



---

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**«Στάσεις και απόψεις νοσηλευτών/νοσηλευτριών για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς και την ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας μαζί τους στο χώρο του νοσοκομείου»**

Υπεύθυνη καθηγήτρια: Παπαδάκη Ελένη

Σπουδάστριες: Αρχοντάκη Βάσω  
Μακράκη Βιργινία  
Παρσωτάκη Ειρήνη

Ηράκλειο 2013

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ.1
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>σελ.2</b>
1.1 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας .....	σελ.3
1.2 Δευτεροβάθμια – Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας .....	σελ.6
1.3 Ιστορική αναδρομή της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα...σελ.8	
1.4 Οργάνωση και δομή νοσοκομείων.....σελ.9	
1.5 Προβλήματα νοσοκομειακής περίθαλψης.....σελ.10	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	
2.1 Από το ιατροκεντρικό μοντέλο στην ομάδα υγείας.....σελ.12	
2.2 Η διεπιστημονική συνεργασία στο χώρο της υγείας.....σελ.15	
2.3 Παράγοντες που επιδρούν στη λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας.....σελ.17	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ</b>	
3.1 Ιστορική αναδρομή Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα της υγείας.....σελ.19	
3.2 Ο ρόλος και οι αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της υγείας.....σελ.20	
3.2.1 Τμήμα επείγοντων περιστατικών.....σελ.24	
3.2.2 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου.....σελ.26	
3.3 Κοινωνικές υπηρεσίες στον τομέα της υγείας.....σελ.28	
3.3.1 Οι αρμοδιότητες του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου.σελ.29	
3.3.2 Αρμοδιότητες του προϊσταμένου της Κοινωνικής Υπηρεσίας.....σελ.31	
3.3.3 Οργάνωση και λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας.....σελ.32	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ...σελ.34</b>	
4.1 Παρεχόμενη εκπαίδευση νοσηλευτικής στην Ελλάδα.....σελ.35	
4.2 Ο ρόλος και οι αρμοδιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού.....σελ.36	
4.3 Οργάνωση και δομή της νοσηλευτικής υπηρεσίας.....σελ.41	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	

5.1 Εισαγωγή.....	σελ.43
5.2 Σκοπός κα στόχοι της έρευνας.....	σελ.43
5.3 Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις εργασίας.....	σελ.43
5.4 Πεδίο μελέτης.....	σελ.45
5.5 Δειγματοληψία.....	σελ.45
5.6 Τεχνικές συλλογής στοιχείων.....	σελ.45
5.7 Κατασκευή ερευνητικού εργαλείου.....	σελ.46
5.8 Στατιστική ανάλυση.....	σελ.47
5.9 Εκτίμηση δυσκολιών για την πραγματοποίηση της μελέτης.....	σελ.47
5.10 Ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν.....	σελ.47

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ**

6.1 Ανάλυση-πίνακες συχνοτήτων.....	σελ.48
6.2 Συσχετίσεις μεταβλητών.....	σελ.64

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΣΥΖΗΤΗΣΗΣ.....σελ.67**

### **ΕΠΙΛΟΓΟΣ –ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....σελ.72**

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.73**

### **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....σελ.75**

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Στην παρούσα εργασία σκοπό έχουμε να ασχοληθούμε με τις στάσεις και τις απόψεις των νοσηλευτών/τριών σχετικά με τους κοινωνικούς λειτουργούς και κατά πόσο θεωρούν οι ίδιοι ότι υπάρχει ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας μαζί τους. Με αφορμή την έρευνα που έχει ήδη γίνει και αναφέρεται στις απόψεις των κοινωνικών λειτουργών για τους νοσηλευτές, θεωρήσαμε σημαντικό να γίνει επιπλέον έρευνα ώστε να δούμε τις απόψεις από την αντίθετη πλευρά (δηλ. τις απόψεις των νοσηλευτών για τους κοινωνικούς λειτουργούς). Ο στόχος που έχουμε θέσει για τη συγκεκριμένη εργασία είναι να σας πληροφορήσουμε και να πληροφορηθούμε σχετικά με τα προβλήματα που παρουσιάζονται στο χώρο της υγείας μεταξύ των δυο επαγγελματιών υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στα επίπεδα φροντίδας υγείας, το πρωτοβάθμιο, το δευτεροβάθμιο και το τριτοβάθμιο, θα γίνει αναφορά στην ιστορική εξέλιξη της νοσοκομειακής περίθαλψης, τα προβλήματα που αντιμετωπίζει αλλά και τη δομή και οργάνωση των νοσοκομείων. Στο δεύτερο κεφάλαιο, θα γίνει αναφορά στα μοντέλα διεπιστημονικής ομάδας στο χώρο της υγείας, τη διεπιστημονική συνεργασία και τους παράγοντες που την επηρεάζουν.

Στο κεφάλαιο τρία θα γίνει μια ιστορική αναδρομή της κοινωνικής εργασίας στο χώρο της υγείας, θα αναφερθούμε στο ρόλο και τις αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της υγείας και θα συνεχίσουμε με την αναφορά στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, τις αρμοδιότητες του προϊσταμένου αλλά και τη δομή και λειτουργία της.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στην παρεχόμενη εκπαίδευση νοσηλευτικής στην Ελλάδα, στις αρμοδιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και τη δομή και οργάνωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

Για τη συγκεκριμένη έρευνα που διεξήγαμε θεωρούμε ότι η βιβλιογραφία που υπάρχει είναι αρκετά περιορισμένη καθώς δεν βρέθηκαν εκτενείς αναφορές για το συγκεκριμένο θέμα. Πιο αναλυτικά θα λέγαμε ότι υπάρχει ελλιπής αναφορά περισσότερο όσον αφορά τη διεπιστημονική συνεργασία στο χώρο της υγείας καθώς και για τα μοντέλα διεπιστημονικής ομάδας.

Η μέθοδος έρευνας που χρησιμοποιήσαμε είναι ποσοτική μέσω ερωτηματολογίου, το οποίο μοιράστηκε σε νοσηλευτές στα νοσοκομεία της Κρήτης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σύστημα Υγείας είναι «το σύνολο των υγειονομικών μονάδων οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεξάρτηση με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού» (Θεοδώρου κ.α., 2001: 64).

Σύμφωνα με τον Θεοδώρου και τους συνεργάτες του (2001) τα κύρια χαρακτηριστικά ενός συστήματος υγείας είναι:

- Η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας: Η δυνατότητα των υπηρεσιών υγείας να λειτουργούν χωρίς χρονικούς περιορισμούς.
- Η προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας: Κάθε άτομο έχει την δυνατότητα και το δικαίωμα ισότιμης παροχής φροντίδας από τις υπηρεσίες υγείας, ανεξάρτητα από την κοινωνικό-οικονομική θέση που κατέχει.
- Η συνέχεια στην προσφορά υπηρεσιών υγείας: Η προσφορά υπηρεσιών υγείας δεν έχει να κάνει μόνο με την αντιμετώπιση μιας ασθένειας αλλά και τα στάδια πριν και μετά την αντιμετώπιση της νόσου.

**Επίπεδα περίθαλψης:** Σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες η σύγχρονη δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας περιλαμβάνει δύο μορφές περίθαλψης και τρία επίπεδα οργάνωσης. Τα συστήματα αυτά ενώ έχουν κοινά οργανωτικά, λειτουργικά και δομικά χαρακτηριστικά, διαθέτουν διαφορές ως προς την μορφή και τον τρόπο χρηματοδότησης. Οι μορφές περίθαλψης είναι οι εξής:

1. Η εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή περίθαλψη, την οποία αποτελούν οι υπηρεσίες που παρέχονται από τους γενικούς- οικογενειακούς γιατρούς όπως και άλλους επαγγελματίες υγείας και οι οποίες συνθέτουν την πρωτοβάθμια φροντίδα.
2. Η νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη, η οποία παρέχεται από ειδικευμένους γιατρούς μέσα στα πλαίσια του νοσοκομείου και η οποία εντάσσεται στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας .

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στην πρώτη επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας, το οποίο παρέχεται στα κέντρα υποδοχής των ασθενών. Ο τρόπος οργάνωσης της παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών που παρέχει το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, καθορίζει και το μέγεθος του πληθυσμού που εξυπηρετεί, το οποίο μπορεί να κυμαίνεται από 500-50.000 άτομα (Θεοδώρου κ.α. , 2001).

Το δευτεροβάθμιο επίπεδο αναφέρεται στην περίθαλψη που παρέχεται στους ασθενείς από γιατρούς βασικών ειδικοτήτων μέσα στα πλαίσια του γενικού νοσοκομείου της περιοχής. Το γενικό νοσοκομείο καλύπτει βασικά προβλήματα υγείας των κατοίκων μιας περιοχής, οι οποίοι χρειάζονται ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και απευθύνεται σε ένα πληθυσμό που κυμαίνεται από 50.000- 500.000 κατοίκους. Το νοσοκομείο διαθέτει 100-600 κλίνες όπως επίσης όλες τις βασικές κλινικές, παρακλινικές και εργαστηριακές ειδικότητες (Θεοδώρου κ.α. ,2001).

Το τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται σε δύσκολες, περίπλοκες και εξειδικευμένες περιπτώσεις ασθενών που χρειάζονται αντιμετώπιση. Η περίθαλψη παρέχεται από γιατρούς που εργάζονται στο περιφερειακό νοσοκομείο, το οποίο είναι στελεχωμένο με εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και διαθέτει μηχανήματα σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας. Το νοσοκομείο καλύπτει από 500.000-1,5 εκατομμύριο άτομα (Θεοδώρου κ.α. ,2001).

Σύμφωνα με τον Θεοδώρου (2001) εκτός από τα τρία επίπεδα περίθαλψης που αναφέρονται παραπάνω θα μπορούσε να αναφερθεί και ένα τέταρτο, στο οποίο η φροντίδα παρέχεται από το οικογενειακό και ευρύτερο φιλικό και συγγενικό περιβάλλον του ασθενή. Κατά τον Γερμενή (στο Θεοδώρου, 2001:96) «αυτοφροντίδα είναι οι δραστηριότητες υγείας που αναλαμβάνονται από άτομα ή κοινωνικές ομάδες πέρα από τα πλαίσια των υγειονομικών σχηματισμών».

Στόχος του κάθε συστήματος υπηρεσιών περίθαλψης είναι η παροχή ιατρικών και υγειονομικών υπηρεσιών με το καλύτερο και αποδοτικότερο τρόπο, με το λιγότερο δυνατό κόστος, χωρίς να υπάρξει κίνδυνος για τον ασθενή (Θεοδώρου κ.α., 2001). Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται σε όλους τους πολίτες της Ελλάδας, της Ευρώπης, όπως και σε κάθε άλλο άτομο που χρειάζεται βοήθεια, ανεξάρτητα από τη χώρα προέλευσης, το φύλο και την νόσο από την οποία μπορεί να ασθενεί (Αδαμόπουλος, 1992).

### **1.1 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**

Σύμφωνα με την διακήρυξη της Άλμα-Άτα (Θεοδώρου κ.α, 2001:43): «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η βασική φροντίδα η οποία βασίζεται σε πρακτικές επιστημονικά τεκμηριωμένες, σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμισθούν σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης

της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικό-οικονομικού οικοδομήματος. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας.»

Σύμφωνα με τον Αδαμόπουλο (1992) οι στόχοι και η λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι κυρίως η διάγνωση και θεραπεία οξέων και χρόνιων νοσημάτων, η διακομιδή του βαρέως πάσχοντος και του αρρώστου (όταν αυτό κριθεί αναγκαίο από τους γιατρούς σε κατάλληλη και εξειδικευμένη μονάδα νοσοκομειακής περίθαλψης) η προαγωγή υγείας, η κατ' οίκον νοσηλεία, η αποκατάσταση του ασθενή μετά την ύφεση της οξείας φάσης της νόσου και η πρόληψη.

**Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από φορείς οι οποίοι ανήκουν στην Πολιτεία και οι οποίοι είναι οι εξής:**

- ✓ Υγειονομικοί Σταθμοί,
- ✓ Κέντρα Υγείας,
- ✓ Κινητές Μονάδες,
- ✓ Εξωτερικά Ιατρεία Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων,
- ✓ Ιατρεία Ασφαλιστικών Οργανισμών,
- ✓ Ιδιωτικός Τομέας Υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται και από την ιδιωτική πρωτοβουλία μέσω των ελεύθερων επαγγελματιών, οι οποίοι έχουν την δυνατότητα να συνάψουν σύμβαση με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και έτσι να παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες φροντίδας στους πολίτες που είναι ασφαλισμένοι στα συγκεκριμένα ταμεία (Αδαμόπουλος, 1992).

Οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχονται από γιατρούς γενικής ιατρικής, από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων και από άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι υπηρεσίες μπορούν να παρέχονται σε ιδιωτικά ιατρεία που διαθέτουν οι γιατροί, σε κρατικά ιατρεία, σε κρατικά κέντρα υγείας και σε εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (Θεοδώρου κ.α., 2001).

### **Ιστορική αναδρομή**

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη ακολούθησε την πορεία εξέλιξης του ευρύτερου συστήματος υγείας, καθώς αποτελεί υποσύστημα αυτού του συστήματος. Η πορεία

αυτή χαρακτηρίζεται από πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές καταστάσεις που κυριάρχησαν τον τελευταίο ενάμισο αιώνα στην Ελλάδα. Όλα αυτά επηρέασαν την ανάπτυξη του συστήματος υγείας με αποτέλεσμα την υπανάπτυξη του. Φυσικά, όλα αυτά τα χρόνια έχουν γίνει και σημαντικά βήματα σ' αυτό τον τομέα, παρ' όλα αυτά δεν μπορεί να υποστηριχθεί ότι το σύστημα υγείας είναι οργανωμένο και αποτελεσματικό(Θεοδώρου κ.α.,2001).

Μέχρι το τέλος του δεύτερου παγκόσμιου πολέμου, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχονταν από το κράτος μόνο σε περιόδους εξάρσεως νόσων και επιδημιών. Αντίθετα, εκείνη την περίοδο σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας κατείχαν η εκκλησία και η φιλανθρωπία, όπως και κάποια ταμεία αυτοβοήθειας που είχαν αρχίσει να δημιουργούνται. Το 1923, κατά τον Ζηλίδη (Θεοδώρου κ.α. 2001:261) ψηφίστηκε ο νόμος «περί οργανώσεως της περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας». Ο νόμος αυτός προέβλεπε τη λειτουργία δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων, δημιουργώντας έτσι για πρώτη φορά ένα πλαίσιο οργάνωσης της δημόσιας υγείας στην επαρχία. Επίσης, το 1934 ψηφίστηκε ο νόμος 6298 για την ίδρυση του Ι.Κ.Α, που μετέπειτα εξελίχτηκε στον βασικότερο παραγωγό υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Τα παραπάνω υπήρξαν οι κυριότερες κρατικές παρεμβάσεις της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης για εκείνη την περίοδο (Θεοδώρου κ.α.,2001).

Η μεταπολεμική περίοδος χαρακτηρίζεται από γρήγορη ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καθώς η κρατική πρωτοβουλία γίνεται πιο εμφανής όσον αφορά το οργανωτικό πλαίσιο του συστήματος όσο και στο νομοθετικό έργο. Πολλές από τις σημαντικές πρωτοβουλίες εκείνη την περίοδο, ήταν η ψήφιση του νόμου 3487, το 1955, «περί κοινωνικής ασφάλισης των αγροτών». Ο νόμος αυτός προέβλεπε την ίδρυση κοινοτικών και αγροτικών ιατρείων για την κάλυψη των αναγκών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης του αγροτικού πληθυσμού. Επίσης, με το νόμο 4169 ιδρύθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α) για την παροχή ασφάλισης στους αγρότες. Επιπλέον, το 1983 γίνεται ένα σημαντικό βήμα για την πρωτοβάθμια φροντίδα, καθώς ψηφίζεται ο νόμος 1397, βάση του οποίου αποπειράται η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας υγείας που θα παρέχεται από τα κέντρα υγείας και τους γενικούς γιατρούς. Μπορεί να μην εφαρμόστηκε ολοκληρωτικά ο νόμος αλλά είναι σημαντικό να τονιστεί ότι με βάση αυτό το νόμο κατασκευάστηκαν και λειτούργησαν 170 κέντρα υγείας σ' όλη την περιφέρεια της Ελλάδας (Θεοδώρου κ.α. , 2001).



## **Προβλήματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Τα βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζει η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη στην Ελλάδα, σύμφωνα με τον Θεοδώρου Μ. (2001) είναι τα εξής:

- Σημαντικές ελλείψεις σε εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Δεν είναι τυχαίο, ότι ενώ απαιτούνται 5.000 γιατροί γενικής ιατρικής υπάρχουν μόνο 560.
- Μεγάλες ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή, που δημιουργεί προβλήματα κυρίως στα αστικά κέντρα, με αποτέλεσμα οι υπηρεσίες που προσφέρονται να περιορίζονται στις στοιχειώδεις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.
- Οι μισθοί των γιατρών κατά κύριο λόγο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι χαμηλοί, με αποτέλεσμα πολλές φορές να παρατηρείται απροθυμία εκ' μέρους τους, χαμηλή παραγωγικότητα και αυθαίρετος περιορισμός του ωαρίου τους.
- Η αξιοπιστία του συστήματος είναι αρκετά χαμηλή με αποτέλεσμα οι ασθενείς είτε να προσφεύγουν σε ένα άλλο γιατρό του κρατικού συστήματος περίθαλψης, είτε να απευθύνονται σε εξωτερικούς γιατρούς και έτσι να δημιουργούνται πολλά προβλήματα, όπως, επιπλέον δαπάνες, υπερφόρτωση του συστήματος και ακύρωση του δωρεάν χαρακτήρα του συστήματος.

### **1.2 Δευτεροβάθμια-τριτοβάθμια φροντίδα υγείας**

Η Δευτεροβάθμια Περίθαλψη παρέχεται από τα Νομαρχιακά νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν σε κάθε νομό και ο σκοπός της λειτουργίας τους είναι να καλύψουν τις ανάγκες των κατοίκων της περιοχής αλλά και άλλων ατόμων που μπορεί να υπάγονται σε άλλες περιοχές της Ελλάδας ή να κατάγονται από άλλες χώρες, χωρίς να υπάρξει καμία διάκριση στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι πολίτες που χρειάζονται περίθαλψη, αρχικά προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία που λειτουργούν σε κάθε Νομαρχιακό Νοσοκομείο και έπειτα, εφόσον κριθεί απαραίτητο, εισάγονται στο Νοσοκομείο (Αδαμόπουλος, 1992).

Η Τριτοβάθμια Περίθαλψη παρέχεται κατά κύριο λόγο από τα Περιφερειακά Νοσοκομεία. Τα Περιφερειακά Νοσοκομεία λειτουργούν στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας και κατέχουν πιο εξειδικευμένο προσωπικό όπως και αρτιότερο τεχνολογικό εξοπλισμό. Επιπλέον, η Τριτοβάθμια Περίθαλψη μπορεί να παρέχεται και από τα ειδικά Νοσοκομεία, που λειτουργούν σε κάποιες περιοχές της Ελλάδας και τα οποία προσφέρουν υπηρεσίες υγείας που αφορούν συγκεκριμένες ιατρικές ειδικότητες (Αδαμόπουλος, 1992).

Σύμφωνα με τον Θεοδώρου Μ. (2001), η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται στην Ελλάδα μέσω 400 δημόσιων, ιδιωτικών και ειδικών νοσοκομείων με 53.388 κλίνες. Πιο συγκεκριμένα παρέχεται από:

- ❖ Τα 128 νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ, από τα οποία τα 119 είναι γενικά και ειδικά και διαθέτουν 27.844 κλίνες και τα 9 είναι ψυχιατρικά νοσοκομεία με 6.198 κλίνες. Από αυτά, τα 95 παρέχουν υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας και τα 23 Τριτοβάθμιας Φροντίδας.
- ❖ Τα 23 δημόσια Νοσοκομεία εκτός του Ε.Σ.Υ, από τα οποία τα 21 είναι γενικά και διαθέτουν 3.669 κλίνες και τα 2 είναι ψυχιατρικά Νοσοκομεία με 394 κλίνες. Από αυτά, τα 14 εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, 2 από το Υπουργείο Παιδείας, 2 από το Υπουργείο Δικαιοσύνης και 5 από το Ι.Κ.Α.
- ❖ Τα 249 ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, από τα οποία τα 209 είναι γενικά με 11.060 κλίνες και τα 40 είναι ψυχιατρικά Νοσοκομεία και διαθέτουν 4.219 κλίνες.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα απορροφά το 55% των συνολικών δαπανών που χρησιμοποιούνται για τον τομέα της υγείας, και το οποίο δαπανάται στην πληρωμή του προσωπικού του νοσοκομείου (ιατρικό, νοσηλευτικό κτλ.). Τα νοσοκομεία στην χώρα μας χρηματοδοτούνται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό, ένα μικρό ποσοστό χρηματοδοτείται από τα ασφαλιστικά ταμεία για τις υπηρεσίες που παρέχουν τα νοσοκομεία στους ασφαλισμένους. Τα ταμεία υγείας αποζημιώνουν τα νοσοκομεία με βάση ένα ημερήσιο νοσήλιο, το οποίο όμως είναι πολύ χαμηλότερο από το πραγματικό κόστος που έχουν ημερήσια τα νοσοκομεία. Με αποτελέσματα τα ταμεία υγείας να διαθέτουν ένα ποσοστό 13% των προϋπολογισμών των νοσοκομείων, ενώ το κράτος μπορεί να δώσει επιχορήγηση που φθάνει το 74% (Θεοδώρουκ.α.,2001).

Σύμφωνα με τον Θεοδώρου (2001:309), «η διατήρηση αυτού του συστήματος χρηματοδότησης έχει σαν αποτέλεσμα τη συνεχή διόγκωση των δαπανών, μη επιτρέποντας ταυτόχρονα την αποδοτική και αποτελεσματική χρήση των νοσοκομειακών πόρων».

### **1.3 Ιστορική αναδρομή της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα**

Η ιστορική εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης αλλά και του τρόπου παροχής φροντίδας προς το άτομο και την κοινότητα επηρεάζεται σε κάθε εποχή από τις κυρίαρχες κοινωνικές, πολιτιστικές και οικονομικές συνθήκες (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Από το 1827 μέχρι σήμερα έχουν αλλάξει πολλά στην παροχή φροντίδας από τα νοσοκομεία. Τα πρώτα νοσοκομεία που ιδρύθηκαν στην Ελλάδα δημιουργήθηκαν από φιλανθρωπίες ιδιωτών και σε ορισμένες περιπτώσεις με την βοήθεια δήμων και κοινοτήτων. Έτσι, το 1827 δημιουργείται το πρώτο νοσοκομείο στη Σύρο και το 1836 ιδρύεται στην Αθήνα το «Δημοτικό Νοσοκομείο». Στα πρώτα νοσοκομεία έβρισκαν κυρίως φροντίδα άποροι και φτωχοί πολίτες. Εκείνη την περίοδο υπήρχαν μεγάλες εξάρσεις από διάφορα λοιμώδη νοσήματα και έτσι η προσοχή του κράτους ήταν στραμμένη σε εκείνα τα ζητήματα. Αυτό διαπιστώνεται από την θέσπιση υγειονομικού κανονισμού και από τη δημιουργία «Ιατρικής Αστυνομίας» από το κράτος. Επίσης, το 1917 ιδρύθηκε το «Υπουργείο Περίθαλψης», με κύριο μέλημα του την εγκατάσταση των προσφύγων μετά από τους Βαλκανικούς και τον πρώτο παγκόσμιο πόλεμο. Μετέπειτα, μετονομάστηκε σε «Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας»(Θεοδώρου κ.α.,2001).

Η περίοδος από το 1923- 1982 χαρακτηρίζεται από ενεργητική παρέμβαση του κράτους στο θέμα της υγείας με την δημιουργία γενικών και ειδικών νοσοκομείων. Το 1946 στα πλαίσια του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών δημιουργείται η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, και τον ίδιο χρόνο ιδρύεται η Unisef με σκοπό την προστασία των παιδιών. Σύμφωνα με τον Θεοδώρου (2001), από εκείνη την χρονική περίοδο αρχίζει η ραγδαία ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας με πολλές σημαντικές ιατρικές και φαρμακευτικές ανακαλύψεις. Η οικονομική κρίση όμως της δεκαετίας του '70 θα σταματήσει την ανοδική πορεία ανάπτυξης του συστήματος υγείας (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Την περίοδο από το 1983 μέχρι και σήμερα έγιναν μεγάλα βήματα ώστε να δημιουργηθεί το σημερινό σύστημα υγείας. Μια σημαντική μεταρρύθμιση ήταν η ψήφιση του νόμου Ν. 1397/1983 που όριζε την εγκαθίδρυση ενός «Εθνικού Συστήματος Υγείας». Με την ψήφιση του παραπάνω νόμου υπήρξε πλήρης δημοσιοποίηση του νοσοκομειακού τομέα. Επίσης, με τον νόμο 1397/83 καθιερώθηκε για πρώτη φορά ο θεσμός της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των νοσοκομειακών γιατρών όπως επίσης απαγόρευσε την ανέγερση και λειτουργία νέων ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Παρά την προοπτικές που υπήρχαν, ο νόμος του «Εθνικού Συστήματος Υγείας» δεν κατάφερε να αλλάξει τα δεδομένα στον τομέα της χρηματοδότησης των νοσοκομείων, με αποτέλεσμα την δημιουργία μεγάλων ελλειμμάτων στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων και την κάλυψη τους από τον κρατικό προϋπολογισμό. Την δεκαετία του '80 η τιμή του ημερήσιου

κλειστού νοσηλίου ήταν στο 1/10 του πραγματικού κόστος. Τα μεγάλα προβλήματα που δημιουργήθηκαν και ο ελλιπής προγραμματισμός επέφερε στο σύστημα μια νοσοκομειοκεντρική ανάπτυξη που απείχε πολύ από τις φιλοδοξίες που είχε το αρχικό σύστημα του Ε.Σ.Υ.(Θεοδώρου κ.α.,2001).

Με το νόμο 2071/1992 επιτρέπεται και πάλι η δημιουργία ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων. Η τιμή του ημερήσιου κλειστού νοσηλίου αυξάνεται πάνω από 600% με αποτέλεσμα την δημιουργία καινούργιων προβλημάτων στην χρηματοδότηση των νοσοκομείων, με την μετάθεση του προβλήματος στους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών φορέων, οι οποίοι για πρώτη φορά βρέθηκαν με ελλείμματα. (Θεοδώρου κ.α., 2001).

#### **1.4 Οργάνωση και δομή νοσοκομείων**

Σύμφωνα με το άρθρο 7 του νόμου 1397/1983 όλα τα νοσοκομεία υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι νομικά πρόσωπα δημόσιου δικαίου(Αναπλιώτη-Βαζαίου,1985).

Τα νοσοκομεία διοικούνται από το Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο είναι επταμελές και αποτελείται από τον πρόεδρο, τον αντιπρόεδρο, δυο μέλη που διορίζονται από το υπουργείο όπως επίσης και εκπροσώπους των γιατρών που εργάζονται στο νοσοκομείο, των υπόλοιπων εργαζομένων και της τοπικής αυτοδιοίκησης της περιοχής όπου ανήκει το νοσοκομείο (Θεοδώρου Μ. κ.α., 2001). Για κάθε μέλος ορίζεται ένας αναπληρωτής. Η θητεία των μελών είναι τριετής και η συγκρότηση του συμβουλίου γίνεται με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Ο πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου συντονίζει και ελέγχει το έργο όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους. Ο πρόεδρος και αντιπρόεδρος του συμβουλίου προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο με πλήρη απασχόληση και έτσι καταβάλλεται σ' αυτούς μηνιαία αμοιβή που ορίζεται με κοινή απόφαση από τους υπουργούς Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Με όμοια απόφαση καταβάλλεται στα διοικητικά μέλη αποζημίωση κατά συνεδρίαση (Αναπλιώτη - Βαζαίου, 1985).

Όλα τα νοσοκομεία λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους, ο οποίος καθορίζει τις υπηρεσίες, την διάρθρωση, την επωνυμία και την κατηγορία στην οποία ανήκουν. Υπάρχουν τρεις βασικές υπηρεσίες διάρθρωσης του νοσοκομείου, στις οποίες στηρίζεται όλη η δομή και η ανάπτυξη των μονάδων του, οι οποίες είναι: η ιατρική, η νοσηλευτική και η διοικητική (Αναπλιώτη - Βαζαίου, 1985).

Στην ιατρική υπηρεσία ανήκουν οι γιατροί, επιστήμονες συναφών επαγγελμάτων όπως φαρμακοποιοί, βιολόγοι κ.α. Στην νοσηλευτική υπηρεσία ανήκουν οι νοσηλευτές/τρίες, οι μαίες, οι μεταφορείς ασθενών και οι βοηθοί θαλάμων. Στη διοικητική υπηρεσία υπάγεται το διοικητικό, τεχνικό, παραϊατρικό και τεχνολογικό προσωπικό, όπως επίσης και το προσωπικό κοινωνικής μέριμνας, οργάνωσης πληροφορικής και διατροφής. Η κάθε μια από τις παραπάνω υπηρεσίες έχουν δική τους ιεραρχική δομή (Θεοδώρου κ.α., 2001).

### **1.5 Προβλήματα νοσοκομειακής περίθαλψης**

Σύμφωνα με τον Θεοδώρου (2001) την τελευταία δεκαετία έχουν γίνει αρκετά βήματα ώστε να καλυτερέψει η νοσοκομειακή περίθαλψη αλλά εξακολουθούν να υπάρχουν αρκετά προβλήματα που δυσκολεύουν την περίθαλψη των ασθενών.

Κάποια από τα βασικά προβλήματα που υπάρχουν είναι τα εξής:

- Κτιριακή υποδομή. Τα περισσότερα νοσοκομεία στεγάζονται σε παλιά κτίρια, μερικά από τα οποία δεν ήταν κατασκευασμένα για νοσοκομειακή χρήση και έτσι υπάρχουν προβλήματα διαμόρφωσης χώρου τα οποία δυσκολεύουν την καθημερινή λειτουργία.
- Ανθρώπινοι πόροι. Υπάρχουν σημαντικά ελλείμματα σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και το προσωπικό που υπάρχει είναι άνισα κατανομημένο και συχνά με ελλιπής μετεκπαίδευση με αποτέλεσμα να υπάρχει δυσκολία να ανταποκριθούν στις καινούργιες μορφές περίθαλψης και νοσηλείας.
- Οικονομικοί πόροι. Στη σημερινή εποχή τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν τεράστια προβλήματα χρηματοδότησης. Σύμφωνα με τον Θεοδώρου (2001), το έλλειμμα των νοσοκομείων έχει υπερβεί τα 200 δις δραχμές.
- Τεχνολογικός εξοπλισμός. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μεγάλη αύξηση του εκσυγχρονισμού του επαγγελματικού εξοπλισμού στα νοσοκομεία της Ελλάδας, παρ' όλα αυτά υπάρχουν ανισότητες στην κατανομή του εξοπλισμού.
- Διοίκηση και οργάνωση. Στα σημερινά νοσοκομεία υπάρχει μεγάλη γραφειοκρατία που δημιουργεί τεράστια προβλήματα.
- Απουσία μηχανογραφικής υποστήριξης. Τα νοσοκομεία δεν τηρούν μηχανογραφημένα αρχεία ασθενών ούτε δίκτυα ιατρικής πληροφόρησης στα οποία να καταγράφονται τα αποτελέσματα της ιατρικής φροντίδας, με αποτέλεσμα η πληροφόρηση να είναι ανύπαρκτη τόσο μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου όσο και άλλων νοσοκομείων ή υπηρεσιών περίθαλψης. Το 1985, έγιναν οι πρώτες προσπάθειες εφαρμογής ενός ενοποιημένου πληροφοριακού συστήματος των

νοσοκομείων, με την ένταξη στα «Μεσογειακά Ολοκληρωμένα Προγράμματα της ΕΟΚ». Μετά από δέκα χρόνια, μόνο σε 15 νοσοκομεία έχει ολοκληρωθεί ο τεχνολογικός εξοπλισμός (Θεοδώρου κ.α. ,2001).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 2.1 Από το ιατροκεντρικό μοντέλο στην ομάδα υγείας

Είναι γενικά παραδεκτό ότι στον τομέα υγείας επικρατούσε το ιατροκεντρικό μοντέλο, με τις αποφάσεις να παίρνονταν αποκλειστικά από τον γιατρό. Ακόμα και σε θέματα οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, ο γιατρός είχε τον πρώτο λόγο. Το ιατρικό σώμα ήταν αυτό που επέβαλε το νοσοκομειοκεντρικό τύπο ανάπτυξης. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενειών, που ήταν το επίκεντρο της ιατρικής επιστήμης, ήταν μονοπώλιο των γιατρών και δεν άφηνε πολλά περιθώρια σε άλλους επαγγελματίες να συμμετέχουν για την παροχή μιας πιο ολοκληρωμένης φροντίδας (Θεοδώρου κ.α., 2001 · Σαρρής, 2001 · Λιαρόπουλος, 1989).

Η εικόνα αυτή, που αναφέρθηκε παραπάνω έχει αντικατασταθεί στις μέρες μας με την ομάδα υγείας. Η ανάγκη ομαδικής εργασίας των επαγγελματιών υγείας αποτελεί σχετικά πρόσφατη εξέλιξη. Το 1978 με τη Διακήρυξη της Άλμα - Άτα και τις προτροπές του Π.Ο.Υ. σημειώθηκε μεταξύ άλλων η ανάγκη για αποτελεσματικότερη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών, αλλά και η συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, με σκοπό την πληρέστερη παροχή φροντίδας και αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών ([www.nurs.uoa.gr](http://www.nurs.uoa.gr)). Οι επαγγελματίες υγείας αποκτούν έντονο ενδιαφέρον για την διεπαγγελματική συνεργασία και την ομάδα υγείας, ενώ το όλο θέμα έχει απασχολήσει τους επιστήμονες και έχει ευρέως συζητηθεί ως εφαρμόσιμο σε όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας (Σαπουντζή - Κρέπια κ.α., 2001).

Ωστόσο το γεγονός αυτό από μόνο του δεν θα ήταν αρκετό για να πετύχει την αλλαγή στον τομέα υγείας. Ένα σύνολο γεγονότων ήταν που ώθησαν τους επαγγελματίες υγείας αλλά και τις κυβερνήσεις διάφορων κρατών στην αντικατάσταση του ιατροκεντρικού μοντέλου:

- ο *Η σύγχρονη αντίληψη για το σύστημα υγείας* μετατόπισε το επίκεντρο, από την θεραπευτική αντιμετώπιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Μαζί με την θεραπευτική αντιμετώπιση, μετατοπίστηκε και το ιατροκεντρικό μοντέλο στην ομάδα υγείας. Σε ένα σύστημα όπου η πρόληψη και η προαγωγή υγείας αποτελούν επίκεντρο, η ομάδα υγείας έχει την ευθύνη αυτών. Η λειτουργική

διασύνδεση όλων των βαθμίδων από το περιφερειακό ιατρείο με το κέντρο υγείας και το νοσοκομείο, επιτυγχάνεται με την συστηματική συνεργασία της ομάδας υγείας της κάθε υπηρεσίας (Θεοδώρου κ.α., 2001).

- *Οι ραγδαίες εξελίξεις στον τομέα της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η ανάπτυξη της τηλεϊατρικής, αλλά και οι πολυσύνθετες ανάγκες φροντίδας που εμφανίζουν τα άτομα, καθιστούν αναγκαία την πλαisiώση του γιατρού με επαγγελματίες υγείας (Θεοδώρου κ.α., 2001).*
- *Η ανάγκη για ευρύτερη και ουσιαστικότερη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι απόρροια της πολυπλοκότητας των συστημάτων υγείας, που σε συνδυασμό με την τεχνολογική ανάπτυξη, έχουν ως αποτέλεσμα την δημιουργία ηθικών διλημάτων στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι απευθύνονται στην ομάδα υγείας και αποζητούν τη στήριξή της (King και Mailick στο Σαπουντζή-Κρέπια, 2001).*
- *Η ανάπτυξη εξειδικεύσεων στο χώρο της υγείας ανέδειξε επίσης την ανάγκη για συνεργασία επαγγελματιών. Γιατί η εξειδίκευση σημαίνει και «εξειδικευμένο» τρόπο σκέψης στην παροχή φροντίδας ανάλογα με την ειδικότητα του κάθε επαγγελματία που μόνο με τη συνεργασία μπορεί να προσπελαστεί, ώστε να σχηματιστεί πλήρης εικόνα και να παρασχεθεί ολοκληρωμένη φροντίδα προς τον ασθενή/άνθρωπο ως όλο ( McNauht στο Σαπουντζή - Κρέπια, 2001).*
- *Η εξοικονόμηση πόρων καθώς, όπως υποστηρίζουν πολλοί μελετητές, με τη λειτουργία της ομάδας υγείας αποφεύγονται οι αλληλοεπικαλύψεις δραστηριοτήτων και έτσι επιτυγχάνεται βελτίωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών (Σαπουντζή-Κρέπια, 2001). Οι σύγχρονες εξελίξεις που σχετίζονται με την βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, δίνουν επιπλέον βαρύτητα στην ομάδα υγείας*



με σκοπό αφενός τη μείωση των δαπανών (π.χ. σε φάρμακα εργαστηριακές εξετάσεις, κ.λπ.) και αφετέρου την ολιστική προσέγγιση της φροντίδας που μπορεί να προσφερθεί μόνο όταν καλυφθούν όλες οι διαστάσεις της ανθρώπινης ανάγκης για φροντίδα υγείας. Ειδικότερα, η ανάγκη για τον περιορισμό του κόστους των υπηρεσιών υγείας, μπορεί να ερμηνευθεί στην πράξη ως ο περιορισμός της επανάληψης θεραπευτικών, νοσηλευτικών και άλλων δραστηριοτήτων μέσα από την καλύτερη πληροφόρηση, επικοινωνία και συνεργασία που αναπτύσσεται μεταξύ των διάφορων επαγγελματιών της ομάδας υγείας ([www.nurs.uoa.gr](http://www.nurs.uoa.gr)).

- *Οι αλλαγές στα δικαιώματα των επαγγελματιών και στην εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας είχε ως αποτέλεσμα την αμφισβήτηση του ιατροκεντρικού μοντέλου από νοσηλευτές/νοσηλεύτριες, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, τα ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα που προκύπτουν σε συνδυασμό με την αυξανόμενη αυτονομία των υπόλοιπων επαγγελματιών, δημιουργούν την τάση για συνυπευθυνότητα και επομένως συνεργασία για την λήψη κοινά αποδεκτών αποφάσεων που αναφέρονται στην φροντίδα υγείας των πολιτών αλλά και στη διοίκηση των οργανισμών υγείας ([www.nurs.uoa.gr](http://www.nurs.uoa.gr)).*
- *Οι συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις του χώρου υγείας καθιστούν αναγκαίες τις συνεργασίες μεταξύ επαγγελματιών και επιστημόνων και που διευρύνουν τα παραδοσιακά πρότυπα σκέψης και πρακτικής. Ο αυξανόμενος αριθμός ευάλωτων ηλικιωμένων και ατόμων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, οι μεγάλες απαιτήσεις των ψυχικά πασχόντων, η εξέλιξη της γενετικής επιστήμης και οι επιπτώσεις της μόλυνσης του περιβάλλοντος στην υγεία είναι ζητήματα που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν μονομερώς από μία επιστήμη ή ένα επάγγελμα ([www.nurs.uoa.gr](http://www.nurs.uoa.gr)).*

Η δημιουργία ομάδας υγείας αποτέλεσε ανάγκη για τους λόγους που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Ωστόσο δεν λαμβάνει πάντα την ίδια διάσταση και έννοια. Ο βαθμός που χαρακτηρίζει κατά πόσο είναι αποτελεσματικές οι παρεχόμενες υπηρεσίες της ομάδας υγείας, εξαρτάται από την ικανότητα των επαγγελματιών να συνεργάζονται μεταξύ τους. Η διεπαγγελματική συνεργασία μέσα στην ομάδα υγείας είναι άλλη μία έννοια, καθώς από μόνης της η ομάδα υγείας χωρίς την ουσιαστική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας δεν θα είχε αποτέλεσμα (Σαπουντζή - Κρέπια, 2001).

## **2.2 Η διεπαγγελματική συνεργασία στο χώρο της υγείας**

Η λέξη συνεργασία φέρνει συνειρμικά στο νου τις έννοιες: μοιράζομαι, υποστηρίζω, προσπάθεια για την επίτευξη κοινών στόχων. Σύμφωνα με τους Aradine & Pridham (στο Σαπουντζή-Κρέπια, 1995:149) «η συνεργασία απαιτεί κοινές προσπάθειες και ενέργειες για την καθιέρωση κοινών στόχων. Κάθε άτομο πρέπει να συμβάλλει για την καθιέρωση στόχων που ικανοποιούν τα μέλη που συνεργάζονται μεταξύ τους, αλλά επιπλέον πρέπει να αναγνωρίζεται η ιδιαίτερη μερικές φορές συμβολή κάποιου μέλους της ομάδας σαν ειδικού για την επίλυση ενός προβλήματος».

Οι Mailick and Ashley (στο Σαπουντζή-Κρέπια 1995: 144) αναφέρουν ότι: «ο όρος συνεργασία συνήθως φέρνει στο νου την εικόνα της συνεδρίασης της ομάδας. Η συνειρμική αυτή σύνδεση είναι ατυχής επειδή συνεργασία είναι μια ευρύτερη διαδικασία και η συνεδρίαση της ομάδας είναι μόνο ένα στοιχείο από τις τεχνικές και τους μηχανισμούς με τους οποίους επιτυγχάνεται η διαδικασία της συνεργασίας. Η διεπαγγελματική συνεργασία περιλαμβάνει επικοινωνία, καθοδήγηση με την έννοια της συμβουλευτικής, τήρηση κοινών στοιχείων, επανεκτίμηση των στοιχείων, ανταλλαγή πληροφοριών ιδεών και επίσημα θεσμοθετημένες συναντήσεις και συνεδριάσεις.»

Η διεπαγγελματική συνεργασία και η έννοια της ομάδας υγείας βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των επαγγελματιών υγείας τις τελευταίες δεκαετίες. Στο τομέα της φροντίδας υγείας η διεπαγγελματική συνεργασία έχει γίνει σημαντικό σημείο σκέψης καθώς η παροχή φροντίδων υγείας έχει γίνει πολύπλοκότερη με αποτέλεσμα διάφορα επαγγέλματα να υποχρεούνται να εργάζονται μαζί ώστε η φροντίδα υγείας που παρέχεται να είναι επαρκής. Η άποψη αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς οι καινούργιες τάσεις απαιτούν εκτός από τη φροντίδα των ασθενών στα νοσοκομεία και την ανάγκη θεραπευτικής φροντίδας όλης της οικογένειας που παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας. Οι νοσηλεύτριες και οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι δυο ομάδες επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας που μπορούν να συνεργαστούν ώστε να βελτιώσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας ( Σαπουντζή- Κρέπια, Δ. (1995) Νοσηλεύτριες- Κοινωνικοί Λειτουργοί. Διεπαγγελματική συνεργασία και διαφορές στην αντίληψη αναγκών φροντίδας. Κοινωνική Εργασία, τεύχος 39).

Η ομάδα υγείας θεωρείται ότι είναι πολύ χρήσιμη και αποτελεσματική γιατί παρέχει θεραπεία και φροντίδα σε άτομα με πολύπλοκες ανάγκες που δεν μπορούν να καλυφθούν αποτελεσματικά από ένα μόνο επαγγελματία υγείας. Η σύνθεση και το

μέγεθος της ομάδας αποκατάστασης ποικίλουν ανάλογα με την περίπτωση και μπορούν να επηρεαστούν από διάφορους παράγοντες. Κάποιοι από αυτούς είναι το νόσημα το οποίο πάσχει το άτομο, γεωγραφικοί, οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες, οι ανάγκες του ασθενούς, όπως και οι υπηρεσίες παροχής θεραπείας και φροντίδας που παρέχονται στο συγκεκριμένο νοσηλευτικό τμήμα (Σαπουντζή-Κρέπια, 1995).

Οι επαγγελματίες που συμμετέχουν στην διεπαγγελματική συνεργασία συντονίζουν τις ενέργειες σύμφωνα με το σχεδιασμό που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του σκοπού. Αυτό δεν σημαίνει, ότι τα μέλη της ομάδας είναι συνέχεια μαζί ή ότι μειώνεται ή «χάνεται» η επαγγελματική τους ταυτότητα. Η ομάδα συντονίζει την μελέτη του προβλήματος, τον προγραμματισμό του σχεδίου δράσης, καταμερίζει την εργασία, χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες των μελών για το σχεδιασμό, αξιολογεί το αποτέλεσμα της δράσης και αξιοποιεί τις γνώσεις των μελών για τους εκπαιδευτικούς σκοπούς. Ο κάθε επαγγελματίας εκπροσωπεί την ομάδα μέσα από κάθε δική του δράση ( Ατλάνης, Π. (1991). Η συμμετοχή του Κοινωνικού Λειτουργού στη θεραπευτική ομάδα – Διεπιστημονική Συνεργασία. Και AIDS , Κοινωνική Εργασία, τεύχος 22).

Η διεπαγγελματική συνεργασία παίζει σημαντικό ρόλο σε όλους τους τομείς υγείας, ωστόσο είναι απαραίτητη στις σύγχρονες δομές ψυχικής υγείας καθώς οι επαγγελματίες αντιμετωπίζουν οξείες καταστάσεις και περιστατικά σοβαρής ψυχοπαθολογίας, με αποτέλεσμα η υποδοχή και η υποστήριξη τους από την διεπιστημονική ομάδα ειδικών να είναι καίρια.

Η διεπαγγελματική συνεργασία εκτός από την εργασία με την ομάδα περιλαμβάνει σύμφωνα με την Σαπουντζή-Κρέπια (1995)τα παρακάτω:

- Επικοινωνία
- Καθοδήγηση και συμβουλευτική
- Τήρηση κοινών στοιχείων
- Ανταλλαγή πληροφοριών και στοιχείων
- Καθιερωμένη επίσημη συνάντηση επαγγελματιών στα πλαίσια της εργασίας τους
- Κοινωνικές σχέσεις

### **2.3 Παράγοντες που επιδρούν στη λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας.**

Η διεπαγγελματική συνεργασία χρειάζεται συνεχή προσπάθεια γιατί οι επαγγελματίες υγείας είναι άνθρωποι με αδυναμίες, προβλήματα και δυνατότητες και όπως είναι φυσικό μερικές φορές προκύπτουν και συγκρούσεις. Η σύγκρουση μπορεί να λειτουργήσει είτε θετικά είτε αρνητικά για την ανάπτυξη της ομάδας. Η σύγκρουση είναι μια παρεξηγημένη έννοια καθώς είναι συνδεδεμένη με την έννοια του πολέμου. Παρ' όλα αυτά η σύγκρουση δεν θα έπρεπε να εκλαμβάνεται σαν μια περίπτωση προς αποφυγή αλλά αντίθετα θα πρέπει να προσεγγίζεται σαν μια περίπτωση για περαιτέρω ανάπτυξη, καθώς εμπεριέχει τις έννοιες της πάλης των ιδεών, της αντιπαράθεσης του παλιού με το καινούργιο αλλά και της έννοιας της κάθαρσης μέσα από την διαδικασία της σύγκρουσης (Σαπουντζή-Κρέπια, 1995).

Οι Rudin και Beckhard (στο Σαπουντζή-Κρέπια, 1995) προσδιορίζουν τις παρακάτω πέντε παραμέτρους που επιδρούν στην λειτουργία της ομάδας υγείας και οι οποίοι μπορούν να λειτουργήσουν ως παράγοντες πρόκλησης σύγκρουσης, κάτω από ορισμένες συνθήκες:

- ❖ Οι στόχοι της ομάδας. Οι στόχοι έχουν να κάνουν με τους σκοπούς της λειτουργίας της ομάδας, ωστόσο υπάρχουν πολλά ερωτήματα σχετικά μ' αυτούς. Είναι λογικό, ότι είναι πιο εύκολο για ένα άτομο να προσδιορίσει τους ατομικούς του στόχους, παρά για μια ομάδα να συμφωνήσει και να θέσει κοινούς στόχους επίτευξης.
- ❖ Οι προσδοκίες από την λειτουργία της ομάδας. Κάθε μέλος της ομάδας έχει διαφορετικές προσδοκίες σχετικά με το ρόλο που θα έχει ο ίδιος αλλά και τα υπόλοιπα μέλη μέσα στην ομάδα. Η επαγγελματική ταυτότητα είναι μια ιδεατή εικόνα που έχει κάθε άτομο για τον εαυτό του σχετικά με τον επαγγελματικό του ρόλο. Ορισμένες φορές η διεπαγγελματική συνεργασία μπορεί να παρουσιαστεί σαν απειλή για την παραδοσιακή κατανομή και οργάνωση της εξουσίας μεταξύ των επαγγελματιών. Πολλοί παράγοντες, κοινωνικοί και δημογραφικοί, παίζουν σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση της στάσης των ατόμων απέναντι στα διάφορα επαγγέλματα και τα οποία πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν καθώς μπορεί να λειτουργήσουν ως παράγοντες σύγκρουσης. Η ομάδα μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά όταν κάθε μέλος αναλάβει το ρόλο που αρμόζει στις ικανότητες του.
- ❖ Η επικοινωνία μέσα στην ομάδα. Σύμφωνα με τον King, 1992 (στο Σαπουντζή-Κρέπια 1995: 84) «η αντίληψη είναι μια διαδικασία οργάνωσης, ερμηνείας και επεξεργασίας μιας πληροφορίας μέσω της μνήμης και των προσλαμβανόμενων από τα αισθητήρια όργανα πληροφοριών και είναι μια διαδικασία συναλλαγής του

ανθρώπου με το περιβάλλον. Η αντίληψη δίνει νόημα στις εμπειρίες του ανθρώπου, αντικατοπτρίζει την εικόνα της πραγματικότητας που έχει ένα άτομο και επηρεάζει την συμπεριφορά του». Η αντίληψη, είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που μπορεί να παρέμβει στην λειτουργία της ομάδας, είτε θετικά και εποικοδομητικά είτε αρνητικά προκαλώντας αιτίες για συγκρούσεις. Στον τομέα της υγείας – πρόνοιας μπορεί να επηρεάσει την ανταπόκριση των επαγγελματιών στις ανάγκες των πελατών τους, καθώς οι επαγγελματίες που συμμετέχουν στις ομάδες έχουν διαφορετική κουλτούρα, γλωσσικά ιδιώματα και τρόπο επικοινωνίας ανάλογα με το επάγγελμα τους και το επίπεδο εκπαίδευσή τους. Οπότε, πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στις διαφορές στην επικοινωνία και στην χρήση της γλώσσας, ώστε να αποφευχθούν τυχόν συγκρούσεις.

- ❖ Η ηγεσία και η διαδικασία λήψης αποφάσεων. Τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να αποφασίσουν για τον καλύτερο τρόπο λειτουργίας της, όπως επίσης και για τον τύπο του μοντέλου ηγεσίας και την διαδικασία λήψης αποφάσεων που θα ακολουθηθεί.
- ❖ Οι κανονισμοί λειτουργίας της ομάδας. Υπάρχουν ακόμα πολλοί άλλοι παράγοντες που μπορεί επηρεάσουν την λειτουργία της ομάδας όπως κοινωνικοί, ψυχολογικοί παράγοντες, πολιτικές συγκυρίες, στάσεις και στερεότυπα, διαφορές στην επαγγελματική εμπειρία κ.α.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **Κοινωνική Εργασία και Υγεία**

#### **3.1 Ιστορική αναδρομή Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα της υγείας**

Σύμφωνα με τον Σταθόπουλο (2005), στην αρχαία Ελλάδα η υγεία εθεωρείτο θεά της υγιεινής ζωής την οποία επιτυγχάνει ο άνθρωπος με τη σωστή διαίτα, την άσκηση και τη διατήρηση της ψυχοσωματικής του ισορροπίας. Οι αρχαίοι, πίστευαν στην ψυχοσωματική αντιμετώπιση της ασθένειας του ανθρώπου.

Αργότερα, στο Βυζάντιο, ξεκινά η ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης, ιδρύονται Ιατρικές σχολές και κτίζονται νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν οργανωμένα με βάση τις παθήσεις των ασθενών.

Στους νεότερους χρόνους, κατά τη διάρκεια της βιομηχανικής επανάστασης, διαπιστώνεται έπειτα από έρευνες τόσο στην Αγγλία όσο και στις Η.Π.Α. ότι η συχνότητα της φυματίωσης ήταν αυξημένη. Έτσι, για την αντιμετώπιση της ασθένειας προτείνονται μέτρα κοινωνικής πρόληψης και βελτίωσης των κοινωνικών συνθηκών (Σταθόπουλος, 2005).

Σύμφωνα με τους Πανταζάκα και Μέντη (2002), η Κοινωνική Εργασία είναι αναγνωρισμένη διεθνώς σαν εφαρμοσμένη Κοινωνική Επιστήμη. Η ανάγκη θεσμοθέτησης της προέκυψε από τα κοινωνικά προβλήματα που δημιούργησε η βιομηχανική ανάπτυξη και η αστικοποιημένη κοινωνία. Αντικείμενο της Κοινωνικής Εργασίας είναι ο άνθρωπος σε συνάρτηση με το κοινωνικό του περιβάλλον. Σκοπός της, σε όποιο χώρο και αν ασκείται, είναι η μέγιστη δυνατή αξιοποίηση των δυνατοτήτων του ατόμου.

Η Κοινωνική Εργασία ως ξεχωριστή ειδικότητα έγινε επίσημα αποδεκτή στην Αγγλία το 1905, όταν προσελήφθησαν οι πρώτοι κοινωνικοί λειτουργοί σε αντιφυματικά νοσοκομεία. Τον ίδιο χρόνο, στο νοσοκομείο της Βοστώνης, στις Η.Π.Α., ιδρύθηκε ξεχωριστά από τη νοσηλευτική υπηρεσία, η κοινωνική υπηρεσία. Έπειτα, ακολούθησε η οργάνωση του πρώτου ετήσιου προγράμματος σπουδών στην Ιατρική Κοινωνική Εργασία, στη Σχολή Κοινωνικής Εργασίας της ίδιας πόλης. Όσον αφορά στον τομέα της ψυχιατρικής, η Κοινωνική Εργασία εισήχθη από τον ψυχίατρο Adolf Meyer, το 1904. Ο ίδιος θεωρούσε την Κοινωνική Εργασία απολύτως αναγκαία στη μετανοσοκομειακή φροντίδα των ψυχικά ασθενών (Καλλινικάκη, 1998).

Η Κοινωνική Εργασία γνώρισε σημαντική και ταχεία ανάπτυξη κατά τις πρώτες δεκαετίες μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο τόσο στις Η.Π.Α. όσο και στην Ευρώπη. Η επέκταση του κράτους πρόνοιας και η κατοχύρωση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων συνέβαλαν καθοριστικά στην ανάπτυξη της. Οι κοινωνικοί λειτουργοί ήταν εκείνοι που κλήθηκαν να υλοποιήσουν τους στόχους του κράτους πρόνοιας και να επιφέρουν τις απαραίτητες κοινωνικές αλλαγές (Καλλινικάκη, 1998).

Προς το τέλος του 20<sup>ου</sup> αιώνα, η κοινωνική εργασία στα νοσοκομεία είναι πλέον καθιερωμένη σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες (Σταθόπουλος, 2005). Στην Ελλάδα η σύσταση κοινωνικών υπηρεσιών στα νοσοκομεία γίνεται το 1956 έπειτα από σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Παρ' όλο που έχουν συσταθεί κοινωνικές υπηρεσίες σε νοσοκομεία εδώ και πολλά χρόνια, η στελέχωση και το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας τους παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα. Πολλά είναι τα νοσοκομεία, όπου ο αριθμός των Κοινωνικών Λειτουργών είναι πολύ μικρός σε σχέση με τον αριθμό των κλινικών. Επίσης, σε μερικά νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας δεν υπηρετεί κανένας κοινωνικός λειτουργός.

Με το νόμο 2889/2001 τα τμήματα Κοινωνικών Υπηρεσιών των νοσοκομείων εντάσσονται στην ιατρική υπηρεσία. Μέχρι την ψήφιση αυτού του νόμου οι κοινωνικές υπηρεσίες ανήκαν στη Διοικητική Υπηρεσία και αυτό είχε ως αποτέλεσμα να είναι αποξενωμένοι οι κοινωνικοί λειτουργοί από την επιστημονική ομάδα. Σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα προβλέπεται η απασχόληση ενός κοινωνικού λειτουργού ανά πενήντα κλίνες, στα Γενικά νοσοκομεία και ενός κοινωνικού λειτουργού ανά 25 κλίνες σε ειδικά νοσοκομεία.

Με αυτά τα δεδομένα ο κοινωνικός λειτουργός θα μπορεί να ανταποκριθεί επαρκώς στο έργο του (Σταθόπουλος, 2005).

### **3.2 Ο ρόλος και οι αρμοδιότητες του Κοινωνικού Λειτουργού στο χώρο της υγείας**

Κατά τα πρώτα χρόνια θεσμοθέτησης της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο της υγείας, έργο των κοινωνικών λειτουργών ήταν να βοηθήσουν τους ασθενείς να κατανοήσουν και να εκτελέσουν τις οδηγίες των γιατρών σχετικά με τη λήψη φαρμάκων. Με το πέρασμα του χρόνου, όμως, κατανοήθηκαν και αναγνωρίστηκαν οι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί λόγοι που ευθύνονταν για την πορεία και την εξέλιξη της ασθένειας. Συνεπώς, οι κοινωνικοί λειτουργοί ανέλαβαν την κάλυψη των οικονομικών αναγκών και την επίλυση άλλων προβλημάτων τα οποία εμπόδιζαν

στην ανάρρωση του ασθενούς (Πανταζάκας και Μέντης, 2002). Σήμερα, η Κοινωνική Εργασία έχει καθιερωθεί στο χώρο της υγείας σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, και ο ρόλος της αναγνωρίζεται ως ισότιμος με τα άλλα επαγγέλματα υγείας.

Στην ALMA-ATA το 1978, επιβεβαιώθηκε η αναγνώριση αυτή, καθώς στη διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) αναγνωρίζεται ότι:

1. Η αρρώστια δεν είναι μόνο βιολογικό φαινόμενο, αλλά έχει και κοινωνική βάση.
2. Η έννοια της προστασίας και προαγωγής της υγείας είναι πολυδιάστατη και σφαιρική, μέρος της οποίας είναι η νοσοκομειακή περίθαλψη.
3. Είναι απαραίτητος ο αναπροσανατολισμός των στόχων της περίθαλψης από την κεντρική νοσοκομειακή περίθαλψη στη νέα διάσταση, την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που δίνει βαρύτητα στην πρόληψη, την κοινωνική φροντίδα και την αποκατάσταση.

Σύμφωνα με τον Σταθόπουλο (2002) ο κοινωνικός λειτουργός στο νοσοκομείο, το κέντρο υγείας ή σε άλλο πλαίσιο υγείας, έχει αποστολή να συμμετέχει στη θεραπεία του ασθενούς. Ο κοινωνικός λειτουργός με τις ειδικές γνώσεις που διαθέτει, είναι σε θέση να κατανοήσει τις συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους της κατάστασης του ασθενή και έτσι να μπορεί να δώσει στον αρμόδιο γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό πληροφορίες που θα τους βοηθήσουν να αποκτήσουν μια ολοκληρωμένη εικόνα για την οικονομική, κοινωνική και οικογενειακή κατάσταση του ασθενή.

Επίσης, έχει τη δυνατότητα να ερμηνεύσει στον ασθενή και την οικογένεια του τη φύση και τη σοβαρότητα της ασθένειας, την πιθανή διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο, και να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένεια του να διαμορφώσει μια θετική στάση απέναντι στις υπηρεσίες και το προσωπικό του νοσοκομείου. Όσο πιο ρεαλιστική είναι η εικόνα που έχει ο ασθενής και το οικογενειακό του περιβάλλον για την ασθένεια, τόσο μειώνεται το άγχος και αυξάνεται η ικανότητα τους για σωστές αποφάσεις σχετικά με την αρρώστια. Ακόμη, μπορούν να κάνουν καλύτερες εκτιμήσεις για τις βραχυπρόθεσμες συνέπειες, τόσο στον ασθενή όσο και για το οικογενειακό του περιβάλλον.

Εκτός, από την εργασία με άτομα, ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιεί τη μέθοδο της Κοινωνικής Εργασίας με ομάδες, προκειμένου να συζητηθεί με ομάδα ασθενών που αντιμετωπίζουν την ίδια ασθένεια ή ακόμη και με συγγενείς ασθενών. Ειδικά, όσον αφορά νοσοκομεία παιδών, ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται με ομάδες παιδιών με σκοπό να τα βοηθήσει να εκφράσουν τους φόβους και τα αρνητικά



συναισθήματα που νοιώθουν, κυρίως όταν η ασθένεια από την οποία ταλαιπωρούνται είναι μακράς διάρκειας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, διοργανώνουν ψυχαγωγικές εκδηλώσεις, έτσι ώστε τα παιδιά να απασχολούνται δημιουργικά και να μπορούν να εκφράσουν, μέσα από τα διάφορα παιχνίδια, τα συναισθήματά τους και γενικά να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες (Σταθόπουλος, 2005).

Ο κοινωνικός λειτουργός λειτουργεί ακόμη και ως συνδετικός κρίκος μεταξύ του ασθενή και των διαφόρων νοσηλευτικών και διοικητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου, περισσότερο για θέματα ασφαλιστικής κάλυψης, επιδομάτων και άλλων παροχών, ανάλογα με το είδος της ασθένειας.

Σύμφωνα με τον ίδιο, οι μεγαλύτερες δυσκολίες παρουσιάζονται στις παθήσεις που είναι χρόνιες, όταν αφήνουν κατάλοιπα που εμποδίζουν το άτομο να ξαναπάρει τη θέση του στο χώρο του όπως πριν, και όταν αφήνουν αναπηρίες που επιβάλλουν συνέχιση της θεραπείας σε άλλο ίδρυμα πιο εξειδικευμένο. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της κατάστασής του, τον παραπέμπει σε κατάλληλο ίδρυμα για να υποβοηθηθεί στην αποκατάσταση του και φροντίζει για άλλες κοινωνικές υπηρεσίες, όπως επαγγελματικό προσανατολισμό, εξεύρεση εργασίας κ.λ.π. Παράλληλα, ο κοινωνικός λειτουργός είναι ο αρμόδιος για να βοηθήσει και το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή να αποδεχθεί τη νέα κατάσταση. Όλη αυτή η προετοιμασία γίνεται σε κάθε περίπτωση όπου ο ασθενής έχει περάσει μια σοβαρή ασθένεια. Στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του κοινωνικού λειτουργού επίσης, είναι να συλλέγει πληροφορίες και να παρουσιάζει το κοινωνικό ιστορικό του ασθενή στην επιστημονική ομάδα. Απαραίτητη θεωρείται η συνεργασία του με άλλους ειδικούς για την προσαρμογή του ασθενούς στο νοσοκομείο, όσο διαρκεί η νοσηλεία. Αρμοδιότητα του επίσης, είναι να συντονίζει τις ενέργειες και τις δραστηριότητες των διαφόρων τμημάτων του νοσοκομείου με άλλες κοινωνικές υπηρεσίες στην κοινότητα, ώστε να διευκολύνει την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο. Επίσης, ο κοινωνικός λειτουργός δέχεται περιπτώσεις ασθενών που παραπέμπουν γιατροί, νοσηλευτές και άλλοι ειδικοί, οι οποίοι στο πλαίσιο της συνεργασίας του με κάποιον ασθενή, διαπιστώνουν ότι ενδείκνυται η παρέμβαση κοινωνικού λειτουργού. Υπάρχουν περιπτώσεις που ο κοινωνικός λειτουργός χρειάζεται να κινητοποιήσει φορείς της κοινότητας για τη δημιουργία ειδικών προγραμμάτων όπως π.χ. κατασκηνώσεις για ασθενείς με κάποια πάθηση (Σταθόπουλος, 2005).

Σύμφωνα με την Καλλινικάκη, (1998) η Κοινωνική Εργασία έχει εφαρμογές σε όλα τα είδη και τις μορφές των υπηρεσιών και των προγραμμάτων υγείας και ψυχικής υγείας που υπάρχουν για κάθε ηλικιακή ομάδα και λειτουργούν σε κεντρικό, περιφερειακό, τοπικό και κοινοτικό επίπεδο.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1970, όταν ο Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) όρισε το χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως τη βασική βαθμίδα κάθε σύγχρονου συστήματος υπηρεσιών υγείας, συστάθηκαν θέσεις κοινωνικών λειτουργών και στους τρεις τομείς πρόληψης.

1. Στην πρωτογενή πρόληψη σκοπός ήταν η ευαισθητοποίηση, ενημέρωση και αξιοποίηση προγραμμάτων για την έγκαιρη αποτροπή εκδήλωσης μιας νόσου, με μέτρα για την καλύτερη δυνατή ποιότητα ή και τη βελτίωση της υγείας και της ψυχικής υγείας, π.χ. προσέγκυση εθελοντικής αιμοδοσίας, δωρητών σώματος.

2. Στη δευτερογενή πρόληψη, ο έγκαιρος εντοπισμός περιπτώσεων προσβολής από κάποιες νόσους και η άμεση και αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπισή τους ώστε να ανακοπεί η πορεία και η εξέλιξη τους.

3. Όσον αφορά στην τριτογενή πρόληψη, στόχος τους κοινωνικού λειτουργού ήταν η πρόληψη επιπλοκών ή και αναπηρίας εξαιτίας της νόσου, με την αποκατάσταση κάθε βλάβης που δημιουργήσε η νόσος αυτή.

Στα νοσηλευτικά πλαίσια η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού αναπτύσσεται σε στενή διεπιστημονική συνεργασία με το ιατρικό, νοσηλευτικό και ερευνητικό προσωπικό. Σε μια τέτοια περίπτωση ο γιατρός εστιάζει την προσοχή του στα οργανικά συμπτώματα, π.χ. σωστή λειτουργία των οργάνων. Ο νοσηλευτής μεριμνά για τη συνολική συνθήκη της νοσηλείας του ασθενούς και τη σωστή εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής. Ο ψυχολόγος εστιάζει στον ψυχοπαθολογικό τομέα και στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών που οφείλονται στην ασθένεια. Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός επικεντρώνεται στον κοινωνικό χώρο με στόχο τη διατήρηση ή την επανάκτηση της κοινωνικής προσωπικότητας και των κοινωνικών ρόλων (Καλλινικάκη, 1998).

Ο κοινωνικός λειτουργός στο νοσοκομείο είναι ο επαγγελματίας που «κοιτάει πίσω» προς τον ασθενή, όταν η ιατρική ομάδα έχει ολοκληρώσει την επίσκεψη στο θάλαμο του, προκειμένου να διαπιστώσει πως νοιώθει, αν είναι αναστατωμένος ή ανακουφισμένος. Επίσης, είναι αυτός που παρέχει επείγουσα ψυχοκοινωνική φροντίδα και αναζητά λύσεις σε πρακτικά προβλήματα νοσηλευόμενων ύστερα από απόπειρες αυτοκτονίας, τροχαία ατυχήματα, βαριά κατάγματα ακόμη και σε

περιπτώσεις νοσηλείας ανασφάλιστων πολιτών, αλλοδαπών ή μοναχικών ατόμων. Επίσης, αναλαμβάνει τη μετανοσοκομειακή παρακολούθηση των ασθενών και τη φροντίδα για επανένταξη και αποκατάσταση ύστερα από μακρά νοσηλεία. Ακόμη, ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει τη μακρά παρακολούθηση και την παροχή ψυχοκοινωνικής φροντίδας σε χρόνια περιστατικά (καρκινοπαθείς, νεφροπαθείς κλπ.), εκπονεί έρευνες και αναλαμβάνει την εκπαίδευση εθελοντών και ομάδων αυτοβοήθειας. 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. Ακόμη, βοηθά στην αναγνώριση και αποκωδικοποίηση των συναισθηματικών παραμέτρων, και κυρίως του φόβου, οι οποίες συχνά περιπλέκουν και διαστρεβλώνουν την κλινική εικόνα του ασθενούς.

Σύμφωνα με την Καλλινικάκη (1998) λειτουργούν κοινωνικές υπηρεσίες σε όλες τις βαθμίδες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας όπως:

- Κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας
- Μονάδες νοσηλείας
- Μονάδες βραχείας νοσηλείας
- Νοσοκομεία ημέρας
- Ξενώνες
- Ξενώνες ημιαυτόνομης διαμονής
- Εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης
- Προγράμματα επαγγελματικού προσανατολισμού
- Κέντρα προστατευμένης εργασίας
- Προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης

### **3.2.1 Τμήμα επείγοντων περιστατικών**

Σύμφωνα με τους Πανταζάκα & Μέντη (2003) ο κοινωνικός λειτουργός στο τμήμα επείγοντων περιστατικών του νοσοκομείου, έχει τις παρακάτω συγκεκριμένες αρμοδιότητες.

Αρχικά, συγκεντρώνει και οργανώνει πληροφορίες για τον ασθενή και το περιβάλλον του οι οποίες σχετίζονται με την ύπαρξη κοινωνικών προβλημάτων, τηρώντας πάντα το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων στα πλαίσια της δεοντολογίας των κοινωνικών λειτουργών. Στη συνέχεια, στηρίζει ψυχοκοινωνικά το περιβάλλον του ασθενή κατά τη φάση της κρίσης. Έπειτα, συνεργάζεται με άλλους

λειτουργούς υγείας, ιατρούς, νοσηλευτές κλπ. Προκειμένου να μπορεί να παρέχει ενημέρωση ή άλλες υπηρεσίες στην οικογένεια του ασθενή, με απώτερο σκοπό και εκείνη με τη σειρά της να μπορεί να συμπαρασταθεί στον ασθενή με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Ακόμη, ο κοινωνικός λειτουργός κρατά αρχείο και στατιστικά στοιχεία για την κίνηση ασθενών και συνοδών στο γραφείο της κοινωνικής υπηρεσίας στο τμήμα επείγοντων περιστατικών. Παράλληλα, διερευνά τόσο τα αίτια του εκάστοτε προβλήματος υγείας όσο και τα κοινωνικά προβλήματα που απορρέουν από αυτό. Τα στοιχεία αυτά υποβάλλονται στα πλαίσια εξαμηνιαίων αναφορών στη Διοίκηση του νοσοκομείου προκειμένου να τύχουν περαιτέρω επεξεργασίας στα πλαίσια διεξαγωγής προγραμμάτων υγείας. Τέλος, ακόμη μια αρμοδιότητα του κοινωνικού λειτουργού στο τμήμα επείγοντων περιστατικών του νοσοκομείου είναι να συμβάλλει στη βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών του τμήματος, δίνοντας τη δυνατότητα αξιολόγησης των υπηρεσιών τόσο από την πλευρά του ασθενή όσο και από την πλευρά των συνοδών (Πανταζάκας&Μέντης,2003).

Ο κοινωνικός λειτουργός στο τμήμα επείγοντων περιστατικών, εκτός των άλλων, καλείται να αντιμετωπίσει προβλήματα ατόμων τα οποία ανήκουν σε ομάδες κοινωνικού αποκλεισμού. Τα άτομα αυτά προσέρχονται στο τμήμα επείγοντων περιστατικών είτε λόγω όξυνσης κάποιου προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζουν είτε με πρωτοβουλία πολιτών ή αρχών. Συνήθως αντιμετωπίζουν χρόνια κοινωνικά προβλήματα, ενώ τα προβλήματα υγείας τους απορρέουν συνήθως από τις συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης. Συνήθως στο τμήμα επείγοντων περιστατικών προσέρχονται: κοινωνικά αποκλεισμένα άτομα όπως: ηλικιωμένα- μοναχικά άτομα, μετανάστες- πρόσφυγες, χρήστες ουσιών, άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και αθίγγανοι. Οι κοινωνικοί λειτουργοί καλούνται να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα των παραπάνω ομάδων, όπως και ολόκληρου του πληθυσμού, λαμβάνοντας υπ' όψη τις ιδιαιτερότητες που απορρέουν από τα χαρακτηριστικά κάθε ομάδας και σε συνάρτηση με το υπάρχον δίκτυο κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο.

Τέλος, ένα θεμελιώδες ζήτημα για την κοινωνική παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού στο τμήμα επείγοντων περιστατικών του νοσοκομείου σχετίζεται με την οργάνωση της κοινωνικής υπηρεσίας ώστε να υπάρχει παρουσία του κοινωνικού λειτουργού στα πλαίσια εφημεριών (Πανταζάκας & Μέντης, 2003).

### 3.2.2 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου

Σύμφωνα με τον Μουζακίτη (1988) πέντε είναι οι βασικοί ρόλοι του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχιατρική κλινική:

- Διαγνωστικός
- Συμβουλευτικός
- Θεραπευτικός
- Χειριστής ομάδων
- Οργανωτικός

**Διαγνωστικός ρόλος:** Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στον ψυχιατρικό χώρο, είναι ρόλος «κλειδί» και έχει καθοριστική σημασία για την επίτευξη των αντικειμενικών θεραπευτικών στόχων του ψυχιατρικού πλαισίου. Ο κοινωνικός λειτουργός δεν εργάζεται για τον ψυχίατρο αλλά συνεργάζεται μαζί του και με τους άλλους ειδικούς μέσα στη θεραπευτική ομάδα για το καλό του ασθενή. Όταν ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει την ευθύνη να πάρει το κοινωνικό ιστορικό από τον ασθενή ή την οικογένεια του, χρησιμοποιεί όλους τους βασικούς κανόνες της συνέντευξης με έμφαση σε αυτό που λέγεται θεραπευτική σχέση. Ο κοινωνικός λειτουργός στη θεραπευτική ομάδα είναι «η εμπροσθοφυλακή» της, γιατί είναι ο μόνος που έχει στοιχεία και πληροφορίες από την πραγματική κατάσταση του ασθενούς, μπαίνοντας στο φυσικό του χώρο όπου ζει και κινείται καθημερινά.

**Συμβουλευτικός ρόλος:** Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι ιδιαίτερα σημαντικός, ως ο συνδετικός κρίκος της κλινικής και της οικογένειας του ασθενή κατά την εισαγωγή και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Ο κοινωνικός λειτουργός προγραμματίζει επαφές με μέλη της οικογένειας του ασθενή αλλά και με όλη την οικογένεια με σκοπό να δώσει τις απαραίτητες πληροφορίες, να απαντήσει σε ερωτήματα, να επεξηγήσει το διαγνωστικό αποτέλεσμα της θεραπευτικής ομάδας, να συμβουλευθεί και να δημιουργήσει μια σχέση συνεργασίας και αποδοχής. Ο ρόλος του είναι συμπληρωματικός και απελευθερώνει το χρόνο του ψυχιάτρου. Οι επαφές αυτές είναι καθοριστικές για την προσαρμογή του ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ή και μετά την έξοδο του από την κλινική.

**Θεραπευτικός ρόλος:** Ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται στο ψυχιατρικό πλαίσιο έχει την ευαισθησία και τις γνώσεις, λόγω εκπαίδευσης, που με την κατάλληλη εποπτεία και ενίσχυση μπορεί να εκπληρώσει το ρόλο αυτό (θεραπευτικός

ρόλος). Θα πρέπει να διευκρινιστεί βέβαια, ότι ο όρος θεραπεία δεν αναφέρεται αποκλειστικά σε κλινική-ψυχαναλυτική παρέμβαση, αλλά κυρίως σε μια ψυχοδυναμική-συστημική προσέγγιση που σκοπό έχει την καλύτερευση σχέσεων, την απόκτηση γνώσης (σχετικής με το πρόβλημα), την προσαρμογή στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό χώρο, την ανάπτυξη ικανοτήτων για την επίλυση προβληματικών καθημερινών καταστάσεων και γενικά υποστηρικτική εργασία.

Ακόμη, στο ρόλο αυτό συμπεριλαμβάνεται η εργασία σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες των ασθενών.

**Ρόλος χειριστή ομάδων:** Στην ψυχιατρική κλινική του γενικού νοσοκομείου ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει τη δημιουργία μικροομάδων με ασθενείς της κλινικής. Η δημιουργία των ομάδων αυτών έχει σκοπό την ψυχαγωγία ή να επανασυνδέσει τους ασθενείς με την πραγματικότητα, να δημιουργήσει μια πιο στενή σχέση μεταξύ τους και μια καλύτερη προσαρμογή στη θεραπεία τους αλλά και στην κλινική. Επίσης, ο κοινωνικός λειτουργός, ο οποίος έχει πείρα στο ψυχιατρικό πλαίσιο, μπορεί, υπό την άμεση εποπτεία ενός ψυχιάτρου να αναλάβει ομάδες αποκλειστικά θεραπευτικές.

**Οργανωτικός ρόλος:** Ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει τον εντοπισμό πηγών υποστήριξης για τον ασθενή, την ενημέρωση και τη συνεργασία με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς προκειμένου να υπάρξει μια ολοκληρωμένη και καθολική ενεργοποίηση όλων αυτών των παραγόντων που έχουν επιπτώσεις στην αποθεραπεία του. Έτσι, δημιουργούνται οι προϋποθέσεις προκειμένου να έχει ο ασθενής συνέχεια της θεραπείας του και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η συστηματική και οργανωτική δουλειά του κοινωνικού λειτουργού ωφελεί περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο στην αποθεραπεία του ασθενούς.

Όλοι οι παραπάνω ρόλοι που μπορεί να έχει ένας κοινωνικός λειτουργός στην ψυχιατρική κλινική, ανατίθενται ανάλογα με τις υπάρχουσες ανάγκες αλλά και με τις ικανότητες του κάθε κοινωνικού λειτουργού. Προκειμένου να εκπληρωθούν όλοι αυτοί οι ρόλοι θα πρέπει να υπάρχουν οι παρακάτω προϋποθέσεις:

1. Να υπάρχει Κοινωνική Υπηρεσία, η οποία να είναι στελεχωμένη από πτυχιούχους κοινωνικούς λειτουργούς, υπό την εποπτεία ψυχιατρικών Κοινωνικών Λειτουργών.
2. Η δημιουργία ενός προγράμματος εκπαίδευσης, στους κοινωνικούς λειτουργούς αλλά και σε άλλες ειδικότητες, με σκοπό την απόκτηση γνώσης σε βάθος της δουλειάς.

3. Η δημιουργία ενός διεπιστημονικού κλίματος, αφού είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο πως όταν υπάρχει ουσιαστική συνεργασία μεταξύ των ειδικών τα αποτελέσματα στη θεραπεία του ασθενούς είναι ικανοποιητικά
4. Η δημιουργία κέντρων εκπαίδευσης σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας, όπου θα μπορούν να αποκτήσουν εξειδίκευση στον τομέα αυτό.

### **3.3 Κοινωνικές υπηρεσίες στον τομέα της υγείας**

Σκοπός της κοινωνικής υπηρεσίας ενός Γενικού Νοσοκομείου είναι να παρέχει κοινωνικές υπηρεσίες βάσει της δεοντολογίας και των αρχών της Κοινωνικής Εργασίας σε κάποιους συγκεκριμένους άξονες δράσης. Παρακάτω αναφέρονται πέντε βασικοί άξονες στους οποίους η κοινωνική υπηρεσία συμμετέχει:

**1. Προληπτικής παρέμβασης:** η κοινωνική υπηρεσία συμμετέχει στην οργάνωση και διεξαγωγή προγραμμάτων αγωγής υγείας σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας, στοχεύοντας με τον τρόπο αυτό στην ευαισθητοποίηση των πολιτών, αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

**2. Επείγουσας παρέμβασης:** συμμετέχει στην αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσης, σε κοινωνικά προβλήματα που απαιτούν άμεση παρέμβαση. Έτσι, παρέχει υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης στην οικογένεια του ασθενή.

**3. Κλινικής παρέμβασης:** σε αυτό τον άξονα περιλαμβάνονται και άλλοι τομείς της ιατρικής υπηρεσίας όπως, ο παθολογικός, ο χειρουργικός κλπ. όπου μέσω της κοινωνικής υπηρεσίας παρέχεται ψυχοκοινωνική υποστήριξη στον ασθενή αλλά και στην οικογένεια του. Επίσης, παρέχεται στήριξη για την κοινωνική επανένταξη μοναχικών ατόμων.

**4. Εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης:** Είτε στα πλαίσια παρακολούθησης του ασθενή στα εξωτερικά ιατρεία ή κατ' οίκον, διατηρείται επαφή με τον ασθενή και μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο πάντα με τη συναίνεση του.

**5. Στον τομέα της έρευνας και της εκπαίδευσης:** Διερευνώνται οι κοινωνικοί παράγοντες που εμπλέκονται στην εκδήλωση και πορεία της νόσου, υλοποιείται συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας στη διεξαγωγή ερευνητικών προγραμμάτων, εκπονούνται προγράμματα κατάρτισης στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ενώ υπάρχει μέριμνα για την εκπαίδευση σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί ασκούν το έργο τους είτε στα γραφεία της Κοινωνικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου, ή στις κλινικές όλων των τομέων της Ιατρικής

Υπηρεσίας, με την προϋπόθεση να υπάρχει διαθέσιμο γραφείο ώστε να προστατευτεί το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων των ασθενών που βρίσκονται μέσα στο νοσοκομείο. Ακόμη, μπορούν να ασκήσουν το έργο τους κατ' οίκον, στο φυσικό περιβάλλον του ασθενή αλλά και στην κοινότητα στα πλαίσια συνεργασίας με άλλους φορείς (π.χ. Δήμους) για τη διεξαγωγή προγραμμάτων αγωγής υγείας (Πανταζάκας & Μέντης, 2002).

### **3.3.1. Οι αρμοδιότητες του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου.**

Σύμφωνα με τους Πανταζάκα και Μέντη (2002), οι αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού στους άξονες δράσης της κοινωνικής υπηρεσίας συνοψίζονται στα εξής:

*α. Στην προληπτική παρέμβαση ο κοινωνικός λειτουργός:*

-Συλλέγει στοιχεία που αφορούν κοινωνικά αίτια που σχετίζονται με την εκδήλωση συγκεκριμένων νόσων καθώς και στοιχεία που σχετίζονται με συνέπειες συγκεκριμένων νόσων στην ποιότητα ζωής του ατόμου.

-Συνεργάζεται με άλλους φορείς της κοινότητας και συμμετέχει ενεργά στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, τα οποία αποσκοπούν στην ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα υγείας.

- Συμμετέχει στη δημιουργία έντυπου υλικού με σκοπό την ενημέρωση των πολιτών για θέματα υγείας.

-Παρουσιάζει σε επιστημονικά συνέδρια τις κοινωνικές διαστάσεις των νόσων τις οποίες μελετά.

*β. Στον άξονα επείγουσας παρέμβασης ο κοινωνικός λειτουργός:*

-Συγκεντρώνει πληροφορίες για τον ασθενή και το περιβάλλον του που σχετίζονται με την ύπαρξη κοινωνικών προβλημάτων (π.χ. ασφαλιστικά, προβλήματα στέγασης), τηρώντας βέβαια το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων, σύμφωνα με την δεοντολογία.

-Στηρίζει ψυχοκοινωνικά το περιβάλλον του ασθενή κατά τη φάση της κρίσης.

-Συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας ώστε να παρέχει πλήρη ενημέρωση στην οικογένεια του ασθενή ώστε να συμπαρασταθεί κατά τον καλύτερο τρόπο στον ασθενή.

-Τηρεί αρχείο και στατιστικά στοιχεία για την κίνηση ασθενών και συνοδών στο γραφείο της Κοινωνικής Υπηρεσίας, παράλληλα διερευνά τα αίτια του προβλήματος υγείας όσο και τα κοινωνικά προβλήματα που απορρέουν από αυτό.



-Σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες και ειδικότητες παράγει έντυπο ενημερωτικό υλικό, το οποίο είναι χρήσιμο για τον ασθενή και τους συνοδούς του.

*γ. Στον άξονα της κλινικής παρέμβασης ο κοινωνικός λειτουργός συμβάλλει:*

-Στη προετοιμασία του ασθενή και των οικείων του για παραδοχή της ασθένειας και της αναγκαιότητας των μέτρων θεραπείας.

-Στη βοήθεια του ασθενή για την καλή προσαρμογή στο περιβάλλον του νοσοκομείου.

-Στη δημιουργία ομάδων ασθενών ή συγγενών με κοινές ανάγκες και προβλήματα και στη βοήθεια τους μέσω της ομάδας για αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους.

-Στην προετοιμασία του ασθενούς και του περιβάλλοντος του για την προσαρμογή του στο φυσικό περιβάλλον.

-Στην εξεύρεση λύσεων κοινωνικής επανένταξης, όσον αφορά άτομα με αναπηρία ή χρόνια νοσήματα.

-Στην παραπομπή των συγγενών ή και του ασθενή μετά την έξοδο του σε πηγές βοήθειας μέσα στην κοινότητα (οικονομική ή ότι άλλο προβλέπει η νομοθεσία).

-Στη διασύνδεση των υπηρεσιών του νοσοκομείου, ώστε να μην ταλαιπωρείται ο ασθενής.

-Στην ενημέρωση του ασθενή για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του και στη βοήθεια για την αποτελεσματικότερη χρήση των υπηρεσιών του νοσοκομείου.

-Στη συμμετοχή στα εκπαιδευτικά προγράμματα του νοσοκομείου, καθώς και στην επισήμανση προβλημάτων που ανάγονται στην λειτουργικότητα του νοσοκομείου.

*δ. Στον άξονα της εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης ο κοινωνικός λειτουργός:*

-Συνεχίζει τη συνεργασία με τον ασθενή ή το περιβάλλον του εφόσον συναινεί και ο ίδιος.

-Συνεργάζεται με άλλους φορείς της κοινότητας προκειμένου να υπάρχει συντονισμός για την εξεύρεση των καλύτερων λύσεων προς όφελος του ασθενούς.

-Αναζητά και καταγράφει πηγές βοήθειας της κοινότητας σε τοπικό και εθνικό επίπεδο.

-Συμβάλλει στην οργάνωση εθελοντικών ομάδων για τις ανάγκες των ασθενών του αλλά και του νοσοκομείου.

-Έχει την ευθύνη για την τήρηση αρχείου για τα περιστατικά που παρακολουθούνται εκτός νοσοκομείου.

-Διεξάγει έρευνες για τα κοινωνικά χαρακτηριστικά και την πορεία των ασθενών με τους οποίους συνεργάζεται στα πλαίσια της μεταθεραπευτικής παρακολούθησης.

*ε. Στον άξονα της έρευνας και της εκπαίδευσης ο κοινωνικός λειτουργός:*

-Συντονίζει τις ερευνητικές εργασίες, εκπονεί προγράμματα κατάρτισης στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, εκπαιδεύει σπουδαστές κοινωνικής εργασίας στα πλαίσια της Πρακτικής τους άσκησης.

-Οργανώνει καινοτόμα προγράμματα, που αφορούν συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες ή εισάγει νέες μεθόδους αντιμετώπισης των κοινωνικών προβλημάτων.

### **3.3.2. Αρμοδιότητες του προϊσταμένου της Κοινωνικής Υπηρεσίας**

Σύμφωνα με τους Πανταζάκα και Μέντη (2002), στις αρμοδιότητες του προϊσταμένου της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι η ευθύνη για την καλή λειτουργία της Υπηρεσίας. Ο προϊστάμενος της κοινωνικής υπηρεσίας έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

-Συντονίζει, να εποπτεύει και να καθοδηγεί το επιστημονικό και διοικητικό έργο του προσωπικού της Κοινωνικής Υπηρεσίας εκτιμώντας τις ανάγκες του νοσοκομείου σε σχέση με τις δυνατότητες της υπηρεσίας.

-Εκτιμά και εγκρίνει την ανάγκη κίνησης των κοινωνικών λειτουργών εντός και εκτός νοσοκομείου για υπηρεσιακούς λόγους, διεξάγει τις δημόσιες σχέσεις για την καλή λειτουργία της υπηρεσίας και αναθέτει καθήκοντα στους κοινωνικούς λειτουργούς σε διάφορους τομείς και τμήματα του νοσοκομείου.

-Συγκαλεί και προεδρεύει του συμβουλίου υπευθύνων τομέων της Κοινωνικής Υπηρεσίας (τουλάχιστον δυο φορές το μήνα) και της ολομέλειας των κοινωνικών λειτουργών (τουλάχιστον μια φορά το μήνα).

-Μετέχει σε υπηρεσιακές συσκέψεις του νοσοκομείου και πραγματοποιεί όλες τις απαραίτητες παραστάσεις στα όργανα και τις υπηρεσίες του νοσοκομείου ως εκπρόσωπος της Κοινωνικής Υπηρεσίας.

-Αναλαμβάνει τις ενέργειες για την τοποθέτηση σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας στα πλαίσια της πρακτικής άσκησης

-Είναι υπεύθυνος για τη γραφειοκρατική οργάνωση της υπηρεσίας ενώ υπογράφει όλα τα έγγραφα που εξέρχονται.

- Αξιολογεί την υπηρεσιακή λειτουργία των κοινωνικών λειτουργών της υπηρεσίας του, συντάσσει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων και προγραμματίζει δραστηριότητες της Κοινωνικής Υπηρεσίας αξιολογώντας τις προτάσεις των υφισταμένων του.

-Τέλος, ασκεί κλινικά καθήκοντα στο βαθμό που του επιτρέπουν τα άλλα καθήκοντα του.

Η παραπομπή των περιστατικών που χρήζουν φροντίδας από την Κοινωνική Υπηρεσία πραγματοποιείται από: το ιατρικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό των κλινικών, τους ίδιους τους ασθενείς, το συγγενικό περιβάλλον των ασθενών, άλλες υπηρεσίες και φορείς εκτός νοσοκομείου. Η παραπομπή των περιστατικών πρέπει να γίνεται άμεσα, ώστε να παρέχονται οι κατάλληλες υπηρεσίες και να μην ταλαιπωρείται ο ασθενής με την παράταση της παραμονής του στο νοσοκομείο (Πανταζάκας, Μέντης, 2002).

### **3.3.3 Οργάνωση και λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας**

Σύμφωνα με τους Πανταζάκα και Μέντη (2002). η οργάνωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας στηρίζεται σε τρία όργανα: τον προϊστάμενο της Κοινωνικής Υπηρεσίας, το συμβούλιο υπευθύνων τομέων της Κοινωνικής Υπηρεσίας και την ολομέλεια της Κοινωνικής Υπηρεσίας.

1. Ο προϊστάμενος της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι αρμόδιος για το συντονισμό όλων των δραστηριοτήτων του τμήματος.
2. Το συμβούλιο υπευθύνων τομέων αποτελείται από τον προϊστάμενο, τον αναπληρωτή προϊστάμενο, ο οποίος είναι υπεύθυνος για τη λειτουργία του κλινικού τομέα της υπηρεσίας και τον υπεύθυνο του τομέα των επειγόντων. Το συμβούλιο συνεδριάζει δυο φορές το μήνα με αντικείμενο την επισήμανση προβλημάτων και τον προγραμματισμό δραστηριοτήτων. Επίσης, το συμβούλιο εισηγείται θέματα στην ολομέλεια του τμήματος.
3. Η ολομέλεια της υπηρεσίας, συνεδριάζει μια φορά το μήνα με συντονιστή τον προϊστάμενο του τμήματος. Σκοπός της είναι η επισήμανση γενικότερων προβλημάτων, ο τρόπος επίλυσης τους, η παρουσίαση ενδεικτικά περιπτώσεων στα πλαίσια της εσωτερικής επιμόρφωσης και η υλοποίηση του προγραμματισμού που εισηγείται το συμβούλιο των υπευθύνων τομέων.

*Για να μπορεί να λειτουργεί αποτελεσματικά κοινωνική υπηρεσία είναι απαραίτητο να διαθέτει την παρακάτω υλικοτεχνική υποδομή (Πανταζάκας & Μέντης, 2002):*

-Γραφεία για όλους τους κοινωνικούς λειτουργούς ώστε να εξασφαλίζεται το εμπιστευτικό του αντικειμένου τους (ο προϊστάμενος πρέπει να έχει χωριστό δικό του γραφείο). Απαραίτητο στοιχείο είναι η ύπαρξη προθάλαμου αναμονής.

-Ειδική αίθουσα συνέντευξης με μονόδρομο καθρέπτη, η οποία θα χρησιμοποιείται για εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς σκοπούς.

-Εξωτερική γραμμή τηλεφώνου και εσωτερική σύνδεση τηλεφώνου για όλες τις αίθουσες-γραφεία των κοινωνικών λειτουργών.

-Ηλεκτρονικό υπολογιστή συνδεδεμένο στο διαδίκτυο και σαρωτή προκειμένου να καταχωρούνται σε ηλεκτρονική μορφή τα αρχεία των περιστατικών, να γίνεται στατιστική επεξεργασία τους αλλά και για να συντάσσονται και να αποστέλλονται επίσημα έγγραφα προς άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου ή φορείς.

-Συσκευή fax ώστε να διαβιβάζονται έγκαιρα απαραίτητα δικαιολογητικά στους ανάλογους φορείς.

-Τέλος, η απαραίτητη γραφική ύλη.

Όσον αφορά το ωράριο, στις εφημερίες και τις υπερωρίες των κοινωνικών λειτουργών στην Κοινωνική Υπηρεσία τηρείται βιβλίο προσέλευσης-αποχώρησης με την ευθύνη του προϊσταμένου. Κατά περίπτωση και εφόσον συντρέχουν ειδικοί λόγοι είναι δυνατό οι κοινωνικοί λειτουργοί να ακολουθούν απογευματινό ωράριο έπειτα από έγκριση του προϊσταμένου. Εξαιτίας των υποχρεώσεων του αντικειμένου τους (κατ'οικον επισκέψεις) δικαιούνται ειδικής άδειας για εξωτερική υπηρεσία (με την έγκριση του προϊσταμένου).

Σχετικά με τις εφημερίες των κοινωνικών λειτουργών διακρίνονται σε ενεργείς, αυξημένης ετοιμότητας και ετοιμότητας. Ενεργείς ορίζονται οι εφημερίες που γίνονται με την παρουσία του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο κατά τις ημέρες της γενικής εφημερίας. Αυξημένης ετοιμότητας ονομάζονται οι εφημερίες που δεν προϋποθέτουν κατ'ανάγκη φυσική παρουσία του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο και αφορούν τις ώρες μετά τη 10<sup>η</sup> βραδινή μέχρι την ολοκλήρωση της εφημερίας. Ετοιμότητας ονομάζονται οι εφημερίες που διενεργούνται κατά τις μέρες μη εφημερίας του νοσοκομείου και προϋποθέτουν την ετοιμότητα του κοινωνικού λειτουργού από το σπίτι, έπειτα από τηλεφωνική κλήση, εφόσον προκύψει ανάγκη. Επίσης, οι κοινωνικοί λειτουργοί δικαιούνται άδεια για εκπαιδευτικούς λόγους προκειμένου να παρακολουθήσουν κάποιο επιμορφωτικό σεμινάριο, συνέδριο ή ημερίδα (Πανταζάκας και Μέντης, 2002).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Νοσηλευτικές υπηρεσίες στο νοσοκομείο

Σήμερα, υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί για την Νοσηλευτική. Οι ορισμοί που κατά καιρούς έχουν δοθεί ποικίλουν και επηρεάζονται από το χρόνο, στον οποίο διατυπώθηκαν.

*Η Νοσηλευτική σύμφωνα με τον διεθνώς αποδεκτό ορισμό προβάλλεται σαν μια επιστήμη και επάγγελμα που είναι «εντεταλμένη να βοηθήσει το άτομο, άρρωστο ή υγιές, στην εκτέλεση εκείνων των δραστηριοτήτων που συνεισφέρουν στην υγεία ή στην ανάρρωση του, που θα τις εκτελούσε χωρίς βοήθεια αν είχε την απαραίτητη δύναμη, τη βούληση ή τη γνώση. Και να το κάνει αυτό με τέτοιο τρόπο, ώστε να βοηθήσει το άτομο να αποκτήσει την ικανότητα αυτοφροντίδας και την ανεξαρτησία του όσο το δυνατό γρηγορότερα» (Ζήλλη κ.α, 2009).*

Ο Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΝΕ) έχει υιοθετήσει τον εξής ορισμό: «...η νοσηλευτική καλύπτει αυτόνομη και συνεργάσιμη φροντίδα ατόμων όλων των ηλικιών, των οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων, άρρωστων ή υγιών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας. Η νοσηλευτική περιλαμβάνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, και την φροντίδα ασθενών, αναπήρων και ανθρώπων που πεθαίνουν. Η υπεράσπιση του ασθενούς, και η διασφάλιση γι' αυτόν ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, η έρευνα, η συμμετοχή στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας, στη διαχείριση περιπτώσεως ασθενών, στη διοίκηση συστημάτων υγείας, καθώς και η εκπαίδευση αποτελούν επίσης βασικούς ρόλους της νοσηλευτικής».

Παρόλο που ο ορισμός της Νοσηλευτικής ποικίλει και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, ο ρόλος της παραμένει η παροχή φροντίδας, με επίκεντρο τον άρρωστο και τις ανάγκες του. Συγκεκριμένα η Λανάρα (1993) αναφέρει ότι «...ο κύριος σκοπός της νοσηλευτικής είναι η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας του ανθρώπου, η πρόληψη της νόσου, η νοσηλεία του ασθενούς, η ανακούφιση του πόνου και η αποκατάσταση.

Σύμφωνα με πληροφορίες που παρέχονται στην ιστοσελίδα του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης «η νοσηλευτική είναι ανθρωπιστική επιστήμη αλλά και εξειδικευμένη τέχνη. Αποτελεί μία πολύπλοκη επιστημονική δραστηριότητα η οποία απευθύνεται στον άνθρωπο, την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο σε όλες τις καταστάσεις υγείας και αρρώστιας. Σκοπός της Νοσηλευτικής, είναι η αξιολόγηση

των αναγκών υγείας, ο προγραμματισμός των παρεμβάσεων και η βοήθεια του ατόμου υγιούς ή αρρώστου να αναλάβει εκείνες τις δραστηριότητες που συντελούν στη υγεία ή την αποκατάστασή της, τις οποίες το άτομο θα πραγματοποιούσε χωρίς βοήθεια, εάν διέθετε την απαραίτητη γνώση, δύναμη και θέληση κατά την V.Henderson. Η άσκηση της Νοσηλευτικής βασίζεται στην έρευνα και το ενδιαφέρον της εστιάζεται στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της αρρώστιας στα άτομα, τις οικογένειες και την κοινότητα. Προωθεί την αυτοφροντίδα, την ανεξαρτησία, τον σεβασμό της προσωπικότητας και των δικαιωμάτων των ανθρώπων, ενώ συγχρόνως παρέχει επιμελημένη επιστημονική φροντίδα σε περιπτώσεις αρρώστιας. Επιδιώκει την απόκτηση κάθε νέας θεωρητικής γνώσης και τεχνογνωσίας, με σκοπό τη συνεχή προσαρμογή της Νοσηλευτικής Επιστήμης στην ταχύτατα αναπτυσσόμενη γνώση, με προσανατολισμό τόσο την πρόληψη όσο και την θεραπευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των πολιτών».

#### **4.1 Παρεχόμενη εκπαίδευση νοσηλευτικής στην Ελλάδα**

Η πρώτη προσπάθεια εκπαίδευσης και κατάρτισης Νοσοκόμων στην Ελλάδα έγινε από τη Βασίλισσα Όλγα το 1875 με την ίδρυση της πρώτης Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων, της Σχολής του «Ευαγγελισμού». Η διάρκεια φοίτησης ήταν 2 χρόνια και δεχόταν μέχρι το 1900 γυναίκες με μοναδικό προσόν τη γνώση «ανάγνωσης και γραφής».

Η ελληνική Νοσηλευτική δεν έμεινε ανεπηρέαστη από την παγκόσμια ανάπτυξη της Νοσηλευτικής και ακολούθησε ισάξια πορεία στο πέρασμα των χρόνων, με ιδιαίτερα σημαντική ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια.

Το 1968 με Υπουργική απόφαση καθορίζεται ο κανονισμός καθηκόντων του νοσηλευτικού προσωπικού και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Έως το 1970 λειτούργησαν 12 ανώτερες σχολές Νοσοκόμων και την ευθύνη της εκπαίδευσης των Νοσηλευτών είχε το Υπουργείο Υγείας.

- Σήμερα στην Ελλάδα υπάρχουν βαθμίδες Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης:
- Τμήματα Μέσων Τεχνικών Επαγγελματικών Σχολών. Τα οποία έχουν 2ετή υποχρεωτική φοίτηση και υπάγονται στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών σύμφωνα με το Νόμο 1566/1985.
- Τμήματα Νοσηλευτικής των Σχολών Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Ανώτατων Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων Α.Τ.Ε.Ι, 4ετούς φοίτησης.

- Τμήματα Νοσηλευτικής Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, 5ετούς φοίτησης (Ν. 959/ 1983).

Τα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών καθορίζονται από τον Π.Δ.351/1989(Φ.Ε.Κ.23/26.1.89.τ/Α), σύμφωνα με το οποίο οι κάτοχοι πτυχίου μπορούν να υπηρετήσουν ως στελέχη:

- Της νοσηλευτικής υπηρεσίας, στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.
- Της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στα αντίστοιχα προγράμματα, που παρέχουν τα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (.Ε.Ι.), τα Τεχνικά Επαγγελματικά Εκπαιδευτήρια (Τ.Ε.Ε.), οι Μέσες Τεχνικές Επαγγελματικές Νοσηλευτικές Σχολές (Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.) και τα Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ι.Ε.Κ.).
- Τούς παρέχεται ακόμη η δυνατότητα εργασίας σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σε διεθνείς οργανισμούς.

Ο Νοσηλευτής/ρια μπορεί να έχει και ειδική εκπαίδευση σε μια από τις εξής ειδικότητες:

- ✓ Παθολογική Νοσηλευτική.
- ✓ Χειρουργική Νοσηλευτική.
- ✓ Παιδιατρική Νοσηλευτική.
- ✓ Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.
- ✓ Νεφρολογική Νοσηλευτική.

Οι νοσηλευτικές ειδικότητες εφοδιάζουν τους εκπαιδευόμενους νοσηλευτές με σειρά ειδικών γνώσεων και δεξιοτήτων αναλόγως με τον τομέα ειδίκευσης.

#### **4.2 Ο ρόλος και οι αρμοδιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού**

*Νοσηλευτής/ρια* θεωρείται ο επαγγελματίας υγείας που μαζί με άλλους επαγγελματίες υγείας ασχολείται με την φροντίδα, την ασφάλεια και την αποκατάσταση της υγείας ατόμων που πάσχουν από κάποια οξεία ή χρόνια πάθηση. Ο νοσηλευτής/ρια συνεργάζεται στενά με τον ιατρό και εφαρμόζει στη πράξη τις ιατρικές οδηγίες. Ασχολείται επίσης με την πρόληψη των ασθενειών και την αντιμετώπιση επείγουσών ιατρικών και νοσηλευτικών καταστάσεων, καθώς και την διεξαγωγή έρευνας για την προαγωγή της νοσηλευτικής επιστήμης (Θεοδώρου, 2001).

Η σχέση που το προσωπικό υγείας διαμορφώνει με τον άρρωστο, την οικογένεια και την κοινότητα είναι αμφίδρομη και ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού σε αυτή τη σχέση είναι καθοριστικός. Σύμφωνα με την Μανουσάκη (2011:6) «οι νοσηλευτές, οι οποίοι διαδραματίζουν βασικό ρόλο στον τομέα της υγείας, μπορούν από τη μοναδική θέση που κατέχουν να συμβάλουν αποφασιστικά στην υγεία του πλανήτη. Εφόσον μάλιστα στα περισσότερα εθνικά συστήματα υγείας, αντιπροσωπεύουν μια ισχυρή δύναμη για την πραγματοποίηση των απαραίτητων αλλαγών προκειμένου να υπάρξει Υγεία για Όλους στον 21ο αιώνα». Η δυναμική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ αρρώστου και προσωπικού υγείας έχει άμεσες επιπτώσεις συνολικά στην πορεία της ασθένειας. Ο άρρωστος δεν εκφράζεται μόνο λεκτικά αλλά και μέσω των συμπτωμάτων του. Πρέπει λοιπόν το νοσηλευτικό προσωπικό να κατέχουν και τις απαραίτητες δεξιότητες που θα τους βοηθήσουν στο να κατανοήσουν και να υποστηρίξουν αποτελεσματικότερα τον άρρωστο και το περιβάλλον του.

Σύμφωνα με πληροφορίες που παρέχονται στην ιστοσελίδα του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης ο απόφοιτος του βασικού τίτλου σπουδών στη νοσηλευτική θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Αυτό επιτυγχάνεται με την απόκτηση γνώσεων, δεξιοτήτων και εμπειριών έτσι ώστε ο πτυχιούχος να μπορεί να λειτουργεί αποτελεσματικά στους κάτωθι τομείς:

1. Παροχή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, η οποία περιλαμβάνει προαγωγή και διατήρηση της υγείας, πρόληψη της νόσου και των επιπλοκών, θεραπεία της ασθένειας και αποκατάσταση της υγείας που τεκμηριώνεται με επιστημονικά δεδομένα.
2. Εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας στην καθημερινή πρακτική, δηλαδή: αξιολόγηση του ατόμου, νοσηλευτική διάγνωση, προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας, εφαρμογή και εκτίμηση των αποτελεσμάτων.
3. Πληροφόρηση και υποστήριξη της αυτονομίας και ανεξαρτησίας ατόμων έτσι ώστε να προσαρμοστούν σε πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας.
4. Διδασκαλία της νοσηλευτικής σε εκπαιδευτικά προγράμματα όλων των επιπέδων της νοσηλευτικής εκπαίδευσης.
5. Σχεδιασμός και υλοποίηση ερευνητικών προγραμμάτων για την επίλυση προβλημάτων που προκύπτουν στη νοσηλευτική πρακτική.



6. Αξιολόγηση και βελτίωση την ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς και συμμετοχή σε διεπιστημονικές προσπάθειες για τη διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

7. Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας σε άτομα και ομάδες σε επίπεδο πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης σε σχολεία, επαγγελματικούς χώρους και άλλους τομείς της κοινότητας.

8. Ενσωμάτωση των επαγγελματικών αξιών καθώς και των ηθικών και νομικών δεσμεύσεων της νοσηλευτικής στην νοσηλευτική πρακτική.

Ο Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας σύμφωνα με τον Εθνικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών Ελλάδας ([www.esne.gr](http://www.esne.gr), 21-12-11) έχει ως εξής:

▪ Άρθρο 1

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 παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

▪ Άρθρο 2

Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου που ασθενεί. Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή. 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.

▪ Άρθρο 3

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.

▪ Άρθρο 4

Ο Νοσηλευτής πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του να απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε παραπλάνηση ή εξαπάτηση των ασθενών, προσέλευση πελατείας, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα, ή συγκάλυψη ατόμων που ασκούν μη νόμιμα το επάγγελμα.

- Άρθρο 5  
Ο Νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενή. Οφείλει 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.
- Άρθρο 6  
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.
- Άρθρο 7  
Ο Νοσηλευτής οφείλει να έχει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, να λαμβάνει κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρησή της και απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να τη θέσει σε κίνδυνο.
- Άρθρο 8  
Οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του, σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις διατάξεις που αφορούν την άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο. Για το σκοπό αυτό, οφείλει να ενημερώνεται και να βελτιώνει τις δεξιότητές του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.
- Άρθρο 9  
Οφείλει επίσης να διαφυλάττει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή και να αποτρέπει με κάθε δυνατό μέσο οποιαδήποτε μορφή παραβίασής τους.
- Άρθρο 10  
Ο Νοσηλευτής, σεβόμενος την προσωπικότητα του ασθενή, πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωση του ασθενή αναφορικά με την πρόγνωση, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους και τα οφέλη, πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης.
- Άρθρο 11  
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.

- Άρθρο 12  
Ο Νοσηλευτής οφείλει 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.
- Άρθρο 13  
Ο Νοσηλευτής οφείλει 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.
- Άρθρο 14  
Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκμασίες του έργου των συναδέλφων του, των ιατρών και του λοιπού προσωπικού.
- Άρθρο 15  
Οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του και τη συνδρομή του στις δημόσιες αρχές για την προαγωγή και διαφύλαξη της δημόσιας υγείας, τόσο στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής όσο και κατά την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών γενικότερα, σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις.
- Άρθρο 16  
Ο Νοσηλευτής που ασχολείται με την έρευνα οφείλει να τηρεί τις γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας κατά την διενέργεια κάθε επιδημιολογικής, κλινικής ή άλλης έρευνας, όπως αυτές ορίζονται στους διεθνείς κώδικες και διατυπώνονται ειδικότερα από την αρμόδια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας. Επίσης οφείλει να λαμβάνει ιδιαίτερη μέριμνα για το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν με τη συναίνεσή τους σε επιστημονική έρευνα, για την επιστημονική ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας και για την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου.
- Άρθρο 17  
Ο Νοσηλευτής δεν μπορεί να συνδυάζει την έρευνα με τις νοσηλευτικές φροντίδες εκτός της περίπτωσης που αυτή η έρευνα μπορεί να προσφέρει διαγνωστικά ή θεραπευτικά στον ασθενή.
- Άρθρο 18  
Η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων απαιτεί, σε όλες τις περιστάσεις, το σεβασμό της ζωής, της αξιοπρέπειας και της ελεύθερης επιλογής του ασθενή. Σε περίπτωση

ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό στάδιο μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιοριστεί στην ανακούφιση του φυσικού και ηθικού πόνου του ασθενή, παρέχοντάς του την κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας, κατά το δυνατόν την ποιότητα της ζωής του. Αποτελεί υπέρτατο χρέος του νοσηλευτή να συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος και να δρα με τρόπο, ώστε να του επιτρέπει τη διατήρηση της αξιοπρέπειάς του.

▪ Άρθρο 19

Ο Νοσηλευτής που μετέχει στη διαδικασία πιστοποίησης του θανάτου, κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 12 του Ν. 2737/1999 (Α' 174), παρέχει τη συνδρομή του στο ιατρικό έργο και λαμβάνει κάθε απαραίτητο μέτρο προκειμένου να διαπιστωθεί ότι τηρήθηκαν οι κείμενες διατάξεις.

▪ Άρθρο 20

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει στον ασθενή, μετά από αίτησή του, κάθε χρήσιμη πληροφορία στα θέματα της αναπαραγωγής στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του. Σύμφωνα με τη νοσηλευτική ηθική, ο Νοσηλευτής εξαιτίας των προσωπικών του πεποιθήσεων έχει τη δυνατότητα αποχής από τη διαδικασία αναπαραγωγής ή διακοπής της κύησης.

### **4.3 Οργάνωση και δομή νοσηλευτικής υπηρεσίας**

Σύμφωνα με τον Εθνικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών Ελλάδας, αρμοδιότητες της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι η παροχή νοσηλείας στους αρρώστους, σύμφωνα με τα διδάγματα της νοσηλευτικής και με την κατεύθυνση των υπευθύνων γιατρών, η προώθηση και προαγωγή της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης στον τομέα αυτό, όπως επίσης ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών ([www.esne.gr](http://www.esne.gr), 21-12-11).

Την νοσηλευτική υπηρεσία του νοσοκομείου διοικεί ο υπεύθυνος/η διευθυντής που κατέχει και την γενική ευθύνη του προσφερόμενου έργου. Σε νοσοκομεία τα οποία διαθέτουν περισσότερες από 100 κλίνες το νοσηλευτικό έργο υποστηρίζεται από ειδικά τμήματα. Ο/η υποδιευθύνων/υποδιευθύνουσα παρέχει βοήθεια και στήριξη στο έργο που ασκείται από τον/την υπεύθυνος/η διευθυντής.

Η παρακολούθηση και η επίβλεψη της νοσηλευτικής εργασίας ανατίθεται στους προϊσταμένους νοσηλευτες/τριες του γραφείου διεύθυνσης. Για το ενδιάμεσο επίπεδο διοίκησης μεταξύ νοσηλευτικής διεύθυνσης και νοσηλευτικού τμήματος, υπεύθυνος

είναι ο προϊστάμενος του νοσηλευτικού τομέα, στην ευθύνη του οποίου ανήκει ο σωστός συντονισμό της λειτουργίας των τμημάτων, όπως επίσης και η άσκηση διοικητικής εποπτείας στο προσωπικό του τμήματος (Θεοδώρου Μ. κ.α., 2001).

Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 2 του άρθρου 10 του νόμου 1397/83, από τρεις υπηρεσίες, η μια από τις οποίες είναι η νοσηλευτική. Η νοσηλευτική υπηρεσία αποτελείται από τμήματα και τομείς. Κάθε τμήμα έχει την ευθύνη του και καλύπτει από 20 μέχρι 45 κρεβάτια. Κάθε 4 με 8 τμήματα αποτελούν ένα τομέα. Σε νοσοκομεία τα οποία δεν διαθέτουν 4 τμήματα δεν συγκροτούνται τομείς.

Σε κάθε νοσοκομείο συνιστάται Νοσηλευτική Επιτροπή που αποτελείται από:

- Το διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ως πρόεδρο
- Έναν προϊστάμενο τμήματος από κάθε τομέα
- Έναν διπλωματούχο τμήματος από κάθε τομέα
- Τα μέλη

Στα νοσοκομεία που δεν υπάρχουν τομείς η εκλογή γίνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό της νοσηλευτικής υπηρεσίας που συνέρχεται με πρόσκληση του διευθυντή της ([www.esne.gr](http://www.esne.gr), 21-12-11).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **5.1 Εισαγωγή**

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφεται αρχικά η μεθοδολογία της έρευνας όπου αναλύονται ο σκοπός και οι στόχοι της μελέτης μας, τα ερευνητικά ερωτήματα, το πεδίο μελέτης, πως έγινε η δειγματοληψία, η κατασκευή του ερευνητικού εργαλείου, οι θεματικές ενότητες που περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας, οι τεχνικές συλλογής στοιχείων, οι δυσκολίες στην υλοποίηση της έρευνας και η παρουσίαση των αποτελεσμάτων σε πίνακες. Έπειτα περιλαμβάνονται τα αποτελέσματα της έρευνας, οι συσχετίσεις μεταβλητών και τέλος ακολουθεί η συζήτηση των αποτελεσμάτων και τα συμπεράσματα.

#### **5.2 Σκοπός και στόχοι της έρευνας**

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθούν οι απόψεις και η εμπειρία των νοσηλευτών/νοσηλευτριών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της Κρήτης για την διεπαγγελματική συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς, καθώς και η πληροφόρησή τους για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού.

*Οι επιμέρους στόχοι* εστιάζουν στην αξιολόγηση από τους ερωτώμενους της σημαντικότητας της συνεισφοράς των επαγγελματιών υγείας καθώς και στην αξιολόγηση συγκεκριμένων επαγγελματικών κριτηρίων (ακαδημαϊκών γνώσεων, αποδοτικότητας, δεξιοτήτων επικοινωνίας και ικανότητα στη λήψη αποφάσεων) τόσο των κοινωνικών λειτουργών όσο και των νοσηλευτών/τριών.

#### **5.3 Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις εργασίας**

- Ποια είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων νοσηλευτών/νοσηλευτριών (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση). Κατά πόσο τα χαρακτηριστικά αυτά επηρεάζουν τις απόψεις τους για τη διεπαγγελματική συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς.
- Ποιες είναι η απόψεις και η εμπειρία των νοσηλευτών/νοσηλευτριών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της Κρήτης για την διεπαγγελματική συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς.

- Πως αξιολογούν την πληροφόρησή τους για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού.
- Πως αξιολογούν τη σημαντικότητα της συνεισφοράς των επαγγελματιών υγείας στον τομέα της υγείας.
- Πως αξιολογούν συγκεκριμένα επαγγελματικά κριτήρια (ακαδημαϊκές γνώσεις, αποδοτικότητα, δεξιότητες επικοινωνίας και ικανότητα στη λήψη αποφάσεων) τόσο των κοινωνικών λειτουργών όσο και των νοσηλευτών.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και α) στην πληροφόρηση που οι ερωτώμενοι θεωρούν ότι διαθέτουν για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της υγείας και β) στην αξιολόγηση τους για τη σημαντικότητα της συνεισφοράς του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού.
- Σχετίζεται η ηλικία των νοσηλευτών με την αξιολόγηση της εμπειρία τους από τη συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς και β) την αξιολόγηση τους για τη σημαντικότητα της συνεισφοράς του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και στις προτάσεις των ερωτώμενων για τον τρόπο υλοποίησης της διεπαγγελματικής συνεργασίας νοσηλευτών-κοινωνικών λειτουργών.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και α) στην αξιολόγηση των ερωτώμενων για τις ακαδημαϊκές γνώσεις των κοινωνικών λειτουργών και β) στην αξιολόγηση των ερωτώμενων για τις ακαδημαϊκές γνώσεις των νοσηλευτών/τριών.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην αξιολόγηση των ακαδημαϊκών γνώσεων των κοινωνικών λειτουργών από τους ερωτώμενους και α) της εμπειρίας τους από τη συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς και β) την ηλικία.

#### **5.4 Πεδίο μελέτης**

Ως πεδίο μελέτης ορίστηκαν οι επαγγελματίες υγείας και πιο συγκεκριμένα οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της Κρήτης (στο

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου, στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, στο Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, στο νοσοκομείο Αγίου Νικολάου και Σητείας). Η επιλογή των παραπάνω χώρων υγείας έγινε προκειμένου τα αποτελέσματα της έρευνας να είναι περισσότερο τεκμηριωμένα.

### **5.5 Δειγματοληψία**

Η επιλογή του δείγματος έγινε με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας. Το δείγμα μας περιλαμβάνει N=100 νοσηλευτές από δημόσια νοσοκομεία της Κρήτης (Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, νοσοκομείο Αγίου Νικολάου και Σητείας).

### **5.6 Τεχνικές συλλογής στοιχείων**

Πραγματοποιήθηκε η ποσοτική έρευνα μέσω ερωτηματολογίων. Το κύριο εργαλείο της ποσοτικής έρευνας μας είναι το ερωτηματολόγιο (Δαρβίρη, 2009). Η συλλογή των απαντήσεων έγινε μέσω της απευθείας συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων μετά τη διανομή τους στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (απαντήθηκαν 25 ερωτηματολόγια από νοσηλευτές), στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου (25 ερωτηματολόγια), στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων (13 ερωτηματολόγια), στο Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου (12 ερωτηματολόγια), στο νοσοκομείο Αγίου Νικολάου (15 ερωτηματολόγια) και στο νοσοκομείο της Σητείας (10 ερωτηματολόγια).

### **5.7 Κατασκευή Ερευνητικού εργαλείου**

Το ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας κας Ε. Παπαδάκη. Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την σύνταξη του ερωτηματολογίου διαμορφώθηκαν ώστε να καλύπτουν τα ερευνητικά ερωτήματα, μετά από ανασκόπηση σχετικών ερευνών.

*Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει οκτώ θεματικές ενότητες :*

- α) Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων
- β) Απόψεις και εμπειρία διεπαγγελματικής συνεργασίας των ερωτώμενων με τους κοινωνικούς λειτουργούς.



- γ) Απόψεις των ερωτώμενων για την αναγκαιότητα διεπαγγελματικής συνεργασίας νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών καθώς και μέτρα διευκόλυνσης της.
- δ) Σημεία τριβής ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές και που οφείλονται.
- ε) Βαθμός ενημέρωσης νοσηλευτών για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού.
- ζ) Αξιολόγηση της σημαντικότητας της συνεισφοράς των επαγγελματιών υγείας (γιατρών, ψυχολόγων, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών) στον τομέα της υγείας.
- στ) Αξιολόγηση της επαγγελματικής ικανότητας των κοινωνικών λειτουργών από τους ερωτώμενους με βάση συγκεκριμένα επαγγελματικά κριτήρια (ακαδημαϊκών γνώσεων, αποδοτικότητας, δεξιοτήτων επικοινωνίας και ικανότητα στη λήψη αποφάσεων)
- η) Αξιολόγηση της επαγγελματικής ικανότητας των νοσηλευτών/τριών από τους ερωτώμενους με βάση συγκεκριμένα επαγγελματικά κριτήρια (ακαδημαϊκών γνώσεων, αποδοτικότητας, δεξιοτήτων επικοινωνίας και ικανότητα στη λήψη αποφάσεων).

### **5.8 Στατιστική ανάλυση**

Η επεξεργασία και η ανάλυση των στοιχείων που συλλέχθηκαν πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS έκδοση 18.0. Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος ( $\chi^2$ ) chi-square test για τον έλεγχο της συσχέτισης δύο ποιοτικών μεταβλητών. Για την περιγραφή των πινάκων χρησιμοποιήθηκαν πίνακες συχνοτήτων, κυκλικά γραφήματα και ραβδογράμματα. Επίσης έγινε ομαδοποίηση στην ερώτηση που αφορά στην ηλικία, στα χρόνια που εργάζονται ως νοσηλευτές/τριες, καθώς και στα χρόνια εργασίας τους σε δημόσιο νοσοκομείο τόσο για την εξέταση των συσχετίσεων όσο και για τους πίνακες συχνοτήτων. Οι ομαδοποιημένες τιμές ήταν:

- Για την ηλικία: 21-30, 31-40, 41-50, 51-60.
- Για τα χρόνια εργασίας ως νοσηλευτές: 1-10, 11-20, 21-30.
- Για τα χρόνια εργασίας σε δημόσιο νοσοκομείο: 1-11, 12-21, 22-33.

### **5.9 Εκτίμηση δυσκολιών για την πραγματοποίηση της μελέτης**

Κατά την υλοποίηση της έρευνας και τη συγγραφή του θεωρητικού μέρους συναντήσαμε τις παρακάτω δυσκολίες:

- Δυσκολίες προσέγγισης υπεύθυνων νοσηλευτικής υπηρεσίας για την πρόσβασή μας στις κλινικές προκειμένου να έρθουμε σε επαφή με νοσηλευτές/τριες.
- Ελλιπή βιβλιογραφία στην κεντρική βιβλιοθήκη καθώς και στην βιβλιοθήκη της ΣΕΥΠ σχετικά με το θέμα της μελέτης μας.
- Δυσκολία πρόσβασης σε βιβλιοθήκες εκτός Ηρακλείου για την ανεύρεση σχετικής βιβλιογραφίας.
- Δυσκολία στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία, λόγω έλλειψης γνώσεων αγγλικής ορολογίας.

#### **5.10 Ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν.**

Με την προστασία της ανωνυμίας των ερωτώμενων καθώς και με την δεοντολογική τήρηση των κανόνων της έρευνας δεν υπήρξαν ηθικά ζητήματα που πιθανόν να προέκυπταν από την υλοποίηση της έρευνας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

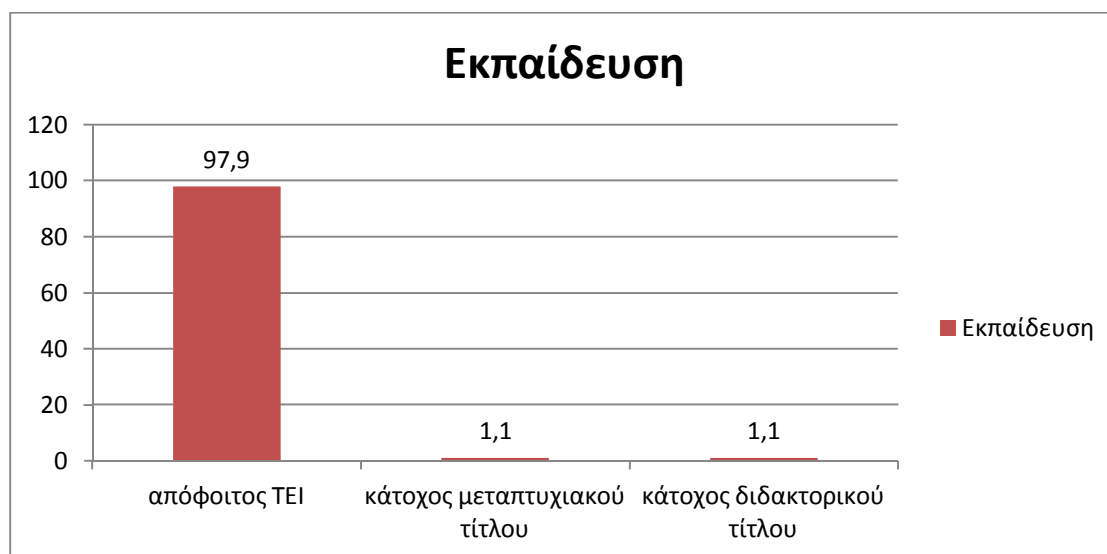
#### 6.1 Ανάλυση – Πίνακες συχνοτήτων

*Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά νοσηλευτών*

N=100	N%	
<b>ΦΥΛΟ</b>		
ΑΝΔΡΕΣ	22	22.0
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	78	78.0
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>		
21-30	27	27.0
31-40	29	29.0
41-50	38	38.0
51-60	6	6.0

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε συμπληρώθηκαν 100 ερωτηματολόγια ,από τα οποία τα 22 συμπλήρωσαν άνδρες με ποσοστό 22.0% και τα 78 από γυναίκες, με ποσοστό 78.0%. Από αυτούς που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο το μεγαλύτερο ποσοστό (56%) ήταν ηλικίας από 21-40 χρονών, ενώ αυτοί με το μικρότερο ποσοστό (6%) ήταν ηλικίας από 51-60 χρόνων.

Γράφημα 2: Εκπαίδευση



Στην ερώτηση για την εκπαίδευση από τους 100 που δόθηκαν ερωτηματολόγια έδωσαν απάντηση 95 ερωτηθέντες. Από αυτούς οι 93 (97,9%) απάντησαν ότι είναι απόφοιτοι ΤΕΙ, 1 (1,1)% ότι είναι κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου και 1 (1,1%) ότι είναι κάτοχος διδακτορικού τίτλου.

*Πίνακας 3-4: Εργασία νοσηλευτών στο χώρο της υγείας και εργασία νοσηλευτών σε νοσοκομείο:*

*Πίνακας 3:*

N=100	N	%
<b>Χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτρια/τρια στο χώρο της υγείας:</b>		
1-10	47	48.0
11-20	29	29.6
21-30	22	22.4

Στην ερώτηση για το πόσα χρόνια εργάζονται στο χώρο της υγείας, έδωσαν απάντηση 98 ερωτηθέντες. Από αυτούς οι 47 (48.0%) απάντησαν ότι δουλεύουν από 1-10 χρόνια στο χώρο της υγείας, οι 29 (29.6%) ότι δουλεύουν από 11-20 και οι 22 (22.4%) ότι δουλεύουν από 21-30 χρόνια. Μόλις δύο ερωτηθέντες δεν έδωσαν καμία απάντηση.

Πίνακας 4:

N=100	N	%
<b>Χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης/τρια σε νοσοκομείο:</b>		
1-11	52	52.0
12-21	24	24.0
22-33	24	24.0

Στην ερώτηση για το πόσα χρόνια εργάζονται στο χώρο του νοσοκομείου, από τους 100 ερωτηθέντες, οι 52 (52.0%) απάντησαν ότι δουλεύουν από 1-11 χρόνια στο χώρο του νοσοκομείου, οι 24 (24.0%) ότι δουλεύουν από 13-21 και οι 24 (24.0%) ότι δουλεύουν από 21-30 χρόνια.

Πίνακας 5: Ζητήματα που σχετίζονται με την διεπαγγελματική συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών και την αναγκαιότητα αυτής.

N=100	N	%
<b>Στην κλινική/ες που εργάζεσθε υπάρχει συνεργασία της νοσηλευτικής με την κοινωνική υπηρεσία;</b>		
Ναι, υπάρχει συστηματική συνεργασία	22	22.0
Ναι, υπάρχει περιστασιακή συνεργασία όταν είναι απαραίτητο	68	68.0
Όχι, δεν υπάρχει συστηματική συνεργασία	9	9.0
Άλλο	1	1.0
Δεν απάντησαν	10	10.0
<b>Αν υπάρχει συνεργασία με την κοινωνική υπηρεσία πως θα την αξιολογούσατε;</b>		
Θετική	34	34.0
Μάλλον θετική	49	49.0
Ουδέτερη	16	16.0
Μάλλον αρνητική	1	1.0

<b>Πόσο αναγκαία θεωρείτε τη διεπαγγελματική συνεργασία στον τομέα της υγείας ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς-νοσηλευτές;</b>		
Λίγο αναγκαία	7	7.0
Αρκετά αναγκαία	35	35.0
Πολύ αναγκαία	41	41.0
Πάρα πολύ αναγκαία	17	17.0
<b>Αν θεωρείτε ότι η διεπαγγελματική συνεργασία κοινωνικών λειτουργών-νοσηλευτών/τριων είναι αναγκαία με ποιό τρόπο πρέπει να υλοποιείται;</b>		
Θα πρέπει να υλοποιείται περιστασιακά όταν προκύπτει ανάγκη	19	19.0
Θα πρέπει να υπάρχει συστηματική ανεπίσημη επικοινωνία	7	7.0
Θα πρέπει να υπάρχει συστηματική επίσημη επικοινωνία	50	50.0
Θα πρέπει να υπάρχει θεσμοθετημένη συνεργασία στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας	24	24.0

Από τους ερωτηθέντες που απάντησαν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που αφορούσαν την ύπαρξη διεπαγγελματικής συνεργασίας το 68% απάντησαν ότι υπάρχει περιστασιακή συνεργασία όταν είναι απαραίτητο, το 22% ότι υπάρχει συνεργασία, το 9% ότι δεν υπάρχει συστηματική συνεργασία, το 1% απάντησε στην ερώτηση άλλο και τέλος το 10% δεν έδωσε καμία απάντηση.

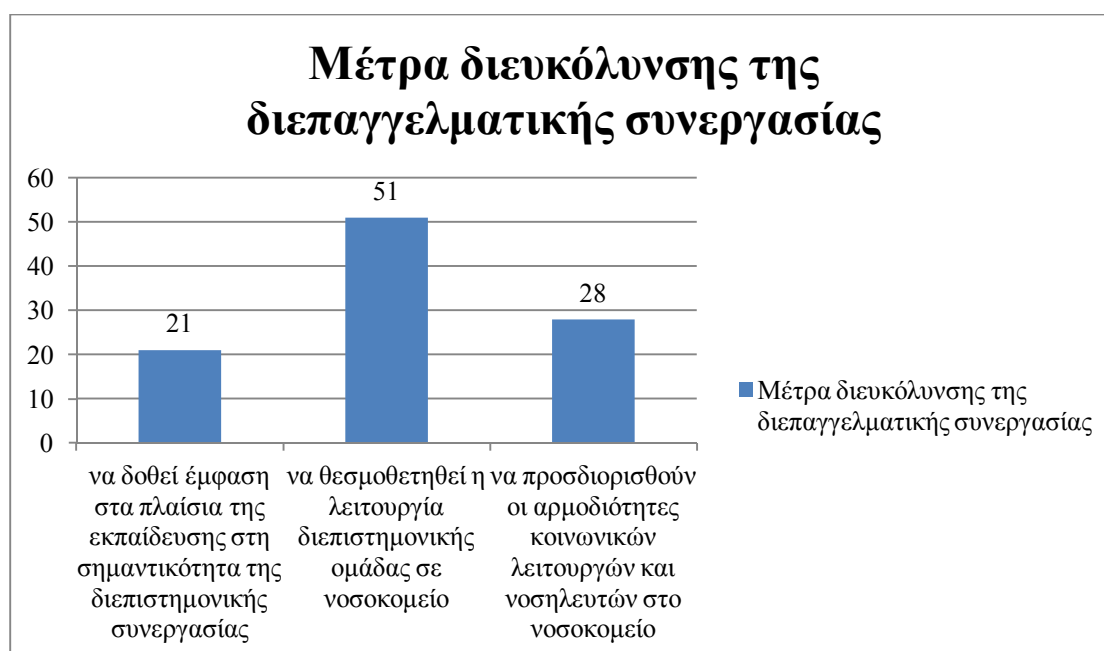
Στην ερώτηση για την αξιολόγηση της διεπαγγελματικής συνεργασίας σε περίπτωση που υπάρχει, το 49% απάντησε ότι είναι μάλλον θετική, το 34% απάντησε ότι είναι θετική, το 16% απάντησε πως τη θεωρεί ουδέτερη και το 1% ότι είναι αρνητική.

Στην ερώτηση για την αναγκαιότητα της διεπαγγελματικής συνεργασίας στον τομέα της υγείας το 7% τη θεωρεί λίγο αναγκαία, το 35% αρκετά αναγκαία και πολύ αναγκαία, και το 58% τη θεωρεί πολύ και πάρα πολύ αναγκαία.

Τέλος στον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να υλοποιείται η διεπαγγελματική συνεργασία το 50% απάντησε ότι θα πρέπει να υπάρχει συστηματική επίσημη επικοινωνία, το 7% ότι πρέπει να υπάρχει συστηματική ανεπίσημη επικοινωνία, το 24% ότι πρέπει να υπάρχει θεσμοθετημένη συνεργασία στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας, το 19% ότι θα πρέπει να υλοποιείται περιστασιακά όταν προκύπτει ανάγκη

Γράφημα 6:

Μέτρα διευκόλυνσης της διεπαγγελματικής συνεργασίας.



Στο παραπάνω γράφημα παρατηρείται ότι το 51% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι θα πρέπει να θεσμοθετηθεί η λειτουργία διεπιστημονικής ομάδας σε νοσοκομείο, το 28% ότι πρέπει να προσδιορισθούν οι αρμοδιότητες κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών στο νοσοκομείο και το 21% ότι πρέπει να δοθεί έμφαση στα πλαίσια της εκπαίδευσης στη σημαντικότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας.

Πίνακας 7: Βασική εκπαίδευση και αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας με άλλα επαγγέλματα υγείας.

N=100	N	%
<b>Αξιολογείστε σε ποιό βαθμό η βασική εκπαίδευση σας παρέχει γνώσεις για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας με άλλα επαγγέλματα υγείας.</b>		
Καθόλου	6	6.0
Λίγο	30	30.0
Αρκετά	46	46.0

Πολύ	13	13.0
Πάρα πολύ	5	5.0

Στην ερώτηση για το πώς αξιολογούν το κατά πόσο η βασική εκπαίδευση τους παρέχει γνώσεις για την αναγκαιότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας με άλλα επαγγέλματα υγείας, το μεγαλύτερο ποσοστό από τους ερωτηθέντες (46.0 %) απάντησαν αρκετά, το 30% απάντησαν λίγο, 6.0 % απάντησαν καθόλου και το 18% απάντησαν πολύ και πάρα πολύ (13.0% και 5%).

*Πίνακας 8: Σημεία τριβής ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές και που οφείλονται.*

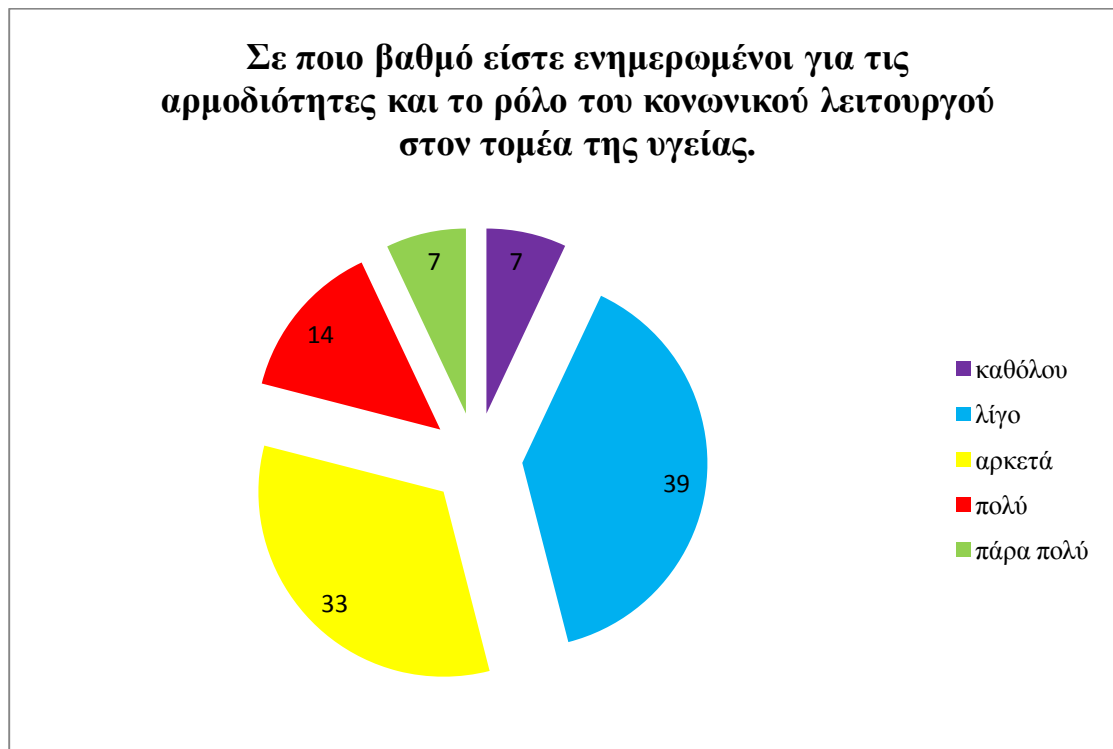
N=100	N	%
<b>Θεωρείται ότι υπάρχουν σημεία τριβής ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές</b>		
Συνήθως, ναι	5	5.0
Μερικές φορές	28	28.0
Συνήθως, όχι	67	67.0
<b>Αν υπάρχουν σημεία τριβής που συνήθως οφείλονται;</b>		
Φόρτο εργασίας	4	4.0
Άγνοια για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού	4	4.0
Έλλειψη κοινωνικής πολιτικής	2	2.0
Δεν απάντησαν	90	90.0

Από τους ερωτηθέντες που απάντησαν στην ερώτηση(100)για το αν θεωρούν ότι υπάρχουν σημεία τριβής ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές το 5% απάντησε πως συνήθως υπάρχουν, το 28% απάντησε μερικές φορές και το 67% συνήθως όχι.

Στην ερώτηση για τα αίτια των σημείων τριβής από το σύνολο αυτών που απάντησαν ότι υπάρχουν σημεία τριβής το 4% απάντησαν ότι οφείλεται στο φόρτο εργασίας, το 4% απάντησαν ότι οφείλεται στην άγνοια για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού, το 2% στην έλλειψη κοινωνικής πολιτικής και το 90% δεν έδωσε καμία απάντηση.

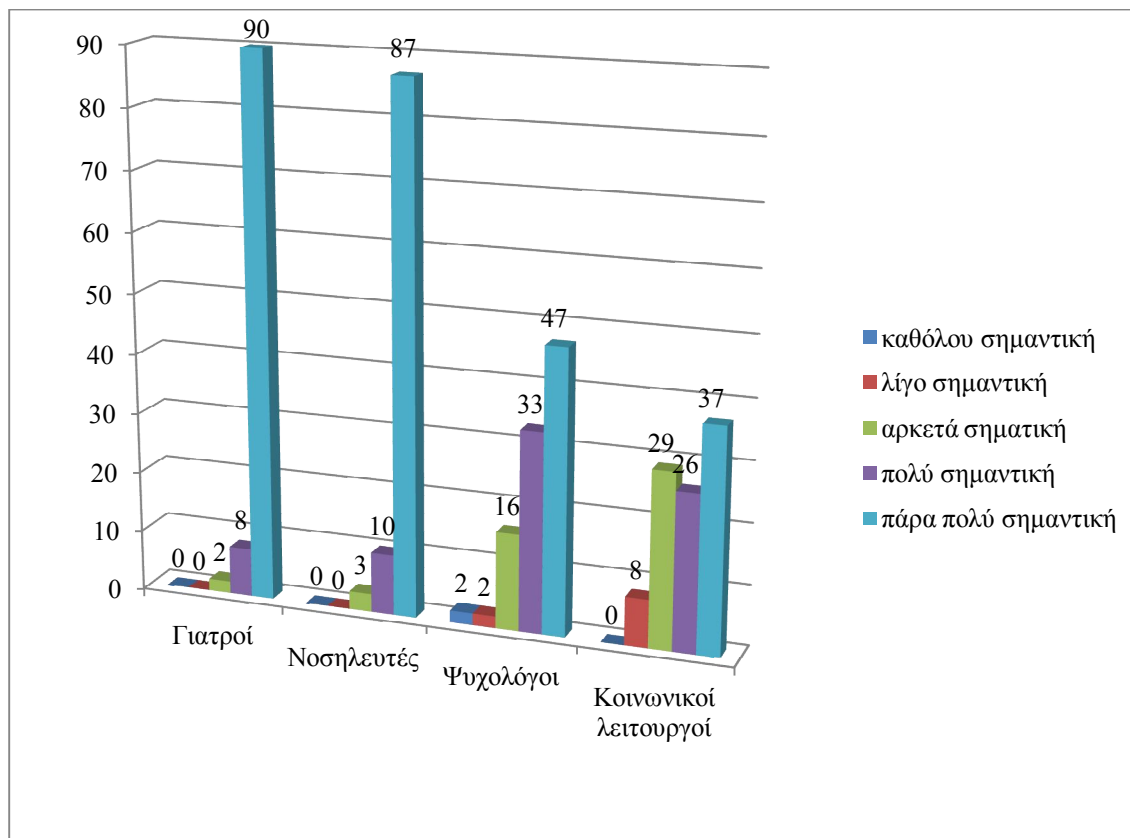


Γράφημα 9: Βαθμός ενημέρωσης νοσηλευτών για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού.



Όπως παρατηρείται στο παραπάνω γράφημα το 7% απάντησαν ότι δεν είναι καθόλου ενημερωμένοι για τις αρμοδιότητες και το ρόλο τα κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της υγείας, το 39% των ερωτηθέντων απάντησαν πως είναι λίγο ενημερωμένοι, το 33% ότι είναι αρκετά ενημερωμένοι, το 14% απάντησε πολύ και τέλος το 7% απάντησαν ότι είναι πάρα πολύ ενημερωμένοι.

Γράφημα 10: Αξιολόγηση της σημαντικότητας της συνεισφοράς των γιατρών, των ψυχολόγων, των νοσηλευτών και των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας. (1=καθόλου, 2=λίγο, 3=αρκετά, 4=πολύ, 5=παρα πολύ)



	Αξιολογείστε τη σημαντικότητα της συνεισφοράς των νοσηλευτών/τριών στον τομέα της υγείας	Αξιολογείστε τη σημαντικότητα της συνεισφοράς των ψυχολόγων στον τομέα της υγείας	Αξιολογείστε τη σημαντικότητα της συνεισφοράς των γιατρών στον τομέα της υγείας	Αξιολογείστε τη σημαντικότητα της συνεισφοράς των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας
N	100	100	100	100
Mean	4,84	4,21	4,88	3,92

Στο παραπάνω γράφημα παρουσιάζεται η άποψη των ερωτηθέντων νοσηλευτών για τη σημαντικότητα της συνεισφοράς των γιατρών, των νοσηλευτών, των ψυχολόγων και των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας.

*Οι ερωτώμενοι νοσηλευτές αξιολόγησαν τη σημαντικότητα της συνεισφοράς των επαγγελματιών υγείας στον τομέα της υγείας με τον παρακάτω τρόπο:*

- των γιατρών ποσοστό 98% απάντησαν πολύ και πάρα πολύ σημαντική και το 2% αρκετά σημαντική,

- των νοσηλευτών ποσοστό 97% απάντησαν πολύ και πάρα πολύ σημαντική και το 2% αρκετά σημαντική,

- των ψυχολόγων ποσοστό 80% απάντησαν πολύ και πάρα πολύ σημαντική, το 20% απάντησαν αρκετά σημαντική το 2% καθόλου και λίγο σημαντική απάντησε το 2%.

- των κοινωνικών λειτουργών το 63% απάντησαν πολύ και πάρα πολύ σημαντική, αρκετά σημαντική απάντησαν το 29% και λίγο σημαντική το 8%.

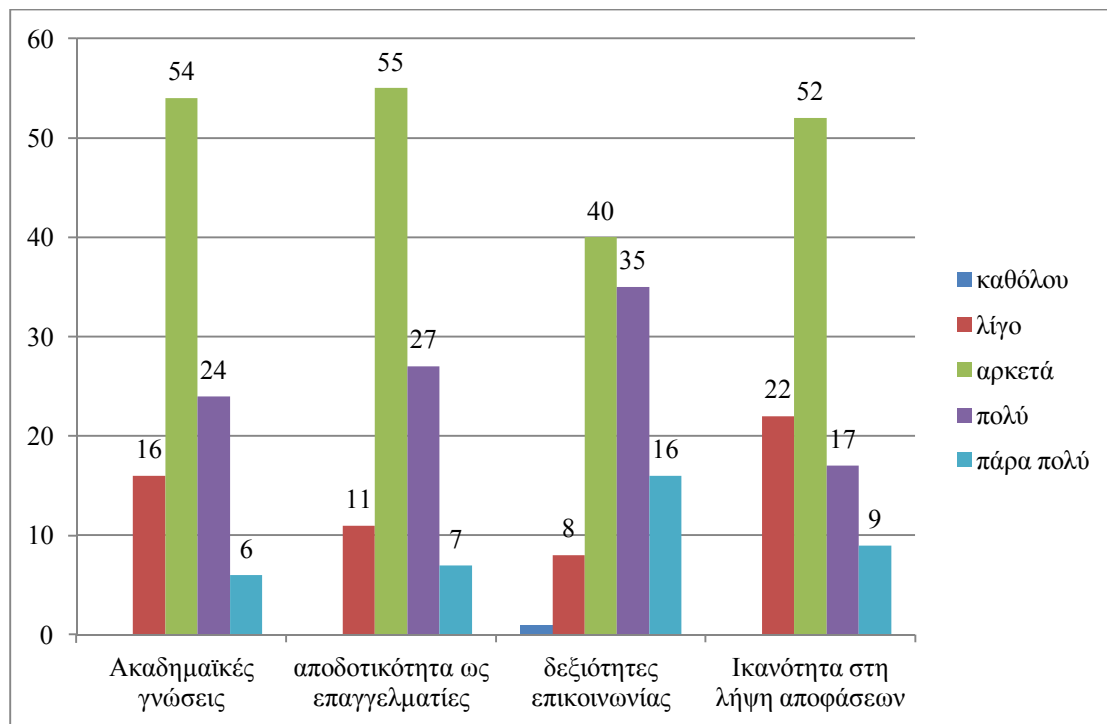
Οι απόψεις των ερωτώμενων για τη σημαντικότητα της συνεισφοράς των επαγγελματιών υγείας φαίνεται πιο ξεκάθαρα στους **μέσους όρους των απαντήσεων των ερωτώμενων νοσηλευτών όπου με ιεραρχική σειρά:**

- θεωρούν *παρά πολύ σημαντική* τη συνεισφορά των γιατρών (μέσος όρος 4,88) και των νοσηλευτών (μέσος όρος 4,84),

- ενώ θεωρούν *πολύ σημαντική* τη συνεισφορά των ψυχολόγων (μέσος όρος 4,21) και τέλος των κοινωνικών λειτουργών (μέσος όρος 3,92).

Γράφημα 11- πίνακας 12: Αξιολόγηση των νοσηλευτών για την επαγγελματική ικανότητα των κοινωνικών λειτουργών, με βάση επαγγελματικά κριτήρια (1=καθόλου, 2=λίγο, 3=αρκετά, 4=πολύ, 5=παρα πολύ).

Γράφημα 11:



	Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό οι κοινωνικοί λειτουργοί διαθέτουν ακαδημαϊκές γνώσεις	Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό οι κοινωνικοί λειτουργοί διαθέτουν αποδοτικότητα ως επαγγελματίες	Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό οι κοινωνικοί λειτουργοί διαθέτουν δεξιότητες επικοινωνίας	Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό οι κοινωνικοί λειτουργοί διαθέτουν ικανότητα στη λήψη αποφάσεων
N	100	100	100	100
Mean	3,20	3,30	3,57	3,13

Στο παραπάνω γράφημα παρουσιάζεται η αξιολόγηση των ερωτώμενων νοσηλευτών για τους κοινωνικούς λειτουργούς βάσει των κριτηρίων: α) ακαδημαϊκές τους

γνώσεις, β)αποδοτικότητα που παρουσιάζουν ως επαγγελματίες, γ) δεξιότητες επικοινωνίας και δ) την ικανότητα τους στη λήψη αποφάσεων.

Όσον αφορά στις ακαδημαϊκές γνώσεις το 30% απάντησαν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί διαθέτουν πολλές και πάρα πολλές γνώσεις, το 54%αρκετές γνώσεις και το 16%ότι διαθέτουν λίγες ακαδημαϊκές γνώσεις.

Όσον αφορά την αποδοτικότητα των κοινωνικών λειτουργών ως επαγγελματίες το 34% απάντησε ότι διαθέτουν πολλές και πάρα πολλές γνώσεις, το 11% αρκετές γνώσεις και το 55% απάντησαν λίγες γνώσεις.

Όσον αφορά τις δεξιότητες επικοινωνίας των κοινωνικών λειτουργών το 51% απάντησε ότι διαθέτουν πολλές και πάρα πολλές δεξιότητες επικοινωνίας, το 40% αρκετές και το 9% απάντησαν καθόλου και λίγες.

Όσον αφορά στην ικανότητα λήψης αποφάσεων το 26% απάντησαν ότι διαθέτουν πολύ και πάρα πολύ μεγάλη ικανότητα λήψης αποφάσεων, το 52% αρκετή και το 22% λίγη.

**Από τους μέσους όρους προκύπτει ότι οι ερωτώμενοι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες θεωρούν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί:**

- τείνουν να διαθέτουν *πολλές δεξιότητες επικοινωνίας*(μέσος όρος 3,57),
- διαθέτουν *αρκετή αποδοτικότητα ως επαγγελματίες*(μέσος όρος 3,30)
- διαθέτουν *αρκετές ακαδημαϊκές γνώσεις και αρκετή ικανότητα στη λήψη αποφάσεων* (μέσος όρος 3,20 και 3,13 αντίστοιχα).

πίνακας 12:

N=100	Κοινωνικοί λειτουργοί								
	Ικανότητα συνεργασίας με άλλα επαγγέλματα υγείας		Ικανότητα να δρουν αυτόνομα		Εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στις ικανότητές τους		Επαγγελματική αναγνώριση στον τομέα της υγείας		
	N	%	N	%	N	%	N	%	

Καθόλου	6	6.0	11	11.0	1	1.0	2	2.0
Λίγο	28	28.0	33	33.0	15	15.0	42	42.0
Αρκετά	30	30.0	34	34.0	36	36.0	34	34.0
Πολύ	23	23.0	15	15.0	35	35.0	11	11.0
Πάρα πολύ	13	13.0	7	7.0	13	13.0	11	11.0

	Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό οι κοινωνικοί λειτουργοί διαθέτουν ικανότητα συνεργασίας με τα άλλα επαγγέλματα στον τομέα της υγείας	Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό οι κοινωνικοί λειτουργοί διαθέτουν ικανότητα να δρουν αυτόνομα	Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στις ικανότητές τους	Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν επαγγελματική αναγνώριση στον τομέα της υγείας
N	100	100	100	100
Mean	3,09	2,74	3,44	2,87

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζεται η αξιολόγηση των ερωτώμενων νοσηλευτών για: α) την ικανότητα συνεργασίας των κοινωνικών λειτουργών με άλλα επαγγέλματα β) την ικανότητά τους να δρουν αυτόνομα, γ) την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στις ικανότητές τους και δ) την επαγγελματική αναγνώρισή τους στον τομέα της υγείας.

Όσον αφορά στην ικανότητα συνεργασίας με τα άλλα επαγγέλματα στον τομέα της υγείας το 34% απάντησαν ότι διαθέτουν καθόλου και λίγη ικανότητα συνεργασίας, το 30% απάντησαν αρκετή και το 36% πολλή και πάρα πολλή μεγάλη ικανότητα.

Όσον αφορά στην ικανότητα να δρουν αυτόνομα το 44% απάντησαν ότι διαθέτουν λίγη και καθόλου ικανότητα να δρουν αυτόνομα, το 34% απάντησαν ότι διαθέτουν αρκετή ικανότητα και το 22% πολύ και πάρα πολύ μεγάλη ικανότητα.

Όσον αφορά στην εμπιστοσύνη που έχουν στον εαυτό τους και στις ικανότητές τους, το 16% απάντησαν ότι διαθέτουν λίγη και καθόλου εμπιστοσύνη, το 36% αρκετή και το 48% πολύ και πάρα πολύ μεγάλη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους.

Όσον αφορά στην επαγγελματική αναγνώριση στον τομέα της υγείας, το 44% απάντησαν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί διαθέτουν λίγη και καθόλου επαγγελματική αναγνώριση, το 34% αρκετή και το 22% πολύ και πάρα πολύ μεγάλη επαγγελματική αναγνώριση.

**Από τους μέσους όρους προκύπτει ότι οι ερωτώμενοι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες θεωρούν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί:**

-διαθέτουν *αρκετή εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στις ικανότητες τους* (μέσος όρος 3,44)

-διαθέτουν *αρκετή ικανότητα συνεργασίας με τα άλλα επαγγέλματα στον τομέα της υγείας* (μέσος όρος 3,09)

-*τείνουν να διαθέτουν αρκετή επαγγελματική αναγνώριση στον τομέα της υγείας* (μέσος όρος 2.87) και *αρκετή ικανότητα να δρουν αυτόνομα στον τομέα της υγείας* (μέσος όρος 2,74).

*Πίνακας 13 και γράφημα 14: Αξιολόγηση των νοσηλευτών για την επαγγελματική ικανότητα των νοσηλευτών, με βάση κάποια κριτήρια επαγγελματικής κατάρτισης. 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=αρκετα, 4=πολύ,5=παρα πολύ*

*Πίνακας 13:*

N=100	Νοσηλευτές							
	Ακαδημαϊκές γνώσεις		Αποδοτικότητα ως επαγγελματίες		Δεξιότητες επικοινωνίας		Ικανότητα στη λήψη αποφάσεων	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Καθόλου	2	2,0	0	0	11	11,0	2	2,0
Λίγο	9	9,0	2	2,0	12	12,0	16	16,0
Αρκετά	48	48,0	26	26,0	31	31,0	46	46,0
Πολύ	27	27,0	46	46,0	37	37,0	20	20,0
Πάρα πολύ	14	14,0	26	26,0	19	19,0	16	16,0

	Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό οι νοσηλευτές διαθέτουν ακαδημαϊκές γνώσεις	Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό οι νοσηλευτές διαθέτουν αποδοτικότητα ως επαγγελματίες	Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό οι νοσηλευτές διαθέτουν δεξιότητες επικοινωνίας	Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό οι νοσηλευτές διαθέτουν ικανότητα στη λήψη αποφάσεων
N	100	100	100	100
Mean	3,42	3,96	3,61	3,32

Στο παραπάνω γράφημα παρουσιάζεται η αξιολόγηση των ερωτώμενων νοσηλευτών για τους νοσηλευτές όσον αφορά: α) στις ακαδημαϊκές τους γνώσεις, β) στην αποδοτικότητα τους ως επαγγελματίες, γ) στις δεξιότητες επικοινωνίας και δ) στην ικανότητα τους στη λήψη αποφάσεων.

Όσον αφορά στις ακαδημαϊκές γνώσεις το 41% απάντησαν ότι διαθέτουν πολλές και πάρα πολλές γνώσεις, το 48% αρκετές γνώσεις και το 11% απάντησαν ότι οι νοσηλευτές διαθέτουν καθόλου και λίγες γνώσεις,

Όσον αφορά στην αποδοτικότητα των νοσηλευτών ως επαγγελματίες το 72% απάντησε ότι διαθέτουν πολλές και πάρα πολλές γνώσεις, το 26% αρκετές γνώσεις και το 2% απάντησαν λίγες γνώσεις.

Όσον αφορά στις δεξιότητες επικοινωνίας των νοσηλευτών το 56% απάντησε ότι διαθέτουν πολλές και πάρα πολλές δεξιότητες επικοινωνίας, το 31% αρκετές και το 23% απάντησαν καθόλου και λίγες δεξιότητες.

Όσον αφορά στην ικανότητα λήψης αποφάσεων το 36% απάντησαν ότι διαθέτουν πολύ και πάρα πολύ μεγάλη ικανότητα λήψης αποφάσεων, το 46% αρκετή και το 18% λίγη ικανότητα.

***Από τους μέσους όρους προκύπτει ότι οι ερωτώμενοι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες θεωρούν ότι οι νοσηλευτές:***

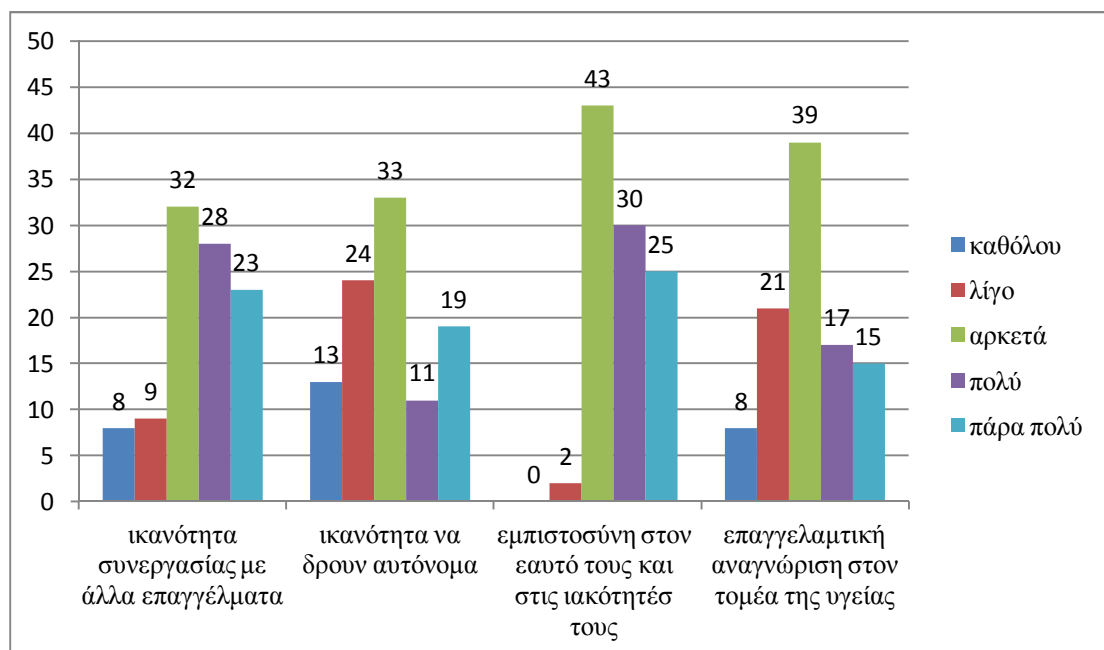
-διαθέτουν αρκετές ακαδημαϊκές γνώσεις και ικανότητα στη λήψη αποφάσεων (μέσος όρος 3,42 και 3,32 αντίστοιχα).

-διαθέτουν *πολύ μεγάλη αποδοτικότητα ως επαγγελματίες* (μέσος όρος 3,96),

-τείνουν να διαθέτουν *πολλές δεξιότητες επικοινωνίας* (μέσος όρος 3,61).



Γράφημα 14:



	Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό οι νοσηλευτές διαθέτουν ικανότητα συνεργασίας με τα άλλα επαγγέλματα στον τομέα της υγείας	Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό οι νοσηλευτές διαθέτουν ικανότητα να δρουν αυτόνομα	Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό οι νοσηλευτές έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στις ικανότητές τους	Αξιολογείστε σε ποιο βαθμό οι νοσηλευτές έχουν επαγγελματική αναγνώριση στον τομέα της υγείας
N	100	100	100	100
Mean	3,49	2,99	3,78	3,10

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζεται η αξιολόγηση των ερωτώμενων νοσηλευτών για: α) την ικανότητα συνεργασίας των νοσηλευτών με άλλα επαγγέλματα β) την ικανότητά τους να δρουν αυτόνομα, γ) την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στις ικανότητές τους και δ) την επαγγελματική αναγνώρισή τους στον τομέα της υγείας.

Όσον αφορά την ικανότητα συνεργασίας των νοσηλευτών με τα άλλα επαγγέλματα στον τομέα της υγείας το 17% απάντησαν ότι διαθέτουν καθόλου και λίγη ικανότητα συνεργασίας, το 32% απάντησαν αρκετή και το 51% απάντησαν πολύ και πάρα πολύ μεγάλη ικανότητα.

Όσον αφορά την ικανότητα να δρουν αυτόνομα το 37% απάντησαν ότι διαθέτουν λίγη και καθόλου ικανότητα να δρουν αυτόνομα, το 33% απάντησαν ότι διαθέτουν αρκετή και το 30% πολύ και πάρα πολύ μεγάλη ικανότητα.

Όσον αφορά στην εμπιστοσύνη που έχουν στον εαυτό τους και στις ικανότητές τους, το 2% απάντησαν ότι διαθέτουν λίγη και καθόλου εμπιστοσύνη, το 43% αρκετή και το 55% πολύ και πάρα πολύ μεγάλη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους.

Όσον αφορά στην επαγγελματική αναγνώριση στον τομέα της υγείας, το 29% απάντησαν ότι διαθέτουν λίγη και καθόλου επαγγελματική αναγνώριση, το 39% αρκετή και το 32% πολύ και πάρα πολύ μεγάλη επαγγελματική αναγνώριση.

***Επίσης από τους μέσους όρους προκύπτει ότι οι ερωτώμενοι με ιεραρχική σειρά θεωρούν ότι οι νοσηλευτές***

-διαθέτουν *πολύ μεγάλη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στις ικανότητές τους* (μέσος όρος 3,78)

-*τείνουν να διαθέτουν πολύ μεγάλη ικανότητα συνεργασίας με τα άλλα επαγγέλματα στον τομέα της υγείας* (μέσος όρος 3,49)

- διαθέτουν *αρκετή επαγγελματική αναγνώριση στον τομέα της υγείας και αρκετή ικανότητα να δρουν αυτόνομα* (μέσος όρος 3,10 και 2,99 αντίστοιχα).

## **6.2 Συσχετίσεις μεταβλητών**

Επειδή οι μεταβλητές είναι κατηγορικές ο στατιστικός έλεγχος για τις συσχετίσεις των μεταβλητών έγινε μέσω του chi-square test. Εξετάσθηκαν οι παρακάτω μεταβλητές:

-Συσχέτιση «φύλου» και «πόσο ενήμεροι είναι οι ερωτώμενοι νοσηλευτές για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της υγείας». Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τις παραπάνω μεταβλητές ( $p\text{-value } 0,956 > 0,05$ ).

-Συσχέτιση «φύλου» και «αξιολόγηση των ερωτώμενων για τη σημαντικότητα της συνεισφοράς του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού». Δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού,  $p\text{-value } 0,745 > 0,05$ .

-Συσχέτιση «ηλικίας» και «εμπειρία συνεργασίας των ερωτώμενων νοσηλευτών με τους κοινωνικούς λειτουργούς». Δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, αφού  $p\text{-value } 0,106 > 0,05$ .

-Συσχέτιση «ηλικίας» και «της άποψης των ερωτώμενων για τη συνεισφορά του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού». Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο μεταβλητές, γιατί  $p\text{-value } 0,653 > 0,05$ .

-Συσχέτιση «φύλου» και «αξιολόγηση των ερωτώμενων για τις ακαδημαϊκές γνώσεις των κοινωνικών λειτουργών». Δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, αφού  $p\text{-value } 0,869 > 0,05$ .

-Συσχέτιση «της αξιολόγησης των ακαδημαϊκών γνώσεων των κοινωνικών λειτουργών» και «της ηλικίας τους», δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο μεταβλητές αφού το  $p\text{-value } 0,297 > 0,05$ .

-Συσχέτιση «φύλου» και «προτάσεων ερωτώμενων νοσηλευτών για τους τρόπους υλοποίησης διεπαγγελματικής συνεργασίας νοσηλευτών κοινωνικών λειτουργών». Τα αποτελέσματα της συσχέτισης δείχνουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο μεταβλητές αφού το p-value  $0,647 > 0,05$ .

-Συσχέτιση «φύλου» και «αξιολόγηση των ερωτώμενων για τις ακαδημαϊκές γνώσεις των νοσηλευτών». Τα αποτελέσματα της συσχέτισης δείχνουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο μεταβλητές αφού το p-value  $0,407 > 0,05$ .

*Πίνακας 1. Συσχέτιση «της αξιολόγησης των ακαδημαϊκών γνώσεων των κοινωνικών λειτουργών» και «της εμπειρίας τους από τη συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς»*

Αν υπάρχει συνεργασία με την κοινωνική υπηρεσία πως θα την αξιολογούσατε;	Αξιολογείστε σε ποιά βαθμό οι κοινωνικοί λειτουργοί διαθέτουν ακαδημαϊκές γνώσεις				P value
	λίγο	αρκετά	πολύ	πάρα πολύ	
Θετική	5	12	12	5	0.040
μάλλον θετική	8	28	12	1	
ουδέτερη	3	13	0	0	
μάλλον αρνητική	0	1	0	0	

Όπως φαίνεται στον πίνακα 1 από την συγκεκριμένη συσχέτιση των μεταβλητών προκύπτει ότι **υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά** ανάμεσα στις δύο μεταβλητές, αφού p-value  $0,04 < 0,05$ . Από τους 34 που αξιολογούν τη συνεργασία τους με την κοινωνική υπηρεσία ως θετική οι μισοί θεωρούν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί κατέχουν πολλές και παρά πολλές γνώσεις, ενώ από τους 16 που αξιολογούν τη συνεργασία τους με την κοινωνική υπηρεσία ως ουδέτερη οι 13 θεωρούν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί διαθέτουν αρκετές γνώσεις. *Επομένως η εμπειρία θετικής συνεργασίας που είχαν ερωτώμενοι νοσηλευτές επηρέασε θετικά*

την αξιολόγηση των γνώσεων που κατέχει ένας κοινωνικός λειτουργός ή και αντίστροφα.

*Πίνακας 2. Συσχέτιση «της αξιολόγησης της συνεισφοράς των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας» και «της αξιολόγησης τους για την τη συνεργασία τους με την κοινωνική υπηρεσία».*

Αξιολογείστε τη σημαντικότητα της συνεισφοράς των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας	Αν υπάρχει συνεργασία με την κοινωνική υπηρεσία πως θα την αξιολογούσατε;				P value
	θετική	μáλλον θετική	ουδέτερη	μáλλον αρνητική	
λίγο σημαντική	5	0	3	0	0,018
αρκετά σημαντική	4	19	5	1	
πολύ σημαντική	7	15	4	0	
πάρα πολύ σημαντική	18	15	4	0	

Όπως φαίνεται στον πίνακα 2 από την συγκεκριμένη συσχέτιση των μεταβλητών προκύπτει επειδή έχουμε επίπεδο σημαντικότητας μικρότερο του 0.05 (p-value 0,018) η μηδενική υπόθεση (ή η υπόθεση ανεξαρτησίας) δεν γίνεται αποδεκτή. Άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στην «αξιολόγηση της συνεισφοράς των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας» και «στην αξιολόγηση τους για την συνεργασία τους με την κοινωνική υπηρεσία». Από τους 34 ερωτώμενους, που αξιολογούν τη συνεργασία με την κοινωνική υπηρεσία «θετική» η πλειοψηφία (25) θεωρεί ότι η σημαντικότητα της συνεισφοράς των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας είναι πολύ και πάρα πολύ σημαντική. Επίσης από τους 49 που αξιολογούν τη συνεργασία με την κοινωνική υπηρεσία «μáλλον θετική» η πλειοψηφία (30) θεωρεί ότι η σημαντικότητα της συνεισφοράς των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας είναι πολύ και πάρα πολύ σημαντική. Επομένως η εμπειρία θετικής συνεργασίας που είχαν ερωτώμενοι νοσηλευτές επηρέασε θετικά την εκτίμηση τους για την συνεισφορά των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας ή και αντίστροφα.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Σκοπός της παραπάνω έρευνας, όπως προαναφέρθηκε, είναι να διερευνηθούν οι απόψεις και η εμπειρία των νοσηλευτών/νοσηλευτριών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της Κρήτης για την διεπαγγελματική συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς, καθώς και η πληροφόρησή τους για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού. Επίσης, η έρευνα εστιάζει στην αξιολόγηση από τους ερωτώμενους της σημαντικότητας της συνεισφοράς των επαγγελματιών υγείας καθώς και στην αξιολόγηση συγκεκριμένων επαγγελματικών κριτηρίων (ακαδημαϊκών γνώσεων, αποδοτικότητας, δεξιοτήτων επικοινωνίας και ικανότητα στη λήψη αποφάσεων) τόσο των κοινωνικών λειτουργών όσο και των νοσηλευτών/τριών.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αφορούν τους νοσηλευτές και τις νοσηλεύτριες που εργάζονται σε γενικά νοσοκομεία της Κρήτης.

#### **Αναλυτικότερα προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:**

##### *Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων:*

Η πλειοψηφία όσων συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ήταν γυναίκες με ποσοστό 78%. Από αυτούς το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν ηλικίας 21-40 ετών.

##### *Εκπαίδευση:*

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ (97,9%), ενώ μόλις το 2,1% κατείχαν κάποιο μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο.

##### *Εργασιακά χαρακτηριστικά:*

Όσον αφορά τα χρόνια εργασίας στο χώρο της υγείας των ερωτώμενων, το 48% δουλεύουν από 1-10 χρόνια, το 29,6% από 11-20 και το 22,4% από 21-30. Περίπου οι μισοί από τους ερωτηθέντες (52%) απάντησαν ότι εργάζονται από 1-11 χρόνια σε δημόσια νοσοκομεία και ποσοστό 48% από 12-33 χρόνια.

##### *Απόψεις και εμπειρία διεπαγγελματικής συνεργασίας των ερωτώμενων με τους κοινωνικούς λειτουργούς.*

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (68%) απάντησε ότι υπάρχει περιστασιακή συνεργασία όταν είναι απαραίτητο με τους κοινωνικούς λειτουργούς και μόνο το

ποσοστό 22% απάντησε ότι είχαν συστηματική συνεργασία. Θετικό είναι ότι από αυτούς το 49% αξιολόγησαν τη συνεργασία ως μάλλον θετική και το 34% ως θετική .

*Απόψεις των ερωτώμενων για την αναγκαιότητα διεπαγγελματικής συνεργασίας νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών καθώς και μέτρα διευκόλυνσης της.*

Στην ερώτηση για την αναγκαιότητα της επαγγελματικής συνεργασίας η πλειοψηφία (58%) απάντησε ότι είναι πολύ-πέρα πολύ αναγκαία (41% και 17% αντίστοιχα). Σχετικά με τον τρόπο υλοποίησης της επαγγελματικής συνεργασίας το 50% απάντησε ότι πρέπει να υπάρχει συστηματική, επίσημη επικοινωνία, ενώ σχετικά μικρό ποσοστό (24%) αναγνωρίζει την ανάγκη θεσμοθετημένης συνεργασίας στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας. Σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε κοινωνικούς λειτουργούς (Σαγιά, 2009 ΤΕΙ Κρήτης), το 82,3% των κοινωνικών λειτουργών θεώρησαν την διεπαγγελματική συνεργασία πολύ-πέρα πολύ αναγκαία, ενώ σχετικά με τον τρόπο υλοποίησης της διεπαγγελματικής συνεργασίας ποσοστό 50,4% των κοινωνικών λειτουργών θεωρούν ότι η διεπαγγελματική συνεργασία θα πρέπει να είναι θεσμοθετημένη στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας, (ενώ σύμφωνα με τα αναφερόμενα ευρήματα το 24% των ερωτώμενων νοσηλευτών πιστεύει το αντίστοιχο).

*Όσον αφορά τα μέτρα διευκόλυνσης της διεπαγγελματικής συνεργασίας, οι μισοί από τους ερωτώμενους (51%), αναγνωρίζουν ότι θα πρέπει να θεσμοθετηθεί η λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας στα δημόσια νοσοκομεία, το 28% να προσδιοριστούν οι αρμοδιότητες κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών σε νοσοκομείο και το 21% ότι πρέπει να δοθεί έμφαση στα πλαίσια της εκπαίδευσης στη σημαντικότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας. Σε αντίστοιχη έρευνα (Σάγια, 2009 ΤΕΙ Κρήτης) το 37,4% αναφέρεται στη θεσμοθετημένη διεπιστημονική συνεργασία μέσω λειτουργίας διεπιστημονικής ομάδας στο νοσοκομείο, το 29,8% πιστεύει στον προσδιορισμό καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των επαγγελματιών υγείας από το Υπουργείο Υγείας και τη διοίκηση του νοσοκομείου, ενώ το 29,4% πιστεύει ότι θα πρέπει να δοθεί έμφαση στη σημαντικότητα της επαγγελματικής συνεργασίας κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης. Επομένως στην έρευνα μας το 51% των νοσηλευτών θεωρούν ότι πρέπει να θεσμοθετηθεί η λειτουργία διεπιστημονικής ομάδας σε δημόσια νοσοκομεία, ενώ στην αναφερόμενη έρευνα μικρότερο ποσοστό κοινωνικών λειτουργών (37,4%) πιστεύει το αντίστοιχο.*

Σημαντικό ποσοστό 36% απάντησαν ότι η βασική εκπαίδευση τους παρέχει λίγες ή καθόλου γνώσεις για την αναγκαιότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας, το μεγαλύτερο ποσοστό από τους ερωτηθέντες (46 %) απάντησαν ότι παρέχει αρκετές γνώσεις και ποσοστό 18% απάντησαν ότι παρέχει πολλές και πάρα πολλές γνώσεις.

*Σημεία τριβής ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές και που οφείλονται.*

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων (67%), πιστεύει ότι δεν υπάρχουν σημεία τριβής ανάμεσα στους νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς, όμως σημαντικό ποσοστό (33%) πιστεύει ότι υπάρχουν «συνήθως» και «μερικές φορές». Από τους λίγους που απάντησαν για τα αίτια τριβής(το 90% δεν απάντησε)το 8% θεωρούν ότι οφείλονται στο φόρτο εργασίας και στην άγνοια των επαγγελματιών υγείας για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού και το 2% πιστεύει ότι οφείλονται στην έλλειψη κοινωνικής πολιτικής.

*Βαθμός ενημέρωσης νοσηλευτών για τις αρμοδιότητες και το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού.*

Το 46% από τους ερωτώμενους που απάντησαν θεωρούν ότι είναι «**καθόλου**» και «**λίγο**» ενημερωμένοι για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού και το 33% θεωρούν ότι είναι αρκετά και μόλις το 21% θεωρούν ότι είναι πολύ ή «πάρα πολύ ενημερωμένοι». Επομένως το ποσοστό των νοσηλευτών που θεωρούν ότι δεν είναι ενημερωμένοι για το ρόλο και τις αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού είναι υψηλό.

*Αξιολόγηση της σημαντικότητας της συνεισφοράς των επαγγελματιών υγείας (γιατρών, ψυχολόγων, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών) στον τομέα της υγείας.*

Οι ερωτώμενοι νοσηλευτές θεωρούν τη συνεισφορά των γιατρών (μέσος όρος 4,88) και των νοσηλευτών (μέσος όρος 4.84) πάρα πολύ σημαντική και πολύ πιο σημαντική από τη συνεισφορά των ψυχολόγων(μέσος όρος 4,21) και των κοινωνικών λειτουργών (μέσος όρος 3,92) στον τομέα της υγείας που θεωρείται πολύ σημαντική.

*Σύγκριση της αξιολόγησης της επαγγελματικής ικανότητας των κοινωνικών λειτουργών και των νοσηλευτών από τους ερωτώμενους με βάση συγκεκριμένα επαγγελματικά*



κριτήρια (ακαδημαϊκών γνώσεων, αποδοτικότητα, δεξιότητων επικοινωνίας και ικανότητα στη λήψη αποφάσεων).

Συγκρίνοντας την αξιολόγηση των ερωτώμενων νοσηλευτών α) για τους κοινωνικούς λειτουργούς και β) για τους νοσηλευτές διαπιστώνουμε ότι αξιολογούν υψηλότερα τους νοσηλευτές σε σχέση με τους κοινωνικούς λειτουργούς σε όλα τα αναφερόμενα κριτήρια. **Ειδικότερα:**

-θεωρούν ότι οι νοσηλευτές διαθέτουν πολύ μεγάλη αποδοτικότητα ως επαγγελματίες (μέσος όρος 3,96), ενώ οι κοινωνικοί λειτουργοί διαθέτουν αρκετή αποδοτικότητα ως επαγγελματίες (μέσος όρος 3,30)

-θεωρούν ότι οι νοσηλευτές διαθέτουν πολύ μεγάλη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στις ικανότητες τους (μέσος όρος 3,78) ενώ οι κοινωνικοί λειτουργοί διαθέτουν αρκετή εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στις ικανότητες τους (μέσος όρος 3,44)

-θεωρούν ότι οι νοσηλευτές τείνουν να διαθέτουν πολύ μεγάλη ικανότητα συνεργασίας με τα άλλα επαγγέλματα στον τομέα της υγείας (μέσος όρος 3,49) ενώ οι κοινωνικοί λειτουργοί διαθέτουν αρκετή ικανότητα συνεργασίας με τα άλλα επαγγέλματα στον τομέα της υγείας (μέσος όρος 3,09)

-θεωρούν ότι οι νοσηλευτές διαθέτουν αρκετή επαγγελματική αναγνώριση στον τομέα της υγείας και αρκετή ικανότητα να δρουν αυτόνομα (μέσος όρος 3,10 και 2,99 αντίστοιχα), ενώ οι κοινωνικοί λειτουργοί τείνουν να διαθέτουν αρκετή επαγγελματική αναγνώριση στον τομέα της υγείας (μέσος όρος 2,87) και ικανότητα να δρουν αυτόνομα στον τομέα της υγείας (μέσος όρος 2,74).

Τέλος θεωρούν ότι τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι κοινωνικοί λειτουργοί:

-τείνουν να διαθέτουν πολλές δεξιότητες επικοινωνίας(μέσος όρος 3,61 και 3,57 αντίστοιχα)

-διαθέτουν αρκετές ακαδημαϊκές γνώσεις (μέσος όρος 3,42 και 3,32 αντίστοιχα) και αρκετή ικανότητα στη λήψη αποφάσεων(μέσος όρος 3,20 και 3,13 αντίστοιχα).

*Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε μεταβλητές*

Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις μεταβλητές «αξιολόγηση των ακαδημαϊκών γνώσεων των κοινωνικών λειτουργών» και «της εμπειρίας τους από τη συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς»]. Επομένως η εμπειρία θετικής συνεργασίας που είχαν ερωτώμενοι νοσηλευτές επηρέασε θετικά την αξιολόγηση των γνώσεων που κατέχει ένας κοινωνικός λειτουργός ή και αντίστροφα.

Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις μεταβλητές «αξιολόγηση της συνεισφοράς των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας» και «αξιολόγηση των ερωτώμενων για την συνεργασία τους με την κοινωνική υπηρεσία». Επομένως η εμπειρία θετικής συνεργασίας που είχαν ερωτώμενοι νοσηλευτές επηρέασε θετικά την εκτίμηση τους για την συνεισφορά των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας ή και αντίστροφα.

## **ΕΠΙΛΟΓΟΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Σκοπός της παραπάνω έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι απόψεις και η εμπειρία των νοσηλευτών/νοσηλευτριών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της Κρήτης για την διεπαγγελματική συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς, καθώς και η πληροφόρησή τους για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού.

Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι θα ήταν πολύ ενδιαφέρον σε κάποια μελλοντική έρευνα να διερευνηθούν και οι απόψεις των γιατρών, που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία όσον αφορά στη διεπαγγελματική συνεργασία τους με τους κοινωνικούς λειτουργούς, ώστε να έχουμε και την άποψη των γιατρών για την διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ τους.

Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρείται ότι ένα μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών θεωρούν ότι η βασική εκπαίδευση δεν τους παρέχει αρκετές γνώσεις για το ρόλο και τις αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η διεπαγγελματική συνεργασία κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών να παρουσιάζει σημεία τριβής. Σημαντικό, λοιπόν, θα ήταν να δοθεί έμφαση στα πλαίσια της βασικής εκπαίδευσης, με τη δημιουργία επιπλέον σεμιναρίων που θα έχουν σαν στόχο τους την ενημέρωση των νοσηλευτών για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού, αφού η συνεργασία τους στο χώρο του νοσοκομείου καθίσταται απαραίτητη. Επιπλέον, έπειτα από τις απαντήσεις των νοσηλευτών σχετικά με τα σημεία τριβής με τους κοινωνικούς λειτουργούς, από αυτούς που απάντησαν, θεωρούν ότι η έλλειψη διεπαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ τους οφείλεται και στο φόρτο εργασίας. Επομένως, η μείωση του φόρτου εργασίας μπορεί να αντιμετωπιστεί με την πρόσληψη επιπλέον προσωπικού (νοσηλευτών) ώστε να μπορέσει να αναπτυχθεί, όσο το δυνατόν καλύτερα, διεπαγγελματική συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς.

Είναι σημαντικό αυτά τα μέτρα να ληφθούν υπ όψιν ώστε να υπάρξει πιο ολοκληρωμένη και σωστή διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών με αποτέλεσμα ο ασθενής να έχει την καλύτερη δυνατή θεραπευτική αντιμετώπιση.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Αδαμοπουλος, Π. (1992) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Μια σφαιρική προσέγγιση)*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγόριος Κ. Παρισιανος».
- Ατλάνης, Π. (1991) *Η συμμετοχή του Κοινωνικού Λειτουργού στη θεραπευτική ομάδα – Διεπιστημονική Συνεργασία*. Και AIDS , Κοινωνική Εργασία, τεύχος 22, σ. 109-118.
- Ζήλλη Σ, Θώμα Ε, Παπαδοπούλου Κ, (2009) Υπάρχει ρόλος για τους συγγενείς των ασθενών στο νοσοκομείο. Η περίπτωση της Ελλάδας. ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ).
- Θεοδώρου, Μ. Σαρρής Μ. και Σούλης Σ. (2001) *Σύστημα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Καλλινικάκη, Θ. (1998) *Κοινωνική Εργασία. Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Λαναρά, Β. (1993) *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*. Αθήνα: χ.ε
- Μανουσάκη Ε, (2011) *Νοσηλευτική Εργασία στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας: Πώς αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι τον ρόλο και τη θέση τους στις μονάδες εντατικής θεραπείας*. (ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ).
- Μουζακίτης, Χ. (1988) *Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην ψυχιατρική κλινική του γενικού νοσοκομείου*. Κοινωνική Εργασία, τεύχος 12, σ. 17-27
- Πανταζάκος, Π. και Μέντης, Μ. (2002) *Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου: Παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης*. Κοινωνική Εργασία, τεύχος 70, σ. 71-80

- Πανταζάκος, Π. και Μέντης, Μ. (2002) *Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της Υγείας- Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του Ε.Σ.Υ. και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού*. Κοινωνική Εργασία, τεύχος 66, σ. 97-112
- Σαπουντζή- Κρέπια, Δ. (1995) *Νοσηλεύτριες- Κοινωνικοί Λειτουργοί. Διεπαγγελματική συνεργασία και διαφορές στην αντίληψη αναγκών φροντίδας*. Κοινωνική Εργασία, τεύχος 39, σ. 149-153
- Σαπουντζή – Κρέπια, Δ. (1995) *Διεπαγγελματική Συνεργασία Κοινωνικών Λειτουργών – Νοσηλευτών*. Αθήνα. Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 39<sup>ο</sup>.
- Σαπουντζή-Κρέπια, Δ. (2001) «Ομάδα Υγείας: Διεπαγγελματική Συνεργασία, συγκρούσεις και διαχείριση συγκρούσεων». Νοσηλευτική, τεύχος1,σ. 75-81
- Σαπουντζή-Κρέπια, Δ. Κάντζος, Κ. Παπαδημητρίου, Π. Γεώργιος, Γ. (2001) «Διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ νοσηλευτριών-κοινωνικών λειτουργών και διαφορές αντιλήψεων». Νοσηλευτική, τεύχος 2, σ.79-86
- Σταθόπουλος, Π. (2005) *Κοινωνική Πρόνοια (Ιστορική εξέλιξη- Νέες κατευθύνσεις)*. Αθήνα: Παπαζήση.

#### **ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ**

- <http://www.esne.gr>
- [www.teicrete.gr/nosil/](http://www.teicrete.gr/nosil/)
- [www.teithe.gr](http://www.teithe.gr)
- [www.nurs.uoa.gr](http://www.nurs.uoa.gr)
- <http://www.evangelismos-hosp.gr>

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

### **ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**«Στάσεις και απόψεις νοσηλευτών/νοσηλευτριών για τους κοινωνικούς λειτουργούς και για την ανάγκη διεπαγγελματικής συνεργασίας μαζί τους στο χώρο του νοσοκομείου»**

Η έρευνα έχει σκοπό να διερευνηθούν οι στάσεις και οι απόψεις νοσηλευτών/νοσηλευτριών για τους κοινωνικούς λειτουργούς και για την ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας μαζί τους στο χώρο του νοσοκομείου. Πραγματοποιείται από ομάδα φοιτητριών κοινωνικών λειτουργών του ΤΕΙ Κρήτης στα πλαίσια «πτυχιακής εργασίας». Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας στην έρευνα.

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλο  Άνδρας  Γυναίκα
2. Ηλικία .....
3. Εκπαίδευση  
Απόφοιτος/τη ΤΕΙ.....  
Απόφοιτος/η ΑΕΙ.....  
Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου.....  
Κάτοχος διδακτορικού τίτλου.....
4. Πόσα χρόνια εργάζεσθε ως νοσηλεύτης/τρια;.....
5. Πόσα χρόνια εργάζεσθε σε νοσοκομείο;.....

### ΕΜΠΕΙΡΙΑ-ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ

6. Στην κλινική/ες που εργάζεσθε υπάρχει συνεργασία της νοσηλευτικής με την κοινωνική υπηρεσία:

Ναι υπάρχει συστηματική συνεργασία

Ναι υπάρχει περιστασιακή συνεργασία, όταν είναι απαραίτητο

Όχι δεν υπάρχει συνεργασία

Άλλο.....

7. Αν υπάρχει συνεργασία με την κοινωνική υπηρεσία πως θα την αξιολογούσατε:

Θετική	Μάλλον θετική	Ουδέτερη	Μάλλον αρνητική	Αρνητική

**8. Πόσο αναγκαία θεωρείτε την διεπαγγελματική συνεργασία στον τομέα της υγείας ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς-νοσηλευτές**

Καθόλου αναγκαία	Λίγο αναγκαία	Αρκετά αναγκαία	Πολύ αναγκαία	Πάρα πολύ αναγκαία

**9. Αν θεωρείτε ότι η διεπαγγελματική συνεργασία Κοινωνικών Λειτουργών-Νοσηλευτών/τριων είναι αναγκαία με ποιο τρόπο θα πρέπει να υλοποιείται:**

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

**10. Κατά την άποψη σας ποια από τα παρακάτω μέτρα θα διευκόλυναν τη διεπαγγελματική συνεργασία ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές/τριες (δυνατότητα δύο ιεραρχημένων απαντήσεων)**

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

Να θεσμοθετηθεί η λειτουργία διεπιστημονικής ομάδας στο νοσοκομείο

Να προσδιορισθούν οι αρμοδιότητες κοιν. λειτουργών και νοσηλευτών/τριων στο νοσοκομείο

Άλλο .....

**11. Αξιολογείτε σε ποιο βαθμό η βασική εκπαίδευση σας παρέχει γνώσεις για την αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας με άλλα επαγγέλματα υγείας**

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ



**12. Θεωρείτε ότι υπάρχουν σημεία τριβής ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς-νοσηλευτές/τριες:**

Συνήθως ναι.....

Μερικές φορές.....

Συνήθως όχι.....

**13. Αν θεωρείτε ότι υπάρχουν σημεία τριβής που συνήθως οφείλονται;**

.....  
.....

**ΑΠΟΦΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ ΚΑΙ ΑΛΛΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**14. Σε ποιο βαθμό είστε ενημερωμένοι για τις αρμοδιότητες και το ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στον τομέα της υγείας:**

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ

**15. Αξιολογείστε τη σημαντικότητα της συνεισφοράς των παρακάτω επαγγελματιών στον τομέα της υγείας: (από 1 καθόλου σημαντική έως 5 πάρα πολύ σημαντική)**

	1	2	3	4	5
Νοσηλευτές/τριες					
Γιατροί					
Ψυχολόγοι					
Κοινωνικοί λειτουργοί					

**16. Αξιολογήστε σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί διαθέτουν τα παρακάτω:**

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Ακαδημαϊκές γνώσεις					
Αποδοτικότητα ως επαγγελματίες					
Δεξιότητες επικοινωνίας					
Ικανότητα στη λήψη αποφάσεων					
Ικανότητα συνεργασίας με τα άλλα επαγγέλματα στον τομέα της υγείας					
Ικανότητα να δρουν αυτόνομα					
Εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στις ικανότητες τους					
Επαγγελματική αναγνώριση στον τομέα της υγείας					

**17. Αξιολογήστε σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι οι νοσηλευτές διαθέτουν τα παρακάτω:**

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Ακαδημαϊκές γνώσεις					
Αποδοτικότητα ως επαγγελματίες					
Δεξιότητες επικοινωνίας					
Ικανότητα στη λήψη αποφάσεων					
Ικανότητα συνεργασίας με τα άλλα επαγγέλματα στον τομέα της υγείας					
Ικανότητα να δρουν αυτόνομα					
Εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στις ικανότητες τους					
Επαγγελματική αναγνώριση στον τομέα της υγείας					

