχέσεων μεταξύ νοσηλευτών και άλλων επιμέρους επαγγελματιών που απαιτούν την οικοδόμηση της εμπιστοσύνης και του αμοιβαίου σεβασμού στο χρόνο, π.χ. των ιατρικών ασκούμενων (οι οποίοι παρέχουν το μεγαλύτερο μέρος της ιατρικής περίθαλψης), συνήθως είναι χρονικά περιορισμένη. Είναι παράδοξο ότι σε μια πειθαρχία που έχει "τη φροντίδα" για άλλους ως κύριες σχέσεις υπαλλήλων εστίασής της είναι τόσο φτωχός. Επίσης εξεπλάγη από το επίπεδο και τη συχνότητα των εκθέσεων των νοσηλευτών της ενδοομαδικής επιθετικότητας (Bolton CS, 2000).

3.5 Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Παρά την ύπαρξη της επίσημης εκδοχής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την έννοια της υγείας, ο ιατρικός κόσμος συνεχίζει στην πλειοψηφία του, να ταυτίζει την υγεία μόνο με την απουσία της ασθένειας, ενώ οι κοινωνικοί επιστήμονες δίνουν, με διαφορετικές συχνά προσεγγίσεις, ιδιαίτερη έμφαση στην έννοια της ευεξίας. Συνήθως, πολλές απαντήσεις σε ένα ερώτημα υπάρχουν όταν σε καμία από αυτές δεν είναι αρκετά ικανοποιητική ώστε να κυριαρχήσει και να οδηγήσει τις άλλες σε μαρασμό.

Πράγματι, κανένας ορισμός για την υγεία δεν μπορεί να θεωρηθεί απόλυτα ικανοποιητικός. Η υγεία είναι ένα σύνθετο φαινόμενο και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, οι περισσότεροι από τους οποίους σχετίζονται με την βιολογία, τη συμπεριφορά και το περιβάλλον. Στον ορισμό της υγείας επιδρούν ακόμα πολλές υποκειμενικές διαφοροποιήσεις, αφού κάθε άνθρωπος αποτελεί ξεχωριστή οντότητα, με διαφορετική συνείδηση της ύπαρξής του και τελείως ιδιαίτερη βιολογική και ψυχική ιδιοσυγκρασία. Η μεγαλύτερη δυσκολία, όμως, για τη διατύπωση ενός κοινά αποδεκτού ορισμού της υγείας, είναι η μεταβατική περίοδος που διανύουμε, σε ότι αφορά τις αντιλήψεις σχετικά με την υγεία και την ασθένεια, τον χαρακτήρα της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης και την φύση των συστημάτων υγείας.

Η εποχή που φεύγει, μαζί με πολλά άλλα προβλήματα, κληροδοτεί την κρίση της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης. Η κρίση αυτή συνιστάται, πάνω απ' όλα, στην αδυναμία της

αποτελεσματικής πρόληψης και θεραπείας των νοσημάτων της εποχής μας, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα ψυχικά νοσήματα, τα κακοήγη νεοπλάσματα και το AIDS, παρά τους σημαντικούς, και σε πολλές περιπτώσεις δυσβάστακτους, οικονομικούς πόρους που απορροφά πλέον διεθνώς ο τομέας της υγείας.

Χάρη, όμως, στον προβληματισμό που γέννησε η κρίση της ιατρικής, άρχισε να κλονίζεται τα τελευταία χρόνια το κυρίαρχο βιοϊατρικό μοντέλο, που επέβαλλε η σύγχρονη ιατρική επιστήμη. Οι διεργασίες που δρομολογήθηκαν έκτοτε προσανατόλισαν τις αναζητήσεις σε νέες κατευθύνσεις. Ο ρόλος του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και της ανθρώπινης συμπεριφοράς τέθηκαν στο κέντρο του ενδιαφέροντος, αποτελώντας τον πυρήνα ενός νέου, υπό διαμόρφωση βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου ερμηνείας της υγείας και της ασθένειας και μίας διεπιστημονικής προσέγγισης του σχεδιασμού ενός νέου αποτελεσματικού συστήματος υγείας. (Χατζηπουλίδης Γ.)

3.6 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΓΝΩΣΗΣ (ΠΟΛΥΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΤΗΤΑ)

Μία πολυεπιστημονική προσέγγιση ενός ζητήματος, αφορά τη συνένωση των προσπαθειών πολλών επιστημών ταυτόχρονα για την επίλυση του. Οι αμοιβαίες επιρροές μεταξύ των επιστημών, κατά την προσπάθεια αυτή, δεν προκαλούν ριζικές μεταβολές σε κάθε μία από αυτές.

Αντίθετα, κατά τη διεπιστημονική προσέγγιση ενός θέματος, η σύμπραξη δύο επιστημονικών περιοχών οδηγεί στη δημιουργία μίας νέας περιοχής και στη μεταβολή των δύο συνιστώσων επιστημών.

Είναι σαφές ότι οι διάφορες προσεγγίσεις που επιχειρούνται έχουν ως αποτέλεσμα τη διατύπωση μίας διαφορετικής έννοιας από τη κάθε μία, για την «επιστήμη» και τον «επιστημονικό τρόπο γνώσης», καθώς κάθε προσέγγιση αναπτύσσει τη δική της προβληματική, τη δική της μεθοδολογία, το δικό της λόγο. Έτσι ο επιστημονικός τρόπος γνώσης παραμένει ανοιχτός, πολυεδρικός, πολυσκοπικός και με πολλαπλές σηματοδοτήσεις. Μια τέτοια θεώρηση του προβλήματος καθορισμού της επιστημονικότητας, έμμεσα αποκλείει την αποδοχή «επιστήμης οδηγού». Αποκλείει, δηλαδή, να χρησιμοποιηθεί μια επιστημονική περιοχή ως αναφορά, βάση και

οδηγός και οι υπόλοιπες να αποτιμηθούν σε σχέση με αυτήν. Η θεώρηση αυτή εμποδίζει και την αποκλειστική ιδιοκτησία μιας επιστημονικής περιοχής από κάποια κοινωνική ομάδα.

Συνήθως, όταν αναφερόμαστε στη διακλαδική ή διεπιστημονική συνεργασία, φανταζόμαστε ότι υπάρχει ένα είδος συντοποθέτησης των επιστημών. Το πρόβλημα, όμως, δεν είναι η συντοποθέτηση των επιστημών, αλλά η πολλαπλή διαπλοκή ανάμεσα στις επιστήμες, ώστε να υπάρξει διάλογος σε όλα τα επίπεδα και όχι μόνο από κοινού χρησιμοποίηση των ίδιων μεθόδων θέμα δεν είναι π.χ. μόνο το ότι η κοινωνιολογία μπορεί να θέσει ερωτήματα στην ιατρική, αλλά στόχος είναι το πώς η ιατρική επιστήμη θα μπορέσει να λάβει υπόψη το γεγονός, ότι υπάρχουν κι άλλες επιστήμες που δίνουν μια διαφορετική όψη της λεγόμενης πραγματικότητας. (Χατζηπουλίδης Γ.)

3.7 Η ΠΡΟΒΟΛΗ ΤΟΥ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΤΗΤΑ

Η δομή του συστήματος υγείας επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο προσέγγισης των εννοιών υγεία- ασθένεια που επικρατεί σε κάθε κοινωνία, αλλά και από παράγοντες που διαμορφώνουν αυτές τις προσεγγίσεις.

Στις αναπτυγμένες χώρες το επιδημιολογικό πρότυπο μεταλλάσσεται και οι κύριες αιτίες νόσου και θανάτου εντοπίζονται πλέον σε νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος και του εγκεφάλου, στις νεοπλασίες στα τροχαία κ.λπ. Οι αιτίες που κρύβονται πίσω από τα σύγχρονα προβλήματα υγείας έχουν να κάνουν με πολλούς παράγοντες και είναι συχνά αδιευκρίνιστες (AIDS). Εφόσον έχουμε να κάνουμε με πολυπαραγοντικά αίτια η αντιμετώπιση δεν μπορεί να είναι εξειδικευμένη. Η συνεργασία και συνεχής διαπλοκή και αλληλεπίδραση των επιστημών έχει να επιδείξει πληθώρα παραδειγμάτων σημαντικών ανακαλύψεων.

Η ιατρική τεχνολογία, ιδιαίτερα αυτή που υποστηρίζεται από την πληροφορική, έχει κάνει σημαντικά άλματα στον τομέα της διάγνωσης αλλά και θεραπείας. Οι υπολογιστές μπορούν πλέον να προσφέρουν σημαντική βοήθεια στην προετοιμασία, τον έλεγχο και την εκτέλεση μιας θεραπείας. Μπορεί, για παράδειγμα, να υποστηριχθούν αποτελεσματικά οι ζωτικές λειτουργίες των ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, να ελεγχθούν οι δοσολογίες, οι παρενέργειες και η ασυμβατότητα των χορηγούμενων φαρμάκων κ.α.

Η γονιδιακές θεραπείες βελτιώνονται συνεχώς και η θεραπευτική τους συμβολή αναμένεται να αποκτήσει μεγάλη σπουδαιότητα στο άμεσο μέλλον.

Οι θετικές αυτές εξελίξεις στον τομέα της ιατρικής φροντίδας στηρίζονται στη διεπιστημονική συνεργασία μίας σειράς επιστημών όπως η ιατρική, η βιολογία, η πληροφορική, η μηχανική, η νοσηλευτική, η φυσική, κ.α. Η συνεργασία αυτή έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία νέων επιστημονικών πεδίων μελέτης και εξελίξεων στον τομέα της υγείας.

Από την άλλη πλευρά, πέρα από την πρόοδο στον διαγνωστικό και θεραπευτικό τομέα, κερδίζει συνεχώς έδαφος πλέον και στην χώρα μας, η στροφή προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με έμφαση στην κοινωνική/προληπτική ιατρική για την προαγωγή της υγείας, με τη λήψη μέτρων που θα οδηγούν στην αποφυγή έναρξης των παθογενετικών διαδικασιών.

Η σημαντικότερη προτεραιότητα είναι η βαθύτερη κατανόηση του σώματος μας και της σχέσης του με το περιβάλλον και η προαγωγή της υγείας μέσα από μια κοινωνική θεώρηση των πραγμάτων. Για το λόγο αυτό απαιτούνται ειδικές δράσεις μορφωτικού χαρακτήρα και ειδικά στις μικρές ηλικίες.

Η ανάπτυξη των δράσεων αυτών δεν είναι αντικείμενο μιας μόνο επιστήμης. Η διεπιστημονική έρευνα και συνεργασία είναι απαραίτητη για την επιτυχία οποιουδήποτε εγχειρήματος στον τομέα αυτό.

Παράλληλα, δίνεται ιδιαίτερο βάρος στην ανάπτυξη των εναλλακτικών μορφών περίθαλψης, με βασικά χαρακτηριστικά την αποτελεσματικότερη φροντίδα και μείωση της ταλαιπωρίας του ασθενή, την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών χωρίς τη διόγκωση των δαπανών, το φιλικότερο περιβάλλον, καθώς επίσης και στον τομέα της αποκατάστασης και της βελτίωσης της ποιότητας ζωής του ασθενή. Όλοι αυτοί οι τομείς είναι αντικείμενο πολυεπιστημονικής θεώρησης και διεπιστημονικής έρευνας. Για την εφαρμογή οποιασδήποτε μεταρρύθμισης και μέτρων στην κατεύθυνση επίτευξης των στόχων αυτών, είναι απολύτως απαραίτητη η διεπιστημονική συνεργασία για το σχεδιασμό, την οργάνωση, τη διαχείριση και τον διαρκή έλεγχο, ενός συστήματος υγείας προσαρμοσμένου στις σημερινές ανάγκες και στο πνεύμα επίτευξης του στόχου του ΠΟΥ «υγεία για όλους τον 21^ο αιώνα» έχοντας πάντα κατά νου όλες τις παραμέτρους που συνθέτουν την έννοια υγείας, σύμφωνα με τον ορισμό αυτής από τον ΠΟΥ.

Η εξέταση του ζητήματος υγεία –ασθένεια με τη βοήθεια κοινωνικό-πολιτιστικών και επιδημιολογικών προσεγγίσεων έρχεται να φωτίσει ζητήματα ορθολογικής λειτουργίας των συστημάτων υγείας και είναι πλέον αναγκαία στη χάραξη πολιτικής για τη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας. Η πολυπλοκότητα των πολιτικών υγείας και οι πολυάριθμες διαπλοκές ή συζεύξεις στο σύστημα υγείας με το οικονομικό, νομικό και θεσμικό γίνεσθαι στο πλαίσιο της σύγχρονης κοινωνίας, είναι η φυσική συνέπεια αυτής της πολιτικής.

Μέσα από αυτή την προοπτική όμως, απαιτούνται μεγάλες δομικές αλλαγές για το μετασχηματισμό του εθνικού συστήματος υγείας και την προσαρμογή του στις σημερινές προκλήσεις.

3.8 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ένα απλό παράδειγμα της ανάγκης προώθησης της διεπιστημονικής αντίληψης και συνεργασίας αποτελεί η προσπάθεια για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Η οργάνωση και λειτουργία του συστήματος υγείας για την ικανοποίηση των βασικών κριτηρίων της ποιότητας(εύκολη πρόσβαση, ελεύθερη επιλογή, λογικό κόστος, αποτέλεσμα σύμφωνο με την επιστήμη, ικανοποίηση του χρήστη) απαιτεί την αδιάλειπτη συνεργασία πολλών επιστημών, πέρα της ιατρικής.

Βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, μπορεί να επιτευχθεί μόνο με βελτιώσεις στα βασικά στοιχεία του συστήματος, τα οποία, σύμφωνα με τον Donabedian (1980), ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες:

- Στη δομή του συστήματος, που αφορά τις κτιριακές εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό, τους οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους, αλλά και τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του
- Στις διαδικασίες που εφαρμόζονται στην παροχή υγειονομικής φροντίδας και αφορούν τη λήψη του ιστορικού, την τήρηση φακέλου ασθενούς, τις εξετάσεις, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση, την επανεξέταση και κάθε άλλη διαδικασία παροχής άμεσης φροντίδας στον ασθενή
- Η ανάπτυξη μιας νέας κουλτούρας διεπιστημονικής συνεργασίας και συμμετοχής όλων των Το τελικό αποτέλεσμα, που συγκροτείται από τα αποτελέσματα των επιμέρους φροντίδων.

Είναι γνωστές οι επικρίσεις για το δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, που διατυπώνονται καθημερινά από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Άλλοτε αφορούν την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, άλλοτε την ξενοδοχειακή υποδομή των νοσοκομείων, ή την κακή συμπεριφορά μερίδας του υγειονομικού προσωπικού, αλλά και την έλλειψη ενημέρωσης, την ταλαιπωρία του ασθενή, την ανισότητα στην πρόσβαση κ.α.

Οι παράμετροι αυτοί αποτελούν λίγες μόνο από τις εκφράσεις της κακής ποιότητας. Μέχρι σήμερα έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για βελτίωση της εικόνας αυτής, με πενιχρά όμως αποτελέσματα, διότι όλες είχαν αποσπασματικό χαρακτήρα.

Η αντικειμενική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει την αρμονική συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας, αλλά και των ίδιων των ασθενών.

Σήμερα υπάρχει αδυναμία αξιολόγησης, ιδιαίτερα της τεχνικής και επιστημονικής διάστασης των υγειονομικών φροντίδων, διότι δεν έχουν καθοριστεί σαφείς τεχνικές και μέθοδοι μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και δεν έχει δοθεί έμφαση στον τρόπο παροχής της φροντίδας. Είναι απαραίτητο λοιπόν, να υπάρξει στροφή προς τη κατεύθυνση αυτή και να ληφθεί υπόψη η γνώμη όλων των ενδιαφερομένων. Η διεπιστημονική συνεργασία για τη μέτρηση της ποιότητας και την καταγραφή και επεξεργασία όλων των απαραίτητων στοιχείο, θα δώσει τη δυνατότητα για ουσιαστική αξιολόγηση και πραγματική βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας σε όλα τα επίπεδα. Η σύνταξη πρωτοκόλλων ιατρικής φροντίδας, η δημιουργία βάσης δεδομένων, η γρήγορη πρόσβαση στην πληροφορία και το ιστορικό του ασθενή, απαιτούν την καθημερινή και συνεχή συνεργασία πολλών επιστημονικών πεδίων.

Η κατάκτηση ενός επιπέδου σταθερής ποιότητας και αξιοπιστίας των προσφερόμενων υπηρεσιών, η καλλιέργεια πνεύματος συνεργασίας μεταξύ εργαζομένων, καθώς και η εξοικείωση προσωπικού και ασθενών με την έννοια της ποιότητας, είναι τα ουσιαστικά οφέλη από αυτή την προσπάθεια και θα αποτελέσουν το πρώτο βήμα για την ουσιαστική βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Η ιατρική και η νοσηλευτική είναι επιστήμες με υψηλό δείκτη διαδικασιών ποιότητας και τυποποίησης. Αυτό όμως δεν είναι αρκετό για την παραγωγή υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου. Μια σειρά άλλοι παράγοντες, όπως οι κίνδυνοι νοσοκομειακών λοιμώξεων, η ανάγκη ψυχολογικής

στήριξης του ασθενούς και της οικογένειάς του, η παροχή αξιόπιστης και διαρκούς ενημέρωσης σε αυτούς, η εξασφάλιση της συνεργασίας τους, η παροχή ξενοδοχειακών υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, η εύκολη και γρήγορη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι απαραίτητο να απασχολούν τους επιστήμονες του χώρου της υγείας ώστε να επιτυγχάνεται ο τελικός στόχος, που είναι η αποκατάσταση της υγείας του ασθενή αλλά και η ικανοποίηση του από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Η συνεργασία των εργαζομένων του χώρου της υγείας στην προσπάθεια βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες, θα είναι ο θεμέλιος λίθος της πορείας προς μια διοίκηση ολικής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η λειτουργία των κύκλων ποιότητας, των ομάδων εργασίας για την αντιμετώπιση σημαντικών θεμάτων, της διαρκούς συνεργασίας και εξάλειψης των φαινομένων ανταγωνισμού μεταξύ διαφορετικών επιστημονικών πεδίων και επαγγελματικών κατηγοριών, είναι το μεγάλο στοίχημα για την επιτυχία του στόχου της παροχής υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, αλλά και της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΕ ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

4.1 Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Υποστηρίζεται ότι η επικοινωνία-ομιλία καθώς και η ιατρό-νοσηλευτική συνεργασία, δεν είναι ιδιαίτερα θετική, με αποτέλεσμα να δημιουργείται η αναγκαιότητα επίλυσης των συγκρούσεων. Η προέλευση αυτών των αποκλίνοντος στάσεων δεν είναι πλήρως κατανοητοί. Σαφώς, υπάρχουν θεμελιώδεις διαφορές μεταξύ των νοσηλευτών και ιατρών, συμπεριλαμβανομένης κατάστασης, την αρχή, την ισότητα, την κατάρτιση και την φροντίδα των ασθενών.

Οι νοσηλεύτριες και οι ιατροί περιλαμβάνουν το μεγαλύτερο τμήμα των προμηθευτών υγειονομικής περίθαλψης και έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά με τα σύνθετα ζητήματα. Τα νέα οργανωτικά χαρακτηριστικά απαιτούν μια ανταλλαγή των ιδεών και προσεγγίσεων, περιστασιακά αντιφατική, του συντονισμού, της διαπραγμάτευσης, και της συνεργασίας. Η σχέση νοσηλευτών-ιατρών θεωρείται μια ειδική σχέση συνεχώς εξελισσόμενη. Ίσως η προφανέστερη διαφορά είναι ότι το πλαίσιο του εργασιακού χώρου έχει αλλάξει. Μια συνέπεια αυτού είναι ότι η σχέση ιατρών - νοσηλευτών δεν είναι πλέον αποκλειστική, επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες-νοσοκομειακούς συνεργάτες. Για παράδειγμα, το μεγαλύτερο μέρος της ψυχιατρικής λειτουργεί μέσα σε ένα διεπιστημονικό πλαίσιο, και οι αλληλεπιδράσεις με άλλους επαγγελματίες, όπως οι ψυχιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι, έξω από τις αντιπροσωπείες και τους διευθυντές υπηρεσιών, ασκούν επίδραση στη σχέση νοσηλευτών-ιατρών.

Στο νοσοκομείο, η συνεργασία δεν αφορά αποκλειστικά μόνο τον ιατρό και τον ασθενή του. Παράλληλα, αφορά την αλυσίδα διάγνωσης και ιατρικής φροντίδας, η οποία γενικά συμπεριλαμβάνει και άλλων ειδικοτήτων ιατρούς όπως παραϊατρικά επαγγέλματα, τα οποία μπορεί να εργάζονται σε ομάδα αλλά μπορεί και όχι. Αυτή η ευρεία ανάμειξη διαφορετικών επαγγελματιών απαιτεί καλή επικοινωνία ανάμεσα σ' αυτούς τους επαγγελματίες και συνεργασία στις διαφορετικές ενέργειες που διενεργούνται, έτσι ώστε να αποφευχθεί άσκοπη επανάληψη ή

ελλιπής πληροφόρηση στην επικοινωνία με τον ασθενή (Moret Leila, et al, 2007). Οι αλλαγές στον εργασιακό χώρο απεικονίζονται στους επαγγελματικούς και θεσμικούς κανόνες (π.χ. ιατρο -νομικές ευθύνες και μετατοπίσεις εργασίας), και αυτές καθορίζουν τη φύση της αλληλεπίδρασης, των θετούμενων προσδοκιών και απαιτήσεων (Radcliffe, M, 2000). Οι ιατροί και οι νοσηλεύτριες πρέπει να στηρίζουν τις μοναδικές δυνάμεις και την εργασία τους στην αληθινή συνεργασία, αναγνωρίζοντας την αλληλεξάρτησή τους και τη συμπληρωματικότητα της γνώσης τους, των δεξιοτήτων και των προοπτικών, καθώς επίσης και των κοινών ηθικών υποχρεώσεών τους.

Οι κλάδοι της νοσηλευτικής και της ιατρικής αναμένονται να λειτουργήσουν σε στενή εγγύτητα ο ένας με τον άλλο, όχι μόνο επειδή ασκούνται δίπλα-δίπλα αλλά γιατί αλληλεπιδρά ο ένας με τον άλλο, για να επιτευχθεί ένα κοινό αγαθό: η υγεία και η ευημερία των ασθενών. Αυτή η εκλεκτική βιβλιογραφική ανασκόπηση εξετάζει μερικά από τα ζητήματα που προκύπτουν από το συχνά αμφισβητούμενο θέμα της σχέσης νοσηλευτών-ιατρών και επιδιώκει να αναδείξει τα κύρια θέματα που προκύπτουν από την εφαρμογή κοινωνιολογικής θεωρίας στη σχέση νοσηλευτών-ιατρών και στην έρευνα της λειτουργίας των κλινικών τοποθετήσεων. Η λεπτομερής γνώση των επαγγελματιών υγείας οδηγεί σε ουσιαστική επικοινωνία και βοηθάει στη διατήρηση της πειθαρχίας και των περιορισμών μέσα στη διεπιστημονική ομάδα. Η αποτελεσματική διεπιστημονική ομαδική εργασία ενθαρρύνει τον αμοιβαίο σεβασμό και τη μεμονωμένη αυτονομία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στο "παιχνίδι ιατρών-νοσηλευτών / νοσηλευτριών", ένα σχέδιο-στερεότυπο της αλληλεπίδρασης, που περιγράφεται πρώτα στη δεκαετία του '60, στην οποία οι νοσηλεύτριες μαθαίνουν να παίρνουν πρωτοβουλία και να προσφέρουν τις συμβουλές τους, ενώ εμφανίζεται να ενδίδουν παθητικά στην εξουσία του γιατρού. Αυτό το σχέδιο της αλληλεπίδρασης φαίνεται λιγότερο κοινό σήμερα στην κλινική πρακτική, αλλά το πρόβλημα παραμένει αφού κάθε επάγγελμα έχει ιδανικές προσδοκίες το ένα από το άλλο που υπολείπονται αναπόφευκτα ως αποτέλεσμα των διαφορετικών απόψεων για τις ιδιότητες που εκτιμάται ότι πρέπει να έχουν οι ιατροί και οι νοσηλεύτριες (Radcliffe, M, 2000).

Η διαπροσωπική σύγκρουση, αποκαλούμενη συνήθως οριζόντια βία, που συνηθέστερα λαμβάνει τη μορφή ψυχολογικής παρενόχλησης και δημιουργεί συχνά εχθρότητα στο περιβάλλον εργασίας. Αυτός ο τύπος παρενόχλησης περιλαμβάνει συχνά τον εκφοβισμό, την ανιδιοτέλεια, την αποθάρρυνση, τις απειλές, τη λεκτική κατάχρηση, την ταπείνωση, την υπερβολική κριτική και την άρνηση πρόσβασης στην ευκαιρία. Η καταπίεση υπάρχει όταν ελέγχει μια ισχυρή και κυρίαρχη ομάδα και εκμεταλλεύεται τη λιγότερο επιδρούσα ομάδα.

Το αποτέλεσμα είναι ότι τα μέλη της καταπιεσμένης ομάδας επιδεικνύουν τα κοινά συμπεριφοριστικά χαρακτηριστικά χαμηλού αυτοσεβασμού και «εχθρότητας». Αυτό μπορεί να δημιουργήσει μια διαιρεμένη ομάδα των οποίων οι απόψεις δίστανται. Τα χαρακτηριστικά περιποίησης όπως η ζεστασιά και η ευαισθησία αντιμετωπίζονται ως λιγότερο σημαντικά ή αρνητικά χαρακτηριστικά σε σύγκριση με εκείνα των ιατρών που θεωρούνται συχνά ως «κεντρικός πολιτισμός». Το αποτέλεσμα είναι ότι οι νοσηλεύτριες στερούνται συχνά την αυτονομία, την υπευθυνότητα, και τον έλεγχο του επαγγέλματός τους. Αυτό μπορεί συχνά να οδηγήσει στη μετατοπισμένη και αυτοκαταστροφική επιθετικότητα μέσα στην καταπιεσμένη ομάδα, με συνέπεια και την αυτοκριτική. Ωστόσο, πρόσφατα στοιχεία εντατικής θεραπείας καταδεικνύουν μια δομή που να παρέχει σε ιατρό και νοσηλεύτρια τον όρο της επικοινωνίας ως μια αποτελεσματική μέθοδο για τη βελτίωση της κοινής κατανόησης της κατάστασης. Πρώτον, μια ιδανική αρχική κατανομή της συγκριτικής αξιολόγησης σε έναν κλάδο που εξελίσσεται συνεχώς και αντιδρά με τα αποδεικτικά στοιχεία είναι δύσκολο. Σ εκ τούτου, οποιοδήποτε αποτέλεσμα σχετικά με την ομαδική εργασία του κλίματος θα πρέπει να θεωρηθεί ως ένα μέτρο του τρέχοντος κλίματος και όχι "Εκκίνησης". Σε πολλά νοσοκομεία αυτή η συγκριτική αξιολόγηση διανομής είναι χρήσιμη γιατί εξετάζουν ή ήδη συμμετέχουν σε προσπάθειες βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές έχουν ανάγκη τη διατήρηση των μοναδικών πλεονεκτημάτων και την εργασία σε πραγματική συνεργασία, αναγνωρίζοντας την αλληλεξάρτηση και τη συμπληρωματικότητα των γνώσεων, των δεξιοτήτων και των προοπτικών, καθώς και τις κοινές τους ηθικές δεσμεύσεις (Radcliffe, M, 2000).

Η συνεργασία των νοσηλευτών με άλλους επαγγελματίες υγείας, επηρεάζεται από το συναίσθημα εκτίμησης και εργασίας. Η δημιουργία και η διατήρηση μιας νοσηλευτικής ολότητας στα πλαίσια της συνεργασίας, η οποία θα είναι καταπέλτης στην αποφυγή συγκρούσεων με τους ιατρούς, και την επιτυχή αναγνώριση της σημασίας της νοσηλευτικής φροντίδας από την διεπιστημονική ομάδα, βασικές αξίες οι οποίες αποτελούν σημαντικούς παράγοντες υποστήριξης των νοσηλευτών στην διεπαγγελματική συνεργασία που είναι αναγκαία για την ποιοτική φροντίδα των ασθενών.

Διάφορες μελέτες προτείνουν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία, η αμοιβαία εμπιστοσύνη, ο σεβασμός, και η εκτίμηση των νοσηλευτριών και των ιατρών των αντίστοιχων ρόλων, των δυνάμεων, και των περιορισμών τους είναι σημαντικοί στην ενθάρρυνση της συνεργασίας. Πολλές μελέτες υποστηρίζουν τη συνεργασία νοσηλευτριών-ιατρών ως σημαντικό συμβάλλοντα παράγοντα στις θετικές εκβάσεις της (ιατρονοσηλευτικής) νοσηλευτικής φροντίδας. Οι νοσηλεύτριες με τα μακρύτερα έτη εμπειρίας πρακτικής είχαν τον υψηλό επαγγελματισμό

σύμφωνα με τα επίπεδα επαγγελματισμού που βρέθηκαν στους ιατρούς. Οι ανεκδοτικές παρατηρήσεις σε πολλές τοποθετήσεις αναμεταδίδουν ότι οι νοσηλεύτριες είναι άριστοι κλινικοί εκπαιδευτικοί για τους νέους οικότροφους και τους κατοίκους, και ότι αυτοί οι νέοι ιατρικοί επαγγελματίες κρατούν το μεγάλο σεβασμό της πρακτικών γνώσης και των δεξιοτήτων που επιδεικνύονται από τις πεπειραμένες νοσηλεύτριες δεδομένου ότι οι πεπειραμένες νοσηλεύτριες αυξάνονται υπό την έννοια υψηλού επαγγελματισμού τους μπορούν να αναπτύξουν μια ενισχυμένη συνεργασία με τους ιατρούς που μπορούν μόνο να βελτιώσουν τις επικοινωνίες προς τους κοινούς στόχους της υψηλής ποιότητας υπομονετικής φροντίδας (Radcliffe, M.,2000).

Οι επιπτώσεις είναι ότι οι ιατροί και οι νοσηλεύτριες πρέπει να εργαστούν προς τις καλύτερες συνεργάσιμες και κολεγιακές σχέσεις της αμοιβαίας εμπιστοσύνης και του υψηλού σεβασμού, με την κοινή λήψη απόφασης για την υπομονετική φροντίδα. Αυτά τα συμπεράσματα αντανακλούν τις συστάσεις για τις βελτιωμένες σχέσεις ιατρών-νοσηλευτριών που περιγράφονται στις τρέχουσες εκθέσεις για τις βελτιωμένες συνθήκες εργασίας για τις υπομονετικές τοποθετήσεις νοσηλευτικής φροντίδας, ειδικά στα νοσοκομεία. Η συνεργασία με την κλινική έρευνα ορίζεται ως ένα σύνθετο φαινόμενο που φέρνει σε επαφή δύο ή περισσότερα άτομα, συχνά από διαφορετικούς επαγγελματικούς κλάδους, οι οποίοι εργάζονται για την επίτευξη κοινών στόχων και σκοπών. Ιδιαίτερα για την ερευνητική συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, η παραδοσιακή ιεραρχική σχέση γιατρού-νοσηλευτή σταδιακά εξελίσσεται σε ένα μοντέλο συνεργασίας. Ιστορικά, οι ιατροί αναλαμβάνουν τον ηγετικό ρόλο σε πολλές πρωτοβουλίες για τη συνεργατική έρευνα. Ωστόσο, η σύγχρονη έρευνα για την συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών είναι πιο συχνά μη ιεραρχίσιμη στη φύση, με τη σιωπηρή παραδοχή ότι η εξουσία στηρίζεται στη γνώση και την εμπειρία, και όχι στον ρόλο ή την λειτουργία του(Radcliffe,M,2000).

4.2 ΟΙ ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Σύγκρουση είναι α) η κατάσταση κατά την οποία η συμπεριφορά ενός ατόμου ή μιας ομάδας σκόπιμα επιδιώκει να εμποδίσει την επίτευξη των στόχων ενός άλλου ατόμου ή ομάδας και β) ένα ανεπιθύμητο φαινόμενο που οδηγεί σε αρνητικά αποτελέσματα (Thomas,1992).Παρότι γ) οι συγκρούσεις σε έναν οργανισμό είναι υγιής και αναπόφευκτες και μπορεί να συνοδεύονται από θετικές συνέπειες (Swansburg ,1999) και δ) η σύγκρουση μπορεί να είναι εποικοδομητική και να

έχει καταλυτική επίδραση στις νέες ιδέες, την πρόοδο, τις θετικές αλλαγές και την ανάπτυξη (Rahim,1986).

Υπάρχουν έξι είδη συγκρούσεων τα οποία είναι τα εξής:

1. Διαπροσωπικές συγκρούσεις
2. Ομαδικές συγκρούσεις
3. Ιεραρχικές συγκρούσεις
4. Λειτουργικές συγκρούσεις
5. Συγκρούσεις επιτελικών
6. Συγκρούσεις μεταξύ τυπικής και άτυπης οργάνωσης

Τα αίτια των συγκρούσεων είναι τα εξής :

- 1) Ζητήματα κύρους και επιβολής (Richardson,1991)
- 2) Συνθήκες εργασίας-αυξημένα επίπεδα άγχους
- 3) Άρνηση ευθυνών
- 4) Η αλληλοκάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων λόγω προβληματικού καθορισμού καθηκόντων
- 5) Τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης (Jameson,2003)
- 6) Προκλητική συμπεριφορά απέναντι στην ηγεσία, διακρίσεις (Singleton,1999)
- 7) Πολύπλοκο οργανωτικό εργασιακό περιβάλλον (Μπουραντάς,2002)
- 8) Έλλειψη ζωτικού χώρου
- 9) Διαφορετικές συνεργαζόμενες αλληλεπιδρούσες επαγγελματικές ομάδες (Tengilimoglu,Kisa,2005)
- 10) Η ύπαρξη στερεοτύπων σχετικά με το επάγγελμα των νοσηλευτών και των ιατρών, η αλλαγή ρόλου των νοσηλευτών, η επικράτηση του γυναικείου φύλου στο επάγγελμα του νοσηλευτή και η διαφοροποίηση στην ακαδημαϊκή και στην επαγγελματική τους εξέλιξη (Jacinta ,2006)
- 11) Περιορισμένοι πόροι (έλλειψη προσωπικού, οικονομικοί και υλικοτεχνικοί πόροι) έλλειψη οργάνωσης και προβλήματα διοίκησης διαφορές νοοτροπίας, θέσης, επιπέδου μόρφωσης στις διάφορες ιεραρχικές βαθμίδες .

Οι νοσηλευτές και οι ιατροί για να γίνουν αποτελεσματικοί στη διαχείριση συγκρούσεων, θα πρέπει να κατανοήσουν τις αιτίες, τις θεωρίες και τις στρατηγικές χειρισμού των συγκρούσεων. Υπάρχουν πράγματι πολλοί λόγοι, που κυμαίνονται από την φύση της σχέσης γιατρού-νοσηλευτή

για διαφορετικές εργασιακές φιλοσοφίες, τις αρμοδιότητες, την κοινωνική θέση ή ο πολιτισμός, η ισότητα, ανισότητα και την αρμοδιότητα των νοσηλευτών / νοσηλευτριών. Ερευνητές αναγνωρίζουν ότι τα εμπόδια επηρεάζονται από τις πολιτιστικές συνήθειες, αντιληπτές οι απουσίες της ισότητας και της εντιμότητας στις προσδοκίες από την πλευρά των επαγγελματιών νοσηλευτών, και μια γενική έλλειψη κατανόησης μεταξύ των μελών της ομάδας. Η σχέση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, επηρεάζεται από τα πολιτιστικά πρότυπα της ανδρικής κυριαρχίας και γυναικείας υποτέλειας. Σύμφωνα με τη μελέτη, σε κάποια προβλήματα που αναφέρθηκαν περιλαμβάνονται νοσηλεύτριες με δυσκολία επικοινωνίας με τους ιατρούς, ανεπίλυτες διαφωνίες και μη σωστή αποδοχή των νοσηλευτών από ιατρούς. Η συνεργασία μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών περιγράφεται ως "η από κοινού εργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών, ο επιμερισμός των ευθυνών για την επίλυση προβλημάτων και η λήψη αποφάσεων για να διατυπώσουν και να εκτελέσουν σχέδια για την περίθαλψη των ασθενών"(Baggs & Schmitt,1988). Η φύση και η έκταση της αμοιβαίας συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών / νοσηλευτριών δεν μπορούν να επηρεαστούν μόνο με τους κοινωνικούς ρόλους και τα πολιτιστικά πρότυπα, αλλά και από εκπαιδευτικούς παράγοντες. Παρά τα στοιχεία των σημαντικών οφελών που απορρέουν από τη συνεργασία, η ιατρική εκπαίδευση δεν υπογραμμίζει τη διεπιστημονική συνεργασία. Αυτά τα προγράμματα παρέχουν τις ευκαιρίες για τους μελλοντικούς ιατρούς να καταλάβουν και να εκτιμήσουν τους ρόλους του νοσηλευτικού προσωπικού και να παρατηρήσουν άμεσα πώς η βέλτιστη υπομονετική προσοχή μπορεί να ενθαρρυνθεί μέσω των θετικών εργασιακών σχέσεων μεταξύ των νοσηλευτριών και των ιατρών. Μια σημαντική λογική για την παροχή μιας τέτοιας εμπειρίας νωρίς στην ιατρική εκπαίδευση είναι να διαμορφωθούν οι τοποθετήσεις προτού να μπορέσουν να γίνουν τα πιο αρνητικά στερεότυπα ιατρών-νοσηλευτριών ριζωμένα. Οι εκπαιδευτικοί προτείνουν ότι η εισαγωγή της συνεργασίας σε μια πραγματική ρύθμιση πρακτικής είναι πιθανό να είναι η αποτελεσματικότερη προσέγγιση(Fagin,C.M.,1992). Οι ειδικοί εκπαιδευτικοί προτείνουν ότι ένας από τους καλύτερους τρόπους να προωθηθεί η ομαδική εργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης είναι να εκτεθούν οι σπουδαστές στη διεπιστημονική εκπαίδευση. Μόνο στο βαθμό όπου οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης καταλαβαίνουν και σέβονται ο ένας τις δυνατότητες και τους περιορισμούς του άλλου μπορεί να υπάρξει μια καλή συνεργασία και να επιτευχθούν οι στόχοι των ασθενών(Barrere Cindy & Ellis Peter,2003).

4.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΗΡΕΑΣΜΟΥ ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Αντί να επικεντρώνονται στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών, οι ερευνητές μπορεί να χρειάζεται να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στους παράγοντες που μπορεί να αναστέλλουν ή να διευκολύνουν την διεπιστημονική επικοινωνία. Η οργανωτική σιωπή, που ορίζεται ως στοχοθετημένη απόφαση να απορριφθεί παρά να εκφραστούν οι ιδέες, οι πληροφορίες και οι απόψεις για θέματα που σχετίζονται με την εργασία, μπορεί να παίζει πρωταρχικό ρόλο στην κακή επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών και ιατρών. Η επιτακτική ανάγκη ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος, και τα συστήματα και τα προγράμματα στο χώρο που θα στηρίξει προτύπων σε υγιή περιβάλλοντα εργασίας η νοσηλευτική εκπαίδευση θα μπορούσε να κάνει περισσότερα για να προωθήσουν την ασφάλεια των ασθενών. Ο (Burnes Bolton,2000) μίλησε για το όραμα όπου "η νοσηλευτική εκπαίδευση πραγματοποιείται σε πολλαπλά περιβάλλοντα, με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού". Ο (Barnsteiner,2000) αναφέρει ότι «οι νοσηλεύτριες θα πρέπει να έχουν διδαχθεί τις δεξιότητες της διαπραγμάτευσης». Σύμφωνα με τον (Burnes Bolton,2000)το όραμα ενός μεταρρυθμισμένου υγειονομικού περιβάλλοντος είναι να καταστεί αληθές πως όλοι οι νοσηλευτές πρέπει να θεωρούν τους εαυτούς τους ως ηγέτες και διαχειριστές: οι κάτοχοι της αλήθειας, όπως ορίζεται συλλογικά (Bolton CS, 2000).

4.4 ΤΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Οι επιτυχείς παρεμβάσεις νοσηλευτών και ιατρών φαίνεται να έχουν δύο κοινά σημεία: θα βελτιωθεί η επικοινωνία μεταξύ τους και με ένα καλό κλίμα συνεργασίας οι ιατροί αποκτούν άμεση και ουσιαστική επαφή με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Οι προσπάθειες αυτές συνεργασίας μπορεί να είναι η εξαίρεση αλλά όχι ο κανόνας. Παρόλο σχεδόν όλα τα έγγραφα θέσης σχετικά με τη βελτίωση συνεργασίας έχουν αναγνωρίσει τη σημασία της νοσηλευτικής, λίγα έχουν κάνει συγκεκριμένες προτάσεις σχετικά με τρόπους βελτίωσης της συνεργασίας. Βελτίωση μπορεί να υπάρξει μέσω των άμεσων συζητήσεις του ηθικού κινδύνου, αναγνώριση των αξιών και διαφορές μεταξύ των δύο επαγγελμάτων, και δίνοντας έμφαση στη βελτίωση της συνεργασίας ενδέχεται να περιορίσει την απογοήτευση που απορρέουν από τις διαφορές στις προοπτικές και τη βελτίωση την ποιότητα της φροντίδας του ασθενούς. Ανακοίνωση αποτυχίας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε ιατρικά σφάλματα. Η κλινική επικοινωνία είναι εξαιρετικά σύνθετη και ιδιαίτερα επιρρεπής στις λάθος μεταβάσεις κατά τη διάρκεια της φροντίδας του ασθενούς και σε αναδυόμενες καταστάσεις. Τυποποιημένες προσεγγίσεις και εργαλεία μπορούν να παρέχουν πιθανές λύσεις για τη βελτίωση της ποιότητας της επικοινωνίας και την πρόληψη των

μεταγενέστερων ασθενών βλαβών. Η μεγιστοποίηση νοσηλεύτριας γιατρού συνεργασίας υπόσχεται πολλά για τη βελτίωση της περίθαλψης των ασθενών και τη δημιουργία εργασιών που πληρούν τους ρόλους. Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι η βάση για μια συνεργατικής γιατρού-νοσηλεύτριας σχέσης που θα προωθεί βέλτιστα ασθενή αποτελέσματα. Μια αρνητική ή σχέση εκφοβισμού ανάμεσα σε ένα ιατρό και μια νοσηλεύτρια μπορεί να δημιουργήσει μια κατάσταση που θέτει σε κίνδυνο τον ασθενή. Υπάρχουν τέσσερις τομείς στους οποίους η επικοινωνία μεταξύ αυτών των ομάδων επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών και την ευθύνη του γιατρού. Πολλαπλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι νοσηλευτές οι οποίοι εκφοβίζονται από ιατρούς, δεν επικοινωνούν με τον πάροχο περίθαλψης το συντομότερο για την κατάσταση ενός ασθενούς ή αλλαγή σε διαβουλεύσεις με τον ιατρό, όπως εύκολα να αποσαφηνίσει μια σειρά φαρμάκων. Οι ασθενείς τίθενται έτσι σε κίνδυνο εάν δεν υπάρχουν αρκετές νοσηλεύτριες στο προσωπικό των νοσοκομείων. Την προσέλευση νέων πτυχιούχων θα απαιτήσει ένα θετικό, υγιές περιβάλλον εργασίας. Υπάρχουν πολλές οργανώσεις που έχουν αναπτύξει δράσεις που προτείνονται θα ενθαρρύνουν μια υγιή σχέση εργασίας με τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των ιατρών και νοσηλευτών / νοσηλευτριών. Η συνεργασία μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών, καθώς και υπάλληλοι νοσοκομείων είναι ο μόνος τρόπος για ένα υγιές περιβάλλον εργασίας θα πρέπει να επιτευχθούν.

Είναι ευθύνη της κάθε ομάδας να ξεκινήσει τις συνομιλίες που θα βελτιώσουν την ασφάλεια των ασθενών. Η ικανοποίηση των ασθενών φάνηκε να είναι μεγαλύτερη όταν οι επαγγελματικοί ρόλοι ήταν σαφείς. Οι ιατροί δεν αναγνωρίζουν τον πρωταρχικό ρόλο των Νοσηλευτών με αποτέλεσμα η συνεργασία αυτή να επηρεάζει την ποιότητα φροντίδας του ασθενούς. Πρακτικές συνέπειες: ο καλύτερος ορισμός του ειδικού ρόλου των ιατρών και των νοσηλευτών, την εκπαίδευσή τους στην αποτελεσματική διεκδίκηση των μεθόδων και γνώμες γνώσεων και τη διεξαγωγή συνεργατικής ward γύρους θα είναι προς όφελος των ασθενών. Στο νοσοκομείο, η αλληλεπίδραση δεν συνεπάγεται μόνο τον ιατρό και τον ασθενή, επίσης περιλαμβάνει μια πολύπλοκη αλυσίδα διάγνωσης και ιατρικής περίθαλψης, η οποία σε γενικές γραμμές εμπλέκει ιατρούς αρκετά, καθώς και παραϊατρικούς επαγγελματίες, οι οποίοι μπορεί να είναι ή δεν μπορούν να εργάζονται σε μια δομημένη ομάδα. Αυτό το ευρύ φάσμα συμμετοχής διαφόρων ατόμων, όμως, απαιτούν καλή επικοινωνία μεταξύ αυτών των διαφορετικών ατόμων, και συντονισμό των διαφόρων δράσεων που έχουν αναληφθεί, ούτως ώστε να αποφεύγονται περιττές επαναλήψεις, ασυνέπεια, ή παραπληροφόρηση σε σχέση με τον ασθενή. Αρκετές μελέτες έχουν υποδείξει ότι η ποιότητα της περίθαλψης μπορεί να αποκτήθηκε από τη συνεργατική πρακτική μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών / νοσηλευτριών. Εκτός από αυτό, η καλή συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών / νοσηλευτριών και των ιατρών είναι χαρακτηριστικό των "μαγνητών νοσοκομείων",

οι οποίοι έχουν μικρότερο κύκλο εργασιών και η νοσηλεύτρια μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία. Η συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού έχει μελετηθεί ευρέως, ιδίως στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Μπορεί να συνιστά κατ' αρχάς, ότι οι ευθύνες του διαφόρων επαγγελματιών του τομέα της υγείας στον τομέα της ενημέρωσης για την ασθενή θα πρέπει να ορίζεται με σαφήνεια, και, ιδίως, ότι ιατροί θα πρέπει να αναγνωρίζουν τα ουσιαστικά ρόλο νοσηλευτών / νοσηλευτριών. Η δεύτερη σύσταση είναι ότι είναι σημαντικό να διασφαλιστεί συνοχή σε ό,τι είπτε για τους ασθενείς με τη διευκόλυνση της μεταβίβασης των πληροφοριών μεταξύ των επαγγελματιών που εγγυώνται την ορθή φροντίδα συντονισμού. Συνεργατική αλληλεπίδραση μεταξύ νοσηλευτή, ιατρού, και τον ασθενή οδηγούν σε βραχυπρόθεσμη επίτευξη του στόχου και η εμπειρία για τον ασθενή, όπως ενεργό μέλος της ομάδας.

4.5 ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Αδιάσειστα στοιχεία δείχνουν ότι η διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης. Έχει επίσης αναφερθεί ότι οι συνεργατικές σχέσεις μεταξύ ιατρών νοσηλευτών μπορούν να μειώσουν τη θνησιμότητα των ασθενών. Μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει μια σοβαρή ανάγκη για την προώθηση των θετικών αλλαγών προς την κατεύθυνση της συνεργασίας μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών να περιλαμβάνουν το κόστος, τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών και την αύξηση της ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία.

Στον τομέα της υγείας, η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων με τα ίδια καθήκοντα, αλλά και μεταξύ διαφορετικών επαγγελμάτων, ήταν προϋπόθεση για τη λειτουργία των υπηρεσιών σε κάθε περίοδο λειτουργίας του. Η ομαδική εργασία, όμως, αποτελεί πρόσφατη εξέλιξη όπως θα συζητηθεί και στην συνέχεια. Η Διακήρυξη του ΠΟΥ το 1978 σημείωσε μεταξύ άλλων την ανάγκη για αποτελεσματικότερη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών, αλλά και τη συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, με σκοπό την πληρέστερη παροχή φροντίδας, στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά και τη συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων φροντίδας υγείας. Οι αλλαγές στα επαγγελματικά δικαιώματα και την εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας και πρόνοιας που έχει σημειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες, οδήγησε σε επαναπροσδιορισμό των σχέσεων συνεργασίας. Έτσι, το απόλυτο «ιατροκεντρικό» σύστημα υγείας έχει αρχίσει να αμφισβητείται από τους νοσηλευτές, τους κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες που λειτουργούν στα πλαίσια του τομέα υγείας. Αν και στα περισσότερα

συστήματα υγείας η νομοθεσία δίνει προτεραιότητα στην ιατρική ευθύνη, οι ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, τα ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα που προκύπτουν σε συνδυασμό με την αυξανόμενη αυτονομία των υπολοίπων επαγγελματιών, δημιουργούν την τάση για συνυπευθυνότητα και επομένως συνεργασία για τη λήψη κοινά αποδεκτών αποφάσεων που αναφέρονται στη φροντίδα υγείας των πολιτών αλλά και στη διοίκηση των οργανισμών υγείας. Οι σύγχρονες εξελίξεις που σχετίζονται με τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας τοποθετούν επιπλέον βαρύτητα στη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας με σκοπό από τη μια μεριά τη μείωση των δαπανών (π.χ., σε φάρμακα, σε εργαστηριακές εξετάσεις, κ.λ.π.), αλλά και από την άλλη την πιο ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας που μπορεί να προσφερθεί μόνον όταν καλυφθούν όλες οι διαστάσεις της ανθρώπινης ανάγκης για φροντίδα υγείας. Πιο συγκεκριμένα η ανάγκη για τον περιορισμό του κόστους των υπηρεσιών υγείας μπορεί να ερμηνευθεί στην πράξη, ως περιορισμός της επανάληψης θεραπευτικών και νοσηλευτικών δραστηριοτήτων και μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, μέσα από την καλύτερη πληροφόρηση, επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών, και πρωταρχικά μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών. Επιπλέον, οι πρωτοφανείς και αναπόφευκτες αλλαγές που πραγματοποιούνται παγκοσμίως στα συστήματα παράδοσης υγειονομικής περίθαλψης απαιτούν τις καινοτόμες προσεγγίσεις για να βελτιώσουν τη συνεργασία νοσηλευτριών -ιατρών προκειμένου να περιληφθεί το κόστος και να διατηρηθεί η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Μια αυξανόμενη ανησυχία υπάρχει παγκοσμίως για τη συγκράτηση δαπανών και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Η ομαδική εργασία και η διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτριών μπορούν να περιορίσουν τις δαπάνες και να βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας και της αποτελεσματικότητας ομάδων (Dechario-Marino, et al., 2001 & Hojat et al, 2000 & Pavlovich-Danis et al, 1998 & Stichler, 1995 & Walton, 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

5.1 ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα διεξήχθη τον Οκτώβριο του 2010. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ερωτηματολόγιο, το οποίο δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της μελέτης. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε 81 φοιτητές νοσηλευτικής που παρακολουθούσαν το εργαστήριο νοσηλευτικής του τρίτου εξαμήνου, οι οποίοι ενημερώθηκαν για το περιεχόμενο της έρευνας, ενώ παράλληλα διαβεβαιώθηκαν ότι θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες της ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας. Δέχθηκαν να συμμετάσχουν και οι 81 φοιτητές νοσηλευτικής, δηλαδή το ποσοστό συμμετοχής ανήλθε στο 100%, (απαντητικότητα 100%) .

Χρησιμοποιήθηκε πρότυπο ερωτηματολόγιο δεκαεφτά ερωτήσεων το οποίο βασίστηκε στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, ενώ έγιναν μικρές προσαρμογές. Οι ερωτήσεις 1 έως 4 είναι πολλαπλής επιλογής και αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία, στις ερωτήσεις 5 και 8 ζητάτε από τους φοιτητές να ιεραρχήσουν τα στοιχεία που τους δίνονται και οι ερωτήσεις 6-7 και 9-17 είναι πολλαπλής επιλογής, και τους ζητήθηκε να απαντήσουν με βάση κλίμακα από 1 διαφωνώ απόλυτα έως 5 συμφωνώ απόλυτα

5.2 ΔΕΙΓΜΑ

Στη μελέτη συμμετείχαν 81 φοιτητές νοσηλευτικής από το ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης. Πιο συγκεκριμένα, στο κάλεσμα των ερευνητών ανταποκρίθηκαν 11 άνδρες(13,5%) και 70 γυναίκες(87,5%) (Πίνακας 1), από τους οποίους το 92,6% φοιτούν στο δεύτερο έτος, το 4,9% στο τρίτο έτος, το 1,23% στο τέταρτο έτος και 1,23% είναι φοιτητές πτυχίου. Ως προς το εξάμηνο το

83,95% φοιτούν στο τρίτο εξάμηνο, το 9,87% φοιτούν στο τέταρτο εξάμηνο, το 2,46% φοιτούν στο πέμπτο εξάμηνο, το 1,23% φοιτούν στο έκτο εξάμηνο, το 1,23% φοιτούν στο όγδοο εξάμηνο και το υπόλοιπο 1,23% είναι φοιτητές πτυχίου (Πίνακας 2) . Ως προς την ηλικία, η πλειοψηφία (88,9%) ήταν 19-21 ετών. Το ηλικιακό εύρος του δείγματος ήταν 19-29 έτη με μέσο όρο (ΜΟ) τα 21 έτη.

Πίνακας 1

Φύλο	Ποσοστό
Α	13,50%
Θ	87,50%

Πίνακας 2

Εξάμηνο	Ποσοστό
3	83,95%
4	9,87%
5	2,46%
6	1,23%
8	1,23%
8+	1,23%

5.3 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων των φοιτητών νοσηλευτικής για την διεπιστημονική εκπαίδευση στις κλινικές δεξιότητες.

5.4 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα δεδομένα των απαντήσεων των ερωτηματολογίων κωδικοποιήθηκαν και έγινε η επεξεργασία τους με το στατιστικό πακέτο SPSS v17, με περιγραφική στατιστική, δηλαδή

υπολογίστηκαν απόλυτες και σχετικές συχνότητες (%), μέσοι όροι, εύρη κατανομής και διακυμάνσεις.

5.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος διερευνά τις απόψεις των φοιτητών ως προς το μοντέλο του εκπαιδευτή που θεωρούν καταλληλότερο για να τους διδάξει κλινικές δεξιότητες. Το δεύτερο μέρος διερευνά τις απόψεις των φοιτητών για την ενδεχόμενη συνδιδασκαλία φοιτητών νοσηλευτικής και φοιτητών ιατρικής στο Εργαστήριο Κλινικών Δεξιοτήτων.

5.6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΡΟΣ 1

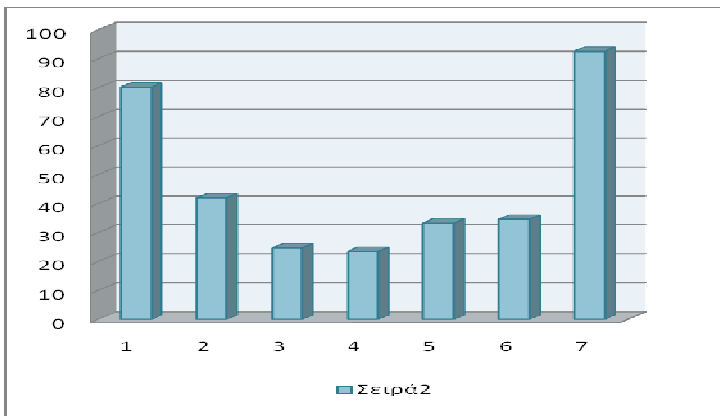
α. Ποια άλλα επαγγέλματα θα μπορούσαν να συμμετέχουν στην εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής.

Η ερώτηση αυτή αποσκοπεί στην ιεράρχηση των προτεραιοτήτων των φοιτητών ως προς το ποιοι άλλοι επαγγελματίες πέρα των νοσηλευτών θεωρούν απαραίτητο να συμμετέχουν στην εκπαίδευσή τους. Στα ερωτηματολόγια τους δίνονται οι εξής επιλογές που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με το επάγγελμα του νοσηλευτή:

1. Βιολόγοι
2. Δικηγόροι
3. Γιατροί
4. Φυσικοθεραπευτές
5. Κοινωνικοί Λειτουργοί
6. Ψυχολόγοι
7. Φαρμακοποιοί

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η πλειοψηφία των φοιτητών επέλεξε με σειρά προτεραιότητας πρώτο το επάγγελμα του Ιατρού (80,25%), δεύτερο το επάγγελμα του φαρμακοποιού (41,47%), τρίτο το επάγγελμα του φυσικοθεραπευτή (24,7%), στην τέταρτη θέση βρίσκονται οι βιολόγοι (23,45%), πέμπτοι έρχονται οι ψυχολόγοι(33,3%), έκτη οι κοινωνικοί λειτουργοί(34,6) και τέλος έβδομοι είναι οι δικηγόροι(92,6). (γράφημα 1)

Γράφημα 1



1=Ιατροί

2=Φαρμακοποιοί

3=Φυσικοθεραπευτής

4=Βιολόγοι

5=Ψυχολόγοι

6=Κοινωνικοί Λειτουργοί

7=Δικηγόροι

β. Ποιος πιστεύεται είναι ο καταλληλότερος για να αναλάβει την εκπαίδευση στα αντικείμενα που διδάσκονται στο Εργαστήριο Κλινικών Δεξιοτήτων

Στην ερώτηση αυτή ζητείται από τους φοιτητές να επιλέξουν τον καταλληλότερο επαγγελματία για να τους διδάξει στο εργαστήριο κλινικών δεξιοτήτων τις εξής επαγγελματικές δραστηριότητες:

1. Κλινική εξέταση
2. Ζωτικά σημεία
3. Φλεβοκέντηση
4. Ενέσεις
5. Καθετηριασμός κύστης
6. Συρραφή τραύματος
7. Πρόληψη λοιμώξεων

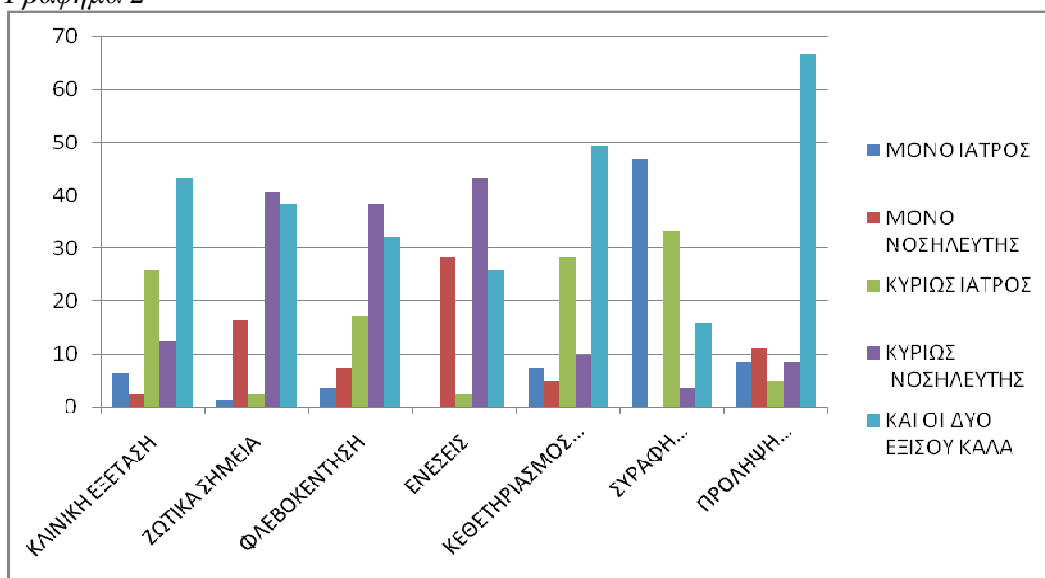
Σύμφωνα με τις απαντήσεις των φοιτητών νοσηλευτικής και την ανάλυση των στατιστικών στοιχείων τα αποτελέσματα είναι τα εξής:

Το 43,2% των φοιτητών πιστεύει ότι ο καταλληλότερος για να τους διδάξει να εκτελούν κλινική εξέταση είναι και οι δύο εξίσου καλά για την λήψη ζωτικών σημείων και την φλεβοκέντηση το 40,74% και το 38,3% αντίστοιχα προτιμούν κυρίως νοσηλεύτη, όπως και για να διδαχθούν να κάνουν ενέσεις προτιμούν επίσης κυρίως νοσηλεύτη σε ποσοστό 43,2%. Ως προς την πράξη του καθετηριασμού κύστεως και την πρόληψη λοιμώξεων θεωρούν πως ιατροί και νοσηλεύτές θα μπορούσαν να τους διδάξουν εξίσου καλά σε ποσοστά 49,4% και 66,6%. Τέλος το 46,9% προτιμούν να διδαχθούν την συρραφή τραύματος μόνο από ιατρό(πίνακας 3) (Γράφημα 2).

Πίνακας 3

	<i>ΜΟΝΟ ΙΑΤΡΟΣ</i>	<i>ΜΟΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ</i>	<i>ΚΥΡΙΩΣ ΙΑΤΡΟΣ</i>	<i>ΚΥΡΙΩΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ</i>	<i>ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ ΕΞΙΣΟΥ ΚΑΛΑ</i>
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	6,25	2,5	25,9	12,3	43,2
ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ	1,23	16,2	2,5	40,7	38,2
ΦΛΕΒΟΚΕΝΤΗ ΣΗ	3,7	7,4	17,3	38,3	32,1
ΕΝΕΣΕΙΣ	0	28,4	2,5	43,2	25,9
ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜ ΟΣ ΚΥΣΤΗΣ	7,4	4,9	28,4	9,9	49,4
ΣΥΡΡΑΦΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ	46,9	0	33,3	3,75	16
ΠΡΟΛΗΨΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	8,6	11,1	4,9	8,6	66,6

Γράφημα 2



γ. Ποιο πιστεύεται πρέπει να είναι το προφίλ του ιδανικού εκπαιδευτή στο εργαστήριο κλινικών δεξιοτήτων.

Στην ερώτηση αυτή ζητείται από τους φοιτητές να επιλέξουν το προφίλ του ιδανικού εκπαιδευτή στο εργαστήριο κλινικών δεξιοτήτων. Τους δόθηκαν τρεις επιλογές από τις οποίες τους ζητήθηκε να επιλέξουν το μοντέλο που κατά τη γνώμη τους θα ήταν το ιδανικό. Οι επιλογές που τους δόθηκαν είναι οι παρακάτω:

1. Ιατρός
2. Νοσηλεύτης
3. Ιατρός και νοσηλεύτης

Από τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων βγήκαν τα παρακάτω αποτελέσματα: η πλειοψηφία των φοιτητών νοσηλευτικής σε ποσοστό 50,62% πιστεύουν ότι ιατρός ή νοσηλεύτης θα μπορούσαν να τους διδάξουν εξίσου καλά στο εργαστήριο κλινικών δεξιοτήτων (λαμβάνοντας υπόψη την προηγούμενη ερώτηση) επάνω σε διαφορετικές δραστηριότητες. Το 41,97% των ερωτηθέντων θεωρούν ως ιδανικό εκπαιδευτή τον νοσηλεύτη, και το 7,4% επιλέγουν ως ιδανικό εκπαιδευτή τον ιατρό. (γράφημα 3)

Γράφημα 3



δ. Ιεραρχήστε τις παρακάτω επιλογές που περιγράφουν τα χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν τον ιδανικό εκπαιδευτή.

Σε αυτό το σημείο του ερωτηματολογίου ζητείται από τους φοιτητές να ιεραρχήσουν τα χαρακτηριστικά μεγαλύτερης σπουδαιότητας που προσδιορίζουν τον ιδανικό εκπαιδευτή. Τους δίνονται τα εξής χαρακτηριστικά :

- Άτομο εκπαιδευμένο στο αντικείμενο διδασκαλίας
- Άτομο με γενική επιστημονική κατάρτιση
- Άτομο κατάλληλα προετοιμασμένο για το συγκεκριμένο μάθημα
- Άτομο με μεταδοτικότητα
- Άτομο με ευγένεια και προθυμία
- Άτομο που απαντά σε όλες της ερωτήσεις,

τα οποία πρέπει να ιεραρχήσουν με μία κλίμακα από το 1 έως το 6, όπου το 1 είναι υψηλότερης σπουδαιότητας και το 6 επιλογή μικρότερης σπουδαιότητας.

Από τις απαντήσεις που δόθηκαν σε αυτό το τμήμα του ερωτηματολογίου σύμφωνα με τις απόψεις των φοιτητών, τα χαρακτηριστικά που περιγράφουν τον ιδανικό εκπαιδευτή κατά σειρά προτεραιότητας παρουσιάζονται παρακάτω.

Σαν χαρακτηριστικό υψηλότερης σπουδαιότητας επιλέχθηκε από τους φοιτητές ο εκπαιδευτής που θα τους διδάξει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος στο αντικείμενο διδασκαλίας(43,2%), κατά δεύτερη προτεραιότητα το άτομο αυτό θα πρέπει να είναι κατάλληλα προετοιμασμένο για το συγκεκριμένο μάθημα(22,2%). Στην τρίτη θέση υπάρχει ισοψηφία μεταξύ ατόμου με γενική επιστημονική κατάρτιση και ατόμου με μεταδοτικότητα με το ίδιο ποσοστό(25,9%), στην τέταρτη και στην πέμπτη θέση τοποθετούν το άτομο με ευγένεια και προθυμία(26% και 32%) και τέλος στην έκτη θέση τοποθετούν το άτομο που απαντά σε όλες τις ερωτήσεις(47%).

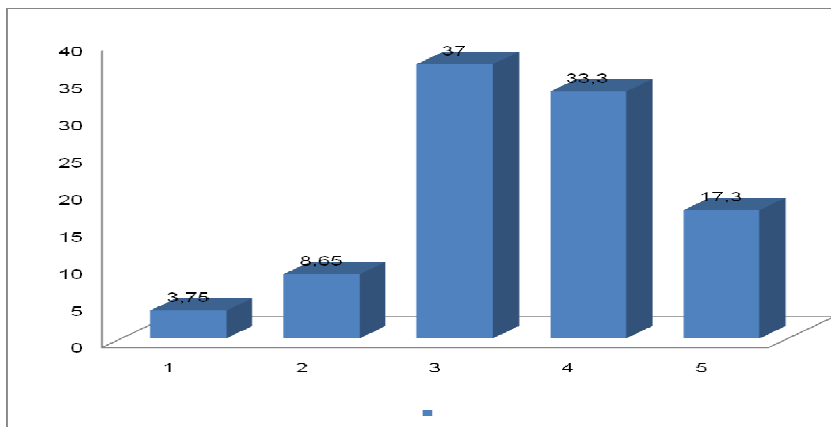
ε. Εάν οι συνθήκες εκπαίδευσης ήταν οι πλέον κατάλληλες, οι φοιτητές ιατρικής και νοσηλευτικής θα μπορούσαν να διδάσκονται μαζί κλινικές δεξιότητες;

Αυτή η ερώτηση τοποθετήθηκε μέσα στο ερωτηματολόγιο για να διευκρινιστούν οι απόψεις των φοιτητών όσο αναφορά την συνδιδασκαλία κλινικών δεξιοτήτων κάτω από

κατάλληλες συνθήκες των φοιτητών νοσηλευτικής και ιατρικής. Στην ερώτηση αυτή τους δόθηκε μία κλίμακα από το 1 έως το 5 με βάση την οποία το 1 είναι «διαφωνώ απόλυτα», 2 « διαφωνώ», 3 «ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ», 4 «συμφωνώ» και 5 « συμφωνώ απόλυτα».

Το 37% των φοιτητών νοσηλευτικής ούτε συμφωνούν, ούτε διαφωνούν με το ενδεχόμενο να διδάσκονται μαζί με τους φοιτητές ιατρικής κλινικές δεξιότητες, το 33,3 % συμφωνεί πως κάτω από τις κατάλληλες συνθήκες θα μπορούσαν να διδάσκονται μαζί κλινικές δεξιότητες, το 17,3% συμφωνεί απόλυτα με αυτό το ενδεχόμενο, ενώ το 8,65% και 3,75% αντίστοιχα διαφωνεί και διαφωνεί απόλυτα με το ενδεχόμενο συνδιδασκαλίας ακόμα και κάτω από τις κατάλληλες συνθήκες. (γράφημα 4)

Γράφημα 4



1=διαφωνώ απόλυτα, 2=διαφωνώ, 3=ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=συμφωνώ, 5=συμφωνώ απόλυτα

5.7 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΡΟΣ 2

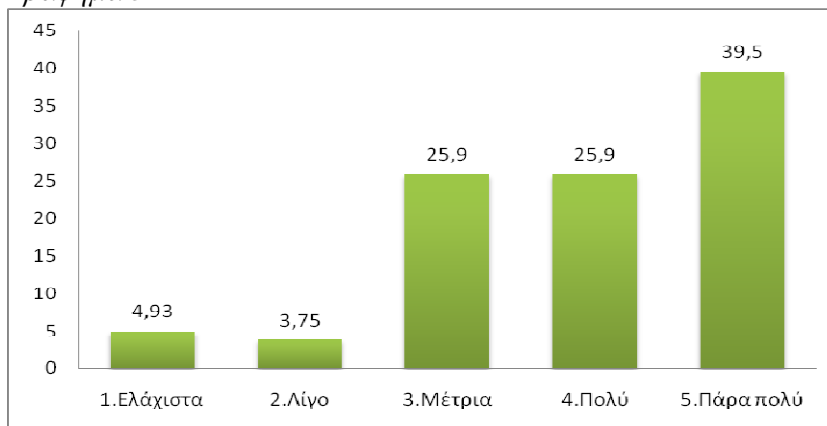
Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου δίνονται στους φοιτητές οχτώ ερωτήσεις και τους ζητείται να απαντήσουν με μία κλίμακα από το 1 έως το 5 σε πιο βαθμό θα επηρέαζε η ενδεχόμενη συνδιδασκαλία φοιτητών νοσηλευτικής και ιατρικής στο εργαστήριο κλινικών δεξιοτήτων. Η βαθμολογία έχει ως εξής: 1 «ελάχιστα», 2 «λίγο», 3 «μέτρια», 4 «πολύ», 5 «πάρα πολύ».

Σε ποιο βαθμό η ενδεχόμενη συνδιδασκαλία φοιτητών νοσηλευτικής και ιατρικής στο Εργαστήριο Κλινικών Δεξιοτήτων. . .

1. Θα συνέβαλε στην αναγνώριση του ρόλου του νοσηλευτή από τους φοιτητές ιατρικής;
2. Θα συνέβαλε στην καλύτερη συνεργασία ιατρών και νοσηλευτών;
3. Θα υποβάθμιζε την εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής;
4. Θα υποβάθμιζε την εκπαίδευση φοιτητών ιατρικής;
5. Θα συνέβαλε στην μείωση των οξύνσεων και αντιθέσεων στις σχέσεις ιατρών και νοσηλευτών;
6. Θα αναβάθμιζε την εκπαίδευση φοιτητών ιατρικής σε κλινικές δεξιότητες;
7. Θα αναβάθμιζε την εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής;
8. Θα δυσχέραινε τη διάκριση των ρόλων μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών;

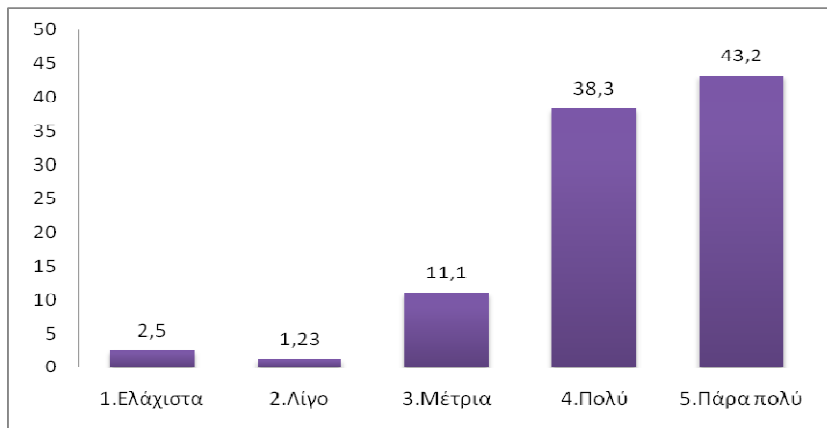
Σύμφωνα με τις απαντήσεις των φοιτητών στις παραπάνω ερωτήσεις βλέπουμε ότι στην ερώτηση 1 το 39,5% των φοιτητών θεωρεί ότι η ενδεχόμενη συνδιδασκαλία θα συνέβαλε πάρα πολύ στην αναγνώριση του ρόλου του νοσηλευτή από τους φοιτητές ιατρικής, το 25,9% ότι θα συνέβαλε πολύ, το 25,9% μέτρια, το 3,75% λίγο και το 4,39% ελάχιστα. (Γράφημα 5)

Γράφημα 5



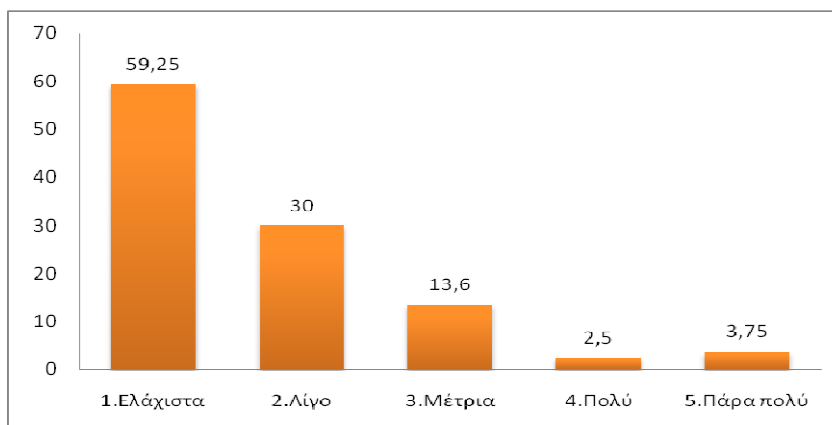
Στην ερώτηση 2 που αφορά την συμβολή της ενδεχόμενης συνδιδασκαλίας στην καλύτερη συνεργασία ιατρών και νοσηλευτών το 43,2% θεωρεί ότι θα συνέβαλε πάρα πολύ, το 38,3% ότι θα συνέβαλε πολύ, το 11,1% μέτρια, το 1,23% λίγο και το 2,5% ελάχιστα (Γράφημα 6) .

Γράφημα 6



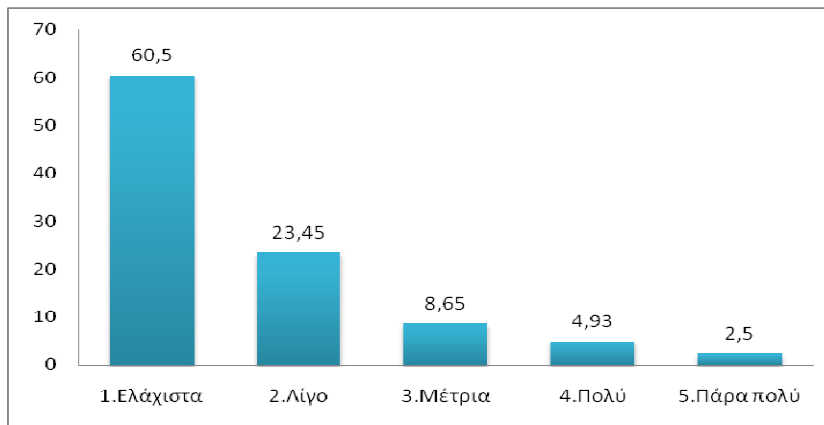
Στην ερώτηση 3 οι φοιτητές ερωτώνται εάν η συνδιδασκαλία θα υποβάθμιζε την εκπαίδευση των φοιτητών νοσηλευτικής, το 59,25% πιστεύει ότι θα την υποβάθμιζε ελάχιστα, το 30% λίγο, το 13,6% μέτρια, το 2,5% πολύ και το 3,75% πάρα πολύ (Γράφημα 7).

Γράφημα 7



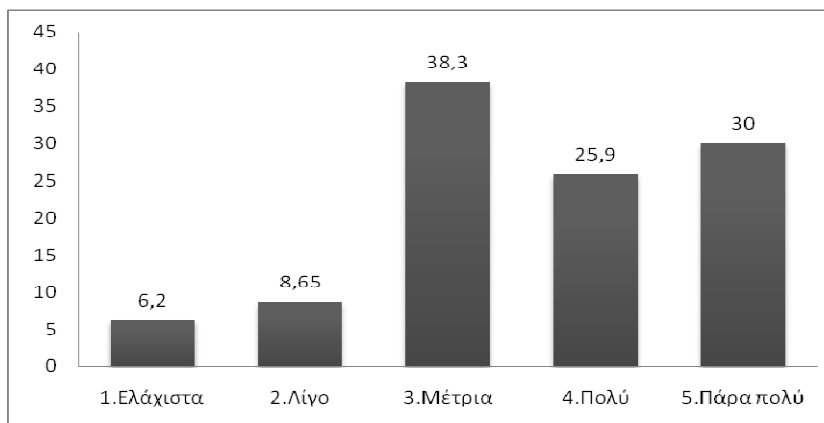
Στην ερώτηση 4 που αφορά την υποβάθμιση της εκπαίδευσης των φοιτητών ιατρικής, το 60,5% θεωρεί ότι θα την υποβάθμιζε ελάχιστα, το 23,45% λίγο, το 8,65% μέτρια, το 4,39% πολύ και το 2,5% πάρα πολύ (Γράφημα 8).

Γράφημα 8



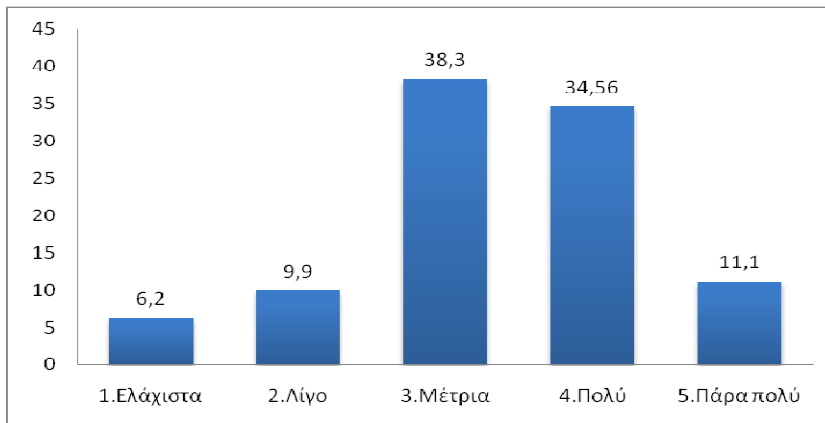
Στην ερώτηση 5 οι φοιτητές πιστεύουν ότι η ενδεχόμενη συνδιδασκαλία θα συνέβαλε στην μείωση των οξύνσεων και αντιθέσεων στις σχέσεις ιατρών και νοσηλευτών σε ποσοστό 6,2% ελάχιστα, 8,65% λίγο, 38,3% μέτρια, 39,5% πολύ και 30% πάρα πολύ(Γράφημα 9).

Γράφημα 9



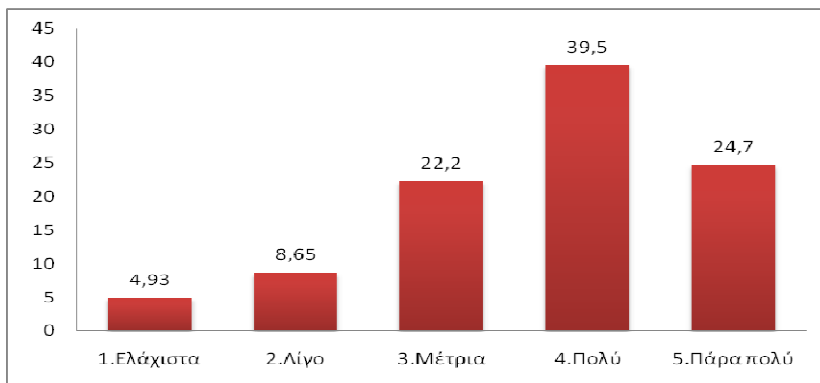
Στην ερώτηση 6 το 6,2% θεωρεί ότι η ενδεχόμενη συνδιδασκαλία θα αναβάθμιζε ελάχιστα την εκπαίδευση των φοιτητών ιατρικής, το 9,9% λίγο, το 38,3% μέτρια, το 34,56% πολύ και το 11,1% πάρα πολύ (Γράφημα 10).

Γράφημα 10



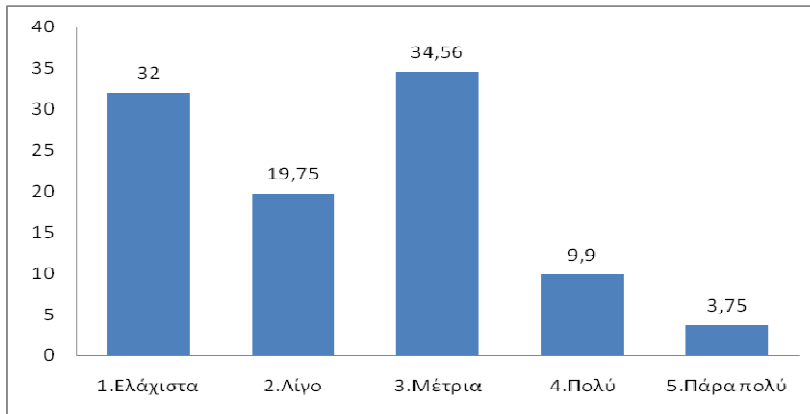
Στην ερώτηση 7 οι φοιτητές απάντησαν ότι η συνδιδασκαλία θα συνέβαλε στην αναβάθμιση της εκπαίδευσης των φοιτητών νοσηλευτικής με ποσοστό 4,93% ελάχιστα, 8,65% λίγο, 22,2% μέτρια, 39,5% πολύ και 24,7% πάρα πολύ (Γράφημα 11).

Γράφημα 11



Τέλος, στην ερώτηση 8 η οποία αφορά το ενδεχόμενο η συνδιδασκαλία να δυσχεραίνει την διάκριση των ρόλων μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, το 4,93% πιστεύει ότι θα την δυσχέραινε λίγο, το 8,65% λίγο, το 22,2% μέτρια, το 39,5% πολύ και το 24,7% πάρα πολύ (Γράφημα 12).

Γράφημα 12



5.8 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από τα αποτελέσματα που βγάλαμε μέσα από τα ερωτηματολόγια φαίνεται ότι οι φοιτητές νοσηλευτικής θεωρούν απαραίτητη την συμμετοχή και άλλων επαγγελματιών πέρα των νοσηλευτών στην εκπαίδευση τους επάνω στις κλινικές δεξιότητες. Γιατροί , φαρμακοποιοί, βιολόγοι ακόμα και δικηγόροι θα μπορούσαν να αναβαθμίσουν την νοσηλευτική εκπαίδευση, δίνοντας στους μελλοντικούς νοσηλευτές περισσότερα εφόδια για την επαγγελματική τους δραστηριότητα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται παραπάνω αντιλαμβανόμαστε ότι οι φοιτητές διαχωρίζουν τις κλινικές δεξιότητες που πρέπει να διδαχθούν σε αυτές που θα μπορούσαν να κατανοήσουν καλύτερα εάν τις διδάσκονταν από κάποιον ιατρο ή από νοσηλευτή ή ακόμα και από τους δύο εξίσου καλά. Μέσα από τις απαντήσεις τους επιλέγουν ως το προφίλ του ιδανικού εκπαιδευτή στο εργαστήριο κλινικών δεξιοτήτων τον νοσηλευτή ή τον ιατρό ανάλογα με την κλινική πράξη που θα διδαχθούν. Σε λίγο μικρότερο ποσοστό επιλέγουν μόνο τον νοσηλευτή ως ιδανικό εκπαιδευτή ενώ ελάχιστοι θεωρούν ότι ο ιδανικός εκπαιδευτής κλινικών δεξιοτήτων είναι μόνο ο ιατρός.

Επίσης οι φοιτητές προσδιορίζουν τα χαρακτηριστικά που περιγράφουν τον ιδανικό εκπαιδευτή. Ως πιο σπουδαίο χαρακτηριστικό προσδιορίζουν την εκπαίδευση του διδάκτορα επάνω στο αντικείμενο διδασκαλίας, το άτομο που τους διδάσκει πρέπει να είναι κατάλληλα

προετοιμασμένο για το συγκεκριμένο μάθημα, να έχει μεταδοτικότητα και γενική επιστημονική κατάρτιση, να είναι άτομο με ευγένεια και προθυμία και να απαντά σε όλες της ερωτήσεις.

Ένα ακόμα στοιχείο που μας δίνει η έρευνα είναι πως το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών πιστεύει ότι οι φοιτητές νοσηλευτικής και ιατρικής θα μπορούσαν να διδαχθούν μαζί κλινικές δεξιότητες, εάν οι συνθήκες εκπαίδευσης ήταν οι πλέον κατάλληλες. Τέλος από τα αποτελέσματα της έρευνα συμπεράνουμε ότι η συνδιδασκαλία ιατρών και νοσηλευτών θα συνέβαλε στην αναγνώριση του ρόλου του νοσηλευτή από τους φοιτητές ιατρικής και στην καλύτερη συνεργασία μεταξύ αυτών, θα αναβάθμιζε αρκετά την εκπαίδευση των φοιτητών νοσηλευτικής χωρίς όμως να υποβαθμίζεται η εκπαίδευση των φοιτητών ιατρικής, καθώς και θα συνέβαλε στην μείωση των οξύνσεων και των αντιθέσεων μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών.

Κλείνοντας πρέπει να αναφέρουμε ότι η αναβάθμιση στην εκπαίδευση των νοσηλευτών, η συνεχής βελτίωση της εκπαίδευσης επάνω στις κλινικές δεξιότητες είναι απαραίτητη έτσι ώστε να αναβαθμιστεί η φροντίδα της υγείας του ασθενούς με όσο το δυνατό λιγότερα λάθη. Προτεραιότητα του κάθε επαγγελματία της υγείας είναι η ασφάλεια του ασθενή, και αυτή μπορεί να διασφαλιστεί μόνο με την συμβολή ενός σωστά καταρτισμένου επαγγελματία.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι αυξανόμενες προκλήσεις στον τομέα της υγείας απαιτούν από τους επαγγελματίες υγείας περισσότερη συνεργασία μεταξύ τους, ώστε να επεκταθεί το παραδοσιακό μοντέλο της διεπαγγελματικής συνεργασίας και πρακτικής. Ο διεπαγγελματισμός στο χώρο της υγείας είναι ένας εξελικτικός παράγοντας που θα βοηθήσει στην αποτελεσματικότερη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας και ειδικότερα του ιατρού και του νοσηλευτή, ώστε να αυξηθεί η ποιότητα παροχής φροντίδας και υγείας των ασθενών. Είναι δεδομένο, ότι συνεργασία αυτή, είναι μια σημαντική προϋπόθεση για την σωστή λειτουργία των υγειονομικών υπηρεσιών.

Ο αυξανόμενος αριθμός ασθενών τα τελευταία χρόνια κάνουν επιτακτική την διεπαγγελματική συνεργασία. Η αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αποδίδει θετικά σημάδια γρήγορης επιτυχίας και αποκατάστασης της υγείας ενός ασθενή. Επομένως ο χώρος εργασίας του νοσοκομείου είναι ένας πολυεπαγγελματικός και πολυεπιστημονικός χώρος. Η διεπιστημονική εκπαίδευση και συνεργασία είναι ολοφάνερο ότι οδηγεί σε καλύτερη ποιότητα παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Albert HB, Goldman LD, Kilray CM and Pike AN. (1992). Toward an understanding of collaboration, the nursing clinics of North America 27: 47-59

American Hospital Association Commission on workforce for Hospitals and Health Systems. (2002). Helping hospital leaders build a thriving workforce, Available from: www.aha.org/workforce/commission

Baggs JG and Schmitt MH. (1997). Nurses and resident physicians perceptions of the process of collaboration in a MICU, Research in nursing and Health, 20: 71-80

Baggs JG. (1997). Intensive care unit use and collaboration between nurses and physicians, Heart Lung (1989) 18: 332-338, Shammon SE, The roots of interdisciplinary conflict around ethical issues, Grit Care Nurs clin North Am, 9: 13-28

Ballack JP. (1999). Emotional intelligence, a missing ingredient, Journal of Nursing Education 38: 3-4

Barr H. (2002). Interprofessional education: Today, *Yesterday and Tomorrow*, Occasional paper no1, London, Learning and teaching support network centre for health sciences and practice

Bolton CS. (2000). Offering emotion work as a gift in the nursing labour process journal of advancer Nursing 32: 580-587

Conway J and MacMillan M. (2003). Quality Health Care Delivery: *Implication for Multiprofessional Learning the network interprofessional conference*, Towards Equity in Education, Training and Health Care Delivery. Newcastle, Australia

D' Amour D and Oandasam L. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: *An emerging concept*, Journal of interprofessional care. Supplement 18-20

Eubanks P. (1991). Quality improvement, *key to changing nurse relations*, Hospitals 65: 26-30

European Interprofessional Education network (EIPEN) centre for health sciences and practice. (2006). Available from: www.health.heacademy.ac.uk/projects

- Fagin CM. (1992). Collaboration between nurses and physicians, no longer a choice, *Academic Medicine* 67: 295-303
- Farrell GA. (2001). From tall poppies to squashed weeds , *why don't nurses pull together more*, *journal of Advanced nursing* 35: 26-33 and *Aggression in clinical setting, nurses views* 25: 501-508(1997)
- Freeth D, Hammick M, Koppel L, Reeves S, Barr H. (2005). *Evaluating Interprofessional Educations: A self help Guide, Higher educations academy learning and teaching support net work for health sciences and practice*, London, Available from: www.health.heacademy.ac.uk/
- Gloria Daly, BA, BSc, RGN. (2004). Is clinical practice development nurse, Barnet Primary Care Trust. *Understanding the barriers to multiprofessional collaboration* VOL: 100, ISSUE: 09, PAGE NO: 782
- Gurran VR, Sharpe DA. (2007). Framework for intergrading interprofessional education curriculum in the health sciences education for health vol. 20, issue 3, Available from: www.educationforhealth.net
- Keir, Weis and Krebs. (2002) *Δεοντολογία Επαγγελματιών υγείας και Πρόνοιας*, Αθήνα , Εκδόσεις Έλλην
- Kimball B and O' Neill E. (2002). *Health care's human crisis, The American Nursing Shortage*, The Robert wood Jonson Foundation , Princeton NJ
- Leila M, Rochedreux A, Chevalier S, Lombrail P, Gasquet I. (2008). Medical information delivered to patients : *Discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction*, In : *Patient Education and Counseling* 70 94-101.
- Leila M, Rochedreux, Chevalier S, Lombrail P, Casquet I. (2008). Medical information delivered to patients, *discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction*, *Patient Education and Counseling* 94-101
- Liaskosa J, Frigasa A, Antypas A, Zikosa D, Diomidus M, Mantasa J. (2009). Promoting Interprofessional education in health sector within the European Interprofessional Education Network: *International journal of medical informatics* 78s S43-S47 Journal home page: www.intl.elsevierhealth.com/journals/ijmi

- Mandy A, Milton C, Mandy P. (2004). Professional stereotyping and interprofessional education , *Learning in Health and social care* 3 (3) 154-170
- Miller K-L, Reeves S, Zwarenstein M, Beales J, Kenaszchuk C, Conn L. (2008). *Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study*, In: JAN original research
- Morrison S, Booham M, Moutray M, Jenkins J, (2004) Developing prequalification interprofessional education for nursing and medical students, sampling students attitudes to guide development nurse education in practice vol. 4 ,202-29
- Mpofu R, Daniels P and Adonis T-A. (2004). Student perceptions of Community Service Learning Experiences in Community Health Services, The Network International conference overcoming health disparities: *Global experiences from partnerships between communities*, Health Services and health professional schools. Atlanta US
- Rabcliffe M. (2000). Doctors and nurses, *New gone, sane results* 320: 10-85
- Reeves S, Freeth D. (2002). The London training ward: *An innovative interprofessional learning initiative*, *Journal of interprofessional care* 16: 41-52
- Schaeter HG, Helmreich RL, Schedeggr D. (1994). Human Factors and safely in emergency medecine, *Resuscitation* 28: 221-225
- Tzenalis A and Sotiriadou C. (2010). Health promotions as multi-professional and multi-disciplinary work (Review paper), *International Journal of caring sciences* vol. 3, issue 2, Available from: www.internationaljournalofcaringssciences.org
- Αθανάτου, Ε-Κ. (2007). *Κλινική νοσηλευτική, Βασικές και ειδικές νοσηλείες*, Αθήνα
- Γαρυφάλλου Κ, Κουρπαινίδου Α, Κυπάρου Μ, Γρηγοριάδου Σ. (2009). *Διεπαγγελματική συνεργασία ιατρών και νοσηλευτών, Πτυχιακή εργασία, Τμήματος νοσηλευτικής, Θεσσαλονίκη*
- Γομάτου Ν. (2007). *Διεπαγγελματισμός και εκπαίδευση στον Ελληνικό χώρο της υγείας, Διπλωματική μεταπτυχιακή εργασία, Πληροφορικής υγείας, Τμήματος νοσηλευτικής, Αθήνα*
- Δημητριάδου-Παντέκα Α., Φουντούκη Α., Θεοφανίδης Δ.Ντιό Ε. (2010). *Διερεύνηση νοσηλευτικού εργασιακού κλίματος με χρήση δεικτών ομοιο- και ετερο-επαγγελματικής συνεργασίας*. *Νοσηλευτική*, 49(1): 91–100

- Διλίντας Α., Σεβαστάκη Ε., Νεονάκης. (2006). *Η αναζήτηση της ποιότητας στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, Επιθεώρηση Υγείας*, 17(101):43-47.
- Εισηγητική Έκθεση του Ν. 1397/83 σελ. 5 και Ν. 1397/83 Εθνικό Σύστημα Υγείας, Άρθρο 5, ΦΕΚ 143, Αθήνα
- Έλληνας Δ. *Ιατρός, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Το κλειδί για να μετατραπεί το ΕΣΥ από σύστημα ασθένειας, σε σύστημα υγείας*, ΙΘ Τεύχος 48
- Κυριακόπουλος Γ, Λιονης Χ, Δημολιάτης Γ, Μερκούρης Μ-Π, Οικονόμου Χ, Τσάκος Γ, Φιλαλήθης Τ. (2000). *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Τόμος 12, Τεύχος 4, σελ. 169-188,
- Μαντζούκας Σ. Μαντζούκα Χ. (2010). *Η εισαγωγή της ανάκλασης στην Ελληνική νοσηλευτική εκπαίδευση: μετά τον θετικισμό, λίγο πριν τον μεταμοντερνισμό, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, Τόμος 2, Τεύχος 1, 18-27
- Μελέτη ICAP. (2001). *Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα
- Παπαδόπουλος Ι. (2005). *Μεταπτυχιακή Διατριβή, υποβλήθηκε στο Imperial college London, Tanaka Business School*
- Πολυνείκης Α. ΜΟ, ΜΡΗ, *Εθνικό Σύστημα Υγείας*
- Σαπουντζή-Κρέπια Δ. (2001). *Ομάδα υγείας: Διεπαγγελματική συνεργασία συγκρούσεις και διαχείριση συγκρούσεων. Νοσηλευτική*, 1:75-81
- Σουλιώτης Κ, Μαριόλης Δ. (2004). *Η διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Τόμος 16, Τεύχος 2, σελ. 87-93,
- Χατζηπουλίδης Γ. (2004). *Η ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας για τη διαμόρφωση ενός σύγχρονου συστήματος υγείας. Το βήμα του Ασκληπιού*, 3(2):93-98