

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης
Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας & Πρόνοιας
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

«Οι αντιλήψεις των φοιτητών/τριών Κοινωνικής Εργασίας για τα άλλα επαγγέλματα υγείας και την ανάγκη διεπαγγελματικής συνεργασίας μαζί τους.»

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Δρ. ΠΑΠΑΔΑΚΗ ΒΑΣΙΛΕΙΑ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΑΠΤΟΓΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ,
ΚΑΡΤΣΑΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

Κανένας δεν μπορεί να ταξιδέψει μόνος του στη γνώση. Για εμάς συνοδοιπόροι ήταν συγγενείς , φίλοι και καθηγητές. Ευχαριστούμε πολύ τις οικογένειες μας και τους φίλους μας για την υπομονή που έδειξαν όλο αυτό τον καιρό. Επίσης θέλουμε να ευχαριστήσουμε τους καθηγητές των τμημάτων Κοινωνικής Διοίκησης του Πανεπιστημίου Κομοτηνής, Κοινωνικής Εργασίας Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Πάτρας και Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Αθήνας που μας βοήθησαν στη συλλογή των ερωτηματολογίων όπως και τους φοιτητές/τριες που συμμετείχαν στην έρευνα μας. Τέλος, το πιο θερμό ευχαριστώ το οφείλουμε στην κ. Παπαδάκη για την πολύτιμη βοήθεια της όχι μόνο με τις γνώσεις της αλλά κυρίως με την υπομονή και την υποστήριξη της.

Τίτλος πτυχιακής: «Οι αντιλήψεις των φοιτητών/τριών Κοινωνικής Εργασίας για τα άλλα επαγγέλματα υγείας και την ανάγκη διεπαγγελματικής συνεργασίας μαζί τους».

Περίληψη

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει στόχο την διερεύνηση, των απόψεων των φοιτητών/φοιτητριών κοινωνικής εργασίας, για το προφίλ των επαγγελματιών υγείας (κοινωνικών λειτουργών, γιατρών, νοσηλευτών και ψυχολόγων), και τις απόψεις τους για την ανάγκη διεπαγγελματικής συνεργασίας μαζί τους.

Η εργασία μας χωρίζεται σε δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό μέρος. Το πρώτο μέρος απαρτίζεται από τα παρακάτω τέσσερα κεφάλαια: Στο πρώτο κεφάλαιο, «*Το εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα*», γίνεται μια αναφορά στο σύστημα υγείας από το 1983 μέχρι και σήμερα, παρουσιάζεται η οργάνωση των υπηρεσιών, οι υποδομές και η στελέχωσή του. Στο δεύτερο κεφάλαιο, «*Τα μοντέλα παροχής υπηρεσιών υγείας*», δίνεται ο ορισμός των υπηρεσιών υγείας, αναφέρονται οι μορφές που μπορεί να έχει ένα σύστημα υγείας, οι στόχοι του σύγχρονου συστήματος υγείας και παρουσιάζονται το ιατροκεντρικό ή βιο-ιατρικό και το ολιστικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών. Στο τρίτο κεφάλαιο, «*Η διεπιστημονική συνεργασία σε φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και πως αυτή επηρεάζεται από την δεοντολογία και τις αρμοδιότητες του κάθε επαγγέλματος*», αρχικά παρουσιάζεται η δεοντολογία των επαγγελματιών υγείας που περιλαμβάνονται στην έρευνα και δίνεται μια εικόνα για την κάθε ειδικότητα ξεχωριστά όσο αφορά τα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες της μέσα στο νοσοκομειακό χώρο. Στην συνέχεια γίνεται αναφορά στην διεπιστημονική συνεργασία στο τομέα της υγείας και παρουσιάζονται τα σημεία που ενώνουν και χωρίζουν τους επαγγελματίες υγείας. Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους, «*Παράγοντες που επηρεάζουν την συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας*», θέλοντας να ορίσουμε κάποιους από τους παράγοντες που έχουν σημαντικό ίσως ρόλο στην συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, αναλύουμε έννοιες όπως, οι στάσεις, οι αξίες, η ιδεολογία, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις και τα στερεότυπα και θεωρίες σχετικές με την έννοια του «εαυτού» και την «δυναμική της ομάδας».

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, το ερευνητικό, παρουσιάζεται η ποσοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε, μέσω ερωτηματολογίου, με ερωτώμενους που φοιτούσαν στα Τμήματα Κοινωνικής Εργασίας Αθήνας, Πάτρας, Ηρακλείου και στη

Σχολή Κοινωνικής Διοίκησης Κομοτηνής. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας που πραγματοποιήσαμε. Στο κεφάλαιο έξι, αρχικά παρουσιάζονται περιγραφικά τα δημογραφικά στοιχεία των φοιτητών που συμμετείχαν στην έρευνα, οι απόψεις τους για τους επαγγελματίες υγείας καθώς και για την διεπιστημονική συνεργασία. Στην συνέχεια παραθέτονται τα τεστ σημαντικότητας και τα αποτελέσματα για τις απόψεις των φοιτητών σχετικά με τους επαγγελματίες υγείας, ξεχωριστά για κάθε ειδικότητα. Τελειώνοντας στο έβδομο κεφάλαιο αναπτύσσονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την έρευνα όσο αφορά τις αντιλήψεις των φοιτητών/τριών Κοινωνικής Εργασίας για το προφίλ των επαγγελματιών υγείας και την ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας μαζί τους, τις απόψεις τους για μελλοντική συνεργασία μαζί τους καθώς και για τη σημαντικότητα της συνεισφοράς κάθε επαγγελματία στον τομέα της υγείας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήσαμε, οι φοιτητές/τριες κοινωνικής εργασίας θεώρησαν την διεπαγγελματική συνεργασία αρκετά έως απολύτως απαραίτητη, με την πλειοψηφία των ερωτηθέντων να θέτει σε προτεραιότητα την συνεργασία με τους ψυχολόγους και να ακολουθούν οι γιατροί και οι νοσηλεύτες. Όσο αφορά τις προσδοκίες των φοιτητών/τριών και το κατά πόσο αυτές θα επηρεάζονταν από τις απόψεις τους για τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των ειδικοτήτων, στατιστικά σημαντική σχέση υπήρξε μόνο όσον αφορά τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των γιατρών. Οι θετικές απόψεις των ερωτώμενων για το επίπεδο των ακαδημαϊκών γνώσεων των γιατρών, δεν επηρέασαν τις προσδοκίες τους για τη μελλοντική συνεργασία μαζί τους. Ενώ οι αρνητικές απόψεις για το επίπεδο δεξιοτήτων επικοινωνίας και ικανότητας συνεργασίας των γιατρών φαίνεται να επηρέασαν αρνητικά τις προσδοκίες τους. Τέλος, σύμφωνα και πάλι με τα αποτελέσματα της έρευνας, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί τον καταλληλότερο τρόπο υλοποίησης της διεπιστημονικής συνεργασίας στον τομέα της υγείας τη «θεσμοθετημένη συνεργασία στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας», ενώ οι φοιτητές/τριες δήλωσαν πως το εκπαιδευτικό τους πρόγραμμα παρέχει «αρκετές/πολλές γνώσεις» αναφορικά με την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας στον τομέα της υγείας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|-----------------------|---|
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 7 |
|-----------------------|---|

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

| | |
|---|----|
| Κεφάλαιο 1ο : ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ | 9 |
| Εισαγωγή..... | 9 |
| 1.1. : Οι μεταρρυθμίσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας από το 1983 έως σήμερα..... | 10 |
| 1.2. : Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα..... | 14 |
| 1.3. : Οι υποδομές του ελληνικού συστήματος υγείας..... | 16 |
| Κεφάλαιο 2ο: ΤΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ | 18 |
| 2.1. : Ορισμός υπηρεσιών υγείας..... | 18 |
| 2.2. : Μοντέλα και προσεγγίσεις στην παροχή υπηρεσιών | 22 |
| ➤ Ιατροκεντρικό ή βιο-ιατρικό μοντέλο..... | 22 |
| ➤ Ολιστικό μοντέλο..... | 23 |
| Κεφάλαιο 3^ο : Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ | 27 |
| Εισαγωγή..... | 27 |
| 3.1 : Η δεοντολογία και οι αρμοδιότητες των επαγγελματιών στα νοσοκομεία..... | 29 |
| ➤ Γιατροί..... | 29 |
| ➤ Νοσηλευτές..... | 31 |
| ➤ Κοινωνικοί Λειτουργοί..... | 33 |
| ➤ Ψυχολόγοι..... | 37 |
| 3.2. : Η διεπιστημονική συνεργασία στον τομέα της υγείας..... | 40 |
| 3.3. :Σημεία που ενώνουν και χωρίζουν τους επαγγελματίες υγείας..... | 41 |

| | |
|---|-----------|
| Κεφάλαιο 4^ο : Παράγοντες που επηρεάζουν την συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας..... | 44 |
| Εισαγωγή | 44 |
| 4.1. : Στάσεις, αξίες και ιδεολογία..... | 45 |
| ➤ Στάσεις..... | 45 |
| ➤ Αξίες..... | 46 |
| ➤ Ιδεολογία..... | 46 |
| 4.2. : Κοινωνικές αναπαραστάσεις, προκαταλήψεις και στερεότυπα..... | 47 |
| ➤ Κοινωνικές αναπαραστάσεις..... | 47 |
| ➤ Προκαταλήψεις και στερεότυπα..... | 48 |
| 4.3. : Η εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του και η λειτουργία των ομάδων..... | 49 |
| ➤ Αυτοεικόνα και κοινωνική ταυτότητα..... | 49 |
| ➤ Δυναμική της ομάδας..... | 51 |

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

| | |
|--|-----------|
| Κεφάλαιο 5^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ..... | 54 |
| Εισαγωγή..... | 54 |
| 5.1 : Ο σκοπός της έρευνας..... | 55 |
| 5.2. : Τα ερευνητικά ερωτήματα..... | 56 |
| 5.3. : Το δείγμα..... | 58 |
| 5.4. : Το ερευνητικό εργαλείο..... | 58 |
| 5.5. : Η διαδικασία της συλλογής των στοιχείων..... | 59 |
| 5.6. : Η στατιστική ανάλυση..... | 60 |

Κεφάλαιο 6^ο : ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

| | |
|---|----|
| 6.1. Περιγραφική στατιστική..... | 61 |
| ➤ Δημογραφικά στοιχεία των φοιτητών που συμμετείχαν στην έρευνα..... | 61 |
| ➤ Οι απόψεις των φοιτητών/τριων κοινωνικής εργασίας για τους γιατρούς, τους νοσηλευτές, τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς..... | 62 |
| ➤ Οι απόψεις των φοιτητών/τριων κοινωνικής εργασίας σχετικά με την διεπιστημονική συνεργασία στον τομέα της υγείας..... | 70 |

| | |
|---|------------|
| ➤ Βασικά ευρήματα περιγραφικής στατιστικής..... | 75 |
| 6.2. : Τεστ σημαντικότητας..... | 78 |
| ➤ Αποτελέσματα του χ^2 για τις απόψεις των φοιτητών σχετικά με τους γιατρούς..... | 78 |
| ➤ Αποτελέσματα του χ^2 για τις απόψεις των φοιτητών σχετικά με τους νοσηλευτές..... | 79 |
| ➤ Αποτελέσματα του χ^2 για τις απόψεις των φοιτητών σχετικά με τους κοινωνικούς λειτουργούς..... | 86 |
| Κεφάλαιο 7^ο : ΤΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ..... | 89 |
| Βιβλιογραφία..... | 100 |
| Παράρτημα..... | 104 |

Εισαγωγή

Γυρίζοντας το χρόνο μερικά χρόνια πίσω, βλέπουμε τον εαυτό μας γεμάτο όνειρα, προσδοκίες και μια θολή εικόνα του επαγγελματικού μας ρόλου αλλά και της ελληνικής πραγματικότητας για την κοινωνική εργασία. Σήμερα έχοντας ολοκληρώσει τις σπουδές μας έχουμε πλέον επίγνωση τόσο του ρόλου και της θέσης του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της υγείας, όσο και της αναγκαιότητας για διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας. Κατά την παρακολούθηση των μαθημάτων οι γνώσεις που μας δόθηκαν σχετικά με την διεπιστημονική συνεργασία και τα οφέλη της για την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών ήταν περιορισμένες.

Η παρούσα εργασία έχει στόχο να διερευνήσει τις απόψεις των φοιτητών/φοιτητριών κοινωνικής εργασίας για το προφίλ των κοινωνικών λειτουργών, των γιατρών, των νοσηλευτών και των ψυχολόγων και την ανάγκη διεπαγγελματικής συνεργασίας μαζί τους. Αφορμή για την επιλογή του θέματος της πτυχιακής αποτέλεσε η εργαστηριακή άσκηση που πραγματοποιήσαμε τα δύο τελευταία εξάμηνα της φοίτησης μας στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Βρεθήκαμε σε υπηρεσίες όπως το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ρέθυμνου, όπου επαγγελματίες υγείας ανέφεραν την προσπάθειά τους για συνεργασία κάτω από αντίξοες συνθήκες όπως η έλλειψη προσωπικού και η πολύχρονη αναδιοργάνωση των υπηρεσιών. Κάποιοι επαγγελματίες υγείας είχαν καλές επαγγελματικές σχέσεις με τους συναδέλφους τους και άλλοι ακριβώς το αντίθετο. Η κακή ή και ανύπαρκτη πολλές φορές διεπαγγελματική συνεργασία ήταν εμφανές εμπόδιο στην εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας και επηρέαζε αρνητικά την αποδοτικότητα των επαγγελματιών.

Μέσα από την εμπειρία μας παρατηρήσαμε ότι κύριο εμπόδιο στην συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών με γιατρούς, νοσηλευτές και ψυχολόγους ήταν η ύπαρξη στερεοτύπων σχετικά με τον επαγγελματικό ρόλο, τις αρμοδιότητες και την χρησιμότητα του καθένα στην υπηρεσία. Θεωρούμε ότι το θέμα αυτό είναι άξιο μελέτης αφού η σωστή λειτουργία της διεπαγγελματικής ομάδας εξασφαλίζει την αποτελεσματική αντιμετώπιση των αναγκών του εξυπηρετούμενου και συμβάλει στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου δεν έχει πραγματοποιηθεί ανάλογη πτυχιακή εργασία. Το γεγονός αυτό ήταν για εμάς μια

πρόκληση. Καταγράψαμε λοιπόν τις απόψεις των φοιτητών/φοιτητριών κοινωνικής εργασίας για: α) το προφίλ των ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, γιατρών και νοσηλευτών, β) την ανάγκη για συνεργασία μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών και των προαναφερθέντων ειδικοτήτων και τις προσδοκίες τους σχετικά με την συνεργασία μαζί τους, γ) τη σημαντικότητα της συνεισφοράς κάθε ειδικότητας, δ) την ενημέρωση των φοιτητών κοινωνικής εργασίας σχετικά με τον ρόλο των προαναφερθέντων επαγγελματιών, ε) τις γνώσεις που θεωρούν πως έχουν αποκομίσει από την εκπαίδευση τους σχετικά με την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας και ζ) τα μέτρα που σύμφωνα με την άποψή τους θα διευκόλυναν την εφαρμογή της διεπιστημονικής συνεργασίας σε φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η εργασία μας χωρίζεται σε δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό μέρος. *Το πρώτο μέρος απαρτίζεται από τα εξής κεφάλαια :* 1) Το εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα, 2) Τα μοντέλα παροχής υπηρεσιών υγείας, 3) Η διεπιστημονική συνεργασία στον τομέα της υγείας – δεοντολογία και αρμοδιότητες των επαγγελματιών υγείας, 4) Παράγοντες που επηρεάζουν την συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. *Στο δεύτερο μέρος* παρουσιάζεται η έρευνα που πραγματοποιήθηκε με ερωτώμενους που φοιτούσαν στα Τμήματα Κοινωνικής Εργασίας Αθήνας, Πάτρας, Ηρακλείου και στη Σχολή Κοινωνικής Διοίκησης Κομοτηνής και στη συνέχεια αναπτύσσονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από αυτή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : Το εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα.

Εισαγωγή

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από ένα δημόσιο – ιδιωτικό «μίγμα» τόσο στην χρηματοδότηση όσο και στην παροχή των υπηρεσιών. Τέσσερις κύριοι τύποι κάλυψης είναι διαθέσιμοι στον πληθυσμό: το Εθνικό Σύστημα Υγείας, οι ιδιωτικοί χώροι παροχής υπηρεσιών υγείας, τα ταμεία ασφάλισης υγείας (ασφάλιση με βάση το επάγγελμα) και η ιδιωτική ασφάλιση υγείας (Οικονόμου, 2004). Το έτος 2000 δαπανήθηκε το 9,4% του ΑΕΠ για υπηρεσίες υγείας ποσοστό ανώτερο του αντίστοιχου μέσου όρου των χωρών της ΕΕ (OECD:2003 στο Οικονόμου 2004). Το ίδιο έτος αναφέρονται ως κύριες πηγές χρηματοδότησης οι άμεσες πληρωμές (41,4%), η φορολογία (30,4%, το 58,4% του οποίου αφορά έμμεσους φόρους) και η κοινωνική ασφάλιση (25,9%), ενώ η ιδιωτική ασφάλιση υγείας συμμετείχε με ποσοστό μόνο 2,3% περίπου (Οικονόμου, 2004). Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των άμεσων και ιδιωτικών πληρωμών, με αντίστοιχο περιορισμό συμμετοχής των κοινωνικών δαπανών.

Με βάση τα παραπάνω οι υψηλές άμεσες και πολλές φορές άτυπες ιδιωτικές πληρωμές και η συμμετοχή των έμμεσων φόρων, δείχνουν αντίστροφη προοδευτικότητα στην συνολική χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Το επιχείρημα αυτό ενισχύεται από την ευνοϊκή μεταχείριση ομάδων υψηλού εισοδήματος και των ελεύθερων επαγγελματιών από άποψη φορολογίας και κοινωνικοασφαλιστικών εισφορών (Οικονόμου, 2004).

Οι αλλαγές που συντελέστηκαν στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα από τη ριζοσπαστική θεσμοθέτηση του ΕΣΥ το 1983 μέχρι σήμερα, χαρακτηρίζονται από βραδύ ρυθμό. «Είκοσι δύο χρόνια μετά την έναρξη της λειτουργίας του και έπειτα από μια σειρά προσπαθειών για τη μεταρρύθμισή του, το ΕΣΥ παραμένει διασπασμένο από άποψη κάλυψης του πληθυσμού, συγκεντρωτικό και αρκετά μακριά από τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της αποτελεσματικότητας» (Οικονόμου, 2004:20). Το Σύστημα Υγείας, ως μέρος ενός ανεπαρκούς και διεφθαρμένου κρατικού μηχανισμού, έχει υιοθετήσει βασικά χαρακτηριστικά της σύγχρονης Ελλάδας όπως οι πελατειακές σχέσεις, η έλλειψη ισχυρής διοικητικής οργάνωσης, η υπεραναπτυγμένη παραοικονομία και τα ισχυρά οργανωμένα

συμφέροντα. Επομένως, αυτό το πλέγμα αλληλένδετων οικονομικών, πολιτικών και κοινωνικών παραγόντων εμποδίζουν την υιοθέτηση και εφαρμογή σημαντικών μεταρρυθμιστικών μέτρων με σκοπό την δημιουργία ενός κράτους πρόνοιας (Οικονόμου, 2004).

1.1. : Οι μεταρρυθμίσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας από το 1983 έως σήμερα.

Το 1983 είναι χρονιά ορόσημο για το σύστημα υγείας, αφού επιχειρείται η πρώτη ουσιαστικά ολοκληρωμένη πολιτική υγείας που εφαρμόστηκε ποτέ στην Ελλάδα. Ο νόμος 1397/83 βάζει τις βάσεις και τα πλαίσια για τη δημιουργία και ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η νομοθεσία περί ΕΣΥ το 1983 ήταν βασικά προσανατολισμένη στην αποκέντρωση του συστήματος και στην εισαγωγή ενός ενιαίου πλαισίου στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας, στην αναμόρφωση του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού και στην αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Κεντρική φιλοσοφία του ΕΣΥ αποτέλεσε η ανάληψη από το κράτος της ευθύνης παροχής καθολικών υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου ή οικονομικής δυνατότητας. Η εγκαθίδρυση νέων ιδιωτικών νοσοκομείων απαγορεύτηκε. Προβλέφτηκε επίσης μια πολιτική συγχώνευσης της χρηματοδότησης των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, πολιτική που κρίθηκε απαραίτητη για το συντονισμό, αναδιανομή και συγκράτηση της αυξανόμενης ζήτησης υπηρεσιών (Κυριόπουλος & Σίσσουρας, 1997).

Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ συνέβαλλε στην επέκταση της προστασίας του πληθυσμού, ιδιαίτερα των αγροτικών περιοχών και σημειώθηκε αύξηση των διατιθέμενων για την υγεία ανθρώπινων και χρηματοδοτικών πόρων. Ωστόσο, δεν μπόρεσε να αντιμετωπίσει επαρκώς ζητήματα μακροοικονομικής και μικροοικονομικής αποδοτικότητας, ισότητας στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών, διαχείρισης – διοίκησης και περιφερειακής αποκέντρωσης (Τσαλίκης, 2008). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι κάποιες ρυθμίσεις του θεσμικού πλαισίου δεν εφαρμόστηκαν, κάποιες άλλες είχαν συνέπειες που δεν προβλέφθηκαν, ενώ για ορισμένα βασικά ζητήματα δεν γινόταν καμία αναφορά στον νόμο.

Όσον αφορά τις ρυθμίσεις που δεν εφαρμόστηκαν, πολλοί επισημαίνουν την αδυναμία ολοκλήρωσης των μεταρρυθμίσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ο Ν. 1397/83 προέβλεπε την κατάργηση όλων των μέχρι τότε μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την ίδρυση, αντί για αυτές, κέντρων υγείας αστικού και αγροτικού

τύπου, καθώς και την απόδοση σε ειδικό λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας από τα ασφαλιστικά ταμεία των δαπανών περίθαλψης των ασφαλισμένων τους στα κέντρα υγείας. Τελικά, ιδρύθηκαν μόνο κέντρα υγείας αγροτικού τύπου, ενώ όλα τα άλλα δεν υλοποιήθηκαν, με αποτέλεσμα την επικράτηση του νοσοκομειοκεντρικού χαρακτήρα του ελληνικού συστήματος υγείας και τη διατήρηση των δομών και υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επίσης τα ΠΕΣΥ δεν συστάθηκαν και δεν λειτούργησαν, με αποτέλεσμα, αν και η περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών πόρων βελτιώθηκε στο διάστημα 1981-1989, διευκολύνοντας την πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας, να εξακολουθήσουν να υπάρχουν ανισότητες αλλά και αδυναμίες, όπως η μη επίτευξη της αποκέντρωσης στη λήψη των αποφάσεων (Νιάκας, 1993).

Όσον αφορά τις απρόβλεπτες συνέπειες, η σημαντικότερη είναι η διόγκωση του αριθμού των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, λόγω σοβαρής οικονομικής επιβάρυνσης των ασφαλιστικών ταμείων. Είναι λογικός ο ισχυρισμός πως οι περιορισμοί στη δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της νοσοκομειακής περίθαλψης και οι αδυναμίες στην πρωτοβάθμια φροντίδα, δημιούργησαν τις κατάλληλες συνθήκες για τη διοχέτευση επενδυτικών κεφαλαίων στην ίδρυση ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων. Ο ισχυρισμός ενισχύεται από περιστατικά συναλλαγής νοσοκομειακών γιατρών με διαγνωστικά κέντρα, που κατά καιρούς έχουν βγει στο φως της δημοσιότητας, για προκλητή ζήτηση διαγνωστικών εξετάσεων (Μπέσης, 1993).

Η διόγκωση του αριθμού των διαγνωστικών κέντρων ενοχοποιείται από πολλούς για προκλητή ζήτηση και επομένως για την επιβάρυνση των προϋπολογισμών των ασφαλιστικών ταμείων, που συνάπτουν συμβάσεις με αυτά. Σύμφωνα με σχετικές έρευνες του IOBE και της ICAP κατά την περίοδο 1986-1991, ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των διαγνωστικών κέντρων ήταν 25,8%. Το 1991 ο αριθμός των διαγνωστικών κέντρων ανερχόταν σε 192, ενώ το 1999 σε πάνω από 400 (Μπέσης, 1993). Το σημαντικότερο ζήτημα που δεν ρυθμίστηκε νομοθετικά ήταν η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα δεν ορίστηκαν από ένα ενιαίο και ολοκληρωμένο σύστημα αρχών η κατανομή και οι πηγές χρηματοδότησης αλλά και οι μορφές αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας. Η έλλειψη ενός ενιαίου φορέα διαχείρισης των ασφαλιστικών ταμείων ενοχοποιείται από πολλούς για τη δημιουργία μεγάλων χρηματικών ελλειμμάτων (Μπέσης, 1993).

Με την αλλαγή της πολιτικής κατάστασης το 1989 επαναπροσδιορίστηκαν οι άξονες της πολιτικής υγείας. Το νέο πλαίσιο πολιτικής οριοθετήθηκε από την ενδυνάμωση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας έναντι της αποκλειστικής κρατικής δραστηριότητας στην παροχή υπηρεσιών, την ενίσχυση της ατομικής ευθύνης καθενός για την υγεία του, την διευρυμένη δυνατότητα επιλογών του χρήστη, την κατάργηση του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και τον σχετικό περιορισμό της χρηματοδότησης του κράτους με παράλληλη αύξηση της συμβολής της κοινωνικής ασφάλισης και των ιδιωτικών δαπανών (Νιάκας, 1993).

Ο Ν. 2071/92 για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας προέβλεπε μεταξύ άλλων: α) την υπαγωγή των κέντρων υγείας στις νομαρχίες και την χρηματοδότησή τους από αυτές, β) την δυνατότητα επιλογής των γιατρών του ΕΣΥ μεταξύ πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης ή μερικής απασχόλησης με παράλληλη άσκηση ιδιωτικής πρακτικής, γ) την απελευθέρωση του ιδιωτικού τομέα και την δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών, δ) την ελευθερία επιλογής γιατρού από τους πολίτες, ε) την υιοθέτηση χάρτη δικαιωμάτων του ασθενούς, στ) την αύξηση των νοσηλίων και τη θέσπιση εισιτηρίου για επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και εισαγωγή, ζ) την αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στην αγορά φαρμάκων, η) την εισαγωγή του θεσμού του μάντζερ στα νοσοκομεία και θ) τη δυνατότητα σύμβασης των ασφαλιστικών ταμείων με ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα (Ν 2071/92).

Η αλλαγή και πάλι του πολιτικού σκηνικού το 1994 οδήγησε σε νέα νομοθετική παρέμβαση (Ν. 2194/94), η οποία επανέφερε σε ισχύ τις διατάξεις του Ν. 1397/83 σε σχέση με το εργασιακό καθεστώς των γιατρών, καταργώντας τη δυνατότητα μερικής απασχόλησης, και μετέτρεψε τα κέντρα υγείας σε αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων, όπως ήταν παλαιότερα (Ν. 2194/1994). Όμως ο νέος νόμος δεν κατάργησε τις προβλέψεις του προηγούμενου όσον αφορά τη δυνατότητα σύμβασης των ασφαλιστικών ταμείων με τις ιδιωτικές κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα, τα μέτρα συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος περίθαλψης και τις ελευθερίες που είχαν παραχωρηθεί στον ιδιωτικό τομέα (Νιάκας, 1993).

Ο Ν. 2071/92 και ο Ν. 2194/94 είχαν περισσότερο το χαρακτήρα διορθωτικών παρεμβάσεων, δεν οδήγησαν σε ριζική αναμόρφωση του ΕΣΥ και δεν έδωσαν απαντήσεις στα επιτακτικά ερωτήματα που έθεταν τα προβλήματα του συστήματος υγείας και αφορούσαν τη χρηματοδότηση, το διοικητικό συγκεντρωτισμό, την

απουσία κατάλληλων διαχειριστικών μηχανισμών, την εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού, τους μηχανισμούς κατανομής των υγειονομικών πόρων και την απουσία μέτρων ποιοτικού ελέγχου των υπηρεσιών.

Το 1997 ψηφίζεται ο Ν.2519/97 για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ. Τα κύρια σημεία του νόμου αφορούσαν τα δικαιώματα των ασθενών, τις υπηρεσίες δημόσιας Υγείας, την αξιολόγηση των υπηρεσιών, την οργάνωση και διαχείριση του ΕΣΥ, τη διοίκηση και χρηματοδότηση των νοσοκομείων, τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Μια σημαντική πρόβλεψη του νόμου ήταν η αναδιοργάνωση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης με τη θεσμοθέτηση του γενικού γιατρού και το συντονισμό της λειτουργίας των διαφόρων δομών, μέσω των δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας (Ν.2519/97).

Τον Ιούλιο του 2000 το υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έδωσε στην δημοσιότητα το σχέδιο μεταρρύθμισης του ΕΣΥ «Υγεία για τον πολίτη». Σκοπός του εγχειρήματος ήταν η μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των Ελλήνων πολιτών, παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης. Ειδικότερα ως στόχοι προσδιορίζονταν η έμφαση στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας, η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας, η διασφάλιση του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ, η διοικητική αποκέντρωση και περιφερειακή ανάπτυξη του ΕΣΥ, η αναδιοργάνωση της διοίκησης και λειτουργίας των νοσοκομείων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, ο έλεγχος στην παροχή των δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και η άσκηση τεκμηριωμένης ιατρικής και πολιτικής υγείας (www.yyka.gov.gr).

Το Φεβρουάριο του 2001 ψηφίζεται ο Ν. 2889/2001 για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του Ε.Σ.Υ. Με το νόμο αυτό συστάθηκαν τα 17 Πε.Σ.Υ.Π., προσδιορίστηκε το νέο πλαίσιο ίδρυσης, διοίκησης και οργάνωσης των δημόσιων νοσοκομείων και η διάρθρωση της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας τους. Επίσης, θεσμοθετήθηκε η λειτουργία των απογευματινών ιατρείων στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και ρυθμίστηκαν οι νέες εργασιακές σχέσεις των ιατρών του ΕΣΥ (Ν. 2889/2001).

Με την αλλαγή της πολιτικής κατάστασης το 2004 καταργούνται τα Πε.Σ.Υ.Π. και στη θέση τους δημιουργούνται τα ΔΥΠΕ (Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες) και το Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών (ΚΕ.ΣΥ.Υ.ΠΕ). Τέλος, τα νοσοκομεία που είχαν μετατραπεί σε αποκεντρωμένες μονάδες των

Πε.Σ.Υ.Π. μετατρέπονται σε Ν.Π.Δ.Δ., τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας .

1.2. : Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Στην κορυφή της πυραμίδας του ελληνικού υγειονομικού συστήματος είναι το *Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης* ως το αρμόδιο κρατικό όργανο για το σχεδιασμό, τον προγραμματισμό, την εφαρμογή, την αξιολόγηση και την χρηματοδότηση των υπηρεσιών και των προγραμμάτων υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Οι αρμοδιότητες του υπουργείου χωρίζονται σε γενικές διευθύνσεις, διευθύνσεις, τμήματα και γραφεία. Ενώ το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) που αποτελεί το συμβουλευτικό όργανο του υπουργείου, είναι κατεξοχήν το ανώτατο γνωμοδοτικό όργανο του υπουργείου, σε θέματα δομής και λειτουργίας του συστήματος .

Η επικράτεια διαιρείται σύμφωνα με το Νόμο 3329/2005 σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις διοικητικές. Έδρα κάθε υγειονομικής Περιφέρειας ορίζεται η έδρα της αντίστοιχης Διοικητικής Περιφέρειας. Σκοπός των ΔΥΠΕ είναι ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος όλων των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στα όρια της οικείας υγειονομικής περιφέρειας. Η ΔΥΠΕ χρηματοδοτείται από επιχορηγήσεις που προέρχονται από τον τακτικό κρατικό προϋπολογισμό και επιχορηγήσεις από τον προϋπολογισμό δημοσίων επενδύσεων. Ακόμα εισπράττει ποσοστό 1% επί των βεβαιωθέντων εσόδων των νοσοκομείων ΕΣΥΚΑ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, από δωρεές, κληροδοτήματα, άλλες παροχές τρίτων και έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων. Τέλος η ΔΥΠΕ έχει έσοδα από προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, άλλων Ελληνικών ή Διεθνών ή μη κερδοσκοπικών Οργανισμών, από ερευνητικές δραστηριότητες και άλλους πόρους που προκύπτουν από τη δραστηριότητα της.

Τα *Δημόσια Νοσοκομεία (Δευτ/θμια & Τριτ/θμια Περίθαλψη)* λειτουργούν ως Ν.Π.Δ.Δ., τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της αντίστοιχης υγειονομικής περιφέρειας, με σκοπό την παροχή δευτεροβάθμιας/ τριτοβάθμιας περίθαλψης στους πολίτες. Οι λειτουργίες του νοσοκομείου οργανώνονται σε τρεις υπηρεσίες: ιατρική, νοσηλευτική και διοικητική (Ν. 3329/2005).

Τα *Κέντρα Υγείας/ Περιφερειακά Ιατρεία (Πρωτοβάθμια Υγειονομική Φροντίδα)* είναι υπεύθυνα μαζί με τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Τα Κέντρα Υγείας λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων. Στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας εκτός ΕΣΥ, που έχουν δημόσιο χαρακτήρα, ανήκουν 200 πολυιατρεία στελεχωμένα με τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες και περίπου 300 ιατρεία με 1-5 γιατρούς βασικών ειδικοτήτων (Ν. 3329/2005)

Το *ΕΚΑΒ (Επείγουσα Υγειονομική Φροντίδα)* είναι Ν.Π.Δ.Δ. με περιφερειακή συγκρότηση και έδρα την Αθήνα. Σύμφωνα με τον νόμο 1579/85 κύριος σκοπός του ΕΚΑΒ είναι: η παροχή άμεσης βοήθειας σε έκτακτες περιπτώσεις, η επείγουσα ιατρική αρωγή και η διακομιδή και μεταφορά των επειγόντων περιστατικών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.

Επίσης λειτουργούν οι *Υπηρεσίες και φορείς της Δημόσιας Υγείας* είναι οργανισμοί που εποπτεύονται από το υπουργείο υγείας και οι βασικές λειτουργίες τους είναι η παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν, ο έλεγχος των λοιμωδών νοσημάτων και άλλων υψηλής επικράτησης νοσημάτων και η αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων και απρόβλεπτων ειδικών συνθηκών. Μερικοί φορείς δημόσιας υγείας είναι: ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων, το Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας, το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας, το Εθνικό Κέντρο Πρόληψης και Επιδημιολογίας. Τέλος, οι *Περιφερειακές & Νομαρχιακές Διευθύνσεις Υγείας* είναι διευθύνσεις υγείας που λειτουργούν στις περιφέρειες και νομαρχίες της χώρας, με αρμοδιότητες που αφορούν κύρια σε θέματα προληπτικής /κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας.

Παράλληλα με τις δημόσιες υπηρεσίες που αναφέραμε λειτουργούν και δομές παροχής υπηρεσιών υγείας ιδιωτικής πρωτοβουλίας όπως τα *Ιδιωτικά Υγειονομικά Κέντρα*. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται τα ιδιωτικά ιατρεία, τα οδοντιατρεία, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά νοσοκομεία/κλινικές που λειτουργούν με ιδιωτικό και οικονομικά κριτήρια και παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν, κυρίως σε επίπεδο νοσοκομειακής περίθαλψης, φορείς ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, που συνήθως έχουν κάποιου είδους σχέση με το ΕΣΥ. Ενδεικτικά θα αναφέρουμε τις σημαντικότερες νοσοκομειακές μονάδες κοινωφελούς χαρακτήρα, που είναι το Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» στη Θεσσαλονίκη, το

Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο στην Αθήνα και το Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν στην Αθήνα.

Σημαντικές επίσης είναι οι υπηρεσίες ιδιωτικού δικαίου και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που δεν σχετίζονται με το Ε.Σ.Υ όπως οι «Γιατροί του Κόσμου» και η «Πράξις». Η δημιουργία τέτοιων δομών ουσιαστικά στηρίζεται σε επιδοτήσεις από ευρωπαϊκά προγράμματα αφού το κράτος συμμετέχει οικονομικά σε πολύ μικρό βαθμό και χρησιμεύει κυρίως ως νομοθέτης και επόπτης. Οι υπηρεσίες αυτές καλούνται ουσιαστικά να καλύψουν τα κενά του υπάρχοντος συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας για εκείνους που αντιμετωπίζονται ως πολίτες τρίτης κατηγορίας όπως οι άστεγοι, οι πρόσφυγες, οι ρομά και οι παράνομοι μετανάστες.

Παράλληλα με τους παραπάνω φορείς με το νόμο 2920/2001 ιδρύεται το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας που υπάγεται απευθείας στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και άρχισε να λειτουργεί στις 16/09/2002. Αποστολή του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. είναι η πραγματοποίηση συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς αρμοδιότητας ή εποπτείας του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και στις υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών φορέων. Η αρμοδιότητα του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. εκτείνεται σε όλη την ελληνική επικράτεια, αυτό καθιστά το έργο του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. εξαιρετικά δύσκολο και σημαντικό.

1.3. : Η στελέχωση του ελληνικού συστήματος υγείας

Ο τομέας της υγείας χαρακτηρίζεται ως «εντάσεως εργασίας» αφού βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στον συντελεστή εργασία. Με στοιχεία του ΟΟΣΑ το μέσο ποσοστό απασχολουμένων στον ευρύτερο τομέα υγείας στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ ανήλθε από 2,1% του εργατικού δυναμικού το 1960 και σε 5,3% το 1990. Στην χώρα μας αντιστοίχως παρατηρήθηκε αύξηση από το 1,4% το 1970 σε 3,5% το 2004. Αναλυτικότερα οι επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα υπολογίζονταν το 2006 σε 157.388 με την ακόλουθη κατανομή ανά ειδικότητα (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, 2010).

Πίνακας 1 :Κατανομή επαγγελματιών υγείας ανά ειδικότητα, 2006

| Γιατροί | 49.555 | 31% |
|---|---------------|------------|
| Νοσηλευτικό προσωπικό | 43.500 | 28% |
| Οδοντίατροι | 13.744 | 9% |
| Φαρμακοποιοί | 11.589 | 7% |
| Διοικητικό παραϊατρικό προσωπικό, άλλοι | 39.000 | 25% |
| Σύνολο | 157.388 | 100% |

Πηγή: Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Ασφαλιστικό Ταμείο ΤΣΑΥ

Από το 2005 και μετά το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανέπτυξε εφαρμογές πληροφορικής με τις οποίες καταγράφει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ανά ειδικότητα και γεωγραφική διασπορά με τρόπο που εγγυάται την αξιοπιστία και την ταχύτητα. Παράλληλα το τελευταίο μόνο διάστημα ξεκίνησαν μεταρρυθμίσεις όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το ιατροκεντρικό σύστημα που προκύπτει δημιουργεί προβλήματα αποδοχής νέων εργασιακών μεθόδων και αξιοποίησης της πληροφορικής, ενώ παράλληλα η έλλειψη συντονισμού μεταξύ του εκπαιδευτικού συστήματος και του συστήματος υγείας δημιουργεί επιπλέον δυσκολίες απόκτησης βασικών δεξιοτήτων (Πολύζος, 2005).

Τέλος, σημειώνεται ότι παρά το μεγάλο αριθμό ειδικευμένων γιατρών, κρίσιμες ειδικότητες, απαραίτητες για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της δημόσιας υγείας όπως της γενικής, της κοινωνικής ιατρικής και της ιατρικής της εργασίας απουσιάζουν ή κρίνονται ανεπαρκείς. Σύμφωνα με στοιχεία του 2005 στην χώρα μας απασχολούνται στην ειδικότητα της γενικής ιατρικής 1.520 άτομα, ενώ έχει υπολογισθεί ότι απαιτούνται 5.000 για την πλήρη κάλυψη του πληθυσμού. Ως ειδικότητα παραμένει χαμηλά στην κλίμακα από άποψη κοινωνικού και επαγγελματικού κύρους τόσο στην αντίληψη των επαγγελματιών υγείας όσο και του κοινού (Πολύζος, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Τα μοντέλα παροχής υπηρεσιών υγείας

2.1. : Ορισμός των υπηρεσιών υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας ορίζονται ως «*το σύνολο των υπηρεσιών, με τις οποίες παρέχονται ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές, καθώς και οι μηχανισμοί παραγωγής και διανομής τους*» (Σιγάλας, 2008:61). Τα βασικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας είναι η διαθεσιμότητά τους, η προσπελασιμότητά τους, η συνέχεια της προσφοράς τους και η αποδοχή τους από τους πολίτες . Οι υπηρεσίες υγείας σε σχέση με την αποδοχή των πολιτών βασίζονται στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, στο επιστημονικό και επαγγελματικό επίπεδο των εργαζομένων στους Οργανισμούς Υγείας και στην αρτιότητα των εγκαταστάσεων (Σιγάλας, 2008).

Σύμφωνα με τον Θεοδώρου (2001), ένα σύστημα υγείας αποτελείται από επιμέρους υποσυστήματα, διαρθρωμένα σε τακτική σειρά και σχέση, σύμφωνα με ορισμένο σχεδιασμό και προγραμματισμό λειτουργίας, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξής του, δηλαδή η διατήρηση και η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (συστημική θεωρία). Ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνει μόνο δομές και υποδομές, δημόσιες και ιδιωτικές, που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης, όπως είναι η πρωτοβάθμια και προνοσοκομειακή φροντίδα, η νοσοκομειακή περίθαλψη, η φαρμακευτική περίθαλψη, η δημόσια υγεία κλπ. Ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του Συστήματος Υγείας, το ιδιοκτησιακό καθεστώς των υποδομών, ο τρόπος και οι πηγές χρηματοδότησης, ο τρόπος αμοιβής των ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας και μια σειρά από άλλα μικρής ή μεγάλης σημασίας θέματα, συνδέονται με τη μορφή ή τον τύπο του Συστήματος Υγείας.

Σύμφωνα με τον Τούντα (2003) *οι μορφές συστημάτων υγείας είναι οι εξής:*

1. Η καθολική, πλήρης και ισότιμη ιατροφαρμακευτική κάλυψη του πληθυσμού.
2. Η χρηματοδότηση του Συστήματος από τον κρατικό προϋπολογισμό (μέσω της γενικής φορολογίας).
3. Η απουσία ασφαλιστικών φορέων.
4. Το κράτος έχει την κυριότητα και τον έλεγχο των συντελεστών παραγωγής.
5. Η χρηματοδότηση του Συστήματος γίνεται από εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, συχνά δε και από το κράτος.

6. Η ασφάλιση του πληθυσμού είναι υποχρεωτική από ασφαλιστικούς μη κερδοσκοπικούς Οργανισμούς.
7. Η κυριότητα των συντελεστών παραγωγής μπορεί να είναι δημόσια ή ιδιωτική.

Χαρακτηριστικά συστημάτων υγείας είναι (Σιγάλας,2008):

1. Η ελεύθερη επιλογή του χρήστη-καταναλωτή να ενταχθεί ή όχι στο Σύστημα (κυριαρχία του καταναλωτή).
2. Τα δικαιώματα του προμηθευτή (γιατρού-νοσοκομείου) να επιλέξει τον τόπο της εγκατάστασής του και να καθορίσει αυτός τον τρόπο οργάνωσης της λειτουργίας του και το ύψος της αμοιβής του.
3. Οι συντελεστές της παραγωγής ανήκουν σε ιδιώτες.
4. Ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών, η τιμή κλπ. καθορίζονται με βάση την προσφορά και τη ζήτηση.
5. Η ατομική ή η εργοδοτική κάλυψη χρηματοδοτείται από ατομικές ή εργοδοτικές εισφορές.
6. Η κυριαρχία της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, η υγειονομική κάλυψη αποτελεί προσωπική ή αποκλειστική υπόθεση που απορρέει από την ελευθερία επιλογής του καθενός.

Οι στόχοι του σύγχρονου συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση μιας ελάχιστης, ποσοτικά και ποιοτικά, δέσμης υπηρεσιών υγείας για όλο τον πληθυσμό, ανάλογα με τις ανάγκες υγείας του καθενός, η προστασία του ασθενούς από πληρωμές που μπορεί να διακυβεύουν την ίδια τη δυνατότητά του να ζει αξιοπρεπώς και η μη σύνδεση της υγειονομικής προστασίας με την οικονομική δυνατότητα του ατόμου (μεταφορά οικονομικών πόρων από οικονομικά εύπορους σε πτωχούς, από εργαζόμενους σε άνεργους, από τους νέους σε ηλικιωμένους κλπ.). Επίσης στόχος ενός σύγχρονου συστήματος υγείας είναι η αναδιανομή εισοδήματος μέσω της Κοινωνικής Ασφάλισης, της προοδευτικής φορολογίας και της αποταμίευσης, ενώ οι δαπάνες υγείας δεν πρέπει να ξεπερνούν το ποσοστό του ΑΕΠ, που διασφαλίζει τόσο

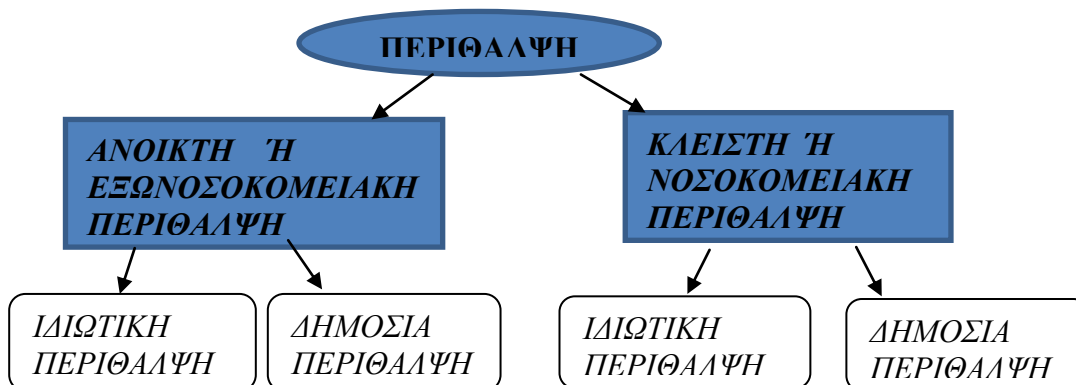
το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, όσο και την ισόρροπη ανάπτυξη της χώρας (Τούντας, 2003).

Η βαρύτητα κάθε στόχου εξαρτάται από τις ιδιαιτερότητες κάθε χώρας και του Υγειονομικού της Συστήματος. Μερικοί από τους στόχους μπορεί να αλληλοσυγκρούονται ή και να επικαλύπτονται και η προτεραιότητα που τίθεται για την επίτευξη του ενός ή του άλλου απαιτεί συχνά αξιολογικές κρίσεις και συγκρούσεις. Οι υπηρεσίες υγείας χωρίζονται σε δυο υποκατηγορίες: την φροντίδα υγείας και την περίθαλψη. Σύμφωνα με τον Σιγάλα (2008:73) η φροντίδα υγείας περιλαμβάνει *«τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού μιας κοινότητας ή μιας χώρας (π.χ. προσυμπτωματικός έλεγχος πληθυσμού για μεσογειακή αναιμία)»*. Η περίθαλψη περιλαμβάνει *«τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα που έχουν εκδηλώσει, υποκειμενικά ή αντικειμενικά, συγκεκριμένα συμπτώματα ενός προβλήματος υγείας»* (Σιγάλας, 2008:74).

Η φροντίδα υγείας υπερβαίνει το συμβατικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, την πρόληψη, την υγειονομική διαφώτιση, τον οικογενειακό προγραμματισμό, το περιβάλλον, τη διατροφή κλπ. Οι Υπηρεσίες και Οργανισμοί που ασχολούνται με τη διατροφή, τον έλεγχο των τροφίμων, την αποκομιδή απορριμμάτων, τα συγκοινωνιακά έργα, την προστασία του περιβάλλοντος, στοχεύουν και στην πρόληψη βλαβών της υγείας του ατόμου. Το σύνολο σχεδόν του κρατικού μηχανισμού, αλλά και η Αυτοδιοίκηση, οι Κοινοφελείς Οργανισμοί, οι εθελοντικές Οργανώσεις κ.ά., εμπλέκονται στο χώρο της υγείας. Ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών φροντίδας είναι διαφορετικός σε κάθε ιστορική περίοδο και βρίσκεται πάντοτε σε σταθερή συνάρτηση με τα κοινωνικά και οικονομικά συστήματα που συγκροτούν και καθορίζουν τις ανθρώπινες κοινωνίες.

Στο σχήμα 1 δίνεται μια γενικότερη εικόνα της περίθαλψης στην Ελλάδα όπως εφαρμόζεται σήμερα σχετικά με τον ιδιωτικό ή τον δημόσιο χαρακτήρα της αλλά και τον τρόπο εφαρμογής της. Η οργάνωση και η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας αντανακλούν τη γενικότερη πολιτική και κοινωνικό-οικονομική φιλοσοφία κάθε εποχής και κάθε κοινωνίας. Η πορεία υγειονομικής ανάπτυξης κάθε χώρας, είναι στενά συνδεδεμένη με τα πολιτικά, τα οικονομικά, τα κοινωνικά και πολιτισμικά δεδομένα που επικρατούν σε αυτήν, αλλά και με τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού της (Σιγάλας, 2008).

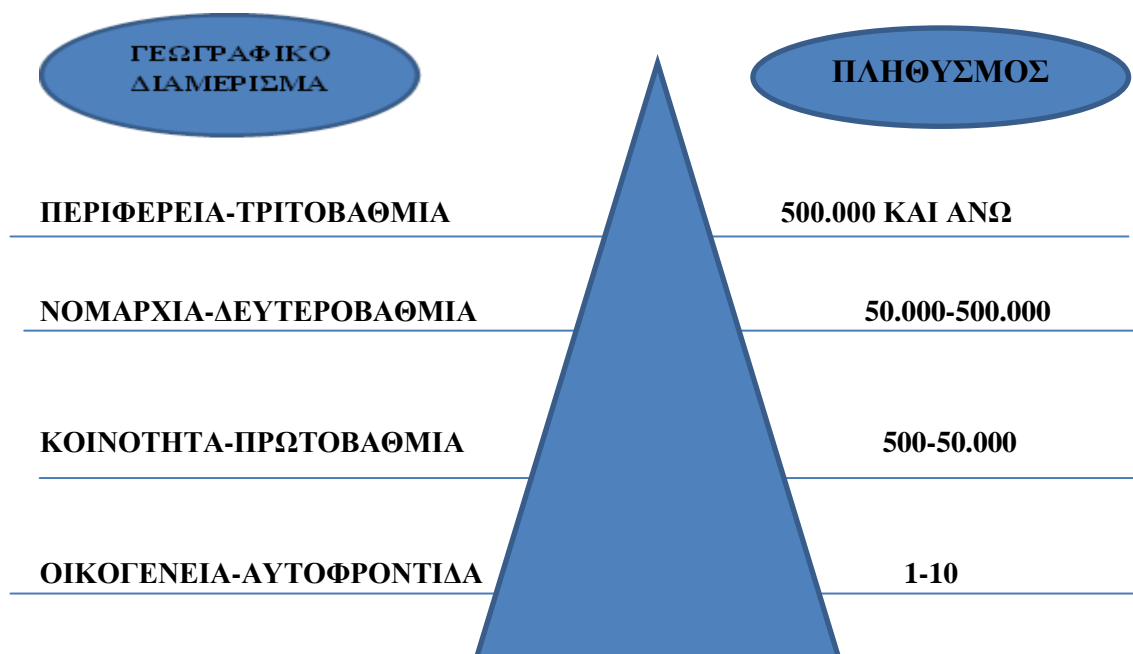
Σχήμα 1: Επίπεδα Οργάνωσης της Περίθαλψης



Πηγή : Σιγάλας Ι., Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές 2008

Όπως φαίνεται στο σχήμα 2, η νοσοκομειακή περίθαλψη χωρίζεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη υλοποιείται στα εξωτερικά ιατρεία, στα επείγοντα, στην προληπτική και στην κοινωνική ιατρική. Η δευτεροβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει την νοσηλεία, τους εργαστηριακούς ελέγχους και τις γενικές επεμβάσεις όπως οι καθετηριασμοί και οι γενικές εγχειρήσεις. Η τριτοβάθμια περίθαλψη χαρακτηρίζεται από την εξειδικευμένη νοσηλεία, εξειδικευμένο εξοπλισμό και γνώσεις, υψηλό κόστος και απαιτεί την υποστήριξη πολλών ιατρικών ειδικοτήτων. Το σημαντικότερο ίσως χαρακτηριστικό της τριτοβάθμιας περίθαλψης είναι ενώ αφορά λίγους ασθενείς καλύπτει μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες (περιφέρεια) (Σιγάλας, 2008).

Σχήμα 2: Κατανομή υπηρεσιών υγείας στα γεωγραφικά διαμερίσματα



Πηγή : Σιγάλας Ι., Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές 2008

2.2. : Μοντέλα και προσεγγίσεις στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Ιατροκεντρικό ή βιο-ιατρικό μοντέλο

Το βιο-ιατρικό μοντέλο έχει τη βάση του στην ιδέα του Thomas Hobbes που υποστήριξε πως η ανθρώπινη φύση είναι απλώς ύλη σε κίνηση και η ανθρώπινη δράση και νόηση μπορούν να εξηγηθούν με όρους των νόμων της φυσικής και της χημείας (Downie & Calman, 1997). Σύμφωνα με την παραπάνω αντίληψη που επικράτησε από τις αρχές του 17ου αιώνα, *«η αρρώστια προσδιορίζεται ως βιολογικό φαινόμενο, το οποίο προκαλείται από ιούς, μικρόβια, βακτηρίδια, κ.ά., που προκαλούν δυσλειτουργία και διαταραχή στο ανθρώπινο σώμα»* (Θεοδώρου κ.α., 2001:33). Ενώ η υγεία προσδιορίζεται ως *«η φυσιολογική κατάσταση του οργανισμού και η αρτιότητα όλων των μερών του σώματος»* (Τεγόπουλος – Φυτράκης, 1996:58).

Συνεπάγεται λοιπόν, πως ο γιατρός οφείλει να εντοπίσει και να άρει τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου και προκαλούν την αρρώστια ώστε να αποκατασταθεί η ισορροπία στο ανθρώπινο σώμα. Κύριο μέλημα του γιατρού είναι η επιδιόρθωση της βλάβης και η αντιμετώπιση της αρρώστιας αυστηρά σε ατομικό επίπεδο. Η μηχανιστική αυτή αντίληψη, που περιορίζει το φαινόμενο της αρρώστιας στη βιολογική του διάσταση, επιφέρει ταυτόχρονα περιορισμένη προσέγγιση στο εννοιολογικό περιεχόμενο και στον προσδιορισμό του φαινομένου της υγείας.

Η υγεία χαρακτηρίζεται απλά ως η απουσία νόσου ή αναπηρίας ενώ η αρρώστια ως διαταραχή της λειτουργικής συνεργασίας των οργάνων. Ο αρνητικός αυτός ορισμός της υγείας όπως και η βιολογική ερμηνεία της νόσου οδήγησαν την ιατρική επιστήμη και πρακτική στη δημιουργία ενός θεσμικού πλαισίου παραγωγής ιατρικού έργου, διάγνωσης και θεραπείας, που μοναδικό στόχο είχε την επαναφορά του ανθρώπινου σώματος στην ομαλή του λειτουργία. Το ανθρώπινο σώμα αναλύεται σε επιμέρους συστήματα, υποσυστήματα και στοιχεία, το καθένα από τα οποία, λόγω της διαφορετικής του λειτουργίας, οδηγεί στον κατακερματισμό της ιατρικής γνώσης και πρακτικής. Καθιερώνονται έτσι, με το πέρασμα των χρόνων και τη συστηματοποίηση των γνώσεων, οι ειδικότητες της ιατρικής στα πεδία της έρευνας, εκπαίδευσης και πρακτικής (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Η βιολογική προσέγγιση της υγείας και της αρρώστιας είναι σε μεγάλο βαθμό αποδεκτή μέχρι και σήμερα από ένα σημαντικό τμήμα του ιατρικού σώματος. Η συχνότητα της νόσου σε διαφορετικές κοινωνικές ομάδες ερμηνεύεται με βάση τις

ατομικές διαφορές των λειτουργιών του ανθρωπίνου σώματος, καθορίζοντας ταυτόχρονα το θεραπευτικό μοντέλο της ιατρικής πράξης που κυριάρχησε. Απόδειξη αυτού είναι η αριθμητική κυριαρχία του προσωπικού που ασχολείται με την σωματική υγεία του ασθενή σε σχέση με εκείνους που ασχολούνται με την πνευματική του υγεία, πολλές φορές ακόμα και σε φορείς παροχής υπηρεσιών που αφορούν την ψυχική υγεία.

Σύμφωνα με τους Downie και Calman (1997) ένα βασικό μειονέκτημα του ιατροκεντρικού μοντέλου είναι πως το άτομο αντιμετωπίζεται ως «ασθενής» και εν τέλει ως σύνθετος μηχανισμός εξαρτημένων αντιδράσεων με συνέπεια ο γιατρός να αγνοεί την ικανότητα των ανθρώπων να συμβάλουν στη δική τους θεραπεία. Το ίδιο μοντέλο ενισχύει την απουσία διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ των ειδικοτήτων, αφού ο γιατρός ορίζεται από αυτό το μοντέλο ως απόλυτος υπεύθυνος της θεραπείας του ασθενή και το νοσηλευτικό προσωπικό ως απλός εκτελεστής ιατρικών πράξεων που ορίζει ο γιατρός. Από την άλλη πλευρά οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί ορίζονται ως «βοηθητικό προσωπικό» που υστερεί σε επιστημονική κατάρτιση, δεν έχει ιδιαίτερη συνεισφορά και περιττεύει στον χώρο της υγείας.

Ολιστικό μοντέλο

Οι μεγάλες κατακτήσεις της βιοϊατρικής, και ειδικότερα της μικροβιολογίας, στα τέλη του 19ου αιώνα και τις αρχές του 20ού οδήγησαν σε εξασθένηση του κινήματος της κοινωνικής ιατρικής και στην επικράτηση του βιο-ιατρικού μοντέλου. Ο καρτεσιανός διαχωρισμός σώματος-ψυχής και η μηχανική θεώρηση του ανθρώπινου οργανισμού, οδήγησαν τους γιατρούς να εστιάσουν αποκλειστικά στη θεραπεία του σώματος, αξιοποιώντας όλο και περισσότερο τεχνολογικά επιτεύγματα. Έτσι, το ανθρώπινο σώμα αντιμετωπίστηκε σαν «μηχανή» και η υγεία ταυτίστηκε με την απουσία αρρώστιας (Τούντας, 2010).

Ο J.C.Smuts (στο Farre´ Marti, 2000) το 1926 χρησιμοποίησε την έννοια του ολισμού, την αντίληψη δηλαδή του αντικειμένου ως συνόλου, για να περιγράψει την τάση του σύμπαντος να δημιουργεί συνεχώς πολυπλοκότερες μονάδες. Ακολούθησαν πολλές θεωρίες διαφόρων επιστημών που αντιμετώπιζαν τα αντικείμενα τους με ολιστικό τρόπο. Το ολιστικό μοντέλο στην υγεία εμφανίστηκε την δεκαετία του 70 προκειμένου να εξηγήσουν «ψυχοσωματικά» συμπτώματα που δεν ήταν δυνατόν να ερμηνευτούν μέσα από την κλασική ιατρική. Στο ολιστικό μοντέλο υγείας, η υγεία δεν είναι μόνο η απουσία της νόσου αλλά η πλήρης φυσική, ψυχική και κοινωνική

ευεξία. Υγεία είναι περισσότερο μια κατάσταση ύπαρξης όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβαίνει τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του και να διαμορφώνει νέους κανόνες και αξίες. Η υγεία αρχίζει από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και οι άνθρωποι οφείλουν να αναζητούν διαρκώς καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της αρρώστιας ή της ανικανότητας. Αυτό προϋποθέτει επιπλέον ίση κατανομή των πόρων έτσι ώστε η φροντίδα για την υγεία να είναι προσιτή στον καθένα (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Είναι κοινός τόπος ότι η αύξηση των δαπανών υγείας τις τελευταίες δεκαετίες δεν οδήγησε στην αναμενόμενη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού στις αναπτυγμένες κοινωνίες, όπως αυτό μετράται σήμερα με τους δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας κ.ά. Επιπλέον οι Keown και Mc Kinley (1979 στο Θεοδώρου κ.α., 2001) έχουν διαπιστώσει ότι η βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτεύχθηκε πολύ πριν την καθιέρωση της σύγχρονης και πολυδάπανης βιοϊατρικής τεχνολογίας στην καθημερινή ιατρική πρακτική.

Όπως έχει αποδειχθεί, η βελτίωση των γενικών συνθηκών διαβίωσης τα τελευταία 100 χρόνια αποτέλεσε τον κύριο παράγοντα ανόδου του επιπέδου υγείας των ανθρώπων. Αντίθετα, η θεραπευτική ιατρική από μόνη της φαίνεται να έχει μικρή αποτελεσματικότητα απέναντι στις σύγχρονες αρρώστιες (καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, ψυχικές παθήσεις) των προηγμένων κοινωνιών, οι οποίες έχουν χαρακτηριστεί και ως αρρώστιες του πολιτισμού. Ο χαρακτηρισμός αυτός εκφράζει βέβαια τη διαπίστωση ότι η αρρώστια νοείται ως ένα φαινόμενο που δημιουργείται όχι μόνο από παθογόνους βιολογικούς παράγοντες αλλά και από τη συμβολή κοινωνικών και περιβαλλοντολογικών παραγόντων.

Η βελτίωση επομένως του επιπέδου υγείας δεν μπορεί να είναι ανεξάρτητη από τη συνολική κοινωνική ανάπτυξη και την επίτευξη μιας καλύτερης ποιότητας ζωής ενός πληθυσμού. Κατ' επέκταση και η υγεία, ως θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου, δεν αποτελεί το μέσον μιας απλής οικονομικής ανάπτυξης αλλά αυτό καθ' αυτό το σκοπό κάθε τύπου ανάπτυξης. Ο σύγχρονος άνθρωπος δε θέλει απλά να ζει ή να επιβιώνει, αλλά να αισθάνεται και να είναι ευτυχισμένος μέσα σε συνθήκες διαβίωσης και όρους ύπαρξης που να του επιτρέπουν να διάγει μία υψηλής ποιότητας ζωής (Θεοδώρου κ.α., 2001). Ο ορισμός της υγείας, όπως διατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) «ως η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας» (World

Health Organization 1958 στο Θεοδώρου κ.α., 2002:15), δεν κρίνεται πλέον απόλυτα επαρκής για να καλύψει τις σύγχρονες προσεγγίσεις της υγείας και της αρρώστιας.

Οι παραπάνω διαπιστώσεις οδηγούν σε νέες αντιλήψεις για την υγεία και την αρρώστια και σε προβληματισμούς και αναγκαιότητες για αντικατάσταση του όρου «θεραπεία» (cure) με τον όρο «φροντίδα» (care). Η αρρώστια θεωρείται ως ένα φαινόμενο με βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνιστώσες που απαιτούν ειδική αντιμετώπιση, δηλαδή ως ένα σύστημα.

Η ολιστική θεώρηση της υγείας και της αρρώστιας δίνει περισσότερο βάρος στην κοινωνική τους διάσταση, υποστηρίζοντας ότι η αρρώστια δεν αποτελεί μόνο ένα βιολογικό φαινόμενο. Η ολιστική θεώρηση αναφέρεται σε ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας όπου ο συνδυασμός όλων των επιμέρους στοιχείων θα έχει ως αποτέλεσμα την υγεία, είτε πρόκειται για την ατομική υγεία είτε για την υγεία ενός πληθυσμού. Σε αυτές ακριβώς τις αντιλήψεις που απορρέουν από τη Γενική Θεωρία των Συστημάτων, σύμφωνα με την οποία κάθε σύστημα εντάσσεται μέσα σ' ένα άλλο σύστημα και ότι κανένα σύστημα δεν είναι απομονωμένο, βασίζονται το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, καθώς και ο ολιστικός προσδιορισμός της υγείας (Τούντας, 2010).

Η ολιστική προσέγγιση τονίζει ιδιαίτερα τον πολυπαραγοντικό και πολυδιάστατο χαρακτήρα της υγείας, καθώς εκτιμάται ότι η υγεία συσχετίζεται θετικά περισσότερο με το περιβάλλον (φυσικό, κοινωνικό, πολιτιστικό) ενώ επηρεάζεται ταυτόχρονα από τη βιολογική βάση του ατόμου (κληρονομικότητα). Στο πλαίσιο αυτό η αρρώστια θεωρείται ως μία αποτυχημένη προσπάθεια του οργανισμού να προσαρμοστεί στις συνεχείς προκλήσεις και απειλές που προέρχονται από το περιβάλλον. Σύμφωνα με τον Τούντα (2010) η ύπαρξη της δυναμικής ισορροπίας με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον σε ένα συγκεκριμένο οικολογικό πλαίσιο επιτρέπει στο άτομο να ανταποκρίνεται στις περιβαλλοντικές προκλήσεις και να προσαρμόζεται στις περιβαλλοντικές αλλαγές, διασφαλίζοντας έτσι την αρμονική σχέση με το περιβάλλον του. Η διατάραξη αυτής ακριβώς της αρμονικής σχέσης αποτελεί τη βασική αιτία πρόκλησης της αρρώστιας, που μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικά επίπεδα (κυτταρικό, οργανικό, κοινωνικό).

Η περίθαλψη επομένως του αρρώστου και η παροχή υπηρεσιών υγείας προς αυτόν απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση και υποστήριξη. Για την αντιμετώπισή του δεν αρκεί πλέον μόνο ο γιατρός αλλά και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας, όπως

νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές καθώς και άλλες ειδικότητες. Καθιερώνεται έτσι η έννοια της *διεπιστημονικής ομάδας υγείας* για την αντιμετώπιση του άρρωστου ατόμου, στην οποία συμμετέχουν ενεργά και ισότιμα επιστήμονες από όλο το φάσμα των σύγχρονων επαγγελματιών υγείας. Όμως με την καθιέρωση της διεπιστημονικής ομάδας υγείας είναι δυνατή όχι μόνο η αντιμετώπιση της αρρώστιας στην ολική της διάσταση αλλά επίσης και η πρόληψη και προαγωγή της υγείας, όπως και η φυσική και κοινωνική αποκατάσταση των ατόμων που αρρώστησαν. Δίνεται έτσι ιδιαίτερη έμφαση και σύγχρονο περιεχόμενο στην Ιπποκρατική φιλοσοφία που αναγνώριζε τη σημασία της πρόληψης: «Κάλλιον ἐστὶν προλαμβάνειν ἢ θεραπεύειν» (Θεοδώρου κ.α., 2001:33).

Όπως ιστορικά έχει διαπιστωθεί, το εννοιολογικό περιεχόμενο της υγείας και της αρρώστιας λαμβάνει διαφορετική θεώρηση, ανάλογα με τη χρονική περίοδο και τις ειδικές κοινωνικές συνθήκες που κυριαρχούν σ' αυτήν, εκφράζοντας ταυτόχρονα μία μη κοινωνικο-πολιτισμική σταθερότητα. Στα πλαίσια της ολιστικής θεώρησης οι διαφορετικές αυτές προσεγγίσεις συνθέτουν μία ολική εικόνα του πολυπαραγοντικού φαινομένου της υγείας και της αρρώστιας που το συσχετίζουν όχι μόνο με τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές αλλά και με τις κοινωνικές και ατομικές αναπαραστάσεις του, καθώς και με τις διαπλοκές που αναπτύσσονται μεταξύ τους (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Κεφάλαιο 3^ο: Η διεπιστημονική συνεργασία σε φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και πώς αυτή επηρεάζεται από την δεοντολογία και τις αρμοδιότητες του κάθε επαγγέλματος.

Εισαγωγή

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα ήρθε για να αναδείξει στους αρμόδιους περιπτώσεις δαπανηρών και μη αποδοτικών δημόσιων φορέων με κυρίαρχο εκείνο της δημόσιας υγείας. Το ελληνικό σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από σκάνδαλα με χρηματισμούς ιατρικού και διοικητικού προσωπικού και από δυσανεσθημένους «πελάτες» που ταλαιπωρούνται περιμένοντας σε αίθουσες αναμονής νοσοκομείων.

Ο καθηγητής Μανιαδάκης (2011) σε συνέντευξη του αναλύει τα σημεία που έφεραν την δημόσια υγεία σε στην παρούσα κατάσταση και τα περιγράφει ως «πληγές»:

1. «Τρία συστήματα υγείας σε συσκευασία ενός» ονομάζει την ύπαρξη μη αποδοτικού δημόσιου τομέα, διογκωμένου ιδιωτικού τομέα υγείας και ασφαλιστικών ταμείων ενώ τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται από τη γενική φορολογία και τα ασφαλιστικά ταμεία.
2. Δεν έχει υιοθετηθεί ακόμα μηχανισμός για την αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας, την τιμολόγηση και την αποζημίωση της χρήσης της στα νοσοκομεία .
3. Η έλλειψη μηχανογράφησης στα νοσοκομεία, για παράδειγμα με τον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενή.
4. Η ύπαρξη τεράστιων νοσοκομείων με μειωμένη πληρότητα που στο σύνολο τους κοστίζουν ετησίως 2,5 δις. ευρώ ετησίως. Το σύγχρονο νοσοκομείο οφείλει να είναι μικρό (200-400 κλίνες) και να έχει ως στόχο την μικρότερη δυνατή παραμονή των ασθενών.
5. Ο τρόπος λειτουργίας του δημόσιου τομέα τροφοδοτεί τον ιδιωτικό τομέα και διαιωνίζει τα κίνητρα των γιατρών για «φακελάκι», αφού δεν τους επιτρέπει μέσα στα άλλα τα απογευματινά χειρουργεία.
6. Οι δαπάνες των νοσοκομείων δεν καταγράφονται το έτος που πραγματοποιούνται αλλά κατά την αποπληρωμή τους, δηλαδή με δύο χρόνια καθυστέρηση.

7. Η ανοργάνωτη πρωτοβάθμια φροντίδα φέρεται ως κύρια αιτία για την έκπτωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και όχι μόνο. Οι λειτουργικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ονομάζονται «φύλακες προ των πυλών» γιατί απαλλάσσουν τα ασφαλιστικά ταμεία από υπέρογκες δαπάνες δεδομένου ότι η νοσοκομειακή περίθαλψη έχει δεκαπλάσιο κόστος.

Τα επτά σημεία που αναφέρθηκαν παραπάνω μας δίνουν μια πλήρη εικόνα της επικρατούσας κατάστασης στις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας και καταδεικνύει πως ουσιαστικά για τα ελληνικά δεδομένα η υγεία ταυτίζεται με την χρήση των νοσοκομείων. Αναλογιζόμενοι αυτό το γεγονός θα παρουσιάσουμε στο κεφάλαιο αυτό τις αρμοδιότητες των γιατρών, των κοινωνικών λειτουργών, των νοσηλευτών και των ψυχολόγων στον χώρο των νοσοκομείων. Επίσης, θα παρουσιάσουμε βασικά στοιχεία της δεοντολογίας του κάθε επαγγέλματος και την σχέση των παραπάνω στοιχείων με την ύπαρξη διεπιστημονικής συνεργασίας στα νοσοκομεία.

Η δεοντολογία ως έννοια ορίζεται ως «ένα σύνολο ηθικών υποχρεώσεων στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης επαγγελματικής ομάδας» [και εξηγεί τις υποχρεώσεις που πιστεύουν πως έχουν τα μέλη της και] «τι πρέπει να σέβονται όταν συσχετίζονται με άλλες ομάδες» (Επιτροπάκη και Φώτου, 2004 στο Ομπέση, 2005:188). Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα η δεοντολογία περιλαμβάνεται πλέον σε «κώδικες» που είτε μπορούν να αναιρεθούν από αντίστοιχους νόμους, είτε τίθενται σε ισχύ με τυπικό νόμο.

Η δεοντολογία του εκάστοτε επαγγέλματος αποτελεί την επίσημη έκφραση των αξιών του επαγγέλματος, προστατεύει τους πολίτες από καταχρηστική άσκηση αυτού και βελτιώνει τη συνοχή μεταξύ των μελών της επαγγελματικής κοινότητας. Παράλληλα σε περιπτώσεις όπως ο κώδικας δεοντολογίας των γιατρών και των δικηγόρων, χρησιμοποιείται για την διασφάλιση της προνομιακής κοινωνικοοικονομικής θέσης των επαγγελματιών (Ομπέση, 2005). Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα παρουσιαστούν οι κώδικες δεοντολογίας και οι σχετικοί με αυτούς νόμοι για τους επαγγελματίες υγείας εστιάζοντας σε θέματα που αφορούν την διεπιστημονική συνεργασία.

3.1. : Η δεοντολογία και οι αρμοδιότητες των επαγγελματιών στα νοσοκομεία

Γιατροί

Οι βασικές αρχές άσκησης κάθε επαγγέλματος υγείας συναντώνται στον όρκο του Ιπποκράτη που εφαρμόζεται ανελλιπώς επί 25 αιώνες. Η πρώτη προσπάθεια δημιουργίας κώδικα ιατρικής δεοντολογίας συναντάται το 1926 με τον προσωρινό κώδικα δεοντολογίας, ακολουθεί ο AN 1565/1939 «περί κώδικος ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος» και η έκδοση του βασιλικού διατάγματος 25.5/6.7.1955 με επωνομασία «Περί Κανονισμού Ιατρικής Δεοντολογίας» (Αλεξιάδης, 2000). Ο κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας όπως τον γνωρίζουμε σήμερα, δηλαδή τα επαγγελματικά καθήκοντα και οι υποχρεώσεις των γιατρών, ορίζεται από τον νόμο υπ' αριθμό 3418 που τέθηκε σε εφαρμογή το 2005. Σύμφωνα με αυτόν, η άσκηση της ιατρικής είναι λειτούργημα που αποσκοπεί στην διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και την ανακούφιση του από τον πόνο.

Το ιατρικό επάγγελμα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας. Η ιατρική σχέση, ως σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού παρέχει φροντίδα και θεραπευτική αντιμετώπιση στον ασθενή χωρίς να επηρεάζεται από τις απόψεις του γιατρού σχετικά με τον τρόπο ζωής του ασθενή, τις πεποιθήσεις και την κοινωνική ή οικονομική κατάσταση του τελευταίου, ενώ ο γιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψή του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του, και το οποίο αφορά στον ασθενή ή στους οικείους του (N.3418/2005). Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να ενεργεί με βάση την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί κατά την διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών, την άσκησή του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας και την συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση, την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής, και τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης (N.3418/2005).

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του Ιατρικού Κώδικα Δεοντολογίας, ο γιατρός οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και ανεπίληπτου ατόμου σε όλες τις εκδηλώσεις του ιδιωτικού και δημοσίου βίου του. Με τη συμπεριφορά, την εμφάνιση, τους λόγους, τα έργα και τον υποδειγματικό τρόπο ζωής αυτού οφείλει να επισύρει το σεβασμό προς την ατομική τιμή και αξιοπρέπεια του, την τιμή και αξιοπρέπεια του ιατρικού σώματος και της ιατρικής επιστήμης της οποίας είναι λειτουργός. Κάθε πράξη ή παράλειψη, που αντίκειται προς το καθήκον αυτό του γιατρού, επισύρει κυρώσεις σε βάρος του ανάλογες με τη βαρύτητα του παραπτώματος και σύμφωνα με τις σχετικές διατάξεις του κώδικα περί ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος (Ν.3418/2005). Επίσης, η συνεργασία των γιατρών με συναδέλφους τους, τόσο με γιατρούς όσο και με επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων, πρέπει να είναι αρμονική. Ο γιατρός οφείλει να απέχει από κάθε πράξη που μπορεί να προκαλέσει αθέμιτο ανταγωνισμό προς τους συναδέλφους του ή αθέμιτο συνεταιρισμό με αυτούς ή άλλα πρόσωπα. Απαγορεύεται κάθε διανομή της ιατρικής αμοιβής, εκχώρηση μέρους της ή παροχή ποσοστών προς μεσάζοντες οποιασδήποτε κατηγορίας (Ν.3418/2005).

Ο γιατρός οφείλει να σέβεται, να διατηρεί άριστες σχέσεις και να συνεργάζεται αρμονικά με τους νοσηλευτές και το λοιπό προσωπικό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, παραμερίζοντας οποιαδήποτε τυχόν διαφορά, με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών. Ο γιατρός μπορεί να αναθέτει φροντίδα στο νοσηλευτικό προσωπικό εάν κρίνει ότι αυτό είναι προς όφελος του ασθενή. Στη περίπτωση αυτή πρέπει να δώσει όλες τις απαραίτητες για τη διεκπεραίωσή του καθήκοντος πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή και τη συγκεκριμένη διαδικασία. Ο γιατρός παραμένει υπεύθυνος για την διαχείριση της φροντίδας του ασθενή (Ν.3418/2005).

Σύμφωνα με το άρθρο 6 του κώδικα δεοντολογίας, ο γιατρός οφείλει να έχει αγαθές σχέσεις με φαρμακοποιούς, οδοντογιατρούς, μαίες, και με τους λοιπούς υγειονομικούς συνεργάτες ή βοηθούς του και να συμπεριφέρεται με προσήνεια και καλοσύνη στο κατώτερο βοηθητικό προσωπικό, νοσοκόμους τραυματιοφορείς κ.λπ. που υπόκεινται στη δικαιοδοσία του. Επίσης οφείλει να συνεργάζεται στενά με τις δημόσιες αρχές και υπηρεσίες καθώς και με διάφορους οργανισμούς και ιδρύματα ιατρικής αντιλήψεως πρόνοιας και υγιεινής, εκτελώντας ευσυνείδητα κάθε ανειλημμένη υποχρέωση και συμμορφούμενος προς τις διατάξεις των νόμων και των Γενικών και ειδικών κανονισμών, εφόσον αυτές δεν αντίκεινται στις ειδικές διατάξεις του παρόντος και του Κώδικα ασκήσεως του Ιατρικού Επαγγέλματος (Ν.3418/2005).

Ο κώδικας ιατρικής δεοντολογίας έγινε νόμος του κράτους (Β.Δ. 25/5-6/6/1955) και σε αυτόν έχει στηριχτεί ο κώδικας δεοντολογίας των νοσηλευτών και των επισκεπτών υγείας (Ομπέση, 2005). Επίσης, στην ιατρική δεοντολογία έχει στηριχτεί και η δεοντολογία της υγείας που εφαρμόζεται ουσιαστικά από κάθε επαγγελματία υγείας και ιδιαίτερα από τα παραϊατρικά επαγγέλματα που δεν έχουν δικό τους κώδικα ακόμα. Σύμφωνα με τον Αλεξιάδη (2000) οι βασικές αρχές της δεοντολογίας υγείας είναι: α) η αρχή της λειτουργικής συμπεριφοράς η οποία καθορίζει το «δέον γενέσθαι» και β) η αρχή της διαμορφούμενης ισχυρής προσωπικότητας ώστε να μπορεί ο επαγγελματίας να αποδώσει τα μέγιστα στην εργασία του.

Νοσηλευτές

Η θεσμοθέτηση της δεοντολογίας των νοσηλευτών στη χώρα μας βρισκόταν για μεγάλο χρονικό διάστημα σε αναμονή, γεγονός που συνετέλεσε - μεταξύ άλλων - στην οιοει κοινωνική απαξίωση του επαγγέλματος (Ομπέση, 2005). Η εξαγγελία με το άρθρο 114 του νόμου 2071 το 1992 για κώδικα δεοντολογία νοσηλευτών και επισκεπτών υγείας πραγματοποιήθηκε το 2001, ενώ εξαναγκαστικός χαρακτήρας στον κώδικα δόθηκε το 2004 με το νόμο 3252, όπου η παραβίαση καθηκόντων και υποχρεώσεων του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας αναγάγεται σε πειθαρχικό παράπτωμα και προβλέπεται η επιβολή πειθαρχικών ποινών (Ομπέση, 2005).

Με το προεδρικό διάταγμα 216/25-7-2001 θεσπίστηκε Κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας που αποτελείται από 24 άρθρα. Στο πρώτο μέρος του Κώδικα ορίζονται οι υποχρεώσεις του νοσηλευτή έναντι του κοινωνικού συνόλου, των δημόσιων αρχών, των ασθενών, των συναδέλφων, του ιατρικού και του υπόλοιπου προσωπικού και στο δεύτερο οι νοσηλευτικές υποχρεώσεις στις επιμέρους περιπτώσεις της παιδιατρικής, ψυχιατρικής, κοινοτικής και νοσηλευτικής έρευνας. Σύμφωνα με αυτό ο νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και άμεμπτου ατόμου σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του και να προστατεύει την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει το καθήκον του, σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές της ηθικής και της δεοντολογίας, τις διατάξεις του κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου ως βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας. Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο, ο νοσηλευτής οφείλει να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων και δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του ανεξαρτησία. Σύμφωνα με το άρθρο 3 του Κώδικα Δεοντολογίας ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του ασθενή, με τη δημιουργία του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος ώστε ο ασθενής να απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία.

Ο νοσηλευτής οφείλει να προσφέρει ισότιμα προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση, ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες πεποιθήσεις τους, την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου. Πρέπει να έχει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενή, να λαμβάνει κάθε μέτρο που προάγει, αλλά και να απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή. Ο νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική ζωή του ασθενή και απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση των καθηκόντων του (ΦΕΚ 216/2001).

Όσο αφορά την συνεργασία των νοσηλευτών με συναδέλφους τους και σύμφωνα με τα άρθρα 12, 13 και 14 του Κώδικα ο νοσηλευτής πρέπει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους νοσηλευτές, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, παραμερίζοντας κάθε διαφορά με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών. Οφείλει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους νοσηλευτές κάθε βαθμίδος, εκπαίδευσης, ή ειδίκευσης, τηρώντας την ιεραρχία. Να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες, διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του ανεξαρτησία και την ιδιότητά του ως ισότιμου μέλους της θεραπευτικής ομάδας. Απαγορεύεται στο νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των συναδέλφων του, των ιατρών και του λοιπού προσωπικού. Τέλος ο νοσηλευτής οφείλει στα πλαίσια της Κοινοτικής

Νοσηλευτικής να παρέχει τις διαγνωστικές, θεραπευτικές και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την ομάδα υγείας, το φορέα στα πλαίσια του οποίου γίνεται η παροχή, καθώς και τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας (ΦΕΚ 216/2001).

Κοινωνικοί Λειτουργοί

Η κοινωνική εργασία ως εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη πειθαρχεί σε ένα επιστημονικό σύστημα το οποίο βασίζεται στις αρχές και τους κανόνες που απορρέουν από τα ανθρωπιστικά και δημοκρατικά ιδεώδη και από τα ανθρώπινα δικαιώματα. Οι κοινωνικοί λειτουργοί κατά την άσκηση του επαγγέλματος τους διαδίδουν, περιφρουρούν και εφαρμόζουν τις αρχές αυτές (www.skle.gr).

Επίκεντρο της προσοχής της κοινωνικής εργασίας είναι ο άνθρωπος, όπως αυτός ζει και συμπεριφέρεται μέσα στο φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον. Η ενίσχυση και η αποκατάσταση της λειτουργικής ικανότητας του ατόμου, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τις σχέσεις αλληλεπίδρασης του ίδιου με το περιβάλλον, αποτελεί τη βασική επιδίωξη της κοινωνικής εργασίας (Κατσορίδου-Παπαδοπούλου, 2002).

Στην κοινωνική εργασία έχουμε τρεις βασικές μεθόδους ευρύτατα αναγνωρισμένες: την Κοινωνική Εργασία με Άτομα (ΚΕΑ), την Κοινωνική Εργασία με Ομάδες (ΚΕΟ) και την Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα (ΚΕΚ). Στο τομέα της υγείας και πιο συγκεκριμένα στα νοσοκομεία η κοινωνική εργασία εφαρμόζει κυρίως τη μέθοδο της Κοινωνικής Εργασίας με Άτομα. Η τελευταία αναπτύχθηκε πρώτη μεταξύ των τριών βασικών μεθόδων ως συνέχεια και συνέπεια της πρώτης φάσης ανάπτυξης της κοινωνικής εργασίας, που αποσκοπούσε στην κάλυψη των άμεσων, ατομικών (κυρίως υλικών) αναγκών (Καλλινικάκη, 1998).

Στον χώρο της υγείας με την μορφή που έχει σήμερα στην Ελλάδα χρησιμοποιείται κυρίως η μέθοδος ΚΕΑ και σε κάποιες περιπτώσεις η ΚΕΟ. Ωστόσο πολύ σημαντικό ρόλο σε ένα σύστημα υγείας έχει η Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα, μιας και η μέθοδος αυτή προάγει την πρόληψη σε πιο διευρυμένο κοινοτικό επίπεδο. Η πρόληψη στην Ελλάδα δεν είναι όσο θα έπρεπε ανεπτυγμένη, αν και η επιμόρφωση σχετικά με προβλήματα υγείας, καθώς και ο έλεγχος της εξάπλωσής τους είναι πολύ σημαντικά ζητήματα για μια κοινωνία.

Στόχος της κοινωνικής εργασίας είναι να κάνει προσιτές στον εξυπηρετούμενο όλες τις δυνατές λύσεις. Με αυτό τον τρόπο ο εξυπηρετούμενος μπορεί να ανακουφιστεί και να κινητοποιηθεί προκειμένου να αντιμετωπίσει με τον πιο αποτελεσματικό και μόνιμο τρόπο το πρόβλημά του και τις τυχόν επιπτώσεις του προβλήματος. Στη μέθοδο κοινωνικής εργασίας με άτομα «στόχος είναι η εκ μέρους του εξυπηρετούμενου αναγνώριση-αποδοχή των διαστάσεων και των επιπτώσεων των προβλημάτων, η επιθυμία του να το/τα αντιμετωπίσει και η ενεργοποίηση των δυνάμεών του προκειμένου να βελτιώσει την λειτουργικότητά». [Επιπροσθέτως] «η ΚΕΑ αποβλέπει στην πρόληψη και αποτροπή των κοινωνικών προβλημάτων και των επιπτώσεών τους στα άτομα και το περιβάλλον τους. Στο πλαίσιο αυτό αναλαμβάνει και αναπτύσσει τεχνικές συμβουλευτικής και υποστήριξης» (Καλλινικάκη, 1998:128).

Στα νοσηλευτικά πλαίσια η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού αναπτύσσεται σε στενή διεπιστημονική συνεργασία με το ιατρικό, νοσηλευτικό και ερευνητικό προσωπικό. *«Ο νοσοκομειακός κοινωνικός λειτουργός είναι ο επαγγελματίας που “κοιτά πίσω”, προς τον ασθενή όταν η ιατρική ομάδα έχει ολοκληρώσει την επίσκεψη στο θάλαμό του, για να διαπιστώσει πώς φαίνεται, πως νιώθει, αν είναι αναστατωμένος ή ανακουφισμένος»* (Carr, 1995 στο Καλλινικάκη, 1998:198). Επίσης είναι αυτός που παρέχει επείγουσα ψυχοκοινωνική φροντίδα και αναζητά λύσεις σε πρακτικά προβλήματα νοσηλευόμενων ύστερα από απόπειρες αυτοκτονίας, τροχαία ατυχήματα, πνιγμούς, εγκαύματα, βαριά κατάγματα, ή σε θύματα θεομηνιών και σε περιπτώσεις νοσηλείας ανασφάλιστων πολιτών ή αλλοδαπών ή μοναχικών ατόμων. Αναλαμβάνει επίσης τη μετανοσοκομειακή παρακολούθηση των ασθενών (μετανοσοκομειακός ξενώνας, ημιαυτόνομη διαβίωση) και τη φροντίδα για επανένταξη και αποκατάσταση ύστερα από μακρά νοσηλεία, καθώς και τη μακρά παρακολούθηση και παροχή ψυχοκοινωνικής φροντίδας σε χρόνια περιστατικά όπως π.χ. οι καρκινοπαθείς (Καλλινικάκη, 1998).

«Σε όλα τα πλαίσια υγείας ο κοινωνικός λειτουργός βοηθά το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να αναγνωρίσει τις κοινωνικές ανάγκες των ασθενών και την κοινωνική διάσταση κάθε προβλήματος υγείας, την ποικίλη και συγκαλυμμένη μορφή του κάτω από σωματικά ενοχλήματα. Ακόμη βοηθά στην αναγνώριση και την αποκωδικοποίηση των συναισθηματικών παραμέτρων, και κυρίως του φόβου, οι οποίες συχνά περιπλέκουν και διαστρεβλώνουν την κλινική εικόνα του ασθενή (τα ενεργά συμπτώματά του)» (Καλλινικάκη, 1998:199).

Η κοινωνική εργασία έγινε επίσημα αποδεκτή ως ξεχωριστή ειδικότητα στην Αγγλία το 1905 με τις πρώτες προσλήψεις κοινωνικών λειτουργών σε αντιφυματικά ιατρεία και οι αρμοδιότητες τους περιορίζονταν στο να βοηθούν τους ασθενείς να κατανοήσουν και να εκτελέσουν τις οδηγίες των γιατρών σχετικά με την φαρμακευτική τους αγωγή. Αργότερα ανέλαβαν την κάλυψη οικονομικών αναγκών και την επίλυση άλλων προβλημάτων τα οποία εμποδίζουν την ανάρρωση των ασθενών, αρμοδιότητες που έχουν έως και σήμερα (Σταθόπουλος, 1999). Παρότι στην Ελλάδα η σύσταση των κοινωνικών υπηρεσιών έγινε το 1956, υπάρχουν σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο κλάδος μέχρι και σήμερα. Ο μικρός αναλογικά αριθμός κοινωνικών λειτουργών σε σχέση με τον αριθμό κλινών αλλά και η ένταξη της κοινωνικής υπηρεσίας είτε στην διοικητική υπηρεσία είτε στη Νοσηλευτική υπηρεσία «επηρεάζει τόσο την αποτελεσματικότητα» [των επαγγελματιών] «όσο και την εικόνα τους ως επιστημόνων-μελών της θεραπευτικής ομάδας» (Σταθόπουλος, 1999:264)

Η δεοντολογία των κοινωνικών λειτουργών ορίζεται από την ευθύνη που πρωταρχικά έχουν έναντι των εξυπηρετούμενων τους και την υποχρέωση τους να παρέχουν τις υπηρεσίες τους με αφοσίωση, πίστη και αποφασιστικότητα. Επίσης κάθε κοινωνικός λειτουργός οφείλει να μην ασκεί, επιτρέπει, διευκολύνει ή συνεργάζεται με κριτήριο την οποιασδήποτε μορφής διάκριση λόγω φυλής, χρώματος, φύλου, σεξουαλικού προσανατολισμού, ηλικίας, θρησκείας, εθνοτικής καταγωγής, οικογενειακής κατάστασης, πολιτικών πεποιθήσεων, πνευματικής ή σωματικής αναπηρίας, ή οιασδήποτε άλλης προτίμησης ή ατομικού χαρακτηριστικού, ιδιότητας ή καθεστώτος.

Ένα από τα σημαντικότερα καθήκοντα των κοινωνικών λειτουργών είναι ο σεβασμός στην ιδιωτική ζωή των εξυπηρετούμενων τους και τον εμπιστευτικό χαρακτήρα όλων των πληροφοριών που περιέχονται σε γνώση του στα πλαίσια άσκησης του επαγγέλματος του, εκτός και αν πρόκειται για την διαφύλαξη ενός ανώτερου αγαθού, όπως αυτό της διατήρησης της ζωής (www.ifsw.org).

Ο κοινωνικός λειτουργός συζητά με άλλους εμπιστευτικά ζητήματα που του αποκαλύπτουν οι εξυπηρετούμενοι του χωρίς την συγκατάθεσή τους, μόνον όταν αυτό επιβάλλεται από επιτακτικούς επαγγελματικούς λόγους. Επίσης υποχρεούται να τηρεί τις δεσμεύσεις που έχει συμφωνήσει με την οργάνωση όπου απασχολείται. Εργάζεται για τη βελτίωση της πολιτικής και των μεθόδων της οργάνωσης που

απασχολείται και για την αποτελεσματικότητα και την ουσιαστική παροχή κοινωνικών υπηρεσιών.

Συνοψίζοντας τις αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας ο Σταθόπουλος (1999) αναφέρει τις εξής :

- ❖ Ο κοινωνικός λειτουργός δίνει πληροφορίες στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να έχουν μια πληρέστερη εικόνα για τον ασθενή.
- ❖ Ερμηνεύει και βοηθάει τους ασθενείς και το οικογενειακό τους περιβάλλον να κατανοήσουν τις διαστάσεις της ασθένειας και την πιθανή παραμονή στο νοσοκομείο.
- ❖ Βοηθάει στην διαμόρφωση μιας θετικής στάσης προς τις υπηρεσίες και το προσωπικό του νοσοκομείου.
- ❖ Δημιουργεί ομάδες με ασθενείς που έχουν την ίδια πάθηση ή με τους συγγενείς τους.
- ❖ Λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον ασθενή και σε υπηρεσίες που αφορούν ασφαλιστική κάλυψη, επιδόματα, ιδρύματα αποκατάστασης και άλλους φορείς της κοινότητας.
- ❖ Διοργανώνει ψυχαγωγικές εκδηλώσεις και δημιουργικές δραστηριότητες για την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων των ασθενών και την συναισθηματική τους έκφραση.

Όσο αφορά τη Δεοντολογική Συμπεριφορά του Κοινωνικού Λειτουργού προς τους συναδέλφους του, στην ιστοσελίδα του Σ.Κ.Λ.Ε. αναφέρονται τα εξής:

Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να συμπεριφέρεται στους συναδέλφους του με σεβασμό, ευγένεια, δικαιοσύνη και καλή πίστη. Υποχρεούται να συνεργάζεται με τους συναδέλφους του για την προαγωγή των επαγγελματικών ενδιαφερόντων του και υποχρεούται να σέβεται τον εμπιστευτικό χαρακτήρα των πληροφοριών που ανταλλάσσει με τους συναδέλφους του στα πλαίσια των επαγγελματικών τους σχέσεων. Οφείλει επίσης να δημιουργεί και να λειτουργεί σε συνθήκες εργασίας που διευκολύνουν την δεοντολογική και επαγγελματική συμπεριφορά των συναδέλφων του, να αντιμετωπίζει με σεβασμό και να παρουσιάζει με τρόπο εμπειρισταωμένο και δίκαιο τα προσόντα, τις απόψεις και τα συμπεράσματα των συναδέλφων του και να χρησιμοποιεί της κατάλληλες μεθόδους έκφρασης της κρίσης του γι' αυτά τα θέματα (www.skle.gr).

Ο κοινωνικός λειτουργός που αντικαθιστά ή αντικαθίσταται από συνάδελφο του κατά την άσκηση του επαγγέλματός του υποχρεούται να ενεργεί σεβόμενος το επαγγελματικό κύρος, το χαρακτήρα και τη φήμη του συναδέλφου του, καθώς και την πολιτική της Υπηρεσίας για το χρονικό διάστημα της αντικατάστασης. Υποχρεούται να μην εκμεταλλεύεται τη διαφωνία συναδέλφου του με τον εργοδότη για να καταλάβει τη θέση του ή για να προάγει με οιοδήποτε τρόπο το συμφέρον του σε βάρος συναδέλφου του. Ο κοινωνικός λειτουργός αναζητά την αρμόδια διαιτησία ή τη διαμεσολάβηση για επιτακτικούς επαγγελματικούς λόγους. Υποχρεούται να σέβεται τους συνεργάτες των άλλων ειδικοτήτων και να συνεργάζεται μαζί τους, όπως ακριβώς και με τους συναδέλφους του. Επιπροσθέτως σε περιπτώσεις που εργάζεται ως εργοδότης, προϊστάμενος ή εκπαιδευτής συναδέλφων του, υποχρεούται σε ρητές ρυθμίσεις για τις συνθήκες της διαρκούς επαγγελματικής τους σχέσης (www.skle.gr).

Συνοψίζοντας μπορούμε να αναφέρουμε πως σύμφωνα με τον Διεθνή Κώδικα Δεοντολογίας των κοινωνικών λειτουργών, η κοινωνική εργασία βασίζεται στο σεβασμό της εγγενούς αξίας, αξιοπρέπειας και δικαιωμάτων όλων των ανθρώπων και έχει ως αντικείμενο την υπεράσπιση της σωματικής, ψυχικής (συναισθηματικής), πνευματικής ακεραιότητας και ευημερίας των εξυπηρετούμενων (www.ifsw.org).

Ψυχολόγοι

«Ο ψυχολόγος στην άσκηση του επαγγέλματός του, ερευνά και αξιολογεί την προσωπικότητα και την συμπεριφορά του ανθρώπου και εργάζεται με τις καθιερωμένες αρχές και μεθόδους της Επιστήμης της Ψυχολογίας για την αξιοποίηση και βελτίωση τους» (Ν. 991/1979 που τροποποιήθηκε από τον Ν. 2646/1998).

Στην Ελλάδα, το επάγγελμα του ψυχολόγου ορίστηκε με τον νόμο 991/1979, με τον οποίο ουσιαστικά ρυθμίστηκε η χορήγηση άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος. Με βάση τον ίδιο νόμο οι ψυχολόγοι στην χώρα μας εκπροσωπούνται από τον «Σύλλογο Ελλήνων Ψυχολόγων», ο οποίος υπάγεται στον έλεγχο και την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ο Σύλλογος ιδρύθηκε το Μάιο του 1963 και από το ξεκίνημα της λειτουργίας του έθεσε ως στόχο την νομοθετική κατοχύρωση του επαγγέλματος του ψυχολόγου και για την επίτευξη αυτού του σκοπού εισηγήθηκε σχέδιο κώδικα δεοντολογίας, ο οποίος προσαρμόστηκε στις συνθήκες της Ελλάδας (Δεκάζου-Στεφανοπούλου, 2006).

Σύμφωνα με αυτόν, η πρώτη υποχρέωση του ψυχολόγου είναι η διαφύλαξη του επαγγέλματός του. Αυτό επιτυγχάνεται, δείχνοντας τον κατάλληλο σεβασμό προς τον άνθρωπο και τα δικαιώματά του, διατηρώντας υψηλό το επίπεδο της εργασίας του και ακολουθώντας πάντα τις μεθόδους και τις τεχνικές που έχουν κατοχυρωθεί ως όργανα επιστημονικής ψυχολογικής εξέτασης, λαμβάνοντας υπ' όψιν τις επαγγελματικές του υποχρεώσεις και το νόμο (Δεκάζου-Στεφανοπούλου, 2006).

Σύμφωνα και με την ΕΦΡΑ (Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Συλλόγων Επαγγελματιών Ψυχολόγων), οι ψυχολόγοι αποφεύγουν να προξενήσουν βλάβη, είναι υπεύθυνοι για τις πράξεις τους και βεβαιώνονται, στο μέτρο του δυνατού, ότι δεν γίνεται κακή χρήση των υπηρεσιών τους. Παρέχουν μόνο τις υπηρεσίες εκείνες και χρησιμοποιούν μόνο τις τεχνικές εκείνες, για τις οποίες διαθέτουν τα απαραίτητα προσόντα, λόγω των σπουδών, της εκπαίδευσης ή της εμπειρίας τους. Ο ψυχολόγος οφείλει να σέβεται τα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια του ατόμου, πρέπει να έχει επίγνωση των διαφορετικών ρόλων, των ατομικών και πολιτιστικών χαρακτηριστικών, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που οφείλονται σε αναπηρία, φύλο, σεξουαλικό προσανατολισμό, φυλή, εθνότητα, εθνική καταγωγή, ηλικία, θρησκεία, γλώσσα και κοινωνικό-οικονομική κατάσταση (www.psychologia.gr).

Ακόμα ο ψυχολόγος με το νόμο 991/1979 και το άρθρο 9, υποχρεούται να τηρεί το επαγγελματικό απόρρητο, έχει δηλαδή υποχρέωση να τηρεί απόλυτη εχεμύθεια για όσα μαθαίνει, ή αντιλαμβάνεται κατά την άσκηση του επαγγέλματός του. Σύμφωνα και με τον κώδικα δεοντολογίας, ο ψυχολόγος δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιεί πληροφορίες που έχει αντλήσει στα πλαίσια της επαγγελματικής του ιδιότητας για ιδιοτελείς σκοπούς, οφείλει να εξασφαλίζει την ανωνυμία των πελατών του και να μην συζητά τις περιπτώσεις σε εξωεπαγγελματικούς κύκλους. Ακόμα και μετά από παραπομπή του ασθενή σε συνάδελφο ή άλλο ειδικό επιστήμονα η αποκάλυψη πληροφοριών γίνεται μόνο μετά από συγκατάθεση του ίδιου του ασθενή. Η μη τήρηση του επαγγελματικού απορρήτου επιτρέπεται μόνο σε περιπτώσεις που ο ψυχολόγος αντιλαμβάνεται ότι κινδυνεύει η ζωή ή η σωματική ακεραιότητα, είτε του πελάτη του, είτε τρίτων προσώπων (Δεκάζου-Στεφανοπούλου, 2006).

Σε παγκόσμιο επίπεδο η δεοντολογία των ψυχολόγων που υιοθετήθηκε από τη Σύνοδο της Διεθνούς Ένωσης Ψυχολογικής Επιστήμης στο Βερολίνο (22 Ιουλίου 2008) αναφέρει ως βασικές αρχές του επαγγέλματος τις εξής : α) τον σεβασμό στην αξιοπρέπεια των ατόμων και των λαών, β) την ικανή φροντίδα για την εφημερία των ατόμων και των κοινωνιών, γ) την ακεραιότητα και δ) η επαγγελματική και

επιστημονική ευθύνη προς την κοινωνία. Οι προαναφερθείσες αρχές αποτελούν τον κύριο άξονα στον οποίο προτείνεται να στηριχθούν οι ψυχολόγοι ανά τον κόσμο για την καλύτερη άσκηση του επαγγέλματος τους (www.psy.gr).

Τέλος ο ψυχολόγος είναι υποχρεωμένος να διατηρεί τα αναγνωρισμένα όρια της ψυχολογικής πράξης και να μην εμπλέκεται στα έργα και τη δικαιοδοσία συγγενών επαγγελμάτων. Από την άλλη, όσο αφορά την σχέση του ψυχολόγου με τις υπηρεσίες που εργάζεται, αυτός είναι υποχρεωμένος να τηρεί και πάλι το επαγγελματικό απόρρητο για θέματα που αφορούν την οργάνωση στην οποία ανήκει, δεν ασκεί δημοσίως κριτική, και αν και οφείλει να ακολουθεί τις αρχές λειτουργίας της οργάνωσης, είναι συγχρόνως και υποχρεωμένος να τηρεί τους περιορισμούς και τις υποχρεώσεις που του διαγράφει η δεοντολογία του (Δεκάζου-Στεφανοπούλου, 2006).

Ένα ακόμα όργανο των ψυχολόγων στην Ελλάδα είναι ο Πανελλήνιος Ψυχολογικός Σύλλογος που ιδρύθηκε στις 21 Φεβρουαρίου τού 1998 με την συνυπογραφή 36 ιδρυτικών μελών του Πανελληνίου Ψυχολογικού Συλλόγου. Βαρύνουσας σημασίας ήταν η ίδρυση «Επιτροπής ψυχολόγων στην υγεία» που δημιουργήθηκε τον Γενάρη του 2011. Σκοπός της επιτροπής ήταν η επίλυση θεμάτων που απασχολούν χρόνια την κοινότητα των εργαζομένων στην υγεία, όπως α) τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες ψυχολόγων στον χώρο της Υγείας, β) η εκπαίδευση φοιτητών στον χώρο των Νοσοκομείων και γ) ο ρόλος των Ψυχολόγων στην διασφάλιση ποιότητας και ικανοποίησης προς τους χρήστες υπηρεσιών Υγείας (www.psy.gr).

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, καταλαβαίνει κανείς πως η δεοντολογία των ψυχολόγων στη χώρα μας δεν κάνει σαφείς αναφορές στην διεπιστημονική συνεργασία στον τομέα της υγείας. Επίσης δεν έχουν οριστεί ακόμα οι ακριβείς αρμοδιότητες των ψυχολόγων στα νοσοκομεία και για αυτό κρίθηκε απαραίτητη η δημιουργία ειδικής επιτροπής. Κάποια νοσοκομεία προσδιορίζουν τον ρόλο και τις αρμοδιότητες των ψυχολόγων όπως στο νοσοκομείο παιδών «Αγία Σοφία» όπου ορίζεται ως αρμοδιότητα των ψυχολόγων η συνεργασία τους με τους άλλους επαγγελματίες υγείας (www.paidon-agiasofia.gr).

3.2.: Η διεπιστημονική συνεργασία στον τομέα της υγείας.

«Κάθε οργανισμός για να λειτουργήσει (...) στηρίζεται στο ανθρώπινο δυναμικό [και] η επίτευξη των στόχων του είναι αποτέλεσμα συλλογικής προσπάθειας» (Παπανικολάου, 2007:521). Οι ομάδες θεωρούνται εξαιρετικής σημασίας για κάθε οργανισμό και τα κύρια χαρακτηριστικά τους είναι α) οι κοινοί στόχοι, β) η κοινή αίσθηση ταυτότητας, γ) οι ευκαιρίες συμμετοχής και αλληλεπίδρασης, δ) η συνοχή και ε) τα στοιχεία της δομής τους (ηγέτης και υφιστάμενοι) (Παπανικολάου, 2007). Αν και η ύπαρξη ομάδων μέσα σε κάθε υπηρεσία είναι αναπόφευκτη, η κουλτούρα της εκάστοτε υπηρεσίας είναι εκείνη που θα προσδιορίσει τον τρόπο λειτουργίας τους. Η κουλτούρα του οργανισμού αναφέρεται στην φύση των αξιών, των απόψεων, των μύθων, των κανόνων, των στόχων και των οραμάτων ενός οργανισμού (French, 1998 στο Παπανικολάου, 2007).

Σύμφωνα με τον Kinlaw (1991 στο Παπανικολάου, 2007) η ομαδική εργασία είναι ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα πρέπει να συνεργαστούν ώστε να παράγουν προϊόντα ή υπηρεσίες που δε θα μπορούσαν να παραχθούν μεμονωμένα. Σε φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας η ολιστική προσέγγιση όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, καθιστά σε μεγάλο βαθμό απαραίτητη την διεπιστημονική συνεργασία ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη αποτελεσματικότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Πριν από την θεωρία της διεπιστημονικής συνεργασίας, η συνεργασία στις διάφορες υπηρεσίες είχε τις παρακάτω μορφές που είτε διαδέχονταν η μια την άλλη είτε συνυπήρχαν:

- Συντονισμός από υπάλληλο κλειδί (keyworker coordination). Η ύπαρξη δηλαδή ενός επαγγελματία που ασχολείται με ένα περιστατικό και εκείνος μόνο μπορεί να εμπλέξει τους υπόλοιπους επαγγελματίες, εφόσον το θεωρήσει απαραίτητο.
- Ο στρατηγικός σχεδιασμός (strategic coordination) έχει να κάνει κυρίως με την οργάνωση των δραστηριοτήτων και οικονομικών θεμάτων του οργανισμού, χωρίς να επιβάλλει ή να αποκλείει την συνεργασία των εργαζομένων.
- Η άτυπη – ανεπίσημη συνεργασία (informal collaboration) λαμβάνει χώρα μεταξύ επαγγελματιών που είτε δουλεύουν στην ίδια υπηρεσία είτε πραγματεύονται το ίδιο θέμα. Σε αυτή την περίπτωση η συνεργασία επηρεάζεται από τις προσωπικότητες των εργαζομένων, τη θέση τους στις υπηρεσίες ή οικονομικούς λόγους.

Η συνεργασία σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας σύμφωνα με τον Loxley (1997 στο Payne, 2000) προσδιορίζεται από τρεις βασικές κοινωνικές θεωρίες: α) Τη γενική θεωρία των συστημάτων (general systems theory) όπου οι οργανισμοί αντιμετωπίζονται ως ένα σύνολο υποσυστημάτων. Σε αυτή την περίπτωση κάθε αλλαγή σε ένα υποσύστημα επηρεάζει με τρόπο απροσδόκητο το σύνολο. β) Τη θεωρία της κοινωνικής ανταλλαγής (social exchange theory) σύμφωνα με την οποία τα άτομα συμπεριφέρονται, είτε όπως τους έχουν συμπεριφερθεί στο παρελθόν, είτε όπως περιμένουν από τους άλλους να τους συμπεριφερθούν και γ) Ο Axelrod (1984 στον Payne, 2000) αναφέρει τη θεωρία της συνεργασίας (cooperation theory) όπου τα άτομα πρέπει να κατανοήσουν πως το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα θα το έχουν μόνο μέσα από μια σχέση εμπιστοσύνης και σταθερότητας μεταξύ των ενδιαφερομένων για την επίτευξη ενός στόχου ατόμων.

Σήμερα οι νέες προσεγγίσεις στον τομέα της υγείας καλούν τους επιστήμονες να συνεργαστούν στα πλαίσια διεπιστημονικών ομάδων. Η διεπιστημονική συνεργασία όπως γνωρίζουμε είναι η διαδικασία ανάπτυξης συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που προέρχονται από διαφορετικές ειδικότητες και σε κάποιες περιπτώσεις και από διαφορετικούς οργανισμούς. Αποτέλεσμα των παραπάνω συνθηκών μπορεί να είναι η σύγχυση ρόλων και η σύγκρουση συμφερόντων των εμπλεκόμενων (Σταθόπουλος, 2000). Επιπροσθέτως, η αποτελεσματικότητα των διεπιστημονικών ομάδων επηρεάζεται από την σύνθεση, το μέγεθος, τα πρότυπα, τους ρόλους, τη κουλτούρα και τις πηγές (τεχνολογία, χώρος κ.α.) της ομάδας (Guzzo, 1992 στο Παπανικολάου, 2007).

3.3.: Σημεία που ενώνουν και χωρίζουν τους επαγγελματίες υγείας.

Ο κάθε επαγγελματίας υγείας έχει συγκεκριμένες και αλληλοσυμπληρούμενες με τους υπόλοιπους αρμοδιότητες. Ο γιατρός εστιάζει την προσοχή του στα οργανικά συμπτώματα, ο νοσηλευτής μεριμνά για την συνολική συνθήκη νοσηλείας του ασθενούς και τη σωστή εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής πάντα υπό την καθοδήγηση του γιατρού όπως ορίζεται και από τη επαγγελματική τους δεοντολογία. Από την άλλη πλευρά ένας ψυχολόγος εστιάζει στο ψυχοπαθολογικό τομέα και στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών που οφείλονται στην ασθένεια και ο κοινωνικός λειτουργός επικεντρώνεται στον κοινωνικό χώρο με στόχο τη διατήρηση

ή την επανάκτηση της κοινωνικής προσωπικότητας και των κοινωνικών ρόλων (Καλλινικάκη, 1998).

Κάθε επαγγελματίας από τους παραπάνω έχει σαφή όρια για τις επαγγελματικές του αρμοδιότητες αλλά και πολλά κοινά σημεία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες. Η επαγγελματική δεοντολογία και των τεσσάρων ειδικοτήτων διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια ανεξάρτητα από οποιοδήποτε προσωπικό χαρακτηριστικό (οικονομική κατάσταση, εθνικότητα, θρησκεία). Επίσης είναι υποχρεωμένοι να τηρούν αυστηρά το επαγγελματικό τους απόρρητο, να μην χρηματίζονται και να μην εκμεταλλεύονται την επαγγελματική τους σχέση με τον εξυπηρετούμενο. Τέλος, όλες τους οι πράξεις ορίζονται από τον συμφέρον του ασθενή και τους κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας του φορέα στον οποίο εργάζονται.

Μελετώντας την ιστορία του ελληνικού συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας αλλά και τις αρμοδιότητες του κάθε επαγγελματία στον τομέα αυτό, αναρωτηθήκαμε αν το διαφορετικό αντικείμενο εργασίας και ο τρόπος λειτουργίας του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας επηρεάζει αρνητικά την συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών. Πιο συγκεκριμένα στη μια πλευρά συναντάμε τους γιατρούς και τους νοσηλευτές που εστιάζουν στην θεραπεία του σώματος και στην άλλη πλευρά τους κοινωνικούς λειτουργούς και τους ψυχολόγους που ασχολούνται με την ψυχική υγεία και την κοινωνική ευημερία των ασθενών. Παράλληλα ο χαρακτήρας του ελληνικού συστήματος υγείας αποτυπώνεται με ακρίβεια στον τρόπο χρηματοδότησης του, όπου περισσότερο από το 38% των δημόσιων δαπανών υγείας απορροφάται από τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Αντίθετα με τις ιδιωτικές δαπάνες όπου το 63% απορροφάται από την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (Κυριόπουλος και Σουλιώτης, 2002).

Προσπαθώντας να ερμηνεύσουμε τα παραπάνω στοιχεία καταλήξαμε στο συμπέρασμα πως ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του ελληνικού συστήματος υγείας που επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση της εκάστοτε ασθένειας και όχι στην πρόληψη, επιδρά ουσιαστικά στον πληθυσμό που εξυπηρετούν οι υπηρεσίες υγείας. Δηλαδή εφόσον οι περισσότερες υπηρεσίες απευθύνονται σε άτομα που ήδη νοσούν η σχέση τους με το προσωπικό των νοσοκομείων χαρακτηρίζεται από υψηλό επίπεδο εξάρτησης. Πιθανώς λοιπόν, το γεγονός αυτό να δίνει με τη σειρά του μια θέση ισχύος στο προσωπικό των νοσοκομείων που ασχολείται με την θεραπεία των

σωματικών παθήσεων. Επίσης μελετώντας τις δεοντολογίες των επαγγελματιών υγείας παρατηρήσαμε τα εξής:

- Η δεοντολογία των γιατρών είναι η μόνη που εκθειάζει σε τόσο μεγάλο βαθμό τη χρησιμότητα του επαγγέλματος.
- Στη δεοντολογία όλων των επαγγελματιών τονίζεται ο σεβασμός και η συνεργασία με τους συναδέλφους της ίδια ειδικότητας και ο σεβασμός προς όλο το προσωπικό αλλά πουθενά δεν θεσπίζεται η διεπιστημονική συνεργασία και ο τρόπος εφαρμογής της.
- Η δεοντολογία των κοινωνικών λειτουργών κάνει σαφή αναφορά στην συνεργασία μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων, χωρίς όμως να αναφέρει λεπτομέρειες. Στη δεοντολογία των νοσηλευτών η συνεργασία είναι υποχρεωτική με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές ενώ με τους άλλους επαγγελματίες υγείας ορίζεται μόνο στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής. Στη δεοντολογία των γιατρών και των ψυχολόγων η συνεργασία ορίζεται μόνο μεταξύ επαγγελματιών της ίδιας ειδικότητας.
- Επίσης, η έντιμη ιδιωτική ζωή όλων των επαγγελματιών υγείας παρουσιάζεται άρρηκτα συνδεδεμένη με την επαγγελματική τους ταυτότητα και στην ουσία αποτελεί απαραίτητο χαρακτηριστικό των επαγγελματιών.
- Στην ιατρική δεοντολογία γίνεται αναφορά για κατώτερο προσωπικό στα νοσοκομεία, θέτοντας εκείνους ως ανώτερους. Το γεγονός αυτό ενισχύεται από την δεοντολογία των νοσηλευτών όπου ορίζεται πως καθοδηγούνται από τους γιατρούς, επομένως η αυτονομία τους είναι περιορισμένη.

Παλαιότερα τα προβλήματα υγείας και ψυχικής υγείας αντιμετωπίζονταν αποκλειστικά στα νοσοκομεία. Οι έρευνες όμως στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στις Ηνωμένες Πολιτείες έδειξαν πως τα προβλήματα υγείας, εκπαίδευσης, ανεργίας και φτώχειας είναι αλληλένδετα. Το γεγονός αυτό από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 μετέφερε την παροχή υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας από το νοσοκομείο στην κοινότητα (Σταθόπουλος, 2000). Η Elizabeth Howkins (1995 στο Σταθόπουλος, 2000) αναφέρει πως η συνθετότητα και η επιτήδευση της σύγχρονης φροντίδας υγείας οδηγεί στην αξιολόγηση και επιστημονική παρέμβαση από μια πολυεπαγγελματική ομάδα.

Κεφάλαιο 4^ο: Παράγοντες που επηρεάζουν την συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Εισαγωγή

Σύμφωνα με τους Schroeder et al. (1999, στο Pippa Hall, 2005) κάθε επάγγελμα υγείας χαρακτηρίζεται από διαφορετική κουλτούρα, αξίες και συμπεριφορές που μεταβιβάζονται από τους παλαιότερους στους νέους επαγγελματίες και αποτελούν βασικό εμπόδιο για την ανάπτυξη εποικοδομητικής διεπιστημονικής συνεργασίας. Στα προηγούμενα κεφάλαια αναφερθήκαμε στην δεοντολογία των επαγγελματιών υγείας και στην εξέλιξη του κάθε επαγγέλματος μέσα στην ελληνική και στη διεθνή πραγματικότητα. Επίσης, αναφερθήκαμε σε σημεία στα οποία συγκλίνουν και αποκλίνουν σχετικά με την δεοντολογία και την πρακτική της εφαρμογή τα διάφορα επαγγέλματα υγείας αλλά και σε στερεότυπα και κοινωνικές αναπαραστάσεις που συνδέονται με τα επαγγέλματα αυτά.

Στο κεφάλαιο αυτό σκοπό έχουμε να αναλύσουμε έννοιες όπως οι στάσεις, οι αξίες, η ιδεολογία, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις και τα στερεότυπα για να γίνει κατανοητός ο τρόπος λειτουργίας και ο τρόπος που επηρεάζουν τη διεπιστημονική συνεργασία. Θα ακολουθήσουν θεωρίες σχετικές με την έννοια του «εαυτού», προκειμένου να κατανοήσουμε πως η άποψη που έχουμε για τον εαυτό μας σχετίζεται με εκείνη που έχουμε για τους άλλους (Tajfel & Turner, 1987 στο Γεωργογιάννης, 1996). Το κεφάλαιο αυτό θα ολοκληρωθεί με αναφορά σε στοιχεία που επιδρούν στην ανάπτυξη των σχέσεων μέσα σε μία ομάδα όπως ο ρόλος του ηγέτη που έχει δοθεί άτυπα από το εθνικό μας σύστημα υγείας στους γιατρούς (Σαρρής, 2001).

4.1.: Στάσεις, αξίες και ιδεολογία.

Στάσεις

Οι στάσεις αποτέλεσαν από το 1918 και μετά το επίκεντρο μελετών των ερευνητών κοινωνικής ψυχολογίας που προσπάθησαν και ακόμα προσπαθούν να τις καταγράψουν, να τις αποκαλύψουν και να ερμηνεύσουν τη δομή και την κατασκευή τους. Η λέξη «στάση» (attitude) προέρχεται από την λατινική λέξη «artus» που σημαίνει ικανός και έτοιμος για δράση. Σήμερα στις σχετικές μελέτες η έννοια της στάσης έχει πάρει άλλη μορφή. «Ως στάση μπορεί να οριστεί η ευμενής ή δυσμενής διάθεση ενός προσώπου απέναντι σε κάποιο άλλο ή απέναντι σε μια κοινωνική ομάδα. Η διάθεση αυτή» [εκφράζεται μέσα από] «συμπεριφορές ή στάσεις που περιλαμβάνουν άμεσες ή έμμεσες αλληλεπιδράσεις με άτομα ή κοινωνικές ομάδες» (Petty & Cacioppo, 1981:101, στο Hogg & Vaughan, 2010).

Ο Allport (1935 στο Hogg & Vaughan, 2010:200) ορίζει την στάση ως *«μια νοητική και νευρολογική κατάσταση ετοιμότητας, οργανωμένη μέσα από την εμπειρία που ασκεί μια κατευθυντική ή δυναμική επιρροή πάνω στην αντίδρασή του απέναντι σε όλα τα αντικείμενα ή καταστάσεις που σχετίζονται με αυτή»*. Οι στάσεις έγινε προσπάθεια να ερμηνευτούν μέσα από το μονοδιάστατο μοντέλο, το δισδιάστατο και το τρισδιάστατο που αντίστοιχα αναφέρονταν σε μια συνιστώσα (συναίσθημα ή αξιολόγηση σε σχέση με ένα αντικείμενο), δύο συνιστώσες (νοητική ετοιμότητα και αξιολογικές αποκρίσεις) ή τρεις συνιστώσες (σκέψη, συναίσθημα και δράση) που απαιτούνται για την δημιουργία μιας στάσης.

Ακολούθησαν η θεωρία της ισορροπίας του Heider, οι θεωρίες της γνωστικής συνέπειας από τους θεωρητικούς της μάθησης (1950-1960) και η θεωρία ενοποίησης πληροφοριών του Anderson (1971). Η διαμάχη αναφορικά με τον καλύτερο τρόπο ερμηνείας των στάσεων δεν έχει ολοκληρωθεί ακόμα και μετά από τη θεωρία της Devine περί στάσεων και αυτόματων κρίσεων που υποστήριξε πως οι στάσεις χωρίζονται σε άρρητες και αυτόματες κρίσεις για τις οποίες δεν έχουμε συναίσθηση (Hogg & Vaughan, 2010).

Καθ' όλη τη διάρκεια της κοινωνικοποίησης αναπτύσσονται διάφορες στάσεις που διαμορφώνονται από γεγονότα που αφορούν την ατομική ψυχολογική οργάνωση του ατόμου και από εμπειρικά γεγονότα που συντελούν στη διατήρηση ή μεταβολή των στάσεων. Γενικά μπορούμε να συμπεράνουμε πως οι στάσεις είναι σχετικά

σταθερές και προσδιορίζουν το περιεχόμενο της παρατηρούμενης συμπεριφοράς του ατόμου (Παπάς, 1998). Παρόλα αυτά οι στάσεις και η έκδηλη συμπεριφορά δεν ταυτίζονται πάντα. Ο βαθμός ταύτισης μεταξύ τους επηρεάζεται από την προσβασιμότητα μια στάσης δηλαδή από τον βαθμό που το άτομο αντιλαμβάνεται την εκάστοτε στάση του αλλά και στον τρόπο που την εκφράζει στη δημόσια και στην ιδιωτική του ζωή (Smith & Status, 2000 στο Hogg & Vaughan, 2010).

Αξίες

Οι στάσεις αναφέρονται εννοιολογικά στο συναίσθημα ως κεντρικό άξονα και είτε ταυτίζονται είτε διαφοροποιούνται από την έννοια των πεποιθήσεων και των απόψεων στις σχετικές θεωρίες (Hogg & Vaughan, 2010). Σε κάθε περίπτωση όμως υπάρχουν παράγοντες που τις επηρεάζουν, όπως είναι οι αξίες, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις αλλά και η ιδεολογία του ατόμου. Σύμφωνα με τον Feather (1994, στο Hogg & Vaughan, 2010), οι αξίες αποτελούν γενικές πεποιθήσεις σε σχέση με την επιθυμητή συμπεριφορά και τους επιθυμητούς στόχους, εμπεριέχοντας μια χροιά του «πρέπει». Οι αξίες επίσης υπερβαίνουν τις στάσεις και ταυτόχρονα επηρεάζουν τη μορφή που αυτές παίρνουν. Παράλληλα παρέχουν πρότυπα για την αξιολόγηση ενεργειών, τη δικαιολόγηση απόψεων και συμπεριφορών, το σχεδιασμό της συμπεριφοράς, τη λήψη αποφάσεων μεταξύ διαφορετικών εναλλακτικών, την άσκηση κοινωνικής επιρροής και την παρουσίαση του εαυτού στους άλλους.

«Εντός του ατόμου,» [οι αξίες] «είναι ιεραρχικά οργανωμένες και η σχετική τους σημασία μπορεί να διαφοροποιείται κατά τη διάρκεια μιας ζωής» [ενώ] «τα συστήματα αξιών διαφέρουν μεταξύ ατόμων, ομάδων και πολιτισμών» (Feather, 1994 στο Hogg & Vaughan, 2010:232). Θεωρείται απίθανο όμως να μπορέσουμε να προβλέψουμε την συμπεριφορά ενός ατόμου από το αξιακό του σύστημα εφόσον αυτό είναι μια τόσο γενική έννοια εκτός και αν η προβλεπόμενη συμπεριφορά είναι μια συγκεκριμένη πράξη (π.χ. αν κάποιος θεωρεί την παράδοση ως τη σημαντικότερη αξία στη ζωή του κατά πάσα πιθανότητα θα ακολουθεί τα έθιμα των παραδοσιακών εορτών).

Ιδεολογία

Σύμφωνα με τον Thomson (1990 στο Hogg & Vaughan, 2010:233) «η ιδεολογία επικαλύπτεται σε κάποιο βαθμό από τον όρο αξία [και] υποδηλώνει ένα ενοποιημένο σύστημα αξιών, κοινό για μια μεγάλη μερίδα ατόμων, συνήθως με

κοινωνικό ή πολιτικό σημείο αναφοράς». Η ιδεολογία ενός ατόμου ορίζεται ως το σύστημα αλληλένδετων πεποιθήσεων που βοηθούν και περιορίζουν το άτομο σε μια συγκεκριμένη ερμηνεία της πραγματικότητας. Πολλές φορές την συναντάμε σε θρησκευτικό ή κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο με κύριο χαρακτηριστικό της τον ιδεολογικό νατουραλισμό να παρουσιάζεται δηλαδή μια ιδεολογία ως υπαγόρευση από την φυσική τάξη των πραγμάτων και η υπάρχουσα κατάσταση ως φυσιολογική. Ο Billing (1991 στο Hogg & Vaughan, 2010) υποστηρίζει πως τα ιδεολογικά διλλήματα, οι συγκρούσεις δηλαδή ανάμεσα στις αξίες μας μπορούν να προκαλέσουν συγκρούσεις στάσεων μεταξύ ομάδων και έχουν σημαντικό ρόλο στην καθημερινή μας ζωή.

Τέλος, μπορούμε να πούμε πως οι ιδεολογίες μπορεί να διαφέρουν ως συνάρτηση δύο χαρακτηριστικών: α) την απόδοση διαφορετικών προτεραιοτήτων σε συγκεκριμένες αξίες και β) αν είναι πλουραλιστικές ή μονιστικές. Δηλαδή, μια πλουραλιστική ιδεολογία για παράδειγμα μπορεί να ανεχτεί μια σύγκρουση αξιών, ενώ μια μονιστική ιδεολογία θα είναι αρκετά μη ανεκτική ως προς τη σύγκρουση, προσλαμβάνοντας τα διάφορα ζητήματα σε εμφανώς απλοϊκούς όρους (Hogg & Vaughan, 2010).

4.2. Κοινωνικές αναπαραστάσεις και στερεότυπα.

Κοινωνικές αναπαραστάσεις

Η πολυπλοκότητα των ανθρώπινων επαφών οφείλεται και καταγράφεται σε μεγάλο βαθμό από τη χρήση της γλώσσας. Στη χρήση της γλώσσας είναι που στηρίχθηκαν οι επιστημονικές μελέτες των κοινωνικών αναπαραστάσεων από το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου πολέμου και μετά (Farr, 1995 στο Παπαστάμου και Μάντογλου, 1995). Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις αποτελούν «συλλογικά ανεπτυγμένες ερμηνείες μη οικείων και περίπλοκων φαινομένων» (Hogg & Vaughan, 2010:148). Η διπλή λειτουργία τους είναι που τις κάνει τόσο χρήσιμες για τον άνθρωπο αφού μετατρέπουν το παράξενο σε οικείο και το αόρατο σε αντιληπτό (Παπαστάμου και Μάντογλου, 1995). Η παρουσίαση των κοινωνικών αναπαραστάσεων ως κοινή λογική που πολλές φορές εκτελείται μέσω των Μ.Μ.Ε. απωθεί τις εναλλακτικές ερμηνείες των εμπειριών του ατόμου.

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις θεμελιώνονται σε ομαδικό πλαίσιο και διαφέρουν από ομάδα σε ομάδα, τόσο ώστε η διομαδική συμπεριφορά να μπορεί

συχνά να περιστρέφεται γύρω από μια σύγκρουση κοινωνικών αναπαραστάσεων (Hogg & Vaughan, 2010). Για παράδειγμα η Ευρωπαϊκή Ένωση είναι μια κοινωνική αναπαράσταση που έχει συνδεθεί πέρα από το ελεύθερο εμπόριο με συζητήσεις σχετικές με τις δυναμικές της ευρωπαϊκής ταυτότητας έναντι της εθνικής. Σύμφωνα με τον Moscovici (1983 στο Hogg & Vaughan, 2010) οι αντιδράσεις μας στα γεγονότα σχετίζονται με συγκεκριμένους ορισμούς που μοιράζονται όλα τα μέλη μιας κοινότητας. Συνεπώς οι στάσεις και οι κοινωνικές αναπαραστάσεις που σχετίζονται με αυτές αντικατοπτρίζουν μια πολύ ευρύτερη θεώρηση της κοινωνικής συμπεριφοράς «από πάνω προς τα κάτω» (Hogg & Vaughan, 2010).

Προκαταλήψεις και στερεότυπα

Ο όρος προκατάληψη κυριολεκτικά σημαίνει «εκ των προτέρων κρίση» και συνήθως αντιμετωπίζεται ως μια στάση με αντικείμενο μια κοινωνική ομάδα. Η προκατάληψη είναι μια αρνητική ή θετική πολλές φορές θέση που δεν στηρίζεται σε λογικά επιχειρήματα (Ιωαννίδου – Johnson, 1999). Ο Allport (1954 στο Ιωαννίδου – Johnson, 1999) αναφέρει πως η ύπαρξη μεγάλου αριθμού προκαταλήψεων και η ισχυρή ακαμψία τους συνδέονται με την ψυχολογική ωριμότητα των ατόμων. Επίσης, αναφέρει πως υπάρχουν τρεις διαστάσεις σε κάθε προκατάληψη: η γνωστική, η συναισθηματική και η συμπεριφορική (πρόθεση για συμπεριφορά).

Ο Farre' Marti et al. (2000) ορίζει τα στερεότυπα ως «κινητική» συμπεριφορά με επαναλαμβανόμενο και πανομοιότυπο χαρακτήρα. Τα στερεότυπα αποτελούν κεντρική όψη των προκαταλήψεων και των διακρίσεων και εντοπίζονται συχνά στις διομαδικές σχέσεις αφού αποτελούν στοιχείο της ανθρώπινης φύσης. Ο Lippman (1922 στο Hogg & Vaughan, 2010) παρουσιάζει τα στερεότυπα ως απλοποιημένες νοητικές εικόνες που λειτουργούν ως υπόδειγμα για την ερμηνεία της ποικιλομορφίας του κοινωνικού κόσμου. Οι Hogg & Vaughan (2010) αναφέρουν τα πορίσματα των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί επί δεκαετίες από επιστήμονες όπως ο Brigham το 1971, οι Oakes, Haslam & Turner το 1993 και ο Tajfel το 1978:

- ❖ Η πλειοψηφία των στερεοτύπων αποκτούνται σε νεαρή ηλικία.
- ❖ Τα στερεότυπα γίνονται πιο έντονα και επιθετικά σε περιόδους κοινωνικών εντάσεων.

- ❖ Η αλλαγή των στερεοτύπων επέρχεται με την αλλαγή κοινωνικών, πολιτικών ή οικονομικών αλλαγών και επηρεάζεται και από τα προσωπικά μας κίνητρα.
- ❖ Τα στερεότυπα συνδέονται άμεσα με τη συμπεριφορά μας και με τη μέθοδο της κατηγοριοποίησης (πείραμα Tajfel και Wilkes to 1963).
- ❖ Τα στερεότυπα αποσαφηνίζουν κοινωνικούς ρόλους.

Η ύπαρξη στερεοτύπων και προκαταλήψεων απέναντι σε οποιαδήποτε ομάδα ατόμων, δεν μπορεί παρά να έχει αρνητικές επιπτώσεις, τόσο στην ίδια όσο και στην κοινωνία. Η προκατάληψη και τα στερεότυπα γεννιούνται και από την έλλειψη πληροφόρησης. Όταν λοιπόν, δεν υπάρχει κατανόηση του άλλου δημιουργούνται τα στερεότυπα που με τη σειρά τους εμποδίζουν την ομαλή λειτουργία της κοινωνίας. Για παράδειγμα η έλλειψη κατανόησης από εμάς της προσφοράς των τσιγγάνων, των δυνατοτήτων, των αναγκών και των προβλημάτων τους, δυσκολεύει την ένταξη τους στην κοινωνία εις βάρος και των δύο πλευρών (Γκότοβος, 1996).

4.3.: Εαυτός, κοινωνική ταυτότητα και δυναμική της ομάδας.

Αυτοεικόνα και κοινωνική ταυτότητα

Η αυτοεικόνα ως όρος προσδιορίζει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται κανείς τα χαρακτηριστικά του εαυτού, της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς του. Κεντρικοί πυρήνες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της εικόνας για τον «εαυτό» είναι: το όνομα, το φύλο, το χρώμα και η φυλή, η εξωτερική εμφάνιση, η ηλικία, η εργασία/απασχόληση, οι σπουδές, το πόσο εκτιμάει κανείς και αντλεί ικανοποίηση από αυτό που κάνει και το πώς αξιολογείται από το περιβάλλον του η κοινωνική τάξη στην οποία ανήκει και η πολιτιστική του ταυτότητα. Οι έννοιες ταυτότητα (identity), εαυτός (self), εγώ (I) και εμένα (me) έχουν απασχολήσει πολλούς κοινωνικούς επιστήμονες, οι οποίοι προσπάθησαν να εξετάσουν το ζήτημα του αυτοπροσδιορισμού και της αυτοεικόνας (Hogg & Vaughan, 2010).

Σύμφωνα με τον Bem (1965, 1967b, 1972 στο Γεωργογιάννης, 1996:126) ο οποίος ανέπτυξε την θεωρία της αυτοαντίληψης, «μεταξύ της αυτοαντίληψης και της αντίληψης άλλων προσώπων δεν υπάρχει καμία σημαντική διαφορά. Τα αισθήματα, οι θέσεις, οι σκοποί κλπ. δεν είναι αποτέλεσμα της αυτοαντίληψης, αλλά αποτέλεσμα της αντίληψης της συμπεριφοράς [του ατόμου], όπως αυτή εκδηλώνεται στο κοινωνικό σκηνικό (...) [έτσι] η επικοινωνία του ατόμου με τον εαυτό του είναι

κυρίως έμμεση και πραγματοποιείται μέσω της εκδηλούμενης συμπεριφοράς, [ενώ σύμφωνα και πάλι με τον Bem], μόνο σε περιπτώσεις εσωτερικών ή εξωτερικών πόνων, ισχυρών συναισθηματικών καταστάσεων και ισχυρών θετικών ή αρνητικών καταστάσεων το άτομο αντιλαμβάνεται άμεσα τον εαυτό του».

Το άτομο βρίσκεται σε «εσωτερικό διάλογο» με τον εαυτό του. Ο εσωτερικός διάλογος επηρεάζει τις ενέργειες του ατόμου και την επικοινωνία του με τους «άλλους». Οι πολυάριθμες σχέσεις που αναπτύσσει κανείς οδηγούν στη διαμόρφωση «διαφορετικών εαυτών», δηλαδή ποικίλλει η εικόνα που παρουσιάζει στις ποικίλες επαφές. Όπως παρατηρεί ο Mead (1934 στο Hogg & Vaughan, 2010), οι κοινωνικές διαδικασίες φέρονται ως υπεύθυνες για την εμφάνιση του εαυτού προς τα έξω. Αυτή η πολυδιάστατη προσωπικότητα είναι απόλυτα φυσιολογική και διαφοροποιείται ανάλογα με τους ανθρώπους που συναναστρέφεται το άτομο.

Στις αρχές του 20ού αιώνα, κοινωνικοί ψυχολόγοι διατύπωσαν τη θεωρία του «κοινωνικού εαυτού» (social self). Ο Mead (1934 στο Hogg & Vaughan, 2010) θεωρεί ότι ο εαυτός είναι «μία κοινωνική κατασκευή» (social structure) που δημιουργείται και διαμορφώνεται από τις κοινωνικές εμπειρίες και θεωρεί ότι είναι αδύνατον να μελετηθεί ο εαυτός έξω από αυτές. Επίσης, δεν δίνει ένα συγκεκριμένο ορισμό της ταυτότητας αλλά πιστεύει ότι η ταυτότητα του ατόμου *«εξελίσσεται, δεν είναι κληρονομήσιμη ιδιότητα, δημιουργείται όμως στα πλαίσια των εμπειριών και των δραστηριοτήτων του ατόμου στις κοινωνικές διαδικασίες, που σημαίνει πως παρουσιάζεται στο κάθε άτομο σαν αποτέλεσμα των σχέσεων του με την ολότητα και με τα άλλα άτομα στα πλαίσια αυτής της κοινωνικής διαδικασίας»* (Mead, 1980 στο Γεωργογιάννης, 1996:59).

«Η ταυτότητα, σε συνδυασμό με την ικανότητα του ατόμου για αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση, οικοδομείται μέσω της αλληλεπίδρασης με άλλα πρόσωπα (...), η επικοινωνία [αυτή] των ανθρώπων διαμορφώνει ένα δυναμικό κοινωνικό πεδίο δράσης (...) [το οποίο] προέρχεται [από την ύπαρξη διαφορετικών] αποκτηθέντων στάσεων και εμπειριών του ατόμου στην κοινωνική του ενεργητική δράση, [από] τους ρόλους που τίθενται σε αυτό από την κοινωνία, [καθώς και από] την διαρκή αντανάκλαση (...) των ήδη υπάρχουσών προσδοκιών (...), [έτσι] το άτομο αποκτά την ταυτότητά του διαμέσου των διαδικασιών που διέπουν την επικοινωνία» (Γεωργογιάννης, 1996:57).

Σύμφωνα και με τον Γεωργογιάννη (1996:131), «η σχέση της συμπεριφοράς ενός οποιουδήποτε ατόμου με την στάση του, έχει σχέση με τον βαθμό, στον οποίο η

συγκεκριμένη συμπεριφορά επηρεάζεται από τον περιβαλλοντικό έλεγχο στον οποίο βρίσκεται (...) [δηλαδή] όσο λιγότεροι είναι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες οι οποίοι επιδρούν στην εκδήλωση της συμπεριφοράς, τόσο μεγαλύτερη είναι η σχέση με τις εσωτερικές διαδικασίες του ατόμου».

Ο Goffman (1980 στο Γεωργογιάννης, 1996) διαχώρισε την ταυτότητα, σε «προσωπική» και «κοινωνική». Με τον όρο «προσωπική ταυτότητα» του ατόμου, ο Goffman διαχωρίζει τα μοναδικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου, που αποτελούν την βάση της προσωπικότητάς του, από τα κοινωνικά σύμβολα, δηλαδή τις εμφανείς χαρακτηριστικές ιδιότητες, που διαμορφώνουν την γενική εικόνα κάθε ατόμου, την «κοινωνική ταυτότητα». Ωστόσο, και πάλι σύμφωνα με τον Goffman, η ταυτότητα διαχωρίζεται και σε «προβολική» και «πραγματική», με τον όρο «προβολική ταυτότητα», εννοεί τις προβαλλόμενες από το άτομο προσδοκίες, ενώ με τον όρο «πραγματική ταυτότητα» τις φανερές και αποδεδειγμένες ιδιότητες του ατόμου.

Η κοινωνική ταυτότητα ωστόσο, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Γεωργογιάννης (1996), αποκτά ιδιαίτερη σημασία όταν τίθεται το ερώτημα, ποια χαρακτηριστικά που προκύπτουν μέσα από την κοινωνική αλληλεπίδραση συνιστούν υποκειμενικά την ταυτότητα του ατόμου. Σύμφωνα με την θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας των Tajfel και Turner (1987 στο Γεωργογιάννης, 1996:90), «χαρακτηριστικά [που] είναι υποκειμενικά ιδιαίτερα καθοριστικά για το άτομο [εξαρτώνται] από την αντίληψη των χαρακτηριστικών της συγκεκριμένης ομάδας, σε σύγκριση με άλλες ομάδες, τα οποία μπορεί να γίνουν σημαντικά, όταν το άτομο ταυτίζεται με την ομάδα και τις ίδιες του τις ανάγκες».

Δυναμική της ομάδας

Σύμφωνα με τον Haeblerlin, U. (1978 στο Γεωργογιάννης, 1996:58), «ένας άνθρωπος μόνο τότε έχει ταυτότητα, όταν αυτή δημιουργείται στα πλαίσια της επικοινωνίας του με την ομάδα». Η ομάδα ορίζεται από τον M. Olmsted (1962 στο Κατσορίδου - Παπαδοπούλου, 2002:50) ως «ένα σύνολο ατόμων που βρίσκονται σε επαφή μεταξύ τους, που υπολογίζουν ο ένας τον άλλον και που συνειδητοποιούν ότι ανήκουν στην ίδια κοινότητα». Η επιρροή που έχει μια ομάδα στα μέλη της είναι ισχυρή, τα μέλη σχετίζονται μεταξύ τους και αλληλεπιδρούν ενώ μοιράζονται κάτι κοινό (Farre' Martí et al., 2000). Σύμφωνα με τον Homans (1950 στο Κατσορίδου - Παπαδοπούλου, 2002:49) «οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών αποτελούν και το

μοναδικό κριτήριο για την ύπαρξη μιας ομάδας και το μέσο για να διαπιστώσει κανείς αν δύο άτομα είναι μέλη της ίδιας ομάδας».

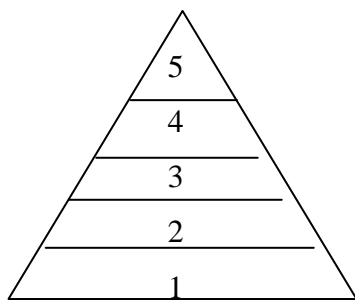
Μια ομάδα μπορεί να είναι φυσική, να σχηματιστεί με πρωτοβουλία των μελών (π.χ. η φιλική παρέα), ή τεχνητή, δηλαδή σχηματίζεται από πρωτοβουλία κάποιου τρίτου (π.χ. ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας που οργανώνεται από ένα Κ.Ψ.Υ). Ακόμα μια ομάδα μπορεί να είναι τυπική ή άτυπη, δηλαδή να έχει ή όχι επίσημη εσωτερική οργάνωση, χωρίς αυτό να σημαίνει ωστόσο, ότι αν δεν έχει επίσημη εσωτερική οργάνωση (δηλ. πρόεδρο κ.λπ.) δεν υπάρχει κάποια άτυπη διάρθρωση των μελών (Κατσορίδου - Παπαδοπούλου, 2002). Επίσης μια ομάδα μπορεί να είναι πρωτογενής, δηλαδή να χαρακτηρίζεται από στενή προσωπική σχέση και συνεργασία μεταξύ των μελών, ή δευτερογενής, δηλαδή οι σχέσεις μεταξύ των μελών να είναι απρόσωπες, συμβατικές και άτυπες, ενώ η συμμετοχή των μελών στην ομάδα περιορισμένη και συγκεκριμένη (Cooley 1909 στο Κατσορίδου - Παπαδοπούλου, 2002).

Ο Tuckman (1977 στο Παπανικολάου 2007) ορίζει πέντε στάδια ανάπτυξης των ομάδων. Πρώτο είναι το στάδιο του σχηματισμού, όπου τα μέλη προσδιορίζουν τα καθήκοντά τους και τους κανόνες συνεργασίας τους. Δεύτερο είναι το στάδιο ανακατατάξεων, όπου τα μέλη είναι πιθανό να έχουν διαφορετικές απόψεις για τις ευθύνες τους και το συντονισμό της ομάδας ή του έργου που έχουν αναλάβει και πολλές φορές συγκρούονται. Τρίτο είναι το στάδιο ομαλοποίησης, όπου η ομάδα έχει λύσει τα προβλήματα που αντιμετώπιζε και τα μέλη διαμορφώνουν πρότυπα συμπεριφοράς, δηλαδή άτυπους κανόνες λειτουργίας της ομάδας. Ακολουθεί το τέταρτο, το στάδιο της απόδοσης, όπου η ομάδα είναι πλέον ώριμη και εκτελεί σωστά τα καθήκοντά της, και τέλος το πέμπτο που είναι το στάδιο διάλυσης, όπου η ομάδα αν έχει ολοκληρώσει το έργο της διαλύεται, ενώ αν δεν το έχει τελειώσει και είναι συνεχές, αντιμετωπίζει προβλήματα παρόμοια με εκείνα του δεύτερου σταδίου, των συγκρούσεων.

Σύμφωνα με τον Dunphy (1972 στο Κατσορίδου - Παπαδοπούλου, 2002) αν αναλύσουμε την ομάδα ως κοινωνικό σύστημα «διαπιστώνουμε ότι η πιο σημαντική ενότητα μέσα σε αυτή δεν είναι το ίδιο το άτομο αλλά η θέση που αυτό κατέχει και οι αντίστοιχοι ρόλοι που παίρνει ως μέλος ομάδας». Οι ρόλοι των μελών μιας ομάδας μπορεί να «επιβάλλονται από το εξωτερικό σύστημα ή να αναπτύσσονται από τα ίδια τα άτομα (...) [ενώ είναι πιθανό οι ρόλοι αυτοί να είναι] παραγωγικοί, ανασταλτικοί ή και αποδιοργανωτικοί» (Κατσορίδου - Παπαδοπούλου, 2002:89).

Τέλος, σημαντικό ρόλο σε μια ομάδα έχει ο ηγέτης, όπου σύμφωνα με τον Bonner (1959 στο Κατσορίδου, Παπαδοπούλου, 2002:95) «το πρόσωπο ηγέτης της ομάδας είναι το άτομο που κατευθύνει τα συναισθήματά του και την ενεργητικότητά του προς όφελος της ύπαρξης και της εξέλιξης της ομάδας». Κύριος στόχος, του «δημοκρατικού» ηγέτη, ιδιαίτερα όταν υπάρχει μια ομάδα εργασίας, είναι η εξισορρόπηση της ικανοποίησης των αναγκών των εργαζομένων και της οργάνωσης. Η κλασική αντίληψη ήταν πως οι άνθρωποι εργάζονταν με μόνο σκοπό τα οικονομικά οφέλη, θεωρία που έχει καταρριφθεί (Σαρρής, 2001). Σύμφωνα με τον Maslow (1970 στο Σαρρής, 2001) οι ανάγκες των ανθρώπων χωρίζονται σε 5 επίπεδα όπως βλέπουμε στο σχήμα 21. Μελετώντας την ιεράρχηση των αναγκών παρατηρούμε πως «τα μέλη [ενός οργανισμού] μπορούν να αποδώσουν μόνο εφόσον ικανοποιούνται οι ανάγκες των επιπέδων 1,2 και 3» (Σαρρής, 2001:185). Ο ηγέτης είναι εκείνος που βοηθά τους εργαζομένους, με την προτροπή του για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, να καλύψουν τις ανώτερες ανάγκες τους με αποτέλεσμα την υψηλότερη απόδοση του οργανισμού. «Η δημιουργικότητα του οργανισμού δεν είναι τίποτα άλλο, παρά η συνισταμένη προβολή της δημιουργικότητας και της απόδοσης του κάθε μέλους» (Σαρρής, 2001:185).

Σχήμα 21: Πυραμίδα ιεράρχησης αναγκών.



Επίπεδο 1: φυσικές ανάγκες (διατροφή, θέρμανση)
Επίπεδο 2: ανάγκη για οικονομική και επαγγελματική ασφάλεια
Επίπεδο 3: ανάγκη εκτίμησης και αποδοχής από τους άλλους, ένταξης και συμμετοχής
Επίπεδο 4: ανάγκη αυτοεκτίμησης και αυτοσεβασμού
Επίπεδο 5: ανάγκη αυτοπραγμάτωσης, αξιοποίησης προσόντων και έκφρασης

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Σε αυτό το μέρος της εργασίας παρουσιάζονται η μεθοδολογία και τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα μας στα τέσσερα τμήματα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης κοινωνικών λειτουργών στη χώρα μας με την συμμετοχή 200 φοιτητών/τριών των τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας Αθήνας, Πάτρας και Ηρακλείου και του τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης.

Στα επόμενα κεφάλαια θα παρουσιαστούν αρχικά η μεθοδολογία της έρευνας που ακολουθήσαμε και στην συνέχεια τα αποτελέσματα της έρευνας μέσω πινάκων , διαγραμμάτων και σχολίων.

Κεφάλαιο 5^ο : Μεθοδολογία έρευνας

5.1.: Ο σκοπός της έρευνας.

Στα προηγούμενα κεφάλαια αναφερθήκαμε στην ιστορία του ελληνικού συστήματος υγείας, στα μοντέλα παροχής υπηρεσιών υγείας, στις αρμοδιότητες και στην δεοντολογία των επαγγελματιών αλλά και σε παραμέτρους που επηρεάζουν τις απόψεις τους για την διεπιστημονική συνεργασία όπως οι κοινωνικές αναπαραστάσεις, η εικόνα που έχει ο καθένας για τον εαυτό του και η δυναμική των ομάδων.

Η έρευνα μας έχει σκοπό να διερευνήσει τις αντιλήψεις των φοιτητών κοινωνικής εργασίας για το προφίλ των επαγγελματιών υγείας (γιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) και την ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας μαζί τους. Προσπαθήσαμε επιπλέον να καταγράψουμε τις προσδοκίες των φοιτητών/τριών για τον τρόπο με τον οποίο θα συνεργαστούν με τους άλλους επαγγελματίες και πως αυτές επηρεάζονται από : α) τις απόψεις τους για το προφίλ και την συνεισφορά των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας, β) την εκπαίδευση τους σχετικά με την διεπιστημονική συνεργασία και την ενημέρωση για τις αρμοδιότητες των επαγγελματιών υγείας. Ένα ακόμα στοιχείο που μελετήθηκε είναι οι πιθανές διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις μεταξύ φοιτητών διαφορετικών τμημάτων, υποθέτοντας ότι ένας από τους βασικούς άξονες που διαμορφώνει τις απόψεις τους είναι η εκπαίδευση τους.

Η καταγραφή των απόψεων των φοιτητών/τριων κρίνεται σημαντική γιατί αυτές οι στάσεις θα επηρεάσουν άμεσα τον τρόπο με τον οποίο θα συνεργάζονται με τους υπόλοιπους επαγγελματίες. Η αξία αυτής της καταγραφής αυξάνεται αν αναλογιστεί κανείς πως η συνεργασία στα πλαίσια ομάδων στην υγεία θεωρείται από τους Downie και Calman (1997) αναπόσπαστο και ιδιαίτερα δύσκολο κομμάτι του θεραπευτικού έργου που συνδέεται απόλυτα με την αποδοτικότητα των επαγγελματιών. Τέλος, τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής θα μπορούσαν να φέρουν στην επιφάνεια τυχόν αδύνατα σημεία της εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών σχετικά με την διεπιστημονική συνεργασία και να χρησιμοποιηθούν ίσως σε μελλοντική διαμόρφωση του προγράμματος σπουδών.

Κεφάλαιο 5.2. : Τα ερευνητικά ερωτήματα.

Τα ερωτήματα στα οποία προσπαθήσαμε να απαντήσουμε ήταν τα εξής:

- Σύμφωνα με τους Hogg και Vaughan (2010) ο ρόλος του γιατρού συνδέεται με υψηλό «διευρυμένο status». Όπως αναφέραμε σε προηγούμενο κεφάλαιο στον κάτοχο του υψηλού διευρυμένου status αποδίδονται θετικές και γενικευμένες ιδιότητες (Hogg και Vaughan, 2010). Αυτή η εικόνα για τον ρόλο του γιατρού εκτιμάμε πως θα έχει επηρεάσει ευνοϊκά την άποψη των φοιτητών /τριών κοινωνικής εργασίας για τα χαρακτηριστικά των γιατρών. Πιστεύουν οι φοιτητές κοινωνικής εργασίας πως η αποδοτικότητα των γιατρών ως επαγγελματίες, η ικανότητα τους στη λήψη αποφάσεων και στην αυτόνομη δράση, η επαγγελματική τους αναγνώριση και η σημαντικότητα της συνεισφοράς τους στον τομέα της υγείας είναι υψηλότερες από τις υπόλοιπες ειδικότητες;
- Σε έρευνα του Σ.Κ.Α.Ε. τον Δεκέμβριο του 1996 οι συμμετέχοντες δήλωσαν πως υπάρχει διεπαγγελματική ομάδα στον χώρο εργασίας τους σε ποσοστό 43,4% αλλά δεν θεωρούν την ύπαρξη της ως σημαντικό στοιχείο για την αναβάθμιση του επαγγέλματος. Πόσο απαραίτητη θεωρούν οι ερωτώμενοι την διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα στους κοινωνικούς λειτουργούς και τις υπόλοιπες ειδικότητες στον τομέα υγείας σήμερα;
- Σε προηγούμενα κεφάλαια αναφέρθηκε η απουσία νομοθεσίας που να ορίζει την ύπαρξη και τον τρόπο λειτουργίας της διεπιστημονικής ομάδας στον τομέα της υγείας. Επίσης, δεν εντοπίσαμε κάποια έρευνα που να αποδεικνύει την ύπαρξη ή την απουσία παρεχόμενων γνώσεων από το εκπαιδευτικό πρόγραμμα σε θέματα διεπιστημονικής συνεργασίας και ρόλων/αρμοδιοτήτων των γιατρών, ψυχολόγων και νοσηλευτών που εργάζονται σε πλαίσια παροχής υπηρεσιών υγείας. Στην έρευνα αυτή, μας απασχόλησε κατά πόσο οι ερωτώμενοι πιστεύουν ότι η εκπαίδευση τους, τους παρέχει γνώσεις για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας με τα άλλα επαγγέλματα υγείας; Μας απασχολεί βέβαια και αν παρουσιαστούν αποκλίσεις στις

απαντήσεις μεταξύ φοιτητών διαφορετικών τμημάτων κοινωνικής εργασίας μιας και ακολουθούν παρόμοια αλλά όχι ταυτόσημα εκπαιδευτικά προγράμματα.

- Κατά πόσο οι φοιτητές/τριες κοινωνικής εργασίας είναι ενημερωμένοι για τις αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών, των νοσηλευτών, των ψυχολόγων και των γιατρών στον τομέα της υγείας;
- Η εκπαίδευση των γιατρών ανά τον κόσμο διαρκεί πολλά έτη και συνδέεται με την απόκτηση πολλών ακαδημαϊκών γνώσεων. Επίσης, στη χώρα μας η ιατρική και η ψυχολογία διδάσκονται αποκλειστικά σε πανεπιστημιακά ιδρύματα, αντίθετα με την νοσηλευτική και την κοινωνική εργασία που διδάσκονται και σε Τ.Ε.Ι. Επειδή όμως όπως αναφέρει η Κασσιμάτη (1998 στο Μακρύγιαννη, 2008) η ελληνική κοινωνία πιστεύει πως τα πανεπιστημιακά ιδρύματα είναι ανώτερα των υπολοίπων με αποτέλεσμα η εκπαίδευση των γιατρών και των ψυχολόγων να θεωρείται από κάποιους ανώτερη. Ένα σημαντικό ερώτημα που προκύπτει λοιπόν είναι κατά πόσο οι φοιτητές/τριες κοινωνικής εργασίας θεωρούν ότι οι γιατροί και οι ψυχολόγοι έχουν ανώτερες ακαδημαϊκές γνώσεις από τους κοινωνικούς λειτουργούς και τους νοσηλευτές.
- Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε πρωτοετείς φοιτητές διαφόρων ειδικοτήτων υγείας (Hean et al., 2006,b) στο Ηνωμένο Βασίλειο, το προφίλ των νοσηλευτών χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα στην επικοινωνία, τη συνεργασία και την αποδοτικότητα και με μέτριες επιδόσεις στους τομείς των ακαδημαϊκών γνώσεων, της αυτόνομης δράσης, της εμπιστοσύνης στον εαυτό τους και της ικανότητας λήψης αποφάσεων. Στην ίδια έρευνα οι κοινωνικοί λειτουργοί παρουσιάζεται να έχουν υψηλή αξιολόγηση σε επικοινωνία, συνεργασία, αποδοτικότητα, αυτόνομη δράση, εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, λήψη αποφάσεων και μέτριο επίπεδο ακαδημαϊκών γνώσεων. Κατά πόσο ταυτίζεται η άποψη των φοιτητών/τριών κοινωνικής εργασίας όσον αφορά τα χαρακτηριστικά των νοσηλευτών και των κοινωνικών λειτουργών με τα αποτελέσματα της έρευνας των Hean et al. (2006,b) ;

- Τέλος, σύμφωνα με το ισχύον ιατροκεντρικό μοντέλο και την ιδιαίτερη θέση που κατέχουν στην υγεία οι γιατροί και μετέπειτα οι νοσηλευτές μπορούμε να υποθέσουμε πως οι ερωτώμενοι θα θεωρήσουν την διεπιστημονική συνεργασία μαζί τους πιο απαραίτητη από εκείνη με τους ψυχολόγους και θα επιλέξουν τον ουσιαστικό τρόπο εφαρμογής της διεπιστημονικής συνεργασίας με τους αντίστοιχους επαγγελματίες, ώστε να υπάρξει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για τον ασθενή.

Κεφάλαιο 5.3. : Το δείγμα.

Η έρευνα μας πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές/τριες των Τ.Ε.Ι. των τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας Αθήνας, Πάτρας και Ηρακλείου αλλά και σε φοιτητές του τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης που επέλεξαν την κατεύθυνση της Κοινωνικής Εργασίας. Συμμετείχαν 50 φοιτητές ανά τμήμα. Το κριτήριο επιλογής του δείγματος μας ήταν οι φοιτητές/τριες να παρακολουθούν το τρίτο έτος σπουδών ή μεγαλύτερο για δύο λόγους: α) το πρώτο έτος σπουδών θεωρείται «δοκιμαστικό» (Papadaki,1999 στο Μακρύγιαννη 2008) αφού πολλές φορές μετά την εγγραφή τους οι φοιτητές ξαναδίνουν εξετάσεις κι εγκαταλείπουν το τμήμα μετά τον πρώτο χρόνο, και β) στο τμήμα της Κομοτηνής οι φοιτητές επιλέγουν μεταξύ της κατεύθυνσης «Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής» και στην κατεύθυνση της «Κοινωνικής Εργασίας» μετά την ολοκλήρωση του δεύτερου έτος. Τέλος, η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε από τον Ιανουάριο του 2010 έως τον Ιούνιο του 2010.

5.4. : Το ερευνητικό εργαλείο.

Στην παρούσα ποσοτική έρευνα χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο όπου οι απαντήσεις δινόταν κυρίως σε κλίμακα Likert. Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε σε ερωτήσεις που περιλάμβανε ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε για τις ανάγκες του μαθήματος «Σεμινάριο Τελειοφοίτων» του Τμήματος Κοιν. Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης με υπεύθυνη καθηγήτρια την Δρ. Ελένη Παπαδάκη. Επίσης θέλοντας να καταγράψουμε και τις προτάσεις των ερωτηθέντων για μέτρα που θα διευκόλυναν την διεπιστημονική συνεργασία στον τομέα της υγείας ολοκληρώσαμε το ερωτηματολόγιο με την ανοιχτή ερώτηση «Κατά την άποψη σας ποια μέτρα θα διευκόλυναν την διεπιστημονική συνεργασία;».

Πιο αναλυτικά οι τομείς που ερευνήσαμε με το ερωτηματολόγιο μας ήταν:

- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των φοιτητών/τριών (φύλο, ηλικία, έτος φοίτησης, τμήμα φοίτησης)
- Οι απόψεις των φοιτητών/τριών σχετικά με την αναγκαιότητα και τους τρόπους εφαρμογής της διεπιστημονικής συνεργασίας των κοινωνικών λειτουργών με τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Επίσης οι προσδοκίες των φοιτητών/τριών για την μελλοντική τους συνεργασία με γιατρούς, νοσηλευτές και ψυχολόγους στον τομέα της υγείας.
- Η εικόνα που έχουν οι φοιτητές/τριες κοινωνικής εργασίας όσο αφορά σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των γιατρών, κοινωνικών λειτουργών, νοσηλευτών και ψυχολόγων (ακαδημαϊκές γνώσεις, επαγγελματική αποδοτικότητα, δεξιότητες επικοινωνίας, ικανότητα στη λήψη αποφάσεων, ικανότητα συνεργασίας με τους υπόλοιπους επαγγελματίες στον τομέα της υγείας, ικανότητα αυτόνομης δράσης, εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στις ικανότητες τους και επαγγελματική αναγνώριση στον τομέα της υγείας) αλλά και της συνεισφοράς τους στον τομέα της υγείας.
- Η εκτίμηση τους για την ενημέρωση που πήραν σχετικά με την αναγκαιότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας κατά την διάρκεια της εκπαίδευσής τους.
- Η άποψη των φοιτητών/τριών για την ενημέρωση που έχουν σχετικά με τον ρόλο και τις αρμοδιότητες των γιατρών, κοινωνικών λειτουργών, νοσηλευτών και ψυχολόγων στον τομέα της υγείας.
- Τέλος τους ζητήθηκε να προτείνουν μέτρα που πιστεύουν πως θα διευκόλυναν την διεπιστημονική συνεργασία.

5.5. :Η διαδικασία της συλλογής των στοιχείων.

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν από εμάς στους φοιτητές/τριες των Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης, Αθήνας και Πάτρας και του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου το 2010. Μετά από μια μικρή παρουσίαση του σκοπού της έρευνας και του τρόπου με τον οποίο θα έπρεπε να απαντήσουν, ζητήθηκε από τους φοιτητές/τριες να συμπληρώσουν εθελοντικά το ανώνυμο ερωτηματολόγιο.

Τα αποτελέσματα της έρευνας πιθανότατα είναι γενικεύσιμα στους ενεργούς φοιτητές/τριες Κοινωνικής Εργασίας των Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Κρήτης, Πάτρας και της

κατεύθυνσης Κοινωνικής Εργασίας του τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Κομοτηνής, οι οποίοι έχουν ολοκληρώσει τα δύο πρώτα έτη σπουδών. Η έρευνα βασίστηκε σε τυχαίο δείγμα που προερχόταν από το προαναφερόμενα τμήματα Κοινωνικής Εργασίας.

5.6. :Η στατιστική ανάλυση.

Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε στο πρόγραμμα S.P.S.S / V14 για Windows και η παρουσίαση τους χωρίζεται σε δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος παρουσιάζονται κυρίως ευρήματα περιγραφικής στατιστικής με την χρήση πινάκων και διαγραμμάτων. Στο δεύτερο μέρος εξετάζεται η πιθανή σχέση μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών με την χρήση συσχετίσεων (π.χ. συντελεστής συσχέτισης Pearson) και τεστ σημαντικότητας όπως το τεστ χ^2 .

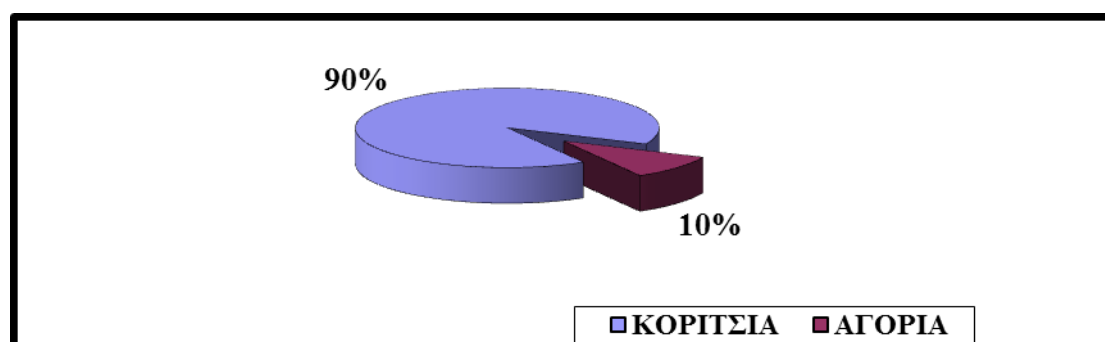
Κεφάλαιο 6^ο : Παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας

6.1. : Περιγραφική στατιστική

❖ Δημογραφικά στοιχεία των μελών του δείγματος.

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος όπως το φύλο και η ηλικία αλλά και το έτος σπουδών. Τα διαγράμματα και ο πίνακας που ακολουθούν δείχνουν την αναλογία των δύο φύλων, την ηλικία και το έτος σπουδών των φοιτητών/τριών.

Διάγραμμα 3 Το φύλο των ερωτηθέντων



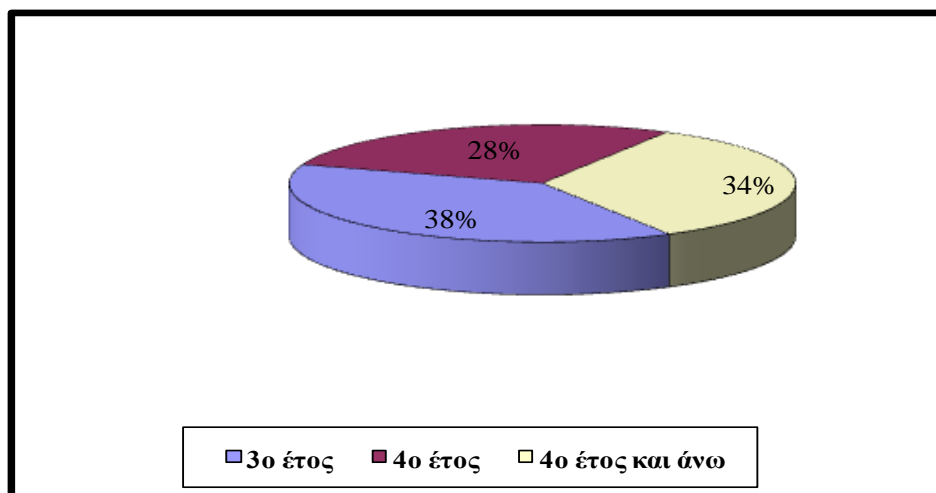
Στο δείγμα μας φαίνεται πως τα αγόρια εκπροσωπούν το 10% του συνόλου και τα κορίτσια το 90%. Το επόμενο στοιχείο που διερευνήσαμε ήταν η ηλικία των φοιτητών που παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα. Οι φοιτητές που συμμετείχαν στην έρευνα μας έχουν ηλικία από 19 έως 36 ετών με μέσο όρο ηλικίας τα 22 έτη (22,16 έτη). Στον πίνακα 4 παρατηρούμε επίσης πως η πλειοψηφία του δείγματος μας (90,5%) είναι μεταξύ 19 και 24 ετών και μόλις το 9,5% του δείγματος έχει ηλικία άνω των 25 ετών.

Πίνακας 4: Η ηλικία των συμμετεχόντων

| ΗΛΙΚΙΑ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΟ % |
|-----------------|-----------------------|-----------|
| 19- 21 ετών | 90 φοιτητές | 45% |
| 22 - 24 ετών | 91 φοιτητές | 45,5% |
| 25 ετών και άνω | 19 φοιτητές | 9,5 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 200 φοιτητές | 100% |

Παρακάτω ακολουθεί το διάγραμμα 4 που δείχνει την κατανομή του δείγματος σε σχέση με το έτος σπουδών. Παρατηρούμε λοιπόν, πως στο 3^ο έτος φοιτούν 77 άτομα, στο 4^ο έτος 56 και από το 4^ο έτος και πάνω συναντάμε 67 άτομα.

Διάγραμμα 4 : Το έτος σπουδών



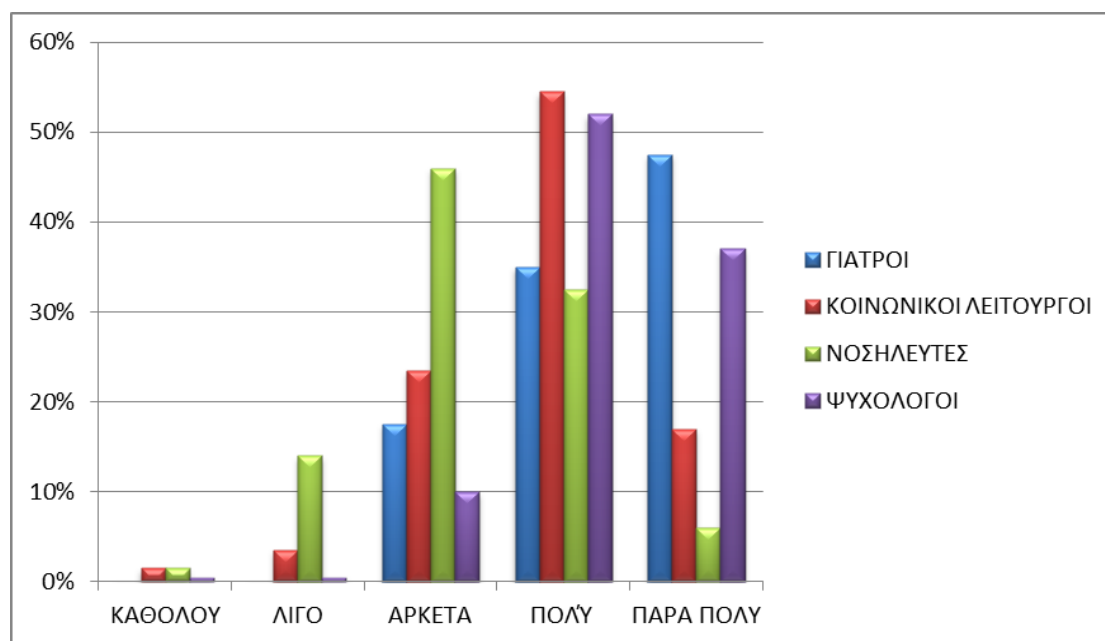
- ❖ **Οι απόψεις των φοιτητών/τριών κοινωνικής εργασίας για τους γιατρούς, τους νοσηλευτές, τους ψυχολόγους αλλά και τους κοινωνικούς λειτουργούς.**

Στο κεφάλαιο αυτό παρατίθενται πίνακες που παρουσιάζουν αναλυτικά το επαγγελματικό προφίλ των γιατρών, των νοσηλευτών, των ψυχολόγων και των κοινωνικών λειτουργών, σύμφωνα με τις απόψεις των φοιτητών/τριών κοινωνικής εργασίας.

Στο διάγραμμα 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τις ακαδημαϊκές γνώσεις των επαγγελματιών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας οι φοιτητές/τριες κοινωνικής εργασίας θεωρούν ότι οι γιατροί έχουν τις περισσότερες ακαδημαϊκές γνώσεις με μέσο όρο 4,3. Ακολουθούν οι ψυχολόγοι με μέσο όρο 4,2, οι κοινωνικοί λειτουργοί με 3,8 και οι νοσηλευτές με 3,2. Παρατηρούμε ότι για την ειδικότητα των νοσηλευτών το 1,5% των ερωτηθέντων απάντησε ότι οι νοσηλευτές δεν έχουν καθόλου ακαδημαϊκές γνώσεις, ενώ το 14% ότι έχουν λίγες γνώσεις.

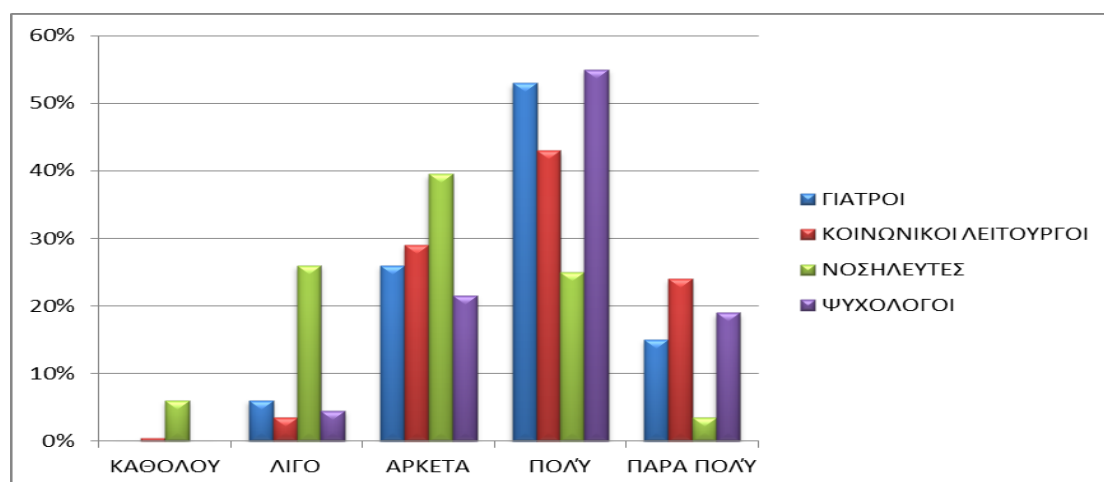
Αντίστοιχα και για την ειδικότητα των κοινωνικών λειτουργών το 1,5% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν έχουν καθόλου ακαδημαϊκές γνώσεις, ενώ το 3,5% ότι έχουν λίγες γνώσεις. Αντίθετα οι ειδικότητες των γιατρών και των ψυχολόγων έχουν μηδενικά ποσοστά στις αντίστοιχες τιμές.

Διάγραμμα 5: Ακαδημαϊκές γνώσεις



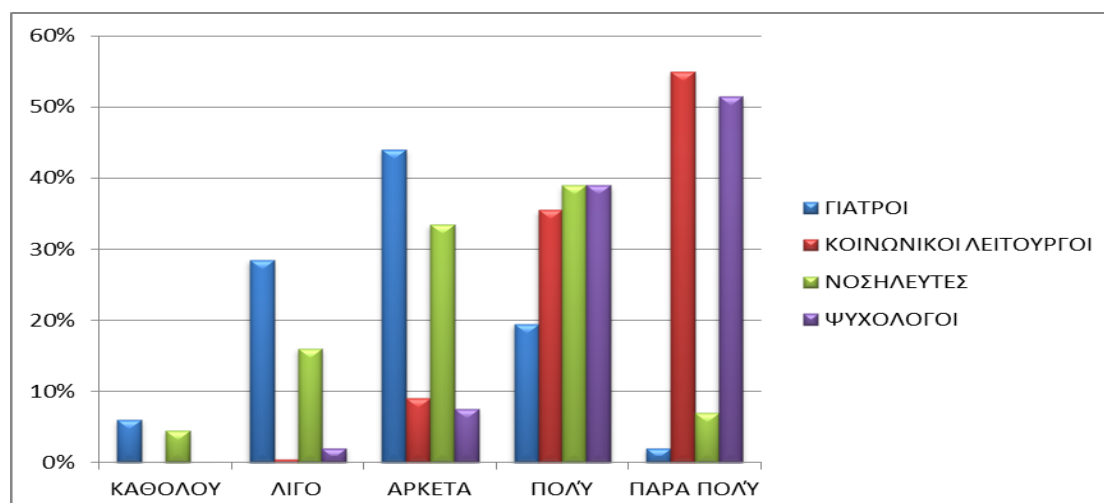
Στο διάγραμμα 6 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την ικανότητα των επαγγελματιών στη λήψη αποφάσεων. Οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό. Οι ψυχολόγοι θεωρούνται οι πιο ικανοί με μέσο όρο 3,8, με το 55% των ερωτηθέντων να τους θεωρούν πολύ ικανούς και το 19% πάρα πολύ ικανούς. Ομοίως και οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν μέσο όρο 3,8, ωστόσο με το 43% των ερωτηθέντων να θεωρεί ότι είναι πολύ ικανοί στη λήψη αποφάσεων και το 24% ότι είναι πάρα πολύ ικανοί. Ακολουθούν οι γιατροί με μέσο όρο 3,7 και τέλος οι νοσηλεύτες με μέσο όρο 2,9. Οι νοσηλεύτες παρουσιάζονται από τους ερωτηθέντες με ποσοστό 6% ότι δεν είναι καθόλου ικανοί στην λήψη αποφάσεων και με ποσοστό 26% ότι είναι λίγο ικανοί. Σε αντίθεση με τους νοσηλεύτες οι άλλες ειδικότητες παρουσιάζουν μηδενικά έως πολύ χαμηλά ποσοστά στις αντίστοιχες τιμές.

Διάγραμμα 6: Ικανότητα στη λήψη αποφάσεων



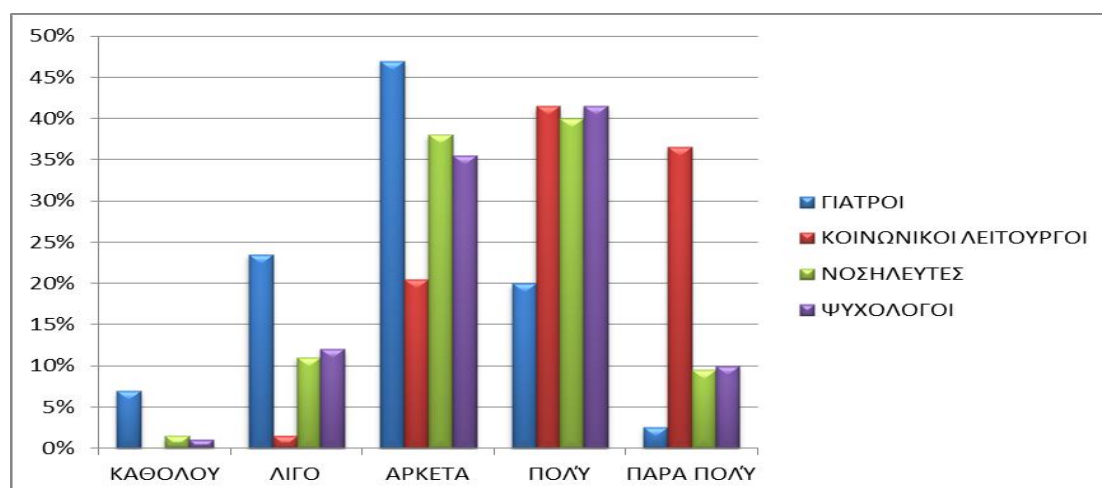
Στο διάγραμμα 7 που παρουσιάζει τα αποτελέσματα για τις δεξιότητες επικοινωνίας παρατηρούμε οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι είναι αυτοί που συγκεντρώνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά. Οι κοινωνικοί λειτουργοί με μέσο όρο 4,4, θεωρούνται από τους ερωτηθέντες με ποσοστό 36% πολύ ικανοί στην επικοινωνία και με ποσοστό 55% πάρα πολύ ικανοί στην επικοινωνία. Αντίστοιχα οι ψυχολόγοι και αυτοί με μέσο όρο 4,4, θεωρούνται από το 39% των ερωτηθέντων ως πολύ ικανοί στην επικοινωνία και από το 52% πάρα πολύ ικανοί. Ακολουθούν οι νοσηλεύτες με μέσο όρο 3,2, όπου το 5% θεωρεί ότι δεν είναι καθόλου ικανοί στην επικοινωνία, ενώ το 16% ότι είναι λίγο ικανοί. Τελευταίοι είναι οι γιατροί με μέσο όρο 2,8, όπου το 6% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι δεν είναι καθόλου ικανοί στην επικοινωνία, ενώ το 29% ότι είναι λίγο ικανοί. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ορίζει τους γιατρούς αρκετά ικανούς στην επικοινωνία με ποσοστό 44% .

Διάγραμμα 7 : Δεξιότητες επικοινωνίας



Στο διάγραμμα 8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν την ικανότητα για συνεργασία που έχει κάθε ειδικότητα. Το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνουν οι κοινωνικοί λειτουργοί με μέσο όρο 4,1 και με το 55% των ερωτηθέντων να τους θεωρεί πάρα πολύ ικανούς στην συνεργασία. Ακολουθούν οι ψυχολόγοι και οι νοσηλευτές με μέσο όρο 3,4. Το 39% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι οι ψυχολόγοι είναι πολύ ικανοί στην συνεργασία, ενώ το 52% πάρα πολύ ικανοί. Αντίστοιχα οι νοσηλευτές θεωρούνται από το 40% των ερωτηθέντων πολύ ικανοί, από το 10% πάρα πολύ ικανοί, ενώ το 38% τους θεωρεί αρκετά ικανούς. Τέλος οι γιατροί με μέσο όρο 2,8 θεωρούνται από τους ερωτηθέντες οι λιγότερο ικανοί στην συνεργασία. Το 7% δεν τους θεωρεί καθόλου ικανούς, το 24% τους θεωρεί λίγο ικανούς, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό, το 47% τους θεωρεί αρκετά ικανούς.

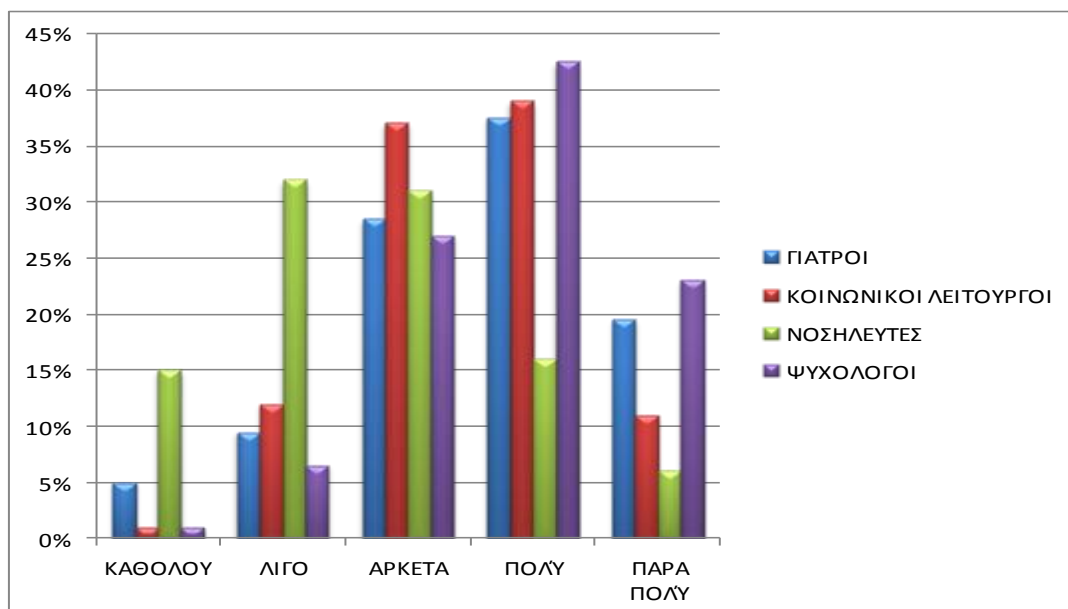
Διάγραμμα 8: Ικανότητα συνεργασίας



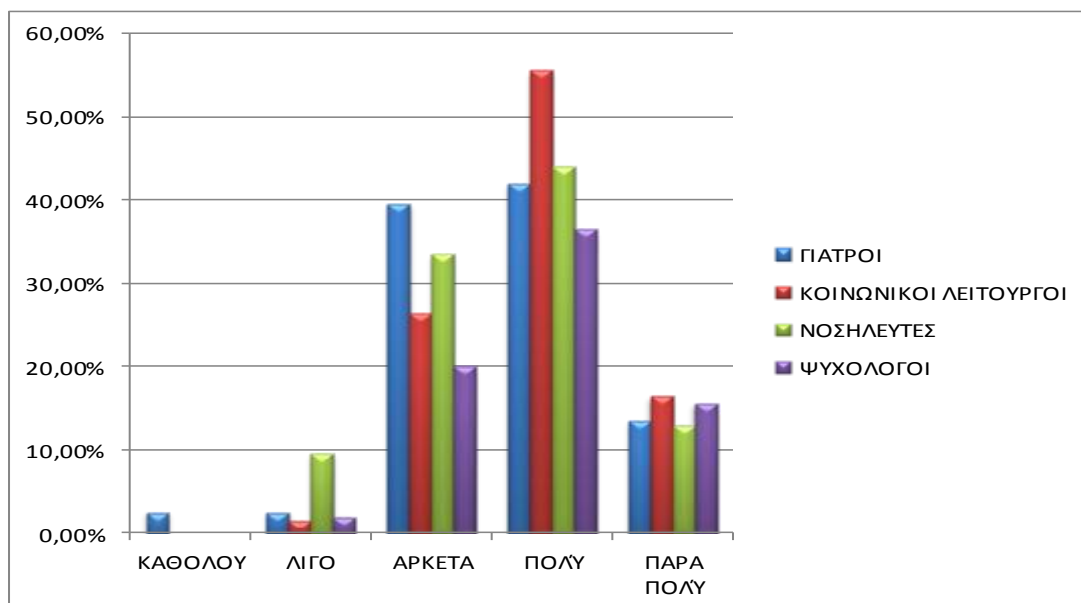
Στο διάγραμμα 9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν την ικανότητα των επαγγελματιών να δρουν αυτόνομα. Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, οι ψυχολόγοι με μέσο όρο 3,8 είναι οι πιο ικανοί στο να δρουν αυτόνομα (το 42,5% των ερωτηθέντων τους θεωρεί πολύ ικανούς και το 23% πάρα πολύ ικανούς). Ακολουθούν οι γιατροί με μέσο όρο 3,5 και με το ποσοστό 37,5% να τους θεωρεί πολύ ικανούς να δράσουν αυτόνομα. Στην συνέχεια βρίσκονται οι κοινωνικοί λειτουργοί με μέσο όρο 3,4 (το 37% τους θεωρεί αρκετά ικανούς και το 39% πολύ ικανούς να δρουν αυτόνομα). Τέλος οι νοσηλευτές με μέσο όρο 2,6 θεωρούνται από τους ερωτηθέντες οι λιγότερο ικανοί στο να δρουν αυτόνομα. Το 15% πιστεύει ότι οι νοσηλευτές δεν είναι καθόλου ικανοί να δρουν αυτόνομα, ενώ το 32% ότι είναι λίγο

ικανοί να δρουν αυτόνομα. Παρατηρούμε ότι στις αντίστοιχες τιμές των άλλων ειδικοτήτων τα ποσοστά είναι πολύ πιο χαμηλά από αυτά των νοσηλευτών.

Διάγραμμα 9 : Ικανότητα να δρουν αυτόνομα



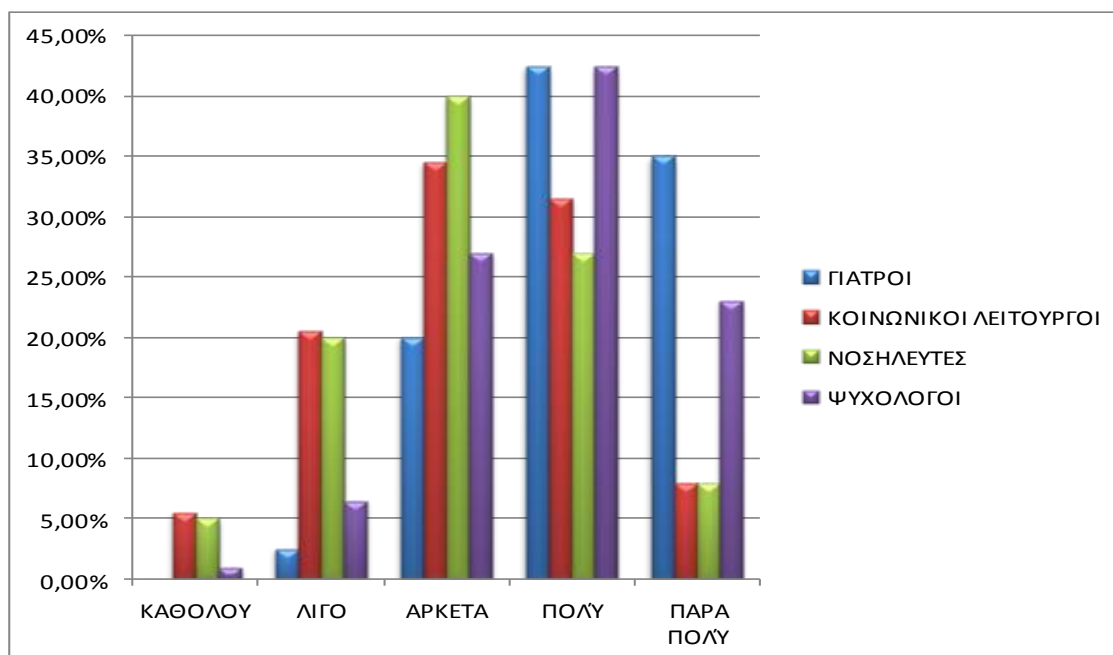
Διάγραμμα 10: Αποδοτικότητα ως επαγγελματίες



Στο διάγραμμα 10 παρουσιάζεται η άποψη των ερωτώμενων για την αποδοτικότητα των επαγγελματιών υγείας. Ως οι πιο αποδοτικοί θεωρούνται από τους ερωτηθέντες οι ψυχολόγοι, με μέσο όρο 3,9 και την πλειοψηφία του δείγματος 62,5% να τους ορίζει ως πολύ αποδοτικούς επαγγελματίες. Ακολουθούν οι κοινωνικοί

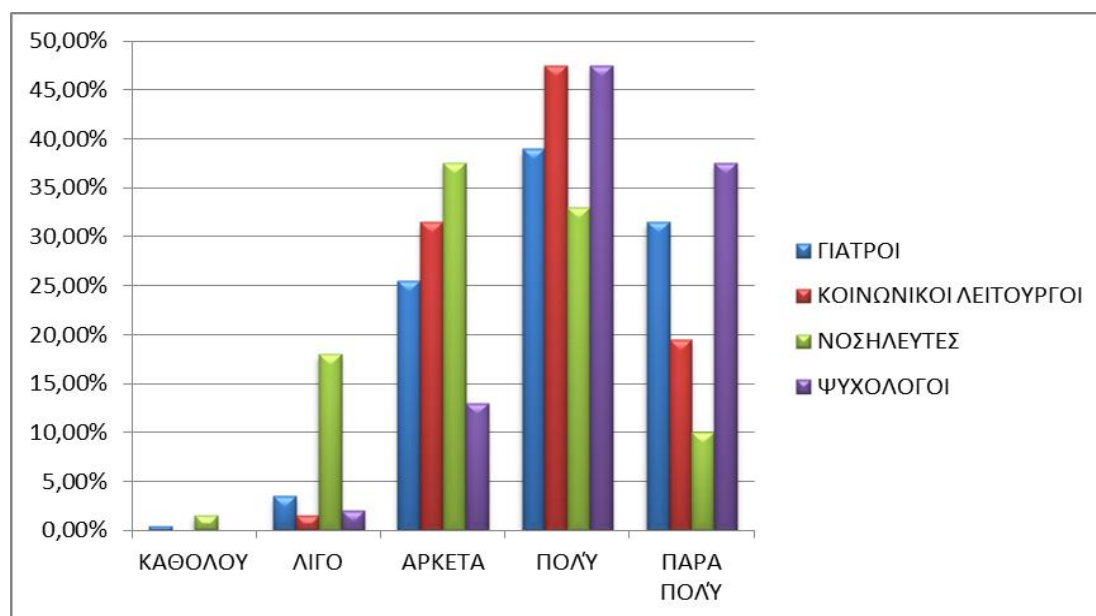
λειτουργοί με μέσο όρο 3,8 και το 55,5% των ερωτηθέντων να τους θεωρεί πολύ αποδοτικούς ως επαγγελματίες. Τέλος, βρίσκονται οι γιατροί και οι νοσηλευτές με μέσο όρο 3,6. Οι γιατροί θεωρούνται από το 42% πολύ αποδοτικοί ως επαγγελματίες και από το 39,5% αρκετά αποδοτικοί. Αντίστοιχα οι νοσηλευτές θεωρούνται από το 33,5% αρκετά αποδοτικοί και από το 44% πολύ αποδοτικοί ως επαγγελματίες. Επίσης παρατηρούμε ότι οι φοιτητές σε μικρό ποσοστό δήλωσαν μόνο για τους γιατρούς πως δεν είναι καθόλου αποδοτικοί.

Διάγραμμα 11: Επαγγελματική αναγνώριση



Στο διάγραμμα 11 παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα που αφορούν την εικόνα που έχουν οι ερωτώμενοι για την επαγγελματική αναγνώριση των ειδικοτήτων. Την μεγαλύτερη αναγνώριση, σύμφωνα με την έρευνα έχουν οι γιατροί, με μέσο όρο 4,1. Το 42,5% θεωρεί ότι έχουν πολύ επαγγελματική αναγνώριση, ενώ το 35% πάρα πολύ. Ακολουθούν οι ψυχολόγοι με μέσο όρο 3,8 (το 35% που θεωρεί ότι έχουν πολύ μεγάλη επαγγελματική αναγνώριση). Τέλος βρίσκονται οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι νοσηλευτές με την μικρότερη σύμφωνα με τα αποτελέσματα επαγγελματική αναγνώριση και μέσο όρο 3,1. Οι κοινωνικοί λειτουργοί από το 5,5% των ερωτηθέντων θεωρούνται ότι δεν έχουν καθόλου επαγγελματική αναγνώριση, ενώ από το 20,5% ότι έχουν λίγη. Αντίστοιχα οι νοσηλευτές θεωρούνται από το 5% των ερωτηθέντων ότι δεν έχουν καθόλου επαγγελματική αναγνώριση και από το 20% ότι έχουν λίγη.

Διάγραμμα 12: Εμπιστοσύνη στον εαυτό και στις ικανότητες τους



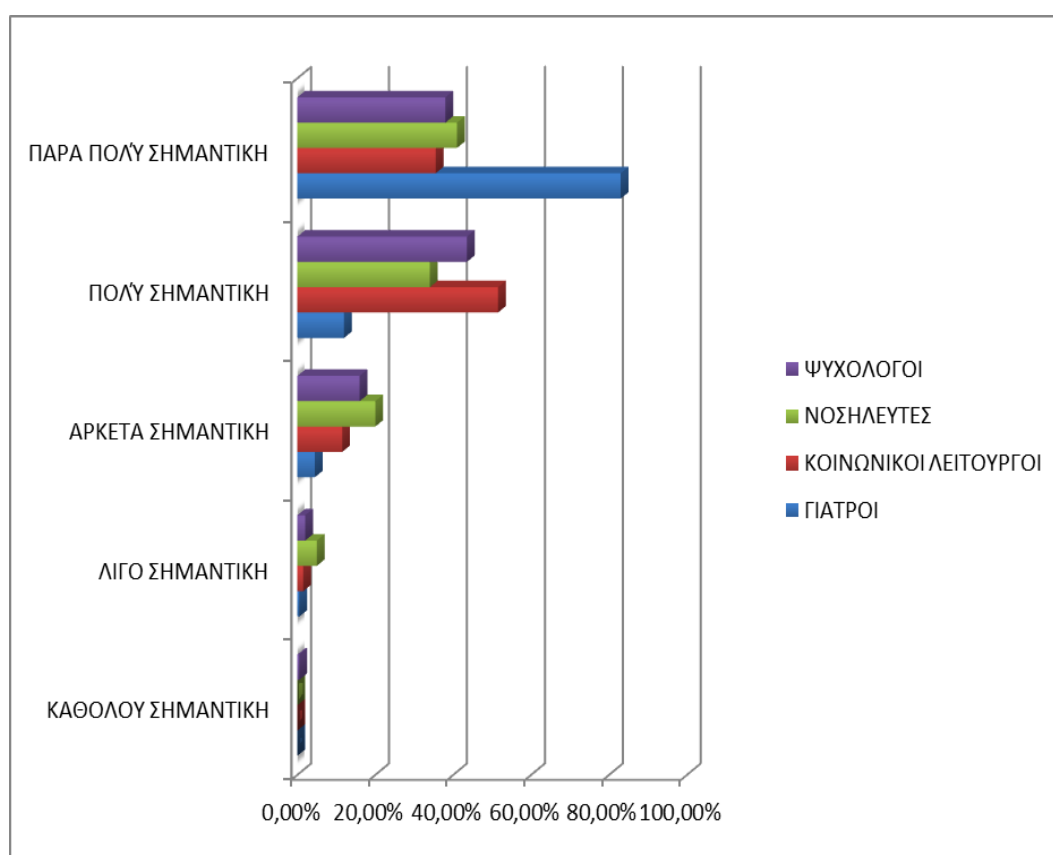
Στο διάγραμμα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν την εμπιστοσύνη που έχουν οι επαγγελματίες στον εαυτό τους και στις ικανότητές τους. Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες την μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους την έχουν οι ψυχολόγοι με μέσο όρο 4,2. Το 47,5% θεωρεί ότι οι ψυχολόγοι έχουν πολύ εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και το 37,5% ότι έχουν πάρα πολύ εμπιστοσύνη. Ακολουθούν οι γιατροί με μέσο όρο 3,9, οι οποίοι θεωρούνται από το 39% ότι έχουν πολύ εμπιστοσύνη στις ικανότητές τους και από το 31,5% πάρα πολύ. Στην συνέχεια βρίσκονται οι κοινωνικοί λειτουργοί με μέσο όρο 3,8 (το 47,5% θεωρεί ότι έχουν πολύ εμπιστοσύνη στον εαυτό τους). Τέλος είναι οι νοσηλεύτες με μέσο όρο 3,3 (το 37,5% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι έχουν αρκετή εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και το 18% ότι έχουν λίγη). Στην αντίστοιχη τιμή τα ποσοστά των άλλων ειδικοτήτων είναι πολύ πιο χαμηλά.

Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει τον μέσο όρο που συγκεντρώθηκε από το άθροισμα των απόψεων των φοιτητών για τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά κάθε ειδικότητας. Παρατηρούμε λοιπόν, πως ο χαμηλότερος μέσος όρος (25,6) παρουσιάστηκε στους νοσηλευτές και ο μεγαλύτερος (31,8) στους ψυχολόγους. Επίσης σημαντική πληροφορία λαμβάνουμε από το γεγονός πως το μεγαλύτερο εύρος (27) παρουσιάστηκε για την ειδικότητα των νοσηλευτών ενώ παράλληλα έχουν και την χαμηλότερη ελάχιστη τιμή (13).

Πίνακας 5: Συνολική βαθμολογία επαγγελματικών χαρακτηριστικών

| | <u>ΓΙΑΤΡΟΙ</u> | <u>ΚΟΙΝ.ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ</u> | <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ</u> | <u>ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ</u> |
|----------------------|----------------|------------------------|-------------------|------------------|
| <u>Μέσος όρος</u> | 29,0 | 30,6 | 25,6 | 31,8 |
| <u>Εύρος</u> | 21 | 23 | 27 | 23 |
| <u>Ελάχιστη τιμή</u> | 18 | 17 | 13 | 17 |
| <u>Μέγιστη τιμή</u> | 39 | 40 | 40 | 40 |

Διάγραμμα 13: Συνεισφορά στον τομέα της υγείας



Στο τελευταίο διάγραμμα αυτού του κεφαλαίου παρουσιάζεται η άποψη των φοιτητών σχετικά με τη συνεισφορά των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας. Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες την μεγαλύτερη συνεισφορά στην υγεία την έχουν οι γιατροί, με μέσο όρο 4,7 (ποσοστό 83% θεωρεί «πάρα πολύ σημαντική τη συνεισφορά» τους). Ακολουθούν οι κοινωνικοί λειτουργοί με μέσο όρο 4,2 (το 51,1% των ερωτηθέντων θεωρεί την συνεισφορά τους στην υγεία πολύ σημαντική και το 35,5% πάρα πολύ σημαντική). Ακολουθούν οι ψυχολόγοι και οι νοσηλεύτες με μέσο όρο 4,1. Το 43,5% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι οι ψυχολόγοι έχουν πολύ σημαντική

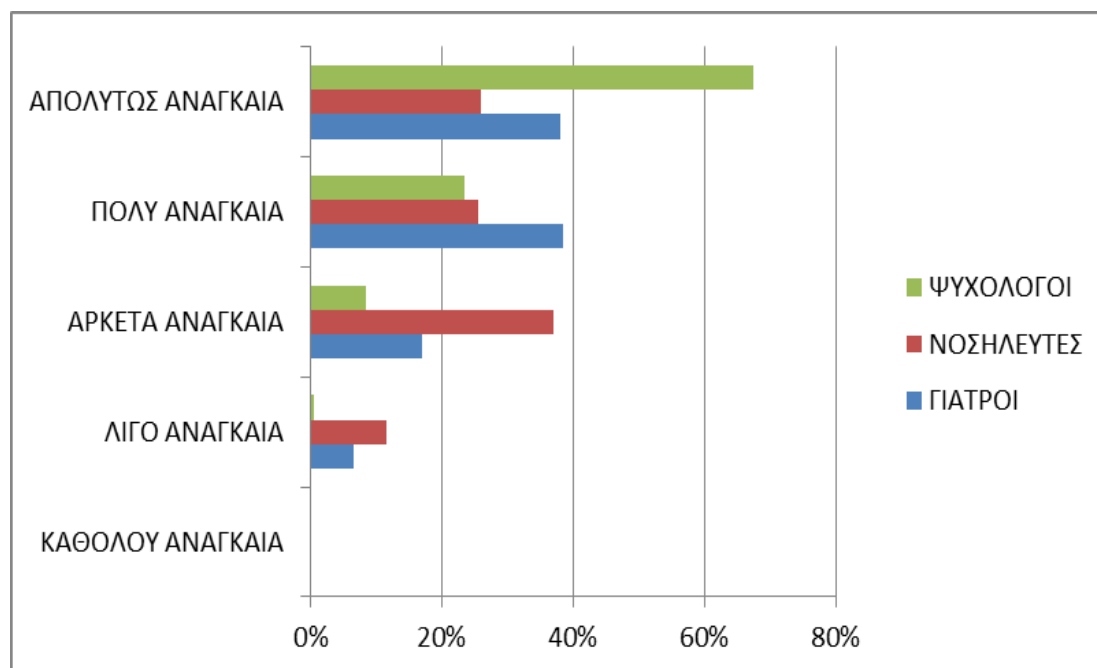
συνεισφορά στην υγεία και το 38% πάρα πολύ σημαντική. Αντίστοιχα οι νοσηλευτές θεωρούνται από το 34% των ερωτηθέντων ότι έχουν πολύ σημαντική συνεισφορά και από το 41% πάρα πολύ σημαντική. Παρατηρούμε ωστόσο ότι ένα 5% θεωρεί ότι η συνεισφορά των νοσηλευτών είναι λίγο σημαντική, ενώ οι αντίστοιχες τιμές των άλλων ειδικοτήτων είναι σχεδόν μηδενικές.

❖ Οι απόψεις των φοιτητών/τριων κοινωνικής εργασίας σχετικά με την διεπιστημονική συνεργασία στον τομέα της υγείας.

Στο κεφάλαιο αυτό παρατίθενται διαγράμματα που παρουσιάζουν αναλυτικά τις απόψεις των ερωτώμενων για την αναγκαιότητα και τους τρόπους εφαρμογής της διεπιστημονικής συνεργασίας, τις μελλοντικές τους προσδοκίες για την συνεργασία τους με τους άλλους επαγγελματίες υγείας, την εκπαίδευση τους σχετικά με την αναγκαιότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας, την ενημέρωσή τους για τις αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών και των υπολοίπων επαγγελματιών στον τομέα υγείας και τέλος, τα μέτρα που θα μπορούσαν να ληφθούν για την προαγωγή της διεπιστημονικής συνεργασίας.

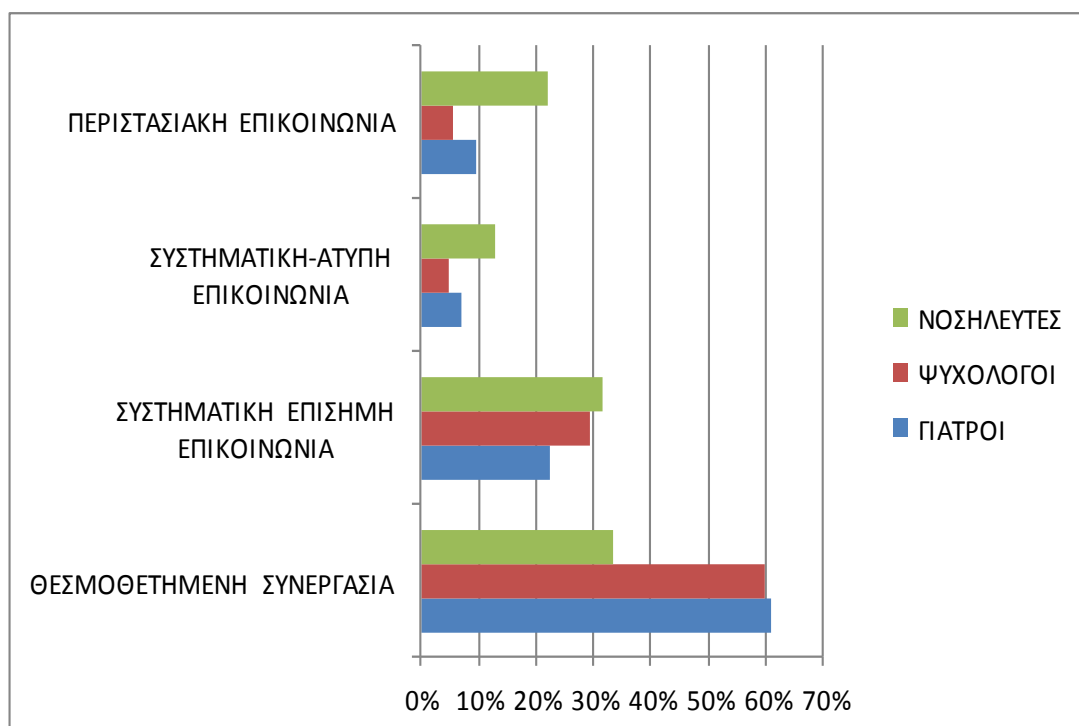
Στο διάγραμμα 14 παρουσιάζονται οι απόψεις των ερωτώμενων για την ανάγκη συνεργασίας των κοινωνικών λειτουργών με τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Με μέσο όρο 4,5 και με ποσοστό 67,5% των ερωτηθέντων να πιστεύει πως η συνεργασία με τους ψυχολόγους είναι απολύτως αναγκαία, ενώ το 23,5% πολύ αναγκαία. Ακολουθούν οι γιατροί με μέσο όρο 4, όπου το 38% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η συνεργασία μαζί τους είναι απολύτως αναγκαία, το 38,5% πολύ αναγκαία και το 37% αρκετά αναγκαία. Όσο αφορά στην αναγκαιότητα συνεργασίας με τους νοσηλευτές (μέσος όρος 3,6), το μεγαλύτερο ποσοστό (37%) των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η συνεργασία μαζί τους είναι αρκετά αναγκαία, το 25,5% ότι η συνεργασία είναι πολύ αναγκαία και το 26% απολύτως αναγκαία, ενώ ένα 11,5% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η συνεργασία με τους νοσηλευτές είναι λίγο αναγκαία.

Διάγραμμα 14: Απόψεις για την αναγκαιότητα συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και επαγγελματιών υγείας.



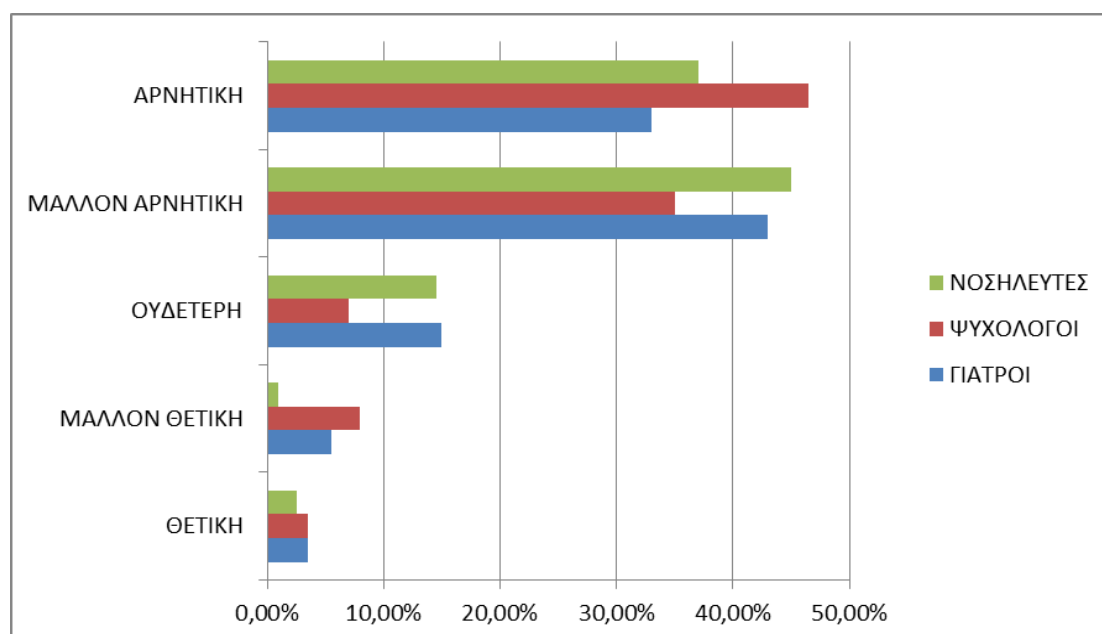
Στο διάγραμμα 15 παρουσιάζονται διαφορετικοί τρόποι συνεργασίας των κοινωνικών λειτουργών με άλλες ειδικότητες στον τομέα της υγείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 60% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι η συνεργασία με τους ψυχολόγους θα πρέπει να είναι θεσμοθετημένη, ενώ το 29,5% ότι θα πρέπει να υπάρχει συστηματική επίσημη επικοινωνία. Όσο αφορά την συνεργασία με τους νοσηλευτές το 33,5% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι πρέπει να υπάρχει θεσμοθετημένη συνεργασία, ενώ με μικρή διαφορά το 31,5% πιστεύει ότι πρέπει να υπάρχει συστηματική επίσημη επικοινωνία. Από την άλλη το 22% θεωρεί ότι η επικοινωνία με τους νοσηλευτές πρέπει να είναι περιστασιακή και το 13% ότι πρέπει να υπάρχει συστηματική άτυπη επικοινωνία. Τέλος η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, δηλαδή το 61% πιστεύει ότι η συνεργασία με τους γιατρούς πρέπει να είναι θεσμοθετημένη, ενώ το 22,5% ότι πρέπει να υπάρχει συστηματική επίσημη επικοινωνία.

Διάγραμμα 15: Τρόποι διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και άλλων επαγγελματιών στον τομέα της υγείας.



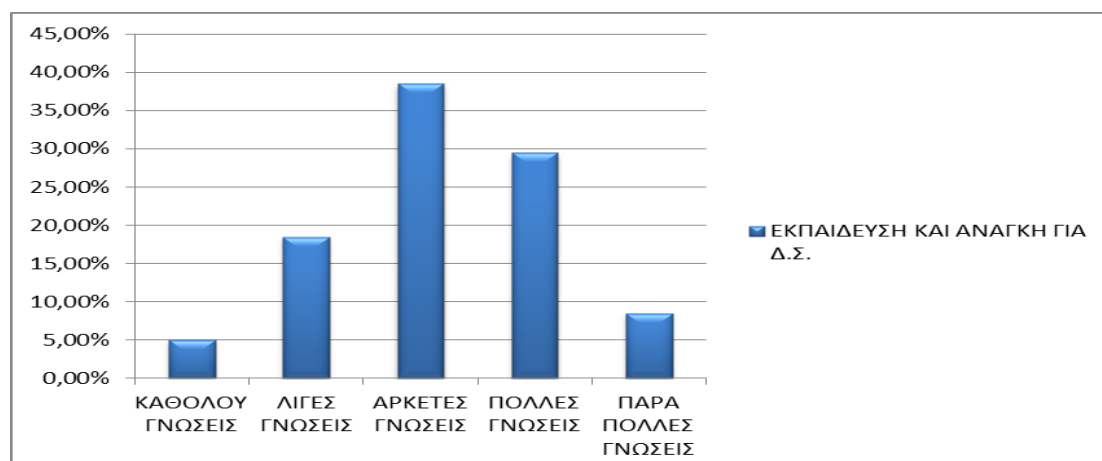
Στο διάγραμμα 16 παρουσιάζονται οι ιδιαίτερα αρνητικές προσδοκίες των φοιτητών κοινωνικής εργασίας για την μελλοντική συνεργασία τους με άλλους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με την έρευνα, οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι την καλύτερη συνεργασία θα έχουν με τους γιατρούς, με μέσο όρο 2,03 και το υψηλό ποσοστό της τάξεως του 43% των ερωτηθέντων να θεωρούν ότι η συνεργασία τους με τους γιατρούς θα είναι μάλλον αρνητική, ενώ το 33% ότι θα είναι αρνητική. Ακολουθεί το 15% των ερωτηθέντων που πιστεύει ότι η συνεργασία του με τους γιατρούς θα είναι ουδέτερη και μόλις το 5,5% μάλλον θετική. Οι απόψεις για την συνεργασία με ψυχολόγους και νοσηλευτές έχουν ίδιο μέσο όρο 1,87. Το 46,5% των ερωτηθέντων σε αυτή την περίπτωση θεωρεί πως η συνεργασία με τους ψυχολόγους θα είναι αρνητική, ενώ το 35% μάλλον αρνητική. Ένα 7% θεωρεί ότι η συνεργασία θα είναι ουδέτερη και το 8% μάλλον θετική. Αντίστοιχα με τους νοσηλευτές, το 37% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι θα έχει αρνητική συνεργασία και το 45% μάλλον αρνητική. Το 14,5% θεωρεί ότι η συνεργασία του με τους νοσηλευτές θα είναι ουδέτερη, μόλις το 1% «μάλλον θετική» και το 2,5% θετική.

Διάγραμμα 16: Μελλοντικές προσδοκίες για την συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών με τους επαγγελματίες υγείας.



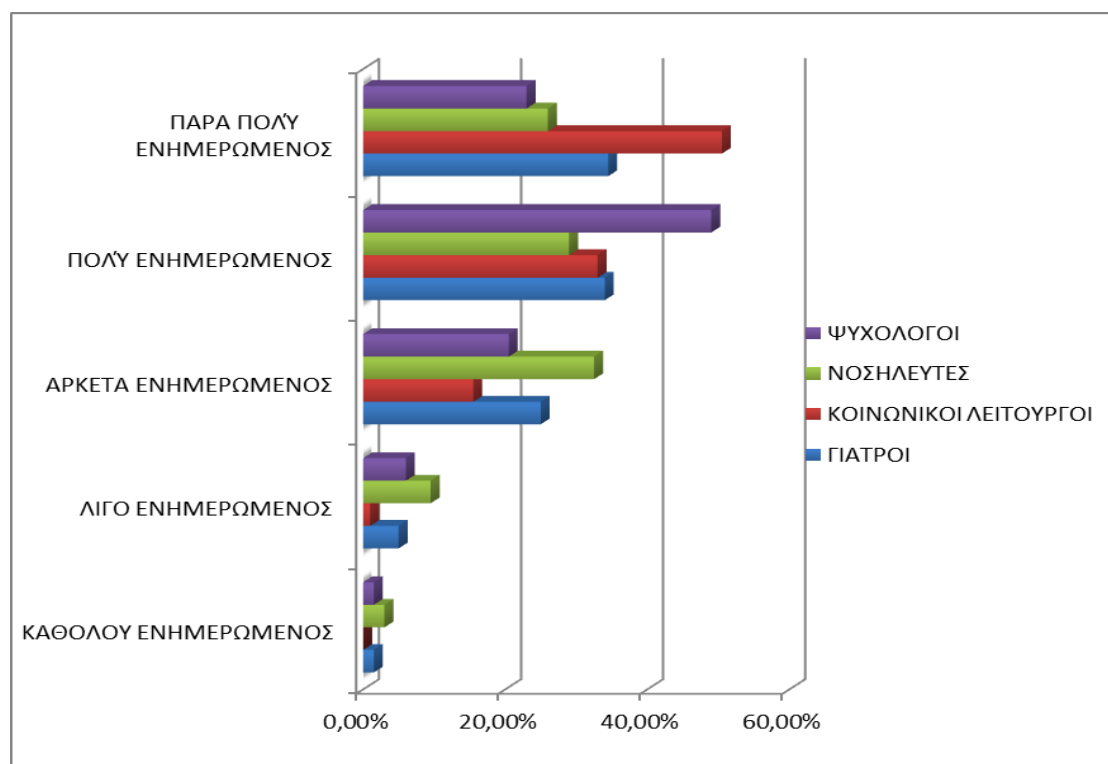
Στο διάγραμμα 17 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν το επίπεδο γνώσεων που οι ερωτώμενοι θεωρούν ότι παίρνουν από την εκπαίδευση τους σχετικά με την ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας. Όπως παρατηρούμε το 38,5% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι έχουν αρκετές γνώσεις από την εκπαίδευση τους για την ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας. Ένα 5% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι δεν έχει καθόλου γνώσεις και το 18,5% ότι έχει λίγες γνώσεις. Από την άλλη πλευρά το 29,5% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι έχει πολλές γνώσεις για την ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας και μόλις το 8,5% ότι έχει πάρα πολλές γνώσεις σχετικά με την ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας.

Διάγραμμα 17: Εκπαίδευση για την ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας



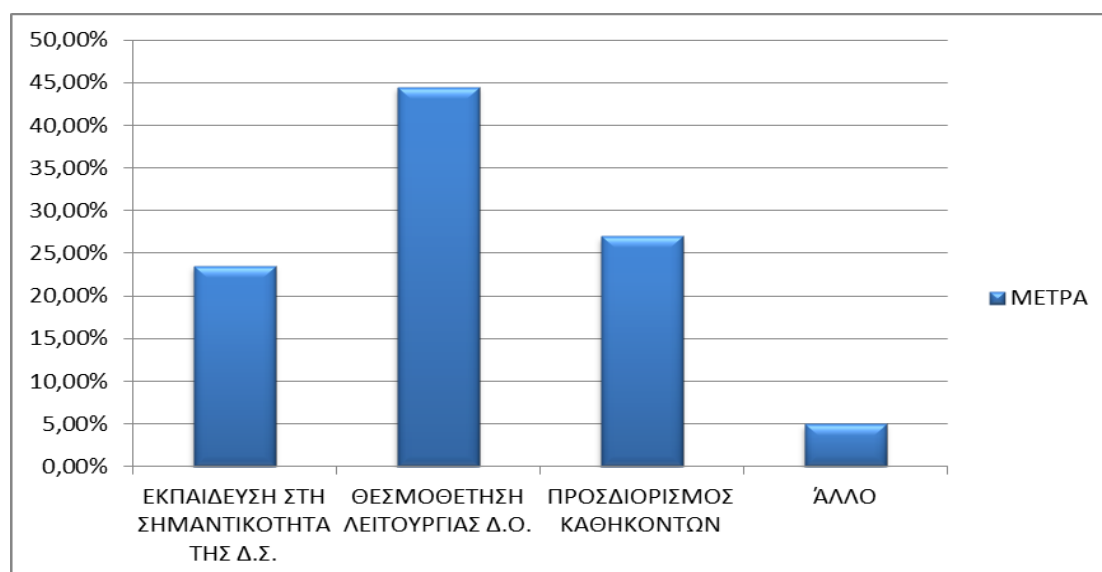
Στο διάγραμμα 18 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν την ενημέρωση των ερωτηθέντων για τις αρμοδιότητες των διαφορετικών ειδικοτήτων. Περισσότερο ενημερωμένοι είναι οι ερωτηθέντες, όπως είναι λογικό, πάνω στις αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών, μιας και η έρευνα απευθύνεται σε φοιτητές κοινωνικής εργασίας, με μέσο όρο 4,3 και την πλειοψηφία των ερωτηθέντων 50,5% να θεωρεί ότι είναι πάρα πολύ ενημερωμένοι. Ακολουθούν εκείνοι που δηλώνουν πολύ ενημερωμένοι για τις αρμοδιότητες των γιατρών σε ποσοστό 34% και το 34,5% πάρα πολύ ενημερωμένοι και με μέσο όρο 3,9. Στην συνέχεια βρίσκονται οι απόψεις σχετικά με την ενημέρωση για τις αρμοδιότητες των ψυχολόγων με μέσο όρο 3,8 και το 49% των ερωτηθέντων να θεωρεί ότι είναι πολύ ενημερωμένοι σχετικά. Τέλος συναντάμε τις απόψεις για την ενημέρωση των αρμοδιοτήτων των νοσηλευτών με μέσο όρο 3,6 και το υψηλότερο ποσοστό 32,5% των ερωτηθέντων να θεωρεί ότι είναι αρκετά ενημερωμένοι. Παρατηρούμε ότι σχετικά με τις απόψεις για τους νοσηλευτές ένα 3% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι δεν είναι καθόλου ενημερωμένο για τις αρμοδιότητες τους και ένα 9,5% λίγο ενημερωμένο. Επίσης παρατηρούμε πως οι τιμές που αναφέρθηκαν είναι μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες των άλλων ειδικοτήτων.

Διάγραμμα 18: Ενημέρωση για τις αρμοδιότητες των επαγγελματιών υγείας.



Στο διάγραμμα 19 παρουσιάζονται κάποια μέτρα που κατά την γνώμη των ερωτώμενων θα διευκόλυναν την διεπιστημονική συνεργασία. Σύμφωνα με το 44,5% το μέτρο που θα διευκόλυνε περισσότερο τη λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας είναι η θεσμοθέτησή της. Το 27% των ερωτηθέντων απάντησε τον προσδιορισμό των καθηκόντων και ακολουθεί το 23,5% των ερωτηθέντων που θεωρεί αποτελεσματικότερη την εκπαίδευση για την σημαντικότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας. Τέλος, ένα 5% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι κάποιο άλλο μέτρο θα διευκόλυνε περισσότερο την διεπιστημονική συνεργασία. Τα εννιά από τα δέκα άτομα που απάντησαν «άλλο» μέτρο, πρότειναν τον συνδυασμό των τριών μέτρων που είχαν παρατεθεί ενώ ένας ερωτώμενος εκτός από την εφαρμογή και των τριών μέτρων πρότεινε να μην υπάρχει αλαζονεία από την πλευρά των επαγγελματιών. Τα άτομα αυτά ήταν 9 γυναίκες και 1 άντρας, ηλικίας 21- 26 ετών που φοιτούσαν είτε στο τμήμα Ηρακλείου (6) είτε στο τμήμα Κομοτηνής (4).

Διάγραμμα 19: ΜΕΤΡΑ ΠΟΥ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΑΝ ΝΑ ΠΡΟΩΘΗΣΟΥΝ ΤΗΝ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ



❖ Βασικά ευρήματα περιγραφικής στατιστικής.

Δημογραφικά στοιχεία

Η απόλυτη πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν κορίτσια (90%) και η ηλικία των περισσότερων φοιτητών/τριων κυμαινόταν από 19- 21 έτη (45%) και από 22-24 έτη (45,5%). Το έτος φοίτησης ήταν σχετικά ομοιόμορφα κατανεμημένο αφού στο 3^ο

έτος φοιτούν 77 άτομα, στο 4^ο έτος 56 άτομα και από το 4^ο έτος και πάνω συναντάμε 67 άτομα.

Επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Σύμφωνα με την μέση τιμή που δόθηκε στα επαγγελματικά χαρακτηριστικά, όσο αφορά στους γιατρούς θεωρείται ότι έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό ακαδημαϊκές γνώσεις (4,300). Με φθίνουσα σειρά ακολουθούν η επαγγελματική αναγνώριση (4,100), η εμπιστοσύνη στον εαυτό και τις ικανότητες τους (3,975), η ικανότητα στην λήψη αποφάσεων (3,770), η αποδοτικότητα ως επαγγελματίες (3,615), η ικανότητα για αυτόνομη δράση (3,570), η ικανότητα για συνεργασία με άλλα επαγγέλματα (2,875) και οι δεξιότητες επικοινωνίας (2,830).

Αντίστοιχα στην ειδικότητα των νοσηλευτών και με γνώμονα την μέση τιμή, θεωρείται από τους ερωτώμενους ότι έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό αποδοτικότητα ως επαγγελματίες (3,605). Ακολουθούν με φθίνουσα σειρά, η ικανότητα συνεργασίας με τα άλλα επαγγέλματα (3,450), η εμπιστοσύνη στον εαυτό και στις ικανότητές τους (3,320), οι δεξιότητες επικοινωνίας (3,280), οι ακαδημαϊκές γνώσεις (3,275), η επαγγελματική αναγνώριση στον τομέα της υγείας (3,130), η ικανότητα στην λήψη αποφάσεων (2,940) και τέλος, η ικανότητα για αυτόνομη δράση (2,660).

Οι απόψεις των φοιτητών/τριων για τους ψυχολόγους και πάλι σύμφωνα με την μέση τιμή, τοποθετεί σε υψηλότερο επίπεδο τις δεξιότητες επικοινωνίας (4,400) και τις ακαδημαϊκές γνώσεις (4,245). Ακολουθούν με φθίνουσα σειρά, η εμπιστοσύνη στον εαυτό και τις ικανότητές τους (4,205), η αποδοτικότητα ως επαγγελματίες (3,915), η επαγγελματική αναγνώριση στον τομέα της υγείας (3,895), η ικανότητα στην λήψη αποφάσεων (3,885), η ικανότητά τους για αυτόνομη δράση (3,800) και συνεργασία (3,475). Τέλος, οι κοινωνικοί λειτουργοί σύμφωνα με την μέση τιμή θεωρείται πως έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό δεξιότητες επικοινωνίας (4,450). Ακολουθούν, η ικανότητα συνεργασίας με τα άλλα επαγγέλματα υγείας (4,130), η αποδοτικότητα ως επαγγελματίες (3,870), η ικανότητα στην λήψη αποφάσεων (3,865), η εμπιστοσύνη στον εαυτό και τις ικανότητές τους (3,85), οι ακαδημαϊκές γνώσεις (3,820), η αυτόνομη δράση (3,470) και η επαγγελματική αναγνώριση στον τομέα της υγείας (3,160).

Αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας, τρόποι εφαρμογής της και προσδοκίες για την μελλοντική συνεργασία με τους επαγγελματίες.

Οι συμμετέχοντες φαίνεται πως θεωρούν πιο αναγκαία την διεπιστημονική συνεργασία με τους ψυχολόγους, σε μικρότερο βαθμό με τους γιατρούς και σε ακόμα μικρότερο βαθμό με τους νοσηλευτές. Ο τρόπος που θεωρήθηκε καταλληλότερος για την εφαρμογή της συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και γιατρών ήταν η θεσμοθετημένη συνεργασία στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας. Ο ίδιος τρόπος επιλέχτηκε και για την συνεργασία κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων. Οι απόψεις για την συνεργασία κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών ήταν κατά κύριο λόγο η συστηματική επίσημη επικοινωνία και η θεσμοθετημένη συνεργασία στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας. Τέλος, οι προσδοκίες των φοιτητών/τριων για την μελλοντική τους συνεργασία με τους νοσηλευτές, τους ψυχολόγους και τους γιατρούς είναι μάλλον αρνητικές.

Συνεισφορά στην υγεία, ενημέρωση για τις αρμοδιότητες των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας, παροχή γνώσεων σχετικά με την διεπιστημονική συνεργασία από την εκπαίδευση και μέτρα που θα διευκόλυναν την διεπιστημονική συνεργασία.

Σύμφωνα με την άποψη των ερωτώμενων, οι γιατροί αξιολογούνται ως οι πιο απαραίτητοι στον τομέα της υγείας ενώ ακολουθούν οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι νοσηλευτές και οι ψυχολόγοι, με μικρή διαφορά μεταξύ των τριών ειδικοτήτων. Όσο αφορά στην ενημέρωση των ερωτηθέντων σχετικά με τις αρμοδιότητες και τον ρόλο των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας, απάντησαν πως έχουν μεγαλύτερη ενημέρωση για τους κοινωνικούς λειτουργούς. Επίσης φαίνεται να είναι σε μικρότερο βαθμό ενημερωμένοι για τις αρμοδιότητες και τον ρόλο των γιατρών, των ψυχολόγων και των νοσηλευτών, χωρίς να παρουσιάζουν μεγάλη διαφορά μεταξύ τους. Τέλος οι ερωτώμενοι θεωρούν πως η εκπαίδευσή τους παρέχει αρκετές γνώσεις για την αναγκαιότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας με τα άλλα επαγγέλματα υγείας. Ως μέτρο διευκόλυνσης της διεπιστημονικής συνεργασίας, σε ποσοστό 44,5% θεώρησαν καταλληλότερη την θεσμοθετημένη λειτουργία διεπιστημονικής ομάδας στα προγράμματα υγείας. Αξιοσημείωτο είναι πως το 35% των ερωτηθέντων πιστεύει πως η συνεργασία με τους νοσηλευτές μπορεί να περιοριστεί στην περιστασιακή συνεργασία ή την συστηματική άτυπη επικοινωνία.

6.2.: Τεστ σημαντικότητας

1)Αποτελέσματα του χ^2 για τις απόψεις των φοιτητών σχετικά με τους γιατρούς.

A) Προσδοκίες και απόψεις για τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των γιατρών.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις προσδοκίες των ερωτηθέντων για τη μελλοντική συνεργασία με τους γιατρούς και την άποψη τους για τις ακαδημαϊκές γνώσεις των γιατρών. Όπως παρατηρούμε στον πίνακα 6, το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών που θεωρούν ότι οι γιατροί έχουν «πολλές ή πάρα πολλές» ακαδημαϊκές γνώσεις προσδοκούν μια αρνητική/μάλλον αρνητική μελλοντική συνεργασία με τους γιατρούς.

Πίνακας 6: Προσδοκίες για την μελλοντική συνεργασία με τους γιατρούς και απόψεις για τις ακαδημαϊκές τους γνώσεις

| Προσδοκίες για τη μελλοντική συνεργασία με τους γιατρούς | Ακαδημαϊκές γνώσεις | | | Σύνολο |
|--|---------------------|--------|------------------|--------|
| | Καθόλου ή Λίγο | Αρκετά | Πολύ ή Πάρα πολύ | |
| Θετική ή Μάλλον θετική | 0 | 8 | 10 | 18 |
| Ουδέτερη | 0 | 3 | 27 | 30 |
| Μάλλον αρνητική ή Αρνητική | 0 | 24 | 128 | 152 |
| <u>Σύνολο</u> | 0 | 35 | 165 | 200 |

χ^2 :10,528 , df (2), p:0,005

Πίνακας 7: Προσδοκίες για τη μελλοντική συνεργασία με τους γιατρούς και απόψεις για τις δεξιότητες επικοινωνίας τους

| Προσδοκίες για τη μελλοντική συνεργασία με τους γιατρούς | Δεξιότητες επικοινωνίας | | | Σύνολο |
|--|-------------------------|--------|------------------|--------|
| | Καθόλου ή Λίγο | Αρκετά | Πολύ ή Πάρα πολύ | |
| Θετική ή Μάλλον θετική | 6 | 8 | 4 | 18 |
| Ουδέτερη | 19 | 11 | 0 | 30 |
| Μάλλον αρνητική ή Αρνητική | 44 | 69 | 39 | 152 |
| <u>Σύνολο</u> | 69 | 88 | 43 | 200 |

χ^2 :16,706, df (4), p: 0,002

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις προσδοκίες των ερωτηθέντων για μελλοντική συνεργασία με τους γιατρούς και την άποψη τους για τις δεξιότητες επικοινωνίας των γιατρών. Όπως παρατηρούμε στον πίνακα 7, το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών που θεωρούν ότι οι γιατροί έχουν «αρκετά» υψηλό επίπεδο δεξιοτήτων επικοινωνίας προσδοκούν μια αρνητική/μάλλον αρνητική μελλοντική συνεργασία με τους γιατρούς. Παρακάτω διακρίνουμε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις προσδοκίες των ερωτηθέντων για μελλοντική συνεργασία με τους γιατρούς και την άποψη τους για την ικανότητα συνεργασίας των γιατρών με τα άλλα επαγγέλματα υγείας. Από τον παρακάτω πίνακα συμπεραίνουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών που θεωρούν ότι οι γιατροί είναι «αρκετά» ικανοί να συνεργαστούν με τα άλλα επαγγέλματα υγείας προσδοκούν μια αρνητική/μάλλον αρνητική μελλοντική συνεργασία με τους γιατρούς.

Πίνακας 8: Προσδοκίες για τη μελλοντική συνεργασία με τους γιατρούς και απόψεις για την ικανότητα συνεργασίας τους με τα άλλα επαγγέλματα υγείας

| Προσδοκίες για τη μελλοντική συνεργασία με τους γιατρούς | Ικανότητα συνεργασίας με τα άλλα επαγγέλματα υγείας | | | Σύνολο |
|--|---|--------|------------------|--------|
| | Καθόλου ή Λίγο | Αρκετά | Πολύ ή Πάρα πολύ | |
| Θετική ή Μάλλον θετική | 10 | 7 | 1 | 18 |
| Ουδέτερη | 18 | 5 | 7 | 30 |
| Μάλλον αρνητική ή Αρνητική | 33 | 82 | 37 | 152 |
| <u>Σύνολο</u> | 61 | 94 | 45 | 200 |

χ^2 :26,336, df (4), p: 0,000

2)Αποτελέσματα του χ^2 για τις απόψεις των φοιτητών σχετικά με τους νοσηλευτές.

A) Απόψεις για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών σε σχέση με τις απόψεις των φοιτητών για τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απόψεις των φοιτητών για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών

και νοσηλευτών και στην ικανότητα των νοσηλευτών να συνεργαστούν με άλλους επαγγελματίες υγείας. Συγκεκριμένα στον πίνακα 9 φαίνεται πως όσο πιο ικανούς θεωρούν τους νοσηλευτές για συνεργασία με τους άλλους επαγγελματίες υγείας οι ερωτώμενοι, τόσο πιο αναγκαία θεωρούν και τη διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών.

Πίνακας 9: Απόψεις για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας και την ικανότητα συνεργασίας με τα άλλα επαγγέλματα υγείας.

| <i>Αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών</i> | <i>Ικανότητα συνεργασίας των νοσηλευτών με τα άλλα επαγγέλματα υγείας</i> | | | <u>Σύνολο</u> |
|---|---|--------|------------------|---------------|
| | Καθόλου ή Λίγο | Αρκετά | Πολύ ή Πάρα πολύ | |
| Καθόλου ή Λίγο αναγκαία | 7 | 10 | 6 | 23 |
| Αρκετά αναγκαία | 11 | 28 | 35 | 74 |
| Πολύ ή Απολύτως αναγκαία | 7 | 38 | 58 | 103 |
| <u>Σύνολο</u> | 25 | 76 | 99 | 200 |

$\chi^2:12,731$, df (4), p:0,013

Πίνακας 10: Απόψεις για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας και την ικανότητα των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων.

| <i>Αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών</i> | <i>Ικανότητα των νοσηλευτών να λαμβάνουν αποφάσεις</i> | | | <u>Σύνολο</u> |
|---|--|--------|------------------|---------------|
| | Καθόλου ή Λίγο | Αρκετά | Πολύ ή Πάρα πολύ | |
| Καθόλου ή Λίγο αναγκαία | 10 | 13 | 0 | 23 |
| Αρκετά αναγκαία | 32 | 20 | 22 | 74 |
| Πολύ ή Απολύτως αναγκαία | 22 | 46 | 35 | 103 |
| <u>Σύνολο</u> | 64 | 79 | 57 | 200 |

$\chi^2:20,490$, df (4), p:0,000

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απόψεις των φοιτητών για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών και στην ικανότητα των νοσηλευτών να λαμβάνουν αποφάσεις. Όπως φαίνεται στον πίνακα 10 όσο πιο αναγκαία θεωρείται από τους ερωτώμενους η διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών τόσο ικανότερους να λαμβάνουν αποφάσεις θεωρούν τους νοσηλευτές.

Επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά διακρίνουμε ανάμεσα στις απόψεις των φοιτητών για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών και στην ικανότητα των νοσηλευτών να δρουν αυτόνομα. Στον πίνακα 11 φαίνεται πως όσο πιο ικανούς να δρουν αυτόνομα θεωρούν τους νοσηλευτές τόσο πιο αναγκαία κρίνουν οι ερωτώμενοι τη διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών.

Πίνακας 11: Απόψεις για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας και την ικανότητα των νοσηλευτών να δρουν αυτόνομα.

| <i>Αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών</i> | <i>Ικανότητα των νοσηλευτών να δρουν αυτόνομα</i> | | | <u>Σύνολο</u> |
|---|---|--------|------------------|---------------|
| | Καθόλου ή Λίγο | Αρκετά | Πολύ ή Πάρα πολύ | |
| Καθόλου ή Λίγο αναγκαία | 14 | 9 | 0 | 23 |
| Αρκετά αναγκαία | 40 | 20 | 14 | 74 |
| Πολύ ή Απολύτως αναγκαία | 40 | 33 | 30 | 103 |
| <u>Σύνολο</u> | 94 | 62 | 44 | 200 |

$\chi^2:11,846$, df (4), p:0,019

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απόψεις των φοιτητών για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών και το επίπεδο ακαδημαϊκών γνώσεων των νοσηλευτών. Στον πίνακα 12 παρατηρούμε πως όσο πιο αναγκαία θεωρούν οι ερωτώμενοι τη διεπιστημονική συνεργασία των δύο επαγγελματιών, τόσο πιο υψηλό επίπεδο ακαδημαϊκών γνώσεων θεωρούν πως έχουν οι νοσηλευτές.

Πίνακας 12: Απόψεις για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας και το επίπεδο ακαδημαϊκών γνώσεων των νοσηλευτών.

| Αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών | Ακαδημαϊκές γνώσεις νοσηλευτών | | | <u>Σύνολο</u> |
|--|--------------------------------|--------|------------------|---------------|
| | Καθόλου ή Λίγο | Αρκετά | Πολύ ή Πάρα πολύ | |
| Καθόλου ή λίγο αναγκαία | 5 | 13 | 5 | 23 |
| Αρκετά αναγκαία | 13 | 40 | 21 | 74 |
| Πολύ ή Απολύτως αναγκαία | 13 | 39 | 51 | 103 |
| <u>Σύνολο</u> | 31 | 92 | 77 | 200 |

χ^2 :11,305, df (4), p: 0,023

B) Απόψεις για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών σε σχέση με: α) τις απόψεις των φοιτητών για τον τρόπο υλοποίησης της και β) με την παροχή γνώσεων για τη διεπιστημονική συνεργασία από την εκπαίδευση.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απόψεις των φοιτητών για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών και στον τρόπο υλοποίησης της. Στον πίνακα 13 είναι εμφανές πως όσο πιο αναγκαία θεωρούν τη διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ των δύο επαγγελματιών, τόσο συγκλίνουν στην άποψη πως ο καταλληλότερος τρόπος υλοποίησης της είναι η θεσμοθετημένη συνεργασία στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας.

Επίσης, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απόψεις των φοιτητών για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών και στην παροχή γνώσεων για τη διεπιστημονική συνεργασία από την εκπαίδευση των φοιτητών. Στον πίνακα 14 παρατηρούμε πως όσο πιο αναγκαία θεωρούν οι φοιτητές-τριες τη διεπιστημονική συνεργασία των δύο επαγγελματιών, τόσο υψηλότερο επίπεδο παροχής γνώσεων για τη διεπιστημονική συνεργασία πιστεύουν πως έχουν λάβει από την εκπαίδευση τους.

Πίνακας 13: Απόψεις για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας και τον τρόπο υλοποίησης της.

| Αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών | Τρόποι υλοποίησης της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών | | | <u>Σύνολο</u> |
|--|---|---------------------------------|---|---------------|
| | Περιστασιακά όταν προκύπτει ανάγκη ή Συστηματική άτυπη επικοινωνία | Συστηματική επίσημη επικοινωνία | Θεσμοθετημένη συνεργασία στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας | |
| Καθόλου ή Λίγο αναγκαία | 15 | 7 | 1 | 23 |
| Αρκετά αναγκαία | 34 | 20 | 20 | 74 |
| Πολύ ή Απολύτως αναγκαία | 21 | 36 | 46 | 103 |
| <u>Σύνολο</u> | 70 | 63 | 67 | 200 |

$\chi^2:26,274$, df (4), p:0,000

Πίνακας 14: Απόψεις για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας και την παροχή γνώσεων για τη διεπιστημονική συνεργασία από την εκπαίδευση.

| Αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών | Παροχή γνώσεων για τη διεπιστημονική συνεργασία από την εκπαίδευση | | | <u>Σύνολο</u> |
|--|--|--------|------------------|---------------|
| | Καθόλου ή Λίγο | Αρκετά | Πολύ ή Πάρα πολύ | |
| Καθόλου ή λίγο αναγκαία | 12 | 4 | 7 | 23 |
| Αρκετά αναγκαία | 19 | 32 | 23 | 74 |
| Πολύ ή Απολύτως αναγκαία | 16 | 41 | 46 | 103 |
| <u>Σύνολο</u> | 47 | 77 | 76 | 200 |

$\chi^2:16,598$, df (4), p: 0,002

Γ) Απόψεις για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών σε σχέση με την ενημέρωση των φοιτητών για τις αρμοδιότητες και τον ρόλο των νοσηλευτών στον τομέα της υγείας.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απόψεις των φοιτητών για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών και στις απόψεις τους για την ενημέρωσή τους σχετικά με τον ρόλο και τις αρμοδιότητες των νοσηλευτών. Όπως φαίνεται στον πίνακα 15, όσο πιο ενημερωμένοι για τις αρμοδιότητες και τον ρόλο των νοσηλευτών δήλωσαν οι ερωτώμενοι, τόσο πιο αναγκαία θεωρούν τη διεπιστημονική συνεργασία των δύο επαγγελματιών.

Πίνακας 15: Απόψεις για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας και την ενημέρωση για τις αρμοδιότητες και τον ρόλο των νοσηλευτών στον τομέα της υγείας.

| Αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών | Ενημέρωση για τις αρμοδιότητες και τον ρόλο των νοσηλευτών στον τομέα της υγείας | | | <u>Σύνολο</u> |
|--|--|--------|------------------|---------------|
| | Καθόλου ή Λίγο | Αρκετά | Πολύ ή Πάρα πολύ | |
| Καθόλου ή Λίγο αναγκαία | 2 | 10 | 11 | 23 |
| Αρκετά αναγκαία | 11 | 31 | 32 | 74 |
| Πολύ ή Απολύτως αναγκαία | 12 | 24 | 67 | 103 |
| <u>Σύνολο</u> | 25 | 65 | 110 | 200 |

$\chi^2:10,166$, df (4), p:0,038

Δ) Αποτελέσματα του χ^2 για το τμήμα φοίτησης και άλλες απόψεις συμμετεχόντων για τους νοσηλευτές.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απόψεις των φοιτητών για τις δεξιότητες επικοινωνίας των νοσηλευτών και στο τμήμα φοίτησης των ερωτηθέντων. Όπως φαίνεται στον πίνακα 16, στο τμήμα της Κομοτηνής (26 άτομα)

η πλειοψηφία των φοιτητών θεωρεί πως οι νοσηλευτές έχουν «αρκετά» υψηλό επίπεδο δεξιοτήτων επικοινωνίας ενώ στο τμήμα της Αθήνας (22 άτομα), του Ηρακλείου (24 άτομα) και της Πάτρας (32 άτομα) ο μεγαλύτερος αριθμός φοιτητών θεωρεί πως οι νοσηλευτές έχουν «πολύ ή πάρα πολύ» υψηλό επίπεδο δεξιοτήτων επικοινωνίας.

Πίνακας 16: Τμήμα φοίτησης και τις απόψεις των φοιτητών για τις δεξιότητες επικοινωνίας των νοσηλευτών.

| Τμήμα φοίτησης | Δεξιότητες επικοινωνίας νοσηλευτών | | | Σύνολο |
|---|------------------------------------|--------|------------------|--------|
| | Καθόλου ή Λίγο | Αρκετά | Πολύ ή Πάρα πολύ | |
| Κοινωνικής εργασίας Τ.Ε.Ι. Αθήνας | 9 | 19 | 22 | 50 |
| Κοινωνικής εργασίας Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου | 11 | 15 | 24 | 50 |
| Κοινωνικής εργασίας Τ.Ε.Ι. Πάτρας | 11 | 7 | 32 | 50 |
| Κοινωνικής διοίκησης Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Κομοτηνής | 10 | 26 | 14 | 50 |
| <u>Σύνολο</u> | 41 | 67 | 92 | 200 |

$\chi^2: 18,667, df (6), p: 0,005$

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απόψεις των φοιτητών για την επαγγελματική αναγνώριση των νοσηλευτών στον τομέα της υγείας και στο τμήμα φοίτησης των ερωτηθέντων. Όπως φαίνεται στον πίνακα 17 που ακολουθεί, οι φοιτητές των τεσσάρων τμημάτων έχουν πολύ μεγάλη διάσταση στις απόψεις τους σχετικά με τον βαθμό επαγγελματικής αναγνώρισης που απολαμβάνουν οι νοσηλευτές στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα στο τμήμα της Αθήνας (23 άτομα) και της Πάτρας η πλειοψηφία των φοιτητών θεωρεί πως οι νοσηλευτές έχουν σε «πολύ ή πάρα πολύ» μεγάλο βαθμό επαγγελματική αναγνώριση. Αντίστοιχα, στο τμήμα της Κομοτηνής (24 άτομα) η πλειοψηφία των φοιτητών θεωρεί πως οι νοσηλευτές έχουν σε «αρκετά» μεγάλο βαθμό επαγγελματική αναγνώριση ενώ στο τμήμα του Ηρακλείου (20 άτομα) ο μεγαλύτερος αριθμός φοιτητών συγκεντρώνεται στην τιμή «καθόλου ή λίγο».

Πίνακας 17: Τμήμα φοίτησης και τις απόψεις των φοιτητών για την επαγγελματική αναγνώριση των νοσηλευτών στον τομέα της υγείας.

| Τμήμα φοίτησης | Επαγγελματική αναγνώριση νοσηλευτών στον τομέα της υγείας | | | Σύνολο |
|---|--|--------|---------------------|--------|
| | Καθόλου ή Λίγο | Αρκετά | Πολύ ή Πάρα πολύ | |
| Κοινωνικής εργασίας Τ.Ε.Ι. Αθήνας | 6 | 21 | 23 | 50 |
| Κοινωνικής εργασίας Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου | 20 | 15 | 15 | 50 |
| Κοινωνικής εργασίας Τ.Ε.Ι. Πάτρας | 10 | 19 | 21 | 50 |
| Κοινωνικής διοίκησης Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Κομοτηνής | 14 | 25 | 11 | 50 |
| <u>Σύνολο</u> | 50 | 80 | 70 | 200 |

$\chi^2:16,360$, df (6), p: 0,012

3) Αποτελέσματα του χ^2 για τις απόψεις των φοιτητών σχετικά με τους κοινωνικούς λειτουργούς.

A) Αποτελέσματα του χ^2 για το τμήμα φοίτησης και άλλες απόψεις ερωτηθέντων για τους κοινωνικούς λειτουργούς.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο τμήμα φοίτησης των ερωτηθέντων και την άποψη τους για α) την ικανότητα των κοινωνικών λειτουργών να δρουν αυτόνομα, β) την επαγγελματική αναγνώριση των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας και γ) την παροχή γνώσεων από την εκπαίδευση αναφορικά με την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας. Όπως παρατηρούμε στον πίνακα 18, οι φοιτητές του τμήματος Αθήνας (35 άτομα), Κομοτηνής (24 άτομα) και Πάτρας (21 άτομα) πιστεύουν πως οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν σε «πολύ ή πάρα πολύ» μεγάλο βαθμό την ικανότητα να δρουν αυτόνομα ενώ η πλειοψηφία των φοιτητών του τμήματος του Ηρακλείου (25 άτομα) απαντούν «αρκετά».

Πίνακας 18: Τμήμα φοίτησης των ερωτηθέντων και απόψεις για την ικανότητα των κοινωνικών λειτουργών να δρουν αυτόνομα

| Τμήμα φοίτησης | Ικανότητα κ.λ. να δρουν αυτόνομα | | | Σύνολο |
|--|----------------------------------|--------|------------------|--------|
| | Καθόλου ή Λίγο | Αρκετά | Πολύ ή Πάρα πολύ | |
| Κοινωνικής εργασίας Τ.Ε.Ι. Αθήνας | 5 | 10 | 35 | 50 |
| Κοινωνικής εργασίας Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου | 5 | 25 | 20 | 50 |
| Κοινωνικής εργασίας Τ.Ε.Ι. Πάτρας | 13 | 16 | 21 | 50 |
| Κοινωνικής διοίκησης Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Κομοτηνής | 4 | 23 | 24 | 50 |
| <u>Σύνολο</u> | 26 | 74 | 100 | 200 |

$\chi^2:22,379$, df (6), p: 0,001

Πίνακας 19: Τμήμα φοίτησης των ερωτηθέντων και απόψεις για την επαγγελματική αναγνώριση των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας

| Τμήμα φοίτησης | Επαγγελματική αναγνώριση κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας | | | Σύνολο |
|---|--|--------|------------------|--------|
| | Καθόλου ή Λίγο | Αρκετά | Πολύ ή Πάρα πολύ | |
| Κοινωνικής εργασίας Τ.Ε.Ι. Αθήνας | 8 | 16 | 26 | 50 |
| Κοινωνικής εργασίας Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου | 17 | 13 | 20 | 50 |
| Κοινωνικής εργασίας Τ.Ε.Ι. Πάτρας | 18 | 22 | 10 | 50 |
| Κοινωνικής διοίκησης Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Κομοτηνής | 9 | 18 | 23 | 50 |
| <u>Σύνολο</u> | 52 | 69 | 79 | 200 |

$\chi^2:16,115$, df (6), p: 0,013

Στον πίνακα 19 παρατηρούμε πως η πλειοψηφία των φοιτητών των τμημάτων Αθήνας (26 άτομα), Ηρακλείου (20 άτομα) και Κομοτηνής (23 άτομα) συγκεντρώνεται στην τιμή «πολύ ή πάρα πολύ». Αντίθετα, οι φοιτητές του τμήματος Πάτρας (22 άτομα) θεωρούν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν «αρκετά» μεγάλη επαγγελματική αναγνώριση σαν επαγγελματίες στον τομέα της υγείας.

Πίνακας 20: Τμήμα φοίτησης των ερωτηθέντων και απόψεις για την παροχή γνώσεων όσο αφορά την διεπιστημονική συνεργασία από την εκπαίδευση

| Τμήμα φοίτησης | Παροχή γνώσεων για τη διεπιστημονική συνεργασία από την εκπαίδευση | | | Σύνολο |
|---|--|-------------|------------------------|--------|
| | Καθόλου Λίγο | ή Αρκετά | Πολύ ή Πάρα πολύ | |
| Κοινωνικής εργασίας Τ.Ε.Ι. Αθήνας | 10 | 18 | 22 | 50 |
| Κοινωνικής εργασίας Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου | 13 | 21 | 16 | 50 |
| Κοινωνικής εργασίας Τ.Ε.Ι. Πάτρας | 18 | 21 | 11 | 50 |
| Κοινωνικής διοίκησης Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Κομοτηνής | 6 | 17 | 27 | 50 |
| <u>Σύνολο</u> | 47 | 77 | 76 | 200 |

$\chi^2:14,878$, df (6), p: 0,021

Όπως παρατηρούμε στον πίνακα 20, ο μεγαλύτερος αριθμός φοιτητών των τμημάτων Αθήνας (22 άτομα) και Κομοτηνής (27 άτομα) πιστεύουν πως η εκπαίδευση τους, τους προσφέρει σε «πολύ ή πάρα πολύ» μεγάλο βαθμό γνώσεις σχετικά με τη διεπιστημονική συνεργασία. Αντίθετα οι περισσότεροι φοιτητές των τμημάτων Πάτρας (21 άτομα) και Ηρακλείου (21 άτομα) πιστεύουν πως η εκπαίδευση τους, τους προσφέρει σε «αρκετά» μεγάλο βαθμό γνώσεις σχετικά με τη διεπιστημονική συνεργασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο : Τα συμπεράσματα της έρευνας.

Η συγκεκριμένη εργασία είχε σκοπό να διερευνήσει τις αντιλήψεις των φοιτητών/τριων Κοινωνικής Εργασίας για το προφίλ των επαγγελματιών υγείας και την ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας μαζί τους. Αρχικά στο ερωτηματολόγιο οι φοιτητές/τριες καλέστηκαν να αξιολογήσουν κάποια επαγγελματικά χαρακτηριστικά των γιατρών, των νοσηλευτών, των ψυχολόγων και των κοινωνικών λειτουργών. Επίσης τους ζητήθηκε να εκθέσουν τις απόψεις τους για τη μελλοντική συνεργασία με τους προαναφερθέντες επαγγελματίες όπως και για τη σημαντικότητα της συνεισφορά τους στον τομέα της υγείας.

Στη συνέχεια ερευνήσαμε ποιον θεωρούν τον καταλληλότερο τρόπο υλοποίησης της διεπιστημονικής συνεργασίας στον τομέα της υγείας αλλά κατά πόσο η εκπαίδευση τους μέχρι σήμερα τους παρείχε γνώσεις σχετικά με την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας με τα άλλα επαγγέλματα υγείας. Εξίσου σημαντική θεωρήσαμε την άποψη των φοιτητών/τριων για την ενημέρωση όσο αφορά τις αρμοδιότητες και το ρόλο των επαγγελματιών υγείας καθώς και τις προτάσεις τους για τη λήψη μέτρων που θα διευκόλυναν τη διεπιστημονική συνεργασία.

Κεντρικός άξονας της εργασίας μας ήταν να ανακαλύψουμε ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την άποψη των φοιτητών/τριών κοινωνικής εργασίας για την αναγκαιότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας στον τομέα της υγείας. Έτσι συσχετίσαμε τις παραπάνω απαντήσεις των φοιτητών/τριών με την άποψή τους για την αναγκαιότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας. Τέλος θελήσαμε να συγκρίνουμε τα παραπάνω στοιχεία για φοιτητές/τριες Κοινωνικής Εργασίας από διαφορετικά τμήματα (Κοινωνικής Εργασίας των Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Κρήτης, Πάτρας και Κοινωνικής Διοίκησης του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Κομοτηνής) με σκοπό να διερευνήσουμε πιθανές διαφοροποιήσεις μεταξύ των φοιτητών/τριων καθώς πρόκειται για ένα τμήμα Α.Ε.Ι. και τρία Τ.Ε.Ι.

1) Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Αρχικά, αναζητήσαμε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των φοιτητών/τριων Κοινωνικής Εργασίας. Η συντριπτική πλειοψηφία σε όλα τα τμήματα ήταν κορίτσια (94% στο Τ.Ε.Ι. Αθήνας, 92% στο Τ.Ε.Ι. Κρήτης, 86% στο Τ.Ε.Ι. Πάτρας και 88% στο Α.Ε.Ι. Κομοτηνής), όπως ήταν αναμενόμενο αφού η κοινωνική εργασία θεωρείται «γυναικοκρατούμενο» επάγγελμα. Σύμφωνα με τη Dominelli (1997, στο

Μακρύγιαννη, 2008) η Κοινωνική Εργασία θεωρείται «γυναικεία απασχόληση» αφού είναι άμεσα συνυφασμένη με τη φροντίδα.

Επίσης βρήκαμε πως σε όλα τα τμήματα η πλειοψηφία των φοιτητών/τριών ήταν μεταξύ 19 και 24 ετών (90,5%) αφού είχαμε επιλέξει οι ερωτώμενοι να έχουν ολοκληρώσει και το δεύτερο έτος σπουδών (3^ο έτος: 38,5%, 4^ο έτος: 28%, 4^ο έτος και άνω: 33,5%). Συνεπώς η ηλικία των συμμετεχόντων ήταν σχετικά αναμενόμενη, αφού στην Ελλάδα οι μαθητές διαγωνίζονται σε πανελλήνιο επίπεδο για την εισαγωγή τους στην τριτοβάθμια εκπαίδευση για πρώτη φορά σε ηλικία 17 με 18 ετών.

2) Οι απόψεις των φοιτητών/τριών για τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά και τη συνεισφορά των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας, η ενημέρωση για τον ρόλο των επαγγελματιών και οι προσδοκίες των φοιτητών/τριών για τη μελλοντική τους συνεργασία.

Σε προηγούμενο κεφάλαιο αναφερθήκαμε στα στερεότυπα ως φυσική ανθρώπινη διαδικασία (Haslam et al., 2002 στο Hean et al., 2006,α) με ζωτικής σημασίας επίδραση στις διαπροσωπικές σχέσεις. Η ύπαρξη θετικών και αρνητικών στερεοτύπων μπορεί να γίνει αιτία ανάρμοστης συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας, τόσο προς τους ασθενείς, όσο και προς τους συναδέλφους τους. Η έρευνα των Hean et al., (2006,α), επιβεβαίωσε την υπόθεση πως οι φοιτητές/τριες των επαγγελμάτων υγείας εισέρχονται στα εκπαιδευτικά ιδρύματα έχοντας ήδη ισχυρά εδραιωμένα στερεότυπα σχετικά με τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας.

Στην ίδια έρευνα οι φοιτητές/τριες καλέστηκαν να αξιολογήσουν τις ακαδημαϊκές γνώσεις δέκα ειδικοτήτων, μεταξύ των οποίων γιατροί, νοσηλευτές και κοινωνικοί λειτουργοί. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας, οι γιατροί συγκέντρωσαν τον υψηλότερο μέσο όρο (4,8) και ακολουθούσαν με διαφορά νοσηλευτές (3,5) και κοινωνικοί λειτουργοί (3,5). Στην έρευνά μας αντίστοιχα οι φοιτητές/τριες κοινωνικής εργασίας θεωρούν και αυτοί, ότι οι γιατροί έχουν τις περισσότερες ακαδημαϊκές γνώσεις αλλά με χαμηλότερο μέσο όρο 4,3 και ακολουθούν οι ψυχολόγοι με μέσο όρο 4,2, οι κοινωνικοί λειτουργοί με 3,8 και οι νοσηλευτές με 3,2. Η έρευνα των Barnes et al. (2000) επιβεβαιώνει πως οι γιατροί και οι ψυχολόγοι θεωρείται πως έχουν υψηλότερο επίπεδο ακαδημαϊκών γνώσεων από τις άλλες ειδικότητες.

Αξιοσημείωτο είναι πως τα τεστ σημαντικότητας χ^2 φανέρωσαν στατιστικά σημαντική ταύτιση των απόψεων των φοιτητών/τριων όλων των τμημάτων σχετικά με το επίπεδο ακαδημαϊκών γνώσεων των γιατρών όπου θεωρείται από την συντριπτική πλειοψηφία (82,5%) «πολύ ή πάρα πολύ» υψηλό. Το γεγονός αυτό παρατηρείται ίσως εξαιτίας της μεγαλύτερης διάρκειας σπουδών που ακολουθούν οι γιατροί αλλά και από την υψηλή ζήτηση που έχουν οι σχολές ιατρικής στην Ελλάδα. Ενδεχομένως η απάντηση των φοιτητών να συνδέεται και με το υψηλό status που έχει το επάγγελμα του γιατρού.

Το δεύτερο επαγγελματικό χαρακτηριστικό που ερευνήσαμε ήταν οι δεξιότητες επικοινωνίας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι είναι αυτοί που συγκεντρώσαν τα υψηλότερα ποσοστά, με μέσο όρο 4,4, ακολουθούν οι νοσηλευτές με μέσο όρο 3,2 και οι γιατροί με μέσο όρο 2,8. Το γεγονός αυτό πιθανόν να οφείλεται στο διαφορετικό πρόγραμμα σπουδών που ακολουθείται όπου οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι εκπαιδεύονται σε μεθόδους επικοινωνίας ως βασικό εργαλείο της εργασίας τους ενώ οι γιατροί και οι νοσηλευτές εκπαιδεύονται σε άλλες δεξιότητες με κύριο άξονα τη θεραπεία του σώματος. Οι Pierson & Thomas (2002) ορίζουν τις δεξιότητες γραπτής και προφορικής επικοινωνίας ως βασική ικανότητα των κοινωνικών λειτουργών η οποία επηρεάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό την αποτελεσματικότητα της εργασίας τους. Επίσης σε έρευνα των Barnes et al. (2000), επιβεβαιώνεται πως οι κοινωνικοί λειτουργοί θεωρούνται πως έχουν υψηλότερο επίπεδο δεξιοτήτων επικοινωνίας από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές.

Επιπλέον, τα τεστ σημαντικότητας χ^2 απέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των απόψεων των φοιτητών/τριών για το επίπεδο δεξιοτήτων επικοινωνίας των νοσηλευτών αναλόγως με το τμήμα φοίτησης. Οι φοιτητές/τριες του τμήματος Κομοτηνής θεώρησαν «αρκετά» υψηλό το επίπεδο δεξιοτήτων επικοινωνίας των νοσηλευτών ενώ οι ερωτηθέντες των άλλων τμημάτων απάντησαν «πολύ ή πάρα πολύ» υψηλό. Η διάρθρωση των σχολών υγείας και πρόνοιας των ΤΕΙ είναι τέτοια όπου συνυπάρχουν φοιτητές νοσηλευτικής και κοινωνικής εργασίας σε όλες τις πόλεις. Αντίθετα στο πανεπιστήμιο Κομοτηνής οι φοιτητές κοινωνικής εργασίας έρχονται σε επαφή με άλλους κλάδους, όπως φοιτητές ιατρικής και νομικής ενώ δεν υπάρχει τμήμα νοσηλευτικής. Η απουσία επαφής των φοιτητών κοινωνικής εργασίας του πανεπιστημίου με φοιτητές νοσηλευτικής είναι πιθανό να επηρεάζει την άποψή τους για τις δεξιότητες επικοινωνίας των νοσηλευτών.

Το τρίτο επαγγελματικό χαρακτηριστικό που σχολίασαν οι ερωτώμενοι ήταν η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να συνεργαστούν με τους υπόλοιπους επαγγελματίες στο τομέα της υγείας. Οι Pierson & Thomas (2002) ορίζουν τη δεξιότητα για συνεργασία ως βασικό προσόν των κοινωνικών λειτουργών ανεξάρτητα από τον τομέα εργασίας τους. Στη δική μας έρευνα οι ερωτώμενοι θεώρησαν ικανότερους τους κοινωνικούς λειτουργούς. Επιπλέον οι ψυχολόγοι και οι νοσηλευτές είχαν τον ίδιο μέσο όρο (3,4) και λιγότερο ικανοί από όλους παρουσιάστηκαν οι γιατροί με μέσο όρο μόλις 2,8.

Το τέταρτο επαγγελματικό χαρακτηριστικό που ερευνήσαμε ήταν η ικανότητα των επαγγελματιών να λαμβάνουν αποφάσεις. Οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι παρουσιάστηκαν ως ικανότεροι με μέσο όρο (3,8) ακολουθήσανε με ελάχιστη διαφορά οι γιατροί (3,7) και οι νοσηλευτές με πολύ χαμηλό μέσο όρο 2,9. Οι μέσοι όροι που παρουσιάστηκαν δείχνουν πως οι ερωτώμενοι θεωρούν αρκετά ικανούς όλους τους επαγγελματίες για να λαμβάνουν αποφάσεις αλλά όχι και τους νοσηλευτές. Το γεγονός αυτό πιθανόν να οφείλεται στη γνώση των φοιτητών για την επικράτηση του ιατροκεντρικού μοντέλου που ορίζει τους νοσηλευτές ως εκτελεστές ιατρικών πράξεων προσδιορισμένων από τους γιατρούς.

Το πέμπτο επαγγελματικό χαρακτηριστικό που ερευνήθηκε ήταν η ικανότητα αυτόνομης δράσης των επαγγελματιών υγείας όπου υψηλότερο μέσο όρο είχαν οι ψυχολόγοι (3,8), ακολουθούσαν με μικρή διαφορά οι γιατροί (3,5) και οι κοινωνικοί λειτουργοί (3,4) ενώ πάρα πολύ χαμηλό μέσο όρο παρουσίασαν οι νοσηλευτές (2,6). Τα αποτελέσματα αυτά ήταν αναμενόμενα αν αναλογιστεί κανείς πως με το υπάρχον ιατροκεντρικό μοντέλο σε φορείς όπως τα νοσοκομεία, ο ρόλος του γιατρού είναι ηγετικός σε σχέση με τη θεραπεία των ασθενών και οι νοσηλευτές ακολουθούν τις οδηγίες τους ενώ οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι λαμβάνουν αποφάσεις για άλλα θέματα όπου δεν αφορούν τόσο τη σωματική θεραπεία των ασθενών, όσο άλλες πρακτικές και συναισθηματικές τους ανάγκες. Οι παραπάνω ρόλοι των επαγγελματιών είναι σαφείς και δίνουν σε όλους ένα αρκετά υψηλό επίπεδο αυτονομίας εκτός από τους νοσηλευτές.

Η πλειοψηφία κάθε τμήματος πιστεύει πως οι γιατροί είναι «πολύ ή πάρα πολύ» ικανοί να δρουν αυτόνομα. Διαπιστώσαμε επίσης σημαντική στατιστικά διαφοροποίηση των απόψεων των ερωτηθέντων του τμήματος Ηρακλείου που θεωρεί τους κοινωνικούς λειτουργούς «αρκετά» ικανούς να δρουν αυτόνομα αντίθετα με τους υπόλοιπους ερωτηθέντες που θεώρησαν τους κοινωνικούς λειτουργούς «πολύ ή

πάρα πολύ» ικανούς. Η διαφοροποίηση αυτή πιθανώς να οφείλεται στα διαφορετικά προγράμματα σπουδών και στην επαφή με διαφορετικούς επαγγελματίες ανάλογα με το τμήμα φοίτησης. Αυτό το εύρημα δεν μπορούμε να το αποδώσουμε ξεκάθαρα σε κάτι, πιθανόν να δίνονται κάποια διαφορετικά μηνύματα μέσω της εκπαίδευσης σε διαφορετικά τμήματα όσο αφορά στο πόσο αυτόνομοι μπορεί να είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί. Ωστόσο στα πλαίσια αυτής της έρευνας δεν ήταν δυνατόν να διερευνηθεί κάτι τέτοιο, ούτε ήταν αυτός ο στόχος.

Η άποψη για την αποδοτικότητα των επαγγελματιών ήταν το έκτο επαγγελματικό χαρακτηριστικό που ερευνήθηκε όπου οι μέσοι όροι ήταν σχεδόν ίσοι με υψηλότερο εκείνο των ψυχολόγων (3,9). Ακολούθησαν οι κοινωνικοί λειτουργοί (3,8) και τέλος οι γιατροί και οι νοσηλευτές με ίδιο μέσο όρο (3,6). Αν και οι μέσοι όροι που παρουσιάστηκαν παρουσιάζουν μικρή απόκλιση, ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός πως οι ερωτώμενοι αν και αναφερόμαστε στον τομέα της υγείας θεώρησαν τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς παραγωγικότερους των υπολοίπων επαγγελματιών.

Θα περίμενε κανείς πως σημαντικότερη συνεισφορά στον τομέα της υγείας θα θεωρείτο πως έχει ο επαγγελματίας που θεωρείται και πιο αποδοτικός. Αντίθετα στην έρευνα μας θεωρήθηκε σημαντικότερη η συνεισφορά των γιατρών με μέσο όρο 4,7, ακολούθησαν οι κοινωνικοί λειτουργοί (4,2), οι ψυχολόγοι και οι νοσηλευτές με ίδιο μέσο όρο (4,1). Από τα αποτελέσματα αυτά φαίνεται πως οι φοιτητές θεωρούν όλους τους επαγγελματίες υγείας πολύ σημαντικούς για την εύρυθμη λειτουργία των υπηρεσιών με ξεχωριστή θέση εκείνη των γιατρών όπως ορίζεται και από το ιατροκεντρικό μοντέλο.

Η επαγγελματική αναγνώριση (status) στον τομέα της υγείας ήταν το έβδομο επαγγελματικό χαρακτηριστικό που ερευνήθηκε που όπως ήταν αναμενόμενο την πρωτιά κατείχαν οι γιατροί με μέσο όρο 4,1. Ακολούθησαν οι ψυχολόγοι (3,8) και τέλος οι κοινωνικοί λειτουργοί με τους νοσηλευτές που είχαν και τον ίδιο μέσο όρο (3,1). Σύμφωνα με τους Hogg και Vaughan (2010) ο ρόλος του γιατρού συνδέεται με υψηλό «συγκεκριμένο» αλλά και «διευρυμένο status» ενώ οι Strodbeck et al. (1957, στο Hogg & Vaughan, 2010) ορίζουν το επάγγελμα του ψυχολόγου ως επάγγελμα υψηλού επαγγελματικού status.

Επιπλέον, μπορούμε να υποθέσουμε πως η εκπαίδευση των παραπάνω επαγγελματιών στην τριτοβάθμια εκπαίδευση είναι και ένας βασικός παράγοντας που επηρεάζει τον τρόπο που αντιμετωπίζεται το επάγγελμα από τους Έλληνες. Όπως

αναφέραμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, η ελληνική κοινωνία πιστεύει πως τα πανεπιστημιακά ιδρύματα είναι ανώτερα των υπολοίπων με αποτέλεσμα η εκπαίδευση των γιατρών και των ψυχολόγων να θεωρείται από κάποιους ανώτερη (Κασιμάτη, 1998). Επιπροσθέτως σε έρευνα των Barnes et al. (2000) επιβεβαιώνεται πως οι ψυχολόγοι πιστεύεται πως έχουν υψηλότερο επαγγελματικό status από τους κοινωνικούς λειτουργούς.

Παρατηρήσαμε ακόμη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των απόψεων των φοιτητών για την επαγγελματική αναγνώριση των νοσηλευτών και των κοινωνικών λειτουργών ανάλογα με το τμήμα φοίτησης των ερωτηθέντων. Συγκεκριμένα η πλειοψηφία των ερωτηθέντων από το τμήμα της Αθήνας (52%), του Ηρακλείου (40%) και της Κομοτηνής (46%) θεωρεί «πολύ ή πάρα πολύ» υψηλής επαγγελματικής αναγνώρισης τους κοινωνικούς λειτουργούς ενώ οι ερωτηθέντες του τμήματος της Πάτρας (44%) θεωρούν «αρκετά» υψηλής επαγγελματικής αναγνώρισης τους κοινωνικούς λειτουργούς. Η άποψη των ερωτηθέντων πιθανώς να επηρεάζεται από την εκπαιδευτική διαδικασία που υλοποιείται από διαφορετικούς καθηγητές και επόπτες σε κάθε τμήμα αλλά το εύρημα αυτό δεν κατέστη δυνατόν να το αποδώσουμε κάπου συγκεκριμένα.

Επιπροσθέτως, οι φοιτητές/τριες των τμημάτων Αθήνας, Πάτρας και Ηρακλείου διχάζονται ανάμεσα στην απάντηση «αρκετά» και «πολύ ή πάρα πολύ» υψηλή επαγγελματική αναγνώριση των νοσηλευτών ενώ το 50% των ερωτηθέντων του τμήματος Κομοτηνής θεώρησαν πως οι νοσηλευτές έχουν «αρκετά» υψηλή επαγγελματική αναγνώριση. Όπως έχουμε αναφέρει παραπάνω οι φοιτητές των πανεπιστημίων (ψυχολόγοι, γιατροί και κοινωνικοί λειτουργοί απόφοιτοι πανεπιστημίου) θεωρείται ότι έχουν υψηλότερο status από εκείνους των Τ.Ε.Ι. (νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί απόφοιτοι Τ.Ε.Ι.). Συνεπώς οι ερωτώμενοι του τμήματος Κομοτηνής ως φοιτητές υψηλότερου status ίσως αντιμετωπίζουν τους νοσηλευτές ως ειδικότητα χαμηλότερου status από ότι οι υπόλοιποι ερωτώμενοι.

Η εμπιστοσύνη που φαίνεται να έχουν οι επαγγελματίες στον εαυτό και στις ικανότητες τους ήταν το τελευταίο επαγγελματικό χαρακτηριστικό που καλέστηκαν να αξιολογήσουν οι φοιτητές/τριες. Ιδιαίτερα μεγάλη εμπιστοσύνη στον εαυτό και στις ικανότητες τους παρουσιάζεται να έχουν οι ψυχολόγοι με μέσο όρο (4,2) , ακολουθούν οι γιατροί (3,9) , οι κοινωνικοί λειτουργοί (3,8) και τέλος οι νοσηλευτές (3,3).

Το επόμενο θέμα που μας απασχόλησε ήταν οι προσδοκίες των ερωτηθέντων για την μελλοντική συνεργασία τους με τους επαγγελματίες υγείας. Σε ποσοστό 76% η μελλοντική συνεργασία με τους γιατρούς θεωρήθηκε αρνητική/μάλλον αρνητική. Οι προσδοκίες της πλειοψηφίας των φοιτητών/τριών για τη συνεργασία τους με τους νοσηλευτές (82%) και με τους ψυχολόγους (81,5%) επίσης χαρακτηρίστηκαν ως αρνητικές/μάλλον αρνητικές. Μικρή διαφορά εντοπίσαμε στον μέσο όρο των απαντήσεων των ερωτηθέντων όπου ο μέσος όρος σχετικά με τους γιατρούς ήταν υψηλότερος (2,03) από εκείνο της απάντησης σχετικά με τους νοσηλευτές και τους ψυχολόγους (1,87).

Ένα ερευνητικό μας ερώτημα ήταν κατά πόσο οι προσδοκίες των φοιτητών/τριών θα επηρεάζονταν από τις απόψεις τους για τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά. Το τεστ σημαντικότητας απέδειξε στατιστικά σημαντική σχέση μόνο όσον αφορά τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των γιατρών σχέση με τις προσδοκίες των φοιτητών/τριών για τη μελλοντική συνεργασία μαζί τους. Δηλαδή οι αρνητικές προσδοκίες των φοιτητών για τη συνεργασία τους με τους επαγγελματίες δεν φαίνεται να επηρεάζεται από την άποψη τους για τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών. Φάνηκε πως οι θετικές απόψεις για το επίπεδο των ακαδημαϊκών γνώσεων των γιατρών, δεν επηρέασαν τις προσδοκίες τους για τη μελλοντική συνεργασία μαζί τους. Ενώ οι αρνητικές απόψεις για το επίπεδο δεξιοτήτων επικοινωνίας και ικανότητας συνεργασίας των γιατρών φαίνεται να επηρέασαν αρνητικά τις προσδοκίες τους.

Το επόμενο θέμα που μας απασχόλησε ήταν το επίπεδο ενημέρωσης των φοιτητών/τριών για τις αρμοδιότητες και τον ρόλο των επαγγελματιών στα πλαίσια υγείας. Οι φοιτητές δήλωσαν σε ποσοστό 50,5% πως είναι «πάρα πολύ» ενημερωμένοι για τον μελλοντικό τους ρόλο σε πλαίσια υγείας (μέσος όρος:4,3) και «πολύ» ενημερωμένοι για τον αντίστοιχο ρόλο ψυχολόγων (μέσος όρος:3,8). Η ενημέρωση τους για τους γιατρούς (μέσος όρος: 3,9) και τους νοσηλευτές (μέσος όρος :3,6) παρουσίασε μεγαλύτερο εύρος κυμαίνοντας κυρίως από την τιμή «αρκετά» έως την τιμή «πολύ».

Επιπλέον υποθέσαμε πως όσο πιο ενημερωμένος είναι κάποιος για τον ρόλο και τις αρμοδιότητες του επαγγελματία τόσο πιο αναγκαία θα θεωρεί τη διεπιστημονική συνεργασία μαζί του. Η υπόθεση μας δεν επιβεβαιώθηκε για την πρόθεση διεπιστημονικής συνεργασίας με κανέναν επαγγελματία αλλά σημαντική στατιστικά συσχέτιση εντοπίσαμε μεταξύ της ενημέρωσης για το ρόλο των

νοσηλευτών και των απόψεων για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας μαζί τους. Το γεγονός αυτό εξηγείται από τα παρακάτω στοιχεία. Όπως έχουμε αναφέρει οι φοιτητές θεωρούν πιο αναγκαία την διεπιστημονική συνεργασία με γιατρούς και ψυχολόγους από ότι με τους νοσηλευτές. Παράλληλα αθροίζοντας τις απαντήσεις για τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών και με ανώτερη βαθμολογία το 40, οι νοσηλευτές είχαν το μικρότερο μέσο όρο με βαθμό 25,6 και το μεγαλύτερο εύρος, με χαμηλότερη τιμή 13. Συνεπώς η ενημέρωση για τις αρμοδιότητες των νοσηλευτών στον τομέα της υγείας δεν επηρέασε την αναγκαιότητα συνεργασίας μαζί τους γιατί αξιολογούνται χαμηλότερα στα επαγγελματικά τους χαρακτηριστικά και παράλληλα χαρακτηρίζονται από χαμηλότερο επαγγελματικό status.

3) Διεπιστημονική συνεργασία. Απόψεις για την αναγκαιότητα εφαρμογής της, τον τρόπο υλοποίησης της και τις αποκτηθείσες κατά την εκπαίδευση γνώσεις σχετικά με αυτή.

Οι ρίζες της διεπιστημονικής συνεργασίας εντοπίζονται στα νοσοκομεία κατά τη διάρκεια του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου. Οι γιατροί αποτελούσαν την κεφαλή των ιατρικών ομάδων όπου γιατροί και «πρακτικοί» νοσηλευτές φρόντιζαν για τη θεραπεία του σώματος και κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί για θέματα κοινωνικής ασφάλισης και αποκατάστασης (Pietroni, 1994 στο Payne, 2000). Η συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών κρίνεται απαραίτητη και έχει διάφορες μορφές όπως αναφέραμε σε προηγούμενο κεφάλαιο. Τα ερευνητικά μας αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την παραπάνω άποψη. Οι φοιτητές/τριες κοινωνικής εργασίας θεώρησαν την διεπαγγελματική συνεργασία αρκετά έως απολύτως απαραίτητη με μικρές διακυμάνσεις ανάλογα με την ειδικότητα του μελλοντικού συνεργάτη τους.

Συγκεκριμένα η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεώρησαν τη συνεργασία τους με τους ψυχολόγους «απολύτως» απαραίτητη με μέσο όρο 4,5, με τους γιατρούς «πολύ» απαραίτητη με μέσο όρο 4 και με τους νοσηλευτές «αρκετά έως πολύ» απαραίτητη με μέσο όρο 3,6. Πιθανώς, οι ερωτηθέντες να θεώρησαν λιγότερο σημαντική τη συνεργασία τους με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές επειδή ασχολούνται με τη σωματική υγεία αντίθετα με τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς.

Ένα ερώτημα που θέσαμε ήταν κατά πόσο οι φοιτητές/τριες κοινωνικής εργασίας θεωρούν πιο αναγκαία τη διεπιστημονική συνεργασία με τον κάθε

επαγγελματία αναλόγως με την άποψη τους για τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των άλλων επαγγελματικών κατηγοριών. Η υπόθεση μας επιβεβαιώθηκε μόνο σχετικά με τους νοσηλευτές. Το γεγονός αυτό μπορεί να εξηγείται από το υψηλότερο status που συνδέεται με το επάγγελμα των γιατρών αλλά και από την κοινή φύση του επαγγέλματος των ψυχολόγων και των κοινωνικών λειτουργών. Τα στοιχεία αυτά μπορεί να επηρεάζουν την θετική άποψη που έχουν οι ερωτηθέντες για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας με τους προαναφερθέντες κλάδους ανεξάρτητα από την άποψη τους για τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά τους.

Αναλυτικά την άποψη τους για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασία με τους νοσηλευτές αποδείχτηκε πως επηρεάστηκε από την άποψη τους σχετικά με : το επίπεδο ακαδημαϊκών γνώσεων των νοσηλευτών, την ικανότητα τους να συνεργαστούν και να δράσουν αυτόνομα, όπως και την ικανότητα τους να λαμβάνουν αποφάσεις που όπως είδαμε συγκεντρώσαν μέτρια βαθμολογία.

Εξίσου σημαντικό θεωρήσαμε τον τρόπο υλοποίησης της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων προτίμησε τη «θεσμοθετημένη συνεργασία στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας» με τους γιατρούς σε ποσοστό 61% και σε ποσοστό 60% με τους ψυχολόγους. Αντίθετα οι απαντήσεις σχετικά με τους νοσηλευτές χωρίζονταν περίπου ισόβαθμα στην περιστασιακή συνεργασία/συστηματική άτυπη επικοινωνία (35%), τη «συστηματική επίσημη επικοινωνία» (31,5%) και στη «θεσμοθετημένη συνεργασία στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας» (33,5%).

Η διαφορά ανάμεσα στα ποσοστά που αναλογούν για κάθε ειδικότητα στις απαντήσεις των φοιτητών αποδεικνύουν τον διαφορετικό τρόπο που αντιμετωπίζουν τους επαγγελματίες. Για παράδειγμα στις απαντήσεις «περιστασιακή συνεργασία» και «άτυπη επικοινωνία» τα επαγγέλματα υψηλού status συγκεντρώνουν πολύ χαμηλότερα ποσοστά από εκείνα των νοσηλευτών. Επίσης, όπως είδαμε παραπάνω τα ποσοστά των ερωτηθέντων που προτίμησαν τη θεσμοθετημένη συνεργασία στα πλαίσια διεπιστημονικών ομάδων με τους νοσηλευτές είναι πολύ χαμηλότερα από τα αντίστοιχα ποσοστά για τη συνεργασία με τους άλλους επαγγελματίες.

Ένα ακόμα θέμα που μας απασχόλησε ήταν το επίπεδο γνώσεων που παρέχει το εκπαιδευτικό σύστημα στους κοινωνικούς λειτουργούς στην Ελλάδα, δεδομένου ότι ένα σχετικό μάθημα με τη διεπιστημονική συνεργασία δεν είναι δυνατόν να υπάρχει στα προγράμματα σπουδών των ελληνικών τμημάτων κοινωνικής εργασίας. Στην έρευνα μας οι φοιτητές/τριες δήλωσαν πως το εκπαιδευτικό τους πρόγραμμα

παρέχει «αρκετές/πολλές γνώσεις» αναφορικά με την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας στον τομέα της υγείας.

Στη συνέχεια αναλύοντας τις παραπάνω απαντήσεις ανά τμήμα φοίτησης διαπιστώσαμε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα τους. Οι φοιτητές/τριες κοινωνικής εργασίας του τμήματος Κομοτηνής σε ποσοστό 54% αξιολόγησαν υψηλότερα τον βαθμό γνώσεων για τη διεπιστημονική συνεργασία που έλαβαν από τους υπόλοιπους φοιτητές. Ενώ στο τμήμα της Πάτρας και του Ηρακλείου η τιμή που συγκέντρωσε τα υψηλότερα ποσοστά ήταν το «αρκετά» μεγάλο βαθμό γνώσεων. Επιπλέον εντοπίσαμε πως οι απόψεις για τον βαθμό αναγκαιότητας διεπιστημονικής συνεργασίας κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών σχετίζονται με το επίπεδο γνώσεων σχετικά με τη διεπιστημονική συνεργασία που έλαβαν οι ερωτώμενοι κατά την εκπαίδευσή τους.

4) Προτάσεις.

Σε προηγούμενα κεφάλαια αναφερθήκαμε στην αξία της διεπιστημονικής συνεργασίας ώστε να αυξηθεί η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας και οι συμμετέχοντες στην έρευνά μας συμμερίστηκαν την άποψη αυτή. Το τελευταίο ερώτημα που θέσαμε στους φοιτητές/τριες ήταν ποιο μέτρο θεωρούν πως θα διευκόλυνε περισσότερο τη διεπιστημονική συνεργασία. Το 44,5% προτίμησε την θεσμοθέτηση λειτουργίας διεπιστημονικών ομάδων στα προγράμματα υγείας που όπως αναφέραμε νωρίτερα δεν προσδιορίζεται από τους υπάρχοντες νόμους σχετικά με τις αρμοδιότητες των επαγγελματιών στα πλαίσια υγείας στην Ελλάδα.

Η αποτελεσματικότητα των διεπιστημονικών ομάδων θα μπορούσε να αυξηθεί από την αντίστοιχη εκπαίδευση των συμμετεχόντων στη διεπιστημονική συνεργασία. Οι Hewstone και Brown (1986, στο Barnes, 2000) υποστήριξαν πως οι θετικές προσδοκίες, η ατμόσφαιρα συνεργασίας και το ισότιμο επαγγελματικό status των επαγγελματιών ενισχύουν τις πιθανότητες διεπιστημονικής εκπαίδευσης και συνεργασίας μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών.

Σε προηγούμενα κεφάλαια αναφερθήκαμε στην άποψη της Pirra Hall (2005) πως οι αξίες και η κουλτούρα κάθε επαγγέλματος μεταβιβάζεται στους εκκολαπτόμενους επαγγελματίες. Η ίδια υποστηρίζει πως η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε συνδυασμό με την κουλτούρα του επαγγέλματος ως έχουν γίνονται τροχοπέδη για την αρμονική συνεργασία τους. Το επόμενο μέτρο που προτείναμε ήταν η εκπαίδευση στην σημαντικότητα της διεπιστημονικής

συνεργασίας και επιλέχτηκε από το 23,5% των ερωτηθέντων. Κατά την άποψη μας καλό θα ήταν αυτό το μέτρο να εφαρμοστεί σε φοιτητές.

Διαπιστώσαμε ακόμα πως δεν υπάρχει σαφής προσδιορισμός καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των επαγγελματιών υγείας, με πιο τρανταχτό παράδειγμα εκείνο των ψυχολόγων που εργάζονται σε νοσοκομεία. Η αδυναμία αυτή του συστήματος υγείας δυσκολεύει την καθημερινότητα των επαγγελματιών υγείας. Οι Barnes et al. (2000) παρουσιάζουν την αποσαφήνιση των ρόλων ως απαραίτητο συστατικό της ουσιαστικής διεπιστημονικής συνεργασίας. Το 27% των ερωτηθέντων επέλεξαν τον προσδιορισμό ρόλων και αρμοδιοτήτων των επαγγελματιών υγείας ως καταλληλότερο μέτρο διευκόλυνσης της διεπαγγελματικής συνεργασίας. Η δική μας άποψη ταυτίζεται με εκείνη του 5% του δείγματος που πρότειναν την παράλληλη εφαρμογή όλων των παραπάνω μέτρων.

Τέλος, θα θέλαμε να προτείνουμε την πραγματοποίηση αντίστοιχης έρευνας σε φοιτητές ιατρικής, νοσηλευτικής και ψυχολογίας με σκοπό να συγκριθούν τα αποτελέσματα με τη δική μας έρευνα. Επίσης, χρήσιμη θεωρούμε την πραγματοποίηση αντίστοιχων ερευνών για τους επαγγελματίες υγείας των οποίων η άποψη θα στηρίζεται περισσότερο στην μακροχρόνια εμπειρία τους στο ελληνικό σύστημα υγείας. Η σύγκριση των παραπάνω ερευνητικών αποτελεσμάτων θα μας βοηθούσε να αποκτήσουμε ολοκληρωμένη άποψη για τα ερωτήματα μας και να μπορέσουμε στη συνέχεια να ανακαλύψουμε ουσιαστικές και αποτελεσματικότερες προτάσεις για την εφαρμογή του ολιστικού μοντέλου και της διεπιστημονικής συνεργασίας στην Ελλάδα.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλεξιάδης, Α.Α.Δ., (2000) *Δίκαιο της Υγείας. Δεοντολογία της Υγείας, Νομοθεσία – Νομολογία*. Θεσσαλονίκη: Μ. Δημοπούλου
2. Γεωργογιάννης, Π. (1996) *Θεωρίες της Κοινωνικής Ψυχολογίας, Τόμος 2*. Αθήνα: Gutenberg
3. Γκότοβος, Α.,(1996) *Ρατσισμός: Κοινωνικές, Ψυχολογικές και Παιδαγωγικές Όψεις μιας Ιδεολογίας και μιας Πρακτικής*, Αθήνα: ΓΓΛΕ
4. Δεκάζου-Στεφανοπούλου, Φ., (2006) «*Δεοντολογία*». Σημειώσεις διδασκαλίας σελ: 32-45
5. Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Συλλόγων Επαγγελματιών Ψυχολόγων (E.F.P.P.A.) (2010) *Κώδικας Ηθικής – Δεοντολογίας*. www.psychologia.gr [πρόσβαση 12 Φεβρουαρίου 2010]
6. Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., (2001) *Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα*. Αθήνα: Παπαζήση
7. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (2002), *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση
8. Ιωαννίδου-Johnson, Α. (1998) *Προκατάληψη Ποιος, Εγώ;* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
9. Καλλινικάκη, Θ., (1998) *Εισαγωγή στην κοινωνική εργασία. Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής εργασίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
10. Κατσορίδου Παπαδοπούλου, Χ., (2002) *Κοινωνική Εργασία με Ομάδες*. Αθήνα: Έλλην
11. Κυριόπουλος, Γ., Σίσσουρας, Α., (1997) *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα & Αυταπάτη*, Αθήνα: Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία
12. Κυριόπουλος, Γ., Σουλιώτης, Κ., (2002) *Οι Δαπάνες της Υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Παπαζήση
13. Μακρύγιαννη, Α.,(2008) *Κίνητρα επιλογής επαγγέλματος της Κοινωνικής Εργασίας- Συγκριτική μελέτη των απόψεων φοιτητών/φοιτητριών τμήματος Κοινωνικής Εργασίας Τ. Ε. Ι. Κρήτης και τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης*. Πτυχιακή Εργασία.
14. Μανιαδάκης, Ν., (2011) «Οι επτά πληγές της Δημόσιας υγείας». *Free Sunday* 13 Μαρτίου 2011, 128 σελ: 26-27
15. Μπέσης, Ν., (1993), *Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας IOBE*, Αθήνα

16. Ν.991/1979, *Για την άσκηση του επαγγέλματος του ψυχολόγου στην Ελλάδα και άλλες διατάξεις*. ΦΕΚ Α 287
17. Ν.1397/1983. *Εθνικό Σύστημα Υγείας*, ΦΕΚ Α 143
18. Ν. 2071/1992, *Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας*, ΦΕΚ Α 123
19. Ν.2194/1994, *Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας & άλλες διατάξεις*, ΦΕΚ Α 34
20. Ν.2519/97, *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Ε.Σ.Υ., οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις*, ΦΕΚ Α 165
21. Ν.2646/1998, *Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις*, ΦΕΚ Α 236
22. Ν.2889/2001, *Βελτίωση & εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ & άλλες διατάξεις*, ΦΕΚ Α 37
23. Ν.3329/2005. *Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις*, ΦΕΚ Α 81
24. Ν.3418/2005 *Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας*, ΦΕΚ Α 287
25. Ν. 2920/2001. *Σώμα Επιθεωρητών Υγείας και Πρόνοιας και άλλες διατάξεις*, ΦΕΚ Α 131/27.6.
26. Νιάκας, Δ. (1993), «*Υγεία και περιφερειακή ανάπτυξη. Η περιφερειακή πολιτική υγείας στην Ελλάδα*». Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας
27. Οικονόμου, Χ., (2004), *Πολιτικές Υγείας Στην Ελλάδα & Τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*. Διόνικος: Αθήνα
28. Ομπέση, Φ., (2005) *Δίκαιο Νοσηλευτικής Ευθύνης*. Αθήνα: Βήτα
29. Παπάς Α. (1998), *Διαπολιτισμική Παιδαγωγική και Διδακτική*, Τόμος Α', Αθήνα: Αυτοέκδοση
30. Παπανικολάου, Β.,(2007) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αρχές – Μέθοδοι και εφαρμογές*. Αθήνα: Παπαζήση
31. Παπαστάμου, Σ., Μάντογλου, Α. (1995) *Κοινωνικές Αναπαραστάσεις*. Αθήνα: Οδυσσέας
32. Πολύζος, Ν. (2005), *Δευτεροβάθμια-Τριτοβάθμια Περίθαλψη*. Στο: Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Υπουργείο

- Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, www.yyka.gov.gr
[πρόσβαση 6 Απριλίου 2010]
33. Προεδρικό Διάταγμα 216/2001 *Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας*, ΦΕΚ Α 216
34. Σαρρής, Μ., (2001) *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής*. Αθήνα: Παπαζήση
35. Σιγάλας, Ι., 2008. *Δημόσια Περίθαλψη προβλήματα και προοπτικές*. Δρ. Ιατρικής ΑΠΘ, Ιωάννινα. www.econ.uoi.gr [πρόσβαση 10 Απριλίου 2009]
36. ΣΚΛΕ – Π.Ο.Ε.Δ.Η.Ν., *Διερεύνηση του ανθρώπινου δυναμικού που εργάζεται στον τομέα της Κοινωνικής Εργασίας και στις υπηρεσίες που προσφέρει*. Πρακτικά Δηήμερου Πανελλήνιου Συνέδριου, 13-14 Δεκεμβρίου 1996, σελ: 207-222
37. ΣΚΛΕ (2010) *Αρχές δεοντολογίας των κοινωνικών λειτουργών*. www.skle.gr
[πρόσβαση 3 Μαρτίου 2010]
38. Σταθόπουλος, Π. Α., (1999) *Κοινωνική Πρόνοια*. Αθήνα: Έλλην
39. Σταθόπουλος, Π. Α., (2000) *Κοινοτική Εργασία, Διαδικασία, Μέθοδοι και Τεχνικές Παρέμβασης*. Αθήνα: Παπαζήση
40. Τεγόπουλος – Φυτράκης (1996), *Ελληνικό λεξικό*, Αθήνα: Αρμονία
41. Τούντας, Γ., (2003) *Οικονομία της υγείας*. www.mednet.gr [πρόσβαση 15 Απριλίου 2009]
42. Τούντας, Γ., (2010) «Η Ολιστική Αντίληψη για την Υγεία» *Ελευθεροτυπία*, www.Enet.gr [πρόσβαση 13 Αυγούστου 2010]
43. Τσαλίκης, Γ., (2008) *Η θεμελίωση της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα 1834-1934*, μετάφρ. Χρύσα Τσαλικίδου, Αθήνα: Παπαζήση

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

44. Barnes, D., Carpenter, J., Dickinson, C. (2000) “Interprofessional education for community mental health: attitudes to community care and professional stereotypes”, *Social Work Education*, 9(6), 565-583
45. Pierson, J. & Thomas M., (2006) *Collins Dictionary of Social Work*, reset edition, London: Harper Collins Publishers
46. Hall, P.(2005) “Interprofessional teamwork. Professional cultures as barriers”, *Journal of Interprofessional Care*, 19(2), 188-196

47. Hean, S., Clark, J.M., Adams, K., Humphris, D. (2006),(α) “Will opposites attract? Similarities and differences in students’ perceptions of the stereotype profiles of other health and social care professional groups”. *Journal of Interprofessional Care*, 20(2), 162-181
48. Hean, S., Clark, J.M., Adams, K., Humphris, D., Lathlean, J.(2006), (b) “Being seen by others as we see ourselves: the congruence between the ingroup and outgroup perceptions of health and social care students”, *Learning in Health and Social Care*, 5(1), 10-22
49. Payne, M., (2000) *Teamwork in Multiprofessional Care*. New York: Palgrave

ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

50. Downie, R.S., Calman, K.T., (1997) *Υγιής Σεβασμός: Η ηθική στην φροντίδα υγείας*, μετάφρ. Παπαγούνος, Γ., Παπαοικονόμου-Αποστολοπούλου, Αικ., Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα
51. Hogg, M.A. & Vaughan, G.M., (2010) *Κοινωνική ψυχολογία*, μετάφρ. Βασιλικός, Ερ. και Αρβανίτης, Αλ., Αθήνα: Gutenberg
52. Ma’Farre Marti, J. et al. (2000), *Σύγχρονη Ψυχολογία*, «Η επιρροή της ομάδας», τόμος 2^{ος}, Κεφ.18, μετάφρ. Σταματοπούλου, Μ., Αθήνα: Ευρωεκδοτική – Ινστιτούτο ιστορικών και πολιτιστικών μελετών
53. Ma’Farre Marti, J., Ma Garcia Lasheras, P. (2000), «Σύγχρονη Ψυχολογία - Λεξικό», μετάφρ. Οικονομοπούλου, Ν., Αθήνα: Ευρωεκδοτική – Ινστιτούτο ιστορικών και πολιτιστικών μελετών

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

54. www.ifsw.org [πρόσβαση 24 Μαρτίου 2010]
55. www.paidon-agiasofia.gr [πρόσβαση 16 Ιουνίου 2011]
56. www.psy.org [πρόσβαση 9 Σεπτεμβρίου 2010]
57. www.ygeia-pronoia.gr [πρόσβαση 4 Μαρτίου 2010]
58. www.yyka.gov.gr [πρόσβαση 5 Απριλίου 2010]

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Δ1.Φύλο : Άνδρας Γυναίκα

Δ2.Ηλικία

Δ3.Σχολή.....

Δ4. Τμήμα.....

Δ5.Έτος σπουδών: 3^ο 4^ο 4^ο και άνω

ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σ1.Πόσο αναγκαία θεωρείτε την διεπιστημονική συνεργασία στον τομέα της υγείας ανάμεσα σε:

| | Καθόλου αναγκαία | Λίγο αναγκαία | Αρκετά αναγκαία | Πολύ αναγκαία | Απολύτως αναγκαία |
|--|------------------|---------------|-----------------|---------------|-------------------|
| Κοινωνικούς λειτουργούς – γιατρούς | | | | | |
| Κοινωνικούς λειτουργούς – νοσηλευτές/τριες | | | | | |
| Κοινωνικούς λειτουργούς – ψυχολόγους | | | | | |

ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΑΖΙ ΤΟΥΣ

Γ1.Αν θεωρείτε ότι η διεπιστημονική συνεργασία κοινωνικού λειτουργού και γιατρού είναι αναγκαία:

Θα πρέπει να υλοποιείται περιστασιακά όταν προκύπτει ανάγκη

Θα πρέπει να υπάρχει συστηματική άτυπη επικοινωνία

Θα πρέπει να υπάρχει συστηματική επίσημη επικοινωνία

Θα πρέπει να υπάρχει θεσμοθετημένη συνεργασία στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας

Γ2.Ποιες είναι οι προσδοκίες σας για τη μελλοντική συνεργασία σας με τους γιατρούς:

Θα είναι θετική, θα υπάρχει κλίμα συνεργασίας και αλληλεγγύης

Θα είναι μάλλον θετική, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα

Θα είναι ουδέτερη

Θα είναι μάλλον αρνητική

Θα είναι αρνητική, θα χαρακτηρίζεται από δυσπιστία και σύγκρουση

Γ3. Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι οι γιατροί διαθέτουν τα παρακάτω (από 1=καθόλου έως 5= σε πολύ μεγάλο βαθμό):

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| Ακαδημαϊκές γνώσεις | | | | | |
| Αποδοτικότητα ως επαγγελματίες | | | | | |
| Δεξιότητες επικοινωνίας | | | | | |
| Ικανότητα στην λήψη αποφάσεων | | | | | |
| Ικανότητα συνεργασίας με τα άλλα επαγγέλματα στον τομέα υγείας | | | | | |
| Ικανότητα να δρουν αυτόνομα | | | | | |
| Εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στις ικανότητες τους | | | | | |
| Επαγγελματική αναγνώριση στον τομέα της υγείας | | | | | |

ΑΠΟΦΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΑΖΙ ΤΟΥΣ

N1. Αν θεωρείτε ότι η διεπιστημονική συνεργασία κοινωνικού λειτουργού και νοσηλευτή είναι αναγκαία:

Θα πρέπει να υλοποιείται περιστασιακά όταν προκύπτει ανάγκη

Θα πρέπει να υπάρχει συστηματική άτυπη επικοινωνία

Θα πρέπει να υπάρχει συστηματική επίσημη επικοινωνία

Θα πρέπει να υπάρχει θεσμοθετημένη συνεργασία στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας

N2. Ποιες είναι οι προσδοκίες σας για τη μελλοντική συνεργασία σας με τους νοσηλευτές:

Θα είναι θετική, θα υπάρχει κλίμα συνεργασίας και αλληλεγγύης

Θα είναι μάλλον θετική, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα

Θα είναι ουδέτερη

Θα είναι μάλλον αρνητική

Θα είναι αρνητική, θα χαρακτηρίζεται από δυσπιστία και σύγκρουση

N3.Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι οι νοσηλευτές/τριες διαθέτουν (από 1=καθόλου έως 5=σε πολύ μεγάλο βαθμό) :

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| Ακαδημαϊκές γνώσεις | | | | | |
| Αποδοτικότητα ως επαγγελματίες | | | | | |
| Δεξιότητες επικοινωνίας | | | | | |
| Ικανότητα στην λήψη αποφάσεων | | | | | |
| Ικανότητα συνεργασίας με τα άλλα επαγγέλματα στον τομέα υγείας | | | | | |
| Ικανότητα να δρουν αυτόνομα | | | | | |
| Εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στις ικανότητες τους | | | | | |
| Επαγγελματική αναγνώριση στον τομέα της υγείας | | | | | |

ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΑΖΙ ΤΟΥΣ

Ψ1.Αν θεωρείτε ότι η διεπιστημονική συνεργασία κοινωνικού λειτουργού και ψυχολόγου είναι αναγκαία:

- Θα πρέπει να υλοποιείται περιστασιακά όταν προκύπτει ανάγκη
- Θα πρέπει να υπάρχει συστηματική άτυπη επικοινωνία
- Θα πρέπει να υπάρχει συστηματική επίσημη επικοινωνία
- Θα πρέπει να υπάρχει θεσμοθετημένη συνεργασία στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας

Ψ.2Ποιες είναι οι προσδοκίες σας για τη μελλοντική συνεργασία σας με τους ψυχολόγους:

- Θα είναι θετική, θα υπάρχει κλίμα συνεργασίας και αλληλεγγύης
- Θα είναι μάλλον θετική, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα
- Θα είναι ουδέτερη
- Θα είναι μάλλον αρνητική
- Θα είναι αρνητική, θα χαρακτηρίζεται από δυσπιστία και σύγκρουση

Ψ3.Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι οι ψυχολόγοι διαθέτουν (από 1=καθόλου έως 5= σε πολύ μεγάλο βαθμό):

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| Ακαδημαϊκές γνώσεις | | | | | |
| Αποδοτικότητα ως επαγγελματίες | | | | | |
| Δεξιότητες επικοινωνίας | | | | | |
| Ικανότητα στην λήψη αποφάσεων | | | | | |
| Ικανότητα συνεργασίας με τα άλλα επαγγέλματα στον τομέα υγείας | | | | | |
| Ικανότητα να δρουν αυτόνομα | | | | | |
| Εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στις ικανότητες τους | | | | | |
| Επαγγελματική αναγνώριση στον τομέα της υγείας | | | | | |

ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ

Κ.1Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί διαθέτουν (από 1=καθόλου έως 5= σε πολύ μεγάλο βαθμό):

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| Ακαδημαϊκές γνώσεις | | | | | |
| Αποδοτικότητα ως επαγγελματίες | | | | | |
| Δεξιότητες επικοινωνίας | | | | | |
| Ικανότητα στην λήψη αποφάσεων | | | | | |
| Ικανότητα συνεργασίας με τα άλλα επαγγέλματα στον τομέα υγείας | | | | | |
| Ικανότητα να δρουν αυτόνομα | | | | | |
| Εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στις ικανότητες τους | | | | | |
| Επαγγελματική αναγνώριση στον τομέα της υγείας | | | | | |

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΤΕ ΤΙΣ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ, ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Γ.1 Αξιολογείστε την σημαντικότητα της συνεισφοράς των παρακάτω επαγγελματιών στον τομέα της υγείας από 1 (καθόλου σημαντική) ως 5 (πάρα πολύ σημαντική)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------|---|---|---|---|---|
| Κοινωνικοί λειτουργοί | | | | | |
| Γιατροί | | | | | |
| Νοσηλεύτές/τριες | | | | | |
| Ψυχολόγοι | | | | | |

Γ2. Σε ποιο βαθμό είστε ενημερωμένος/η για τις αρμοδιότητες και το ρόλο των παρακάτω επαγγελματιών στον τομέα της υγείας (από 1=καθόλου ενημερωμένος/η έως 5=πολύ ενημερωμένος/η)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------|---|---|---|---|---|
| Κοινωνικοί λειτουργοί | | | | | |
| Γιατροί | | | | | |
| Νοσηλεύτές/τριες | | | | | |
| Ψυχολόγοι | | | | | |

Γ3. Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό η εκπαίδευσή σας παρέχει γνώσεις για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας με άλλα επαγγέλματα υγείας (από 1= δεν παρέχει καθόλου γνώσεις ως 5= παρέχει πάρα πολλές γνώσεις)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Γ4. Κατά την άποψή σας ποια μέτρα θα διευκόλυναν την διεπιστημονική συνεργασία:

Να δοθεί έμφαση στα πλαίσια της εκπαίδευσης στην σημαντικότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας

Θεσμοθέτηση της λειτουργίας διεπιστημονικής ομάδας στα προγράμματα υγείας

Προσδιορισμός καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των επαγγελματιών υγείας στα συγκεκριμένα προγράμματα υγείας

Άλλο

.....

