ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet Szomatopedagógiai Szakcsoport

A teammunkára felkészítés lehetőségei a gyógypedagógus-képzésben

KULLMANN LAJOS
lajos.kullmann@barczi.elte.hu

Absztrakt
A gyógypedagógia a fogyatékos emberrel általában, bármely életkorban foglalkozó tudomány, művelése szükségessé teszi az együttműködést más szakterületek képviselőivel. A dolgozat a szakirodalom rendszeres követése és személyes tapasztalatok alapján ismerteti a teammunka lényeges elemeit, működését és gyakoribb működési zavarait. Kiemelten tárgyalja a kommunikáció jelentőségét, és ezen belül a funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozásának lehetséges támogató szerepét a teamtagok közötti kommunikációban. Áttekinti a teamképzés irányait és gyakorlatát a tanári munkában, valamint az egészségügyben alkalmazott, szimulációs és éles klinikai helyzetekben végzett gyakorlati képzés lehetőségeit. Következtetésében szükségesnek tartja az eddig megválaszolatlan további kérdések kutatását, valamint a teamképzés közép- és hosszú távú hatásvizsgálatát.

Kulcsszavak: teammunka, kommunikáció, gyakorlatorientált képzés

Előzmények, a hazai gyógypedagógia önmeghatározása és a téma szempontjából fontos célkitűzései

Mai értelmezés szerint „a gyógypedagógia nevelési, terápiás és rehabilitációs dominanciájú komplex embertudomány" (MESTERHÁZI 2000). Gordosné (2010) az MTA-klasszifikációt alapul véve a gyógypedagógiát mint „multidiszciplináris társadalomtudományt" határozta meg. Belátható, hogy a gyógypedagógus nemcsak tudományterületének elméleti művelése, hanem gyakorlati tevékenységének végzése közben is számtalan más tudományterületen képzett személlyel, gyakran mint munkatárssal is, kapcsolatba kerül. E kapcsolatrendszer gazdagságát mutatja be a *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia* című mű (ZÁSZKALICZKY–VERDES 2004). Továbbá „a magyar gyógypedagógia, tekintettel a fogyatékosság valamennyi életkori szakaszt érintő lehetséges jelenlétére, úgy definiálta önma-

gát, hogy a születéstől a halálig, életkorokon átívelve képviseli a fogyatékosok ügyét" (GEREBEN 2008). A gyógypedagógia tehát – más tudományterületekkel együtt – általában a fogyatékos emberekkel foglalkozik.

Elfogadva *A funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO)* koncepcióját, a fogyatékosság többféle eredetét, valamint az emberi lét három dimenziójában létrejövő problémákat (EGÉSZSÉGÜGYI VILÁGSZERVEZET 2004), jól látható, hogy e problémák sikeres kezelése csak többféle ismeret és készség együttes jelenlétével és alkalmazásával biztosítható.

Az 1990-es évektől kezdődően fontos változás következett be a gyógypedagógiai képzésben. A tanárképzés mellett elindult a terapeutaképzés is, igazodva a fogyatékos személyeket, főleg a gyermekeket ellátó intézményrendszer egyre szélesebb körű, egyre sokoldalúbb tevékenységéhez, amely az ellátott személyek sajátos szükségleteinek, köztük diagnosztikai, nevelési és terápiás szükségleteinek a kielégítését szolgálja.

A magyar gyógypedagógia fejlődése párhuzamosan haladt a nemzetközi fejlődéssel. Ez a fejlődés a mindennapi gyakorlati munkában is szükségessé teszi a szélesen értelmezett gyógypedagógia körébe tartozó kapcsolatrendszer működtetését, vagyis mind a diagnosztikus, mind a terápiás tevékenységek során az interprofesszionális teammunkában való részvételt (MESTERHÁZI 2001). A teammunkáról a mindennapi kommunikációban sok szó esik, a mindennapi gyakorlatban azonban még akadozva működik. Következésképpen a teammunkára a team tagjait és leendő vezetőit fel kell készíteni. A felkészítés jelentős erőfeszítéseket, gondos tervezést és elkötelezett nevelő munkát tételez fel, ideálisan a graduális képzés keretén belül történik.

Módszer

A szakirodalom rendszeres, időszakos, kritikus követése, szisztematikus szakirodalomelemzés azonban nem történt. Fogyatékos emberek rehabilitációja során az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben teammunka szervezésében, valamint a gyógypedagógus- és orvostanhallgatók, illetve a szakorvosok képzésében szerzett több évtizedes személyes tapasztalatok összegzése.

A teammunka fogalma, teamek működése

Mit jelent a teammunka?

Többféle definíció ismert. Ezekben sok közös elem van, alább az egyes meghatározásokból kiemelésre kerülnek fontos sajátosságok.

Az Agency for Healthcare Research and Quality (2006) szerint „a teammunka során emberek dinamikusan, egymásra utalva és kölcsönösen alkalmazkodva együttműködnek egy mindegyikük által értékelt közös cél elérése érdekében, meghatározott szerepük vagy feladataik

vannak, és teamtagságuk időkorlátok között érvényesül". A közös cél mellett a kölcsönös egymásra utaltságot és a teamben betöltött szerep időkorlátok közötti érvényesülését emeli ki.

Egy másik definícióban „az eredményes team egymást kiegészítő képességekkel rendelkező emberekből áll, akik közös célt tűznek ki és a teamen belül világos szerepeik vannak. Erős kommunikációs, kooperációs és konfliktuskezelő tulajdonságokra van szükségük." (NOLAN et al. 2006) Itt a résztvevők egymást kiegészítő képességei mellett feltűnő a második mondat három elvárása, a kommunikáció, a kooperáció és a konfliktuskezelés, egyúttal sejtetve a teammunka nem egészen egyszerű, természetesen adódó voltát.

Végül egy, a menedzserirodalomból származó meghatározás szerint „a team emberek olyan csoportja, akik közös cél elérése érdekében dolgoznak együtt, és hajlandók autonómiájukból annyit feladni, amennyit a cél elérése feltételez" (NOLAN 1989). Miért fontos ez a definíció? Azért, mert hangsúlyozza az autonómia feladásának azt a szükséges mértékét, amely a sikeres együttműködést és célelérést lehetővé teszi. Az egészségügy hierarchikus rendszerben működik, ami ugyan nem öncélú, ám az orvosképzésben különösen fontos lehet ez a szempont. Jó, ha erről a gyógypedagógus is informált.

A team működése és működési zavarai

A teammunkának a rehabilitáció gyakorlatában háromféle működési modellje van. A *multidiszciplináris teamben* a teamtagok egyénileg végzik a páciens/kliens állapotának a felmérését, illetve a terápiás és nevelési tevékenységeket. Jobbára csak egy-egy személlyel, egyik oldalról a team vezetőjével, másik oldalon a klienssel kommunikálnak. Ez a teamkultúra valamennyi szakterületet képviselő teamtag saját tevékenységének és hozzájárulásának összességét eredményezi. Csökkentheti az eredményességet, ha kezdeményező szerepe csak a team vezetőjének van.

Az *interdiszciplináris modell* jellegzetessége a közös problémafeltárás és -megoldás, a gyakori, kölcsönös konzultáció, a klienssel és családjával egyeztetett célkitűzés és terv készítése. A közös rehabilitációs célok minden szakember tevékenységébe integrálva valósulnak meg. A kölcsönös megerősítés szinergista hatású, ami az eredményességben többet nyújthat annál, mint amit a résztvevők egyenkénti munkájukkal összességében elérhetnek. A teammunka ilyen magasabb minőségének megteremtéséhez jól felkészített csapatra és teamvezetőre van szükség. Az orvosi, nevelési és szociális rehabilitációban is általában vagy az előző, vagy ez a modell működik (ELDAR et al. 2008; KÖRNER–BENGEL 2004).

A *transzdiszciplináris teammodellben* az együttműködés még szorosabb, jellemzően a teamtagok a közös cél elérése érdekében a szigorúan vett kompetenciahatáraikon is átlépve, az érintett személlyel – kisgyermekek szüleivel – szorosan együttműködve tevékenykednek. Az állapotfelmérés közösen történik, amelyben a facilitátor, vizsgáló és megfigyelő szerepeket előzetesen egyeztetve kiosztják. Tapasztalataikat közösen elemzik. Ez a működési forma az előzőeknél is hangsúlyosabban igényli a rendszeres együttlétet, az információk kölcsönös nyújtását. A terápiás tevékenységben a szerepeket kevésbé a hozott ismeretek, mint az aktuális helyzetből fakadó szükségletek határozzák meg. A team tagjai az együttműködés során közösen tanulnak, ebbe a folyamatba az érintetteket, illetve a szülőket is bevonják. Általában kisebb létszámú személyzet vesz részt a napi

gyakorlati munkában, a terapeuta szerepet esetenként a szülő veszi át. (BRUDER 2005; KING et al. 2009).

A transzdiszciplináris teamműködési formát jellemzően csecsemő- és kisgyermekkorban alkalmazzák. A szolgáltatásokat a fejlődésben lévő, gyakran halmozottan fogyatékos gyermekek változó szükségleteihez igazítják, és közösen, a szülőt is bevonva határozzák meg a fejlesztési irányokat. Ezek a lényeges vonásai az ún. *individualized family service plan*nek *(IFSP)*, ami magyarra „személyre szabott családtámogató programként" fordítható le (SERRANO–BOAVIDA 2011). Hasonló modellt alkalmaztak korábban Pennsylvaniában a többségi iskolákba járó gyermekek gyógypedagógiai támogatásának megreformálása során. A gyermekek szükségleteit felmérő teamek – általában gyógypedagógus és iskolapszichológus – a mindennapi tanítást, nevelést megfigyelve és a pedagógussal közösen elemezve, a lehető legjobb megoldást keresve támogatták az ő munkáját. Eredményeképpen több mint harmadával csökkent a speciális nevelésbe kerülők aránya. Különösen a kisebbségi helyzetben élők többségi iskolában tartásában voltak sikeresek (KOVALESKI et al. 1995).

Valamennyi teamműködési forma kihívásokkal jár. A szakemberek képzésében a teammunkához szükséges ismeretek, illetve főként a készségek tanítása, fejlesztése ritkán kap kellő súlyt. Ezzel a hiányossággal, valamint a teamtagok különböző ismereteivel és képzettségi szintjével összefüggő kommunikációs nehézségek is működési zavarok forrásai lehetnek. Fontos a saját kezdeményezés lehetőségének biztosítása és a felelősség meghatározásának a kérdése is. A következőkben röviden ezekre a szempontokra térünk ki.

A rehabilitációs teammunka bonyolult kapcsolatrendszerben zajlik, amelyben a team egyes tagjai egyúttal különböző közösségekhez tartoznak. Egy-egy teamtagnak több irányból érkező elvárásoknak kell megfelelnie, és ő is több irányban lehet hatással másokra. A kontaktusok gyakoriságának alapján a teamtag és a kliens közötti kapcsolat a legfontosabb. Ám interdiszciplináris és transzdiszciplináris teammunka során nemcsak az egyes teamtagok munkája fontos, hiszen ezekben a team magasabb minőségű tényezőként jelenik meg. Nem egyszerűen az egyes teamtagok kompetenciái (attitűdök, tudás, készségek, gyakorlat) vannak hatással a kívánt cél elérésére, hanem ezek kölcsönös megtermékenyítő hatása is (KULLMANN–VERSEGHI 2013).

A teamtag és a kliens kapcsolata köréből említésre érdemes hiba lehet, hogy a team többet törődik a rehabilitálandó személy teljesítőképességével, annak „fizikai" oldalával, mint azokkal a személyes hiedelmekkel, lelki tényezőkkel, amelyek motivációját és a rehabilitációban való aktív részvételét jelentősen javíthatják. A kliens családjával úgy kell együttműködnie a teamnek, hogy segítse a család funkcióképességének fenntartását is, miközben elsődlegesen a kliense felé tartozik felelősséggel.

A teamtag saját folyamatos szakmai továbbképzése mellett felelősséget visel önmaga – valamint a többi teamtag – teljesítőképességének fenntartásáért, a kifáradás és kiégés elkerüléséért. A team munkájához a saját kompetencián belüli kezdeményezéssel, a közös döntések előkészítésében játszott aktív szereppel, a saját vélemény őszinte közlésével, majd a közös döntések képviseletével és végrehajtásával lehet hozzájárulni. A megszületett közös döntést és felelősséget minden teamtagnak vállalnia kell, alapja a bizalom.

Jó, ha a teamtagok szűkebb szakterületük képviselőivel, szervezeteivel is fenntartják a kapcsolatot. Ez a kapcsolat szakmai kérdésekben konzultációs lehetőséget, megerősítést

nyújthat, és biztosítja szakképzettségük területén a folyamatos továbbképzést. Szakmai kötődésük növelheti a teamtag önbizalmát.

Az alábbiakban felsorolunk néhány, a teammunkára jellemző olyan kihívást, hibát, amelyek többségükben a konformitás szociálpszichológiai területéhez tartoznak (BLACKMER 2000; DECUYPER et al. 2010; FREY 2013). Nagyon erős teamvezető és teamkohézió esetében az egyéni gondolkozást akadályozó lojalitás, *csoportgondolkozás* alakulhat ki, ami nem kedvez a kellően megfontolt döntések meghozatalának, és azokat, akik lelkiismeretük miatt elégedetlenek, a team elhagyására, rosszabb esetben a team háta mögötti lejáratására késztetheti. *Paradox döntések* esetében a csoport tagjai úgy gondolják, hogy mások egy bizonyos döntést kívánnak elérni, de senki nem emel szót ellene, végül olyan döntést hoznak, amelyet egyetlen teamtag sem kívánt. A *felelősség feloldódása* esetén a teamtagok között kompetenciáiknak megfelelően megoszlik a felelősség, de a teljes folyamatért senki nem vállal felelősséget. Teamvezetési hiba okozhatja. *Szociális csellengés* során egyes teamtagok, általában nem céltudatosan, kevesebb energiát fektetnek a munkába annál, mint ha az kizárólag a saját feladatuk lenne. Az egész teamre nézve káros lehet egy további hiba, a teamen belüli *csoportok polarizációja.* A szakmai véleménykülönbségek egyet nem értéssé merevedhetnek, a szembenálló csoportok csak saját véleményüket fogadják el, minden más véleményt hibásnak vélnek.

Kommunikáció a teammunkában

A kommunikáció jelentősége

Amint rámutattunk, a teammunka konfliktusai gyakran kommunikációs problémákból fakadnak. A kommunikáció olyan folyamat, amelynek során az információ személyek, egységek vagy szervezetek között kicserélődik. Miért adódhatnak kommunikációs problémák a teammunka során? A lényeges elemeket kiemelve, a különböző képzettség okozta megértési zavarból (különösen új teamtagok bekapcsolódása esetén), a szükséges, fontos információ helyett lényegtelen elemek átadásából, a túlzottan tömör vagy túlzottan bőbeszédű közlésből egyaránt, a nem megfelelő időben, nem egyértelműen, nem mindenki részére azonos módon átadott információból eredhetnek a kommunikációs zavarok. Fontos szempont az is, hogy az információ átadója győződjön meg arról, hogy az információt fogadó fél a szándéka szerinti tartalmat értette meg. Ez azért szükséges, mert az ember könnyen csak azt hallja meg, amire kíváncsi, amit előzetes ismeretei alapján elvár, ami érdekei szerint való, és nem az információt közlő fél valós szándékai szerinti tartalmat. A felsoroltak a kommunikáció természetéből eredő problémák.

Az információátadás legfontosabb pontjai azok, amelyek során a kliens az ellátási folyamatban más ellátó teamhez kerül át, vagy a teamen belül mások veszik át a feladatokat vagy azok koordinálását. Ilyenkor különösen fontos lehetővé tenni kérdések feltételét, a tisztázás lehetőségét és a megerősítést. Ugyanez vonatkozik az állandó ellátást nyújtó intézmények műszakváltására is.

A teammunka gyakorlata a kommunikáció másfajta kihívásait, zavarait is okozhatja.

Előfordulhatnak nyelvi problémák. Többnemzetiségű, illetve sok külföldi munkavállalóval dolgozó országokban ez a zavar gyakori oka. Ez hazánkban kevéssé jellemző, esetenként inkább a klienssel való kommunikációt érintheti. Széthúzás bármely csoportban előfordulhat, ami a team esetében akár az említett polarizáció oka is lehet. Sok embert zavar az állandó fizikai közelség, amit nehezen tud kezelni. Konfliktusok keletkezéséhez, esetleg az érintett teamtag kiválásához járulhat hozzá. A kommunikáció akadályát képezhetik kedvezőtlen személyiségi jellemzők is. Túlzott autokratizmus, erőszakosság, extrovertált viselkedés éppúgy zavaró lehet, mint a jelentős visszahúzódás és a teamtag véleményének visszatartása. Ugyanakkor a csöndes teamtagok véleménye nagyon fontos lehet. Egyes csoporttechnikák alkalmazása (pl. nominális csoporttechnika) segítheti a kiegyensúlyozott kommunikáció kialakítását.

Napjaink egyik jellegzetes hazai problémája a megnövekedett munkaterhelés. Minél kevesebb a személyzet, illetve minél több, a teambeli feladatain túli kötelezettsége van, annál inkább érezni fogja az idő szorítását, ami várhatóan akadályozni fogja a kiegyensúlyozott ismeretátadást, -átvételt. Zavaró lehet még a változó kommunikációs stílus. Főleg idősebb munkatársak, illetve kliensek viselik el nehezen az általuk elvárt tisztelet hiányát, a korábban megszokott viselkedés jelentős megváltozását, az elvárttól eltérő megszólítást, köszöntést.

Végül, de jelentőségét nem elhallgatva, a csoporton belül kialakuló konfliktusok, főleg, ha azokat nem időben észlelik, illetve elmulasztják a korai beavatkozást, az egész team működését veszélyeztethetik. A konfliktusok kezelésében a team vezetőjének van kiemelt felelőssége. Ha a teamnek van pszichológus tagja is, sokat segíthet mind a konfliktusok megelőzésében, mind a már kialakult konfliktushelyzetek kezelésében.

A kommunikációról szólva hangsúlyozzuk a jó vezetői kommunikáció jelentőségét is. Ez a tájékoztatás és a rendszeres megbeszélések koordinálása mellett még két gyakran mellőzött elemet is tartalmaz. Fontos a visszajelzés, a jó teljesítmény elismerése, a csapat megerősítése a team vezetője részéről. Egymást kritizálniuk nemcsak a teamtagoknak nem szabad, jó, ha a vezető is inkább a jó teljesítmény kiemelésével, jutalmazásával nevel. A másik, időnként szükségessé váló kommunikációs elem a team soron kívüli összehívása, ha a munkában előre nem látható, vagy nem kellően megértett akadály jelentkezik. Ez ahhoz hasonlatos, mint amikor labdajátékokban időt kér az edző, hogy a hullámvölgybe került csapatot jobb teljesítményre buzdítsa, és a felismert hiba kiküszöbölésére jó tanácsokat ad (Agency for Healthcare Research and Quality 2006).

A jól működő interdiszciplináris rehabilitációs teamek jellemzői láthatók az *1. táblázat*ban (Eldar et al. 2008). A felsorolt jellemzők szinte természetesnek tűnnek, kialakításuk azonban korántsem ilyen könnyű. A közös értékrendszer kialakítását a résztvevők személyes tényezői is befolyásolják. A kliens is gyakran sok nehézség után válik a team valódi, integrált tagjává.

A rehabilitációs team összetételéből fakadóan gondot okozhatnak a kommunikációs különbségek. Ezek részben a képzettség különböző szintjeivel függenek össze. A magasabban képzett munkatársak könnyebben fejtik ki véleményüket, olykor dominálni akarják a megbeszéléseket, amit a beosztásból adódó különbségek még fokozhatnak. A hazai orvosi rehabilitációs teamekben OKJ-s, illetve szakmunkásképzettségtől a több szakvizsgás egyetemi végzettségig minden előfordul. Az orvosi rehabilitációs teamben nemcsak itthon, külföldön is gyakran alakul ki konfliktus az ápolók és fizioterapeuták (gyógytornászok) között, ami

a különböző képzettségre és a különböző szakmai presztízsre vezethető vissza (DALLEY –SIM 2001). Ezen túlmenően a különböző szakterületek, hivatások nyelvezete is más és más. Indokolt tehát a kommunikációs zavarok csökkentése, amelyet a közös nyelvezet használatával és a különböző teamtagoknak a képzésük során minél korábban megszervezett találkozásával, közös munkájuknak előkészítésével és gyakorlásával lehet támogatni.

– egy egységként működik
– a kliens a team szerves, elválaszthatatlan része
– a teamtagok problémaorientáltak
  - kooperálók, egymást támogatják
  - egymás szerepeit jól ismerik
  - lojálisak a teamhez
  - saját szakterületüket tisztelik, rendszeresen művelik
  - saját korlátaikat ismerik, belátják
  - kölcsönösen tisztelik egymást készségeik alapján
  - készek egymástól tanulni

1. táblázat. A jól működő rehabilitációs team fontos jegyei (ELDAR et al. 2008 alapján)

A funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO) jelentősége a teamtagok közötti kommunikációban

Az FNO kifejlesztése nemzetközi munka alapján több mint egy évtizeden át tartott, a rehabilitációban érintett szakemberek széles skálájának és a fogyatékos emberek nemzetközi szervezeteinek és neves képviselőinek a részvételével. Ez a széles körű fejlesztőmunka is hozzájárulhatott a kedvező fogadtatáshoz. Magyarországon már nem sokkal az FNO megjelenése után kértek tájékoztató jellegű képzéseket foglalkoztatási és szociális rehabilitációs szakértők, illetve fogyatékos emberek szervezetei, intézményei.

Az, hogy a rehabilitációban részt vevők szinte minden körében érdeklődést váltott ki az FNO, biztató abból a szempontból, hogy a teammunkában alapvetően fontos közös nyelv kialakítása érdekében az egyes résztvevők megtanulják a használatát.

A nemzetközi szakirodalomban több hivatkozás található arra vonatkozóan, hogy az FNO használata a teammunkában elősegítheti a kommunikációt, és a teamszerepek tisztázásában is támaszt nyújthat (ALLAN et al. 2006; TEMPEST–MCINTYRE 2006). Folyamatos alkalmazása a napi gyakorlatban valószínűleg hazánkban is támogathatja a team eredményes kommunikációját. *Hasznos lenne, ha nemcsak az FNO elveinek, hanem gyakorlati alkalmazásának a tanítása is bekerülne a rehabilitációban dolgozó valamennyi teamtag képzésébe, beleértve a gyógypedagógusokat is.*

Teammunkára nevelés a graduális képzés során

Nemzetközi kitekintés: a pedagógiai gyakorlat

„A tanárképzés európai zöld könyve" a gyógypedagógiával nem foglalkozik, csupán megemlíti, mint a tanárképzési formák egyik lehetséges osztályozási elemét. A *teammunkára oktatást viszont általában a pedagógusképzés fontos elemének tartja.* Azzal érvel, hogy az alapvetően individuális tanárképzési kultúra nem ad megfelelő választ a pedagóguspálya kihívásaira. A magasan fejlett információs társadalom közös problémamegoldást és teammunkát feltételez. Az iskolákban tanárok jól képzett teamjeire van szükség, ez pedig létfontosságúvá teszi a tanárképzésben a teammunka készségének elsajátítását (BUCHBERGER et al. 2000).

Az Amerikai Egyesült Államokban az 1975-ben kihirdetett „Education for All Handicapped Children Act" (gyógypedagógiai nevelési törvény) kötelezővé tette a közösségi iskolákban interprofesszionális teamek létrehozását (CLARK 1996). Ezeknek a teameknek a működési tapasztalatait elemezték, így az eredményeket, a hibákat, a párhuzamosságokat és a részvételt. Az interdiszciplináristeam-képzés költséghatékonyságát és más képzési módszerekkel összevetett eredményességét ért kritikák miatt az 1980-as években széles körű felmérést végeztek a gyógypedagógus-képzési programokról. 360 oktatási intézmény válaszolt a kérdőíves felmérésre. A képzési programok 48 százalékában nem készítették fel a hallgatókat a teammunkára, a többi intézményben általában már meglévő kurrikulumok részeként folyt valamilyen, a meglévő gyakorlatra alapozott képzés. Nagyon kevés helyen alkalmaztak igazi gyakorlati teamépítő képzést a gyógypedagógiai tanárképzés részeként (COURTNAGE–SMITH-DAVIS 1987). Egy újabb tanulmány a Keletkarolinai Egyetem gyógypedagógiai képzési reformját mutatja be. Ebben is fontos szerepe van a megfelelő kommunikáció, az együttműködési készség és a kooperatív tanulás (a tanuló a saját fejlődése mellett a csoport fejlődéséért is felelős) gyakorlatára történő felkészítésnek. Utóbbit azért is hangsúlyozzák, mert csak így tartják elvárhatónak, hogy a tanárok az iskolai gyakorlatban tudják alkalmazni a módszert (BAUTEL WILLIAMS et al. 2009).

Általános és gyógypedagógiai tanári együttműködésről szól Ripley (1997) szakirodalom-elemzésen alapuló tanulmánya. Bemutatja az együttműködés különböző formáit, mint a kooperatív, illetve a kollaboratív nevelést. Utóbbi a közös tervezést, tanítást és értékelést is magába foglalja, amelyben a közös tervezés kulcsfontosságú és jelentős időt igényel. Nem mondja ki, de ez a forma már a transzdiszciplináris teammunka irányába mutat, amelyben azért a két együttműködő tanár elsődleges felelőssége jól elkülönül. Ez az együttműködési forma feltételezi a teammunkára felkészítést, motivációt, erőforrás-kezelést, továbbképzésre rendelkezésre álló időt és azt, hogy a szakmai szempontok érvényesítését külső tényezők ne befolyásolják, pl. csak arra alkalmas tanulókat vonjanak be az integrált vagy inkluzív képzésbe. Fontos a folyamatos támogatás is az iskola vezetése részéről. A teammunka az évek során nem fogja csökkenteni a tanárok munkamennyiségét, viszont javíthatja az oktatás-nevelés eredményességét. Az eredmény a fogyatékos és nem fogyatékos tanulók önértékelésének, együttműködésének és tanulmányi teljesítményének javulásában éppúgy követhető, mint a tanárok személyes fejlődésében és motivációjában.

Leora (2003) disszertációja Izraelben végzett akciókutatásról számol be, amelyben vizsgálta a teamképzés hatását gyógypedagógus tanárok teamekben való tevékenységére, illetve a teamek irányításával kapcsolatos szerepfelfogásukat. Összefüggést talált az érzékelt teamvezetési képesség és a konfliktuskezelés érzékelt képessége között. Többek között arra a következtetésre jutott, hogy a gyógypedagógiai tanárképzést érdemes lenne újraértékelni az irányítási és vezetői képességekre való felkészítés szempontjából.

Bäckman (2005) a látássérültek pedagógiája szakos gyógypedagógusi mesterképzés két és fél éves, új programját ismerteti. Svédországban valamennyi látássérült gyermek többségi iskolába jár, ott kapja meg a területi tanácsadók által felügyelt speciális nevelést. Ez az országban az egyetlen ilyen képzés, nyitott a látássérülteket ellátó valamennyi BA szintű képzettséggel rendelkező teamtag részére. Tehát a célcsoport rehabilitációjában érintett teljes team tagjai együttesen vehetnek részt a mesterképzésben. A képzés egyik hangsúlyos célkitűzése a multidiszciplináris teammunka elsajátíttatása. Az első szemeszterben az FNO használatát tanítják több gyakorlati, szakmai helyzetben, többek között a holisztikus szemlélet kialakítása érdekében. A következő szemeszterben a kommunikációs készségek fejlesztése céljából különböző alapképzettségű oktatókkal gyakorlati terepmunkát végeznek. A további szemeszterekben a kommunikációs készségek fejlesztését – az FNO használatával – a mindennapi élettel kapcsolatos tevékenységek területén is folytatják.

Teammunka gyógypedagógiai asszisztensekkel is végezhető. Alapvető a képzettségeknek megfelelő munkamegosztás, az asszisztensek valódi teamtagként, tisztelettel történő kezelése. Ilyen módon a gyógypedagógus munkája eredményesebbé, kevésbé terhelővé válhat. Ellenkező esetben az asszisztensek alkalmazása konfliktusok, problémák sorozatát alakíthatja ki (Giangreco 2013).

A teammunkára nevelés a képzés gyakorlatában

Irodalmi adatok a teammunka zavarairól, és több évtizedes saját tapasztalatok arra utalnak, hogy *a teammunka oktatásának elsősorban a gyakorlati képzésben kellene hangsúlyt kapnia*, hiszen főként készségek elsajátítása fontos.

A szükséges ismeretek közé tartozik a teammunka elméleti megalapozása, a teamek szakterületenkénti összetétele, a teamtársak képzettsége, kompetenciái, elméleti kommunikációs ismeretek, az FNO mint közös nyelv megismerése, a teammunka zavarait megelőző vagy azok megoldását támogató csoporttechnikák. Megfontolandó a felsorolt ismeretek legalább egy részének gyakorlati képzési keretek közé illesztése, így pl. az FNO gyakorlati alkalmazásának, vagy csoporttechnikák vezetésének elsajátítása.

A teammunka gyakorlati oktatására alapvetően kétféle módszerünk van. Szervezhetünk teamszimulációs gyakorlatokat, illetve éles helyzetekben is tarthatunk gyakorlati képzést. Az előző módszer általában az iskola fizikai környezetében szervezhető, utóbbihoz gyakorlati terepre van szükség, amelynek a biztosítása körültekintő szervezést és többleterőforrást igényel. Tekintsük át előbb a szimulációs teamképzések lehetőségeit. Eredményes szimulációs képzésről több beszámoló ismert (Beaubieu–Baker 2004; Garrett et al. 2011; Weaver et al. 2014; Zhang et al. 2011). Olyan, például sürgősségi orvosi ellátást jelentő

területeken, ahol csak megfelelő gyakorlat elsajátítása után szabad egyes tevékenységeket éles helyzetben végezni, valószínűleg nincs alternatívája a szimulációs képzésnek.

Egy kanadai közlemény a teljes orvosi rehabilitációs teamszimulációs képzés háromféves, kérdőívvel felmért tapasztalatairól számol be (GARRETT et al. 2011). A cikkben felsorolt egészségügyi példák a gyógypedagógia szempontjából nem teljesen relevánsak. A nagyon élethű szimuláció – bár mind az eszközök beszerzése, mind karbantartásuk még Kanadában is költségesnek minősül – eredményeit tekintve ígéretes törekvés. Az oktatási intézetek többsége a szimulációt a klinikai gyakorlati képzés kiegészítéseként használta. Az újabb fejlesztésű eszközök az interdiszciplináris képzést, a team együttes tanulását is segíteni tudják. Bonyolultságuk miatt a tanári erőforrás-szükséglet nagy, jelentős előkészítő munka és a gyakorlatok alatt folyamatos tanári jelenlét szükséges. Saját tevékenységük követő kvalitatív vizsgálata szerint a hallgatók a képzési helyzetet (a másokkal közös gyakorlást, tevékenységük videóra vételét) nem kedvelték, ám mégis sokat tanultak a csapatmunka lehetőségeiről és nehézségeiről.

Zhang et al. (2011) az ápolók és más egészségügyi dolgozók 10 évnyi interprofesszionális teamszimulációs képzésének az eredményeit szisztematikus szakirodalom-elemzéssel mérték fel. Csak kvantitatív adatokat elemeztek. A képzések módszertanilag jelentős változékonyságot mutattak. Hasonlóan nagy volt a sokszínűség az eredmények felmérésére használt módszerekben. Általában saját fejlesztésű kérdőíveket használtak, nagyobb részükben csak közvetlenül a képzés befejezése után történt felmérés. A kérdőívek pszichometriai elemzése nem, vagy nem teljeskörűen történt meg. Annak ellenére, hogy a kutatások a teamszimulációs képzések pozitív eredményeiről számoltak be, a módszertani sokféleség és mérési hiányosságok miatt messzemenő következtetések levonására nem látnak lehetőséget.

A fentivel ellentétben narratív, kvalitatív eredmények szakirodalom-elemzését mutatja be Waever et al. (2014). Az alábbi, hallgatók által visszaigazolt teamképzési stratégiákat találták: asszertív viselkedéstréning, kompetenciák kölcsönös megismerése, tévedések felismerése és kezelése, önkorrekciók a teamben, teamműködés és modelljeinek megértése, teamadaptáció és koordináció. A kutatási terv az esetek nagyobb részében gyenge vagy közepes volt. Maximum egyéves követést találtak.

A teamképzés másik ismert módszere a hallgatók szakmák közötti, közös tanulási lehetőségének biztosítása, angolul *„interprofessional education”*. Ez azt jelenti, hogy minimálisan két különböző egészségügyi, pedagógiai és/vagy szociális hivatás tanulói interaktívan együtt tanulnak a szakmaközi együttműködés fejlesztése céljából. Aktív tanulói részvételt és ismeretek cseréjét jelenti a különböző hivatások tanulói között. Az utóbbi években ez a képzési forma megerősödött, egyre több helyről érkeznek beszámolók, eddig inkább az egészségügyi képzés területéről. Ezekből mutatunk be szemelvényeket a következőkben.

Kéthetes betegosztályos gyakorlatokon vettek részt közösen ápoló, foglalkoztató terapeuta, gyógytornász és orvostanhallgatók. Több mint 900 kérdőívre adott válaszok alapján a gyakorlat segítette saját szerepük jobb megértését, a társterületek képviselőinek megismerését, a kommunikáció és a teammunka értékelését. A szupervíziót biztosító oktatók szerepe fontos (PONZER et al. 2004). Hasonló következtetésekre jutottak egy másik tanulmány szerzői, kisebb mintán, rehabilitációs, illetve sürgősségi osztályokon szervezett kéthetes teamgyakorlatokon (MORPHET et al. 2014). Ennek a vizsgálatnak az érdekessége

a kvantitatív kérdőíves felmérés mellett kvalitatív, fókuszcsoport-interjú végzése volt. Az eredmények jól korreláltak. A tanulók a gyakorlatot jövőbeni hivatásuk jó főpróbájának is tekintették. Egy további vizsgálatban hét különböző rehabilitációsteam-tag tanuló öthetes közös gyakorlatát szervezték meg, akik között beszédterapeuta és szociális munkás is volt. A vizsgálati minta nagyon kicsi volt. Igen pozitív eredményekről számoltak be a teammunka értékelésével, a szerepekkel kapcsolatban, amiben feltehetőleg a gyakorlat hosszának is szerepe volt (Lumague et al. 2006). Egy négy szakterületet felölelő közös hallgatói teamképzés hosszabb távú követéses vizsgálata arra utalt, hogy ennek a képzésnek később, a teammunkába való beilleszkedésben is kedvező hatása lehet (Caldwell et al. 2006). Lindblom et al. (2007) a teamképzési gyakorlat eredményeinek vizsgálatát a betegelégedettség mérésével is kiegészítették. A betegek nem érezték tehernek a kéthetes gyakorlatot, kifejezetten elégedettek voltak.

Kevésbé kedvező eredményeket kapott Aase et al. (2014) Norvégiában, ápoló- és orvostanhallgatók teamképzésének eredményeit vizsgáló fókuszcsoport-interjúk alapján. A hallgatók szakmai attitűdjeit továbbra is a hagyományos szerepek, a hierarchia befolyásolta. Számos, a teammunkát nehezítő hátrányos csoportkultúrával találkoztak a hallgatók a konfrontációtól a bizalomhiányig, a kölcsönös tisztelet hiányáig, bár a kollaboratív tanulásra is akadt jó példa. Teamképzésük javítását tartják szükségesnek. Insalaco et al. (2007) végzős beszédterapeuta-hallgatók szemszögéből végeztek kérdőíves vizsgálatot stroke-rehabilitációs teamképzés tapasztalatairól. A résztvevők (fizio- és ergoterapeuták vettek még részt) értékelték a képzés és a teammunka eredményeit. A transzdiszciplináris modellt részesítették előnyben. Hátrányosnak tartották a teammunka során előforduló kommunikációs problémákat, a szerepkonfliktusokat, féltékenységet – amelyekből azért tanulhattak – és a képzés időigényét.

Az interprofesszionális teammunkára nevelés megszervezése és lebonyolítása komoly kihívást jelenthet a képzések ilyen formáját választó oktatási intézményeknek. Előzetesen ki kell alakítani a közös stratégiát, és ebben teljes egyetértésre kell jutni – szükség esetén karok, egyetemek, főiskolák között. Az így kialakított nevelési filozófiát az intézetek oktatóival meg kell vitatni, akiknek ezt el kell fogadniuk. Megfelelő infrastruktúrát kell biztosítani. Jó, ha a közös tanulói teamgyakorlatok magukba foglalják az ellátási folyamat teljességét a vizsgálattól a döntéshozatalig, majd a beavatkozásokig. A hallgatói munka legyen problémaorientált. A feladatok időben váljanak egyre komplexebbé, jelentsenek folyamatosan kihívást a tanulók részére. Mindehhez alapos előkészítés, folyamatos mentorálás, adminisztratív támogatás szükséges, pl. a dékáni hivatal részéről, minden érintett szakterület részvételével, tehát idő- és munkaerő-igényes, azaz költséges (Barnister et al. 2007; Bridges et al. 2011). Az éles helyzetekben történő teamképzés feltételeit a *2. táblázat* mutatja be.

A medicinában az eredményesség és hatékonyság vizsgálatát egyre inkább elvárják. Szakirodalomra alapozott kutatási módszertanát a Cochran Collaboration Centre dolgozta ki. Mivel az interprofesszionális képzés az utóbbi 20 évben a medicinában egyre jobban terjed, a centrum vizsgálta az ilyen képzések eredményességét is. Korábbi vizsgálatuk során több mint 1000 közlés között egyetlen megbízható kutatási módszertannal készült vizsgálatot sem találtak. Az utóbbi hét év alatt a helyzet valamelyest javult, de a mindössze hat jól értékelhető közlemény és az igen nagy fokú módszertani heterogenitás miatt így

sem tudtak megbízható eredményeket közölni (REEVES et al. 2008). A kritika a jelen cikkben idézett közleményekre is jogosan vonatkozik.

– kinyilvánított, látható, felmérhető teamképzési filozófia – kellő számú, különböző hivatást képviselő oktató – a tanulók rendelkezésére álló lehetőség az együttműködés és a teammunka elsajátítására – a teamképzés része a kurrikulumnak és az elvárt hallgatói terhelésnek – a gyakorlati képzés hasznosítását lehetővé tevő elméleti előképzettség – megfelelő szervezeti infrastruktúra és kultúra, elegendő oktató, ösztönzők a részvételre

2. táblázat. Az interprofesszionális képzésben való részvétel feltételei (BARNISTER et al. 2007 alapján)

Következtetések

A teammunkára nevelésben vannak ígéretes kezdeményezések, de eredményeik még nem bizonyítottak. További vizsgálatok végzése szükséges kontrollált, összehasonlító, követéses, lehetőleg véletlenszerű minták összehasonlítása alapján. Nincsenek adataink arról, hogy a kurrikulumba mikor célszerű beilleszteni a teamképzést, hogy előzőleg még ne alakuljanak ki negatív sztereotípiák, amelyek megváltoztatása később nagyon nehéz, de a hallgatók már rendelkezzenek elegendő szakmai ismerettel. Nem ismert, hogy mennyi képzést kellene biztosítani és hogyan, melyek a különböző módszerek előnyei, hátrányai. *A teammunka feltételeinek megteremtése, az ezt támogató intézeti kultúra kialakítása sok tanulást, türelmet és tapintatos megközelítést követel.* Mindazonáltal nem reménytelen – jól szervezett, céltudatos képzés megkönnyítheti. *Az egyetemi képzés keretében működő gyógypedagógus-képzés eddig kiaknázatlan lehetőségeket nyújthat az interprofesszionális teamképzés fejlesztésére.*

Irodalom

AASE, I. – HANSEN, B. S. – AASE, K. (2014): Norwegian nursing and medical student's perception of interprofessional teamwork: a qualitative study. *BMC Medical Education, 14*(170). http://www.biomedcentral.com/1472-6920/14/170 *(A letöltés ideje 2015. február 10.)*

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (2006): *Team STEPPS: Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety – Training Materials.* AHRQ, Washington DC.

Allan, C. M. – Campbell, W. N. – Guptill, C. A. – Stephenson, F. F. – Campbell, K. E. (2006): A conceptual model for interprofessional education: The International Classification of Functioning Disability and Health (ICF). *Journal of Interprofessional Care, 20,* 235–245.

Barnsteiner, J. H. – Disch, J. M. – Hall, L. – Mayer, D. – Moore, S. M. (2007): Promoting interprofessional education. *Nursing Outlook, 55,* 144–150.

Bautel Williams, J. – Williams, S. C. – Metcalf, D. – Smith Canter, L. L. – Zambone, A. – Jeffs, T. – Floyd, K. (2009): From „Big Ideas" to deliberate action: Curriculum revision and alignment in an American special education teacher preparation program. *Teaching and Teacher Education, 25,* 128–133.

Bäckman, Ö. (2005): Master's degree programme: Visual impairment. Interdisciplinary perspectives and professional cooperation. *International Congress Series, 1282,* 7–11.

Beaubieu, J. M. – Baker, D. P. (2004): The use of simulation for training teamwork skills in health care: how low can we go? *Quality and Safety in Health Care, 13, Suppl. 1,* i51–i56.

Blackmer, J. (2000): Ethical issues in rehabilitation medicine. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 32,* 51–55.

Bridges, D. R. – Davidson, R. A. – Odegard, P. S. – Maki, I. V. – Tomkowiak, J. (2011): Interprofessional collaboration: three best practice models for interprofessional education. *Medical Education Online, 16,* 6035. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/?term=Interprofessional+collaboration%3A+three+best+practices *(A letöltés ideje: 2015. február 20.)*

Bruder, M. B. (2005): Early intervention for infants and their families. In: Nehring, W. M. (ed.): *Core curriculum for specializing in intellectual and developmental disability.* Jones and Bartlett Publishers, London. 109–122.

Buchberger, F. – Campos, B. P. – Kallos, D. – Stephenson, J. (eds) (2000): *Green paper on teacher education is Europe.* Thematic Network on Teacher Education in Europe, Umeå.

Caldwell, K. – Atwal, A. – Copp, G. – Brett-Richards, M. – Coleman, K. (2006): Preparing for practice: how well are practitioners prepared for teamwork. *British Journal of Nursing, 15,* 1250–1257.

Clark, P. G. (1996): Learning from education: What the teamwork literature in special education can teach gerontologists about team training and development. *Educational Gerontology, 22,* 387–410.

Courtnage, L. – Smith-Davis, J. (1987): Interdisciplinary team training: a national survey of special education teacher training programs. *Exceptional Children, 53,* 451–458.

Dalley, J. – Sim, J. (2001): Nurses' perceptions of physiotherapists as rehabilitation team members. *Clinical Rehabilitation, 15,* 380–389.

Decuyper, S. – Dochy, F. – Van den Bossche, P. (2010): Grasping the dynamic complexity of team learning: An integrative model for effective team learning in organizations. *Education Research Review, 5,* 111–133.

Egészségügyi Világszervezet (2004): *A funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO).* Medicina, Budapest.

Eldar, R. – Marincek, C. – Kullmann, L. (2008): Training for rehabilitation teamwork. *Croatian Medical Journal, 49,* 352–57.

Frey, W: *Ethics of team work.* Version 1.18: Dec 2, 2013. The Connexions Project licensed under Creative Common Attribution License 3.0 http://cnx.org/content/m13760/1.18/ *(A letöltés ideje: 2015. február 10.)*

Garrett, B. M. – MacPhee, M. – Jackson, C. (2011): Implementing high-fidelity simulation in Canada: Reflections on 3 years of practice. *Nurse Education Today, 31,* 671–676.

Gereben F. (2008): Gyógypedagógia a változó világban. *Gyógypedagógiai Szemle, 36,* 161–170.

Giangreco, M. F. (2013): Teacher assistant support in inclusive schools: research, practice and alternatives. *Australian Journal of Special Education, 3,* 1–14. Available on CJO doi: 10.1017

/jse.2013.1 http://www.uvm.edu/~cdci/parasupport/reviews/giangreco11.pdf *(A letöltés ideje: 2015. február 20.)*

GORDOSNÉ SZABÓ A. (2010): 110 éves a gyógypedagógus-képzés Magyarországon. *Gyógypedagógiai Szemle, 38,* 317–332.

INSALACO, D. – OZKURT, E. – SANTIAGO, D. (2007): The perceptions of students in the allied health professions towards stroke rehabilitation teams and the SLP's role. *Journal of Communication Disorders, 40,* 196–214.

KING, G. – STRACHAN, D. – TUCKER, M. – DUWYN, B. – DESSERUD, S. – SHILLINGTON, M. (2009): The Application of a Transdisciplinary Model for Early Intervention Services. *Infants & Young Children, 22,* 211–223.

KOVALESKI, J. F. – TUCKER, J. A. – DUFFY, D. J. – LOWERY, P. E. – GICKLING, E. E. (1995): School reform to instructional support. Part I. The instructional support team (IST). *Communiqué, 23,* 3–11.

KÖRNER, M. – BENGEL, J. (2004): Teamarbeit und Teamerfolg bei multi- und interdisziplinären Teams in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation, 43,* 348–357.

KULLMANN L. – VERSEGHI A. (2013): Etikai kérdések a rehabilitációs medicinában. *Rehabilitáció, 23,* 2–15.

LEORA, L. (2003): *The contribution of teacher training to special education teachers' performance in the roles of leaders and managers of interdisciplinary teams.* Dissertation, University of Leicester (UK). 407 p., U187830. http://gradworks.umi.com/U1/87/U187830.html *(A letöltés ideje: 2015. február 20.)*

LINDBLOM, P. – SCHEJA, M. – TORELL, E. – ASTRAND, P. – FELLÄNDER-TSAI, L. (2007): Learning orthopaedics: assessing medical students' experiences of interprofessional training in an orthopaedic clinical education ward. *Journal of Interprofessional Care, 21,* 413–423.

LUMAGUE, M. – MORGAN, A. – MAK, D. – KWONG, M. H. J. – CAMERON, C. – ZENER, D. – SINCLAIR, L. (2006): Interprofessional education: the students' perspective. *Journal of Interprofessional Care, 2006*(20). 246–253.

MESTERHÁZI ZS. (2000): A gyógypedagógia mint tudomány. In: ILLYÉS S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek.* ELTE BGGYFK, Budapest. 39–79.

MESTERHÁZY ZS. (2001): A gyógypedagógiai nevelés mint terápia. *Iskolakultúra, 2,* 29–33.

MORPHET, J. – HOOD, K. – CANT, R. – BAULCH, J. – GILBEE, A. – SANDRY, K. (2014): Teaching teamwork: an evaluation of an interprofessional training ward placement for health care students. *Advances in Medical Education and Practice, 5,* 197–204.

NOLAN, K. E. – DOYLE, L. E. (2006): *Principles of cognitive network teamwork.* Proceeding of the SDR 06 Technical Conference and Product Exposition. Orlando Florida, 13–17. 11. 2006. http://www.researchgate.net/publication/228401754_Principles_of_cognitive_network_teamwork *(A letöltés ideje: 2015. február 22.)*

NOLAN, V. (1989): *The Innovator's Handbook, Problem Solving, Communication and Teamwork.* Penguin Books, Harmondsworth.

PONZER, S. – HYLIN, U. – KUSOFFSKY, A. – LAUFFS, M. – LONKA, K. – MATTISSON, A. C. – NORDSTRÖM, G. (2004): Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards. *Medical Education, 38,* 727–736.

REEVES, S. – ZWARENSTEIN, M. – GOLDMAN, J. – BARR, H. – FREETH, D. – HAMMICK, M. – KOPPEL, I. (2008): Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Systematic Reviews, 23,* CD002213.

RIPLEY, S. (1997): Collaboration between General and Special Education Teachers From: The ERIC Digests ERIC EC Digest #ED409317 http://www.ericdigests.org/1998-1/general.htm *(A letöltés ideje: 2015. február 20.)*

SERRANO, A. M. – BOAVIDA, J. (2011): Early childhood intervention: the Portuguese pathway towards inclusion. *Revista Educatión Inclusiva, 4,* 123–138.

TEMPEST, S. – MCINTYRE, A. (2006): Using the ICF to clarify team roles and demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation, 28,* 663–667.

WEAVER, S. J. – DY, S. M. – ROSEN, M. A. (2014): Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Quality and Safety, 23,* 359–372.

ZÁSZKALICZKY P. – VERDES T. (szerk.) (2004): *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia.* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar és Kölcsey Ferenc Protestáns Szakkollégium, Budapest.

ZHANG, C. – THOMPSON, S. – MILLER, C. (2011): A review of simulation-based interprofessional education. *Clinical Simulation in Nursing, 7,* 117–126.

A szlovákiai Carissimi Nonprofit Alap kuratóriuma 2010-ben *Carissimi – Esély a fogyatékos és egészségkárosodott embereknek* címmel olyan magyar nyelvű ismeretterjesztő folyóirat megjelenésének támogatását határozta el, amely fórumot teremt fogyatékos és egészségkárosodott embereknek, és segítséget nyújt az őket érintő ügyekben való eligazodáshoz, társadalmi beilleszkedésükhöz.

Az ismeretterjesztő folyóirat valamennyi eddig megjelent száma ingyenesen elérhető a www.carissimi.sk oldalon.