

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ  
ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ  
ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ  
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΚΑΛΕΣΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ**

**ΚΑΡΙΜΑΛΗ ΠΕΡΣΕΦΟΝΗ**

**ΜΑΓΟΥΛΑ ΔΗΜΗΤΡΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

**Δρ ΠΕΝΤΑΡΑΚΗ ΜΑΡΙΑ**

**ΠΑΤΡΑ, ΜΑΙΟΣ 2009**

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ - ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Η μελέτη αυτή έγινε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας, του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, της σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών, για την λήψη του πτυχίου.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά, την συντονίστρια της επικείμενης εργασίας Δρ Πενταράκη Μαρία για την αρχική πρόταση της συνεργασίας αυτής της μελέτης, την εμπιστοσύνη που μας έδειξε, την υποστήριξη και κατανόηση της και την πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφερε.

Μεγάλη αναγνώριση οφείλουμε στην Δρ Παχή Αικατερίνη, προϊσταμένη του τμήματος κοινωνικής εργασίας του Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», για την πολύτιμη, ανιδιοτελή βοήθεια της τόσο σε παροχή χρήσιμου υλικού όσο και στο σχεδιασμό της ερευνητικής μελέτης και την υλοποίηση της, καθώς και για την συμπαράσταση και κατανόηση της.

Ακόμη αξίζει να αναφερθούμε στους κοινωνικούς λειτουργούς των Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστανείο» και Γ.Ν. Καλαμάτας για τις πολύτιμες πληροφορίες που μας έδωσαν, σχετικά με την λειτουργία των αντίστοιχων τμημάτων κοινωνικής εργασίας των νοσοκομείων και τους καταλόγους χρηστών των υπηρεσιών. Συνάμα, όλους τους ασθενείς και τους φροντιστές που συμμετείχαν στην ερευνά μας παρόλες τις δυσκολίες που επέφερε η κατάσταση της υγείας τους, διευκολύνοντας το έργο μας.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ το απευθύνουμε στις οικογένειες μας που στάθηκαν δίπλα μας με υπομονή και κατανόηση και ιδιαίτερα στην τετράχρονη Γεωργία, που στερήθηκε την μητέρα της για μεγάλο χρονικό διάστημα μέχρι την περάτωση αυτής της μελέτης.

Η πτυχιακή αυτή, επίσης, αφιερώνεται και στον Αναστάσιο Μαγουλά, πατέρα της Δήμητρας, που έφυγε τόσο νωρίς από κοντά μας και δεν πρόλαβε να δει την περάτωση αυτής της μελέτης.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ.....	σελ.4
----------------------	-------

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

##### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

###### ΕΝΟΤΗΤΑ 1

A. Ορισμός της κοινωνικής εργασίας .....	σελ.10
B. Σκοπός της κοινωνικής εργασίας .....	σελ.11
Γ. Ιστορική αναδρομή .....	σελ.11
Γ1. Η κοινωνική εργασία στον χώρο της υγείας .....	σελ.11
Γ2. Εξέλιξη της κοινωνικής εργασίας στον χώρο της υγείας .....	σελ.12
Γ3. Η κοινωνική εργασία στον Ελληνικό χώρο υγείας .....	σελ.15
Περίληψη .....	σελ.17

###### ΕΝΟΤΗΤΑ 2

A. Ασθενείς .....	σελ.19
B. Πως αντιδρούν οι ασθενείς στην αρρώστια .....	σελ.19
Γ. Η εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο- οξεία φάση .....	σελ.20
Γ1.Κατανόηση της αρρώστιας .....	σελ.21
Γ2. Αναθεώρηση του τρόπου ζωής και προώθηση συνηθειών και συμπεριφορών υγείας .....	σελ.21
Γ3. Ενεργοποίηση στρατηγικών για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των συνθηκών που προκύπτουν από την διάγνωση της αρρώστιας.σελ.21	
Γ4. Αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων και ανησυχιών .....	σελ.22
Γ5. Αναγνώριση των επιπτώσεων της αρρώστιας στην εικόνα του εαυτού, στις σχέσεις με άλλους και στην ζωή .....	σελ.23
Δ. Τι χρειάζονται οι ασθενείς από τους κοινωνικούς λειτουργούς.....	σελ.23
Ε. Δικαιώματα ασθενών.....	σελ.24
Περίληψη .....	σελ.26

###### ΕΝΟΤΗΤΑ 3

A. Βίο- ιατρικό μοντέλο .....	σελ.27
B. Βίο- ψυχο- κοινωνικό μοντέλο .....	σελ.27
Γ. Αναγκαιότητα ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας .....	σελ.31
Δ. Οργάνωση και λειτουργία .....	σελ.33
Ε. Έλεγχος και αξιολόγηση .....	σελ.34
ΣΤ. Το μέλλον της κοινωνικής εργασίας .....	σελ.36
Περίληψη .....	σελ.37

#### **ΕΝΟΤΗΤΑ 4**

##### **ΠΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ**

<b>ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ</b> .....	σελ.38
A. Αξίες- στόχοι της κοινωνικής εργασίας στο νοσοκομείο .....	σελ.38
B. Το έργο της κοινωνικής εργασίας στο νοσοκομείο .....	σελ.39
Γ. Συνεισφορά της κοινωνικής εργασίας .....	σελ.40
Δ. Χώροι άσκησης της κοινωνικής εργασίας.....	σελ.41
Ε. Πως φτάνουν τα περιστατικά στην κοινωνική υπηρεσία.....	σελ.42
ΣΤ.1 Σε ποιες περιπτώσεις παρεμβαίνει η κοινωνική υπηρεσία .....	σελ.42
ΣΤ.2 Παρεμβάσεις της κοινωνικής υπηρεσίας .....	σελ.45
ΣΤ.2.1 Προληπτικές Παρεμβάσεις .....	σελ.45
ΣΤ.2.2 Επείγουσας Παρέμβασης – παρέμβαση στη κρίση .....	σελ.45
ΣΤ.2.3 Κλινικής Παρέμβασης.....	σελ.46
ΣΤ.2.4 Εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης.....	σελ.46
ΣΤ.2.5 Τομέας έρευνας και εκπαίδευσης.....	σελ.47
ΣΤ.3 Η συμβουλευτική σε ιατρο-κοινωνικές υπηρεσίες .....	σελ.47
Z1. Κοινωνική εργασία με άτομα στο νοσοκομειακό πλαίσιο .....	σελ.49
Z2. Κοινωνική εργασία με ομάδες μέσα στο χώρο της υγείας .....	σελ.50
Περίληψη .....	σελ.51

#### **ΕΝΟΤΗΤΑ 5**

A. Δεξιότητες του κοινωνικού λειτουργού.....	σελ.52
A.1 Άλλες δεξιότητες .....	σελ.53
B. Αντικείμενο των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα υγείας.....	σελ.53
Γ.1. Η συνεισφορά του κοινωνικού λειτουργού .....	σελ.54
Γ.2 Ρόλοι του κοινωνικού λειτουργού .....	σελ.56
Γ.2.1 Διαγνωστικός ρόλος.....	σελ.56
Γ.2.2 Συμβουλευτικός ρόλος.....	σελ.56

Γ.2.3 Ρόλος χειριστή ομάδων .....	σελ.57
Γ.2.4 Οργανωτικός ρόλος .....	σελ.57
Γ3. Κατευθύνσεις κοινωνικού λειτουργού προς τους ασθενείς .....	σελ.57
Γ.3.1 Ενδυνάμωση και προετοιμασία του ασθενή.....	σελ.57
Γ.3.2 Συνειδητοποίηση της νέας κατάστασης .....	σελ.58
Γ.3.3 Προσαρμογή του ασθενή και της οικογένειάς του .....	σελ.59
Γ.3.4 Διασύνδεση του ασθενή και του περιβάλλοντος με τις υπάρχουσες δομές .....	σελ.60
Δ. Δεοντολογικά διλήμματα .....	σελ.60
Ε. Αισθήματα νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών.....	σελ.62
Περίληψη .....	σελ.62

## **ΕΝΟΤΗΤΑ 6**

A. Διεπαγγελματική συνεργασία .....	σελ.64
B. Παράγοντες που διασφαλίζουν την επιτυχία της συνεργατικής προσπάθειας .....	σελ.65
Γ. Προβλήματα συνεργασίας – αίτια συγκρούσεων .....	σελ.66
Δ. Αλλαγές που πρέπει να πραγματοποιηθούν .....	σελ.68
Περίληψη .....	σελ.69

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

A1. Η κοινωνική υπηρεσία στο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο» .....	σελ.70
A2. Η κοινωνική υπηρεσία στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας .....	σελ.73
A3. Η κοινωνική υπηρεσία στο Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης «Βοσπάνειο» .....	σελ.75

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΔΙΕΘΝΩΣ**

Περίληψη .....	σελ.78
A. Τομείς παρέμβασης .....	σελ.79
B. Κλινικές προτεραιότητες: Ενίσχυση της κοινωνικής πρακτικής στην υγεία .....	σελ.80

Γ. Νοσοκομειακή κοινωνική εργασία στην Σουηδία και την Βρετανία: Πρόσβαση στις αλλαγές της φυσικής υγείας και ευημερίας .....	σελ.82
Δ. Ερευνητικά εργαλεία για τα κοινωνικά χαρακτηριστικά πρακτικής και πελατών εργασίας υγείας .....	σελ.84
Ε. Ο ρόλος της συνηγορίας στην νοσοκομειακή κοινωνική εργασία .....	σελ.86
Ζ. Η κοινωνική εργασία στην υγεία .....	σελ.88
ΣΤ. Έρευνα σχετική με την διεπαγγελματική συνεργασία .....	σελ.90
Η. Ιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί στα νοσοκομεία του Χονγκ Κονγκ: Προσδοκίες, δομή αρχής και ασάφεια ρόλου.....	σελ.91
Θ. Κοινωνική εργασία και διαχείριση φροντίδας : μια περιπτωσιολογική μελέτη του ρόλου της κοινωνικής εργασίας στην απαλλαγή νοσοκομείων σε κατ' οίκον νοσηλεία ή σε οίκους ευγηρίας .....	σελ.93
Ι. Η αξιολόγηση ενός κοινωνικού προγράμματος εργασίας εφαρμοσμένο σε μια νοσοκομειακή μονάδα οικογενειακής παρέμβασης στο Οντάριο του Καναδά .....	σελ.96

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

A. Επιλογή του θέματος .....	σελ.99
B. Αντικείμενο της έρευνας .....	σελ.99
Γ. Σκοπός και σημασία της προτεινόμενης ερευνητικής μελέτης .....	σελ.101
Δ. Μεθοδολογία έρευνας .....	σελ.102
Δ1.Πιλοτική έρευνα .....	σελ.109
Δ2.Συνοδευτικές ενέργειες .....	σελ.109

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

A. Ανάλυση αποτελεσμάτων.....	σελ.111
B. Συζήτηση.....	σελ.155
Γ. Συμπεράσματα- προτάσεις .....	σελ.158

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Ελληνική βιβλιογραφία .....	σελ.161
-----------------------------	---------

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία .....σελ.165

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....σελ.161**

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ**

**Πίνακας 1.1.....σελ.111**

Γνώση ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας ανά νοσοκομείο.

**Πίνακας 1.2.....σελ.112**

Γνώση ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά και στα τρία νοσοκομεία.

**Πίνακας 2.1.....σελ.113**

Τρόπος ενημέρωσης των ασθενών που ήταν γνώστες της κοινωνικής υπηρεσίας και των παροχών της ανά νοσοκομειακό πλαίσιο

**Πίνακας 2.2.....σελ.114**

Τρόπος ενημέρωσης των ασθενών που ήταν γνώστες της κοινωνικής υπηρεσίας και των παροχών της συνολικά και στα τρία νοσοκομεία.

**Πίνακας 2.3.....σελ.115**

Γνώση είδους υπηρεσιών της κοινωνικής υπηρεσίας ανά νοσοκομείο από τους ασθενείς που γνωρίζουν της ύπαρξη της

**Πίνακας 2.4.....σελ.116**

Γνώση είδους υπηρεσιών της κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά και στα τρία νοσοκομεία από τους ασθενείς που γνωρίζουν της ύπαρξη της

**Πίνακας 3.1.....σελ.117**

Χρήση κοινωνικής υπηρεσίας, ανά νοσοκομείο, από τους ασθενείς που γνώριζαν την ύπαρξη της

**Πίνακας 3.2.....σελ.117**

Χρήση κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά και στα τρία νοσοκομεία από τους ασθενείς που γνώριζαν την ύπαρξη της.

**Πίνακας 3.3.1.....σελ.118**

Προφίλ των εξυπηρετούμενων της κοινωνικής υπηρεσίας στο Γ.Ν Μυτιλήνης «Βοστάνειο»

**Πίνακας 3.3.2.....σελ.119**

Προφίλ των εξυπηρετούμενων της κοινωνικής υπηρεσίας στο Γ.Ν Καλαμάτας

**Πίνακας 3.3.3.....σελ.120**

Προφίλ των εξυπηρετούμενων της κοινωνικής υπηρεσίας στο Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο»

**Πίνακας 3.4.**.....σελ.122

Προφίλ των εξυπηρετούμενων της κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά και στα τρία νοσοκομεία

**Πίνακας 4.1.**.....σελ.124

Οι ασθενείς που δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας ανά νοσοκομείο

**Πίνακας 4.2.**.....σελ.125

Οι ασθενείς που δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά και στα τρία νοσοκομεία

**Πίνακας 4.3.1.**.....σελ.125

Προφίλ ασθενών που δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας στο Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοσπάνειο»

**Πίνακας 4.3.2.**.....σελ.126

Προφίλ ασθενών που δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας στο Γ.Ν Καλαμάτας

**Πίνακας 4.3.3.**.....σελ.128

Προφίλ ασθενών που δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας στο Γ.Ν «Θριάσιο»

**Πίνακας 4.4.**.....σελ.129

Προφίλ ασθενών που δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά και στα τρία νοσοκομεία

**Πίνακας 5.1.**.....σελ.132

Τρόποι παραπομπής εξυπηρετούμενων της κοινωνικής υπηρεσίας ανά νοσοκομείο

**Πίνακας 5.2.**.....σελ.133

Τρόποι παραπομπής εξυπηρετούμενων της κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά και στα τρία νοσοκομεία

**Πίνακας 6.1.**.....σελ.134

Λόγοι που οι ασθενείς δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας ανά νοσοκομείο

**Πίνακας 6.2.**.....σελ.135

Λόγοι που οι ασθενείς δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας και στα τρία νοσοκομεία

**Πίνακας 7.1.1.**.....σελ.137



παράγοντες και βαθμός κατά την συνεργασία κοινωνικού/ής λειτουργό-εξυπηρετούμενου στο Γ.Ν Μυτιλήνης «Βοστάνειο».

**Πίνακας 7.1.2.** .....σελ.138

παράγοντες και βαθμός δυσκολίας κατά την συνεργασία κοινωνικού/ής λειτουργό-εξυπηρετούμενου στο Γ.Ν Καλαμάτας.

**Πίνακας 7.1.3.** .....σελ.139

παράγοντες και βαθμός δυσκολίας κατά την συνεργασία κοινωνικού/ής λειτουργό-εξυπηρετούμενου στο Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο»

**Πίνακας 7.2.** .....σελ.140

παράγοντες και βαθμός κατά την συνεργασία κοινωνικού/ής λειτουργό-εξυπηρετούμενου συνολικά και στα τρία νοσοκομεία

**Πίνακας 8.1.** .....σελ.143

Αριθμός συναντήσεων κοινωνικού/ής λειτουργού- εξυπηρετούμενου ανά νοσοκομείο.

**Πίνακας 8.2.** .....σελ.144

Αριθμός συναντήσεων κοινωνικού/ής λειτουργού- εξυπηρετούμενου συνολικά και στα τρία νοσοκομεία.

**Πίνακας 8.3.** .....σελ.145

Χώρος συνεργασίας κοινωνικού/ής λειτουργού- εξυπηρετούμενου ανά νοσοκομείο.

**Πίνακας 8.4.** .....σελ.145

Χώρος συνεργασίας κοινωνικού/ής λειτουργού- εξυπηρετούμενου συνολικά και στα τρία νοσοκομεία

**Πίνακας 9.1.** .....σελ.146

Βαθμός ικανοποίησης του εξυπηρετούμενου από την συνεργασία του με τον/την κοινωνικό/η λειτουργό ανά νοσοκομείο

**Πίνακας 9.2 .** .....σελ.147

Βαθμός ικανοποίησης του εξυπηρετούμενου από την συνεργασία του με τον/την κοινωνικό/η λειτουργό συνολικά και στα τρία νοσοκομεία

**Πίνακας 10.1.** .....σελ.148

Λόγοι συνεργασίας και είδος παρεχόμενης βοήθειας με πρωτοβουλία του εξυπηρετούμενου ανά νοσοκομείο

**Πίνακας 10.2.**.....σελ.148

Λόγοι συνεργασίας και είδος παρεχόμενης βοήθειας με πρωτοβουλία του εξυπηρετούμενου συνολικά και στα τρία νοσοκομεία

**Πίνακας 10.3.**.....σελ.149

Βαθμός ικανοποίησης εξυπηρετούμενου για την παρεχόμενη βοήθεια από τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό ανά νοσοκομείο

**Πίνακας 10.4.** .....σελ.149

Βαθμός ικανοποίησης εξυπηρετούμενου για την παρεχόμενη βοήθεια από τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό συνολικά και στα τρία νοσοκομεία

**Πίνακας 11.1.** .....σελ.150

Λόγοι συνεργασίας και είδος παρεχόμενης βοήθειας εξυπηρετούμενου- κοινωνικού λειτουργού, μετά από κάποια παραπομπή, ανά νοσοκομείο.

**Πίνακας 11.2.**.....σελ.151

Λόγοι συνεργασίας και είδος παρεχόμενης βοήθειας εξυπηρετούμενου- κοινωνικού λειτουργού, μετά από κάποια παραπομπή, συνολικά και στα τρία νοσοκομεία

**Πίνακας 12.1.** .....σελ.153

Άποψη των εξυπηρετούμενων, για τυχόν ελλείψεις της κοινωνικής υπηρεσίας ανά νοσοκομείο

**Πίνακας 12.2.** .....σελ.153

Άποψη των εξυπηρετούμενων, για τυχόν ελλείψεις της κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά και στα τρία νοσοκομεία

**Πίνακας 13.1.** .....σελ.154

Προηγούμενη εμπειρία, εκτός νοσοκομειακού πλαισίου, με κοινωνικό/ή λειτουργό, των χρηστών της κοινωνικής υπηρεσίας ανά νοσοκομείο.

**Πίνακας 13.2.** .....σελ.154

Προηγούμενη εμπειρία, εκτός νοσοκομειακού πλαισίου, με κοινωνικό/ή λειτουργό, των χρηστών της κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά και στα τρία νοσοκομεία

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η σπουδαιότητα της μελέτης αυτής, έγκειται στο γεγονός ότι η Κοινωνική Εργασία, ως μια δευτερογενής οργάνωση στο χώρο του Νοσοκομείου λειτουργεί υποστηρικτικά, συμβουλευτικά, βοηθητικά για τη καλύτερη επανένταξη του ατόμου στο περιβάλλον του.

Ο κύριος σκοπός της ερευνητικής αυτής μελέτης είναι, ο ρόλος και η λειτουργία της Κοινωνικής υπηρεσίας στο γενικό Νοσοκομείο καθώς και οι απόψεις των εξυπηρετούμενων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Οι δευτερεύοντες στόχοι της έρευνας, είναι η διερεύνηση γνώση ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας από τους εξυπηρετούμενους και τους φροντιστές τους στον χώρο υγείας. Επιπρόσθετα, η μελέτη των παραγόντων χρήσης ή μη χρήσης και η καταγραφή της γνώμης που έχουν σχηματίσει οι χρήστες για την αποτελεσματικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και την επικοινωνία με τον/ την κοινωνικό λειτουργό.

Αναλυτικότερα, επιχειρείται μια θεωρητική προσέγγιση στην Επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας. Παρουσιάζονται αναλυτικά, ο ορισμός της, ως ξεχωριστή εφαρμοσμένη Κοινωνική Επιστήμη, ο σκοπός της, το ιστορικό της, το διαχρονικό εξελικτικό και το σύγχρονο πλαίσιο της θεωρίας και των εφαρμογών της. Επίσης σκιαγραφείται εκτεταμένα η ανάδυση της Κοινωνικής Εργασίας μέσα από τις πρώτες άτυπες υλικές παροχές φιλανθρωπίας του 18<sup>ου</sup> αιώνα και η μετεξέλιξη σε θεωρητικά τεκμηριωμένο σύστημα παροχής βοήθειας, καθώς και η εξέλιξη της πρακτικής εφαρμογής της στο χώρο της Υγείας, τόσο στο εξωτερικό από όπου ξεκίνησε, όσο και στην Ελλάδα.

Επίσης γίνεται μια εκτενής αναφορά για το έργο της Κοινωνικής Εργασίας στο Νοσοκομείο. Αναλύονται οι αξίες – στόχοι της Κοινωνικής Εργασίας στο Νοσοκομειακό πλαίσιο, τα πεδία δράσης, οι αρμοδιότητες των Κοινωνικών Λειτουργών και οι ρόλοι τους, ο τρόπος προσέλευσης των πελατών – ασθενών, πως αντιδρούν στην ασθένεια, ποια είναι τα δικαιώματα, τι χρειάζονται από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, οι χώροι και οι τρόποι άσκησης του έργου των Κοινωνικών Λειτουργών, οι ανασταλτικοί παράγοντες λειτουργίας των Κοινωνικών Υπηρεσιών στα Νοσοκομεία. Το Βιο-ιατρικό και βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών, η εμπειρία της Κοινωνικής Εργασίας και η Διεπιστημονική Ομάδα Υγείας.

Στην συνέχεια επιχειρείται, γενική παρουσίαση των τριών Νοσοκομείων που έλαβαν μέρος στην έρευνά μας. Των Γ.Ν.Ε. Θριάσιο, Γ.Ν. Καλαμάτας, Γ.Ν.

Μυτιλήνης «Βοστάνειο». Στόχος είναι να δοθεί η συνολική εικόνα και περιγραφή των τριών αυτών Νοσοκομείων από την ίδρυσή τους μέχρι σήμερα και ιδιαίτερα η λειτουργία τους την εξεταζόμενη περίοδο καθώς και η παρουσίαση των παρεχόμενων υπηρεσιών που προσφέρει το συγκεκριμένο τμήμα και η λειτουργία του, τόσο σε συνεργασία με τον πελάτη – ασθενή μέσα και έξω από το Νοσοκομείο, όσο και σε συνεργασία με άλλους φορείς με σκοπό τη θεραπεία αλλά και την πρόληψη σε κοινωνικό επίπεδο.

Για το λόγο αυτό αναλύεται το κάθε Νοσοκομείο ιστορικά, χωροθετικά, λειτουργικά, σε συνεργασία με φορείς μέσα και έξω από το Νοσοκομείο και αναφέρονται τα προβλήματα δυσλειτουργίας της Κοινωνικής Υπηρεσίας.

Εκτενής αναφορά γίνεται και σε διερευνητικές μελέτες που έχουν γίνει διεθνώς για την Κοινωνική Εργασία στο Νοσοκομειακό πλαίσιο. Ο σκοπός των ερευνών αυτών είναι να περιγράψουν την κατάσταση της Κοινωνικής Εργασίας, τα επιτεύγματα και τις επιτυχίες της αλλά και τις δυσκολίες στον Τομέα της Υγείας.

Επίσης αναλύεται η μεθοδολογία της έρευνάς μας. Η διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας ορίστηκε το χρονικό διάστημα των 10 ημερών, με έναρξη αυτής την 3-3-2009 και λήξη αυτής την 13-3-2009.

Επιλέχθηκε και πραγματοποιήθηκε διερευνητική μελέτη με ποσοτική έρευνα, γιατί ήταν πιο εύκολο να καταγραφούν οι απόψεις των ασθενών – φροντιστών τους και να ελεγχθούν οι ερευνητικές υποθέσεις μέσω της ποσοτικής έρευνας. Η δειγματοληψία, η οποία επιλέχθηκε είναι η «συστηματική δειγματοληψία» και προκειμένου να είναι αντιπροσωπευτική η έρευνά μας επιλέξαμε 100 άτομα σε κάθε Νοσοκομείο. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της διερευνητικής μελέτης μας ήταν το ερωτηματολόγιο, όπου ο πρώτος άξονας του αναφέρεται στη γνώση ύπαρξης της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου, ο δεύτερος διερευνά τη χρήση κοινωνικής υπηρεσίας από τους ασθενείς – φροντιστές και ο τρίτος ερευνά τη γνώμη της εξυπηρετούμενης ομάδας για την Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου.

Τέλος, από τα αποτελέσματα της διερευνητικής μας μελέτης και στα τρία γενικά νοσοκομεία Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο», Γ.Ν. Καλαμάτας και Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», συμπεράναμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών- φροντιστών δεν έχουν γνώση της ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας. Το μεγαλύτερο από το ποσοστό που την γνωρίζει ενημερώθηκε μέσω του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και από αυτούς οι περισσότεροι δεν γνωρίζουν το είδος των παροχών της. Επίσης,

όσοι έχουν κάνει χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών της κοινωνικής υπηρεσίας είναι πολύ ευχαριστημένοι αναγνωρίζοντας ότι ήταν βοηθητική. Οι συχνότεροι λόγοι συνεργασίας από την πλευρά των εξυπηρετούμενων έχουν σχέση με ασφαλιστικά θέματα ενώ δεν παρατηρήθηκαν ελλείψεις από την πλευρά των εξυπηρετούμενων για τις παροχές της κοινωνικής υπηρεσίας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

#### Κοινωνική Εργασία:

«Η κατεξοχήν αυτοτελής εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη που ασχολείται με την πρακτική αντιμετώπιση των διαφόρων προβλημάτων των ατόμων και των κοινωνικών ομάδων που δημιουργεί η σύγχρονη βιομηχανική και μεταβιομηχανική κοινωνία» (Ασημακοπούλου-Ζάρναρη, 1982, σελ. 3- 8).

#### Κοινωνικός Λειτουργός:

«Ο Κοινωνικός Λειτουργός στις Υπηρεσίες Υγείας βοηθά με προγράμματα την πρόνοια της υγείας και την υγιεινή εκπαίδευση με το να αναπτύσσει πολιτικές και υπηρεσίες για την υγεία.

Υποστηρίζει τους ασθενείς, τις οικογένειες τους και άλλους που εμπλέκονται στην ευημερία τους μέσα στα ανάλογα ιδρύματα, προσφέροντας ενδό και έξω-νοσοκομειακές υπηρεσίες. Πρέπει να έχει γνώση των ιατρικών και θεραπευτικών διαδικασιών που χρησιμοποιούνται καθώς και την προσαρμογή και ψυχο-κοινωνικά προβλήματα που συνεπάγεται η θεραπεία. Τον αφορά, η ιατρική περίθαλψη στο σπίτι, η εκπαίδευση κοινωνικής υγιεινής, η ψυχική υγεία, η κοινοτική και η σχολική ιατρική περίθαλψη. Προσφέρει πρακτική και θεραπευτική βοήθεια σε περιπτώσεις ψυχικής υγείας, ασθενών και των οικογενειών τους, χρησιμοποιώντας τις κατάλληλες θεραπευτικές μεθόδους στην εφαρμογή ψυχιατρικών και ψυχολογικών θεωριών που γνωρίζει βασικά» (Διεθνής Κώδικας Δεοντολογίας, 1976, σελ. 39- 40).

#### Κοινωνική υπηρεσία:

**A.** «ειδικές υπηρεσίες που παρέχονται από την κυβέρνηση ή την τοπική αυτοδιοίκηση για να βοηθηθούν οι πολίτες σε θέματα εκπαίδευσης, περίθαλψης» (Μπαμπινιώτης, 2002, σελ 9-12).

**B.** «μια χρήση του όρου ταυτίζεται με τις οργανώσεις, τους φορείς εκείνους οι οποίοι καλύπτουν ανάγκες ατόμων με διάφορα προβλήματα. Με άλλα λόγια οι

οργανώσεις και τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας, αναφέρονται ως κοινωνικές υπηρεσίες. Ένας άλλος ορισμός, ο οποίος έχει υιοθετηθεί από τα Ηνωμένα Έθνη είναι ο ακόλουθος: Κοινωνικές Υπηρεσίες είναι τα μέσα γενικά και ο μηχανισμός για την βοήθεια ατόμων, ομάδων και κοινοτήτων, ώστε να βελτιώσουν την θέση τους, να προσαρμοστούν στην κοινωνική εξέλιξη και να συμμετέχουν στην ανάπτυξη της κοινωνίας μας» ( Σταθόπουλος, 1996, σελ 225-226 ).

### **Εξυπηρετούμενος:**

Το άτομο, το οποίο επωφελείται της άσκησης της Κοινωνικής Εργασίας. Μπορεί να οριστεί ως ένα άτομο, μια οικογένεια, μια ομάδα ή μια κοινότητα που απευθύνεται σε μια κοινωνική υπηρεσία ζητώντας βοήθεια προκειμένου να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που του παρουσιάστηκαν και τις οποίες αδυνατεί ή έχει αποτύχει να αντιμετωπίσει με τα δικά του μέσα. Ο εξυπηρετούμενος ονομάζεται επίσης αποδέκτης ή και χρήστης των κοινωνικών υπηρεσιών σε κάποιες περιπτώσεις, **δικαιούχος** (αυτός που συνεργάζεται με ένα τμήμα παροχών μιας Διεύθυνσης Πρόνοιας ή ενός ασφαλιστικού φορέα), καθώς και **ασθενής** (το άτομο που συνεργάζεται με τον Κοινωνικό Λειτουργό ενός Νοσοκομείου ή ενός Κέντρου Υγείας). Ο εξυπηρετούμενος αποκαλείται εναλλακτικά και πελάτης (από το ρήμα «πελάζω»: πλησιάζω(μετάφραση του αγγλικού όρου «client») (Καλλινικάκη, 1998, σελ. 65-66).

### **Ασθενής :**

« (ΤΥΜ αρχ. <α-στερητ+ σθενης - σθένους>)

Η λέξη δήλωνε αρχικά τον αδύναμο, τον ασήμαντο σ' όλους τους τομείς, περιορίστηκε δε στην έλλειψη σωματικών δυνάμεων, στη φυσική αρρώστια, από τον Ιπποκράτη (5<sup>ο</sup> αιώνα)» (Μπαμπινιώτης, 2002, σελ. 294) – «άρρωστος» (Γεωργοπαπαδάκου, 1992, σελ.186).

### **Υγεία:**

**A.** Η κατάσταση πλήρους σωματικής πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας (ορισμός της Π.Ο.Υ.) (Γιδοπούλου, 1985).

**B.** σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Άλμα- Ατα «η υγεία που είναι μια κατάσταση ολικής, φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η επίτευξη του

κατά το δυνατόν υψηλότερου επιπέδου υγείας είναι η σημαντικότερη παγκόσμια επιδίωξη, η πραγμάτωση της οποίας απαιτεί τη δράση πολλών κοινωνικών και οικονομικών τομέων παράλληλα με τον τομέα της υγείας» (Τσαλίκης, 1996, σελ59-60).

### **Σύστημα υγείας:**

«ορίζεται το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται, ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, η σχέση μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων. Οι διάφορες αυτές ρυθμίσεις καθορίζουν τον τρόπο πραγματοποίησης της προστασίας από τον οποίο εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και η ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας» ( Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001, σελ 68).

### **Νοσοκομείο:**

**A.** «ίδρυμα επανδρωμένο και εξοπλισμένο για τη διάγνωση και θεραπεία ατόμων που πάσχουν από κάποια νόσο ή έχουν υποστεί κάποια κάκωση, καθώς και για τη στέγαση τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας, για εξετάσεις που αφορούν την κατάσταση υγείας και για την διεξαγωγή τοκετών. Τα νοσοκομεία έχουν γίνει σημαντικά κέντρα έρευνας και τεχνολογίας, αναπόσπαστο δε μέρος κάθε σχεδόν γενικού νοσοκομείου έχει γίνει η εκπαίδευση γιατρών και νοσηλευτών» (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, 1991, σελ 342).

**B.** «(το) (μτφρ) δημόσιο ή ιδιωτικό ίδρυμα, κοινωνικού –επιστημονικού χαρακτήρα που παρέχει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και στοχεύει στην όσο δυνατόν πληρέστερη θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας ασθενών και αναξιοπαθούντων και στη χορήγηση της ενδεδειγμένης περιποίησης στις περιπτώσεις τακτών και χρόνιων ή ανίατων ασθενών» (Μπαμπινιώτης, 2002, σελ. 1193).

### **Διεπιστημονική συνεργασία:**

«είναι η επιστημονικά σχεδιασμένη συνεργατική προσπάθεια» (Παπαιωάννου, 1994, σελ 7).

Η Dalley (1989), χρησιμοποιεί έναν ευρύτερο ορισμό της διεπιστημονικής συνεργασίας κατά τον οποίο η συνεργασία πραγματοποιείται μεταξύ διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων καθώς και μεταξύ υπηρεσιών και οργανώσεων για την



παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας. Η ομάδα αναφέρει η συγγραφέας, είναι το κύριο εργαλείο για να επιτευχθεί η συνεργατική σχέση μεταξύ επαγγελματιών και μεταξύ οργανώσεων και υπηρεσιών.

### **Διεπιστημονική Ομάδα Υγείας:**

Δι-επαγγελματική, διατομεακή συνεργασία (Ιατρίδης, 1989, σελ. 73) μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, με σκοπό την από κοινού προσέγγιση του ασθενούς στα πλαίσια του Βιο-ψυχο-κοινωνικού Μοντέλου Υπηρεσιών. Αποτελείται συνήθως από γιατρούς, ψυχιάτρους, νοσηλευτές, ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς, λογοθεραπευτές και άλλο ειδικευμένο προσωπικό (Γιαννουλάτος, 1985, σελ. 280).

### **Αποδοτικότητα:**

«στη γενική χρήση ο όρος σημαίνει αποτελεσματικότητα, ικανότητα αποδόσεως παραγωγή του προσδοκόμενου αποτελέσματος» (Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών της UNESCO, 1972, σελ 95).

### **Κοινωνικό Πρόβλημα:**

«Λανθάνουσα κατάσταση, εκτροπή από τις ομαλές κοινωνικές διαδικασίες ή διακοπή της κανονικής ή γενικά παραδεκτής ροής των πραγμάτων στην κοινωνία, λόγω της διάστασης μεταξύ κοινωνικών προτύπων (Standards, συνθηκών δηλαδή που η κοινωνία θεωρεί πρέπουσες ή επιθυμητές) και κοινωνικής πραγματικότητας. Η επιθυμητή αυτή διάσταση προτύπων και πραγματικότητας γίνεται κοινωνικό πρόβλημα από τη στιγμή που οι άνθρωποι πιστεύουν ότι μπορεί να κάνουν κάτι για να βελτιώσουν την κατάσταση» (Πόθου, 1982, σελ. 104- 107).

### **Κρίση:**

Ο Bloom (1963) ορίζει τη κρίση ως « ένα επεισόδιο που αρχίζει μετά από ένα συγκεκριμένο γεγονός και ακολουθείτε είτε από μια διακριτική αντίδραση, είτε από κάποιο είδος αντίδρασης που απαιτεί περίπου ένα μήνα ή και περισσότερο για να ξεπεραστεί» (Μαλικιώση- Λοίζου, 1999, σελ 299).

### **Επείγουσα παρέμβαση:**

«ονομάζεται το είδος παρέμβασης που λαμβάνει χώρα στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών γενικού νοσοκομείου για να αντιμετωπιστούν καταστάσεις

κρίσεις, μέσω της παροχής υπηρεσιών ψυχο- κοινωνικής στήριξης στο περιβάλλον του ασθενή» ( Πανταζάκας- Μέντης, 2002, σελ 100).

### **Παρέμβαση στη κρίση:**

«είναι δυναμική, άμεση, χρονικά περιορισμένη και εστιάζεται στο παρόν. Σύμφωνα με τον Λαγού (1991), οι στόχοι παρέμβασης στη κρίση περιλαμβάνουν:

- ✓ Τη μείωση του άγχους και του στρες του ατόμου από πρόσθετους στρεσογόνους παράγοντες
- ✓ Στην κινητοποίηση του οικογενειακού συστήματος, ώστε να οργανώσει τις δυνάμεις και πηγές στήριξης που διαθέτει για να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις, που διαμορφώνονται κατά την κρίση
- ✓ Στην βοήθεια της οικογένειας να βρει μια ισορροπία και
- ✓ Την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ψυχικής ισορροπίας» (Παπαδάτου- Αναγνωστόπουλος, 1999, σελ 99-100).

### **Κλινική παρέμβαση:**

«η διαδικασία που πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή και στόχο έχει την ψυχοκοινωνική στήριξη του ασθενή και της οικογένειας του και της συνεργασίας μαζί τους, για την επίλυση πιθανών πρακτικών προβλημάτων που συνοδεύουν την ασθένεια» (Πανταζάκας-Μέντης, 2002, σελ 100).

### **Εξωνοσοκομειακή Παρακολούθηση:**

«Η διατήρηση της επαγγελματικής σχέσης του κοινωνικού λειτουργού με τον ασθενή και τους οικείους του , μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των αναγκών του» (Πανταζάκας-Μέντης, 2002, σελ 100).

### **Αποψη:**

«η και όψεως /όψης, όψεων Θεώρηση ζητήματος, Θέματος: ακούγοντας όλες τις γνώμες θα μπορούμε να έχουμε μια συνολική/ σφαιρική θεώρηση του ζητήματος» (Μπαμπινιώτης, 2002, σελ. 294).

«Ιδιαίτερος τρόπος με τον οποίο βλέπει κανείς τα πράγματα, γνώμη αντίληψη» (Γεωργοπαπαδάκου, 1992, σελ.171).

### **Φροντιστής:**

«Είναι το πρόσωπο που φροντίζει, που διαχειρίζεται, που ασχολείται με την φύλαξη και με την διαχείριση κινητών πραγμάτων» (Μπαμπινιώτης, 2004, σελ. 1119).

### **Ρόλος:**

«Είναι η ιδιαίτερη συμβολή που έχει ένα άτομο στην πραγματοποίηση έργου ή την διαμόρφωση κατάστασης. Είναι οι πράξεις με τις οποίες συμμετέχει το άτομο στην γέννηση και στην εξέλιξη ενός γεγονότος, μιας κατάστασης, υπόθεσης.

Είναι η συμπεριφορά που ορίζει σε ορισμένο πρόσωπο το φύλο και την κοινωνική του θέση» (Μπαμπινιώτης, 2004, σελ. 899).

### **Λειτουργία:**

«Η λειτουργία είναι μια κατάσταση κατά την οποία τα μέρη ενός συστήματος έχουν τεθεί σε κίνηση και παράγουν έργο. Είναι ένα σύνολο δραστηριοτήτων, ενεργειών και διαδικασιών που ενταγμένες σε ένα θεσμικό πλαίσιο παράγουν κάποιο έργο και εκπληρώνουν κάποιο σκοπό για τον οποίο προορίζονται.

Λειτουργία, λοιπόν, είναι ο σκοπός για τον οποίο υπάρχει ή έχει κατασκευαστεί κάτι» (Μπαμπινιώτης, 2004, σελ. 571) .

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### ***ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ***

#### **ΕΝΟΤΗΤΑ 1**

##### **A. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Η Κοινωνική Εργασία αναγνωρίζεται, παγκόσμια σήμερα σαν η κατεξοχήν αυτοτελής εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη που ασχολείται με την πρακτική αντιμετώπιση των διαφόρων προβλημάτων των ατόμων και των κοινωνικών ομάδων, που δημιουργεί η σύγχρονη βιομηχανική και μεταβιομηχανική κοινωνία (Ασημακοπούλου – Ζάρναρη, 1982).

Αποτελεί την θεσμική έκφραση του ενδιαφέροντος της κοινωνίας για την αντιμετώπιση των κοινών ανθρωπίνων αναγκών (Ασημακοπούλου – Ζάρναρη, 1982) και ένα διεπιστημονικό τρόπο παρέμβασης για κοινωνική αλλαγή, λύση προβλημάτων και βελτίωση κοινωνικών συνθηκών, για κοινωνική ανάπτυξη όλου του πληθυσμού (Ιατρίδης, 1989).

Είναι μια διακριτή και συστηματική μέθοδος παρέμβασης, για την αντιμετώπιση προβληματικών καταστάσεων σε κοινωνικό και ψυχικό επίπεδο, η οποία απομακρύνεται από τον εθελοντισμό και τις φιλανθρωπικές δοξασίες και αξιώνει την αναγνώριση του επιστημονικού της χαρακτήρα (Ζαϊμάκης, 1999).

Είναι μια ανθρωπιστική – ανθρωποκεντρική Επιστήμη (Κατσορίδου – Παπαδοπούλου, 2002), η οποία σέβεται την προσωπικότητα του ατόμου και τηρεί απολύτως και αυστηρώς το «απόρρητον», των όσων το ίδιο το άτομο εμπιστεύεται στον Κοινωνικό Λειτουργό (Εγγραφο 31/5/1991) Υπ. Υ., Πρόνοια και ΚΑ, παρ. 3).

Θεωρείται, ως η επιστημονική μεθοδολογική προσέγγιση στα πλαίσια του Κράτους – Πρόνοιας (Ασημακοπούλου – Ζάρναρη, 1982) και διέπεται από την αρχή της αυτονομίας και ψυχικής αυτάρκειας του ατόμου, συνδέεται δε με ό,τι αποκαλείται «λειτουργήμα» (Καλλινικάκη Θ., 1998).

## **B. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Ως κλάδος των εφαρμοσμένων κοινωνικών επιστημών και μέθοδος παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, η Κοινωνική Εργασία έχει σκοπό την επίτευξη και διατήρηση ισορροπίας μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος στο οποίο βρίσκεται, για να διασφαλίσει την ψυχική και κοινωνική υγεία και την ευημερία του ατόμου αλλά και της κοινωνίας του συνόλου (Εκθεση Ομάδας Εργασίας, Κοινωνική Πρόνοια, Πρόγραμμα 1983-1987, σελ. 44-45).

Σύμφωνα με τον A. Pincus, η Κοινωνική Εργασία αποβλέπει να αυξήσει τις προσαρμοστικές ικανότητες του ατόμου, για την αντιμετώπιση των δυσμενών συνθηκών της ζωής, να συνδέσει το άτομο με τις διαθέσιμες πηγές του περιβάλλοντός του, να προάγει την αποτελεσματική και εξανθρωπιστική λειτουργία των υπηρεσιών, να συμβάλλει στην ανάπτυξη και βελτίωση της κοινωνικής πολιτικής (Πανταζάκας- Μέντης, 2003).

## **Γ. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

### ***Γ1. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ***

Τα περισσότερα ιστορικά ίχνη για την Κοινωνική Εργασία στο χώρο της υγείας, αρχίζουν στο πεδίο εργασίας του Κοινωνικού Φιλανθρωπικού Οργανισμού της Αγγλίας και αργότερα των Ηνωμένων Πολιτειών (Auslander, 2001).

Το 1891 ο Charles Loch, από το Λονδίνο, πρότεινε στον Κοινωνικό Φιλανθρωπικό Οργανισμό, να εκπαιδεύσει Κοινωνικούς Λειτουργούς σε νοσοκομεία, ώστε να αποτρέψουν την κατάχρηση της ιατρικής φιλανθρωπίας από ανθρώπους που θα μπορούσαν να αντέξουν οικονομικά, να πληρώσουν την φροντίδα τους, εις βάρος ασθενών με κοινωνικά προβλήματα που παρεμποδίζουν την ιατρική περίθαλψη τους ( Auslander, 2001).

Η Κοινωνική Εργασία, σε υπηρεσίες Υγείας εισήχθη για πρώτη φορά το 1905, στο Γενικό Νοσοκομείο Μασαχουσέτης στη Βοστώνη από τον ιατρό C. Cabot. Ακολούθησε (1912), η οργάνωση του πρώτου ετήσιου προγράμματος σπουδών στην Ιατρική Κοινωνική Εργασία στη Σχολή Κοινωνικής Εργασίας, της ίδιας πόλης (Καλλινικάκη, 1998).

Η Κοινωνική Εργασία στο χώρο της υγείας αναπτύσσεται, ομοίως και σε άλλες χώρες, με πιο αργούς ρυθμούς. Χαρακτηριστικά στο Χονγκ Κονγκ η Κοινωνική Εργασία ξεκίνησε ως φιλανθρωπικό έργο. Ενώ οι ιατρικές Κοινωνικές Υπηρεσίες Εργασίας στελεχώθηκαν από Κοινωνικούς Λειτουργούς το 1939. Η Αυστραλία, επίσης, ακολούθησε το βρετανικό πρότυπο. Οι πρώτοι Κοινωνικοί Λειτουργοί διορίστηκαν στο νοσοκομείο της Μελβούρνης, το 1929, και οκτώ ακόμη τμήματα δημιουργήθηκαν τα επόμενα έξι χρόνια. Η ανάπτυξη της επαγγελματικής Κοινωνικής Εργασίας στη Μέση Ανατολή ξεκίνησε από την Αίγυπτο το 1936. Πριν από την ίδρυση του επίσημου κράτους, το 1948, στο Ισραήλ η άσκηση της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο της υγείας γινόταν περισσότερο από εθελοντές. Οι επαγγελματίες Κοινωνικοί Λειτουργοί ήταν οι πρώτοι που εργάστηκαν σε εξειδικευμένα Νοσοκομεία (π.χ. για τη φυματίωση και την αποκατάσταση) και αργότερα μετακινήθηκαν σε ψυχιατρικές μονάδες. Μέχρι το 1961 τα πρώτα τμήματα Κοινωνικής Εργασίας εγκαταστάθηκαν σε γενικά Νοσοκομεία. Ενώ σε μερικές χώρες όπως στη Ρωσία, η ιατρο- Κοινωνική Εργασία άρχισε να αναπτύσσεται με την βοήθεια των ακαδημαϊκών και των πρακτικών από το εξωτερικό (Auslander, 2001).

Στον εικοστό αιώνα παρατηρείται μια συνεχής εξέλιξη της Κοινωνικής Εργασίας, στην υγειονομική περίθαλψη. Η εξέλιξη αυτή οφείλεται, αφενός στην ανάπτυξη των σύγχρονων ιατρικών επεμβάσεων και των συστημάτων υγείας και αφετέρου στις αλλαγές αλλά και στην πρόοδο που παρουσιάζει το ίδιο το επάγγελμα της Κοινωνικής Εργασίας. Αυτή η ανάπτυξη εμφανίστηκε με διάφορες μορφές όπως η αύξηση του αριθμού των εργαζομένων στον χώρο της υγείας, με περισσότερους και καλύτερα εκπαιδευμένους Κοινωνικούς Λειτουργούς. Στο σημείο αυτό πρέπει να ειπωθεί, ότι η επαγγελματική αναγνώριση της Κοινωνικής Εργασίας δεν είναι καθολική. Ακόμη και σε κράτη με προηγμένα συστήματα παροχής υπηρεσιών, υπάρχουν νοσοκομεία που δεν έχουν Κοινωνικό Λειτουργό και πολύ περισσότερο υπάρχουν περιπτώσεις, μη παροχής υπηρεσιών κοινοτικής φροντίδας (Butrym Z, 1989).

## **Γ2. ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η συμμετοχή της Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα της Υγείας, αποτέλεσε ιστορικά μια από τις πρώτες ειδικεύσεις των Κοινωνικών Λειτουργών. Ενώ σήμερα, απορροφά το μεγαλύτερο μέρος του εργατικού δυναμικού (Ιατρίδης, 1989).

Η ανάγκη της Κοινωνικής Υπηρεσίας, ξεπήδησε από τη συνειδητοποίηση των ιατρών, ότι οι οδηγίες που έδιναν στους ασθενείς έμεναν ανεκτέλεστες για διάφορους λόγους που σχετίζονται με τις κοινωνικές ανάγκες του ασθενούς και όχι με τις ατομικές ανάγκες. Έτσι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί άρχισαν μια προσπάθεια κάλυψης των δυνατοτήτων, που προσέφερε το Νοσοκομείο για την επανάκτηση της υγείας. Άλλωστε μια αρρώστια, δεν μπορούσε να αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά χωρίς να ληφθούν υπόψη οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ζωής (Βασικά Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας, σελ. 34).

Αρχικά, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί βοηθούσαν τους ασθενείς να κατανοήσουν και να εκτελέσουν τις οδηγίες και εντολές των γιατρών σχετικά με τη συστηματική λήψη φαρμάκων. Εντοπίστηκαν ψυχολογικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί λόγοι, οι οποίοι ευθύνονται για την έλλειψη συνεργασίας και συμμόρφωσης των ασθενών, με την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Έτσι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί ανέλαβαν, την κάλυψη των οικονομικών αναγκών και την επίλυση άλλων προβλημάτων, τα οποία εμπόδιζαν την ανάρρωση του ασθενούς (Σταθόπουλος, 1996).

Από τις αρχές του εικοστού αιώνα, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί υπήρξαν συνήγοροι για θέματα στέγασης, ιατρικής φροντίδας και εκπαίδευσης, τα οποία συνεχίζουν και σήμερα να αποτελούν στόχους του επαγγέλματος. Εργάστηκαν για να βελτιώσουν την εμπειρία του τοκετού και ήταν στη πρώτη γραμμή για την καταπολέμηση του αλκοολισμού και τις χρήσεις ουσιών. Οι πρώτοι Κοινωνικοί Λειτουργοί αναγνώρισαν τη φτώχεια και την έλλειψη εκπαίδευσης, ως δύο βασικούς παράγοντες που επιδείνωναν τις ασθένειες και υπήρξαν σταυροφόροι για την κοινωνική ισότητα. Κατά συνέπεια, η Κοινωνική Εργασία και η υγειονομική περίθαλψη, μοιράστηκαν κοινούς στόχους, γεγονός που ενθάρρυνε την ανάπτυξη σχέσεων μεταξύ Κοινωνικών λειτουργών και ιατρών (Καλλινικάκη, 1998).

Στην αρχή του αιώνα αναγνωρίστηκε ότι η αρρώστια, είναι συχνά συνάρτηση κοινωνικών, οικονομικών, ψυχολογικών, ατομικών και οικογενειακών προβλημάτων. Σύμφωνα με τον Cabbot (1973), καθιερώθηκε ότι τα προβλήματα αυτά εμποδίζουν την πρόοδο του αρρώστου. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί θεωρήθηκαν τότε όπως και τώρα, ως ειδικοί που μπορούσαν να αντιμετωπίσουν τέτοια ειδικά προβλήματα. Η συμμετοχή της Κοινωνικής Εργασίας, στη νοσηλευτική ιατρική ήταν έτσι μια αναπόφευκτη εξέλιξη της προσπάθειας, να βελτιωθεί η ποιότητα της νοσηλευτικής ιατρικής. Η παραδοχή της ανάγκης υπηρεσιών των Κοινωνικών Λειτουργών συνέπεσε με την αναγνώριση, ότι η αρρώστια δεν μπορούσε να αντιμετωπιστεί

ικανοποιητικά χωρίς να ληφθούν υπόψη ψυχο-κοινωνικό- οικονομικές συνθήκες ζωής ιδιαίτερα στο χώρο εργασίας, κατοικίας, γειτονιάς (Ιατρίδης, 1989).

Στον τομέα της ψυχιατρικής, η Κοινωνική Εργασία εισήχθη από τον ψυχίατρο Aolf Meyer το 1904. Τότε εμφανίστηκαν στη Νέα Υόρκη, οι πρώτοι κοινωνικοί βοηθοί, με αποστολή τη συμπαράσταση σε ψυχικά ασθενείς μετά την έξοδο τους από το Νοσοκομείο (Καλλινικάκη, 1998).

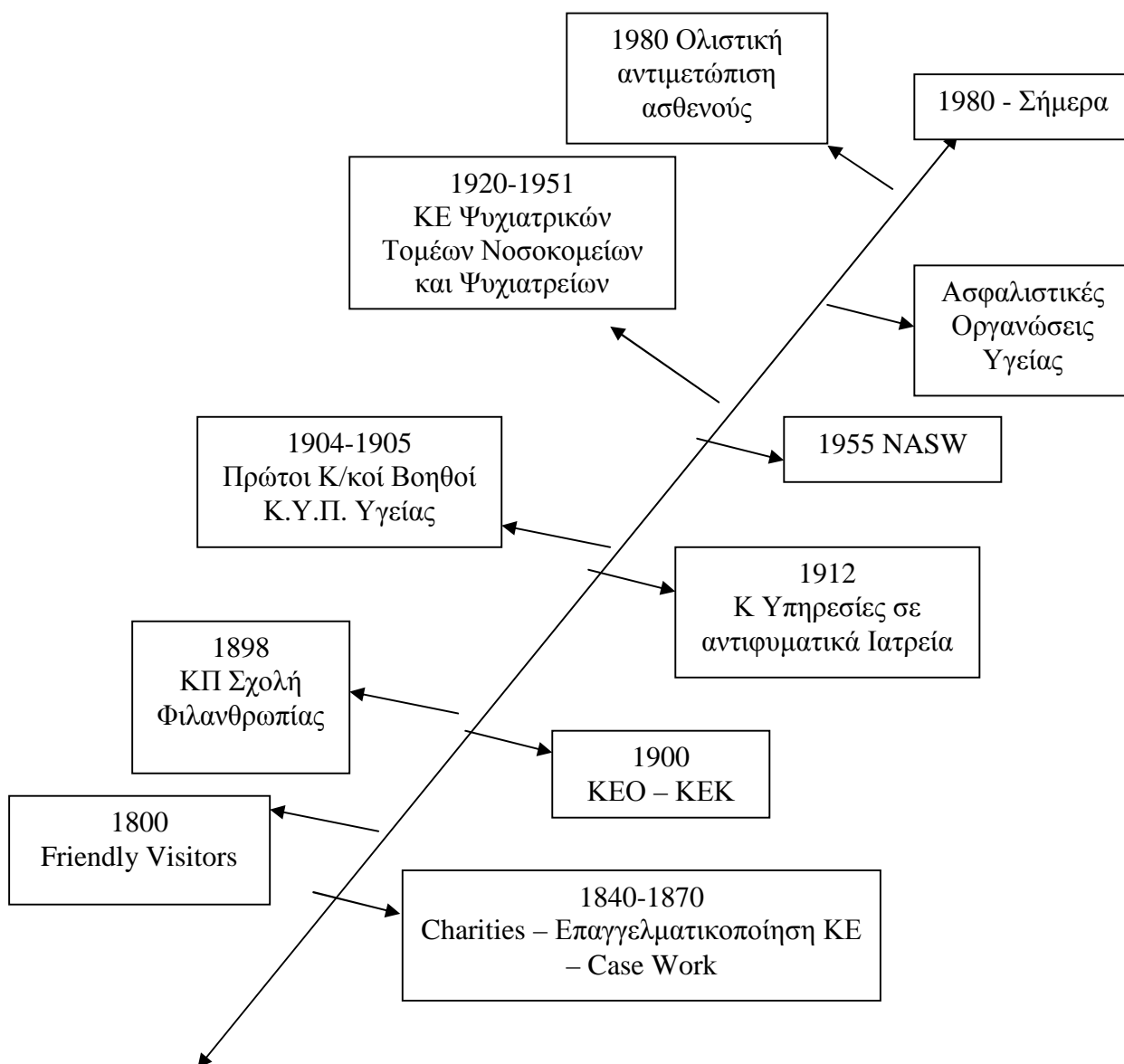
Μεταξύ των ετών 1920-1951, με τις αλλαγές στις θεωρίες της ανθρώπινης συμπεριφοράς, ατονεί η έμφαση στην κοινωνική διάγνωση και στις συνθήκες του περιβάλλοντος και προωθείται η συμμετοχή στην ψυχική υγεία, με επάνδρωση όλων των ψυχιατρικών ιδρυμάτων με έναν τουλάχιστον Κοινωνικό Λειτουργό (Ιατρίδης, 1989).

Το 1955 ιδρύεται ο Εθνικός Σύλλογος Κοινωνικών Λειτουργών Η.Π.Α. (National Association of Social Work), ενώνοντας όλες τις τότε χωριστές οργανώσεις ειδικότητων Κοινωνικής Εργασίας Υγείας και υποβάλλονται πρόγραμμα κοινωνικών μεταρρυθμίσεων (8ωρη εργασία, ελάχιστη αμοιβή εργασίας κ.λ.π.) (Ιατρίδης, 1989).

Από το 1980 οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, αναγνωρίζουν την επίδραση του περιβάλλοντος (φυσικού, κοινωνικού, οικονομικού) στην αρρώστια και στην ανάπτυξη της υγείας (Ιατρίδης, 1989).

Ο κεντρικός ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στην Υγεία ενισχύεται. Τέλος, με την εμφάνιση των ασφαλιστικών οργανώσεων υγείας, που χρηματοδοτούν τις Κοινωνικές Υπηρεσίες στη δεκαετία του '80, την εποχή που επανέρχεται στο προσκήνιο το Νοσοκομείο, ως κύρια μονάδα νοσηλευτικής Ιατρικής (Ιατρίδης, 1989).





Ιστορική Εξέλιξη Κ.Ε.

### Γ3. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ ΥΓΕΙΑΣ

Οι πρώτοι Κοινωνικοί Λειτουργοί, όπως αναφέρει η Δημοπούλου (1996) εργάζονται σε φορείς υγείας και νοσοκομεία τη δεκαετία του 50.

Στην Ελλάδα, η σύσταση Κοινωνικών Υπηρεσιών στα νοσοκομεία άρχισε πραγματικά το 1954, εδραιώθηκε όμως με την Εγκύκλιο του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας της 14-2-1956 που καθόριζε τις αρμοδιότητες του Κοινωνικού Λειτουργού.

Η πρώτη προσπάθεια για οργάνωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας έγινε την ίδια χρονιά, με την ίδρυση Κοινωνικών Υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ)

στην Αθήνα και των παραρτημάτων του, σε Πάτρα και Θεσσαλονίκη (Καλλινικάκη, 1998).

Το 1961 εκδόθηκε το δεύτερο κατά σειρά σπουδαιότητας διάταγμα «Περί ασκήσεως του επαγγέλματος των Κοινωνικών Λειτουργών» (ΠΔ 690/1961, ΦΕΚ 163/1961). Αυτό καθόριζε τους δεοντολογικούς κανόνες που ρυθμίζουν την άσκηση του επαγγέλματος. Διακρίνονται σε:

- 1.Γενικά καθήκοντα, κατά την άσκηση του λειτουργήματος.
- 2.Καθήκοντα προς αυτούς που χρίζουν βοήθειάς.
- 3.Καθήκοντα προς τους συναδέλφους.
- 4.Κανόνες απαγορευτικούς και κανόνες για τα ασυμβίβαστα προς το επάγγελμα.

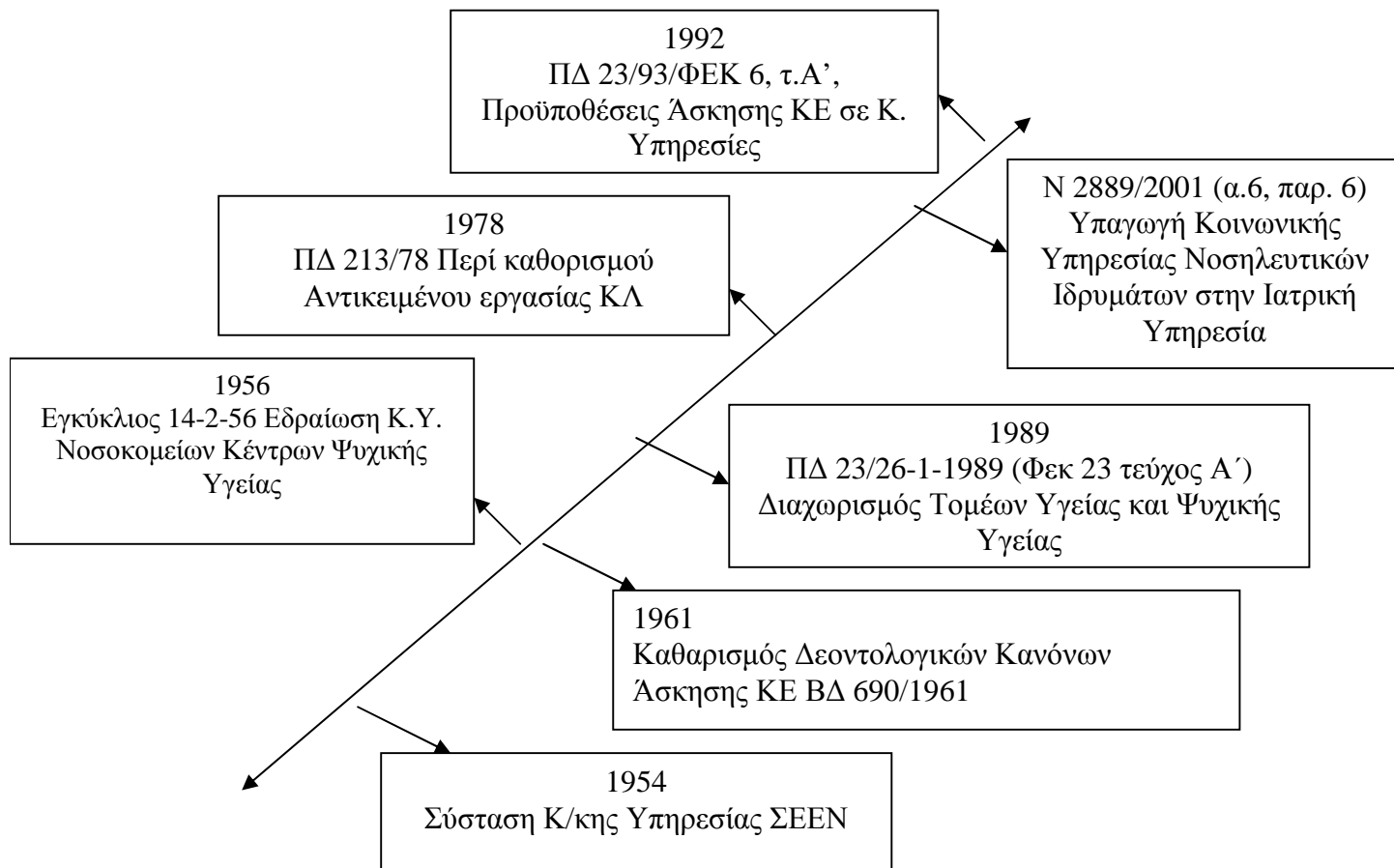
Στο Π.Δ. «Περί καθορισμού του αντικειμένου εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών (Φύλλο 213, τ. Α΄, 7/12/78), (ΠΔ 213/78 «Περί καθορισμού αντικειμένου εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών») αναφέρεται μεταξύ άλλων ως Τομέας απασχόλησης των Κοινωνικών Λειτουργών και ο τομέας Υγείας. Καθορίζεται το έργο του Κοινωνικού Λειτουργού, καθώς επίσης και το ότι η δραστηριότητα του, αναπτύσσεται σε πλαίσια συγκροτημένης Κοινωνικής Υπηρεσίας Νοσηλευτικού Ιδρύματος ή Κέντρου Ψυχικής Υγείας (διαγνωστικού, συμβουλευτικού, θεραπευτικού χαρακτήρα)».

Έντεκα χρόνια αργότερα, με το ΠΔ 23/26-1-1989 (ΦΕΚ 23, τεύχος Α΄) «Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων των απόφοιτων των Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας των Τ.Ε.Ι.» διαχωρίστηκε ο Τομέας Ψυχικής Υγείας από τον Τομέα Υγείας (Καλλινικάκη, 1998).

Τα επόμενα χρόνια η άσκηση του επαγγέλματος του Κοινωνικού Λειτουργού θα οριστεί από το ΠΔ 23/30-1-1992 (ΦΕΚ 6, τ. Α΄), με το οποίο ορίζονται οι προϋποθέσεις άσκησης σε Κοινωνικές Υπηρεσίες και η δεοντολογία του επαγγέλματος (Καλλινικάκη, 1998).

Τέλος, με το νέο Νόμο 2889/2-3-2001 (‘α. 6, παρ 6) τα τμήματα των Κοινωνικών Υπηρεσιών των Νοσοκομείων εντάσσονται στην Ιατρική Υπηρεσία αυτών (Πανταζάκα, Μέντη, 2002).

Η Κοινωνική Εργασία στον Τομέα Υγείας σήμερα απορροφά το μεγαλύτερο μέρος του Εργατικού δυναμικού των Κοινωνικών Λειτουργών (Ιατρίδης, 1989).



Διατάξεις για ΚΕ

## Περίληψη

Η Κοινωνική Εργασία αναγνωρίζεται παγκόσμια σήμερα, σαν η κατεξοχήν αυτοτελής εφαρμοσμένη επιστήμη που ασχολείται με την πρακτική αντιμετώπιση των διαφόρων προβλημάτων των ατόμων και των κοινωνικών ομάδων. Σκοπός της, η επίτευξη και διατήρηση ισορροπίας μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος στο οποίο βρίσκεται.

Η Κοινωνική Εργασία σε υπηρεσίες υγείας εισήχθη για πρώτη φορά το 1905, στο Γ.Ν. Μασαχουσέτης στη Βοστώνη από τον Ιατρό C. Cabot. Στον εικοστό αιώνα παρατηρείται μια συνεχής εξέλιξη της Κοινωνικής Εργασίας στην υγειονομική περίθαλψη. Η συμμετοχή της Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα της Υγείας αποτέλεσε

μια από τις πρώτες ειδικεύσεις των Κοινωνικών Λειτουργών και η ανάγκη της ξεπήδησε από την συνειδητοποίηση των ιατρών ότι, οι οδηγίες που έδιναν σε ασθενείς έμεναν ανεκτέλεστες για λόγους που σχετίζονται με τις ανάγκες των ασθενών και όχι με τις ατομικές ανάγκες. Στην Ελλάδα, η σύσταση Κοινωνικών Υπηρεσιών στα Νοσοκομεία άρχισε το 1954 και εδραιώθηκε με την εγκύκλιο του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας στις 14-2-1956.

## **ΕΝΟΤΗΤΑ 2**

### **A. ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

«Τα άτομα, τα οποία επωφελούνται της άσκησης της Κοινωνικής Εργασίας αποκαλούνται εξυπηρετούμενοι. Ο εξυπηρετούμενος, ονομάζεται επίσης αποδέκτης ή και χρήστης των Κοινωνικών Υπηρεσιών και σε κάποιες περιπτώσεις, δικαιούχος (αυτός που συνεργάζεται με ένα τμήμα παροχών μιας διεύθυνσης πρόνοιας ή ενός ασφαλιστικού φορέα) καθώς και ασθενής (το άτομο που συνεργάζεται με τον Κοινωνικό Λειτουργό ενός νοσοκομείου ή ενός κέντρου υγείας)» (Καλλινικάκη, 1998, σελ. 65). Ο άρρωστος, είναι εκείνος που πλήττεται από την αρρώστια, είναι το σώμα που επηρεάζεται, που απειλείται, που ενδεχόμενα καταστρέφεται. Είναι ο ψυχισμός του που φέρει το βιωματικό βάρος αυτής της κατάστασης. Ή σε ψυχική αρρώστια, είναι πάλι ο ψυχισμός του που μεταβάλλεται και γεμίζει ίσως από αφόρητες, βασανιστικές καταστάσεις. Ο άρρωστος εξαναγκάζεται να αντιδράσει σε αυτή την απειλή, ένα μέρος της μπορεί να το επεξεργαστεί, ένα άλλο θα πρέπει να το αναχαιτίσει με οργανωμένη άμυνα, με μηχανισμούς άμυνας, όπως άρνηση, εκλογίκευση κ.τ.λ. Όταν ο ασθενής αισθάνεται απειλούμενος, προσπαθεί να αμυνθεί, να προφυλαχθεί (Ζάχου, 1990).

Ο άρρωστος απειλείται από την αρρώστια και σε αυτήν επικεντρώνει την προσοχή του, τη σκέψη του. Ασχολείται πια αποκλειστικά με τον εαυτό του. Στην συναλλαγή του με τους άλλους, κεντρική επιδίωξή του είναι, να τους χρησιμοποιήσει να αντιμετωπίσει τον κίνδυνο που τον απειλεί. Προσδοκά ότι όλοι θα ενδιαφερθούν ιδιαίτερα για αυτόν (Ζάχου, 1990).

Έτσι γιατροί και νοσηλευτές, βρίσκονται μπροστά σε μία υπερβολική απαίτηση που οφείλουν ψύχραιμα και με κατανόηση να αντιμετωπίσουν. Ακόμη και ο εγωισμός του αρρώστου, ως τάση για διεκδίκηση αποκλειστικών υπηρεσιών, μπορεί να μεταστραφεί σε προσπάθεια του ίδιου να γίνει καλά, να επιζήσει και να ζήσει με όποιες συνέπειες της αρρώστιας του (Ζάχου, 1990).

### **B. ΠΩΣ ΑΝΤΙΔΡΟΥΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΡΡΩΣΤΙΑ**

Η Carr (1994), αναφέρει ότι άνθρωποι στην αρρώστια αντιδρούν με πολλούς τρόπους, όπως θυμό, απογοήτευση για την αδυναμία να βοηθήσουν τον εαυτό τους,

όπου είναι αναγκασμένοι, να στερηθούν τον τρόπο ζωής που έκαναν ή θέλουν να κάνουν. Φόβο, πανικό, αγωνία, φόβο για το άγνωστο, πόνο, απώλεια και κατάθλιψη (Απώλεια λειτουργικότητας, αξιοπρέπειας). Η αλλαγή στην εικόνα του εαυτού, όπου μπορεί να υπάρξει παραμόρφωση λόγω της ασθένειας, να χάσει την ελκυστικότητά του και την ενεργητικότητά του και τέλος η άρνηση και αποφυγή. Είναι σημαντικό το προσωπικό να αναγνωρίζει ότι τα αισθήματα δεν απευθύνονται σε αυτούς προσωπικά αλλά η επίθεση που δέχονται, πολλές φορές, είναι ένας τρόπος εκφόρτισης δυσάρεστων συναισθημάτων που θεωρείται φυσιολογικός (Keirse,1983).

### **Γ. Η ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ- ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ**

Κάθε ασθένεια έχει τις ιδιαιτερότητες της επηρεάζοντας το κάθε άτομο και το περιβάλλον του με ένα μοναδικό τρόπο. Οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτώνται οι ποικίλες αντιδράσεις είναι:

A) Οι συνδεδεμένοι άμεσα με την αρρώστια (π.χ. φύση, σοβαρότητα, θεραπεία)

B) οι συνδεδεμένοι με την χρονική στιγμή εμφάνισης της ασθένειας (π.χ. βρεφική, νηπιακή, σχολική, εφηβική, ενήλικη, τρίτη ηλικία).

Γ) οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (π.χ. φύλο, ηλικία, κοινωνικό- οικονομικό επίπεδο, υποστηρικτικό περιβάλλον).

Οι παράγοντες, αυτοί, αλληλεπιδρούν παρεμποδίζοντας ή διευκολύνοντας την προσαρμογή του ατόμου στην ασθένεια του (Παπαδάτου- Αναγνωστόπουλος, 1999).

Ο ασθενής φτάνοντας στο νοσοκομείο, καλείται να αντιμετωπίσει την οξεία φάση της ασθένειας με την ανακοίνωση της διάγνωσης αυτής και την συνειδητοποίηση του προβλήματος υγείας του. Καλείται να πάρει σημαντικές αποφάσεις τόσο ο ίδιος όσο και το υποστηρικτικό του περιβάλλον και χαρακτηρίζεται από ποικίλες συναισθηματικές αντιδράσεις, καθώς είναι μια εμπειρία που τον συγκλονίζει. Ο ασθενής βιώνει συνήθως μια υπαρξιακή κρίση καθώς επιβεβαιώνονται οι φόβοι του, κανείς δεν μπορεί να του εγγυηθεί τίποτε και το μέλλον του διαγράφεται αβέβαιο.

Σύμφωνα με τους Παπαδάτου- Αναγνωστόπουλος (1999), σε αυτήν την κρίσιμη περίοδο ο ασθενής καλείται να αντιμετωπίσει τις ακόλουθες προκλήσεις:

### **Γ1.Κατανόηση της αρρώστιας**

Ο άρρωστος καθώς και το περιβάλλον του, επηρεαζόμενοι από τις προσωπικές αντιλήψεις τους, τις προκαταλήψεις και τυχών προηγούμενες εμπειρίες τους, ερμηνεύουν με έναν υποκειμενικό τρόπο την αρρώστια στο άκουσμά της. Επίσης το έντονο άγχος, οι δυσκολονόητοι ιατρικοί όροι, η μη επαρκής πληροφόρηση και διάθεση χρόνου από το προσωπικό υγείας, για επεξήγηση αποριών του ασθενή, μπορεί να επιφέρουν παρερμηνεία στην κατάσταση της αρρώστιας του, ενεργοποιώντας μηχανισμούς ή στρατηγικές για την προσαρμογή και την αντιμετώπιση αυτής. Εδώ κεντρικός είναι ο ρόλος του προσωπικού, που πρέπει να παρέχει εξατομικευμένη πληροφόρηση ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε αρρώστου.

### **Γ2.Αναθεώρηση του τρόπου ζωής και προώθηση συνηθειών και συμπεριφορών υγείας**

<<Ο ασθενής καλείται να προβληματιστεί <<πως>> ο προηγούμενος τρόπος ζωής του μπορεί να έχει μερίδιο ευθύνης στην αρρώστια, αλλά και <<πως>> ο ίδιος μπορεί τώρα να συμμετέχει στην αποκατάσταση της υγείας του>> (Παπαδάτου – Αναγνωστόπουλος, 1999, σελ. 114). Για το λόγο αυτό, υιοθετεί νέες συμπεριφορές π.χ. αλλαγή διατροφικής συνήθειας, διακοπή καπνίσματος, συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό στην προώθηση της υγείας του και ενισχύοντας το αίσθημα έλεγχου στην βελτίωση της κατάστασής του. Η τροποποίηση αυτή των συνηθειών και συμπεριφορών, αρκετές φορές είναι δύσκολη για τον ασθενή.

### **Γ3. Ενεργοποίηση στρατηγικών για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των συνθηκών που προκύπτουν από την διάγνωση της αρρώστιας**

Η ασθένεια καθώς και οι απώλειες αυτής, που πολλές φορές τη συνοδεύουν δημιουργούν συχνά στον ασθενή, την αίσθηση ότι δεν ελέγχει το σώμα και τη ζωή του, αντιδρώντας με ποικίλους τρόπους προκειμένου να ασκήσει νέο έλεγχο και κυριαρχία, (π.χ. διαβάζει για την ασθένεια του ασκώντας νοητικό έλεγχο, αποκτά συμμετοχή στις αποφάσεις για την θεραπεία του). Αυτές οι συμπεριφορές, άλλοτε έχουν λειτουργικό και άλλοτε δυσλειτουργικό χαρακτήρα στην προσαρμογή της

αρρώστιας, παρόλο που θεωρούνται απόλυτα φυσιολογικές. Κάποιοι ασθενείς αρνούνται να ασκήσουν έλεγχο στην ζωή τους και παλινδρομούν σε προηγούμενα στάδια της εξέλιξης τους, αναπτύσσοντας σχέσεις εξάρτησης κυρίως με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Αν η παλινδρόμηση είναι παροδική, ο ασθενής μπορεί να επανακτήσει τις δυνάμεις του, με το πέρασμα της κρίσης, αν όμως παρατείνεται συμβάλει αρνητικά στην προσαρμογή του, μειώνοντας την αυτοεκτίμηση του. Ο ασθενής καλείται να πάρει αποφάσεις και να χειριστεί πρακτικά θέματα με την συνειδητοποίηση του προβλήματος υγείας του, αποφάσεις σχετικά με την ανακοίνωση στο περιβάλλον του, σε ποιον θα πει και τι θα πει, με την αναζήτηση δεύτερης ή και τρίτης γνώμης για την διάγνωση και την θεραπεία του, τις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας του και τέλος για τις δραστηριότητες και τις αλλαγές στην καθημερινότητα του.

#### **Γ4. Αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων και ανησυχιών**

Ο κάθε ασθενής στο άκουσμα της διάγνωσης της ασθένειάς του, αντιδρά με τον δικό του τρόπο και οι αντιδράσεις αυτές ποικίλουν ως προς την ένταση και την έκφρασή τους. Άλλοτε έχουν θετικές και άλλοτε αρνητικές επιπτώσεις προς τον ασθενή και τις σχέσεις του με τους άλλους. Για παράδειγμα, μπορεί να βιώσει εσωτερική υπερένταση με αποτέλεσμα την δύσκολη προσαρμογή στην πραγματικότητα, αν παραγνωρίσει ή αρνηθεί τους φόβους, τις ανησυχίες, τον θυμό, την κατάθλιψη του. Η μπορεί να μην εκφράσει τα συναισθήματά του, για να μην πληγώσει τους ανθρώπους του περιβάλλοντός του, προσπαθώντας με τον τρόπο αυτό να τους προστατέψει. Κάθε οικογένεια έχει τους δικούς της κανόνες έκφρασης συναισθημάτων. Σε άλλες ενισχύονται και μοιράζονται τα θετικά συναισθήματα, ενώ σε άλλες αποφεύγονται τα οδυνηρά συναισθήματα και οι απαισιόδοξες σκέψεις. Ο άρρωστος πολλές φορές εκφράζει έντονο άγχος, οργή και ζήλια για τους υγιείς ανθρώπους, ενοχές για την αρρώστια του, φόβο για την εξέλιξη της, κάνοντας σκέψεις απόγνωσης. Οι αντιδράσεις αυτές είναι φυσιολογικές και οι επαγγελματίες υγείας παίζουν σημαντικό ρόλο, ενθαρρύνοντας τον άρρωστο και το περιβάλλον του, να μοιραστεί και να εκφράσει τον τρόπο που βιώνει τη διάγνωση και το πρόβλημα υγείας του.



## **Γ5. Αναγνώριση των επιπτώσεων της αρρώστιας στην εικόνα του εαυτού στις σχέσεις με άλλους και στη ζωή**

Η διάγνωση αποτελεί για αρκετούς ασθενείς μια κρίσιμη καμπή, καθώς ανακαλύπτουν ποιες αξίες, σχέσεις και προτεραιότητες είναι σημαντικές για αυτούς. Συχνά αναβιώνουν άλυτα προβλήματα του παρελθόντος σε σχέση με τους ανθρώπους του περιβάλλοντος τους. Οι σχέσεις αυτές πολλές φορές δοκιμάζονται και τροποποιούνται. Άλλοτε χαρακτηρίζονται από μια τάση προσέγγισης και άλλοτε μια τάση απομάκρυνσης. Οι προκαταλήψεις σχετικά με την αρρώστια, τον πάσχοντα και την οικογένεια του, παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία αυτή. Όταν ο άρρωστος στιγματίζεται και περιθωριοποιείται, επηρεάζεται η εικόνα που διαμορφώνει για τον εαυτό του και επιφέρει αλλαγές στην αντίληψη του για το περιβάλλον του. Σημαντικό ρόλο θα παίξει το προσωπικό υγείας στη φάση αυτή, ανάλογα με την στάση που θα τηρήσει απέναντι στον άρρωστο και το πρόβλημα υγείας, για την εικόνα που θα διαμορφώσει για την αρρώστια, το σώμα, τον εαυτό του και τις σχέσεις του με το περιβάλλον του.

### **Δ. ΤΙ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ**

Οι ασθενείς από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, χρειάζονται να τους βοηθήνε ώστε να τους φέρονται σαν ανθρώπους με νόηση, ενδιαφέροντα, προσδοκίες, δραστηριότητες και όχι να τοποθετούνται σε ένα ρόλο εξαρτημένου ασθενή. Να νιώθουν και να μπορούν να λαμβάνουν μέρος με τις οικογένειές τους, στο σχεδιασμό, προγραμματισμό και τη λήψη αποφάσεων, χωρίς να τους φέρονται σαν πολίτες δεύτερης κατηγορίας. Έχουν την ανάγκη ικανοποιητικής πληροφόρησης ανάλογη με τις ανάγκες τους. Θέλουν να μπορούν να παίρνουν αποφάσεις, όσον αφορά τις υπηρεσίες που χρειάζονται. Έχουν ανάγκη εμπιστοσύνης και συνέχειας. Οι άνθρωποι δεν νιώθουν άνετα όταν αναγκάζονται να επαναλαμβάνουν πολλές φορές το ιστορικό τους και όταν έχουν αναπτύξει μια σχέση με τον Κοινωνικό Λειτουργό, απογοητεύονται όταν διαπιστώσουν ότι έχουν ανατεθεί σε άλλο Κοινωνικό Λειτουργό. Σημαντική είναι και η ανάγκη για πρακτική βοήθεια, όπου οι Κοινωνικοί Λειτουργοί δεν πρέπει να περιορίζονται σε λεκτική συμβουλευτική, ειδικά σε

καταστάσεις άγχους – αγωνίας, αλλά να είναι δεκτικοί στο να δώσουν πρακτική βοήθεια (Carr, 1994).

Κατά τις μεταξύ σχέσεις του Κοινωνικού Λειτουργού και του ασθενή ή της οικογένειας, παρουσιάζονται στοιχεία που ήταν «κρυμμένα» και ίσως taboo. Ορατές είναι οι πιέσεις που βιώνουν όπως συναισθήματα μοναξιάς, απόρριψης ή εγκατάλειψης. Οι ασθενείς αισθάνονται αποκομμένοι από τους άλλους, βρίσκουν ότι οι ερωτήσεις τους δεν παίρνουν απαντήσεις, ή οι απαντήσεις είναι μονολεκτικές ή μισές, ενισχύοντας τις ενοχλητικές φαντασιώσεις και τα συναισθήματα απογοήτευσης και καχυποψίας. Η αποξένωση από την οικογένεια και τη λειτουργία της, τους κάνει αμφιθυμικούς πάνω στο τι θέλουν να μάθουν, την αλήθεια ή το παραμύθι. Από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς έχουν ανάγκη από τις παρεμβάσεις τους, για την κουλτούρα του νοσοκομείου (Γαπαϊώαννου, 1994).

## **Ε. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Από την εποχή του Ιπποκράτη, η άσκηση της ιατρικής βασίζεται σε ορισμένους απλούς κανόνες ανθρωπιάς. Οι κανόνες αυτοί κρίθηκαν επαρκής για πολλούς αιώνες καθορίζοντας τη συμπεριφορά το είδος και τη ποιότητα της ιατρικής προσφοράς. Η αλματώδης ανάπτυξη της βιο-ιατρικής τεχνολογίας τα τελευταία χρόνια δημιούργησε ερωτήματα και διλήμματα και άφησε κενά, τα οποία δεν είναι δυνατόν να επιλυθούν και να ρυθμιστούν μόνο μέσω της ηθικής. Οι σύγχρονες εφαρμογές των βιο-ιατρικών επιστημών είναι απαραίτητο να συνοδεύονται από ηθικούς και νομικούς κανόνες με σκοπό τη διαφύλαξη της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και το συμφέρον ολόκληρης της ανθρωπότητας. Στη χώρα μας, τα δικαιώματα των πολιτών στον τομέα της υγείας, προστατεύονται έμμεσα από το Σύνταγμα, το Δίκαιο, τους διάφορους επαγγελματικούς κώδικες και άλλες διατάξεις, καθώς και άμεσα από τους νόμους που αναφέρονται στο εθνικό σύστημα υγείας (Σπυράκη, Φραγκιαδάκη, Καρατσης, Γραφάκου, Στεφανοπούλου, 2006).

Σύμφωνα με τον Ν. 2071 ΦΕΚ 123/92, άρθρο 47, Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς είναι:

- 1) Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.

- 2) Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, τη κατάλληλη διανομή, τη κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.
- 3) Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σ' αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.
- 4) Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει, να πληροφορηθεί ότι αφορά στην κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται απ' την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρησή του ασθενούς, πρέπει να του επιτρέψει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων, της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατόν να προδικάσουν την μετέπειτα ζωή του.
- 5) Ο ασθενής ή εκπρόσωπος του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ. 3, έχει το Δικαίωμα να πληροφορηθεί πλήρως εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ' αφορμής, εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί απ' τον ασθενή ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση.
- 6) Ο ασθενής έχει το δικαίωμα στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.

- 7) Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.
- 8) Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισης σε αυτόν, των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων (Σπυράκη, Φραγκιαδάκη, Καρατίσης, Γραφάκου, Στεφανοπούλου, 2006, σελ 40).

## **Περίληψη**

Ασθενής είναι εκείνος που πλήττεται από την αρρώστια, είναι το σώμα που επηρεάζεται, που απειλείται, που ενδεχόμενα καταστρέφεται. Είναι ο ψυχισμός του που φέρει το βιωματικό βάρος αυτής της κατάστασης. Ο άρρωστος απειλείται από την αρρώστια και σε αυτήν επικεντρώνει την προσοχή του, τη σκέψη του. Η Carr αναφέρει ότι οι άνθρωποι στην αρρώστια αντιδρούν με ποικίλους τρόπους.

Οι ασθενείς χρειάζονται από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς να τους βοηθήνε ώστε να τους φέρονται σαν ανθρώπους με νόηση, ενδιαφέροντα, προσδοκίες, δραστηριότητες και όχι να τοποθετούνται σε ένα ρόλο εξαρτημένου ασθενή. Τα δικαιώματα του ασθενή στη χώρα μας προστατεύονται έμμεσα από το Σύνταγμα, το Δίκαιο, τους διάφορους επαγγελματικούς κώδικες και άλλες διατάξεις καθώς και άμεσα από τους νόμους που αναφέρονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

## **ΕΝΟΤΗΤΑ 3**

### **A. ΒΙΟ-ΙΑΤΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ**

Κεντρική ιδέα αυτού του μοντέλου είναι ότι το ανθρώπινο σώμα είναι μια «οργανική μηχανή». Όταν αυτή η «μηχανή» δυσλειτουργεί τότε το άτομο θεωρείται άρρωστο και ο ρόλος του προσωπικού υγείας περιορίζεται στην επιδιόρθωση του τμήματος που δεν λειτουργεί σωστά. Σύμφωνα με αυτό το τρόπο σκέψης που υιοθετεί το βιο-ιατρικό μοντέλο κάθε επάγγελμα έχει και μία αιτία. Το μόνο που χρειάζεται είναι να βρεθεί η αιτία για να εξηγηθεί οποιοδήποτε οργανικό σύμπτωμα (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Στο Βιο-ιατρικό μοντέλο, παραγνωρίζονται οι ψυχολογικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοί και περιβαντολογικοί παράγοντες που επιδρούν στην ανάπτυξη και αντιμετώπιση της ασθένειας. Σε αυτό το μοντέλο που κύριο χαρακτηριστικό του είναι η εξειδίκευση, ο γιατρός έχει τον κεντρικό ρόλο στη θεραπεία του ασθενή, ενώ οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας (π.χ. ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) συμμετέχουν σπασμωδικά στις περιπτώσεις που κρίνεται ότι ο ασθενής χρήζει εξειδικευμένης βοήθειας για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων. Ο ασθενής στο μοντέλο αυτό, είναι παθητικός αποδέκτης αφού δεν συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία της θεραπείας, δεν λαμβάνονται υπόψη οι δυνάμεις του ατόμου και της οικογένειας του, που θα αποτελούσαν σημαντικούς παράγοντες για την αποκατάσταση του ασθενή (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

### **B. ΒΙΟ-ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ**

Από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα ψυχίατροι και ψυχολόγοι, επιδίωξαν την ένταξη ψυχολογικών γνώσεων, στην προσέγγιση σε θέματα υγείας και ασθένειας. Άρχισε να αναπτύσσεται ενδιαφέρον για την κατανόηση της συμμετοχής των ψυχολογικών παραγόντων στην εμφάνιση και εξέλιξη διαταραχών της υγείας, διαμορφώνοντας μια νέα θεώρηση της υγείας και της αρρώστιας που υποστηρίζεται από το σύγχρονο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1999).

Κατά Παπαδάτου – Αναγνωστοπούλου, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αντιλαμβάνεται την υγεία και την αρρώστια σαν τις δυο αλληλοσυμπληρούμενες όψεις ενός συνεχούς ενιαίου συστήματος. Η υγεία δεν αποτελεί μια κατάσταση την

οποία το άτομο «αποκτά» ή «χάνει» και η αρρώστια δεν θεωρείται ως γεγονός που «εισβάλλει» στον οργανισμό. Η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου όπου σε μία δεδομένη στιγμή είναι λιγότερο ή περισσότερο άρρωστο ή υγιές, εξαρτάται από το φυσικό και ψυχοκοινωνικό περιβάλλον, το οποίο διαρκώς μεταβάλλεται. «Η υγεία ορίζεται ως μια ολότητα όπου η σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπόσταση του ατόμου λειτουργούν συνολικά, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και παράλληλα βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον» (Παπαδάτου- Αναγνωστόπουλος, 1999, σελ. 18).

Σύμφωνα με αυτή την Θεωρία η αρρώστια αποτελεί «Προειδοποίηση» ότι κάτι δεν πάει καλά στη ζωή του ατόμου. Η αρρώστια αποτελεί «μήνυμα» ανισορροπίας ή δυσαρμονίας στα διάφορα επίπεδα της βιοψυχοκοινωνικής υπόστασης του ατόμου. Αυτή η ανισορροπία δεν οφείλεται σε μία μόνο συγκεκριμένη αιτία, αλλά σε ένα σύνολο οργανικών, ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζουν το άτομο, όπως για παράδειγμα το ψυχολογικό στρες, όταν παρατείνεται, έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία συμβάλλοντας στην ανάπτυξη πολυάριθμων σωματικών εκπληρώσεων που ονομάζονται «ψυχοσωματικές». Στην κοινή αντίληψη, οι ψυχοσωματικές διαταραχές παρερμηνεύονται και λανθασμένα θεωρούνται διαταραχές που δεν συνοδεύουν κάποιο οργανικό αίτιο, γι' αυτό και αναφέρονται κάποιες φορές ως «φανταστικές» ή «ανύπαρκτες» (Παπαδάτου- Αναγνωστόπουλος, 1999).

Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας όλες οι ασθένειες θεωρούνται «ψυχοσωματικές», καθώς συμμετέχουν στην αέναη αλληλουχία της ψυχής και του σώματος. Κατά τον Dubos (1979). «Κάθε αρρώστια, ανεξάρτητα από τα αίτια και τις εκδηλώσεις της, αφορά πάντα το νου και το σώμα. Οι σχέσεις ανάμεσα στις δυο αυτές πλευρές είναι τόσο αλληλένδετες, ώστε είναι δύσκολο να γίνει διάκριση ανάμεσά τους». Βέβαια στην πράξη υπάρχει διαφοροποίηση «ψυχοσωματικών» και «σωματοψυχικών» διαταραχών. Ψυχοσωματικά φαινόμενα, ορίζονται τα οργανικά προβλήματα τα οποία οφείλονται κυρίως σε ψυχολογικούς παράγοντες, ενώ σωματοψυχικά φαινόμενα αποκαλούνται τα ψυχολογικά προβλήματα που προκύπτουν από οργανικές διαταραχές (Παπαδάτου- Αναγνωστόπουλος, 1999).

Κατά των Παπαδάτου – Αναγνωστόπουλου (1999), σελ.19, «Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει αμιγές βιολογικό πρόβλημα, γεγονός που αποκτά μια ολιστική παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο

(οργανικό και ψυχολογικό), σε κοινωνικό επίπεδο και μερικές φορές σε οικονομικό επίπεδο». Για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του αρρώστου χρειάζεται η συνεργασία ειδικών από χώρους ψυχολογίας, ψυχιατρικής, κοινωνιολογίας, κοινωνικής εργασίας, με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Παράλληλα όμως προτρέπει τον άρρωστο να συμμετέχει ενεργά στην αποκατάσταση της υγείας του. Τον καλεί να αναθεωρήσει τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής του, να αναλάβει την ευθύνη να τροποποιήσει συμπεριφορές που βλάπτουν την υγεία του και να προωθήσει άλλες που συμβάλλουν στην πρόληψη ή στη διατήρηση της καλής του υγείας. Επίσης, επιδιώκει να κατανοήσει το πρόβλημα της υγείας, στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης δυναμικής που αναπτύσσει ο άρρωστος με σημαντικά άτομα του περιβάλλοντός του (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η επικράτηση του Βιο-ψυχο-κοινωνικού μοντέλου προσθέτει ψυχοκοινωνικούς άξονες στο Βιολογικό μοντέλο, προωθώντας την χρήση και σημασία της Κοινωνικής Εργασίας σε σχέση με το ιατρικό μοντέλο. Ευρύτερο, διεπιστημονικό και αποτελεσματικότερο στοχεύει στην ανάπτυξη Υγείας, σε σχέση με το παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο που στοχεύει στην αντιμετώπιση της αρρώστιας. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, απαιτεί την χρήση και ισότητα των βασικών επαγγελματιών Υγείας, ενώ το δεύτερο, συγκεντρώνεται στην ιατρική και χρησιμοποιεί τα άλλα επαγγέλματα Υγείας βοηθητικά και περιθωριακά (Ιατρίδης, 1989).

Ο Ιατρίδης (1989) δίνει ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα για να εξηγήσει πως αντιμετωπίζεται ένα πρόβλημα υγείας από το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο αναφέρεται ως «Μοντέλο Κοινωνικών Υπηρεσιών». Στην περίπτωση της υπέρτασης, αναφέρει ο συγγραφέας, που αποτελεί το βιολογικό άξονα της ασθένειας, η διάγνωση θα είναι ελλιπής, αν δεν συμπεριληφθεί η συναισθηματική κατάσταση (ψυχολογικός άξονας) του ασθενή και αυτό γιατί η υπέρταση είναι πιθανό να προέρχεται από ανικανοποίητες ανάγκες του ατόμου. Στη συνέχεια, λαμβάνονται υπόψη οι κοινωνικοί παράγοντες όπως, είναι η αγχώδης απασχόληση ή η ανεργία ή άλλα προβλήματα κοινωνικής φύσης που οδηγούν στην υπέρταση (κοινωνικός άξονας).



ΠΗΓΗ: Ιατρίδης (1989).

«Κάθε άνθρωπος διαφέρει βιο-ψυχο-κοινωνικά και οι διαφορές αυτές πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν. Ανάλογα με το μοντέλο που χρησιμοποιούμε οδηγούμαστε σε διαφορετικά συμπεράσματα, διαδικασίες και πολιτική» (Ιατρίδης, 1989, σελ. 77). Το βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο, είναι ευρύτερα διεπιστημονικό και αποτελεσματικότερο από το βιο-ιατρικό μοντέλο. Το πρώτο απαιτεί τη χρήση και την ισότητα των επαγγελματιών υγείας, ενώ το δεύτερο, συγκεντρώνεται στην ιατρική και χρησιμοποιεί τα άλλα επαγγέλματα υγείας βοηθητικά και περιθωριακά (Ιατρίδης, 1989).

Στο σχεδιάγραμμα 2.2 παρουσιάζονται οι διαφορές των δύο μοντέλων

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΜΟΝΤΕΛΩΝ		
(Α) ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	(Β) ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ	(Γ) ΒΙΟ- ΨΥΧΟ- ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ
Προσανατολισμός προς την αρρώστια	Ασθένεια θεωρείται εκτροχιασμός του σώματος	Έλλειψη υγείας ως έκφραση ανισορροπίας μεταξύ διενέργειας διαφόρων περιβαλλόντων
Έμφαση διαδικασίας	Μελέτη και θεραπεία Αρρώστιας	Μελέτη και ανάπτυξη υγείας
Φύση	Υγεία ισούται με έλλειψη αρρώστιας	Υγεία θεωρείται η μεγιστοποίηση του ευ ζην



Αιτία	Εδρεύει στις βιοχημικές και οργανικές λειτουργίες του σώματος (Υπεραπλοποίηση)	Αναγνώριση διαφόρων τύπων επίδρασης μεταξύ πολλαπλών επιπέδων (Περιεκτικό)
Είδος παρέμβασης	Εξωγενής θεραπεία	Παρότρυνση της εσωτερικής ικανότητας για ίαση
Ρόλος επαγγελματία υγείας	Λειτουργός εξωτερικής θεραπείας	Διευκόλυνση της ικανότητας ίασης
Ρόλος αρρώστου	Παθητικός, αποδεχόμενος ιατρική παρέμβαση, συνεργατικός.	Ενεργός, διευθύνων την διαδικασία της ίασης

ΠΗΓΗ: Ιατρίδης Δ, (1989).

«Εφ' όσον η Κοινωνική Εργασία, τονίζει θεωρητικά και πρακτικά τους ψυχοκοινωνικούς άξονες της αρρώστιας και της υγείας και την τεχνική διαδικασία και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, έχει την δυνατότητα να εξελιχθεί σε κεντρικό επάγγελμα υγείας» (Black, 1984), (Ιατρίδης, 1989, σελ. 77). Ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας είναι κεντρικός και της παρέχεται η δυνατότητα να αναπτύξει τις σύνθετες δραστηριότητες της στο νοσοκομειακό πλαίσιο (Ιατρίδης, 1989).

## Γ. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΥΠΑΡΞΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Η Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο του νοσοκομείου, αντιπροσωπεύει το ενδιαφέρον της πολιτείας για την ολοκληρωμένη βιο-ψυχο-κοινωνική αντιμετώπιση των ατόμων, που βρίσκονται σε μια κρίσιμη στιγμή της ζωής τους εξαιτίας της διατάραξης της υγείας τους (Μουζακίτης, 1996).

Η δράση της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο νοσοκομειακό πλαίσιο, είναι σημαντική εξαιτίας της ικανότητας της να προωθεί την υγεία. Τρεις ενέργειες περιγράφουν πως μπορεί να συνεισφέρει σε μια ισότιμη εμπειρία στην υγεία:

- ∅ Το νοσοκομειακό πλαίσιο δίνει τη δυνατότητα σε πληθυσμούς που έχουν ήδη βιώσει την ασθένεια και αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα να προσεγγιστούν από τις Κοινωνικές Υπηρεσίες

Ø Η Κοινωνική Εργασία στο νοσοκομείο, μειώνει τις πιθανότητες για επιδείνωση της ασθένειας, αυτό επιτυγχάνεται με την προϋπόθεση ότι η επαφή με τους ασθενείς πραγματοποιείται αρκετά νωρίς ,στη διάρκεια της νοσηλείας τους. Και διατηρείται, όπου χρειάζεται.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί θα πρέπει να προσαρμόσουν στην εργασία τους ενέργειες όπως: πρόβλεψη για φροντίδα στο σπίτι, συμβουλές και δράση για οικονομικά ζητήματα, ζητήματα διαχείρισης του σπιτιού, εμπλοκή του ασθενή και των οικείων του στο θεραπευτικό πλάνο και σχεδιασμό των ενεργειών που πρέπει να γίνουν μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, φροντίδα για ιδρυματική περίθαλψη, συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας και μετανοσοκομειακή παρακολούθηση. Οι ενέργειες αυτές οδηγούν στην αύξηση των υλικών και κοινωνικών πηγών των ατόμων που είναι απαραίτητες για να διασφαλίσουν την υγεία και την ευημερία τους.

Ø Η εμπλοκή των Κοινωνικών Λειτουργών στη θεραπεία του ασθενή είναι δυνατόν να μειώσει τις ψυχολογικές συνέπειες της ασθένειας. Η βοήθεια των Κοινωνικών Λειτουργών σε κοινωνικά ζητήματα που απασχολούν τον ασθενή είναι δυνατόν να μειώσει το άγχος που προέρχεται από αυτά. Επιπρόσθετα, το ανθρώπινο ενδιαφέρον που επιδιώκουν, καθώς προσφέρουν τις υπηρεσίες τους ,μπορεί να έχουν θετικά ψυχολογικά αποτελέσματα (McLeod, 1995).

Έχει αναγνωριστεί η ανάγκη για ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του ασθενή που περιλαμβάνει τις κοινωνικές και συναισθηματικές διαστάσεις της ασθένειας. Η κατάλληλη νοσηλεία και κοινωνική φροντίδα του ασθενή συμβάλει αποτελεσματικά στη θεραπεία και στο ρυθμό ανάρρωσης (Σταθόπουλος, 1996).

Η αναγκαιότητα της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο νοσοκομείο, διαφαίνεται από την ικανότητα της να συμβάλει στη παροχή ποιοτικών υπηρεσιών σε θέματα ψυχοκοινωνικής πρόληψης και διάγνωσης σχεδιασμού κοινωνικής πολιτικής και διοίκησης, προσανατολισμένης στις ανθρώπινες σχέσεις. Ακόμη, η Κοινωνική Υπηρεσία συνεισφέρει στην αύξηση της περίθαλψης στη κοινότητα, με την έμφαση στη παροχή υπηρεσιών πρόληψης και διάγνωσης, φυσικής και κοινωνικής αποκατάστασης, ψυχοκοινωνικής στήριξης, κοινωνικής φροντίδας. Από την άλλη μεριά, έχει τη δυνατότητα να συμβάλει στη μείωση των δαπανών για την υγεία, που οφείλεται στη διόγκωση της παροχής δευτεροβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών. Τέλος, μπορεί να συντελέσει στην αναβάθμιση των επαγγελματιών υγείας και στην απρόσκοπτη αφοσίωση των γιατρών στη θεραπευτική αγωγή, χωρίς την ενασχόληση

τους με θέματα ψυχολογικής και κοινωνικής λειτουργικότητας των ατόμων (Ιατρίδης, 1989).

#### **Δ. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ**

Οι παράγοντες οργάνωση και λειτουργία μιας Κοινωνικής Υπηρεσίας, αποτελούν σημαντικό στοιχείο για την εφαρμογή των μεθόδων της Κοινωνικής Εργασίας, καθώς και για την υλοποίηση του σκοπού που επιτελεί και για τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών της (Παπαιωάννου, 1998).

Οι κυριότερες έννοιες και αρχές της οργάνωσης είναι:

- ∅ Ο καταμερισμός της εργασίας και εξειδίκευση
- ∅ Η τμηματοποίηση του έργου
- ∅ Η εξουσία
- ∅ Η συγκέντρωση – αποκέντρωση των ευθυνών
- ∅ Ο καθορισμός της εποπτείας που ασκεί ένας προϊστάμενος και
- ∅ Η διάκριση της εξουσίας σε επιτελική ( εξουσία από άτομα που έχουν εξειδικευμένες γνώσεις ) και διοικητική – εκτελεστική ( εξουσία που πηγάζει από τη θέση στην ιεραρχία) (Λαναρά, 2000).

Για παράδειγμα, ένας τρόπος οργάνωσης της Κοινωνικής Υπηρεσίας σε νοσοκομειακό πλαίσιο, προτείνεται από τους Πανταζάκα, Μέντης, (2002). Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η οργάνωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας στηρίζεται σε τρία όργανα:

- ∅ Τον Προϊστάμενο, ο οποίος έχει διοικητική και επιστημονική ευθύνη για τη λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας
- ∅ Το Συμβούλιο των Υπευθύνων Τομέων της Κοινωνικής Υπηρεσίας, το οποίο αποτελείται από τον Προϊστάμενο, τον Αναπληρωτή Προϊστάμενο που επιφορτίζεται με την ευθύνη για τη λειτουργία του Κλινικού Τομέα και τους Υπεύθυνους των Τομέων Προληπτικής Παρέμβασης, Επείγουσας Παρέμβασης, Εξωνοσοκομειακής Παρακολούθησης και τον Υπεύθυνο για θέματα Έρευνας και Εκπαίδευσης καθώς και
- ∅ Την ολομέλεια της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Το Συμβούλιο Υπευθύνων Τομέων, συνεδριάζει δύο φορές το μήνα για την επισήμανση των προβλημάτων και για τον προγραμματισμό των δραστηριοτήτων. Η Ολομέλεια της Κοινωνικής Υπηρεσίας συνέρχεται μια φορά το μήνα με

σκοπό την επισήμανση προβλημάτων και του τρόπου αντιμετώπισης τους, την παρουσίαση περιστατικών που αναλαμβάνουν οι επαγγελματίες, την παρουσίαση θεμάτων που αφορούν την εργασία των Κοινωνικών Λειτουργών (π.χ. Νομοθεσία) και την υλοποίηση του προγραμματισμού των δραστηριοτήτων.

## **E. ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**

Το έργο των Κοινωνικών Υπηρεσιών είναι η παραγωγή υπηρεσιών και όχι πραγμάτων. Όμως, η επιλογή των στόχων και η αξιολόγηση της απόδοσης, τόσο των ατόμων, όσο και της υπηρεσίας είναι μια δύσκολη διαδικασία. Οι Κοινωνικές Υπηρεσίες δεν μπορούν να μετρήσουν ποσοτικά την παραγωγή τους, όπως κάνουν τα εργοστάσια, δεν μπορούν όμως και να μην αξιολογούν τη δουλειά τους, να μην σχεδιάζουν αλλαγές, να μην ελίσσονται και αυτό γιατί οι συνθήκες ζωής αλλάζουν, οι ανάγκες διαφοροποιούνται και οι πιέσεις από τους εξυπηρετούμενους και την κοινωνία είναι πολλές (Παπαθεοφίλου, 1985).

Ως έλεγχος ορίζεται ο μηχανισμός, μέσω του οποίου ανιχνεύονται τα λάθη και διορθώνονται οι αποκλίσεις. Ο έλεγχος αποτελεί αρμοδιότητα του προϊσταμένου καθώς πρέπει να ασκείται από τη διοικητική πυραμίδα. Ο έλεγχος όμως, θα πρέπει να ασκείται και από το περιβάλλον, εννοώντας τους δέκτες των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι εξυπηρετούμενοι πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να ζητούν από την Υπηρεσία, να λογοδοτήσει για τις ευθύνες που έχει αναλάβει. Αυτό ωστόσο, είναι κάτι που πραγματικά λείπει από τον τομέα μας, και όχι γιατί το κοινό δεν ζητάει ευθύνες. Οι άμεσα ενδιαφερόμενοι είναι συνήθως ανοργάνωτοι και θεωρούν ίσως ότι οι σκοποί των Κοινωνικών Υπηρεσιών δεν είναι ρεαλιστικοί και πραγματοποιήσιμοι (Παπαφλέσσα, 1985).

Η πραγματοποίηση του ελέγχου στοχεύει:

- Ø Να εξακριβώσει αν το προσωπικό της Κοινωνικής Υπηρεσίας φέρει εις πέρας το έργο που έχει αναλάβει
- Ø Να προλάβει ή να διαπιστώσει ενδεχόμενα λάθη
- Ø Να λάβει τα κατάλληλα μέτρα για την εξάλειψη των διαπιστωθέντων λαθών
- Ø Να επιβάλλει τις ανάλογες κυρώσεις.

Μέσο για την πραγματοποίηση του ελέγχου είναι η αξιολόγηση. Ως αξιολόγηση, ορίζεται η αντικειμενική εκτίμηση της εργασίας του Κοινωνικού

Λειτουργού σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, ώστε να μπορέσει να «μετρηθεί», ποσοτικά και ποιοτικά, το έργο που επιτελείται και να εντοπισθούν οι ανάγκες και να δοθούν οι απαραίτητες λύσεις (Κουσίδου, 1985).

Η αξιολόγηση από εκπαιδευτικής πλευράς, αφορά την επαγγελματική ανάπτυξη του Κοινωνικού Λειτουργού και από διοικητικής πλευράς, αφορά τη παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα του έργου της Κοινωνικής Υπηρεσίας.

Άλλα θέματα που επιπρόσθετα σχετίζονται με την αξιολόγηση, είναι η εκτίμηση των αναγκών σε προσωπικό, η πρόσληψη νέων Κοινωνικών Λειτουργών, οι αλλαγές σε εποπτικές μεθόδους, οι διοικητικές αλλαγές αλλά και ο σχεδιασμός προγραμμάτων επιμόρφωσης (Κουσίδου, 1985).

Η αξιολόγηση ως διαδικασία, δεν είναι πάντα εύκολη και συχνά αποτελεί πρόβλημα τόσο για τον προϊστάμενο της Κοινωνικής Υπηρεσίας, όσο και για τους Νοσοκομειακούς Κοινωνικούς Λειτουργούς. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, αντιμετωπίζουν συχνά την αξιολόγηση σαν επισήμανση αρνητικών στοιχείων παρά σαν βοήθεια για περαιτέρω βελτίωση. Από την άλλη πλευρά, ο προϊστάμενος δεν συμπαθεί αυτή την πλευρά του ρόλου του, διότι αντιμετωπίζει πραγματικές δυσκολίες στην προσπάθεια του για μια αντικειμενική εκτίμηση. Τέτοιες δυσκολίες, είναι η έλλειψη δυνατότητας να παρακολουθεί απευθείας την εργασία του Κοινωνικού Λειτουργού, η έλλειψη καθορισμένων κριτηρίων για αντικειμενική αξιολόγηση, αλλά και η παραπάνω δυσάρεστη αντιμετώπιση της αξιολόγησης από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς (Κουσίδου, 1985).

Η πραγματοποίηση ελέγχου, βασισμένου σε μια καλή οργανωμένη αξιολόγηση με αντικειμενικά κριτήρια, έχει θετικά αποτελέσματα, τόσο στην ατομική απόδοση του Κοινωνικού Λειτουργού, όσο και στη συνολική απόδοση της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Ο Κοινωνικός Λειτουργός, αναπτύσσει περισσότερο την αυτογνωσία και τον αυτοέλεγχο του, καθώς και τις δεξιότητες του πάνω στην εφαρμογή της Κοινωνικής Εργασίας. Σε ότι αφορά την αποδοτικότητα της Κοινωνικής Υπηρεσίας, η αξιολόγηση επιδρά θετικά στη βελτίωση του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας της, στην ανάπτυξη των μεθόδων που εφαρμόζει, αλλά και στην επίλυση των προβλημάτων που δυσχεραίνουν τη ροή της εργασίας (Παπαθεοφίλου, 1985).

Ο έλεγχος είναι μια διαδικασία απαραίτητη για τη διατήρηση της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Τα λάθη που πραγματοποιούνται, δεν είναι πάντα από πρόθεση. Ξεκινάνε ίσως από αβεβαιότητα, έλλειψη καλής καθοδήγησης, έλλειψης κρίσης. Η έγκαιρη διαπίστωση των παρεκκλίσεων και των αιτίων τους μπορεί να φανεί πολύ

χρήσιμη στους εργαζομένους και τους δέκτες των παρεχόμενων υπηρεσιών. Διαφορετικά το επαναλαμβανόμενο λάθος γίνεται καθεστώς (Παπαφλέσσα, 1985).

## **ΣΤ. ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Η Κοινωνική Εργασία στο χώρο της περίθαλψης πρέπει να αναπροσαρμόζεται συνεχώς σύμφωνα με το σκοπό της ιατρικής αγωγής και κατεύθυνσης. Οι ιατρικές αντιλήψεις επηρεάζουν τον χρόνο και τη χρήση του. Για παράδειγμα, οι συνεντεύξεις, προσαρμόζονται και βασίζονται στην σοβαρότητα της ασθένειας, την εισαγωγή ή την έξοδο του αρρώστου από το Νοσοκομείο. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί μέσω της συμβουλευτικής, μπορούν να βοηθήσουν τους συγγενείς και κυρίως την άμεση οικογένεια, να πάρουν μια πιο ρεαλιστική θέση σε σχέση με τις ικανότητές τους, στην φροντίδα των ασθενών και στην διαχείριση των εξόδων που συχνά οδηγούν σε οικονομικές δυσχέρειες, προσθέτοντας περισσότερα προβλήματα (Παπαϊωάννου, 1988).

Το μέλλον της Νοσοκομειακής Κοινωνικής Εργασίας, βρίσκεται σε μια κρίσιμη καμπή και αντιμετωπίζει ένα αβέβαιο μέλλον. Όπως όλα τα επαγγέλματα υγείας η Κοινωνική Εργασία αναγκάζεται να ξανασκεφτεί την αποστολή της και να προσδιορίσει τον τρόπο εφαρμογής της. Οι τέσσερις παράγοντες που έχουν δραματική επιρροή στην εφαρμογή της κοινωνικής εργασίας στο τομέα υγείας είναι:

- Ø Η οργάνωση και παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών
- Ø Η παροχή της υγειονομικής περίθαλψης από τους ειδικούς
- Ø Το μεταβαλλόμενο δημογραφικό του πληθυσμού
- Ø Η τεχνολογική ανάπτυξη (Pecukonis, Cornelius, Parrish, 2003).

Οι παράγοντες αυτοί, πρόκειται να αλλάξουν ριζικά τον τρόπο που παρέχεται η υγεία σε αυτό το χώρο. Ηθικά και επιστημονικά θέματα έρχονται στο προσκήνιο. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι γι' αυτές τις αλλαγές, ενώ παράλληλα θα πρέπει να είναι συνδεδεμένοι με τις αρχές και τους στόχους της Κοινωνικής Εργασίας. Ως επάγγελμα, θα πρέπει να συμμετέχουν στις συζητήσεις για την πρόοδο και την εξέλιξη και για τον τρόπο που αυτές θα χρησιμοποιηθούν από τον τομέα υγείας. Θα πρέπει να είναι δυναμικοί στις τοποθετήσεις τους, να εξασκούν το ρόλο της συνηγορίας ώστε να συμμετέχουν στη διαμόρφωση της πρακτικής, της εκπαίδευσης, της κατάρτισης, της νομοθεσίας και της πολιτικής, ώστε να σταθεροποιήσουν και να ενισχύσουν το ρόλο τους σε αυτές τις αλλαγές. Ακόμη, οι

Κοινωνικοί Λειτουργοί υγειονομικής περίθαλψης, θα πρέπει να προωθήσουν και να στηρίξουν την ισότητα μεταξύ της υγείας, της διανοητικής υγείας και των υπηρεσιών κατάχρησης ουσιών ακριβώς όπως, η υγειονομική περίθαλψη έχει αφήσει το νοσοκομείο και έχει κινηθεί προς την κοινότητα, το ίδιο πρέπει να πράξουν και οι Κοινωνικοί Λειτουργοί (Pecukonis, Cornelius, Parrish, 2003).

Παρά το γεγονός, ότι πρέπει η Κοινωνική Εργασία να συμμορφωθεί με τη μεταβαλλόμενη εποχή, δεν πρέπει να ξεχνάει τις αρχές και τις αξίες που τη διακατέχουν. Οι ηθικές αρχές της Κοινωνικής Υπηρεσίας, δικαιοσύνη, αξιοπρέπεια και του αυτοπροσδιορισμού είναι αναγκαίο, να διατηρηθούν και να ενισχυθούν κατά τη διάρκεια της ρύθμισης της εξελισσόμενης υγειονομικής περίθαλψης. Οι χρήστες υπηρεσιών στο τομέα υγείας είναι άνθρωποι, και θα συνεχίσουν να αρρωσταίνουν, να πάσχουν και να πεθαίνουν από τις ασθένειές τους, θα συνεχίσουν να απαιτούν τα φάρμακα και την πρόσβαση στην κατάλληλη ιατρική φροντίδα. Προ πάντων, θα συνεχίσουν να χρειάζονται μια φωνή που θα υποστηρίξει και θα παλέψει για αυτούς ενάντια στην αδικία και τη περιθωριοποίηση. Αυτή είναι και πρέπει να παραμείνει η φωνή της Κοινωνικής Εργασίας (Pecukonis, Cornelius, Parrish, 2003).

### **Περίληψη**

Το Βιο-ιατρικό μοντέλο βλέπει το ανθρώπινο σώμα σαν μια «οργανική μηχανή». Όταν αυτή η «μηχανή» δυσλειτουργεί τότε το άτομο θεωρείται άρρωστο και ο ρόλος του προσωπικού υγείας περιορίζεται στην επιδιόρθωση του τμήματος που δεν λειτουργεί σωστά. Στο μοντέλο αυτό παραγνωρίζονται οι ψυχολογικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες επιδρούν στην ανάπτυξη και αντιμετώπιση της ασθένειας. Το Βιο – ψυχοκοινωνικό μοντέλο αντιλαμβάνεται την υγεία και την αρρώστια σαν τις δυο αλληλοσυμπληρούμενες όψεις ενός συνεχούς ενιαίου συστήματος. Η Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο των Νοσοκομείων αντιπροσωπεύει το ενδιαφέρον της πολιτείας για την ολοκληρωμένη βιο-ψυχοκοινωνική αντιμετώπιση των ατόμων που βρίσκονται σε μια κρίσιμη στιγμή της ζωής τους εξαιτίας της διατάραξης της υγείας τους.

Η οργάνωση και λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την εφαρμογή των μεθόδων της Κοινωνικής Εργασίας καθώς και για την υλοποίηση του σκοπού που επιτελεί και για την συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών τους.

## **ΕΝΟΤΗΤΑ 4**

### **ΠΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

Στο Νοσοκομείο η διεύθυνση της Κοινωνικής Εργασίας, αποτελεί μια αυτόνομη διοικητική μονάδα, η οποία «επιλέγει και κατευθύνει τους Κοινωνικούς Λειτουργούς του Νοσοκομείου. Έχει δικό της προϋπολογισμό – καθορίζει τις τεχνικές – επιστημονικές νόρμες της εφαρμογής της Κοινωνικής Εργασίας στο Νοσοκομείο – συνεργάζεται επαγγελματικά με τις άλλες ειδικότητες και επαγγέλματα στο Νοσοκομείο. Συνδέει το Νοσοκομείο με την κοινότητα, καταρτίζει μελέτες, διεξάγει έρευνες» (Ιατρίδης, 1989, σελ. 79).

Κατά την Παπαϊωάννου (1988), «Η Κοινωνική Εργασία σε ιατρικό πλαίσιο κλειστής ή ανοιχτής περίθαλψης, πρέπει να μπορεί να κατανοήσει τη σημασία των συμπτωμάτων, την πορεία της αρρώστιας και τις επιδράσεις της, στο ίδιο το άτομο, αλλά και τις επιρροές αυτής της «μειονεξίας» στην κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου και ακόμη τις τυπικές ενδείξεις αγωνίας ή και εξάρτησης που φέρνει η αρρώστια».

### **A. ΑΞΙΕΣ – ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Κεντρική αξία θεωρείται ο σεβασμός για τους ανθρώπους. Όλοι οι άνθρωποι είναι αξιόλογοι και σπουδαίοι. Η πίστη στην ανθρώπινη ικανότητα για αλλαγή, ανάπτυξη και εξέλιξη. Ο άνθρωπος είναι ικανός να αλλάξει τις περιστάσεις γύρω του και να ξεπεράσει δυσκολίες καθώς και να κάνει μεγάλα σημαντικά βήματα, προσωπικά και μέσα στην κοινωνία να φτάσει σε ένα ικανοποιητικό και υψηλό επίπεδο λειτουργικότητας (Carr, 1994).

Καθοριστικός είναι ο τρόπος που αντιμετωπίζει την Υγεία, το ενιαίο σύστημα της Κοινωνικής Εργασίας διότι η Υγεία, αποτελεί ανθρώπινο δικαίωμα και όχι προνόμιο. Δεν θεωρείται αγαθό οικονομικής αγοράς και δεν πρέπει να εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα ατόμων και οικογενειών. Ξεπερνά τα παραδοσιακά στενά όρια αρρώστιας και την θεραπευτική ιατρική. Θεμελιώνει την ανάπτυξη της κοινωνίας. Αποτελεί βασική προϋπόθεση της ουσιαστικής ελευθερίας του ατόμου, αποτρέπει την εκμετάλλευσή του και προωθεί την συμμετοχή του στις βασικές κοινωνικές



λειτουργίες. Απαιτεί διεπιστημονική αντιμετώπιση και ενεργό συμμετοχή όλων των πολιτών (Ιατρίδης, 1989).

Ιδεώδη στόχο για την στρατηγική πολιτική της Κοινωνικής Εργασίας και την δυνατότητα κεντρικού ρόλου του επαγγέλματος αποτελούν η αυτοβοήθεια, η οικογενειακή αλληλοϋποστήριξη, η κοινοτική οργάνωση και δραστηριοποίηση ανθρώπινων δικτύων αμοιβαίας βοήθειας (Ιατρίδης, 1989).

Κατά τον Ιατρίδη (1989), η πρωτοβάθμια Υγεία και πρόληψη είναι κύριος στρατηγικός στόχος της Κοινωνικής Εργασίας που έχει τα εξής χαρακτηριστικά.

- ✓ Την προσαρμοστική συμπεριφορά ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων σε διενέργεια με το περιβάλλον.
- ✓ Συνειδησιακές παρεμβάσεις για αλλαγή συμπεριφοράς ατόμων και κοινωνικών συστημάτων για ανάπτυξη και κοινωνική δικαιοσύνη.
- ✓ Ένα συνεχές φάσμα υπηρεσιών ολοκληρωμένης φύσης που περιλαμβάνει πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση και κοινωνική πολιτική.
- ✓ Δημόσια πολιτική υγείας, κοινωνική διάγνωση και επιδημιολογία.
- ✓ Επιστημονική διαδικασία και έρευνα στην συμπεριφορά ατόμων και κοινοτήτων.

## **B. ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Την Κοινωνική Εργασία στο χώρο της Υγείας χαρακτηρίζει, «ψυχοκοινωνική διάγνωση, ψυχοθεραπευτική νοσηλεία και αποκατάσταση. Κοινοτική οργάνωση, διοίκηση και κοινωνικό σχεδιασμό» (Ιατρίδης, 1989, σελ. 79). Παίζει ηγετικό ρόλο, γεφυρώνοντας την πρόληψη με την θεραπεία – αποκατάσταση. Το νοσοκομείο με την οικογένεια και την κοινότητα, την ψυχική με την φυσική υγεία, την πρωτοβάθμια με την δευτεροβάθμια υγεία, τις κλινικές δραστηριότητες (μικροκλίμακα) με την χάραξη πολιτικής υγείας, την οργάνωση – διοίκηση (μακροκλίμακα) και την πράξη με την έρευνα (Ιατρίδης, 1989).

Κατά την περίοδο νοσηλείας στο νοσοκομείο αναδύονται προβλήματα, όπως σχέσεων με το οικογενειακό περιβάλλον – σχέσεων με τον κοινωνικό περίγυρο, λόγω παντελούς έλλειψης οικογενειακού περιβάλλοντος. Ανεπαρκούς νοσηλείας, όταν για παράδειγμα είναι κατάκοιτος. Μακρόχρονης νοσηλείας με την δημιουργία «κατειλημμένων κρεβατιών» και «ασυλοποίηση». Άρνηση της συγγένειας με το άτομο, για να αποφευχθεί η ευθύνη της φροντίδας, εγκατάλειψης. Μη επαρκούς

ασφαλιστικής κάλυψης. Οικονομίας, λόγω αυξημένων νοσηλευτικών απαιτήσεων. Μοναξιά, ανάγκη συντροφικότητας (Καλλιγέρη – Βυθούλκα, 1991).

Η ασθένεια ή η εισαγωγή σε ένα νοσοκομείο ενός μέλους της οικογένειας επηρεάζει την όλη οικογένεια. Η στήριξη μέσω της Κοινωνικής Εργασίας, ίσως να χρειάζεται για τον ασθενή και όλη την οικογένεια σε ίσους όρους. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί μπορούν να κληθούν οποιαδήποτε στιγμή, κατά την εισαγωγή αρρώστου μέχρι και την έξοδο από το νοσοκομείο. Μπορούν να κληθούν από το τμήμα ατυχημάτων και επειγόντων, κατά την παραμονή στην κλινική ή και μετά το εξιτήριο των ασθενών. Η Κοινωνική Εργασία με αρρώστους, μπορεί να είναι συχνή και για μεγάλο χρονικό διάστημα, έχοντας ανάγκη υποστήριξης. Μπορεί να προκύψει οικογενειακή κρίση, από την εισαγωγή ενός μέλους στο νοσοκομείο, όπου απαιτείται βραχυπρόθεσμη βοήθεια, στο να χειριστεί την κατάσταση στην κρίση ή και μεγάλης διάρκειας βοηθώντας, είτε συναισθηματικά, είτε σε πρακτικά θέματα (Carr, 1994).

## **Γ. ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Κατά την Carr (1994), η συνεισφορά της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο του Νοσοκομείου έγκειται:

1. Στη Διάγνωση: Ζωτικής σημασίας είναι να γίνει μια κοινωνική εκτίμηση για να διασφαλίσει την έκταση των κοινωνικών παραγόντων που έχουν υπολογιστεί κατά την διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο ή την έξοδό του από αυτό. Στην πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, αποτελεί κλειδί ο παράγοντας εκτίμησης – αξιολόγησης.

2. Στη Θεραπεία: Η ιατρική ομάδα χρειάζεται να γνωρίζει την στάση του ατόμου, για την αρρώστια του, τις ανάγκες της οικογένειάς του, ώστε να μπορέσει να τον στηρίξει ηθικά σε όλη την διάρκεια της θεραπείας του, διότι μπορεί η θεραπεία να είναι αποτελεσματική ή μειωμένη σε όφελος για τον ασθενή. Έτσι ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι ο συνήγορος για τον ασθενή στο ιατρικό πλαίσιο, μέσα από τις συμβουλές και την εμπλοκή του, στις αποφάσεις για την καλύτερη μέθοδο θεραπείας και τις εναλλακτικές λύσεις που είναι διαθέσιμες.

3. Στο εξιτήριο: Σημαντική είναι η συνεισφορά του Νοσοκομειακού Κοινωνικού Λειτουργού στον σχεδιασμό εξόδου ασθενών από το Νοσοκομείο. Εάν ο προγραμματισμός, εξιτηρίου ενός ασθενή είναι ελλιπής με το περιβάλλον του, μπορεί να οδηγήσει σε κατάρρευση καταστάσεων μέσα στο σπίτι, στην επιδείνωση της κατάστασής του ή στην επανα – εισαγωγή του στο Νοσοκομείο. Ο Κοινωνικός

Λειτουργός, αναλαμβάνει την μέριμνα των Κοινωνικών Υπηρεσιών περίθαλψης, λειτουργώντας σαν σύνορο μεταξύ Νοσοκομείου και Κοινότητας.

Η Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου, αποτελεί τη γέφυρα προσαρμογής σχέσης του ασθενή με το περιβάλλον της κατοικίας του, κατά την επαναφορά του στο εξο νοσοκομειακό του περιβάλλον.

Νοσοκομειακό περιβάλλον - «Κοινωνική Υπηρεσία» - Εξωνοσοκομειακό περιβάλλον (Καλλιγέρη – Βυθούλκα, 1991).

4. Στην μετονοσοκομειακή Φροντίδα: Αρκετές περιπτώσεις μπορεί να χρειαστούν βοήθεια αργότερα, μετά το εξιτήριο από το Νοσοκομείο με μερική διαχρονική παρακολούθηση, για να εξασφαλιστεί ότι το σχέδιο φροντίδας μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο λειτούργησε αποτελεσματικά. Όπως για παράδειγμα ηλικιωμένα άτομα, τα οποία μετά την αξιολόγηση της Κοινωνικής Υπηρεσίας, έχουν τοποθετηθεί σε μια επαρκή διαμονή κλειστής περίθαλψης ή στο ίδιο τους το σπίτι.

#### **Δ. ΧΩΡΟΙ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Η Κοινωνική Εργασία, χαρακτηρίζεται από ευελιξία αναφορικά με τους χώρους, όπου πραγματοποιείται η άσκηση της . Η εκπαίδευση των Κοινωνικών Λειτουργών, τους επιτρέπει να εκπληρώνουν πολύπλευρους ρόλους που δύσκολα αναλαμβάνονται από άλλες ειδικότητες και αυτό γιατί η Κοινωνική Εργασία δεν έχει γραφειοκρατικό χαρακτήρα αλλά ενεργητικό και παρεμβατικό (Μουζακίτης, 1996).

Οι παρεμβάσεις της Κοινωνικής Εργασίας πραγματοποιούνται:

- Ø Στο χώρο του νοσοκομείου. Η Κοινωνική Εργασία, ασκείται στα γραφεία της Κοινωνικής Υπηρεσίας και στις κλινικές όλων των Τομέων της Ιατρικής Υπηρεσίας, με τη προϋπόθεση παραχώρησης γραφείου στους Κοινωνικούς Λειτουργούς για την προστασία του απορρήτου.
- Ø Στο φυσικό περιβάλλον του ασθενή, με τις κατ' οίκον επισκέψεις ή τις επισκέψεις στο εργασιακό και εκπαιδευτικό περιβάλλον του ασθενή
- Ø Σε υπηρεσίες ή οργανώσεις στην κοινότητα, όπου ο Κοινωνικός Λειτουργός, προσφέρει βοήθεια για τη διευθέτηση προβλημάτων, διευκόλυνση επικοινωνίας, διεκπεραίωση γραφειοκρατικών προβλημάτων που αφορούν τον ασθενή ή την οικογένεια του.

- Ø Σε φορείς της κοινότητας (Δήμους, Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση κ.τ.λ.) στα πλαίσια συνεργασίας, για τη διεξαγωγή προγραμμάτων αγωγής υγείας, ερευνών ή άλλων δραστηριοτήτων ( Πανταζάκας, Μέντης, 2002).

## **Ε. ΠΩΣ ΦΤΑΝΟΥΝ ΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΣΤΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ**

Οι παραπομπές των περιστατικών που εμπíπτουν στις αρμοδιότητες της Κοινωνικής Υπηρεσίας, θα πρέπει να γίνονται άμεσα, έτσι ώστε να προλαμβάνονται διάφορες επιπλοκές και προβλήματα των ασθενών και να μην ταλαιπωρούνται.

Τα περιστατικά των ασθενών που φθάνουν στη Κοινωνική Υπηρεσία είναι δυνατόν να παραπέμπονται από:

- Ø Το ιατρικό προσωπικό των τομέων της Ιατρικής Υπηρεσίας
- Ø Το νοσηλευτικό προσωπικό των κλινικών του νοσοκομείου
- Ø Τους ίδιους τους ασθενείς
- Ø Το συγγενικό περιβάλλον των ασθενών
- Ø Από υπηρεσίες και φορείς εκτός νοσοκομείου
- Ø «Αυτεπάγγελτα» από τους ίδιους τους κοινωνικούς λειτουργούς (Πανταζάκας, Μέντης,2002).

### **ΣΤ.1 ΣΕ ΠΟΙΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΡΕΜΒΑΙΝΕΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ**

Η Κοινωνική Υπηρεσία μέσα στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων της, ανταποκρίνεται σε όλους τους ασθενείς και τις οικογένειες τους που αντιμετωπίζουν κοινωνικά, ψυχολογικά, οικονομικά, οικογενειακά και άλλα προβλήματα, που είτε προϋπήρχαν της ασθένειας είτε είναι αποτέλεσμα αυτής. Ενδεικτικά, κατηγορίες περιστατικών με τα οποία ασχολούνται οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στο χώρο του νοσοκομείου είναι:

- Ø Χρόνιοι πάσχοντες, όπως καρκινοπαθείς, οροθετικοί, ασθενείς με μεσογειακή αναιμία, κ.α.
- Ø Ασθενείς που έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας
- Ø Άγαμες μητέρες
- Ø Παραμελημένα και κακοποιημένα παιδιά
- Ø Άποροι και άστεγοι

Ø Ασθενείς με σοβαρές σωματικές βλάβες, προκαλούμενες από ατυχήματα (Carr,1994).

Ο Νοσοκομειακός Κοινωνικός Λειτουργός συχνά καλείται να αντιμετωπίσει προβλήματα ατόμων, τα οποία ανήκουν σε ομάδες κοινωνικού αποκλεισμού (φτώχεια, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, προβλήματα στέγασης, ανεργία, απορία κ.τ.λ.) και βρίσκονται μόνιμα σε μία κατάσταση κρίσης. Οι ειδικές αυτές ομάδες που συχνά νοσηλεύονται στο νοσοκομείο είναι:

Ø **Μοναχικά άτομα και υπερήλικες:** στην κατηγορία αυτή ανήκουν κατά κανόνα άτομα τρίτης ηλικίας, τα οποία στερούνται οικογενειακού περιβάλλοντος. Η προσέλευση τους στο νοσοκομείο γίνεται είτε εκούσια είτε με πρωτοβουλία των πολιτών, του Δήμου ή της Αστυνομίας. Η παρέμβαση σε αυτή την ομάδα είναι αναγκαία καθώς, οι δύσκολες περιβαλλοντικές συνθήκες, η πιθανή εγκατάλειψη από το οικογενειακό περιβάλλον και η ανικανότητα αυτοσυντήρησης οδηγούν στην καταπάτηση του ανθρώπινου δικαιώματος για ποιότητα ζωής και στην επαναλαμβανόμενη χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι να βοηθήσει στην αποκατάσταση του μοναχικού υπερήλικα στο οικογενειακό περιβάλλον του και όταν δεν υπάρχει, στις ανάλογες δομές αποκατάστασης που υπάρχουν στην περιοχή π.χ. βοήθεια στο σπίτι, γηροκομείο κ.α. (Πανταζάκας, Μέντης, 2003).

Ø **Μετανάστες – πρόσφυγες:** οι πρόσφυγες που προσέρχονται στο νοσοκομείο, βρίσκονται συνήθως σε κακή οικονομική κατάσταση, χωρίς ασφαλιστική κάλυψη και με ελάχιστη γνώση της Ελληνικής Γλώσσας, γεγονός που δυσκολεύει την επικοινωνία και κατά συνέπεια την ιατροκοινωνική φροντίδα. Είναι χρήσιμο, λοιπόν, σε αυτές τις περιπτώσεις να παραπέμπονται, μετά την έξοδο τους, σε εξειδικευμένες υπηρεσίες για μετανάστες με βάση την εκτίμηση των συνολικών αναγκών τους (Πανταζάκας, Μέντης, 2003).

Ø **Χρήστες ουσιών:** η νοσηλεία ενός ατόμου που κάνει χρήση ουσιών μπορεί να γίνει εξαιτίας επεισοδίου «υπερβολικής χρήσης», στερητικού συνδρόμου ή άλλων συνοδών, με τη χρήση, ψυχικών διαταραχών. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού εστιάζεται στη παροχή οδηγιών προς τον ίδιο το χρήστη, εάν η κατάσταση του το επιτρέπει, ή στην οικογένεια

του για το υπάρχον δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης σε Νομαρχιακό, Περιφερειακό και Εθνικό Επίπεδο (Πανταζάκας, Μέντης, 2003).

Ø **Άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας:** οι ψυχικά ασθενείς είναι μια ειδική ομάδα που κάνει συχνή χρήση των υπηρεσιών υγείας. Βασική αιτία αυτής της κατάστασης είναι η απουσία ενός ολοκληρωμένου δικτύου αποκατάστασης για άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα. Σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα αυτά βγαίνουν από τα ψυχιατρεία ή τις ψυχιατρικές κλινικές, χωρίς να εξασφαλίζονται στοιχειώδης προϋποθέσεις επανένταξής τους, καθώς η μεταθεραπευτική παρακολούθησή τους είναι ελάχιστη ή ανύπαρκτη, με αποτέλεσμα να μην λαμβάνουν τα φάρμακα τους και να υποτροπιάζουν. Τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας συχνά στερούνται υποστηρικτικών συστημάτων (οικογένειας και κοινωνικού περίγυρου) και αντιμετωπίζουν έντονα οικονομικά και ψυχολογικά προβλήματα εξαιτίας της στέρησης εργασίας, της απομόνωσης και του κοινωνικού στίγματος. Η δυσκολία σε αυτές τις περιπτώσεις ατόμων με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας εμφανίζεται όταν για διάφορους λόγους, δε γίνεται εισαγωγή στη ψυχιατρική κλινική και το περιστατικό αυτό έρχεται στον Κοινωνικό Λειτουργό προκειμένου να βρει λύσεις αποκατάστασης. Η βοήθεια που μπορεί να παρέχει η Κοινωνική Υπηρεσία είναι η εισαγωγή του ασθενή σε ψυχιατρείο με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας κατόπιν πρωτοβουλίας συγγενών του ασθενή, ή στην περίπτωση που δεν υπάρχουν συγγενείς, από τα αρμόδια διοικητικά όργανα του νοσοκομείου μετά από αναφορά του Κοινωνικού Λειτουργού προς το συμβούλιο της Διοίκησης (Πανταζάκας, Μέντης, 2003).

Ø **Οι αθίγγανοι:** αποτελούν μια πολιτισμική ομάδα με ιδιαιτερότητες, σε σχέση με την κυρίαρχη κουλτούρα και είναι γνωστό ότι οι ιδιαιτερότητες αυτές δημιουργούν εμπόδια στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Βασικό χαρακτηριστικό των αθίγγανων στη διαδικασία χρήσης των υπηρεσιών, είναι η μαζική τους προσέλευση, που δημιουργεί προβλήματα όχι μόνο στο επίπεδο του συνωστισμού αλλά και συνεννόησης και θορύβου. Επειδή οι αθίγγανοι δύσκολα εμπιστεύονται και επικοινωνούν με το προσωπικό, ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να συμβάλλει στην εκπαίδευση και τη γνωριμία με τους αθίγγανους διαμεσολαβητές, ένα νέο ειδικό πρόγραμμα

εκπαίδευσης αθίγγανων που θα μεσολαβούν για τη καλύτερη επικοινωνία (Πανταζάκας, Μέντης, 2003).

## **ΣΤ.2 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

Το τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας προσφέρει Κοινωνικές Υπηρεσίες βάσει της δεοντολογίας και των αρχών της Κοινωνικής Εργασίας στο πλαίσιο της γενικότερης πολιτικής της Πολιτείας, στους ακόλουθους άξονες δράσης:

### **ΣΤ.2.1 Προληπτικές Παρεμβάσεις:**

Συμμετέχει στην οργάνωση και διεξαγωγή προγραμμάτων αγωγής υγείας σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας του ίδιου ή άλλων φορέων, στοχεύοντας στην ενημέρωση – ευαισθητοποίηση των πολιτών, αλλά και εν γένει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής διαμέσου της ανάδειξης των κοινωνικών παραμέτρων των προβλημάτων υγείας (Πανταζάκας, Μέντης, 2002).

### **ΣΤ.2.2 Επείγουσας Παρέμβασης – παρέμβαση στη κρίση:**

Συμβάλλει στην αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων σε κατάσταση κρίσης, παρεμβαίνοντας άμεσα και παρέχοντας υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης (συμβουλευτική/ πληροφόρηση/ παραπομπή) στην οικογένεια (συνοδοί – συγγενείς) του ασθενή (Πανταζάκας, Μέντης, 2002). «Η παρέμβαση στην περίπτωση κρίσης είναι μια μορφή συμβουλευτικής κατά την οποία ο σύμβουλος βοηθά το άτομο να αντιμετωπίσει την κρίση έως ότου το ίδιο ανακτήσει την ψυχική του δύναμη και τον έλεγχο της ζωής του» (Μιχαλοπούλου, 2006, σελ. 33).

Η επείγουσα παρέμβαση συνδέεται άμεσα με το τμήμα επειγόντων περιστατικών καθώς από τη φύση του, έχει το χαρακτήρα του αιφνίδιου προβλήματος υγείας, που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης (Πανταζάκας, Μέντης, 2003). Η παρέμβαση στην κρίση είναι δυναμική, άμεση χρονικά, περιορισμένη και εστιάζεται στο παρόν. Οι στόχοι παρέμβασης στην κρίση περιλαμβάνουν, την μείωση του άγχους και την προστασία του ατόμου από πρόσθετους στρεσογόνους παράγοντες, την ενεργοποίηση του με τη βοήθεια του υποστηρικτικού δικτύου, ώστε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της νέας πραγματικότητας και την επίτευξη ενός

ικανοποιητικού επιπέδου ψυχικής υγείας (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1999). Η δυσκολία αυτού του είδους παρέμβασης έγκειται στο γεγονός ότι ο χρόνος σχεδιασμού είναι περιορισμένος με κίνδυνο την ανάπτυξη επικοινωνιακών λαθών (Πανταζάκας, Μέντης, 2003).

### **ΣΤ.2.3Κλινικής Παρέμβασης:**

(εδώ περιλαμβάνονται ο Παθολογικός, ο Χειρουργικός, ο Εργαστηριακός και ο Ψυχιατρικός τομέας της Ιατρικής Υπηρεσίας), παρέχει υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης στον ίδιο τον ασθενή, ενώ ταυτόχρονα σε συνεργασία με την οικογένειά του αντιμετωπίζει τα κοινωνικά προβλήματα, που δημιουργούνται ως επακόλουθο της ασθένειάς του. Επιπλέον, συμπαρίστανται και φροντίζει για την κοινωνική επανένταξη μοναχικών ατόμων (Πανταζάκα, Μέντη, 2002). Στη κλινική παρέμβαση, υπάρχει το πλεονέκτημα ότι ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει περισσότερο χρόνο για να σχεδιάσει την παρέμβαση και ανάλογα με το χρόνο νοσηλείας του ασθενή, η συνεργασία μπορεί να μην περιοριστεί σε μία μόνο συνάντηση. Ο χρόνος και η χρήση του επηρεάζονται από τις ιατρικές αντιλήψεις που κυριαρχούν έτσι π.χ. οι συνεντεύξεις μια ή δυο φορές την εβδομάδα, δεν είναι πάντοτε εφικτές αλλά προσαρμόζονται στην εισαγωγή, τη σοβαρότητα της αρρώστιας ή την έξοδο του αρρώστου από το νοσοκομείο (Παπαιωάννου, 1998).

### **ΣΤ.2.4Εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης:**

Διατηρεί επαφή με τον ασθενή και το περιβάλλον του στα πλαίσια παρακολούθησης στα εξωτερικά ιατρεία ή και κατ' οίκον με συναίνεση του ασθενή (Πανταζάκα, Μέντη, 2002). Πολλές φορές η έξοδος του ασθενή από το νοσοκομείο μπορεί να μην σημαίνει ολοκλήρωση της θεραπείας ή ακόμα μπορεί η ύπαρξη άλλων προβλημάτων, να δυσχεραίνουν την αποκατάσταση του ασθενή. Ακόμα, πολλές φορές στο τέλος της νοσηλείας, μπορεί να σημαίνει την έναρξη άλλων προβλημάτων όπως, δυσκολίες επανένταξης στην κοινότητα, μη εύρεσης κατοικίας στις περιπτώσεις απόρων και μοναχικών υπερηλίκων ή και πρακτικές δυσκολίες στο νέο τρόπο ζωής στις περιπτώσεις νοσηλείας. Για την επίτευξη των στόχων που θέτει ο Κοινωνικός Λειτουργός, δηλαδή για την εποικοδομητική συνεργασία του ασθενή και



της οικογένειας του βασίζεται πάνω στη θεωρία της συμβουλευτικής για αποκατάσταση (Μαλικιώση, Λοίζου, 1999).

### **ΣΤ.2.5 Τομέας έρευνας και εκπαίδευσης:**

Διερευνά τους κοινωνικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην εκδήλωση και πορεία της νόσου, συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας στη διεξαγωγή ερευνητικών προγραμμάτων, εκπονεί προγράμματα κατάρτισης στα πλαίσια της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και μεριμνά για την εκπαίδευση και πρακτική άσκηση εκπαιδευτών Κοινωνικής Εργασίας» (Πανταζάκα, Μέντη, 2002).

### **ΣΤ.3 Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΕ ΙΑΤΡΟ- ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

Οι Οργανώσεις Υγείας και ιδιαίτερα οι κλειστές δομές, όπως τα Νοσοκομεία, χαρακτηρίζονται από το διάχυτο άγχος που κατακλύζει τους ασθενείς, την οικογένεια αλλά και το προσωπικό. «Η επίδραση των ιατρικών και νοσηλευτικών συνθηκών, οι εμπειρίες του αποχωρισμού και της απώλειας (loss), η έκταση της αβεβαιότητας και του κινδύνου συμπεριλαμβανομένης και της κρίσης, η οργανωτική πολυπλοκότητα με τους ιδιαίτερους και όχι πάντα ευέλικτους τύπους διεπιστημονικής συνεργασίας» (Δημοπούλου – Λαγωνίκα, 1992, σελ. 172), αποτελούν παράγοντες οι οποίοι συνδέονται με το άγχος στους χώρους αυτούς.

«Η Συμβουλευτική είναι κυρίως μια διανοητική, εκπαιδευτική διαδικασία, που περιλαμβάνει συναισθηματική εμπλοκή, δεν χαρακτηρίζεται όμως από αυτή. Αποσκοπεί στην εγκεφαλική κατανόηση του προβλήματος από το άτομο, στη διασαφήνιση των συγκρούσεών του σε σχέση με την πραγματικότητα, στην παράλληλη εκτόνωση των συναισθημάτων του και στη σταδιακή βελτίωση της λειτουργικότητάς του» (Δημοπούλου – Λαγωνίκα, 1992, σελ. 168).

Στη Συμβουλευτική, η κατεύθυνση είναι προς την επίλυση ενός προβλήματος, τη συνειδητή καθοδήγηση του ατόμου που έχει ανάγκη από βοήθεια σε ένα συγκεκριμένο τομέα και όχι στην παροχή υπηρεσιών. Οι κύριοι παράγοντες της συμβουλευτικής είναι το «άτομο» που επιζητά βοήθεια, με στόχο τη βελτίωση της λειτουργικότητάς του σε έναν τομέα και ο «ειδικός» που κατέχει αυτές τις εξειδικευμένες γνώσεις που θα τον βοηθήσουν στην πραγμάτωση των στόχων του (Δημοπούλου – Λαγωνίκα, 1992).

Η Συμβουλευτική παρέχεται άμεσα σε άτομα-ομάδες ή έμμεσα σε υπηρεσίες της κοινότητας. Έχει προληπτικό χαρακτήρα και μπορεί να εφαρμοστεί στο επίπεδο πρωτογενούς αλλά και δευτερογενούς πρόληψης. Επίσης σε περιστατικά κρίσης, όπου το άγχος είναι υψηλό και το άτομο- ομάδες κινητοποιούν δυνάμεις για άμεση λύση του προβλήματος. Με αυτό το περιεχόμενο η συμβουλευτική εφαρμόζεται και επεκτείνεται σε ποικίλους τομείς δράσης στις Ιατροκοινωνικές Υπηρεσίες (Δημοπούλου – Λαγωνίκα, 1992).

Ασθενείς έχουν δηλώσει ότι η συμβουλευτική τους έχει βοηθήσει στην αντιμετώπιση διαφόρων κρίσεων. Η συμβουλευτική αναπτύσσει σχέση εμπιστοσύνης πελάτη – επαγγελματία και σεβασμού. Τηρείται το απόρρητο των συζητήσεων αλλά ο σύμβουλος δεν πρέπει να αποκαλύπτει πολλά για τον εαυτό του, διότι η σχέση έχει δημιουργηθεί για να βοηθήσει τον ασθενή και όχι τον σύμβουλο. Διαρκεί μικρό χρονικό διάστημα. Θέτει στόχους και βοηθά το άτομο να προχωρήσει από μια κατάσταση άβολη γι' αυτόν, σε μία άλλη όπου θα αισθάνεται άνετα, αναπτύσσοντας συγχρόνως ικανότητες που τον βοηθούν να αντιμετωπίσει μόνος του προβλήματα, στο μέλλον. Τον βοηθά στον καθορισμό και στην εκπλήρωση στόχων (Μιχαλοπούλου, 2006).

Ο σύμβουλος θα πρέπει να δείξει ενδιαφέρον για τον ασθενή, να τον κάνει να αισθανθεί άνετα για να του εκφράσει συναισθήματα, απόψεις και προβλήματά του. Πρέπει να νιώθει ότι ο σύμβουλος είναι ανοικτός σε οποιαδήποτε άποψή του, άσχετα με το αν συμφωνεί ή όχι με αυτή. Πρέπει να του φέρεται ως ισότιμο άτομο με ίσα δικαιώματα, να μην τον μειώνει και να είναι ειλικρινής με τον ασθενή. Στο βαθμό που μπορεί να κατανοεί τον ασθενή, το παρελθόν του, την κουλτούρα του, το πώς αντιλαμβάνεται το πρόβλημα καθώς και να φαντάζεται πως αισθάνεται και δρα ο ασθενής του. Να του φέρεται με αξιοπρέπεια και ως άτομο καλό και άξιο με θετικά στοιχεία (Μιχαλοπούλου, 2006).

Η βασικότερη τεχνική συμβουλευτικής παρέμβασης είναι η ακρόαση, όπου ο σύμβουλος ακούει τα λεγόμενα του ασθενή, αλλά προσέχει και τη γλώσσα του σώματός του. Τα σωματικά μηνύματα που εκπέμπει ο ασθενής κατά την επαφή και τη συζήτηση με τον επαγγελματία, ο οποίος πρέπει να δείξει στον ασθενή ότι τον ακούει με προσοχή, αλλά χωρίς να τον κατακρίνει και χωρίς να εκφράζει την δική του άποψη. Οι λόγοι που κάνουν την ακρόαση αναγκαία είναι: Να δοθεί προσοχή στο μήνυμα που ο ασθενής θα δώσει. Να κατανοηθεί το μήνυμα που μεταδίδει. Να δείξει ο επαγγελματίας ενδιαφέρον και προσοχή και τέλος να ενθαρρυνθεί μια σχέση

ανοιχτή και ειλικρινής. Στη συμβουλευτική είμαστε υποχρεωμένοι να ακούμε αντί να μιλάμε, καθώς και να αποδεχόμαστε αντί να κατακρίνουμε (Μιχαλοπούλου, 2006).

Στο χώρο του Νοσοκομείου, οι ευκαιρίες που δίνονται στον Κοινωνικό Λειτουργό για συμβουλευτική εργασία είναι απεριόριστες αρκεί να υπάρχουν πρακτικές και οργανωτικές δομές και δυνατότητες, π.χ. επαρκής αναλογία Κοινωνικών Λειτουργών και ασθενών και η συντονισμένη προσπάθεια και επιμονή για εφαρμογή προγραμμάτων ατομικής και ομαδικής συμβουλευτικής. Η αναγκαιότητα παρέμβασης υπάρχει και στα 3 επίπεδα, στους ασθενείς, στην οικογένεια και το προσωπικό (Δημοπούλου- Λαγωνίκα, 1992).

## **Ζ1.ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΤΟΜΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ**

Η Κοινωνική Εργασία με άτομα ως μια διεργασία λύσης προβλημάτων στρέφει την προσοχή της στις ανάγκες του ατόμου και χρησιμοποιεί ως κύριο μέσο βοήθειας την ίδια την επαγγελματική σχέση ατόμου – Κοινωνικού Λειτουργού. Αναγνωρίζει τη συμβολή του περιβάλλοντος, τόσο στη δημιουργία ατομικού προβλήματος, όσο και στην πιο αποτελεσματική λύση (Κατσουρίδου–Παπαδοπούλου,2002). Πρεσβεύει τη μεμονωμένη επεξεργασία των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, με ανώτερο σκοπό να επηρεάσει με τέτοιο τρόπο τον πελάτη – πρόσωπο, ώστε αυτός να αναπτύξει αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση του προβλήματος του και να επηρεάσει έτσι το πρόβλημα ή να παρεμποδίσει τα αποτελέσματά του .Το πρόσωπο που είναι ο πελάτης έρχεται στον Κοινωνικό Λειτουργό σε εποχή κακής προσαρμογής σε έναν από τους ζωτικούς κοινωνικούς ρόλους του και πάντα κάτω από συνθήκες έντασης, αφενός μεν, γιατί αισθάνεται το πρόβλημα του σαν απειλή, αφετέρου δε γιατί η ανικανότητά του να το αντιμετωπίσει αυξάνει την έντασή του (Perlam,1957).

Η διεργασία της Κοινωνικής Εργασίας με Άτομα, προσπαθεί να ελκύσει το ίδιο το πρόσωπο στην εργασία και στην αντιμετώπιση, ενός ή πολλών προβλημάτων χρησιμοποιώντας κάποια μέσα για την επίτευξη του σκοπού αυτού. Τα μέσα αυτά είναι, η παροχή μιας θεραπευτικής σχέσης που επηρεάζει τη συναισθηματική σχέση του προς το πρόβλημά του, η παροχή ενός σημαντικού τρόπου με τον οποίο ο πελάτης μπορεί να ζητήσει να επεξεργαστεί τη φύση του προβλήματός του, τη σχέση του μ' αυτό και τις πιθανές λύσεις του και η παροχή ευκαιριών και βοηθημάτων που

θα ενεργοποιήσουν την προσαρμοστική δράση του πελάτη στο πρόβλημα του (Perlam, 1957).

Η Κοινωνική Εργασία με Άτομα χρησιμοποιείται, περισσότερο από άλλες, λόγω της εκάστοτε ιδιομορφίας των περιστατικών, ιδιαίτερα δε στο νοσοκομειακό πλαίσιο εφαρμογής της. Στο νοσοκομειακό πλαίσιο, η αποτελεσματικότερη εφαρμογή της Κοινωνικής Εργασίας με Άτομα, επιτυγχάνεται σε συνεργασία με την Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα, με τη χρησιμοποίηση γνώσεων και τεχνικών εργασίας της τελευταίας. Σκοπός της θα είναι η βελτίωση ορισμένων από τις συνθήκες ζωής στο Νοσοκομείο, όταν αυτές γίνονται πηγή προβλημάτων για τους ασθενείς (Κατσουρίδου– Παπαδοπούλου, 2002).

## **22. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΜΑΔΕΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η Κοινωνική Εργασία με ομάδες, ως σύστημα και διαδικασία παροχής βοήθειας έχει τις ρίζες της στη δεύτερη φάση ανάπτυξης της Κοινωνικής Εργασίας (Καλλινικάκη, 1998). Είναι μέθοδος και διεργασία κατεύθυνσης της ομαδικής ζωής από τον Κοινωνικό Λειτουργό (Wilson – Ryland, 1962).

Οι τρεις τομείς δραστηριοτήτων για τους επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς που ασχολούνται με την Κοινωνική Εργασία με ομάδες σύμφωνα με τον Getzel (1987) είναι:

- οι παροχές υπηρεσιών στο άτομο και τις οικογένειες τους ενδο-νοσοκομειακά και μετα-νοσοκομειακά
- οι έμμεσες υπηρεσίες στους ασθενείς μέσω των προσπαθειών να αλλαχτεί το περιβάλλον των νοσοκομείων
- οι επηρεασμός τόσο των διαδικασιών όσο και των δομών που κατευθύνουν την ανάπτυξη, των «πολιτικών» και των προγραμμάτων στα κοινοτικά και κοινωνικά προγράμματα υγείας.

Σε ένα Νοσοκομείο ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να οργανώνει ομάδες επικοινωνίας κατά θάλαμο ασθενών ή κατά νόσο, ομάδες ενημέρωσης – στήριξης των συγγενών ή ομάδες αυτοβοήθειας των ασθενών μετά τη λήξη της νοσηλείας τους. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού μπορεί να είναι μεσολαβητικός, υποστηρικτικός, συμβουλευτικός ή περιοριστικός (Καλλινικάκη, 1998).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να είναι το κεντρικό πρόσωπο της ομάδας και να έχει περισσότερο ενεργητικό και καθοδηγητικό ρόλο. Πρέπει να κάνει πολύ

μεγαλύτερη προεργασία, να διασαφηνίσει τους όρους και τον τρόπο εργασίας, σ' αυτούς που πρόκειται να έρθουν στην ομάδα. Η συναισθηματική υποστήριξη του καθοδηγεί την ομάδα, ιδιαίτερα δε το νεοεισερχόμενο μέλος (Getsel, 1987).

Σκοπός της Κοινωνικής εργασίας με ομάδες είναι:

α) Η εξασφάλιση ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος για τα μέλη της ομάδας, όπου υπάρχει παραδοχή και σχετική ελευθερία να διαλέξουν και να αποφασίσουν και ενθάρρυνση να δημιουργήσουν σχέσεις μεταξύ τους.

β) Παροχή ενός περιβάλλοντος, όπου τα άτομα θα τολμήσουν να δοκιμάσουν τις ικανότητές τους, τις ιδέες τους, τα συναισθήματά τους, σχηματίζοντας έτσι, μια εικόνα του εαυτού τους και των άλλων γύρω τους.

γ) Να βοηθήσει, ο κάθε άρρωστος να κάνει καλή χρήση των δυνατοτήτων του, χρησιμοποιώντας το maximum των ικανοτήτων του (Getsel, 1987).

## **Περίληψη**

Η Κοινωνική Εργασία αποτελεί μια αυτόνομη διοικητική μονάδα η οποία «επιλέγει» και κατευθύνει τους Κοινωνικούς Λειτουργούς των Νοσοκομείων. Την Κοινωνική Εργασία στο χώρο της Υγείας χαρακτηρίζει «ψυχοκοινωνική διάγνωση, ψυχοθεραπευτική νοσηλεία και αποκατάσταση. Κοινοτική οργάνωση, διοίκηση και κοινωνικό σχεδιασμό». Η Κοινωνική Εργασία χαρακτηρίζεται από ευελιξία αναφορικά με τους χώρους που πραγματοποιείται η άσκησης της. Δεν έχει γραφειοκρατικό χαρακτήρα αλλά ενεργητικό και παρεμβατικό. Η Κοινωνική Εργασία με άτομα, ως μια διεργασία λύσης προβλημάτων στρέφει την προσοχή της στις ανάγκες του ατόμου και χρησιμοποιεί, ως κύριο μέσο βοήθειας την ίδια την επαγγελματική σχέση ατόμου – Κοινωνικού Λειτουργού.

## ΕΝΟΤΗΤΑ 5

### **A. ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ**

Η Carr (1994), στις δεξιότητες, τις οποίες πρέπει να έχει ο Κοινωνικός Λειτουργός κατά την άσκηση της κοινωνικής εργασίας, αναφέρει:

- a Την αξιολόγηση και τον σύνδεσμο μεταξύ της κοινωνικής κατάστασης των ασθενών και της θεραπείας τους.
- a Την εκτίμηση – αξιολόγηση που εμπεριέχει συναισθηματικούς παράγοντες, καθώς και την αξιολόγηση των πρακτικών συνθηκών της ζωής των ασθενών και τη βοήθεια μετά τη νοσοκομειακή θεραπεία. Επίσης, η αξιολόγηση ισορροπίας μεταξύ της παρέμβασης του εξωτερικού και του εσωτερικού κόσμου του ασθενή.
- a Η δεξιότητα στην συμβουλευτική, είτε ατομική, είτε οικογενειακή ή ακόμη ομαδική και συζυγική. Ο Κοινωνικός Λειτουργός, είναι αυτός που ακούει σε ένα ιατρικό πλαίσιο και συχνά μπορεί να πει στον ασθενή τι θα πρέπει να κάνει, έχοντας τη γνώση του μεγάλου φάσματος των κοινοτικών ευκολιών που είναι πολύ χρήσιμη.
- a Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί είναι συχνά «οι διορθωτές μιας κατάστασης». Μερικές φορές ένα πρόβλημα φαίνεται να είναι ανυπερέβλητο, εκείνοι είναι οι άνθρωποι που το διευθετούν, βρίσκουν λύση, βοηθώντας, έτσι τον ασθενή, τους συγγενείς και το ίδρυμα σε δύσκολες καταστάσεις. Αυτές οι δεξιότητες «διόρθωσης – λύσης καταστάσεων» απευθύνονται σε ενεργητικούς, δραστήριους Κοινωνικούς Λειτουργούς, που προσφέρουν βοήθεια μικρής διάρκειας, γιατί ο στόχος είναι η προσαρμογή των ασθενών στη ζωή που έκαναν πριν, με το δικό τους δυναμικό.
- a Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί χρειάζονται γνώση μεγάλου φάσματος ιατρικών καταστάσεων και των κοινωνικών – συναισθηματικών παραγόντων που συνδέονται με τις συγκεκριμένες αρρώστιες, έχοντας γνώση όλων των πηγών που θα βοηθήσουν στις περιπτώσεις αυτές.
- a Δεξιότητα να συνεργαστούν με άτομα, τα οποία αντιμετωπίζουν μια μεγάλη απώλεια. Όπως απώλεια σωματικής ικανότητας, μέλους του σώματος ή απώλεια ζωής, μέλους της οικογένειας.

- a Ο Κοινωνικοί Λειτουργοί, λειτουργούν συχνά ως συνήγοροι για τον ασθενή σε ένα ιδρυματικό πλαίσιο.

### **A.1 ΑΛΛΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ**

Στο Νοσοκομείο, ο Κοινωνικοί Λειτουργοί εργάζονται και είναι το παραδοσιακό τους έργο, να γεφυρώσουν το χάσμα μεταξύ του νοσοκομείου και του σπιτιού. Είναι οι συνήγοροι για τον ασθενή, δεχόμενοι πολλές φορές κριτική, ότι η εργασία τους περιορίζεται στο να τακτοποιούν εξιτήρια ασθενών. Στην πραγματικότητα οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, έχουν αρνηθεί εξόδους ασθενών, όταν γνωρίζουν ότι οι ασθενείς χρειάζονται περισσότερο χρόνο, για να σχεδιάσουν το μέλλον τους. Ο ρόλος αυτός για το νοσοκομείο θεωρείται ως μη βοηθητικός, διότι οι σειρές αναμονής στα νοσοκομεία, είναι ένα μεγάλο πρόβλημα. Όμως οι ανάγκες ατόμων που πρέπει να εισαχθούν στο νοσοκομείο, θα πρέπει να ισορροπηθούν με τις ανάγκες τους, όταν θα βγουν από αυτό (Carr, 1994).

Χρειάζεται εξοικείωση των Κοινωνικών Λειτουργών με το νοσοκομείο και όχι σύγκρουση με αυτό, ικανότητα να κινούνται κρατώντας απόσταση από αυτό, βλέποντας την επίδραση του ιδρύματος στον άρρωστο. Η ικανότητα για ανεξάρτητη εργασία είναι σημαντική. Καθώς δέχονται παραπαιεμπτικά απ ευθείας από την ιατρική ομάδα, εκείνοι θα κάνουν την δική τους αξιολόγηση του παραπαιεμπτικού και θα αναλάβουν την δραστηριότητα που χρειάζεται (Carr, 1994).

## **B. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ**

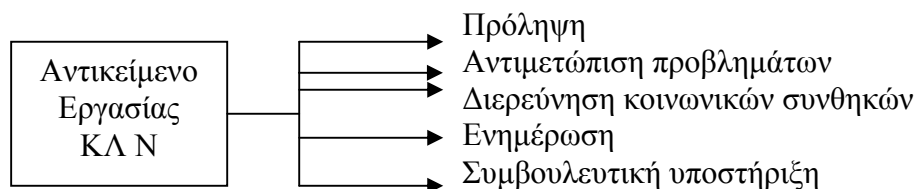
Το αντικείμενο εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών στο τομέα υγείας περιγράφεται στο Π.Δ. 891/1978 (ΦΕΚ 213/7-12-1978/τ.α').

Συγκεκριμένα :

1)Ο Κοινωνικός Λειτουργός, στον τομέα της υγείας συμβάλλει στην πρόληψη ή την αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων, που δημιουργούνται από καταστάσεις κλονισμού της σωματικής ή ψυχικής υγείας ατόμων ή που οφείλονται στην ίδια την προσωπικότητά τους ή σε άλλες δυσμενείς συνθήκες του περιβάλλοντος τους και τα οποία καθιστούν δυσχερές το διαγνωστικό έργο ή την εφαρμογή μέτρων θεραπείας.

2)Το έργο του Κοινωνικού Λειτουργού συνίσταται αφ' ενός μεν στην διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, τα οποία αποτελούν γενεσιουργούς λόγους προβλημάτων σωματικής ή ψυχικής ασθένειας, αφετέρου δε στην παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών, ενημερωτικού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα προς τον ασθενή και τους οικείους του με σκοπό τη συμβολή στην επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου και την ομαλή επανένταξη του καθενός στο κοινωνικό σύνολο.

3)Η δραστηριότητα του Κοινωνικού Λειτουργού, στον τομέα υγείας αναπτύσσεται μέσα στα πλαίσια συγκεκριμένων Κοινωνικών Υπηρεσιών νοσηλευτικού ιδρύματος ή κέντρου ψυχικής υγιεινής (διαγνωστικού, συμβουλευτικού, θεραπευτικού χαρακτήρα).



### Γ.1. Η ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

«Η συνεισφορά του Κοινωνικού Λειτουργού στο να βοηθά τα άτομα που προσέρχονται στο σύστημα υγείας, εξαρτάται από την αξιολόγηση (εκτίμηση) και τη δυνατότητα ερμηνείας του περιβάλλοντος στο οποίο ζει ο ασθενής, τη στάση του απέναντι σ' αυτό και απέναντι στην αρρώστια του, την σχέση μεταξύ των δυο, καθώς και την περάτωση του σχεδιασμού μετά-νοσοκομειακής φροντίδας και αποκατάστασης και επίσης την περάτωση, όποιων θεραπευτικών δραστηριοτήτων γενικών όρων, όπως συμβουλευτική, Κοινωνική Εργασία με οικογένεια, που ίσως να αποβούν βοηθητικές στον ασθενή στο να χειριστεί την αρρώστια του και να επανέλθει σε έναν υψηλό επίπεδο λειτουργικότητας, αφού τερματιστεί η φάση της θεραπείας του» (Carr, 1994, σελ. 20).

Στο χώρο της υγείας, ο Κοινωνικός Λειτουργός δίνει έμφαση στη μοναδικότητα του ασθενούς ως ενός ατόμου που είναι αντιμέτωπος με τη νόσο, βρίσκεται σε κρίση και καλείται να αντιμετωπίσει με τον «πλέον πρόσφορο και αποδοτικό τρόπο το πρόβλημά του» (Καλλινικάκη, 1998, σελ. 20). Επικεντρώνεται στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των προσωπικών, κοινωνικών και οικονομικών αναγκών των ασθενών,



δίνει έμφαση στην κοινωνική διάσταση του προβλήματος υγείας, εστιάζει στην αναγνώριση και αποκωδικοποίηση των συναισθηματικών παραμέτρων και τη μείωση συναισθημάτων φόβου και άγχους, την προετοιμασία για τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες της νόσου και την αντιμετώπιση των πρακτικών προβλημάτων των ασθενών και των οικογενειών τους, μέσα από την διεπιστημονική συνεργασία, την παροχή συμβουλευτικής και υποστηρικτικών δράσεων, την αξιοποίηση των παρεχόμενων πηγών βοήθειας στο χώρο του νοσοκομείου και στην κοινότητα, αλλά και των προσωπικών δυνάμεων, γνώσεων και εμπειριών του ατόμου και του περιβάλλοντός του (Καραγκούνης, 2005).

Λόγω της πολυπλοκότητας του νοσοκομειακού συστήματος, χρειάζονται Κοινωνικοί Λειτουργοί που να γνωρίζουν, πως λειτουργεί το σύστημα, να διασφαλίζουν ότι οι διακανονισμοί μπορούν να γίνονται και οι ασθενείς θα βοηθηθούν στο πιο κρίσιμο σημείο ανάγκης. Θα πρέπει εκτός του να είναι εξοικειωμένοι με την δουλειά τους μέσα στο νοσοκομειακό σύστημα, να αποκτήσουν εξοικείωση και να γνωρίσουν το σύστημα της κοινότητας. Οι νοσοκομειακοί Κοινωνικοί Λειτουργοί αναλαμβάνουν περιστατικά ευρέως φάσματος, σύνθετα και απαιτείται από το προσωπικό υψηλού επιπέδου δεξιότητες κατά τη διάρκεια παρέμβασης και βοήθειας σε άτομα (Carr, 1994).

Οι ανάγκες των ασθενών είναι πάντα η προτεραιότητα των Κοινωνικών Λειτουργών που εργάζονται στα νοσοκομεία. Η ισορροπία μεταξύ «συνηγορίας και συνεργασίας», μεταξύ «πίστης προς τον ασθενή και στον οργανισμό» είναι ο στόχος των Κοινωνικών Λειτουργών που εργάζονται στο χώρο των Νοσοκομείων (Mizrahi and Berger, 2001).

Η Κοινωνική Εργασία επηρεάστηκε από τη δυναμική και τη ψυχαναλυτική θεωρία, περισσότερο από άλλες επιστήμες. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την αγωνία του αρρώστου, τις ανάγκες του από την ασθένεια, την άρνησή του, την συνεργατικότητά του, την αρρώστια σε σχέση με την οικογένεια, τους ρόλους που μπορούν να παίξουν οι συγγενείς, για βοήθεια στην προσαρμογή του και να αναπτύξουν γνώσεις και τεχνικές χειρισμού, προς τον άρρωστο και το περιβάλλον του (Παπαιωάννου, 1998). Θα πρέπει ακόμη να είναι ευαίσθητοποιημένοι στις συναισθηματικές αντιδράσεις οργανικών ή ψυχικών ασθενειών, χωρίς αυτό να μειώνει τη σημασία των υπηρεσιών που προσφέρουν σε συγκεκριμένες ασθένειες π.χ. καρκίνος, διαβήτης. Συνεπώς, ο Κοινωνικός Λειτουργός προβαίνει σε νέα αξιολόγηση του ρυθμού που το εγώ του αρρώστου εξασθενεί και οι ανάγκες

εξάρτησης οξύνονται και δεν παίρνει υπόψη, μόνο τα υγιή τμήματα της προσωπικότητας που μάχεται, την αρρώστια ψυχική ή σωματική (Παπαϊωάννου, 1988).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός σε συνεργασία με την διεπιστημονική ομάδα, χειρίζεται τα συναισθήματα άγχους, απώλειας (loss) και πένθους (mourning), σε συνδυασμό με το σύνολο των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που συνυπάρχουν στην οικογένεια του ασθενή. Χρησιμοποιεί σκόπιμα τεχνικές συμβουλευτικής αντικατοπτρισμού (reflective counseling) ή μη κατευθυνόμενη συμβουλευτική (non – directive) κατά την οποία οι ασθενείς ενθαρρύνονται να εκφράσουν και να εξετάσουν τα συναισθήματά τους, σε σχέση με τον κίνδυνο που τους απειλεί, ενώ παράλληλα τους δίδεται υποστήριξη και επιβεβαίωση (Δημοπούλου – Λαγωνίκα, 1992).

Τα τελευταία χρόνια οι επαγγελματίες υγείας, ενθαρρύνονται να φροντίζουν για το σύνολο του ασθενή, δηλαδή το σώμα και την ψυχή. Η φροντίδα του επαγγελματία αποτελεί δύσκολο συνδυασμό στην αντιμετώπιση των σωματικών και συγχρόνως των ψυχικών αναγκών του ασθενή (Μιχαλοπούλου, 2006).

## **Γ.2 ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ**

### **Γ.2.1 Διαγνωστικός ρόλος:**

Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι εκείνος, που λαμβάνει το κοινωνικό ιστορικό, είτε απ' ευθείας από τον ασθενή, είτε από την οικογένειά του. Χρησιμοποιεί, βασικούς κανόνες της συνέντευξης με έμφαση σ' αυτό που λέγεται Θεραπευτική σχέση. Χρησιμοποιεί ένα ευρύ φάσμα γνώσεων, για μια διαγνωστική αξιολόγηση η οποία θα βοηθήσει στην συλλογική διάγνωση, της θεραπευτικής ομάδας, στην οποία θα βασίζεται η θεραπευτική παρέμβαση. Εκτός από τις περιβαλλοντικές, οικογενειακές και κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος, η διαγνωστική προσφορά του Κοινωνικού Λειτουργού, περιλαμβάνει και τις ψυχολογικές επιπτώσεις, που αυτές έχουν στην λειτουργικότητα του ατόμου, όπου είναι βασικός ρόλος στη συλλογική προσπάθεια της θεραπευτικής ομάδας. Είναι εκείνος που μπαίνει στο φυσικό χώρο του ασθενή, συλλέγοντας βασικά στοιχεία και εκείνος που παρακολουθεί τον ασθενή μετά το πέρας της νοσηλείας του (Μουζακίτης, 1988).

### **Γ.2.2 Συμβουλευτικός ρόλος:**

Ο Κοινωνικός Λειτουργός αποτελεί το συνδετικό κρίκο, μεταξύ της κλινικής και της οικογένειας του ασθενή κατά την εισαγωγή του στην κλινική και κατά την διάρκεια της νοσηλείας του. Ο ρόλος αυτός, συνίσταται σε προγραμματισμένες επαφές με μέλη ή όλη την οικογένεια του ασθενή, με σκοπό να δώσει πληροφορίες, επεξηγήσεις και διευκρινήσεις, για ερωτήματα που προκύπτουν σχετικά με το διαγνωστικό αποτέλεσμα, της θεραπείας και την πορεία της νοσηλείας. Είναι εκείνος που θα συμβουλευσει και θα βοηθήσει σε πρακτικά προβλήματα και θα δημιουργήσει σχέση συνεργασίας και αποδοχής. Είναι ένας συμπληρωματικός ρόλος που θα βοηθήσει στην προσαρμογή του ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ή και μετά την έξοδό του από το Νοσοκομείο (Μουζακίτης, 1988).

### **Γ.2.3 Ρόλος χειριστή ομάδων:**

Μπορεί ο Κοινωνικός Λειτουργός, να δημιουργήσει μικρό-ομάδες με ασθενείς σε μία κλινική. Ο σκοπός των ομάδων μπορεί να είναι μορφωτικός, ψυχαγωγικός ή να στοχεύει στην συνειδητοποίηση των ασθενών με την πραγματικότητα, δημιουργώντας στενή σχέση μεταξύ τους, για την καλύτερη προσαρμογή στη θεραπευτική διαδικασία και την προσαρμογή τους στην κλινική. Με την δημιουργία τέτοιων μικρό-ομάδων βοηθούνται οι ασθενείς στη μη απομόνωση που νιώθουν συνήθως στην κλινική, αλλά και είναι χρήσιμες ως διαγνωστικό μέσο της θεραπευτικής ομάδας (Μουζακίτης, 1988).

### **Γ.2.4 Οργανωτικός ρόλος:**

Ο ρόλος αυτός του Κοινωνικού Λειτουργού, έγκειται στον εντοπισμό πηγών υποστήριξης, στην οργάνωση των πηγών αυτών, στην ενημέρωση και συνεργασία με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς και στην ενεργοποίηση παραγόντων, που έχουν σχέση με την παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο αλλά και κατά την αποθεραπεία του (Μουζακίτης, 1988).

## **Γ3. ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

### **Γ.3.1 Ενδυνάμωση και προετοιμασία του ασθενή**

Αναγκαία για τον ασθενή και την οικογένειά του είναι η αίσθηση ότι συμμετέχουν ενεργά στην αντιμετώπιση της κατάστασης και όχι ως παρατηρητές. Η προετοιμασία αυτή γίνεται με την διαδικασία της εκπαίδευσης και της ενδυνάμωσης. Η ενδυνάμωση είναι μια «συνεχιζόμενη διαδικασία που επιτρέπει στους ανθρώπους να κατανοήσουν, να προβιβάσουν και να χρησιμοποιήσουν τις ικανότητές τους προκειμένου να αποκτήσουν καλύτερο έλεγχο και εξουσία πάνω στις ζωές τους. Δίνει στα άτομα τη δυνατότητα να επιλέξουν αλλά και να αποκτήσουν τον έλεγχο απαραίτητων για τη βελτίωση των συνθηκών της ζωής τους πηγών» (Schuftan, 1996, σελ. 200). Ο Κοινωνικός Λειτουργός στην κατεύθυνση αυτή, σε συνεργασία και με άλλες ειδικότητες, ενθαρρύνει τον ασθενή να γνωρίσει όσο το δυνατόν περισσότερα για την κατάστασή του, να κατανοήσει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του και να μάθει τις επιλογές που έχει. Μέσα από την διαδικασία αυτή μπορεί να αποκτήσει το αίσθημα της αυτοδιαχείρισης της ασθένειάς του, του δίνεται η δυνατότητα να πάρει αποφάσεις για τη θεραπεία του, καθιστώντας τον πιο ενεργό (Καραγκούνης, 2005).

### **Γ.3.2 Συνειδητοποίηση της νέας κατάστασης**

Η ασθένεια μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στον ασθενή στην εργασία του ή ακόμη και στην καθημερινότητά του και στις δραστηριότητές του. Τίθεται το ζήτημα στον Κοινωνικό Λειτουργό, το κατά πόσο η διάγνωση και η πρόγνωση της ασθένειας έγιναν κατανοητές από τον ίδιο και το περιβάλλον, κάτι το οποίο συνδέεται με την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο ή τη γλώσσα και το πολιτισμικό επίπεδο. Το άτομο όταν έρθει αντιμέτωπο με σοβαρή ασθένεια, μπορεί να βιώσει μία κρίση. Ο Κοινωνικός Λειτουργός στην φάση αυτή μαζί με την διεπιστημονική ομάδα εστιάζεται, στο να βοηθηθεί ο ασθενής και η οικογένειά του, να κατανοήσουν και να συνειδητοποιήσουν τη νέα κατάσταση, να εκφράσουν και να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους, τους φόβους και τις αντιδράσεις τους, αλλά και να ενδυναμωθούν. Μέσα από το κοινωνικό ιστορικό και τις συνεντεύξεις, με τον ασθενή και το περιβάλλον του, διερευνά την αλληλεπίδραση, τη δυναμική, τρόπους και βαθμό επικοινωνίας, καθώς και τον τρόπο διαχείρισης άλλων σημαντικών γι' αυτούς γεγονότων. Δίνεται έμφαση σε προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες και προσδιορίζονται ζητήματα για τη διατήρηση της συνοχής και της λειτουργικότητας της οικογένειας. Αφιερώνει χρόνο στον ασθενή, εξηγώντας πληροφορίες που έχουν

δοθεί, τον βοηθά να σκεφτεί, τον ενημερώνει και τον ενθαρρύνει, ώστε ο ίδιος να είναι ενεργά συμμετέχων στη διαδικασία αποφάσεων για τον ίδιο (Καραγκούνης, 2005).

### **Γ.3.3. Προσαρμογή του ασθενή και της οικογένειάς του**

Η ασθένεια επιφέρει στον ασθενή δυσκολία στην προσαρμογή και την αποδοχή της νέας κατάστασης. Συνήθως δεν υπάρχει χρόνος για την προετοιμασία του και την συνειδητοποίηση τυχόν νέων δεδομένων. Το αίσθημα πόνου, η αβεβαιότητα για το μέλλον, η απώλεια ευεξίας, οι συχνές νοσηλείες, είναι ανασταλτικοί παράγοντες προσαρμογής του αρρώστου.

Εκτός από αυτούς τους παράγοντες, ο Κοινωνικός Λειτουργός για την καλύτερη προσαρμογή του ατόμου, θα πρέπει να λάβει υπόψη, την οικογενειακή κατάστασή του, το βαθμό αυτό – εκτίμησης και την εικόνα του για τον εαυτό του, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, το εκπαιδευτικό και μορφωτικό του επίπεδο, το επάγγελμα και την ηλικία, αλλά και την οικογένειά του, η οποία βιώνει μια δύσκολη φάση αλλαγής ρόλων, επαγγελματικών, οικονομικών και έντονων συναισθημάτων. Ο ρόλος του φροντιστή, επωμίζεται το βάρος της φροντίδας, χωρίς πολλές φορές τον απαιτούμενο χρόνο προετοιμασίας και χωρίς την αποτελεσματική πρακτική και οικονομική συμπαράσταση της πολιτείας (Καραγκούνης, 2005).

Στόχος του Κοινωνικού Λειτουργού, στον ρόλο του αυτό είναι η ενθάρρυνση του ασθενή να παραμείνει ενεργός, βοηθά τον ασθενή να αναπτύξει υγιείς συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι στο άγχος, τον φόβο και την αναμενόμενη ανησυχία. Προσπαθεί να εντοπίσει και να αντιμετωπίσει συναισθηματικές συγκρούσεις ή καταστάσεις οι οποίες δεν αποτελούν ψυχικές παθήσεις, αλλά συνιστούν ψυχο – κοινωνικά προβλήματα για τον ασθενή και το περιβάλλον του. Προσφέρει έτσι ψυχοκοινωνική στήριξη στον ασθενή και σε σημαντικά για τον ασθενή, πρόσωπα του περιβάλλοντός του. Δίνει χρόνο στον ασθενή, ή στον συγγενή, ακούει με προσοχή τα προβλήματά του και δίνει την δυνατότητα να εκφορτιστεί περιγράφοντας συναισθηματικές καταστάσεις και βιώματα. Μπορεί να προσφέρει συμβουλευτική και υποστηρικτική βοήθεια προκειμένου να δώσει απαντήσεις σε ζητήματα που τον απασχολούν και να διαμορφώνει στόχους για την ίδια του τη ζωή (Καραγκούνης, 2005).

### **Γ.3.4 Διασύνδεση του ασθενή και του περιβάλλοντος με τις υπάρχουσες δομές**

Στην χώρα μας, λόγω της ύπαρξης πολλών διαφορετικών ταμείων και της κοινωνικής ασφάλισης, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα, προβλήματα με τα επιδόματα, την υποδομή και τις παροχές και χρίζουν διαφορετικής μεταχείρισης. Τραγικότερες διαστάσεις παίρνει το θέμα όταν ο ασθενής είναι ανασφάλιστος, άνεργος ή αλλοδαπός. Κυρίως αλλοδαποί και οικονομικοί μετανάστες, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον τομέα της επικοινωνίας, στην άγνοια για τη λειτουργία του κοινωνικό – προνοιακού συστήματός μας, αλλά και στην κάλυψη μιας οικονομικής δαπάνης που λόγω της θέσης τους και χωρίς την αρωγή της πολιτείας φαντάζει εξωπραγματική. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στο χώρο του νοσοκομείου, έρχονται συχνά αντιμέτωποι με τέτοιες καταστάσεις, τις οποίες προσπαθούν να καλύψουν με τα μέσα και τα προγράμματα που τους παρέχει η πρόνοια της πολιτείας, διαμορφώνοντας ένα πλάνο για τον κάθε ασθενή, βοηθώντας τον να έρθει σε επαφή με προγράμματα και πηγές βοήθειας στην κοινότητα. Εστιάζουν στην ενημέρωση για τις προβλεπόμενες παροχές, τις εναλλακτικές λύσεις που υπάρχουν, και επεμβαίνουν στην διασύνδεση του ασθενή και του περιβάλλοντος με τις υπάρχουσες δομές. Βέβαια οι ελλείψεις, οι ανισότητες και τα κενά που υπάρχουν στο κοινωνικό – προνοιακό σύστημα της χώρας μας υποδηλώνουν, ότι το σύστημα ενίσχυσης των ασθενών, παραμένει σε εκκρεμότητα (Καραγκούνης, 2005).

### **Δ.. ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ**

Η νομοθεσία και η δεοντολογία της Κοινωνικής Εργασίας θέτουν τα πλαίσια στα οποία πρέπει να ασκεί ο Κοινωνικός Λειτουργός το επάγγελμα στο χώρο του νοσοκομείου. Στην καθημερινή εφαρμογή όμως, της Κοινωνικής Εργασίας στα νοσηλευτικά ιδρύματα φαίνεται να ανακύπτουν ποικίλα δεοντολογικά διλήμματα. Τα δεοντολογικά διλήμματα προκύπτουν όταν υπάρχουν αντικρουόμενα συμφέροντα, καθήκοντα και υποχρεώσεις μεταξύ των συμμετεχόντων (Καλλιδικάκη, 1998).

Από έρευνα που έχει διεξαχθεί στις Η.Π.Α. και αφορούσε τα δεοντολογικά διλήμματα που αντιμετωπίζουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στο νοσοκομείο, φάνηκε ότι τα περισσότερα διλήμματα προέρχονται κυρίως από τη σύγκρουση μεταξύ του δικαιώματος για αυτοδιάθεση των ατόμων και αυτού που οι επαγγελματίες θεωρούν

ως το καλύτερο για το συμφέρον των εξυπηρετούμενων. Τα δεοντολογικά διλήμματα είναι πιο πιθανόν να εμφανιστούν, όταν η διανοητική κατάσταση των εξυπηρετούμενων δεν είναι καλή ή όταν η διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι προβληματική. Ακόμη, η καθυστερημένη έξοδος των ασθενών από το νοσοκομείο, ο αυξημένος αριθμός θανάτων μέσα στο νοσοκομείο, η ανεπαρκής εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση είναι θέματα που μπορεί να προκαλέσουν δεοντολογικά διλήμματα (Proctor, Morrow,- Howell, Leenne, 1993).

Οι συγγραφείς αναφέρουν, ότι τα περισσότερα δεοντολογικά διλήμματα προκύπτουν ανάμεσα στην επιδίωξη για την καλύτερη συμφέρουσα λύση για τον πελάτη και την καλλιέργεια του μέγιστου βαθμού αυτοδιάθεσης. Όμως, η διευθέτηση για επαρκή φροντίδα μετά τη νοσηλεία είναι το επίκεντρο για τους περισσότερους Κοινωνικούς Λειτουργούς. Όταν λοιπόν, οι υπάρχουσες λύσεις αποκατάστασης γίνονται αντιληπτές ως μη ικανοποιητικές, ανεξάρτητα από το αν είναι οι μόνο διαθέσιμες λύσεις, τότε είναι πιθανόν να εγερθούν δεοντολογικά διλήμματα. Ένα ακόμη ζήτημα που απασχολεί τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, είναι η άρνηση του ασθενή ή της οικογένειας του να γίνουν κάποιες ιατρικές πράξεις που είναι απαραίτητες για τη φροντίδα ή τη θεραπεία του ασθενή. Σε αυτήν τη περίπτωση, ορισμένοι Κοινωνικοί Λειτουργοί εργάζονται για να υπερασπιστούν το δικαίωμα του ασθενή να αρνηθεί οποιαδήποτε ιατρική ή νοσηλευτική πράξη και άλλοι προσπαθούν να πείσουν για την αναγκαιότητα αυτών των πράξεων. Επίσης, μερικές περιγραφές δεοντολογικών διλημάτων, αφορούν τη σύγκρουση ανάμεσα σε αυτό που θεωρούν καλύτερο οι Κοινωνικοί Λειτουργοί και σε αυτό που πιστεύουν ότι πρέπει να γίνει τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας ή αυτό που επιθυμεί το περιβάλλον του ασθενή ( Proctor, Morrow,- Howell, Leenne, 1993).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός που εργάζεται στο νοσοκομείο, έρχεται συχνά σε επαφή με ανθρώπους που είτε δεν είναι σε θέση να λάβουν αποφάσεις οι ίδιοι ( παιδιά, ηλικιωμένοι, ψυχικά ασθενείς, άτομα με νοητική καθυστέρηση κ.α.), είτε που οι αποφάσεις τους έρχονται σε αντίθεση με τις αξίες και τα πιστεύω των Κοινωνικών Λειτουργών (π.χ. Τοξικομανείς, αυτόχειρες). Ακόμη, στην άσκηση της εργασίας που αντιμετωπίζει άτομα που προέρχονται από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο (π.χ. μετανάστες, τσιγγάνοι), που έχουν διαφορετικές θρησκευτικές πεποιθήσεις που τους υπαγορεύουν να διατηρούν συγκεκριμένες στάσεις (π.χ. μάρτυρες του Ιεχωβά που αρνούνται τη μετάγγιση αίματος) ή άτομα διαφορετικού μορφωτικού, κοινωνικού, οικονομικού επιπέδου. Καθήκον των Κοινωνικών Λειτουργών είναι να

προστατεύσουν τα δικαιώματα των ατόμων ακόμα και τις δικές τους προκαταλήψεις και επαγγελματικές αδυναμίες. Έτσι μόνο θα κατορθώσουν τη δίκαιη και ισότιμη μεταχείριση των εξυπηρετούμενων και τη διασφάλιση του κύρους του επαγγέλματος τους (Ζάρναρη, 1997).

## **E. ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ**

Κατά την Carr (1994), οι Νοσοκομειακοί Κοινωνικοί Λειτουργοί, βιώνουν αισθήματα, σε σχέση με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους όπως: Αποφυγή, απώλεια, μελαγχολία, ανησυχία, πίεση, άγχος, ματαίωση. Πίεση για να λύσουν άλυτα προβλήματα. Επιθυμία να διορθώσουν πράγματα. Εκνευρισμό «Γιατί δεν λύνεις το πρόβλημα μόνος σου». Σε σχέση με το νοσοκομειακό πλαίσιο, παθητικότητα μπροστά στο δυνατό και πολύπλοκο οργανισμό. Ανταγωνισμό με το άλλο προσωπικό. Δυσφορία, εάν ο ρόλος των Κοινωνικών Λειτουργών υποτιμάται και η θέση τους υποβιβάζεται, παλεύοντας με το ιατρικό καθεστώς και τέλος ταύτιση με δυνατούς γιατρού.

### **Περίληψη**

Στο Νοσοκομείο οι Κοινωνικοί Λειτουργοί γεφυρώνουν το χάσμα μεταξύ των Νοσοκομείων και του σπιτιού. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί συμβάλλουν στην πρόληψη ή αντιμετώπιση των συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων που δημιουργούνται από καταστάσεις κλονισμού της σωματικής ή ψυχικής υγείας ατόμων ή οφείλονται στην ίδια την προσωπικότητά τους ή σε άλλες δυσμενείς συνθήκες του περιβάλλοντός του. Στο χώρο της Υγείας ο Κοινωνικός Λειτουργός δίνει έμφαση στην μοναδικότητα του ασθενή, ενός ατόμου που είναι αντιμέτωπος με την νόσο, βρίσκεται σε κρίση και καλείται να αντιμετωπίσει με τον πλέον πρόσφορο και αποδοτικό τρόπο το πρόβλημά του.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί αντιμετωπίζουν και δεοντολογικά διλήμματα στο Νοσοκομείο όπου τα περισσότερα προέρχονται από τη σύγκρουση μεταξύ του δικαιώματος για αυτοδιάθεση των ατόμων και αυτού που οι επαγγελματίες θεωρούν ως το καλύτερο για το συμφέρον των εξυπηρετούμενων. Τα περισσότερα δεοντολογικά διλήμματα προκύπτουν ανάμεσα στην επιδίωξη για την καλύτερη



συμφέρουσα λύση για τον πελάτη και την καλλιέργεια του μέγιστου βαθμού αυτοδιάθεσης.

## **ΕΝΟΤΗΤΑ 6**

### **A. ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ**

Οι Mailick and Ashley (1981), δίνουν μια περιγραφή της έννοιας της διεπαγγελματικής συνεργασίας και προσπαθούν να μειώσουν τυχόν παραποιήσεις της έννοιας: «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 συνεδρίες».

Στον τομέα της φροντίδας υγείας, η διεπαγγελματική συνεργασία έχει γίνει ένα σημαντικό σημείο σκέψης, καθώς η παροχή φροντίδας υγείας στις σύγχρονες κοινωνίες, γίνεται ολοένα και πολύπλοκότερη και έτσι πολλά άτομα από διαφορετικά επαγγέλματα είναι υποχρεωμένα να εργάζονται από κοινού για να είναι δυνατή η παροχή επαρκούς και υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας. Ακόμη, η διεπαγγελματική συνεργασία υποστηρίζεται από τους επαγγελματίες που εργάζονται στο χώρο της υγείας διότι, πιστεύουν πως με την συνεργασία γίνεται δυνατή η παροχή πιο αποτελεσματικών φροντίδων, στα άτομα που ζητούν αυτές τις φροντίδες (Σαπουντζή – Κρέπια, 1995).

Το βασικό σκεπτικό της διεπιστημονικής ομάδας υγείας, είναι ότι κανένα επάγγελμα υγείας δεν μπορεί από μόνο του να έχει όλες τις απαραίτητες γνώσεις για να ικανοποιήσει τις πολύπλευρες ανάγκες και τα προβλήματα υγείας. Η οργάνωση της ομάδας, για ολοκλήρωση, συντονισμό και συνεργασία, προσφέρει ασφάλεια στη λήψη των αποφάσεων σε όλα τα επίπεδα, διαγνωστικό – θεραπευτικό και όχι μόνο στα μέλη της, αλλά έχει αντίκτυπο και στους ίδιους τους ασθενείς, που βλέπουν τη σοβαρότητά της από κοινού αντιμετώπισης. Διαφορετικά μένουν ανικανοποίητες ανάγκες, ενώ η ευθύνη συντονισμού και ολοκλήρωσης της νοσηλείας ή αποκατάστασης θα βαρύνει άμεσα τον άρρωστο, ο οποίος δεν μπορεί να αποφύγει τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ ειδικοτήτων και τις αντιφάσεις (Ιατρίδης, 1989).

Η λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας παρουσιάζει ορισμένα προβλήματα μεταξύ των επαγγελματιών, που μετέχουν στην ομάδα ιδιαίτερα σχετικά με τον ρόλο, αρμοδιότητα, ικανότητα, ευθύνη, όρος δικαιοδοσίας και την επιλογή του αρχηγού της ομάδας. Ορισμένα προβλήματα προέρχονται από την ιατροκεντρική αντίληψη ότι η κοινωνική εργασία αποτελεί μια δευτερογενής υπηρεσία, την άγνοια των άλλων επαγγελματιών για τα ακριβή όρια της κοινωνικής εργασίας, καθώς και στην ένταξη της κοινωνικής εργασίας στη βαθμίδα του διοικητικού προσωπικού με αποτέλεσμα ο κοινωνικός λειτουργός να μην αντιμετωπίζεται ως επιστήμονας, μέλος του επιστημονικού προσωπικού αλλά ως υπάλληλος μέλος του διοικητικού, εκτελεστικού προσωπικού. Έτσι ο επαγγελματικός ανταγωνισμός είναι παράλληλος της επαγγελματικής συνεργασίας (Ιατρίδης, 1989).

## **B. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΣΦΑΛΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑΣ**

Σε μια κλινική κατά την ομαδική εργασία, όλα τα μέλη της ομάδας δέχονται ότι το κάθε ένα, έχει επαγγελματική προσφορά με τα δικαιώματα που απορρέουν μέσα από τις αρχές του επαγγέλματος του. Κάθε μέλος της ομάδας έχει δικαίωμα και ευθύνη να προσφέρει, όταν ο ασθενής έχει ανάγκη βοήθειας. Είναι δικαίωμα του ασθενή, να έχει προς όφελός του, όλες τις δεξιότητες της ομάδας, όπως χρειάζονται (Carr, 1994).

Κάθε ένα επάγγελμα έχει την αποκλειστικά δική του λειτουργία και την απαραίτητη επικάλυψη, η οποία απαιτείται για έξυπνη και παραγωγική συνεργασία (cooperation – team work), εξασφαλίζοντας την κατά το δυνατόν ευρύτερη ολιστική αντιμετώπιση του ατόμου (Παπαϊωάννου, 1994).

Η επιτυχία της διεπιστημονικής συνεργασίας, εξαρτάται από πολλούς οργανωτικούς παράγοντες όπως:

- ∅ Την κατάλληλη προετοιμασία των μελών της ομάδας αναφορικά με το περιεχόμενο της συνεργασίας, τους ρυθμούς συνεργασίας, την κινητοποίηση της ομάδας και το κοινό αίσθημα.
- ∅ Την άρτια οργάνωση και δομή της ομάδας π.χ. το μέγεθος, ο τόπος και ο χρόνος, η διάρκεια της ομάδας. Η επιτυχία της ομάδας εξαρτάται, από το σαφή καθορισμό του ρόλου και της λειτουργίας του κάθε μέλους και τον

αμοιβαίο βαθμό εξάρτησης μεταξύ τους, ώστε να μη δημιουργούνται επικαλύψεις.

- Ø Την *επίτευξη κοινών σκοπών*, όπου το κάθε μέλος γνωρίζει το αντικείμενο του δικού του τομέα, αισθάνεται ότι συμβάλλει ενεργά στη επιτυχία του κοινού σκοπού και αισθάνεται ασφαλές με την επιστημονική του ταυτότητα.
- Ø Την *επιλογή της κατάλληλης στιγμής* που είναι ένας παράγοντας, που πρέπει να ληφθεί υπόψη για τη συνεργατική διαδικασία. Για παράδειγμα, κατάλληλη στιγμή για τη κινητοποίηση της διεπιστημονικής ομάδας μπορεί να είναι μια περίοδος που ανακύπτει μια κατάσταση ανάγκης.
- Ø Τέλος, από τη *σωστή διεκπεραίωση του ρόλου* που έχει να επιτελέσει η ομάδα αλλά και το κάθε μέλος της ξεχωριστά (Παπαιωαννου,1994).

Παράλληλα, με τους οργανωτικούς παράγοντες στη διεπιστημονική ομάδα, επιδρούν και οι ατομικοί παράγοντες των μελών. Ο κάθε επαγγελματίας, φέρνει στη ομάδα διαφορετικούς τρόπους επικοινωνίας, διαφορετικές μεθόδους συλλογής πληροφοριών και επίλυσης προβλημάτων. Οι διαφορές αυτές εμπλουτίζουν και ισχυροποιούν τη διεπιστημονική ομάδα. Η επιτυχία της διεπιστημονικής ομάδας, προϋποθέτει την αποδοχή και το σεβασμό των ατομικών χαρακτηριστικών, καθώς και τη χρησιμοποίηση των διαφορετικών ικανοτήτων, γνώσεων και εμπειριών που εισάγει ο κάθε επαγγελματίας, ώστε να διευρυνθεί η γνώση και η έκταση των δεξιοτήτων που προσφέρονται για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ατόμων (Παπαιωάννου, 1998).

## **Γ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ – ΑΙΤΙΑ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ**

Στον τομέα της παροχής φροντίδας Υγείας, η αντίληψη παίζει σπουδαίο ρόλο γιατί επηρεάζει την ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας, στις ανάγκες των πελατών τους. Αποτελεί παράγοντα επηρεασμού της επαγγελματικής συμπεριφοράς των επαγγελματιών. Είναι βασικό στοιχείο που σηματοδοτεί αντιδράσεις των επαγγελματιών κατά τη διάρκεια της διεπαγγελματικής συνεργασίας (Σαπουντζή – Κρέπια, 1995).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη, διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο, υπάρχουν όμως και κάποιοι που την επηρεάζουν γενικά. Τέτοιοι είναι στάσεις, αξίες, πιστεύω, στερεότυπα, αξιολογήσεις, ψυχογενείς ανάγκες και μηχανισμοί άμυνας (Σαπουντζή – Κρέπια, 1995).

Κατά τους Molzhaw και Northcott (1989), υποστηρίζουν πως η γενική κουλτούρα, καθώς και η κουλτούρα των ομάδων στις οποίες ανήκουν τα άτομα επηρεάζουν την αντίληψη των ατόμων. Σ' αυτούς τους παράγοντες, προστίθεντο και οι κοινωνικοί ρόλοι και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του ατόμου.

Στη διεπαγγελματική συνεργασία στο χώρο της υγείας, ορισμένα προβλήματα προέρχονται από την Ιατροκεντρική αντίληψη, την αντίληψη ότι η Κοινωνική Εργασία αποτελεί μια δευτερογενή υπηρεσία, καθώς και την άγνοια των άλλων επαγγελματιών για τα ακριβή όρια της Κοινωνικής Εργασίας (Ιατρίδης, 1989).

Τα προβλήματα συνεργασίας μεταξύ των Κοινωνικών Λειτουργών και των άλλων μελών του προσωπικού υγείας μπορεί να πηγάζουν πιθανόν:

- «Από την δυσκολία των άλλων ειδικοτήτων στο νοσοκομειακό πλαίσιο να δουν τα όρια της δουλειάς του Κοινωνικού Λειτουργού.

- Από τον ίδιο τον Κοινωνικό Λειτουργό, που έχοντας μάθει να αντιμετωπίζει και να λύνει μόνος του τα προβλήματα μπορεί να δυσανασχετεί για τη συλλογική εργασία» (Αγάθωνος-Μαρούλη, 1980, σελ.174). Πολύ συχνά άλλοι επαγγελματίες δεν καταλαβαίνουν ή δεν εκτιμούν το τι, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί κάνουν. Αισθάνονται ότι, η παρέμβαση της Κοινωνικής Εργασίας δεν βοηθά τους ασθενείς ή ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί δεν συνεισφέρουν στο «βάθος» (Mizrahi & Berger, 2001).

Συνήθως, η συνεργασία διαφόρων επαγγελματιών υγείας έχει θετικές επιδράσεις στην ποιότητα φροντίδας των ατόμων. Υπάρχουν όμως και προβλήματα που προκύπτουν από αυτή την συνεργασία. Αυτά έχουν τις ρίζες τους σε κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, σε παρανοήσεις, υπάρχουσες στάσεις και στερεότυπα, καθώς επίσης και στις ατομικές κλίμακες αξιών και στις αξιώσεις υπεροχής και εξουσίας ορισμένων επαγγελματιών. Ο φόβος για απώλεια κοινωνικής θέσης και θέση εξουσίας μέσα στην ομάδα, οδηγεί μερικές φορές τα άτομα σε συμπεριφορές που προκαλούν συγκρούσεις. Αυτές μπορεί με την σειρά τους να προκύψουν από διαφορετικό ορισμό ενός προβλήματος ή από επικέντρωση σε μέρος του προβλήματος, από μέλη της ομάδας. Ακόμη σύγκρουση μπορεί να προκληθεί σε μερικούς επαγγελματίες, λόγω ανεπαρκών οδηγιών ή ασαφείς καθορισμών επαγγελματικών καθηκόντων και υποχρεώσεων, τα οποία προκαλούν αβεβαιότητα και ευερεθιστότητα (Σαπουντζή- Κρέπια, 1995).

Όταν η συμμετοχή των «Ειδικοτήτων» της ομάδας αλληλο-καλύπτεται ή είναι ασαφής, διφορούμενη ή ο βαθμός αλληλεξάρτησης είναι περιορισμένος, η

συνεργασία μπορεί να περιέχει σοβαρά προβλήματα επικοινωνίας. Η ανταγωνιστικότητα αναφορικά με το κύρος, η ιεραρχία, η αντιμισθία, οι αντικουρόμενες αντιλήψεις για το ρόλο ή τις ευθύνες, η ανεξαρτησία ή η αυτονομία είναι παράγοντες οι οποίοι εμποδίζουν την συνεργασία. Η έλλειψη εκπαιδευτικής προετοιμασίας των μελών, η ασάφεια των ρόλων και η ανακολουθία των προσδοκιών, οι διαφορές status, οι δομές ισχύος και οι ηγετικές τάσεις, αποτελούν συνηθισμένα προβλήματα της διεπαγγελματικής συνεργασίας (Παπαϊωάννου, 1994).

Πάντα η σύγκρουση είναι φυσικό να εμφανίζεται στην διεπαγγελματική συνεργασία. Μπορεί όμως να χρησιμοποιηθεί για την ανάπτυξη της ομάδας, είτε σαν θετικό, είτε σαν αρνητικό στοιχείο (Σαπουντζή – Κρέπια, 1995). Οι υπηρεσίες της διεπιστημονικής ομάδας, ενωμένες συντελούν στην αποδοτικότερη φροντίδα του ασθενή. Ο Κοινωνικός Λειτουργός στην ιατρική ομάδα είναι εκείνος που θα τονίσει τους ψυχοκοινωνικούς, ενδοοικογενειακούς παράγοντες στη μελέτη, τη διάγνωση και τη θεραπεία, παραμένοντας προσανατολισμένος στις ανάγκες και τη θεραπεία του συγκεκριμένου ασθενή και της οικογένειάς του. Παρακολουθεί την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου, ενθαρρύνοντας, υποστηρίζοντας, συντηρώντας τις δυνάμεις του εγώ του, γεγονός που πολλοί γιατροί, παραδέχονται ως βοηθητικό (Παπαϊωάννου, 1988).

#### **Δ. ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΟΥΝ**

Κατά την Carr (1994), δεν λειτουργεί αποτελεσματικά μια διεπαγγελματική ομάδα, αν υπάρχει, συνεχιζόμενη σχέση μεταξύ των ατόμων με προσωπική επαφή, συχνές αλλαγές των μελών της ομάδας με χαλαρή δομή και λίγες επαφές. Η ομάδα θα πρέπει να έχει τακτικές συναντήσεις για συζήτηση και εφαρμογή ενός υπόβαθρου πρακτικής, με συχνή επαφή πρόσωπο με πρόσωπο και όχι μέσω τηλεφώνου. Τα μέλη, δεν πρέπει να ενεργούν ανεξάρτητα παίρνοντας δικές τους αποφάσεις, να μην απομονώνονται και να αναφέρουν όποια δραστηριότητα παίρνουν στην ομάδα. Οι προτεραιότητες των ασθενών αξιολογούνται διαφορετικά από τα μέλη της ομάδας. Θα πρέπει, να υπάρχει σεβασμός μεταξύ των μελών της ομάδας ως προς το γιατί εφαρμόζουν μερικές προτεραιότητες από άλλες. Κάθε λοιπόν ομαδική συνεργασία θα πρέπει να βασίζεται στο δόσιμο και αντίθετα.

Για την θεραπεία της αρρώστιας ή την θετική επίδραση της θεραπευτικής, στη συμπεριφορά του ασθενή και της οικογένειάς του, χρειάζεται η συνεχής απόκτηση και

ανανέωση γνώσεων από τους εκπροσώπους όλων των διαφορετικών επιστημονικών κατευθύνσεων και η αναγνώριση της σημασίας της συνεργασίας τους, στην ολιστική αντιμετώπιση του αρρώστου. Η επιτυχία της συνεργασίας της διεπαγγελματικής ομάδας, οδηγεί πάντα σε όφελος του αρρώστου και της οικογένειάς του. Στην απόδοση της διεπιστημονικής ομάδας, θα μπορούσε να συμβάλλει η διασαφήνιση των διαφορετικών αλλά σημαντικών προσφορών του κάθε μέλους. Να μην περιμένει η ομάδα ότι η συνεργασία θα προχωρήσει από μόνη της, διότι θα αποτύχει. Να δέχεται τη διαφοροποίηση των πλαισίων, όπου το μοντέλο της αυστηρής συνεργασίας των ειδικών είναι απαραίτητο και αυτών που μια μεγαλύτερη ελαστικότητα αρκεί. Απαραίτητη είναι η επανεξέταση της εκπαίδευσης των μελών για τυχόν λανθασμένες τοποθετήσεις, σε σχέση με το ρόλο, τη συμπεριφορά, τη δύναμη εξουσίας που έχει κάθε εκπρόσωπος, αλλά και την πιθανότητα ύπαρξης κενών ή αδυναμιών σε κάθε επάγγελμα. Τέλος, χρειάζεται η πλήρης γνώση της ειδικής προσφοράς του κάθε μέλους της ομάδα (Παπαϊωάννου, 1988).

### **Περίληψη**

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

Στην διεπαγγελματική συνεργασία στο χώρο της υγείας, ορισμένα προβλήματα προέρχονται από την ιατρική αντίληψη, την αντίληψη ότι η Κοινωνική Εργασία αποτελεί μια δευτερογενής υπηρεσία, καθώς και την άγνοια των άλλων επαγγελματιών για τα ακριβή όρια της Κοινωνικής Εργασίας.

Η ομάδα θα πρέπει να έχει τακτικές συναντήσεις για συζήτηση και εφαρμογή ενός υπόβαθρου πρακτικής με συνεχή επαφή πρόσωπο με πρόσωπο και όχι μέσω τηλεφώνου. Τα μέλη πρέπει να αναφέρουν όποια δραστηριότητα παίρνουν στην ομάδα και όχι να δρουν ανεξάρτητα.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

#### **A1. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»**

Το τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας του Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» ξεκίνησε την λειτουργία του το 1996 με την έναρξη λειτουργίας του νοσοκομείου. Μέχρι το 2005 υπαγόταν στην διοικητική υπηρεσία ενώ σήμερα αποτελεί αυτόνομο τμήμα την ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου, με προϊστάμενο Κοινωνικό Λειτουργό και στελεχώνεται από 8 κοινωνικούς λειτουργούς εκ των οποίων ένας με πρόγραμμα stage και ένας επικουρικός. Σύμφωνα με το μητρώο της υπηρεσίας μηνιαίως δέχονται νέες 35 έως 40 παραπομπές. Στο μητρώο δεν καταγράφονται παραπομπές που έρχονται στο τμήμα για δεύτερη ή και πολλοστή φορά, καθώς και οι περιπτώσεις μετανοσοκομειακής παρακολούθησης. Ενδεικτικά την τελευταία 5ετία έχουν καταγραφεί το 2004:448, το 2005:412, το 2006:349, το 2007:438 και το 2008:393 παραπομπές.

Κατά την 12ετή λειτουργία του το τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας έχει πραγματοποιήσει τις ακόλουθες ενέργειες: συμμετοχή και διοργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων (60 ωρών) με θέμα «επαγγελματίες υγείας στην αντιμετώπιση ασθενών θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας». Σε συνεργασία με την χειρουργική κλινική, διοργάνωση προγραμμάτων πρόληψης για τον καρκίνο. Δημιουργία περιπτέρου ενημέρωσης τόσο στο χώρο του νοσοκομείου όσο και στην πλατεία Ελευσίνας για την παγκόσμια εβδομάδα μητρικού θηλασμού. Συμμετοχή σε προγράμματα στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργώ 2», δημιουργία εκδήλωσης με αφορμή τον εορτασμό της Παγκόσμιας Ημέρας Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και της παγκόσμιας ημέρας του Παιδιού. Συνεργασία με το ΚΕΘΕΑ προκειμένου να πραγματοποιούνται στο νοσοκομείο δωρεάν εξετάσεις σε άπορους εξυπηρετούμενους του προγράμματος. Πρόταση και οργάνωση για την λειτουργία «γραφείου υποδοχής ασθενών» με αποτέλεσμα την δημιουργία του γραφείου εξυπηρέτησης του πολίτη. Συμμετοχή σε επιτροπή για την δημιουργία παιδικού σταθμού για τα παιδιά των εργαζομένων του νοσοκομείου. Ενέργειες για την



εξεύρεση παιχνιδιών και ρουχισμού για τα παιδιά της παιδιατρικής κλινικής από φορείς της κοινότητας. Διοργάνωση Χριστουγεννιάτικων εκδηλώσεων τόσο για τα παιδιά της παιδιατρικής κλινικής όσο και για τα παιδιά των εργαζομένων σε συνεργασία με το σωματείο του νοσοκομείου. Επανειλημμένες εισηγήσεις προς τις εκάστοτε διοικήσεις του νοσοκομείου για τον ρόλο και την λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο νοσοκομειακό πλαίσιο. ενημέρωση προς τις άλλες ειδικότητες και κλινικές του νοσοκομείου για τις παροχές της κοινωνικής υπηρεσίας καθώς και την δημιουργία ενημερωτικού φυλλαδίου που διανέμεται στο νοσοκομείο. Τέλος, το τμήμα της Κοινωνικής Υπηρεσίας όλα αυτά τα χρόνια της λειτουργίας του αποτελεί πλαίσιο εκπαίδευσης και πρακτικής άσκησης για τους σπουδαστές κοινωνικούς λειτουργούς.

Το έργο των Κοινωνικών Λειτουργών στο Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο» είναι:

- Προληπτικό – συμβουλευτικό
- Υποστηρικτικό
- Παρεμβατικό
- Ερευνητικό και
- Στατιστικό

Το τμήμα της Κοινωνικής Υπηρεσίας ασχολείται με την διερεύνηση και αντιμετώπιση κοινωνικό- οικονομικών, οικογενειακών και συναισθηματικών προβλημάτων που επηρεάζουν ή επηρεάζονται από την πάθηση του ασθενή, διευκολύνοντας έτσι στην αποδοχή της ασθένειας, στη θεραπεία και στη γενική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξή του.

Πιο πρακτικά οι Κοινωνικοί Λειτουργοί ασχολούνται με εξωτερικούς ή εσωτερικούς ασθενείς που:

- Παραπέμπονται από το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου
- Προσέρχονται μόνοι τους στην Κοινωνική Υπηρεσία
- Εντοπίζονται από τους ίδιους τους Κοινωνικούς Λειτουργούς
- Παραπέμπονται από άλλες Κοινωνικές Υπηρεσίες.

**ΑΡΧΕΣ:** Η συνεργασία με τον ασθενή είναι διαρκής και οι επιδιωκόμενοι σκοποί (συναισθηματική υποστήριξη, ανάπτυξη αυτοεκτίμησης του ασθενή, χειραφέτηση κ.α.) είναι πολλές φορές διαφορετικοί από αυτούς που υπολογίζουν – περιγράφουν οι ιατροί και οι Νοσηλευτές που τον παραπέμπουν. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί παρεμβαίνουν διακριτικά και με τη σύμφωνη γνώμη του εξυπηρετούμενου

ασθενούς λαμβάνοντας υπόψη τις αρχές της αυτοδιάθεσης, του σεβασμού, της αξιοπρέπειας και της τήρησης του απορρήτου (εκτός αν αξιολογηθεί ότι η συμπεριφορά του είναι επιβλαβής για τον εαυτό του ή το περιβάλλον του).

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ:** Σημαντικό μέρος της εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών είναι:

- η σωστή εκτίμηση του προβλήματος του ασθενή
- η αποτελεσματική παραπομπή του σε εξειδικευμένες υπηρεσίες που μπορούν να παρέχουν συστηματική βοήθεια
- η αξιοποίηση πηγών υποστήριξης από επίσημους φορείς ή μη κυβερνητικές οργανώσεις και εθελοντές. Σε αρκετές περιπτώσεις η Κοινωνική Υπηρεσία συνεργάζεται με τις Αρχές (Δικαστικές, Αστυνομία κ.α.) όπου κρίνει αναγκαία την παρέμβασή του.

Τα συνήθη περιστατικά και οι αντίστοιχες παρεμβάσεις της Κοινωνικής Υπηρεσίας μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- Ø Ασθενείς χωρίς περιβάλλον/ αγνώστων στοιχείων. Διερεύνηση – Ευαισθητοποίηση – Κινητοποίηση περιβάλλοντος του ασθενούς.
- Ø Ανασφάλιστοι Άποροι ασθενείς. Ασφαλιστική Κάλυψη – Παροχές Ασφαλιστικών Ταμείων – Επιδόματα. Παροχή οικονομικής – υλικής βοήθειας για την κάλυψη άμεσων αναγκών ασθενών.
- Ø Ασθενείς που χρήζουν αποκατάσταση, χρόνια ασθενείς με ελλιπές περιβάλλον. Μετανοσοκομειακή φροντίδα – περίθαλψη.
- Ø Κακοποίηση – Παραμέληση. (παιδιών, γυναικών και υπερηλίκων). Παρέμβαση, συνεργασία με τις Αρχές και εξειδικευμένες υπηρεσίες.
- Ø Δυσκολίες προσαρμογής στη νόσο. Συναισθηματική στήριξη (προετοιμασία για χειρουργική επέμβαση, αποδοχή νέας εικόνας του ασθενούς, αποδοχή χρόνιας ασθένειάς του κ.λ.π.).
- Ø Εξαρτήσεις (αλκοόλ – τοξικές ουσίες). Παραπομπή σε ειδικά προγράμματα.
- Ø Προβλήματα ψυχικής υγείας – νοητικής υστέρησης – Εντοπισμός/ Παραδοχή του προβλήματος. Παραπομπές και συνεργασία με άλλες υπηρεσίες.
- Ø Προβλήματα διαπροσωπικών – ενδοοικογενειακών σχέσεων.
- Ø Αναμενόμενος – Αιφνίδιο θάνατος. Συναισθηματική υποστήριξη ασθενή και περιβάλλοντος.

- Ø Πολυπροβληματικές οικογένειες. Παρέμβαση και παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες.
- Ø Άστεγοι. Προσπάθεια για εξεύρεση στέγης (κοινωνικοί, ψυχιατρικοί ξενώνες κ.λ.π.).
- Ø Αλλοδαποί (Τουρίστες, Πρόσφυγες, Μετανάστες). Επαναπατρισμός, παραπομπή σε υπηρεσίες για έκδοση νομιμοποιητικών εγγράφων, ασφάλιση κ.α. συνεργασία με τις Πρεσβείες κ.λ.π.

Τέλος η Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου ασχολείται με την εργασία με την Κοινότητα και στις δραστηριότητες των Κοινωνικών Λειτουργιών περιλαμβάνεται η αντιμετώπιση περιστατικών – εργαζομένων του Νοσοκομείου. Στα προβλήματα που αντιμετωπίζει σήμερα αλλά και στο παρελθόν το τμήμα της Κοινωνικής Υπηρεσίας εντάσσονται: η έλλειψη προσωπικού και υλικοτεχνικής υποδομής (π.χ. υπολογιστές, fax.). Οι απευθείας εξωτερικές γραμμές με αποτέλεσμα να διακινδυνεύει το απόρρητο των συνδιαλέξεων με τους εξυπηρετούμενους και τις άλλες υπηρεσίες, η έλλειψη χώρου και οι συχνές μετακινήσεις των γραφείων της κοινωνικής υπηρεσίας η έλλειψη διαχείρισης της υπηρεσίας χρηματικού ποσό, τόσο για εξωτερικές εργασίες των Κοινωνικών Λειτουργιών π.χ. κατοίκων επισκέψεις και επισκέψεις σε υπηρεσίες της κοινότητας όσο και για την ενίσχυση απόρων ασθενών. Η διεπαγγελματική συνεργασία και η μη έγκαιρη παραπομπή των περιπτώσεων και τέλος η μεγάλη έλλειψη δομών στην κοινότητα. (Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας (Θριάσιο) – Κοινωνική Υπηρεσία Λ. Γεννηματά, 19600 Μαγούλα, τηλ. 210-5534857 – 858, fax: 210-5551243).

## **A2. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

Η ίδρυση του τμήματος της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Γ.Ν. Καλαμάτας πραγματοποιείται το έτος 1980, με δημιουργία προσωποπαγούς θέσεως κοινωνικού λειτουργού. Ως το 1986, η θέση ιεραρχικά όπως σε κάθε άλλη κοινωνική υπηρεσία νοσοκομείου δεν υπαγόταν σε κάποια συγκεκριμένη Νομοθετική Διάταξη αλλά εξαρτιόταν από τον οργανισμό του νοσοκομείου. Το 1986 τοποθετείται ιεραρχικά στην Διοικητική υπηρεσία του νοσοκομείου. Ενώ το 1991 γίνεται καταμερισμός των κλινικών ανά Κοινωνικό Λειτουργό για την καλύτερη και ταχύτερη αντιμετώπιση των περιστατικών του νοσοκομείου. Παράλληλα, την ίδια χρονιά και μέχρι το 1995 γίνεται μια επίμονη προσπάθεια να αλλάξει η εξωτερική εικόνα της κοινωνικής υπηρεσίας

και να αποσυρθούν κάποιες προκαταλήψεις για το ρόλο και το έργο των Κοινωνικών Λειτουργών, συμμετέχοντας σε επισκέψεις για τον εντοπισμό περιστατικών και ενημερώνοντας το κοινό για τον ρόλο της κοινωνικής υπηρεσίας. Επίσης, πραγματοποιείται για πρώτη φορά παρουσίαση του κοινωνικού ιστορικού του ασθενούς σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Το 2001 επαναπροσδιορίζεται ο σκοπός της και υπάγεται πλέον ιεραρχικά στην ιατρική υπηρεσία. Οι προβλεπόμενες μόνιμες θέσεις είναι έξι, παρόλα αυτά λειτουργεί με 4 μόνιμους και δέχεται ειδικευόμενους Κοινωνικούς Λειτουργούς για εξαμηνιαία πρακτική.

Η κοινωνική υπηρεσία του Γ.Ν. Καλαμάτας έχει εφαρμόσει μέσα στα πλαίσια εργασίας της όλες της μεθόδους της άσκησης της Κοινωνικής Εργασίας. Σε γενικές γραμμές ασχολείται με τις εξής κατηγορίες:

- Ø Τρίτη ηλικία
- Ø Εισαγωγές σε ιδρύματα
- Ø Προβλήματα οικονομικά- ανεργίας-ασφαλιστικά
- Ø Προβλήματα οξείων και χρόνιων ασθενειών, νοητικής υστέρησης, κινητικών αναπηριών
- Ø Προβλήματα αποκλίνουσας συμπεριφορά (αλκοολισμός, εγκληματικότητα, ναρκωτικά, πορνεία, φυλάκιση κ.α.)
- Ø Ψυχολογικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς.
- Ø Διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις – μονογονεϊκή οικογένεια
- Ø Περιπτώσεις πένθους

Εκτός των ανωτέρων η κοινωνική υπηρεσία ασχολείται με

- Ø Την δικαστική συμπάρασταση
- Ø Συμμετοχή σε επιτροπές (προμήθειες υλικού, τροφίμων, ιατρικά εργαλεία)
- Ø Συμμετοχή σε προγράμματα του Υπουργείου και των τοπικών αρχών

Στην εικοσάχρονη πορεία της η Κοινωνική Υπηρεσία αντιμετώπισε κάποιους ανασταλτικούς παράγοντες για την εύρυθμη λειτουργία της:

- Ø Προβλήματα δυσπιστίας από την εκάστοτε διοίκηση του νοσοκομείου, η οποία δυσκολεύτηκε να κατανοήσει πλήρως την χρησιμότητάς της.
- Ø Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις σύγχυσης από τους εξυπηρετούμενους για τις αρμοδιότητες της Κοινωνικής Υπηρεσίας με την Κοινωνική Υπηρεσία της Πρόνοιας του Νομού Μεσσηνίας.

- Ø Σημαντική και χαρακτηριστική κρίνεται η έλλειψη συνεργασίας από την πλευρά των ασθενών λόγω ελλιπούς ενημέρωσης για το τι προσφέρει το τμήμα.
- Ø Η μη λειτουργία του τμήματος με βάρδιες συχνά προκαλεί παράταση των εργασιών τους και πέρα από το ωράριο τους ενώ σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης που χρήζουν κοινωνικής βοήθειας είναι στην δικαιοδοσία του κάθε λειτουργού αν θα παρευρεθεί.

Η Κοινωνική Υπηρεσία του Γ.Ν. Καλαμάτας πραγματοποιεί διάφορα προγράμματα για την βελτίωση των συνθηκών που βιώνουν οι ασθενείς και συμβάλλει στην ενημέρωση για το τι προσφέρει η υπηρεσία.

- Ø Το 2007 υλοποιήθηκε το πρόγραμμα των υπουργείων για την «Ενημέρωση για το AIDS». Η ενημέρωση έγινε σε σχολεία
- Ø Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί συμμετείχαν σε κλιμάκια του νοσοκομείου για την αντιμετώπιση των έκτακτων αναγκών που δημιουργήθηκαν κατά την διάρκεια των πυρκαγιών του καλοκαιριού στον Νομό μας.
- Ø Πραγματοποιήθηκε συνεργασία με το ορφανοτροφείο «Χατζηκώστα» της Αθήνας προκειμένου να υλοποιηθεί πρόγραμμα προστασίας άπορων οικογενειών με κοινωνικά προβλήματα.
- Ø Σε συνεργασία με την Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Μεσσηνίας οι κοινωνικοί λειτουργοί του νοσοκομείου εκπόνησαν μελέτη με την μεταστέγαση των Αθίγγανων σε μια περιοχή της Μεσσηνίας.

### **A3. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ «ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ».**

Το τμήμα της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Γ.Ν. Μυτιλήνης ιδρύθηκε το 1974, το οποίο και λειτουργούσε με έναν κοινωνικό λειτουργό. Μέχρι το 2001 υπαγόταν στην διοικητική υπηρεσία ενώ σήμερα αποτελεί αυτόνομο τμήμα την ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου, με προϊστάμενο Κοινωνικό Λειτουργό και στελεχώνεται από 4 κοινωνικούς λειτουργούς. Σύμφωνα με το μητρώο της υπηρεσίας οι Κοινωνικοί Λειτουργοί ασχολούνται με 60 έως 70 μέσο όρο περιστατικά το μήνα.

Το έργο των Κοινωνικών Λειτουργών στο Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστανείο» είναι προληπτικό, συμβουλευτικό, υποστηρικτικό, παρεμβατικό, ερευνητικό και στατιστικό.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί παρεμβαίνουν συνήθως σε περιπτώσεις

- ∅ Ασθενών χωρίς περιβάλλον/ αγνώστων στοιχείων.
- ∅ Ανασφάλιστων και Άπορων ασθενών
- ∅ Κακοποίηση – Παραμέληση.
- ∅ Εξαρτήσεων (αλκοόλ – τοξικές ουσίες)
- ∅ Προβλημάτων ψυχικής υγείας – νοητικής υστέρησης
- ∅ Προβλημάτων διαπροσωπικών – ενδοοικογενειακών σχέσεων.
- ∅ Αναμενόμενου – Αιφνίδιου θανάτου
- ∅ Πολυπροβληματικών οικογενειών
- ∅ Άστεγων
- ∅ Αλλοδαπών- προσφύγων

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί του Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοσπάνειο» ασχολούνται με εξωτερικούς ή εσωτερικούς ασθενείς που παραπέμπονται από το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου, που προσέρχονται μόνοι τους στην Κοινωνική Υπηρεσία, που εντοπίζονται από τους ίδιους τους Κοινωνικούς Λειτουργούς. Με περιστατικά που παραπέμπονται από την Εισαγγελία και από την Εταιρία Προστασίας Ανηλίκων. Επίσης, είναι σε συνεχή συνεργασία με την Κοινωνική Πρόνοια, το Ι.Κ.Α., την Αστυνομία, την Μητρόπολη και τις κατά τόπους εκκλησίες, το Οικοτροφείο Θηλαίων, τα γηροκομεία του νησιού, τους Δήμους και βεβαίως με τα Προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» της κάθε περιοχής. Επίσης, πραγματοποιούνται κατ' οίκον επισκέψεις, όπου κρίνεται αναγκαίο εντός και εκτός πόλης. Η κοινωνική υπηρεσία συνεργάζεται στενά με την Κινητή Μονάδα «Παρέστιος» στην οποία παραπέμπονται περιστατικά για την συνέχιση της παρακολούθησης τους κατ' οίκον και πραγματοποιείται διασυνδεδετική με τον συνάδελφο κοινωνικό λειτουργό, ο οποίος στεγάζεται δύο φορές την εβδομάδα στο γραφείο αυτής. Παράλληλα, υπάρχει διασυνδεδετική μεταξύ του Νοσοκομείου και των άλλων Νοσοκομείων στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη για τα περιστατικά που διακομίζονται και συνεχίζουν την νοσηλεία τους εκεί, καθώς και με τις Κοινωνικές Υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας του Νησιού. Διασυνδεδετική συνεργασία πραγματοποιήθηκε με τις Δικαστικές Φυλακές Κορυδαλλού ειδικά αυτό το έτος με συγκεκριμένο περιστατικό. Ακόμη συνεργάζεται με το Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων (ΕΙΑΑ), όπου και παραπέμπονται περιστατικά για αποκατάσταση (εγκεφαλικά επεισόδια, τροχαία, κτλ).

Η Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου συμμετέχει στην Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Λέσβου (Τ.Ε.Ψ.Υ) και στα Δ.Σ της Εταιρίας Προστασίας Ανηλίκων του Δ.Ο.Κ.Π και του ΟΚΑΝΑ. Συμμετέχει, επίσης, στην επιτροπή ελέγχου στο ΙΚΠΑ

«ΘΕΟΜΗΤΩΡ», το οποίο είναι ίδρυμα φιλοξενίας ατόμων με ειδικές ανάγκες και έχει υπό την σκέπη του ξενώνα φιλοξενίας ανήλικων προσφύγων. Παράλληλα, συμμετέχει ενεργά στα σεμινάρια του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού για την επιμόρφωση εθελοντών ως εισηγητές, καθώς και σε συνέδρια και ημερίδες που αφορούσαν το κλάδο μας (κακοποίηση, εφηβική παραβατικότητα κ.τ.λ.), ως εισηγητές. Τέλος, συμμετέχει στην παιδοψυχιατρική ομάδα του Νοσοκομείου. Δεν πρέπει να παραληφθεί και η συνεργασία της Κοινωνικής Υπηρεσίας με τα Τ.Ε.Ι. για την εκπαίδευση σπουδαστών μιας και αποτελεί πλαίσιο για εξάμηνη πρακτική.

Στα προβλήματα που αντιμετωπίζει το τμήμα της Κοινωνικής Υπηρεσίας εντάσσονται η έλλειψη διαχείρισης από την υπηρεσία ενός χρηματικού ποσού για την ενίσχυση και την κάλυψη αναγκών απόρων ατόμων (π.χ. οικονομική κάλυψη εισιτηρίων για λόγους υγείας), οι απευθείας εξωτερικές γραμμές με αποτέλεσμα να κινδυνεύει το απόρρητο των συνδιαλέξεων με τους εξυπηρετούμενους και τις άλλες υπηρεσίες, η μη λειτουργία του τμήματος με βάρδιες, συχνά προκαλεί παράταση των εργασιών των κοινωνικών λειτουργών και πέρα από το ωράριο τους αμισθί, ενώ πολλές φορές προβλήματα δημιουργούνται από την διοίκηση, η οποία δεν μπορεί να κατανοήσει το έργο της Κοινωνικής Υπηρεσίας και πολλές φορές την παραγκωνίζει, τέλος δεν πρέπει να ξεχάσουμε την έλλειψη δομών μετανοσοκομειακής φροντίδας που δυσχεραίνει και δυσκολεύει το έργο της.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΔΙΕΘΝΩΣ

#### Περίληψη

Διεθνώς η πρόσβαση στις Κοινωνικές Υπηρεσίες είναι ουσιαστική εάν οι χρήστες υπηρεσιών αποκομίζουν τις υλικές και κοινωνικές υπηρεσίες πηγών που τους παρέχονται προκειμένου να μπορέσουν να ανακουφιστούν από τις δυσμενείς κοινωνικές περιστάσεις που τους περιβάλλουν και με αυτό τον τρόπο να βελτιώσουν τις συνθήκες της υγείας τους.

Μια διερευνητική μελέτη διεξήχθη με κοινή συνεργασία των Πανεπιστημίων της περιοχής Hunter και της Νότιας Νέας Ουαλίας, στην Αυστραλία με σκοπό να αναπτύξει ένα σύνολο προτεραιοτήτων για την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας στην υγεία που στόχος ήταν να διερευνηθούν οι απόψεις των Κοινωνικών Λειτουργών υγείας σχετικά με την έννοια των κλινικών προτεραιοτήτων. Επίσης στην Σουηδική και Βρετανική πρακτική ενδιαφέρον αναπτύσσεται στη συμβολή της Κοινωνικής Εργασίας, στην αντιμετώπιση των άνισων αναγκών που πραγματοποιούνται στις παροχές και στις υπηρεσίες χρηστών στην υγεία.

Στα τέλη του 1996 το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας Υγειονομικών Υπηρεσιών στο Ballarat, αναγνώρισε την ανάγκη δημιουργίας μιας κλίμακος, η οποία θα βοηθούσε στον καθορισμό του πιθανού φόρτου εργασίας, του ενός συγκεκριμένου πελάτη που θα δημιουργούσε στον Κοινωνικό Λειτουργό που εργάζεται στους τομείς αποκατάστασης και αξιολόγησης της υπηρεσίας τους. Μια πρόσφατη μελέτη ασχολήθηκε με τον ρόλο συνηγορίας του Κοινωνικού Λειτουργού που βρίσκεται σε χώρους υγείας. Η μελέτη αυτή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι για τους εργαζόμενους τα σημαντικά εμπόδια στην συνηγορία είχαν σχέση με την έλλειψη οργανωτικής αποδοχής ή υποστήριξης και την έλλειψη εκπαιδευτικής προετοιμασίας για το ρόλο αυτόν. Στον ελλαδικό χώρο πραγματοποιήθηκε έρευνα για την διερεύνηση της επαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ Κοινωνικών Λειτουργών και νοσηλευτριών και διαπιστώθηκε ότι η επαγγελματική συνεργασία μεταξύ Κοινωνικών Λειτουργών και νοσηλευτριών βελτιώνει τις παρεχόμενες φροντίδες προς τα μέλη των οικογενειών των νοσηλευόμενων.



Επίσης έρευνες έχουν γίνει για την Κοινωνική Εργασία και διαχείριση φροντίδας μια περιπτωσιολογική μελέτη του ρόλου της Κοινωνικής Εργασίας στην διαλογή νοσοκομείων σε κατ' οίκον νοσηλεία ή σε οίκους ευγηρίας.

## **A. ΤΟΜΕΙΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ**

Σύμφωνα με διεθνής πιλοτικές μελέτες, οι οποίες διεξήχθησαν σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία στο Κάνσας και την Μασαχουσέτη Αμερικής , η Κοινωνική Εργασία στο χώρο του νοσοκομείου επικεντρώνεται στους παρακάτω τομείς:

∅ Αρχική εκτίμηση του ασθενή, παράλληλη καταγραφή στοιχείων μέσω της συνέντευξης με τον ίδιο ή την οικογένεια του κατά το στάδιο της εισαγωγής. (Kitchen & Brook, 2005).

∅ Εκτίμηση της κοινωνικής κατάστασης της οικογένειας και της ικανότητας της να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της ασθένειας, της θεραπείας και της νοσηλείας του. (Gregorian, 2005).

∅ Πλήρης ψυχο-κοινωνική εκτίμηση των περιπτώσεων που ο Κοινωνικός Λειτουργός της ομάδας κρίνει, ότι υποβόσκουν σοβαρές κοινωνικές ανάγκες ή η ιατρική ομάδα χρειάζεται εκτίμηση της λειτουργικότητας της οικογένειας. Η πλήρης εκτίμηση είναι πάντοτε απαραίτητη στις περιπτώσεις που υπάρχουν θέματα κακοποίησης ή / και παραμέλησης. Επίσης, στις περιπτώσεις που υπάρχουν θέματα ενδο- οικογενειακής βίας, ψυχικής υγείας, χρήση ουσιών ή αλκοόλ ή θέματα παιδικής προστασίας. (Kitchen & Brook, 2005).

∅ Συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα με στόχο την επικέντρωση στις ανάγκες του ασθενή και της οικογένειας, με σκοπό την ενίσχυση και την κινητοποίηση της για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειας. (Gregorian, 2005).

∅ Προσδιορισμός και διάγνωση των ψυχο- κοινωνικών, συναισθηματικών και κοινωνικών παραμέτρων που παρεμποδίζουν την ανάρρωση, την θετική έκβαση ή τον προγραμματισμό ομαλής επανόδου του ασθενή στο σπίτι. (Gregorian, 2005).

∅ Εντοπισμός και χειρισμός συγκρούσεων που μπορεί να προκύψουν μεταξύ του νοσηλευόμενου και του νοσοκομείου. Συνηγορία υπέρ του ασθενή και της οικογένειας βάση των αναγκών τους. (Gregorian, 2005).

Ø Συμβουλευτική/ Παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης εφαρμόζεται για την υποστήριξη ασθενών και οικογενειών με σοβαρά προβλήματα υγείας, ώστε να μπορέσουν να χειριστούν τα θέματα υγείας ή σε περιπτώσεις που υπάρχουν οικογενειακές διαμάχες. (Kitchen & Brook, 2005).

Ø Συμβουλευτική σε ασθενείς τελικού σταδίου και χειρισμός πένθους. (Gregorian, 2005).

Ø Συντονισμός των ενεργειών της ομάδας απαιτούνται στις περιπτώσεις που υπάρχουν πολλαπλά ιατρικά προβλήματα που χρήζουν τον συντονισμό επαγγελματιών, όπως γιατροί, νοσηλεύτες, ασφαλιστικά ταμεία, υπηρεσίες αποκατάστασης, θεραπευτήρια, άλλες κοινοτικές υπηρεσίες και φυσικά τον ασθενή και την οικογένεια. (Kitchen & Brook, 2005).

Ø Η δρομολόγηση του εξιτηρίου ξεκινάει από την ημέρα της εισαγωγής γιατί οι ανάγκες του ασθενή ανιχνεύονται από την αρχή από τον Κοινωνικό Λειτουργό του νοσοκομείου και έτσι ενεργοποιούνται οι κατάλληλες υπηρεσίες και τα προγράμματα που θα υποδεχτούν τον ασθενή μετά τη νοσηλεία. (Kitchen & Brook, 2005).

Ø Παραπομπές. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, της διεπιστημονικής ομάδας γνωρίζουν τις υπηρεσίες και τα προγράμματα που είναι κατάλληλα να παρέχουν βοήθεια στους ασθενείς και ανάλογα με το ασφαλιστικό ταμείο ή τον τόπο κατοικίας κάνουν τις κατάλληλες παραπομπές. Οι παραπομπές πρέπει να είναι ανάλογες των αναγκών των ασθενών και κυρίως περιλαμβάνουν παροχές μετανοσοκομειακής φροντίδας ανάλογα με το ασφαλιστικό ταμείο του νοσηλευόμενου, προστατευμένες στεγαστικές δομές με παροχή φροντίδας ανάλογα με τις ανάγκες ασθενή, υπηρεσίες υποστήριξης και χειρισμού θεμάτων ενδο-οικογενειακής βίας, υπηρεσίες παιδικής προστασίας, σχολές γονέων, προγράμματα βοήθεια στο σπίτι, υπηρεσίες υποστήριξης ενηλίκων ή παιδιών με ειδικές ανάγκες, υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μεταφραστικές υπηρεσίες, προγράμματα απασχόλησης. (Kitchen & Brook, 2005).

Ø Χειρισμός περιπτώσεων που κάνουν χρήση ουσιών. (Gregorian, 2005).

Ø Αρθρογραφία, διδασκαλία, έρευνα. (Gregorian, 2005).

## **B. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ: ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.**

Αυτό το άρθρο παρουσιάζει τα συμπεράσματα μιας διερευνητικής μελέτης, που διεξήχθη με κοινή συνεργασία των πανεπιστημίων της περιοχής Hunter και της Νότιας Νέας Ουαλίας, στην Αυστραλία, με σκοπό να αναπτύξει ένα σύνολο προτεραιοτήτων για την πρακτική της κοινωνικής εργασίας στην υγεία (Giles, Gould, Hart & Swancott, 2007).

Στα πλαίσια των υπηρεσιών υγείας, οι αποφάσεις σχετικά με τις προτεραιότητες που αφορούν την μεσολάβηση της κοινωνικής εργασίας, την λήψη απόφασης καθώς και την κατανομή των κοινωνικών πόρων και πείρας, έχουν βασιστεί παραδοσιακά, σε μια αλληλεπίδραση μεταξύ της γνώσης της κοινωνικής εργασίας, των αρχών και των δεξιοτήτων της και της ιστορικής προτεραιότητας της πολιτικής της Υγείας. Λαμβάνονται επίσης υπόψη οι μεταβαλλόμενες συνθήκες των οργανισμών, οι περικοπές των προϋπολογισμών, οι αυξανόμενες απαιτήσεις για υψηλή αποτελεσματικότητα, οι απαιτήσεις των διεπιστημονικών ομάδων και οι απόψεις των διευθυντών. Στο τρέχον πλαίσιο των υγειονομικών υπηρεσιών, οι παραδοσιακές πρακτικές εξετάζονται στην παρουσιαζόμενη μελέτη (Giles, Gould, Hart & Swancott, 2007).

Ο στόχος της μελέτης, ήταν αρχικά να διερευνηθούν οι απόψεις των κοινωνικών λειτουργών υγείας σχετικά με την έννοια των κλινικών προτεραιοτήτων. Εν συνεχεία, να συλλεχθεί και να κατανοηθεί ο καθορισμός των προτεραιοτήτων στην πράξη και τέλος να αναπτυχθεί ένα κοινό σύνολο προτεραιοτήτων για τους κοινωνικούς λειτουργούς ώστε να ισχύσει σε ποικίλες υπηρεσίες υγείας. Η μελέτη συνδύασε ποσοτικά και ποιοτικά στοιχεία προκειμένου να γίνει κατανοητή πλήρως η φύση και η σημασία τρεχουσών και μελλοντικών προτεραιοτήτων για την πρακτική. Το εργαλείο ερευνών διαιρέθηκε σε δύο τμήματα. Στο πρώτο τμήμα ζητήθηκε από τους κοινωνικούς λειτουργούς να ταξινομήσουν τις τρέχουσες προτεραιότητες. Στο δεύτερο τμήμα ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να ταξινομήσουν τον πελάτη με βάση την ανάγκη και τη σειρά ανταπόκρισης τους, και να δικαιολογήσουν τους λόγους της ταξινόμησης. Αυτό έδωσε τα στοιχεία για τις προτεραιότητες των κοινωνικών λειτουργών και τους παράγοντες που συνιστούν αυτές τις προτεραιότητες, οι οποίοι ήταν α) η ασφάλεια/ κίνδυνος, β) η πρόσβαση στους πόρους, γ) η κοινωνική/ψυχολογική υποστήριξη. Οι ομάδες εστίασης έδωσαν πληροφορίες για τον τρόπο που ενεργούν και σκέφτονται οι άνθρωποι και στοιχεία όσον αφορά την έννοια των προτεραιοτήτων και των διαδικασιών επιλογής αυτών των προτεραιοτήτων (Giles, Gould, Hart & Swancott, 2007).

Η μεθοδολογία έδωσε στους κοινωνικούς λειτουργούς χρόνο και χώρο να εξετάσουν τον τύπο και την φύση των προτεραιοτήτων στην παροχή της Υγείας, με τέτοιο τρόπο ώστε να ελαχιστοποιήσουν την επιρροή της γραφειοκρατίας που ασκείται αλλά και του πολιτικού συστήματος που ανήκει, μέσα στα πλαίσια άσκησης της κοινωνικής εργασίας. Χρησιμοποιήθηκε, λοιπόν, ώστε να αναπτυχθεί ένα τελικό σύνολο κλινικών προτεραιοτήτων, το οποίο επιτρέπει στους κοινωνικούς λειτουργούς να το χρησιμοποιούν στην άσκηση της πρακτικής τους. Στην διεπιστημονική ομάδα, χρησιμεύουν ως εργαλείο που επιτρέπει την λογική παραπομπή στην κοινωνική υπηρεσία. Σε ατομικό επίπεδο, οι προτεραιότητες αποτελούν οδηγό για την υποστήριξη και καθοδήγηση αποφάσεων σχετικά με τη διανομή του φόρτου εργασίας και το λογικό χρονικό πλαίσιο για την παροχή των υπηρεσιών. Σε ένα οργανωτικό πλαίσιο χρησιμεύουν ως εργαλείο ερμηνείας και σχεδιασμού καθώς και των παραμέτρων του ρόλου της κοινωνικής εργασίας στην Υγεία (Giles, Gould, Hart & Swancott, 2007).

Η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί στο Hunter Health εξέτασαν τις επαγγελματικές αρχές ως πυρήνα της πρακτικής τους, με την καθιέρωση των κλινικών προτεραιοτήτων, στις οποίες βασίστηκαν (Giles, Gould, Hart & Swancott, 2007).

Η μελέτη έχει δώσει στην ιδρυτική ομάδα κοινωνικών λειτουργών μια ισχυρότερη φωνή στο στάδιο της καθιέρωσης των προτεραιοτήτων στην κοινωνική πρακτική εργασίας στην Υγεία. Σε συνέχεια της κεντρικής θέσης των ηθικών αρχών, οι κοινωνικοί λειτουργοί εξέφρασαν μια ισχυρή επιθυμία να ενημερώσουν την πρακτική τους με τις σχετικές μορφές στοιχείων προκειμένου να ενισχυθεί η πρακτική τους στα πλαίσια της υγείας. Μια συνεχής συνεργασία μεταξύ των πανεπιστημίων και της Υγείας θα στόχευε στην ενίσχυση της πρακτικής της κοινωνικής εργασίας στο χώρο της υγείας, βασισμένη στην έρευνα και το διάλογο, προκειμένου να ενισχυθεί η επαγγελματική πρακτική ώστε να βοηθηθούν οι σημερινοί και μελλοντικοί κοινωνικοί λειτουργοί (Giles, Gould, Hart & Swancott, 2007).

## **Γ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΣΟΥΗΔΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΒΡΕΤΑΝΙΑ: ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΥΗΜΕΡΙΑΣ**

Στην Σουηδική και Βρετανική πρακτική, ενδιαφέρον αναπτύσσεται στη συμβολή της Κοινωνικής Εργασίας, στην αντιμετώπιση των άνισων αλλαγών που πραγματοποιούνται στις παροχές και στις υπηρεσίες χρηστών στην υγεία. Η πρόσβαση στις Κοινωνικές Υπηρεσίες Εργασίας είναι ουσιαστική εάν οι χρήστες υπηρεσιών αποκομίζουν τις υλικές και κοινωνικές υπηρεσίες πηγών που τους παρέχονται, προκειμένου να μπορέσουν να ανακουφιστούν από τις δυσμενείς κοινωνικές περιστάσεις που τους περιβάλλουν και με αυτόν τον τρόπο να βελτιώσουν τις συνθήκες της υγείας τους. Εντούτοις, παρά την καθιερωμένη θέση της Κοινωνικής Εργασίας στα νοσοκομεία, ως σημείο πρόσβασης για τις υπηρεσίες που παρέχει, τείνει να περιθωριοποιηθεί (Mc Leon & Erikson, 2002).

Προβαίνοντας λοιπόν, σε έναν συγκριτικό απολογισμό της Σουηδικής και Βρετανικής πρακτικής μέσω δύο ερευνητικών προγραμμάτων, εξερευνάμε πώς η Κοινωνική Εργασία Νοσοκομείων είναι ένα βασικό σημείο πρόσβασης στις υπηρεσίες, για τους πληθυσμούς που βρίσκονται σε κοινωνική μειονεκτική θέση προς όφελος της ευημερίας και της υγείας του αρρώστου (Mc Leon & Erikson, 2002).

Παρά την πιθανή σημασία των υπηρεσιών της Νοσοκομειακής Κοινωνικής Εργασίας για την καλλιέργεια και την βελτίωση της υγείας των χρηστών, παρατηρούνται σημαντικά εμπόδια στην επίτευξη αυτών των στόχων τόσο στην Σουηδία όσο και στην Βρετανία. Καταρχάς η ελλιπής χρηματοδότηση της Κοινωνικής Εργασίας έχει οδηγήσει στην μείωση του αριθμού των Κοινωνικών Λειτουργών στα Νοσοκομεία. Δεύτερον, η διάκριση που δέχονται οι ομάδες κοινωνικής μειονότητας είναι εμφανής, καθώς αποτελούν έρμαιο των γιατρών και των αποφάσεων τους χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η βούληση τους στην λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία τους. Τρίτον, και στις δύο χώρες παρατηρούνται μικρά ποσοστά τόσο αυτοπαραπομπής των ίδιων των χρηστών, εξαιτίας της έλλειψης γνώσης των παροχών αλλά και της ύπαρξης της Κοινωνικής Υπηρεσίας, όσο και παραπομπής που γίνονται στους κοινωνικούς λειτουργούς από άλλους επαγγελματίες (Mc Leon & Erikson, 2002).

Στην Βρετανία, οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί θέλησαν να εστιάσουν την προσοχή τους στους ηλικιωμένους. Χώρισαν τους ασθενείς σε δύο ομάδες, ηλικίας 75 χρονών, σε ένα γενικό νοσοκομείο, το οποίο είχε και μονάδα αποκατάστασης. Το Σουηδικό ερευνητικό πρόγραμμα, αντίστοιχα, εστίασε στην ομάδα των φροντιστών σε αντιδιαστολή με αυτό των ασθενών. Ως φυσικοί άτυποι φροντιστές θεωρήθηκαν οι γονείς με παιδιά με ειδικές ανάγκες ή με παιδιά με χρόνια,

πολλές φορές, ανίατη αρρώστια. Οι κοινωνικές ομάδες που επιλέχθηκαν χαρακτηρίζονται από χαμηλό εισόδημα, το οποίο οδηγεί στην ένδεια καθώς και από την δυσκολία στην πρόσβαση παροχών οικονομικής, κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης (Mc Leon & Erikson, 2002).

Και οι δύο πρωτοβουλίες χαρακτηρίζονται από ελλείψεις στην χρηματοδότηση προγραμμάτων, που οδηγεί σε αυστηρούς περιορισμούς στην προσπάθεια να ενισχυθεί η πρόσβαση στις υπηρεσίες. Πάρα ταύτα, και τα δύο προγράμματα απέδειξαν ότι είναι σε θέση να παράγουν στρατηγικές, οι οποίες συμβάλλουν στην καλύτερη και αποδοτικότερη λήψη υπηρεσιών μέσω της Νοσοκομειακής Κοινωνικής Εργασίας. Χαρακτηριστικά στην Βρετανία, ενισχύθηκε ο ρόλος της επικοινωνίας, οι ηλικιωμένοι ενημερώθηκαν για τον ρόλο και τις παροχές της Νοσοκομειακής Κοινωνικής Εργασίας και έκαναν προτάσεις για τις υπηρεσίες που μακροπρόθεσμα αλλά και βραχυπρόθεσμα θα συμβάλλουν στην ευημερία και την υγεία τους. Στην Σουηδία, αντίστοιχα, ενισχύθηκε ο ρόλος των φυσικών φροντιστών στην λήψη αποφάσεων για την πορεία της υγείας του ασθενούς, δημιουργήθηκαν ομάδες υποστήριξης των φροντιστών και διερεύνησης των αναγκών τους σε κοινωνικό, συναισθηματικό, οικονομικό και ιατρικό επίπεδο. Τα αποτελέσματα των ερευνητικών μελετών, απέδειξαν, αρχικά ότι η εκπαίδευση επαγγελματιών για την κατανομή των παροχών αποτελεί ένα σημαντικό προπαρασκευαστικό βήμα για την διανομή των Νοσοκομειακών Κοινωνικών Υπηρεσιών. Δεύτερον, ότι εξαιτίας της γραφειοκρατίας αλλά και της έλλειψης πληροφόρησης σχετικά με τις παροχές, οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει πολλές φορές να ενεργούν ως συνήγοροι και βοηθοί των χρηστών των υπηρεσιών, παρά τις ικανότητες και δεξιότητες των τελευταίων. Τρίτον, θα πρέπει να περιοριστούν οι προκαταλήψεις και ο κοινωνικός ρατσισμός που συχνά υφίστανται οι μειονεκτικές κοινωνικές ομάδες, ώστε να εξασφαλιστεί η πρόσβαση στις παροχές των κοινωνικών υπηρεσιών (Mc Leon & Erikson, 2002).

Αυτός ο συνδυασμός στοιχείων από την Σουηδία και την Βρετανία, δείχνει ότι η Νοσοκομειακή Κοινωνική Εργασία μπορεί να αποτελέσει το μέσο πρόσβασης των χρηστών υπηρεσιών στους κοινωνικούς και υλικούς πόρους που είναι διαθέσιμοι με τους όρους της κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότητας (Mc Leon & Erikson, 2002).

#### **Δ. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΕΛΑΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ανάπτυξη κλίμακας ανάλυσης φόρτου εργασίας για τις υπηρεσίες αξιολόγησης και αποκατάστασης των υγειονομικών υπηρεσιών του BALLARAT.

Στα τέλη του 1996, το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας Υγειονομικών Υπηρεσιών στο Ballarat, αναγνώρισε την ανάγκη για τη δημιουργία μιας κλίμακας, η οποία θα βοηθούσε στον καθορισμό του πιθανού φόρτου εργασίας, που ένας συγκεκριμένος πελάτης θα δημιουργούσε στον κοινωνικό λειτουργό, που εργάζεται στους τομείς αποκατάστασης και αξιολόγησης της υπηρεσίας του. Ο στόχος της μελέτης ήταν να αναπτυχθεί μια κλίμακα ανάλυσης φόρτου εργασίας για τις Υγειονομικές Υπηρεσίες του Ballarat και να εξεταστεί η αξιοπιστία και η ισχύς της. Μια τέτοια κλίμακα θα επέτρεπε την δίκαιη και αντικειμενική κατανομή περίπτωσης, τον σημασιοσολισμό των δύσκολων περιπτώσεων όπου απαιτείται έκτακτη εισαγωγή, τον καλύτερο καθορισμό προτεραιοτήτων, την κατάρτιση και την εκπαίδευση του νέου προσωπικού και των σπουδαστών για τις σημαντικές μεταβλητές και επεμβάσεις στην εργασία τους (Gathercole & De Melo, 2001).

Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην επιλογή μεταβλητών για την δημιουργία της κλίμακας. Χρησιμοποιήθηκαν διάφορες πηγές έρευνας προκειμένου να προσδιοριστούν πολλές από τις βασικές μεταβλητές, μιας και καμία κλίμακα δεν έχει αναπτυχθεί για την Κοινωνική Εργασία σε ένα πλαίσιο αξιολόγησης και αποκατάστασης. Αρχικά η κλίμακα αποτελέστηκε από 33 στοιχεία που διαιρέθηκαν σε πέντε υποκλίμακες, που αφορούσαν αντίστοιχα τους παράγοντες επεξεργασίας, τα δημογραφικά, την ψυχοκοινωνική πολυπλοκότητα, τις προγραμματισμένες παρεμβάσεις και τους παράγοντες προσωπικού. Οκτώ μέλη από το προσωπικό του νοσοκομείου του Ballarat συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της κλίμακας με τη βοήθεια 111 εξυπηρετούμενων που νοσηλεύτηκαν στους θαλάμους αποκατάστασης και αξιολόγησης κατά τη διάρκεια μιας περιόδου τεσσάρων μηνών (Gathercole & De Melo, 2001).

Οι παράγοντες ψυχο-κοινωνικής πολυπλοκότητας περιλάμβαναν το βαθμό διαθεσιμότητας της οικογένειας/ φροντιστή, την προηγούμενη εμπειρία με υπηρεσίες, τον αναμενόμενο βαθμό αλλαγής/βελτίωσης της περίπτωσης πριν την εισαγωγή και μετά το εξιτήριο, το επίπεδο κινητοποίησης εξυπηρετούμενου, το επίπεδο συνειδητοποίησης και διορατικότητας, το επίπεδο δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, την προσαρμοστικότητα στις απώλειες που επιδεικνύονται, τον αριθμό προσωπικού σχετικού με την παροχή θεραπείας, τον βαθμό στήριξης των

συστημάτων σχέσης, την πολυπλοκότητα των κοινωνικών προβλημάτων, η συνεργατικότητα, και η αρμονική σχέση με το προσωπικό (Gathercole & De Melo,2001).

Οι παράγοντες προσωπικού περιλαμβάνουν την οικειότητα των εργαζομένων με υποθέσεις περιπτώσεων, την δυσκολία της περίπτωσης για τον εργαζόμενο, την συμπάθεια του πελάτη για τον εργαζόμενο και το βαθμό δημιουργίας σχέσης και το φόρτο εργασίας και τα αντιληπτά επίπεδα πίεσης (Gathercole & De Melo,2001).

Όσον αφορά τις μεταβλητές παρέμβασης, η Αυστραλιανή επιτροπή Υγείας, η οποία είναι συνδεδεμένη με υποθέσεις περίπτωσης, καθόρισε ότι οι κοινωνικές επεμβάσεις εργασίας στο πλαίσιο αποκατάστασης και αξιολόγησης περιλαμβάνουν τις ψυχοκοινωνικές αξιολογήσεις, την διαχείριση περίπτωσης, την διάταξη πληροφοριών, τις ανάγκες προγραμματισμού κατά την έξοδο, την παροχή συμβουλών κατά την εισαγωγή, τις επεμβάσεις πένθους, τις επεμβάσεις κρίσης, τις μεσολαβήσεις, την υπεράσπιση, και τον σύνδεσμο με την οικογένεια και άλλες εξωτερικές υπηρεσίες (Gathercole & De Melo,2001).

Οι παράγοντες επεξεργασίας (π.χ. ο χρόνος παραμονής, η αρχική διάγνωση αποκατάστασης) και οι δημογραφικοί παράγοντες ασκούν δευτερεύουσα επίδραση στις επεμβάσεις που απαιτούνται και το χρόνο που «ξοδεύεται» με έναν πελάτη (Gathercole & De Melo,2001).

## **Ε. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΗΓΟΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ.**

Μια πρόσφατη μελέτη ασχολήθηκε με τον ρόλο συνηγορίας των κοινωνικών λειτουργών που βρίσκονται σε χώρους υγείας. Η μελέτη αυτή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι για τους εργαζομένους, τα σημαντικά εμπόδια στην συνηγορία, είχαν σχέση με την έλλειψη οργανωτικής αποδοχής ή υποστήριξης, και την έλλειψη εκπαιδευτικής προετοιμασίας για το ρόλο αυτόν. Η οργάνωση δεν ενθάρρυνε τους υπαλλήλους να είναι συνηγοροι, με αποτέλεσμα η υπεράσπιση δεν έγινε κατανοητή ως σημαντικό μέρος του κοινωνικού ρόλου εργασίας (Herbert & Levin, 1996).

Αν και η ασθένεια και η εισαγωγή στο νοσοκομείο δεν δημιουργούν αυτόματα την ανάγκη για το ρόλο της συνηγορίας στην κοινωνική εργασία για όλους τους ασθενείς, η πραγματικότητα είναι ότι στην υγειονομική περίθαλψη, όπως στην



προστασία παιδιών, υπάρχουν πολλοί πελάτες που περιθωριοποιούνται, τρωτοί και ανίκανοι να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους. Η ανάγκη για την συνηγορία αυτών των ασθενών έχει γίνει ιδιαίτερα προφανής, δεδομένου ότι τα νοσοκομεία υπογραμμίζουν όλο και περισσότερο την μείωση παραμονής στο νοσοκομείο- το πρόωρο εξιτήριο, την δυσκολία στην πρόσβαση στους χώρους υγείας καθώς επίσης και την έμφαση στην ποσότητα παροχής υπηρεσιών, σε αντιδιαστολή με την ποιότητα. Ο Νοσοκομειακός Κοινωνικός Λειτουργός, αποτελεί μέλος τη ομάδας πολλαπλών ειδικοτήτων, οι οποίοι λειτουργούν σε ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από την κοινωνική ομάδα των ασθενών και τις ανάγκες τους καθώς και την ελλιπή σύνδεση των υπηρεσιών που προσφέρει ο χώρος της υγείας με την κοινότητα (Herbert & Levin, 1996).

Αυτό το άρθρο, επικεντρώνεται στα αποτελέσματα μιας έρευνας για τους Νοσοκομειακούς Κοινωνικούς Λειτουργούς, σχετικά με την εμπειρία και την στάση τους απέναντι στον ρόλο της συνηγορίας. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί Νοσοκομείων κλήθηκαν να περιγράψουν τους ρόλους και τις λειτουργίες τους, με την ιδιαίτερη έμφαση στο χρονικό διάστημα που επενδύθηκε στην άσκηση της παραδοσιακής συνηγορίας εξ' ονόματος των ασθενών (Herbert & Levin, 1996).

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε σε αυτήν την έρευνα περιελάμβανε δύο ερωτήσεις. Στο πρώτο τμήμα, οι εναγόμενοι ρωτήθηκαν για τις βασικές δημογραφικές πληροφορίες και την επαγγελματική εμπειρία, καθώς επίσης και τις πληροφορίες σχετικά με τις τοποθετήσεις νοσοκομείων και τα κοινωνικά τμήματα εργασίας τους. Στο δεύτερο τμήμα, ζήτησε από τους ερωτηθέντες να ταξινομήσουν το χρόνο που αφιέρωσαν στις λειτουργίες της κοινωνικής εργασίας. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε τέσσερις δυτικές канаδικές επαρχίες (Herbert & Levin, 1996).

Οι παραδοσιακές λειτουργίες που αναγνωρίστηκαν, καθορίστηκαν και αναφέρθηκαν κατά την άσκηση της κοινωνικής εργασίας στο νοσοκομειακό πλαίσιο είναι η αξιολόγηση, η παροχή συμβουλών, η εντόπιση/ τακτοποίηση των πόρων, η συνηγορία και η διαβούλευση/ συνεργασία (Herbert & Levin, 1996).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι αφιέρωσαν το λιγότερο χρονικό διάστημα στην συνηγορία σε σύγκριση με τους άλλους παραδοσιακούς ρόλους της κοινωνικής εργασίας. Ως εμφανή εμπόδια στην άσκηση της συνηγορίας παρουσιάζονται αφενός η ελλιπής ενεργή υποστήριξη των νοσοκομείων για αυτήν την δραστηριότητα και αφετέρου η ελλιπής εκπαιδευτική προετοιμασία για την άσκηση

της. Αυτοί οι παράγοντες προσδιορίστηκαν, επίσης και από μια έρευνα που διεξήχθη σε μια πρόνοια παιδιών από τους Herbert & Mould (1992). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στα νοσοκομεία που υπήρχε διορισμένος κοινωνικός λειτουργός ως επόπτης, υπήρχε και εκεί ελλιπής άσκηση της συνηγορίας. Αυτό οφείλεται, ίσως, στο γεγονός ότι οι επόπτες επειδή αναλαμβάνουν και διοικητικές ευθύνες προσπαθούν να διατηρήσουν το υπάρχον καθεστώς στους οργανισμούς με αποτέλεσμα να αποθαρρύνουν οποιαδήποτε δραστηριότητα θεωρείται αποδιοργανωτική. Παράλληλα, παρατηρήθηκε ότι πολλοί κοινωνικοί λειτουργοί αισθάνονται ότι περιορίζεται ο ρόλος τους μέσα σε μια διεπιστημονική ομάδα χωρίς να μπορούν να επηρεάσουν τις πολιτικές, τα προγράμματα και τις πρακτικές των οργανώσεων τους. Αισθάνονται ανήμποροι με αποτέλεσμα το χαμηλό επαγγελματικό ηθικό, το οποίο επηρεάζει τον τρόπο άσκησης της εργασίας τους (Herbert & Levin, 1996).

## **Z. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να περιγράψει την σημερινή κατάσταση της Κοινωνικής Εργασίας, τα επιτεύγματα και τις επιτυχίες της στον τομέα υγείας τις τελευταίες δεκαετίες. Σε απάντηση στις αναπτυσσόμενες τάσεις της παγκοσμιοποίησης, η ανάλυση αυτή υιοθετεί μια ευρεία ανάλυση της εφαρμογής της Κοινωνικής Εργασίας, φέρνοντας στο φως απόψεις και παραδείγματα από τον διεθνή χώρο (Auslander, 2001).

Στην διαδικασία επιλογής μεθοδολογίας κατάλληλης για την απάντηση αυτού του ερωτήματος έπαιξαν ρόλο διάφοροι παράγοντες. Πρωταρχικής σημασίας μεταξύ αυτών ήταν η επιθυμία οι πληροφορίες να είναι πρόσφατες και επίκαιρες. Δεύτερον επιδιώχθηκε να δοθεί μια όσο το δυνατόν ευρύτερη εικόνα της κατάστασης, συμπεριλαμβανομένων πλευρών και απόψεων που δεν έχουν καταγραφεί ιδιαίτερα στο κύριο σώμα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Έτσι αποφασίστηκε να καταγραφούν οι ειδικοί στον τομέα αυτό, χρησιμοποιώντας την τεχνική Delphi. Σύμφωνα με τον Adler και Ziglio(1996), αυτή η τεχνική εφαρμόστηκε το 1950 από την εταιρεία RAND στις Ηνωμένες Πολιτείες. Χρησιμοποιήθηκε, γενικά, για την συλλογή πληροφοριών από τους ειδικούς και την διαμόρφωση και την προώθηση των πληροφοριών αυτών. Θεωρείται ιδιαίτερα κατάλληλη σε περιπτώσεις που υπάρχει ασυμφωνία ή ελλιπής πληροφορίες σχετικά με μια δοσμένη κατάσταση ή ένα πρόβλημα και συχνά χρησιμοποιείται όταν το υπό διερεύνηση είναι δύσκολο να

αναλυθεί αντικειμενικά, αλλά μπορεί να υπάρξει διασαφήνιση μέσα από τις απόψεις και τις κρίσεις των ειδικών που απαρτίζουν μια ομάδα. Έχει επίσης αποδειχθεί χρήσιμη, στην περίπτωση που οι ειδικοί είναι διάσπαρτοι, αποτελούν ανομοιόμορφη ομάδα και όταν επιδιώκεται η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών (Auslander, 2001).

Σε αυτό το σημείο, μια ομάδα επαγγελματιών από ένα ευρύ εργασιακό πεδίο όπως ακαδημαϊκοί, εργαζόμενοι κοινωνικοί λειτουργοί και προϊστάμενοι κοινωνικών υπηρεσιών από διάφορες γεωγραφικές περιφέρειες καταγράφηκαν. Η αρχική επαφή με αυτούς έγινε από την συγγραφέα, η οποία τους γνώριζε από διεθνή συνέδρια, διεθνής εργασίες και άλλες παρόμοιες διοργανώσεις. Επιπλέον ειδικοί εντοπίστηκαν από την ανασκόπηση πρόσφατων άρθρων σε περιοδικά ειδικότητας καθώς και από βιβλία που διαπραγματεύονται παρόμοια θέματα. Για τις απαιτήσεις της παρούσας έρευνας το δείγμα περιορίστηκε σε ανθρώπους που είχαν e-mail και μιλούσαν Αγγλικά, αν και στους συμμετέχοντες από άλλες χώρες τους δόθηκε η επιλογή να απαντήσουν και σε άλλες γλώσσες. Συνολικά 36 ειδικοί εντοπίστηκαν με αυτή την μέθοδο, εκ των οποίων 31 συμμετείχαν και προέρχονταν από έξι γεωγραφικές περιοχές (Auslander, 2001).

Το ερευνητικό αυτό πρόγραμμα περιλαμβάνει τρία βασικά στάδια. Στο πρώτο στάδιο, επιχειρείται η συλλογή και καταγραφή ποικίλων ιδεών μέσα από δραστηριότητες, όπως η απάντηση στα ερωτήματα που τίθενται από την ερευνητική ομάδα. Σε αυτό το στάδιο υπήρξαν και οι απαραίτητες διαβεβαιώσεις για την τήρηση του απορρήτου καθώς και για την επιλογή του ερωτώμενου της αποκάλυψης των πληροφοριών που παρέχει. Επίσης, η ερευνητική ομάδα επιβεβαίωσε το γεγονός ότι η διαδικασία στόχευε να εκμαιεύσει την γνώμη και κρίση των ερωτηθέντων. Στο δεύτερο ερευνητικό στάδιο, οι απαντήσεις που δόθηκαν κατηγοριοποιήθηκαν και επιλέχθηκαν οι πιο σημαντικές (Auslander, 2001).

Στο πρώτο και δεύτερο στάδιο επιλέχθηκαν από τα 37 επιτεύγματα τα 20 πιο σημαντικά τα οποία είναι *η αλλαγή μοντέλων παροχής υγειονομικής περίθαλψης, η αναγνώριση, η ανάπτυξη γνώσεων, η απευθείας άσκηση της Κοινωνικής Εργασίας, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, η ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών προσαρμοσμένες στις πολιτισμικές ανάγκες και την κουλτούρα των εξυπηρετούμενων, η διεπιστημονική συνεργασία, η συνηγορία και τα δικαιώματα των ασθενών, η δράση πέρα και από την εφαρμοσμένη κοινωνική εργασία, η αύξηση της επαγγελματικής αυτονομίας, η διοικητική και οργανωτική ανάπτυξη, η συγκέντρωση*

*εμπειρικών δεδομένων, η Πολιτική της Υγείας, η αυτοβοήθεια και ενδυνάμωση, η διάσωση της γνώσης μέσω δημοσιεύσεων σε επαγγελματικά περιοδικά, βιβλία και συμμετοχές σε συνέδρια, η αναγνώριση της σπουδαιότητας της οικογένειας, η διασφάλιση της ποιότητας, η εκπαίδευση του προσωπικού υγείας στις δεξιότητες της επικοινωνίας, η καθιέρωση και εγκαθίδρυση τμημάτων κοινωνικής εργασίας, η παροχή υπηρεσιών και σε άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας και τέλος η εξειδίκευση (Auslander, 2001).*

Στο τρίτο και τελικό στάδιο οι κατηγοριοποιήσεις αυτές εστάλησαν ξανά στους συμμετέχοντες με την παράκληση να σχολιάσουν τα αποτελέσματα. Στην φάση αυτή, μπορούν να αφήσουν την ανωνυμία για να διευκολύνουν την συζήτηση μεταξύ των μελών της ομάδας. Ένα επίτευγμα της Κοινωνικής Εργασίας, το οποίο επιλέχθηκε από τους περισσότερους ερωτώμενους ήταν η επιρροή της κοινωνικής εργασίας στην αλλαγή προσέγγισης της υγείας και της ιατρικής φροντίδας (Auslander, 2001).

## **ΣΤ. ΈΡΕΥΝΑ ΣΧΕΤΙΚΗ ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ**

Σε ελληνικό νοσοκομείο της Αθήνας πραγματοποιήθηκε έρευνα με θέμα τη «διερεύνηση της επαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτριών για τη φροντίδα των μελών των οικογενειών νοσηλευόμενων ασθενών και τις απόψεις τους σχετικά με τις επιπτώσεις της διεπαγγελματικής συνεργασίας στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας» ( Σαπουντζή – Κρέπια, 1995, σσ. 147).

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε περιείχε ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, απόψεις για τη φροντίδα των μελών των οικογενειών των νοσηλευόμενων ασθενών, πληροφορίες για τη διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ νοσηλευτριών και κοινωνικών λειτουργών για τη φροντίδα των μελών αυτών.

Από τα συμπεράσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι η επαγγελματική συνεργασία μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτριών βελτιώνει τις παρεχόμενες φροντίδες προς τα μέλη των οικογενειών των νοσηλευόμενων. Ακόμη, πρέπει να επιδιωχθεί η βελτίωση της διεπαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτριών με τη παρακολούθηση κοινών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και με την επίσημη καθιέρωση από τη διοίκηση του νοσοκομείου της διεπαγγελματικής συνεργασίας των κοινωνικών λειτουργών και των νοσηλευτριών ( Σαπουντζή – Κρέπια, 1995).

«Από την όλη μελέτη βγαίνει το συμπέρασμα ότι τα επαγγέλματα των κοινωνικών λειτουργών και των νοσηλευτριών έχουν πολλά κοινά πεδία φιλοσοφίας και επαγγελματικής δράσης και πρέπει να κάνουν προσπάθειες να βελτιώσουν τη συνεργασία τους, προς όφελος των πολιτών στους οποίους παρέχουν φροντίδες υγείας και πρόνοιας. Ακόμη, η πολιτεία θα πρέπει να θεσμοθετήσει επίσημα τη διεπαγγελματική συνεργασία καθώς επίσης να γίνουν ενέργειες ώστε οι επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας να εκπαιδευτούν στη διεπαγγελματική συνεργασία (Σαπουντζή – Κ ρέπια, 1995, σσ 152).

## **H. ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ ΧΟΝΓΚ ΚΟΝΓΚ:**

### ***Προσδοκίες, δομή αρχής και ασάφεια ρόλου.***

Η ασάφεια ρόλου για τους κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται σε δευτερογενή πλαίσια, ιδιαίτερα στα νοσοκομεία, έχει αναγνωριστεί από καιρό.

Οι ιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί στο νοσοκομείο αντιμετωπίζουν πολύ συχνά συγκρούσεις από άλλους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι παρανοούν και παρερμηνεύουν το ρόλο τους στις τοποθετήσεις υγειονομικής περίθαλψης. Χαρακτηριστικά μια μελέτη αναφέρει ότι η εμφανής έλλειψη κατανόησης για τον ρόλο των ιατρικών κοινωνικών λειτουργών αποτελεί το σοβαρότερο πρόβλημα τους. Ενώ την ίδια στιγμή, διάφορες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί προκειμένου να διακρίνουν τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των ιατρικών κοινωνικών λειτουργών και των επαγγελματιών υγείας για τους ρόλους των πρώτων (Wong, Chan & Tam, 2001).

Σύμφωνα με αυτές τις μελέτες, οι ιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί ορίζουν ότι ο ρόλο τους πρέπει να σχετίζεται με την παροχή συμβουλών (Carrigan,1978; Mizraki and Abramson,1985), την ψυχοθεραπεία (Olsen and Olsen,1967) και τα προβλήματα που έχουν σχέση με το συναίσθημα και την συμπεριφορά (Nackman, 1975). Αντίστοιχα, οι επαγγελματίες υγείας περιμένουν από τους κοινωνικούς λειτουργούς να δρουν ως περιβαλλοντικοί χειριστές (Philips et al, 1971), που εκτελούν πρακτικούς στόχους, όπως η παροχή βοήθειας για τις μεταφορές και την εντόπιση ενός οίκου ευγηρίας (Nackman,1975), και να είναι ενεργοί σε τομείς συγκεκριμένης παροχής υπηρεσιών Carrigan,1978; Mizraki and Abramson,1985), όπως της μετανοσοκομειακής φροντίδας και της παραπομπής σε κοινοτικούς πόρους ( αναφέρεται στους Wong, Chan & Tam, 2001).

Παρόλα αυτά, μελέτες σχετικά με αυτό το θέμα δεν έχουν πραγματοποιηθεί, μέχρι αυτή τη στιγμή, στο Χονγκ Κονγκ. Αυτή αποτελεί την πρώτη εμπειρική μελέτη των ρόλων των ιατρικών κοινωνικών λειτουργών στους χώρους υγείας του Χονγκ Κονγκ. Αυτή η μελέτη στοχεύει να διακρίνει τις διαφορετικές απόψεις που υπάρχουν μεταξύ των ιατρικών κοινωνικών λειτουργών και των επαγγελματιών υγείας για τον ρόλο των πρώτων. Η έρευνα διεξήχθη σε δύο φάσεις (Wong, Chan & Tam, 2001).

Στην πρώτη φάση, επιλέχθηκε η ποσοτική προσέγγιση προκειμένου να παραχθούν πληροφορίες για τη γενική άποψη των δειγμάτων μελέτης. Η διερευνητική διαδικασία πραγματοποιήθηκε σε 11 νοσοκομειακά πλαίσια, το δείγμα περιλάμβανε 270 παθολόγους, 270 νοσηλεύτριες και 184 ιατρικούς κοινωνικούς λειτουργούς (οι οποίοι και αποτελούν ολόκληρο τον πληθυσμό στο χώρο αυτό). Περιλαμβάνει δύο έως τέσσερις ερωτήσεις, που εστιάζουν στους κύριους ρόλους των ιατρικών κοινωνικών λειτουργών, όπως του αξιολογητή (ειδικός στις διαγνώσεις), του συμβούλου, του προμηθευτή παροχών (υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πόρων) και (του κοινοτικού) διοργανωτή. Επίσης, μια κλίμακα κατασκευάστηκε για να προσδιορίσει τις απόψεις των ερωτηθέντων για τον βαθμό σπουδαιότητας που αποδόθηκε σε κάθε δραστηριότητα. Αρχικά αναλύσανε την αντίληψη των τριών επαγγελματιών ομάδων, η οποία τους βοήθησε να εξακριβώσουν τον βαθμό ασάφειας των ρόλων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Το 25% των παθολόγων και το 21% περίπου των νοσηλευτριών πιστεύει ότι η ψυχο-κοινωνική αξιολόγηση αφορά αποκλειστικά τους ιατρικούς λειτουργούς ενώ μόλις το 40% των τελευταίων έχει την ίδια άποψη. Όσον αφορά την απτή αξιολόγηση και οι τρεις ομάδες επαγγελματιών συμφωνούν με υψηλά ποσοστά ότι συμπεριλαμβάνεται στους πιο σημαντικούς ρόλους των ιατρικών κοινωνικών λειτουργών, χαρακτηριστικά το 61% των παθολόγων, το 61,3% των νοσηλευτριών και το 65,6% των κοινωνικών επαγγελματιών συμφωνούν αντίστοιχα στην παραπάνω άποψη. Μόλις το 10,6% των παθολόγων και το 8% των νοσηλευτριών πιστεύουν ότι η ψυχο-κοινωνική παρέμβαση δεν πρέπει να είναι αποκλειστική αρμοδιότητα των κοινωνικών λειτουργών, σε αντίθεση με το 38,9% των τελευταίων που έχει άλλη άποψη. Τέλος, όσον αφορά την κινητοποίηση των ασθενών σε νέους κοινοτικούς πόρους μόλις το 24,1% των παθολόγων και το 22,3% των νοσηλευτριών έχει την άποψη ότι είναι αποκλειστική ευθύνη των κοινωνικών λειτουργών σε αντίθεση με το 34,9% των τελευταίων (Wong, Chan & Tam, 2001).

Στην δεύτερη φάση, πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις αμέσως αφού συλλέχθηκαν τα ερωτηματολόγια της ερευνητικής μελέτης, προκειμένου να ληφθούν οι απόψεις των ερωτώμενων για τους ρόλους των ιατρικών κοινωνικών λειτουργών και την αλληλεπίδρασή τους με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Συμβατότητα απόψεων σχετικά με τους τέσσερις πιο αποδεκτούς ρόλους μεταξύ των παθολόγων και των ιατρικών κοινωνικών λειτουργών προσδιορίστηκε σε δύο από αυτούς, στην απτή βοήθεια και στην κινητοποίηση πόρων. Ενώ υπήρχαν διαφορετικές απόψεις μεταξύ νοσηλευτριών και κοινωνικών λειτουργών για όλους σχεδόν τους ρόλους των τελευταίων (Wong, Chan & Tam, 2001).

Αξιοσημείωτο είναι ότι, οι ιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί στο συγκεκριμένο νοσοκομειακό πλαίσιο υπόκεινται σε δύο είδη εξουσίας, η μια έχει σχέση με το Προνοιακό σύστημα και η άλλη με το οργανωτικό πλαίσιο του νοσοκομείου. Οι ιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί που ανήκουν στην κυβερνητική αρχή (έξω από το νοσοκομείο), πλεονεκτούν ως προς την επαγγελματική αυτονομία. Έχουν περισσότερες ευκαιρίες, ως κοινωνικοί λειτουργοί να ασκήσουν και άλλες μορφές κοινωνικής εργασίας και να αποκτήσουν την εμπειρία μιας γκάμας διαφορετικών προβλημάτων και εξυπηρετούμενων. Παρόλα αυτά, αυτή η προσέγγιση θα έθετε εμπόδια στην ανάπτυξη επικοινωνίας, εμπιστοσύνης και κατανόησης με τους άλλους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης στο νοσοκομείο (Wong, Chan & Tam, 2001).

Αντίθετα, οι ιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται κάτω από την ίδια αρχή με τους επαγγελματίες υγείας, πλεονεκτούν ως προς την εξειδίκευση της πρακτικής κοινωνικής εργασίας που αποκτούν στον ιατρικό τομέα. Προφανώς, καμία σωστή επιλογή δεν υπάρχει μεταξύ των δύο αυτών προσεγγίσεων της ιατρικής κοινωνικής πρακτικής εργασίας στο δευτερογενές πλαίσιο υγείας που υπόκεινται σε διαφορετικές δομές αρχής. Η ουσιαστική εκτίμηση είναι να βρεθεί μια μέση λύση που θα οδηγήσει στην ισορροπία μεταξύ της επαγγελματικής αυτονομίας και υποταγής στο υγειονομικό χώρο περίθαλψης (Wong, Chan & Tam, 2001).

**Θ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ: μια περιπτωσιολογική μελέτη του ρόλου της κοινωνικής εργασίας στην απαλλαγή νοσοκομείων σε κατ' οίκον νοσηλεία ή σε οίκους ευγηρίας**

Αυτό το έγγραφο υποστηρίζει ότι οι νομοθετικές αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν το 1990 σε Αγγλία και Ουαλία, από το Υπουργείο Υγείας με το επίσημο έγγραφο που αναφερόταν στην φροντίδα ανίσχυρων ανθρώπων και ιδιαίτερα στην διαχείριση του υγειονομικού και κοινωνικού τρόπου παροχής περίθαλψης έχει ασκήσει σημαντική επίδραση στους ρόλους και τους στόχους της κοινωνικής εργασίας. Γεγονός είναι ότι ο νόμος διευκόλυνε την μερική ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών παροχής βοήθειας στις τοπικές αρχές με την μετατόπιση αυτών στον ιδιωτικό τομέα. Ο νόμος εστίαζε σε έξι σημεία: 1) στην προώθηση της επιστροφής των ασθενών στα σπίτια τους, όπου ήταν δυνατόν, 2) στην εξασφάλιση ότι οι φορείς παροχής υπηρεσιών υποστηρίζουν πρακτικά τους φροντιστές, 3) στην καλύτερη αξιολόγηση των αναγκών και προτιμήσεων των ατόμων ώστε να σχεδιαστεί η καλύτερη δυνατή διαχείριση περίπτωσης που αποτελεί και τον ακρογωνιαίο λίθο της υψηλής ποιότητας παροχής υπηρεσιών, 4) στην προώθηση της ανάπτυξης ενός παράλληλα ανεξάρτητου τομέα καλής ποιότητας παροχής υπηρεσιών μαζί με τις δημόσιες υπηρεσίες, 5) στην διευκρίνιση των ευθυνών των υπηρεσιών ώστε να αυξηθεί ο βαθμός υπευθυνότητά τους, 6) στην εξασφάλιση της καλύτερης αξίας των χρημάτων των φορολογούμενων, με την εισαγωγή μιας νέας δομής χρηματοδότησης (Phillips & Waterson, 2002).

Παρόμοιες αλλαγές εκτός από την Αγγλία παρατηρούνται και σε άλλες χώρες όπως στην Σουηδία (Blomberg et al, 2000), στην Δανία (Hasklöv & Egelund 1998), στις Κάτω Χώρες και την Γερμανία (Glendinning 1998), καθώς και σε άλλες Σκανδιναβικές χώρες (Jacobson 1998) και στην Αυστραλία (αναφέρεται στους Phillips & Waterson, 2002).

Μια μικρή ποιοτική μελέτη πραγματοποιήθηκε για τον ρόλο της κοινωνικής εργασίας στα πλαίσια παροχής βοήθειας στην κατ' οίκον νοσηλεία και στους οίκους ευγηρίας. Η έρευνα διεξήχθη σε μια τοπική αγροτική περιοχή, η οποία καλύπτει διάφορες πόλεις στην δικαιοδοσία της. Οι κατάλογοι όλων των ονομάτων και των διευθύνσεων των πελατών που τοποθετήθηκαν σε οίκους ευγηρίας ή βρίσκονταν σε κατ' οίκον νοσηλεία βρέθηκαν από το τοπικό κοινωνικό τμήμα χρηματοδότησης υπηρεσιών. Ήταν περιεκτικοί, βασισμένοι στις πληροφορίες που δόθηκαν από την οικονομική δήλωση στο στάδιο της αίτησης. Δώδεκα κάτοικοι επιλέχθηκαν με βάση τις πιο πρόσφατες αιτήσεις που έγιναν από δύο τοπικά νοσοκομεία. Το μήκος της παραμονής στο νοσοκομείο κυμάνθηκε από 17 έως 53 ημέρες, με τέσσερις από τους ασθενείς να βρίσκεται στο στάδιο της κατάθεσης για δεύτερη φορά αίτηση. Οι ηλικίες



των κατοίκων κυμάνθηκαν μεταξύ 70 και 97, με μια μέση ηλικία 80 ετών. Τέσσερις από τους δώδεκα ήταν άντρες. Επτά τοποθετήθηκαν σε κατ' οίκον νοσηλεία και πέντε σε γηροκομεία. Και οι δώδεκα δέχθηκαν να δώσουν συνέντευξη. Ήταν επίσης, δυνατόν να περάσουν από συνέντευξη οι πρώτου βαθμού φροντιστές τους, κυρίως οι κόρες τους. Όλοι οι ερωτηθέντες έδωσαν συνέντευξη στα δωμάτια τους, όπου τηρείτο το απόρρητο. Οι φροντιστές πέρασαν από συνέντευξη στα σπίτια τους. Ένδεκα κοινωνικοί λειτουργοί που ήταν αρμόδιοι για την αξιολόγηση των δώδεκα σπιτιών και των επτά οίκων ευγηρίας πέρασαν από συνέντευξη στους εργασιακούς χώρους τους. Όλες οι συνεντεύξεις διάρκεσαν κατά μέσον όρο μια ώρα (Phillips & Waterson, 2002).

Οι χρήστες και οι φροντιστές ρωτήθηκαν για τις αντιλήψεις τους σχετικά με την διαδικασία αξιολόγησης και το εξιτήριο τους. Οι κοινωνικοί λειτουργοί ρωτήθηκαν για τους ρόλους, τους στόχους, τη βάση γνώσεων και εμπειρίας καθώς επίσης και τους παράγοντες που εξετάστηκαν στη διαδικασία – λήψης απόφασης του εξιτηρίου και της αποδοχής σε γηροκομείο. Όλες οι συνεντεύξεις καταγράφηκαν και αναλύθηκαν τα στοιχεία (Phillips & Waterson, 2002).

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αποδεικνύουν ότι αν και ο νόμος είχε ορίσει ότι τα κοινωνικά τμήματα υπηρεσιών πρέπει να έχουν τον καθοριστικό ρόλο για την αξιολόγηση της κατ' οίκον φροντίδας και της εισαγωγής σε οίκο ευγηρίας, παρόλα αυτά η ιατρική άποψη παραμένει η σημαντικότερη και πιο καθοριστική επιρροή (Phillips & Waterson, 2002).

Οι χρήστες από την πλευρά τους δεν ενδιαφέρονται για την διαδικασία αξιολόγησης, όσο για τον επιδιωκόμενο στόχο και την ποιότητα πληροφοριών που τους παρείχαν για την επίτευξή του, ανεξάρτητα από την πηγή επιρροής. Οι χρήστες και οι φροντιστές εκτίμησαν τον ρόλο της κοινωνικής εργασίας, ως πηγή πληροφοριών και υποστήριξης σε περίοδο δύσκολων αποφάσεων. Από την πλευρά των κοινωνικών λειτουργών, δεν αναφέρθηκε καμία περίπτωση άσκησης πίεσης στους εξυπηρετούμενους στην διαδικασία λήψης αποφάσεων. Οι κοινωνικοί λειτουργοί φαίνεται ότι εστιάζουν την προσοχή τους στις ανάγκες των εξυπηρετούμενων παρά στην ίδια την διαδικασία της αξιολόγησης. Η εφαρμογή και ο έλεγχος του σχεδίου περίθαλψης ήταν ένας κρίσιμος ρόλος για τους κοινωνικούς λειτουργούς που τους βοήθησε στην ανάπτυξη δεξιοτήτων όπως της διαπραγμάτευσης, της παροχής συμβουλών και καθοδήγησης και κατ' επέκταση στην διεπαγγελματική συνεργασία. Το επίπεδο συμμετοχής της κοινωνικής εργασίας

και η επίτευξη συγκεκριμένων στόχων ποικίλει σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση (Phillips & Waterson, 2002).

Όσον αφορά την πολιτική αρχή καθοδήγησης, οι ανάγκες των ασθενών, η συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη των χρηστών και φροντιστών εκτιμήθηκαν ως δευτεροβάθμιας σπουδαιότητας. Η αξιολόγηση και η μετάβαση στην κατ' οίκον φροντίδα ή σε οίκους ευγηρίας αποτελεί μια διαδικασία που ολοκληρώνεται το συντομότερο δυνατόν, λαμβάνοντας υπόψη τη θεσμική πίεση για την διαθεσιμότητα των κρεβατιών. Εν κατακλείδι, τα αποτελέσματα αποδεικνύουν ότι και οι τρεις συμμετοχοί τείνουν να βασίσουν τη λήψη της απόφασής τους στο ένστικτο παρά την προσεκτική αξιολόγηση (Phillips & Waterson, 2002).

## **I. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΟ ΣΕ ΜΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΟΝΤΑΡΙΟ ΤΟΥ ΚΑΝΑΔΑ**

Έρευνες υποδηλώνουν ότι ένας σημαντικός αριθμός στην οικογενειακή παρέμβαση ασθενών, που πάσχουν από προβλήματα ψυχικής υγείας καθώς και η διαχείριση των ψυχοκοινωνικών αυτών προβλημάτων στην οικογένεια, είναι συναφής συχνά με την παραμέληση (Gardner 2000, Lesser, 2000). Παρά το γεγονός, ότι διεθνώς οι ασθενείς λαμβάνουν υψηλά ποσοστά φροντίδας στην υγεία (Lesser, 2000, Tweed, 1998), και τα προγράμματα κοινωνικής εργασίας είναι γνωστά στους χώρους των νοσοκομείων, η οικογενειακή παρέμβαση τα χειρίζεται σπάνια (αναφέρεται στους Crighton, Creighton & Drummond, 2005).

Χαρακτηριστικά στον Καναδά τα προγράμματα κοινωνικής εργασίας που βρίσκονται σε εφαρμογή στην οικογενειακή ιατρική ανέρχονται στο 2,6% σύμφωνα με μη δημοσιευμένα στοιχεία από το κολέγιο των εθνικών ερευνών των Οικογενειακών Ιατρών του Καναδά. Σκοπός αυτής της διεθνής έρευνας ήταν να ερευνήσει την σχέση μεταξύ της οικογενειακής ιατρικής και της κοινωνικής εργασίας και να την οριοθετήσει στα πλαίσια του κοινοτικού προσανατολισμού πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η κοινωνική εργασία αναφέρεται ως κλειδί στην οριζόμενη κοινοτική πρωτοβάθμια περίθαλψη στις Ηνωμένες Πολιτείες (Geiger, 2002), Ισραήλ (Erstein, 2002) και Καναδά (Fowler, 1998) καθώς και στα προγράμματα ασθενειών στις Ηνωμένες Πολιτείες (Claiborne & Vandenburg, 2003). Εντούτοις, αυτά προγράμματα, τείνουν να υιοθετήσουν μια ολιστική προσέγγιση, που εστιάζει στην κυρίαρχη σχέση του

οικογενειακού ιατρού και του ασθενή. Αυτή η τελευταία προσέγγιση αποτελεί το κυρίαρχο πρότυπο για την παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Αυτή η προσέγγιση είναι ένα επικρατών μοντέλο για την υγεία στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες (αναφέρεται στους Crighton, Creighton & Drummond, 2005).

Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να ερευνηθούν οι αντιλήψεις των εξυπηρετούμενων για ένα κοινωνικό πρόγραμμα εργασίας και αποτελεί ένα βήμα καθιέρωσης της κοινωνικής εργασίας ως αναπόσπαστο τμήμα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε ένα καναδικό πλαίσιο.

Δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο βασισμένο σε ένα σχεδιασμένο όργανο που μετράει τα επίπεδα ικανοποίησης των παροχών της κοινωνικής εργασίας και για τις οποίες υπάρχουν αποδείξεις για την προσωπική εγκυρότητα και εσωτερική συνοχή. Το ερωτηματολόγιο περιέλαβε στοιχεία σχετικά με το λόγο παραπομπής, το είδος της παρέμβασης, τις απαιτήσεις των εξυπηρετούμενων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την αυτοπαρατήρηση του επιπέδου βελτίωσης (Crighton, Creighton & Drummond, 2005).

Ο πληθυσμός που μελετήθηκε περιλάμβανε κλειστές υποθέσεις από Ιούνιο 2001 ως Ιούνιο 2002. Τα ερωτηματολόγια ταχυδρομήθηκαν σε κάθε εξυπηρετούμενο και κοινωνικό λειτουργό μετά από την συγκατάθεση τους. Οι κοινωνικοί λειτουργοί συμπλήρωσαν το φύλλο των εξυπηρετούμενων που συμπεριλάμβανε το κοινωνικό ιστορικό, δημογραφικές πληροφορίες, προηγούμενες νοσηλείες, αξιολόγηση της παροχής συμβουλών εστιασμένες στον αριθμό των επαφών (Crighton, Creighton & Drummond, 2005).

Την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας επιλέχθηκαν 89 περιπτώσεις, 42 εξυπηρετούμενοι επέστρεψαν το ερωτηματολόγιο και 47 απάντησαν. Τα περιστατικά που απορρίφθηκαν ήταν οι εξυπηρετούμενοι που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν, άλλαξαν διευθύνσεις ή αν οι κοινωνικοί λειτουργοί έκριναν ότι η συμμετοχή τους θα αποτελούσε ρίσκο για τους ασθενείς. Ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτηθέντων ήταν 47 ετών το 76% ήταν γυναίκες. Το 4,5 δήλωσε ότι είχε προηγούμενη επαφή με υπηρεσίες και το 19% είχε νοσηλευτεί και στο παρελθόν (Crighton, Creighton & Drummond, 2005).

Ο πιο συχνά αναφερόμενος λόγος για την παροχή συμβουλών τόσο από τους κοινωνικούς λειτουργούς (40.7%) όσο και από τους εξυπηρετούμενους (34.4%) ήταν τα προβλήματα σχέσεων που αναφέρθηκαν, μαζί με τα συναισθηματικά (22%) και

την κατάθλιψη (13%). Οι απαιτήσεις των ασθενών από την κοινωνική υπηρεσία περιελάμβαναν την προσαρμογή στα προβλήματα (40%), την αφούγκραση και την παροχή υποστήριξης (27%), καθώς και την παροχή αντικειμενικής άποψης (18%). Ως πιο βοηθητικές δεξιότητες μετά την αφούγκραση και την παροχή υποστήριξης (55%) ακολούθησαν η επίλυση προβλημάτων (36%) και η εκπαίδευση (9%). Επτά εξυπηρετούμενοι έκριναν ότι οι παραπάνω δεξιότητες δεν ήταν τόσο βοηθητικές. Το 68% των ερωτηθέντων έκριναν την κοινωνική υπηρεσία ως πολύ καλή, το 29% απλώς καλή ενώ ένας εξυπηρετούμενος την χαρακτήρισε φτωχή. Το 85% δήλωσε ότι η υπηρεσία τους βοήθησε να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα τους. Το 47.6% δήλωσε ότι ήρθε σε επαφή με την κοινωνική υπηρεσία λιγότερο από δύο φορές ενώ το 52% περισσότερο από δύο φορές. Μέσω του ερωτηματολογίου έγινε και μια προσπάθεια διευκρίνισης των επιθυμητών υπηρεσιών μέσω των προγραμμάτων της κοινωνικής υπηρεσίας, η θεραπεία ζευγαριών (26,4%) και η οικογενειακή θεραπεία (18,4%) ήταν τα πιο δημοφιλή. Η παροχή συμβουλών ψυχοθεραπείας και εθισμού αναφέρθηκε επίσης. (Crighton, Creighton & Drummond,2005).

Τα συμπεράσματα αυτής της μελέτης προτείνουν ότι η σχέση μεταξύ του κοινωνικού λειτουργού και του οικογενειακού ιατρού πρέπει να θεωρηθεί κεντρικό χαρακτηριστικό γνώρισμα της αναδυόμενης δομής στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **A. ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ**

Κίνητρο, για την ενασχόληση μας με το αντικείμενο της έρευνας, αποτελεί: α) η διαπίστωση ότι δεν έχουν πραγματοποιηθεί αντίστοιχες έρευνες στην Ελλάδα, τα αποτελέσματα των οποίων θα μπορούσαν να συμβάλουν στην αναβάθμιση και αναδιοργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών, όπου κρίνεται απαραίτητο β) η πραγματοποίηση της πρακτικής μας άσκησης στους χώρους των γενικών νοσοκομείων Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», Γ.Ν. Καλαμάτας και Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστανείο», αντίστοιχα και γ) η βιωματική μας εμπειρία άλλοτε ως ασθενείς και άλλοτε ως φροντιστές ασθενών.

#### **B ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η κοινωνική εργασία και η ιατρική φροντίδα μοιράζονται το κοινό ενδιαφέρον για την εξασφάλιση καλής ποιότητας ζωής (ευημερίας) και υγείας των ατόμων, των οικογενειών και των κοινωνικών ομάδων (Butrym,1989). Η ολιστική προσέγγιση της υγείας προϋποθέτει τη συμβολή, αφενός της ιατρικής, που έχει ως στόχο, σύμφωνα με τη μοντέρνα εκδοχή του Ιπποκράτη, «πολλές φορές τη θεραπεία, συχνά τη βελτίωση και πάντα την ανακούφιση» και αφετέρου της κοινωνικής εργασίας, που ο πρωταρχικός προσανατολισμός της είναι ψυχοκοινωνικός και προσβλέπει στην κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου (Butrym, 1989). Στη καθημερινή εφαρμογή της ιατρικής φροντίδας, το ενδιαφέρον της επιστημονικά προσανατολισμένης ιατρικής είναι εστιασμένο στη θεραπεία με συγκριτικά ελάχιστη σημασία στις κοινωνικές συνθήκες του ασθενή. Αντιθέτως, το κεντρικό ενδιαφέρον της κοινωνικής εργασίας έγκειται στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου- ασθενή. Αναγνωρίζει ότι η ασθένεια του σώματος επηρεάζει, τόσο τη λειτουργικότητα του ατόμου, όσο και την ποιότητα της ζωής του και επικεντρώνεται στις συνέπειες και τις επιδράσεις της θεραπείας στο άτομο- ασθενή και την προσωπικότητα του, ανεξάρτητα από τους αντικειμενικούς σκοπούς της θεραπείας. Η παραπάνω προσέγγιση της κοινωνικής

εργασίας, συμβάλει σημαντικά στους θεραπευτικούς και διαγνωστικούς στόχους της ιατρικής (Gregorian, 2005).

Η προτεινόμενη μελέτη διερευνά το ρόλο και τη λειτουργία της κοινωνικής υπηρεσίας στο Γ.Ν. «Θριάσιο», στο Γ.Ν. Καλαμάτας και στο Γ.Ν. «Βοστανείο» αντίστοιχα, καθώς και τις απόψεις των εξυπηρετούμενων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα, η ερευνητική αυτή μελέτη, επιδιώκει να διερευνήσει τη γνώση ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας από τους εξυπηρετούμενους και τους φροντιστές τους στους χώρους υγείας, να μελετήσει τους παράγοντες χρήσης ή μη, και να καταγράψει τη γνώμη που έχουν σχηματίσει οι χρήστες για την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την επικοινωνία με τον/την κοινωνικό λειτουργό. Οι ερευνητικές υποθέσεις που επιδιώκουμε να απαντηθούν από τη προτεινόμενη έρευνα, είναι ότι, όσοι ασθενείς δεν κάνουν χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών του νοσοκομείου, δεν έχουν σωστή ενημέρωση από τους κοινωνικούς φορείς, δε γίνεται κατάλληλη παραπομπή από το προσωπικό του νοσοκομείου, το οποίο, και αυτό με τη σειρά του δεν είναι κατάλληλα ενημερωμένο, δεν γνωρίζουν το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών της κοινωνικής υπηρεσίας και νιώθουν προκατάληψη έναντι αυτής. Παράλληλα υποθέτουμε ότι όσοι έχουν κάνει χρήση των παρεχόμενων κοινωνικών υπηρεσιών του πλαισίου που ερευνάμε έχουν βοηθηθεί.

Τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα της εργασίας είναι:

- Ø Να προσδιοριστεί το ποσοστό των εξυπηρετούμενων, το οποίο γνωρίζει την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας στο νοσοκομειακό πλαίσιο.
- Ø Να διερευνηθεί ο τρόπος που ενημερώθηκε το ποσοστό των ασθενών ή και φροντιστών που γνωρίζει την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου και τις παροχές της.
- Ø Να διερευνηθεί πόσοι από αυτούς που γνωρίζουν την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, έχουν κάνει χρήση αυτής και να σκιαγραφηθεί το πιθανό προφίλ αυτών
- Ø Να διερευνηθεί το ποσοστό των εξυπηρετούμενων που δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας του νοσοκομείου και να σκιαγραφηθεί το πιθανό προφίλ αυτών
- Ø Να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιούνται οι παραπομπές στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου.
- Ø Να εντοπιστούν οι λόγοι μη χρήσης της κοινωνικής υπηρεσίας του νοσοκομείου από τους εξυπηρετούμενους.

- ∅ Να εντοπιστούν πιθανά προβλήματα κατά την διάρκεια της συνεργασίας του κοινωνικού λειτουργού- εξυπηρετούμενου.
- ∅ Να διερευνηθεί ο αριθμός συναντήσεων και ο χώρος συνεργασίας εξυπηρετούμενου και κοινωνικού λειτουργού
- ∅ Να διερευνηθεί κατά πόσο οι ασθενείς ή και οι φροντιστές που έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας του νοσοκομείου βοηθήθηκαν από την συνεργασία τους με τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό.
- ∅ Να διερευνηθεί ο λόγος συνεργασίας των εξυπηρετούμενων με την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου και ποιο το είδος της παρεχόμενης βοήθειας από τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό όταν αυτός ξεκίνησε με δική τους πρωτοβουλία.
- ∅ Να διερευνηθεί ο λόγος συνεργασίας των εξυπηρετούμενων με την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, ποιο το είδος της παρεχόμενης βοήθειας από τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό, όταν η συνεργασία ξεκίνησε μετά από κάποια παραπομπή.
- ∅ Να καταγραφούν πιθανές ελλείψεις στις παροχές της κοινωνικής υπηρεσίας από την πλευρά των ασθενών ή και φροντιστών.
- ∅ Να διερευνηθεί κατά πόσο το ποσοστό των εξυπηρετούμενων που γνωρίζει και έχει κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας του νοσοκομείου έχει συνεργαστεί στο παρελθόν με άλλους κοινωνικούς λειτουργούς.

## **Γ. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Η σπουδαιότητα της ερευνάς μας έγκειται στο γεγονός ότι η κοινωνική εργασία ως μια δευτερογενής οργάνωση στο χώρο του νοσοκομείου λειτουργεί υποστηρικτικά, συμβουλευτικά, βοηθητικά για τη καλύτερη επανένταξη του ατόμου στο περιβάλλον του.

Με τη διερεύνηση των απόψεων της εξυπηρετούμενης ομάδας θέλουμε να αναδείξουμε την αποτελεσματικότητα ή όχι της σχέσης εξυπηρετούμενου- κοινωνικού λειτουργού, να παρουσιάσουμε τις τυχόν ελλείψεις των παρεχόμενων υπηρεσιών στο πλαίσιο που ερευνούμε, με απώτερο στόχο την αναβάθμιση και αναδιοργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών, όπου κρίνεται απαραίτητο.

Παράλληλα, θέλουμε να υπογραμμίσουμε το ρόλο και τη συμβολή του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της υγείας, με τις πρακτικές παρέμβασης που υιοθετεί, τις επαγγελματικές του δεξιότητες και ικανότητες καθώς και τις αναγκαιότητες που καλύπτει, δεν είναι τυχαίο άλλωστε που ένας μεγάλος αριθμός κοινωνικών λειτουργών απασχολείται στο χώρο αυτό. Θα πρέπει να τονίσουμε σε αυτό το σημείο ότι δεν έχουν διεξαχθεί παρόμοιες έρευνες στην Ελλάδα.

Για τους λόγους που προαναφέρθηκαν, ο κύριος σκοπός της ερευνητικής μας μελέτης είναι ο ρόλος και η λειτουργία της κοινωνικής υπηρεσίας στο γενικό νοσοκομείο καθώς και οι απόψεις των εξυπηρετούμενων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Οι δευτερεύοντες στόχοι της έρευνας είναι η διερεύνηση γνώσης ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας από τους εξυπηρετούμενους και τους φροντιστές τους στους χώρους υγείας. Επιπρόσθετα, η μελέτη παραγόντων χρήσεως ή μη, και η καταγραφή της γνώμης που έχουν σχηματίσει οι χρήστες για την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την επικοινωνία με τον/την κοινωνικό λειτουργό.

Τέλος, η ερευνητική μελέτη πραγματοποιείται σε τρία γενικά νοσοκομεία στο Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», στο Γ.Ν. Καλαμάτας και στο Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοσπάνειο» αντίστοιχα, τα οποία καλύπτουν διαφορετικές χωροταξικές και πληθυσμιακές ανάγκες, προκειμένου να ανακαλύψουμε κατά πόσο αναγνωρίζεται και προωθείται ο ρόλος και το έργο της κοινωνικής υπηρεσίας μέσα στους χώρους των νοσοκομείων.

#### **Δ. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η διάρκεια διεξαγωγής της ερευνά μας ορίστηκε το χρονικό διάστημα των 10 ημερών έναρξη αυτής 03/03/2009 και λήξη αυτής 13/03/2009.

Επιλέχτηκε και πραγματοποιήθηκε περιγραφική μελέτη με ποσοτική έρευνα, γιατί με αυτόν τον τρόπο μπορούμε να προσεγγίσουμε μεγάλο μέρος του πληθυσμού προκειμένου να αναδειχθούν οι γενικές τάσεις που εμφανίζονται στο δείγμα (Κυριαζή, 2005). Στην προκειμένη περίπτωση, ήταν πιο εύκολο να καταγραφούν οι απόψεις των ασθενών – φροντιστών τους και να ελεγχθούν οι ερευνητικές υποθέσεις μέσω της ποσοτικής έρευνας.

Για την επιλογή του δείγματος καθορίσαμε τον πληθυσμό που μας ενδιαφέρει.

Ο πληθυσμός, στον οποίο έγινε η έρευνα ήταν οι ασθενείς και οι φροντιστές τους που νοσηλεύονται στο Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο», Γ.Ν. Καλαμάτας και Γ.Ν.Μ



«Βοστάνειο». «Πληθυσμός μιας μελέτης είναι όλα τα μέλη της ομάδας που θα μελετηθεί, τα οποία ικανοποιούν ορισμένα κριτήρια» (Σαχίνη- Καρδάση, 2004, σελ.115). Η διάρκεια νοσηλείας των ερωτηθέντων ήταν το λιγότερο τρεις ημέρες. Πληροφορίες για το δείγμα μας αντλήσαμε α) από τα μητρώα εξυπηρετούμενων της κοινωνικής υπηρεσίας προκειμένου να εξασφαλίσουμε τη γνώμη τους β) από τα μητρώα εισαγωγής καθώς και από τους προϊσταμένους των κλινικών στο χρονικό διάστημα της διεξαγωγής της έρευνας. Πρέπει να διευκρινίσουμε ότι έχουν εξαιρεθεί οι ασθενείς και οι φροντιστές τους που προσέρχονται στα επείγοντα, νοσηλεύονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), στη μονάδα τεχνητού νεφρού, στη ψυχιατρική κλινική καθώς και στη παιδιατρική κλινική, λόγω της φύσης και των ιδιαιτεροτήτων που φέρουν αυτές οι κλινικές.

Η δειγματοληψία, την οποία επιλέξαμε είναι η «συστηματική δειγματοληψία» που είναι μια τροποποίηση της «τυχαίας δειγματοληψίας», «εμπεριέχει την επιλογή υποκειμένων από έναν κατάλογο του πληθυσμού με έναν συστηματικό τρόπο παρά στην τύχη (Cohen- Manion,1994,σελ128). «Αποτελεί το υπολογισμό ενός διαστημικού εύρους, μια τυχαία αρχή και αριθμημένο κατάλογο των μελών του πληθυσμού» (Σαχίνη- Καρδάση, 2004, σελ 118). Έτσι όσον αναφορά το δείγμα μας για τους ασθενείς στην κοινωνική υπηρεσία και τους καταγεγραμμένους ασθενείς στις κλινικές την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας, σε κάθε κλινική επιλέξαμε και ξεκινήσαμε από το θάλαμο 1 μετά πήγαμε στο θάλαμο 3, στον θάλαμο 5 και ούτω κάθε εξής. Όσον αφορά τα κρεβάτια σε κάθε θάλαμο πήγαμε στο 1 και στο 4. Με τον τρόπο αυτό είχαμε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα εφόσον η καταχώρηση του πληθυσμού στους καταλόγους των κλινικών δεν έχει γίνει με κάποια διάκριση.

Το δείγμα μας αντλήθηκε από το πληθυσμό μας. «Δείγμα είναι ένας μικρόκοσμος του πληθυσμού της ερευνητικής μελέτης». (Σαχίνη- Καρδάση, 2004, σελ116). Ο ερευνητής παίρνει το δείγμα από προσβάσιμο σε αυτόν υλικό.

Προκειμένου να είναι αντιπροσωπευτική η έρευνα μας επιλέξαμε 100 άτομα σε κάθε νοσοκομείο, τα οποία έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά και συμπεριφέρονται όμοια με αυτά του πληθυσμού. Χρησιμοποιήθηκε αυτό το μέγεθος δείγματος διότι ο αριθμός του πληθυσμού μας ήταν μεγάλος οπότε θα χρειαζόταν πολύς χρόνος για να έρθουμε σε επαφή με όλους. Η ομάδα μας αποτελείται από τρία άτομα, οι πόροι μας δεν ήταν αρκετοί και δε μπορούσαμε να μοιράσουμε πολύ μεγάλο αριθμό ερωτηματολογίων λόγω της σωματικής και ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών.

Ο χρόνος διανομής των ερωτηματολογίων ήταν περιορισμένος διότι συμφωνήθηκε τα ερωτηματολόγια να διανεμηθούν σε ώρες επισκεπτηρίων.

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της διερευνητικής μελέτης μας ήταν το ερωτηματολόγιο, γιατί μας δόθηκε η δυνατότητα προσέγγισης μεγάλου μέρους του πληθυσμού για το ίδιο θέμα, και ήταν πιο εύκολο να συγκρίνουμε και να αναλύσουμε στατιστικά τα στοιχεία που συλλέξαμε (Κυριαζή, 2005). Επίσης, το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα εργαλείο λιγότερο δαπανηρό ως προς το κόστος και ως προς τον χρόνο διεξαγωγής καθώς και ως προς την ενέργεια διαχείρισης τους και παρέχουν την δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας που δίνει την δυνατότητα πληροφοριών για κοινωνικά μη αποδεκτές συμπεριφορές (Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε σε συνάρτηση με τους στόχους της ερευνάς μας, οι οποίοι μας υπαγόρευαν και τους άξονες που «κινήθηκαν» οι ερωτήσεις μας.

Χρησιμοποιήθηκαν κλειστού τύπου ερωτήσεις διότι θέλαμε να εξασφαλίσουμε την συγκριτικότητα των απαντήσεων και την διευκόλυνση των αναλύσεων αυτών. Παράλληλα, χρησιμοποιήσαμε ανοικτού τύπου ερωτήσεις προκειμένου να δοθεί η δυνατότητα στους ασθενείς και τους φροντιστές τους να εκφράσουν τις απόψεις τους με το δικό τους τρόπο (Σαχίνη-Καρδάση, 2004).

Ο πρώτος άξονας του ερωτηματολογίου μας αναφέρεται στη γνώση ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας του νοσοκομείου. Περιλαμβάνει δύο διχοτομικές ερωτήσεις και μια πολλαπλών επιλογών κλειστού τύπου. Ο δεύτερος διερευνά τη χρήση κοινωνικής υπηρεσίας από τους ασθενείς-φροντιστές και αποτελείται από μία διχοτομική, οχτώ πολλαπλής επιλογής κλειστού τύπου και τρεις ανοικτού τύπου ερωτήσεις. Ο τρίτος ερευνά τη γνώμη της εξυπηρετούμενης ομάδας για τη κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου και περιλαμβάνει τρεις διχοτομικές, δύο πολλαπλής κλειστού τύπου και μία ανοιχτή τύπου ερώτηση. Τέλος, ο τέταρτος άξονας του ερωτηματολογίου αναφέρεται, στα δημογραφικά στοιχεία σε έξι διχοτομικές και έντεκα πολλαπλής επιλογής κλειστού τύπου και μια ανοικτού τύπου ερώτησης.

Οι ερωτήσεις 2 και 7 που αναφέρονται στον τρόπο ενημέρωσης για την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας στο νοσοκομειακό πλαίσιο καθώς και στην έναρξη συνεργασίας του ασθενή με αυτήν βασίζονται στην βιβλιογραφική αναφορά: «Πως φτάνουν τα περιστατικά στην κοινωνική υπηρεσία» (Πανταζάκας, Μέντης, 2002) και στην ερευνητική μελέτη που διεξήχθη στην Σουηδία και την Βρετανία (McLeon & Erikson, 2002). Η ερώτηση 11 που αναφέρεται στην συχνότητα συνεργασίας με τον/την κοινωνικό/η λειτουργό στο χώρο υγείας βασίζεται σε έρευνα που

πραγματοποιήθηκε στο Οντάριο του Καναδά (Crighton, Creighton & Drummond, 2005) και στην βιβλιογραφική αναφορά «Κλινική παρέμβαση» (Παπαιωάννου, 1998). Η ερώτηση 12, στην οποία γίνεται λόγος για τον χώρο συνεργασίας με τον/ την κοινωνικό/η λειτουργό βασίζεται στην βιβλιογραφική αναφορά « Χώροι άσκησης κοινωνικής εργασίας (Πανταζάκας, Μέντης, 2002). Οι ερωτήσεις 13, 14, 15 οι οποίες αναφέρονται στην συνεργασία, στις ενέργειες και την βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού προς τον εξυπηρετούμενο βασίζονται στις εξής βιβλιογραφικές αναφορές: «Τομείς παρέμβασης» (Kitchen & Brook, 2005) και (Gregorian, 2005), «Διεθνής κώδικας δεοντολογίας» (1976), «Αναγκαιότητα ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας» (McLeon, 1975) και (Ιατρίδης, 1989), «Το έργο της κοινωνικής υπηρεσίας στο νοσοκομείο» (Καλλιγέρη- Βιθούλκα, 1971), «Συνεισφορά της κοινωνικής υπηρεσίας» (Carr, 1974), «Παρεμβάσεις της κοινωνικής υπηρεσίας» (Πανταζάκας- Μεντής, 2002), «Κοινωνική εργασία με ομάδες μέσα στο χώρο της υγείας» (Getzel, 1987), «Η συνεισφορά του κοινωνικού λειτουργού» (Καραγκούνης 2005), «Ρόλοι του κοινωνικού λειτουργού» (Μουζακίτης, 1988), «Κατευθύνσεις κοινωνικού λειτουργού προς τον ασθενή» (Καραγκούνης 2005). Επίσης στοιχεία πάρθηκαν και από τις παρακάτω ερευνητικές μελέτες: «*Ερευνητικά εργαλεία για τα κοινωνικά χαρακτηριστικά πρακτικής και πελατών εργασίας υγείας*» (Gathercole & De Melo, 2001), «*Ο ρόλος της συνηγορίας στην νοσοκομειακή κοινωνική εργασία*» (Herbert & Levin, 1996), «*Η κοινωνική εργασία στην υγεία*» (Auslander, 2001), «*Ιατρική κοινωνικοί λειτουργοί στα νοσοκομεία του Χονγκ Κονγκ: Προσδοκίες, δομή αρχής και ασάφεια ρόλοι*» (Wong, Chan & Tam, 2001), «*Κοινωνική εργασία και διαχείριση φροντίδας: μια περιπτωσιολογική μελέτη του ρόλου της κοινωνικής εργασίας στην απαλλαγή νοσοκομείων σε κατ' οίκον νοσηλεία ή σε οίκους ευγηρίας*» (Phillips & Waterson, 2002). Η ερώτηση 16, η οποία αναφέρεται στην προηγούμενη εμπειρία του εξυπηρετούμενου με κοινωνικό λειτουργό είναι εμπνευσμένη από την ερευνητική μελέτη των Gathercole & De Melo, (2001), με θέμα «*Ερευνητικά εργαλεία για τα κοινωνικά χαρακτηριστικά πρακτικής και πελατών εργασίας υγείας*».

Για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ανέλαβε κάθε μέλος από την ομάδα των τριών ερευνητριών και έφερε εις πέρας τη διανομή, συμπλήρωση και συγκέντρωση των ερωτηματολογίων που του αναλογούσε, 100 ανά νοσοκομείο.

Παράλληλα, μέσω του μητρώου εισαγωγής των ασθενών και των μητρώων της κοινωνικής υπηρεσία προσέξαμε και δεν προσεγγίσαμε δεύτερη φορά τον ίδιο ασθενή. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στους ασθενείς- φροντιστές, σε ώρες

επισκεπτηρίων των κλινικών, αφού δόθηκαν πληροφορίες σχετικά με την ιδιότητα μας, το σκοπό του ερωτηματολογίου και εξασφαλίζοντας την έγκρισή τους. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους ίδιους τους ασθενείς ή τους φροντιστές τους όμως στις περισσότερες περιπτώσεις συμπληρώθηκαν από τις ίδιες τις ερευνήτριες λόγω του σωματικού κάματος και της αναπηρίας που χαρακτηρίζει τον πληθυσμό αυτό καθώς και την ηλικία που προκαλούσε δυσκολία στην συμπλήρωση αυτών. Η διαδικασία της έρευνας πραγματοποιήθηκε με τη τήρηση των αρχών της δεοντολογίας, συμπεριλαμβανομένης της ανάγκης για το προσωπικό απόρρητο, την εχεμύθεια και την συναίνεση.

Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα Ι που βρίσκεται παρακάτω.

Στο διάστημα διεξαγωγής της έρευνας, οι εξυπηρετούμενοι στην κοινωνική υπηρεσία του Γ.Ν.Ε. Θριάσιο ήταν 15 όπως προκύπτει από το μητρώο της υπηρεσίας και τις πληροφορίες των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών. Από αυτούς απάντησαν μόνο οι 8 ερωτηθέντες διότι οι υπόλοιποι νοσηλεύονταν σε κλινικές που δεν συμπεριλαμβάνονταν στην ερευνητική μελέτη, κάποιοι δεν ήταν σε θέση να δώσουν πληροφορίες και δεν υπήρχαν φροντιστές τους και ένας εξέφρασε άρνηση.

Όσον αφορά τους μη καταγεγραμμένους νοσηλευόμενους στην κοινωνική υπηρεσία του Γ.Ν.Ε. Θριάσιο οι προσεγγίσεις και οι απαντήσεις που δόθηκαν κατά την διεξαγωγή της έρευνάς μας ανά κλινική ήταν:

<b>ΚΛΙΝΙΚΕΣ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ</b>
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	58	11
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	24	12
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	25	9
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	40	17
ΩΡΥΛΑ- ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	23	11
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	27	7
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ- ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ- ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	40	17
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	33	8
ΣΥΝΟΛΟ	270	2

Στο Γ.Ν. Καλαμάτας όπως προκύπτει από το μητρώο της κοινωνικής υπηρεσίας και τις πληροφορίες των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών, οι εξυπηρετούμενοι της διεξαγωγής της έρευνας ήταν 10, από αυτούς μόνο οι 7 απάντησαν πως κάνουν χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας, οι υπόλοιποι αρνήθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο και νοσηλεύονταν σε κλινικές που είχαν αποκλειστεί από την ερευνητική μας μελέτη. Όσο αφορά τους μη καταγεγραμμένους νοσηλευόμενους στην κοινωνική υπηρεσία του Γ.Ν Καλαμάτας οι προσεγγίσεις και οι απαντήσεις που δόθηκαν κατά την διεξαγωγή της ερευνάς μας ανά κλινική ήταν:

ΚΛΙΝΙΚΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ Α+Β	28	13
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ Α+Β	32	14
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	15	10
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	20	13
ΩΡΥΛΑ	17	10
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	25	10
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	33	14
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	22	9
ΣΥΝΟΛΟ	192	93

Κατά την διάρκεια της διεξαγωγής της ερευνητικής μας μελέτης στο Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο» όπως προκύπτει από το μητρώο της κοινωνικής υπηρεσίας, ο αριθμός των περιστατικών ανέρχεται στους 16, από αυτούς απάντησαν θετικά οι 11. Οι υπόλοιποι δεν πληρούσαν τους όρους συμμετοχής στην ερευνά μας. Θα πρέπει να σημειώσουμε σε αυτό το σημείο ότι δύο αρνήθηκαν να απαντήσουν λόγω δυσπιστίας εξαιτίας της μεγάλης τους ηλικίας και οι υπόλοιποι βρίσκονται σε κλινικές που δεν συμπεριλαμβάνονταν στην δειγματοληψία μας.

Όσο αναφορά τους μη καταγεγραμμένους νοσηλευόμενους στην κοινωνική υπηρεσία του Γ.Ν.Μ. «Βοστάνειο» οι προσεγγίσεις και οι απαντήσεις που δόθηκαν κατά την διεξαγωγή της ερευνάς μας ανά κλινική ήταν:

ΚΛΙΝΙΚΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ Α+Β	55	27
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ Α+Β	45	22
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	23	10
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ – ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ- ΩΡΥΛΑ-	27	19
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	19	11
ΣΥΝΟΛΟ	169	89

### **Δ1.ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ**

Πραγματοποιήθηκε πιλοτική έρευνα προκειμένου να κάνουμε διορθωτικές παρεμβάσεις να προλάβουμε τυχόν λάθη στην ερμηνεία στην κατανόηση, την σύνταξη και διατύπωση των ερωτήσεων μας. Στα πλαίσια διεξαγωγής της πιλοτικής έρευνας μοιράσαμε από 5 ερωτηματολόγια, η κάθε ερευνήτρια από το δείγμα της. Το «πιλοτικό» ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε με εμάς στο ρόλο του συνεντευκτή. Αρχικά πληροφόρησαμε το δείγμα μας για το σκοπό του ερωτηματολογίου και μετά την συμπλήρωση του, μας ενημέρωσαν για τυχόν δυσκολίες στην κατανόηση των ερωτήσεων, στο αν ήταν κουραστικό στο σύνολο του, αν ο χρόνος συμπλήρωσης ήταν μεγάλος και αν επαναλαμβανόταν οι ερωτήσεις.

Με την ανάλυση των αποτελεσμάτων της πιλοτικής έρευνας διαπιστώθηκε ότι το ερευνητικό μας εργαλείο, δούλεψε καλά. Οι ερωτηθέντες απάντησαν εύκολα στις ερωτήσεις, δεν δυσκολεύτηκαν, δεν υπήρχε δυσνόητη ορολογία και με παρόμοιο περιεχόμενο και δεν τους προκάλεσε αίσθημα δυσφορίας. Με τον τρόπο δόθηκε η έναρξη της διερευνητικής μας μελέτης.

### **Δ2.ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ**

Στο Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο» κατατέθηκε αίτηση στην γραμματεία του νοσοκομείου προς το επιστημονικό συμβούλιο αυτού με αίτημα «Άδεια εκπόνησης της ερευνητικής

μας μελέτης». Δόθηκε η αρχική έγκριση από το επιστημονικό συμβούλιο και ζητήθηκε ερευνητικό πρωτόκολλο καθώς και έγκριση των διευθυντών των αντίστοιχων τμημάτων και της νοσηλευτικής υπηρεσίας του νοσοκομείου. Μετά την εισήγηση της ιατρικής υπηρεσίας στο διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου και κατόπιν συζήτησης αυτού δόθηκε η έγκριση διεξαγωγής της ερευνά μας.

Αντίστοιχα, εστάλη ταχυδρομικώς προς την Επιστημονική Επιτροπή του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας έγγραφο με θέμα: «Την εκπόνηση έρευνας με τίτλο *‘Ο ρόλος και η λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Γενικό Νοσοκομείο: απόψεις των εξυπηρετούμενων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες’*». Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη του το παραπάνω έγγραφο αποφάσισε ομόφωνα και επέτρεψε την εκπόνηση της έρευνας με στόχο τη διερεύνηση του ρόλου και της λειτουργίας της κοινωνικής υπηρεσίας του Γ.Ν. Καλαμάτας μέσω της καταγραφής των απόψεων των ασθενών και των φροντιστών τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Και τέλος, κατατέθηκε στην γραμματεία της επιστημονικής επιτροπής αίτηση στο Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης «Βοστάνειο» με θέμα « Άδεια εκπόνησης έρευνα με τίτλο *‘Ο ρόλος και η λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Γενικό Νοσοκομείο: απόψεις των εξυπηρετούμενων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες’*», η οποία απορρίφθηκε διότι οι έρευνες εγκρίνονται πλέον από το Ε.Κ.Ε.Π.Υ (το κέντρο επιχειρήσεων του Υπουργείου Υγείας), το οποίο και απάντησε εντός μίας εβδομάδας στο νοσοκομείο, στο Τ.Ε.Ι., και στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου.

Τα αντίστοιχα έγγραφα και από τα τρία νοσοκομεία παρατίθενται στο Παράρτημα ΙΙ.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

#### A. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η υλοποίηση της έρευνας αυτής μας δίνει σημαντικές ενδείξεις για την γνώση, την γνώμη και την χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας στο νοσοκομειακό χώρο, μέσα από την διερεύνηση των απόψεων των ασθενών και φροντιστών τους. Η έρευνα αυτή θα θέλαμε να πιστεύουμε ότι θα αποτελέσει εφαλτήριο για μελλοντικές έρευνας, για την αναδιοργάνωση και την αναβάθμιση των κοινωνικών υπηρεσιών, όπου κρίνεται αναγκαίο.

Οι απόψεις των ασθενών και των φροντιστών τους αναλύονται στους παρακάτω πίνακες και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα.

#### 1. ΓΝΩΣΗ ΥΠΑΡΞΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

##### Πίνακας 1.1.

Ο πίνακας 1.1. παρουσιάζει τον αριθμό των εξυπηρετούμενων, ο οποίος γνωρίζει την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας ανά Νοσοκομείο

Πίνακας 1.1.: Γνώση ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας ανά νοσοκομείο					
Νοσοκομείο	Γνώση ύπαρξης		Μη γνώση ύπαρξης		Σύνολο
	N	%	N	%	
Γ.Ν. Βοστανείο Μυτιλήνης	57	5 7%	43	43%	100 (100%)
Γ.Ν. Καλαμάτας	34	3 4%	66	66%	100 (100%)
Γ.Ν.	32	3	68	68%	100 (100%)

Θριάσιου		2%			
----------	--	----	--	--	--

### Πίνακας 1.2.

Στον πίνακα 1.2 παρουσιάζεται ο συνολικός αριθμός των εξυπηρετούμενων, ο οποίος γνωρίζει την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά και στα 3 νοσοκομεία

<b>Πίνακας 1.2.: Γνώση ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά και στα τρία νοσοκομεία.</b>				
<b>Γνώση ύπαρξης</b>		<b>Μη γνώση ύπαρξης</b>		<b>Σύνολο</b>
<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
123	41%	177	59%	100 (100%)

Σύμφωνα με τα ερευνητικά αποτελέσματα (πίνακας 1.1), διαπιστώθηκε ότι στο Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο» το 57% γνώριζε την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας στο νοσοκομειακό πλαίσιο. Αντίστοιχα το 34% στο Γ.Ν Καλαμάτας και το 32% στο Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» δήλωσαν ότι ήταν γνώστες αυτής. Από τους/τις 300 ερωτώμενους/ες των τριών νοσοκομειακών πλαισίων 123 ερωτηθέντες/θείσες (41%) δήλωσαν θετικά για την γνώση ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας. Συμπεραίνεται από την παραπάνω ανάλυση (πίνακας 1.2), ότι μικρό ποσοστό στο σύνολο των ερωτηθέντων γνωρίζει την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας. Μεγάλη διαφορά παρατηρείται μεταξύ του περιφερειακά χωροταξικά αποκλεισμένου Γ.Ν. Μυτιλήνης « Βοστάνειο», όπου το ποσοστό φτάνει να αγγίζει τα όρια του διπλάσιου, σε σχέση με το νοσοκομείο της Αθήνας «Θριάσιο» και της μεγάλης επαρχιακής πόλης της Καλαμάτας (βλέπε πίνακα 1.1).

Παρόμοια αποτελέσματα μικρών ποσοστών γνώσης ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας και των παροχών της παρουσιάζονται σε έρευνα που διεξήχθη στην νοσοκομειακή κοινωνική εργασία της Σουηδικής και Βρετανικής πρακτική (Mc Leon& Erikson, 2002).

## 2. ΤΡΟΠΟΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΗΤΑΝ ΓΝΩΣΤΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΤΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Πίνακας 2.1

Ο πίνακας 2.1 παρουσιάζει τον τρόπο με τον οποίο ενημερώθηκαν οι ασθενείς σε κάθε ένα από τα παρακάτω νοσοκομεία: Γ.Ν Μυτιλήνης «Βοστάνειο», Γ.Ν Καλαμάτας και Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο»

Πίνακας 2.1.: Τρόπος ενημέρωσης των ασθενών που ήταν γνώστες της κοινωνικής υπηρεσίας και των παροχών της ανά νοσοκομειακό πλαίσιο						
Πηγές Ενημέρωσης	Νοσοκομειακό πλαίσιο					
	Γ.Ν.Μ «ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ» (N= 57)		Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ (N= 34)		Γ.Ν.Ε «ΘΡΙΑΣΙΟ» (N= 32)	
1. Ιατρικό - Νοσηλευτικό Προσωπικό	14	25%	10	29%	5	16%
2. Άλλη υπηρεσία του Νοσοκομείου	2	3%	5	15%	0	0%
3. Ενημερωτικό Φυλλάδιο	0	0%	9	26%	0	0%
4. Κοινωνικό- λειτουργό του Νοσοκομείου	16	28%	0	0%	3	9%
5 . Συγγενείς ασθενών	8	14%	1	4%	1	3%
6. Άλλους ασθενείς	4	7%	0	0%	5	16%
7. Άλλες υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου	13	23%	9	26%	9	28%
8. Άλλο (προσδιορίστε)... $\rightarrow$ Πρόνοια	0	0%	0	0%	9	28%
Σύνολο	57	100%	34	100%	32	100%

Πίνακας 2.2

Στον πίνακα 2.2 παρουσιάζεται ο τρόπος με τον οποίο ενημερώθηκαν συνολικά και στα τρία νοσοκομεία οι ασθενείς για την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας και των παροχών της.

Πίνακας 2.2.: Τρόπος ενημέρωσης των ασθενών που ήταν γνώστες της κοινωνικής υπηρεσίας και των παροχών της συνολικά και στα τρία νοσοκομεία		
Πηγές ενημέρωσης	Συνολικά και στα τρία νοσοκομεία (N= 123)	
1. Ιατρικό – Νοσηλευτικό Προσωπικό	29	24%
2. Άλλη υπηρεσία του Νοσοκομείου	7	6%
3. Ενημερωτικό Φυλλάδιο	9	7%
4. Κοινωνικό/ λειτουργό του Νοσοκομείου	19	16%
5 . Συγγενείς ασθενών	10	8%
6. Άλλους ασθενείς	9	7%
7. Άλλες υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου	31	25%
8. Άλλο (προσδιορίστε)...à Πρόνοια	9	7%
Σύνολο	123	100%

Διαπιστώθηκε στην ερευνά μας (πίνακας 2.1), ότι στο Γ.Ν Καλαμάτας το 29% ενημερώθηκε από το *ιατρονοσηλευτικό προσωπικό* ενώ αντίστοιχα το 25% στο «Βοστάνειο» και το 16% στο «Θριάσιο». Από τον/την *κοινωνικό/ή λειτουργό του νοσοκομείου* ενημέρωθηκε το 28% στο Μυτιλήνης, το 9% στο «Θριάσιο» ενώ το ποσοστό στην Καλαμάτα ήταν μηδενικό. Μεγάλα ήταν τα ποσοστά ενημέρωσης και στα τρία πλαίσια, από *άλλες υπηρεσίες εκτός νοσοκομείων*, με τα ποσοστά να ανέρχονται 28% στο «Θριάσιο», 26% στο Καλαμάτας και 23% στο Μυτιλήνης. Το *ενημερωτικό φυλλάδιο*, αποτέλεσε πηγή πληροφόρησης μόνο στο νοσοκομείο Καλαμάτας με ποσοστό 26% ενώ μόνη πηγή ενημέρωσης αποτέλεσε το *Άλλο και κυρίως η Πρόνοια* με 28% στο «Θριάσιο». Από *άλλη υπηρεσία του νοσοκομείου*, ενημερώθηκε το 3% στο Μυτιλήνης και το 15% στην Καλαμάτα. Από *τους συγγενείς των ασθενών* τα ποσοστά ήταν

σχετικά μικρά, ιδιαίτερα στο Καλαμάτας και το «Θριάσιο», όπου ανέρχονται στο 4% και 3% αντίστοιχα, ενώ στο Μυτιλήνης ανέρχεται στο 14%. Τέλος, από άλλους ασθενείς ενημερώθηκε το 16% στο «Θριάσιο» και το 7% στο Μυτιλήνης.

Από την συνολική μελέτη (πίνακας 2.2) των τριών νοσοκομείων, παρατηρούνται ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά ενημέρωσης προέρχονται από τις άλλες υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου με 25%, ακολουθεί το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με 24%, από τον/την κοινωνικό/η λειτουργό με 16%, από συγγενείς ασθενών 8% και από 7% ενημερώθηκε, μέσω ενημερωτικού φυλλαδίου, από άλλους ασθενείς και από άλλη πηγή κυρίως Πρόνοια. Τέλος, από άλλη υπηρεσία του νοσοκομείου ενημερώθηκε ένα 6%.

Εν κατακλείδι, παρατηρούμε ότι η ενημέρωση για την κοινωνική υπηρεσία και στα τρία νοσοκομεία πραγματοποιείται ποικιλότροπα, με μεγάλα ποσοστά απόκλισης από νοσοκομείο σε νοσοκομείο, εκτός από την πληροφόρηση μέσω του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και από άλλες υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου, όπου τα ποσοστά συγκλίνουν και στα τρία νοσοκομειακά πλαίσια και στο συνολό τους αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό ενημέρωσης.

### Πίνακας 2.3

Στον πίνακα 2.3 παρουσιάζεται ο αριθμός των ασθενών που δήλωσαν ότι είναι γνώστες της κοινωνικής υπηρεσίας ανά νοσοκομείο και του είδους των υπηρεσιών που παρέχει.

<b>Πίνακας 2.3.: Γνώση είδους υπηρεσιών της κοινωνικής υπηρεσίας ανά νοσοκομείο από τους ασθενείς που γνωρίζουν της ύπαρξη της</b>					
<b>Νοσοκομειακό πλαίσιο</b>	<b>Γνώση είδους υπηρεσιών</b>		<b>Μη γνώση είδους υπηρεσιών</b>		<b>Σύνολο</b>
Γ.Ν Μυτιλήνης «Βοσπάνειο» (N=57)	35	62%	22	38%	57 (100%)
Γ.Ν Καλαμάτας (N= 34)	7	21%	26	79%	34(100%)

Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο» (N= 32)	16	50%	16	50%	32(100%)
---------------------------------------	----	-----	----	-----	----------

#### Πίνακας 2.4

Στον πίνακα 2.4 παρουσιάζεται ο αριθμός των ασθενών που δήλωσαν ότι είναι γνώστες της κοινωνικής υπηρεσίας, συνολικά και στα τρία νοσοκομεία και του είδους των υπηρεσιών που παρέχουν.

<b>Πίνακας 2.4.: Γνώση είδους υπηρεσιών της κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά και στα τρία νοσοκομεία από τους ασθενείς που γνωρίζουν της ύπαρξη της</b>					
<b>Γνώση κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά και στα τρία νοσοκομεία</b>	<b>Γνώση είδους υπηρεσιών</b>		<b>Μη γνώση είδους υπηρεσιών</b>		<b>Σύνολο</b>
	N= 123	58	47%	65	

Όπως φαίνεται από τους παραπάνω τον πίνακα (2.3), που αφορά το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν οι κοινωνικοί λειτουργοί, από αυτούς που απάντησαν θετικά στην γνώση ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας στο νοσοκομειακό πλαίσιο, μεγάλα είναι τα ποσοστά στο «Βοστανείο» και στο «Θριάσιο», που ανέρχονται στο 62% και στο 50% που γνωρίζουν και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ενώ, στην Καλαμάτα το ποσοστό αυτών είναι μόνο 21%. Στο σύνολο τους διαπιστώθηκε ότι, σχεδόν οι μισοί που ήταν ενημερωμένοι για την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας, γνωρίζουν και τις παροχές αυτής με ποσοστό 47% (πίν. 2.4).

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι, ενώ οι εξυπηρετούμενοι είναι ενημερωμένοι για την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας στο νοσοκομειακό πλαίσιο, ωστόσο δεν είναι πληροφορημένοι για τις παροχές της.

### 3. ΓΝΩΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ

Πίνακας 3.1

Στον πίνακα 3.1 παρουσιάζεται ο αριθμός των εξυπηρετούμενων που γνωρίζουν την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας και έχει κάνει χρήση αυτής.

Πίνακας 3.1.: Χρήση κοινωνικής υπηρεσίας, ανά νοσοκομείο, από τους ασθενείς που γνώριζαν την ύπαρξη της					
Νοσοκομείο	Χρήση κοινωνικής υπηρεσίας		Μη χρήση κοινωνικής υπηρεσίας		Σύνολο
	Γ.Ν Μυτιλήνης «Βοσπάνειο» (N=57)	11	19%	46	
Γ.Ν Καλαμάτας (N= 34)	7	21%	27	79%	34 (100%)
Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο» (N= 32)	8	25%	24	75%	32 (100%)

Πίνακας 3.2

Ο πίνακας 3.2 αναφέρει συνολικά των αριθμό των εξυπηρετούμενων, οι οποίοι γνώριζαν την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας και έχουν κάνει χρήση αυτής

Πίνακας 3.2.: Χρήση κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά και στα τρία νοσοκομεία από τους ασθενείς που γνώριζαν την ύπαρξη της.			
Γνώση κοινωνικής υπηρεσίας και στα τρία νοσοκομεία	Χρήση κοινωνικής υπηρεσίας	Μη χρήση κοινωνικής υπηρεσίας	Σύνολο

N= 123	26	21%	97	79%	123 (100%)
--------	----	-----	----	-----	------------

Όπως καταγράφεται στον πίνακα (3.1), στο Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο» προέκυψε από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, ότι από τους 57 νοσηλευόμενους που γνωρίζουν την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας, μόνο οι 11 ασθενείς, που αντιστοιχούν στο 19%, έχει κάνει χρήση των παροχών της. Επίσης, στο Γ.Ν. Καλαμάτας, προκύπτει ότι από τους 34 που γνωρίζουν την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας, το 21% έχει κάνει χρήση αυτής, σε αυτό το ποσοστό αντιστοιχούν 7 ασθενείς. Τέλος, μόνο 32 εξυπηρετούμενοι γνωρίζουν την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας στο Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» και από αυτούς μόλις οι 8 έχουν κάνει χρήση αυτής, και αντιστοιχούν στο 25%. Στον συνολικό πίνακα (3.2), και των τριών νοσοκομείων είναι προφανές, ότι ένα μικρό ποσοστό που ανέρχεται στο 21% (από τους 123, οι 26) από αυτούς που γνωρίζουν την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας, έχουν κάνει χρήση αυτής.

Οι πίνακες 3.3.1- 3.3.2 – 3.3.3, παρουσιάζουν το προφίλ των εξυπηρετούμενων ανά νοσοκομείο, οι οποίοι έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας

### Πίνακας 3.3.1

Πίνακας 3.3.1.: Προφίλ των εξυπηρετούμενων της κοινωνικής υπηρεσίας στο Γ.Ν Μυτιλήνης «Βοστάνειο» (N= 11)																	
Γεννημένοι στην Ελλάδα																	
Φύλο		Ηλικία σε χρόνια							ΝΑΙ				ΌΧΙ				
		18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	76-85	> 85	Κυρία-ρχη Ομάδα	Έλληνας Ρομ (Τσιγγάνος)	Έλληνας Μουσουλμάνος (από Θράκη)	Άλλο	Μετανάστης/στρια (χώρα)	Πρόσφυγας (χώρα)	Ομογενής ελληνικής καταγωγής (χώρα)	Άλλο (Χώρα)
Άνδρας	4				2			2	4								
Γυναίκα	7		2	2		2	1		7								



Εργαζόμενοι																	
Φύλο		Εκπαιδευτικό επίπεδο							ΝΑΙ				ΌΧΙ				
		Αναλφά- βητος	Δημο- τικό	Γυμ- νάσιο	Λύκειο	Ανώτερη Ανώτατη σχολή	Μετ/ χιακά	Άλλο	Ιδιωτι- κός Υπάλλ- ηλος (Ολικ ή απασ- χόληση)	Ιδιωτικό ς Υπάλλη- λος (Μερική απασχ όληση)	Δημό- σιος Υπάλλ- ηλος	Άλλο (Ελ. Επαγγ )	Ά- νε- ρο ύχο- ς	Συ- ντα- ξιο- ύχο- ς	Οικια- κά	Φοιτ- ήτρια - Φοιτ- ητής	Άλλο
Άνδρας	4	1	2		1					1				3			
Γυναίκα	7		2		1	4			2	2		1	1	1			

Κλινική														Αυτοεξυπη- ρευτούμενος- η	
Φύλο		Γεν. Χειρ/κή	Παθ/ κή	Καρ/κή	Ουρ/ κή	Γυν/κή	Οφθ /κή	Ωρ/λ α	Νευ/κ ή	Πνευ/κ ή	Νευχ/κ ή	Ορθ/κ ή	Άλλη	Ναι	Όχι
Άνδρας	4	2	1									1		3	1
Γυναίκα	7	1	1			4						1		7	

Φύλο		Ασφαλισμένοι	
		ΝΑΙ	ΌΧΙ
Άνδρας	4	1	3
Γυναίκα	7	3	4

Πίνακας 3.3.2

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.3.2.: Προφίλ των εξυπηρετούμενων της κοινωνικής υπηρεσίας στο Γ.Ν Καλαμάτας (N= 7)																
Γεννημένοι στην Ελλάδα																
Φύλο		Ηλικία (σε χρόνια)							ΝΑΙ				ΌΧΙ			
		18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	76-85	> 85	Κυρί- α- ρχη Ομά- δα	Έλλη- νας Ρομ (Τσιγγά νος)	Έλληνας Μουσουλ- μάνος (από Θράκη)	Άλλο	Μετανάστ ης/ στρια (χώρα)	Πρόσφυ- γας (χώρα)	Ομογε- νής ελληνικής καταγω- γής (χώρα)

Ανδρας	3					1	2		3						
Γυναίκα	4		1	1			2		3	1					

		Εργαζόμενοι															
		Εκπαιδευτικό επίπεδο							ΝΑΙ					ΌΧΙ			
Φύλο		Αναλφάβητος	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Ανώτερη Ανώτατη σχολή	Μετ/Χιακά	Άλλο	Ιδιωτικός Υπάλληλος (Ολική ή απασχόληση)	Ιδιωτικός Υπάλληλος (Μερική απασχόληση)	Δημόσιος Υπάλληλος	Άλλο(Ελ. Επαγγ.)	Άνεργοι	Συνταξιούχοι	Οικιακά	Φοιτητές	Άλλο
Ανδρας	3		3											3			
Γυναίκα	4		2	1		1							2	2			

		Κλινική											Αυτοεξυπηρετούμενος		
Φύλο		Γεν. Χειρ/κή	Παθ/κή	Καρ/κή	Ουρ/κή	Γυν/κή	Οφθ/κή	Ωρ/λα	Νευ/κή	Πνευ/κή	Νευχ/κή	Ορθ/κή	Άλλη	Ναι	Όχι
Ανδρας	3		1	1								1			3
Γυναίκα	4	1	1	1		1								2	2

Φύλο		Ασφαλισμένοι	
		ΝΑΙ	ΌΧΙ
Ανδρας	3	1	2
Γυναίκα	4	2	2

Πίνακας 3.3.3

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.3.3.: Προφίλ των εξυπηρετούμενων της κοινωνικής υπηρεσίας στο Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο» (N=8)																	
		Γεννημένοι στην Ελλάδα															
		Ηλικία (σε χρόνια)							ΝΑΙ					ΌΧΙ			
Φύλο		18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	76-85	> 85	Κυρίαρχη Ομάδα	Έλληνας Ρομ (Τσιγγάνος)	Έλληνας Μουσουλμάνος (από Θράκη)	Άλλο	Μετανάστης/στρια (χώρα)	Πρόσφυγας (χώρα)	Ομογενής ελληνικής καταγωγής (χώρα)	Άλλο (Χώρα)
Ανδρας	5		2		2				1	3				1(Βουλγαρία)		1(ΗΠΑ)	
Γυναίκα	3		1	2										1(Ιταλία) 1(Καζκοστάν)		1 (Καναδά)	

Εργαζόμενοι																	
Φύλο		Εκπαιδευτικό επίπεδο						ΝΑΙ				ΌΧΙ					
		Αναφ ά- βητος	Δημ ο τικό	Γυμ νάσι ο	Λύκει ο	Ανώτε- ρη Ανώτα- τη σχολή	Μετ/ Χιακ ά	Άλ- λο	Ιδιωτι κός Υπάλ ληλο ς (Ολικ ή απασ χόλη ση)	Ιδιωτικ ός Υπάλλ ηλος (Μερικ ή απασχ όληση )	Δημ όσιο ς Υπά λληλ ος	Άλλο (Ελ. Επαγ γ)	Ά ν ε ρ ο ς	Συ ντ αξι ού χο ς	Οικι ακά	Φοιτ ήτρι α - Φοιτ ητής	Άλ- λο
Άνδρας	5		2	3					1			3	1				
Γυναίκα	3				2	1				2					1		

Φύλο		Κλινική											Αυτοεξυπη- ρευτούμενος-η	
		Γεν. Χειρ/κή	Παθ /κή	Καρ/κή	Ουρ /κή	Γυν/κ ή	Οφ θ/κή	Ωρ/λ α	Νευ/ κή	Πνευ/κ ή	Νευχ/ κή	Ορθ/ κή	Άλλη	Ναι
Άνδρας	5		2							1	2			5
Γυναίκα	3					1			2				2	1

Φύλο		Ασφαλισμένοι	
		ΝΑΙ	ΌΧΙ
Άνδρας	5	1	4
Γυναίκα	3	1	2

### Πίνακας 3.4

Στον πίνακα 3.4 παρουσιάζεται το προφίλ των εξυπηρετούμενων που έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά και στα τρία νοσοκομεία

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.4.: Προφίλ των εξυπηρετούμενων της κοινωνικής υπηρεσίας  
συνολικά και στα τρία νοσοκομεία  
(N=26)**

		Γεννημένοι στην Ελλάδα															
		Ηλικία (σε χρόνια)								ΝΑΙ				ΌΧΙ			
Φύλο		18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	76-85	> 85	Κυρί- α- ρχη Ομά- δα	Έλλη- νας Ρομ (Τσιγγ άνος)	Έλληνας Μουσου λμάνος (από Θράκη)	Άλ λο	Μετανάστη ς/ στρια (χώρα)	Πρό σφυ γας (χώ ρα)	Ομογε- νής ελληνι- κής καταγω- γής (χώρα)	Άλ λο (Χ ώρα)
Άνδρας	12		2		4		1	4	1	10				1(Βουλγα ρια)		1(ΗΠΑ)	
Γυναίκα	14		3	5	1	2	2	1		10	1		1(Ιταλία) 1(Καζκοτάν )		1 (Καναδά)		

		Εργαζόμενοι															
		Εκπαιδευτικό επίπεδο								ΝΑΙ				ΌΧΙ			
Φύλο		Αναλφ ά- βητος	Δημ ο τικό	Γυμ νάσι ο	Λύκει ο	Ανώτε- ρη Ανώτα- τη σχολή	Μετ/ Χιακ ά	Άλ- λο	Ιδιωτι- κός Υπάλλ ο ς (Ολικ ή απασ χόλη ση)	Ιδιωτι- κός Υπάλλ ος (Μερικ ή απασχ όληση )	Δημ όσιο ς Υπά λληλ ος	Άλλο(Ελ. Επαγ γ)	Ά ν ε ρ ο ύ ς	Συ ντ αξι ού χο ς	Οικι ακά	Φοιτ ήτρι α - Φοιτ ητής	Άλ- λο
Άνδρας	12	1	7	3	1				1	1			3	7			
Γυναίκα	14		4	1	3	6			4	2		1	3	3	1		

		Κλινική												Αυτοεξυπη- ρευτούμενος-η	
Φύλο		Γεν. Χειρ/κή	Παθ /κή	Καρ/κή	Ουρ /κή	Γυν/κ ή	Οφ θ/κή	Ωρ/λ α	Νευ/ κή	Πνευ/κ ή	Νευχ/ κή	Ορθ/ κή	Άλλη	Ναι	Όχι
		Άνδρας	12	2	4	1						1	4		
Γυναίκα	14	2	2	1		6			2		1			11	3

Φύλο	Ασφαλισμένοι	
	ΝΑΙ	ΌΧΙ

Ανδρας	12	3	9
Γυναίκα	14	6	8

Στους πίνακες (3.3.1), (3.3.2) και (3.3.3) σκιαγραφείται το πιθανό προφίλ των χρηστών υπηρεσιών της κοινωνικής υπηρεσίας στο Γ.Ν. Μυτιλήνης, στο Γ.Ν Καλαμάτας και στο Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» αντίστοιχα. Στον πίνακα (3.4), σκιαγραφείται το πιθανό προφίλ των εξυπηρετούμενων και των τριών νοσοκομείων, παρατηρείται ότι δεν υπάρχει ποσοτική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Οι εξυπηρετούμενοι που κάνουν χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας προέρχονται από όλες τις ηλικιακές κατηγορίες, ανήκουν κυρίως στην κυρίαρχη ομάδα πλειονότητας (20 άτομα), ένας είναι Ρομ, τρεις μετανάστες (Βουλγαρία, Ιταλία, Καζακστάν), και δύο ομογενής Ελληνικής καταγωγής (ΗΠΑ, ΚΑΝΑΔΑ). Το εκπαιδευτικό τους επίπεδο αντιστοιχεί σε έναν αναλφάβητο, έντεκα δημοτικού, τέσσερις γυμνασίου και τέσσερις λυκείου και έξι ανώτερη και ανώτατη σχολή. Κυρίως εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα εκ των οποίων πέντε ολικής απασχόλησης και τρεις μερικής, επτά είναι άνεργοι και δέκα συνταξιούχοι. Οι δεκατέσσερις είναι αυτοεξυπηρετούμενοι και τέσσερις μη. Δηλώνουν ότι είναι ανασφάλιστοι οι περισσότεροι από τους χρήστες της κοινωνικής υπηρεσίας και των τριών νοσοκομείων , ενώ οι κλινικές νοσηλείας είναι κυρίως η γυναικολογική (6), η ορθοπαιδική (5), η παθολογική (6), η γενική χειρουργική (4), η καρδιολογική και η νευρολογική (από 2), και η νευροχειρουργική (1). Επειδή τα γενικά νοσοκομεία αποτελούνται από πολλές κλινικές και γίνονται δέκτες μιας ευρείας γκάμας εξυπηρετούμενων με ποικίλα χαρακτηριστικά, οι οποίοι πολλές φορές απευθύνονται και στην κοινωνική υπηρεσία για παροχή βοήθειας, γι αυτό τον λόγο είναι πολύ δύσκολο να βγει ένα πιθανό προφίλ των χρηστών, εάν δεν εστιάσουμε σε κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ή σε μια συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Όπως για παράδειγμα, σε μια ερευνητική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Σουηδική και Βρετανική πρακτική με θέμα την διερεύνηση της νοσοκομειακής κοινωνικής εργασία ως σημείο πρόσβασης στις υπηρεσίες , οι οποίες εστίασαν αφενός στην Βρετανία σε δύο ομάδες ηλικιωμένων, ηλικίας 75 ετών και αφετέρου στην Σουηδία σε μια ομάδα φυσικών φροντιστών, τους γονείς (Mc Leon & Erikson, 2002).

#### **4. ΟΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΙ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΚΑΝΕΙ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

#### Πίνακας 4.1

Στους πίνακα 4.1, παρουσιάζεται ο αριθμός των εξυπηρετούμενων από το γενικό σύνολο των ερωτηθέντων, ανά νοσοκομείο, που δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας

<b>Πίνακας 4.1.: Οι ασθενείς που δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας ανά νοσοκομείο</b>					
<b>Νοσοκομείο</b>	<b>Μη χρήση κοινωνικής υπηρεσίας</b>		<b>Χρήση κοινωνικής υπηρεσίας</b>		<b>Σύνολο</b>
Γ.Ν Μυτιλήνης «Βοσπάνειο» (N=100)	89	89%	11	11%	100(100%)
Γ.Ν Καλαμάτας (N= 100)	93	93%	7	7%	100 (100%)
Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο» (N= 100)	92	92%	8	8%	100 (100%)

#### Πίνακας 4.2

Στους πίνακα 4.2, παρουσιάζεται ο αριθμός των εξυπηρετούμενων από το γενικό σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία, που δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας

Πίνακας 4.2.: Οι ασθενείς που δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά και στα τρία νοσοκομεία					
Ερωτηθέντες ασθενείς	Μη χρήση κοινωνικής υπηρεσίας		Χρήση κοινωνικής υπηρεσίας		Σύνολο
	N= 300	274	91%	26	

Στον πίνακα (4.1), φαίνεται ότι από τους 100 ερωτώμενους στο Γ.Ν Μυτιλήνης δεν έχουν κάνει χρήση το 89%, στο Γ.Ν Καλαμάτας το 93% και στο Γ.Ν «Θριάσιο» το 92%. Στον συνολικό πίνακα (4.2), εμφανίζεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 91%, δεν έχει κάνει χρήση των παροχών της κοινωνικής υπηρεσίας, στην δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Οι πίνακες 4.3.1- 4.3.2 – 4.3.3, παρουσιάζεται το προφίλ των ασθενών, οι οποίοι δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας στο σύνολο των ερωτηθέντων ανά νοσοκομείο

#### Πίνακας 4.3.1

Πίνακας 4.3.1.: Προφίλ ασθενών που δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας στο Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοσπάνειο» (N=100)																	
Φύλο		Γεννημένοι στην Ελλάδα															
		Ηλικία (σε χρόνια)								ΝΑΙ			ΌΧΙ				
		18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	76-85	> 85	Κυρία- ρχη Ομά- δα	Έλλη- νας Ρομ (Τσιγγ- άνος)	Έλληνας Μουσουλ- μάνος (από Θράκη)	Άλ- λο	Μετανάστη- ς/ στρια (χώρα)	Πρό- σφυ- γας (χώ- ρα)	Ομογε- νής ελληνι- κής καταγω- γής	Άλ- λο (Χ- ώρ- α)
Ανδρας	54	5	6	2	3	6	23		9	49				1(Γερμανία) 1(Αλβανία)		1(ΗΠΑ) 1(Γερμαν- ία)	
Γυναίκα	35	3	3	5	9	2	7	4	2	35							

Εργαζόμενοι																	
Φύλο		Εκπαιδευτικό επίπεδο							ΝΑΙ					ΌΧΙ			
		Αναλφάβητος	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Ανώτερη Ανώτατη σχολή	Μετ/χιακός	Άλλο	Ιδιωτικός Υπάλληλος (Ολική ή απασχόληση)	Ιδιωτικός Υπάλληλος (Μερική απασχόληση)	Δημόσιος Υπάλληλος (Ελλην. Επαγ.)	Άλλο( Αγροτ. Ελ. Επαγ.)	Άνεργος	Συνταξιούχος	Οικιακά	Φοιτητής	Άλλο
Άνδρας	54	14	23	9	5	2	1		7	4	2	2	2	37			
Γυναίκα	35	5	11	3	12	4			3	4	3	1	2	16	5	1	

Κλινική														Αυτοεξυπηρετούμενος-η	
Φύλο		Γεν. Χειρ/κή	Παθ/κή	Καρ/κή	Ουρ/κή	Γυν/κή	Οφθ/κή	Ωρ/λα	Νευ/κή	Πνευ/κή	Νευχ/κή	Ορθ/κή	Άλλη	Ναι	Όχι
Άνδρας	54	14	19	11				2		1		7		22	32
Γυναίκα	35	8	8	1		11	1			3		3		25	10

Φύλο		Ασφαλισμένοι	
		ΝΑΙ	ΌΧΙ
Άνδρας	54	52	2
Γυναίκα	35	33	2

Πίνακας 4.3.2

Πίνακας 4.3.2.: Προφίλ ασθενών που δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας στο Γ.Ν Καλαμάτας (N= 100)																	
Γεννημένοι στην Ελλάδα																	
Φύλο		Ηλικία (σε χρόνια)							ΝΑΙ				ΌΧΙ				
		18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	76-85	> 85	Κυρία-Ομάδα	Έλληνας Ρομ (Τσιγγάνος)	Έλληνας Μουσουλμάνος (από Θράκη)	Άλλο	Μετανάστης/στρια (χώρα)	Πρόσφυγας (χώρα)	Ομογενής ελληνικής καταγωγής	Άλλο (Χώρα)
Άνδρας	37	3		9	9	9	6	1		35	1			1(Αυστραλία)			



Γυναίκα	56	1	8	19	11	9	7		1	52	1			1(Αλβανία)		2(ΗΠΑ)	
---------	----	---	---	----	----	---	---	--	---	----	---	--	--	------------	--	--------	--

Εργαζόμενοι																	
Φύλο		Εκπαιδευτικό επίπεδο							ΝΑΙ				ΌΧΙ				
		Αναλφάβητος	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Ανώτερη Ανώτατη σχολή	Μετ/χιακά	Άλλο	Ιδιωτικός Υπάλληλος (Ολική ή απασχόληση)	Ιδιωτικός Υπάλληλος (Μερική απασχόληση)	Δημόσιο Υπάλληλος	Άλλο(Ελ. Επαγ., Αγρότης, Έμποροι, Γιατροί)	Άνεργοι	Συνταξιούχοι	Οικιακά	Φοιτητές - Φοιτήτριες	Άλλο
Άνδρας	37	1	12	9	13	2			3		13	3,1 2,1	1	13			
Γυναίκα	56	2	19	8	21	5	1		11	7	5	2 καθαριστριες 5 Ελεθ Επαγ	2	14	9	1	

Κλινική														Αυτοεξυπηρετούμενος-η	
Φύλο		Γεν. Χειρ/κή	Παθ/κή	Καρ/κή	Ουρ/κή	Γυν/κή	Οφθ/κή	Ωρ/λα	Νευ/κή	Πνευ/κή	Νευρ/κή	Ορθ/κή	Άλλη	Ναι	Όχι
Άνδρας	37	7	5	5	7		4	5				4		15	22
Γυναίκα	56	8	8	5	6	8	6	5				10		29	27

Φύλο		Ασφαλισμένοι	
		ΝΑΙ	ΌΧΙ
Άνδρας	37	35	2
Γυναίκα	56	56	

Πίνακας 4.3.3

Πίνακας 4.3.3: Προφίλ ασθενών που δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας στο Γ.Ν «Θριάσιο» (N= 100)																	
Φύλο		Γεννημένοι στην Ελλάδα															
		Ηλικία (σε χρόνια)							ΝΑΙ				ΌΧΙ				
		18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	76-85	> 85	Κυρί αρχ η Ομά δα	Έλλην ας Ρομ (Τσιγγ άνος)	Έλληνας Μουσού λμάνος (από Θράκη)	Άλ λο	Μετανάστη ς/ στρια (χώρα)	Πρό σφυ γας (χώ ρα)	Ομογενή ς ελληνική ς καταγωγ ής	Άλ λο (Χ ώρ α)
Άνδρας	45	2	2	3	5	10	11	9	33	2						6(Ρωσία) 2(Γερμανία) 1(Πόντο) 1(Βορ. Ηπειρ)	
Γυναίκα	47	4	10	11	8	8	6		30	3				2(Ρουμανία) 4(Αλβανία)	2(Ρωσία) 2(Γεωργία) 1(Βορ.Η πειρ) 1(Καζακ στάν) 2(Ουζμπ εκιστάν)		

Εργαζόμενοι																	
Φύλο		Εκπαιδευτικό επίπεδο							ΝΑΙ				ΌΧΙ				
		Αναλφ ά- βητος	Δημ ο τικό	Γυμ νάσιο	Λύκει ο	Ανώτερ η Ανώτατ η σχολή	Μετ/ χιακ ά	Άλλ ο	Ιδιωτι κός Υπάλ ληλο ς (Ολικ ή απασ χόλη ση)	Ιδιωτικό ς Υπάλλη λος (Μερική απασχό ληση)	Δη μό σι ος Υ πάλλη λος ηλ οδης	Άλλο(Ελ. Επαγ ., Οδηγ ός)	Ά ν ε ρ ο ο ύ χο ς	Συ ντ αξι ού χο ς	Οικι ακά	Φοιτ ήτρι α - Φοιτ ητής	Άλλ ο
Άνδρας	45	9	16	11	7	2			10	3	5	5, 1	2	19		1	

Γυναίκα	47	12	9	9	10	7							1 καθ αρίστ ρια 1 Ελεθ. Επαγ	4	11	15	1	
---------	----	----	---	---	----	---	--	--	--	--	--	--	---	---	----	----	---	--

Φύλο		Κλινική											Αυτοεξυπη- ρευόμενος-η		
		Γεν. Χειρ/κή	Παθ /κή	Καρ/κή	Ουρ /κή	Γυν/κ ή	Οφ θ/κή	Ωρ/λ α	Νευ/ κή	Πνευ/κ ή	Νευχ/ κή	Ορθ/ κή	Άλλη	Ναι	Όχι
Άνδρας	45	7	5	9	8		1			9	3	3		23	22
Γυναίκα	47	1	6	5	3	9		1	9	4	1	8		31	16

Φύλο		Ασφαλισμένοι	
		ΝΑΙ	ΌΧΙ
Άνδρας	45	41	4
Γυναίκα	47	47	

#### Πίνακας 4.4

Στον πίνακα 4.4, παρουσιάζεται το προφίλ των ασθενών, οι οποίοι δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας, στο γενικό σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία

Πίνακας 4.4.: Προφίλ ασθενών που δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά και στα τρία νοσοκομεία (N=300)																	
Φύλο		Γεννημένοι στην Ελλάδα															
		Ηλικία (σε χρόνια)							ΝΑΙ				ΌΧΙ				
		18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	76-85	> 85	Κυρί α- ρχη Ομά δα	Έλλη- νας Ρομ (Τσιγγ άνος)	Έλληνας Μουσου λμάνος (από Θράκη)	Άλ λο	Μετανάστη ς/ στρια (χώρα)	Πρό σφυ γας (χώ ρα)	Ομογε- νής ελληνι- κής καταγω- γής (χώρα)	Άλ λο (Χ ώρ α)
Φύλο																	

Ανδρας	136	10	8	14	17	28	40	10	9	117	3			1(Αυστραλία) 1(Γερμανία) 1(Αλβανία)	6(Ρωσία) 1(Γερμανία) 1(Πόντο) 1(Βορ.Ηπειρ) 2(Γεωργία) 1(ΗΠΑ) 1(Αυστραλία)
Γυναίκα	138	6	20	34	28	19	20	8	3	117	4			5(Αλβανία) 2(Ρουμανία)	2(Ρωσία) 2(Γεωργία) 1(Βορ.Ηπειρ) 1(Καζακστάν) 2(Ουζμπεκιστάν) 2(ΗΠΑ)

Εργαζόμενοι																
Φύλο	Εκπαιδευτικό επίπεδο							ΝΑΙ					ΌΧΙ			
	Αναλφάβητος	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Ανώτερη Ανώτατη σχολή	Μετ/χιακά	Άλλο	Ιδιωτικός Υπάλληλος (Ολική ή απασχόληση)	Ιδιωτικός Υπάλληλος (Μερική απασχόληση)	Δημόσιος Υπάλληλος	Άλλο(ΕΛ.Επαγ. Οδηγός, Αγρότης, Εμποροί, Γιατροί)	Ανεργός	Συνταξιούχος	Οικιακά	Φοιτητής - Φοιτήτης	Άλλο
Άνδρας	136	24	51	29	25	6	1	20	7	20	7,1 ,3, 2,1	5	69		1	
Γυναίκα	138	19	39	20	43	16	1	21	15	11	7 ΕΛ.Ε παγ. 3 Καθαριστ.	8	41	29	3	

Φύλο		Κλινική											Αυτοεξυπηρετούμενος-η		
		Γεν. Χειρ/κή	Παθ /κή	Καρ/κή	Ουρ /κή	Γυν/κή	Οφ θ/κή	Ωρ/λ α	Νευ/κή	Πνευ/κή	Νευχ/κή	Ορθ/κή	Άλλη	Ναι	Όχι
Άνδρας	136	28	29	18	15		5	7	3	10		21		60	76
Γυναίκα	138	17	22	11	9	28	7	6	9	7	1	21		85	53

Φύλο		Ασφαλισμένοι	
		ΝΑΙ	ΌΧΙ
Άνδρας	136	128	8
Γυναίκα	138	136	2

Στους πίνακες (4.3.1), (4.3.2) και (4.3.3) αναφέρονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών που δεν έχουν κάνει χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών στο Γ.Ν Μυτιλήνης, στο Γ.Ν Καλαμάτας και στο Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο». Στον συνολικό πίνακα (4.4), καταγράφονται τα χαρακτηριστικά των ασθενών που δεν έχουν κάνει χρήση των κοινωνικών παροχών στα τρία ερευνητικά πλαίσια μας, στα οποία παρουσιάζεται ποικιλομορφία χαρακτηριστικών. Δεν παρουσιάζονται διαφορές στο φύλο. Υπάρχει ευρεία γκάμα ηλικιών που περιλαμβάνει όλα τα αναπτυξιακά στάδια. Το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται ότι στα δημόσια γενικά νοσοκομεία δεν είναι ιδιαίτερα υψηλό, καθώς μόνο 22 από τους 274 ασθενείς, έχουν ανώτερη και ανώτατη εκπαίδευση και μόνο οι 2 μεταπτυχιακά. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι μεγάλος αριθμός νοσηλευόμενων είναι συνταξιούχοι (110) ενώ στον ιδιωτικό φορέα απασχολούνται 63 ασθενείς, 31 στον δημόσιο τομέα, 24 δηλώνουν άλλο επάγγελμα και 13 δηλώνουν άνεργοι. Οι περισσότεροι ανήκουν στην κυρίαρχη ομάδα πλειονότητας και ελάχιστοι στις ομάδες Ρομ, μετανάστες και ομογενείς. Μόνο 10 ασθενείς δηλώνουν ανασφάλιστοι και το σύνολο των νοσηλευόμενων τους συναντάμε σε όλες τις κλινικές νοσηλείας. Άλλοι δηλώνουν αυτοεξυπηρετούμενοι και άλλοι μη. Από όλα τα παραπάνω προκύπτει ότι στα γενικά νοσοκομεία προσέρχονται εξυπηρετούμενοι με ποικιλόμορφα χαρακτηριστικά λόγω της φύσης και του έργου του οργανισμού της δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

## 5. ΤΡΟΠΟΙ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Πίνακας 5.1

Στον πίνακα 5.1 αναφέρονται οι τρόποι με τους οποίους πραγματοποιήθηκαν οι παραπομπές στην κοινωνική υπηρεσία των εξυπηρετούμενων ανά νοσοκομείο

Πίνακας 5.1.: Τρόποι παραπομπής εξυπηρετούμενων της κοινωνικής υπηρεσίας ανά νοσοκομείο						
Τρόπος παραπομπής στην κοινωνική υπηρεσία	Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοσπάνειο» Μυτιλήνης (N=11)		Γ.Ν. Καλαμάτας (N=7)		Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» (N=8)	
	Παραπομπή (Ιατρικό/νοσηλευτικό ή άλλο προσωπικό)	6	55%	6	86%	4
Τον/την κοινωνικό/η λειτουργό της κλινικής	1	9%	0	0%	1	12,5%
Δική σας πρωτοβουλία	3	27%	1	14%	0	0%
Μέσω κάποιου συγγενή σας	1	9%	0	0%	2	25%
Άλλο & άλλη υπηρεσία (Π.Β.Σ.Σ)	0	0%	0	0%	1	12,5%
Σύνολο	11	100%	7	100%	8	100%

Πίνακας 5.2

Στον πίνακα 5.2 παρουσιάζονται οι τρόποι παραπομπής στην κοινωνική υπηρεσία των εξυπηρετούμενων συνολικά και στα τρία νοσοκομεία

Πίνακας 5.2.: Τρόποι παραπομπής εξυπηρετούμενων της κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά και στα τρία νοσοκομεία		
Τρόποι παραπομπής στην κοινωνική υπηρεσία	Γ.Ν Μ «Βοστάνειο», Γ.Ν Καλαμάτας, Γ.Ν.Ε «Θριάσιο» (N= 26)	
	Παραπομπή (Ιατρικό\ νοσηλευτικό ή άλλο προσωπικό)	16
Τον/την κοινωνικό/η λειτουργό της κλινικής	2	8%
Δική σας πρωτοβουλία	4	14%
Μέσω κάποιου συγγενή σας	3	12%
Άλλο ή άλλη υπηρεσία (Π.Β.Σ.Σ)	1	4%
Σύνολο	26	100

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι, το μεγαλύτερο ποσοστό των παραπομπών που φτάνουν στην κοινωνική υπηρεσία των νοσοκομείων και κάνει χρήση αυτής, πραγματοποιείται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με 86% στο Γ.Ν Καλαμάτας, 55% στο «Βοστάνειο» και 59% στο «Θριάσιο». Ενώ, μεγάλο ποσοστό της τάξης 27% φτάνει με δική του πρωτοβουλία στο «Βοστάνειο», στην Καλαμάτα 14% ενώ στο «Θριάσιο», το ποσοστό μέσω δικής του πρωτοβουλίας είναι μηδενικό. Ακόμη μέσω κάποιου συγγενή φτάνει το 25% στο «Θριάσιο», ενώ 9% στο «Βοστάνειο» και 0% στην Καλαμάτα. Από τον ίδιο τον/την κοινωνικό/η λειτουργό της κλινικής έχει προσεγγιστεί το 12,5% στο «Θριάσιο», 9% στο «Βοστάνειο» ενώ στην Καλαμάτα δεν υπήρχε καμία αναφορά. Τέλος, κανείς δεν πρότεινε κάτι άλλο σχετικά προς την παραπομπή στην κοινωνική υπηρεσία στο Γ.Ν Καλαμάτας και Μυτιλήνης εκτός από το «Θριάσιο», όπου ένας που αντιστοιχεί στο (12,5%), απάντησε από άλλη υπηρεσία (Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι). Είναι αξιοσημείωτο, όπως προκύπτει από τον πίνακα (5.2), ότι συνολικά το μεγαλύτερο ποσοστό παραπομπών πραγματοποιείται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (62%), η αυτοπαραπομπή (με δική τους πρωτοβουλία) σε ποσοστό 14%. Αντίθετα στην Βρετανία και της Σουηδία παρατηρήθηκαν μικρά ποσοστά τόσο παραπομπής που γίνονται στους κοινωνικούς λειτουργούς από άλλους επαγγελματίες υγείας όσο και αυτοπαραπομπής των ίδιων των χρηστών, εξαιτίας της έλλειψης γνώσης των παροχών αλλά και της ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας (Mc Leon & Erikson,

2002). Ακολουθεί στην ερευνά μας, η παραπομπή μέσω κάποιου συγγενή με ποσοστό 12%, από τον ίδιο τον /την κοινωνικό λειτουργό μόνο 8%, ενώ μικρό είναι το ποσοστό, μόλις 4%, που γίνεται παραπομπή μέσω κάποιας άλλης υπηρεσίας και στα τρία νοσοκομειακά πλαίσια. Παρόλο που σε μια αντίστοιχη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομειακό χώρο του Ballarat, ο σύνδεσμος με άλλες εξωτερικές υπηρεσίες ορίστηκε ως μια από τις κύριες μεταβλητές για τις κοινωνικές παρεμβάσεις εργασίας στο νοσοκομειακό χώρο (Cathercole & De Melo, 2001).

## 6. ΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΟΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΚΑΝΕΙ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

### Πίνακας 6.1

Στον πίνακα 6.1 καταγράφονται οι λόγοι που οι ασθενείς δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας στο νοσοκομειακό πλαίσιο αναλυτικά και στα τρία νοσοκομεία από το σύνολο των μη χρηστών

Πίνακας 6.1.: Λόγοι που οι ασθενείς δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας ανά νοσοκομείο						
Λόγοι (ένα ή περισσότερους) μη χρήσης της κοινωνικής υπηρεσίας	Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστανείο»		Γ.Ν. Καλαμάτας		Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»	
	Δεν γνωρίζατε την ύπαρξή της	37/159*	23%	62/171*	36%	57/191*
Δεν γνωρίζατε τι παρέχει	49/159	31%	38/171	22%	53/191	28%
Δεν ξέρατε που να απευθυνθεί	27/159	17%	40/171	23%	25/191	13%
Δεν είχατε κάποιο αίτημα	37/159	23%	30/171	18%	43/191	22%
Είχατε κάποιες επιφυλάξεις	7/159	5%	0/171	0%	11/191	6%
Άλλο ÷ Δεν το είχαν ανάγκη	2/159	1%	1/171	1%	2/191	1%
Σύνολο	159/159	100%	171/171	100%	191/191	100%

Επειδή 89 είναι οι ερωτούμενοι ασθενείς ή φροντιστές στο Γ.Ν. Μυτιλήνης, και κάθε ένας από αυτούς έχει το δικαίωμα να απαντήσει σε περισσότερες από μια από τις 6 απαντήσεις, θεωρητικά μπορούμε να έχουμε για κάθε ένα ασθενή ή φροντιστή



του 6 απαντήσεις, οπότε συνολικά  $89 \times 6 = 534$  και ελάχιστο είναι  $1 \times 89 = 89$   
 $89 < Y^* < 534$  εδώ ο  $Y^* = 159$

Το ίδιο και για τα άλλα δυο νοσοκομεία το Γ.Ν. Καλαμάτας (93) εδώ ο  $Y^* = 171$   
 και το Γ.Ν.

Θριασίου (92) εδώ ο  $Y^* = 191$

### Πίνακας 6.2

Ο πίνακας 6.2 καταγράφει τους λόγους που οι ασθενείς δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά και στα τρία νοσοκομεία.

<b>Πίνακας 6.2.: Λόγοι που οι ασθενείς δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας και στα τρία νοσοκομεία</b>		
<b>Λόγοι (ένα ή περισσότερους) μη χρήσης της κοινωνικής υπηρεσίας</b>	<b>Γ.Ν. «Βοστανείο» Μυτιλήνης, στο Γ.Ν. Καλαμάτας, Γ.Ν.Ε «Θριασίο»</b>	
Δεν γνωρίζατε την ύπαρξή της	156/521	30%
Δεν γνωρίζατε τι παρέχει	140/521	27%
Δεν ξέρατε που να απευθυνθεί	92/521	18%
Δεν είχατε κάποιο αίτημα	110/521	21%
Είχατε κάποιες επιφυλάξεις	18/521	3%
Άλλοᾶ Δεν το είχαν ανάγκη	5/521	1%
Σύνολο	521/521	100%

Στον πίνακα (6.1), καταγράφονται οι λόγοι μη χρήσης της κοινωνικής υπηρεσίας, όπου κάθε ασθενής- φροντιστής είχε δικαίωμα να επιλέξει περισσότερες από μία απαντήσεις, στο «Βοστανείο» το 23% απάντησε ότι δεν γνώριζε την ύπαρξη της, το 31% ότι δεν γνώριζε τις παροχές, το 17% δεν γνώριζε που να απευθυνθεί, το 23% δεν είχε κάποιο αίτημα. Μόνο το 5% είχε κάποιες επιφυλάξεις και το ελάχιστο 1% πιστεύει ότι δεν έχει ανάγκη την κοινωνική υπηρεσία. Αντίστοιχα, στο Γ.Ν Καλαμάτας το 36% απάντησε ότι δεν γνώριζε την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας στο νοσοκομείο, το 22% ότι δεν γνώριζε τις παροχές, το 23% δεν γνώριζε που να απευθυνθεί, το 18% δεν είχε κάποιο αίτημα. Κανείς δεν εξέφρασε ότι είχε επιφυλάξεις

και το 1% ότι δεν την είχε ανάγκη. Τέλος, στο Γ.Ν.Ε «Θριάσιο» το 30% δήλωσε ότι δεν γνώριζε την ύπαρξη της, το 28% ότι δεν γνώριζε το είδος των παροχών, το 22% δεν είχε κάποιο αίτημα, το 6% εξέφρασε κάποιες επιφυλάξεις και μόλις το 1% ότι δεν την είχε ανάγκη. Στον πίνακα (6.2), όπου καταγράφονται συνολικά οι λόγοι μη χρήσης της κοινωνικής υπηρεσίας και των τριών νοσοκομείων γίνεται φανερό ότι το 30% δεν γνωρίζει την ύπαρξη της, το 27% δεν γνωρίζει το είδος των παροχών της, το 18% δεν ξέρει που να απευθυνθεί, το 21% δεν έχει κάποιο συγκεκριμένο αίτημα, το 3% έχει κάποιες επιφυλάξεις και το 1% δεν την έχει ανάγκη. Για μια ακόμη φορά από τα αποτελέσματα της ερευνητικής μας μελέτης προκύπτει ότι οι ασθενείς- φροντιστές στο νοσοκομειακό πλαίσιο, δεν έχουν γνώση της ύπαρξης, των παροχών και το που μπορούν να απευθυνθούν για βοήθεια, συγκεντρώνοντας μεγάλα ποσοστά απαντήσεων που αγγίζουν το 70% στο σύνολο τους. Όπως αντίστοιχα, έχει προκύψει και από τα ερευνητικά αποτελέσματα της «Γνώσης ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας» και « Γνώση κοινωνικής υπηρεσίας και χρήσης αυτής». Ενώ ενδιαφέρον παρουσιάζει το ελάχιστο ποσοστό της τάξης του 1%, που αισθάνθηκε ότι δεν είχε ανάγκη την χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας.

## **7. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ-ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥ**

Στους πίνακες 7.1.1, 7.2.1, 7.3.1, παρουσιάζονται οι λόγοι και ο βαθμός δυσκολίας που αντιμετώπισαν οι εξυπηρετούμενοι της κοινωνικής υπηρεσίας κατά την συνεργασία τους με τον/την κοινωνικό λειτουργό ανά νοσοκομείο.

Πίνακας 7.1.1

<b>Πίνακας 7.1.1.: Παράγοντες και βαθμός κατά την συνεργασία κοινωνικού/ής λειτουργό- εξυπηρετούμενου στο Γ.Ν ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ «ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ»</b>												
<b>Παράγοντες δυσκολίας στο Γ.Ν Μυτιλήνης «Βοσπάνειο»</b>	<b>Βαθμός δυσκολίας</b>											
	<b>Καθόλου</b>		<b>Πολύ λίγο</b>		<b>Λίγο</b>		<b>Πολύ</b>		<b>Πάρα πολύ</b>		<b>Απόλυτα</b>	
Μη έγκαιρη παραπομπή του αιτήματος προς την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου	2	12,5 %	0	0%	0	0%	0	0%	2	13,4 %	4	23,7%
Περιορισμένος αριθμός συναντήσεων	2	12,5 %	0	0%	1	33%	0	0%	2	13,4 %	3	17,53%
Περιορισμένος χρόνος συναντήσεων	1	6%	1	100%	2	67%	0	0%	2	13,4 %	3	17,53%
Ακατάλληλος χώρος συνεντεύξεων	0	0%	0	0%	0	0 %	2	67 %	5	33%	3	17,53%
Παρουσία τρίτων κατά την συνέντευξη	0	0%	0	0%	0	0 %	1	33 %	2	13,4 %	4	23,7%
Ανεπάρκεια του/της κοινωνικού/ής λειτουργού να καλύψει τις ανάγκες σας	5	31,5 %	0	0%	0	0 %	0	0%	0	0%	0	0%
Τα αισθήματα προκατάληψης του/της κοινωνικού/ής λειτουργού απέναντι σας	2	12,5 %	0	0%	0	0 %	0	0%	0	0%	0	0%
Την απροθυμία του/της κοινωνικού/ής λειτουργού για συνεργασία	2	12,5 %	0	0%	0	0 %	0	0%	0	0%	0	0%
Την ανυπαρξία υπηρεσιών και προγραμμάτων κατάλληλων για την κάλυψη των αναγκών σας	2	12,5 %	0	0%	0	0 %	0	0%	2	13,4 %	0	0%
Άλλο (προσδιορίστε).....	0	0%	0	0%	0	0 %	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Σύνολο</b>										<b>16*</b>		

\* Επειδή 11 είναι οι ερωτούμενοι ασθενείς ή φροντιστές στο Γ.Ν. Βοστανείου Μυτιλήνης, και κάθε ένας από αυτούς έχει το δικαίωμα να απαντήσει σε περισσότερες από μια από τις 10 απαντήσεις, θεωρητικά μπορούμε να έχουμε για κάθε ένα ασθενή ή φροντιστή του 10 απαντήσεις, οπότε συνολικά  $11 \times 10 = 110$  και ελάχιστο είναι  $1 \times 11 = 11$   $11 < Y^* < 110$  εδώ ο  $Y^* = 16$

Το ίδιο και για τα άλλα δυο νοσοκομεία το Γ.Ν. Καλαμάτας (7) εδώ ο Υ\*=13και  
το Γ.Ν. Θριασίου(8) εδώ ο Υ\*=44

Πίνακας 7.1.2

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 7.1.2.: Παράγοντες και βαθμός δυσκολίας κατά την συνεργασία κοινωνικού-ής λειτουργού- εξυπηρετούμενου στο Γ.Ν Καλαμάτας</b>												
<b>Παράγοντες δυσκολίας στο Γ.Ν Καλαμάτας</b>	<b>Βαθμός δυσκολίας</b>											
	<b>Καθόλου</b>		<b>Πολύ λίγο</b>		<b>Λίγο</b>		<b>Πολύ</b>		<b>Πάρα πολύ</b>		<b>Απόλυτα</b>	
Μη έγκαιρη παραπομπή του αιτήματος προς την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου	4	31%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	10%
Περιορισμένος αριθμός συναντήσεων	0	0%	1	25%	1	16,5%	2	25%	0	0%	3	15%
Περιορισμένος χρόνος συναντήσεων	0	0%	0	0%	0	0%	3	37,5%	1	100%	3	15%
Ακατάλληλος χώρος συνεντεύξεων	0	0%	0	0%	0	0%	2	25%	0	0%	5	25%
Παρουσία τρίτων κατά την συνέντευξη	0	0%	0	0%	1	16,5%	1	12,5%	0	0%	4	20%
Ανεπάρκεια του/της κοινωνικού/ής λειτουργού να καλύψει τις ανάγκες σας	3	23%	1	25%	1	16,5%	0	0%	0	0%	0	0%
Τα αισθήματα προκατάληψης του/της κοινωνικού/ής λειτουργού απέναντι σας	3	23%	1	25%	1	16,5%	0	0%	0	0%	0	0%
Την απροθυμία του/της κοινωνικού/ής λειτουργού για συνεργασία	3	23%	0	0%	2	34%	0	0%	0	0%	0	0%
Την ανυπαρξία υπηρεσιών και προγραμμάτων κατάλληλων για την κάλυψη των αναγκών σας	0	23%	1	25%	0	0%	0	0%	0	0%	3	15%
Άλλο (προσδιορίστε).....	0	23%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	<b>Σύνολο</b>										<b>13*</b>	

Πίνακας 7.1.3

<b>Πίνακας 7.1.3: Παράγοντες και βαθμός δυσκολίας κατά την συνεργασία κοινωνικού/ής λειτουργού- εξυπηρετούμενου στο Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο»</b>												
<b>Παράγοντες δυσκολίας στο Γ.Ν Ελευσίνας</b>	<b>Βαθμός δυσκολίας</b>											
	<b>Καθό- λου</b>		<b>Πολύ λίγο</b>		<b>Λίγο</b>		<b>Πολύ</b>		<b>Πάρα πολύ</b>		<b>Απόλυτα</b>	
Μη έγκαιρη παραπομπή του αιτήματος προς την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου	5	11,5%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Περιορισμένος αριθμός συναντήσεων	6	13,5%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Περιορισμένος χρόνος συναντήσεων	6	13,5%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Ακατάλληλος χώρος συνεντεύξεων	3	7%	0	0%	1	100%	2	40%	0	0%	1	33,33%
Παρουσία τρίτων κατά την συνέντευξη	3	7%	0	0%	0	0%	1	20%	0	0%	1	33,33%
Ανεπάρκεια του/της κοινωνικού/ής λειτουργού να καλύψει τις ανάγκες σας	6	13,5%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Τα αισθήματα προκατάληψης του/της κοινωνικού/ής λειτουργού απέναντι σας	6	13,5%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Την απροθυμία του/της κοινωνικού/ής λειτουργού για συνεργασία	6	13,5%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Την ανυπαρξία υπηρεσιών και προγραμμάτων κατάλληλων για την κάλυψη των αναγκών σας	3	7%	0	0%	0	0%	2	40%	2	100%	1	33,33%
Άλλο (προσδιορίστε).....	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Σύνολο 44\*Πίνακας 7.2

Πίνακας 7.2

Στον πίνακα 7.2, παρουσιάζονται οι λόγοι και ο βαθμός δυσκολίας που αντιμετώπισαν οι εξυπηρετούμενοι της κοινωνικής υπηρεσίας κατά την συνεργασία τους με τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό συνολικά και στα τρία νοσοκομεία.

**Πίνακας 7.2.: παράγοντες και βαθμός κατά την συνεργασία κοινωνικού/ής λειτουργού-εξυπηρετούμενου συνολικά και στα τρία νοσοκομεία**

Παράγοντες δυσκολίας συνολικά και στα τρία νοσοκομεία	Βαθμός δυσκολίας											
	Καθόλου		Πολύ λίγο		Λίγο		Πολύ		Πάρα πολύ		Απόλυτα	
Μη έγκαιρη παραπομπή του αιτήματος προς την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου	11	16,5%	0	0%	0	0%	0	0%	2	11%	6	15%
Περιορισμένος αριθμός συναντήσεων	8	12%	1	20%	2	20%	2	12,5%	2	11%	6	15%
Περιορισμένος χρόνος συναντήσεων	4	5%	1	20%	2	20%	3	18,75%	3	17%	6	15%
Ακατάλληλος χώρος συνεντεύξεων	3	5%	0	0%	1	10%	6	37,5%	5	28%	9	22,5%
Παρουσία τρίτων κατά την συνέντευξη	6	9%	0	0%	1	10%	3	18,75%	2	11%	9	22,5%
Ανεπάρκεια του/της κοινωνικού/ής λειτουργού να καλύψει τις ανάγκες σας	14	21%	1	20%	1	10%	0	0%	0	0%	0	0%
Τα αισθήματα προκατάληψης του/της κοινωνικού/ής λειτουργού απέναντι σας	11	16,5%	1	20%	1	10%	0	0%	0	0%	0	0%
Την απροθυμία του/της κοινωνικού/ής λειτουργού για συνεργασία	8	12%	0	0%	2	20%	0	0%	0	0%	0	0%
Την ανυπαρξία υπηρεσιών και προγραμμάτων κατάλληλων για την κάλυψη των αναγκών σας	2	3%	1	20%	0	0%	2	12,5%	4	22%	4	10%
Άλλο (προσδιορίστε).....	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Στο Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο», παρατηρούμε ότι 11 χρήστες της κοινωνικής υπηρεσίας, που στην συγκεκριμένη ερώτηση είχαν το δικαίωμα της πολλαπλής επιλογής και του βαθμού ικανοποίησης, οι 4 δυσκολεύτηκαν «απόλυτα», σχετικά με την μη έγκαιρη παραπομπή του αιτήματος προς την κοινωνική υπηρεσία, οι 2 πάρα πολύ και οι 2 καθόλου. Ο περιορισμένος αριθμός συναντήσεων δυσκόλεψε τους 3 «απόλυτα», τους 2 πάρα πολύ, τον 1 λίγο και τους 2 καθόλου. Ο περιορισμένος

*χρόνος συναντήσεων* αποτέλεσε ανασταλτικό παράγοντα για τους 3 από τους εξυπηρετούμενους σε απόλυτο βαθμό, τους 2 πάρα πολύ, τους 2 λίγο, τον 1 πολύ λίγο και για τον 1 καθόλου. Ο *ακατάλληλος χώρος συνεντεύξεων* δυσκόλεψε τους 3 απόλυτα, τους 5 πάρα πολύ και τους 2 πολύ. Ενώ, η παρουσία τρίτων κατά την συνέντευξη δυσκόλεψε τους 4 απόλυτα, και τους 2 πάρα πολύ και το 1 πολύ. Παράλληλα, η *ανυπαρξία υπηρεσιών και προγραμμάτων κατάλληλων για την κάλυψη των αναγκών τους*, δυσκόλεψε τους 2 πάρα πολύ και τους 2 καθόλου. Τέλος, δεν δυσκόλεψε καθόλου τους 5 η *ανεπάρκεια του/ της κοινωνικού/ης λειτουργού να καλύψει τις ανάγκες τους*, τους 2 τα *αισθήματα προκατάληψης του επαγγελματία απέναντι στους εξυπηρετούμενους* και τους 2 η *απροθυμία του/ της κοινωνικού/ης λειτουργού για συνεργασία*. (βλέπε πιν.7.1.1)

Παράλληλα στο Γ.Ν. Καλαμάτας, παρατηρούμε ότι από τους 7 χρήστες της κοινωνικής υπηρεσίας στο σύνολό τους, σχετικά με την *μη έγκαιρη παραπομπή του αιτήματος προς την κοινωνική υπηρεσία*, οι 2 δυσκολεύτηκαν απόλυτα σε αντίθεση με τους 4 που δήλωσαν καθόλου. Ο *περιορισμένος αριθμός συναντήσεων* δυσκόλεψε τους 3 «απόλυτα», τους 2 πολύ, τον 1 λίγο και τον 1 πολύ λίγο. Ο *περιορισμένος χρόνος συναντήσεων* αποτέλεσε ανασταλτικό παράγοντα για τους 3 από τους εξυπηρετούμενους σε απόλυτο βαθμό, για τον 1 πάρα πολύ και για τους 3 πολύ. Η παρουσία τρίτων κατά την συνέντευξη έδρασε ανασταλτικά, για τους 4 απόλυτα, για τον 1 πολύ και για τον 1 λίγο. Ο *ακατάλληλος χώρος συνεντεύξεων* δυσκόλεψε τους 5 απόλυτα και τους 2 πολύ. Ο 1 δυσκολεύτηκε λίγο όσον αφορά την *ανεπάρκεια της κοινωνικού λειτουργού να καλύψει τις ανάγκες του*, 1 πολύ λίγο και οι 3 καθόλου. Τα *αισθήματα προκατάληψης του/ της κοινωνικού/ ης λειτουργού* δυσκόλεψαν τον 1 λίγο, τον 1 πολύ λίγο και τους 3 καθόλου. Η *απροθυμία του/ της κοινωνικού/ ης λειτουργού για συνεργασία* δυσκόλεψε τους 2 λίγο και τους 3 καθόλου. Και τέλος η *ανυπαρξία υπηρεσιών και προγραμμάτων κατάλληλων για την κάλυψη των αναγκών τους* δυσκόλεψε τους 3 απόλυτα και τον 1 πολύ λίγο. (βλέπε πιν.7.1.2)

Αντίστοιχα, στο Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» από τους 8 εξυπηρετούμενους, η *μη έγκαιρη παραπομπή του αιτήματος* προς την κοινωνική υπηρεσία δεν δυσκόλεψε καθόλου τους 5 από αυτούς. Οι 6 δήλωσαν καθόλου για τον *περιορισμένο αριθμό και χρόνο συναντήσεων*, την *ανεπάρκεια του/ της κοινωνικού/ης λειτουργού να καλύψει τις ανάγκες τους*, τα *αισθήματα προκατάληψης του επαγγελματία απέναντι στους εξυπηρετούμενους*, την *απροθυμία του/της κοινωνικού/ης λειτουργού για συνεργασία*. Ενώ ο *ακατάλληλος χώρος συνεντεύξεων* δυσκόλεψε τον 1 απόλυτα τους 2 πολύ, τον

1 λίγο και τους 3 καθόλου. Η παρουσία τρίτων κατά την συνέντευξη δυσκόλεψε 1 απόλυτα, 1 πολύ και 3 καθόλου. Τέλος η ανυπαρξία υπηρεσιών και προγραμμάτων κατάλληλων για την κάλυψη των αναγκών τους απόλυτα δυσκόλεψε τον 1, πάρα πολύ τους 2, πολύ τους 2 και καθόλου τους 3. (βλέπε πιν.7.1.3)

Όπως φαίνεται από τον συγκεντρωτικό πίνακα (7.2) των τριών νοσοκομείων, από τους 26 εξυπηρετούμενους που έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας οι 6 δήλωσαν ότι δυσκολεύτηκαν απόλυτα σχετικά με την μη έγκαιρη παραπομπή προς την κοινωνική υπηρεσία οι 2 πάρα πολύ ενώ οι 11 καθόλου, ο περιορισμένος αριθμός συναντήσεων δυσκόλεψε τους 6 απόλυτα, τους 2 πάρα πολύ, τους 2 πολύ, τους 2 λίγο, τον 1 πολύ λίγο και τους 8 καθόλου. Ακόμη, ο περιορισμένος χρόνος συνεντεύξεων δυσκόλεψε τους 6 απόλυτα, τους 3 πάρα πολύ, τους 3 πολύ, τους 2 λίγο τον 1 πολύ λίγο και τους 4 καθόλου. Ο ακατάλληλος χώρος συνεντεύξεων έδρασε ανασταλτικά για τους 9 από τους χρήστες σε απόλυτο βαθμό, τους 5 πάρα πολύ, τους 6 πολύ, τον 1 λίγο και τους 3 καθόλου. Η παρουσία τρίτων κατά την συνέντευξη δυσκόλεψε 9 απόλυτα, 2 πάρα πολύ, 3 πολύ, 1 λίγο και 6 καθόλου. Επίσης, η ανεπάρκεια του/της κοινωνικού/ής λειτουργού να καλύψει τις ανάγκες τους δυσκόλεψε 1 λίγο, 1 πολύ λίγο και 14 καθόλου. Αντίστοιχα, η απροθυμία του/της κοινωνικού/ής λειτουργού για συνεργασία δυσκόλεψε τους 2 λίγο και τους 8 καθόλου. Τα αισθήματα προκατάληψης του/της κοινωνικού/ής λειτουργού δυσκόλεψε λίγο τον 1, πολύ λίγο τον 1 και τους 11 καθόλου. Τέλος, η ανυπαρξία υπηρεσιών και προγραμμάτων κατάλληλων για την κάλυψη των αναγκών τους αποτέλεσε ανασταλτικό παράγοντα για τους 4 χρήστες σε απόλυτο βαθμό, τους 4 πάρα πολύ, τους 2 πολύ, τον 1 πολύ λίγο και τους 2 καθόλου.

Θα πρέπει να σημειώσουμε εδώ, ότι το σύνολο του δείγματος είχε το δικαίωμα της πολλαπλής επιλογής του βαθμού ικανοποίησης, όσον αφορά τους παράγοντες δυσκολίας που συνάντησε, στην συνεργασία του με την κοινωνική υπηρεσία. Επιλέχθηκε να αναφερθεί, ο αριθμός των ατόμων στις βαθμίδες δυσκολίας, και όχι το ποσοστό αυτών, διότι θέλαμε να τονίσουμε τον μικρό αριθμό δείγματος χρηστών της κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά, όπου στο σύνολό τους οι περισσότερες δυσκολίες παρουσιάστηκαν στην παρουσία τρίτων κατά την συνέντευξη, στον ακατάλληλο χώρο συνεντεύξεων καθώς και στον περιορισμένο χώρο και χρόνο αυτών. Επίσης, σημαντικό είναι ότι όσον αφορά τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό σχετικά με την ανεπάρκεια, τα αισθήματα προκατάληψης, και την απροθυμία του/της, οι εξυπηρετούμενοι δείχνουν την μεγάλη ικανοποίησή τους. Σε αντιπαράθεση με



σχετική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Σουηδία και την Βρετανία, όπου η ύπαρξη προκαταλήψεων και κοινωνικού ρατσισμού, που συχνά απορρέει από αυτές, αναφέρονται ως σημεία που παρεμποδίζουν την πρόσβαση στις παροχές της κοινωνικής υπηρεσίας (Mc Leon & Erikson,2002). Τέλος σημαντικό εύρημα αποτελεί η ανυπαρξία υπηρεσιών και προγραμμάτων για την κάλυψη των αναγκών τους.

## **8. ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΧΩΡΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥ –ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.**

α) αριθμός συναντήσεων

### Πίνακας 8.1

Στον πίνακα 8.1, αναφέρεται ο αριθμός των συναντήσεων του κοινωνικού λειτουργού με τον εξυπηρετούμενο αναλυτικά σε κάθε νοσοκομείο

<b>Πίνακας 8.1.: Αριθμός συναντήσεων κοινωνικού λειτουργού- εξυπηρετούμενου ανά νοσοκομείου.</b>						
<b>Αριθμός συναντήσεων</b>	<b>Γ.Ν Μυτιλήνης «Βοσπάνειο» (N=11)</b>		<b>Γ.Ν Καλαμάτας (N=7)</b>		<b>Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο» (N=8)</b>	
	Μία	4	36%	0	0%	1
Δύο έως πέντε	5	46%	7	100%	2	25%
Πάνω από πέντε	2	18%	0	0%	5	62%
Σύνολο	11	100%	7	100%	8	100%

### Πίνακας 8.2

Στον πίνακα 8.2, αναφέρεται ο αριθμός των συναντήσεων του κοινωνικού λειτουργού με τον εξυπηρετούμενο συνολικά σε κάθε νοσοκομείο.

Πίνακας 8.2. : Αριθμός συναντήσεων κοινωνικού λειτουργού- εξυπηρετούμενου συνολικά και στα τρία νοσοκομεία.		
Αριθμός συναντήσεων	Γ.Ν Μυτιλήνης «Βοστάνειο», Γ.Ν Καλαμάτας, Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο». (N=26)	
Μία	5	19%
Δύο έως πέντε	14	54%
Πάνω από πέντε	7	27%
Σύνολο	26	100%

Όπως καταγράφεται στον πίνακα (8.1), στο Γ.Ν Μυτιλήνης «Βοστάνειο», το 46% των εξυπηρετούμενων συναντήθηκε με τον κοινωνικό λειτουργό δύο έως πέντε φορές, το 36% μία φορά ενώ το 18% πάνω από πέντε φορές. Στο Γ.Ν. Καλαμάτας παρατηρήθηκε ότι 100% συναντήθηκε με τον κοινωνικό λειτουργό από δύο έως πέντε φορές. Τέλος, στο Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», το 62% των εξυπηρετούμενων ήρθε σε επαφή με τον κοινωνικό λειτουργό του νοσοκομείου πάνω από πέντε φορές, το 25% από δύο έως πέντε και το 13% μόνο μία φορά.

Στον συγκεντρωτικό πίνακα (8.2), παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό συναντήσεων από δύο έως πέντε φορές αγγίζει το 54%, ενώ πάνω από πέντε φορές το ποσοστό αντιστοιχεί στο 27% και μόνο μία συνάντηση καταλαμβάνει το 19% από το σύνολο των εξυπηρετούμενων.

Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρούμε και σε ερευνητική μελέτη που διεξήχθη στον Καναδά με το 47,6% να δηλώνει ότι ήρθε σε επαφή με τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό λιγότερο από δύο φορές, ενώ το 52% περισσότερο από δύο φορές (Crighton, Creighton & Drummond, 2005).

## β) χώρος συνεργασίας

### Πίνακας 8.3

Στον πίνακα 8.3, αναφέρεται ο χώρος συνεργασίας του κοινωνικού λειτουργού με τον εξυπηρετούμενου αναλυτικά σε κάθε νοσοκομείο

Πίνακας 8.3.: Χώρος συνεργασίας κοινωνικού λειτουργού- εξυπηρετούμενου ανά νοσοκομείο.						
Χώρος Συνεργασίας	Γ.Ν Μυτιλήνης «Βοστάνειο» (N=11)		Γ.Ν Καλαμάτας (N=7)		Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο» (N=8)	
	Το γραφείο του/της κοινωνικού/κης λειτουργού	6	55%	1	14%	2
Ο θάλαμος της κλινικής	5	45%	6	86%	5	62%
Γραφείο της κλινικής	0	0%	0	0%	0	0%
Διάδρομος	0	0%	0	0%	1	13%
Άλλο	0	0%	0	0%	0	0%
Σύνολο	11	100%	7	100%	8	100%

#### Πίνακας 8.4

Στον πίνακα 8.4, αναφέρεται ο χώρος συνεργασίας του κοινωνικού λειτουργού με τον εξυπηρετούμενο συνολικά σε κάθε νοσοκομείο

Πίνακας 8.4.: Χώρος συνεργασίας κοινωνικού λειτουργού- εξυπηρετούμενου συνολικά και στα τρία νοσοκομεία		
Χώρος συνεργασίας	Γ.Ν Μυτιλήνης «Βοστάνειο», Γ.Ν Καλαμάτας, Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο». (N=26)	
Το γραφείο του/της κοινωνικού/κης λειτουργού	9	35%
Ο θάλαμος της κλινικής	16	61%
Γραφείο της κλινικής	0	0%
Διάδρομος	1	4%
Άλλο	0	0%
Σύνολο	26	100%

Ο χώρος συνεργασίας του εξυπηρετούμενου με τον/την Κοινωνικό/ή λειτουργό στον θάλαμο της κλινικής αγγίζει το 86% στο Γ.Ν. Καλαμάτας, το 62% στο Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» και το 45% στο Γ.Ν Μυτιλήνης «Βοστάνειο». Χώρος συνεργασίας αποτέλεσε το γραφείο του/της κοινωνικού λειτουργού στο 55% στο «Βοστάνειο», στο 25% στο «Θριάσιο» και στο 14% στο Καλαμάτας. Ενώ στο διάδρομο πραγματοποιήθηκε συνεργασία μόνο σε ποσοστό 13% στο «Θριάσιο». Το

γραφείο της κλινικής ή άλλοι χώροι δεν αναφέρθηκαν ως χώροι συνεργασίας (πίν. 8.3).

Στο συνολικό πίνακα (8.4), των τριών νοσοκομείων το 61% καταλαμβάνει ως χώρο συνεργασίας τον θάλαμο της κλινικής, ενώ το 35% το γραφείο του/ της κοινωνικού/ ής λειτουργού. Και το 4% τον διάδρομο της κλινικής. Από όλα τα παραπάνω προκύπτει ότι, ο επικρατέστερος αριθμός συναντήσεων είναι δύο έως πέντε φορές και αυτό είναι κατανοητό διότι ο χρόνος νοσηλείας των ασθενών είναι περιορισμένος και η συνεργασία συνήθως λήγει με το εξιτήριο του ασθενή. Επίσης, ο συνηθέστερος χώρος συνεργασίας είναι ο θάλαμος της κλινικής, λόγω της φύσης της καταστάσεως των εξυπηρετούμενων.

## **9. ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ- ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥ.**

### Πίνακας 9.1

Στον πίνακα 9.1, περιγράφεται ο βαθμός ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων από την συνεργασία τους με τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό

Πίνακας 9.1.: Βαθμός ικανοποίησης του εξυπηρετούμενου από την συνεργασία του με τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό ανά νοσοκομείο										
Νοσοκομείο	Βαθμός ικανοποίησης								Σύνολο	
	Πολύ		Αρκετά		Λίγο		Καθόλου		N	%
Γ.Ν. Βοστανείου Μυτιλήνης (N=11)	8	73%	3	27%	0	0%	0	0%	11	100%
Γ.Ν. Καλαμάτας (N=7)	2	29%	5	71%	0	0%	0	0%	7	100%
Γ.Ν. Θριασίου (N=8)	6	75%	2	25%	0	0%	0	0%	8	100%

### Πίνακας 9.2

Στον πίνακα 9.2 περιγράφεται ο βαθμός ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων από την συνεργασία τους με τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό συνολικά και στα τρία νοσοκομεία

Πίνακας 9.2 .: Βαθμός ικανοποίησης του εξυπηρετούμενου από την συνεργασία του με τον/την κοινωνικό/η λειτουργό συνολικά και στα τρία νοσοκομεία										
Γ.Ν Μυτιλήνης «Βοστάνειο», Γ.Ν Καλαμάτας, Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο». (N=26)	Βαθμός ικανοποίησης								Σύνολο	
	Πολύ		Αρκετά		Λίγο		Καθόλου		N	%
	16	62%	10	38%	0	0%	0	0%	26	100%

Αξιοσημείωτο είναι, ότι όταν το δείγμα της ερευνητικής μας μελέτης που έχει κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας, ρωτήθηκε για τον βαθμό ικανοποίησης από την συνεργασία του με τον/την κοινωνικό/η λειτουργό, δεν σημειώθηκαν απαντήσεις και στα τρία νοσοκομεία, που χαρακτηρίζουν την συνεργασία *λίγο ή καθόλου* βοηθητική. Αναλυτικότερα στο «Βοστάνειο», το 73% χαρακτήρισε την συνεργασία *πολύ* και το 27% *αρκετά* βοηθητική. Ακόμη στην Καλαμάτα, το 71% την χαρακτήρισε *αρκετά* ενώ το 29% *πολύ* βοηθητική. Ενώ στο «Θριάσιο», δήλωσε το 75% *πολύ* και το 25% *αρκετά*, ότι τους βοήθησε (βλέπε πιν. 9.1)

(πίν. 9.1). Στην συνολική μελέτη των τριών νοσοκομείων το 62% απάντησε ότι βοηθήθηκε *πολύ* και το 38% *αρκετά*. (βλέπε πίν.9.2)

Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε και στο Οντάριο του Καναδά ,όπου το 68% έκριναν την κοινωνική υπηρεσία ως πολύ καλή, το 29% απλώς καλή και το 85% δήλωσε ότι η υπηρεσία τους βοήθησε να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα τους (Crighton, Creighton & Drummond, 2005)

## 10. Η ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ-ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥ ΜΕ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΤΟΥ ΔΕΥΤΕΡΟΥ. ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

#### A) Πίνακας 10.2

Στον πίνακα 10.1, αναφέρονται οι λόγοι συνεργασίας καθώς και το είδος παρεχόμενης βοήθειας κοινωνικής υπηρεσίας – εξυπηρετούμενου με πρωτοβουλία του δεύτερου ανά νοσοκομείο

Πίνακας 10.1.: Λόγοι συνεργασίας και είδος παρεχόμενης βοήθειας με πρωτοβουλία του εξυπηρετούμενου ανά νοσοκομείο						
Λόγοι συνεργασία- είδος παρεχόμενης βοήθειας	Γ.Ν. Βοστώνη Μυτιλήνης (N=4)		Γ.Ν. Καλαμάτας (N=1)		Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» (N=1)	
	Ασφαλιστική κάλυψη	1	25%	0	0%	1
Συμβουλευτική	1	25%	0	0%	0	0%
Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη	1	25%	0	0%	0	0%
Συνταξιοδότηση	1	25%	1	100%	0	0%
Σύνολο	4	100%	1	100%	1	100%

#### Πίνακας 10.2

Στον πίνακα 10.1, αναφέρονται οι λόγοι συνεργασίας καθώς και το είδος παρεχόμενης βοήθειας κοινωνικής υπηρεσίας – εξυπηρετούμενου με πρωτοβουλία του δεύτερου συνολικά και στα τρία νοσοκομεία

Πίνακας 10.2.: Λόγοι συνεργασίας και είδος παρεχόμενης βοήθειας με πρωτοβουλία του εξυπηρετούμενου συνολικά και στα τρία νοσοκομεία		
Λόγοι συνεργασίας - είδος παρεχόμενης βοήθειας	Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστώνη», Γ.Ν. Καλαμάτας, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο». (N=6)	
Ασφαλιστική κάλυψη	2	33,36%
Συμβουλευτική	1	16,66 %
Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη	1	16,66%
Συνταξιοδότηση	2	33,36%
Σύνολο	6	100%

### A) Πίνακας 10.3

Στον πίνακα 10.3, περιγράφεται ο βαθμός ικανοποίησης του εξυπηρετούμενου για την παρεχόμενη βοήθεια από την κοινωνική υπηρεσία, όταν η συνεργασία ξεκίνησε με πρωτοβουλία του ίδιου ανά νοσοκομείο.

Πίνακας 10.3. : Βαθμός ικανοποίησης εξυπηρετούμενου για την παρεχόμενη βοήθεια από τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό ανά νοσοκομείο													
Νοσοκομείο	Βαθμός ικανοποίησης												
	Καθόλου		Πολύ λίγο		Λίγο		Πολύ		Πάρα πολύ		Απόλυτα		
Γ.Ν. Βοστανείου Μυτιλήνης (N=4)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	25%	3	75%	
Γ.Ν. Καλαμάτας (N=1)	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	
Γ.Ν. Θριάσιου (N=1)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	

### Πίνακας 10.4

Στον πίνακα 10.4, περιγράφεται ο βαθμός ικανοποίησης του εξυπηρετούμενου για την παρεχόμενη βοήθεια από την κοινωνική υπηρεσία, όταν η συνεργασία ξεκίνησε με πρωτοβουλία του ίδιου συνολικά και στα τρία νοσοκομεία

Πίνακας 10.4. : Βαθμός ικανοποίησης εξυπηρετούμενου για την παρεχόμενη βοήθεια από τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό συνολικά και στα τρία νοσοκομεία													
Γ.Ν Μυτιλήνης «Βοσάνειο», Γ.Ν Καλαμάτας, Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο» (N=6)	Βαθμός ικανοποίησης												
	Καθόλου		Πολύ λίγο		Λίγο		Πολύ		Πάρα πολύ		Απόλυτα		
	0	0%	0	0%	1	16,5%	0	0%	1	16,5%	4	67%	

Διαπιστώθηκε ότι ελάχιστος αριθμός έχει απευθυνθεί με δική του πρωτοβουλία στην κοινωνική υπηρεσία για παροχή βοήθειας. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και σε σχετική μελέτη που διεξήχθη στην Βρετανία και στην Σουηδία, όπου τα ποσοστά αυτοπαραπομπής ήταν πολύ μικρά (Erikson & McLeon, 2002). Ένας στο Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» με λόγο συνεργασίας την

ασφαλιστική κάλυψη, ένας στο Γ.Ν. Καλαμάτας με λόγο συνεργασίας συνταξιοδότηση. Τέσσερις στο Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο», από τους οποίους ένας συνεργάστηκε για ασφαλιστική κάλυψη, ένας για συμβουλευτική, ένας για ψυχοκοινωνική υποστήριξη και ένας για συνταξιοδότηση (πίν.10.1). Συνολικά και στα τρία νοσοκομεία το είδος της παρεχόμενης βοήθειας κάλυψε, από 33,36% των εξυπηρετούμενων για ασφαλιστική κάλυψη και συνταξιοδότηση και από 16,66% για συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη (πιν.10.2). Ενώ αντίθετα, στην μελέτη η παροχή συμβουλών αποτελεί σημαντική μεταβλητή κοινωνικής παρέμβασης (Gathercole & DeMelo, 2001).

Όσον αφορά το βαθμό ικανοποίησης της παρεχόμενης βοήθειας από τον/ την κοινωνικό/ή λειτουργό το 100% δήλωσε *απόλυτα* ικανοποιημένο στο «Θριάσιο» και το 75% στο «Βοστάνειο». *Πάρα πολύ* ικανοποιημένο δήλωσε το 25% στο Μυτιλήνης, ενώ το 16,5% στο Καλαμάτας δήλωσε *λίγο* (πιν.10.3).

### **11.Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ- ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥ, ΠΟΥ ΞΕΚΙΝΗΣΕ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΚΑΙ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ**

#### Πίνακας 11.1

στον πίνακα 11.1,αναφέρονται οι λόγοι συνεργασίας και το είδος της παρεχόμενης βοήθειας του εξυπηρετούμενου από την κοινωνική υπηρεσία, όταν η συνεργασία ξεκίνησε μετά από κάποια παραπομπή ανά νοσοκομείο

Πίνακας 11.1.: Λόγοι συνεργασίας και είδος παρεχόμενης βοήθειας εξυπηρετούμενου- κοινωνικού λειτουργού, μετά από κάποια παραπομπή, ανά νοσοκομείο.						
Λόγοι συνεργασίας – είδος παρεχόμενης βοήθειας	Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο» (N=7)		Γ.Ν. Καλαμάτας (N=6)		Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» (N=7)	
	Ψυχολογική Υποστήριξη	2	28,5%	0	0%	2
Μετανοσοκομειακή φροντίδα	0	0%	1	16,67%	2	28,5%
Ασφαλιστική κάλυψη	2	28,5%	1	16,67%	2	28,5%
Επιδόματα	1	14,5%	0	0%	0	0%
Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας	2	28,5%	0	0%	1	14,5%
Ξυλοδαρμός	0	0%	1	16,67%	0	0%
Άρνηση εξόδου	0	0%	3	50%	0	0%
Σύνολο	7	100%	6	100%	7	100%



### Πίνακας 11.2

στον πίνακα 11.1, αναφέρονται οι λόγοι συνεργασίας και το είδος της παρεχόμενης βοήθειας του εξυπηρετούμενου από την κοινωνική υπηρεσία, όταν η συνεργασία ξεκίνησε μετά από κάποια παραπομπή συνολικά και στα τρία νοσοκομεία

Πίνακας 11.1.: Λόγοι συνεργασίας και είδος παρεχόμενης βοήθειας εξυπηρετούμενου- κοινωνικού λειτουργού, μετά από κάποια παραπομπή, συνολικά και στα τρία νοσοκομεία		
Λόγοι συνεργασίας – είδος παρεχόμενης βοήθειας	Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοσπάνειο», Γ.Ν Καλαμάτας, Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο» (N=20)	
Ψυχολογική Υποστήριξη	4	20 %
Μετανοσοκομειακή φροντίδα	3	15%
Ασφαλιστική κάλυψη	5	25 %
Επιδόματα	1	5%
Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας	3	15%
Ξυλοδαρμός	1	5%
Άρνηση εξόδου	3	15%
Σύνολο	20	100%

Οι εξυπηρετούμενοι που έφθασαν στην κοινωνική υπηρεσία, κυρίως από παραπομπή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, όπως προκύπτει από την ανάλυση του πίνακα (11.1), για *ψυχολογική υποστήριξη*, βοηθήθηκε ένα 28,5% στο Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοσπάνειο» και στο Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», αντίστοιχα. Για την *μετανοσοκομειακή φροντίδα* το 16,67% στο Γ.Ν. Καλαμάτας και το 28,5% στο «Θριάσιο». *Λόγος συνεργασίας* αποτέλεσε και στα τρία νοσοκομεία, η *ασφαλιστική κάλυψη*, το ποσοστό που βοηθήθηκε στο «Βοσπάνειο» είναι 28,5%, 16,67% στο Καλαμάτας και 28,5% στο «Θριάσιο». Ο *ξυλοδαρμός* και η *άρνηση εξόδου* ήταν λόγοι συνεργασίας με ποσοστό 16,67% και 50% στο Καλαμάτας, αντίστοιχα. Ένας ακόμη λόγος ήταν η *ενημέρωση για επιδόματα* με 14,5% στο «Βοσπάνειο». Τέλος, το 28,5% στο «Βοσπάνειο» και 14,5% στο «Θριάσιο» συνεργάστηκε με την Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας. Στη συνολική βοήθεια που παρείχαν οι κοινωνικοί λειτουργοί

και στα τρία νοσοκομεία το μεγαλύτερο ποσοστό αφορούσε την *ασφαλιστική κάλυψη* 25%, με δεύτερη την *ψυχολογική υποστήριξη* με 20%. Σε αντίθεση, με έρευνα που διεξήχθη σε Αγγλία και Ουαλία, η ψυχολογική υποστήριξη εκτιμήθηκε ως δευτεροβάθμιας σημασίας μεταβλητή (Phillips & Waterson, 2002). Στην έρευνά μας ακολουθεί με 15% η *μετανοσοκομειακή φροντίδα*, η *άρνηση εξόδου* και η *συνεργασία με την Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας*. Παρόμοια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Χονγκ Κονγκ αναγνωρίζει την μετανοσοκομειακή φροντίδα και την παραπομπή σε κοινοτικούς πόρους βασικούς παράγοντες κοινωνικής παρέμβασης, συγκαταλέγοντας και την πρακτική βοήθεια ως την σπουδαιότερη (Wong, Chan & Tam, 2001). Ενώ, σε παράλληλες πιλοτικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία στο Κάνσας και την Μασαχουσέτη Αμερικής η μετανοσοκομειακή φροντίδα είναι ένας από τους κύριους τομείς παρέμβασης της κοινωνικής εργασίας στον νοσοκομειακό χώρο (Kitchen & Brook, 2005).

Τέλος, στην εδώ ερευνητική μελέτη, από 5% καλύπτουν η *ενημέρωση επιδομάτων* και ο *λόγος ξυλοδαρμού* (πιν. 11.2). Παρόμοιες μεταβλητές παρέμβασης παρατηρούμε και στην Αυστραλιανή νοσοκομειακή εργασία, όπως η ανάγκη προγραμματισμού κατά την έξοδο, η παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης, η μεσολάβηση και ο σύνδεσμος με άλλες υπηρεσίες (Gathercole & De Melo, 2001). Ενώ και στον Καναδά, η εντόπιση/ τακτοποίηση πόρων αναγνωρίστηκε ως βασική μεταβλητή άσκησης της κοινωνικής εργασίας στο νοσοκομείο (Herbert & Levin, 1996).

Στην ερευνητική μας μελέτη παρουσιαζόταν και άλλοι λόγοι συνεργασίας, ενέργειες διευκολύνσεων, εντός και εκτός νοσοκομείου, από τον/την κοινωνικό/η λειτουργό και παραπομπές αυτού για περαιτέρω βοήθεια μετά την νοσηλεία. Οι οποίες δεν έχουν επιλεγεί, ως βοηθητικοί παράγοντες, στην συνεργασία κοινωνικού λειτουργού- εξυπηρετούμενου και αυτό πιστεύουμε ότι οφείλεται στον μικρό αριθμό εξυπηρετούμενων της κοινωνικής υπηρεσίας που συμμετείχαν, σε κάθε ένα νοσοκομείο κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνάς μας.

## **12.ΑΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΤΥΧΟΝ ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΤΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ**

### Πίνακας 12.1

Στον πίνακα 12.1, παρουσιάζονται οι απόψεις των χρηστών της κοινωνικής υπηρεσίας, για τυχόν ελλείψεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες της δεύτερης, ανά νοσοκομείο

Πίνακας 12.1.: Απόψη των εξυπηρετούμενων, για τυχόν ελλείψεις της κοινωνικής υπηρεσίας ανά νοσοκομείο				
Νοσοκομεία	Τυχόν ελλείψεις			
	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
Γ.Ν. Βοστανείου Μυτιλήνης (N=11)	0	0%	11	100%
Γ.Ν. Καλαμάτας (N=7)	0	0%	7	100%
Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» (N=8)	0	0%	8	100%

### Πίνακας 12.2

Στον πίνακα 12.2, παρουσιάζονται οι απόψεις των χρηστών της κοινωνικής υπηρεσίας, για τυχόν ελλείψεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες της δεύτερης συνολικά και στα τρία νοσοκομεία

Πίνακας 12.2.: Απόψη των εξυπηρετούμενων, για τυχόν ελλείψεις της κοινωνικής υπηρεσίας συνολικά και στα τρία νοσοκομεία				
Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοσπάνειο», Γ.Ν Καλαμάτας, Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο» (N=26)	Τυχόν ελλείψεις			
	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	0	0%	26	100%

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός, ότι όλοι οι χρήστες των παροχών της κοινωνικής υπηρεσίας δεν κατέγραψαν καμία έλλειψη στην διάρκεια της συνεργασίας με τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό, όπου το ποσοστό ανέρχεται στο 100% [ βλέπε πιν. 12.1,12.2]

### **13.ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΕ ΑΛΛΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.**

### Πίνακας 13.1

Στον πίνακα 13.1, αναφέρεται ο αριθμός των χρηστών της κοινωνικής υπηρεσίας, ανά νοσοκομείο, που έχει προηγούμενη εμπειρία με άλλο κοινωνικό/ή λειτουργό εκτός νοσοκομείου.

Νοσοκομεία	Προηγούμενη εμπειρία			
	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
Γ.Ν. Βοστανείου Μυτιλήνης (N=11)	3	27%	8	73%
Γ.Ν. Καλαμάτας (N=7)	0	0%	7	100%
Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» (N=8)	5	63%	3	27%

### Πίνακας 13.2

Στον πίνακα 13.2, αναφέρεται ο αριθμός των χρηστών της κοινωνικής υπηρεσίας, συνολικά και στα τρία νοσοκομεία, που έχει προηγούμενη εμπειρία με άλλο κοινωνικό/ή λειτουργό εκτός νοσοκομείου

Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοσπάνειο», Γ.Ν Καλαμάτας, Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο» (N=26)	Προηγούμενη εμπειρία			
	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	8	31%	26	69%

Διαπιστώθηκε στην ερευνητική μας ανάλυση ότι, στο Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», πολύ μεγάλο ποσοστό 63% έχει συνεργαστεί και στο παρελθόν με κοινωνικό/ή λειτουργό, σε αντίθεση με το Γ.Ν. Καλαμάτας στο οποίο από τους 7 χρήστες της κοινωνικής υπηρεσίας, κανείς δεν έχει προηγούμενη εμπειρία με κοινωνικό/ή λειτουργό. Ενώ στο «Βοσπάνειο», μόνο το 27% έχει συνεργαστεί στο παρελθόν με κοινωνικό/ή λειτουργό (πίνακας 13.1). Στο σύνολο των χρηστών και των

τριών νοσοκομείων το 31% έχει προηγούμενη εμπειρία με άλλο επαγγελματία εκτός νοσοκομειακού πλαισίου (πίνακας 13.2).

Αντίστοιχα, σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ένα νοσοκομείο του Ballarat, η προηγούμενη εμπειρία με κοινωνικές υπηρεσίες αποτέλεσε παράγοντα αξιολόγησης του ερευνητικού πλαισίου (Gathercole & De Melo, 2001).

## **B. ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερευνητικής μας μελέτης μόνο ένα μικρό ποσοστό, στο σύνολο των ερωτηθέντων, γνωρίζει την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας μέσα στο χώρο του νοσοκομείου. Αξιοσημείωτη διαφορά, στα ποσοστά γνώσης ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας παρατηρείται στην σύγκριση μεταξύ του περιφερειακά χωροταξικά αποκλεισμένου Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο», όπου το ποσοστό γνώσης ύπαρξης φτάνει να αγγίζει τα όρια του διπλάσιου, σε σχέση με το νοσοκομείο της Αθήνας «Θριάσιο» και της μεγάλης επαρχιακής πόλης της Καλαμάτας. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός, ότι ακόμη και αυτοί που είναι ενημερωμένοι για την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας δεν είναι πληροφορημένοι για το είδος των παροχών και της βοήθειας που μπορεί να προσφέρει. Παρόμοια αποτελέσματα μικρών ποσοστών γνώσης ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας και των παροχών της παρουσιάζονται σε έρευνα που διεξήχθη στην νοσοκομειακή κοινωνική εργασία της Σουηδικής και Βρετανικής πρακτική (Mc Leon & Erikson, 2002). Από το συγκεκριμένο δείγμα των εξυπηρετούμενων που έλαβε μέρος στην ερευνητική μας μελέτη αποδεικνύεται ότι οι ασθενείς- φροντιστές στο νοσοκομειακό πλαίσιο, δεν έχουν γνώση της ύπαρξης, των παροχών και το που μπορούν να απευθυνθούν για βοήθεια, συγκεντρώνοντας μεγάλα ποσοστά απαντήσεων που αγγίζουν το 70% στο σύνολο τους. Ενώ ενδιαφέρον παρουσιάζει το ελάχιστο ποσοστό της τάξης του 1%, που αισθάνθηκε ότι δεν είχε ανάγκη την χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας.

Τα νοσοκομειακά πλαίσια απαρτίζονται από πολλές κλινικές και αποτελούν χώρους υποδοχής και φιλοξενίας μιας ευρείας γκάμας εξυπηρετούμενων με ποικίλα χαρακτηριστικά. Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά των ατόμων, στο σύνολο τους, που συμμετείχαν στην ερευνητική μας μελέτη δεν παρατηρούνται ιδιαίτερες διαφορές. Τόσο οι χρήστες της κοινωνικής υπηρεσίας όσο και αυτοί που δεν έκαναν χρήση, έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά. Παρατηρείται, λοιπόν, ότι δεν υπάρχει ποσοτική

διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Υπάρχει ευρεία γκάμα ηλικιών που περιλαμβάνει όλα τα αναπτυξιακά στάδια. Ενώ, το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται ότι στα δημόσια γενικά νοσοκομεία δεν είναι ιδιαίτερα υψηλό. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι, οι περισσότεροι χρήστες κοινωνικών υπηρεσιών είναι ανασφάλιστοι. Από όλα τα παραπάνω προκύπτει ότι στα γενικά νοσοκομεία προσέρχονται εξυπηρετούμενοι με ποικιλόμορφα χαρακτηριστικά λόγω της φύσης και του έργου του οργανισμού της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, γι αυτό τον λόγο είναι πολύ δύσκολο να σκιαγραφηθεί ένα πιθανό προφίλ των χρηστών ή μη, εάν δεν εστιάσουμε σε κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ή σε μια συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Όπως για παράδειγμα, σε μια ερευνητική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Σουηδική και Βρετανική πρακτική με θέμα την διερεύνηση της νοσοκομειακής κοινωνικής εργασίας ως σημείο πρόσβασης στις υπηρεσίες, οι οποίες εστίασαν αφενός στην Βρετανία σε δύο ομάδες ηλικιωμένων, ηλικίας 75 ετών και αφετέρου στην Σουηδία σε μια ομάδα φυσικών φροντιστών, τους γονείς (Mc Leon & Erikson, 2002).

Μέσω των ερευνητικών μας αποτελεσμάτων, παρατηρούμε ότι η ενημέρωση για την κοινωνική υπηρεσία και στα τρία νοσοκομεία πραγματοποιείται ποικιλότροπα, με μεγάλα ποσοστά απόκλισης από νοσοκομείο σε νοσοκομείο, εκτός από την *πληροφόρηση μέσω του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (62%) και από άλλες υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου (25%)*, όπου τα ποσοστά συγκλίνουν και στα τρία νοσοκομειακά πλαίσια και στο συνολό τους αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό ενημέρωσης. Εντύπωση προκαλεί το 7% των εξυπηρετούμενων που πληροφορήθηκε μέσω ενημερωτικού φυλλαδίου στο Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο», παρόλο που διανέμεται στο χώρο του νοσοκομείου. Παράλληλα, οι παραπομπές στην κοινωνική υπηρεσία πραγματοποιούνται κυρίως από το *ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (62%)*, ενώ η *αυτοπαραπομπή (με δική τους πρωτοβουλία)* ανέρχεται σε ποσοστό 14%. Αντίθετα στην Βρετανία και τη Σουηδία παρατηρήθηκαν μικρά ποσοστά τόσο παραπομπής που γίνονται στους κοινωνικούς λειτουργούς από άλλους επαγγελματίες υγείας όσο και αυτοπαραπομπής των ίδιων των χρηστών, εξαιτίας της έλλειψης γνώσης των παροχών αλλά και της ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας (Mc Leon & Erikson). Τέλος, μόλις στο 4% γίνεται παραπομπή μέσω κάποια άλλης υπηρεσίας και στα τρία νοσοκομειακά πλαίσια. Παρόλο που σε μια αντίστοιχη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομειακό χώρο του Ballarat, ο σύνδεσμος με άλλες

εξωτερικές υπηρεσίες ορίστηκε ως μια από τις κύριες μεταβλητές για τις κοινωνικές παρεμβάσεις εργασίας στο νοσοκομειακό χώρο (Cathercole & De Melo, 2001).

Το συγκεκριμένο δείγμα που συμμετείχε στην ερευνά μας απάντησε ότι 62% βοηθήθηκε πολύ και το 38% αρκετά. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε και στο Οντάριο του Καναδά ,όπου το 68% έκριναν την κοινωνική υπηρεσία ως πολύ καλή, το 29% απλώς καλή και το 85% δήλωσε ότι η υπηρεσία τους βοήθησε να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα τους (Crighton, Creighton & Drummond, 2005). Ενώ, οι περισσότερες δυσκολίες παρουσιάστηκαν στην παρουσία τρίτων κατά την συνέντευξη, στον ακατάλληλο χώρο συνεντεύξεων καθώς και στον περιορισμένο χώρο και χρόνο αυτών. Επίσης, σημαντικό είναι ότι όσον αφορά τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό σχετικά με την ανεπάρκεια, τα αισθήματα προκατάληψης, και την απροθυμία του/της, οι εξυπηρετούμενοι δείχνουν την μεγάλη ικανοποίησή τους. Σε αντιπαράθεση με σχετική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Σουηδία και την Βρετανία, όπου η ύπαρξη προκαταλήψεων και κοινωνικού ρατσισμού, που συχνά απορρέει από αυτές, αναφέρονται ως σημεία που παρεμποδίζουν την πρόσβαση στις παροχές της κοινωνικής υπηρεσίας (Mc Leon & Erikson,2002). Τέλος σημαντικό εύρημα αποτελεί η ανυπαρξία υπηρεσιών και προγραμμάτων για την κάλυψη των αναγκών τους.

Η ασφαλιστική κάλυψη και η συνταξιοδότηση είναι οι κύριοι λόγοι που οι εξυπηρετούμενοι απευθύνονται στην κοινωνική υπηρεσία με δική τους πρωτοβουλία. Ενώ, η συμβουλευτική και η ψυχοκοινωνική στήριξη προτιμώνται σε δεύτερο χρόνο σε αντίθεση με έρευνα που διεξήχθει στο εξωτερικό, όπου η παροχή συμβουλών αποτελεί σημαντική μεταβλητή κοινωνικής παρέμβασης (Gathercole & DeMelo, 2001). Πιστεύουμε ότι θα ήταν χρήσιμο να διεξαχθούν περαιτέρω μελέτες που να απευθύνονται ειδικά σε χρήστες της κοινωνικής υπηρεσίας και στο είδος των παροχών που αιτούνται. Στη συνολική βοήθεια που παρείχαν οι κοινωνικοί λειτουργοί μετά από κάποια παραπομπή και στα τρία νοσοκομεία το μεγαλύτερο ποσοστό αφορούσε την *ασφαλιστική κάλυψη* 25%, με δεύτερη την *ψυχολογική υποστήριξη* με 20%. Σε αντίθεση, με έρευνα που διεξήχθη σε Αγγλία και Ουαλία, η ψυχολογική υποστήριξη εκτιμήθηκε ως δευτεροβάθμιας σημασίας μεταβλητή (Phillips & Waterson, 2002). Όσον αφορά το βαθμό ικανοποίησης της παρεχόμενης βοήθειας από τον/ την κοινωνικό/ή λειτουργό το 100% δήλωσε *απόλυτα* ικανοποιημένο στο «Θριάσιο» και το 75% στο «Βοστάνειο». *Πάρα πολύ* ικανοποιημένο δήλωσε το 25% στο Μυτιλήνης, ενώ το 16,5% στο Καλαμάτας δήλωσε *λίγο*. Σε αυτό το σημείο,

πιστεύουμε ότι θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθούν στο μέλλον οι λόγοι για τους οποίους οι χρήστες της κοινωνικής υπηρεσίας ενώ αισθάνονται ικανοποιημένοι από την συνεργασία τους με τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό δεν είναι απόλυτα ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη βοήθεια.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός, ότι όλοι οι χρήστες των παροχών της κοινωνικής υπηρεσίας δεν κατέγραψαν καμία έλλειψη στην διάρκεια της συνεργασίας με τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό, όπου το ποσοστό ανέρχεται στο 100% και αυτό πιστεύουμε ότι οφείλεται στον μικρό αριθμό εξυπηρετούμενων της κοινωνικής υπηρεσίας που συμμετείχαν, σε κάθε ένα νοσοκομείο κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνάς μας.

## **Γ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε με σκοπό την διερεύνηση των απόψεων των ασθενών- φροντιστών για το τμήμα της κοινωνικής υπηρεσίας, ως μια δευτερογενή οργάνωση στο νοσοκομειακό πλαίσιο και τις παρεχόμενες υπηρεσίες αυτού στο χώρο του νοσοκομείου. Στόχοι της ερευνητικής μας μελέτης, αποτέλεσαν η διερεύνηση γνώσης ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας από τους ασθενείς- φροντιστές στο νοσοκομείο, η μελέτη παραγόντων χρήσεως ή μη αυτής, και η καταγραφή της γνώμης που έχουν σχηματίσει οι χρήστες για την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την επικοινωνία με τον/την κοινωνικό λειτουργό.

Γι αυτούς τους λόγους, αποφασίσαμε η ερευνητική μας μελέτη να πραγματοποιηθεί σε τρία γενικά νοσοκομεία στο Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο», στο Γ.Ν. Καλαμάτας και στο Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», αντίστοιχα. Επιλέχθηκαν τα παραπάνω νοσοκομειακά πλαίσια επειδή καλύπτουν διαφορετικές χωροταξικές, γεωγραφικές και πληθυσμιακές ανάγκες, με απώτερο σκοπό να ανακαλύψουμε κατά πόσο αναγνωρίζεται και προωθείται ο ρόλος και το έργο της κοινωνικής υπηρεσίας μέσα στους χώρους των νοσοκομείων σε μια ευρύτερη γεωγραφική κλίμακα. Μελετώντας μεμονωμένα και συνολικά τα τρία νοσοκομειακά πλαίσια μεταξύ τους, δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτερες διαφορές στα ερευνητικά αποτελέσματα, που θα μπορούσαν να αποτελέσουν μεταβλητές για περαιτέρω διερεύνηση.

Από το συγκεκριμένο δείγμα των εξυπηρετούμενων που έλαβε μέρος στην ερευνητική μας μελέτη προκύπτει ότι οι ασθενείς- φροντιστές στο νοσοκομειακό



πλαίσιο, δεν έχουν γνώση τόσο της ύπαρξης, όσο και του είδους των παροχών της κοινωνικής υπηρεσίας. Επίσης, αποδεικνύεται ότι δεν ξέρουν που μπορούν να απευθυνθούν για βοήθεια, όταν χρήζουν ανάγκης. Η ενημέρωση και οι παραπομπές προς την κοινωνική υπηρεσία πραγματοποιούνται κυρίως από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου. Η ασφαλιστική κάλυψη αποτελεί έναν από τους κυριότερους λόγους, που απευθύνονται οι ασθενείς στην κοινωνική υπηρεσία, είτε με δική τους πρωτοβουλία είτε μετά από κάποια παραπομπή. Η συνταξιοδότηση, επίσης, είναι ένας ακόμη σημαντικός λόγος που οι νοσηλευόμενοι αναζητούν με δική τους πρωτοβουλία την κοινωνική υπηρεσία, ενώ η ψυχολογική υποστήριξη προωθείται ως σημαίνων λόγος από άλλες πηγές παραπομπής. Αξιόλογο, επίσης, εύρημα αποτελεί η ανυπαρξία υπηρεσιών και προγραμμάτων για την κάλυψη των αναγκών των εξυπηρετούμενων της κοινωνικής υπηρεσίας. Πολύ βοηθητική κρίνεται η κοινωνική υπηρεσία από το μικρό σύνολο των χρηστών αυτής. Καθώς και η συνεργασία και η επικοινωνία με τον/ην κοινωνικό/ή λειτουργό αξιολογείται, ως ικανοποιητική χωρίς να εντοπίζονται ελλείψεις σε αυτήν. Τέλος, όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών και μη της κοινωνικής υπηρεσίας, δεν παρατηρείται καμία αξιόλογη μεταβλητή προς μελέτη.

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια διερεύνησης των απόψεων των ασθενών- φροντιστών, για την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας και των παρεχόμενων υπηρεσιών αυτής, τόσο στον Ελλαδικό χώρο όσο και σε διεθνές επίπεδο. Το μικρό δείγμα των χρηστών της κοινωνικής υπηρεσίας, την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας, δεν βοήθησε ώστε να αξιολογηθεί εκτενέστερα και διεξοδικά το κάθε ένα ερευνητικό αποτέλεσμα. Βοήθησε όμως, να μελετηθεί και να δοθεί η πρώτη εικόνα που έχουν οι χρήστες για την κοινωνική υπηρεσία και να αποκαλυφθεί η χρησιμότητα και η αναγκαιότητα της μέσα στο χώρο του νοσοκομείου.

Τα συμπεράσματα μας είναι αναγκαίο να υποστηριχθούν και από άλλες έρευνες, καθώς είναι προκαταρκτικά και στόχος είναι να δώσουν κίνητρο για την διεξαγωγή παρόμοιων μελετών στο μέλλον. Οι ίδιοι, οι χρήστες των υπηρεσιών, με την διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους και τον καθορισμό των αναγκών τους, αποτελούν κίνητρο για την ανάπτυξη και καλλιέργεια μια νέας κοινωνικής πολιτικής παίζοντας σημαίνων ρόλο στην αναβάθμιση και αναδιοργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών.

Γενικότερα από τα ευρήματα μας εκτιμάται, ότι οι χρήστες των κοινωνικών υπηρεσιών βοηθήθηκαν στην συνεργασία τους με τον/ην κοινωνικό/ή λειτουργό.

Σίγουρα όμως, χρειάζεται μελλοντική μελέτη για να διαπιστωθεί σε ποιους τομείς βοηθήθηκαν, με έρευνες που θα απευθύνονται αποκλειστικά σε χρήστες κοινωνικών υπηρεσιών, τόσο κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο όσο και κατά την έξοδο τους από αυτό καθώς επίσης και συγκριτικές έρευνες που να απευθύνονται σε χρήστες κοινωνικών υπηρεσιών και επαγγελματίες νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς σχετικά με τους τομείς παρέμβασης και αξιολόγησης της επαγγελματικής σχέσης.

Η άγνοια των νοσηλευόμενων που χρήζουν βοήθειας και η μη έγκαιρη παραπομπή τους στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, προκαλεί δυσκολίες στην λειτουργικότητα τόσο του ίδιου του ασθενή όσο και της διοίκησης του οργανισμού και κατ'επέκταση της κοινωνικής πρόνοιας.

Χρήσιμη θα ήταν η έκδοση και η διανομή ενημερωτικού φυλλαδίου σε κάθε κλινική, σε σημεία εύκολης πρόσβασης για το κοινό π.χ. Γραφείο κίνησης, τα οποία θα είναι ευκολονόητα για όλα τα μορφωτικά επίπεδα, πλήρως καταρτισμένα για τον σκοπό και το έργο της κοινωνικής υπηρεσίας. Η οργάνωση ενημερωτικών εκδηλώσεων και ημερίδων σε τοπικό επίπεδο στα πλαίσια διασύνδεσης του νοσοκομείου με την τοπική αυτοδιοίκηση συμβάλλει αφενός μεν, στην πληροφόρηση της τοπικής κοινωνίας αφετέρου δε, στην αποδοχή και την συναισθηματικά εγγύτητα των πολιτών. Ευαισθητοποίηση εκπαίδευση των πολιτών σε θέματα κοινωνικού περιεχομένου και αντιμετώπισης αυτών, μέσω των φορέων της πολιτείας, των Μ.Μ.Ε και ενημερωτικών φυλλαδίων.

Ως μελλοντικοί υποψήφιοι κοινωνικοί λειτουργοί σε νοσοκομειακό πλαίσιο, θα θέλαμε η παρούσα ερευνητική μελέτη, με το πέρασμα του χρόνου, να αποτελέσει για το αναγνωστικό μας κοινό κίνητρο διεξαγωγής νέων μελετών και μέτρο σύγκρισης, διότι όπως έχει προκύψει μέχρι σήμερα, δεν έχουν πραγματοποιηθεί παρόμοιες μελέτες στον Ελλαδικό χώρο . Δίνοντας έτσι την δυνατότητα στην αναβάθμιση και αναδιοργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών σε συνεργασία με το κράτος πρόνοιας. Θα θέλαμε επίσης να συνεχίσει η θετική άποψη των χρηστών της κοινωνικής υπηρεσίας στο νοσοκομειακό πλαίσιο, αναδεικνύοντας την χρησιμότητα και το έργο της, παρόλο που είναι μια δευτερογενής οργάνωση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγάθωνος-Μαρούλη, (1980), «*Τα επαγγέλματα Υγείας στην σύγχρονη περίθαλψη. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού*», Εκλογή.
2. Ασημακοπούλου– Ζάρναρη Ο, (1982), «*Το κράτος πρόνοιας και η Κοινωνική Εργασία*», Εκλογή, Υπόμνημα, σελ. 3-8.
3. Βασικά προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας, σελ. 34.
4. Γιαννουλάτος Π, (1985), Πρακτικά Γ΄ Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, Αθήνα.
5. Γεωργοπαπαδάκου,(1992), Μεγάλο Λεξικό, μονοτονικής της Ν.Γ., Εκδόσεις Παιδεία- Μάλλιαρης, Θεσσαλονίκη.
6. Γιδοπούλου Κ, (1985),Πρακτικά Γ΄ Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, Αθήνα.
7. Δημοπούλου– Λαγωνίκα Μ, (1992), «*Συμβουλευτική σε ιατρό-κοινωνικές υπηρεσίες*», Κοινωνική Εργασία, 27, σελ. 167-173.
8. Διεθνής Κώδικας Δεοντολογίας για επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς της “International Federation of Social Workers”, Διεθνή Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών. Γενική Συνέλευση 10 Ιουλίου 1976, Πόρτο Ρίκο. Μετάφραση Βούλα Παπαδοπούλου.
9. Έγγραφο 31-5-1991 (αρ. πρωτ. Γ6α 707) του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Διεύθυνση Κοινωνικής Εργασίας, Τμήμα Α περί «Αναπτύξεως και προαγωγής της Κοινωνικής Εργασίας στο νοσοκομειακό πλαίσιο.
- 10.Εγκύκλιος Εργασίας Κοινωνικών Λειτουργών Νοσοκομείων 1956 (14/2/1956- αρ. πρωτ. ΟΛ 901). Πρόγραμμα εργασίας των παρά Νοσοκομείους Κοινωνικών Λειτουργών, παρ. 2 «Μέθοδοι εργασίας κοινωνικών λειτουργών», σελ. 1-2.
11. Έκθεση ομάδας Εργασίας, Κοινωνική Πρόνοια, Πρόγραμμα 1983-1987, σελ. 44-45.

12. Ζαιμάκης Γ, (1999), «Νεότερη σκέψη και Μετά-νεοτερικότητα. Από τη Μοντέρνα στη Μεταμοντέρνα Κοινωνική Εργασία», Κοινωνική Εργασία, 53, σελ. 244.
13. Ζάρναρη Ο, (1987), «Τα Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Κοινωνική Εργασία», Εκλογή, 75, σελ. 163-176.
14. Ζάχου Δ, (1990), Στοιχεία Ψυχολογίας, Εκδόσεις Πελεκάνος, Αθήνα.
15. Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ, (2001), Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
16. Ιατρίδης Δ, (1989), «Κοινωνική Εργασία και Υγεία», Κοινωνική Εργασία, 14, σελ.71-89.
17. Καλλιγέρη- Βιθούλκα Π, (1991), «Κοινωνικά προβλήματα των ηλικιωμένων που νοσηλεύονται στα Γενικά νοσοκομεία και η εκτός νοσοκομείου αντιμετώπιση», Κοινωνική Εργασία, 33, σελ.15-30.
18. Καλλινικάκη Θ, (1998), Κοινωνική Εργασία. Εισαγωγή στη θεωρία και τη πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, πέμπτη έκδοση, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
19. Καραγκούνης Β, (2005), «Ψυχο-κοινωνικές παράμετροι της ποιότητας ζωής των νεφροπαθών. Η προσέγγιση της Κοινωνικής Εργασίας», Κοινωνική Εργασία, 77, σελ. 42-53.
20. Κατσορίδου- Παπαδοπούλου Χ, (2002), Κοινωνική Εργασία με Ομάδες. Μια μορφή προσέγγισης για συνεργασία και δράση, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
21. Κουσίδου Τ, (1985), «Η επαγγελματική ανάπτυξη του προσωπικού στις Κοινωνικές Υπηρεσίες και Οργανώσεις», Κοινωνική Εργασία, 67, 86-97.
22. Κυριαζή Ν, (2005), Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
23. Λαγού Σ, Παπαδοπούλου Μ., «Η Κοινωνική Εργασία με περιπτώσεις θανάτου», 1991, σελ. 165-166.
24. Λαναρά Β, (2000), Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, θεωρητικό και οργανωτικό πλαίσιο, Χωρίς Έκδοση, Αθήνα.
25. Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών υπό την αιγίδα της UNESCO, (1972) ,Τόμος 1, Εκδόσεις Ελληνική Παιδεία Α.Ε., Αθήνα.
26. Μαλικιώση-Λοίζου Μ, (1999), Συμβουλευτική Ψυχολογία, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

- 27.Μιχαλοπούλου Α, (2006), «*Επικοινωνία Επαγγελματιών Υγείας με τον ασθενή- Ο Ρόλος της Συμβουλευτικής σε καταστάσεις Κρίσης*», Κοινωνική Εργασία, 81, σελ. 29-35.
- 28.Μουζακίτης Χ, (1988), «*Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Ψυχιατρική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου*», Κοινωνική Εργασία, 12, σελ.17-26.
- 29.Μουζακίτης Χ, (1996), Οι κοινωνικές υπηρεσίες μύθος ή πραγματικότητα; Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικές Υπηρεσίες και Κοινωνική Εργασία στην Υγεία και την Πρόνοια, Αναγκαιότητα και όχι πολυτέλεια, Σύλλογος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, Αθήνα.
- 30.Μπαμπινιώτης Γ., (2002), Λεξικό Ν.Ε.Γ, Εκδόσεις Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε., δεύτερη έκδοση, Αθήνα.
- 31.Μπαμπινιώτης Γ., (2004), Λεξικό για το σχολείο και το γραφείο. Εκδόσεις Κέντρο Λεξικολογίας, τρίτος τόμος, Αθήνα.
- 32.Ν. 2071 (ΦΕΚ 123/92 άρθρο 47).
- 33.Ν. 2889 (ΦΕΚ 2/3/2001, φύλλο 37) «Περί βελτίωσης και εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας».
- 34.Πανταζάκας Π, Μέντης Μ, (2002), «*Η Πρόκληση του εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού*», Κοινωνική Εργασία, 66, σελ. 97-112.
- 35.Πανταζάκας Π, Μέντης Μ, (2003), «*Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο τμήμα Επείγοντων Περιστατικών του νοσοκομείου: Παρέμβαση σε Καταστάσεις Κρίσης*», Κοινωνική Εργασία, 70, σελ. 71-80.
- 36.Παπαδάτου Δ- Αναγνωστόπουλος Φ, (1999), Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, έκτη έκδοση, Αθήνα.
- 37.Παπαιωάννου Κ, (1988), «*Ιατροκοινωνική Εργασία*», Κοινωνική Εργασία, 9, σελ.7-11.
- 38.Παπαιωάννου Κ, (1994), «*Κλινική Κοινωνική Εργασία και Διεπιστημονική Συνεργασία*», Κοινωνική Εργασία, 33, σελ.7-13.
- 39.Παπαιωάννου Κ, (1998), Κλινική Κοινωνική Εργασία με Άτομα, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
- 40.Παπαθεοφίλου Ε, (1985), «*Ο επόπτης στο διπλό ρόλο του διοικητικού και του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού*», Εκλογή, 67, σελ. 72-85.

41. Παπαφλέσσα Θ, (1985), «*Οργάνωση και Διοίκηση Κοινωνικών Υπηρεσιών*», Εκλογή, 67, σελ.57-70.
42. «Πάπυρους Λαρούς Μπριτάνικα», (1991), Τόμος 45, Εκδόσεις Εκδοτικός Οργανισμός Πάπυρους, Αθήνα.
43. Πόθου Μ, (1982), «*Κοινωνική Θεώρηση των Κοινωνικών Προβλημάτων*», Εκλογή, 53, σελ. 104-107.
44. Π.Δ. 690/1961, ΦΕΚ 163/1961 «Περί ασκήσεως επαγγέλματος των Κοινωνικών Λειτουργών».
45. Π.Δ. υπ' αριθμόν 891, ΦΕΚ 7/12/78, Τεύχος α', φύλλο 213, «Περί καθορισμού αντικειμένου εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών».
46. Π.Δ. 23/26-1989 (ΦΕΚ 23, Τεύχος Α) «Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων των αποφοίτων των τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας των Τ.Ε.Ι.».
47. Π.Δ. 23/30-1-1992 (ΦΕΚ 6, Τεύχος α'). Προϋποθέσεις άσκησης σε Κοινωνικές Υπηρεσίες και η δεοντολογία του επαγγέλματος.
48. Σαπουντζή-Κρέπια Δ, (1995), «*Νοσηλεύτριες- Κοινωνικοί Λειτουργοί. Διεπαγγελματική συνεργασία και διαφορές στην αντίληψη αναγκών φροντίδας*», Κοινωνική Εργασία, 39, σελ. 143-157.
49. Σαχίνη-Καρδάση Α, (2004), Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας, Τρίτη έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
50. Σπυράκης Χ, Φραγκιαδάκης Ε, Καράτσης Π, Γραφάκου Ο, Στεφανόπουλου Κ, (2006), «*Τα δικαιώματα των ασθενών*», Επιθεώρηση Υγείας, 66, σελ. 37-41.
51. Σταθόπουλος Π, (1996), Κοινωνική Πρόνοια μια γενική θεώρηση, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
52. Τσαλίκης Γ, (1996), Η αμφιδέξια πολιτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Auslander G, (2001), "*Social Work in Health Care. What have we achieved*", Journal of Social Work, Vol. 1(2), pp 201-222.
2. Berkman B, (1996), "*The emerging Health care world: Implications for Social Work practice and education*", Social Work, Vol. 41, pp.541-551.
3. Black R.B, (1984), "Looking Ahead: Social Work as a Health Profession", Health and Social Work, Vol 9(2), pg. 85-95 στο Ιατρίδης Δ, (1989), «Κοινωνική Εργασία και Υγεία», Κοινωνική Εργασία, 14, σελ.71-89.
4. Blomberg S, (2000), "*Care Management and Social Work: A case study of the Role of Social Work in Hospital Discharge to Residential or Nursing Home Care*", in Philips J & Waterson J, (2002), (ends). European Journal of Social Work, Vol. 5(2), pp 171-186.
5. Butrym, Z, (1989), "*Health Care and Social Work – What Kind of Relationship*" in Taylor R, and Ford G (1989) (ends). Social Work and Health Care: Research Highlights in Social Work 19, Jessica Kingsley, London.
6. Carr J, (1994). «Κλινική Κοινωνική Εργασία στο τομέα Υγείας», Κοινωνική Εργασία, 33, σελ.15-30.
7. Carrigan, Z.H. (1978), "*Medical social workers in Hong Kong: expectations, authority, and role ambiguity*" , in Wong C, Chan B & Tam V, (2001),(ends). "International Social Work, Vol. 43(4), pp 495- 516.
8. C. Chan B & Tam V, (2001),(ends). "International Social Work, Vol.
9. Claiborne N. & Vandenburg H, (2003), "*The Evaluation of Social Work Program in a Hospital- based Family Practice Unit in Ontario, Canada*» in Crighton E,J, Creighton E & Drummond N, (2005),(ends). International Social Work 48, pp725-731.
10. Cohen, L. and Manioin, L. (1994). Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας, Μετάφραση Χρυσούλα Μητσοπούλου, Μάνια Φιλλιπούλου, Εκδόσεις Μεταίχιμο, Αθήνα.
11. Crighton E. J, Creighton E & Drummond N, (2005), "*The Evaluation of Social Work Program in a Hospital- based Family Practice Unit in Ontario, Canada*", International Social Work, Vol. 48(6), pp725-731.

12. Dalley G, (1989), «*Professional Ideology or Organizational Tribalism; The Health Service- Social Work Divide*», Social Work and Health Care, Εκδόσεις Research Highlights in Social Work
13. Epstein I, (2002), «*The Evaluation of Social Work Program in a Hospital-based Family Practice Unit in Ontario, Canada*» in Crighton E.J, Creighton E & Drummond N, (2005),(ends). International Social Work 48, pp 725- 731.
14. Fowler N, (1998), «*The Evaluation of Social Work Program in a Hospital-based Family Practice Unit in Ontario, Canada*» in Crighton E.J, Creighton E & Drummond N, (2005),(ends). International Social Work 48, pp 725-731.
15. Gardner W, (2000), «*The Evaluation of Social Work Program in a Hospital-based Family Practice Unit in Ontario, Canada*» in Crighton E,J, Creighton E & Drummond N, (2005),(ends). International Social Work 48, pp 725-731.
16. Gathercole M.F & DeMelo L.R, (2001), «*Development of the Workload Analysis Scale (W.A.S) for the Assessment and Rehabilitation Services of Ballarat Health Services*», Social Work in Health Care, Vol. 34(1/2), pp143-160.
17. Geiger J, (2002), «*The Evaluation of Social Work Program in a Hospital-based Family Practice Unit in Ontario, Canada*» in Crighton E., J. Creighton E & Drummond N, (2005),(ends). International Social Work 48 pp 725-731.
18. Getzel. S.G, (1987). «*Social Work Groups in Health care settings: four emerging approaches*», Social Work in Health Care, Vol. 12(1), pp 23-38.
19. Giles R, Gould S, Hart C&Swancott J, (2007), «*Clinical Priorities: Strengthening Social Work Practice in Health*», Australian Social Work, Vol. 60(2), pp 147-165.
20. Glendinning,C, (1998), «*Care Management and Social Work : A case study of the Role of Social Work in Hospital Discharge to Residential or Nursing Home Care*», in Philips J & Waterson J, (2002), (ends). European Journal of Social Work, Vol. 5(2), pp 171-186.
21. Gregorian, C (2005), «*A Carrier in Hospital Social Work: Do you Have What It Takes,*» Social Work in Health Care, Vol. 40(3), pp 1-14.
22. Hasklov T & Egelund T. (1998), «*Care Management and Social Work : A case study of the Role of Social Work in Hospital Discharge to Residential or Nursing Home Care*», in Philips J & Waterson J, (2002), (ends). European Journal of Social Work, Vol. 5(2), pp 171-186.



23. Herbert M & Levin R, (1996), "*The Advocacy Role in Hospital Social Work*", Social Work in Health Care, Vol. 22(3), pp 71-85.
24. Jacobson, G.(1998), "*Care Management and Social Work : A case study of the Role of Social Work in Hospital Discharge to Residential or Nursing Home Care*", in Philips J & Waterson J, (2002), (ends). European Journal of Social Work, Vol. 5(2), pp 171-186.
25. Keirse G, (1983), «Ψυχοκοινωνική Προσέγγιση στο τμήμα εφημερίας του νοσοκομείου και ή στις πρώτες βοήθειες», Εκλογή, 61, 93-98.
26. Lesser JG, (2000), "*The Evaluation of Social Work Program in a Hospital-based Family Practice Unit in Ontario, Canada*» in Crighton E,J, Creighton E & Drummond N, (2005),(ends). International Social Work 48, pp 725-731
27. Mailick M.D-Ashley A.A, (1981), "*Politics of Interprofessional Collaboration: Challenge of Advocacy*", Social Casework, Vol. 62, pp 131-137.
28. Mizrahi T- Berger C, (2001), «*Effect of changing health care environment on social work leaders: obstacles and opportunities in hospital social work*», Social Work, Vol. 46(2), pp 170-182.
29. Mizraki T & Abramson J.(1985), "*Medical social workers in Hong Kong: expectations, authority, and role ambiguity*" , in Wong C, Chan B & Tam V, (2001),(ends). "International Social Work, Vol. 43(4), pp 495- 516.
30. McLeod E, (1995), "*The strategic Importance of Hospital Social Work*", Social Work and Social Sciences Review, Vol .6(1), pp. 19-31.
31. McLeon E& Erikson S.B, (2002), "*Hospital Social Work in Sweden and the UK: Access to Chances of Physical Health and Well- being*", European Journal of Social Work, Vol. 5(2), pp159-169.
32. Mizhan A- Northcott H, (1989), "*The Social Bases of Discrepancies in Health; Illness perceptions*", Journal of Advanced Nursing, Vol. 14, pp 132-140.
33. Nackman M.(1975), "*Medical social workers in Hong Kong: expectations, authority, and role ambiguity*" , in Wong C, Chan B & Tam V, (2001),(ends). "International Social Work, Vol. 43(4), pp 495- 516.
34. Olsen K.M & Olsen M.E. (1967), "*Medical social workers in Hong Kong: expectations, authority, and role ambiguity*", in Wong C, Chan B & Tam V, (2001),(ends). "International Social Work, Vol. 43(4), pp 495- 516.

35. Pecukonis E, Cornelius L, Parrish M, (2003), «*The Future of Health Social Work*», Social Work in Health Care, Vol. 37(3), pp.1-15.
36. Perlman Harris H (1957), «*Εργασία με άτομα, Μια διεργασία- Λύσης προβλημάτων. Νέα Συλλογική Μέθοδος. Τεχνική της Κοινωνικής Εργασίας*», Μεταφραστής Καλούτση Α, Εκδόσεις Ατλαντίς, Αθήνα.
37. Phillips B.J. (1971), “*Medical social workers in Hong Kong: expectations, authority, and role ambiguity*”, in Wong C, Chan B & Tam V, (2001), (ends). ” International Social Work, Vol. 43(4), pp 495- 516.
38. Philips J- Waterson J, (2002), “*Care Management and Social Work : A case study of the Role of Social Work in Hospital Discharge to Residential or Nursing Home Care*”, European Journal of Social Work, Vol. 5(2), pp 171-186.
39. Proctor E-Howell N- Leeanne L.C, (1993), “Classification and Correlates of Ethical Dilemmas in Hospital Social Work”, Social Work, Vol. 38 (2), pp 166-176.
40. Schuftan C, (1996), “The Community Development Dilemma: what is really Empowering”, Community Development Journal, Vol 31(33), pp 260-264 στο Καραγκούνης Β, (2005), «Ψυχοκοινωνικές παράμετροι της ποιότητας ζωής των νεφροπαθών. Η προσέγγιση της Κοινωνικής Εργασίας», Κοινωνική Εργασία, 77, σελ.42-53.
41. Tweed D.L, (1998), “*The Evaluation of Social Work Program in a Hospital-based Family Practice Unit in Ontario, Canada*» in Crighton E,J, Creighton E & Drummond N, (2005), (ends). International Social Work 48, pp 725-731
42. Wilson G- Relland G, (1962). *Κοινωνική Εργασία με ομάδες*, Μεταφραστής Μουστάκα Κ, Εκδόσεις Χ.Τ, Μόνιμος Επιτροπή Επιμορφώσεως εις την Κοινωνική Εργασία με το Unitarion Dalley G, (1989), «*Professional Ideology or Organizational Tribalism; The Health Service- Social Work Divide*» , Social Work and Health Care, Εκδόσεις Research Highlights in Social Work
43. Wong C, Chan B & Tam V, (2001), “ *Medical social workers in Hong Kong: expectations, authority, and role ambiguity*” International Social Work, Vol. 43(4), pp 495- 516.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**



5. **Δεν έχετε κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας γιατί :**  
*( Σημείωση: Ο/Η ερωτώμενος μπορεί να διαλέξει όσες από τις παρακάτω απαντήσεις επιθυμεί)*
1. Δεν γνωρίζατε την ύπαρξη της
  2. Δεν γνωρίζατε τι παρέχει
  3. Δεν ξέρατε που να απευθυνθείτε
  4. Δεν είχατε κάποιο αίτημα
  5. Είχατε κάποιες επιφυλάξεις
  6. Άλλο (προσδιορίστε).....
6. **Σε περίπτωση συνεργασίας σας με την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου για ποια θέματα θα απευθυνόσασταν;**  
 .....  
 .....
7. **Η συνεργασία σας με την κοινωνική υπηρεσία ξεκίνησε από :**
1. Παραπομπή (ιατρικό/νοσηλευτικό ή άλλο προσωπικό)
  2. Τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό της κλινικής
  3. Δική σας πρωτοβουλία
  4. Μέσω κάποιου συγγενή σας
  5. Άλλο (προσδιορίστε) .....
8. **Εάν η συνεργασία ξεκίνησε από δική σας πρωτοβουλία, ποιος ήταν ο λόγος που απευθυνθήκατε στην κοινωνική υπηρεσία;**  
*(Σημείωση: Ο/Η ερωτώμενος/η μπορεί να καταγράψει περισσότερο από έναν λόγο ξεκινώντας από τον πιο σημαντικό)*
- 1.
  - 2.
  - 3.
  - 4.
  - 5.
9. **Όσον αφορά τον σημαντικότερο λόγο που καταγράψατε παραπάνω πόσο τον κάλυψε η κοινωνική υπηρεσία μέχρι σήμερα;**
1. Καθόλου
  2. Πολύ λίγο
  3. Λίγο
  4. Πολύ
  5. Πάρα πολύ
  6. Απόλυτα
10. **Εάν η συνεργασία σας δεν ξεκίνησε με δική σας πρωτοβουλία, ποιος ήταν ο λόγος παραπομπής σας;**  
*(Σημείωση: Ο/Η ερωτώμενος/η μπορεί να καταγράψει περισσότερο από έναν λόγο ξεκινώντας από τον πιο σημαντικό)*
- 1.
  - 2.
  - 3.
11. **Πόσες φορές συνεργαστήκατε με τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό στη συγκεκριμένη νοσηλεία;**
1. Μία
  2. Δύο έως πέντε
  3. Πάνω από πέντε
  - 4.



**12. Ποιός ήταν ο χώρος συνεργασίας με τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό;**

1. Το γραφείο του/ης κοινωνικού/ής λειτουργού
2. Ο θάλαμος της κλινικής
3. Γραφείο της κλινικής
4. Ο διάδρομος
5. Άλλο (προσδιορίστε) .....

**13. Η συνεργασία σας με τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό σας βοήθησε:**

( Σημείωση: Ο/Η ερωτώμενος μπορεί να διαλέξει όσες από τις παρακάτω απαντήσεις επιθυμεί)

1. Σε θέματα που αφορούσαν την συναισθηματική σας κατάσταση
2. Σε θέματα που αφορούσαν το οικογενειακό σας περιβάλλον
3. Σε θέματα που αφορούσαν τις συνέπειες ή και τις απαιτήσεις της ασθένειας
4. Στην Μείωση του άγχους
5. Σε θέματα συνεργασίας σας με το ιατρικό/ νοσηλευτικό προσωπικό
6. Στο να βρεθείτε πιο κοντά με το οικογενειακό ή φιλικό σας περιβάλλον
7. Σε θέματα που αφορούσαν το εξιτήριο και τις ανάγκες σας μετά το νοσοκομείο
8. Σε θέματα επιμέλειας ή και κηδεμονίας
9. Σε θέματα αντιμετώπισης και χειρισμού, των συνεπειών μιας σοβαρής ασθένειας ή επικείμενου θανάτου
10. Σε θέματα διεκδίκησης υπηρεσιών και παροχών εντός και εκτός νοσοκομείου
11. Σε θέματα υποστήριξης των δικαιωμάτων σας
12. Άλλο (προσδιορίστε).....

**14. Με ποιές ενέργειες ο/η κοινωνικός/ή λειτουργός διευκόλυνε την αξιοποίηση υπηρεσιών εντός και εκτός νοσοκομείου :**

( Σημείωση: Ο/Η ερωτώμενος μπορεί να διαλέξει όσες από τις παρακάτω απαντήσεις επιθυμεί)

1. Συνεργαζόμενος/ η με ιατρικό – νοσηλευτικό προσωπικό
2. Συνεργαζόμενος/η με γραφείο κίνησης ή άλλο τμήμα του Νοσοκομείου
3. Παρέχοντας πρακτική βοήθεια- γραφειοκρατικές διευκολύνσεις
4. Επιλύοντας θέματα ασφαλιστικής κάλυψης
5. Παρέχοντας υλική βοήθεια ( π.χ ρουχισμός)
6. Ενημερώνοντας για υπηρεσίες και προγράμματα
7. Ενημερώνοντας για οικονομικές παροχές ( π.χ συντάξεις – επιδόματα)
8. Παραπέμποντας σε υπηρεσίες και δομές μετανοσοκομειακής φροντίδας
9. Άλλο ( προσδιορίστε).....

**15. Μετά την νοσηλεία σας ο/η κοινωνικός/ή λειτουργός σας παρέπεμπψε για περαιτέρω βοήθεια στις ακόλουθες υπηρεσίες:**

( Σημείωση: Ο/Η ερωτώμενος μπορεί να διαλέξει όσες από τις παρακάτω απαντήσεις επιθυμεί)

1. Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι
2. Κ.Α.Π.Η
3. Κοινωνική υπηρεσία του Δήμου σας
4. Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας
5. Κλινική αποκατάστασης- αποθεραπείας
6. Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων/ Γηροκομείο
7. Ίδρυμα Χρόνιων Παθήσεων
8. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής
9. Ξενώνας
10. Πρόγραμμα πρόληψης – αποτοξίνωσης
11. Εξειδικευμένη υπηρεσία για μεταναστές
12. Πρεσβεία – Προξενείο









4. Λύκειο
5. Ανώτερη- ανώτατη σχολή
6. Μεταπτυχιακά
7. Άλλο, τι.....

**31. Οικονομική κατάσταση:**

1. Πολύ καλή
2. Αρκετά καλή
3. Καλή
4. Καθόλου καλή

**32. Εργάζεστε;**

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

**33. Προσδιορίστε:**

1. Άνεργος/η
2. Ιδιωτικός υπάλληλος (ολική απασχόληση)
3. Ιδιωτικός υπάλληλος (μερική απασχόληση)
4. Δημόσιος υπάλληλος
5. Συνταξιούχος
6. Οικιακά
7. Φοιτήτρια/φοιτητής
8. Άλλο προσδιορίστε .....

**34. Είστε ασφαλισμένος/η;**

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

**35. Πόσο καιρό νοσηλεύεστε στη κλινική;**

1. 3 έως 5 ημέρες
2. 6 έως 10 ημέρες
3. 11 έως 15 ημέρες
4. 16 έως 20 ημέρες
5. πάνω από 20 ημέρες

**36. Σε ποια κλινική νοσηλεύεστε;**

1.	Γενική Χειρουργική	7	Ορθοπαιδική
2.	Παθολογική	8	Καρδιολογική
3.	Οφθαλμολογική	9	Πνευμονολογική
4.	Ουρολογική	10	Νευρολογική
5.	Ωριλά	11	Νευροχειρουργική
6.	Γυναικολογική	12	Άλλη

**37. Αναφέρατε την διάγνωση ή τον λόγο νοσηλείας σας στην τρέχουσα εισαγωγής σας:**

.....

**38. Είστε:**

1. Αυτοεξυπηρετούμενος/η
2. Μη αυτοεξυπηρετούμενος/ η



**39. Είστε:**

1. Ασθενής

2. Συνοδός/ φροντιστής

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΗ/ΡΙΑΣ**

.....  
.....  
.....  
.....



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2





Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας  
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας  
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας  
Μ. Αλεξάνδρου 1  
Κουκούλι, 26334  
ΠΑΤΡΑ  
Πληροφορίες: Δρ Πενταράκη Μαρία

Πάτρα ...../...../.....

Προς  
Επιστημονική Επιτροπή  
Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»  
Λεωφ. Γ. Γεννηματά  
Μαγούλα / Αττικής

*Θέμα:* «Πτυχιακή εργασία των τελειόφοιτών κοινωνικών λειτουργών του τμήματος κοινωνικής εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας , Καλεσίου Κωνσταντίνα, Καρίμαλη Περσεφώνη και Μαγουλιά Δήμητρα».

Σας παρακαλώ όπως επιτρέψετε την εκπόνηση έρευνας με τίτλο «Ο ρόλος και η λειτουργία της κοινωνικής υπηρεσίας στο γενικό νοσοκομείο: απόψεις των εξυπηρετούμενων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες».

Την έρευνα θα εκπονήσουν οι σπουδάστριες , Καλεσίου Κωνσταντίνα, Καρίμαλη Περσεφώνη και Μαγουλιά Δήμητρα, οι οποίες είναι τελειόφοιτες κοινωνικοί λειτουργοί στο Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Στόχοι της έρευνας είναι η διερεύνηση γνώσης ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας από τους εξυπηρετούμενους και τους φροντιστές τους, στους χώρους υγείας και πιο συγκεκριμένα του Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο», του Γ.Ν Καλαμάτας και του Γ.Ν Μυτιλήνης «Βοστανείο». Επιπρόσθετα, η μελέτη παραγόντων χρήσεως ή μη και η καταγραφή της γνώμης που έχουν σχηματίσει οι χρήστες για την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την επικοινωνία με τον/την κοινωνικό λειτουργό. Η διερεύνηση θα γίνει βάσει συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, και η διάρκεια συμπλήρωσης του κυμαίνεται από 10 έως 20 λεπτά. Το δείγμα της έρευνας είναι οι εξυπηρετούμενοι/ες του Γ.Ν «Θριάσιου» νοσοκομείου, του Γ.Ν Καλαμάτας και του Γ.Ν νοσοκομείου Μυτιλήνης «Βοστανείο».

Αιτούμαστε την άδεια της επιτροπής ώστε οι τελειόφοιτες κοινωνικοί λειτουργοί να διεξάγουν την ερευνά τους στο νοσοκομείο σας. Τα ερευνητικά δεδομένα αποτελούν μέρος της πτυχιακής εργασίας που εκπονείται στο τμήμα κοινωνικής εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, από τις τελειόφοιτες Καλεσίου Κωνσταντίνα, Καρίμαλη Περσεφόνη και Μαγουλά Δήμητρα των οποίων τα τηλέφωνα είναι: 6947279624 (2296035773), 6936250778, 6945277675 αντίστοιχα. Επιστημονική υπεύθυνη της έρευνας είναι η Δρ. Πενταράκη Μαρία, επίκουρη καθηγήτρια και προϊσταμένη στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Θα ήθελα να επισημάνω ότι κατά τη διάρκεια των σπουδών τους οι τελειόφοιτες κοινωνικοί λειτουργοί έχουν ολοκληρώσει μαθήματα μεθόδων κοινωνικής έρευνας και είναι ευαισθητοποιημένες σε θέματα δεοντολογίας, συμπεριλαμβανόμενης της ανάγκης για το προσωπικό απόρρητο και την εχεμύθεια.

Σε περίπτωση έγκρισης του αιτήματος οι ενέργειες θα εποπτεύονται από την Δρ Πάχη Αικατερίνη, προϊσταμένη του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του «Θριάσιου» νοσοκομείου και εργαστηριακή συνεργάτιδα κοινωνικής εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας.

Ευελπιστούμε τα δεδομένα να συγκροτήσουν επιστημονική δημοσίευση που θα απευθύνεται σε επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς με απώτερο στόχο την αναβάθμιση και αναδιοργάνωση των παρεχόμενων κοινωνικών υπηρεσιών, όπου κρίνεται απαραίτητο.

Για οποιαδήποτε επιπλέον πληροφορία παρακαλώ να επικοινωνήσετε μαζί μου στα εξής τηλέφωνα: 6977994189, 2610369121-125, 2610275276.

Με εκτίμηση  
Μαρία Πενταράκη  
Επίκουρη καθηγήτρια και προϊσταμένη  
του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας







ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ  
"ΘΡΙΑΣΙΟ"

Ελευσίνα, 05/09/2008

Αρ. Πρωτ. 338/Φ4

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΣ

- Τον κ. Διοικητή
- Τον κ. Δ/ντή Ιατρ. Υπηρεσίας

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου στην 16<sup>η</sup> συνεδρίασή του στις 04.09.08 βρέθηκε σε νόμιμη απαρτία παρόντων του Προέδρου του Ε.Σ. κ. ΛΑΜΠΟΥ ΘΕΟΧΑΡΗ - Δ/ντή Ουρολογικής Κλινικής και των μελών του κ.κ. ΟΛΥΜΠΙΟΥ ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΟΥ - Δ/ντή Καρδιολογικής Κλινικής, ΤΡΑΓΑΡΑ ΣΤΑΥΡΟΥ - Αν/τή Δ/ντή Πνευμονολογίας, ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΠΑΝΑΓΗ - Επιμ. Α' Πλ/κής Χειρ/κής, ΛΑΚΗ ΝΕΚΤΑΡΙΟΥ - Επιμ. Β' Παθολογίας, ΡΟΚΑ ΕΛΕΝΗΣ - Δ/ντριας Νοσηλ. Υπηρεσίας, ΜΕΤΑΛΛΗΝΟΥ ΙΩΑΝΝΗ - Ειδ/νου ιατρού Πλ/κής Χειρ/κής, ΜΑΡΜΑΡΑ ΙΩΑΝΝΗ - Φυσικοθεραπευτή, απουσάντων των κ.κ. ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑΣ - Φαρμακοποιού, καθώς και της αναπληρώτριάς της ΖΑΜΠΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗΣ ΠΕ Βιολόγων.

Τα πρακτικά θα τηρηθούν από την διοικητική υπάλληλο κα Γιαμά Μαρία

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου, αφού προσκλήθηκε νόμιμα και αφού διαπιστώθηκε απαρτία, αρχίζει η συνεδρίαση με θέμα :

« Έγκριση πτυχιακής εργασίας της κ. Καλέσιου Κων. με τίτλο :

« Ο ρόλος και η λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Γενικό Νοσοκομείο »

Το Επιστημονικό Συμβούλιο συζήτησε την υπ' αριθμ. 21412/Φ.416/11.07.08 αίτηση της κας Καλέσιου Κων., νοσηλεύτριας ΔΕ, με την οποία ζητά την έγκριση εκπόνησης έρευνας για την πτυχιακή της εργασία με τίτλο : « Ο ρόλος και η λειτουργία της Κοιν. Υπηρεσίας στο Γενικό Νοσοκομείο : απόψεις των εξυπηρετούμενων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες », που θα εποπτεύεται στο Νοσοκομείο μας από την Δρ. Παχή Αικατερίνη, προϊσταμένη του Τμ. Κοινωνικής Εργασίας του «Θριασίου» Νοσοκομείου και εργαστηριακή συνεργάτιδα κοινωνικής εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας.

Το Ε.Σ. εγκρίνει ομόφωνα την πραγματοποίησης της ανωτέρω έρευνας στο Νοσοκομείο μας με την προϋπόθεση : 1. οι Διευθυντές των αντίστοιχων τμημάτων και η Νοσηλευτική Διεύθυνση να συμφωνήσουν, 2. να κοινοποιηθούν τα αποτελέσματα της εργασίας, 3. να εξασφαλισθούν τα προσωπικά δεδομένα, και 4. ότι δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ  
"ΘΡΙΑΞΙΟ"

για το Νοσοκομείο.



Κοιν/ση :

- Δ/ντρια Νοσηλ. Υπηρεσίας
- κ. Παχή Αικατερίνη – Κοιν. Υπηρεσία
- ✓ • κ. Καλέσιου – ΔΕ Νοσηλευτικής



ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ  
Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

*Έρευνα στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας με θέμα:*

«Ο ρόλος και η λειτουργία της κοινωνικής υπηρεσίας στο γενικό νοσοκομείο: Απόψεις των εξυπηρετούμενων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες».

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Δρ. ΠΕΝΤΑΡΑΚΗ ΜΑΡΙΑ σε συνεργασία με τη  
Δρ ΠΑΧΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

ΚΑΛΕΣΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ  
ΚΑΡΙΜΑΛΗ ΠΕΡΣΕΦΟΝΗ  
ΜΑΓΟΥΛΑ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΑΘΗΝΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2008





## 1. ANTIKEIMENO THΣ EPEYNAS

Η κοινωνική εργασία και η ιατρική φροντίδα μοιράζονται το κοινό ενδιαφέρον για την εξασφάλιση καλής ποιότητας ζωής (ευημερίας) και υγείας των ατόμων, των οικογενειών και των κοινωνικών ομάδων (Butrym, 1989). Η ολιστική προσέγγιση της υγείας προϋποθέτει τη συμβολή, αφενός της ιατρικής, που έχει ως στόχο, σύμφωνα με τη μοντέρνα εκδοχή του Ιπποκράτη, «πολλές φορές τη θεραπεία, συχνά τη βελτίωση και πάντα την ανακούφιση», και αφετέρου της κοινωνικής εργασίας, που ο πρωταρχικός προσανατολισμός της είναι ψυχοκοινωνικός και προσβλέπει στην κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου (Butrym, 1989). Στη καθημερινή εφαρμογή της ιατρικής φροντίδας, το ενδιαφέρον της επιστημονικά προσανατολισμένης ιατρικής είναι εστιασμένο στη θεραπεία με συγκριτικά ελάχιστη σημασία στις κοινωνικές συνθήκες του ασθενή. Αντιθέτως, το κεντρικό ενδιαφέρον της κοινωνικής εργασίας έγκειται στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου-ασθενή. Αναγνωρίζει ότι η ασθένεια του σώματος επηρεάζει τόσο τη λειτουργικότητα του ατόμου όσο και τη ποιότητα της ζωής του και επικεντρώνεται στις συνέπειες και τις επιδράσεις της θεραπείας στο άτομο- ασθενή και τη προσωπικότητα του ανεξάρτητα από τους αντικειμενικούς σκοπούς της θεραπείας. Η παραπάνω προσέγγιση της κοινωνικής εργασίας, συμβάλει σημαντικά στους θεραπευτικούς και διαγνωστικούς στόχους της ιατρικής (Gregorian, 2005).

Η προτεινόμενη μελέτη διερευνά το ρόλο και τη λειτουργία της κοινωνικής υπηρεσίας στο Γ,Ν «Θριάσιο», στο Γ.Ν. Καλαμάτας και στο Γ.Ν. «Βοστανείο» αντίστοιχα, καθώς και τις απόψεις των εξυπηρετούμενων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα, η ερευνητική αυτή μελέτη, επιδιώκει να διερευνήσει τη γνώση ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας από τους εξυπηρετούμενους και τους φροντιστές τους στους χώρους υγείας, να μελετήσει τους παράγοντες χρήσης ή μη, και να καταγράψει τη γνώμη που έχουν σχηματίσει οι χρήστες για την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την επικοινωνία με τον/την κοινωνικό λειτουργό. Οι ερευνητικές υποθέσεις που επιδιώκουμε να απαντηθούν από τη προτεινόμενη έρευνα, είναι, ότι, όσοι ασθενείς δεν κάνουν χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών του νοσοκομείου, δεν έχουν σωστή ενημέρωση από τους κοινωνικούς φορείς, δε γίνεται κατάλληλη παραπομπή από το προσωπικό του νοσοκομείου, το οποίο, και αυτό με τη σειρά του δεν είναι κατάλληλα ενημερωμένο, δεν γνωρίζουν το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών της κοινωνικής υπηρεσίας και

νιώθουν προκατάληψη έναντι αυτής. Παράλληλα υποθέτουμε ότι όσοι έχουν κάνει χρήση των παρεχόμενων κοινωνικών υπηρεσιών του πλαισίου που ερευνάμε έχουν βοηθηθεί.

Τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα της εργασίας είναι:

- Να προσδιοριστεί το ποσοστό των εξυπηρετούμενων, το οποίο γνωρίζει την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας στο νοσοκομειακό πλαίσιο.
- Να διερευνηθεί ο τρόπος που ενημερώθηκε το ποσοστό των ασθενών ή και φροντιστών που γνωρίζει την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου και τις παροχές της.
- Να διερευνηθεί πόσοι από αυτούς που γνωρίζουν την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, έχουν κάνει χρήση αυτής και να σκιαγραφηθεί το πιθανό προφίλ αυτών
- Να διερευνηθεί το ποσοστό των εξυπηρετούμενων που δεν έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας του νοσοκομείου και να σκιαγραφηθεί το πιθανό προφίλ αυτών
- Να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιούνται οι παραπομπές στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου.
- Να εντοπιστούν οι λόγοι μη χρήσης της κοινωνικής υπηρεσίας του νοσοκομείου από τους εξυπηρετούμενους.
- Να εντοπιστούν πιθανά προβλήματα κατά την διάρκεια της συνεργασίας του κοινωνικού λειτουργού- εξυπηρετούμενου.
- Να διερευνηθεί ο αριθμός συναντήσεων και ο χώρος συνεργασίας εξυπηρετούμενου και κοινωνικού λειτουργού
- Να διερευνηθεί κατά πόσο οι ασθενείς ή και οι φροντιστές που έχουν κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας του νοσοκομείου βοηθήθηκαν από την συνεργασία τους με τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό.
- Να διερευνηθεί ο λόγος συνεργασίας των εξυπηρετούμενων με την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου και ποιο το είδος της παρεχόμενης βοήθειας από τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό όταν αυτός ξεκίνησε με δική τους πρωτοβουλία.
- Να διερευνηθεί ο λόγος συνεργασίας των εξυπηρετούμενων με την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, ποιο το είδος της παρεχόμενης βοήθειας από τον/την κοινωνικό/ή λειτουργό, όταν η συνεργασία ξεκίνησε μετά από κάποια παραπομπή.



- Να καταγραφούν πιθανές ελλείψεις στις παροχές της κοινωνικής υπηρεσίας από την πλευρά των ασθενών ή και φροντιστών.
- Να διερευνηθεί κατά πόσο το ποσοστό των εξυπηρετούμενων που γνωρίζει και έχει κάνει χρήση της κοινωνικής υπηρεσίας του νοσοκομείου έχει συνεργαστεί στο παρελθόν με άλλους κοινωνικούς λειτουργούς.

Ερέθισμα, για την ενασχόληση μας με το αντικείμενο της έρευνας, αποτελεί:

α) η πραγματοποίηση της πρακτικής μας άσκησης στους χώρους των γενικών νοσοκομείων, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», Γ.Ν. Καλαμάτας και Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστανείο», αντίστοιχα, β) η βιωματική μας εμπειρία άλλοτε ως ασθενείς και άλλοτε ως φροντιστές ασθενών, και γ) η διαπίστωση ότι δεν έχουν πραγματοποιηθεί αντίστοιχες έρευνες στην Ελλάδα, τα αποτελέσματα των οποίων θα μπορούσαν να συμβάλουν στην αναβάθμιση και αναδιοργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών, όπου κρίνεται απαραίτητο.

## 2. ΗΔΗ ΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία νόσου και αναπηρίας. Ο ορισμός αυτός καταδεικνύει ότι το ιατροκεντρικό πρίσμα με το οποίο αντιμετωπιζόταν μέχρι τώρα η Υγεία έχει δώσει την θέση του στην κοινωνική διάσταση του όρου, έτσι ώστε όταν μιλά κανείς για την Υγεία να εννοεί ένα κοινωνικό αγαθό. Η Υγεία λοιπόν σαν τομέας επιστημονικής δραστηριότητας και σαν κοινωνικό αγαθό ενδιαφέρει ιδιαίτερα την επιστήμη της κοινωνικής εργασίας και τους Κοινωνικούς Λειτουργούς (Αγάθωνος-Μαρούλη, 1980).

Σκοπός της κοινωνικής εργασίας στον τομέα Υγείας είναι: «Η μελέτη και η αντιμετώπιση των πολλών και ποικίλων κοινωνικών και προσωπικών προβλημάτων που παρουσιάζουν άτομα ή ομάδες ατόμων, δεδομένου ότι συχνά τα κοινωνικά προβλήματα συνυπάρχουν με τα προβλήματα Υγείας, άλλοτε σαν συνέπεια και άλλοτε σαν αιτία ψυχοκοινωνικών δυσκολιών» (Αγάθωνος-Μαρούλη, 1980).

Είναι προφανές ότι η έννοια της υγείας είναι πολυδιάστατη και κατά συνέπεια την ευθύνη της υγείας δεν την φέρει κατά αποκλειστικότητα η ιατρική επιστήμη. Την ευθύνη της υγείας την έχουν όλοι και πάνω από όλα το ίδιο το άτομο. Πολλά από τα προβλήματα υγείας εκτός από την ιατρική τους πλευρά, έχουν και την κοινωνική



τους διάσταση και οι λύσεις θα βρεθούν μόνο με μια διεπιστημονική συνεργασία (Αγάθωνος-Μαρούλη, 1980).

Η κοινωνική εργασία στα νοσοκομεία ξεκίνησε στην Αγγλία το 1905 σε αντιφυματικά ιατρεία. Τον ίδιο χρόνο ιδρύθηκε κοινωνική υπηρεσία σε νοσοκομείο της Βοστώνης στις Η.Π.Α. ξεχωριστά από την νοσηλευτική υπηρεσία. Στην Ελλάδα, η σύσταση κοινωνικών υπηρεσιών στα Νοσοκομεία έγινε το 1956, με σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, όπου καθορίζεται και ο ρόλος της κοινωνικής υπηρεσίας ( Σταθόπουλος, 2005).

Κατά το Προεδρικό Διάταγμα 891/1978, άρθρο 3, προσδιορίστηκαν οι αρμοδιότητες των Κοινωνικών Λειτουργών στον τομέα υγείας: «Ο κοινωνικός λειτουργός εις τον τομέα της υγείας συμβάλλει εις την πρόληψη, την αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων, δημιουργουμένων συνεπεία καταστάσεων κλονισμού σωματικής ή ψυχικής υγείας ατόμων, ή οφειλομένων εις την προσωπικότητα αυτών ή εις ετέρας δυσμενείς καταστάσεις του περιβάλλοντός των, άτινα καθιστούν δυσχερές το διαγνωστικό έργον ή την εφαρμογήν μέτρων θεραπείας». Με τον νόμο 2889/2001 τα τμήματα Κοινωνικών Υπηρεσιών των Νοσοκομείων εντάσσονται στην Ιατρική Υπηρεσία. Μέχρι τότε ανήκουν στην Διοικητική Υπηρεσία με συνέπεια να ήτανε οι Κοινωνικοί Λειτουργοί αποξενωμένοι από την επιστημονική ομάδα (Σταθόπουλος, 2005).

Ασχέτως της συγκεκριμένης διοικητικής δομής, διάρθρωσης και στελέχωσης, ο τομέας υγείας αποτελεί ένα δευτερογενές πλαίσιο άσκησης της κοινωνικής υπηρεσίας (Σταθόπουλος, 2005).

Στα νοσηλευτικά πλαίσια η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού, αναπτύσσεται σε στενή διεπιστημονική συνεργασία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Ο κοινωνικός Λειτουργός είναι εκείνος που επικεντρώνεται στον κοινωνικό χώρο με στόχο τη διατήρηση ή την επανάκτηση της κοινωνικής προσωπικότητας και των κοινωνικών ρόλων (Καλλινικάκη, 1998).

Ο νοσοκομειακός κοινωνικός λειτουργός είναι ο επαγγελματίας που «κοιτά πίσω» προς τον ασθενή, όταν η ιατρική ομάδα έχει ολοκληρώσει την επίσκεψη στο θάλαμό του, για να διαπιστώσει πώς φαίνεται, πώς νιώθει, αν είναι λιπημένος, αναστατωμένος ή ανακουφισμένος (Carr, 1995). Είναι ακόμη αυτός που παρέχει επείγουσα ψυχοκοινωνική φροντίδα και αναζητά λύσεις σε πρακτικά προβλήματα νοσηλευόμενων ύστερα από απόπειρες αυτοκτονίας, τροχαία ατυχήματα, πνιγμούς, εγκαύματα, βαριά κατάγματα ή σε θύματα θεομηνιών και σε περιπτώσεις νοσηλείας

ανασφάλιστων πολιτών ή αλλοδαπών ή μοναχικών ατόμων. Αναλαμβάνει ακόμη τη παραπομπή και ομαλή μετάβαση ασθενών σε δομές μετανοδομειακής φροντίδας, και την ομαλή επανένταξη και αποκατάσταση των ασθενών ύστερα από μακροχρόνια νοσηλεία (Καλλινικάκη, 1998).

Σύμφωνα με τα πρακτικά του Γ΄ Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε ένα νοσοκομειακό πλαίσιο είναι υποστηρικτικός και θεραπευτικός. «Είναι υποστηρικτικός με την έννοια της ψυχολογικής και κοινωνικής στήριξης, τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειάς του με την έννοια της προσφοράς ουσιαστικής βοήθειας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από την ασθένεια του. Όσον αφορά το θεραπευτικό σκέλος, ο κοινωνικός Λειτουργός συμβάλλει στο ιατρικό έργο με τη συλλογή στοιχείων κοινωνικού ιστορικού» (Παπαφλέσσα, 1984, σελ. 282).

Το έργο του Κοινωνικού Λειτουργού στον τομέα της υγείας συνίσταται αφενός στην διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών που αποτελούν τους γενεσιουργούς λόγους των προβλημάτων του ατόμου και αφετέρου στην παραδοχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών ενημερωτικού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα τόσο προς τους οικείους του με στόχο την επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου και την ομαλή επανένταξη του ατόμου στο κοινωνικό του περιβάλλον (Μιχαλοπούλου, 1984).

Στον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα υγείας περιλαμβάνονται ακόμη η εκπόνηση ερευνών και η εκπαίδευση εθελοντών και ομάδων αυτοβοήθειας, η βοήθεια προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την αναγνώριση κοινωνικών αναγκών των ασθενών και την κοινωνική διάσταση κάθε προβλήματος υγείας. Τέλος βοηθά στην αναγνώριση και την αποκωδικοποίηση των συναισθηματικών παραμέτρων και κυρίως του φόβου, οι οποίες συχνά περιπλέκουν και διαστρεβλώνουν την κλινική εικόνα του ασθενούς (Καλλινικάκη, 1998).

Είναι κατανοητό πως η εργασία του Κοινωνικού Λειτουργού στο νοσοκομειακό πλαίσιο είναι μια δουλειά που απαιτεί ανάληψη πρωτοβουλιών και υπευθυνότητα για να ανταπεξέλθει κανείς ικανοποιητικά.

### *3. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.*

Η σπουδαιότητα της ερευνάς μας έγκειται στο γεγονός ότι η κοινωνική εργασία ως μια δευτερογενής οργάνωση στο χώρο του νοσοκομείου λειτουργεί





υποστηρικτικά, συμβουλευτικά, βοηθητικά για τη καλύτερη επανένταξη του ατόμου στο περιβάλλον του.

Με τη διερεύνηση των απόψεων της εξυπηρετούμενης ομάδας θέλουμε να αναδείξουμε την αποτελεσματικότητα ή όχι της σχέσης εξυπηρετούμενου-κοινωνικού λειτουργού, να παρουσιάσουμε τις τυχόν ελλείψεις των παρεχόμενων υπηρεσιών στο πλαίσιο που ερευνούμε, με απώτερο στόχο την αναβάθμιση και αναδιοργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών όπου κρίνεται απαραίτητο.

Παράλληλα θέλουμε να υπογραμμίσουμε το ρόλο και τη συμβολή του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της υγείας, με τις πρακτικές παρέμβασης που υιοθετεί, τις επαγγελματικές του δεξιότητες και ικανότητες καθώς και τις αναγκαιότητες που καλύπτει, δεν είναι τυχαίο άλλωστε που ένας μεγάλος αριθμός κοινωνικών λειτουργών απασχολείται στο χώρο αυτό. Θα πρέπει να τονίσουμε σε αυτό το σημείο ότι δεν έχουν διεξαχθεί παρόμοιες έρευνες στην Ελλάδα.

Για τους λόγους που προαναφέρθηκαν, ο κύριος σκοπός της ερευνητικής μας μελέτης είναι ο ρόλος και η λειτουργία της κοινωνικής υπηρεσίας στο γενικό νοσοκομείο καθώς και οι απόψεις των εξυπηρετούμενων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Οι δευτερεύοντες στόχοι της έρευνας είναι η διερεύνηση γνώσης ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας από τους εξυπηρετούμενους και τους φροντιστές τους στους χώρους υγείας. Επιπρόσθετα, η μελέτη παραγόντων χρήσεως ή μη, και η καταγραφή της γνώμης που έχουν σχηματίσει οι χρήστες για την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την επικοινωνία με τον/την κοινωνικό λειτουργό.

Τέλος, η ερευνητική μελέτη θα πραγματοποιηθεί σε τρία γενικά νοσοκομεία στο Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο», στο Γ.Ν Καλαμάτας και στο Γ.Ν Μυτιλήνης «Βοστανείο» αντίστοιχα, τα οποία καλύπτουν διαφορετικές χωροταξικές και πληθυσμιακές ανάγκες, προκειμένου να ανακαλύψουμε κατά πόσο αναγνωρίζεται και προωθείται ο ρόλος και το έργο της κοινωνικής υπηρεσίας μέσα στους χώρους των νοσοκομείων.

#### 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Επιλέχτηκε να γίνει διερευνητική μελέτη με ποσοτική έρευνα, γιατί με αυτόν τον τρόπο μπορούμε να προσεγγίσουμε μεγάλο μέρος του πληθυσμού και να αναδειχθούν οι γενικές τάσεις που εμφανίζονται στο δείγμα (Κυριαζή, 2005). Στην

προκειμένη περίπτωση θα είναι πιο εύκολο να καταγραφούν οι απόψεις των ασθενών – φροντιστών τους και να ελεγχθούν οι ερευνητικές υποθέσεις μέσω της ποσοτικής έρευνας.

Για την επιλογή του δείγματος καθορίσαμε τον πληθυσμό που μας ενδιαφέρει.

Ο πληθυσμός, στον οποίο γίνεται η έρευνα είναι οι ασθενείς και οι φροντιστές τους που νοσηλεύονται στο Γ.Ν.Ε «Θριάσιο». «Πληθυσμός μιας μελέτης είναι όλα τα μέλη της ομάδας που θα μελετηθεί, τα οποία ικανοποιούν ορισμένα κριτήρια». (Σαχίνη- Καρδάση,Α, 2004,σελ.115). Η διάρκεια νοσηλείας των ερωτηθέντων θα είναι το λιγότερο τρις ημέρες. Πληροφορίες για το δείγμα μας θα αντλήσουμε από τα μητρώα εισαγωγής και τα μητρώα της κοινωνική υπηρεσίας καθώς και από τους προϊσταμένους των κλινικών. Θα πρέπει να διευκρινίσουμε ότι θα εξαιρεθούν οι ασθενείς και οι φροντιστές τους που νοσηλεύονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας (Μ.Ε.Θ), στη μονάδα τεχνητού νεφρού, στη ψυχιατρική κλινική καθώς και στη παιδιατρική κλινική λόγω της φύσης και των ιδιαιτεροτήτων που φέρουν αυτές οι κλινικές.

Η δειγματοληψία, την οποία επιλέγουμε είναι η «συστηματική δειγματοληψία» που είναι μια τροποποίηση της «τυχαίας δειγματοληψίας». «εμπεριέχει την επιλογή υποκειμένων από έναν κατάλογο του πληθυσμού με έναν συστηματικό τρόπο παρά στην τύχη (Cohen- Manion,1994,σελ128). «Αποτελεί το υπολογισμό ενός διαστημικού εύρους, μια τυχαία αρχή και αριθμημένο κατάλογο των μελών του πληθυσμού» (Σαχίνη- Καρδάση, 2004, σελ 118). Με τον τρόπο αυτό θα έχουμε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα εφόσον η καταχώρηση του πληθυσμού στους καταλόγους των κλινικών δεν έχει γίνει με κάποια διάκριση.

Το δείγμα μας θα το αντλήσουμε από το πληθυσμό μας. «Δείγμα είναι ένας μικρόκοσμος του πληθυσμού της ερευνητικής μελέτης. Ο ερευνητής παίρνει το δείγμα από προσβάσιμο σε αυτόν υλικό (Α.Σαχίνη-Καρδάση,1997). Προκειμένου να είναι η αντιπροσωπευτική η έρευνα μας θα επιλέξουμε 100 άτομα, τα οποία έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά και συμπεριφέρονται όμοια με αυτά του πληθυσμού. Θα χρησιμοποιήσουμε αυτό το μέγεθος δείγματος διότι ο αριθμός του πληθυσμού μας είναι μεγάλος οπότε θα χρειαστούμε πολύ χρόνο για να έρθουμε σε επαφή με όλους. Είμαστε μια ομάδα τριών ατόμων, οι πόροι μας δεν είναι αρκετοί και δε μπορούμε να μοιράσουμε πολύ μεγάλο αριθμό ερωτηματολογίων λόγω της σωματικής και ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών. Ο χρόνος διανομής των ερωτηματολογίων

είναι περιορισμένος διότι τα ερωτηματολόγια θα διανεμηθούν σε ώρες επισκεπτηρίων.

Το εργαλείο που θα χρησιμοποιήσουμε για τη διεξαγωγή της διερευνητικής μελέτης μας είναι το ερωτηματολόγιο, γιατί μας δίνεται η δυνατότητα προσέγγισης μεγάλου μέρους του πληθυσμού για το ίδιο θέμα, και είναι πιο εύκολο να συγκρίνουμε και να αναλύσουμε στατιστικά τα στοιχεία που θα συλλέξουμε. (Κυριαζή, 2005).

Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε σε συνάρτηση με τους στόχους της ερευνάς μας, οι οποίοι μας υπαγορεύουν και τους άξονες που θα «κινήθούν» οι ερωτήσεις μας.

θα χρησιμοποιήσουμε κλειστού τύπου ερωτήσεις διότι θέλουμε να εξασφαλίσουμε συγκριτικότητα των απαντήσεων και διευκόλυνση των αναλύσεων αυτών (Σαχίνη- Καρδάση, 2004). Παράλληλα, θα χρησιμοποιήσουμε ανοικτού τύπου ερωτήσεις προκειμένου να δώσουμε τη δυνατότητα στους ασθενείς και τους φροντιστές τους να εκφράσουν τις απόψεις τους με το δικό τους τρόπο.

Ο πρώτος άξονας του ερωτηματολογίου μας αναφέρεται στη γνώση ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας του νοσοκομείου. Περιλαμβάνει δύο διχοτομικές ερωτήσεις και μια πολλαπλών επιλογών κλειστού τύπου. Ο δεύτερος διερευνά τη χρήση κοινωνικής υπηρεσίας από τους ασθενείς- φροντιστές και αποτελείται από μία διχοτομική, οχτώ πολλαπλής επιλογής κλειστού τύπου και τρεις ανοικτού τύπου ερωτήσεις. Ο τρίτος ερευνά τη γνώμη της εξυπηρετούμενης ομάδας για τη κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου και περιλαμβάνει τρεις διχοτομικές, δύο πολλαπλής κλειστού τύπου και μία ανοιχτή τύπου ερώτηση. Τέλος, ο τέταρτος άξονας του ερωτηματολογίου αναφέρεται, στα δημογραφικά στοιχεία σε έξι διχοτομικές και έντεκα πολλαπλής επιλογής κλειστού τύπου και μια ανοικτού τύπου ερώτησης.

Προκειμένου να συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια αποφασίσαμε κάθε μέλος να αναλάβει να φέρει εις πέρας τη διανομή, συμπλήρωση και συγκέντρωση των ερωτηματολογίων που του αναλογούν. Τα ερωτηματολόγια θα μοιραστούν στους ασθενείς σε ώρες επισκεπτηρίου των κλινικών, αφού δώσουμε πληροφορίες σχετικά με την ιδιότητα μας, το σκοπό του ερωτηματολογίου και αφού πάρουμε την έγκρισή τους. Παράλληλα, μέσω του μητρώου εισαγωγής των ασθενών θα προσέξουμε να μη δίνεται το ίδιο ερωτηματολόγιο δεύτερη φορά στην ίδια κλίνη. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται από τους ίδιους τους ασθενείς εκτός από περιπτώσεις όπου υπάρχει σωματική αναπηρία, όπου δεν επιτρέπεται η χρήση της χειρός ή σε

περίπτωση μεγάλης ηλικίας. Η διαδικασία της έρευνας θα γίνει με τη τήρηση των αρχών της δεοντολογίας, συμπεριλαμβανομένης της ανάγκης για το προσωπικό απόρρητο, την εχεμύθεια και τη συναίνεση. Το ερωτηματολόγιο ολοκληρωμένο παρατίθεται στο Παράρτημα Ι.

Θα πρέπει να σημειώσουμε, ότι αρχικά θα διεξάγουμε μία πιλοτική έρευνα, η οποία αποτελεί μια ερευνητική τεχνική, την οποία χρησιμοποιούμε προκειμένου να κάνουμε διορθωτικές παρεμβάσεις. Να προλάβουμε τυχόν λάθη στην ερμηνεία, στη κατανόηση, στη σύνταξη, και στη διατύπωση των ερωτήσεων. Τέλος αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο στην επιλογή και κατανομή των ερωτήσεων, ώστε αυτές να ανταποκρίνονται στους άξονες επιλογής μας.

Στα πλαίσια διεξαγωγής της πιλοτικής έρευνας, θα μοιράσουμε 5 ερωτηματολόγια τυχαία, σε άτομα του πληθυσμού μας. Το «πιλοτικό» ερωτηματολόγιο θα συμπληρωθεί με μας στο ρόλο του συνεντευκτή. Αρχικά, θα πληροφορήσουμε το δείγμα μας για το σκοπό του ερωτηματολογίου και στη συνέχεια θα τους ζητήσουμε να μας ενημερώσουν για τυχόν δυσκολίες στη κατανόηση των ερωτήσεων, αν οι ερωτήσεις πληρούν τους όρους εξαντλητικότητα, αν είναι κουραστικό στο σύνολό του και στο χρόνο συμπλήρωσης του και αν κάποιες ερωτήσεις επαναλαμβάνονται.

## **5. ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ**

### A' Στάδιο :

Προετοιμασία της έρευνας. Έχει ήδη γίνει η ιστορική αναδρομή και η συγκέντρωση της βιβλιογραφίας καθώς και η προετοιμασία και η κωδικοποίηση του ερωτηματολογίου με έναν κωδικό αριθμό για κάθε απάντηση (Ιούνιος 2008- Σεπτέμβριος 2008).

### B Στάδιο :

Θα πραγματοποιηθεί δοκιμή της αποτελεσματικότητας και της επάρκειας του ερωτηματολογίου σε δείγμα 5 (πέντε) ερωτηθέντων (pilot study), και θα γίνουν αλλαγές σε σημεία του ερωτηματολογίου εάν κριθεί απαραίτητο.



#### Γ' Στάδιο:

Διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους ασθενείς-φροντιστές του Γ.Ν.Ε «Θριάσιο». Συγκέντρωση των ερευνητικών δεδομένων που θα προκύψουν από τα ερωτηματολόγια (Μάρτιος 2009 ).

#### Δ' Στάδιο:

Ανάλυση των αποτελεσμάτων με βάση το Στατιστικό Πακέτο Κοινωνικών Επιστημών, S.P.S.S. ( Statistical Package for Social Sciences). Συγγραφή και υποβολή της εργασίας, της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας στο Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας ( Μάρτιος 2009).

### **6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- 1) Αγάθωνος-Μαρούλη, (1980). *Τα επαγγέλματα Υγείας στην σύγχρονη περίθαλψη. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού*, στο Εκλογή.
- 2) Καλλιδικάκη, Θ. (1998). *Κοινωνική Εργασία. Εισαγωγή στη θεωρία και τη πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, πέμπτη έκδοση, Αθήνα.
- 3) Κυριαζή, Ν. (2005). *Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- 4) Παπαφλέσσα, (1984). *Βασικά προγράμματα Κοινωνικής προστασίας*.
- 5) Σταθόπουλος, Π. (2005). *Κοινωνική Πρόνοια. Ιστορική Εξέλιξη. Νέες Κατευθύνσεις*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- 6) Σαχίνη-Καρδάση, Α.(2004). *Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας*, Τρίτη έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
- 7) Cohen, L. and Manioin, L.(1994). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, Εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα
- 8) Gregorian, C (2005) "A Career in Hospital Social Work: Do you Have What It Takes?" Social Work in Health Care, Vol 40, No 3.
- 9) Butrym, Z (1989) "Health Care and Social Work – What Kind of Relationship?" in Taylor, R and Ford G (1989) (eds) Social Work and Health Care: Research Highlights in Social Work 19, Jessica Kingsley, London.

**ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»**

**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΤΗΣ 40<sup>ης</sup> Συνεδρίασης του 2008 του ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»**

**Θέμα 3<sup>ο</sup> Ιατρικής Υπηρεσίας**

**« Έγκριση πτυχιακής εργασίας της κ. Καλέσιου Κων/νας με τίτλο: « Ο ρόλος και η λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Γενικό Νοσοκομείο »**

Το Δ.Σ του Νοσοκομείου, σήμερα Πέμπτη, 23 Οκτωβρίου 2008, βρέθηκε σε νόμιμη απαρτία παρόντων του Προέδρου του Δ.Σ κ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ, του Αντιπροέδρου κ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΧΑΤΖΗ και των μελών του κ.κ. α) ΚΩΝ/ΝΟΥ ΜΑΚΡΥΝΟΡΗ, β) ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΠΕΓΚΟΥ, γ) ΚΥΡΙΑΚΗΣ ΠΑΡΑΔΕΙΣΗ, δ) ΔΗΜΗΤΡΗ ΑΝΤΩΝΙΟΥ- Αναπληρωτή Διοικητή, ε) ΕΛΕΝΗΣ ΡΟΚΑ, στ) ΜΙΧΑΗΛ ΜΠΕΛΤΣΙΟΥ και ζ) ΜΑΡΙΑΣ ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ.

Τίθεται υπόψη του Δ.Σ η με αριθμ. πρωτ. 29792/Φ407/02-10-08 εισήγηση της υπηρεσίας, που αφορά το παραπάνω θέμα και έχει ως εξής:

Σχετ. Η υπ'αριθμ. πρωτ. 328/Φ4/05-09-08 απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου

**ΚΕΙΜΕΝΟ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ**

Η Ιατρική Υπηρεσία συμφωνεί με την απόφαση του Ε.Σ. και εισηγείται θετικά στην εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας της κας Καλέσιου Κων/νας με τίτλο: « Ο ρόλος και η λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Γενικό Νοσοκομείο: απόψεις των εξυπηρετούμενων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες», που θα εποπτεύεται στο Νοσοκομείο μας από την Δρ Παχή Αικατερίνη, προϊσταμένη του Τμ. Κοινωνικής Εργασίας του « Θριάσιου» Νοσοκομείου και εργαστηριακή συνεργάτιδα Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας.

Η πραγματοποίηση της ανωτέρω μελέτης, δεδομένης της συναίνεσης των Δ/ντων των τμημάτων που θα συμμετέχουν στην έρευνα και της Δ/ντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, θα διεξαχθεί με την προϋπόθεση: 1. να εξασφαλισθούν τα προσωπικά δεδομένα, και 2. ότι δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου αφού άκουσε την εισήγηση της υπηρεσίας και έλαβε υπόψη του όλα τα παραπάνω

**ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΟΜΟΦΩΝΑ και**

**Εγκρίνει** το αίτημα της κας Καλέσιου Κων/νας – φοιτήτριας του τμήματος Κοινωνική Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι Αθήνας, για εκπόνηση πτυχιακής εργασίας με τίτλο: « Ο ρόλος και η λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Γενικό Νοσοκομείο: απόψεις των εξυπηρετούμενων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες», που θα εποπτεύεται στο Νοσοκομείο μας από την Δρ Παχή Αικατερίνη, προϊσταμένη του Τμ.





Κοινωνικής Εργασίας του « Θριάσιου» Νοσοκομείου και εργαστηριακή συνεργασία Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας.

Η εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας θα πραγματοποιηθεί με την προϋπόθεση ότι α) θα συναινέσουν οι Δ/ντες των τμημάτων που θα συμμετέχουν στην έρευνα και η Δ/ντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, β) θα εξασφαλισθούν τα προσωπικά δεδομένα και γ) δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο.

Η παρούσα απόφαση επικυρώνεται αυθημερόν για την άμεση εκτέλεσή της.

Η απόφαση αυτή πήρε αριθμό 40/23-10-2008 (Θέμα 3<sup>ο</sup> Ιατρικής Υπηρεσίας).

Ελευσίνα, 24-10-2008.

Ο Πρόεδρος του Δ.Σ.

  
Γεώργιος Γεωργόπουλος

Ακριβές Φωτοαντίγραφο

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
03/11/08  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ  
Δ.Σ.



ΛΑΟΥ ΑΙΚΙΠΙΗ

Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας  
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας  
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας  
Μ. Αλεξάνδρου 1  
Κουκούλι, 26334  
ΠΑΤΡΑ  
Πληροφορίες: Δρ Πενταράκη Μαρία

Πάτρα ...../...../.....

*Προς*  
Επιστημονική Επιτροπή  
Γ.Ν. Καλαμάτας  
Αντικάλαμος  
Καλαμάτα, 24100

*Θέμα:* «Πτυχιακή εργασία των τελειόφοιτων κοινωνικών λειτουργών του τμήματος κοινωνικής εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας , Καλεσίου Κωνσταντίνα, Καρίμαλη Περσεφόνη και Μαγουλά Δήμητρα».

Σας παρακαλώ όπως επιτρέψετε την εκπόνηση έρευνας με τίτλο «Ο ρόλος και η λειτουργία της κοινωνικής υπηρεσίας στο γενικό νοσοκομείο: απόψεις των εξυπηρετούμενων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες».

Την έρευνα θα εκπονήσουν οι σπουδάστριες , Καλεσίου Κωνσταντίνα, Καρίμαλη Περσεφόνη και Μαγουλά Δήμητρα, οι οποίες είναι τελειόφοιτες κοινωνικοί λειτουργοί στο Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Στόχοι της έρευνας είναι η διερεύνηση γνώσης ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας από τους εξυπηρετούμενους και τους φροντιστές τους, στους χώρους υγείας και πιο συγκεκριμένα του Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο», του Γ.Ν Καλαμάτας και του Γ.Ν Μυτιλήνης «Βοστανείο». Επιπρόσθετα, η μελέτη παραγόντων χρήσεως ή μη και η καταγραφή της γνώμης που έχουν σχηματίσει οι χρήστες για την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την επικοινωνία με τον/ την κοινωνικό λειτουργό. Η διερεύνηση θα γίνει βάσει συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, και η διάρκεια συμπλήρωσης του κυμαίνεται από 10 έως 20 λεπτά. Το δείγμα της έρευνας είναι οι εξυπηρετούμενοι/ες του Γ,Ν «Θριάσιου» νοσοκομείου, του Γ.Ν Καλαμάτας και του Γ.Ν νοσοκομείου Μυτιλήνης «Βοστανείο».



Αιτούμαστε την άδεια της επιτροπής, ώστε οι τελειόφοιτες κοινωνικοί λειτουργοί να διεξάγουν την ερευνά τους στο νοσοκομείο σας. Τα ερευνητικά δεδομένα αποτελούν μέρος της πτυχιακής εργασίας που εκπονείται στο τμήμα κοινωνικής εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, από τις τελειόφοιτες Καλεσίου Κωνσταντίνα, Καρίμαλη Περσεφόνη και Μαγουλά Δήμητρα των οποίων τα τηλέφωνα είναι: 6947279624 (2296035773), 6936250778, 6945277675 αντίστοιχα. Επιστημονική υπεύθυνη της έρευνας είναι η Δρ. Πενταράκη Μαρία, επίκουρη καθηγήτρια και προϊσταμένη στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Θα ήθελα να επισημάνω ότι κατά τη διάρκεια των σπουδών τους οι τελειόφοιτες κοινωνικοί λειτουργοί έχουν ολοκληρώσει μαθήματα μεθόδων κοινωνικής έρευνας και είναι ευαισθητοποιημένες σε θέματα δεοντολογίας, συμπεριλαμβανόμενης της ανάγκης για το προσωπικό απόρρητο και την εχεμύθεια.

Σε περίπτωση έγκρισης του αιτήματος οι ενέργειες θα εποπτεύονται από την Δρ Πάχη Αικατερίνη, προϊσταμένη του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του «Θριάσιου» νοσοκομείου και εργαστηριακή συνεργάτιδα κοινωνικής εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας.

Ευελπιστούμε τα δεδομένα να συγκροτήσουν επιστημονική δημοσίευση που θα απευθύνεται σε επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς με απώτερο στόχο την αναβάθμιση και αναδιοργάνωση των παρεχόμενων κοινωνικών υπηρεσιών, όπου κρίνεται απαραίτητο.

Για οποιαδήποτε επιπλέον πληροφορία παρακαλώ να επικοινωνήσετε μαζί μου στα εξής τηλέφωνα: 6977994189, 2610369121- 125, 2610275276.

Με εκτίμηση  
Μαρία Πενταράκη  
Επίκουρη καθηγήτρια και προϊσταμένη  
του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

.....  
Μαρία Πενταράκη





**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**  
**6/30-10-2008**

**ΘΕΜΑ 9 " Επί του από 27/8/2008 εγγράφου του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας".**

Σχετικά με το θέμα αυτό ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου, κ. Μπριστογιάννης Γεώργιος, θέτει υπόψη των μελών το από 27-8-2008 έγγραφο του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας με θέμα << Πτυχιακή εργασία των τελειόφοιτων κοινωνικών λειτουργών του τμήματος κοινωνικής εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Καλεσίου Κωνσταντίνας, Καρίμαλη Περσεφόνης και Μαγουλά Δήμητρας>>, το οποίο και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του παρόντος πρακτικού.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη του τα ανωτέρω και μετά διαλογική συζήτηση

**ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΟΜΟΦΩΝΑ**

Επιτρέπει την εκπόνηση έρευνας με τίτλο <<Ο ρόλος και η λειτουργία της κοινωνικής υπηρεσίας στο γενικό νοσοκομείο:απόψεις των εξυπηρετούμενων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες>>, από τις τελειόφοιτες κοινωνικούς λειτουργούς του τμήματος κοινωνικής εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Καλεσίου Κωνσταντίνα, Καρίμαλη Περσεφόνη και Μαγουλά Δήμητρα.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
6/30-10-2008

Μετά την λήψη της ανωτέρω απόφασης και αφού δεν υπάρχει άλλο θέμα προς συζήτηση ο κ. Πρόεδρος λύει την Συνεδρίαση, κλείνεται το πρακτικό αυτό, επικυρούται από τώρα για το θέμα και υπογράφεται ως ακολούθως:

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ

ΜΠΡΙΣΤΟΓΙΑΝΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΖΟΜΠΟΛΟΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ

ΜΙΧΑΗΛ ΜΙΧΑΗΛ

ΓΚΙΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΔΟΚΙΑ

ΓΙΟΥΡΤΟΥΜΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΓΚΟΥΖΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Καλαμάτα, 8-12-08

Η Γραμματέας

  
ΙΩΑΝΝΑ ΣΚΑΛΙΑ

Γ.Ε.Ι Πάτρας

Πάτρα ...9...2/2009

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Μ. Αλεξάνδρου 1

Κουκούλι, 26334

ΠΑΤΡΑ

Πληροφορίες: Δρ Πενταράκη Μαρία

Αρ. Πρωτ. 3

Προς

Επιστημονική Επιτροπή

Γ.Ν. Μυτιλήνης « Βοστανείο »

Ε. Βοσπάνη 4φ,

Μυτιλήνη, 81100

Θέμα: «Πτυχιακή εργασία των τελειόφοιτων κοινωνικών λειτουργών του Ινστιτούτου Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας, Καλεσίου Κωνσταντίνα, Χρίμαλη Περασφόνη και Μαγουλά Δήμητρα».

Σας παρακαλώ όπως επιτρέψετε την εκπόνηση έρευνας με τίτλο «Ο ρόλος και η λειτουργία της κοινωνικής υπηρεσίας στο γενικό νοσοκομείο: απόψεις των εξυπηρετούμενων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες».

Την έρευνα θα εκπονήσουν οι σπουδαστριες, Καλεσίου Κωνσταντίνα, Χρίμαλη Περασφόνη και Μαγουλά Δήμητρα, οι οποίες είναι τελειόφοιτες κοινωνικοί λειτουργοί στο Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Στόχοι της έρευνας είναι η διερεύνηση γνώσης ύπαρξης της κοινωνικής υπηρεσίας από τους εξυπηρετούμενους και τους φροντιστές τους, στους χώρους υγείας και πιο συγκεκριμένα του Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», του Γ.Ν. Καλαμάτας και του Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστανείο». Επιπρόσθετα, η μελέτη παραγόντων χρήσεως ή μη ή η καταγραφή της γνώμης που έχουν σχηματίσει οι χρήστες για την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την επικοινωνία με τον κοινωνικό λειτουργό. Η διερεύνηση θα γίνει βάσει συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, και η διάρκεια συμπλήρωσης του κυμαίνεται από 10 έως 15 λεπτά. Το δείγμα της έρευνας είναι οι εξυπηρετούμενοι του Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» νοσοκομείου, του Γ.Ν. Καλαμάτας και του Γ.Ν. νοσοκομείου Μυτιλήνης «Βοστανείο».

1



Αιτούμαστε την άδεια της επιτροπής ώστε οι τελειόφοιτες κοινωνικοί λειτουργοί να διεξάγουν την ερευνά τους στο νοσοκομείο σας. Τα ερευνητικά δεδομένα αποτελούν μέρος της πτυχιακής εργασίας που εκπονείται στο τμήμα κοινωνικής εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, από τις τελειόφοιτες Καλεσίου Κωνσταντίνα, Καρίμαλη Περσεφώνη και Μαγουλά Δήμητρα των οποίων τα τηλέφωνα είναι: 6947279624 (2296035773), 6936250778, 6945277675 αντίστοιχα. Επιστημονική υπεύθυνη της έρευνας είναι η Δρ. Πενταράκη Μαρία, επίκουρη καθηγήτρια και προϊσταμένη στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Θα ήθελα να επιστημάνω ότι κατά τη διάρκεια των σπουδών τους οι τελειόφοιτες κοινωνικοί λειτουργοί έχουν ολοκληρώσει μαθήματα μεθόδων κοινωνικής έρευνας και είναι ευαισθητοποιημένες σε θέματα δεοντολογίας, συμπεριλαμβανόμενης της ανάγκης για το προσωπικό απόρρητο και την εχεμύθεια.

Σε περίπτωση έγκρισης του αιτήματος οι ενέργειες θα εποπτεύονται από την Δρ Πάχη Αικατερίνη, προϊσταμένη του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του «Θριάσιου» νοσοκομείου και εργαστηριακή συνεργάτιδα κοινωνικής εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών.

Ευελπιστούμε τα δεδομένα να συγκροτήσουν επιστημονική δημοσίευση που θα απευθύνεται σε επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς με απώτερο στόχο την αναβάθμιση και αναδιοργάνωση παρεχόμενων των κοινωνικών υπηρεσιών, όπου κρίνεται απαραίτητο.

Για οποιαδήποτε επιπλέον πληροφορία παρακαλώ να επικοινωνήσετε μαζί μου στα εξής τηλέφωνα: 6977904189, 2610369121-125, 2610275276.

Με εκτίμηση

Μαρία Πενταράκη

Επίκουρη καθηγήτρια και προϊσταμένη  
του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας



Κ. Διοικητή  
Κ. Δουμάρου

Τε: 2251029929

Επιμήτρη Προσωπικά  
3/3/2009

Αριθ. Πρωτ.	3061
Ημερ.	27/2/09



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ  
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Κ.ΕΠ.Υ.)**

Αθήνα, 27/02/2009

Αρ. πρωτ. : Γ.ΕΚΕΠΥ/ 952

**ΠΡΟΣ:** 1. Διοικητή 2ης Υ.Π.Ε.  
2. Διοικητή 6ης Υ.Π.Ε.

Ταχ. Δ/ση : Λ. Κηφισίας 39  
Ταχ. Κώδικας : 15123 Μαρούσι  
Πληροφορίες : Μπέκας Περικλής  
Τηλ. : 210 6823350  
          : 210 6822445  
          : 210 6823625  
          : 210 6823698  
Fax

**Κοιν:**  
1. Διοικητή Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»  
2. Διοικητή Γ.Ν. Καλαμάτας  
3. Διοικητή Γ.Ν. Μυτιλήνης «Αριστοτέλειο»  
4. Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας - Σ.Ε.Υ.Π.  
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας  
(Υ/Ο Δρ. Πενταράκη Μαρίας)

**Θέμα: «Άδεια Εκπόνησης Εργασίας».**

Εγκρίνουμε την άδεια εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας των τελειόφοιτων κοινωνικών λειτουργών του τμήματος κοινωνικής εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας & Καλαμάτας Κωνσταντίνος, Καρίμαλη Περσεφόνης και Μαγουλά Δήμητρας με τίτλο «Ο Ρόλος και λειτουργία της κοινωνικής υπηρεσίας στα γενικά νοσοκομεία: Απόψεις εξυπηρετούμενων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες», με την χρήση ερωτηματολογίου από νοσοκομεία ευθύνης σας.  
Διευκολύνετε την χορήγηση των ερωτηματολογίων των αιτούντων προς τα ενδιαφερόμενα δείγμα της μελέτης τονίζοντας πως η συμμετοχή είναι εθελοντική και σε καμία περίπτωση υποχρεωτική.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ Ε.Κ.ΕΠ.Υ.

Δρ. Παν. Θεοδωράτου



ΕΠΙΘΕΤΟ ΚΑΙ ΤΙΤΛΟΣ  
ΑΝΤΙΓΡΑΦΗ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ