

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΕΣ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**Δρ. Δέσποινα Σαπουντζή - Κρέπια BSc, MSc, PhD**

Επισκέπτρια Επίκουρη Καθηγήτρια

Πανεπιστημίου Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής

*Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ένα Ελληνικό νοσοκομείο και εξετάζει: α) Αν οι διαφορές αντιλήψεων μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτριών, όσον αφορά τη φροντίδα των συγγενών των ηλικιωμένων νοσηλευομένων ασθενών, προκαλούν συγκρούσεις στη διεπαγγελματική τους συνεργασία.*

*β) Να συστήσει μέτρα για τη βελτίωση της διεπαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτριών και κοινωνικών λειτουργών.*

*Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι οι νοσηλεύτριες και οι κοινωνικοί λειτουργοί επικεντρώνονται στις διαφορές αντιλήψεων που εντοπίζουν κατά τη διάρκεια της διεπαγγελματικής συνεργασίας τους. Επιπλέον οι διαφορές αντιλήψεων προκαλούν συγκρούσεις μεταξύ των συνεργαζομένων επαγγελματιών.*

*Δύο κύριες στρατηγικές για τη βελτίωση της διεπαγγελματικής συνεργασίας τους συνέστησαν οι ερωτηθέντες κοινωνικοί λειτουργοί και νοσηλεύτριες.*

*α) Κοινή εκπαίδευση (προπτυχιακή - μεταπτυχιακή)*

*β) Επίσημη θεσμοθέτηση από τις αρχές του νοσοκομείου της διεπαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτριών και κοινωνικών λειτουργών.*

## **Διεπαγγελματική συνεργασία**

Η λέξη συνεργασία συνειρμικά φέρνει στο νου τις έννοιες, μοιράζομαι, υποστηρίζω, προσπάθεια για επίτευξη κοινών στόχων. Ο ορισμός της συνεργασίας που δόθηκε από τους Aradine and Pridham (1973) περιγράφει πολύ καλά την έννοια.

“Συνεργασία είναι μια διαδικασία κοινής εργασίας με κοινά αποδεκτούς στόχους και φιλοσοφία, ενώ ταυτόχρονα είναι απαραίτητη η κατανόηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, όπως είναι οι ικανότητες, οι γνώσεις και τα στοιχεία προσωπικότητας και συμπεριφοράς που έχει καθένα από τα συμβαλλόμενα μέλη σαν επαγγελματίας αλλά και σαν άτομο”.

Από τον παραπάνω ορισμό συνάγεται ότι η συνεργασία απαιτεί κοινές προσπάθειες και ενέργειες για την καθιέρωση κοινών στόχων. Κάθε άτομο πρέπει να συμβάλει για την καθιέρωση στόχων που ικανοποιούν τα μέλη που συνεργάζονται μεταξύ τους, αλλά επιπλέον πρέπει να αναγνωρίζεται η ιδιαίτερη μερικές φορές

συμβολή κάποιου μέλους της ομάδας σαν ειδικού για την επίλυση ενός προβλήματος. Επί πλέον, όπως τονίζεται από τους Bloom & Parad (1976) η λεξη συνεργασία περιλαμβάνει και την έννοια της Ομάδας Υγείας, δηλαδή της επαγγελματικής συνεργασίας.

Οι Mailick and Ashley (1981) δίνουν μια καλή περιγραφή της έννοιας της διεπαγγελματικής συνεργασίας και προσπαθούν με την περιγραφή αυτή να μειώσουν τυχόν παραποιήσεις της παραπάνω έννοιας.

“Ο όρος συνεργασία συνήθως φέρνει στο νου την εικόνα της συνεδρίασης μιας ομάδας. Η συνειρμική αυτή σύνδεση είναι ατυχής επειδή συνεργασία είναι μια ευρύτερη διαδικασία και η συνεδρίαση της ομάδας είναι μόνο ένα στοιχείο από τις τεχνικές και τους μηχανισμούς με τους οποίους επιτυγχάνεται η διαδικασία της συνεργασίας. Η διεπαγγελματική συνεργασία περιλαμβάνει επικοινωνία, καθοδήγηση με την έννοια της συμβουλευτικής, τήρηση κοινών στοιχείων, επανεκτίμηση των στοιχείων, ανταλλαγή πληροφοριών ιδεών και επίσημα θεσμοθετημένες συναντήσεις και συνεδριάσεις”.

Στον τομέα της φροντίδας υγείας η διεπαγγελματική συνεργασία έχει γίνει ένα σημαντικό σημείο σκέψης καθώς η παροχή φροντίδων υγείας στις σύγχρονες κοινωνίες γίνεται ολοένα και πολυπλοκότερη και έτσι πολλά άτομα από διάφορα επαγγέλματα είναι υποχρεωμένα να εργάζονται από κοινού για να είναι δυνατή η παροχή επαρκούς και υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας.

Η διεπαγγελματική συνεργασία και η έννοια της ομάδας υγείας βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των επαγγελματιών υγείας τις τελευταίες δεκαετίες. (Bettner 1987, Rosembaum and Fuller 1973, Lamonica and Schmidt 1986, Oishi et al 1986, Feldman et al 1987, Weiss 1985, Gross and Gross 1987, Schneiderman 1978, Olsen and Olsen 1967, Coulton 1981). Ακόμα η διεπαγγελματική συνεργασία υποστηρίζεται από τους επαγγελματίες που εργάζονται στο χώρο της υγείας γιατί πιστεύουν πως με την συνεργασία γίνεται δυνατή η παροχή πιο αποτελεσματικών φροντίδων στα άτομα που ζητούν αυτές τις φροντίδες (Mailick and Ashley 1981, King 1990).

Όπως υποστηρίζεται και από τον Wiliam (1978) και τους συνεργάτες του, η επίτευξη υψηλής ποιότητας φροντίδας εξαρτάται κατά πολύ από την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας να συνεργάζονται και να συμβάλουν με τις εξειδικευμένες γνώσεις τους στην ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών. Η άποψη αυτή αποκτά μια ιδιαίτερη σημαντικότητα, γιατί οι σύγχρονες τάσεις για τη φροντίδα των ασθενών στα νοσοκομεία τονίζουν την ανάγκη να περιλαμβάνεται όλη η οικογένεια στις θεραπευτικές φροντίδες που παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας (Simon 1981, Griego et al 1990).

Οι νοσηλευτές και οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι δύο ομάδες επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας που μπορούν συνεργαζόμενες να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο στη φροντίδα των ασθενών και των οικογενειών τους, γιατί όπως υποστηρίζεται από πολλούς επίσημους η διεπαγγελματική συνεργασία βελτιώνει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Gross and Gross 1987, Schneiderman 1978, Olsen and Olsen 1967, Phillips 1977).

## **Παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιλήψεις στη διεπαγγελματική συνεργασία**

Η αντίληψη είναι ένα βασικό στοιχείο της ανθρώπινης συμπεριφοράς γιατί είναι ένας παράγοντας που παρεμβαίνει μεταξύ του ερεθίσματος και της εκδηλούμενης συμπεριφοράς (King 1962:32).

Στον τομέα της παροχής φροντίδας υγείας, η αντίληψη παίζει σπουδαίο ρόλο γιατί επηρεάζει την ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας στις ανάγκες φροντίδας των πελατών τους. Η διερεύνηση του όλου θέματος της αντίληψης είναι σημαντικό να εξετασθεί καθώς αυτή αποτελεί παράγοντα επηρεασμού της επαγγελματικής συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας. Επιπλέον η αντίληψη είναι ένα βασικό στοιχείο που σηματοδοτεί τις αντιδράσεις των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας κατά τη διάρκεια της διεπαγγελματικής συνεργασίας τους (King 1981:24).

Η αντίληψη προσδιορίζεται από την King (1981:24) ως:

“Αντίληψη είναι μια διαδικασία οργάνωσης, ερμηνείας και επεξεργασίας μιας πληροφορίας μέσω της μνήμης και των προσλαμβανομένων από τα αισθητήρια όργανα πληροφοριών και είναι μια διαδικασία συναλλαγής του ανθρώπου με το περιβάλλον. Η αντίληψη δίνει νόημα στις εμπειρίες του ανθρώπου, αντικατοπτρίζει την εικόνα της πραγματικότητας που έχει ένα άτομο και επηρεάζει τη συμπεριφορά του”.

Το εύρος των παραγόντων που επηρεάζουν την αντίληψη διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο, όμως οπωσδήποτε υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που γενικά επηρεάζουν την αντίληψη. Τέτοιοι παράγοντες είναι στάσεις, αξίες, πιστεύω, στερεότυπα, αξιολογήσεις, ψυχογενείς ανάγκες και μηχανισμοί άμυνας (King 1962: 42-43, Nolzahn & Northcott 1989).

Πολλοί άλλοι συγγραφείς υποστηρίζουν παρόμοιες απόψεις. Ο Allport (1935: 442-481) υποστηρίζει ότι ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται και ανταποκρίνονται στον περιβάλλοντα κόσμο επηρεάζεται από τις στάσεις τους, η King (1981: 24) ότι τα στερεότυπα επηρεάζουν τις συμπεριφορές των ατόμων.

Οι Molzham & Northcott (1989) και Benjamin (1955 : 467) υποστηρίζουν πως η γενική κουλτούρα καθώς και η κουλτούρα των ομάδων στις οποίες ανήκουν τα άτομα επηρεάζουν την αντίληψη των ατόμων. Ενώ ο King (1962 : 68) τονίζει ότι η έννοια της γενικής κουλτούρας και της κουλτούρας της ομάδας είναι παράγοντες ισχυρά προσδιοριστικοί της συμπεριφοράς και επιπλέον αναφέρει ότι το στοιχείο αυτό είναι πολύ χρήσιμο να το γνωρίζουν επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας για να κατανοήσουν τόσο τη συμπεριφορά των πελατών τους όσο και την προσωπική τους συμπεριφορά στις συνεργασίες τους.

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη είναι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του ατόμου και οι κοινωνικοί ρόλοι.

Επίσης η διάρκεια της εργασιακής απασχόλησης στα επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας μελετήθηκε και βρέθηκε να είναι ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη. (Mason 1981, Jennings & Muhlenkamp 1981, Walkenstein 1982, King 1962 : 82, Molzahn & Northcott 1989).

### **Συγκρούσεις στη διεπαγγελματική συνεργασία**

Αν και θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η παροχή φροντίδας μέσα από συνεργασία διαφόρων επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας έχει θετικές επιδράσεις στην ποιότητα της φροντίδας και αυτό δίνει ικανοποίηση στα άτομα που παρέχουν τη φροντίδα, όμως υπάρχουν επίσης και προβλήματα που προκύπτουν στη συνεργασία. Τα προβλήματα αυτά έχουν τις ρίζες τους σε κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, σε παρανοήσεις, υπάρχουσες στάσεις και στερεότυπα καθώς επίσης στις ατομικές κλίμακες αξιών και στις αξιώσεις υπεροχής και εξουσίας ορισμένων επαγγελματιών (Iles & Auluk 1990, Sims 1986, Mailik & Ashley 1981, Marriner 1984, Oaker & Brown 1986).

Επίσης ο φόβος για απώλεια κοινωνικής θέσης και θέσης εξουσίας μέσα στην ομάδα οδηγούν μερικές φορές τα άτομα σε συμπεριφορές που προκαλούν συγκρούσεις (Lowe & Herranen 1978).

Ακόμα συγκρούσεις μπορούν να προκύψουν από διαφορετικό ορισμό ενός προβλήματος, ή από επικέντρωση σε μέρος μόνο του προβλήματος από ορισμένα άτομα της ομάδας (Marriner 1984).

Οι ανεπαρκείς οδηγίες, οι ασαφείς καθορισμοί επαγγελματικών καθηκόντων και υποχρεώσεων προκαλούν αβεβαιότητα και ευερεθιστότητα σε μερικούς επαγγελματίες και προκαλούν σύγκρουση, (Marriner 1984).

Όμως η σύγκρουση είναι φυσικό να εμφανίζεται στη διεπαγγελματική συνεργασία και μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε σα θετικό είτε σαν αρνητικό στοιχείο, για την ανάπτυξη της ομάδας. (Huntigton & Shores 1983, Margolis & Fioreli 1984, Sans et al 1990).

### **Στρατηγικές για την βελτίωση της διεπαγγελματικής συνεργασίας**

Η ανάπτυξη μιας ομάδας είναι η πρώτη στρατηγική για την αντιμετώπιση προβλημάτων σύγκρουσης, επίδειξης εξουσίας και άλλων στοιχείων που αναφέρονται στη συνεργασία όταν δεν έχει εδραιωθεί η συνοχή της ομάδας (King 1990).

Μέσα στην ομάδα γίνονται προσπάθειες για τη βελτίωση της απόδοσης της ομάδας, αναπτύσσεται πνεύμα αλληλεγγύης και τα άτομα σταδιακά αποδέχονται το ένα το άλλο με τα προτερήματα και τις αδυναμίες τους. Με την πάροδο του χρόνου όπως υποστηρίζεται από τους Lowe and Herranen (1978) οι ομάδες αναπτύσσονται, αποκτούν ευελιξία και οδηγούνται στις ενέργειες και τις αποφάσεις τους κυρίως από τις ανάγκες των ατόμων τα οποία φροντίζουν παρά από τις επαγγελματικές και τις προσωπικές φιλοδοξίες.

Η Lay (1988) συνιστά στα άτομα που συμμετέχουν σε ομάδες και θέλουν να βελτιώσουν τη συνεργασία της ομάδας να έχουν υπόψη τους τα παρακάτω:

α) Η συνεργασία καθορίζεται από κανόνες αλληλεπίδρασης

β) Η συνεργασία απαιτεί επίγνωση των ενεργειών που αναπτύσσει ένα άτομο καθώς και των ενεργειών που αναπτύσσουν οι άλλοι.

γ) Η συνεργασία απαιτεί ευέλικτη συμπεριφορά.

Μια άλλη στρατηγική για την ανάπτυξη της διεπαγγελματικής συνεργασίας είναι οι κοινές εκπαιδευτικές εμπειρίες (King 1990, Leathard 1991, Shumaker & Gross 1980, Merrow & Segelman 1969).

Μέσα από την κοινή εκπαίδευση δίνονται ευκαιρίες για συναναστροφή και κατανόηση του διαφορετικού τρόπου σκέψης των διαφόρων επαγγελματιών, καθώς επίσης και των ιδιαίτερων ικανοτήτων και επαγγελματικών αρμοδιοτήτων των άλλων επαγγελματιών. (Kenneth 1969, Bracht & Anderson 1975). Όπως τονίζεται από τους Sumaker and Gross (1989) ένας από τους στόχους της κοινής εκπαίδευσης είναι να προσδιορίσει τις αμοιβαίες ευθύνες των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας μέσα από την ίδια τη διαδικασία της εκπαίδευσης. Ακόμα με την κοινή εκπαίδευση οι εκπαιδευόμενοι έχουν ευκαιρίες να δουν και τις ομοιότητες που έχουν με τους άλλους επαγγελματίες που εργάζονται στο χώρο της υγείας και της πρόνοιας ώστε να μην επικεντρώνονται μόνο στις διαφορές τους (Sapountzi 1992:90, Fried & Leat 1986).

Η διευκόλυνση της συνεργασίας, με τη μορφή της επίσημης θεσμοθέτησης της αλλά και με την παροχή χώρου και υποστήριξης είναι επίσης μία από τις στρατηγικές για την ανάπτυξή της. (Sapountzi 1992: 31, Ray 1988).

Επί πλέον για μια επιτυχή συνεργασία απαιτείται όχι μόνο διευκόλυνση αλλά και πραγματική επιθυμία να προχωρήσει αυτή η μορφή εργασίας τόσο των αρχών εξουσίας όσο και των επαγγελματιών που εμπλέκονται στη διεπαγγελματική συνεργασία (Sapountzi 1992:86).

## **Υλικό και μέθοδος**

Η παρούσα μελέτη αφορά στη διερεύνηση της διεπαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ Νοσηλευτριών και Κοινωνικών Λειτουργών για τη φροντίδα των μελών των οικογενειών νοσηλευομένων ασθενών σε ένα νοσοκομείο της Αθήνας και τις απόψεις τους σχετικά με τις επιπτώσεις της διεπαγγελματικής συνεργασίας στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Το δείγμα της έρευνας προέρχεται από Νοσηλεύτριες προϊστάμενες νοσηλευτικών τμημάτων και τους Κοινωνικούς Λειτουργούς που εργάζονται σε ένα νοσοκομείο της Αθήνας.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε περιείχε ερωτήσεις που αφορούσαν τα:

α) Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

β) Απόψεις για τη φροντίδα των μελών των οικογενειών των νοσηλευομένων ασθενών.

γ) Πληροφορίες για τη διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ Νοσηλευτριών και Κοινωνικών Λειτουργών για τη φροντίδα των μελών των οικογενειών νοσηλευομένων ασθενών.

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας διανεμήθηκε στις Νοσηλεύτριες και τους Κοινωνικούς Λειτουργούς που δέχθηκαν να πάρουν μέρος στην έρευνα. Οι οδηγίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν



γγραμμένες σε μία σελίδα που συνόδευε το ερωτηματολόγιο. Τα ερωτηματολόγια μετά τη συμπλήρωσή τους παραδίδοντο σ' ένα πρόσωπο που είχε οριστεί σαν υπεύθυνο για τη συλλογή του ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε κλειστές και ανοικτές ερωτήσεις. Για τις περισσότερες κλειστές ερωτήσεις ζητήθηκε να αξιολογηθεί η άποψη των ερωτώμενων βάσει Likert scale με πέντε (5) εναλλακτικούς βαθμούς. Σε μερικές κλειστές ερωτήσεις η ζητούμενη απάντηση ήταν: α) ΝΑΙ, β) ΟΧΙ, γ) ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ και σε κάποιες άλλες ερωτήσεις η ζητούμενη απάντηση ήταν α) ΝΑΙ, β) ΟΧΙ. Στις ανοικτές ερωτήσεις δινόταν η δυνατότητα ελεύθερης έκφρασης στους ερωτούμενους (Oppenheim 1966, Weisberg and Bower 1977).

Το συνολικό δείγμα της μελέτης ήταν 25 άτομα. Το δείγμα αυτό περιλάμβανε 18 νοσηλεύτριες και 7 κοινωνικούς λειτουργούς. Επειδή το δείγμα ήταν μικρό και περικλείει δύο άνισες ομάδες αποφασίσθηκε να ακολουθήσουν οι παρακάτω στατιστικές δοκιμασίες:

α) Σύγκριση εκατοστιαίων αναλογιών.

β) Το  $\chi^2$  test.

γ) Το Wilcoxon test για σύγκριση δύο δειγμάτων. (Τριχόπουλος 1975, Siegel 1956).

Για τις ανοικτές ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση περιεχομένου (Content analysis). (Holsti 1969, Krippendorff 1980).

## Αποτελέσματα

Συνολικά διανεμήθηκαν 28 ερωτηματολόγια σε 7 Κοινωνικούς Λειτουργούς και 21 Νοσηλεύτριες. Ο πληθυσμός στόχος ήταν στην πλειοψηφία του γυναικείος πληθυσμός, 26, (93%) γυναίκες και μόνο 2, (7%) άνδρες. Οι δύο άνδρες που περιλαμβάνονται στο δείγμα ήταν Κοινωνικοί Λειτουργοί.

Στο νοσοκομείο που έγινε η μελέτη δεν εργάζονταν άνδρες νοσηλευτές. Από τις 21 νοσηλεύτριες απάντησαν στο ερωτηματολόγιο, 18 (86%) ενώ τρεις (14%) δεν απάντησαν στο ερωτηματολόγιο χωρίς να δώσουν κάποια εξήγηση γι' αυτό. Απάντησαν συνολικά 7 κοινωνικοί λειτουργοί δηλαδή το (100%) των κοινωνικών λειτουργών.

Στον πίνακα (1) παρουσιάζονται απόψεις του δείγματος σχετικά με την υποχρέωση που έχει η οικογένεια να φροντίζει τον ασθενή μέσα στο νοσοκομείο.

Η εφαρμογή του test  $\chi^2$  δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απαντήσεων που έδωσαν οι δύο ομάδες. Όπως φαίνεται από τον πίνακα (1) η πλειοψηφία του δείγματος θεωρεί ότι η οικογένεια δεν έχει υποχρέωση να παρέχει φροντίδες στα μέλη της κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Ο πίνακας (2) εμφανίζει τις απόψεις του δείγματος που αφορούν στην υποχρέωση που έχουν σαν επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας να παρέχουν φροντίδα στα μέλη των οικογενειών των νοσηλευομένων ασθενών.

Η εφαρμογή του test  $\chi$  έδειξε στατιστικά πλέον σημαντική διαφορά στις απόψεις των νοσηλευτριών και των κοινωνικών λειτουργών όσον αφορά στις απαντήσεις τους στον πίνακα (2). Δηλαδή οι νοσηλεύτριες είναι πιθανότερο να εκφράσουν την άποψη ότι δεν είναι επαγγελματική τους υποχρέωση η φροντίδα των συγγενών των νοσηλευομένων ασθενών.

Όμως παρά τις διαφορετικές απόψεις ο πίνακας (3) φανερώνει ότι η πλειοψηφία του δείγματος και οι νοσηλεύτριες και οι κοινωνικοί λειτουργοί, παρέχουν φροντίδες στα μέλη οικογενειών των νοσηλευομένων ασθενών.

Η διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτριών είναι συχνή στο νοσοκομείο όπου έγινε η μελέτη. Για το λόγο αυτό ζητήθηκε η άποψη του δείγματος η οποία εμφανίζεται στον πίνακα (4).

Η εφαρμογή το test  $\chi$  απέδειξε ότι υπάρχει διαφορά στις απόψεις των δύο επαγγελματικών ομάδων σχετικά με την συνεργασία τους. Δηλαδή άλλοι ισχυρίζονται ότι υπάρχει συνεργασία και άλλοι ότι δεν υπάρχει.

Το σύνολο του δείγματος ρωτήθηκε αν κατά τη διάρκεια της διεπαγγελματικής συνεργασίας διαπιστώθηκαν διαφορές στην αντίληψη αναγκών φροντίδας. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν και φαίνονται στον πίνακα (5) διαπιστώνεται ότι υπάρχουν τέτοιες διαφορές οι οποίες όπως φαίνεται και από την εφαρμογή του  $\chi$  test είναι στατιστικά σημαντικές.

Από τις δύο ομάδες οι κοινωνικοί λειτουργοί σε σύγκριση με τις νοσηλεύτριες είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να δηλώσουν ότι διαπιστώνουν διαφορές στην αντίληψη αναγκών φροντίδας κατά τη διάρκεια της διεπαγγελματικής συνεργασίας.

Όταν το δείγμα ρωτήθηκε αν οι διαφορές στην αντίληψη μεταξύ νοσηλευτριών και κοινωνικών λειτουργών προκαλούν συγκρούσεις κατά τη διάρκεια της διεπαγγελματικής συνεργασίας, η πλειοψηφία του δείγματος (76%) απάντησε καταφατικά και η εφαρμογή του  $\chi$  test δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απαντήσεων των ομάδων.

Όταν όμως το δείγμα ρωτήθηκε αν πιστεύει ότι η διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ νοσηλευτριών και κοινωνικών λειτουργών συμβάλει στην παροχή καλύτερης ποιότητας φροντίδας στους συγγενείς των νοσηλευομένων ασθενών η πλειοψηφία του δείγματος συμφώνησε για τις θετικές επιδράσεις της συνεργασίας στην ποιότητα της φροντίδας, πίνακας (7).

Όταν το σύνολο του δείγματος ρωτήθηκε αν πιστεύει πως πρέπει να ληφθούν μέτρα για την προαγωγή της διεπαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτριών και κοινωνικών λειτουργών με στόχο τη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών προς τους συγγενείς των νοσηλευομένων ασθενών το σύνολο του δείγματος ανταποκρίθηκε θετικά στην ερώτηση και οι απαντήσεις που δόθηκαν φαίνονται στον πίνακα (8).

### Συζήτηση - Συμπεράσματα

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της μελέτης οι νοσηλεύτριες και οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι δύο επαγγελματικές ομάδες που μπορούν να παίξουν με τη συνεργασία τους σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας φροντίδας. Είναι κοινά αποδεκτό και από τις δύο ομάδες ότι η πρακτική της παροχής φροντίδας προς τα μέλη οικογενειών ασθενών παρ' όλο που εκδήλωσαν την άποψη ότι η οικογένεια δεν έχει υποχρέωση να παρέχει φροντίδα στα μέλη της μέσα στο νοσοκομείο και παρά τον ισχυρισμό της πλειοψηφίας των νοσηλευτριών ότι δεν θεωρούν επαγγελματική τους υποχρέωση τη φροντίδα της οικογένειας των ασθενών. Από την υποστήριξη των απόψεων αυτών φαίνεται ότι υπάρχει μια ίσως μη πλήρως συνειδητοποιημένη στάση πως δεν υπάρχει θέση για την οικογένεια στο νοσοκομείο. Πιθανοί λόγοι για την υποστήριξη αυτών των απόψεων από νοσηλεύτριες και κοινωνικούς λειτουργούς να είναι η άσκηση ενός επιπέδου εξουσίας τόσο στα μέλη των οικογενειών όσο και στους ίδιους τους ασθενείς γιατί με την απουσία της οικογένειας από το νοσοκομείο οι επαγγελματίες έχουν πλήρη εξουσία στην παροχή φροντίδας καθώς οι ασθενείς δεν έχουν εναλλακτικούς πόρους απολαβής φροντίδας και επί πλέον με την απουσία της οικογένειας οι επαγγελματίες έχουν την εξουσία της πληροφορίας της οικογένειας σχετικά με την κατάσταση της υγείας του ασθενούς (Mechanic 1962, Sapountzi 1992).

Όμως υπάρχουν και άλλοι θετικοί πιθανοί λόγοι για τη στάση αυτή των επαγγελματιών, όπως είναι φόβοι για διασπορά ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων εξαιτίας της άγνοιας κανόνων αντισηψίας, τρόπου μετάδοσης των διαφόρων νοσημάτων καθώς και άγνοιας μεθόδων πρόληψης διασποράς λοιμώξεων. (Sapountzi 1992).

Αν και οι δύο επαγγελματικές ομάδες που μελετήθηκαν απαρτίζονται από νοσηλεύτριες και κοινωνικούς λειτουργούς, δεν μοιάζουν να έχουν αντιληφθεί πλήρως την υποστηριζόμενη από πολλούς ερευνητές άποψη ότι η οικογένεια παίζει σπουδαίο ρόλο στην υγεία των μελών της και γι' αυτό οι οικογένειες πρέπει να συμμετέχουν στη φροντίδα των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο (Molter 1979, Leske 1986, Turk et al 1987, Docter et al 1988, Kleeman 1988, Smeltzer 1988, Schlump - Urquhart 1990) Sharp 1990). Επί πλέον, με τη μη αποδοχή της παρουσίας της οικογένειας στο νοσοκομείο, οι νοσηλεύτριες και οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν φαίνονται να συμφωνούν με τους ισχυρισμούς του Griego et al 1990, ότι:

“Τα νοσοκομεία πρέπει να προσαρμοσθούν έτσι ώστε όχι μόνο να επιτρέπουν αλλά να επιζητούν την παρουσία των μελών των οικογενειών των ασθενών μέσα στους θαλάμους νοσηλείας”.

Από την ανάλυση των στοιχείων της μελέτης προκύπτει ότι ενώ οι νοσηλεύτριες ήταν πιθανότερο να εκφράσουν την άποψη ότι δεν θεωρούν επαγγελματική τους υποχρέωση την παροχή φροντίδας στα μέλη των οικογενειών των νοσηλευόμενων ασθενών και οι δύο επαγγελματικές ομάδες, νοσηλεύτριες και κοινωνικοί λειτουργοί, αξιολόγησαν ανάγκες φροντίδας στα άτομα αυτά και παρείχαν φροντίδες στα μέλη των οικογενειών των νοσηλευόμενων ηλικιωμένων ασθενών. Από αυτή την παρατήρηση φαίνεται ότι οι νοσηλεύτριες εμφανίζουν μια παράδοξη συμπεριφορά, γιατί άλλα εμφανίζονται να υποστηρίζουν λεκτικά και άλλα να πράττουν. Αυτή η συμπεριφορά μπορεί να κατανοηθεί αν αποδεχθούμε τον ισχυρισμό του Thomas (1984) που υποστηρίζει ότι ακόμα και όταν έχουν δηλωθεί οι προθέσεις για συγκεκριμένη συμπεριφορά



κάποιου ατόμου αυτό δεν υποδηλώνει και την συμπεριφορά που θα ακολουθήσει όταν θα έρθει αντιμέτωπος με κάποια κατάσταση γιατί παρεμβαίνουν και άλλοι παράγοντες στην τελική συμπεριφορά του ατόμου.

Πιθανοί λόγοι για την παροχή φροντίδας προς τα μέλη των οικογενειών των ηλικιωμένων νοσηλευομένων ασθενών είναι το γεγονός ότι και οι νοσηλεύτριες και οι κοινωνικοί λειτουργοί, σαν μέλη επαγγελημάτων που κυριαρχούνται από ανθρωπιστικές αξίες, ξεπερνούν τις αντιστάσεις τους και φροντίζουν τα άτομα που έχουν ανάγκες. Ακόμα νοσηλεύτριες και κοινωνικοί λειτουργοί αποδέχονται πως τα μέλη των οικογενειών των ασθενών έχουν ανάγκες οι οποίες πρέπει να καλύπτονται.

Από την εξέταση διαφορών και ομοιοτήτων στις αντιλήψεις αναγκών φροντίδας των μελών οικογενειών νοσηλευόμενων ασθενών μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτριών φαίνεται καθαρά ότι οι δύο ομάδες έχουν περισσότερες ομοιότητες στις απόψεις από ότι διαφορές. Παρά το γεγονός όμως αυτό, τα άτομα μοιάζουν να επικεντρώνονται στις διαφορές απόψεων που εντοπίζουν στη διάρκεια συνεργασίας τους. Όμως αυτές οι διαφορές στην αντίληψη είναι φυσικό να υπάρχουν γιατί οι δυο μελετώμενες επαγγελματικές ομάδες έχουν διαφορετική επαγγελματική κουλτούρα, στοιχεία που όπως υποστηρίζονται από πολλούς ερευνητές επιδρούν στη διαμόρφωση της αντίληψης ενός θέματος ή μιας έννοιας. (King 1990, Benzamin 1955, King 1962, Davitz 1969, Molzhan and Northcott 1989). Ακόμη, στερεότυπες αντιλήψεις που κυριαρχούν για αγεφύρωτες διαφορές στην επαγγελματική φιλοσοφία μεταξύ νοσοκόμων και κοινωνικών λειτουργών επιδρούν στη διαμόρφωση αντίληψης και κάτω από την επιρροή τέτοιων στεροτύπων τα άτομα επικεντρώνονται ακόμα και στις λεπτότερες διαφορές αντίληψης που εντοπίζουν, αγνοώντας την πλειάδα των ομοιοτήτων. Όμως και αυτή η στάση είναι και φυσιολογική και αναμενόμενη να εκδηλωθεί σε μια συνεργασία (Allport 1935 p 442-481, King 1962 p 42-43, King 1981).

Από τη στατιστική ανάλυση των ευρημάτων της μελέτης φάνηκε ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι στατιστικά πλέον πιθανό να αντιληφθούν διαφορές στην αντίληψη μεταξύ των εαυτών τους και των νοσηλευτριών. Ένα τέτοιο ζήτημα όμως μπορεί να αποβεί σοβαρός παράγοντας δυσκολίας στη διεπαγγελματική συνεργασία, διότι όταν τα συνεργαζόμενα μέλη ορίζουν ένα πρόβλημα διαφορετικά ή δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα σε μια άποψη το γεγονός αυτό μπορεί να αποτελέσει αιτία σύγκρουσης (Marriner 1984 p 177).

Όμως παρά τις υφιστάμενες διαφορές, το 76% του δείγματος αποδέχθηκε ότι η διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών βελτιώνει τις παρεχόμενες φροντίδες προς τα μέλη των οικογενειών των νοσηλευομένων ασθενών. Επειδή το σύνολο του δείγματος αποτελείται από επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας η γνώμη τους θεωρείται γνώμη ειδικών και έχει βαρύνουσα σημασία.

Επιπλέον το σύνολο του δείγματος υποστήριξε ότι πρέπει να επιδιωχθεί η βελτίωση της διεπαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτριών με την παρακολούθηση κοινών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και με την επίσημη καθιέρωση από τη διοίκηση του νοσοκομείου της διεπαγγελματικής συνεργασίας των Νοσηλευτριών και των Κοινωνικών Λειτουργών.

Οι απόψεις αυτές των νοσηλευτριών και των κοινωνικών λειτουργιών υποστηρίζονται από πολλούς επιστήμονες οι οποίοι ισχυρίζονται ότι κοινές εκπαιδευτικές εμπειρίες διαφόρων επαγγελματιών βελτιώνουν τη συνεργασία τους και την επαγγελματική τους απόδοση. (Mailick and Ashley 1981, King 1990, Weiss 1983,

Gross and Gross 1987, Olsen and Olsen 1967, Leathard 1991, Merrow & Segelman 1969, Sumaker & Gross 1980, Field & Leat 1986).

Από την όλη μελέτη βγαίνει το συμπέρασμα ότι τα επαγγέλματα των νοσηλευτών και των κοινωνικών λειτουργών έχουν πολλά κοινά πεδία φιλοσοφίας και επαγγελματικής δράσης και πρέπει να κάνουν προσπάθειες να βελτιώσουν τη συνεργασία τους προς όφελος των πολιτών στους οποίους παρέχουν φροντίδες υγείας και πρόνοιας. Ακόμα η πολιτεία θα πρέπει να θεσμοθετήσει επίσημα τη διεπαγγελματική συνεργασία καθώς επίσης να γίνουν ενέργειες ώστε οι επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας να εκπαιδεύονται στη διεπαγγελματική συνεργασία.

Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες που προέκυψαν από τη μελέτη:

\* Τι σημαίνει φροντίδα για τις νοσηλεύτριες και τους κοινωνικούς λειτουργούς.

\* Τι σημαίνει διεπαγγελματική συνεργασία για τις νοσηλεύτριες και τους κοινωνικούς λειτουργούς.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Allport G.W. (1935) Attitudes. In Handbook of Social Psychology (Ed) Murchison S. Clark University Press Worcester.
- Bettner M. (1987) Physicians and Administrators: Inducing Collaboration Hospitals and Health Services Administration. Vol. 32 pp. 151-169.
- Bloom J.L. & Parad H.J. (1976) Interdisciplinary Training and Interdisciplinary Functioning. A Survey of Attitudes and Practices in Community Mental Health American Journal of Orthopsychiatry. Vol. 46 pp 669-667.
- Bracht N.F. & Anderson I. (1975). Community Fieldwork Collaboration between Medical and Social Work Students. Social Work in Health Care. Vol 1 pp 7-17.
- Coulton C. J. (1981) Person - environment Fit as the Focus of Health Care Social Work Vol 26 pp 26-35.
- Field R.J. & Leatt P. (1986) Role Perceptions among Occupational Groups in an Ambulatory Care Setting. Human Relations Vol 39 pp 1155-1174
- Griego A.J. et al (1990) New York University Center's Cooperative Care Unit: Patient Education and Family Participation During Hospitalization The First Ten Years. Patients Education and Counselling Vol 15 pp 3-15.
- Gross A. & Gross J. (1987) Attitudes of Physicians and Nurses Towards the Role of Social Workers in Primary Health Care: What Promotes Collaboration. Family Practice Vol 4 No 4 pp 266-270
- Holsti O. (1969) Content Analysis for the Social Sciences and Humanities Addison Wesley Massachusetts
- Huntington J. & Shores L. (1983) From Conflict to Collaboration International Nursing Review. Vol. 30 No 6 pp 167-169.

- Iles P.A. & Auluck R. (1990) From Organizational to Interorganizational Development in Nursing Practice: Improving the Effectiveness of Interdisciplinary Teamwork and Interagency Collaboration. *Journal of Advanced Nursing* Vol 15 pp 50-58.
- Jennings B.M. & Muhlenkamp A.F. (1981) Systematic Misperception: Oncology Patients' Self-reported Affective States and their Caregivers' Perceptions *Cancer Nursing* Vol 4 No 4 pp 485-489.
- Kenneth H.Y. (1969) Medical and Nursing Students Learn Together. *Nursing Outlook* Vol 17 pp 46-49
- King I. (1981) *A Theory for Nursing Systems, Concepts, Process*. John Willey New York.
- King M. (1990) Clinical Nurse Specialist Collaboration with Physicians *Clinical Nurse Specialist* Vol 4 No 4 pp 172-177.
- Kings S. (1962) *Perceptions of Illness and Medical Practice*. Russell Sage New York.
- Kleeman K.M. (1988) Family Systems Adaptation In Trauma Nursing From Resuscitation Through Rehabilitation (Eds) CARDONA V. HURN P. BASTNAGEL-MASON P. SCANLON - SCHLIPP A. VEISE-BERRY S. W.B. Saunders Co Philadelphia.
- Krippendorff K. (1980) *Content Analysis: An Introduction to its Methodology* Sage Publications London.
- Lamonica G. Schmidt M.G. (1986) Teamwork Training Polishes Students' Home Care Skills *Nursing and Health Care* Vol 7 No 8 pp 451-454
- Leathard A. (1991) Going Inter-Disciplinary *Nursing* Vol 14 No 30 pp 9-11.
- Leske J. (1986) Needs of Relatives of Critically Ill Patients. A Follow-up. *Heart Lung* Vol 15 pp 189-193.
- Lowe J.I. Herranen M. (1978) Conflict in Teamwork. Understanding Rolew and Relationships *Social Work in Health Care*. Vol. 3 No 3 pp 323-330.
- Mailick M.D. Ashley A.A. (1981) Politics of Interprofessional Collaboration: Challenge of Advocacy *Social Casework* Vol 62 pp 131-137.
- Margolis H. Fiorelli J. (1984) An Applied Approach to FAcilitating Interdisciplinary Teamwork *Journal of Rehabilitation* Vol 50 pp 13-17.
- Marriner A. (1984) *Guide to Nursing Management* Mosby Co. - St. Louis, Toronto.
- Mason D.J. (1981) An Investigation of the influences of Selected Factors on Nurses' Inferences of Patient Suffering. *International Journal of Nursing Studies* Vol 18 pp 100 - 107.
- Merrow S. Segelman M. (1989) Nurse - Pharmacist Collaboration in Clinical Nursing Education *Nursing Connections* Vol 3 No 3 pp 55-62
- Molzhan A. & Northcott H. (1989) The Social Bases of Discrepancies in Health? Illness perceptions *Journal of Advanced Nursing* Vol 14 pp 132-140.
- Molter N. (1979) Needs of Relatives of Critically Ill Patients: A Discriptive Study. *Heart Lung* Vol 8 pp 332-339.
- Oaker G. Brown R. (1986) Intergroup Relations in a Hospital Setting: A Further Test of Social Identity Theory *Human Relations* Vol 39 No 8 pp 767-778

- Olsen K.M. & Olsen M.E. (1967) Role and Perception For Social Workers in Medical Settings. Social Work Vol 12 pp 70-73
- Oppenheim A.N. (1966) Questionnaire Design and Attitude Measurement Heinemann. London
- Phillips W.R. (1977) Attitudes Towards Social Work in Family Medicine Social Work in Health Care Vol 3 pp 61-66
- Ray L. (1988) Definition and Application of Collaboration in Nursing Practice Emphasis Nursing Vol 3 No 1 pp 29-38
- Rosenbaum J.A. Fuller D.J. (1973) Teaching Strategies for Interdisciplinary Education Nursing Outlook Vol 21 pp 159
- Sands R.G. Stafford J. McLelland M. (1990) I Beg to Differ: Conflict in the Interdisciplinary Team. Social Work in Health Care. Vol 14 No 3 pp 55-72
- Sapountzi D. (1992) The Differing Professional Perceptions Regarding the Care of Family Members of Hospitalized Patients in a Greek Hospital: Implications for Interprofessional Collaboration
- Scheiderman L. (1978) Collaboration Between the Health and Social Services in England. Social Work Vol 23 pp 193-196
- Sharp T. (1990) Relatives' involvement in Caring for the Elderly Mentally Ill Following Long-term Hospitalization. Journal of Advanced Nursing Vol 15 pp 67-73
- Siegel S. (1956) Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences MacGraw-Hill Kogakusha Tokyo
- Sigmon R. (1981) Hospital Planning should Provide for Family Role in Care Hospitals Vol 55 No 63 pp 64-113
- Τριχόπουλος Δ. (1975) Ιατρική Στατιστική Παρισιάνος Αθήνα.
- Turk D.L. Flor H., Rudy T. (1987) Pain and Families. Etiology, Maintenance and Psychosocial Impact Pain Vol 8 p.p. 3-27
- Walkenstein M.D. (1982) Comparison of Burned Patients' Perceptions of Pain with Nurses' Perceptions of Patients' Pain. Journal of Burn Care and Rehabilitation Vol 3 No 4 pp 233-239
- Weiss S.J. (1985) The Influence of Discourse on Collaboration among Nurses, Physicians and Consumers Research in Nursing and Health Vol 8 pp 49-59
- Weisberg H.F. & Bowen B. (1977) An Introduction to Survey Research and Data Analysis Freeman & Co. San Francisco

**Πίνακας (1): Απόψεις για τη φροντίδα των ασθενών από μέλη της οικογένειάς τους στη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Έχει η οικογένεια υποχρέωση να παρέχει φροντίδα στα νοσηλευόμενα μέλη της	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Νοσηλεύτριες	0 0	16 89	2 11	18 100
Κοινωνικοί Λειτουργοί	0 0	6 86	1 14	18 100
Σύνολο	0 0	22 88	3 12	25 100

**Πίνακας (2): Επαγγελματική υποχρέωση για την παροχή φροντίδας στα μέλη των οικογενειών των νοσηλευόμενων ασθενών**

	Συμφωνώ	Δεν συμφωνώ	Σύνολο
Νοσηλεύτριες	5 28	13 72	18 100
Κοινωνικοί Λειτουργοί	7 100	0 0	7 100
Σύνολο	12 48	13 52	25 100
$\chi^2 = 10.743$	P 1%	Στατιστικά πλέον σημαντικό	

**Πίνακας (3): Συχνότητα παροχής φροντίδας στα μέλη των οικογενειών των νοσηλευόμενων ασθενών**

		Νοσηλεύτριες	Κοινωνικοί Λειτουργοί	Σύνολο
Πάντοτε	n	6	1	7
	(%)	34	14	48
Συχνά	n	7	6	13
	(%)	38	24	52
Μερικές φορές	n	2	0	2
	(%)	11	0	11
Σπάνια	n	3	0	3
	(%)			
Ποτέ	n	0	0	0
	(%)	0	0	0
Σύνολο	n	18	7	25
	(%)	100	100	100



**Πίνακας (4): Διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ Νοσηλευτριών και Κοινωνικών Λειτουργών για τη φροντίδα μελών οικογενειών νοσηλευομένων ασθενών**

Υπάρχει συνεργασία μεταξύ Νοσηλευτών και Κοινωνικών Λειτουργών	<b>ΝΑΙ</b>	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Νοσηλεύτριες	n (%)	9 50	9 50	18 100
Κοινωνικοί Λειτουργοί	n (%)	6 72	1 28	7 100
Σύνολο	n (%)	15 60	10 40	25 100
$\chi^2 = 5.468$	P > 5%		Στατιστικά σημαντικό	

**Πίνακας (5): Διαπίστωση διαφορών στην αντίληψη αναγκών φροντίδας μεταξύ Νοσηλευτριών και Κοινωνικών Λειτουργών**

Διαπίστωση διαφορών στην αντίληψη αναγκών φροντίδας		<b>ΝΑΙ</b>	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
Νοσηλεύτριες	n (%)	9 50	9 50	18 100
Κοινωνικοί Λειτουργοί	n (%)	6 86	1 14	7 100
Σύνολο	n (%)	15 60	10 40	25 100
$\chi^2 = 5.468$	P > 5%		Στατιστικά σημαντικό	

**Πίνακας (6): Συγκρούσεις κατά τη διεπαγγελματική συνεργασία λόγω διαφορών στην αντίληψη αναγκών φροντίδας μεταξύ Νοσηλευτριών και Κοινωνικών Λειτουργών**

Οι διαφορές στην αντίληψη αναγκών φροντίδας προκαλούν συγκρούσεις		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
Νοσηλεύτριες	n (%)	12 67	6 33	18 100
Κοινωνικοί Λειτουργοί	n (%)	7 100	0 0	7 100
Σύνολο	n (%)	19 76	6 24	25 100

**Πίνακας (7): Απόψεις για τη διεπαγγελματική συνεργασία και τις επιπτώσεις της στην ποιότητα παρεχομένης φροντίδας**

Η διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
Νοσηλεύτριες	n (%)	12 67	6 33	18 100
Κοινωνικοί Λειτουργοί	n (%)	7 100	0 0	7 100
Σύνολο	n (%)	19 76	6 24	25 100
$\chi^2 = 3.069$	P 1	N.S.	,	

**Πίνακας (8): Μέτρα για τη βελτίωση της συνεργασίας Νοσηλευτριών και Κοινωνικών Λειτουργών**

	Νοσηλεύτριες		Κοινωνικοί Λειτουργοί		Σύνολο	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Κοινή προπτυχιακή εκπαίδευση	6	33	6	85	12	48
Κοινή μεταπτυχιακή εκπαίδευση	11	61	6	85	17	68
Καθιέρωση επίσημης συνεργασίας	9	50	2	28	11	44