

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ  
ΕΚΦΟΒΙΣΜΟ:  
ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ**

**Πατσιά Ανδρονίκη  
Πολυχρονοπούλου Αικατερίνη  
Σακαρετσάνου Άννα Κοραλία**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**

**Μπακάλης Νικόλαος**

**ΠΑΤΡΑ 2017**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού, αποτελεί μία μορφή επιθετικής συμπεριφοράς, στην οποία διακρίνεται άλλοτε εμφανώς και άλλοτε συγκεκαλυμμένα, η σχέση εξουσίας που επικρατεί ανάμεσα στον εργαζόμενο θύτη και τον εργαζόμενο θύμα-στόχο.

Είναι ένα φαινόμενο που διερευνάται εδώ και δεκαετίες, αλλά παρ' όλα αυτά, εξακολουθεί να μην μπορεί να εντοπιστεί και να αντιμετωπιστεί ριζικά σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο.

Η παρούσα έρευνα, επιθυμεί να διερευνήσει τη στάση που ακολουθούν οι νοσηλευτές απέναντι σε εκφοβιστικές συμπεριφορές που βιώνουν οι ίδιοι ή και που είναι μάρτυρες τέτοιων γεγονότων, μέσα στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας.

Για την υλοποίηση της συγκεκριμένης έρευνας, έπαιξαν σπουδαίο ρόλο η υπομονή και η βοήθεια που προσέφερε ο επιβλέπων καθηγητής κος Νικόλαος Μπακάλης, δίνοντας κάθε φορά τις κατευθυντήριες και χρήσιμες οδηγίες του.

Επίσης, πολύ σημαντική βοήθεια προσέφεραν αρχικά οι προϊστάμενοι των τμημάτων των δημόσιων νοσοκομείων που δέχτηκαν την πρόσκληση για την έρευνα και στη συνέχεια οι ίδιοι οι νοσηλευτές, οι οποίοι έδωσαν με τη σειρά τους τη δυνατότητα να παρθούν οι συνεντεύξεις.

Όλη η ερευνητική ομάδα, θα ήθελε να τους ευχαριστήσει όλους και κάθε έναν ξεχωριστά, καθώς χωρίς αυτούς, η έρευνα θα ήταν ακόμα σε θεωρητικό επίπεδο. Τέλος, ελπίζει με τα συγκεκριμένα ευρήματα, να «δώσει» τη σκυτάλη σε επόμενους Νοσηλευτές Επιστήμονες, ώστε το ζήτημα να μην αποσιωπήσει ποτέ και να του δοθεί η ανάλογη σημασία και ευαισθητοποίηση.

Μπορεί η συγκεκριμένη έρευνα να παρουσιάζει ότι μικρό ποσοστό των εργαζομένων βιώνει περιστατικά εκφοβισμού, όμως, αυτό δε σημαίνει ότι το φαινόμενο δεν υπάρχει ή βρίσκεται ακόμα σε χαμηλά επίπεδα.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Ο εργασιακός εκφοβισμός είναι ένα φαινόμενο που συνεχώς παίρνει τεράστιες διαστάσεις και παρατηρείται σε όλα τα επαγγέλματα, μέσα στα οποία ανήκει και η Νοσηλευτική, χωρίς διακρίσεις και γεωγραφικά όρια. Στην Ελλάδα, την τελευταία δεκαετία αρχίζει να διερευνάται πιο συστηματικά, βασιζόμενοι κυρίως σε βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις.

**Σκοπός:** Να διερευνηθεί η στάση των νοσηλευτών, από τα Δημόσια Νοσοκομεία της Ελλάδας, για την ύπαρξη του εκφοβισμού (bullying) στο χώρο εργασίας τους.

**Υλικό – Μέθοδος:** Ο τρόπος συλλογής των δεδομένων που επιλέχτηκε, είναι η συνέντευξη με τη μορφή ημι-δομημένης διάταξης, βασιζόμενη σε ερωτήσεις που χωρίζονται σε πέντε θεματικές ενότητες. Ο πληθυσμός είναι οι νοσηλευτές (Π.Ε., Τ.Ε.) που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας και το δείγμα αποτελούν συνολικά δέκα-επτά (17) νοσηλευτές από δημόσια νοσοκομεία του νομού Αχαΐας. Η κατηγορία της δειγματοληψίας που ακολουθείται είναι η μη πιθανότητας και το είδος της είναι ευκολίας ή περιστασιακή. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος ανάλυσης τριών φάσεων: ο περιορισμός των δεδομένων, η παράθεση των δεδομένων, ο έλεγχος των δεδομένων και η νοηματοποίησή τους.

**Αποτελέσματα:** Οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα στο να εκφέρουν την άποψή τους, ούτε τους διέκοψαν από το να την ολοκληρώσουν, ενώ δέχονται αρνητική κριτική στα θέματα εργασίας τους. Δεν έχουν κατηγορηθεί για λάθη που δεν έκαναν οι ίδιοι και ούτε φορτώθηκαν λάθη άλλων συναδέλφων. Αντιλαμβάνονται ότι υποβαθμίζουν την συνεισφορά τους, ενώ δεν έχουν αμφιβάλλει για την ποιότητα των γνώσεών τους. Οι μισοί σχεδόν από το δείγμα ισχυρίζονται ότι δέχονται φωνές, ενώ οι περισσότεροι, αρνήθηκαν ότι δέχονται εξευτελιστικά σχόλια ή ότι έχουν στοχοποιηθεί σε κάποιον ανώτερο. Έχουν, όμως, αντιληφθεί ότι διαδίδονται φήμες και κουτσομπολιά για τους ίδιους, ενώ ισχυρίζονται ότι δεν υπάρχουν άτομα που αποφεύγουν να συνεργαστούν μαζί τους, ούτε έχουν σκεφτεί να εγκαταλείψουν τη δουλειά τους. Τέλος, από τη μία θεωρούν τη διοίκηση υποστηρικτική, από την άλλη δεν είναι ενημερωμένοι για το πού μπορούν να απευθυνθούν σε περίπτωση που βιώσουν περιστατικά εργασιακού εκφοβισμού.

**Συμπεράσματα:** Η πλειοψηφία του δείγματος δεν έχει βιώματα εργασιακού εκφοβισμού, αλλά και δεν είναι ενημερωμένη για τον τρόπο αντιμετώπισής του. Δεν είναι γνωστό κατά πόσο το δείγμα απάντησε αντικειμενικά ή μπορεί να μην γνωρίζει ποιες συμπεριφορές θεωρούνται bullying. Για αυτό τον λόγο, η διερεύνηση του φαινομένου στην Ελλάδα, θα πρέπει να συνεχιστεί με διάφορες ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους.

**Λέξεις κλειδιά:** Εργασιακός εκφοβισμός, νοσηλευτές, δημόσια νοσοκομεία

## ABSTRACT

**Introduction:** The workplace bullying is a phenomenon that continuously takes large proportions and is observed in all occupations, in which is included nursing, without discriminations and geographical limits. In Greece, the last decade is beginning to be investigated more systematically, based mainly in literature review.

**Aim:** The aim of this research is to investigate the attitude of nurses' in public hospitals in Greece, regarding workplace bullying.

**Material – Method:** The way of selecting data that was chosen, is the interview with the form of semi-structured arrangement, based on questions which are separated in five thematic units. The population is nurses (University Educated and Technological Educated) that work in public hospitals in Greece and the sample is seventeen (17) nurses of public hospitals in the prefecture of Achaia. The category of sampling that is followed is non-probability and the kind is convenience or accessibility. For the analysis of data it has been used method of analyzing three phases: the confinement of data, the statement of data, the control of data and their meaning.

**Results:** Most of the nurses are not face problems in expressing their opinion and they were not being interrupted, when they had expressed it. But on the other hand, they accept negative review in their workplace issues. They were not been accused of mistakes that they hadn't done or mistakes of other co-workers. They perceive that their contribution has been downgraded, but none has questioned the quality of their knowledge. Almost the half of the sample is asserted that they receive voices, but the most refused that they receive humiliating comments or to have been marked to their superiors. However, they have perceived that are transmitted rumors and gossip for themselves, but they claim that these not exist people in work who don't like to co-operate with them and they never have thought to abandon their job. Lastly, on one hand they claim that the administration is supportive, on the other hand they are not aware of where they can address themselves in case of living an incident of workplace bullying.

**Conclusions:** The majority of the sample has not ever lived incidents of workplace bullying, but is not aware of the way this phenomenon can be faced. It is not known to what extent the sample answered objectively or they just did not know which attitudes are considered to be bullying. For that reason, the investigation of this phenomenon in Greece, has to be continued in both quantitative and qualitative methods.

**Key words:** Workplace bullying, nurses, public hospitals

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος .....	2
Περίληψη .....	3
Abstract .....	4
Περιεχόμενα .....	5

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1. Εισαγωγή .....	8
1.1. Ορίζοντας τη Νοσηλευτική .....	9
1.2. Η σύγχρονη νοσηλευτική Εκπαίδευση στην Ελλάδα .....	10
1.3. Επαγγελματικά Δικαιώματα Νοσηλευτών .....	12
1.4. Το ισχύον σύστημα Υγείας στην Ελλάδα .....	13
1.5. Τα Δημόσια Νοσοκομεία της Ελλάδας .....	16
1.5.1. Η ισχύουσα οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα .....	16
1.6. Ορίζοντας τον εργασιακό εκφοβισμό .....	17
1.6.1. Περιγραφή του εργασιακού εκφοβισμού .....	19
1.7. Αίτια του εργασιακού εκφοβισμού .....	20
1.8. Επιπολασμός του εργασιακού εκφοβισμού .....	20
1.9. Κατηγορίες εκφοβιστών – θυτών .....	22
1.9.1. Κατηγορίες θυμάτων .....	23
1.10. Ορίζοντας και αναλύοντας τον εκφοβισμό στο νοσηλευτικό χώρο .....	24
1.11. Συνήθεις τακτικές εκφοβισμού στους Νοσηλευτές .....	26
1.12. Συνέπειες του εκφοβισμού στους Νοσηλευτές .....	28
1.12.1. Φυσικά συμπτώματα .....	28
1.12.2. Συναισθηματικά συμπτώματα .....	29
1.13. Συνέπειες του εκφοβισμού για το Νοσοκομείο .....	30

1.14. Αντιμετώπιση του εργασιακού εκφοβισμού .....	30
1.14.1. Αντιμετώπιση του εργασιακού εκφοβισμού από τους νοσηλευτές .....	32
1.15. Το φαινόμενο του εκφοβισμού στην Ελλάδα μέσα στο νοσηλευτικό χώρο .....	33

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

2. Ορίζοντας την έννοια της έρευνας .....	37
2.1. Επιλογή θέματος και ανάπτυξη ερευνητικού προβλήματος .....	38
2.2. Σκοπός της έρευνας .....	41
2.3. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας .....	41
2.4. Διατύπωση υποθέσεων και ορισμός μεταβλητών .....	42
2.5. Επιλογή ερευνητικού σχεδίου .....	43
2.6. Επιλογή του πληθυσμού και του δείγματος .....	44
2.7. Καθορισμός των μεθόδων μέτρησης των μεταβλητών της μελέτης .....	44
2.8. Καθορισμός δειγματολογικών μεθόδων .....	45
2.9. Συμπλήρωση / Αναθεώρηση ερευνητικού σχεδίου .....	45
2.10. Εκτέλεση πιλοτικής μελέτης .....	46
2.11. Συλλογή των δεδομένων .....	47
2.12. Προετοιμασία των δεδομένων για ανάλυση .....	50
2.13. Ανάλυση των δεδομένων .....	50
2.14. Ερμηνεία των αποτελεσμάτων .....	51
2.15. Ανακοίνωση των ευρημάτων .....	52
2.16. Πρακτική εφαρμογή των ευρημάτων .....	52

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος .....	53
3.1. Καταγραφή ευρημάτων έρευνας .....	53

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

4. Συζήτηση .....	68
4.1. Περιορισμοί έρευνας .....	79
4.2. Προτάσεις .....	79
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>81</b>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

## 1. Εισαγωγή

Η προσφορά φροντίδας, είναι ένας σύνθετος επαγγελματικός στόχος και η νοσηλευτική θεωρία υπηρετεί αυτό τον στόχο, χαράσσοντας τις γενικές κατευθύνσεις στην υλοποίησή του. Ο Νοσηλευτής ως επαγγελματίας υγείας, οφείλει να χρησιμοποιεί το μέγιστο δυνατό των ικανοτήτων που διαθέτει, βασιζόμενος στην επιστήμη και στην τέχνη, που συνδυάζεται με τις δεξιότητες, ώστε να μπορεί να παρέχει εξατομικευμένη και ολιστική φροντίδα στα άτομα που έχουν ανάγκη.

Είναι επιθυμητό να λειτουργεί σαν μηχανή παρατήρησης, έχοντας όλες τις αισθήσεις του ενεργοποιημένες και σε εγρήγορση, ώστε να είναι πάντοτε σε ετοιμότητα και σε θέση να δρα την κατάλληλη στιγμή, συμβάλλοντας σημαντικά στην επίτευξη της έγκαιρης αποκατάστασης της υγείας των ασθενών.

Ως πολυπράγμονας, παίζει τον ρόλο του επιστήμονα, του μέντορα, του διερμηνέα, του συμβούλου, του ηγέτη, του σχεδιαστή, με σκοπό να καλυφθούν οι ανάγκες των ασθενών, οι οποίες δεν είναι μόνο φυσικές, αλλά και πνευματικές, νοητικές, ψυχολογικές και κοινωνικές. Έτσι επιτυγχάνεται η πλήρης αποκατάσταση της υγείας τους, σε όλα τα επίπεδα.

Ο Νοσηλευτής, ως πολυπαραγωγική οντότητα, αντιμετωπίζει δυσκολίες στο να εκτελέσει σωστά το σύνθετο αυτό έργο για ολιστική φροντίδα. Στο χώρο εργασίας του, δέχεται πολλαπλά χτυπήματα, λόγω της πίεσης του χρόνου, της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού, των αυξημένων αναγκών που προκύπτουν κάθε φορά και των πολλών προσδοκιών και απαιτήσεων από τους ανωτέρους του, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζεται συχνά μειονεκτικά, βίαια και επιθετικά.

Μέσα σε αυτό το κλίμα της πίεσης, λοιπόν, έρχεται αντιμέτωπος με το λεγόμενο bullying, που λαμβάνει χώρα στον χώρο εργασίας του και τροφοδοτείται από γιατρούς, συναδέλφους, ανωτέρους, τους ίδιους τους ασθενείς, αλλά και των συνοδών του. Το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού, είναι επακόλουθο όλων των παραπάνω δυσμενών συνθηκών που αναφέρθηκαν. Ο Νοσηλευτής, παύει να αντιμετωπίζεται ως ισάξιο μέλος της επιστημονικής ομάδας και αντιμετωπίζεται υποτιμητικά.

Ο εργασιακός εκφοβισμός, παρατηρείται σε πολλές μορφές, όπως λεκτικός, σωματικός, κοινωνικός, ψυχολογικός ή και συνδυασμός περισσότερων μορφών κάθε φορά. Όποια μορφή και να βιώσει ο Νοσηλευτής, μπορεί να επηρεάσει την ψυχική του υγεία, καθώς και την ποιότητα απόδοσής του στην εργασία του.



## 1.1. Ορίζοντας τη Νοσηλευτική

Η Νοσηλευτική, ως ένα από τα επαγγέλματα Υγείας που υπάρχουν παγκοσμίως, αντανακλά τις ανάγκες που έχει ο πληθυσμός που εξυπηρετεί, βελτιώνει το επίπεδο δημόσιας υγείας του, μέσα από τις εξειδικευμένες γνώσεις που παρέχει, έχοντας ως βασικό της στόχο τη διασφάλιση μιας αποτελεσματικής και ποιοτικής φροντίδας (Osborne et al., 2015).

Σε αντίθεση με τα υπόλοιπα επαγγέλματα Υγείας, η Νοσηλευτική, αντιμετωπίζει το κάθε άτομο ξεχωριστά, ως μία μοναδική οντότητα, ως ένα «σύνολο» που έχει τις δικές του ανάγκες (Αποστολοπούλου, 1999). Για να ικανοποιηθούν, όμως, οι εξατομικευμένοι στόχοι του κάθε ασθενή, θα πρέπει οι νοσηλευτές, να σχεδιάζουν ένα αλληλένδετο σύνολο καθηκόντων και κρίσεων, κάτι το οποίο αντικατοπτρίζει και την αξία της Νοσηλευτικής (Reising, 2016).

Η κριτική σκέψη, η οποία ενσωματώνει την επιστημονική μέθοδο, προσπαθεί να δώσει λύσεις στα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν, απαντώντας στο ερώτημα αν υπάρχει, κάθε φορά, κάποιος καλύτερος τρόπος (Dewit, 2009). Έτσι και ο Νοσηλευτής, οφείλει να σκέφτεται συνεχώς κριτικά, κάτι που θα τον βοηθήσει στη διαδικασία σωστότερης λήψης αποφάσεων και θα μπορεί να επικοινωνεί με τον κάθε ασθενή πιο αποτελεσματικά (Von Colln-Appling & Giuliano, 2017).

Η Νοσηλευτική, επομένως, είναι όχι μόνο μια επιστήμη, αλλά αποτελεί και τέχνη, καθώς μπορεί και συνδυάζει τις επιστημονικές και εξειδικευμένες γνώσεις, με την εκτέλεση διάφορων ενεργειών, ώστε να μπορεί ο κάθε ασθενής να έχει σωστή και επαρκή φροντίδα (Αποστολοπούλου, 1999). Δηλαδή, ως επιστήμη έχει τη βάση των γνώσεων και ως τέχνη, την κατάλληλη εφαρμογή αυτών των γνώσεων, η οποία στοχεύει στην μέγιστη λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής του κάθε ατόμου ξεχωριστά (Carol et al., 2010).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η Νοσηλευτική, περιλαμβάνει την αυτόνομη και συνεργατική φροντίδα των ατόμων όλων των ηλικιών, τις οικογένειες, τις ομάδες και τις κοινότητες, είτε είναι άρρωστοι, είτε υγιείς, σε όλες τις συνθήκες στις οποίες βρίσκονται. Επίσης, περιλαμβάνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, την φροντίδα των ασθενών, των ατόμων με ειδικές ανάγκες, καθώς και των ατόμων που πεθαίνουν.

Μπορούν να παρατεθούν πάρα πολλοί ακόμα ορισμοί, αλλά κανένας δεν μπορεί να είναι ακριβής και να καλύψει όλο το εύρος της. Αυτό συμβαίνει γιατί στον τομέα της Υγείας, η Ιατρική συνεχώς εξελίσσεται και η τεχνολογική πρόοδος ποτέ δεν σταματάει (Αθανάτου, 2011).

Οι Hall & Ritchie (2013), στο βιβλίο τους, αναφέρουν ότι είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει ένας καθαρός ορισμός για το τι είναι η Νοσηλευτική, γιατί κάτι τέτοιο, επιτρέπει στους νοσηλευτές, να μπορούν να περιγράψουν τι είναι η Νοσηλευτική σε άτομα που δεν μπορούν να το κατανοήσουν εύκολα, να διευκρινίσουν τον ρόλο τους ανάμεσα στα υπόλοιπα επαγγέλματα υγείας, τα οποία λειτουργούν σαν διεπιστημονική ομάδα, να αναπτύξουν εκπαιδευτικά προγράμματα σπουδών και να ανακαλύψουν σε ποιους τομείς χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να δυναμώσει η επιστημονική γνώση τους. Επιπλέον, μπορούν να επηρεάσουν στοιχεία πολιτικής και να γίνουν υποστηρικτές σε διάφορες διαπραγματεύσεις, όπως είναι ο μισθός τους, όχι μόνο σε τοπικό, αλλά και σε διεθνές επίπεδο.

## 1.2. Η σύγχρονη νοσηλευτική Εκπαίδευση στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, η Νοσηλευτική ανήκει πλέον, στην Ανώτατη Εκπαίδευση και παρέχεται σε ένα επίπεδο, το τριτοβάθμιο, από τα Πανεπιστήμια και από τα Τεχνολογικά Επαγγελματικά Ιδρύματα (Τ.Ε.Ι.) της χώρας.

Πιο συγκεκριμένα, για την Πανεπιστημιακού επιπέδου νοσηλευτική εκπαίδευση, υπάρχουν δύο τμήματα Νοσηλευτικής: του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου με έδρα την Σπάρτη. Επίσης, εδώ εντάσσεται και η Σχολή Αξιοματικών Νοσηλευτικής (Σ.Α.Ν.). Η Σ.Α.Ν. είναι Ανώτατο Στρατιωτικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (Α.Σ.Ε.Ι.) και υπάγεται στο Γ.Ε.Ε.Θ.Α., ενώ υποστηρίζεται σε θέματα Διοικητικής Μέριμνας από το Γ.Ε.Σ..

Υπάρχουν οκτώ (8) Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα στην Ελληνική Επικράτεια: της Αθήνας, της Δυτικής Ελλάδας με έδρα την Πάτρα, της Θεσσαλονίκης, της Λάρισας, της Λαμίας, των Ιωαννίνων, της Κρήτης με έδρα το Ηράκλειο και της Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης με έδρα το Διδυμότειχο.

Στο Φ.Ε.Κ. 217/23-12-1985, στο κεφάλαιο Β, στο άρθρο 5, αναφέρεται στο ποιοι από το νοσηλευτικό προσωπικό μπορούν να υπηρετήσουν και να ασκήσουν πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα και είναι οι εξής:

- α) απόφοιτοι της ανώτατης νοσηλευτικής Α.Ε.Ι.,
- β) απόφοιτοι των τμημάτων νοσηλευτικής, μαιών-μαιευτών και επισκεπτριών-επισκεπτών των Τ.Ε.Ι.,
- γ) απόφοιτοι των ανώτερων σχολών αδελφών νοσοκόμων, επισκεπτριών αδελφών νοσοκόμων και μαιών του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που εντάχθηκαν στα Τ.Ε.Ι.,
- δ) απόφοιτοι των σχολών Κ.Α.Τ.Ε.Ε. νοσηλευτικής-μαιευτικής,
- ε) απόφοιτοι του τμήματος νοσηλευτικής των τεχνικών επαγγελματικών λυκείων,
- στ) απόφοιτοι των μέσων τεχνικών-επαγγελματικών σχολών νοσηλευτικής και
- ζ) πρακτικοί νοσοκόμοι.

Από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, καθιερώνεται ο επαγγελματικός τίτλος του νοσηλευτή και νοσηλεύτριας στους πτυχιούχους ή διπλωματούχους των: α) Τμημάτων Νοσηλευτικής Α.Ε.Ι., β) Νοσηλευτικών Τμημάτων Τ.Ε.Ι., γ) Τέως ανώτερων σχολών αδελφών νοσοκόμων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Κ.Α.Τ.Ε.Ε. και δ) Ισότιμων σχολών αλλοδαπής των αντίστοιχων σχολών α, β, γ.

Η έννοια του νοσηλευτή ή νοσηλεύτριας προσδιορίζεται σύμφωνα με την 149η διεθνή σύμβαση εργασίας.

Για τους νοσηλευτές και νοσηλεύτριες, σύμφωνα με το άρθρο 5 του Νόμου 1579, στο ΦΕΚ 217, ορίζονται οι παρακάτω τέσσερις ειδικότητες: α) Ειδικότητα νοσηλευτικής παθολογικής,

β) Ειδικότητα νοσηλευτικής χειρουργικής, γ) Ειδικότητα νοσηλευτικής παιδιατρικής, δ) Ειδικότητα νοσηλευτικής ψυχικής υγείας.

Στόχος είναι να εξασφαλιστεί σταθερή υψηλή απόδοση των νοσηλευτών, ώστε να μπορούν να συμβαδίζουν με τις αλλαγές και τις συνεχόμενες εξελίξεις στον τομέα που έχουν επιλέξει (Δημητριάδου, 2003). Αυτό θα συμβάλλει με τον τρόπο του σε μια ακόμα πιο ποιοτική και ολιστική φροντίδα των ασθενών.

Επομένως, για να αποκτήσει κάποιος/α τον τίτλο του Νοσηλευτή/τριας, θα πρέπει να δώσει Πανελλήνιες Εξετάσεις ή Κατατακτήριες, προκειμένου να εισαχθεί και να αποφοιτήσει σε ένα από τα παραπάνω τμήματα Νοσηλευτικής των Παν/μιων και Τ.Ε.Ι., καθώς και στην Σχολή Αξιοματικών Νοσηλευτικής. Η διάρκεια σπουδών σε κάποιο από τα τμήματα Νοσηλευτικής ανέρχεται στα 4 έτη (8 εξάμηνα). Το τελευταίο εξάμηνο στα Τ.Ε.Ι., ο φοιτητής/τρια, υποχρεούται να πραγματοποιήσει πτυχιακή εργασία και εξάμηνη πρακτική άσκηση.

Με προεδρικό διάταγμα, το 2001, ψηφίστηκε η ενιαία ανώτατη εκπαίδευση για την Νοσηλευτική στη χώρα μας. Με τον νόμο 3252/2004 συνιστάται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου υπό την επωνυμία «Ένωση Νοσηλευτών-Νοσηλευτριών Ελλάδος» (Ε.Ν.Ε) το οποίο είναι πλήρως αυτοδιοικούμενο και υπαγόμενο στην εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Τα μέλη της Ε.Ν.Ε. διακρίνονται σε τακτικά και επίτιμα.

Ως τακτικά είναι υποχρεωτικά όλοι οι νοσηλευτές που είναι απόφοιτοι: α) Τμημάτων Νοσηλευτικών Α.Ε.Ι., β) Νοσηλευτικών Τμημάτων Τ.Ε.Ι., γ) Πρώην Ανώτερων Σχολών Αδελφών Νοσοκόμων, Επισκεπτριών Αδελφών Νοσοκόμων, αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, δ) Πρώην Νοσηλευτικών Σχολών ΚΑΤΕΕ, ε) Νοσηλευτικών Σχολών ή Τμημάτων της αλλοδαπής, των οποίων τα διπλώματα έχουν αναγνωριστεί ως ισότιμα με τα πτυχία των νοσηλευτικών σχολών της ημεδαπής από τις αρμόδιες υπηρεσίες. Επίτιμα μέλη είναι πρόσωπα που έχουν συμβάλει στην προαγωγή και την ανάπτυξη της Νοσηλευτικής. Αυτά ορίζονται μετά από απόφαση του Δ.Σ. που λαμβάνεται με πλειοψηφία των 2/3 των μελών. Τέλος, αλλοδαποί που δικαιούνται σύμφωνα με τις διατάξεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης να ασκούν τη Νοσηλευτική στην Ελλάδα, υποχρεούνται να γίνουν μέλη της Ε.Ν.Ε., με τα ίδια δικαιώματα και υποχρεώσεις.

Με λίγα λόγια, ο επαγγελματικός τίτλος του Νοσηλευτή είναι ενιαίος σύμφωνα με το άρθρο 5 παρ. 2Α του Νόμου 1579/1985 και όλοι οι Νοσηλευτές, πρέπει να εγγράφονται υποχρεωτικά ως μέλη της Ε.Ν.Ε., σύμφωνα με το άρθρο 3 του Νόμου 3252/2004. Επομένως, δεν υπάρχει διάκριση μεταξύ νοσηλευτών Πανεπιστημιακής ή Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, αφού όσοι ασκούν νόμιμα το νοσηλευτικό επάγγελμα έχουν τον ίδιο επαγγελματικό τίτλο, καθώς είναι όλοι απόφοιτοι εκπαιδευτικών ιδρυμάτων ανώτατης εκπαίδευσης, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω.

Όσοι Νοσηλευτές αποκτήσουν το πτυχίο τους, μπορούν να συνεχίσουν τις σπουδές τους για την απόκτηση μεταπτυχιακών τίτλων σε επίπεδο master και διδακτορικού. Ο ενδιαφερόμενος/η που επιθυμεί να αποκτήσει master, θα πρέπει να παρακολουθήσει τον ανάλογο κύκλο μαθημάτων σε Πανεπιστήμιο της Ελλάδας ή του εξωτερικού, ακόμα και σε Τ.Ε.Ι..

Η εκπαίδευση, όμως, δεν σταματάει μετά την απόκτηση και του διδακτορικού. Ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνεται συνεχώς, μέσα από τα διάφορα συνέδρια και σεμινάρια, για τις νέες

αλλαγές και εξελίξεις, έτσι ώστε να μην περιθωριοποιείται αλλά να διερευνηθεί ο ρόλος και η θέση του ακόμα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Γιαννοπούλου, 2005).

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, βοηθάει τους νοσηλευτές να αποκτήσουν συστηματικές εμπειρίες μάθησης, οι οποίες έχουν σχεδιαστεί να είναι οικοδομημένες πάνω σε γνώσεις και δεξιότητες που ήδη έχουν αποκτηθεί με την βασική τους εκπαίδευση. Επομένως, στόχος είναι οι νοσηλευτές να μάθουν καινούριες δεξιότητες, να αναθεωρήσουν, να τροποποιήσουν αλλά και να προσθέσουν νέες γνώσεις σε όσα ήδη γνωρίζουν, να διερευνήσουν νέες ανακαλύψεις και τεχνικές και να ισχυροποιήσουν έτσι τις κλινικές τους ικανότητες (Λανάρα, 2008).

### **1.3. Επαγγελματικά Δικαιώματα Νοσηλευτών**

Στις 14 Ιουνίου 1989, υπογράφηκε ένα από τα πιο σημαντικά Φ.Ε.Κ. (αριθμός 159, προεδρικό διάταγμα 351) για τον κλάδο της Νοσηλευτικής, καθώς αναλύονται τα επαγγελματικά δικαιώματα πτυχιούχων του τμήματος νοσηλευτικής. Από τότε, το 1989, αποτελεί ορόσημο για την μετέπειτα πορεία των Νοσηλευτών στη συνεχή υπεράσπιση των επαγγελματικών τους δικαιωμάτων.

Τον Ιανουάριο του 2015, την έντονη αντίδραση του ιατρικού κόσμου είχε προκαλέσει η δημοσίευση του ΦΕΚ Β 68/2015 (αριθμός 79), όπου καθορίζονταν οι αρμοδιότητες και τα καθήκοντα του νοσηλευτικού προσωπικού. Περιλάμβανε τρία μέρη: α) αρμοδιότητες και καθήκοντα με άμεση ευθύνη του Νοσηλευτή/τριας στην κοινότητα (κατ' οίκον Νοσηλευτική), β) αρμοδιότητες και καθήκοντα με άμεση ευθύνη του Νοσηλευτή/τριας στο νοσοκομείο και γ) αρμοδιότητες και καθήκοντα Νοσηλευτών/τριών κατόπιν ιατρικής γνωμάτευσης.

Με απόφαση του τέως Υπουργού Υγείας, Μάκη Βορίδη, δινόταν μεταξύ άλλων και η δυνατότητα συνταγογράφησης φαρμάκων και αναλώσιμου υγειονομικού υλικού στους νοσηλευτές. Έπρεπε να περάσουν 26 χρόνια για να γίνει μία αλλαγή, η οποία όμως θεωρήθηκε αντισυνταγματική και επικίνδυνη για τη δημόσια υγεία με αποτέλεσμα, λίγα εικοσιτετράωρα πριν από τις εκλογές και υπό το βάρος των έντονων αντιδράσεων του ιατρικού κόσμου, ο Μάκης Βορίδης να αποσύρει ολόκληρη την υπουργική απόφαση που όριζε το νέο καθηκοντολόγιο των νοσηλευτών.

Αξίζει να γίνει ένας προβληματισμός για το αν τελικά με αυτά τα επιπλέον νοσηλευτικά καθήκοντα, οι Νοσηλευτές ήθελαν να αντικαταστήσουν/ υποβαθμίσουν τον ρόλο των ιατρών και αν θα αποτελούσαν οι ίδιοι, ακόμα και δημόσιο κίνδυνο για τους ασθενείς.

Να προστεθεί, επίσης, ότι καθήκοντα σαν την συνταγογράφηση, που έφερε ίσως τη μεγαλύτερη αναστάτωση, είναι μέρος των καθηκόντων των νοσηλευτών σε πολλές χώρες όχι μόνο της Ευρώπης αλλά και παγκοσμίως. Έχουν γίνει πολλές έρευνες που δείχνουν ότι οι Νοσηλευτές, μετά από συστηματική και σωστή εκπαίδευση (Courtenay et al., 2007), μπορούν να ανταπεξέλθουν σε τέτοια φλέγοντα θέματα και να βοηθήσουν όχι μόνο τους ασθενείς (Bhanbhro et al., 2011), αλλά και τους ίδιους τους γιατρούς.

Μετά από αυτή την πρώτη άκαρπη προσπάθεια, οι νοσηλευτές θα πρέπει να παραμείνουν πιστοί στα Επαγγελματικά Δικαιώματα του έτους 1989. Όμως, αυτά, έχουν χαρακτηριστεί

ασαφή, γενικά, ελλιπή και δεν μπορούν σε καμία περίπτωση να εξαντλήσουν τις δυνατότητες των Νοσηλευτών. Για αυτό τον λόγο, δεν θα πρέπει να σταματήσουν οι αγώνες όλων των συναδέλφων Νοσηλευτών για τη διεύρυνση του καθηκοντολογίου τους, παρ' όλο που η πρώτη τους διεκδίκηση μετά από τόσα χρόνια δεν είχε το επιθυμητό αποτέλεσμα. Σε αυτό συντέλεσε το ότι δεν υπήρχαν οι σωστές βάσεις και προϋποθέσεις, η κατάλληλη εκπαίδευση, καθώς και καθολική επαγγελματική υποστήριξη από το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό (Λουραντάκη & Κατσαλιάκη, 2017). Ο κλάδος αυτός στην Ελλάδα, θα πρέπει να ακολουθήσει τα βήματα που έχουν ήδη κάνει χώρες του εξωτερικού και παίρνοντας ως παράδειγμα τις δικές τους δυσκολίες, να μην φτάνει αμέσως στην απόγνωση και την απογοήτευση.

#### **1.4. Το ισχύον σύστημα Υγείας στην Ελλάδα**

Το σύστημα υγείας που επικρατεί στη χώρα μας, μπορεί να χαρακτηριστεί ως μεικτό σύστημα, γιατί συνυπάρχει ο δημόσιος με τον ιδιωτικό τομέα. Επομένως, η χρηματοδότησή του προέρχεται είτε από κρατικούς προϋπολογισμούς και ασφαλιστικές εισφορές όσον αφορά το δημόσιο τομέα, είτε από τις ιδιωτικές πληρωμές, όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα. Το ελληνικό σύστημα υγείας θεωρείται ότι χαρακτηρίζεται, επίσης, ως μεικτό, επειδή συνυπάρχουν στοιχεία από το μοντέλο Bismarck και από το μοντέλο Beveridge (Υφαντόπουλος, 2006).

Η παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, χωρίζεται σε δύο τομείς: την πρωτοβάθμια, όπου τα άτομα δεν χρειάζεται να παραμείνουν σε κάποιο νοσοκομείο και τη δευτεροβάθμια, όπου εκεί μπορούν να νοσηλευτούν σε κλινικές ή νοσοκομεία (Santerre & Neun, 2012).

Πιο συγκεκριμένα, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ανήκουν (Οικονόμου, 2004):

A) Το Ε.Σ.Υ., μέσω των Κέντρων Υγείας και των περιφερειακών ιατρείων του, των εξωτερικών ιατρείων που διαθέτουν τα νοσοκομεία και το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β). Τα Κέντρα Υγείας, με το νόμο 1397/83 ιδρύθηκαν σε αγροτικές περιοχές και είχαν στόχο την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης ισότιμα για όλους, χωρίς να συμβάλλουν οι πολίτες οικονομικά. Με πρόσφατη μεταρρύθμιση μετατράπηκαν, μαζί με τα περιφερειακά τους ιατρεία, σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου Πε.Σ.Υ., έχοντας διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Το ΕΚΑΒ, στοχεύει στην άμεση βοήθεια και επείγουσα ιατρική φροντίδα των πολιτών και την μεταφορά τους στις υπηρεσίες υγείας, χωρίς κάποια οικονομική τους επιβάρυνση.

B) Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης.

Γ) Η τοπική αυτοδιοίκηση με τα δημοτικά ιατρεία και τις διάφορες προνοιακές υπηρεσίες.

Δ) Ο ιδιωτικός τομέας, με ιδιώτες γιατρούς που αναλόγως επιθυμούν να είναι συμβεβλημένοι ή όχι σε κάποιο ασφαλιστικό ταμείο.

Στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας ανήκουν: α) τα δημόσια νοσοκομεία, β) τα ολιγάριθμα μη κερδοσκοπικά θεραπευτήρια που επιχορηγούνται από διάφορα ιδρύματα, το κράτος και τα

ασφαλιστικά ταμεία και γ) οι ιδιωτικές κλινικές που λειτουργούν οικονομικά ανεξάρτητα (Santerre & Neun, 2013).

Το 1983, ο Υπουργός Υγείας Π. Αυγερινός, ψηφίζει το Νόμο 1397/1983, με τον οποίο ιδρύεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Με βάση το συγκεκριμένο ψήφισμα, άρχισε να γίνεται μια σοβαρή προσπάθεια να επέλθουν μεταρρυθμίσεις και αναβάθμιση στην υγεία. Μέχρι τότε, ο θεσμός του δημόσιου νοσοκομείου είχε εγκαταλειφθεί από όλες τις κυβερνήσεις της μεταπολεμικής περιόδου (Αντωνοπούλου, 2008). Στόχος, επομένως, ήταν να δημιουργηθεί ένα δημόσιο σύστημα υγείας το οποίο θα είναι προσιτό σε όλους, δεν θα υπάρχουν διακρίσεις, θα είναι δωρεάν και ο κάθε ένας θα μπορεί να διαλέξει μόνος του σε ποια υπηρεσία επιθυμεί να απευθυνθεί.

Οι βασικές αρχές του ΕΣΥ είναι οι εξής:

- Η ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες ανήκει στο Κράτος.
- Η παροχή αυτών των υπηρεσιών υγείας αφορά στο σύνολο των πολιτών.
- Η παροχή τους γίνεται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, την κοινωνική και την επαγγελματική του κατάσταση.
- Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο σύστημα υγείας. Με βάση αυτή την αρχή, η χώρα διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες και η κοινότητα συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων, με τη σύσταση και τη λειτουργία των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (Π.Ε.Σ.Υ.) και την εκχώρηση γνωμοδοτικών αρμοδιοτήτων στα Νομαρχιακά Συμβούλια. Η Υγειονομική Περιφέρεια, προβλεπόταν να αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας με τα περιφερειακά ιατρεία, τα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία -περιφερειακά/νομαρχιακά- (Κακαλέτσης και συν., 2013).

Τα χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας μπορούν να συνοψιστούν ως εξής (Υφαντόπουλος, 2006):

- 1) Η χρηματοδότησή του προέρχεται κυρίως από τη φορολογία.
- 2) Ο πληθυσμός μπορεί να καλυφθεί πλήρως και καθολικώς.
- 3) Η υγειονομική πολιτική που ακολουθείται βασίζεται στις ανάγκες που έχει ο πληθυσμός.
- 4) Η Υγεία διαχωρίζεται σε τρία επίπεδα: α) πρωτοβάθμιο, β) δευτεροβάθμιο και γ) τριτοβάθμιο. Αυτός ο διαχωρισμός έχει ως στόχο να προσαρμόζεται η υγειονομική πολιτική στον εκάστοτε πληθυσμό, αγροτικό, ημιαστικό και αστικό.

Από το 2010 έως και σήμερα, η Ελλάδα βιώνει τις συνέπειες της ένταξής της στα μνημόνια. Τα μνημόνια, επηρέασαν και το σύστημα υγείας, με αποτέλεσμα να γίνονται συχνές νομοθετικές αλλαγές και παρεμβάσεις, τις οποίες ο καθηγητής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Χλέτσος Μιχάλης (2015) αναλύει:

- 1) Δημιουργείται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), που προκύπτει από τη συνένωση των επτά μεγάλων ασφαλιστικών Ταμείων. Θεωρείται μία πολύ φιλόδοξη προσπάθεια με στόχο την ενιαία παροχή υπηρεσιών υγείας, όμως δεν λήφθηκε υπόψη η βιωσιμότητά του, αφού θα πρέπει να καλύψει όλες τις προηγούμενες οφειλές που είχαν τα ασφαλιστικά ταμεία μέχρι τότε

2) Το 2014, ψηφίζεται ο νόμος 4232/2014, με τον οποίο αλλάζει η φυσιολογία και ο ρόλος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Υποστηρίζεται ότι αυτή η αλλαγή ίσως είναι η αρχή της ιδιωτικοποίησης του συστήματος υγείας της Ελλάδας, καθώς αλλάζει ο τρόπος λειτουργίας της αγοράς των υπηρεσιών υγείας και αναβαθμίζεται ο ιδιωτικός τομέας, ο οποίος προσπαθεί να υποκαταστήσει τον δημόσιο.

3) Σύμφωνα με το ΦΕΚ 1702/β/2011, θεσμοθετούνται τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλεια (Κ.Ε.Ν.) που αποτελούν έναν νέο τρόπο για να αποζημιώνονται οι νοσηλείες των δημόσιων νοσοκομείων. Με το νόμο 3918/2011, αναπτύσσεται ένα σύστημα προμηθειών υγείας. Επίσης, αναπτύσσεται το πληροφοριακό σύστημα του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., το οποίο παρέχει ηλεκτρονικές υπηρεσίες στους πολίτες και συνδέεται με τους παρόχους υγείας, μέσω των εφαρμογών e-ΔΑΠΥ και e-prescription.

4) Θεσμοθετείται, ως μέτρο που θα συμβάλλει στην αύξηση των εσόδων, το clawback και το rebate. Το πρώτο καθορίζει την ανώτατη μηνιαία δαπάνη του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για τους ιδιώτες παρόχους υγείας που οφείλουν να του επιστρέφουν τα χρήματα που ξεπερνούν το ανώτατο αυτό ποσό και το δεύτερο είναι η υποχρεωτική έκπτωση επί του τιμολογίου των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ιδιώτες παρόχους υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των φαρμακοποιών, καθώς επίσης και αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων

5) Θεσμοθετείται το Health Voucher και επιδιώκεται η νοσοκομειακή και φαρμακευτική κάλυψη των ανασφάλιστων (ΦΕΚ. 1465/2014 και 1753/2014). Το Health Voucher, χρηματοδοτείται από το Ε.Σ.Π.Α. και παρέχει το δικαίωμα σε όλους να έχουν ελεύθερη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε πρώην ασφαλισμένους του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που έχουν εισόδημα κάτω των 15000 ευρώ το έτος.

Με λίγα λόγια, στόχος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι να διαχειριστεί και να ελέγξει τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και την ορθολογική αξιοποίηση των πόρων. Η συγκεντροποίηση αυτής της χρηματοδότησης, θα οδηγήσει το φορέα χρηματοδότησης να αναλάβει τον ρόλο του αγοραστή αγαθών και των υπηρεσιών περίθαλψης. Ο φορέας μπορεί να προκηρύσσει διαγωνισμούς και να υπογράφει συμβάσεις με προμηθευτές, τόσο της πρωτοβάθμιας όσο και της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, οι οποίοι έχουν προτείνει τη χαμηλότερη τιμή (Αντωνοπούλου, 2014).

Η οικονομία εξάλλου, στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες, βασίζεται στον ανταγωνισμό στην αγορά και ποικίλει από χώρα σε χώρα το κατά πόσο υπάρχει εμπιστοσύνη και σε τι βαθμό στις ιδιωτικές αγορές στον τομέα της υγείας (Rice, 2006). Επομένως, αρχίζει και στην Ελλάδα ένας ανταγωνισμός ανάμεσα στους προμηθευτές περίθαλψης και η επιδίωξη χαμηλών τιμών μπορεί από τη μία να οδηγήσει σε εξοικονόμηση πόρων, από την άλλη όμως είναι αμφίβολη η ποιότητα της περίθαλψης που προσφέρεται αλλά και γενικότερα η αποτελεσματικότητα του συστήματος στην υγεία (Αντωνοπούλου, 2014).

Το Ε.Σ.Υ., με το νόμο του 2889/2001, μετεξελίσσεται σε Πε.Σ.Υ.Π. (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας) και προσπαθεί να εξυπηρετήσει τις ανάγκες των πολιτών σε όλα τα επίπεδα φροντίδας, περίθαλψης, πρόληψης και αποκατάστασης. Η επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες και ταυτίζονται με τις Διοικητικές και τα Πε.Σ.Υ.Π. μετεξελίσσονται σε Δ.Υ.ΠΕ. (Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας). Ως έδρα της κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας θεωρείται η έδρα της αντίστοιχης Διοικητικής Περιφέρειας (Santerre & Neun, 2013).

## **1.5. Τα Δημόσια Νοσοκομεία της Ελλάδας**

Τα Δημόσια Νοσοκομεία στη χώρα μας είναι χωρισμένα σύμφωνα με τις 7 Υγειονομικές Περιφέρειες: 1) Αττικής, 2) Πειραιώς και Αιγίου, 3) Μακεδονίας, 4) Μακεδονίας και Θράκης, 5) Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, 6) Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας και 7) Κρήτης.

### **1.5.1. Η ισχύουσα οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα**

Τα δημόσια νοσοκομεία, δε διακρίνονται πλέον σε νομαρχιακά και περιφερειακά, καθώς ψηφίστηκε το 2001 ο νόμος 2889, ο οποίος τα καταργεί. Με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, τα νοσοκομεία της χώρας χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: τα γενικά και τα ειδικά. Τα Πανεπιστημιακά πλέον μετονομάζονται σε Ακαδημαϊκά Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.. Σύμφωνα με αυτόν τον νόμο, έγινε προσπάθεια να περιοριστεί και το πρόβλημα της γραφειοκρατίας, με την ίδρυση τμημάτων όπως είναι της Οργάνωσης και Πληροφορικής, καθώς και του Ελέγχου Ποιότητας.

Το νοσηλευτικό προσωπικό, μπορεί να προσληφθεί μέσω Α.Σ.Ε.Π., μετά την ψήφιση του νόμου 3293/2004. Μόνιμοι, όμως, διορισμοί δεν γίνονται συχνά, με αποτέλεσμα σήμερα να περιμένουν στην αναμονή πάρα πολλοί νοσηλευτές να εξασφαλίσουν με αγωνία την μονιμότητά τους.

Στην Ελλάδα, μέσα από τις διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, διαπιστώνονται προβλήματα στα δημόσια νοσοκομεία. Τα πιο σημαντικά που αξίζει να σημειωθούν είναι τα εξής: οι νοσοκομειακοί πόροι κατανέμονται άνισα ανά γεωγραφική περιοχή και περιφέρεια, υπάρχουν σημαντικές αδυναμίες σχετικά με τη διοίκηση, η οργάνωση θεωρείται μη ορθολογική, η οικονομική διαχείριση αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα, ενώ ακόμα και η κτιριακή και τεχνολογική υποδομή είναι υποβαθμισμένη (Οικονόμου, 2004).

Παρ' όλες τις δυσχέρειες, δεν θα πρέπει να λησμονείται ότι στόχος είναι να παρέχεται ποιοτική και ολιστική φροντίδα σε κάθε πολίτη που έχει ανάγκη και θα πρέπει ο νοσηλευτής να την παρέχει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο που διαθέτει. Οι πολίτες αναζητούν και προσδοκούν αυτή την ποιότητα, μέσα από τη γρήγορη και σωστή αντιμετώπιση του προβλήματος που έχουν κάθε φορά, το σεβασμό προς τα ατομικά τους δικαιώματα, τις άνετες συνθήκες μεταχείρισης και διαμονής και την επαρκή πληροφόρηση όχι μόνο για τη διάγνωση και τη μέθοδο της θεραπείας που μπορούν να διαλέξουν, αλλά και για την κάλυψη κόστους από τα ασφαλιστικά ταμεία (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2009).



## 1.6. Ορίζοντας τον εργασιακό εκφοβισμό

Αν και έχουν περάσει πολλές δεκαετίες μελέτης και έρευνας του συγκεκριμένου φαινομένου, δεν έχει δοθεί ακόμα ένας ορισμός που να είναι καθολικός. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά, τα οποία χρησιμοποιούν όλοι σχεδόν οι ερευνητές για να μπορούν να τον προσεγγίσουν εννοιολογικά (Attell et al., 2017).

Εργασιακός Εκφοβισμός σύμφωνα με το Ινστιτούτο Εργασιακού Εκφοβισμού (Workplace Bullying Institute - W.B.I.) ορίζεται ως η κακομεταχείριση ενός ή περισσότερων ατόμων από έναν ή περισσότερους δράστες που εκφράζεται με μια ή περισσότερες από τις ακόλουθες μορφές: α) λεκτική κακοποίηση, β) επιθετική συμπεριφορά (μαζί με μη λεκτική) και γ) παρέμβαση στην εργασία (sabotage).

Η Σπυροπούλου (2014) αναφέρει στην βιβλιογραφική μελέτη της πώς περιγράφεται ως όρος το φαινόμενο του εκφοβισμού σε διάφορες χώρες: Στις αγγλόφωνες χώρες, όπως για παράδειγμα στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Αυστραλία, αλλά και σε κάποιες χώρες της βόρειας Ευρώπης, αναφέρεται ως «bullying» που σημαίνει εκφοβισμός. Στις γαλλόφωνες περιοχές προτιμάται ο όρος «harcèlement moral» που σημαίνει ηθική παρενόχληση, ο οποίος εναλλάσσεται με τον όρο «mobbing», ο οποίος χρησιμοποιείται και στη Γερμανία. Στη Φινλανδία, προτιμάται ο όρος «personal /workplace harassment», δηλαδή παρενόχληση, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες, επικρατούν διάφοροι όροι όπως είναι η επιθετικότητα «(workplace) aggression», η συναισθηματική κακοποίηση «emotional abuse» και ο εργασιακός εκφοβισμός «workplace bullying». Στις ισπανόφωνες περιοχές χρησιμοποιούνται παράλληλα οι όροι παρενόχληση «acosos» και ψυχική κακοποίηση «maltrato psicológico», ενώ στην Ολλανδία ο όρος «pesten» που σημαίνει και αυτός εκφοβισμός.

Επίσης, το φαινόμενο αυτό, απαντάται και με τους εξής όρους: κακομεταχείριση στον εργασιακό χώρο ή κακομεταχείριση υπαλλήλων «(workplace/employee) mistreatment», αποκλίνουσα συμπεριφορά στον χώρο εργασίας «workplace deviance», θυματοποίηση «(workplace/perceived) victimization», κοινωνική υπονόμευση «social undermining», εργασιακή αγένεια «workplace incivility», λεκτική κακοποίηση «verbal abuse», ψυχολογική κακοποίηση «psychological abuse», γενικευμένη κακοποίηση στον εργασιακό χώρο «generalized workplace abuse», κακοποίηση «abuse», καταχρηστική εποπτεία «abusive supervision», ψυχολογική τρομοκρατία «psychological terror», συναισθηματική τυραννία «emotional tyranny», μηδαμινή τυραννία «petty tyranny», αφόρητη συμπεριφορά «intolerable behavior», δυσλειτουργική συμπεριφορά «dysfunctional behavior», διευθυντικός εκφοβισμός «leader bullying», διασπαστική επαγγελματική συμπεριφορά «disruptive practitioner behavior», διενέξεις προσωπικοτήτων «personality conflicts», διαπροσωπικές διενέξεις «interpersonal conflicts», διαπροσωπικές πηγές εργασιακού στρες «interpersonal sources of job stress» και εργασιακό τραύμα «workplace trauma» (Σπυροπούλου, 2014).

Οι Πανταζής & Ίντας (2016) στην βιβλιογραφική τους μελέτη, αναφέρουν ότι ο όρος workplace bullying χρησιμοποιείται εναλλακτικά και ως mobbing ή harassment. Πιο συγκεκριμένα:

Το Mobbing που σημαίνει ηθική παρενόχληση, αποτελεί ένα φαινόμενο συστηματικής συλλογικής βίας και αναφέρεται τυπικά σε μια ομάδα εργαζομένων, η οποία παρενοχλεί ένα συγκεκριμένο άτομο που έχει σαν στόχο και το υποβάλλει σε ψυχολογική παρενόχληση. Χαρακτηριστικές συμπεριφορές είναι τα αρνητικά σχόλια που κάνουν σε αυτό το άτομο, η

κοινωνική του απομόνωση, ο στιγματισμός, η επικριτική συμπεριφορά, η διάδοση κουτσομπολιών, φημών και ψευδών πληροφοριών κ.ά. Οι παραπάνω ενέργειες, μπορεί να γίνονται συχνά, ακόμα και σε καθημερινή βάση και για μεγάλο χρονικό διάστημα (τουλάχιστον για έξι μήνες). Το άτομο αυτό, στη συνέχεια, αρχίζει να βιώνει αρνητικά συμπτώματα, ψυχικά, ψυχοσωματικά και κοινωνικά.

Ο όρος Harassment, απαντάται ως παρενόχληση και είναι ένα φαινόμενο επαναλαμβανόμενων ενεργειών, που έχουν σαν στόχο να αναπτύξουν όχι μόνο ψυχικό αλλά και κάποιες φορές σωματικό πόνο σε ένα ή περισσότερα του ενός άτομα. Θεωρείται είδος επιθετικότητας και τα άτομα αυτά δεν μπορούν να υπερασπιστούν τον εαυτό τους και επομένως οδηγούνται σε θυματοποίηση. Σχετικά με την ένταση και τη διάρκεια, η παρενόχληση μπορεί να είναι σύντομη και έντονη ή να είναι λιγότερο έντονη με μακρά χρονική διάρκεια. Το άτομο βιώνει και σε αυτή την περίπτωση, καταστροφικές συνέπειες.

Το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης στον χώρο εργασίας αν και θεωρείται πολύ παλιό φαινόμενο, χωρίς να κάνει κάποια κοινωνική διάκριση, στις αρχές της δεκαετίας το 1980 άρχισε να μελετάται πιο συστηματικά. Ξεκίνησε πρώτα από τις Σκανδιναβικές χώρες και στη συνέχεια εξαπλώθηκε η μελέτη σε χώρες της Ευρώπης, στον Καναδά, στις Η.Π.Α., στην Αυστραλία και τώρα τελευταία και σε διάφορες άλλες χώρες.

Ο Η. Leymann, όντας Σουηδός ψυχολόγος, ήταν ένας από τους πρώτους επιστήμονες που ασχολήθηκαν με την έρευνα και την περιγραφή αυτού του φαινομένου, χρησιμοποιώντας τον όρο mobbing, που προέρχεται από το αγγλικό ρήμα «to mob» που σημαίνει επιτίθειμαι, ενοχλώ, περικυκλώνω. Επίσης, ο όρος αυτός χρησιμοποιήθηκε και από τον Κ. Lorenz, ιατρό, ζωολόγο, ηθολόγο στο πλαίσιο των ερευνών του, για να μπορέσει να αποδώσει τις διάφορες μορφές επιθετικότητας που παρατηρείται στον κόσμο των ζώων. Δηλαδή, περιέγραψε την επιθετική συμπεριφορά που έδειχνε μια αγέλη ζώων απέναντι σε ένα ή περισσότερα μέλη της, με στόχο την εκδίωξή τους από αυτήν. Επίσης, με τον όρο αυτό, περιέγραφε τη συσπείρωση μιας ομάδας ζώων ενάντια σε ένα άλλου είδους ζώο, το οποίο το εκφοβίζουν, επειδή το νιώθουν σαν απειλή.

Ο Σουηδός σχολικός γιατρός, Heinemann, το 1972, χρησιμοποίησε τον συγκεκριμένο όρο στις μελέτες που έκανε για την έκφραση της επιθετικότητας μεταξύ των παιδιών στο χώρο του σχολείου, όπου ένα μεγάλο μέρος των μελών μιας τάξης ενώνεται για να αντιμετωπίσει ένα άτομο που το θεωρεί πολύ διαφορετικό από την ομάδα (Τσιαμά, 2013).

Το 1973, ο καθηγητής ψυχολογίας, Olweus, καθιέρωσε τον όρο bullying, κάνοντας μακροχρόνιες έρευνες για την επιθετικότητα στα σχολεία. Αμφισβήτησε την χρήση του όρου mobbing, όπου δόθηκε από τον Heinemann και τους κοινωνικούς ψυχολόγους, επειδή θεωρούσε ότι οι έννοιες δεν ταιριάζουν με τα χαρακτηριστικά της σχολικής βίας και επομένως, μπορούσε να οδηγήσει σε παρερμηνεία του φαινομένου. Προσπάθησε να επισημάνει τη διαφορά μεταξύ της παρορμητικής, ενστικτώδους και για αυτό τον λόγο περιστασιακής επιθετικότητας, στην οποία παραπέμπει ο όρος mobbing και της σχολικής επιθετικής συμπεριφοράς που εκφράζεται σε συστηματική και πιο μακροχρόνια βάση.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, ο Leymann, διαπίστωσε, μετά από τις ανάλογες έρευνες, ότι υπάρχει ένα είδος εχθρικής συμπεριφοράς στον χώρο εργασίας, που είναι ανάλογο με αυτό που είχε ήδη παρατηρηθεί στα σχολεία. Προτίμησε να χρησιμοποιήσει τον όρο mobbing, για να περιγράψει αυτό το φαινόμενο, γιατί ο όρος bullying παραπέμπει στη χρήση σωματικής βίας, η οποία εμφανίζεται σε περίπτωση της σχολικής βίας, ενώ η παρενόχληση στον χώρο της εργασίας δεν εκφράζεται με εύκολους τρόπους κοινωνικής συμπεριφοράς,

όπως είναι ο κοινωνικός αποκλεισμός. Επίσης, προτιμά τον όρο bullying για να περιγράψει τις σχέσεις μεταξύ των ανηλίκων στο σχολείο, ενώ με τον άλλο όρο, για να περιγράψει τις σχέσεις μεταξύ ενηλίκων (Τσιαμά, 2013).

### **1.6.1. Περιγραφή του εργασιακού εκφοβισμού**

Ο εργασιακός εκφοβισμός σαν φαινόμενο, αποτελεί μια σειρά από επιθετικές συμπεριφορές. Η Μισουρίδου (2011) αναφέρει αναλυτικά στο άρθρο της, μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης που πραγματοποίησε, πως είναι δύσκολο να οριστεί μια συμπεριφορά ως επιθετική, επειδή τα κριτήρια που την ορίζουν στηρίζονται στις πεποιθήσεις του κάθε ατόμου που εμπλέκεται. Τα κριτήρια αυτά, διαφέρουν σχετικά με τις αξίες που έχει ο κάθε ένας, τους στόχους, την επαγγελματική του κοινωνικοποίηση, την καταγωγή, το εκπαιδευτικό του επίπεδο, την ηλικία, το φύλο, την κουλτούρα του και άλλα πολλά.

Επιθετικότητα, με τη αρνητική μορφή που μπορεί να πάρει ως μέσω εκτόνωσης, έντασης, υποτιμητικών σχολείων ή απειλών, βιώνουν και οι νοσηλευτές, με αποτέλεσμα να επικρατεί ένα εχθρικό κλίμα μεταξύ των συναδέλφων και τότε μπορεί να περιγραφεί ως «οριζόντια βία». Επίσης, οι παραπάνω όροι «επιθετικότητα», «οριζόντια βία» και «εκφοβισμός», θεωρούνται στη νοσηλευτική βιβλιογραφία ως ταυτόσημοι, περιγράφοντας το ίδιο φαινόμενο εναλλακτικά.

Πολλές έρευνες για τον εκφοβισμό παραμένουν ευρέως χωρίς θεωρητικό υπόβαθρο, στην προσπάθειά τους να προσεγγίσουν τον εκφοβισμό ως μια μοναδική μορφή επιθετικότητας. Άλλο ένα σημαντικό πρόβλημα είναι η ταχεία εξάπλωση της ετερογένειας των μέτρων του εκφοβισμού, των οποίων η εγκυρότητα είναι μερικές φορές αμφισβητήσιμη. Συνδυάζοντας αυτά τα δύο προβλήματα, έχει γίνει η διαδικασία πολύ δύσκολη, καθώς οι συγκρίσεις ανάμεσα στις έρευνες και τα αποτελέσματα καθυστερούν, λόγω έλλειψης ομοιότητας. Για αυτό τον λόγο, θα πρέπει να γίνει συζήτηση για θέματα που αφορούν τον ορισμό και τη μέτρηση του εκφοβισμού (Volk et al., 2017).

Ο Einarsen (1999), ισχυρίζεται πως για να θεωρηθεί οποιαδήποτε πράξη ως εκφοβιστική στον χώρο εργασίας, θα πρέπει κάποιος να βιώνει επιθετική συμπεριφορά συστηματικά και για μεγάλο χρονικό διάστημα από έναν ή περισσότερους συναδέλφους ή και προϊσταμένους του. Σε αυτό το διάστημα, αυτό το «θύμα» δεν μπορεί να υπερασπιστεί τον εαυτό του, αλλά ούτε και να αντιμετωπίσει αυτή την κατάσταση. Επομένως, με την καθιέρωση του εκφοβισμού, απαιτείται η αλληλεπίδραση ενός αυτουργού που εκφοβίζει και ενός επιδιωκόμενου στόχου, ο οποίος αναλαμβάνει το ρόλο του θύματος (Dzurec et al., 2017).

Το φαινόμενο αυτό, συσχετίζεται συχνά με το άγχος που επικρατεί στον χώρο εργασίας, καθώς και την έλλειψη οργάνωσης που συχνά κυριαρχεί. Πιο συγκεκριμένα, η εργασιακή ανασφάλεια που επικρατεί, κυρίως σε επίπεδο σταθερότητας λόγω των προσωρινών συχνά θέσεων, το άγχος σχετικά με το υψηλό φόρτο εργασίας, η διαμάχη και η ασάφεια των ρόλων, η έλλειψη αυτονομίας, και διάφοροι άλλοι παράγοντες, οδηγούν σε ένα αβέβαιο περιβάλλον, μέσα στο οποίο μπορούν να ευδοκιμήσουν ευκαιρίες για εκφοβισμό (Ariza-Montes et al., 2013). Οι ίδιοι οι Οργανισμοί μπορούν, επίσης, να εγκρίνουν και να υποστηρίξουν μια συμπεριφορά εκφοβισμού, αναλόγως την κουλτούρα που επικρατεί στο χώρο εργασίας, όπου

επιθυμεί να τονίζει περισσότερο την παραγωγικότητα, τις επιδόσεις και την ανταγωνιστικότητα, έναντι της ευημερίας (Gardner et al., 2016).

### **1.7. Αίτια του εργασιακού εκφοβισμού**

Υποστηρίζεται από πολλούς, ότι η προσωπικότητα του θύματος, παίζει σπουδαίο ρόλο στο να θεωρηθούν η αιτία του εκφοβισμού σε έναν χώρο εργασίας. Τα περισσότερα από τα θύματα, θεωρούν ότι ο θύτης τους ζηλεύει, λόγω των αυξημένων προσόντων που διαθέτουν σε σχέση με αυτόν. Επίσης, πιστεύεται ότι ορισμένα θύματα έχουν παρενοχληθεί από άλλους, επειδή παρουσιάζουν προς τα έξω μία υψηλή αυτοεκτίμηση και διαπιστώνεται ότι διαφέρουν αρκετά από τους συναδέλφους που δεν βιώνουν εκφοβισμό (Serafeimidou & Dimou, 2016).

Οι Agervold & Mikkelsen (2004) θεωρούν ότι τα οργανωτικά χαρακτηριστικά, όπως και το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον εργασίας, αποτελούν τις σημαντικότερες αιτίες του εκφοβισμού. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ο υψηλός βαθμός των υπερβολικών απαιτήσεων, οι προσδοκίες για καθιέρωση συγκεκριμένων ρόλων, τα καθήκοντα και οι ευθύνες, μπορούν να δημιουργήσουν στους εργαζόμενους άγχος αλλά και απογοήτευση. Αυτό, έχει σαν αποτέλεσμα να αρχίσουν οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών μιας ομάδας εργασίας, ειδικά όσων σχετίζονται με δικαιώματα, προνόμια, υποχρεώσεις και θέσεις (Serafeimidou & Dimou, 2016).

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, φαίνεται να επηρεάζονται περισσότερο οι γυναίκες και τα άτομα που δεν είναι λευκά. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες και τα άτομα που έχουν αφρικανική-αμερικανική καταγωγή, είναι περισσότερο στοχοποιημένα, προστατεύονται λιγότερο και δεν έχουν την ανάλογη υποστήριξη (Attell et al., 2017).

Επίσης, ο εργασιακός εκφοβισμός, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν εργαλείο για να υπονομευθούν οι προσπάθειες συναδέλφων που βρίσκονται σε στόχο (Salin 2003b στο Serafeimidou & Dimou, 2016).

### **1.8. Επιπολασμός του εργασιακού εκφοβισμού**

Με βάση την πιο πρόσφατη έρευνα του Ινστιτούτου Εργασιακού Εκφοβισμού (W.B.I.) που πραγματοποιήθηκε το 2014, το 69% των αντρών εκφοβίζει (από τους οποίους 57% στοχεύουν σε γυναίκες και 43% στοχεύουν σε άντρες) ενώ το 31% των γυναικών εκφοβίζει (από τις οποίες το 68% στοχεύει στο ίδιο φύλο, ενώ το 32% στοχεύει στο αντίθετο). Επίσης, πρόσφατα ευρήματα έδειξαν τα εξής: το 27% των υπαλλήλων έχει πρόσφατα ή στο παρελθόν εμπειρία από μία προσβλητική συμπεριφορά στη δουλειά του, το 72% του πληθυσμού είναι ενήμερο για τον εργασιακό εκφοβισμό, οι εργοδότες αποτελούν ακόμα την πλειοψηφία των ατόμων που ασκούν εργασιακό εκφοβισμό, ενώ το 72% από αυτούς αρνούνται ότι υπάρχει και τέλος, το 93% των ερωτηθέντων υποστηρίζουν ότι πρέπει να υπάρξει κάποιος νόμος για την καταπολέμησή του.

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα στις δημόσιες υπηρεσίες της Αυστραλίας (Hutchinson & Jackson, 2015), το 24% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι βιώνουν σήμερα στον χώρο εργασίας τους φαινόμενα εκφοβισμού. Ένα μεγαλύτερο ποσοστό (Bilgel et al., 2006), το 50% μεταξύ των υπαλλήλων στην Τουρκία, απάντησαν ότι έχουν προσωπικές εμπειρίες εκφοβισμού, ενώ παρόμοια αποτελέσματα προέρχονται από άλλη δημόσια υπηρεσία στην Μαλαισία (Omar et al., 2015), όπου το 21,8% των υπαλλήλων, βιώνουν τακτικά εκφοβισμό και το 34,5% πιο σοβαρό εκφοβισμό. Από την άλλη μεριά, στην Ιαπωνία (Tsunpo et al., 2010), δεδομένα από επτά γραφεία τοπικών κυβερνήσεων έδειξαν, έδειξαν ότι ο εκφοβισμός είναι λιγότερο διαδεδομένος, καθώς κυμαινόταν από 4% έως 9% (Serafeimidou & Dimou, 2016).

Τα τελευταία χρόνια, σύμφωνα με μελέτες που πραγματοποιήθηκαν, υπάρχει μεγάλη διακύμανση σχετικά με τον επιπολασμό μεταξύ των χωρών και εντός αυτών (Serafeimidou & Dimou, 2016):

- Το 9% του προσωπικού της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε ότι ο εκφοβισμός υπήρξε ως ένα επίμονο πρόβλημα με συνεχιζόμενη αυξανόμενη τάση, όπου σε λιγότερο από μία δεκαετία από το 15% έφτασε στο 24% (Lewis et al., 2008).
- Το 22,4% των εκπαιδευτικών σε δημόσιο τομέα εκπαίδευσης στην Κροατία, εκτίθεται σε διαφορετικά είδη παρενόχλησης κατά τους προηγούμενους 12 μήνες (Russo et al., 2008).
- Το 6,4% των εργαζομένων στην Ιταλία, σε δημόσιους και ιδιωτικούς οργανισμούς, έπεσαν θύματα εκφοβισμού (Giorgi, 2009).
- Το ποσοστό επικράτησης του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας βρίσκεται στο 14,9% για την Ιταλία και στο 15% για την Ισπανία (Arenas et al., 2015).

Το Eurofound, σε τελευταία του έκθεση, το 2015, σχετικά με τη βία και την παρενόχληση που επικρατεί στους χώρους εργασίας της Ευρώπης, έδειξε ότι κατά τη δεκαετία του '90 και αρχές της δεκαετίας του 2000, υπήρξε αύξηση και στα δύο αυτά φαινόμενα. Από το 2005 έως το 2010, τα στοιχεία δείχνουν ότι οι απειλές, ο εκφοβισμός και η παρενόχληση, αυξήθηκαν από το 11,2% που ήταν το 2005, σε 14,9% το 2010. Στην Ελλάδα, το ποσοστό των εργαζομένων που αναφέρονται η βία ή η παρενόχληση στο χώρο εργασίας ήταν 11,2%. Η έλλειψη πληροφόρησης και η γνώση του φαινομένου φαίνεται να είναι ο κύριος λόγος που στις χώρες της νότιας Ευρώπης, επικρατεί χαμηλό επίπεδο συνειδητοποίησης για αυτό (Serafeimidou & Dimou, 2016).

Στην Ελλάδα, οι Παπαλεξανδρή και Γαλανάκη (2011), ερεύνησαν μεσαία στελέχη ελληνικών επιχειρήσεων, από όλους τους κλάδους οικονομικής δραστηριότητας, σχετικά με την εμπειρία τους από το φαινόμενο της εργασιακής κακοποίησης. Το 13,2% βιώνουν ξεκάθαρα bullying, το 47,5% βιώνουν αρνητικές συμπεριφορές με μικρότερη συχνότητα αλλά συνδυαστικά, ενώ το 39,3% μπορεί να κατηγοριοποιηθεί ως «μη θύματα».

## 1.9. Κατηγορίες εκφοβιστών - θυτών

Τα άτομα που εκφοβίζουν, οι λεγόμενοι θύτες, μπορούν να χωριστούν σε διάφορες κατηγορίες. Οι Παπαλεξανδρή και Γαλανάκη (2011), τους ονομάζουν δυνάστες και τους κατατάσσουν σε τρεις κατηγορίες:

A) Οι «χρόνιοι δυνάστες», οι οποίοι έχουν χαρακτηριστικά ναρκισσισμού σε υψηλό βαθμό, είναι ανασφαλείς και παρουσιάζουν αντιπάθεια για τους άλλους. Όταν βρεθούν σε περιβάλλον ανταγωνιστικό, συνήθως επιβραβεύονται και ανεβαίνουν βαθμίδα.

B) Οι «ευκαιριακοί δυνάστες», οι οποίοι όταν επιθυμούν να ανέβουν ιεραρχικά ή να αντιμετωπίσουν έναν αντίπαλο, παρουσιάζουν τον κακό εαυτό τους, για να το πετύχουν. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν πολλά άτομα και θεωρείται η πιο δύσκολη προς αντιμετώπιση, καθώς παρουσιάζεται να έχουν κοινωνικές ικανότητες και μπορεί να δείχνουν στην αρχή καλοσύνη για να πετύχουν τον στόχο τους.

Γ) Οι «παροδικοί δυνάστες», είναι άτομα αδέξια, χωρίς κοινωνικές ικανότητες και επειδή δεν έχουν την ανάλογη ευαισθησία, πληγώνουν τα άτομα με τα οποία συναναστρέφονται, χωρίς να καταλαβαίνουν και οι ίδιοι ότι προκαλούν κάποια βλάβη. Σε αντίθεση με τις άλλες κατηγορίες, οι παροδικοί δυνάστες αποτελούν το μικρότερο ποσοστό εκφοβιστών.

Ο Namie (2003 στο Σπυροπούλου, 2014), διακρίνει τους θύτες σε τέσσερις τύπους, με βάση τις τακτικές που εφαρμόζουν κάθε φορά:

A) Ο φωνακλάς (The Screaming Mimi), ο οποίος ελέγχει και επηρεάζει την συναισθηματική ισορροπία όλων των εργαζομένων. Συχνά διακρίνεται από εκρήξεις θυμού οι οποίες είναι απρόβλεπτες και δε διστάζει να ταπεινώνει δημόσια τους εργαζομένους που έχει στοχοποιήσει, προκαλώντας έναν γενικό φόβο σε όλους όσοι τον παρατηρούν. Μπορεί να μην φτάνει στην άσκηση φυσικής βίας, αλλά αυτό δε σημαίνει ότι δεν υπάρχει κίνδυνος, καθώς διακατέχεται από συναισθηματική αστάθεια και εκρηκτικότητα.

B) Ο συνεχόμενος κριτής (The Constant Critic), ο οποίος ασκεί συνεχώς κριτική και υποτιμά τις ικανότητες των εργαζομένων, είτε δημοσίως, είτε κατ' ιδίαν, κάτι που τους προκαλεί σύγχυση.

Γ) Το δικέφαλο φίδι (The Two-Headed Snake), ο οποίος ανέρχεται ιεραρχικά, έρποντας και δείχνει σκληρότητα προς τους υφισταμένους του. Για να μπορέσει να προβάλλει τη δική του προσωπικότητα δε διστάζει να προσβάλλει τη φήμη και την υπόληψη των θυμάτων του. Με την τεχνική «διαίρει και βασίλευε», καταφέρνει να κάνει την οποιαδήποτε εκδοχή του αποδεκτή, θέτοντας συνεχώς αμφισβητήσιμη τη γνώμη των ατόμων που έχει στοχοποιήσει.

Δ) Ο φρουρός (The Gatekeeper), ο οποίος έχει εμμονές με τον έλεγχο των πραγμάτων και οι ενέργειές του αναγκάζει, το όποιο θύμα έχει στοχοποιήσει, σε σίγουρη αποτυχία. Οποιαδήποτε προβλήματα προκύψουν σχετικά με την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα στο χώρο εργασίας, του επιρρίπτει όλες τις ευθύνες.

Η Egan (2005, στο Kelly 2005, Σπυροπούλου 2014), με τη σειρά της, διακρίνει τρεις τύπους θυτών:

A) Ο Τύπος 1 όπου η εκφοβιστική συμπεριφορά είναι συμπτωματική: Ο θύτης, θέτοντας ως κύριο στόχο του την ευημερία της επιχείρησης, δρα επιθετικά και απαιτητικά, χωρίς να δείχνει ιδιαίτερο ενδιαφέρον ή ευαισθησία στους εργαζομένους. Οι υφιστάμενοί του, συνήθως εκπλήσσονται, συνειδητοποιώντας τις επιπτώσεις που προκύπτουν από την σκληρή στάση και τις πράξεις του, γιατί στην αρχή θεωρούσαν τη συμπεριφορά του καλή. Σε περίπτωση εργασιακής πίεσης, παρουσιάζεται σκληρός, απαθής και ανήσυχος.

B) Ο Τύπος 2 όπου επικρατεί η καταστροφική ναρκισσιστική εκφοβιστική συμπεριφορά: Ο θύτης, υιοθετώντας μια εγωπαθή στάση προς τους υφιστάμενούς του, τους υποτιμά, τους ταπεινώνει, τους κουτσομπολεύει, τους δυσφημεί, τους κατηγορεί άδικα, διαδίδει ψευδές πληροφορίες για αυτούς και γενικά δεν διαθέτει ενσυναίσθηση. Όταν βρίσκεται ιεραρχικά στην ίδια θέση μαζί τους, προσπαθεί να πάρει τα εύσημα και την αναγνώριση για τα επιτεύγματα των άλλων. Όταν βρεθεί σε περιβάλλον με πίεση, παρουσιάζεται περισσότερο μνησικάκος και γίνεται σκοπιμώς πιο βλαπτικός, με αποτέλεσμα το προσωπικό να φοβάται να αναλάβει διάφορες πρωτοβουλίες.

Γ) Ο Τύπος 3 στον οποίο ανήκει ένας κατά συρροή ή αντικοινωνικός θύτης, του οποίου οι εκφοβιστικές συμπεριφορές έχουν συγκεκριμένη κατεύθυνση και σκοπιμότητα: Βασικός στόχος του θύτη εδώ, είναι η υπονόμηση της υγείας, της ευεξίας και της σταδιοδρομίας των υφιστάμενων εργαζομένων και για αυτό τον λόγο, αποτελεί το πιο καταστροφικό είδος εκφοβισμού. Ενδιαφέρεται μόνο για το δικό του ατομικό συμφέρον και όχι για την επιχείρηση στην οποία δουλεύει, προσπαθώντας να επηρεάσει τα ανώτερα στελέχη της. Επομένως, προσπαθεί να διώξει από τη μέση όσους του ασκούν κριτική και να προωθήσει αυτούς που ο ίδιος επιθυμεί, υποτιμώντας τους υπόλοιπους στο διευθυντή. Αυτές οι προθέσεις του δεν είναι εμφανείς, καθώς είναι ικανός να καλύπτεται πίσω από μια εικόνα πλάνης και χειραγώγησης. Στην αρχή της συνεργασίας μαζί του, γίνεται αρεστός, αφού παρουσιάζει ένα προφίλ φιλόδοξου και ευπροσάρμοστου ατόμου στις αξίες της επιχείρησης και σταδιακά συνειδητοποιούν όλοι ότι τα διάφορα προβλήματα προέρχονται από αυτόν.

### 1.9.1. Κατηγορίες θυμάτων

Οι κατηγορίες των θυμάτων, μπορεί να δώσουν κάποια ατομικά ή κοινωνικά χαρακτηριστικά, όμως δεν είναι δυνατό να εντάξουμε το κάθε θύμα σε μία από αυτές, καθώς μπορεί να διαθέτει χαρακτηριστικά παραπάνω από μία κατηγορίες. Εδώ, θα γίνει μια κατηγοριοποίηση σε τέσσερα προφίλ θυμάτων (Namie & Namie 1999, WBI στο Σπυροπούλου 2014):

A) Το καλό παιδί: Είναι το «καλό παιδί» που εργάζεται ήρεμα, σωστά και είναι αρεστό, καθώς διαθέτει πολύ καλές επικοινωνιακές και συνεργατικές δεξιότητες. Δεν έχει συγκρουσιακό και ανταγωνιστικό χαρακτήρα και επομένως στοχοποιείται πιο εύκολα γιατί οι θύτες θεωρούν απίθανο να αντιδράσει ή να αποτρέψει μια επαναλαμβανόμενη εκφοβιστική συμπεριφορά. Αυτό το είδος θύματος, προτιμά να μην απαντά με επιθετικότητα και δεν αντιδρά σε τέτοιες εκφοβιστικές περιπτώσεις, με αποτέλεσμα οι θύτες να τις επαναλαμβάνουν, χωρίς να φοβούνται την πιθανότητα τιμωρίας.

Β) Το ηθικό και δίκαιο άτομο: Είναι ο εργαζόμενος που έχει ως στόχο του να αναφέρει και να παρουσιάζει οτιδήποτε μπορεί να δημιουργήσει πρόβλημα στην επιχείρηση, όπως είναι κάποια απάτη που γίνεται, γιατί διακατέχεται από το πνεύμα της ηθικότητας και της ειλικρίνειας. Ο θύτης μπορεί εύκολα να τον στοχοποιήσει, καθώς δεν του αρέσει να εργάζεται με συνωμοτικό τρόπο, είναι συχνά αφελής, δεν έχει ανεπτυγμένες επικοινωνιακές δεξιότητες και στηρίζεται σε αξίες όπως είναι η αλληλοβοήθεια, η φροντίδα, η διόρθωση και η ανάπτυξη των εργαζομένων.

Γ) Το ανεξάρτητο, επιδέξιο, καλύτερο και εξυπνότερο άτομο: Είναι ο εργαζόμενος, ο οποίος έχει πολλές ικανότητες και εμπειρία σε σχέση με τους υπόλοιπους, είναι ταλαντούχος, πετυχημένος, εργατικός, αφοσιωμένος στην δουλειά του και για αυτόν τον λόγο δεν καταδέχεται να τεθεί σε υποδεέστερη θέση σε σχέση με αυτό που του αξίζει. Ένα τέτοιο προφίλ εργαζόμενου, δημιουργεί άγχος, ανασφάλεια και ζηλοφθονία στον θύτη, με αποτέλεσμα να τον στοχοποιεί εφαρμόζοντας στρατηγικές μίσους και τρόμου, για να μπορέσει να αποκτήσει τον έλεγχο της κατάστασης.

Δ) Το ευάλωτο άτομο: Είναι ο εργαζόμενος που νιώθει ανεπαρκής ως χαρακτήρας και θεωρεί ότι δεν μπορεί να διεκδικήσει τίποτα. Επειδή παρουσιάζεται αδύναμος, αγχωτικός και υποτακτικός, ο θύτης δεν βιώνει κάποια απειλή από αυτόν και επομένως, ούτε τα λόγια ή οι πράξεις του μπορούν να αποτελέσουν ανασταλτικό παράγοντα της δική του επιθετικής συμπεριφοράς.

### **1.10. Ορίζοντας και αναλύοντας τον εκφοβισμό στο νοσηλευτικό χώρο**

Ο εκφοβισμός στο νοσηλευτικό χώρο ορίζεται ως μία μορφή κακοποίησης που επαναλαμβάνεται συχνά, κατά την οποία ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια υφίσταται λεκτική βία, παρενόχληση, τρομοκρατικές και προσβλητικές συμπεριφορές από έναν θύτη ο οποίος κάνει κατάχρηση της εξουσίας που του έχει δοθεί μέσα στο συγκεκριμένο εργασιακό περιβάλλον (Σπυροπούλου, 2014).

Στον όρο «οριζόντια βία» που αναφέρθηκε παραπάνω ότι απαντάται έτσι στον εργασιακό εκφοβισμό του κλάδου των νοσηλευτών, μπορεί να προστεθεί και ο όρος «καταπιεσμένη ομάδα», σύμφωνα με τη θεωρία της καταπίεσης (Roberts, 2000). Χρησιμοποιώντας, όμως, συχνά το μοντέλο της «καταπιεσμένης ομάδας», ως το κύριο μέσο για να γίνει κατανοητός ο εκφοβισμός στους νοσηλευτές, υπάρχει ο κίνδυνος αυτό να θεωρηθεί ως ένα εγγενές χαρακτηριστικό τους. Δηλαδή από τη φύση τους να θεωρείται αυτό δεδομένο για τους νοσηλευτές.

Αυτό, ωστόσο, δεν μπορεί να ισχύει, διότι ο εκφοβισμός δεν θα πρέπει να θεωρείται ως ένα συνηθισμένο και πάγιο φαινόμενο στην ομάδα μόνο των νοσηλευτών, αλλά να επεκτείνεται και σε όλα τα περιβάλλοντα εργασίας και τους οργανισμούς, όπου υπάρχει και διαιωνίζεται η οποιαδήποτε κατάχρηση εξουσίας (Hutchinson, 2006).

Με λίγα λόγια, ο εκφοβισμός ασκείται σε οριζόντιο και σε κάθετο επίπεδο ως εξής (Σπυροπούλου, 2014):

α) Σύμφωνα με τη θεωρία της καταπίεσης (oppression theory), τα ισόβαθμα μέλη μιας ήδη καταπιεσμένης ομάδας όπως είναι οι νοσηλευτές, ενδέχεται να ασκήσουν παθητική επιθετική



συμπεριφορά εις βάρος των συναδέλφων τους. Αυτό γίνεται γιατί προσπαθούν να προσαρμοστούν στην ψυχολογική καταπίεση και την απομόνωση που βιώνουν σε επίπεδο εξουσίας από τα μέλη υψηλού γοήτρου επαγγελματικής ομάδας, όπως είναι οι ιατροί, οι προϊστάμενοι και άλλοι.

β) Σύμφωνα με τη θεωρία των δικτύων εξουσίας (circuits of power), οι νοσηλευτές βρίσκονται υπό συνεχή έλεγχο και επιτήρηση από τα μέλη ομάδων που βρίσκονται υψηλά στην κλίμακα εξουσίας και επιζητούν τη μέγιστη παραγωγικότητα και αποδοτικότητά τους. Μέσω επιβολής και πειθαρχίας σε συγκεκριμένους κανόνες, που παίρνουν μορφή εκφοβιστικών συμπεριφορών, γίνεται η επίτευξη των παραπάνω στόχων. Δυστυχώς, τέτοιες συμπεριφορές αρχίζουν να θεωρούνται φυσιολογικές και ως μία νόρμα «κοινωνικοποίησης» των νέων νοσηλευτών από τους παλαιότερους.

Διάφορες έρευνες, εστιάζουν την προσοχή τους στην πηγή των επιθέσεων, δηλαδή στο ότι παρατηρούνται κυρίως στους ασθενείς, στα μέλη της οικογένειας και τους φίλους των ασθενών και μεταξύ των μελών του προσωπικού, συμπεριλαμβανομένων τους ιατρούς και τους νοσηλευτές. Ενώ τα περισσότερα θύματα, αναφέρουν ότι βιώνουν σωματική βία κυρίως από τους ασθενείς, τις οικογένειες και τους φίλους τους, ένα σημαντικό ποσοστό ισχυρίζεται ότι δέχεται μη σωματική βία από άλλα μέρη του προσωπικού (Spector et al., 2014). Ο εργασιακός εκφοβισμός, έχει μελετηθεί και ερευνηθεί ότι τώρα αποτελεί τον μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με τη σωματική βία (Duru et al., 2017).

Οι νέοι επαγγελματίες είναι περισσότερο ευάλωτοι στην επιθετικότητα, σε σχέση με τους πιο έμπειρους, οι οποίοι είναι περισσότερο ανθεκτικοί και συχνά αδιαφορούν και αυτοπροστατεύονται σε στιγμές έντασης στον επαγγελματικό χώρο. Επίσης ευάλωτοι, θεωρούνται και οι φοιτητές που σπουδάζουν νοσηλευτική, οι οποίοι ερχόμενοι στην πρακτική τους άσκηση, αντιμέτωποι με φαινόμενα εργασιακού εκφοβισμού είτε οι ίδιοι, είτε όντας μάρτυρες, αρχίζουν να νιώθουν ένα είδος αμφισβήτησης για το εάν τελικά επιθυμούν να συνεχίσουν το επάγγελμα αυτό ή να ασχοληθούν με κάτι διαφορετικό.

Κάποιοι άλλοι φοιτητές, δυστυχώς, πιστεύουν ότι τέτοιες συμπεριφορές αποτελούν μέρος της συγκεκριμένης δουλειάς και επομένως, δεν παρουσιάζουν κάποια αντίδραση (Birks et al., 2017b). Το ζήτημα, όμως, είναι ότι ταλαντεύεται αρνητικά η διαδικασία μάθησής τους, αλλά και οι ίδιοι επηρεάζονται φυσικά, διανοητικά και συναισθηματικά (Birks et al., 2017a). Για αυτό τον λόγο, ο εργασιακός εκφοβισμός είναι γνωστός ως το φαινόμενο που «κατατρώει τους νέους» και θα πρέπει να βρεθούν λύσεις που θα εφαρμοστούν για να αντιστραφούν τέτοια περιστατικά (Huber, 2018).

Πρόσφατη έρευνα που διενεργήθηκε σε προπτυχιακούς φοιτητές Νοσηλευτικής (N=888), που πραγματοποιούν την κλινική τους άσκηση στην Αυστραλία, αναφέρει ότι οι μισοί από αυτούς είχαν βιώσει συμπεριφορές εκφοβισμού ή παρενόχλησης τους τελευταίους δώδεκα μήνες. Πιο συγκεκριμένα, οι νεότεροι φοιτητές, είχαν τις περισσότερες πιθανότητες να εκφοβίζονται/παρενοχλούνται από ό,τι οι μεγαλύτεροι. Η πλειοψηφία ανέφερε ότι η εμπειρία που βίωσαν από τέτοιες συμπεριφορές, τους έκανε καταθλιπτικούς και να αισθάνονται γενικά ανήσυχoi, ενώ το ένα τρίτο επηρέασε αρνητικά το επίπεδο φροντίδας που προσέφερε στους ασθενείς (Budden et al., 2017).

Το 1996, πραγματοποιήθηκε μία πολύ σημαντική έρευνα (Quine, 2001) για τον εργασιακό εκφοβισμό στο χώρο της υγείας, με δείγμα 1100 επαγγελματίες υγείας. Το 38% του δείγματος ανέφερε ότι έχει αντιμετωπίσει κάποιον τύπο εκφοβισμού τους τελευταίους δώδεκα μήνες, ενώ το 42% υποστήριξε ότι είχε υπάρξει μάρτυρας σε τέτοια φαινόμενα. Το μεγαλύτερο

ποσοστό που βίωνε εκφοβισμό ήταν το νοσηλευτικό προσωπικό, με 44% και ήταν μάρτυρες σε ανάλογες συμπεριφορές, με 50% (Πανταζής & Ίντας, 2016).

Σε ένα από τα μεγαλύτερα πανεπιστημιακά νοσοκομεία της Άγκυρας, παρόμοια έρευνα (Iftikhar & Qureshi, 2014) έδειξε ότι το 24% των συμμετεχόντων είχαν εκτεθεί σε απευθείας συμπεριφορά εκφοβισμού τους τελευταίους δώδεκα μήνες. Το 56% αυτών, υποστήριξε ότι η πιο συνήθης τακτική που ακολουθούσαν οι θύτες ήταν να τους μιλήσουν μειωτικά και εξευτελιστικά μπροστά σε τρίτους. Επίσης, όλη αυτή η αρνητική συμπεριφορά, φάνηκε ότι είχε επιπτώσεις όσον αφορά την παραγωγικότητα, την απόδοσή τους στην εργασία, τις σχέσεις τους με τους ασθενείς, είχε μειωθεί το κίνητρο για δουλειά και εμφάνιζαν συμπτώματα κατάθλιψης (Πανταζής & Ίντας, 2016).

Άλλη έρευνα στη Δανία (Ortega et al), η οποία μελέτησε εργαζομένους σε χώρο φροντίδας ηλικιωμένων, έδειξε ότι όσοι από αυτούς είχαν στοχοποιηθεί και βίωναν ψυχολογικό εκφοβισμό, είχαν περισσότερες πιθανότητες να απουσιάσουν από την εργασία τους, με τη δικαιολογία της ασθένειας (Πανταζής & Ίντας, 2016).

Η βιβλιογραφία αναφέρει, επίσης, διάφορα περιστατικά εκφοβισμού που συμβαίνουν μεταξύ των νοσηλευτών και των συναδέλφων τους και καταλήγει στο ότι τόσο τα θύματα όσο και οι μάρτυρες του εκφοβισμού υποφέρουν σιωπηλά και συχνά συγχέονται ως προς το τι πρέπει να κάνουν όταν παρουσιάζονται μπροστά σε τέτοιες καταστάσεις. Αυτή η σύγχυση, συχνά συμβάλλει στην αποχώρηση των νοσηλευτών από το επάγγελμά τους (Rocker, 2008).

Εκτός από τα άτομα που βιώνουν τα ίδια τον εκφοβισμό, υπάρχουν και εκείνα που είναι μάρτυρες τέτοιων γεγονότων και ενώ θα έπρεπε να γίνεται υποχρεωτική η αναφορά τους από αυτούς, επικρατεί ο φόβος της τιμωρίας αλλά και της μετατόπισης της ευθύνης προς αυτούς, επειδή προσπάθησαν να κάνουν το σωστό. Οι παρεβρισκόμενοι στις εκφοβιστικές συμπεριφορές, φοβούνται, επίσης, ότι ίσως στο μέλλον θα είναι τα επόμενα θύματα και επομένως, προτιμούν να ασχολούνται με τις δικές τους δουλειές, παρά να κοινοποιήσουν τις μαρτυρίες τους (Pryde, 2014).

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω, γίνεται κατανοητό πως αν και το φαινόμενο αυτό είναι υπαρκτό και οδηγεί τα άτομα ακόμα και στην τρομοκρατία, παρ' όλα αυτά, δεν επιχειρείται να συζητηθεί και να ζητηθεί από τα ίδια τα θύματα-νοσηλευτές μία λύση έμπρακτη και επομένως, με αυτόν τον τρόπο διαιωνίζεται όλη η αρνητική αυτή κατάσταση.

### **1.11. Συνήθεις τακτικές εκφοβισμού στους Νοσηλευτές**

Υπάρχουν διάφορες συμπεριφορές εκφοβισμού, οι οποίες άλλες φορές φαίνονται ξεκάθαρα και άλλες είναι συγκεκριμένες. Οι πιο συνήθεις συμπεριφορές που βιώνουν τα θύματα-νοσηλευτές στον χώρο εργασίας τους, μπορούν να περιγραφούν ως εξής (Hutchinson et al. 2008, Doas 2015):

- Εχθρότητα.
- Μη λεκτικές χειρονομίες, συμπεριλαμβανομένων χειρονομιών προσώπου.
- Εισβολή προσωπικού χώρου.

- Διαφορά στον τόνο της φωνής, ο οποίος γίνεται και επιθετικός.
- Κοινωνική απομόνωση.
- Δεν του απευθύνουν τον λόγο.
- Αγνόηση όταν μιλάει ή διακοπή στην προσπάθεια έκφρασης.
- Τον αποκαλούν με το μικρό του όνομα.
- Κατηγορίες.
- Παραπομπή στους συμβούλους του χώρου εργασίας.
- Παρενόχληση.
- Διαφορετική αντιμετώπιση από την πλειοψηφία των άλλων νοσηλευτών.
- Άσκηση συνεχούς κριτικής σε υπερβολικό βαθμό.
- Συνεχής υπενθύμιση λαθών / σφαλμάτων που έχει κάνει.
- Μισαλλοδοξία.
- Ανυπομονησία.
- Ψευδείς κατηγορίες και διαδόσεις.
- Φωνές και υβριστική συμπεριφορά.
- Φήμες, κουτσομπολιά και συκοφαντία.
- Συνεχείς λεκτικές επιθέσεις δημοσίως.
- Εκδίκηση.
- Τιμωρία.
- Τον οδηγούν σε αλλαγή τμήματος ή παραίτηση.
- Αποκλεισμός από βασικές δραστηριότητες της μονάδας/εργασίας.
- Στέρξη σχετικών με την εργασία πληροφοριών.
- Αποκλεισμός από ευκαιρίες επαγγελματικής και κοινωνικής δικτύωσης.
- Άγνοια, υποτίμηση και μείωση της εργασίας.
- Άδικη ή / και εσφαλμένη επίθεση για το επίπεδο δεξιοτήτων και τη φήμη.
- Υπερβολικά πειράγματα που μπορούν να οδηγήσουν σε σκληρότητα.
- Αμφισβήτηση της ικανότητας.
- Υπερβολικός σαρκασμός.

- Δημόσια ταπείνωση που μπορεί να περιλαμβάνει και καταστροφή προσωπικής ιδιοκτησίας.
- Ανάθεση πολλών ευθυνών σε περιορισμένο χρονικό διάστημα ή πέρα των δυνατοτήτων του.
- Ανάθεση καθηκόντων που μειώνουν τη θέση του ως επαγγελματία.

## **1.12. Συνέπειες του εκφοβισμού στους Νοσηλευτές**

Ο εκφοβισμός στον χώρο εργασίας των νοσηλευτών, επηρεάζει με αρνητικό τρόπο τόσο την επαγγελματική και την κοινωνική τους ζωή, καθώς οδηγούνται ακόμα και σε παραίτηση και επομένως σε απώλεια εισοδήματος, όσο και την υγεία τους. Οι εργαζόμενοι στον δημόσιο τομέα, δεν μπορούν εύκολα να αλλάξουν θέσεις εργασίας και επομένως, η όποια εκφοβιστική συμπεριφορά μπορεί να διαρκέσει για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα, με αποτέλεσμα το θύμα-στόχος να βιώσει καταστρεπτικές συνέπειες στην υγεία και την προσωπικότητά του (Hirigoyen, 2002).

### **1.12.1. Φυσικά συμπτώματα**

Όσοι έχουν εκτεθεί σε εκφοβιστικό περιβάλλον, μπορούν να έλθουν αντιμέτωποι με οργανικά-φυσικά συμπτώματα, τα οποία επηρεάζουν την καθημερινότητά τους. Οι πιο συνηθισμένες τέτοιες διαταραχές μπορούν να συνοψιστούν ως εξής (Duru et al. 2017, Παπαλεξάνδρη & Γαλανάκη 2011):

- Χρόνια κόπωση.
- Γαστρεντερικές διαταραχές.
- Υπερβολική αύξηση ή απώλεια βάρους.
- Διαταραχές ύπνου, αϋπνία.
- Διάφορα σύνδρομα που σχετίζονται με τον πόνο.
- Επιδείνωση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος.
- Καρδιακές αρρυθμίες.
- Εξανθήματα στο δέρμα.
- Ημικρανίες.
- Χρήση καπνού, οινοπνευματοδών ποτών, ναρκωτικών και άλλων ουσιών.

### 1.12.2. Συναισθηματικά συμπτώματα

Το φαινόμενο αυτό ως βίωμα, μπορεί να οδηγήσει τους νοσηλευτές-θύματα σε δυσκολία διαχείρισης των συναισθημάτων τους και αυτά με τη σειρά τους, να προχωρήσουν στη δημιουργία διάφορων προβλημάτων σε κοινωνικό επίπεδο, μέσα στην οικογένεια, αλλά και να φτάσουν μέχρι και σε διαζύγιο. Η εναλλαγή των συναισθημάτων και η έλλειψη βοήθειας για την σωστή αντιμετώπισή τους, μπορεί να προκαλέσει προβλήματα και στους ίδιους τους ασθενείς, καθώς θα επηρεάσει τη νοσηλευτική τους φροντίδα μέσα από τα διάφορα σφάλματα που θα προκύψουν (Wolf et al., 2017) και σαφώς την σωστή επικοινωνία μεταξύ ασθενή και νοσηλευτή, με αποτέλεσμα να υπάρξουν ακόμα και παρεξηγήσεις. Κάποια πιο συνήθη από αυτά τα συμπτώματα είναι τα εξής (Duru et al., 2017):

- Κατάθλιψη.
- Εξουθένωση.
- Συναισθηματικό κενό.
- Συναισθήματα ότι η ζωή δεν έχει κάποιο νόημα.
- Άγχος.
- Απώλεια κινήτρων.
- Απώλεια ενθουσιασμού.
- Απάθεια.
- Υπομανία.
- Διαταραχή προσαρμογής.
- Ευερεθιστότητα.
- Απώλεια συγκέντρωσης,
- Συναισθηματικές εκρήξεις.
- Τραχύτητα.
- Υπερβολική ευαισθησία σε εξωτερικά ερεθίσματα.
- Έλλειψη συναισθημάτων.
- Αυτοκτονία.

### 1.13. Συνέπειες του εκφοβισμού για το Νοσοκομείο

Εκτός από τον ίδιο τον νοσηλευτή, ο ίδιος ο Οργανισμός στον οποίο δουλεύει, δηλαδή το Νοσοκομείο, μπορεί να έχει συνέπειες από αυτό το φαινόμενο. Υπάρχει περίπτωση κάποιος Οργανισμός ή επιχείρηση, να μην διαθέτει τους ανάλογους μηχανισμούς ενημέρωσης και επομένως δεν μπορεί, ή ίσως και να μην επιθυμεί καταβάθως, να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά αυτό το ζήτημα. Τη στιγμή που θα γίνει ανεκτή οποιαδήποτε συμπεριφορά εκφοβισμού, θα πρέπει «πληρωθεί» και το κόστος που θα προκύψει από τα σημεία και τα ανάλογα συμπτώματα (Rowell, 2005). Οι παρακάτω συνέπειες που αναφέρονται για τον κάθε Οργανισμό (Παπαλεξανδρή & Γαλανάκη, 2011), μπορούν να εντοπιστούν και στο χώρο του Νοσοκομείου:

- Αύξηση απουσιών προσωπικού.
- Μειωμένη παραγωγικότητα.
- Μη ανεπτυγμένο ομαδικό πνεύμα.
- Έλλειψη κινήτρων προσωπικού.
- Συχνή αλλαγή προσωπικού.
- Δαπανηρές δικαστικές αγωγές.
- Αλλοιώνεται η «εικόνα» του Οργανισμού, οπότε και του νοσοκομείου.
- Απώλεια εμπιστοσύνης πελατών-ασθενών.

### 1.14. Αντιμετώπιση του εργασιακού εκφοβισμού

Το θέμα της αντιμετώπισης του εργασιακού εκφοβισμού, ξεκινάει από την δυνατότητα που έχει το θύμα να εντοπίζει ανάλογες συμπεριφορές και να τις κωδικοποιεί ως κάτι όχι το σωστό και συνηθισμένο. Δηλαδή, θα πρέπει να μπορεί να κατανοεί ποια πράξη είναι εκφοβιστική, ώστε να περάσει στην αντιμετώπισή του.

Το άτομο που βιώνει bullying, συχνά προσπαθεί να βρει κάποιο στήριγμα σε κάποιον συνεργάτη του για να μπορέσει να προστατευτεί. Αυτό το στήριγμα, μπορεί να του προσφέρει ανάλογη ψυχολογική υποστήριξη, αλλά και να επιβεβαιώσει αντικειμενικά από έναν «τρίτο» ότι όντως αντιμετωπίζει άσχημη συμπεριφορά (Traynor, 2017). Ωστόσο, άλλες έρευνες δείχνουν ότι ακόμα και με το στήριγμα αυτό, δεν παρατηρείται μεγάλη αλλαγή του φαινομένου (Attell et al., 2017). Μπορεί η γνώμη των συναδέλφων να βοηθήσει το στοχοποιημένο άτομο από την αποφυγή στιγματισμού του, όμως αν ο εκφοβισμός που δέχεται είναι σε μακροχρόνια βάση, τότε υπάρχει η πιθανότητα να υιοθετήσουν προκατειλημμένες απόψεις και στάσεις εις βάρος του, γιατί θα πιστεύουν ότι αυτό που υφίσταται αποτελεί απλά μία δίκαιη μεταχείριση προς ένα δύσκολο και νευρωτικό άτομο (Σπυροπούλου, 2014).

Το στοχοποιημένο άτομο, μπορεί να μιλήσει αρχικά με το θύτη του, ώστε να ξεκαθαρίσει με ήρεμο τρόπο τις τυχόν παρερμηνείες που οδήγησαν σε τέτοιες συμπεριφορές, όπως για παράδειγμα είναι το ανέβασμα του τόνου της φωνής (Traynor, 2017). Αν από την αρχή αποφασίσει να σταματήσει το θύτη με αυθόρμητο και χωρίς λογική τρόπο, κατά πάσα πιθανότητα και σύμφωνα με ανάλογες έρευνες που έχουν γίνει, οι προσπάθειές του αυτές θα είναι άκαρπες. Βέβαια, μπορεί από τη μία να θεωρείται πρόπον να αντιμετωπίζει το εκάστοτε θύμα τον θύτη του φανερώς και δημοσίως, δηλώνοντάς του ότι η συμπεριφορά του, του προκαλεί δυσαρέσκεια, από την άλλη όμως, κάτι τέτοιο μπορεί να οδηγήσει τον δεύτερο σε αντίποινα (Σπυροπούλου, 2014).

Η αναλυτική καταγραφή των άσχημων συμπεριφορών, συμπεριλαμβανομένου της συχνότητας και της χρονικής διάρκειάς τους, βοηθάνε το άτομο στο να τις κωδικοποιήσει, για να ξεκαθαρίσει ότι αποτελούν δείγματα εκφοβισμού (Traynor, 2017).

Τέλος, η ίδια η επιχείρηση οφείλει να βοηθάει τους εργαζόμενούς της, όσον αφορά την πρόληψη και την αντιμετώπιση του εργασιακού εκφοβισμού. Μερικοί τρόποι είναι και οι εξής (Σπυροπούλου, 2014):

- Να συστήνεται στους στοχοποιημένους εργαζόμενους αλλά και στους μάρτυρες, να υποβάλλουν γραπτά, ως παράπονο ή καταγγελία, την όποια άσχημη συμπεριφορά αντιμετωπίζουν.
- Οφείλει να καταγράφει αλλά και να αξιολογεί όλα αυτά τα φαινόμενα που θα της έχουν αναφερθεί, προσπαθώντας σε σύντομο χρονικό διάστημα, να εφαρμόσει διαδικασίες έρευνας και σχέδια δράσης που θα έχουν ως στόχο την καταπολέμηση και τη ριζική αντιμετώπισή τους.
- Θα πρέπει να διαμορφώσει και να διατηρεί ένα εργασιακό περιβάλλον, όπου θα υπάρχει ανοιχτή επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των μελών, θα απουσιάζουν οι όποιες αντιπαλότητες και η αναξιοκρατία, ενώ ο ανταγωνισμός δεν θα είναι αθέμιτος.
- Να παρέχει στους εργαζόμενους, ένα σύστημα ψυχολογικής υποστήριξης, όπου εκεί θα μπορούν να διαχειριστούν τα όποια ψυχολογικά τραύματα αλλά και να ακολουθούν διαδικασίες επίλυσης διενέξεων που θα προτείνονται.
- Να δημιουργήσει μία διατμηματική ομάδα, η οποία θα συνεργάζεται με εξωτερικούς ερευνητές ή ειδικούς, ώστε να καταγράφει τις οργανωτικές στάσεις και πρακτικές που ισχύουν σε κάθε εργασιακό χώρο, θα εντοπίζει τα πιθανά προβλήματα και θα προτείνει τις ανάλογες λύσεις.
- Να θέσει τις βάσεις της ανώτερης διοίκησης, ώστε το πρότυπο που θα επικρατεί, να στηρίζεται στον σεβασμό, την αξιοπρέπεια και στην φροντίδα, αρνούμενη τυχόν προηγούμενο επιθετικό και αυταρχικό ύφος.
- Η υλοποίηση διάφορων εκπαιδευτικών σεμιναρίων και προγραμμάτων, που θα απευθύνονται σε όλους, ανεξάρτητα την ιεραρχία τους και θα έχουν στόχο να παρουσιάζονται και να συζητούνται όλα όσα σχετίζονται με τον εργασιακό εκφοβισμό.
- Να εφαρμόσει ένα σύστημα αρνητικών κυρώσεων, δείχνοντας με αυτόν τον τρόπο ότι η άσκηση εκφοβισμού δεν είναι ανεκτή.

### 1.14.1. Αντιμετώπιση του εργασιακού εκφοβισμού από τους νοσηλευτές

Η νέα γενιά των Νοσηλευτών, δεν έχει έλθει ακόμα αντιμέτωπη με τις δυσκολίες του επαγγέλματός της, παρά μόνο μέσα από την κλινική και την πρακτική της άσκηση. Έχοντας υπόψη και τα βιβλιογραφικά ευρήματα, που αναφέρουν ότι ακόμα και στην πρακτική τους άσκηση οι φοιτητές της νοσηλευτικής, μπορούν να βιώνουν φαινόμενα εκφοβισμού, θα πρέπει να αρχίσουν όχι μόνο να προβληματίζονται θεωρητικά για την αντιμετώπιση τέτοιων συμπεριφορών, αλλά και να προσπαθούν να οδηγηθούν στην αυτοανάπτυξή τους, η οποία θα τους δώσει πολλά εφόδια και στέρεες βάσεις. Η αυτοανάπτυξη μπορεί να επιτευχθεί με τα εξής (Μισουρίδου, 2011):

- Με τη δημιουργία συμμαχιών και δικτύων στο χώρο εργασίας τους.
- Με την ανάπτυξη των ικανοτήτων κατανόησης και διαχείρισης των συναισθημάτων των δικών τους αλλά και των άλλων.
- Με την επεξεργασία των δικών τους εμπειριών, μετατρέποντάς τες σε γνώση.
- Με τη διατήρηση θετικής στάσης στις δυσκολίες.
- Με την απόκτηση ανθεκτικότητας στις διάφορες αντιξοότητες που αντιμετωπίζουν.
- Με την σταδιακή ανάπτυξη μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας.
- Με τη συνεχή επιμόρφωσή τους.

Ο νοσηλευτής-θύμα, μπορεί να χρησιμοποιήσει λεκτικές και μη λεκτικές τεχνικές αντιμετώπισης εκφοβιστικών συμπεριφορών. Οι λεκτικές τεχνικές, σχετίζονται με την έκφραση της δυσαρέσκειας του ατόμου-στόχου στο θύτη, την κατανόηση του θυμού του, καθώς και την άμεση επικοινωνία μαζί του, με έναν συνάδελφο και τους εκπροσώπους του εργασιακού κλάδου. Οι μη λεκτικές τεχνικές περιλαμβάνουν τη διατήρηση μιας οπτικής επαφής και απόστασης από το θύτη.

Είναι σημαντικό να γνωρίζει το άτομο που στοχοποιείται, ότι θα πρέπει να καταγράφει όλα τα περιστατικά στο βαθμό και στον χρόνο εμφάνισής τους, διατηρώντας ένα αρχείο, ώστε να μπορεί στη συνέχεια πιο εύκολα να τα κοινοποιήσει στη διοίκηση και επομένως, να απαιτήσει και τη διακοπή τους (Φώτης & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2010).

Εκτός όμως από το ατομικό επίπεδο, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται τέτοιες επιθετικές συμπεριφορές και σε συλλογικό επίπεδο, με τις εξής ενέργειες (Μισουρίδου, 2011):

- Να γίνει μία ριζική οργανωσιακή μεταρρύθμιση.
- Να δημιουργηθεί το κατάλληλο συνεργατικό κλίμα και να αναπτυχθούν οι επικοινωνιακές δεξιότητες μεταξύ των μελών της νοσηλευτικής διοίκησης.
- Να δημιουργηθούν συστήματα αναφοράς εκφοβισμού.
- Να υπάρχει η ανάλογη και σωστή υποστήριξη των θυμάτων του εκφοβισμού.



- Να αποκτήσουν οι νοσηλευτές την ανάλογη εκπαίδευση για να μπορούν να επιλύουν τις διάφορες συγκρούσεις που εμφανίζονται στον χώρο εργασίας τους.
- Να υπάρχει ένας επόπτης που θα καθοδηγεί τους νέους νοσηλευτές.
- Να υπάρχει ένας μέντορας, ο οποίος θα βοηθάει τους νέους νοσηλευτές στο να αποκτήσουν όχι μόνο την ανάλογη κριτική σκέψη και δεξιότητες, αλλά θα τους οδηγήσει στην αύξηση της αυτοπεποίθησής τους, ενδυναμώνοντάς τους με τον κατάλληλο τρόπο (Hill & Sawatzky 2011, Frederick 2014).
- Να δημιουργηθεί ένα υποστηρικτικό δίκτυο όχι μόνο για τα θύματα του εκφοβισμού, αλλά και για νέους επαγγελματίες.
- Σε προπτυχιακό επίπεδο, να διδάσκονται υποχρεωτικά, ανάλογα μαθήματα όπως συμβουλευτική, που θα στοχεύουν στο να μπορούν να αναγνωρίζουν οι φοιτητές νοσηλευτικής και να αντιμετωπίζουν εκφοβιστικές συμπεριφορές (Vogelprohl et al., 2013). Με αυτόν τον τρόπο, θα είναι προετοιμασμένοι και θα μπορούν να διεκδικούν πιο εύκολα τα επαγγελματικά δικαιώματά τους.
- Οι νοσηλευτές που ασκούν διοικητικά καθήκοντα, να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν αυθεντικές στρατηγικές, οι οποίες θα αποτελούν μέρος μιας στρατηγικής για την εξάλειψη του φαινομένου (Laschinger et al., 2012).

Θα πρέπει να τονιστεί ότι συχνά, τα θύματα εσφαλμένα ελαχιστοποιούν τα ίδια το πρόβλημα και αγνοούν πως ο εκφοβισμός στον χώρο εργασίας τους παραβιάζει τα ανθρώπινα δικαιώματα και καταστρέφει τη ζωή των ίδιων αλλά και όσων είναι μάρτυρες. Η νομοθεσία, θα πρέπει να λάβει μέτρα για την πρόληψη και την εξάλειψη αυτού του φαινομένου, προστατεύοντας όλους όσους διαμαρτύρονται για αυτό και αντιμετωπίζοντάς το αποτελεσματικά παίρνοντας υπόψη όλες τις πιθανές πράξεις εκφοβισμού (Carbo, 2017).

### **1.15. Το φαινόμενο του εκφοβισμού στην Ελλάδα μέσα στο νοσηλευτικό χώρο**

Ενώ στο εξωτερικό έχουν γίνει και γίνονται συνεχώς έρευνες για τον εργασιακό εκφοβισμό που βιώνουν οι νοσηλευτές, στην Ελλάδα, το φαινόμενο αυτό δεν έχει, ακόμα, μελετηθεί επαρκώς. Παρακάτω θα παρουσιαστούν συντόμως μερικές από τις πρόσφατες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί (Σπυροπούλου 2014, Serafeimidou & Dimou 2016):

Ο Μακράκης (2009), μελέτησε το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης σε ένα ιδιωτικό και ένα δημόσιο νοσοκομείο στην Κρήτη. Τα ευρήματά του έδειξαν ότι το ποσοστό των εργαζομένων που είχαν εκφοβιστεί ή ήταν μάρτυρες σε φαινόμενα εκφοβισμού στο χώρο εργασίας τους, ανέρχεται από 10,5% έως 12,5%. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι ο δημόσιος τομέας είχε περισσότερα περιστατικά εκφοβισμού, σε ποσοστό 12,5% από ό,τι ο ιδιωτικός τομέας που κυμαίνεται στο 10,5%. Οι γυναίκες, στοχοποιούνται σε μεγαλύτερο βαθμό από τους άντρες ανεξαρτήτως αν δουλεύουν σε δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα, ενώ δήλωσαν ότι στο δημόσιο υπήρξαν και θύτες.

Οι Μπακέλλα και συν. (2013), μελέτησαν το φαινόμενο αυτό σε επτά νοσοκομεία στη Δυτική Ελλάδα και το ποσοστό ανεβαίνει στο 71%, όπου οι συμμετέχοντες ανέφεραν και πολλά ψυχοσωματικά συμπτώματα.

Σε μια άλλη μικρού μεγέθους έρευνα (Ζιγρικά, 2013) μεταξύ των δημοσίων υπαλλήλων που απασχολούνται στη Νομαρχία Σερρών, αναφέρθηκε ότι το 10,6% των εργαζομένων εκφοβίζονταν συστηματικά.

Σε άλλη έρευνα, οι Koukia et al. (2013) διαπίστωσαν ότι το 80% του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης που δουλεύει σε γενικό νοσοκομείο στην Αθήνα, ήταν θύματα ψυχολογικής και λεκτικής βίας από τους επισκέπτες των ασθενών.

Οι Koukia et al. (2013) θέλησαν να δώσουν πρώτα έμφαση στην καταστροφή των μορφών βίας που υφίσταται το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείων της Αθήνας από τους επισκέπτες (κυρίως από τους συγγενείς) των ασθενών και στη συνέχεια να διερευνήσουν αιτιολογικά και να συσχετίσουν το φαινόμενο αυτό με την τρέχουσα οικονομική κρίση. Από την έρευνα προκύπτει ότι τα νεότερα σε ηλικία μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, επειδή δεν είχαν την ανάλογη σχετική εκπαίδευση και προστασία από τους συναδέλφους τους που ήταν πιο έμπειροι από τους ίδιους, έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποστούν ψυχολογική βία.

Επίσης, κάποια χαρακτηριστικά που έχει ο κάθε ένας, όπως το βάρος ή το ύψος, παίζουν ρόλο στην επιλογή των θυμάτων από τους συγγενείς των ασθενών. Επομένως, και εδώ, όπως και στην έρευνα του Μακράκη (2009), οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν κάποια μορφή βίας.

Οι επισκέπτες και οι οικογένειες των ασθενών δεν μπορούν εύκολα να διαχειριστούν το θέμα της οικονομικής κρίσης και γίνονται πιο απαιτητικοί στην παροχή φροντίδας υγείας προς τον συγγενή τους. Αυτό έχει σαν επακόλουθο, να εκτονώνουν το όποιο προσωπικό τους άγχος, στους νοσηλευτές και στους ιατρούς, οι οποίοι με τη σειρά τους, δεν είναι σωστά εκπαιδευμένοι και ενημερωμένοι για το πώς μπορούν να διαχειριστούν τέτοιες καταστάσεις που καταλήγουν ακόμα και στη βία. Αξίζει να τονιστεί και το γεγονός ότι τα θύματα-στόχοι διστάζουν να αναφέρουν περιστατικά βίας που έχουν υποστεί, ενώ αν το κάνουν, δεν παρατηρούν την ανάλογη προθυμία από την πλευρά της διοίκησης.

Στις παραπάνω μελέτες, μπορούν να προστεθούν δύο ακόμα πιο πρόσφατες: Α) Οι Μπακάλης και συν. (2016) μελέτησαν την ύπαρξη του εργασιακού εκφοβισμού σε νοσοκομεία του νομού Αχαΐας, με τη μορφή ερωτηματολογίων, όπου καταγράφηκε μικρό ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού που βιώνουν τέτοια φαινόμενα. Β) Οι Karatza et al. (2016), διεξήγαγαν μια συγχρονική μελέτη σε πέντε μεγάλα νοσοκομεία της 1<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, με τη μορφή πάλι ερωτηματολογίων, όπου κατέληξε στο ότι το 30,2% παρενοχλήθηκε ψυχολογικά στους χώρους εργασίας τους, κατά τους προηγούμενους 6 μήνες.

Όσον αφορά την ελληνική νομοθεσία (Cobb, 2017), η νομική προστασία για τον εργασιακό εκφοβισμό, έγκειται στον Νόμο υπ' αριθμό 3896/2010, ο οποίος καθιερώνει το νομικό πλαίσιο για την εφαρμογή και προώθηση της εφαρμογής της αρχής της ίσης μεταχείρισης ανδρών και γυναικών κατά την άσκηση αυτοτελούς επαγγελματικής δραστηριότητας. Ο νόμος 3488/2006 έχει καταργηθεί και αντικατασταθεί από τις διατάξεις του νόμου 3896/2010 (<https://www.synigoros.gr/?i=equality.el.ifnomos>):

Με τον νόμο 3896/2010, διευρύνθηκαν οι αρμοδιότητες του Συνηγόρου του Πολίτη σε θέματα επαγγελματική ισότητας των φύλων. Ο νόμος 3896/2010 για την «Εφαρμογή της αρχής των ίσων ευκαιριών και της ίσης μεταχείρισης ανδρών και γυναικών σε θέματα εργασίας και απασχόλησης» αποτυπώνει συστηματικά ένα νέο, πληρέστερο ρυθμιστικό πλαίσιο για την πιο αποτελεσματική εφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης των δύο φύλων στον τομέα της εργασίας μέσω ενός συστήματος διευρυμένης έννομης προστασίας και καινοτόμων νομικών εργαλείων. Ο νόμος αυτός ενσωματώνει στην ελληνική έννομη τάξη την οδηγία 2006/54/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 5ης Ιουλίου 2006.

Ο ανωτέρω νόμος εφαρμόζεται (άρθρο 1) σε όσους απασχολούνται, σε όσους είναι υποψήφιοι για απασχόληση ή προς επαγγελματική κατάρτιση με οποιαδήποτε σχέση εργασίας ή μορφή απασχόλησης, τόσο στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, όσο και στα ελεύθερα επαγγέλματα. Ο νόμος καλύπτει και όσους λαμβάνουν επαγγελματική εκπαίδευση οποιουδήποτε είδους και οιασδήποτε μορφής, ενώ καλύπτει και την ίση πρόσβαση στα επαγγελματικά συστήματα κοινωνικής ασφάλισης. Παράλληλα, αναδιατυπώνεται ο όρος της σεξουαλικής παρενόχλησης (άρθρο 2), της άμεσης και έμμεσης διάκρισης καθώς και της παρενόχλησης.

Επίσης, απαγορεύει τόσο την άμεση όσο και την έμμεση διάκριση (όπως οι όροι προσδιορίζονται στη διάταξη του άρθρου 2 του ίδιου νόμου) λόγω φύλου (άρθρο 3), την παρενόχληση, τη σεξουαλική παρενόχληση, την διάκριση λόγω εγκυμοσύνης ή μητρότητας καθώς και την λιγότερο ευνοϊκή μεταχείριση προσώπου που συνδέεται με αλλαγή φύλου.

Με τη διάταξη του άρθρου 25 του ανωτέρω νόμου ο Συνήγορος του Πολίτη ορίζεται φορέας για την παρακολούθηση και προώθηση της εφαρμογής, στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, της αρχής των ίσων ευκαιριών και της ίσης μεταχείρισης ανδρών και γυναικών. Φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, συμπεριλαμβανομένων των τραπεζών, υπάγονται στην αρμοδιότητα του Συνηγόρου του Πολίτη. Σημαντική καινοτομία του νόμου αποτελεί η διάταξη της παραγράφου 7 του άρθρου 25 του νόμου όπου ορίζεται ότι ειδικά και μόνο όταν δέχεται αναφορές για διακρίσεις λόγω φύλου, ο Συνήγορος του Πολίτη δεν θα σταματά πια την έρευνά του εάν ο ενδιαφερόμενος προσφύγει στη δικαιοσύνη αλλά θα συνεχίζει τη διαμεσολαβητική του προσπάθεια για επίλυση του προβλήματος μέχρι την πρώτη συζήτηση της υπόθεσης στο ακροατήριο ή μέχρις ότου εξεταστεί αίτημα για παροχή προσωρινής δικαστικής προστασίας.

Παράλληλα, στο άρθρο 25 παρ.10 του νόμου ορίζεται ότι οι κατά τόπον Επιθεωρήσεις Εργασίας, οι οποίες επιλαμβάνονται των συναφών καταγγελιών ενημερώνουν άμεσα το Συνήγορο του Πολίτη, έχουν δε την υποχρέωση να του υποβάλουν τα αποτελέσματα των ενεργειών αρμοδιότητάς τους, επιφυλασσομένης, σε κάθε περίπτωση, της αρμοδιότητας του Συνηγόρου του Πολίτη προς ιδίαν έρευνα και διαμόρφωση του τελικού πορίσματος επί της καταγγελίας. Η συνδρομή του Συνηγόρου του Πολίτη μπορεί να συνίσταται είτε στη διαμεσολάβηση με κάθε πρόσφορο τρόπο για την αποκατάσταση της ίσης μεταχείρισης ανδρών και γυναικών είτε στην διενέργεια ίδιας έρευνας για την υπόθεση, προκειμένου να διαμορφωθεί το τελικό πόρισμα επί των καταγγελιών.

Τέλος, ως προς τη διαδικασία, ο νόμος επαναλαμβάνει την καινοτομία του ν. 3488/2006 περί της αντιστροφής του βάρους απόδειξης. Σύμφωνα με αυτή (διάταξη του άρθρου 24 του νόμου), σε περίπτωση ισχυρισμού περί διακριτικής μεταχείρισης λόγω φύλου, ο επικαλούμενος την διάκριση οφείλει να προσκομίσει στοιχεία μέσω των οποίων να

πιθανολογείται η διάκριση, ενώ ο καθ' ου, φέρει το βάρος να αποδείξει την έλλειψη συνδρομής των προϋποθέσεων της διάκρισης. Η ανωτέρω διαδικασία εφαρμόζεται τόσο στις διαδικασίες ενώπιον των πολιτικών και των διοικητικών δικαστηρίων, όσο και σε καταγγελίες ενώπιον κάθε άλλης αρμόδιας αρχής, όπως εν προκειμένω ο Συνήγορος του Πολίτη. Η ανωτέρω ρύθμιση δεν ισχύει στην ποινική διαδικασία».

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 2. Ορίζοντας την έννοια της έρευνας

Τις τελευταίες δεκαετίες, στον χώρο των επιστημών της Υγείας, η έρευνα εξελίσσεται συνεχώς, καθώς μεγαλώνει και η ανάγκη του ανθρώπου να διερευνήσει τους διάφορους παράγοντες που παίζουν ρόλο στην εκδήλωση και την εξέλιξη των νοσημάτων, αλλά και να μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψή τους, με τις κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις (Παναγιωτάκος, 2011).

Έρευνα, ονομάζεται η συστηματική και ενδεδειγμένη διαδικασία αναζήτησης πληροφοριών που αποσκοπεί στην περιγραφή των φαινομένων και στην ανάπτυξη και τον έλεγχο επεξηγηματικών εννοιών και θεωριών (Bowling, 2014). Βασικός της στόχος είναι να συμβάλλει με τον μέγιστο τρόπο στην εξέλιξη, συμπλήρωση και τροποποίηση της επιστημονικής γνώσης. Είναι η αλήθεια που βρίσκεται κρυμμένη και δεν έχει ακόμα βρεθεί και για αυτό τον λόγο, κάθε ερευνητική μελέτη έχει το δικό της συγκεκριμένο σκοπό και τους δικούς της ερευνητικούς στόχους (Kothari, 2004).

Η νοσηλευτική ως επιστήμη, είναι σχετικά νέος τομέας σε σύγκριση με άλλα επιστημονικά πεδία, όπως είναι η φιλοσοφία ή η φυσική που διαθέτουν εκατοντάδες χρόνια ιστορικής μελέτης. Δεν βασιζόταν από την αρχή της εφαρμογής της πάνω σε συγκεκριμένη έρευνα και επομένως, η έρευνα στον νοσηλευτικό κλάδο δεν κατείχε την θεμελιώδη σημασία, όπως είναι γνωστή σήμερα (Houser, 2018). Σε αυτή την ανέλιξη, έπαιξε σπουδαίο ρόλο η Florence Nightingale, η οποία θεωρείται κορυφαία θεωρητικός της νοσηλευτικής επιστήμης και η οποία εκτός των άλλων, εισήγαγε την έρευνα στην εφαρμογή της νοσηλευτικής (Fitzpatrick & McCarthy, 2014).

Πιο συγκεκριμένα, η νοσηλευτική έρευνα, μπορεί να οριστεί ως μια διαδικασία, η οποία επιτρέπει στους νοσηλευτές να υποβάλλουν ερωτήματα τα οποία αποσκοπούν στην απόκτηση νέων γνώσεων για τη βελτίωση της υγείας των ασθενών (Fain, 2017). Ακολουθεί μια συστηματική προσέγγιση, η οποία βοηθάει τους νοσηλευτές στην πρακτική τους εξάσκηση, καθώς μπορεί να λειτουργήσει ως μια βάση γνώσεων (Polit & Beck, 2008).

Η νοσηλευτική έρευνα παίζει σπουδαίο ρόλο στον χώρο της Υγείας, καθώς μέσω αυτής οι νοσηλευτές μπορούν να κατανοήσουν πιο εύκολα τα προβλήματα και τις ανάγκες των ασθενών, να βεβαιωθούν για την ποιότητα και αποτελεσματικότητα της περίθαλψής τους, να παίρνουν πιο εύκολα αποφάσεις και να στηρίζουν τη δράση τους πάνω σε επιστημονικά τεκμηριωμένες γνώσεις, αφού θα έχουν μελετήσει την ανάλογη βιβλιογραφία την οποία και θα εφαρμόζουν όχι μόνο στη νοσηλευτική πρακτική, αλλά και στη διοίκηση και την εκπαίδευση (Hoskins & Mariano, 2004).

Η γνώση, επομένως, που αποκτάται μέσω της νοσηλευτικής έρευνας είναι απαραίτητη, διότι όχι μόνο παρέχει ένα επιστημονικό υπόβαθρο, αλλά μπορεί, μέσω αυτής, να προβλεφθούν τα αποτελέσματα μιας νοσηλευτικής απόφασης και να ανακαλυφθούν ή και να

κατηγοριοποιηθούν νέες πληροφορίες που θα στοχεύουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα (Nirmala et al., 2011).

Στο χώρο της νοσηλευτικής, υποστηρίζεται από αρκετούς, ότι υπάρχει ένα χάσμα μεταξύ της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και της νοσηλευτικής πρακτικής, το οποίο προκαλείται από το εκάστοτε πολιτικό κλίμα που επικρατεί, από τη μη διαθεσιμότητα αρκετών πηγών και στην ανικανότητα εκπλήρωσης των απαιτήσεων του πληθυσμού που συνεχώς αυξάνεται. Για αυτό τον λόγο, η έρευνα λειτουργεί σαν μία «γέφυρα» μεταξύ της γνώσης, δηλαδή της εκπαίδευσης και της πρακτικής, όπου οι νοσηλευτές θα πρέπει να αναρωτιούνται συνεχώς και να αναζητούν απαντήσεις (Nirmala et al., 2011).

## **2.1. Επιλογή θέματος και ανάπτυξη ερευνητικού προβλήματος**

Ο όρος «εργασιακός εκφοβισμός» είναι ένα ζήτημα που απασχολούσε και απασχολεί ακόμα όλον τον επαγγελματικό χώρο, καθώς δεν έχει σύνορα και δεν περιορίζεται (Adams, 2015). Η νοσηλευτική, είναι ένας κλάδος που βιώνει αυτόν τον εκφοβισμό, αφού ως επάγγελμα, δέχεται επιθετικές συμπεριφορές, λεκτική βία, προσβλητικά σχόλια, κριτική, ψυχική και σωματική κακοποίηση και μπορεί να καταλήξει ακόμα και σε αποχώρηση προσωπικού (Zuzelo, 2010). Παρατηρείται ότι το φαινόμενο αυτό, είναι πολύ δύσκολο να αντιμετωπιστεί με τον σωστό τρόπο, με αποτέλεσμα, κάθε χρόνο να αυξάνονται τέτοια περιστατικά στον χώρο εργασίας τους.

Το συγκεκριμένο θέμα, στο πλαίσιο του μαθήματος «Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας», προσεγγίστηκε ένα χρόνο πριν, το έτος 2016, ποσοτικά με δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο είχε δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's Alpha 0,912. Χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας και συμμετείχαν 104 νοσηλευτές Π.Ε., Τ.Ε. και Δ.Ε., που εργάζονταν σε δημόσια Νοσοκομεία του Νομού Αχαΐας. Παρακάτω παρατίθενται τα πιο σημαντικά ευρήματα της έρευνας:

Το 74% των νοσηλευτών, τουλάχιστον μια φορά τον μήνα έχει πρόβλημα όσον αφορά τα προβλήματα έκφρασης της προσωπικής του άποψης. Το ίδιο ισχύει όσον αφορά και για τις φωνές που δέχονται στον χώρο εργασίας τους. Το 45% ποτέ δεν ένιωσε υποβάθμιση της συνεισφοράς του. Αξίζει να αναφερθεί ότι το 63% του δείγματος δεν δέχεται εξευτελιστικά σχόλια ενώ το 55% ποτέ δεν υποβαθμίστηκε (ή μειώθηκε) για τις γνώσεις ή τις δεξιότητές του μπροστά σε μάτια τρίτων. Ακόμα, το 85% των νοσηλευτών, δεν έχει ασκήσει bullying σε άλλους και το 63% ένιωσε ότι ποτέ δεν ωθήθηκε προς την παραίτηση. Το 53% του δείγματος έχει μιλήσει για την κακομεταχείριση που νιώθει από τα άτομα του εργασιακού του περιβάλλοντος και το 48% αισθάνεται άνετα να διαχειρίζεται θέματα bullying στον εργασιακό χώρο. Τέλος, το 43% των νοσηλευτών ανέφερε ότι η διοίκηση δεν είναι υποστηρικτική σε θέματα bullying. Δεν υπήρχε στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσηλευτών ΠΕ, ΤΕ και ΔΕ ( $p > 0.05$ ).

Σύμφωνα με αυτή την έρευνα, η πλειοψηφία του δείγματος δεν παρουσίαζε βιώματα από το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού. Για αυτό τον λόγο, κρίθηκε αναγκαίο η περαιτέρω διερεύνηση του θέματος με ποιοτικές μεθόδους, όπως είναι η συνέντευξη, μέσω της οποίας μπορεί να δοθεί μια πιο σαφή εξήγηση και ερμηνεία. Επίσης, θα αυξηθεί και ο βαθμός αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων, καθώς ο συνδυασμός της ήδη ποσοτικής έρευνας που έχει

πραγματοποιηθεί, μαζί με την νέα ποιοτική, θα οδηγήσει ίσως σε μια πληρέστερη ερμηνεία των αποτελεσμάτων (Δαρβίρη, 2009).

Το ερευνητικό πρόβλημα, σύμφωνα και με την υπάρχουσα βιβλιογραφία που αναλύθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, είναι η ύπαρξη του εργασιακού εκφοβισμού, ή όπως αλλιώς ονομάζεται bullying, στους νοσηλευτές, οι σοβαρές επιπτώσεις που προκαλούνται από αυτό και η μη σωστή ενημέρωσή τους για τρόπους αντιμετώπισής του.

Για να υπάρξει ωφέλεια από το ερευνητικό πρόβλημα του εργασιακού εκφοβισμού των νοσηλευτών που εξετάζεται, θα πρέπει αυτό να εξαρτάται από τρία βασικά στοιχεία: τη σημαντικότητα, την ερευνησιμότητα και την εφικτότητά του (Σαχίνη-Καρδάση, 2007).

Η σημαντικότητα του θέματος, έγκειται στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές βιώνουν εργασιακό εκφοβισμό, κάτι που έχει τις ανάλογες συνέπειες στην ψυχοσωματική τους υγεία (Cleary, 2010). Έχουν γίνει αρκετές μελέτες στο εξωτερικό, που αποδεικνύουν ότι υπάρχει το συγκεκριμένο πρόβλημα και αναλύονται ποια είναι τα αίτια και πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί. Στηριζόμενοι σε αυτά τα ευρήματα, γίνεται προσπάθεια διερεύνησης του θέματος και στην Ελλάδα.

Η νέα επιστημονική νοσηλευτική γνώση που θα παραχθεί, θα έχει ως στόχο να βοηθήσει και να προβληματίσει τους νοσηλευτές, οι οποίοι θα μπορούν στη συνέχεια να συνεχίσουν την έρευνα και να την εμπλουτίσουν, έτσι ώστε κάποια στιγμή να αρχίσουν να μειώνονται, αν όχι να καταργηθούν τελείως τα φαινόμενα του εκφοβισμού.

Με την ερευνησιμότητα, αποσαφηνίζεται το πρόβλημα το οποίο μελετάται, γίνεται ακριβής διατύπωση των ερευνητικών ερωτήσεων και δίδονται ευκρινώς οι ορισμοί των εννοιών και των μεταβλητών. Προηγήθηκε και η ανάλογη βιβλιογραφική ανασκόπηση, η οποία βοηθάει στο να παρουσιαστεί αναλυτικά τι είναι γνωστό για το φαινόμενο του εκφοβισμού στους νοσηλευτές. Ο ίδιος ο τίτλος της μελέτης, αντανακλά ακριβώς και τον σκοπό της έρευνας.

Ένα πολύ σημαντικό κριτήριο, το οποίο αξιολογεί κατά πόσο τελικά μπορεί το θέμα του νοσηλευτικού εργασιακού εκφοβισμού να διερευνηθεί, είναι και η εφικτότητα. Για να υπάρξει, όμως, εφικτότητα, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κάποιοι παράμετροι:

α) Ο χρόνος, ο οποίος έπρεπε να κατανεμηθεί σωστά, έτσι ώστε να αποτραπούν τυχόν προβλήματα που θα επηρέαζαν το χρονοδιάγραμμα, για να ολοκληρωθεί η μελέτη. Η μικρή εμπειρία που διέθετε η ερευνητική ομάδα στον τομέα της έρευνας, καθώς και το γεγονός ότι αυτή θα έπρεπε να έχει ολοκληρωθεί μέσα σε έξι μήνες, ήταν κάποιοι παράγοντες που δυσχέραιναν την όλη προσπάθεια. Επίσης, θα πρέπει να προστεθεί και το γεγονός ότι η συνέντευξη απαιτεί περισσότερο χρόνο για τη συλλογή των δεδομένων (Rees, 2016). Στην παρούσα έρευνα, η κάθε συνέντευξη, διαρκούσε περίπου 20-25 λεπτά και ο χρόνος σχετιζόταν και με το πόσο σύντομα ή εκτενώς απαντούσε το κάθε άτομο ξεχωριστά σε κάθε ερώτηση.

β) Το οικονομικό κόστος, το οποίο είναι σε κάθε περίπτωση καθοριστικής σημασίας. Για την συγκεκριμένη έρευνα, δεν λήφθηκε κάποιο χρηματικό ποσό ως βοήθεια, για αυτό τον λόγο, περιορίστηκε στο να συμμετάσχουν υποκείμενα από τον νομό Αχαΐας. Επίσης, η ερευνητική ομάδα με έξοδα δικά της, εξασφάλισε την μετακίνησή της στο χώρο εργασίας των υποκειμένων και τον απαραίτητο εξοπλισμό που χρειαζόταν, όπως για παράδειγμα μία συσκευή για τις ηχογραφήσεις των συνεντεύξεων.

γ) Η διαθεσιμότητα των υποκειμένων, πληρούσε μεν τις προϋποθέσεις που εξυπηρετούσε η μελέτη, αλλά δεν είχαν όλοι την ανάλογη προθυμία, με αποτέλεσμα ο αριθμός των συμμετεχόντων να μην είναι πολύ μεγάλος. Αξίζει να σημειωθεί πως σε σύγκριση με την συμπλήρωση ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες έδειχναν περισσότερο ενδιαφέρον στο να συζητήσουν και να πουν τις απόψεις τους, μέσω συνέντευξης, για αυτό το θέμα.

δ) Η εμπειρία που έχει ένας ερευνητής πάνω σε οποιοδήποτε θέμα που εξετάζει, παίζει σπουδαίο ρόλο. Γνωρίζοντας το μικρό εμπειρικό υπόβαθρο που υπήρχε, η ερευνητική ομάδα αξιολόγησε εξ αρχής τις ικανότητές της, ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει τα όποια προβλήματα θα προέκυπταν. Επομένως, έπρεπε να έλθει αντιμέτωπη με τον κίνδυνο να μην γίνει κατανοητή κάποια ερώτηση ή ακόμα και ο τόνος ομιλίας να επηρεάσει τους ερωτηθέντες, κάτι που συμβαίνει συχνά στις συνεντεύξεις (Ellis & Bach, 2016). Επίσης, δεν θα πρέπει να παραλείπεται και η απουσία της εμπειρίας για τη συλλογή της βιβλιογραφίας, καθώς ο χρόνος που χρειάζεται ένας άπειρος ερευνητής, είναι πολύ μεγαλύτερος από τον χρόνο που διαθέτει ο έμπειρος (Gray et al., 2017).

ε) Η έλλειψη συνεργασίας με άλλους νοσηλευτές ή φορείς, θα μπορούσε να δημιουργήσει αντιδράσεις και να οδηγηθεί η έρευνα ακόμα και σε ματαίωση. Υπήρχαν κάποιοι ενδιασμοί στο θέμα της συνεργασίας, αλλά αυτό δεν αποτέλεσε πρόβλημα στο να σταματήσει η συγκεκριμένη έρευνα. Ίσως, οι ενδιασμοί αυτοί, να οφείλονται στο ίδιο το θέμα που θεωρείται φλέγον και να φοβίζει τους νοσηλευτές στο να εκφράσουν την προσωπική τους άποψη.

στ) Η διαθεσιμότητα των δομών και του εξοπλισμού, είναι κάτι που εξετάζεται εξ αρχής. Ξεκαθαρίστηκαν οι ανάγκες που υπήρχαν από την αρχή της έρευνας και ο απαραίτητος εξοπλισμός που χρειάστηκε ήταν η εκτύπωση της άδειας και των ερωτήσεων, μία συσκευή ηχογράφησης και μεταφορικό μέσο για τις μετακινήσεις στα διάφορα δημόσια νοσοκομεία. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, δεν υπήρχαν οικονομικοί πόροι και η ερευνητική ομάδα ανέλαβε η ίδια να καλύψει τα έξοδα.

ζ) Τέλος, οι ηθικοί προβληματισμοί, είναι πολύ σημαντικοί, ειδικά σε έναν κλάδο όπως η Νοσηλευτική (Grove et al., 2015). Η συγκεκριμένη έρευνα, προσπάθησε να μην παραβεί τα ηθικά δικαιώματα, καθώς οι απαιτήσεις της από τα υποκείμενα δεν ήταν άδικες ή μη ηθικές. Επίσης, οι ερωτηθέντες, πληροφορήθηκαν για τα μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν για τη διατήρηση της εμπιστευτικότητας και της ανωνυμίας, για την προστασία της ιδιωτικότητάς τους, για τον εθελοντικό χαρακτήρα συμμετοχής χωρίς οικονομικά ανταλλάγματα και σαφώς για τη δυνατότητα ελεύθερης ανάκλησης της παρεχόμενης συναίνεσης. Θα πρέπει να προστεθεί και το γεγονός, ότι σε ποιοτικές έρευνες όπως η συγκεκριμένη, δεν υπάρχει σε μεγάλο βαθμό η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα (De Chesnay, 2015) όπως στις ποσοτικές έρευνες και για αυτό τον λόγο, χρησιμοποιήθηκε το ηθικό πρωτόκολλο και έγινε η ανάλογη ενημέρωση.

Τα ερευνητικά ερωτήματα στην παρούσα έρευνα, μπορούν να συνοψιστούν, σύμφωνα με τη θεματολογία που είναι χωρισμένα ως εξής:

α) Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν πρόβλημα στο να εκφέρουν την άποψή τους;

β) Έχει ασκηθεί αρνητική κριτική στους νοσηλευτές, για την ικανότητά τους σε διάφορα ζητήματα πάνω στη δουλειά τους;



γ) Οι νοσηλευτές, βιώνουν εξευτελιστικά σχόλια, κουτσομπολιά ή φήμες;

δ) Απαιτούνται από τους νοσηλευτές να ακολουθούν καθήκοντα που είναι πέρα των δυνατοτήτων τους ή μη νοσηλευτικά;

ε) Οι νοσηλευτές είναι ενημερωμένοι από τη διοίκηση για το πώς μπορούν να αντιμετωπίσουν ανάλογα περιστατικά bullying;

## **2.2. Σκοπός της έρευνας**

Με τον σκοπό, δίνεται από τον ερευνητή, μια επεξήγηση, γιατί το ερευνητικό πρόβλημα που εξετάζεται είναι σημαντικό (Brink et al., 2006). Δηλαδή, δηλώνεται συνοπτικά ο λόγος για τον οποίο διεξάγεται η μελέτη (Gray et al., 2017).

Ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να διερευνηθεί η στάση των νοσηλευτών, από τα Δημόσια Νοσοκομεία της Ελλάδας, για την ύπαρξη του εκφοβισμού (bullying) στο χώρο εργασίας τους.

## **2.3. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας**

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση, έχει ως στόχο να τεκμηριώσει επιστημονικά το θέμα με το οποίο ασχολείται η έρευνα (Parahoo, 2014). Η καταγραφή της βιβλιογραφικής τεκμηρίωσης αποδεικνύει ότι η υπάρχουσα επιστημονική γνώση έχει μελετηθεί και έχει αξιοποιηθεί έτσι ώστε να μπορεί ο ερευνητής να αποδείξει ότι η δική του έρευνα ή διευκρινίζει, ή αναθεωρεί ή ακόμα μπορεί και να ξεπεράσει όσα είναι γνωστά πάνω σε αυτή (Sharma, 2014).

Στο θέμα του νοσηλευτικού εκφοβισμού, έγινε συστηματική προσπάθεια και εξέταση σχετικών βιβλίων και άρθρων, ώστε να συγκεντρωθεί η επιστημονική γνώση που χρειάζεται. Ακολουθήθηκαν όλα τα στάδια που χρειάζεται μια σωστή βιβλιογραφική ανασκόπηση και μπορεί να γίνει μια διάκριση σε δύο φάσεις:

α) Στην πρώτη φάση, εντοπίστηκαν ελληνόγλωσσα και ξενόγλωσσα βιβλία σχετικά με το θέμα που μελετάται και στη συνέχεια, αναζητήθηκαν με τις ανάλογες «λέξεις-κλειδιά» στις ηλεκτρονικές βάσεις «Science Direct» και «Pub Med» όλα τα άρθρα τα οποία σχετίζονται με αυτό.

β) Στη δεύτερη φάση, έγινε μια κριτική ανάγνωση, ώστε από όλα τα επιστημονικά άρθρα και βιβλία, να επιλεγούν και να αξιοποιηθούν εκείνα που είναι πιο αντιπροσωπευτικά, έγκυρα και αξιόπιστα.

Η κατάλληλη επιλογή των επιστημονικών άρθρων, τα οποία θα είναι και αξιόπιστα είναι μια διαδικασία δύσκολη, επίπονη και πολύ χρονοβόρα (Cutcliffe & Ward, 2014). Δεν είναι εύκολο να ξεκαθαριστεί πιο άρθρο αποδεδειγμένα κατέχει επιστημονική και τεκμηριωμένη ερευνητική βάση και για αυτό τον λόγο, η κριτική ανάγνωση παίζει το σπουδαιότερο ρόλο στην όλη διαδικασία της εύρεσής του (Boswell & Cannon, 2014).

Εξετάστηκαν στην αρχή, άρθρα και κείμενα γενικά για τον εργασιακό εκφοβισμό, το bullying, το mobbing και στη συνέχεια ειδικά άρθρα για τον εκφοβισμό που υφίστανται οι νοσηλευτές στον χώρο εργασίας τους, έτσι ώστε να γίνουν πιο κατανοητοί οι ορισμοί και οι έννοιες.

Ερευνήθηκαν και μελετήθηκαν, επίσης, άρθρα και βιβλία για: τη Νοσηλευτική, τη σημασία της στον τομέα της Υγείας, την έρευνα, το ισχύον επαγγελματικό σύστημα στην Ελλάδα, τα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών, το ισχύον σύστημα Υγείας, τα δημόσια νοσοκομεία και την οργάνωσή τους.

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στις ηλεκτρονικές βάσεις «Science Direct» και «Pub Med» είναι: bullying, workplace bullying, mobbing, verbal abuse, nurs workplace bullying.

Η μορφή της συγκεκριμένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης έχει τη μορφή ανασκόπηση περιεχομένου ή αλλιώς context-view. Στο προηγούμενο κεφάλαιο, έγινε η προσπάθεια σύνδεσης της μελέτης του εργασιακού εκφοβισμού των νοσηλευτών, με την έως τώρα υπάρχουσα γνώση πάνω σε αυτό το ζήτημα.

Επίσης, οι ερωτήσεις της συνέντευξης δομήθηκαν με βάση το παλιό ερωτηματολόγιο που είχε μοιραστεί σε προηγούμενη έρευνα της συγκεκριμένης ερευνητικής ομάδας και το οποίο συντάχθηκε, με βάση όλο το παραπάνω θεωρητικό πλαίσιο που μελετήθηκε μέσα από τη βιβλιογραφία.

#### **2.4. Διατύπωση υποθέσεων και ορισμός μεταβλητών**

Με την υπόθεση, μετατρέπεται η έκθεση του προβλήματος, σε σαφή και ακριβή πρόβλεψη των αναμενόμενων αποτελεσμάτων και μέσω αυτής εκφράζεται η προβλεπόμενη σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές.

Η υπόθεση, σχετίζεται άμεσα με το σκοπό που έχει η κάθε έρευνα και διαμορφώνεται από την αναζήτηση της ανάλογης βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Επομένως, τα αποτελέσματα είτε υποστηρίζουν και επαληθεύουν την αρχική υπόθεση, είτε ενδέχεται να μην την υποστηρίζουν και να αντικρούσουν έτσι το θεωρητικό υπόβαθρο (Gerrish & Lathlean, 2015). Η ερευνητική υπόθεση της συγκεκριμένης μελέτης, σύμφωνα πάντα με τις βιβλιογραφικές αναφορές, είναι ότι οι νοσηλευτές δέχονται εργασιακό εκφοβισμό και δεν ενημερώνονται επαρκώς για την αντιμετώπιση του φαινομένου. Η έρευνα, θα αποδείξει αν η αρχική αυτή υπόθεση είναι σωστή ή αν είναι λανθασμένη και πρέπει να απορριφθεί.

Σχετικές έρευνες στο εξωτερικό, έχουν αποδείξει την ύπαρξη εργασιακού εκφοβισμού των νοσηλευτών, τις επιπτώσεις που έχει, καθώς και την μη σωστή ενημέρωση, επομένως, η ερευνητική μας υπόθεση είναι παλιά και ελέγχεται αν αυτό ισχύει και στην Ελλάδα για να αξιοποιηθούν οι ήδη υπάρχουσες ή να δημιουργηθούν εκ νέου υποθέσεις. Στην Ελλάδα, παρόμοιες έρευνες έχουν επικεντρωθεί κυρίως σε βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις. Μία πρόσφατη ποσοτική έρευνα (Karatza et al., 2016), διεξήχθη σε δείγμα ευκολίας 841 μελών του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε πέντε μεγάλα νοσοκομεία της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, που βρίσκεται στην Αθήνα. Το 30,2% των ερωτηθέντων

ανέφερε ότι παρενοχλήθηκαν ψυχολογικά στους χώρους εργασίας τους κατά τους προηγούμενους 6 μήνες.

Στην παρούσα έρευνα, δεν θα ληφθούν υπόψη ως αρχική υπόθεση, τα αποτελέσματα από την προηγούμενη έρευνα, της συγκεκριμένης ερευνητικής ομάδας, που αποδείκνυαν ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών δεν βίωνε εργασιακό εκφοβισμό. Αυτό γίνεται γιατί η έρευνα ήταν πιλοτική, το δείγμα ήταν μικρό και συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής (δειγματοληψία ευκολίας) και τα συμπεράσματά της δεν μπορούν να γενικευτούν.

Οι μεταβλητές, είναι χαρακτηριστικά που μεταβάλλονται και ταξινομούνται σε εξαρτημένες και ανεξάρτητες (Bowers, 2011). Πιο συγκεκριμένα, ο εργασιακός εκφοβισμός (bullying) είναι η εξαρτημένη μεταβλητή και η αιτία που τον προκαλεί είναι η ανεξάρτητη μεταβλητή (η στάση των νοσηλευτών στα δημόσια νοσοκομεία).

## **2.5. Επιλογή ερευνητικού σχεδίου**

Η συγκεκριμένη έρευνα, διακρίνεται από αρχή, μέση και τέλος και περιλαμβάνει όλες τις φάσεις του σχεδιασμού, της εφαρμογής και της αξιολόγησης.

Το κατάλληλο ερευνητικό σχέδιο παίζει σπουδαίο ρόλο για την ερευνητική ομάδα και είναι κάτι που μπορεί να αλλάξει στην πορεία. Για αυτό τον λόγο, θα πρέπει να είναι προετοιμασμένη αναλόγως, ώστε να μπορεί να ξεπεράσει διάφορα απρόσμενα συμβάντα και να είναι όσο πιο ευέλικτη μπορεί (Δαρβίρη, 2009).

Αρχικά, στο ερευνητικό σχέδιο, αναφέρονται η υπόθεση και τα ερευνητικά ερωτήματα που θα μελετηθούν και τα οποία κατεγράφησαν αναλυτικά παραπάνω. Στη συνέχεια, γίνεται η επιλογή των δημόσιων νοσοκομείων του Νομού Αχαΐας και στέλνονται επιστολές, μαζί με την ατζέντα των ερωτήσεων, για να δοθεί η άδεια και να προσεγγιστούν οι νοσηλευτές που εργάζονται εκεί. Ενημερώνονται και οι προϊστάμενοι των τμημάτων για τον σκοπό της έρευνας, καθώς και το ότι η συνέντευξη είναι εθελοντική και ανώνυμη για όλα τα υποκείμενα που θα πάρουν μέρος.

Μετά την παραχώρηση της άδειας, προγραμματίζεται ο χώρος και ο χρόνος για την συνέντευξη. Ο χώρος βρίσκεται στο ίδιο το νοσοκομείο και πιο συγκεκριμένα στο εκάστοτε τμήμα που εργάζεται ο νοσηλευτής - υποκείμενο της έρευνας και επομένως είναι οικείος για τον ίδιο. Ο χρόνος, υπολογίζεται περίπου στα 20-25 λεπτά και αναλόγως τις σύντομες ή εκτενέστερες απαντήσεις που θα δοθούν.

Τα δεδομένα, συγκεντρώνονται από το δείγμα που συλλέγεται, που είναι οι νοσηλευτές Π.Ε. και Γ.Ε. και ο τρόπος συλλογής τους είναι η συνέντευξη. Επειδή, δεν υπάρχει η δυνατότητα πρόσβασης σε μεγάλο αριθμό πληθυσμού, η έρευνα περιορίζεται στα δημόσια νοσοκομεία του νομού Αχαΐας. Για τη συνέντευξη, η ερευνητική ομάδα, θα πρέπει να έχει εξασφαλίσει σαν απαραίτητο εξοπλισμό, ένα μηχάνημα ηχογράφησης, καθώς και να διασφαλίσει τον τρόπο μετακίνησής της στα διάφορα νοσοκομεία.

Τέλος, θα πρέπει να αποσαφηνιστεί ο τρόπος με τον οποίο θα γίνει η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων. Η κάθε συνέντευξη, θα απομαγνητοφωνηθεί αυτολεξεί, σε πρόγραμμα επεξεργασίας κειμένου Microsoft Word 2007 και θα γίνει η ανάλογη

κωδικοποίηση των απαντήσεων. Στη συνέχεια, θα γίνει η ανάλυση και η ερμηνεία των δεδομένων, τα οποία θα συσχετιστούν με την ανάλογη βιβλιογραφία του πρώτου κεφαλαίου. Το πρόγραμμα που θα χρησιμοποιηθεί μόνο για την ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων, είναι το λογισμικό SPSS Statistics 20.

## **2.6. Επιλογή του πληθυσμού και του δείγματος**

Ο κάθε ερευνητής, πρέπει να είναι σε θέση να μπορεί να προσδιορίσει με σαφήνεια τον πληθυσμό-στόχο και τον τρόπο επιλογής του δείγματος. Επίσης, στη μελέτη του θα πρέπει να προσδιορίζει με σαφήνεια ποια κριτήρια χρησιμοποιήθηκαν για να συμπεριληφθούν ή να αποκλειστούν οι συμμετέχοντες, πώς επιλέχθηκε το δείγμα και πόσοι προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν (Moule & Goodman, 2013).

Το μέγεθος του δείγματος παίζει σημαντικό ρόλο στην εκτέλεση και στην αξιολόγηση της έρευνας. Όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα της έρευνας, τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα σφάλματος και επομένως αυξάνονται οι πιθανότητες αυτό να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού (Schneider et al., 2013). Επίσης, μπορεί να μην είναι δυνατό ή εφικτό να συμπεριληφθεί κάθε μέλος του σχετικού πληθυσμού και επομένως, ένα υποσύνολο του μεγάλου πληθυσμού επιλέγεται για μελέτη (Glasper & Rees, 2017).

Στις ποσοτικές έρευνες, το μέγεθος του δείγματος καθορίζεται πάντα πριν αρχίσει η μελέτη, κάτι που δεν ισχύει με τις ποιοτικές έρευνες, όπου εκεί το δείγμα καθορίζεται κατά την πορεία της μελέτης (Harvey & Land, 2017).

Πιο συγκεκριμένα, ο πληθυσμός που επιλέχθηκε σε αυτή την έρευνα, είναι οι νοσηλευτές Π.Ε. και Τ.Ε. που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας και το δείγμα αποτελούν οι 17 νοσηλευτές Π.Ε. και Τ.Ε. που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία του νομού Αχαΐας. Τα τμήματα στα οποία εργάζονταν οι συμμετέχοντες είναι: παθολογικό, χειρουργικό, γυναικολογικό, μονάδα νεογνών, μονάδα εμφραγμάτων, αιμοδοσία, ορθοπεδικό, μονάδα εντατικής θεραπείας (Μ.Ε.Θ.). Το δείγμα είναι μικρό, καθώς υπήρχαν περιορισμοί οικονομικοί και χρονικοί. Το ίδιο ισχύει και για τα τμήματα, όπου δεν υπήρχε ποικιλία, καθώς δεν ήταν παντού οι νοσηλευτές πρόθυμοι για τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

## **2.7. Καθορισμός των μεθόδων μέτρησης των μεταβλητών της μελέτης**

Στα δημογραφικά στοιχεία, το φύλο, και το τμήμα εργασίας ακολουθούν ονομαστική κλίμακα μέτρησης. Το μορφωτικό επίπεδο ακολουθεί τακτική κλίμακα μέτρησης, ενώ η ηλικία και η προϋπηρεσία, ακολουθούν αναλογική κλίμακα μέτρησης.

Τα παραπάνω στοιχεία, συμπληρώνονταν από την ίδια την ερευνητική ομάδα, σε μορφή ερωτηματολογίου, για κάθε υποκείμενο που έπαιρνε μέρος στην συγκεκριμένη έρευνα, ξεχωριστά.

## 2.8. Καθορισμός δειγματολογικών μεθόδων

Στη φάση του σχεδιασμού και της εφαρμογής της έρευνας, η δειγματοληψία, είναι από τις πιο σημαντικές και πολύπλοκες διαδικασίες και διακρίνεται σε πιθανότητας και μη πιθανότητας. Στην κατηγορία της πιθανότητας, κάθε μέλος του πληθυσμού της μελέτης, έχει μια ισότιμη και ανεξάρτητη ευκαιρία να επιλεγεί, ενώ στη μη πιθανότητας, δεν προσφέρονται ίσες ευκαιρίες επιλογής σε όλα τα μέλη του (Grove & Ciper, 2017).

Η κατηγορία της δειγματοληψίας που ακολουθείται στην παρούσα έρευνα είναι η μη πιθανότητας και το είδος της είναι ευκολίας ή περιστασιακή, καθώς αποτελείται από υποκείμενα που είναι πιο εύκολα διαθέσιμα και προσβάσιμα (Terry, 2018). Λόγο έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων, το δείγμα ευκολίας προέρχεται από τους νοσηλευτές που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία μόνο του νομού Αχαΐας. Αυτό, όμως, έχει σαν αποτέλεσμα τη χαμηλή αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και την αδυναμία γενίκευσης στον πληθυσμό.

Επομένως, το δείγμα ευκολίας έχει κάποια πλεονεκτήματα, όπως είναι το ότι το δείγμα μπορεί να βρίσκεται σε έναν εύκολα προσβάσιμο γεωγραφικό χώρο, στο κατάλληλο σημείο την κατάλληλη ώρα, να μην υπάρχει αρκετός χρόνος για τη συλλογή των στοιχείων που απαιτούνται, αλλά ούτε ανάγκη για αυξημένο κόστος διεξαγωγής και κάποια μειονεκτήματα, όπως είναι ο αυξημένος κίνδυνος μεροληψίας, η αποφυγή συστηματικών σφαλμάτων, το δείγμα να μην είναι αντιπροσωπευτικό και να μην γίνονται εύκολα γενικεύσεις στον πληθυσμό (Δαρβίρη, 2009).

## 2.9. Συμπλήρωση / Αναθεώρηση ερευνητικού σχεδίου

Η ερευνητική ομάδα, πριν περάσει στην υλοποίηση της έρευνας, με τη λήψη συνέντευξης, έπρεπε να υποβάλλει το σχέδιό της προς αναθεώρηση. Ο επιβλέπων καθηγητής (κός Μπακάλης Νικόλαος), έλαβε αναλυτικά όλο το σχέδιο της έρευνας για το θέμα του εργασιακού εκφοβισμού και αφού έγιναν οι απαραίτητες προσθήκες και αλλαγές, έδωσε την έγκρισή του για να πραγματοποιηθεί στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας.

Στην πορεία της έρευνας, όμως, υπήρξαν κάποιοι περιορισμοί, όπως η δυσκολία στο να πραγματοποιηθούν συνεντεύξεις σε διάφορα δημόσια νοσοκομεία από όλη την Ελλάδα και επομένως, έγινε εστίαση μόνο σε αυτά που βρίσκονται στο νομό Αχαΐας.

Στη συνέχεια, στάλθηκαν επιστολές, καθώς και η ατζέντα των ερωτήσεων στα γραφεία διεύθυνσης νοσηλευτικού προσωπικού, κάθε δημόσιου νοσοκομείου του νομού Αχαΐας, ώστε να δοθεί άδεια για να προσεγγιστούν οι νοσηλευτές. Οι επιστολές αυτές, όχι μόνο θα έκαναν γνωστό τον σκοπό της έρευνας, αλλά θα επιβεβαίωναν ότι οι ηθικές αρχές, δεν θα παραβιάζονταν και η συμμετοχή των νοσηλευτών στις συνεντεύξεις, θα ήταν εθελοντική και ανώνυμη.

Οι προϊστάμενοι των τμημάτων, αφού έγινε δεχτό το αίτημα, εξέτασαν και αυτοί με τη σειρά τους, τον σκοπό της έρευνας και μελέτησαν αναλυτικά τη θεματολογία των ερωτήσεων της συνέντευξης.

Είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί το γεγονός ότι, κατά τη διάρκεια της έρευνας, τηρήθηκε από την ερευνητική ομάδα, ο ηθικός κώδικας, τοποθετώντας τον σε προτεραιότητα όλων των δράσεών της. Δηλαδή, όλα τα υποκείμενα της έρευνας, πληροφορήθηκαν ότι θα διατηρηθεί η εμπιστευτικότητα και η ανωνυμία όλων των απαντήσεων, προστατεύοντας με αυτόν τον τρόπο την ιδιωτικότητάς τους. Η συμμετοχή τους είναι καθαρά εθελοντική και μπορούν να αποχωρήσουν από την έρευνα, όποτε το επιθυμήσουν, χωρίς τον όποιο διαταγμό. Τέλος, αναφέρθηκε ότι δεν θα υπάρξουν τυχόν οικονομικά ανταλλάγματα.

## 2.10. Εκτέλεση πιλοτικής μελέτης

Η πιλοτική μελέτη είναι το βασικό εργαλείο μιας προκαταρκτικής έρευνας. Οι πιλοτικές μελέτες έχουν διάφορες μορφές, όπως για παράδειγμα είναι η βοήθεια προελέγχων (pre-tests) ή η πιλοτική έρευνα (pilot survey). Παίζουν σπουδαίο ρόλο στο να εντοπιστούν πιθανά προβλήματα, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα και την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων (Blessing & Chakrabarti, 2009).

Λόγο έλλειψης οικονομικών πόρων και χρόνου, πραγματοποιήθηκε πιλοτική έρευνα μόνο σε πέντε Νοσηλευτές από διάφορα δημόσια νοσοκομεία του νομού Αχαΐας.

Η πιλοτική έρευνα, βοήθησε την ερευνητική ομάδα να διαπιστώσει και να καταλήξει στα εξής: Πριν από τις ερωτήσεις, ο ορισμός που δόθηκε για τον εργασιακό εκφοβισμό γενικά σαν έννοια και ειδικά τι σημαίνει στον χώρο εργασίας των νοσηλευτών, βοήθησε τα υποκείμενα της μελέτης να βεβαιωθούν ότι κατανοούν σωστά το θέμα της έρευνας. Υπήρχε στην αρχή ένας ενδοιασμός για το εάν είναι απαραίτητο να δοθεί ορισμός, καθώς είναι ένα φαινόμενο γνωστό σε όλους. Στην ερώτηση όμως αν θέλουν να τον ακούσουν, και οι πέντε (5) απάντησαν θετικά.

Η εισαγωγή της θεματολογίας, πριν από τις ανάλογες ερωτήσεις, βοήθησε στο να επικεντρωθεί η προσοχή τους και να εστιάσουν στα συγκεκριμένα ζητήματα που συζητούνται, κάθε φορά. Η διατύπωση των ερωτήσεων δεν δυσκόλεψε κανέναν συνεντευξιαζόμενο, οπότε μπορούν να θεωρηθούν ότι είναι σαφείς.

Υπήρξε σχετική ποικιλία στον χώρο στον οποίο έγιναν οι συνεντεύξεις, μέσα στο νοσοκομείο, στο τμήμα του κάθε υποκειμένου. Δύο θέλησαν να γίνει η συνέντευξη στο λεγόμενο «κουζινάκι», δύο σε ένα αδειανό δωμάτιο και ο ένας στο δωμάτιο που ετοίμαζε την επόμενη νοσηλεία ασθενών. Όλοι ένιωθαν άνετοι με τον χώρο αυτό που διάλεξαν και έδειχναν πιο πρόθυμοι να συζητήσουν, από το να τους δινόταν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο.

Με τις πέντε αυτές συνεντεύξεις, η ερευνητική ομάδα, πήρε μια ένδειξη για το μέσο όρο χρονικής διάρκειας, για τον τόνο της φωνής τους, καθώς και την προθυμία που δείχνουν σε κάθε ερώτηση ξεχωριστά.

Τέλος, έγινε έλεγχος των δεδομένων που συλλέχθηκαν, μπορούν να αναλυθούν και ικανοποιούν τον σκοπό της συγκεκριμένης μελέτης.

## 2.11. Συλλογή των δεδομένων

Ανάλογα με το ερώτημα που γίνεται, ο ερευνητής διαλέγει ανάμεσα στις δύο μεγάλες κατηγορίες της έρευνας, την ποιοτική και την ποσοτική. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι καμία μέθοδος δεν μπορεί να θεωρηθεί καλύτερη από την άλλη, καθώς κάθε έρευνα είναι χρήσιμη με διαφορετικό τρόπο και επομένως, ο κάθε ερευνητής διαλέγει τη μέθοδο που είναι καλύτερη για το ερώτημα που ερευνά (Brockopp & Hastings-Tolsma, 2003).

Στην ποιοτική έρευνα, το ερώτημα που πρέπει να απαντηθεί, σχετίζεται με την κατανόηση του νόηματος μιας ανθρώπινης εμπειρίας, όπως είναι για παράδειγμα η απώλεια, η ελπίδα, και το οποίο νόημα ποικίλει και είναι υποκειμενικό. Οι ποιοτικές έρευνες, χρησιμοποιούν δεδομένα, όπως είναι λέξεις ή κείμενα, αντί για νούμερα, για να περιγράψουν τις ανάλογες εμπειρίες που μελετώνται κάθε φορά. Καθοδηγούνται από ερευνητικές ερωτήσεις και από πληροφορίες που συλλέγονται από μικρό αριθμό υποκειμένων επιτρέποντας την εις βάθος μελέτη του εκάστοτε φαινομένου. Επομένως, αν και η ποιοτική έρευνα έχει συστηματική μέθοδο, χρησιμοποιεί υποκειμενική προσέγγιση (LoBiondo-Wood & Haber, 2014).

Επίσης, οι ερευνητές που ακολουθούν την ποιοτική μέθοδο, μπορούν να καθορίσουν από την αρχή το ερευνητικό ερώτημα, πριν τη συλλογή των δεδομένων ή να το καθορίσουν κατά την πορεία της έρευνας, όπως και τα μέσα για τη συλλογή των δεδομένων μπορούν να δομηθούν εξ αρχής ή κατά την πορεία. Ο ίδιος ο ερευνητής, από μόνος του, συμμετέχει στη διαδικασία συλλογής των δεδομένων (Nirmala et al., 2011). Η ποιότητα των αποτελεσμάτων στην ποιοτική ερευνητική μέθοδο, εξαρτάται από τη σχέση ερευνητή - συμμετέχοντα και είναι σημαντικό να είναι αυθεντική και ο συμμετέχοντας αυθόρμητος (De Chesnay, 2015).

Από την άλλη πλευρά, η ποσοτική έρευνα, δεν αναζητά κάποιο νόημα, όπως η ποιοτική, αλλά περιλαμβάνει τη μελέτη των ερευνητικών ερωτήσεων ή και υποθέσεων που περιγράφουν φαινόμενα, ελέγχουν σχέσεις, υπολογίζουν διαφορές, αναζητούν να εξηγήσουν σχέσεις αιτίου και αποτελέσματος μεταξύ άλλων παραγόντων και ελέγχουν την επίδραση της παρέμβασης. Τα αριθμητικά δεδομένα συνοψίζονται και αναλύονται χρησιμοποιώντας στατιστικά (LoBiondo-Wood & Haber, 2014).

Η μέθοδος που χρησιμοποιείται στην παρούσα έρευνα, είναι η ποιοτική και τα δεδομένα που θα προκύψουν, θα βοηθήσουν τους νοσηλευτές να κατανοήσουν καλύτερα το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού, να έλθουν σε επαφή με εμπειρίες ανάλογες άλλων συναδέλφων και να ευαισθητοποιηθούν στο να βρουν τρόπους να βελτιώσουν την ποιότητα της εργασίας τους, καθώς και να παρακινηθούν για περαιτέρω έρευνα πάνω σε αυτό το ζήτημα.

Ο τρόπος συλλογής των δεδομένων που επιλέχτηκε, είναι η συνέντευξη με τη μορφή ημι-δομημένης διάταξης. Οι περισσότερες συνεντεύξεις είναι ημι-δομημένες και περιλαμβάνουν γενικές ερωτήσεις και ο ερευνητής που παίρνει τη συνέντευξη είναι ελεύθερος να προσθέσει και δικές του ερωτήσεις κατά τη διάρκειά της εάν το επιθυμεί. Αυτό βέβαια, απαιτεί με τη σειρά του, συγκεκριμένες δεξιότητες, που θα πρέπει να κατέχει όποιος παίρνει συνέντευξη. Στις ημι-δομημένες συνεντεύξεις, ως σημαντικό βοήθημα και οδηγός για τον ερευνητή είναι να έχει πλήρη κατανόηση του θέματος της έρευνας που μελετά, καθώς και να διατυπώνει ανοιχτού τύπου ερωτήσεις.

Για παράδειγμα, η δεύτερη ερώτηση είναι πολύ πιθανό, να γενικεύει το νόημα της απάντησης της πρώτης. Δηλαδή, αν σε μια ερώτηση απαντήσει κάποιος ότι φοβήθηκε όταν διαγνώστηκε

με καρκίνο, η δεύτερη ερώτηση θα μπορούσε να είναι ποιες ήταν οι πρώτες σκέψεις του. Επίσης, είναι πιθανό εκείνη τη στιγμή να κλάψει και επομένως, αυτός που παίρνει τη συνέντευξη θα πρέπει να διαχειριστεί την κατάσταση και να δώσει χρόνο στο άτομο να ανασυγκροτήσει τη σκέψη του. Με λίγα λόγια, ο ερευνητής, είναι σημαντικό να μπορεί να «διαβάσει» τις αντιδράσεις του κάθε ατόμου που έχει απέναντί του, να προσαρμόζει κατάλληλα τη συμπεριφορά του και να διατηρεί ακόμα και τη σιωπή, κάτι που είναι ακόμα πιο δύσκολο (De Chesnay, 2015).

Ο ερευνητής που αναλαμβάνει μια συνέντευξη θα πρέπει, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, να διαθέτει ανάλογες δεξιότητες για να βοηθήσει τον συνεντευξιαζόμενο να νιώσει άνετα και η συνέντευξη να έχει μια ομαλή εξέλιξη. Παρακάτω αναφέρονται κάποιες κατευθυντήριες οδηγίες και τις οποίες και η ίδια η ερευνητική ομάδα της παρούσας έρευνας έλαβε υπόψη της για την καλύτερη και ομαλότερη διεξαγωγή της συνέντευξης (Maltby et al., 2010):

Αρχικά, η σωστή επιλογή και η οργάνωση των ερωτήσεων, αποτελεί ένα στάδιο που είναι καθοριστικής σημασίας. Είναι απαραίτητο, να καταγράψει ο ερευνητής μια λίστα με όσα επιθυμεί και στοχεύει, ώστε να καλύψει το ερευνητικό θέμα που μελετά. Στη συνέχεια, με βάση τα όσα καταγράφηκαν, διατυπώνονται και οι αντίστοιχες ερωτήσεις με τρόπο όσο πιο απλό γίνεται, για να είναι κατανοητές. Η καταλληλότητα ή μη των ερωτήσεων, μπορούν να δοκιμαστούν πιλοτικά σε λίγα άτομα στην αρχή.

Η παρούσα πιλοτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε πέντε άτομα, έδειξε ότι δεν υπήρχε πρόβλημα με την κατανόηση των ερωτήσεων και καλύπτεται το ερευνητικό θέμα του εργασιακού εκφοβισμού. Επίσης, ο χωρισμός των ερωτήσεων στις ανάλογες θεματολογίες, βοήθησε πολύ τα υποκείμενα της έρευνας και η συνέντευξη επομένως, δεν παρουσίασε κάποιο πρόβλημα πάνω σε αυτό το ζήτημα.

Επόμενο βήμα είναι η εξασφάλιση κατάλληλων συνθηκών και εξοπλισμού. Η διεξαγωγή της συνέντευξης, πρέπει να γίνεται σε ιδιωτικό χώρο, με ελάχιστους θορύβους και χωρίς τα άτομα να φαίνονται σε τρίτους. Η ερευνητική ομάδα, ακολούθησε τους συνεντευξιαζόμενους, σε χώρους που αυτοί επιθυμούσαν και ένιωθαν άνετα, μέσα στο χώρο του νοσοκομείου και στο ανάλογο τμήμα τους, λαμβάνοντας πάντα υπόψη τις παραπάνω συνθήκες.

Κατά την εισαγωγή της συνέντευξης, θα πρέπει να αναφέρεται ο σκοπός της έρευνας, ο εθελοντικός χαρακτήρας της συμμετοχής και να τονίζεται ότι θα διατηρηθεί το απόρρητο των απαντήσεων. Οι συμμετέχοντες μπορούν να κάνουν όσες ερωτήσεις επιθυμούν, για αυτό θα πρέπει να τους αφήνεται το περιθώριο να εκφράσουν τυχόν απορίες και προβληματισμούς. Η πλειοψηφία των υποκειμένων της παρούσας έρευνας, δεν ήταν εξοικειωμένοι με συνεντεύξεις και η παρουσία του μαγνητοφώνου τους προβλημάτιζε. Για αυτό τον λόγο, αφού τους έγινε γνωστό ο λόγος της ύπαρξής του, απομακρύνθηκε από κοντά τους, έτσι ώστε να μην νιώθουν άβολα και αγχωμένοι.

Επίσης, ρωτήθηκε αν ήδη γνωρίζουν τους ορισμούς του εργασιακού εκφοβισμού (bullying) γενικά και στο χώρο των νοσηλευτών ειδικά ή θα επιθυμούσαν να τους αναφερθούν. Η πλειοψηφία προτίμησε να ακούσει τους δύο αυτούς ορισμούς και επομένως τους διαβάστηκαν επακριβώς, όπως καταγράφονται και στη βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε.

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, η εκφώνηση των ερωτήσεων, δεν αποτελεί το δύσκολο ζήτημα, αλλά η διαχείριση της όλης διαδικασίας, ώστε να γίνει με τον σωστό τρόπο. Είναι σημαντικό, ο συμμετέχοντας να ερωτάται ένα θέμα κάθε φορά και να ενθαρρύνεται να δίνει μια πλήρη απάντηση, καθώς μονολεκτικές απαντήσεις του τύπου «ναι» ή «όχι» δεν βοηθούν



στην ανάλυση των δεδομένων της ποιοτικής έρευνας. Ο ερευνητής, θα πρέπει να δίνει βάση στην γλώσσα του σώματος του κάθε υποκειμένου της συνέντευξης και να διατηρεί μια στάση που να δίνει το μήνυμα ότι τον ακούει προσεχτικά. Επίσης, θα πρέπει να διαθέτει ηρεμία και υπομονή και να μη βιάζεται να μεταβεί στην επόμενη ερώτηση. Επειδή το θέμα του εργασιακού εκφοβισμού είναι κατά κάποιο τρόπο ευαίσθητο, δόθηκαν μονολεκτικές απαντήσεις ή και σύντομες αν και έγινε η ανάλογη ενθάρρυνση, με επιπλέον ερωτήσεις.

Μια σημαντική τεχνική είναι και η σιωπή, με την οποία πολλοί άνθρωποι νιώθουν άβολα. Από τη στιγμή που ο συμμετέχοντας θα σταματήσει να μιλάει ή τη στιγμή που διατυπώθηκε το ερώτημα, πρέπει ο ερευνητής να τον αφήσει 5-10 δευτερόλεπτα, πριν ξαναμιλήσει. Μπορεί να νιώσει άβολα με τη σιωπή και να αρχίσει να ξαναμιλάει. Και στη συγκεκριμένη συνέντευξη, δόθηκε αρκετός χρόνος για να σκεφτούν τις απαντήσεις που θα δώσουν και κανένα υποκείμενο δεν δέχτηκε πίεση χρόνου. Η ερευνητική ομάδα, όχι μόνο δεν έδειξε ανυπομονησία, αλλά όπου θεώρησε αναγκαίο, έκανε και επιπλέον ερωτήσεις για περαιτέρω ενθάρρυνση.

Επιπλέον, οι ερευνητές, θα πρέπει να χρησιμοποιούν φράσεις μετάβασης, όταν επιθυμούν να μεταπηδούν από το ένα θέμα στο άλλο ή να γυρνούν πίσω, ώστε να διατηρείται η συνέντευξη στοχευμένη. Κάτι ανάλογο έγινε και στην παρούσα συνέντευξη, επειδή υπήρχαν απαντήσεις διαφορούμενες ή διαφορετικές από εκείνες που περιγράφονταν σε προηγούμενες αρχικές ερωτήσεις.

Στο τέλος της συνέντευξης, η ερευνητική ομάδα, ρώτησε τους συμμετέχοντες κάποια δημογραφικά στοιχεία, τα οποία τα κατέγραφε το άτομο που έπαιρνε κάθε φορά τη συνέντευξη και τους ευχαρίστησε για την πολύτιμη βοήθειά τους.

Η ατζέντα των ερωτήσεων της συγκεκριμένης συνέντευξης, χωρίζεται σε πέντε θεματικές ενότητες, με βάση προηγούμενες ερωτήσεις που περιελάμβανε το ερωτηματολόγιο ποσοτικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε πάνω στην ύπαρξη εργασιακού εκφοβισμού από την ίδια την ερευνητική ομάδα και πάντα με γνώμονα τη βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Η πρώτη θεματική ενότητα σχετίζεται με την αποτροπή εκφοράς της άποψης των νοσηλευτών και αποτελείται από πέντε (5) ερωτήσεις. Η δεύτερη θεματική ενότητα αποτελείται από δεκατρείς (13) ερωτήσεις και αφορά την κριτική στην ικανότητα των νοσηλευτών, όπως είναι να έχουν αμφιβάλλει για την ποιότητα των γνώσεών τους ή να έχουν κατηγορηθεί για λάθη που δεν έχουν κάνει. Η τρίτη θεματική ενότητα σχετίζεται με φήμες, κουτσομπολιά, φωνές και εξευτελιστικά σχόλια που ίσως βιώνουν οι νοσηλευτές και χωρίζεται σε δώδεκα (12) ερωτήσεις. Οι παράλογες απαιτήσεις στη δουλειά των νοσηλευτών αποτελούν την τέταρτη θεματική ενότητα και χωρίζεται σε πέντε (5) ερωτήσεις, ενώ η πέμπτη και τελευταία ενότητα αποτελείται από δέκα (10) ερωτήσεις οι οποίες αναφέρονται στη νοσηλευτική διοίκηση.

Επομένως, το σύνολο των ερωτήσεων ήταν σαράντα πέντε (45) και όντας ημι-δομημένη η συνέντευξη, υπήρχε η ευχέρεια, ανάλογα τις απαντήσεις, είτε να μην γίνουν όλες οι ερωτήσεις, είτε να προστεθούν και άλλες διευκρινιστικές.

## **2.12. Προετοιμασία των δεδομένων για ανάλυση**

Μετά τη συλλογή και συγκέντρωση των δεδομένων, ακολουθεί η κατάλληλη προετοιμασία για την ανάλυσή τους. Επομένως, έγινε η ανάλογη κωδικοποίηση των απαντήσεων από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από το δείγμα.

Πιο συγκεκριμένα, η ερευνητική ομάδα, πέρασε τα αρχεία των συνεντεύξεων από το μηχάνημα της ηχογράφησης, σε ένα φορητό υπολογιστή (laptop) και στη συνέχεια, κωδικοποίησε την κάθε ηχογράφηση ξεχωριστά με αριθμούς από το ένα (1) έως το δεκαεπτά (17). Η απομαγνητοφώνηση, είναι μια διαδικασία πολύ χρονοβόρα, καθώς μία ώρα συνέντευξης, μπορεί να διαρκέσει πολλές ώρες για να καταγραφεί γραπτώς (Moule et al., 2017).

Η κωδικοποίηση των απαντήσεων έγινε με υπογραμμίσεις των πιο βασικών στοιχείων και στη συνέχεια ακολούθησε ανάλογη ομαδοποίηση για την καλύτερη ανάλυση και νοηματοποίησή τους. Η καταγραφή αυτών των βασικών στοιχείων, παρουσιάζεται αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης και το κάθε υποκείμενο της έρευνας αναφέρεται με αλφαβητική σειρά από το Α έως και το Ρ που είναι και το τελευταίο.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων από τα δημογραφικά στοιχεία είναι το λογισμικό SPSS Statistics 20. Το πρόγραμμα για την απομαγνητοφώνηση ήταν το Windows Media Player 12, ενώ για την καταγραφή όλων των απαντήσεων που έγινε αυτολεξεί, χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα επεξεργασίας κειμένου Microsoft Word 2007.

## **2.13. Ανάλυση των δεδομένων**

Η ανάλυση των δεδομένων, είναι μία συστηματική μέθοδος, η οποία εξετάζει τα δεδομένα που συλλέχθηκαν για την έρευνα, ώστε να στηριχτούν με αυτόν τον τρόπο οι ερμηνείες και τα αποτελέσματα που σχετίζονται με τα δεδομένα και τα συμπεράσματα στον πληθυσμό (Fitzpatrick & Kazer, 2012).

Η ανάλυση των δεδομένων δεν θα γίνει με στατιστικές αναλύσεις και γραφήματα όπως γίνεται στην ποσοτική, καθώς δεν θα προσφέρει εις βάθος ανάλυση. Σε όλες τις ποιοτικές μεθόδους, υπάρχουν τέσσερις γνωστικές διαδικασίες που εμφανίζονται διαδοχικά: η κατανόηση, η σύνθεση, η θεωρητικοποίηση και η επανεξέταση συμφραζόμενων (Morse & Field, 1996). Επίσης, η ανάλυση θα πρέπει να περιλαμβάνει και την αναγνώριση των συναισθημάτων, συμπεριφορών, εμπειριών και ιδεών (Macnee & McCabe, 2008), κάτι το οποίο απαιτεί και την ανάλογη εμπειρία από τους ερευνητές, καθώς δεν είναι απλά νούμερα και υπόκειται στην υποκειμενικότητα του κάθε ενός.

Αρχικά, αναλύονται, με τη βοήθεια του λογισμικού SPSS Statistics 20, τα δημογραφικά στοιχεία των υποκειμένων, τα οποία παίζουν σπουδαίο ρόλο σε κάθε έρευνα που πραγματοποιείται, καθώς περιλαμβάνουν πληροφορίες και σημαντικά χαρακτηριστικά που βοηθούν στην περιγραφή και στη σύγκριση διαφορετικών δειγμάτων μελέτης (LoBiondo-Wood & Haber, 2018).

Υπάρχουν πολλά προγράμματα που αναλύουν δεδομένα από ποιοτικές έρευνες, όπως είναι το NVivo, το Ethnograph και το Atlas και βοηθούν τους ερευνητές να αποθηκεύσουν, να επεξεργαστούν και να ομαδοποιήσουν τα δεδομένα, σύμφωνα με την κωδικοποίηση που επιθυμούν να δώσουν (Boswell & Cannon, 2011). Στην παρούσα έρευνα, δεν χρησιμοποιήθηκε κανένα από τα παραπάνω προγράμματα και η κωδικοποίηση, όπως και η ομαδοποίηση έγινε πάνω στα ίδια τα κείμενα της απομαγνητοφώνησης, τα οποία πρώτα εκτυπώθηκαν.

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι γίνεται ο διαχωρισμός της ανάλυσης σε τρία επιμέρους στάδια, τα οποία οργανώνονται πριν, μετά και κατά τη διάρκεια της συλλογής των δεδομένων (Δαρβίρη, 2009):

Το πρώτο στάδιο είναι ο περιορισμός των δεδομένων, ο οποίος σχετίζεται με τον απαραίτητο περιορισμό των δεδομένων που συλλέγονται. Είναι σημαντικό να αναφερθεί, ότι ερευνητές, χωρίς την ανάλογη εμπειρία στον χώρο της έρευνας, θεωρούν τις ποιοτικές έρευνες πιο εύκολες και επομένως, προχωρούν σε ανοιχτές ερωτήσεις σε πολλά άτομα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, να συσσωρεύεται υλικό, το οποίο δεν μπορούν στη συνέχεια να το χειριστούν εύκολα (Wood & Roos-Kerr, 2006).

Το δεύτερο στάδιο αναφέρεται στην παράθεση ή παρουσίαση των δεδομένων και περιλαμβάνει όλες τις τεχνικές που θα αξιοποιηθούν από τον ερευνητή, ώστε να μπορέσει να οργανώσει τα δεδομένα του, έτσι που δεν θα έχει ιδιαίτερη δυσκολία στο στάδιο της επεξεργασίας και ανάλυσής τους.

Το τρίτο και τελευταίο στάδιο σχετίζεται με τον έλεγχο των δεδομένων και την νοηματοποίησή τους. Σε αυτό το στάδιο, θα πρέπει ο ερευνητής, να αποδώσει ένα νόημα σε όλα αυτά τα δεδομένα που συνέλλεξε και να προχωρήσει επομένως σε ένα θεωρητικό και επεξηγηματικό πλαίσιο για την ερμηνεία τους. Με αυτό τον τρόπο, θα απαντήσει και στα ερωτήματα που έθεσε στην αρχή της μελέτης του. Επίσης, ο ερευνητής, πρέπει να κάνει συνεχείς ελέγχους, ανατρέχοντας πάλι στα δεδομένα του και κάνοντας τις ανάλογες διασταυρώσεις που χρειάζεται κάθε φορά.

## **2.14. Ερμηνεία των αποτελεσμάτων**

Η κάθε συνέντευξη ακούστηκε αρκετές φορές, γιατί με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσε να έλθει η ερευνητική ομάδα πιο κοντά στον κάθε συνεντευξιαζόμενο και να «παρατηρήσει» καλύτερα τις πληροφορίες και τις ιδέες που αναφέρει (Glasper & Rees, 2017).

Η ερευνητική ομάδα, οφείλει να εξετάσει πιθανές εναλλακτικές επεξηγήσεις για τα ευρήματα και να λάβει υπόψη της, μεθοδολογίες ή άλλους περιορισμούς, οι οποίοι θα μπορούσαν να έχουν επηρεάσει τα αποτελέσματα της μελέτης (Loiselle et al., 2010). Επίσης, η προσωπική γνώση, καθώς και η εμπειρία, παίζουν σπουδαίο ρόλο στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων (Macnee & McCabe, 2008).

Η ερμηνεία και ανάλυση των αποτελεσμάτων, παρουσιάζονται αναλυτικά στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο της παρούσας μελέτης και στο 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο, γίνεται η ανάλογη σύγκριση με τη βιβλιογραφία που καταγράφηκε στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο.

## **2.15. Ανακοίνωση των ευρημάτων**

Μετά την ολοκλήρωση κάθε έρευνας, καλό θα ήταν να ανακοινώνονται δημοσίως τα ευρήματα από τα αποτελέσματά της, είτε σε κάποιο συνέδριο, είτε σε κάποιο εγκεκριμένο επιστημονικό περιοδικό. Θεωρείται ευθύνη των ίδιων των νοσηλευτών να κάνουν χρήση των ευρημάτων της έρευνας σε θέματα όπου η έρευνα έχει ήδη διεξαχθεί (Nirmala et al., 2011).

## **2.16. Πρακτική εφαρμογή των ευρημάτων**

Το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού στο χώρο της Νοσηλευτικής, είναι ακόμα υπό διερεύνηση και η εκάστοτε νοσηλευτική διοίκηση θα πρέπει να είναι ενημερωμένη και να έχει επαρκείς γνώσεις πάνω στο θέμα αυτό, ώστε αρχικά να κάνει σωστή πρόληψη και στη συνέχεια, να μπορεί να αναγνωρίζει πιο εύκολα όπου υπάρχει πρόβλημα και να το διαχειρίζεται με τον πιο σωστό τρόπο.

Η συγκεκριμένη έρευνα έχει και ως στόχο όχι μόνο να ευαισθητοποιήσει, αλλά και να προβληματίσει τους νοσηλευτές πάνω στο θέμα του εργασιακού εκφοβισμού. Δημοσιεύοντας τα ευρήματα της έρευνας, παράγεται μια νέα γνώση που έχει ως στόχο να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών και να αποκτήσουν τη δική τους «φωνή», διεκδικώντας ένα καλύτερο και ασφαλέστερο μέλλον στη δουλειά τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος της έρευνας ήταν τα 42,5 έτη. Το 12% ήταν άντρες και το υπόλοιπο 88% ήταν γυναίκες. Η συντριπτική πλειοψηφία (88%) ήταν απόφοιτοι Τ.Ε.Ι., ενώ μόνο το 12% των νοσηλευτών προερχόταν από Α.Ε.Ι.. Από αυτούς, το 35% είχε μεταπτυχιακό, το 5% είχε διδακτορικό και το 65% δεν είχε τίποτα από τα δύο. Ο μέσος όρος ετών προϋπηρεσίας του δείγματος ήταν τα 18,4 έτη. Το 47% απασχολείται αυτή την περίοδο σε παθολογικό τμήμα, το 29% σε χειρουργικό και το 23% σε κάποια μονάδα.

#### 3.1. Καταγραφή ευρημάτων έρευνας

Η πρώτη, από τις πέντε θεματικές ενότητες, σχετίζεται με την αποτροπή εκφοράς της άποψης από τη μεριά των νοσηλευτών. Στο πρώτο ερώτημα για το εάν τους έχουν αποτρέψει να εκφέρουν την άποψή τους ή αν έχει υποπέσει στην αντίληψή τους να έχει συμβεί σε κάποιον συνάδελφό τους, ο Α απάντησε θετικά «Ναι έχει! Έχει σε εμένα». Ο Β απαντά αρνητικά «Προσωπικά όχι» αλλά και το γεγονός ότι «Ούτε έχει πέσει στην αντίληψή του κάτι τέτοιο». Οι Γ, Δ, Ζ, Κ, Μ και Π απάντησαν επίσης αρνητικά με ένα «όχι». Ο Ε απαντά αρνητικά για τον εαυτό του αλλά παρατηρεί ότι «σε συνάδελφό του έχει τύχει να συμβεί αυτό». Ο Η αναφέρει ότι αυτό γίνεται «έμμεσα». Επίσης, εξιστόρησε και το εξής περιστατικό: «ήταν οι προϊστάμενοι της παλιάς σχολής που είχαν πάντα δίκιο, γιατί αν εξέφραζες την άποψή σου υπήρχε τιμωρία με το πρόγραμμα».

Ο Θ μας απαντά θετικά με ένα «Ναι». Ο Ι είναι αρνητικός, καθώς θεωρεί ότι «το εάν θα γίνει δεχτή η άποψή μου είναι άλλο θέμα, αλλά την άποψή μας την λέμε». Ο Λ υποστηρίζει μαζί με το «όχι» του, ότι «υπάρχει ελευθερία λόγου». Ο Ν αναφέρεται στο εξής γεγονός: «γίνεται ρε παιδιά στα 30 χρόνια δουλειάς, να μην δεν γίνονται αυτά τα πράγματα;» Στον Ξ «προσωπικά όχι», ενώ «έχει καταλάβει κάποιες περιπτώσεις τα χρόνια αυτά που δουλεύει». Στον συμμετέχοντα Ο «δεν έχει πέσει στην αντίληψή του», ενώ ο Ρ απαντά «Ναι, αμέ».

Σε συνέχεια του πρώτου ερωτήματος για το αν αυτό γίνεται συχνά και κυρίως πάνω σε τι, ο Α απάντησε «σε εργασιακά θέματα». Στο ίδιο συμφωνεί ο Ε και ο Θ, με τη διαφορά ότι ο πρώτος αναφέρει ότι «συχνά δε γίνεται», ενώ ο δεύτερος «γίνεται συχνά» και «για εξυπηρέτηση δικών τους συμφερόντων». Ο Ν απαντά ότι «συχνά γίνεται και για διάφορα θέματα». Ο τελευταίος συμμετέχοντας, ο Ρ, ξεφυσώντας απαντά «συχνά, σε εργασιακά θέματα».

Σχετικά με τον λόγο που γίνεται η αποτροπή εκφοράς της άποψης, ο Α υποστηρίζει ότι αυτό γίνεται γιατί «υπάρχουν προσωπικές αντιπαλότητες». Ο Ε πιστεύει ότι «βάση των νόμων που υπάρχουνε... επειδή ο άλλος είναι ανώτερος δεν μπορεί να πει την άποψή του εύκολα». Ο Θ αναφέρει ότι γίνεται «για εξυπηρέτηση δικών τους συμφερόντων». Ο Ξ υποστηρίζει ότι ο λόγος βρίσκεται στο ότι υπάρχουν νοσηλευτές «που δεν είναι δυνατοί χαρακτήρες και δεν

μπορούν να διεκδικήσουν αυτά που πρέπει να διεκδικούν». Τέλος, ο Ρ θεωρεί ότι «υπάρχει αντίθετη άποψη από αυτήν που εκφράζεται από τους παλιούς» και επιπλέον «υπάρχει διαφωνία στους διάφορους χειρισμούς».

Στην ίδια θεματική, εντάσσεται και η ερώτηση που σχετίζεται με περιπτώσεις στις οποίες τους έχουν διακόψει να εκφέρουν την άποψή τους. Ο Α απαντά θετικά «Ναι, αμέ». Οι Β, Γ, Δ, Ε, Κ, Λ και Μ, απαντούν αρνητικά «Όχι». Ο Ζ είναι θετικός «μέσα στα πλαίσια της αγένειας». Ο Η υποστηρίζει ότι «δεν είναι εύκολο να το κάνει κάποιος αυτό λόγω χαρακτήρα και προσωπικότητας». Οι Θ, Ι, Π και Ρ απαντούν «Ναι». Ο Ν γελώντας, αφήνει να εννοηθεί ότι του έχει συμβεί αυτό το γεγονός. Ο Ξ δεν δίνει ξεκάθαρη απάντηση, καθώς αναφέρει ότι «δεν μπορώ να θυμηθώ, αλλά δεν το έχω επιτρέψει κιόλας». Αυτό συμβαίνει γιατί «γνωρίζει πολύ καλά το αντικείμενό του». Ο συμμετέχων Ο απαντά θετικά «μερικές φορές οι ανώτεροι».

Στο τέλος αυτής της θεματικής ενότητας, στο ερώτημα αν τους έχει τύχει, σαν παράδειγμα, σε ένα θέμα συζήτησης που έχουν με τον ασθενή τους, να μην τους ακούνε, δεν απαντάνε όλοι οι συμμετέχοντες. Οι Α, Β, Ε, Ζ, Κ, Λ, Ο και Π απαντούν αρνητικά «Όχι». Ο Γ δίνει αντιφατική απάντηση «μπορεί να τύχει κάποια τέτοια περίπτωση, αλλά όχι δεν έχει συμβεί». Ο Δ συμφωνεί στο ερώτημα καθώς «θέλουν να πουν τα δικά τους αυτοί». Το ίδιο συμβαίνει και με τον Θ, ο οποίος εκτός από τον ασθενή, αναφέρει και τον συνοδό. Πιο συγκεκριμένα αναφέρει «... να είναι κολλημένος στη δική του άποψη και να μην καταλαβαίνει αυτό που προσπαθείς να του εξηγήσεις για να τον βοηθήσεις».

Ο Ι το θεωρεί «ενοχλητικό» αλλά προσθέτει και το ότι «παρεμβαίνουν μεν, ζητάνε συγγνώμη δε». Στον Μ συμβαίνει «γιατί εμάς δεν μας πολυεμπιστεύεται. Εμπιστεύεται πιο πολύ τον γιατρό». Η απάντηση του Ν έρχεται σε αντίθεση με του Μ, καθώς πιστεύει ότι οι ασθενείς «θέλουν να ακούσουν τη γνώμη μας». Προσθέτει, όμως, ότι «αν συμβαίνει, συμβαίνει με ασθενείς που δεν συνεργάζονται γενικά καλά και με το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό». Ο τελευταίος συμμετέχοντας, ο Ρ, απαντά αρνητικά για τους ασθενείς, καθώς είναι διασωληνωμένοι και αναφέρεται θετικά σε «νοσηλευτές, τραυματιοφορείς, όλη τη γκάμα».

Η δεύτερη θεματική ενότητα, σχετίζεται με την κριτική για την ικανότητα των εργαζομένων. Η πρώτη ερώτηση αναφερόταν στο εάν τους έχουν ασκήσει αρνητική κριτική σε θέματα εργασίας τους ή έχει υποπέσει στην αντίληψή τους να έχει συμβεί σε άλλα τμήματα. Ο Α απαντά αρνητικά αλλά συμπληρώνει ότι αυτό γίνεται «σε άλλα άτομα». Το ίδιο ισχύει και για τον Θ καθώς «έχει ασκηθεί σε άλλα τμήματα». Οι Β και Ε απαντούν «Όχι». Ο Γ δεν δίνει ξεκάθαρη απάντηση για τον εαυτό του λέγοντας «Εντάξει ναι, αυτό μπορεί να συμβεί, έχω ακούσει, ναι». Ο Δ γελώντας δηλώνει «ναι». Οι Ζ και Ρ επίσης, απαντούν «Ναι». Ο Η έχει υποστεί αρνητική κριτική, καθώς «όταν κάνεις διοικητική υπηρεσία, δεν είναι δυνατόν να έχεις μόνο θετικά. Θα έχεις κριτική θετική και αρνητική». Ο Ι μη αναφερόμενος σε προσωπικό επίπεδο, μιλά γενικά «από συναδέλφους όχι, ούτε από την προϊσταμένη».

Ο Κ υποστηρίζει ότι «κατά καιρούς ναι, γίνεται» από άλλους, αλλά όχι στον ίδιο. Δεν ξέρει, όμως, «πίσω από την πλάτη του αν έχουν πει κάτι». Ο Λ «προσωπικά δεν το έχει βιώσει, αλλά «έχει δει να συμβαίνει». Στο τμήμα του Μ, δεν συμβαίνει κάτι ανάλογο, όμως, προσθέτει ότι «σε άλλα τμήματα μπορεί». Ο Ν υποστηρίζει ότι «γραπτά και βαθμολογικά, ποτέ, αλλά πίσω από την πλάτη μου, όμως ναι». Ο Ξ θεωρεί ότι «γίνεται με καλή πρόθεση και πρέπει να γίνεται», γιατί με αυτόν τον τρόπο «ο άλλος μπορεί να βελτιωθεί σε κάτι». Επίσης, έχει γίνει στον ίδιο αλλά «δεν το έχει παρεξηγήσει». Ο συμμετέχων Ο απαντά

αρνητικά για τον εαυτό του, αλλά για το αν συμβαίνει αλλού λέει «και να ήξερα θαμίλαγα, αν δε με αφορά εμένα»; Θεωρεί ότι «είναι θέμα χαρακτήρα» και «ο καθένας μπορεί να πει ό,τι θέλει». Στον Π έχει ασκηθεί αρνητική κριτική «αρκετές φορές».

Η αρνητική κριτική γίνεται από «νοσηλεύτη σε νοσηλεύτη» σύμφωνα με τον Α. Ο Γ λέει «δεν ξέρω... και δεν μπορώ να σου πω». Ο Δ υποστηρίζει ότι γίνεται από «συγγενείς των παιδιών», κάτι που ισχύει και για τον Ζ, καθώς «οι συνοδοί... είναι φορτισμένοι πάρα πολύ έντονα συναισθηματικά». Ο Η προσθέτει ότι η αρνητική κριτική μπορεί να γίνει και «από άλλες ειδικότητες του νοσοκομείου» καθώς «η κάθε υπηρεσία προσπαθεί να βάλει τα όριά της». Ο Θ δίνει διαφορετική απάντηση αναφερόμενος ότι γίνεται από «συναδέλφους». Ο Ι υποστηρίζει ότι «οι ασθενείς... συνήθως κρίνουν αρνητικά ότι κάτι δεν το έκανες καλά, ότι δεν το ήξερες, τι μου έκανες και τέτοια». Ο Κ συμφωνεί με τον Ι, προσθέτοντας και το «προσωπικό».

Ο Λ έχει δει «από γιατρό προς συνάδελφο» να ασκηθεί αρνητική κριτική. Ο Ν δεν κάνει κάποια συγκεκριμένη αναφορά, γιατί «κακοήθεια υπάρχει παντού». Ο Ξ αναφέρει ότι «αν γίνει από νοσηλεύτη, γίνεται σε γιατρό ο οποίος είναι καινούριος στο τμήμα που ξεκινάει ειδικότητα». Βέβαια συνεχίζει με το ότι γίνεται «με καλή πρόθεση». Επίσης, «από γιατρούς» προς τους νοσηλευτές, γιατί «θεωρούσαν ότι αυτοί ήταν οι παντοδύναμοι και είχαν ένα άσχημο στυλάκι». Ο Π υποστηρίζει ότι γίνεται αρνητική κριτική από «άρρωστο» και «περισσότερο από συνοδό», ενώ τελευταίος συμμετέχοντας, ο Ρ, «από γιατρό... ως προς τον τρόπο που κάνουμε τη δουλειά μας...».

Στη συνέχεια, ζητήθηκε να δοθεί ένα πρόσφατο παράδειγμα, το οποίο δεν απαντήθηκε καθολικά. Ο Α αναφέρεται «σε μια περίπτωση που μια συνάδελφος πήγε να κάνει μια νοσηλευτική πράξη και η υπεύθυνη του τμήματος την απέτρεψε να την κάνει, γιατί της είπε ότι δεν την κάνει καλά». Ο Δ έτυχε σε περίπτωση με «γονείς με παιδί αυτιστικό». «Ήταν πολύ ζωντανό το παιδί... Χαλάει κάποια στιγμή η φλέβα... έτρεχε ο ορός και τα έβαζε μετά με εμένα ότι έφταιγα εγώ, ότι του χάλασα εγώ τη φλέβα». Ο Ζ περιγράφει συχνό φαινόμενο «με περιστατικά που έρχονται με έγκαυμα». Τα εγκαύματα «θεωρούνται ατυχήματα τα οποία συμβαίνουν μέσα στο σπίτι... υπάρχει τεράστια ευθύνη των γονιών». Επομένως, οι γονείς νιώθουν «συναισθήματα ενοχής... τα βάζουν προς το προσωπικό... λες και εσύ φταις που το παιδί κάηκε».

Ο Θ αναφέρεται σε «καινούριους συνάδελφους» που «τον αντιμετωπίζουμε επιφυλακτικά». Σε περίπτωση για παράδειγμα «που αφήσει πάνω στο άγχος πράγματα, λέμε ωχ, δεν είναι τακτικός...» και «...δεν έχει παρατηρητικότητα». Ο Ι παραθέτει ως παράδειγμα ερωτήματα που θέτουν οι ασθενείς όπως είναι: «τι είναι αυτά που μου βάζεις;», «εχθές δεν μου το έβαλαν αυτό που μου βάζεις;», «ποιος έδωσε εντολή;», «και πότε το είπε ο γιατρός;» Ο Κ «δεν θυμάται κάτι συγκεκριμένο», παρά μόνο ότι κάποιος μπορεί «να είναι λίγο πιο αργός στις κινήσεις του μέσα στον χώρο και να πούμε ότι το συγκεκριμένο άτομο δεν κάνει πολύ γρήγορα τη δουλειά». Ο Ν «έφτασε μέχρι τα δικαστήρια για να υποστηρίξει τη θέση του και πλήρωσε 3000 ευρώ, τα οποία στερήθηκε από τα παιδιά του».

Ρωτήθηκε, επίσης, αν έχει συμβεί να βιώσουν αρνητική κριτική μπροστά σε τρίτους, όπως για παράδειγμα σε κάποιον ασθενή τους και πώς νιώσανε. Ο Α το έχει παρατηρήσει να συμβαίνει σε άλλους και ότι νιώθουν «πολύ άσχημα». Οι Β, Γ, Ε, Ζ, Θ, Ν, Ξ, Ο απάντησαν αρνητικά «όχι». Ο Δ ενώ στην αρχή λέει «όχι», μετά προσθέτει ότι συμβαίνει «κατά καιρούς» και «μετά σου ζητάνε και συγγνώμη». Δεν ανέφερε κάποιο συναίσθημα. Στον Η έχει συμβεί «αρκετές φορές» αλλά «δεν του προκάλεσε έκπληξη, ούτε εντύπωση, γιατί είναι κάτι που το

συναντά στην καθημερινότητα, το θεωρεί δεδομένο». Για αυτό τον λόγο «έβαλε τα όριά του». Ο Ι απάντησε μόνο με ένα «ναι», χωρίς να αναφέρει κάτι πιο συγκεκριμένο ή το συναίσθημά του. Ο Κ απαντά αρνητικά, όμως αναφέρει ότι «μπορεί να έχει πει ο ασθενής... κάτι, αλλά... να υποστηρίξει το νοσηλευτικό ο ένας τον άλλον». Ο Λ δεν έχει περιστατικό ο ίδιος που να έχει βιώσει, αλλά ένας γιατρός να το κάνει σε συνάδελφό του «μπροστά σε ασθενή... ότι κάτι δεν το κάνει σωστά». Αυτός ένιωσε «χάλια, απαράδεκτα, ψυχράθηκε και η σχέση της με το γιατρό».

Ούτε ο Μ έχει προσωπικό βίωμα, αλλά έχει συμβεί «σε άλλο τμήμα» από γιατρούς που «έχουν δώσει εντολή να μπει ένας ορός αλλά να μην εμπιστεύονται το νοσηλευτικό προσωπικό και να πάνε να ρωτάνε τον ασθενή “σου βάλανε αυτόν τον ορό;”... μπορεί ο ασθενής να το έχει ξεχάσει και να πει όχι». Ένα τέτοιο γεγονός «σε προσβάλλει». Στους Π και Ρ έχει ασκηθεί αρνητική κριτική μπροστά σε τρίτους. Πιο συγκεκριμένα, ο πρώτος μπροστά σε «ασθενείς» και «ένιωθε ότι τον μειώνουν, ότι δεν ξέρει να κάνει τη δουλειά του και ο δεύτερος «δεν ένιωθε κάτι ιδιαίτερο, γιατί το φαινόμενο είναι συχνό» και «θεωρούσε ότι είναι το σωστό».

Στη θεματική της κριτικής για την ικανότητα του εργαζομένου, εντάσσονται ερωτήσεις περί λαθών. Στη αρχή ρωτήθηκε εάν θεωρούν ότι έχουν κατηγορηθεί για λάθη που δεν έχουν κάνει. Εάν τους κατηγορήσαν για κάτι τέτοιο κάποιος γιατρός, βοηθός, προϊστάμενος ή νοσηλευτής. Ο Α κατηγορήθηκε «σπάνια... στη διάρκεια των ετών 2-3 φορές». Η κατηγορία προήλθε από «τη μία φορά γιατρό, τις άλλες δύο ήταν συνάδελφος νοσηλευτής». Ο Β απάντησε «ποτέ» δεν κατηγορήθηκε. Οι Γ, Δ, Ι, Ο και Π απάντησαν αρνητικά «όχι». Ο Ε απάντησε θετικά μόνο για «άλλους» αναφερόμενος στο ότι κάποιος, «μπορεί απλά να έχει καλύψει κάποιον και να έχει κατηγορηθεί ο ίδιος». Προσθέτει ότι τέτοια λάθη γίνονται «πάνω στη νοσηλεία, σε λάθος χορήγηση φαρμάκων». Ο Ζ αναφέρεται σε «παραλείψεις που να μην έχει κάνει, στα πλαίσια κακής συνεννόησης». Αυτό συμβαίνει από «συνάδελφο ή συνεργάτη».

Ο Η υποστηρίζει ότι «δεν το έχουν πει σε προσωπικό επίπεδο», δηλαδή «στον ίδιο δεν το έχουν εκφέρει σαν άποψη», αλλά μέσα «από κάποιες κουβέντες που έχουν γίνει» κατάλαβε ότι έχει κατηγορηθεί για λάθη που δεν έχει κάνει. Ο Θ δεν έχει κατηγορηθεί, παρά μόνο για «λάθη που έχει κάνει» καθώς «δεν υπάρχει αλάνθαστος», ενώ ο Κ «θέλει να πιστεύει πως όχι». Ο Λ υποστηρίζει ότι «γίνεται... γιατί είμαστε πολύ εύκολος στόχος για τους γιατρούς». Ο Μ απάντησε απλά ότι «γίνεται». Ο Ν δεν έχει κατηγορηθεί, γιατί θεωρεί τον εαυτό του ως «ένα άτομο... που δεν έχει κανένα φόβο να πει το λάθος του, αρκεί να το προλάβει». Ο Ξ «δεν μπορεί να θυμηθεί κάτι», ενώ ο Ρ το έχει βιώσει από «συνάδελφο... για παράλειψη... και λάθος πρακτική».

Στη συνέχεια, τέθηκαν ερωτήσεις για το εάν τους έχουν φορτώσει ίσως λάθη άλλων, τι λάθη ήταν αυτά και αν μπορούν να δώσουν ένα παράδειγμα. Οι Α, Β, Γ, Ε, Η, Ο και Π απάντησαν «όχι». Ο Δ μίλησε με έμφαση ότι «δεν το έχει κάνει κανείς». Ο Ζ απαντά αρνητικά και τονίζει ότι ως προϊστάμενος, θεωρεί ότι «είναι υποχρέωσή του να τα φορτωθεί». Ο Θ απαντά «όχι» γιατί «θα αντιδράσει». Ο Ι υποστηρίζει ότι «είναι σπάνιο σε εμάς» αλλά «συνήθως γίνεται από γιατρούς», ενώ ο Κ «θέλει να πιστεύει πως όχι». Ο Λ δεν αναφέρεται σε λάθη αλλά «παραλείψεις», δίνοντας ως παράδειγμα «να δώσει μια εντολή για να ετοιμάσεις έναν ασθενή για μια εξέταση και ποτέ να μην στο έχει πει». Στην ίδια λογική κινείται και ο Μ που απαντά θετικά, αφού γιατροί μπορεί «να έχουν δώσει μια εντολή για ασθενή και να μην τους το έχουν πει». Ο Ν είναι απόλυτος με το «ούτε καν» γιατί «ο καθένας ξέρει τι κάνει». Οι Ξ και Ρ απαντούν ότι «δεν μπορούν να θυμηθούν κάτι».



Στην ίδια θεματική ενότητα, ζητείται απάντηση στο εάν νιώθουν να υποβαθμίζουν όσα συνεισφέρουν, πόσο συχνά γίνεται αυτό, κυρίως από ποιους και πώς νιώθουν. Οι συμμετέχοντες δεν απαντούν σε όλα τα ερωτήματα. Ο Α απάντησε «κάποιες φορές» και αυτό γίνεται «από συνοδούς παιδιών» ή «γιατρούς». Σχετικά με το πώς νιώθει, έδωσε την εξής απάντηση: «Άμα ρίξεις δυο-τρία καντήλια περνάει, τελειώνει το θέμα». Ο Β θεωρεί ότι «αναγνωρίζονται» όλα όσα κάνει. Οι Γ, Δ, Ε, Η και Ξ απαντούν αρνητικά «όχι». Ο Ζ υποστηρίζει ότι «υπάρχει απαξίωση», η οποία «ξεκινάει από εμάς», αλλά «όχι συχνά». Ο Θ θεωρεί ότι «βεβαίως» και υποβαθμίζεται η συνεισφορά των νοσηλευτών, είναι κάτι που «γίνεται συχνά» γιατί «δεν υπάρχει καθηκοντολόγιο... πρωτόκολλο». Ο Ι το βιώνει «από ασθενείς» και απλά «το προσπερνά». Ο Κ αναφέρεται θετικά στο γεγονός, είναι κάτι που «δε γίνεται συχνά» και το βιώνει από «νοσηλεύόμενους».

Ο Λ υποβαθμίζεται «αρκετά συχνά», κυρίως από «γιατρούς» και αισθάνεται «ότι τον ταπεινώνει κάπως». Το ίδιο συμβαίνει και με τον Μ προσθέτοντας «και τους συνοδούς». Ο Ν αναφέρει ότι «το '85... ήμασταν πολύ πιο υποβαθμισμένοι... τώρα μας σέβονται περισσότερο». Ο συμμετέχων Ο, νιώθει ότι είναι «σάκος του μποξ αυτή η θέση» και «δέχεται πιέσεις και από τους πάνω και από τους κάτω». Ο Π «κάποιες φορές» βιώνει την υποβάθμιση της συνεισφοράς του και «πάντα από τους συνοδούς», με αποτέλεσμα να «νιώθει άσχημα, γιατί δεν αναγνωρίζεται αυτό που κάνει». Ο τελευταίος συμμετέχοντας, απάντησε θετικά, «συνήθως από γιατρούς» και είναι κάτι που το «έχει συνηθίσει πλέον».

Στην κριτική περί ικανότητας του εργαζομένου, συμπεριλαμβάνονται και ερωτήσεις για το εάν έχουν αμφισβάλει για την ποιότητα των γνώσεών τους, κυρίως από ποιον δέχονται αμφισβητήσεις και ζητείται να αναφέρουν μια πρόσφατη περίπτωση όπου αυτό έχει γίνει μπροστά σε τρίτους (π.χ. σε ασθενείς). Οι Α, Γ, Ε, Η, Ι και Ξ απάντησαν μόνο αρνητικά «όχι». Οι Β, Δ απάντησαν «όχι» αλλά προσθέτουν και το γεγονός ότι ίσως «δεν το έχουν καταλάβει» να συμβαίνει. Ο Ζ υποστηρίζει ότι αυτό «έχει να κάνει με το πώς αυτός θα δώσει στον άλλον να καταλάβει ότι αυτό που κάνει, ξέρει να το κάνει σωστά... και γιατί το κάνει». Προσθέτει ότι «στις λίγες φορές που έχει συμβεί» μπροστά σε τρίτους, αντιμετωπίζει την κατάσταση «όχι με πρόθεση τσαμπουκά» αλλά «επιχειρηματολογώντας επιστημονικά». Ο Θ απάντησε αρνητικά για τον εαυτό του, αλλά «γίνεται... πολλές φορές και δικαιολογημένα» σε άλλους χώρους ή τμήματα και «γιατί... κάπου έχουμε κλείσει τα βιβλία». Επίσης, μπροστά σε τρίτους δεν του έχει συμβεί. Ο Κ εκτός από το ότι απαντά αρνητικά, αναφέρει ότι «τους στέλνουν να κάνουν και σεμινάρια επιπλέον... να μαθαίνουν περισσότερα».

Οι Λ και Μ έχουν βιώσει αμφισβήτηση «από γιατρούς και συνοδούς», ενώ ο δεύτερος δίνει και παράδειγμα, όχι δικό του, που έχει συμβεί μπροστά σε τρίτους. Πιο συγκεκριμένα, γιατροί «να έχουν δώσει εντολή να μπει ένας ορός αλλά να μην εμπιστευονται το νοσηλευτικό προσωπικό και να ρωτάνε τον ασθενή» αν μπήκε ο ορός και να απαντήσει αρνητικά επειδή «το έχει ξεχάσει». Ο Ν υποστηρίζει ότι «δεν μπορεί κανένας να πει ότι είναι παντογνώστης», ενώ δεν του έχει συμβεί μπροστά σε τρίτους γιατί είναι κάτι που «δεν το επιτρέπεις». Ο συμμετέχων Ο, από τη μία απαντά αρνητικά, επειδή «δεν είχε ποτέ θέμα με τις γνώσεις της», από την άλλη, αναφέρει ότι στο νοσοκομείο «διώκεται για τις απόψεις της». Στον Ρ έχει αμφισβητηθεί η ποιότητα των γνώσεών του «κυρίως από γιατρούς» αλλά αναφέρει και τους «συναδέλφους». Ένα περιστατικό που θυμάται σχετίζεται με την μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και με «το ότι δεν μπορούσαν να την πάρουν σωστά ή αν την πήραν εκείνη την ώρα».

Ένα επόμενο ερώτημα αφορά την πιθανότητα να άσκησαν οι ίδιοι αρνητική κριτική σε άλλους, για να νιώσουν καλύτερα. Οι Α, Β, Γ, Κ, Π και Ρ απάντησαν «όχι». Ο Δ «ποτέ» δεν άσκησε αρνητική κριτική για να νιώσει καλύτερα. Ο Ε δεν το κάνει, γιατί «προτιμά να μην το πει καθόλου», ενώ ο Ζ το κάνει «για να προλάβει καταστάσεις άσχημες» και «όχι για να νιώσει καλύτερα». Ο Η ασκεί αρνητική κριτική «όχι για να κάνει κριτική», όπως αναφέρει. Δηλαδή, «όχι σε προσωπικό επίπεδο...» αλλά «για να περιχαρακώσει την νοσηλευτική υπηρεσία... και να προστατεύσει το νοσηλευτικό» Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι και η φράση: «Δείτε τι δεν κάνετε εσείς και μετά ασχοληθείτε με τον νοσηλευτή... Δείτε τα δικά σας...». Ο Θ έχει ασκήσει αρνητική κριτική, αλλά ως «τρόπος έκφρασης» και όχι για να «νιώσει καλύτερα ή χειρότερα».

Οι Ι και Μ το έχουν κάνει, όχι για να νιώσουν καλύτερα, αλλά «κατ' ιδίαν», λέγοντας «αυτό που θεωρούν ότι είναι λάθος». Ο Λ έχει ασκήσει αρνητική κριτική «σε γιατρό... όχι για να νιώσει καλύτερα». Ο Ν απαντά ξεκάθαρα ότι «έχει ασκήσει» αναφέροντας ότι το κάνει μόνο όταν έχει «στοιχεία» μπροστά του. Οι Ξ και Ο υποστηρίζουν ότι «με επιχειρήματα θα δείξουν ότι αυτό που έγινε δεν έπρεπε να γίνει», χωρίς να ασκήσουν κάποια αρνητική κριτική και «να μειώσουν» κάποιον, αλλά το κάνουν «για να βελτιωθεί».

Τελευταίο ερώτημα για αυτή την θεματική είναι το εάν υπήρχαν περιπτώσεις που διακόψανε άλλους. Ο Α απάντησε ότι το έκανε «χωρίς να γίνει αντιληπτό, χωρίς να αισθανθεί ούτε ο ίδιος χάλια». Οι Β, Γ, Ε, Ζ, Η, Ι, Κ, Λ, Μ και Π απάντησαν αρνητικά «όχι». Ο Δ «ποτέ» δεν διέκοψε άλλους. Ο Θ διακόπτει άλλους και είναι κάτι που «προσπαθεί να το ξεπεράσει», προτείνοντας ότι πρέπει να «είμαστε ένα 60% ακούω». Ο Ν υποστηρίζει ότι διακόπτεις όταν είσαι «πάνω στα νεύρα σου», «αν σε φέρουν στο απροχώρητο» και «θα πεις συγγνώμη, να πω τη γνώμη μου». Ο Ξ «προσπαθεί να δίνει ευκαιρίες και γνώμες να εκφέρουν» κάποιιοι, από το να τους διακόψει. Ο συμμετέχων Ο διακόπτει «όταν βλέπει ότι πάει προς αλλού» η συζήτηση και αναφέρει ότι «είναι ένα θέμα αυτό» γιατί με αυτόν τον τρόπο «θέλει να το ράψει». Τέλος, ο Ρ αναφέρει ότι του «έχει τύχει».

Η τρίτη θεματική ενότητα, σχετίζεται με τις φήμες, τα κουτσομπολιά, τις φωνές και τα εξευτελιστικά σχόλια που ίσως συμβαίνουν στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών. Ξεκινάμε ερωτήσεις για το αν έχουν καταλάβει ότι μπορεί να δέχονται φωνές και να προσδιορίσουν κυρίως από ποιους έχουν τα περισσότερα παράπονα. Ο Α απαντά θετικά και είναι κάτι που συμβαίνει από «ανώτερους». Οι Β, Γ, Δ και Ε απαντούν «όχι». Ο Ζ βιώνει φωνές κυρίως από «συνοδούς», γιατί όπως αναφέρει «έρχονται και νομίζουν ότι έχουν μόνο δικαιώματα και όχι υποχρεώσεις» και «φωνάζουν για να εκτονωθούν», κατηγορώντας και το «σύστημα υγείας». Ο Η απαντά αρνητικά, γιατί «προσπαθεί με το διάλογο και τον τρόπο του να βάζει τα πράγματα στη θέση τους». Ο Θ δεν δέχεται φωνές, καθώς «η ηχορρύπανση τον ενοχλεί στη δουλειά», ενώ ο Ι υποστηρίζει ότι «οι συνοδοί είναι αυτοί που σου δημιουργούν προβλήματα».

Στον Κ «τυχαίνει» και «προσπαθεί να μην τα δέχεται». Οι «ασθενείς» κυρίως φωνάζουν αλλά «σίγουρα υπάρχουν μεταξύ μας εντάσεις... δεν γίνεται να είναι πάντα όλα ήρεμα». Ο Λ δεν δέχεται ο ίδιος φωνές, αλλά αναφέρει ότι «έχει τύχει στο τμήμα του». Ο Μ δεν απαντά αν δέχεται φωνές σε προσωπικό επίπεδο και παραθέτει ένα παράδειγμα για άλλο συνάδελφο, ο οποίος «ενοχλούσε το γιατρό μέχρι τις 3 που πήγε για ύπνο για κάτι που το θεωρούσε αυτός χαζό». Στη συνέχεια, στο ερώτημα από ποιον έχει τα περισσότερα παράπονα, τονίζει απλά ότι «δεν έχει κανένα θέμα προσωπικά με τους γιατρούς». Ο Ν δεν απαντά σε προσωπικό επίπεδο αν δέχεται φωνές, απλά θεωρεί ότι «για εκείνο που δεν είσαι σωστός, πάντα θα έχεις και τις

φωνές» Επίσης, υποστηρίζει ότι παράπονα «έχει αυτός που δεν τα έχει καλά με τον εαυτό του».

Ο Ξ αναφέρει ότι «δέχτηκε μια επίθεση από μια συνάδελφο» και παραθέτει ένα πρόσφατο παράδειγμα που συνέβη σχετικά με το πρόγραμμα της δουλειάς. Η κατάληξη ήταν στο ότι «του ζήτησε συγγνώμη» για τις φωνές. Επίσης, ο Ξ υποστηρίζει ότι σχετικά με τα παράπονα, αυτό «έχει να κάνει με το ποιόν του κάθε ανθρώπου» και «δεν το κάνουν εσκεμμένα στο πρόσωπο του νοσηλευτή». Ο συμμετέχων Ο επειδή δουλεύει σε μονάδα και θεωρεί ότι είναι διαφορετικά τα πράγματα, αναφέρει ότι «ο γιατρός φωνάζει» γιατί βρίσκεται υπό «πίεση» και «δεν πρέπει να το εκλάβει ως αρνητικό... μάλλον έχει άγχος». Θα αντιδράσει κυρίως όταν αυτό «είναι επαναλαμβανόμενο». Παρ' όλα αυτά, τονίζει πως «εκείνη τη στιγμή προέχει η ζωή». Επίσης, τα περισσότερα παράπονα τα βιώνει από «ανώτερους». Ο Π δέχεται φωνές «από συνοδούς και ασθενείς», όμως «λιγότερο από γιατρούς». Ο Ρ αναφέρει ότι «σε άλλα τμήματα που έχει δουλέψει, συμβαίνει». Δε συμβαίνει, όμως, στο τωρινό του τμήμα που είναι η Μ.Ε.Θ..

Σε συνέχεια των ερωτήσεων περί φωνών, γίνονται ερωτήσεις για το εάν δέχτηκαν εξευτελιστικά σχόλια, κυρίως από ποιους και εάν αυτή η κατάσταση επηρεάζει το έργο τους ή την αυτοπεποίθησή τους. Στις περιπτώσεις που απάντησαν αρνητικά για τον εαυτό τους, έγινε επιπλέον ερώτηση για το εάν παρατηρούν να το βιώνουν άλλοι. Οι Α, Η, Κ, Ν και Ο απαντούν σε όλα «όχι». Ο Β δεν δέχτηκε ο ίδιος εξευτελιστικά σχόλια, αλλά παρατηρεί ότι συμβαίνει σε άλλους νοσηλευτές «με γιατρό» και επηρεάζει ίσως το έργο τους «στιγμιαία». Ο Γ το παρατηρεί μόνο σε άλλους νοσηλευτές και «νομίζει πως επηρεάζεται κατά κάποιο τρόπο» το έργο και η αυτοπεποίθησή τους. Ο Δ δεν το βιώνει τα τελευταία χρόνια που δουλεύει, ενώ θεωρεί ότι είναι κάτι που συμβαίνει σε άλλους και δεν επηρεάζει το έργο τους, αλλά «την ψυχική τους κατάσταση». Ο Ε αγανακτώντας δεν δίνει απάντηση. Ο Ζ δίνει μια γενική απάντηση ότι «μπορεί να συμβούν αυτά» λόγο κυρίως «συνοδών» και επηρεάζει «τη διάθεση» και «τη δουλειά λιγότερο». Θεωρεί ότι δεν έχει πρόβλημα αυτοπεποίθησης, απλά «σου χαλάει την μέρα» μια τέτοια κατάσταση.

Ο Θ απάντησε αρνητικά για τον εαυτό του και υποστηρίζει ότι γενικά «συμβαίνουν παρεξηγήσεις» και «είναι θέμα χαρακτήρα εάν θα τους επηρεάσει ή όχι». Προσθέτει όμως ότι «δεν είναι τρόπος αυτός για να επιπλήξεις κάποιον». Ο Ι δεν έχει δεχτεί τέτοια σχόλια και υποστηρίζει ότι «δεν είναι ότι καλύτερο» όταν αυτό συμβαίνει. Οι Λ και Μ απαντούν θετικά, καθώς είναι κάτι που «γίνεται», αλλά «δεν τους επηρεάζει προσωπικά» και «δεν δίνουν σημασία». Ο Ξ δέχεται εξευτελιστικά σχόλια «από ασθενείς οι οποίοι είναι συγχυτικοί». Τον επηρέαζε αυτό «τα πρώτα χρόνια», κάτι που δεν συμβαίνει πλέον, γιατί «τώρα το γνωρίζει και το ζει». Ο Π δεν το έχει βιώσει προσωπικά, αλλά το παρατηρεί σε «άλλους συναδέλφους», χωρίς να αναφέρει πόσο τους επηρεάζει αυτό. Ο τελευταίος συμμετέχοντας, έχει δεχτεί «από γιατρούς και από συναδέλφους», όμως δεν του επηρεάζει το έργο ή την αυτοπεποίθησή του.

Επόμενο ερώτημα σε αυτή την θεματική ενότητα είναι το εάν έχει υποπέσει στην αντίληψή τους ότι υπήρχαν άτομα που τους στοχοποίησαν σε ανώτερό τους όταν είχαν κάποια αποτυχία και αν αυτό άλλαξε τη συμπεριφορά του ανωτέρου προς αυτούς. Στις περιπτώσεις που απαντούν αρνητικά, ρωτούνται αν έχει πέσει στην αντίληψή τους να έχει συμβεί σε άλλους. Ο Α απαντά αρνητικά για τον εαυτό του, αλλά θεωρεί ότι σε άλλους «έχει συμβεί». Οι Β, Γ, Δ, Ε, Ι και Π απαντούν «όχι». Ο Ζ δεν έχει στοχοποιηθεί ο ίδιος, αλλά υποστηρίζει ότι «αυτά συμβαίνουν σε μια υπηρεσία» και «επηρεάζεται η συμπεριφορά του ανωτέρου» γιατί «δεν μπορεί να αξιολογήσει αυτό που ακούει». Ο Η τονίζει ότι «δεν υπάρχει κάποιος

υπάλληλος στο επάγγελμά μας που να μην το έχει συναντήσει» και είναι κάτι που «εξαρτάται από τον τρόπο που θέλει να κάνει διοίκηση ο ανώτερος». Η συμπεριφορά του ανωτέρου, «νομίζει πως επηρεάζεται», αν και ο ίδιος «δεν μπορεί να έχει αποδείξεις» για αυτό.

Ο Θ δεν έχει στοχοποιηθεί αλλά αναφέρει ότι «μπορεί... ναι» να συμβεί σε άλλους «εάν είναι κακοήθης» αυτός που το κάνει. Κάτι τέτοιο, πιστεύει ότι «θα επηρεάσει να το ψάξει» ο ανώτερος, αλλά «εξαρτάται από τι έχεις δείξει... τόσο καιρό... στο τμήμα σου». Ο Κ στην αρχή απαντά «όχι», αλλά προσθέτει μετά ότι «πίσω από την πλάτη πολλά λέγονται». Υποστηρίζει ότι σε άλλους μπορεί να συμβεί «όχι με την κακή έννοια», απλά «να το πούμε στον προϊστάμενο για να το πει αυτός». Οι Λ και Μ στοχοποιήθηκαν σε ανώτερο καθώς «γίνονται σε όλα τα τμήματα» και η συμπεριφορά του «μπορεί και να άλλαξε... όμως δεν δίνουν σημασία». Στον Ν «μπορεί και να έχει γίνει» αυτό ή τουλάχιστον «δεν το έχει πάρει είδηση». Ο Ξ υποστηρίζει γενικά ότι αν γίνει «αυτό θα γίνει μόνο κακοπροαίρετα». Δεν απαντάει αν το παρατηρεί σε άλλους, ενώ «δεν μπορεί να θυμηθεί κάτι για εκείνον».

Ο συμμετέχων Ο αρνείται ότι «έκανε κάτι λάθος» και ισχυρίζεται ότι «στοχοποίηση υπάρχει σε όλες τις δημόσιες υπηρεσίες» και «δεν μπορείς να φυλαχτείς από αυτό το πράγμα». Στη συνέχεια αναφέρει ότι «άλλαξε ανώτερο», επομένως δεν γνωρίζει ποια θα ήταν η συμπεριφορά του προηγούμενου ανωτέρου. Προσθέτει όμως ότι «αν στοχοποιηθείς, η ρετινιά σε κυνηγά μετά και σε άλλους τομείς». Ο τελευταίος συμμετέχοντας, ο Ρ, έχει στοχοποιηθεί σε ανώτερο και στο ερώτημα αν άλλαξε η συμπεριφορά του, απάντησε ότι «ήταν εξ' αρχής κακή».

Στη συνέχεια, γίνονται ερωτήσεις σχετικά με το εάν έχουν υποπτευθεί ότι διαδίδονται φήμες ή κουτσομπολιά για αυτούς, εάν συμβαίνει κάτι ανάλογο σε άλλους ή από άλλα τμήματα, ποιος κυρίως τα διαδίδει και κατά πόσο τους επηρεάζει στη δουλειά τους. Ο Α απαντά «δυστυχώς όχι», «γίνεται» σε άλλα τμήματα και ισχυρίζεται γενικά ότι «το κουτσομπολιό έχει να κάνει κυρίως... με την σεξουαλική ζωή του καθενός σε σχέση με συναδέλφους». Όλο αυτό «δεν νομίζει» ότι επηρεάζει την δουλειά τους, ίσως όμως «την σεξουαλική τους ζωή». Οι Β, Δ υποστηρίζουν ότι «για εκείνους όχι» αλλά «γενικά ναι διαδίδονται». Προσθέτει όμως στη συνέχεια ότι «δεν έχει υποπέσει κάτι στην αντίληψή του... για εκείνον». Όλο αυτό «δεν νομίζει ότι επηρεάζει την δουλειά τους» και η διάδοση γίνεται «από συναδέλφους».

Στον Γ «δεν έχει υποπέσει τίποτα στην αντίληψή του». Ο Ε δεν έχει βιώσει κάτι παρόμοιο, «για άλλους ναι, σε προσωπικό επίπεδο». Η δουλειά τους «επηρεάζεται αρνητικά» και διαδίδονται κυρίως «από νοσηλευτές» και «από αυτόν που υποτίθεται εμπιστεύεσαι». Οι Ζ, Κ, Ο είναι αρνητικοί σε όλα τα σχετικά ερωτήματα. Στον Η «δεν έχει πέσει στην αντίληψή του» να συμβαίνει στον ίδιο, ενώ είναι κάτι που «δεν το επιτρέπει» να συμβεί στους άλλους. Ο Θ υποστηρίζει ότι «γίνεται κοινωνικό σχόλιο, παύλα κουτσομπολιό για τον καθέναν μας» και «την δουλειά του όχι» δεν την επηρεάζει, παρά μόνο «τη συμπεριφορά του απέναντί του». Ο Ι απαντά θετικά στη διάδοση φημών ή κουτσομπολιών για τον εαυτό του, υποστηρίζει ότι γίνεται «από γιατρούς» και αυτό επηρεάζει «όχι τόσο πολύ τη δουλειά, όσο την προσωπική».

Ο Λ ισχυρίζεται ότι «μπορεί» να συμβαίνει στον ίδιο αλλά «δε δίνει σημασία». Αυτό όμως, θεωρεί ότι «γίνεται» σε άλλα τμήματα, από «συναδέλφους και γιατρούς» και «παλιότερα τον επηρεάζε... όχι τώρα». Ο Μ υποστηρίζει ότι αυτό συμβαίνει «για όλους μας» και κυρίως από «συναδέλφους». Ο Ν δεν δίνει απάντηση για τον εαυτό του, παρά μόνο κάνει γενικεύσεις όπως ότι «όταν υπάρχει δουλειά, δεν υπάρχει περιθώριο για κουτσομπολιό. Όποτε υπάρχει

κενός χρόνος, θα γίνουν και κουτσομπολιά...» Φήμες και κουτσομπολιά «ο οποιοσδήποτε μπορεί να τα διαδίδει» και θεωρεί ότι «δεν θα τον επηρεάσει».

Στον Ξ έχουν διαδοθεί «στο παρελθόν», από «άτομα μέσα στον ίδιο χώρο, που ζουν από το κουτσομπολιά». Δεν επηρεάζεται αρχικά η δουλειά του καθώς «αν γίνει μια φορά, δεν δίνει σημασία», αλλιώς «καλεί το άτομο και του κάνει συστάσεις». Ο Π απάντησε «όχι» για τον εαυτό του, ενώ «σε άλλους συναδέλφους έχει γίνει». Αυτά διαδίδονται από «συναδέλφους» και επηρεάζεται «σίγουρα η δουλειά τους» αλλά και «η συμπεριφορά μεταξύ των συναδέλφων». Ο Ρ απαντά «αμέ» για τον εαυτό του, όμως, αυτό δεν επηρεάζει «τη δουλειά του». Τέλος, αναφέρει ότι διαδίδονται από «όλους», δηλαδή «νοσηλευτές, γιατρούς, τραυματιοφορείς».

Η τρίτη θεματική ενότητα κλείνει με ερωτήσεις που σχετίζονται με το εάν έχει υποπέσει στην αντίληψή τους ότι υπάρχουν άτομα που αποφεύγουν τη συνεργασία μαζί τους, για ποιο λόγο πιστεύουν ότι γίνεται αυτό, καθώς και αν οι ίδιοι αποφεύγουν άτομα. Όσοι απαντούν αρνητικά για τον εαυτό τους, γίνεται επιπλέον ερώτηση για το εάν το παρατηρούν να συμβαίνει σε άλλους. Οι Α, Β, Γ, Δ, Ι και Ρ απαντούν «όχι» σε όλα τα ερωτήματα. Οι Ε, Θ, Μ υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχουν άτομα που αποφεύγουν τη συνεργασία μαζί τους, όμως, είναι κάτι που «το έχουν δει σε άλλους» και αυτό γίνεται «γιατί μπορεί να μην συμπαθιούνται», «να μην ταιριάζουμε όλοι» ή να μην «υπάρχει καλή συνεργασία». Επίσης, ο ίδιοι, δεν αποφεύγουν άτομα. Ο Ζ απαντά αρνητικά σε όλα, προσθέτοντας στο τέλος ότι «η συνεργασία εδώ πέρα είναι επιβεβλημένη... γιατί πρέπει να βγει κάποια δουλειά». Στην ίδια λογική κινείται και ο Η, ο οποίος ισχυρίζεται, επίσης, ότι «δεν επιλέγουμε με ποιον θα δουλέψουμε και με ποιον όχι». Ο Κ δίνει αρνητική απάντηση σε όλα, προσθέτοντας στο τέλος τις σκέψεις που κάνουν οι νοσηλευτές πάνω σε αυτό όπως: «Ωχ, θα κάνω βάρδια με αυτόν;»

Στον Λ δεν έχει υποπέσει στην αντίληψή του να αποφεύγουν άτομα τη συνεργασία μαζί του, αλλά γενικά «αυτό γίνεται». Ο λόγος είναι γιατί «μπορεί να μην υπάρχει καλή συνεργασία... έχουν τσακωθεί... ή το άλλο άτομο να είναι πιο αδιάφορο». Τέλος, ο ίδιος αναφέρει ότι δεν αποφεύγει άτομα. Ο Ν τονίζει γενικά ότι «είμαστε στη δουλειά» και «ο καθένας με το καθηκοντολόγιο που έχει, αναγκάζεται να συνεργαστεί». Στο ερώτημα αν αποφεύγει άτομα, απαντά αρνητικά. Ο Ξ δεν απαντά στο αν υποπτεύεται ότι αποφεύγουν άτομα να συνεργαστούν μαζί του και αναφέρει ότι αυτό συμβαίνει. Στη συνέχεια, περιγράφει ότι «στο παρελθόν είχε ζητήσει από την προϊσταμένη να μην τη βάζει με ένα συγκεκριμένο άτομο, γιατί δεν μπορούσε να συνεργαστεί μαζί του», ενώ τώρα, υποστηρίζει ότι δεν αποφεύγει άτομα.

Όσον αφορά τον συμμετέχοντα Ο, αναφέρει ότι «δεν το ξέρει» αν συμβαίνει κάτι τέτοιο στον ίδιο ή σε άλλους, ούτε αποφεύγει άτομα. Ο Π απαντά αρνητικά στο εάν υποπτεύεται ότι υπάρχουν άτομα που αποφεύγουν να συνεργαστούν μαζί του, «είναι δύσκολο» να συμβαίνει σε άλλους και ο λόγος είναι «κάποιοι από τους συναδέλφους να μην κάνουν αυτά που πρέπει να γίνουν». Τέλος, ο ίδιος δεν αποφεύγει άτομα.

Η τέταρτη θεματολογία σχετίζεται με παράλογες απαιτήσεις στην εργασία. Αρχικά, γίνεται ερώτηση για το εάν υπάρχει κάποιο καθηκοντολόγιο ή κάποιο πρωτόκολλο στην κλινική και στο τμήμα τους και ποιος το κατασκεύασε. Ο Α απαντά ότι «υπάρχει πρωτόκολλο, υπάρχει καθηκοντολόγιο», το οποίο όπως προσθέτει «όχι όπως θα έπρεπε να είναι» και «το κατασκεύασε η υγιεινή νοσηλευτική υπηρεσία». Ο Β απαντά ότι «υπάρχει» και το κατασκεύασε «λογικά η νοσηλευτική υπηρεσία». Ο Γ αναφέρει ότι «δεν γνωρίζει». Ο Δ

ισχυρίζεται ότι «υπάρχει» και «γίνεται από την προϊσταμένη και την διευθύνουσα». Οι Ε, Θ και Π θεωρούν ότι «δεν υπάρχει». Ο Ζ απαντά θετικά καθώς «υπάρχουν σαφές γραμμές σε ένα καθηκοντολόγιο», αλλά δεν δίνει απάντηση για το ποιος το κατασκεύασε. Ο Η αναφέρει ότι «καθηκοντολόγιο υπάρχει» και είναι «αρχαιομένο», γι αυτό τον λόγο «κάνουν αρκετές συναντήσεις... να κάνουν κάποια πράγματα πιο οργανωμένα».

Ο Ι απαντά θετικά και έχει κατασκευαστεί «από την κλινική, την προϊσταμένη, τη διευθύντρια της κλινικής». Ο Κ αναφέρεται θετικά στο ότι υπάρχει καθηκοντολόγιο, αλλά για το ποιος το κατασκεύασε «δεν το ξέρει... έτσι το βρήκε εδώ». Ο Λ ισχυρίζεται ότι «υπάρχει ένα... υπάρχει συνεργασία» και κατασκευάστηκε «από τη νοσηλευτική υπηρεσία». Ο Μ απαντά θετικά και «νομίζει από τη νοσηλευτική υπηρεσία» ότι κατασκευάστηκε. Ο Ν όχι μόνο απαντά ότι «υπάρχει καθηκοντολόγιο», αλλά περιγράφει το ότι «έχουν ένα ντοσιέ που είναι οριοθετημένο και λέει τα πάντα». Ο Ξ αναφέρει ότι «υπάρχει καθηκοντολόγιο με πρωτόκολλο των νοσηλευτικών πράξεων». Δεν αναφέρει ποιος το κατασκεύασε, απλά ότι υπάρχει «από την αρχή της λειτουργίας της μονάδας». Προσθέτει, όμως και το γεγονός ότι «δεν εφαρμόζεται αποκλειστικά».

Ο συμμετέχων Ο ισχυρίζεται ότι «όλη η μονάδα δουλεύει με πρωτόκολλο», δεν αναφέρει ποιος ακριβώς το κατασκεύασε, απλά ότι «έγιναν με βάση παλιές καταγραφές στην Αθήνα...» και «τα ακολουθούν... ο καθένας ξέρει τη δουλειά του». Ο Ρ, υποστηρίζει ότι «καθηκοντολόγιο δεν υπάρχει», ενώ «πρωτόκολλα νοσηλευτικά υπάρχουν». Για το ποιος το κατασκεύασε αναφέρεται «σε συμφωνία με διεθνή πρωτόκολλα, απ' έξω» και «δεν τα έχει φτιάξει κάποιος του νοσοκομείου».

Στη συνέχεια, δίνονται απαντήσεις στα ερωτήματα που σχετίζονται με το εάν τους φορτώνουν με καθήκοντα που είναι πέρα των δυνατοτήτων τους και κυρίως από ποιον γίνεται αυτό. Ο Α απαντά «πολλές φορές, ναι» και γίνεται «από το ιατρικό προσωπικό». Οι Β, Γ, Δ, Ε, απαντούν αρνητικά «όχι». Ο Ζ υποστηρίζει ότι αυτό μπορεί να το κάνει «η υπηρεσία». Προσθέτει όμως από τη μία, ότι «αυτό δεν γίνεται χωρίς τη συναίνεσή τους» και από την άλλη, ότι «δεν υπάρχει άρνηση... τους το επιβάλλει». Ο Η αναφέρει ότι «προφανώς μας φορτώνουν» και αυτό γίνεται «από τους γιατρούς». Προσθέτει επίσης, ότι οτιδήποτε παραπάνω κάνουν είναι «προς όφελος του ασθενή». Ο Θ απαντά «βεβαίως» και είναι κάτι που γίνεται «από άλλες συνεργαζόμενες υπηρεσίες».

Ο Ι απαντά «εξαρτάται» και κάνοντας μια διευκρινιστική ερώτηση για το αν θα έκανε για παράδειγμα αιμοληψία, ισχυρίζεται ότι «αυτό το κάνουμε έτσι κι αλλιώς». Ο Κ αναφέρει ότι «εντάξει, ναι γίνεται αυτό». Σε διευκρινιστικό ερώτημα για το εάν κάνει μόνο νοσηλευτικά καθήκοντα απαντά από τη μία «ναι» και από την άλλη δίνει ένα παράδειγμα αιμοληψίας καθώς θεωρεί ότι «κάτι που μπορεί να το κάνει, θα το κάνει». Ο Λ δίνει μια απάντηση αναφερόμενος σε παράδειγμα «που ήρθε ένα περιστατικό για ενδοσκόπηση αλλά ο τραυματιοφορέας να μην μπορεί... τον πάνε εκείνοι». Όμως, «δεν τους πιέζει κάποιος να το κάνουν». Ο Μ υποστηρίζει ότι «κάνουν πράγματα», δίνοντας ένα παράδειγμα με «καινούριους ειδικευόμενους να μην ξέρουν να πάρουν αίμα και τους βοήθησαν». Ο Ν όντας «προϊστάμενος 25 χρόνια» υποστηρίζει ότι «θα κάνει και τα παραπάνω».

Ο Ξ απαντά θετικά αφού «ο νοσηλευτής θα πρέπει να κάνει και το γιατρό και το βοηθό θαλάμου», οι οποίοι είναι και οι υπαίτιοι για τον συγκεκριμένο φόρτο. Ο συμμετέχων Ο, υποστηρίζει ότι ενώ «υπάρχει μεγάλη έλλειψη προσωπικού», προσπαθεί ως προϊστάμενος «να μην φορτώνει τους συναδέλφους με άλλων καθήκοντα» και επομένως «τα φορτώνεται όλα» ο ίδιος. Ο Π αναφέρει ότι «στον χώρο αυτό, κάνεις πράγματα που δεν είναι στα

καθήκοντά σου» και τονίζει ότι «δεν είναι το θέμα από ποιον» γίνεται αυτό. Ο τελευταίος συμμετέχοντας, απαντά θετικά και του συμβαίνει από γιατρούς.

Τέλος, στη συγκεκριμένη θεματική ενότητα, αναζητούνται απαντήσεις στα ερωτήματα για ποιο λόγο υπακούν ή δεν υπακούν κάποιες από τις οδηγίες που δέχονται (που είναι πέρα των νοσηλευτικών καθηκόντων) και αν δεν υπακούν, αν υπάρχει κάποιο αντίκτυπο αυτό στο έργο τους. Ο Α απαντά ότι κάνει «αυτά που νομίζει αυτός ότι πρέπει να κάνει» και «όχι» δεν έχει κάποιο αντίκτυπο στο έργο του αν δεν υπακούσει σε κάποια οδηγία που δέχεται. Ο Β αναφέρει ότι «δεν θα υπάκουγε» και ότι «μπορεί και να είχε» κάποιο αντίκτυπο στο έργο του «αλλά θα το υπερασπιζόταν». Ο Γ υποστηρίζει ότι «ανάλογα την περίπτωση και αν υπήρχε ανάγκη» θα υπάκουε αλλά δεν δίνει απάντηση στο αν πιστεύει να έχει κάποιο αντίκτυπο στο έργο του. Ο Δ απαντά αρνητικά πως «όχι» δεν θα υπάκουε και «δεν νομίζει» να έχει κάποιο αντίκτυπο αυτό στο έργο του καθώς «αν θα το πει να το κάνει, θα το θέλει να το κάνει για βοήθεια, που ίσως να μπορεί να το κάνει, να ξέρει δηλαδή να το κάνει». Προσθέτει στο τέλος και ότι «αν δεν έχει χρόνο να το κάνει, δεν το κάνει».

Ο Ε αναφέρει ότι «αν γινόταν για μια φορά ναι, ίσως» να υπάκουε σε κάποια οδηγία που δεν είναι νοσηλευτική. Στη συνέχεια τονίζει ότι «αν γινόταν συνέχεια όμως αυτό, όχι βέβαια δεν θα το έκανε». Στο αν πιστεύει να είχε κάποιο αντίκτυπο αυτό στο έργο του, αναφέρει ότι «θα το συζητάγε πρώτα μαζί του». Ο Ζ τονίζει ότι «θα το αρνηθεί» αν του ζητηθεί κάτι τέτοιο και θεωρεί ότι «μπορεί να έχει για κάποιο διάστημα αντίκτυπο στις διαπροσωπικές σχέσεις, αλλά αυτό είναι τυχαίο». Ο Η αναφέρεται πάλι εδώ στο ότι «το κάνουν προς όφελος του ασθενή» και παραθέτει ένα περιστατικό όπου «δεν είναι σωστό να αφήσεις ένα παιδί να το τρυπάει ο γιατρός πέντε φορές και να λες Α! Δεν είναι στο καθηκοντολόγιό μου, κάτσε και τρύπα το. Αυτό δεοντολογικά...». Υποστηρίζει ότι «ναι, υπηρεσιακά» θα είχε κάποιο αντίκτυπο στο έργο του και «είναι άρνηση καθήκοντος». Στη συνέχεια, υποστηρίζει ότι μπορεί να μην «περιγράφονται στο καθηκοντολόγιο οι πράξεις, αλλά προέχει το συμφέρον της προάσπισης της δημόσιας υγείας».

Ο Θ απαντά θετικά ότι «ναι, το έχουν κάνει πολλές φορές και το κάνουν προς εξυπηρέτηση της εργασίας στην δουλειά και για το καλό του ασθενούς». Σχετικά με κάποιο αντίκτυπο που ίσως θα είχε στο έργο αν δεν υπακούσει κάποια οδηγία, απαντά αρνητικά «στην εργασία του όχι, από τη στιγμή που δεν είναι στα καθήκοντά του». Ο Ι υποστηρίζει ότι «αλλιώς το απόγευμα θα έχουν φόρτο εργασίας οι γιατροί». Στο ερώτημα αν θα υπάρχει κάποιο αντίκτυπο, απαντά ότι «αν έχει φόρτο εργασίας, θα πει “πάρ’το εσύ, γιατί εγώ δεν προλαβαίνω”». Ο Κ απαντά αρνητικά «όχι» στο πρώτο ερώτημα και στο αν θα έχει κάποιο αντίκτυπο αυτό στο έργο του, πιστεύει ότι «μπορεί να κάνει κάτι λάθος και οπότε προσπαθεί να το αποφύγει» για «να μην τον τρέχουνε». Ο Λ αναφέρει ότι «δεν τους πιέζει κάποιος να το κάνουν» και «όχι, αν δεν είναι στα καθήκοντά του» δεν θα έχει κάποιο αντίκτυπο στο έργο του, αν αρνηθεί κάποια οδηγία. Ο Μ απαντά πως «το κάνουν όλοι ηθελημένα για να βοηθήσουν» και «όχι βέβαια, αν δεν ήταν δική του δουλειά» δεν θα είχε κάποιο αντίκτυπο στο έργο του. Ο Ν δηλώνει ότι «δεν αρνείται ποτέ τίποτα, γιατί η εμπειρία καμιά φορά μπορεί να δώσει λύσεις που άλλος δεν μπορεί να τις δώσει» και απαντά αρνητικά «όχι» δεν θα έχει κάποιο αντίκτυπο.

Ο Ξ επισημαίνει ότι θα υπακούσει «για την ασφάλεια και το όφελος του ασθενούς», ενώ «αν είναι κάτι που μπορεί να περιμένει, δεν θα το κάνει». Στο αν θα έχει κάποιο αντίκτυπο στο έργο του, απαντά αρνητικά «όχι». Όσον αφορά τον συμμετέχοντα Ο, απαντά μόνο στο πρώτο ερώτημα ότι «δεν μπορεί να μην υπακούσει, γιατί είναι άρνηση αν δεν το κάνει». Ο Π δηλώνει στο πρώτο ερώτημα ότι «είναι ευσυνείδητος και κοιτάει να κάνει τη δουλειά του»

και αντίκτυπο θα υπάρχει «για τον άρρωστο». Ο τελευταίος συμμετέχοντας, αναφέρει ότι «όχι, δεν υπακούει» και στο ερώτημα αν θα έχει κάποιο αντίκτυπο αυτό, τονίζει ότι «θα τους πει: δεν είναι στα καθήκοντά μου και δεν θα το κάνω». Προσθέτει στη συνέχεια ότι θα «ακουστούνε αρνητικά σχόλια».

Η πέμπτη και τελευταία θεματολογία αναφέρεται στη νοσηλευτική διοίκηση. Οι πρώτες ερωτήσεις αφορούν το εάν έχουν σκεφτεί από μόνοι τους να εγκαταλείψουν τη δουλειά τους, δεδομένου ότι είναι μόνιμη και ποιοι είναι οι κυριότεροι λόγοι που τους κάνουν να το σκέφτονται. Επίσης, ερωτώνται και το εάν υποπτεύονται ότι τους αναγκάζουν να εγκαταλείψουν τη δουλειά τους. Οι Α, Β, Γ, Δ, Ζ, Η, Θ, Ι, Λ, Μ και Π απαντούν αρνητικά «όχι» σε όλα τα ερωτήματα. Ο Ε απαντά εξίσου αρνητικά σε όλα, αλλά προσθέτει πως «να αλλάξει κάποιο τμήμα ίσως ναι». Ο Κ ισχυρίζεται ότι «περνάει από το μυαλό του κάποιες φορές» γιατί «είναι στρεσογόνο σαν επάγγελμα». Προσθέτει όμως ότι «αγαπά το επάγγελμά του και δεν θα το κάνει». Επίσης, δεν υποπτεύεται ότι τον αναγκάζουν να εγκαταλείψει τη δουλειά του. Ο Ν απαντά αρνητικά σε όλα υποστηρίζοντας ότι «του αρέσει η δουλειά του».

Ο Ξ ίσως να εγκατέλειπε τη δουλειά του «κάποια χρόνια πολύ νωρίτερα» αλλά τώρα «δεν σκέφτεται να το κάνει... δεν θα μπορούσε να κάνει κάτι σε αυτή την ηλικία». Στο ερώτημα αν υποπτεύεται να την αναγκάζουν να εγκαταλείψει τη δουλειά του αναφέρει ότι «σε εμένα όχι» αλλά «σε άλλους συναδέλφους το έχουν κάνει». Ο συμμετέχων Ο απαντά αρνητικά για τον εαυτό του σε όλα, πιστεύοντας ότι «μπορεί άλλοι να εγκαταλείπουν αυτή τη δουλειά». Ο Ρ υποστηρίζει ότι «έρχονται στιγμές που το σκέφτεται» και οι λόγοι που τον οδηγούν σε αυτό είναι «ο τρόπος λειτουργίας του νοσοκομείου, συμπεριφορά συναδέλφου, η έλλειψη προσωπικού και υλικού, οι αμοιβές και ο φόρτος εργασίας που έχει αυξηθεί». Τέλος, απαντά αρνητικά «όχι» στο τελευταίο ερώτημα.

Στη συνέχεια, γίνονται ερωτήσεις για το εάν έχουν μιλήσει με κάποιον και κυρίως σε ποιον για την κακομεταχείριση (για όλα όσα αναφέρθηκαν από τους ίδιους παραπάνω) που βιώνουν ή που είναι μάρτυρες. Επίσης, στο σπίτι, ή στο οικογενειακό τους περιβάλλον γενικότερα, εμπιστεύονται κάποιον για να τα μοιραστούν ή δεν θέλουν να τα μεταφέρουν για να μην τους «βαρύνουν»; Ο Α απαντά θετικά «ναι» πως έχει μιλήσει και πιο συγκεκριμένα «με την οικογένειά του». Ο Β απαντά σε όλες τις ερωτήσεις με ένα «ναι». Ο Γ μιλάει για ότι συμβαίνει «στο οικογενειακό περιβάλλον». Ο Δ απαντά αρνητικά «όχι» γιατί υποστηρίζει ότι «δεν είναι ανάγκη να το συνεχίσει στο σπίτι και να βαρύνει τους άλλους». Ο Ε αρχικά αναφέρει ότι «όχι» δεν έχει μιλήσει με κάποιον και μετά προσθέτει ότι «ε, ναι, στο οικογενειακό περιβάλλον γενικότερα το συζητάνε αλλά μέχρι εκεί». Ο Ζ τονίζει ότι «τα θέματα τα λύνουν εντός της δουλειάς ... εντός της ομάδας ακούγονται οι απόψεις όλων» και «είναι κακό να τα μεταφέρουν στο σπίτι».

Ο Η αναφέρει ότι «κάνουν κάθε πρωί συναντήσεις με τους προϊσταμένους» και εκεί μιλάει όποιος επιθυμεί. Όμως, «όταν φεύγουν από την πόρτα του νοσοκομείου δεν μεταφέρουν τα προβλήματα στο σπίτι... γιατί είναι δύο ανεξάρτητοι χώροι». Η Θ τα συζητάει «με μία φίλη», ενώ στο οικογενειακό της περιβάλλον «με τον άντρα της». Ο Ι υποστηρίζει ότι «τα γράφουν και στη λογοδοσία, να ξέρει και η προϊσταμένη τι γίνεται, στις άλλες βάρδιες». Στο ερώτημα αν τα μεταφέρει στο σπίτι απαντά ότι «τα συζητάνε με τους συναδέλφους». Η Κ ισχυρίζεται ότι μέσα στον χώρο του νοσοκομείου «όχι» δεν έχει μιλήσει με κάποιον, ενώ «μπορεί στο σπίτι να πηγαίνει και να κλαίγεται στον άντρα της». Ο Λ αναφέρει ότι «μπορεί να το σχολιάσει με κάποιο συνάδελφο αλλά όχι πίσω από την πλάτη του» και «ναι» τα μεταφέρει στο σπίτι ή στο οικογενειακό του περιβάλλον.



Ο Μ υποστηρίζει ότι «ότι πρόβλημα έχει το λέει στον ίδιο» και «αναλόγως μπορεί να πει πράγματα» στο σπίτι ή στο οικογενειακό του περιβάλλον, καθώς «πρέπει να ξεσπάσουν και κάπου». Ο Ν «στην οικογένεια τα πηγαίνει άθελά του μερικές φορές» και ο Ξ αναφέρει ότι «ο προϊστάμενος οφείλει να καλέσει το νοσηλευτή», ενώ «θα το συζητάγε και με την οικογένειά του». Ο συμμετέχων Ο απαντά πως «δύσκολο» είναι να μιλήσει σε κάποιον καθώς «δεν υπάρχει δυνατότητα να υπάρχει ένα group therapy» και «δεν υπάρχει κανείς στο σπίτι». Στη συνέχεια προσθέτει ότι «κάνει προπονήσεις να βρει λύσεις να μην τους επιβαρύνει... με τον αθλητισμό... να γυρίζει σπίτι καθαρός». Ο Π «τα συζητάει με την προϊσταμένη», ενώ στο σπίτι «όχι» δεν τα μεταφέρει. Ο τελευταίος συμμετέχοντας υποστηρίζει ότι «με τους συναδέλφους τα κουβεντιάζουν», ενώ «δεν αποφεύγει να τα μεταφέρει» στο σπίτι.

Επόμενες ερωτήσεις της θεματολογίας της νοσηλευτικής διοίκησης σχετίζονται με το εάν η νοσηλευτική διοίκηση ή και η διοίκηση του νοσοκομείου γενικότερα υποστηρίζουν θέματα bullying, αν βλέπουν κάποια διαφορά με αυτή την υποστήριξη και για πιο λόγο πιστεύουν ότι αγνοεί τέτοια θέματα. Επίσης, σε περίπτωση που υποστούν οι ίδιοι κάποιο ανάλογο περιστατικό, αν γνωρίζουν πού θα απευθυνθούν, αν υπάρχει κάποια επιτροπή δεοντολογίας ή αν πάνε στον προϊστάμενο του τμήματος:

Ο Α αναφέρει ότι «υποτίθεται υπάρχει» επιτροπή δεοντολογίας αλλά «δεν λειτουργεί». Για αυτό τον λόγο «προσπαθεί να διευθετήσει το θέμα μόνος του». Ο Β «δεν γνωρίζει» αν υποστηρίζονται θέματα bullying, ενώ αν συμβεί κάποιο περιστατικό θα απευθυνθεί «στο τμήμα, στην προϊσταμένη, στον ανώτερο ή στη διευθύντρια της νοσηλευτικής υπηρεσίας». Ο Γ ισχυρίζεται ότι «ναι» η διοίκηση είναι υποστηρικτική και από αυτήν «έγινε ενημέρωση ότι είναι εδώ και θα έρθουν να αναφέρουν οτιδήποτε». Επίσης, αντί για επιτροπή δεοντολογίας αναφέρεται ότι υπάρχει «πρόσωπο στην διεύθυνση, στη διοίκηση» για τέτοια θέματα. Ο Δ απαντά θετικά «ναι» ότι υπάρχει υποστήριξη και ο ίδιος «θα απευθυνθεί στην διεύθυνση». Προσθέτει όμως ότι «η προϊσταμένη δεν επιτρέπει τέτοια πράγματα... τους υποστηρίζει». Ο Ε θα απευθυνθεί «κατευθείαν στην νοσηλευτική υπηρεσία».

Ο Ζ αναφέρει ότι «δεν υπάρχει στο νοσοκομείο» επιτροπή δεοντολογίας και θα προσπαθήσει «να το λύσει μόνος του» το όποιο περιστατικό. Στο ερώτημα αν η διοίκηση είναι υποστηρικτική ισχυρίζεται ότι «αυτά συνήθως δεν φτάνουν στην διοίκηση, τα λύνουν στις ομάδες». Προσθέτει επίσης, ότι «δεν είναι σίγουρος κατά πόσο θα μπορέσει να το λύσει η διοίκηση» για αυτό τον λόγο αν οτιδήποτε γίνει, θα «φτάσει στο γραφείο και θα λυθεί εδώ». Ο Η ως διευθυντής, «έχει πάρει θέση για αυτό» και απευθύνεται «στη διοίκηση του νοσοκομείου και πιο πάνω». Θεωρεί ότι «μαζεύονται... όταν τους κάνει κάποιος καταγγελίες». Ο Θ «δεν ξέρει» αν η διοίκηση υποστηρίζει ανάλογα περιστατικά, ενώ ο ίδιος θα πάει «στην νοσηλευτική διοίκηση, στη διεύθυνση, στη νοσηλευτική διευθύντρια». Όμως, «πώς θα το αντιμετωπίσει δεν ξέρει», καθώς «δεν υπάρχει κάποιο πρωτόκολλο ή επιτροπή». Επίσης, «έχει ακούσει ότι τα συζητάει» η διοίκηση ανάλογα θέματα και δεν τα αγνοεί.

Ο Ι σχετικά με το αν υπάρχει υποστήριξη αναφέρει ότι «αυτό παίζεται... εξαρτάται», καθώς «κάποιες στιγμές ναι, κάποιες στιγμές όχι». Γενικά απαντά ότι «δεν τον έχει ενημερώσει κάποιος» για όλα αυτά που ερωτάται. Ο Κ απαντά θετικά «ναι» υπάρχει υποστήριξη «άμα πάνε στη διοίκηση του νοσοκομείου» και «θα τους ακούσουν». Όμως, «δεν ξέρει εάν θα κάνουν κάτι» και θεωρεί ότι «θα δώσουν κάποια λύση». Επίσης, αναφέρει ότι «δεν ξέρει» αν υπάρχει κάποια επιτροπή δεοντολογίας. Ο Λ απαντά μόνο ότι «δεν ξέρει» αν υπάρχει κάποια επιτροπή δεοντολογίας γιατί «δεν έχει χρειαστεί». Ο Μ πηγαίνει «στην προϊσταμένη» για την υποστήριξη ανάλογων περιστατικών. Σε περίπτωση που «και αυτή δεν μπορεί να βοηθήσει, μπορεί να πάνε και στον τομέαρχη που ανήκουν». Τονίζει μόνο ότι «τα λένε όλα στην

προϊσταμένη τους και τα λύνει». Επίσης, «δεν ξέρει αν υπάρχει» κάποια επιτροπή δεοντολογίας. Ο Ν υποστηρίζει ότι «δεν υπάρχει επιτροπή» και επειδή «είναι ένα μεγάλο νοσοκομείο, θέλουν να σέβονται την ιεραρχία... θέλουν να επιβιώσουν και αυτοί». Ο Ξ απαντά θετικά «ναι» στην νοσηλευτική υποστήριξη και όταν βιώσει κάποιο ανάλογο περιστατικό, απευθύνεται «στην τομεάρχη και στη διευθύνουσα της νοσηλευτικής υπηρεσίας», όπου «πιστεύει πως ναι» βλέπει κάποια διαφορά με αυτή την υποστήριξη.

Όσον αφορά τον συμμετέχοντα Ο, αναφέρει ότι «η διευθύντρια τα ακούει όλα και τα επεξεργάζεται». Σε περίπτωση που υποστεί κάποιο περιστατικό, θα απευθυνθεί «στον αμέσως επόμενο, στον ιεραρχικά ανώτερο», καθώς τονίζει πως «έτσι πρέπει να κάνει και ο κάθε υπάλληλος». Προσθέτει, επίσης, πως «αν απειλείται η ζωή του, θα πήγαινε με τα νόμιμα μέσα». Ο Π «δεν γνωρίζει αν υπάρχει κάποια επιτροπή» και θεωρεί ότι η διοίκηση «υποστηρίζει κατά κάποιον τρόπο» τέτοια περιστατικά. Στο ερώτημα αν υποστεί ο ίδιος ανάλογο περιστατικό, αναφέρει ότι θα απευθυνθεί «στην προϊσταμένη και στην νοσηλευτική υπηρεσία». Ο τελευταίος συμμετέχοντας, αφού έκανε συνεχώς διευκρινιστικές ερωτήσεις μη θέλοντας να απαντήσει, καταλήγει στο ότι «η διοίκηση του νοσοκομείου μένει τελείως αμέτοχη σε τέτοια ζητήματα και η νοσηλευτική διοίκηση επίσης». Ο λόγος που γίνεται αυτό, ισχυρίζεται ότι είναι επειδή «δεν θέλουν να εμπλακούν σε τέτοια ζητήματα... λένε, λύσε το μόνος σου». Επίσης, αναφέρει ότι «θεωρητικά μπορεί να υπάρχει επιτροπή, πρακτικά δεν υπάρχει».

Στο τέλος της συγκεκριμένης και τελευταίας ενότητας, ζητείται αρχικά από τους ερωτηθέντες νοσηλευτές, να απαντήσουν πώς θα αντιμετώπιζανε ένα υποθετικό σενάριο βιώματος περιστατικού bullying στον χώρο εργασίας τους, αν έχουν ενημερωθεί τι μπορούν να κάνουν και πού μπορούν να απευθυνθούν. Ο Α θα απευθυνθεί σε «κάποιον ανώτερο». Οι Β, Ζ ισχυρίζονται ότι «κάποια ενημέρωση δεν έχει υπάρξει», ενώ οι ίδιοι θα «το έλεγαν στον προϊστάμενό τους». Ο Γ «θα πήγαινε στην υπεύθυνη», ενώ ο Δ θα απευθυνθεί πρώτα «στον προϊστάμενο» και στη συνέχεια αν δεν υπάρξει λύση «στη διευθύνουσα». Ο Ε αναφέρει ότι «θα πήγαινε στην νοσηλευτική υπηρεσία» για να «μιλήσει με αυτόν που του κάνει bullying για να αλλάξει συμπεριφορά» και προσθέτει ότι «θα άλλαζε τμήμα» αν και δεν θα το ήθελε. Ο Η «θα εξαντλούσε όλους τους τρόπους από τους νομικούς μέχρι σε προσωπικό επίπεδο». Στο χώρο εργασίας του, αναφέρει ότι «μία φορά το μήνα οι προϊστάμενοι κάνουν συμβούλιο και συναντήσεις με τα τμήματα» για να μαθαίνουν οποιαδήποτε περιστατικά συμβαίνουν.

Οι Θ και Ι «θα προσπαθούσαν να το συζητήσουν» με αυτόν που του δημιουργεί πρόβλημα και στη συνέχεια θα πήγαιναν στη «νοσηλευτική διεύθυνση» ο πρώτος και «στον προϊστάμενο» ο δεύτερος. Ο Κ ισχυρίζεται πως «με τον χαρακτήρα που έχει... θα απαντούσε και αυτός» και «δεν θα καθόταν να το δεχτεί», καταλήγοντας στο ότι αν συνεχιζόταν το πρόβλημα «θα πήγαινε στη νοσηλευτική υπηρεσία». Ο Λ απαντά απλά ότι «δεν είναι ενήμερος για αυτό» και ο Μ «θα πήγαινε στον προϊστάμενο». Ο Ν τονίζει ότι «ότι θέλεις θα το διεκδικείς γραπτά» και ο Ξ κάτι τέτοιο «στη σκέψη και μόνο, τον τρελαίνει», καθώς όπως ισχυρίζεται «δεν ξέρει πόσο θα το άντεχε» και θα προσπαθούσε «να πάρει λύση από τους ανώτερους». Ο συμμετέχων Ο θα έκανε αναφορά στον «ιεραρχικά ανώτερο», ενώ ο Π αναφέρει ότι «θα το ανέφερε στον προϊστάμενο» και στη συνέχεια «στη νοσηλευτική υπηρεσία». Ο τελευταίος συμμετέχοντας, ο Ρ, ισχυρίζεται ότι ο κάθε ένας «υποθετικά δέχεται bullying καθημερινά» και σαν λύση αναφέρει ότι «ή προσπαθεί μόνος του να αντιμετωπίσει το άτομο» είτε «μιλώντας του το ίδιο άσχημα» είτε «αγνοώντας το» ή αν κατάσταση συνεχίζεται καθημερινά τότε «απευθύνεται στον προϊστάμενο του τμήματος και μετά στη νοσηλευτική διοίκηση».

Τέλος, ερωτώνται ποιες μεθόδους θα ακολουθούσανε και τι συμβουλές θα δίνανε, αν ήταν επικεφαλείς σε ένα τμήμα, για να αντιμετωπίζονται παρόμοιες καταστάσεις bullying. Θα καταγραφούν πρώτα οι απαντήσεις των νοσηλευτών και στη συνέχεια των προϊστάμενων νοσηλευτών, οι οποίοι ερωτήθηκαν για το ποιες μεθόδους ήδη χρησιμοποιούν και τι συμβουλές δίνουν. Οι Β, Δ, Ι και Π «δεν γνωρίζουν» τι θα μπορούσαν να συμβουλέψουν συναδέλφους, ως επικεφαλείς τμήματος, πάνω σε τέτοια περιστατικά. Ο Γ «θα ήθελε να οργανώσει έτσι το τμήμα του ώστε... να φτάνει στα αυτιά του και να αντιμετωπίζεται» το οποιοδήποτε περιστατικό και επομένως οι νοσηλευτές να μπορούν «να νιώθουν ασφάλεια, ελευθερία, στήριξη». Ο Ε «με τη συζήτηση» θα αντιμετώπιζε τέτοιες καταστάσεις, αλλιώς «στον ανώτερο». Ο Θ θα «προσπαθούσε να κρατήσει ουδέτερη στάση αρχικά», καθώς θα προτιμούσε «να παρατηρήσει... αν πράγματι αυτό ισχύει». Τέλος, προσθέτει ότι «αξιολογεί την κάθε πληροφορία».

Οι Κ και Μ αναφέρουν ότι «θα τους μάζευαν όλους όσοι έχουν το πρόβλημα και θα το συζητούσαν», ενώ ο Λ θα προτιμούσε τέτοια θέματα «να διευθετηθούν εντός κλίματος». Ο Ρ ισχυρίζεται ότι «συμβουλές μπορεί κάποιος να δώσει μόνο σε αυτούς που μπορούν να τις ακούσουν» και «ανάλογα με το χαρακτήρα του καθενός» αντιμετωπίζονται τέτοια περιστατικά. Σε περίπτωση που «μιλάει κάποιος άσχημα» προτείνει είτε «να τον βάλει κάποιος στη θέση του αν και εφόσον μπορεί», είτε «να αδιαφορήσει». Αν η κατάσταση δεν λύνεται με κανένα τρόπο τότε μπορεί «να κάνει αναφορά ή αλλαγή τμήματος» η οποία αλλαγή «δεν γίνεται πρακτικά» παρά μόνο αν «τα πράγματα είναι πολύ σοβαρά... όχι για απλό εκφοβισμό... αλλά για χειροδικίες...». Όσον αφορά τους προϊσταμένους: ο Α δεν αναφέρει μεθόδους που χρησιμοποιεί παρά μόνο ότι «κάποιος ανώτερος... θα μπορούσε να το δημοσιοποιήσει ή αυτόν που το προκαλεί να τον φέρει στο σωστό δρόμο». Ο Ζ υποστηρίζει ότι «δεν καταχωνιάζει τίποτα, αναφέρεται το περιστατικό, συζητείται... να βρεθούν οι αιτίες».

Ο Η μαζί με άλλους προϊσταμένους έχουν καθιερώσει «μία φορά τον μήνα» να κάνουν «συμβούλιο και συναντήσεις με τα τμήματα» ώστε «να ακούνε το προσωπικό... να ρωτάνε τι γίνεται». Προσωπικά, τους έχει πει ότι «αν βιώσουν περιστατικό bullying ή οτιδήποτε και δεν μπορούν οι ίδιοι να διαχειριστούν θα απευθυνθούν στον ίδιο». Δηλαδή, επιθυμεί η ίδια να τα λύνει και οι νοσηλευτές «να έχουν τη δική του κάλυψη». Ο Ν ισχυρίζεται ότι «δεν το επιτρέπει» να συμβαίνουν τέτοια περιστατικά bullying και «το συζητά ή αλλιώς γραπτά». Ο Ξ «πάντα παρακολουθεί το προσωπικό», ώστε να είναι ενήμερος «για το ποιες είναι οι σχέσεις» μεταξύ τους, καθώς θέλει «πέρα από προϊστάμενος να είναι και φίλος τους». Για αυτόν τον λόγο, αναφέρει ότι μαζί με τους νοσηλευτές «οργανώνουν κάποιες δραστηριότητες... κάνουν μια σειρά μαθημάτων... έχουν φτιάξει χορευτικό τμήμα... βγαίνουν συχνά έξω για φαγητό». Ο συμμετέχων Ο ισχυρίζεται ότι κάθε προϊστάμενος «την κάθε ομάδα την έχει σαν οικογένεια» και οτιδήποτε συμβαίνει «οφείλει να το συζητήσει». Τονίζει ότι πρέπει να λύνονται τέτοια ζητήματα «εντός των τειχών» και αν «ξεφεύγει του τμήματος, πρέπει να πάει σε ανώτερους».

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### 4. Συζήτηση

Το φαινόμενο του εκφοβισμού, αποτελεί ένα πρόβλημα, το οποίο δεν γνωρίζει σύνορα και συναντάται σε ευρεία κλίμακα σε όλο τον κόσμο. Υπάρχουν διάφορες μορφές εκφοβισμού, όπως είναι για παράδειγμα ο ψυχολογικός/ηθικός εκφοβισμός (mobbing) και ο σχολικός εκφοβισμός, το γνωστό σε όλους με τον όρο bullying, ο οποίος έχει πάρει και μεγάλες διαστάσεις και είναι πλέον ο πιο διαδεδομένος. Ωστόσο, η συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα, η οποία αποτελείτο από προπτυχιακούς νοσηλευτές, ασχολήθηκε και επικεντρώθηκε στον εκφοβισμό που βιώνουν οι ίδιοι οι νοσηλευτές στον χώρο εργασίας τους (workplace bullying).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε και αναλύθηκε στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο, η ύπαρξη του εργασιακού εκφοβισμού ως φαινομένου, υπάρχει και έχει αποδειχτεί μέσω ερευνών που πραγματοποιήθηκαν κυρίως σε χώρες του εξωτερικού. Πρόσφατη έρευνα, όμως, υποστηρίζει ότι αν και έχουν γίνει προσπάθειες επίλυσης του φαινομένου, δεν ήταν επιτυχείς, πράγμα το οποίο μπορεί εν μέρει να οφείλεται στο γεγονός ότι το πρόβλημα είναι σχετικά μη αναγνωρισμένο έξω από το επάγγελμα του νοσηλευτή (Castronovo et al., 2016).

Στην Ελλάδα, οι έρευνες έχουν επικεντρωθεί κυρίως σε βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις (Φώτης & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2010, Μισουρίδου 2011, Πανταζής & Ίντας 2016), και το φαινόμενο αυτό άρχισε να ευαισθητοποιεί τους Έλληνες νοσηλευτές, τα τελευταία περίπου δέκα χρόνια, όπου άρχισε να μπαίνει πιο εντατικά και σαν θεματική στα διάφορα νοσηλευτικά συνέδρια ή ημερίδες (Τσαμπαλάκη & Κρικοπούλου 2013, Τουρίκη & Κουτουρίνη 2016, Μπακάλης και συν. 2016, Δανελάκη και συν. 2017, Τέλλη και συν. 2017). Σύμφωνα με τους Karatza et al. (2016), οι οποίοι ερεύνησαν πρόσφατα το φαινόμενο αυτό σε νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε πέντε μεγάλα νοσοκομεία της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, το 30,2% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι παρενοχλήθηκαν ψυχολογικά στους χώρους εργασίας τους κατά τους προηγούμενους 6 μήνες.

Η ερευνητική ομάδα, μετά από την ποσοτική έρευνα που πραγματοποίησε με τη μορφή ερωτηματολογίου, αποφάσισε να συνεχίσει τη διερεύνηση του φαινομένου περνώντας σε ποιοτική έρευνα και με τη μέθοδο της συνέντευξης. Θα πρέπει να τονιστεί ότι και στις δύο έρευνες, υπήρχε ο ίδιος περιορισμός του μικρού δείγματος, καθώς αυτό επιλέχθηκε μόνο από τα δημόσια νοσοκομεία του νομού Αχαΐας και επομένως, δεν μπορεί να γίνει σωστά μια γενίκευση στον πληθυσμό.

Μετά τη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, έγινε μια προσεχτική μελέτη όλων των πληροφοριών που αποκτήθηκαν, οι οποίες πληροφορίες, δεν προέρχονται μόνο από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, αλλά και από τις μη λεκτικές συμπεριφορές, όπως είναι η στάση του σώματός τους, οι εκφράσεις του προσώπου τους, ο όποιος δισταγμός υπήρχε και οι οποίες σημειώνονταν από την ερευνητική ομάδα, κάθε φορά στην ανάλογη ερώτηση-απάντηση. Παρατηρήθηκαν σε διάφορα σημεία, αντιφατικές απαντήσεις από κάποιους ερωτηθέντες, κάτι που δυσχεραίνει την κατανόηση των απαντήσεών τους, καθώς και το

γεγονός, ότι οι ίδιοι δεν βιώνουν φαινόμενα εκφοβισμού, όμως είναι κάτι που το παρατηρούν να συμβαίνει σε άλλους.

Σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα που παρουσιάστηκαν στο δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζεται μια ανάλυση των απαντήσεων, ανάλογα με τη θεματική ενότητα στην οποία ανήκουν:

Στην πρώτη θεματική ενότητα τίθεται το ερευνητικό ερώτημα για το εάν οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν πρόβλημα στο να εκφέρουν την άποψή τους. Η αποτροπή εκφοράς της άποψης του θύματος ή η διακοπή της προσπάθειάς του να εκφραστεί, είναι συχνό φαινόμενο και ανήκει στα χαρακτηριστικά του εργασιακού εκφοβισμού. Στην παρούσα έρευνα, όμως, οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα στο να εκφέρουν την άποψή τους, ούτε τους διέκοψαν από το να την ολοκληρώσουν, ενώ ελάχιστοι ή απαντούν θετικά ότι κάτι τέτοιο συμβαίνει κυρίως για εργασιακά θέματα ή παρατηρούν να συμβαίνει σε άλλους συναδέλφους.

Αυτό συμβαίνει, διότι ίσως να υπάρχει ένα κλίμα που να ευδοκιμεί την ελευθερία λόγου και οι ίδιοι οι νοσηλευτές, όντας καλοί γνώστες του αντικειμένου τους, να μην επιτρέπουν σε άλλους τέτοιες συμπεριφορές. Δηλαδή, οριοθετούνται οι σχέσεις με τέτοιο τρόπο, ώστε να μην υπάρχουν ανάλογα προβλήματα και παρεξηγήσεις.

Στη δεύτερη θεματική ενότητα, οι συμμετέχοντες απαντούν σε ερωτήσεις που σχετίζονται με το εάν τους έχει ασκηθεί αρνητική κριτική, για την ικανότητά τους σε διάφορα ζητήματα πάνω στη δουλειά τους. Η επίμονη και συνεχής κριτική, αποτελεί μία από τις πιο συχνές συμπεριφορές εκφοβισμού και παρατηρείται και στην παρούσα έρευνα, καθώς η πλειοψηφία απάντησε πως δέχεται αρνητική κριτική στα θέματα εργασίας της. Αυτό, αναφέρουν ότι γίνεται κυρίως από συναδέλφους νοσηλευτές και σε μικρότερο βαθμό από ασθενείς και συνοδούς.

Υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό που ισχυρίζεται ότι μπορεί να μην το έχουν βιώσει, αλλά το έχουν παρατηρήσει να συμβαίνει σε άλλους συναδέλφους τους. Το θέμα της δύναμης-εξουσίας παραμένει ένα σημαντικό ζήτημα στις σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, κυρίως προς γένους θηλυκού. Η κατάχρηση αυτή της εξουσίας είναι ορατή σε έρευνες που έχουν γίνει και εντοπίζεται εχθρότητα, κακοποίηση και σεξουαλική παρενόχληση από τους ιατρούς προς τους νοσηλευτές (Chang & Daly, 2008).

Οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα, δεν αναφέρουν να αντιμετωπίζουν ιδιαίτερο πρόβλημα από τους ιατρούς και αυτό γιατί ίσως και εδώ να επικρατεί ένα καλό κλίμα συνεργασίας μεταξύ τους και να μην υπάρχουν ανταγωνισμοί. Μόνο στο θέμα υποβάθμισης που αναφέρεται παρακάτω, ισχυρίζονται ότι προέρχεται κυρίως από γιατρούς.

Από την άλλη, υπάρχει η πιθανότητα να μην θέλουν να αναφερθούν στους ιατρούς, είτε από κάποιον ενδεχόμενο φόβο να εκφέρουν ελεύθερα την άποψή τους, είτε να αγνοούν ότι κάποιες συμπεριφορές των γιατρών μπορεί να αποτελούν σημεία του bullying και να θεωρούνται φυσιολογικές. Επειδή το σύστημα κυρίως εδώ στην Ελλάδα είναι ιατροκεντικό, ίσως η εξουσία που έχουν οι ιατροί να είναι σεβαστή και επομένως, οι όποιες προβληματικές καταστάσεις να ερμηνεύονται με λάθος τρόπο.

Οι συμμετέχοντες, δεν έχουν κατηγορηθεί για λάθη που δεν έκαναν οι ίδιοι και ούτε φορτώθηκαν λάθη άλλων συναδέλφων, κάτι που συμβαίνει, όμως, σε άτομα που δέχονται εκφοβισμό. Εδώ, ίσως θα έπρεπε να γίνουν κάποιες διευκρινιστικές ερωτήσεις για το εάν

υπάρχουν κάποια πρωτόκολλα που τηρούνται στα τμήματα και για αυτό τον λόγο οι νοσηλευτές δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα με τα λάθη. Ελάχιστοι αναφέρθηκαν σε ύπαρξη πρωτοκόλλων στα τμήματά τους, αλλά δεν σχετίζεται με το θέμα μόνο των λαθών.

Τα πρωτόκολλα, είναι κάποια σύντομα κείμενα ή αλγόριθμοι, που περιγράφουν με λιτό, ακριβές και πλήρες τρόπο τις νοσηλευτικές πράξεις, διαδικασίες και συμπεριφορές, τις οποίες και οφείλουν να χρησιμοποιούν καθολικά οι νοσηλευτές στην εργασία τους. Ο στόχος τους είναι να παρέχουν βελτίωση στη ποιότητα φροντίδας των ασθενών, με τέτοιο τρόπο που να προσεγγίζονται ολιστικά όλα τα προβλήματά τους και να μειώνεται παράλληλα και το κόστος των υπηρεσιών υγείας.

Πρέπει να τονιστεί ότι η ύπαρξη πρωτοκόλλων και η τήρησή τους, παίζει σπουδαίο ρόλο στο έργο των νοσηλευτών, καθώς με αυτό, μπορούν πιο εύκολα να περάσουν στην εντόπιση, την πρόληψη και επίλυση διάφορων κλινικών προβλημάτων, καθώς ο ρόλος τους μπορεί να γίνει ανατροφοδοτικός, διαγνωστικός και παράλληλα διορθωτικός. Οι νοσηλευτές, «γεμίζουν» με αυτοπεποίθηση και αυτονομία και μειώνει την γραφειοκρατία, με τη δυνατότητα που δίνεται να μην είναι αναγκαία η ύπαρξη μιας πλήρους καταγραφή από παρεμβάσεις που γίνονται συνέχεια και, επομένως, μπορούν με αυτό τον τρόπο να διαχειριστούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τον χρόνο που θα πρέπει να διαθέτουν για την κάθε εργασία.

Επίσης, με τα πρωτόκολλα υπάρχει μια σαφήνεια στους ρόλους και στις γνώσεις που έχουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας και μπορούν όλοι μαζί να διασφαλίσουν σωστή πληροφόρηση στον ασθενή και στην οικογένειά του και όλη η διαδικασία, γίνεται με ικανοποίηση και στο ελάχιστο χρονικό διάστημα (Γαργάνη & Τζιούνη, 2010).

Στην παρούσα έρευνα, κάποια άτομα υποστήριξαν σε πολλές απαντήσεις τους, ότι η μη ύπαρξη πρωτοκόλλου και η μη εφαρμογή καθηκοντολογίου, δεν τους δίνει τη δυνατότητα να υποστηρίξουν και να υπερασπιστούν το νοσηλευτικό τους έργο και επομένως, με αυτό τον τρόπο υποβαθμίζεται ο κλάδος.

Βέβαια, μπορεί να υπάρχουν πρωτόκολλα στο κάθε τμήμα και να τηρούνται πιστά, μπορεί οι νοσηλευτές να έχουν σωστές γνώσεις και δεξιότητες και να αποφεύγουν τα λάθη, όμως στο θέμα του εκφοβισμού, οι νοσηλευτές δέχονται τις ανάλογες κατηγορίες για τη μη τήρησή τους, ενώ ισχύει το αντίθετο. Επομένως, το θέμα περιπλέκεται ακόμα πιο πολύ και εδώ ίσως η γραπτή λογοδοσία στην κάθε βάρδια να βοηθάει στο να μην προκύπτουν τέτοια ζητήματα και να μπορούν όλοι να ανατρέχουν σε αυτή, όντας κατοχυρωμένοι.

Τέλος, εκτός από τη σημασία της γραπτής λογοδοσίας, θα πρέπει και μέσα στα πρωτόκολλα να υπάρχει η σχετική αναφορά σε περιπτώσεις εργασιακού εκφοβισμού, κάτι που ίσως θα βοηθήσει τα θύματα να μην είναι εκτεθειμένα και να μπορούν να «πατήσουν» πάνω σε αυτό, για να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους για καλύτερη μεταχείριση. Άρα, καλό θα είναι στο μέλλον όχι μόνο να αναζητηθεί πόσα πρωτόκολλα ανά τμήμα και νοσοκομείο κάνουν αναφορές σε αυτό το φαινόμενο, αλλά και να γίνει μια ευαισθητοποίηση για την ένταξή του μέσα σε αυτά.

Επίσης, αντιλαμβάνονται ότι υποβαθμίζουν την συνεισφορά τους, ενώ δεν έχουν αμφιβάλλει για την ποιότητα των γνώσεών τους. Η υποβάθμιση της συνεισφοράς τους, υποστηρίζουν ότι προέρχεται κυρίως από γιατρούς, συνοδούς και τους ίδιους τους ασθενείς και όντως είναι ένα γεγονός που οδηγεί και τους νέους νοσηλευτές ακόμα και σε παραίτηση. Δυστυχώς, θεωρείται από μερικά υποκείμενα της μελέτης ως ένα φαινόμενο συνηθισμένο και δεν δίνουν πλέον την ανάλογη σημασία.

Επίσης, ακούστηκε και η άποψη ότι η υποβάθμιση και απαξίωση ξεκινάει από τους ίδιους τους νοσηλευτές και ότι δεν το διαχειρίζονται με σωστό τρόπο. Βέβαια, αναφέρθηκε ότι σε σχέση με το παρελθόν, το νοσηλευτικό επάγγελμα δεν είναι τόσο υποβαθμισμένο, αλλά θα πρέπει όλοι οι νοσηλευτές να είναι σίγουροι για τις γνώσεις τους, υποστηρίζοντάς τες, χωρίς να δίνουν το περιθώριο σε κανέναν να αμφισβητήσει το έργο τους. Άρα, η υποβάθμιση σχετίζεται όχι μόνο με το έργο τους, αλλά και με την ίδια την προσωπικότητά τους και εδώ η ύπαρξη πρωτοκόλλων θα βοηθήσει στην μείωση και μελλοντική εξάλειψη της υποβάθμισης. Ένα μόνο άτομο αναφέρει ως λύση, τη λεκτική επίθεση από τον ίδιο, υποστηρίζοντας ότι μόνο έτσι «μπαίνουν» τα πράγματα στη θέση τους.

Είναι γνωστό ότι οι νοσηλευτές, επικοινωνούν και συνεργάζονται καθημερινά με πολλά άτομα τα οποία δεν είναι μόνο ασθενείς, συνάδελφοι ή ιατροί, αλλά και τραυματιοφορείς, φυσικοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί και διάφοροι άλλοι επαγγελματίες υγείας και μη, οι οποίοι έχουν ο κάθε ένας τους τη δική τους προσωπικότητα και το δικό τους τρόπο ζωής και επομένως, οι σχέσεις μεταξύ τους δεν είναι πάντα εύκολο να οριοθετηθούν.

Στο δύσκολο έργο των νοσηλευτών, εάν προστεθεί και το θέμα της υποβάθμισης, η οποία μπορεί να προέρχεται από οποιονδήποτε, τότε το έργο αυτό δυσχεραίνεται, οι ίδιοι νιώθουν αδικημένοι, γεμίζουν με ανασφάλεια και αποδιοργάνωση και δυσκολεύονται στο να εκτελέσουν τα καθήκοντά τους. Το δείγμα, δεν απάντησε να βιώνει κάποια ψυχοσωματική συνέπεια από αυτό, όμως αυτό δε σημαίνει ότι και ισχύει στην πραγματικότητα. Μπορεί να θεωρείται από διάφορα άτομα ότι είναι συχνό φαινόμενο και δεν του δίνουν πλέον σημασία, όμως, υπάρχει η πιθανότητα να «μαζεύονται» αρνητικά συναισθήματα από αυτό, χωρίς να το καταλαβαίνουν και να είναι και αυτός ένας λόγος που μπορεί να προστεθεί στο λεγόμενο burn-out.

Κάποιες προτάσεις για να μειωθεί το θέμα της υποβάθμισης είναι και οι εξής: Ο κλάδος της Νοσηλευτικής, εξελίσσεται ραγδαία, καθώς νέες γνώσεις έρχονται στην επιφάνεια και τις οποίες οφείλουν οι νοσηλευτές να μάθουν και να ακολουθούν. Με την αύξηση πλέον των μεταπτυχιακών και τη συμμετοχή σε διάφορα σεμινάρια και συνέδρια, αναβαθμίζεται ο ρόλος του νοσηλευτή και οι γνώσεις που αποκτούν, μπορούν να τον καθιστούν ικανό να παίρνει θέση αλλά και να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες. Ο νοσηλευτής, γνωρίζει την πορεία του ασθενή περισσότερο από τον ίδιο τον ιατρό, ο οποίος και δεν βρίσκεται δίπλα του συνέχεια, πράγμα που τον βοηθάει στην καλύτερη ενημέρωση και πληροφόρηση για την υγεία του. Θα πρέπει, επομένως, να επικρατεί ένα περιβάλλον ήρεμο και με σωστή ανατροφοδότηση, χωρίς την όποια εχθρικότητα και υποβάθμιση, καθώς μόνο έτσι θα επιτευχθεί η καλύτερη ποιότητα φροντίδας για τον ασθενή.

Σε αυτό μπορούν να βοηθήσουν ενημερωτικές συναντήσεις, σε μορφή ομάδας, την οποία και θα αποτελούν όλοι οι επαγγελματίες υγείας και θα ενδυναμώσει τις σχέσεις μεταξύ τους. Επίσης, η ύπαρξη πρωτοκόλλων σε κάθε τμήμα και το ίδιο το καθηκοντολόγιο, μπορούν να βοηθήσουν τους νοσηλευτές, να έχουν τεκμήρια και το νόμο με το μέρος τους και επομένως, να γνωρίζουν όλοι ότι είναι όχι μόνο κατοχυρωμένοι, αλλά γνωρίζουν ακριβώς τι κάνουν και για πιο λόγο το κάνουν. Επομένως, οι ίδιοι οι νοσηλευτές, πρέπει να υποστηρίξουν τις γνώσεις τους και την αξία τους και να μην θεωρούν οποιαδήποτε υποβάθμιση ως σύνηθες φαινόμενο και να προχωρήσουν σε υπεράσπιση του κλάδου τους.

Έρευνες έχουν δείξει, όμως, το αντίθετο, για την ποιότητα των γνώσεων των νοσηλευτών, η οποία δεν αναγνωρίζεται, όπως και οι ικανότητές τους δεν εκτιμώνται. Για αυτό επικρατεί συχνά μια μόνιμη και αδικαιολόγητη επικριτική στάση για την εργασιακή τους απόδοση αλλά

και τους αποτρέπει στο να εκπαιδευτούν περαιτέρω. Όλα αυτά, αποτελούν επιθετικές συμπεριφορές που βιώνουν οι νοσηλευτές συχνά στον χώρο εργασίας τους. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, ίσως οι νοσηλευτές γνωρίζουν πώς να υποστηρίζουν τη θέση τους και δεν επιτρέπουν σε τρίτους να αμφιβάλουν για τις γνώσεις τους. Επίσης, εκπαιδεύονται διαρκώς παρακολουθώντας διάφορα σεμινάρια και συμμετέχοντας και οι ίδιοι σε έρευνες, αναβαθμίζοντας με αυτόν τον τρόπο τον ρόλο του νοσηλευτή.

Πρέπει, εδώ, να τονιστεί ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται στην Ελλάδα μία άνοδος στα νοσηλευτικά μεταπτυχιακά, γεγονός που συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό όχι μόνο στην αύξηση της ποιοτικής φροντίδας των ασθενών, αλλά και διευκολύνει το έργο και των ίδιων των νοσηλευτών σε προσωπικό επίπεδο, καθώς μπορούν πιο εύκολα να ορθοποδούν στις όποιες δυσκολίες προκύπτουν και να νιώθουν πιο ασφαλείς και σίγουροι για στην υπεράσπιση των γνώσεών τους.

Σε αυτή την θεματική ενότητα, έγινε μια προσπάθεια να μελετηθεί κατά πόσο τα θύματα-νοσηλευτές, μπορούν να μεταβούν και να γίνουν θύτες, είτε γνωρίζοντας είτε αγνοώντας ανάλογες πράξεις τους, που τους οδηγούν σε αυτή την κατεύθυνση. Δεν υπάρχει ένα είδος μόνο «τυπικού» εκφοβιστή και για αυτό μπορεί κάποιος, χωρίς να το γνωρίζει να ανήκει σε μια από τις πολλές κατηγορίες και να ασκεί εκφοβισμό με διάφορες μορφές και να θεωρεί, επομένως, ότι η συμπεριφορά του δεν σχετίζεται με το συγκεκριμένο φαινόμενο, αφού είναι για αυτόν φυσιολογική (Ciocco, 2018).

Όλοι σχεδόν οι νοσηλευτές, στην παρούσα μελέτη, απάντησαν αρνητικά στο ότι οι ίδιοι για να νιώσουν καλύτερα προσπάθησαν να ασκήσουν αρνητική κριτική ή να διακόψουν κάποιον άλλον. Ίσως να κατανοούν ότι έχει σημασία να υπάρχει ένα κλίμα συνεργασίας και ότι πρέπει να δίνονται ίσες ευκαιρίες σε όλους να εκφραστούν ελεύθερα. Ένα περιβάλλον που δεν είναι εχθρικό, ενισχύει την αυτοπεποίθηση των νοσηλευτών, γνωρίζοντας όλοι μεταξύ τους πόσο δύσκολο είναι το επάγγελμά τους, έχοντας έτσι μία αλληλοκατανόηση. Επίσης, μειώνονται οι απογοητεύσεις και οι όποιες αδικίες μεταξύ τους, νιώθουν ικανοποίηση στην εργασία τους, δεν προβαίνουν σε άδειες και μειώνεται ο όποιος ανταγωνισμός, αντιμετωπίζοντας θετικά όποιον επιθυμεί να αποκτήσει περεταίρω εκπαίδευση.

Όσοι απάντησαν ότι οδηγήθηκαν σε κάποια από αυτές τις συμπεριφορές, το έκαναν ισχυριζόμενοι ότι δεν έγινε με κακό σκοπό, αλλά για να προβλεφθούν κάποιες καταστάσεις και με τρόπο που να μην νιώσει το άτομο αυτό άσχημα.

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα έχει σχέση με την τρίτη θεματική ενότητα και με το κατά πόσο οι νοσηλευτές, βιώνουν φωνές, εξευτελιστικά σχόλια, κουτσομπολιά ή φήμες. Όλα αυτά, αποτελούν συνήθεις τακτικές εργασιακού εκφοβισμού, οι οποίες έχουν με τη σειρά τους συνέπειες ψυχοσωματικές για τους ίδιους τους νοσηλευτές και δυσκολεύονται στη σωστή αντιμετώπισή τους.

Οι μισοί σχεδόν νοσηλευτές ισχυρίζονται ότι δέχονται φωνές, ενώ οι περισσότεροι, αρνήθηκαν ότι δέχονται εξευτελιστικά σχόλια στο χώρο εργασίας τους. Κάποιες φωνές προέρχονται από τους συνοδούς, οι οποίοι συνεχώς παραπονιούνται για τις υπηρεσίες των νοσηλευτών, το σύστημα υγείας και όπως υποστηρίζεται νομίζουν ότι έχουν μόνο δικαιώματα και όχι υποχρεώσεις.

Για αυτό τον λόγο, θα πρέπει κάθε νοσοκομείο όχι μόνο να έχει έντυπο που να παρουσιάζει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις ασθενών και οικείων, αλλά και να επιδεικνύεται αυτό, με



τον σωστό τρόπο σε όλους, ειδικά στις κλινικές όπου επικρατεί πανικός από τον μεγάλο αριθμό ασθενών και το μειωμένο αριθμό νοσηλευτών.

Άλλο παράδειγμα προέρχεται από νοσηλευτή που δέχτηκε λεκτική επίθεση από συνάδελφο για το πρόγραμμα, αλλά το αντιμετώπισε με ηρεμία και σε κλίμα συζήτησης και δεν ξαναδημιουργήθηκε από τότε άλλο πρόβλημα στη μεταξύ τους σχέση. Ένα πολύ μικρό ποσοστό του δείγματος απάντησε ότι δεν θα αποδεχτεί τις όποιες φωνές και θα ανταποδώσει είτε με φωνές, είτε με έντονο τόνο φωνής, σαν λύση. Μία χαρακτηριστική απάντηση, που υποστηρίζεται από πολλούς, είναι ότι είναι κάτι που αποτελεί θέμα χαρακτήρα το αν θα επιτρέψει κάποιος να τον προσβάλλουν. Επομένως, και εδώ παρατηρείται ένα είδος οριοθέτησης των σχέσεων από τους νοσηλευτές, είτε μεταξύ τους, είτε με τους ιατρούς, τους ασθενείς ή τους συνοδούς.

Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι το περισσότερο δείγμα της έρευνας, κατά κάποιον τρόπο, δικαιολογεί τις φωνές, καθώς όπως αναφέρει, το σύστημα μπορεί να φταίει, το ότι υπάρχουν παρεξηγήσεις όπου με τον διάλογο όμως λύνονται, κάποιιοι φωνάζουν χωρίς να έχουν κάποιον συγκεκριμένο λόγο, επειδή όλα τους φταίνε... Στην φωνή των περισσοτέρων, δε διακρίθηκε κάποια πικρία ή εκνευρισμό για το γεγονός αυτό.

Για να επικρατεί ένα, όσο πιο δυνατόν γίνεται, ευχάριστο κλίμα στον εργασιακό χώρο των νοσηλευτών, θα πρέπει να υπάρχει συναδελφική αλληλεγγύη, σεβασμός στο άτομο καθ' αυτό, να λύνονται οι όποιες παρεξηγήσεις με ήρεμο τρόπο και διάλογο, εξηγώντας σε αυτόν που φωνάζει ότι δεν υπάρχει λόγος να επιλύονται τα προβλήματα με τα φωνή, αλλά με την συζήτηση και τη σωστή καθοδήγηση. Ο ευχάριστος τρόπος ομιλίας των νοσηλευτών, δείχνει προθυμία για ενημέρωση και εξυπηρέτηση, βελτιώνοντας έτσι τις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ όλων.

Η ενσυναίσθηση παίζει σπουδαίο ρόλο σε αυτό, καθώς με γνώμονα αυτή, ο νοσηλευτής μπορεί να πλησιάσει πιο εύκολα τον οποιονδήποτε που έρχεται σε επαφή μαζί του και να τον βοηθήσει σε οτιδήποτε χρειάζεται, αναγνωρίζοντας τις ανάγκες του και βοηθώντας τον έτσι με τον πιο κατάλληλο τρόπο.

Πριν αντιμετωπίσει ο νοσηλευτής το άτομο με το οποίο έχει πρόβλημα, καλό θα ήταν σαν στρατηγική (Pagana, 2015) να αναλογιστεί και να προβληματιστεί απαντώντας τα εξής ερωτήματα:

α) Ποιο είναι το πρόβλημα που έχει προκύψει;

β) Πώς νιώθω για αυτό το πρόβλημα;

γ) Τι θέλω να διαφοροποιηθεί;

Στη συνέχεια, μπορεί να χρησιμοποιήσει το STOP (State, Tell, Offer, Provide), σύμφωνα με το οποίο, α) κάνει αναφορά στην κατάσταση ή στο πρόβλημα που επικρατεί, β) λέει στο άτομο τι είναι αυτό που θέλει, γ) προσφέρει τη δυνατότητα στο άλλο άτομο να δώσει μια απάντηση και γ) παρέχει ένα κλείσιμο (με μια ανασκόπηση, μία σύνοψη ή ευχαριστίες). Ένα παράδειγμα για το παραπάνω είναι το εξής:

S: «Τη Δευτέρα και την Τετάρτη ήρθες μισή ώρα αργότερα».

T: «Θέλω να είσαι εδώ στις 7».

O: «Μπορούμε να συμφωνήσουμε σε αυτό;»

P: «Σε ευχαριστώ. Αυτό θα βοηθήσει και τους δυο μας, για μια καλή συνεργασία».

Τέλος, κάποια άτομα που είναι καταλλήλως εκπαιδευμένα σε επικοινωνιακές τεχνικές και δεξιότητες, μπορούν να ασκήσουν συμβουλευτική στους νοσηλευτές, έτσι ώστε να βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας τους και παράλληλα να προάγουν την ολιστική φροντίδα των ασθενών. Ο σύμβουλος αυτός καλό θα ήταν να είναι νοσηλευτής και ο ίδιος, καθώς με την ανάλογη γνώση που θα έχει των πραγμάτων εκ των έσω, μπορεί να δημιουργήσει ένα πλάνο εξατομικευμένο, όπου θα ακούει προσεχτικά και θα παρατηρεί όσους αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα, με στόχο την ενίσχυση της αυτογνωσίας, της αυτοεικόνας και της αυτοπεποίθησής τους, βελτιώνοντας παράλληλα την ψυχική τους κατάσταση (Μπακάλης, 2015).

Στη συνέχεια της έρευνας, έχουν αντιληφθεί ότι διαδίδονται φήμες και κουτσομπολιά για τους ίδιους και αναφέρουν ότι αυτά προέρχονται κυρίως από συναδέλφους. Αυτή η κατάσταση, ισχυρίζονται ότι δεν επηρεάζει την εργασία τους, ούτε την αυτοεκτίμησή τους, καθώς όπως ισχυρίζονται κάποιοι, αυτά συμβαίνουν πάντα σε όποιο χώρο και να εργαστεί κάποιος. Επομένως, δεν φαίνεται να παρουσιάζουν διάφορα συναισθηματικά ή φυσικά συμπτώματα, όπως θυμό, κυκλοθυμία, απογοήτευση ή ημικρανίες και εφιδρώσεις, καθώς αυτά αποτελούν καταστάσεις φυσιολογικές για τους ίδιους και δεν αποτελούν προβλήματα εκφοβισμού.

Οι νοσηλευτές που έχουν λιγότερο καλά ενσωματωμένες τις αξίες της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, θεωρούνται και λιγότερο συνεπείς στο να επιδείξουν τον ανάλογο σεβασμό όπου χρειάζεται. Ένας παράγοντας που διευκολύνει στην επίδειξη σεβασμού των νοσηλευτών, είναι η ισχυρή πεποίθηση ότι και οι άλλοι έχουν το δικαίωμα να αντιμετωπίζονται με σεβασμό για την αξία των συναισθημάτων τους (Balzer-Riley, 2017).

Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά για τη στοχοποίηση που πιθανόν να τους γίνεται, σε κάποιον ανώτερο, όταν έχουν κάποια αποτυχία. Αυτό σχετίζεται και με την κατάχρηση της εξουσίας που παρατηρείται από τους εκφοβιστές, καθώς επιθυμούν να οδηγούν τα θύματά τους ακόμα και στον αποκλεισμό. Εδώ, ανήκει και ένα είδος θύτη, ο οποίος επιθυμεί να επηρεάζει τα ανώτερα στελέχη, προωθώντας έτσι τις δικές του σκοπιμότητες και προσπαθώντας να ανεβεί ιεραρχικά (Παπαλεξανδρή & Γαλανάκη, 2011).

Οι ερωτηθέντες, αρνήθηκαν ότι τους έχουν στοχοποιήσει σε κάποιον ανώτερο. Είναι, όμως, μια τακτική που μερικοί συμμετέχοντες αναφέρουν ότι την παρατηρούν να συμβαίνει σε άλλα τμήματα. Σε περίπτωση, επομένως, που στοχοποιηθεί κάποιος, υποστηρίζουν ότι η συμπεριφορά του ανωτέρου επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό. Το καλό κλίμα συνεργασίας, υποστηρίζεται και εδώ και ίσως να υπάρχει αλληλοεπικάλυψη μεταξύ συναδέλφων σε περίπτωση αποτυχιών και να μην προβαίνουν σε στοχοποίηση ανωτέρου.

Τέλος, ένα άλλο ζήτημα που εμφανίζεται στον εργασιακό εκφοβισμό είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις και πώς αυτές μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την εργασία των νοσηλευτών. Η κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη επικοινωνίας με συναδέλφους και η υπονόμηση αυτής της δυνατότητας να εδραιωθεί, η τοποθέτηση στο «ψυγείο», η αποφυγή χαιρετισμού ή επικοινωνίας, είναι στόχοι των θυτών (Σπυροπούλου, 2014).

Οι περισσότεροι νοσηλευτές, στην παρούσα έρευνα, ισχυρίζονται ότι δεν υπάρχουν άτομα που αποφεύγουν να συνεργαστούν μαζί τους, ενώ ένα μικρό ποσοστό αναφέρει, πάλι, ότι αυτό παρατηρείται να συμβαίνει σε άλλους νοσηλευτές, οι οποίοι προσπαθούν να αλλάξουν τμήμα, ώστε να αποφύγουν τη συνεργασία με συγκεκριμένους συναδέλφους.

Στο νοσοκομείο, στο κάθε τμήμα ξεχωριστά, υπάρχει ένα πρόγραμμα, το οποίο με τον τρόπο του επιβάλλει τη συνεργασία όλου του νοσηλευτικού προσωπικού και δεν αφήνει περιθώρια προσωπικής επιλογής. Επίσης, επικρατούν υψηλές απαιτήσεις και μεγάλος φόρτος εργασίας που συχνά δεν επιτρέπει στους νοσηλευτές να ασχοληθούν με ανάλογο πρόβλημα, σε διαπροσωπικές σχέσεις, το οποίο συσσωρεύεται και εμφανίζεται στη συνέχεια με ψυχοσωματικές συνέπειες για τους ίδιους. Επομένως, ίσως να υπάρχουν άτομα που να μην επιθυμούν να συνεργαστούν μαζί τους και να μην το γνωρίζουν οι ίδιοι, επειδή υπάρχει αυτό το πρόγραμμα που οφείλουν όλοι να ακολουθούν και να συμμορφώνονται με αυτό.

Η τέταρτη θεματική ενότητα σχετίζεται με τις παράλογες απαιτήσεις στην εργασία των νοσηλευτών. Το ερευνητικό ερώτημα, εδώ, είναι εάν απαιτούνται από τους νοσηλευτές να ακολουθούν καθήκοντα που είναι πέρα των δυνατοτήτων τους ή μη νοσηλευτικά. Το μεγαλύτερο ποσοστό, απάντησε ότι επιβαρύνεται με καθήκοντα πέρα των δυνατοτήτων του και με καθήκοντα που δεν είναι νοσηλευτικά και υπακούει σε αυτές τις οδηγίες. Βέβαια, υποστηρίζουν ότι αν αρνηθούν, δεν θα έχουν επιπτώσεις, καθώς υπάρχει το νοσηλευτικό καθηκοντολόγιο και επομένως θεωρούν ότι δεν θα έχει αυτή η άρνηση κάποιο αντίκτυπο στο έργο τους. Επομένως, οι απαντήσεις ενισχύουν το γεγονός ότι οι νοσηλευτές υφίστανται πίεση όσον αφορά τον φόρτο εργασίας που τους ανατίθεται, καθώς και το ότι η δουλειά τους δεν περιορίζεται μόνο σε νοσηλευτικό επίπεδο.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το δείγμα δεν αναφέρει κάποια πίεση, φόβο ή άγχος για τα επιπλέον που κάνουν στην εργασία τους και είναι πλήρως ευαισθητοποιημένοι καθώς επικαλούνται το καθηκοντολόγιό τους, που τους προσφέρει ένα είδος ασφάλειας. Για αυτό τον λόγο, γίνεται προσπάθεια να ενισχυθούν τα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών, για να μπορούν να νιώθουν οι νοσηλευτές μεγαλύτερη σιγουριά και σταθερότητα για τις πράξεις τους.

Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, μαζί με τις αυξημένες απαιτήσεις που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στην εργασία τους, τους οδηγούν στο να μην εφαρμόζουν αυστηρά το νοσηλευτικό τους καθηκοντολόγιο, με αποτέλεσμα, άλλες ειδικότητες να εισχωρούν στον τομέα τους και να τους ζητούν πράγματα που δεν είναι στις αρμοδιότητές τους, υπερβαίνοντας τα όριά τους. Μπορεί να έχουν συνηθίσει και να μην διαμαρτύρονται για αυτή την κατάσταση, αλλά σίγουρα η επιπλέον δουλειά, τους επιβαρύνει και τους εξουθενώνει, με τις ανάλογες ψυχοσωματικές συνέπειες, οι οποίες και συσσωρεύονται σιγά σιγά και μέρα με τη μέρα.

Η ύπαρξη και σωστή τήρηση των πρωτοκόλλων σε κάθε τμήμα, φαίνεται και εδώ επιτακτική, καθώς με βάση αυτά, ο νοσηλευτής θα μπορεί χωρίς φόβο και άγχος να αρνηθεί το οτιδήποτε τον υπερβαίνει και οι υπόλοιπες ειδικότητες, θα δείχνουν τον ανάλογο σεβασμό στα επαγγελματικά του δικαιώματα.

Στην πέμπτη θεματική ενότητα, αρχικά γίνεται αναφορά για το εάν οι νοσηλευτές έχουν σκεφτεί να εγκαταλείψουν την δουλειά τους ή πιστεύουν ότι τους αναγκάζουν να παραιτηθούν. Αυτό το γεγονός, δυστυχώς, της παραίτησης, είναι μια κατάσταση, που παρατηρείται συχνά σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο εξωτερικό. Η έλλειψη εκτίμησης από τους ανώτερους, η μειωμένη αίσθηση της αξίας, η έλλειψη της

επαγγελματικής διέγερσης και η ανεπαρκής υποστήριξη και καθοδήγηση, είναι κάποιιοι από τους λόγους που οδηγούν τους νοσηλευτές σε παραίτηση (Μπακάλης, 2015).

Το μεγαλύτερο ποσοστό, στην παρούσα έρευνα, απάντησε ότι δεν έχει σκεφτεί να εγκαταλείψει τη δουλειά του, ούτε πιστεύει ότι το αναγκάζουν να παραιτηθεί. Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι μόνο δύο υποκείμενα της έρευνας ισχυρίζονται ότι έκαναν παλιά απλά μια σκέψη να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους, αλλά το αγαπούν και για αυτό δεν το έκαναν πράξη. Οι λόγοι που τους οδήγησαν σε τέτοιες σκέψεις είναι ότι είναι στρεσογόνο επάγγελμα, υπάρχει φόρτος εργασίας, έλλειψη προσωπικού και υλικών, μείωση μισθών, δύσκολες συνθήκες στη λειτουργία του νοσοκομείου και το ότι βρίσκονται σε μια ηλικία που δεν έχουν τη δυνατότητα να εγκαταλείψουν τη θέση τους για να ασχοληθούν με κάτι νέο. Δεν προσωποποιούν, δηλαδή, τις δυσκολίες και τις άσχημες συμπεριφορές σε κάποιο άτομο.

Επίσης, μόνο ένας αναφέρει ότι γνωρίζει άλλο άτομο να το έχουν ωθήσει σε παραίτηση, χωρίς να αναφέρει όμως τον λόγο που τον οδήγησε σε αυτή του την πράξη. Ένα μεγάλο ποσοστό εξηγεί ότι ήταν επιλογή του να ακολουθήσει αυτό το επάγγελμα, είναι κάτι που του αρέσει πολύ και το θεωρεί ως λειτούργημα. Επομένως, η αγάπη για το επάγγελμα υπερτερεί έναντι των όποιων δυσκολιών, προσθέτοντας ίσως και το ζήτημα της οικονομικής κρίσης που επικρατεί στην Ελλάδα και που δεν αφήνει τα περιθώρια για παραίτηση.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες, υποστηρίζουν ότι δεν διστάζουν να μοιραστούν τις άσχημες καταστάσεις που βιώνουν στην εργασία τους με τους συναδέλφους τους και να τα «μεταφέρουν» στο σπίτι τους, θεωρώντας ότι αυτό τους βοηθάει. Βέβαια, εδώ ίσως υπάρχει μια μικρή αντίφαση, καθώς οι πιο πολλοί δεν αναφέρουν αρνητικά βιώματα στο χώρο εργασίας τους, σε προηγούμενες απαντήσεις. Ίσως εννοούν ότι μοιράζονται με άλλους, καταστάσεις που βλέπουν να συμβαίνει σε συναδέλφους ή σε άλλα τμήματα, όπως και ανέφεραν παραπάνω.

Πρόσφατη έρευνα που έγινε σε ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, δείχνει ότι όσοι είχαν την ανάλογη υποστήριξη από τις οικογένειες ή τους φίλους τους, απολάμβαναν σε μεγαλύτερο βαθμό την ηρεμία και την υγεία τους (Karatza et al., 2016). Επομένως, δεν φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τους νοσηλευτές το «μοίρασμα» αυτό.

Στη συνέχεια, η ερευνητική ομάδα θέλησε να αναζητήσει την ύπαρξη ή μη κάποιας επιτροπής νοσηλευτικής δεοντολογίας, όπου θα μπορούσαν οι νοσηλευτές να απευθυνθούν σε περιπτώσεις bullying. Η επιτροπή νοσηλευτικής ηθικής και δεοντολογίας, αποτελείται από τη συμμετοχή όλων των επαγγελματιών υγείας, περιλαμβάνοντας και τους νοσηλευτές και έχει ως στόχο την υπεράσπιση του σεβασμού στην αξιοπρέπεια όλων των προσώπων.

Ένα μεγάλο ποσοστό απάντησε είτε ότι δεν υπάρχει στο χώρο που εργάζεται, είτε ότι δεν γνωρίζει για την ύπαρξή της σε περιπτώσεις που θα χρειαστεί βοήθεια. Επίσης, σύμφωνα και με το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα, οι περισσότεροι υποστηρίζουν ότι δεν είναι ενημερωμένοι γενικά από το νοσοκομείο ή το τμήμα τους, για το πού μπορούν να απευθυνθούν σε περίπτωση που βιώσουν περιστατικά εργασιακού εκφοβισμού, ενώ οι ίδιοι από μόνοι τους δίνουν αναφορά για τέτοια ζητήματα σε κάποιον ανώτερο, όπως είναι η διευθύνουσα, η προϊσταμένη ή η νοσηλευτική υπηρεσία.

Επομένως, οι νοσηλευτές όχι μόνο δεν είναι καλά ενημερωμένοι, αλλά ίσως να έχουν φόβο ή ενδοιασμό στο να απευθυνθούν σε αυτή για την επίλυση προβλημάτων. Η ίδια η διοίκηση του εκάστοτε νοσοκομείου, οφείλει να πληροφορεί τους νοσηλευτές για την ύπαρξη της επιτροπής, στην οποία μπορούν να μπουν και οι ίδιοι ως μέλη, ευαισθητοποιώντας στη

συνέχεια και τους υπόλοιπους συναδέλφους. Σε περίπτωση που υπολειτουργεί, οι νοσηλευτές μπορούν να επέμβουν και να κάνουν τις ανάλογες κινητοποιήσεις για την καλύτερη οργάνωσή της.

Η διοίκηση του νοσοκομείου ή η νοσηλευτική διοίκηση, θεωρείται από τους πιο πολλούς υποστηρικτική σε θέματα bullying, ενώ όσοι υποστήριζαν το αντίθετο, αναφέρουν σαν λόγο ότι προτιμά η κάθε διοίκηση να μένει αμέτοχη και να μην εμπλέκεται σε τέτοια ζητήματα, δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο μία κουλτούρα σιωπής, η οποία δεν μπορεί να οδηγήσει σε λύση του προβλήματος (Castronovo et al., 2016).

Ένα σημαντικό ποσοστό, όμως, έχει άγνοια για το αν τέτοια θέματα υποστηρίζονται. Για αυτό τον λόγο προτείνεται να αποκτήσει τις απαραίτητες γνώσεις για να μπορεί να αναγνωρίζει φαινόμενα εκφοβισμού και να αναπτύξει με αυτόν τον τρόπο ανάλογες πολιτικές για την πρόληψη και την αντιμετώπισή του (Φώτης & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2010). Να προστεθεί, επίσης, ότι πολλά υποκείμενα της μελέτης, συμφώνησαν ότι τα όποια προβλήματα προσπαθούν να λυθούν στο εκάστοτε τμήμα και να μην διαρρέονται προς τα έξω.

Σε υποθετικό σενάριο, για τη συμπεριφορά και τις ενέργειές τους σε περίπτωση που βίωναν καθημερινά οι ίδιοι εργασιακό εκφοβισμό από κάποιο άτομο, η πλειοψηφία απάντησε ότι αν δεν μπορούσε με τη συζήτηση μαζί του να καταφέρει να εξομαλύνει την κατάσταση, τότε θα απευθυνόταν στη νοσηλευτική διοίκηση και θα ζητούσε αλλαγή τμήματος. Ένα μικρότερο ποσοστό απάντησε ότι θα απευθυνόταν μόνο στην προϊσταμένη του ή θα προέβαινε σε νομικές διαδικασίες.

Θα πρέπει και εδώ να τονιστεί ότι σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες, δυσκολεύτηκαν να απαντήσουν και αυτό ενισχύει το γεγονός ότι όχι μόνο δεν μπορούν να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν τέτοια περιστατικά, αλλά δεν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι και σε προπτυχιακό επίπεδο (Μισουρίδου, 2011). Ειδικά οι νέοι νοσηλευτές, θεωρούνται ως πρόσκληση για εκφοβιστική συμπεριφορά από τους έμπειρους, καθώς μπορεί να έχουν γνώσεις, αλλά δεν είναι προετοιμασμένοι από τη Σχολή τους σε δύσκολες και απαιτητικές συνθήκες εργασίας και επομένως, οι «δράστες» στηρίζονται στην κλινική απειρία τους (Μπακάλης, 2015).

Οι κυριότερες προτάσεις που ειπώθηκαν από τους συμμετέχοντες σχετικά με το τι συμβουλές θα έδιναν οι ίδιοι αν ήταν επικεφαλής σε ένα τμήμα και ποιες μεθόδους θα ακολουθούσαν για να αντιμετωπίσουν περιστατικά εργασιακού εκφοβισμού είναι οι εξής:

- Θα συγκέντρωναν όλο το προσωπικό μαζί και θα προσπαθούσαν το όποιο ζήτημα να έμενε και να λυνόταν εντός του τμήματος, χωρίς να διαρρεύσει σε κάποιον ανώτερο.
- Παρατήρηση σε ουδέτερη στάση για επιβεβαίωση των όποιων κατηγοριών υπάρχουν.
- Συζήτηση με το ίδιο το άτομο που δέχεται εκφοβισμό, στη συνέχεια με το άτομο που εκφοβίζει και τέλος και με τους δύο μαζί.
- Να επικρατεί ένα κλίμα ασφάλειας, ελευθερίας και στήριξης.
- Για πιο δραστικά μέτρα, προτάθηκαν να υπάρχουν γραπτές αναφορές έναντι του ατόμου που ασκεί bullying ή το άτομο που υπέστη να ζητήσει αλλαγή τμήματος.

Όσοι ερωτηθέντες ήταν ήδη επικεφαλείς στο τμήμα τους απάντησαν ως εξής:

- Ο κάθε προϊστάμενος, οφείλει να συζητάει το όποιο θέμα προκύπτει με την ομάδα του και ότι θα πρέπει να βλέπει την ομάδα του σαν οικογένεια. Αυτό σημαίνει ότι θα παρακολουθεί τις σχέσεις του προσωπικού, θα παρατηρεί κρατώντας ουδέτερη στάση και θα προσπαθήσει να λύσει το θέμα εντός του τμήματός του.
- Να βρίσκονται οι αιτίες του κάθε προβλήματος που προκύπτει.
- Μηνιαίες συναντήσεις με όλα τα τμήματα για συζήτηση με το προσωπικό και καλή ακρόασή του για το κάθε πρόβλημα που αντιμετωπίζει.
- Ως μέσο ενδυνάμωσης των σχέσεων του προσωπικού, προτάθηκε η οργάνωση εξωνοσοκομειακών δραστηριοτήτων, στις οποίες θα συμμετέχει το προσωπικό μαζί, σαν ομάδα. Τέτοιες δραστηριότητες είναι ομάδα χορού, επιμορφωτικές ενημερώσεις και συγκεντρώσεις για φαγητό.

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω, η πλειοψηφία των νοσηλευτών που δουλεύουν στα δημόσια νοσοκομεία του νομού Αχαΐας δεν έχει βιώματα εργασιακού εκφοβισμού, επομένως ούτε βιώνει διάφορα ψυχοσωματικά συμπτώματα από αυτόν, αλλά και δεν είναι ενημερωμένη για τον τρόπο αντιμετώπισης αυτού του φαινομένου.

Σημαντικό ρόλο στη μη πληροφόρηση, παίζει η διοίκηση του νοσοκομείου και η νοσηλευτική διοίκηση, καθώς είναι γνωστό ότι δεν επιθυμεί να ασχοληθεί με ζητήματα εργασιακού εκφοβισμού αν και γνωρίζει τι συνέπειες προκαλούνται από αυτό το φαινόμενο, όχι μόνο ψυχοσωματικές, αλλά και οικονομικές, με κίνδυνο ακόμα και την υγεία των ασθενών. Πρέπει από μόνη της να υιοθετήσει προγράμματα στα οποία θα συμμετέχουν επαγγελματίες υγείας όλων των κλάδων, ώστε να ενδυναμωθούν οι μεταξύ τους σχέσεις και θα επιλύονται οι όποιες συγκρούσεις, μέσα από τη σωστή διαχείριση των συναισθημάτων.

Εκτός, όμως, από τη διοίκηση, και οι ίδιοι οι νοσηλευτές από μόνοι τους οφείλουν να ευαισθητοποιηθούν και να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους, ασκώντας με τη σειρά τους ανάλογες πιέσεις μέσα στο νοσοκομείο και απευθυνόμενοι στους ανάλογους συλλόγους.

Επομένως, η έρευνα, σύμφωνα με την αρχική υπόθεση, αποδεικνύει ότι όντως δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση για την αντιμετώπιση του φαινομένου, ενώ φαίνεται ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών δεν έχει βιώματα από τον εργασιακό εκφοβισμό. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί με τέσσερις τρόπους:

α) Ανάμεσα στους νοσηλευτές, επικρατεί ένα κλίμα συνεργασίας, δεν γίνεται κατάχρηση της εξουσίας και επομένως, δεν ευδοκιμούν τέτοια φαινόμενα εκφοβισμού.

β) Οι συμμετέχοντες, δεν απάντησαν αντικειμενικά, αν και γνώριζαν εξ αρχής, για το απόρρητο των απαντήσεων, φοβούμενοι πιθανόν επιπτώσεις που θα είχε αυτό για τη φήμη των ίδιων, του τμήματος ή και του νοσοκομείου.

γ) Υπάρχει η πιθανότητα, τα υποκείμενα της έρευνας να μην γνωρίζουν ότι κάποιες συμπεριφορές αποτελούν σημεία bullying και να ερμηνεύονται λανθασμένα ως φυσιολογικές και επομένως δαιωνίζονται και

δ) Πολλές άσχημες συμπεριφορές που αποτελούν συχνό φαινόμενο, θεωρούνται πλέον ως κάτι το σύνηθες και επομένως δεν υπάρχει λόγος για περαιτέρω προβληματισμό. Η παθητική

όμως στρατηγική, δηλαδή να ενδίδουν σε οποιαδήποτε άσχημη κατάσταση ή να την αποφεύγουν απλά, όχι μόνο δεν επιλύει τις συγκρούσεις, αλλά τους εντείνουν το στρες και το άγχος (Stein-Parbury, 2018).

#### 4.1. Περιορισμοί έρευνας

Στην συγκεκριμένη ποιοτική έρευνα, ο μικρός αριθμός του δείγματος, αποτελεί ένα από τους πιο σημαντικούς περιορισμούς, καθώς και το γεγονός ότι αυτό επιλέχθηκε μόνο από έναν νομό της Ελλάδας.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ποιοτική έρευνα, ήταν σε παρόμοια επίπεδα και με την ποσοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την ίδια ερευνητική ομάδα, με τη μορφή ερωτηματολογίου, όπως αναφέρθηκε παραπάνω.

Και στις δύο περιπτώσεις, το δείγμα ήταν πολύ μικρό, οπότε, δεν μπορεί να γίνει γενίκευση στον νοσηλευτικό πληθυσμό της Ελλάδας για το συγκεκριμένο φαινόμενο.

#### 4.2. Προτάσεις

Στην Ελλάδα, το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς και επομένως, δεν υπάρχει η ανάλογη θεσμική αντιμετώπισή του μέσα από διατάξεις (Σπυροπούλου, 2014). Με την ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε, η ερευνητική ομάδα, θέλησε να δώσει τη δική της ώθηση και προς άλλες ομάδες ερευνητών για να συνεχίσει η διερεύνηση και η συλλογή δεδομένων σχετικά με αυτό το ζήτημα και έτσι να μελετηθούν και να συγκριθούν τα αποτελέσματα σε ευρύτερη κλίμακα.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε στον χώρο εργασίας τους, δηλαδή μέσα στο νοσοκομείο και πιο συγκεκριμένα, στο τμήμα τους, ίσως κάποια επόμενη συνέντευξη να περάσει έξω από τους τοίχους, σε ουδέτερο έδαφος. Υπάρχει η υποψία, ότι ίσως οι νοσηλευτές να φοβήθηκαν να εκφραστούν ανοιχτά, σκεπτόμενοι ότι κάποιος συνάδελφος ή ανώτερος μπορεί να ακούσει τις απαντήσεις τους ή να παραβιάσει με κάποιο τρόπο την όλη διαδικασία, μπαίνοντας για παράδειγμα μέσα στην αίθουσα την ώρα της συνέντευξης.

Επίσης, πριν από την συνέντευξη, θα βοηθούσε να ενθαρρυνθούν οι συμμετέχοντες στο ότι πρέπει να μιλήσουν ανοιχτά, και να τονιστεί το ότι τα φαινόμενα εκφοβισμού δεν πρέπει να κρύβονται και να επικαλύπτονται, αλλά να αναφέρονται και να καταγράφονται, για να σταματήσει η όποια κακομεταχείριση υπάρχει, διεκδικώντας με αυτό τον τρόπο τα δικαιώματά τους, ως νοσηλευτές.

Τέλος, για να αποφευχθεί τελείως το ζήτημα του φόβου, προτείνεται σαν μέθοδος έρευνας η παρατήρηση ή κάποια μεικτή μέθοδος. Με την παρατήρηση, ο ερευνητής μπορεί να συμμετάσχει ελάχιστα ή πλήρως και μπορεί να αποκτήσει μια προοπτική εμπιστευτικότητας

σε μία κοινωνική κατάσταση ή γεγονός, όπως είναι και αυτό του εργασιακού εκφοβισμού (Fitzpatrick, 2018). Έτσι, μπορεί να καταγράψει συμπεριφορές που εμπίπτουν σε εργασιακό εκφοβισμό. Εξάλλου, στο νοσοκομείο επικρατεί ένα είδος ρουτίνας και συχνά οι νοσηλευτές ξεχνούν ότι παρατηρούνται από κάποιον τρίτο και εκφράζονται ελεύθερα τόσο λεκτικά, όσο και μη λεκτικά.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adams L (2015) *Workplace Mental Health: Manual for Nurse Managers*. Springer Publishing Company, New York.

Agervold M & Mikkelsen E (2004) Relationships between bullying, psychosocial work environment and individual stress reaction. *Work and Stress*, 18(4), 336-351.

Αθανάτου Ε (2011) *Κλινική Νοσηλευτική: Βασικές και ειδικές νοσηλείες*. Παρισιάνος, Αθήνα.

Αντωνοπούλου Λ (2008) Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, 3(2), 109-120.

Αποστολοπούλου Ε (1999) *Θεωρίες της Νοσηλευτικής*. Ιδίου, Αθήνα.

Arenas A, Giorgi G, Montani F, Mancuso S, Perez F, Mucci N & Arcangeli G (2015) Workplace bullying in a sample of italian and spanish employees and its relationship with job satisfaction, and psychological well-being. *Frontiers in Psychology*, 6, 1912.

Ariza-Montes A, Muniz N, Montero-Simó M & Araque-Padilla R (2013) Workplace Bullying among Healthcare Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(8), 3121-3139.

Attell B, Kummerow Brown K & Treiber L (2017) Workplace bullying, perceived job stressors, and psychological distress: Gender and race differences in the stress process. *Social Science Research*, 65, 210-221.

Balzer-Riley J, (2017) *Communication in Nursing* (8<sup>th</sup> ed.). Elsevier, Missouri.

Bilgel N, Aytac S, & Bayram N (2006) Bullying in Turkish white-collar workers. *Occupational Medicine*, 56, 226-231.

Birks M, Budden L, Biedermann N, Park T & Chapman Y (2017a) A 'rite of passage?': Bullying experiences of nursing students in Australia. Article in press, *Collegian*.

Birks M, Cant R, Budden L, Russell-Westhead M, Sinem Üzar Özçetin Y & Tee S (2017b) Uncovering degrees of workplace bullying: A comparison of baccalaureate nursing students' experiences during clinical placement in Australia and the UK. *Nurse Education in Practice*, 25, 14-21.

Bhanbhro S, Drennan V, Grant R & Harris R (2011) Assessing the contribution of prescribing in primary care by nurses and professionals allied to medicine: a systematic review of literature. *BMC Health Services Research*, 11, 330.

Blessing L & Chakrabarti A (2009) *DRM, a Design Research Methodology*. Springer, London.

- Boswell C & Cannon S (2011) *Introduction to Nursing Research: Incorporating Evidence-Based Practice* (2<sup>nd</sup> ed.). Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts.
- Boswell C & Cannon S (2014) *Introduction to Nursing Research: Incorporating Evidence-Based Practice* (4<sup>th</sup> ed.). Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts.
- Bowers D (2011) Θεμελιώδεις έννοιες στη βιοστατιστική: Εισαγωγή για Επαγγελματίες Υγείας. Επιμ. Μίτλεττον Ν., Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Bowling A (2014) *Research Methods in Health: Investigating health and health services* (4<sup>th</sup> ed.). Open University Press, England.
- Brink H, van der Walt C & van Rensburg G (2006) *Fundamentals of Research Methodology for Health Care Professionals* (2<sup>nd</sup> ed.). Juta and Company, Cape Town.
- Brockopp D & Hastings-Tolsma M (2003) *Fundamentals of Nursing Research* (3<sup>rd</sup> ed.). Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts.
- Budden L, Birks M & Bagley T (2017) Australian nursing students' experience of bullying and/or harassment during clinical placement. *Collegian*, 24, 125-133.
- Γαργάνη Κ & Τζιούνη Ε (2010) Η συμβολή των πρωτοκόλλων στην ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας καρδιολογικών ασθενών. Πρακτικά Σεμιναρίου Ομάδων Εργασίας της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, Θεσσαλονίκη.
- Carbo J (2017) *Understanding Defining and Eliminating Workplace Bullying: Assuring dignity at work*. Routledge, New York.
- Carol T, Carol L & Priscilla L (2010). Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής: η Επιστήμη & η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας. Επιμ. Λεμονίδου Χ & Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε, τομ. Ι, 3<sup>η</sup> έκδ, Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Castronovo A, Pullizzi, A & Evans S (2016). Nurse Bullying: A Review And A Proposed Solution. *Nursing Outlook*, 64(3), 208-214.
- Γιαννοπούλου Α (2005) Διλήμματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη νοσηλευτική. Ταβιθά, Αθήνα.
- Chang E & Daly J (2008) *Transitions in Nursing: Preparing for Professional Practice* (2<sup>nd</sup> ed.). Elsevier, Australia.
- Ciocco M (2018) *Fast Facts on Combating Nurse Bullying, Incivility, and Workplace Violence: what nurses need to know in a nutshell*. Springer Publishing Company, New York.
- Cleary M (2010) Identifying and Addressing Bullying in Nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(5), 331-335.
- Cobb E (2017) *Workplace Bullying and Harassment, New Developments in International Law*. Routledge, New York.

Courtenay M, Carvey N & Burke J (2007) Independent extended supplementary nurse prescribers, their prescribing practice and confidence to educate and assess prescribing students. *Nurse Education Today*, 27(7), 739-747.

Cutcliffe J & Ward M (2014) *Critiquing Nursing Research* (2<sup>nd</sup> ed.). Quay Books, London.

Δανελάκη Π, Ροβίθης Μ, Ιωάννου Γ, Ανδριανοπούλου Ε, Σταυροπούλου Α & Ρίκος Ν (2017) Διερεύνηση του εργασιακού εκφοβισμού στο νοσηλευτικό προσωπικό σε ένα δημόσιο νοσοκομείο στη νήσο Κρήτη. Πρακτικά 10<sup>ου</sup> Πανελληνίου-9<sup>ου</sup> Πανευρωπαϊκού Επιστημονικού & Επαγγελματικού Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Ηράκλειο Κρήτης.

Δαρβίρη Χ (2009) Μεθοδολογία έρευνας στο χώρο της υγείας. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

De Chesnay M (2015) *Nursing Research Using Grounded Theory: Qualitative Designs and Methods in Nursing*. Springer Publishing Company, New York.

Dewit S (2009) Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική-Έννοιες & Πρακτική. Επιμ. Λαμπρινού Α & Λεμονίδου Χ, Πασχαλίδης, Αθήνα.

Δημητριάδου Α (2003) Η Νοσηλευτική Εκπαίδευση στην Ελλάδα και η Ιστορία της. Μονογραφία, Θεσσαλονίκη.

Doas M (2015) Emotionally Competent Behaviors and Nurse Bullying: Is There a Direct Link? *Open Journal of Psychiatry*, 5, 56-59.

Duru P, Ocaktan M, Çelen Ü & Örsal Ö (2017) The Effect of Workplace Bullying Perception on Psychological Symptoms: A Structural Equation Approach. *Safety and Health at Work*, 1-6.

Dzurec L (2017) Status Limbo: Analysis of Nurse Faculty Member Reports of Administrator Response to Workplace Bullying Complaints. *Journal of Professional Nursing*, 29(5), e1-e9.

Einarsen S (1999) The nature and causes of bullying at work, *International Journal of Manpower*, 20(1/2), 16-27.

Ellis P & Bach S (2016) *Leadership, Management & Team Working in Nursing* (2<sup>nd</sup> ed.). Learning Matters, London.

Ζιγρικά Ε (2013) Η ηθική παρενόχληση των δημοσίων υπαλλήλων στον εργασιακό χώρο και η σημασία της συναισθηματικής νοημοσύνης στην αντιμετώπιση του φαινομένου. Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής.

Fain J (2017) *Reading, Understanding and Applying Nursing Research* (5<sup>th</sup> ed.). F.A. Davis Company, Philadelphia.

Fitzpatrick J (2018) *Encyclopedia of Nursing Research* (4<sup>th</sup> ed.). Springer Publishing Company, New York.

- Fitzpatrick J & Kazer M (2012) Encyclopedia of Nursing Research (3<sup>rd</sup> ed.). Springer Publishing Company, New York.
- Fitzpatrick J & McCarthy G (2014) Theories Guiding Nursing Research and Practice: Making Nursing Knowledge Development Explicit. Springer Publishing Company, New York.
- Frederick D (2014) Bullying, mentoring, and patient care. AORN Journal, 99(5), 587-593.
- Gardner D, O'Driscoll M, Cooper-Thomas H, Roche M, Bentley T, Catley B, Teo S & Trenberth L (2016) Predictors of Workplace Bullying and Cyber-Bullying in New Zealand. International Journal of Environmental Research and Public Health, 13(5), 448.
- Gerrish K & Lathlean J (2015) The Research Progress in Nursing (7<sup>th</sup> ed.). Wiley Blackwell, England.
- Giorgi G (2009) Workplace bullying risk assessment in 12 Italian organizations. International Journal of Workplace Health Management, 2(1), 34-47.
- Glasper A & Rees C (2017) Nursing and Healthcare Research at a Glance. Wiley Blackwell, New Jersey.
- Gray J, Grove S & Sutherland S (2017) Burns and Grove's The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence (8<sup>th</sup> ed.). Elsevier, Missouri.
- Grove S & Ciper D (2017) Statistics for Nursing Research: A Workbook for Evidence-Based Practice (2<sup>nd</sup> ed.). Elsevier, Missouri.
- Grove S, Gray J & Burns N (2015) Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice. 6<sup>th</sup> edition. Elsevier, Missouri.
- Hall C & Ritchie D (2013) What is Nursing? Exploring Theory and Practice (3<sup>rd</sup> ed.). Learning Matters-Sage Publications, London.
- Harvey M & Land L (2017) Research Methods for Nurses and Midwives: Theory and Practice. Sage Publications, London.
- Hill L & Sawatzky J (2011) Transitioning into the nurse practitioner role through mentorship. Journal of Professional Nursing, 27(3), 161-167.
- Hirigoyen M (2002) Ηθική παρενόχληση στο χώρο της εργασίας. Μετ. Σιγάλα Α, Πατάκη, Αθήνα.
- Hoskins C & Mariano C (2004) Research in Nursing and Health: Understanding and Using Quantitative and Qualitative Methods (2<sup>nd</sup> ed.). Springer Publishing Company, New York.
- Houser J (2018) Nursing Research: Reading, Using, and Creating Evidence (4<sup>th</sup> ed.). Jones & Bartlett Learning, Burlington.
- Huber D (2018) Leadership: Nursing Care Management. Elsevier, Missouri.

Hutchinson M, Vickers M, Jackson D & Wilkes L (2006) Workplace bullying in nursing: towards a more critical organizational perspective. *Nursing Inquiry*, 13(2), 118-126.

Hutchinson M & Jackson D (2015) The construction and legitimation of workplace bullying in the public sector: insight into power dynamics and organisational failures in health and social care. *Nursing Inquiry*, 22(1), 13-26.

Hutchinson M, Jackson D, Wilkes L & Vickers M. (2008) A new model of bullying in the nursing workplace: organizational characteristics as critical antecedents. *ANS Advances in Nursing Science*, 31(2), E60-71.

Iftikhar M & Qureshi M (2014) Modeling the Workplace Bullying the Mediator of “Workplace Climate-Employee Health” Relationship. *Journal of Management Info* 4(1), 96-124.

Κακαλέτσης Ν, Ιωαννίδης Α, Σιγάλας Ι & Χατζητόλιος Α (2013) Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα: Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(2), 233-240.

Καλογεροπούλου Μ & Μουρδουκούτας Π (2009) Υπηρεσίες υγείας: Οργάνωση και διοίκηση, αποδοτικότητα, ποιότητα. *Κλειδάριθμος*, Αθήνα.

Karatza C, Zyga S, Tziaferi S & Prezerakos P (2016) Workplace bullying and general health status among the nursing staff of Greek public hospitals. *Ann Gen Psychiatry*, 15, 7.

Kelly D (2005) Reviewing workplace bullying: Strengthening approaches to a complex phenomenon. *Journal of Occupational Health and Safety-Australia and New Zealand*, 21(6), 551-564.

Kothari C (2004) *Research Methodology: Methods and Techniques*. New Age International Publishers, New Delhi.

Koukia E, Mangoulia P, Gonis N & Katostaras T (2013) Violence against health care staff by patient’s visitor in general hospital in Greece: Possible causes and economic crisis. *Open Journal of Nursing*, 3, 21-27.

Λανάρα Β (2008) Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών: Θεωρητικό και οργανωτικό πλαίσιο. 13<sup>η</sup> εκδ., Ιδίου & Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος, Αθήνα.

Laschinger H, Wong C & Grau A (2012) The influence of authentic leadership on newly graduated nurses’ experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 1266-1276.

Lewis D, Sheehan M & Davies C (2008) Uncovering workplace bullying. *Workplace Rights*, 13(3), 281-301.

LoBiondo-Wood G & Haber J (2014) *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice* (8<sup>th</sup> ed.). Elsevier, Missouri.

LoBiondo-Wood G & Haber J (2018) *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice* (9<sup>th</sup> ed.). Elsevier, Missouri.

Loiselle C, Profetto-McGrath J, Polit D & Beck C (2010) Canadian Essentials of Nursing Research (3<sup>rd</sup> ed.). Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer Health, Philadelphia.

Λουραντάκη I & Κατσαλιάκη K (2017) Η διεύρυνση του επαγγελματικού ρόλου των νοσηλευτών στην Ελλάδα. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 34(2), 191-206.

Macnee C & McCabe S (2008) Understanding Nursing Research: Reading and Using research in Evidence-Based Practice (2<sup>nd</sup> ed.). Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer, Philadelphia.

Μακράκης Χ (2009), Ηθική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο: Εξετάζοντας το παράδειγμα ενός ιδιωτικού και ενός δημόσιου νοσοκομείου στα Χανιά, Πτυχιακή εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης -Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Κρήτη.

Maltby J, Williams G, McGarry J & Day L (2010) Research Methods for Nursing and Healthcare. Routledge, New York.

Μισουρίδου Ε (2011) Το Φαινόμενο του Εκφοβισμού στη Νοσηλευτική: Αίτια και Αντιμετώπιση. Νοσηλευτική, 50(2), 123-131.

Μπακάλης Β (2015) Εκφοβισμός στο Χώρο Εργασίας των Νοσηλευτών (Bullying). Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 4(2), 66-72.

Μπακάλης Ν, Πατσιά Α, Πολυχρονοπούλου Α, Σακαρετσάνου Α (2016) Εργασιακός εκφοβισμός (Bullying) και Νοσηλευτικό Προσωπικό: Μύθος ή πραγματικότητα. Πρακτικά 9<sup>ου</sup> Πανελληνίου-8<sup>ου</sup> Πανευρωπαϊκού Επιστημονικού & Επαγγελματικού Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Καλαμάτα.

Μπακέλλα Π, Γιάγκου Ε & Μπραχαντίνη Κ (2013) Η επίδραση του “συνδρόμου mobbing” στην επαγγελματική ζωή των Νοσηλευτών. Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 6 (2), 15-21.

Morse J & Field P (1996) Nursing Research: The application of qualitative approaches (2<sup>nd</sup> ed.). Chapman & Hall, London.

Moule P & Goodman M (2013) Nursing Research: An Introduction (2<sup>nd</sup> ed.). Sage Publications, London.

Moule P, Aveyard H & Goodman M (2017) Nursing Research: An Introduction (3<sup>rd</sup> ed.). Sage Publications, London.

Namie G (2003) Workplace Bullying: Escalated Incivility. Ivey Business Journal, 68(2), 1-6.

Namie G & Namie R (1999) Bullyproof yourself at work! Personal Strategies to Recognize and Stop the Hurt from Harassment. Work Doctor.

Nirmala V, Edison J.S & Suni M.S (2011) Research Methodology in Nursing. Jaypee Brothers Medical Publishers, New Delhi.

Νομοθεσία. Συνήγορος του πολίτη-ανεξάρτητη αρχή: ίση μεταχείριση. <https://www.synigoros.gr/?i=equality.el.ifnomos>. Τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 10, 2017.

Nursing. World Health Organization. <http://www.who.int/topics/nursing/en/> . Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 10, 2017.

Οικονόμου Χ (2004) Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες. Διόνικος, Αθήνα.

Omar Z, Mokhtar M & Hamzah S (2015) Prevalence of workplace bully in selected public service agency in Malaysia: do destructive leadership behaviour matters? *International Journal of Education and Training*, 1(1), 1-9.

Ortega A, Christensen K, Høgh A, Rugulies R & Borg V (2011) One year prospective study on the effect of workplace bullying on long-term sickness absence. *Journal of Nursing Management*, 19(6), 752-759.

Osborne K, Wraa C & Watson A (2015) Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική: προετοιμασία για τη νοσηλευτική πρακτική. Επιμ. Κουρκούτα Λ και συν., Π.Χ. Πασχαλίδης-Broken Hill Publishers, Αθήνα.

Pagana K (2015) *The nurse's Etiquette Advantage: How Professional Etiquette Can Advance Your Nursing Career* (2<sup>nd</sup> ed.). Sigma Theta Tau International, Indiana.

Παναγιωτάκος Δ (2011) Μεθοδολογία της έρευνας και της ανάλυσης δεδομένων για τις επιστήμες της υγείας. Διόνικος, Αθήνα.

Παπαλεξανδρή Ν & Γαλανάκη Ε (2011) Workplace bullying: Εκφοβίζει τους εργαζόμενους και μπλοκάρει το καλό κλίμα ακόμη και στις ελληνικές επιχειρήσεις. *HR Focus*, 42, 24-27.

Πανταζής Α & Ίντας Γεώργιος (2016) Επαγγελματικός Ψυχολογικός Εκφοβισμός στο Νοσηλευτικό Προσωπικό. *Νοσηλευτική*, 55(4), 320-328.

Parahoo K (2014) *Nursing Research: Principles, Process and Issues* (3<sup>rd</sup> ed.). Palgrave Macmillan, United Kingdom.

Polit D & Beck C (2008) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8<sup>th</sup> ed.). Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer, Philadelphia.

Pryde I (2014) *The dark side of nursing*. Balboa Press, Indiana.

Quine L (2001) Workplace Bullying in Nurses. *Journal of Health Psychology*, 6 (1), 73-84.

Rees C (2016) *Rapid Research Methods for Nurses, Midwives and Health Professionals*. Wiley Blackwell, New Jersey.

Reising D (2016) Nursing Interventions: Need for Clarity. *Journal of Nursing Education*, 55(12), 667-668.

- Roberts S (2000) Development of a positive professional identity: Liberating oneself from the oppressor within. *Advances in Nursing Science*, 22(4), 71-82.
- Rocker C (2008) Addressing Nurse-to-Nurse Bullying to Promote Nurse Retention. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 13(3).
- Rowell P (2005) Being a “target” at work Or William Tell and how the apple felt. *Journal of Nursing Administration*, 35(9), 377-379.
- Russo A, Milić R, Knežević B, Mulić R & Mustajbegović J (2008) Harassment in workplace among school teachers: Development of a survey. *Croatian Medical Journal*, 49(4), 545-552.
- Salin D (2003b) Bullying and organizational politics in competitive and rapidly changing work environment. *International Journal of Management and Decision Making*, 4(1), 35-46.
- Santerre R & Neun S (2012) Οικονομικά της Υγείας: Θεωρία, Προοπτική & Συστηματική Μελέτη. Γεν. επιμ. Βοζίκης Α & Κελέση-Σταυροπούλου Μ, Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Σαχίνη-Καρδάση Α (2007) Μεθοδολογία Έρευνας – Εφαρμογές στο χώρο της Υγείας. Βήτα, Αθήνα.
- Schneider Z, Whitehead D, LoBiondo-Wood G & Haber J (2013) *Nursing and Midwifery Research: Methods and Appraisal for Evidence-Based Practice* (4<sup>th</sup> ed.). Mosby, Australia.
- Serafeimidou A & Dimou M (2016) Workplace bullying with special emphasis in the Greek public sector-a review article. 11th MIBES Conference proceedings, Heraklion, Crete, Greece.
- Sharma S (2014) *Nursing Research & Statistics* (2<sup>nd</sup> ed.). Elsevier, New Delhi.
- Spector P, Zhou Z & Che X (2014) Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 72-84.
- Σπυροπούλου Ο (2014) Το φαινόμενο του εκφοβισμού (bullying) στον κλάδο της νοσηλευτικής. Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, M.Sc. in Health Management.
- Stein-Parbury J (2018) *Patient & Person: International Skills in Nursing* (6<sup>th</sup> ed.). Elsevier, Australia.
- Τέλλη Δ, Χατζηνικολάου Α, Μαντικού Δ, Ροβίθης Μ, Λιναρδάκης Μ & Ρίκος Ν (2017) Η διερεύνηση του φαινομένου του εκφοβισμού σε εργαζόμενους νοσηλευτές. Πρακτικά 10<sup>ου</sup> Πανελληνίου-9<sup>ου</sup> Πανευρωπαϊκού Επιστημονικού & Επαγγελματικού Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Ηράκλειο Κρήτης.
- Terry A (2018) *Clinical Research for the Doctor of Nursing Practice* (3<sup>rd</sup> ed.). Jones & Bartlett Learning, Burlington.



The WBI Definition of Workplace Bullying. Workplace Bullying Institute. <http://www.workplacebullying.org/individuals/problem/definition/> Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 5, 2017.

Τουρίκη Μ & Κουτουρίνη Μ (2016) Οι λέξεις πονάνε: Οι Νοσηλευτές αντιμετωπίζουν με τη λεκτική κακοποίηση στο χώρο του Χειρουργείου. Πρακτικά 3<sup>ης</sup> Επιστημονικής Δημερίδας Ουρολογικής Ογκολογίας Βορείου Ελλάδος, Θεσσαλονίκη.

Traynor M (2017) *Critical Resilience for Nurses: An Evidence-based Guide to Survival and Change in the Modern NHS*. Routledge, New York.

Τσαμπαλάκη Ζ & Κρικοπούλου Κ (2013) Εκφοβισμός και ηθική παρενόχληση των νοσηλευτών στο χώρο εργασίας. Πρακτικά 1ης Επιστημονικής Δημερίδας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Ιπποκράτειου ΓΝΘ «Προσεγγίζοντας ρεαλιστικούς & μακροπρόθεσμους στόχους», Θεσσαλονίκη.

Τσιαμά Μ (2013) Το φαινόμενο της ηθικής/ψυχολογικής παρενόχλησης στο χώρο της εργασίας: εννοιολογικοί προσδιορισμοί. Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού, Αθήνα.

Tsuno T, Kawakami N, Inoue A & Abe K (2010), Measuring workplace bullying: reliability and validity of the Japanese version of the negative acts questionnaire. *Journal of Occupational Health*, 52(4), 216-226.

Υφαντόπουλος Γ (2006) Τα οικονομικά της Υγείας: θεωρία και Πολιτική. Τυπωθήτω, Αθήνα.

Φώτης Θ & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α (2010) Η Ύπαρξη του Εκφοβισμού στον Εργασιακό Χώρο των Νοσηλευτών: Φαινόμενο-Πρόκληση για τους Διευθυντές των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. *Νοσηλευτική*, 49(2), 141-147.

Vogelpohl D, Rice S, Edwards M & Bork C (2013) New Graduate Nurses' Perception Of the Workplace: have they experienced bullying? *Journal of Professional Nursing*, 29(6), 414-22.

Volk A, Veenstra R & Espelage D (2017) So you want to study bullying? Recommendations to enhance the validity, transparency, and compatibility of bullying research. *Aggression and Violent Behavior*, 36, 34-43.

Von Colln-Applying C & Giuliano D (2017) A concept analysis of critical thinking: A guide for nurse educators. *Nurse Education Today*, 49,106-109.

WBI U.S. Workplace Bullying Survey (2014). Workplace Bullying Institute. <http://workplacebullying.org/multi/pdf/2014-Survey-Flyer-A.pdf>. Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 10, 2017.

WBI U.S. Workplace Bullying Survey (2014). Workplace Bullying Institute. <http://workplacebullying.org/multi/pdf/2014-Survey-Flyer-B.pdf>. Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 10, 2017.

Wolf L, Perhats C, Clark P, Moon M & Evanovich Zavotsky K (2017) Workplace bullying in emergency nursing: Development of a grounded theory using situational analysis. In press, *International Emergency Nursing*.

Wood M & Roos-Kerr J (2006) Basic Steps in Planning Nursing Research: From Question to Proposal (6<sup>th</sup> ed.). Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts.

Χλέτσος Μιχάλης (2015) Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης. Quality in health, <http://www.isoinhealth.com/index.php/arthra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou>. Τελευταία προσπέλαση Ιούνιος 6, 2017.

Zuzelo P (2010) The Clinical Nurse Specialist Handbook (2<sup>nd</sup> ed.). Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts.