



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΒΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ: ΤΟ ΒΙΩΜΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

Χατζηθεοδώρου Ξανθίππη

Ψυχολόγος ΑΠΘ, Ειδική Νοσηλεύτρια ψυχικής υγείας

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επόπτης: Δρ. Μαντζούκας Στέφανος, Επίκουρος Καθηγητής Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Ηπείρου.

Δρ. Γκούβα Μαίρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Ηπείρου.

Δρ. Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας.

Λάρισα, 2013



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**VIOLENCE AND AGGRESSIVENESS IN THE
EMERGENCY DEPARTMENT:
NURSES' EXPERIENCES**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	3
ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ	5
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ (ABSTRACT)	8
1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
2 ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	12
2.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ	12
2.2 ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	12
2.3 ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ – ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ.....	14
3 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	17
3.1 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΥΛΙΚΟΥ ΓΙΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	17
3.1.1 Κριτήρια αποδοχής ή αποκλεισμού άρθρων	17
3.1.2 Επιλογή αναφορών σε μηχανές αναζήτησης επιστημονικών άρθρων	18
3.2 ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	22
3.2.1 Η έννοια της βίας και οι μορφές της	22
3.2.2 Οι παράγοντες της βίας	24
3.2.3 Επαγγελματική βία στο χώρο της υγείας.....	25
3.2.4 Η έννοια της βίας και επιθετικότητας και η βία ως «μέρος της δουλειάς»	29
3.2.5 Χαρακτηριστικά που έχουν συνδεθεί με την βία και επιθετικότητα στα ΤΕΠ.....	311
3.2.6 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	32
3.2.7 Διαχείριση του φαινομένου.....	33
3.2.8 Η προοπτική των ασθενών	34
3.2.9 Θεωρίες για την επιθετικότητα.....	35
3.2.9.1 Βιολογικές θεωρίες	35
3.2.9.2 Ηθολογικές θεωρίες.....	37
3.2.9.3 Ψυχαναλυτική θεωρία	37
3.2.9.4 Θεωρίες Προσωπικότητας.....	37
3.2.9.5 Κοινωνικογνωστικές θεωρίες –περιβάλλον.....	38
3.2.10 Το τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)	38
3.3 ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	39
4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	41

4.1	ΑΝΤΙΛΗΠΤΙΚΟ ΠΕΡΙΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΗ	41
4.2	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	43
4.3	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ.....	44
4.4	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	44
4.5	ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	46
4.6	ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	47
4.6.1	Οι ερωτήσεις.....	48
4.6.2	Η διαδικασία της συνέντευξης.....	49
4.7	ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ.....	50
4.8	ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	51
5	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	533
5.1	ΠΙΝΑΚΑΣ ΘΕΜΑΤΙΚΩΝ ΕΝΟΤΗΤΩΝ	533
5.2	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ/ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	544
5.2.1	ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ 1: Τα πρόσωπα της βίας.....	544
5.2.1.1	Λεκτική επιθετικότητα.....	544
5.2.1.2	Ψυχολογική βία	555
5.2.1.3	Ενδοσυγκρούσεις.....	588
5.2.1.4	Σωματικές επιθέσεις	59
5.2.2	ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ 2: Όψεις της βιωμένης εμπειρίας: εξοκείωση και απώλεια ελέγχου	655
5.2.2.1	Εξοκείωση.....	655
5.2.2.2	Απώλεια ελέγχου	688
5.3	ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΒΑΣΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ.....	711
6	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	733
6.1	ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	733
6.2	ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ	822
6.3	ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	855
7	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	888
8	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	900
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	99
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	1011

Αντί Προλόγου

Ιανουάριος 1948 ,από μία συνέντευξη με τον Μαχάτμα Γκάντι:

“Είμαι αντίθετος στη βία, επειδή η χρήση βίας μπορεί να φαίνεται καμιά φορά ότι κάνει καλό, το καλό αυτό όμως είναι προσωρινό, ενώ το κακό που προξενεί είναι μόνιμο. Είμαι έτοιμος να πεθάνω, αλλά δεν υπάρχει σκοπός για τον οποίο να είμαι έτοιμος να σκοτώσω.

Δεν συμφωνείτε δηλαδή με το δόγμα ότι ο σκοπός αγιάζει τα μέσα;

Όχι, καθόλου. Το μόνο αποτέλεσμα που θα έχει το "οφθαλμόν αντί οφθαλμού" είναι ότι θα καταλήξει να κάνει όλον τον κόσμο τυφλό. Η μη-βία προϋποθέτει διπλή πίστη: πίστη στο Θεό και πίστη στον άνθρωπο.

Ποια είναι η χειρότερη μορφή βίας;

“Η φτώχεια είναι η χειρότερη μορφή βίας.”

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ τον καθηγητή και επόπτη μου για αυτή την εργασία τον Δρ.Μαντζούκα Στέφανο.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η βία και η επιθετικότητα στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) προς τους νοσηλευτές, είναι ένα καλά αναγνωρισμένο θέμα στην διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία. Ωστόσο αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό και σύνθετο θέμα τόσο ως προς το καθορισμό των όρων βία και επιθετικότητα όσο και ως προς τους παράγοντες που διαμεσολαβούν και καθοδηγούν τα φαινόμενα.

Σκοπός: Η ποιοτική αυτή εργασία έχει σκοπό να εξερευνήσει μέσα από τα βιώματα των νοσηλευτών του ΤΕΠ πώς αντιλαμβάνονται την βία και την επιθετικότητα, με ποιούς παράγοντες σχετίζεται και ποιιά είναι τα συναισθήματα της βιωμένης εμπειρίας τους με στόχο να κατανοηθεί το φαινόμενο σε βάθος, να αναδειχθεί η σημασία του και να ακουστεί ο λόγος των νοσηλευτών. Το σκεπτικό της προκύπτει μέσα από την έκταση του φαινομένου την παραδοχή της πολυπλοκότητάς του και της διαμεσολάβησης της έλλειψης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο φαινόμενο.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε μια βιβλιογραφική ανάλυση των όρων βία και επιθετικότητα με αναφορά στους νοσηλευτές και παρατίθενται οι κυριότερες θεωρίες της επιθετικότητας. Στην παρούσα ποιοτική εργασία χρησιμοποιήθηκε το σχετικιστικό αντιληπτικό περίγραμμα. Πραγματοποιήθηκαν δέκα ημιδομημένες συνεντεύξεις σε διάστημα ενός μήνα σε νοσηλευτές ενός ΤΕΠ σε γενικό νοσοκομείο.

Αποτελέσματα: Μετά την ποιοτική επεξεργασία των δεδομένων, προέκυψαν δύο θεματικές ενότητες, «τα πρόσωπα της βίας» και οι «όψεις της βιωμένης εμπειρίας: απώλεια ελέγχου και εξοικείωση». Η πρώτη ανέδειξε τις μορφές που μπορεί να πάρει η βία στο ΤΕΠ μέσα από το περιεχόμενο του λόγου των νοσηλευτών, πού είναι η λεκτική επιθετικότητα, η ψυχολογική βία, οι σωματικές επιθέσεις και οι ενδοσυγκρούσεις. Η δεύτερη ανέδειξε τις συναισθηματικές όψεις αυτής της εμπειρίας δηλαδή το αίσθημα της απώλειας ελέγχου και της εξοικείωσης με τα φαινόμενα αυτά.

Συζήτηση: Η βία και επιθετικότητα αναδεικνύονται ως ένα φαινόμενο καθορισμένο από πολλούς παράγοντες που διασυνδέονται αναμεταξύ τους και επιδρούν στην εμπειρία του νοσηλευτή και το επίπεδο της νοσηλευτικής φροντίδας.

Λέξεις κλειδιά: βία, επιθετικότητα, Νοσηλευτική, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας

Περίληψη στα Αγγλικά

Abstract

Introduction: Violence and aggression in the emergency department (ER) against nurses, is a well-recognized issue in International and Greek literature. Nevertheless, this is a multifactorial and complex subject both in order to determine the conditions of violence and aggression as well as to the factors that mediate and guide the phenomena.

Aims/ Objectives: This qualitative study aims to explore through the experiences of ER nurses their perception of violence and aggression, the factors that are associated with and what are the feelings of lived experience in order to understand the phenomenon in depth, to highlight its importance and express the nurses' point of view. The rationale emerges through the extent of the phenomenon assuming its complexity and the mediation of the lack of primary health care to the phenomenon.

Material and Methods: A literature review was performed for the terms violence and aggression with reference to nurses and the main theories of aggression were set out. This qualitative thesis work used the constructivist conceptual framework. Ten semi-structured interviews were conducted in a period of a month among ER nurses in a general hospital.

Results: Analysis of qualitative data resulted in two themes, "the faces of violence" and "aspects of lived experience: loss of control and familiarity". The first showed the forms that violence in the ER can take through the content of the nurses' answers, which is the verbal aggression, harassment, physical attacks and internal conflicts. The second highlighted the emotional aspects of this experience, that is the feeling of loss of control and the familiarity with these phenomena.

Discussion: Violence and aggression emerge as a phenomenon determined by many factors that are interconnected among themselves and influence the experience of the nurse and the level of nursing care.

Keywords: violence, aggression, Nursing, Emergency Department, Primary Health Care

1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην παρούσα εργασία πρόκειται να διερευνηθεί η βία και η επιθετικότητα που βιώνουν οι νοσηλευτές στον χώρο των επειγόντων περιστατικών σε γενικό πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης.

Το συγκεκριμένο θέμα δεν έχει ερευνηθεί σε έκταση παρόλο που έχει απασχολήσει την βιβλιογραφία και έχει αναγνωριστεί ως ένα σοβαρό ζήτημα (Howe & Grilly, 2001) επειδή διαμεσολαβούν κοινωνικοί παράγοντες σ' αυτό και η εμφάνιση βίας και επιθετικότητας στην κοινότητα είναι θέμα που άπτεται της δημόσιας υγείας.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έχει καταδείξει την ένδεια ποιοτικών ερευνητικών μελετών (Ferns, 2006) για αυτό και η παρούσα εργασία χρησιμοποιεί ποιοτική έρευνα και με εργαλείο συλλογής δεδομένων τις ημι-δομημένες συνεντεύξεις αποδίδει μέσα από τη ανάλυση του περιεχομένου τις ερμηνείες των συμμετεχόντων για την βία και την επιθετικότητα, παρέχοντας εν τω βάθει κατανόηση των εμπειριών τους.

Το κεφάλαιο δύο της παρούσας εργασίας παρουσιάζει τους στόχους και σκοπούς της μελέτης. Συνοπτικά, η παρούσα εργασία στοχεύει να εξερευνήσει την εμπειρία των νοσηλευτών σχετικά με την βία και την επιθετικότητα που αντιμετωπίζουν στην άσκηση της Νοσηλευτικής οι Νοσηλευτές στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) προκειμένου να ερμηνευθεί και να κατανοηθεί σε βάθος το φαινόμενο. Ο απώτερος σκοπός είναι να οριστεί πληρέστερα η έννοια της βίας και επιθετικότητας στο τμήμα επειγόντων και ταυτόχρονα να υπάρξει χώρος συζήτησης της βίας και επιθετικότητας στο τμήμα αυτό και πιθανές προοπτικές διαχείρισής του. Το κεφάλαιο δύο ολοκληρώνεται με την παρουσίαση και ανάλυση του σκεπτικού της παρούσας μελέτης τόσο για το είδος της έρευνας όσο και για τις αρχικές παρατηρήσεις και την αναδίφηση της βιβλιογραφίας που βασίστηκε και ενέπνευσε τα ερευνητικά ερωτήματα.

Στο κεφάλαιο τρία παρουσιάζεται η διαδικασία αναζήτησης των πηγών και γίνεται μια περιεκτική ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, Ελληνικής και Διεθνούς. Συγκεκριμένα, γίνεται αναλυτική αναζήτηση σε μια σειρά από μηχανές αναζήτησης επιστημονικών άρθρων με τη χρήση λέξη κλειδιών, και παρουσιάζεται η

πορεία ανεύρεσης αυτών. Στη συνέχεια γίνεται ανάλυση της υφιστάμενης βιβλιογραφίας, η οποία περιλαμβάνει μια κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας στο μελετώμενο θέμα, ειδικότερα, αναλύονται και επεξηγούνται οι όροι της βίας και επιθετικότητας, οι ίδιοι όροι μέσα στο κλινικό πλαίσιο εργασίας. Στην συνέχεια παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά και μια σειρά από παράγοντες που έχουν συνδεθεί με την βία στο τμήμα επειγόντων και τέλος η διαχείριση του φαινομένου. Σε μια περισσότερο ολιστική θεώρηση γίνεται αναφορά στην προοπτική των ασθενών στα φαινόμενα αυτά. Με τις κυριότερες θεωρίες για την επιθετικότητα κλείνει το κεφάλαιο. Τέλος επειδή το τμήμα επειγόντων λειτουργεί σε πολλές των περιπτώσεων ως δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, παρουσιάζεται η σχέση αναμεταξύ τους.

Στο κεφάλαιο τέσσερα περιγράφεται η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, το είδος της έρευνας και το αντιληπτικό της περίγραμμα. Επιπλέον, το κεφάλαιο τέσσερα περιλαμβάνει τα εργαλεία και τη διαδικασία της συλλογής δεδομένων και τη μέθοδο ανάλυσης των δεδομένων καθώς και τη δεοντολογία/ ηθική της έρευνας. Συγκεκριμένα, στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκε η ποιοτική μεθοδολογία έρευνας γιατί αξιολογήθηκε ότι είναι η καταλληλότερη για να αποδώσει ερμηνευτικά τις υποκειμενικές αντιλήψεις των νοσηλευτών για την βία και την επιθετικότητα όπως και χρησιμοποιήθηκε το κονστρουκτιβιστικό (constructivism) αντιληπτικό παράδειγμα σκέψης. Ως εργαλεία συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις και πραγματοποιήθηκαν δέκα ηχογραφημένες συνεντεύξεις με νοσηλευτές του ΤΕΠ και ο ίδιος ο ερευνητής ως εργαλείο παρατήρησης και ερμηνείας.

Στο κεφάλαιο πέντε αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας δηλαδή οι θεματικές ενότητες που προέκυψαν από την ανάλυση του περιεχομένου του λόγου των συνεντεύξεων και παρατίθενται αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις προκειμένου να θεμελιωθούν οι ερμηνείες.

Από την ανάλυση αναδύθηκαν δύο θεματικές ενότητες και συγκεκριμένα η πρώτη θεματική ενότητα που προέκυψε ήταν «Τα πρόσωπα της βίας», που περιλαμβάνει τέσσερις κατηγορίες την λεκτική επιθετικότητα, ψυχολογική βία, τις σωματικές επιθέσεις, και τις ενδο-συγκρούσεις και η δεύτερη θεματική ενότητα ήταν οι «όψεις της βιωμένης εμπειρίας» που περιλαμβάνει δύο κατηγορίες την απώλεια ελέγχου και εξοικείωση. Στο ίδιο κεφάλαιο γίνεται περίληψη των αποτελεσμάτων.

Στο κεφάλαιο έξι γίνεται συζήτηση των θεματικών ενοτήτων, όπου αντιπαρατίθενται τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας με αυτά της υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Γίνεται ερμηνεία της βίας και επιθετικότητας ως φαινόμενο στον χώρο των επειγόντων, όπως το αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές του τμήματος επειγόντων. Η βία και η επιθετικότητα σύμφωνα με την ανάλυση του περιεχομένου του λόγου των νοσηλευτών αναγνωρίζονται και παίρνουν διάφορες μορφές μέσα στον χώρο αυτό. Εμφανίζονται ως ένα σύστημα συμπεριφορών με διάφορες μορφές και προέρχονται είτε από πρόσωπα, είτε από το σύστημα λειτουργίας των επειγόντων και το σύστημα υγείας γενικότερα όπως λειτουργεί ή και το συνδυασμό τους, που μολονότι τους δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα, ταυτόχρονα έχει προοπτικές διαχείρισης. Παράλληλα, παρουσιάζεται όλο το χρονικό της ερευνητικής διαδικασίας προκειμένου να θεμελιωθεί η αξιοπιστία της παρούσας έρευνας και τέλος πραγματοποιείται συσχέτιση των αποτελεσμάτων με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Στο κεφάλαιο επτά παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την παρούσα εργασία. Έτσι αναδεικνύεται ότι η βία και η επιθετικότητα που βιώνουν οι νοσηλευτές του ΤΕΠ μπορεί να πάρει διάφορες μορφές κατά την εμπειρία τους. Επιπλέον το φαινόμενο αυτό παράγει αποτελέσματα με ψυχολογικό αντίκτυπο στους νοσηλευτές μιας και εξαρτάται ταυτόχρονα από πολλές παραμέτρους οι οποίες χρειάζεται να επαναπροσδιοριστούν και απαιτείται αποτελεσματική διαχείριση.

2 ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σε αυτό το κεφάλαιο αναλύεται το ερευνητικό ερώτημα της παρούσας εργασίας και τίθενται οι στόχοι και οι σκοποί της εργασίας. Επιπλέον, αναλύεται και αιτιολογείται το σκεπτικό της μελέτης.

2.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ

Το κεντρικό ερώτημα της παρούσας εργασίας είναι πώς αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές των επειγόντων την βία και την επιθετικότητα στον χώρο της εργασίας τους. Με την αναζήτηση των ερμηνειών και της εξήγησης του φαινομένου από τους νοσηλευτές θα κατανοηθεί σε βάθος και θα προσδιοριστεί η ύπαρξη του, καθώς απασχολεί την καθημερινότητά τους και θεωρείται ότι αποτελεί «μέρος της δουλειάς τους» (Jones & Lyneham, 2000).

Το πώς θα ερμηνευθεί από τους νοσηλευτές αναμένεται να φωτίσει και τους παράγοντες με τους οποίους σχετίζεται ούτως ώστε να επιτευχθεί αφενός μεν μια διερεύνηση των πεποιθήσεων, των συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών των νοσηλευτών του τμήματος των επειγόντων απέναντι στην βία και επιθετική συμπεριφορά που αντιμετωπίζουν στον χώρο εργασίας τους αφετέρου να δοθεί η ευκαιρία έκφρασης της άποψής τους.

2.2 ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Για να τεθούν οι στόχοι και οι σκοποί της εργασίας θα πρέπει να αναφερθεί πρώτα η έκταση της βίας και της επιθετικότητας στον χώρο της υγείας μέσω της βιβλιογραφίας. Η σοβαρότητα του θέματος της βίας και επιθετικότητας στους υγειονομικούς χώρους αναδεικνύεται από το γεγονός ότι αποτελεί προτεραιότητα ενασχόλησης οργανισμών γιατί θίγονται θέματα δημόσιας υγείας και ασφάλειας. Τέτοιος οργανισμός είναι και ο Health and Safety Authority, (HSA) ο οποίος είναι ένας οργανισμός επιτήρησης θεμάτων ασφαλείας στους εργασιακούς χώρους. Έτσι η βία και η επιθετικότητα έχει περιγραφεί ως ένα μοναδικό φαινόμενο στις υπηρεσίες υγείας (HSA, 2001), και τα αυξανόμενα ποσοστά βίας στους χώρους αυτούς αποτελούν ένα ευρύτερο κοινωνικό φαινόμενο (Ryan and Maguire, 2006). Η βία και

η επιθετικότητα είναι ένα φαινόμενο που ξεπερνά τα σύνορα μιας χώρας και που βιώνουν οι νοσηλευτές των ΤΕΠ σε διάφορους πολιτισμούς. (Lau et al., 2012a).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία στα ψυχιατρικά τμήματα και τα ΤΕΠ το προσωπικό βιώνει υψηλά ποσοστά επαγγελματικής βίας και επιθετικότητας. Μάλιστα διάφορες μελέτες έχουν αναδείξει ως κύριους δράστες αυτών των συμπεριφορών προς το νοσηλευτικό προσωπικό, τους ασθενείς και τους συνοδούς ασθενών ακολουθούμενοι από τους άλλους συναδέλφους τους (Jackson et al., 2002; Farrell et al., 2006). Η σοβαρότητα του θέματος επιπλέον εδράζεται τόσο στην δυσαρέσκεια των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας όπως αναφέρεται στην παγκόσμια βιβλιογραφία (Zampieron et al., 2010) όσο και στο γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας που βιώνουν επιθετικές συμπεριφορές στους χώρους εργασίας τους είναι πιο ευάλωτοι στην επαγγελματική εξουθένωση (Whinstanley & Whittington, 2002).

Επομένως με βάση τα παραπάνω δεδομένα, σκοποί της παρούσας εργασίας είναι οι ακόλουθοι:

- 1) Να καταστεί δυνατό να αναγνωριστεί και να κατανοηθεί η βία και η επιθετικότητα που δέχονται οι νοσηλευτές των ΤΕΠ από τους προσελθόντες στα ΤΕΠ ως φαινόμενο στον χώρο εργασίας τους διατηρώντας πιθανότητες βελτίωσης μ' αυτόν τον τρόπο.
- 2) Να ερμηνευθούν οι έννοιες βία και επιθετικότητα, παρόλο που υπάρχει δυσκολία στην ερμηνεία τους, μέσω των ερμηνειών που θα προσδώσουν οι νοσηλευτές των ΤΕΠ στα περιστατικά βίας και επιθετικότητας που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή πρακτική άσκηση της Νοσηλευτικής.
- 3) Να καταγραφεί το φαινόμενο ώστε να προσδιοριστούν οι παράγοντες με τους οποίους σχετίζεται, να καταδειχθεί η σημασία του και να διερευνηθεί μέρος της πολυπλοκότητάς του.
- 4) Να κατανοηθούν τα συναισθήματα και το βίωμα των νοσηλευτών των επειγόντων όταν αντιμετωπίζουν βίαιες και επιθετικές συμπεριφορές και να αναζητηθούν προοπτικές διαχείρισής τους.

Τα οφέλη που θα προκύψουν θα είναι να αναγνωριστεί η ύπαρξη του φαινομένου μέσα από τις αποδόσεις των νοσηλευτών, να ακουστεί ο λόγος τους και να προκύψουν εξηγήσεις οι οποίες ενδεχομένως να χρησιμοποιηθούν σε επίπεδο διαχείρισης του φαινομένου.

Συνοψίζοντας τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, θεωρείται ότι μέσω της αναγνώρισης και καταγραφής του φαινομένου της βίας και επιθετικότητας που

δέχονται οι νοσηλευτές στον χώρο των επειγόντων από τους προσελθόντες, θα μπορέσει να διερευνηθεί η ερμηνεία και εξήγησή του. Παράλληλα θα αναζητηθεί η πιθανότητα συσχέτισης του με άλλους διαμεσολαβητικούς παράγοντες, και θα εξερευνηθεί η συναισθηματική επίπτωση που ενδεχομένως υπάρχει στους νοσηλευτές ενώ τέλος θα αναζητηθούν τρόποι διαχείρισής του.

2.3 ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ – ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ

Το σκεπτικό της παρούσας εργασίας θεμελιώνεται στην υπάρχουσα βιβλιογραφία και στις εμπειρικές παρατηρήσεις του ερευνητή που καθιστούν τη βία και την επιθετικότητα ένα φαινόμενο με αυξανόμενες τάσεις στο χώρο της υγείας και των ΤΕΠ ειδικότερα..

Στην παρούσα εργασία πρόκειται να διερευνηθεί το πώς βιώνουν και κατανοούν οι νοσηλευτές ενός ΤΕΠ την βία και επιθετικότητα στην καθημερινή πρακτική άσκηση της Νοσηλευτικής από οπουδήποτε και να προέρχεται αυτή προκειμένου να κατανοηθεί σε βάθος.

Η ανάγκη διεξαγωγής της παρούσας εργασίας βασίζεται τόσο στην ύπαρξη και συχνότητα του φαινομένου στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας ούτως ώστε να θεωρείται ότι αντανακλά ένα κοινωνικό φαινόμενο (Krug et al., 2002) όσο και στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές είναι εκείνη η ομάδα εργαζομένων που δέχεται αυτές τις συμπεριφορές (Winstanley & Whittington, 2004). Σε μια μεγάλη έρευνα των Gacki-Smith et al., (2009) όπου 3500 νοσηλευτές ΤΕΠ -εγγεγραμμένοι στον σύνδεσμο νοσηλευτών επειγόντων- πήραν μέρος, φάνηκε ότι υπήρξαν σε ποσοστό πάνω από 50% από αυτούς θύματα φυσικής βίας στους χώρους εργασίας τους και 70% θύματα λεκτικής βίας. Πρόκειται για ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών που βιώνουν τη βία, ένα υπαρκτό φαινόμενο, κάτι που αξίζει να ερευνηθεί και στη δική μας χώρα.

Τέλος λόγος γίνεται στην βιβλιογραφία για το γεγονός ότι πολλά από αυτά τα περιστατικά μένουν αδήλωτα, χωρίς να αναφερθούν στις επίσημες αρχές (O' Conell et al., 2000; Lanza et al., 2011) και αυτό σχετίζεται με την μη επαρκή ερμηνεία των όρων βία και επιθετικότητα. Επομένως στην εργασία αυτή, η έκταση και η σοβαρότητα του φαινομένου, ενέπνευσε μέρος τους σκεπτικού της, η αναγκαιότητα καταγραφής του στους νοσηλευτές των επειγόντων καθώς και η ανάγκη πρόληψης του.

Ένα άλλο μέρος της μελέτης αυτής στηρίζεται στην πολυπλοκότητα του φαινομένου. Ο Lanza (2009), ένας από τους κατ' εξοχήν μελετητές του φαινομένου της βίας και επιθετικότητας προς το νοσηλευτικό και υγειονομικό προσωπικό, προσπάθησε να δημιουργήσει εννοιολογικά μοντέλα εξήγησης του φαινομένου. Μέσα από τη μελέτη του αναγνώρισε ότι το θέμα αυτό είναι υψηλής πολυπλοκότητας και πολυπαραγοντικό, με την έννοια ότι υπεισέρχονται μεταβλητές που σχετίζονται τόσο με τους ίδιους τους ασθενείς όσο και με το προσωπικό αλλά και το περιβάλλον. Ταυτόχρονα, πρόκειται για ένα αλληλεπιδραστικό φαινόμενο με την έννοια ότι διαφορετικές τάξεις παραγόντων συμμετέχουν σ' αυτό αλλά και αλληλεπιδρούν προκειμένου να προβλεφθεί το φαινόμενο. Έτσι το σκεπτικό της παρούσας μελέτης είναι να ασχοληθεί με την κατανόηση της δυσκολίας αυτού του πολυεπίπεδου και συστηματικού φαινομένου αλλά και την ανάδειξή του συγχρόνως ως θέμα πολιτισμικού και οικολογικού κεφαλαίου.

Παράλληλα, ένας από τους λόγους επιλογής της συγκεκριμένης εργασίας είναι η μελέτη της έξαρσης του φαινομένου βίας και επιθετικότητας στα νοσοκομεία. Τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται αύξηση προσέλευσης ασθενών στους χώρους των επειγόντων, κάτι που υπήρχε ανέκαθεν σαν πρόβλημα, ο συνωστισμός των επειγόντων (overcrowding) δηλαδή, αλλά αναμένεται σύμφωνα με την Ασκητοπούλου (2009), να ενταθεί τα επόμενα χρόνια, εξαιτίας των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που προκύπτουν από την κοινωνικοοικονομική κρίση. Η αυξημένη προσέλευση και ο συνωστισμός προκαλεί καταστάσεις χάους στα νοσοκομεία, στοιχείο που συνδέεται με εκδήλωση βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς (Ferns, 2005a). Στο σκεπτικό της παρούσας εργασίας επομένως εντάσσεται και η υπόθεση ότι τα ενδεχόμενα περιστατικά βίας και επιθετικότητας που παρουσιάζονται στο ΤΕΠ προς το νοσηλευτικό προσωπικό, είναι τέτοια που εν τέλει το θέμα της βίας και επιθετικότητας προς το πρόσωπό τους φαίνεται να οφείλεται σε πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες και χρήζει περαιτέρω μελέτης.

Επιπλέον ένας από τους λόγους εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής είναι και η αναγκαιότητα πρόταξης και ενεργοποίησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αναγνωρίζοντας την συμμετοχή της στο θέμα που μελετάται, ως διαμεσολαβητικού παράγοντα, καθώς ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα τμήματα επειγόντων περιστατικών διεθνώς είναι η προσέλευση των ατόμων χωρίς επείγον πρόβλημα υγείας (Χαραλάμπους, 2010).

Τέλος με την παραδοχή ότι το νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος επειγόντων εργαζόμενο σε συνθήκες πίεσης και εξουθένωσης εκτιμάται ότι βιώνει αρνητικά συναισθήματα από τις εκδηλώσεις βίαιων και επιθετικών συμπεριφορών χωρίς να είναι σε θέση να εκφράσει τις ανάγκες του (Hislop & Melby, 2003), η ερευνητική αυτή εργασία θέλει να αναδείξει αυτό το θέμα και να διευρύνει το χώρο συζήτησής του.

Το σκεπτικό της παρούσας εργασίας εν κατακλείδι, στηρίζεται τόσο στην έκταση του φαινομένου της βίας και επιθετικότητας που βιώνουν οι νοσηλευτές των επειγόντων, όσο και στην ανάδειξη των παραγόντων με τους οποίους πιθανόν σχετίζεται αλλά και στην αναγκαιότητα εξεύρεσης μιας διόδου έκφρασης της βιωμένης εμπειρίας τους.

3 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση της παρούσας εργασίας. Αυτή ξεκινάει με την τεχνικές συγκέντρωσης υλικού και παρουσιάζει σε διαγραμματική μορφή το σύνολο των ερευνών που χρησιμοποιούνται, όπως και παρουσιάζει τα κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού των άρθρων. Σκοπός της βιβλιογραφικής αναζήτησης είναι να καταγραφούν οι πλέον σχετικές και εμπειριστατωμένες έρευνες πάνω στο φαινόμενο εμφάνισης της βίας και επιθετικότητας στα ΤΕΠ.

3.1 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΥΛΙΚΟΥ ΓΙΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Μέσα από την διαδικασία αναζήτησης εξερευνήθηκαν οι διαθέσιμες πληροφοριακές πηγές σχετικά με τη βία και την επιθετικότητα και τον τρόπο που την αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές των ΤΕΠ το αντικείμενο της έρευνας στην βιβλιογραφία. Το εγχείρημα της κατανόησης των όρων βία και επιθετικότητα μέσα στο πλαίσιο εργασίας των νοσηλευτών του τμήματος των επειγόντων, ξεκίνησε αναζητώντας αρχικά με τις λέξεις κλειδιά “violence or aggression” and “emergency department” and “nurses lived experience” μέσω των μηχανών αναζήτησης επιστημονικών άρθρων Scopus, Citation indexes, EBSCOhost και Google scholar που η βιβλιοθήκη του πανεπιστημίου Θεσσαλίας παρέχει, αλλά και ταυτόχρονα είναι διαθέσιμες για ανάγνωση.

3.1.1 Κριτήρια αποδοχής ή αποκλεισμού άρθρων

Παρακάτω θα αναφερθούν τα κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού που σκοπό έχουν να πλαισιώσουν την αναζήτηση και να ταυτοποιήσουν τις επιλογές. Τα κριτήρια αποδοχής ή αποκλεισμού των άρθρων για την παρούσα μελέτη διαμορφώθηκαν ως εξής:

1. Να γίνεται αναφορά στο άρθρο για την κατανόηση του φαινομένου της βίας και επιθετικότητας στην επαγγελματική ομάδα των νοσηλευτών που εργάζονται μέσα σε νοσοκομεία ή ακόμη καλύτερα μέσα σε ΤΕΠ.

2. Να υπάρχει αναφορά σε εμπειρίες, στάσεις, πεποιθήσεις, αντιλήψεις, συμπεριφορές των νοσηλευτών επειγόντων με την βία και επιθετικότητα ώστε να διαφαίνονται οι μορφές βίας και επιθετικότητας που αντιμετωπίζουν αλλά και ποιοι είναι οι κύριοι δράστες που ασκούν αυτό το φαινόμενο πάνω τους.

3. Να υπάρχει στην βιβλιογραφία αναφορά στους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση του φαινομένου αυτού μέσα στο πλαίσιο του νοσοκομείου και τις επιπτώσεις του.

4. Να υπάρχει στην βιβλιογραφία ολιστική θεώρηση του φαινομένου. Με αυτό τον τρόπο να γίνεται βαθύτερη προσέγγιση του φαινομένου και να δίνεται ερμηνεία/ .Αυτός είναι ο λόγος που επιλέγονται και εθνογραφικές μελέτες, στην παρούσα εργασία, αλλά και εξαιτίας της ένδειας ποιοτικών ερευνών στο θέμα.

3.1.2 Επιλογή αναφορών σε μηχανές αναζήτησης επιστημονικών άρθρων

Αρχικά η αναζήτηση της βιβλιογραφικής βάσης του Scopus, που παρέχει την δυνατότητα εύρεσης βιβλιογραφίας από το έτος 1996 και εντεύθεν, και χρησιμοποιώντας τη προηγμένη αναζήτηση για τις λέξεις “aggression or violence” για τις χρονιές από το 1996-2013 και αποκλειστικά με θεματολογία “Νοσηλευτική” απέδωσε 9.057 άρθρα, ποσοστό 2,9% του συνόλου της βιβλιογραφίας για αυτά τα έτη. Αυτός ο αριθμός ήταν και πολύ μεγάλος, αλλά και περιέχει μη-σχετικά άρθρα.

Για να περιοριστεί και να γίνει πιο συγκεκριμένη η αναζήτηση για ανεύρεση συναφών μελετών δόθηκαν επιπλέον οι λέξεις κλειδιά, όπως “emergency department” and “nurses lived experience” με τις ίδιες ακριβώς παραμέτρους . Η νέα αναζήτηση απέδωσε 47 άρθρα. Από αυτά επιλέχθηκαν τα 15 που ήταν πλήρους κειμένου, στο πλαίσιο του ΤΕΠ, ή στο γενικό νοσοκομείο, με αναφορά σε εμπειρίες, πεποιθήσεις, στάσεις των νοσηλευτών επειγόντων.

Έπειτα πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στην βιβλιογραφική βάση Medline: με την προηγμένη αναζήτηση και τις λέξεις κλειδιά “violence or aggression and emergency department and nurses lived experience”. Στην προηγμένη αναζήτηση, με εύρεση όλων των όρων της αναζήτησης, αρθρογραφία πλήρους κειμένου, με θεματολογία στην νοσηλευτική για τις χρονιές από 1996-2013 και ενήλικες 19+

απέδωσε 150 άρθρα εκ των οποίων επιλέχθηκαν τα 17, σύμφωνα με τα αρχικά κριτήρια.

Στη μηχανή αναζήτησης Citation indexes για science citation (SCI expanded) με τις ίδιες λέξεις-κλειδιά που αναφέρθηκαν πιο πάνω με θεματολογία νοσηλευτική για τις χρονιές από 1996-2013 και άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά και ανασκοπήσεις, η αναζήτηση απέδωσε 338 άρθρα από τα οποία επιλέχθηκαν τα 19 με τα ίδια κριτήρια του ερευνητή.

Στις επιπρόσθετες αναζητήσεις προστέθηκε η αναζήτηση Google scholar: από την οποία αντλήθηκαν επιπλέον 84 άρθρα χρησιμοποιώντας την ίδια μεθοδολογία με τις παραπάνω αναζητήσεις. Τελικά, επιλέχθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν 20 άρθρα πλήρους κειμένου με τα κριτήρια επιλογής που τέθηκαν νωρίτερα. Στον **Πίνακα 3.1** αναλύονται το σύνολο των άρθρων που ανακτήθηκαν από κάθε μηχανή αναζήτησης και ο αριθμός των άρθρων που επιλέχθηκαν τελικά σύμφωνα με τα κριτήρια αποδοχής που είχαν τεθεί.

Πίνακας 3.1 Αριθμός άρθρων που προέκυψαν από την αναζήτηση σε 4 βιβλιογραφικές βάσεις αναζήτησης (Scopus, Medline, Citation Indexes και Google scholar) χρησιμοποιώντας αρχικά λέξεις κλειδιά και έπειτα τα κριτήρια επιλογής που αναφέρθηκαν στην παράγραφο 3.1.1

Βιβλιογραφικές Βάσεις Αναζήτησης Ερευνητικών εργασιών	Λέξεις-Κλειδιά	Σύνολο Αποτ/των	Επιλογή Άρθρων σύμφωνα με κριτήρια
Scopus	aggression or violence and emergency department and nurses lived experience	47	15
Medline	violence or aggression and emergency department and nurses lived experience	150	17
Citation Indexes	violence or aggression and emergency department and nurses lived experience	338	19
Google Scholar	aggression, violence, emergency nurses	84	20
Σύνολο Επιλεγμένων Δημοσιεύσεων		619	71

Αφού ολοκληρώθηκε η βιβλιογραφική αναζήτηση στις 4 βάσεις δεδομένων και ανακτήθηκαν τα αρχικά άρθρα επιλογής, έγινε έλεγχος για την διαθεσιμότητα των πλήρη κειμένων των άρθρων και η πιθανή ύπαρξη διπλοτύπων. Έτσι 13 άρθρα που ήταν διπλότυπα αφαιρέθηκαν από την αρχική λίστα. Επιπλέον, μετά από

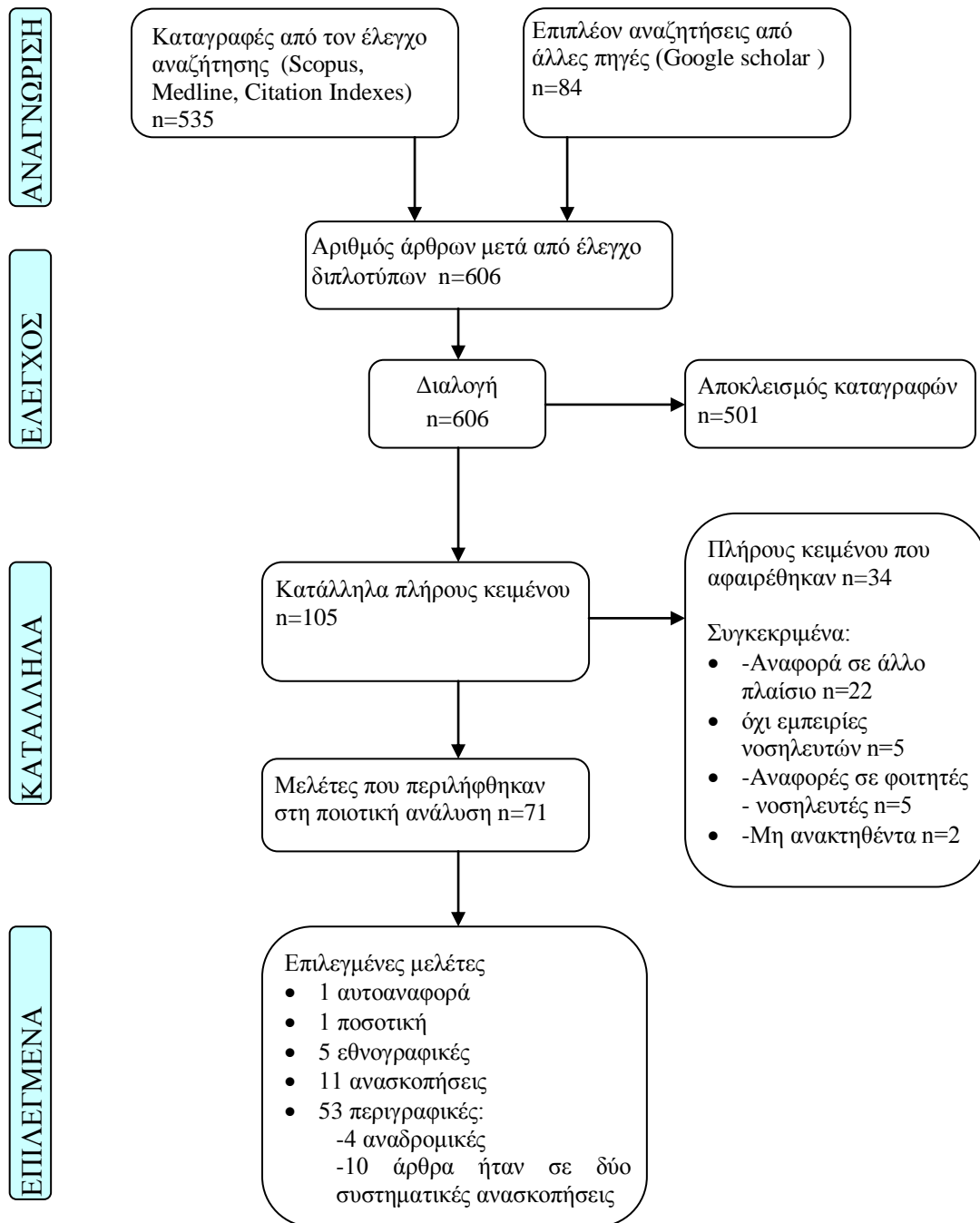
σύντομη ανασκόπηση αφαιρέθηκαν 501 άρθρα που δεν ήταν απόλυτα σχετικά και τέλος αφαιρέθηκαν άλλα 34 άρθρα πλήρους κειμένου που δεν πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής. Τελικά, η επιλεγμένη αρθρογραφία δηλαδή τα 71 άρθρα της αναζήτησης, ήταν περιγραφικές έρευνες, με ερωτηματολόγια, βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις, εθνογραφικές μελέτες με εργαλεία ημιδομημένες συνεντεύξεις και συμμετοχική παρατήρηση, ποιοτικές έρευνες με συνεντεύξεις και δύο συστηματικές αναλύσεις.

Η αναζήτηση για την συγκέντρωση του υλικού στηρίχθηκε στο μεγαλύτερο της μέρος σε ξένη αρθρογραφία και χρησιμοποιήθηκαν 4 βάσεις δεδομένων για λόγους περιορισμού της αναζήτησης σε θεματολογία της νοσηλευτικής. Χρησιμοποιήθηκαν και 4 λέξεις κλειδιά “violence or aggression” and “emergency department” and “nurses lived experience” για λόγους περιορισμού της αναζήτησης σε έρευνες απόλυτα σχετικές με το θέμα της παρούσας εργασίας. από όπου αντλήθηκε το υλικό της παρούσας εργασίας. Χρησιμοποιήθηκαν και άλλες λέξεις κλειδιά οι οποίες παρατίθενται στον **Πίνακα 3.2**.

Πίνακας 3.2 Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στις βιβλιογραφικές μηχανές αναζήτησης

1	#aggression or violence
2	#aggression or violence and emergency department and nurses lived experience
3	#aggression or violence and emergency department
4	#1 and hospital staff
5	#1 and experiences
6	#1 and nurses attitudes
7	#1 and nurses perceptions
8	#1 and emergency prevalence
9	#3 and verbal abuse
10	.#3 and effects
11	#3 and prevention

Παρακάτω παρατίθεται σε διαγραμματική μορφή (Πρίσμα) η πορεία της αναζήτησης (Εικόνα 3.1).



Εικόνα 3.1 Πρίσμα, Σχηματική περιγραφή επιλογής κατάλληλων άρθρων για την βιβλιογραφική ανασκόπηση

3.2 ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Στην παρακάτω ανασκόπηση της βιβλιογραφίας παρουσιάζονται οι ορισμοί της βίας, οι μορφές και οι παράγοντες που σχετίζονται με αυτήν, η επαγγελματική βία και ο καθορισμός της στα κλινικά πλαίσια με παράθεση της ερευνητικής βιβλιογραφίας, η δυσκολία στην ερμηνεία των όρων βία και επιθετικότητα και η τάση να θεωρείται «μέρος της δουλειάς» τα χαρακτηριστικά που έχουν συνδεθεί με την βία στους χώρους του τμήματος επειγόντων και η διαχείριση του φαινομένου.

Τέλος παρουσιάζεται μέσα από την βιβλιογραφία η πλευρά της προοπτικής των ασθενών στα περιστατικά βίας. Το κεφάλαιο κλείνει με τις κυριότερες θεωρίες για την επιθετικότητα και την σύνδεση της παρούσας με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

3.2.1 Η έννοια της βίας και οι μορφές της

Παρακάτω δίνονται οι ορισμοί της βίας και ο διαχωρισμός της σε μορφές. Όλες οι μορφές της βίας έχουν για βασική συνιστώσα την επίτευξη κάποιου σκοπού.

Καθώς η βία θεωρείται θέμα δημόσιας υγείας η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, συνέταξε παγκόσμια αναφορά για την βία και την υγεία (World report on violence and health, 1996; 2002) στην οποία ορίζει την βία ακολούθως: «η σκόπιμη (εμπρόθετη) χρήση σωματικής δύναμης ή εξουσίας, με μορφή απειλής ή πράξης, ενάντια στον εαυτό, σε κάποιο άλλο πρόσωπο, ή ενάντια σε μία ομάδα ή κοινότητα, η οποία είτε έχει ως αποτέλεσμα είτε αυξάνει τις πιθανότητες πρόκλησης τραυματισμού, θανάτου, ψυχολογικής βλάβης, καθυστέρησης στην ανάπτυξη ή αποστέρησης.

Έτσι η βία διαχωρίζεται σε διάφορους τύπους όπως φυσική, σεξουαλική ψυχολογική και παραμέληση-εγκατάλειψη. Συγκεκριμένα:

Μία από της πιο διαδεδομένες και συχνά αναφερόμενες από την βιβλιογραφία μορφές βίας, είναι η σωματική ή φυσική βία. Η φυσική βία ορίζεται από την ανασκοπούμενη βιβλιογραφία ως η συμπεριφορά κατά την οποία ένα άτομο πληγώνει και προκαλεί φυσικό πόνο εσκεμμένα σε κάποιο άλλο. Σωματική βία μπορεί να θεωρηθεί το σπρώξιμο, χαστούκισμα ή ακόμα η βαριά σωματική βλάβη, συμπεριλαμβάνοντας καθετί που προξενεί πόνο, τραυματισμό, ακρωτηριασμό η

κλωτσιά, το ρίξιμο αντικειμένων, η εγκατάλειψη σε επικίνδυνα μέρη, ακόμα και η απειλή για χρήση βίας (Newton, 2001).

Η σεξουαλική βία (sexual violence) είναι οποιαδήποτε σεξουαλική δραστηριότητα ή προσπάθεια για πραγματοποίηση σεξουαλικής δραστηριότητας, χωρίς τη συναίνεση του ατόμου αλλά με καταναγκασμό, από οποιοδήποτε άτομο και αν προέρχεται, ανεξάρτητα από την σχέση που τους συνδέει σε οποιοδήποτε πλαίσιο, συμπεριλαμβανομένου αλλά όχι περιοριζόμενου των χώρων κατοικίας και εργασίας (Centers for Disease Control and Prevention, (CDC), 2007).

Η ψυχολογική /συναισθηματική βία σχετίζεται με τη δημιουργία «τραύματος» στο θύμα που μπορεί να προέρχεται από πράξεις βίας, απειλές για πράξεις ή τακτικές καταπίεσης (για λόγους κυριαρχησης). Μπορεί να συμπεριλαμβάνει αλλά όχι και να περιορίζεται στην ταπείνωση του θύματος, την κυριαρχία ελέγχου του και απόκρυψη πληροφοριών, τακτικές που με σκοπιμότητα προκαλούν σε κάποιον αίσθημα εγκατάλειψης, αδιαφορίας ή αμηχανίας, απομόνωση από την οικογένεια ή το υποστηρικτικό σύστημα και τέλος συμπεριφορές που στερούν από κάποιον την δυνατότητα πρόσβασης σε βασικά αγαθά της ζωής (Centers for Disease Control and Prevention, (CDC), 2007).

Η αποστέρηση –παραμέληση (deprivation, neglect) είναι η εμπράγματη κατάσταση εγκατάλειψης και εξαθλίωσης στην οποία έχει περιέλθει κάποιος και είναι γνώριμη στην οικογένεια, στην τοπική κοινότητα ή το κράτος στο οποίο ανήκει και έχει να κάνει με περιβαλλοντικές, φυσικές και κοινωνικές συνθήκες (Child rights information network (CRIN)). Αυτό πιο συγκεκριμένα εξηγείται ως η τεράστια επίδραση που έχει η οικογένεια και το οικογενειακό σύστημα στην πιθανή μετέπειτα εκδήλωση βίαιων συμπεριφορών και βέβαια η δύναμη που έχει η οικογένεια ως δομή στην πρόληψή τους.

Στην προσπάθεια για ερμηνεία και εξήγηση των βίαιων συμπεριφορών, όλες οι μορφές βίας που αναφέρθηκαν παραπάνω καταδεικνύουν την σχέση που υπάρχει ανάμεσα στον θύτη και το θύμα μιας βίαιης συμπεριφοράς, τα οποία αποτελούν ένα σύστημα. Δεν είναι τυχαίο δε, ότι προσπαθώντας να ερμηνευθούν βίαιες συμπεριφορές αλλά και να προληφθούν αναζητείται το προηγούμενο ιστορικό του ατόμου και συγκεκριμένα εάν υπήρξε ένα παραμελημένο παιδί ή εξετάζεται η ανυπαρξία υποστηρικτικού ψυχολογικού περιβάλλοντος ανάμεσα και σε άλλες αιτίες, όπως η φτώχεια. Έτσι καμία μορφή βίας δεν μπορεί να ειπωθεί ανεξάρτητα από τις άλλες καθώς υπερκαθορίζονται. Σε επίπεδο πρόληψης χρειάζεται να αναγνωρίζονται

και να λαμβάνονται υπόψη στις πολιτικές υγείας όλοι οι παράγοντες που επιδρούν στις βίαιες συμπεριφορές και αναφέρονται εκτενέστερα στο επόμενο κεφάλαιο.

3.2.2 Οι παράγοντες της βίας

Παρακάτω, παρουσιάζονται οι παράγοντες οι οποίοι θεωρούνται βιβλιογραφικά ότι σχετίζονται με την βία, βάσει ενός οικολογικού μοντέλου εξήγησης του Παγκόσμιου οργανισμού υγείας.

Σύμφωνα με τους Krug et al. (2002) υπάρχουν παράγοντες που επιδρούν στην συμπεριφορά και αυξάνουν την πιθανότητα να διαπράξει κάποιος βία ή να γίνει ο ίδιος θύμα. Αυτοί οι παράγοντες αλληλεπιδρούν αναμεταξύ τους και συνδέονται σε ένα συνεχές. Έτσι δημιουργήθηκε στα τέλη της δεκαετίας του '70 μετά από μελέτες που έγιναν στην παιδική κακοποίηση ένα οικολογικό μοντέλο εξήγησης το οποίο εξελίσσεται και διευρύνεται.

Το μοντέλο αυτό που υιοθετεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και παρουσιάζει στην αναφορά του το 2002, εξετάζει σε επίπεδα τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την βία για να τις εξηγήσει: Στο πρώτο επίπεδο βρίσκονται ατομικά χαρακτηριστικά, ορισμένα από τα οποία είναι η ηλικία, το εισόδημα, η εκπαίδευση αλλά και οι ψυχικές διαταραχές, η χρήση ουσιών και το ατομικό ιστορικό βίας. Σ' αυτό το επίπεδο είναι σημαντικό να τονιστεί η αναπτυξιακή παράμετρος στην εκδήλωση επιθετικών συμπεριφορών. Όπως θεωρούν οι Liu et al, (2013) τα θεμέλια αυτών των συμπεριφορών τίθενται ακόμη από την βρεφική και πρώτη παιδική ηλικία και συνεχίζονται στην διάρκεια της ζωής, για παράδειγμα η μη επαρκής γονική φροντίδα και τονίζει τον παρεμβατικό ρόλο που μπορεί να παίξει η κοινοτική νοσηλευτική και η προαγωγή υγείας.

Στο δεύτερο επίπεδο εξετάζεται το πεδίο στενών διαπροσωπικών σχέσεων όπου αναπτύσσονται δυναμικά βίαιης συμπεριφοράς όπως για παράδειγμα η οικογενειακή και συντροφική βία ή βία προς τους ηλικιωμένους από τους φροντιστές τους. Στο τρίτο επίπεδο που είναι το κοινοτικό, εξετάζεται η γειτονιά και το πλαίσιο όπου διαμείβεται η καθημερινότητα των ανθρώπων, όπως για παράδειγμα η γειτονιά όπου γίνεται διακίνηση ναρκωτικών ή υπάρχει ανεργία. Στο τελευταίο επίπεδο είναι οι κοινωνικοί παράγοντες: το σύστημα απόδοσης δικαιοσύνης, το πολιτισμικό πλαίσιο που αφορά τις σχέσεις των ζευγαριών αναμεταξύ τους και τις σχέσεις

γονέων-παιδιών, η φτώχεια και η οικονομική ανισότητα, η κοινωνική αποδοχή της βίας στο εκάστοτε πλαίσιο, τα ΜΜΕ, η πολιτική αστάθεια ενός κράτους, η διαθεσιμότητα όπλων, η ισχύς του κοινωνικού συστήματος πρόνοιας ενός κράτους.

Το μοντέλο αυτό της εξήγησης εξηγεί και ερμηνεύει το φαύλο κύκλο στον οποίο περιέχονται οι βίαιες συμπεριφορές και αποτελούν ένα θέμα δημόσιας υγείας, όπως και το ότι οι περισσότερες βίαιες συμπεριφορές οφείλονται στις κοινωνικές ανισότητες και τις διακρίσεις φύλου (Krug et al, 2002). Γεγονός είναι πάντως ότι η κοινωνικοοικονομική ανισότητα όπως λέει ο Wilkinson (2011), είναι ένας ισχυρός διαχωριστής της κοινωνίας που επηρεάζει την ικανότητα να αναγνωρίζουμε και να συμπάσχουμε με άλλους ανθρώπους. Έχει αποδειχθεί από έρευνες σε παγκόσμιο επίπεδο ότι τα κοινωνικά προβλήματα και τα προβλήματα υγείας είναι μεγαλύτερα στις χώρες με τις μεγαλύτερες ανισότητες μεταξύ των ανθρώπων.

3.2.3 Επαγγελματική βία στο χώρο της υγείας

Σε αυτό το υποκεφάλαιο παρουσιάζεται η έννοια της επαγγελματικής βίας με έμφαση στον χώρο της υγείας και τις επιδράσεις της.

Το Εθνικό ινστιτούτο για την επαγγελματική υγεία και ασφάλεια (National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)) ορίζει τη βία στους χώρους εργασίας ως μια επιθετική πράξη κατευθυνόμενη σε πρόσωπα στους χώρους εργασίας και εν ώρα υπηρεσίας και ποικίλλει ανάμεσα σε προσβλητική ή απειλητική συμπεριφορά ή λόγο έως και την ανθρωποκτονία.

Σ' έναν άλλο ορισμό της επαγγελματικής βίας από το διεθνές συμβούλιο νοσηλευτών, (International council of nurses (ICN), 2000) περιλαμβάνεται η φυσική και ψυχολογική βία και λεκτική κακοποίηση, σεξουαλικές και φυλετικές παρενοχλήσεις, εκφοβισμοί και προσβολές. και μ' αυτόν τον τρόπο συμπεριλαμβάνει πολλές κατηγορίες δραστών, όπως συναδέλφους, προϊστάμενους, άλλους επαγγελματίες, ασθενείς, οικογένειες και άλλους. Σύμφωνα με διάφορους ερευνητές (Di Martino, 2002; Mayhew & Chapell, 2007; Hahn et al., 2008) που ερεύνησαν την βία στους χώρους υγείας, η ψυχολογική βία θεωρείται η συχνότερη με την λεκτική επιθετικότητα να προεξάρχει. Η ψυχολογική βία προς το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει η συχνότερη σε σχέση με την φυσική σε πολλές έρευνες (Ayrançi 2005, Lanza 2009).

Στην μελέτη της βίας και της επιθετικότητας από τη βιβλιογραφία, οι ερευνητές αναγνωρίζοντας τη συστηματικότητα του φαινομένου αλλά και τη σπουδαιότητα και έκταση του συμπεριλαμβάνουν στις μελέτες τους συνήθως την βία και την επιθετικότητα στους υγειονομικούς χώρους προς το προσωπικό γενικότερα σε όλα τα τμήματα των νοσοκομείων και όχι αποκλειστικά στους χώρους των ΤΕΠ (Royal College of Nurses (RCN), 2006). Γεγονός είναι ότι η βία και η επιθετικότητα προς τους νοσηλευτές υπάρχει και στα τμήματα του νοσοκομείου και στο ΤΕΠ με αρνητικές συνέπειες για τους επαγγελματίες αλλά και για τους ασθενείς (Lyneham, 2000). Σε ορισμένες χώρες όπως στην Αυστραλία για παράδειγμα οι ερευνητές αποδεχόμενοι τα συμπεράσματα μελετών τα οποία υποδεικνύουν αυξανόμενα ποσοστά φυσικής και λεκτικής βίας προς το προσωπικό στους χώρους των επειγόντων έχουν θέσει το θέμα της βίας ως ερευνητική προτεραιότητα (Chapman et al., 2006).

Το διεθνές συμβούλιο νοσηλευτών σε σύμπραξη με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (ICN, 2002) εξέδωσε κατευθυντήριες γραμμές για τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση της βίας στους χώρους εργασίας όπου τονίζει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι από τους επαγγελματίες υγείας υψηλού κινδύνου στο να γίνει αποδέκτης περιστατικών βίας και συγκεκριμένα αυτών που εργάζονται σε τμήματα όπου υπάρχει υψηλή αλληλεπίδραση με το κοινό, οι άνθρωποι βρίσκονται υπό το κράτος της θλίψης και της αγωνίας για τα προβλήματά τους, υπάρχει έλλειψη προσωπικού και τα τμήματα αυτά έχουν «ανοιχτή» πρόσβαση στην βία με την έννοια της διαθεσιμότητας. Τέτοιος χώρος είναι το ΤΕΠ και το νοσηλευτικό προσωπικό του είναι ο κατ' εξοχήν στόχος (Fernades et al,1999; Kwok et al ,2006; Gacki Smith,2009).

Παρακάτω, αποτυπώνονται τα πιο συχνά συναντώμενα είδη βίας στο νοσοκομείο, από διάφορες έρευνες ανά τον κόσμο και ορισμένες από τις επιδράσεις που έχουν αναφερθεί στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Σύμφωνα με τους O' Conell et al, (2000), οι οποίοι εξείρεσαν τα ψυχιατρικά τμήματα και τα ΤΕΠ στην έρευνα τους και απευθύνθηκαν σε νοσηλευτικό προσωπικό όλων των άλλων τμημάτων ενός νοσοκομείου στην Αυστραλία, προκειμένου να μετρήσουν τα περιστατικά βίας και επιθετικότητας βρήκαν ότι η επιθετικότητα προέρχεται συνήθως από τους ασθενείς κατά κύριο λόγο και δευτερευόντως από συγγενείς ή άλλους συναδέλφους και κλινικούς υγείας. Οι νοσηλευτές περιέγραψαν την επιθετικότητα ως περιστατικά που περικλείουν τρία

είδη συμπεριφορών, χρήση σωματικής βίας, λεκτικής βίας και εκφοβισμό. Στην περιγραφική έρευνα αυτή των O' Conell et al., κατηγοριοποιήθηκε η φυσική βία σε περιστατικά όπως άρπαγμα, γροθιές, σπρωξίματα, τσιμπήματα, κλωτσιές, χτύπημα με κάποιο όργανο, φτύσιμο και δάγκωμα. Τέλος τα συναισθήματα που προέκυπταν από τα περιστατικά βίας στους νοσηλευτές ήταν θυμός, άγχος, αμηχανία, φόβος, απογοήτευση, ενοχές, αίσθημα ανικανότητας να βοηθηθούν, αγανάκτηση, και το αίσθημα ότι έχουν πληγωθεί.

Στην έρευνα της Rose (1997), πάνω από το 50% του νοσηλευτικού προσωπικού εργαζόμενο στο ΤΕΠ ενός γενικού νοσοκομείου στο Δουβλίνο είχε βιώσει φυσική η λεκτική βία.

Σύμφωνα με τους Ryan and Maguire, (2006), το 95% του νοσηλευτικού προσωπικού δύο ΤΕΠ στην Ιρλανδία έχει βιώσει λεκτική επιθετικότητα σε κάποια φάση της καριέρας του, με αποτέλεσμα η εκφοβιστική ή λεκτική επιθετικότητα συγκαταλέγεται ως η πιο συνήθης για το προσωπικό στον χώρο εργασίας τους.

Οι Somaya & Wafaa (2009) στην δική τους έρευνα σε διάφορα τμήματα νοσοκομείων στην Αίγυπτο (Σουέζ) που αφορούσε την λεκτική επιθετικότητα θεωρούν ότι η λεκτική βία εκτός του γεγονότος ότι επηρεάζει το τρίπτυχο νοσηλευτής-ασθενής-οργανισμός, ιδιαίτερα όταν είναι επαναλαμβανόμενη, δημιουργεί στρες στους νοσηλευτές, που έχουν συναισθήματα θυμού και αβοηθησίας και επιπλέον έχει κόστος για τον οργανισμό, καθώς θεωρούν ότι συνδυάζεται με λήψη αναρρωτικών αδειών ή αποχωρήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού.

Η λεκτική επιθετικότητα έχει ψυχολογική επίδραση στους εργαζόμενους όπως θυμό, στρες, μειωμένη ηθική ικανοποίηση και ικανοποίηση από την εργασία αλλά και έχει επίδραση στην ποιότητα της φροντίδας των ασθενών (Gerberich et al,2004)

Οι Pinar & Ucmak (2010) στην έρευνά τους σε νοσηλευτικό προσωπικό ΤΕΠ, στην Κωνσταντινούπολη, βρήκαν υψηλά ποσοστά φυσικής και λεκτικής επιθετικότητας με την τελευταία να υπερτερεί και θεωρούν ότι οποιαδήποτε γλωσσική χρήση που έχει στόχο να πληγώσει, να βλάψει και να ελέγξει ένα άτομο κατατάσσεται στην λεκτική βία και ανάμεσά τους αναφέρει τον εκφοβισμό, τις απειλές, τις δυνατές φωνές και βρισιές, τις προσφωνήσεις ονομάτων με ευτελιστικό τρόπο, ταπεινώσεις. Θεωρούν δε, ότι χρειάζονται πολιτικές για κάθε τμήμα επειγόντων ως προς την διαχείρισή τους και εκπαίδευση του προσωπικού.

Σε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από το 1983 έως το 2003, όσον αφορά τις μη σωματικές επιδράσεις της επιθετικότητας του ασθενούς στο νοσηλευτικό προσωπικό, που εργάζεται σε γενικά τμήματα νοσοκομείων, ψυχιατρικά και ΤΕΠ βρίσκουμε να αναφέρονται βιοφυσιολογικές επιδράσεις, όπως το σύνδρομο μετατραυματικής διαταραχής (PTSD), γνωστικές επιδράσεις και συναισθηματικές (Needham. et al., 2005). Το κυρίαρχο συναίσθημα του νοσηλευτικού προσωπικού του τμήματος των επειγόντων ήταν ο θυμός από ποσοστό 14%, (N=763) (Fernades et al., 2002) έως και 68,6%, (N=35) (Bin Abdulah et al., 2000). Τα κυρίαρχα συναισθήματα που αφορούσαν όλες τις χώρες στις οποίες πραγματοποιήθηκαν οι έρευνες και είναι κοινά είναι ο θυμός, το άγχος –φόβος, οι ενοχές του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και το αίσθημα ότι δεν μπορούν να βοηθήσουν.

Στην επιδημιολογική έρευνα του Ayganci (2005) που πραγματοποιήθηκε σε 18 ΤΕΠ στην δυτική Τουρκία και απευθυνόταν σε όλο το προσωπικό των τμημάτων αυτών, ο ερευνητής τους ζητούσε να αναβιώσουν την εμπειρία της επιθετικότητας που είχε λάβει χώρα το προηγούμενο έτος. Κατηγοριοποιώντας τα περιστατικά αυτά σε: 1) εάν υπήρξαν 2) λεκτική-ψυχολογική κακοποίηση 3) απειλές με ειδικό περιεχόμενο 4) πράξεις βίας. Στα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνεται ότι η λεκτική –συναισθηματική κακοποίηση από ασθενείς προς το προσωπικό είναι κυρίαρχη (72.4% N= 195) πράγμα που κατευθύνει τον ερευνητή να υποθέσει ότι αυτή η βία και η επιθετικότητα αποτελεί πλέον μέρος της καθημερινότητας των εργαζομένων στα επείγοντα. Στην ίδια έρευνα το ποσοστό φυσικής βίας (άσκηση σωματικής βίας) ήταν 4.3%. Σωματική βία εννοούνταν μελανιές, εκδορές, μικροκακώσεις ιστών. Τέλος, το προσωπικό που είχε βιώσει το μεγαλύτερο μέρος της επιθετικότητας ήταν το νοσηλευτικό σε ποσοστό 80,8%.

Οι επιδράσεις γενικότερα προς το νοσηλευτικό προσωπικό μπορούν να συνοψιστούν σε επιδράσεις στην εργασιακή τους απόδοση, την φυσική και ψυχολογική τους ευεξία και επαγγελματική ικανοποίηση (Fernades et al 1999). Όλες αυτές οι έρευνες καταγράφουν τα φαινόμενα στο συγκεκριμένο κοινωνικοπολιτισμικό τους πλαίσιο στο οποίο επισυμβαίνουν όπως και ότι δεν λαμβάνουν υπόψη την οργανωτική κουλτούρα του οργανισμού και το περιβάλλον στο οποίο συμβαίνουν. Για παράδειγμα έχει δειχθεί ότι όταν υιοθετείται μια οργανωτική προσέγγιση υποστήριξης προς τους εργαζόμενους ακόμη και εάν τα

επίπεδα επιθετικότητας είναι υψηλά νοιώθουν ασφάλεια και αυτοπεποίθηση. (Martin & Daffern,(2006).

Δεν έχουν ληφθεί υπόψη οι πολιτισμικές και οι ιδιαιτερότητες του υγειονομικού συστήματος κάθε χώρας, πράγμα που μπορεί να έχει επίδραση. Για παράδειγμα οι επιχειρούμενες αναδιαρθρώσεις και διαδικασίες οικονομικού εξορθολογισμού στους χώρους της υγείας έχουν επίπτωση στους επαγγελματίες και στους ασθενείς με το αίσθημα της ανασφάλειας που νοιώθουν καθώς και ότι η φτώχεια και οι ανισότητες στην υγεία στις δύσκολες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες δημιουργούν πρόσφορο έδαφος για έξαρση της βίας (Di Martino, 2002).

Επίσης στις έρευνες αυτές είτε χρησιμοποιούνταν έτοιμα ερωτηματολόγια, είτε ζητούνται από τους νοσηλευτές να αναβιώσουν εμπειρίες των τελευταίων μηνών πράγμα που ενδεχομένως έχει επίδραση στην εμπειρία μέσω της περιορισμένης ανάκλησης της και την επίδραση στην αντίληψη και την μνήμη πράγμα που δεν μας επιτρέπει να γενικεύουμε.

3.2.4 Η έννοια της βίας και επιθετικότητας και η βία ως «μέρος της δουλειάς»

Σε αυτό το υποκεφάλαιο παρουσιάζεται η τάση να χρησιμοποιούνται οι δύο έννοιες (βία και επιθετικότητα) κατά τον ίδιο τρόπο στην βιβλιογραφία καθώς και η σχέση που έχει με την θεώρηση της βίας και της επιθετικότητας ως «συνηθισμένη συμπεριφορά».

Κατά της διάρκεια της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας συμβαίνει συχνά οι όροι βία και επιθετικότητα να χρησιμοποιούνται με τον ίδιο τρόπο. Ο Saines (1999) προτείνει ότι η δυσκολία στην κατανόηση της έννοιας του όρου ίσως να οφείλεται στην υποκειμενικότητα με την οποία κατηγοριοποιούνται και χαρακτηρίζονται τα περιστατικά επιθετικότητας. Επίσης θεωρεί ότι χρειάζεται να εξαχθεί και να επικρατήσει ένας μέσος όρος κατά κάποιον τρόπο των επιθετικών συμπεριφορών που θεωρεί ο «κοινός νους» των νοσηλευτών των επειγόντων.

Οι O'Connell et al., (2000) θεωρούν ότι το έλλειμμα αυτό στην έννοια της επιθετικότητας μπορεί να εξηγήσει και το γεγονός ότι πολλά από τα περιστατικά αυτά μένουν αδήλωτα, πράγμα για το οποίο γίνεται λόγος σε πολλές δημοσιεύσεις όπου γίνεται αναφορά σε ένα είδος «συνωμοσίας της σιωπής» από τους

επαγγελματίες υγείας που είναι απρόθυμοι να αναγνωρίσουν τις συναισθηματικές τους δυσκολίες σ' αυτό. Μια άρνηση δηλαδή με ψυχολογικούς όρους (Lanza, 2010).

Οι Grilly et al., (2004) υποστηρίζουν ότι η επιθετικότητα είναι τόσο ενταγμένη στην καθημερινότητα των νοσηλευτών, που θεωρείται φυσιολογικό μέρος της εργασιακής τους κουλτούρας και οι Jones & Lyneham (2000) θεωρούν ότι ένας από τους λόγους που τα περιστατικά αυτά δεν αναφέρονται συχνά στις αρχές είναι ο φόβος επίπληξής τους.

Στην έρευνα της Rose (1997), δομημένη με ερωτηματολόγιο που απευθυνόταν στους νοσηλευτές ΤΕΠ ενός ιρλανδικού νοσοκομείου στο Δουβλίνο 700 κλινών που μνημονεύεται συχνά από τους ερευνητές της επιθετικότητας, βρέθηκε ότι τα περιστατικά φυσικής βίας δεν αναφέρονται στις αρχές του νοσοκομείου, ότι δεν υπάρχει κάποιου είδους εκπαίδευση του προσωπικού στα περιστατικά βίας ενώ τα νεότερα και χωρίς εμπειρία μέλη του προσωπικού είναι πιο επικίνδυνα στα να δεχθούν μορφές βίας και επιθετικότητας.

Παρόλα αυτά εδώ χρειάζεται να τονίσουμε ότι το φαινόμενο των υποαναφορών περιστατικών βίας στις αρχές, από το προσωπικό, δεν είναι άσχετο με την ιδέα να θεωρείται ως μέρος της δουλειάς. Και αυτό γιατί ενδεχομένως σε κάποιες χώρες να υπάρχει αυξημένη ευαισθητοποίηση των θυμάτων και αναφορά ενώ σε κάποιες άλλες όχι. Πέρα από τους ατομικούς παράγοντες αυτής της στάσης, σ' ένα οργανωτικό πλαίσιο εργασίας όπου ενθαρρύνεται η καταγραφή, των περιστατικών, με σκοπό την πρόληψη και την παρέμβαση, ενδεχομένως να είναι κάτι τέτοιο περισσότερο πρόσφορο. (Lanza 2011)

Επίσης η δυσκολία στην ερμηνεία και καθιέρωση μια ενιαίας θέσης για τις έννοιες αυτές είναι κάτι που συμβαίνει αφενός μεν στην καθημερινότητα αφετέρου και στην βιβλιογραφία. Αλλά δεν αρκεί για να εξηγηθεί η τάση υποαναφοράς των περιστατικών, από το νοσηλευτικό προσωπικό. Έχει αναφερθεί ότι οι υποαναφορές τέτοιων περιστατικών έχουν να κάνουν και με παράγοντες όπως η ερμηνεία και η στάση του εργοδότη απέναντι σε τέτοιου είδους καταγραφές, όπως και το πώς αντιμετωπίζει ο νόμος αυτές τις συμπεριφορές. (Beech & Leather 2006).

3.2.5 Χαρακτηριστικά που έχουν συνδεθεί με την βία και επιθετικότητα στα ΤΕΠ

Ορισμένα από τα χαρακτηριστικά που έχουν συνδεθεί στην βιβλιογραφία με περιστατικά βίας στο τμήμα επειγόντων παρουσιάζονται παρακάτω

Το ιστορικό της βίας: Ο Ferns (2005a) θεωρεί ότι το προηγούμενο ιστορικό του ατόμου σχετικό με περιστατικά βίας αυξάνει τις πιθανότητες να προβεί εκ νέου, όπως και το ενδεχόμενο να έχουν υποστεί κακοποίηση και οι ίδιοι. Αυτό συμφωνεί και με το οικολογικό μοντέλο εξήγησης συμπεριφορών που αναφέρθηκε πιο πάνω.

Η Ψυχική νόσος και η επιθετικότητα: Διεθνώς υπάρχει βιβλιογραφία στην οποία το νοσηλευτικό προσωπικό εκτιμά την ψυχιατρική νόσο ως μια μεταβλητή που εμπλέκεται στα ΤΕΠ και την απορρέουσα βία (Pane et al., 1991). Όμως υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι αυτή η άποψη, είναι προϊόν της διαδικασίας «στιγματοποίησης» των ψυχικά ασθενών, ως επικίνδυνων, από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας (Ferns, 2005) καθώς η πλειονότητα των νεαρών ατόμων, που έχουν ενοχοποιηθεί για περιστατικά βίας καθώς και των ψυχικά αρρώστων δεν είναι βίαιοι.

Η Χρήση αλκοόλ: Η κατάχρηση αλκοόλ συνδέεται διεθνώς με αυξημένα περιστατικά βίας και επιθετικότητας (Grilly et al., 2004).

Ο Χρόνος αναμονής και βάρδιες νοσηλευτών: Ο αρκετά μεγάλος χρόνος αναμονής στα ΤΕΠ. (Levin et al., 1998.) Κατά τους Grilly et al., (2004) το ένα τέταρτο των περιστατικών βίας προερχόταν από άτομα που δεν περίμεναν στην αναμονή προκειμένου να εξεταστούν από γιατρό ή περίμεναν λιγότερο από 1 ώρα. Επίσης αυξημένο ρίσκο επιθετικών συμπεριφορών καταγράφεται από το νοσηλευτικό προσωπικό στην διάρκεια της απογευματινής και νυχτερινής βάρδιας και κυρίως από τα νεαρά σε ηλικία άτομα (Stirling et al., 2001).

Στην ποιοτική έρευνα του Akerstrom (1997), ο μεγάλος χρόνος αναμονής στα επείγοντα εμφανίζεται ως παραγωγός περιστατικών βίας και επιθετικότητας και μια θεματική ενότητα που προέκυψε ήταν η εχθρότητα που επικρατούσε μέσα στους χώρους αναμονής των επειγόντων καθώς και η απροθυμία και ο εγωισμός ορισμένων ασθενών με αμυδρούς τραυματισμούς να περιμένουν για θεραπεία. Η ποιοτική έρευνα αυτή είχε πραγματοποιηθεί σε Σουηδική κλινική επειγόντων περιστατικών.

Τα Χαρακτηριστικά του ΤΕΠ: στην βιβλιογραφία έχουν καταγραφεί κάποια τμήματα με δυναμική ανάπτυξης επιθετικών συμπεριφορών, όπως τμήματα μέσα στο κέντρο της πόλης, σε περιοχές αυξημένης εγκληματικότητας, σε λειτουργία 24 ώρες,

προσβάσιμες σε ναρκωτικά, με χαμηλό φωτισμό, πολλές εισόδους, χαμηλή ασφάλεια, γυναικείο εργατικό προσωπικό, θόρυβος, συνωστισμός, συγχρωτισμός, χάος (Ferns, 2005a).

Επιπλέον από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει το «προφίλ» των εν δυνάμει επιθετικών ατόμων στα επείγοντα. Πρόκειται για κατηγορίες ατόμων όπως, αλκοολικοί, χρήστες ουσιών, άστεγοι, άλλες αποκλεισμένες ομάδες που λαμβάνουν λίγη συμπόνια και εμπάθεια από το προσωπικό. (Ferns, 2005a). Ο χαρακτηρισμός των ασθενών που θεωρούνται βίαιοι ή εν δυνάμει βίαιοι εγείρει ακόμα ερωτηματικά ως προς το ποιός θεωρείται επιθετικός και τι θεωρείται επιθετικότητα και εγείρει ερωτηματικά για το κατά πόσο και η συμπεριφορά του προσωπικού δεν είναι και αυτή κακοποιητική προς αυτούς (Nunez et al., 2000).

Όλες οι έρευνες αυτές παρόλο που προσφέρουν σημαντικές εξηγήσεις και ερμηνείες για την βία, δεν καταλαμβάνουν το ερμηνευτικό πλαίσιο του εκάστοτε οργανωτικού και πολιτισμικού περιβάλλοντος, όπως και την ανάδειξη της πλευράς του ασθενούς που προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων και δεν είναι ολοκληρωμένες.

3.2.6 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Επειδή θεωρούνται ότι διαμεσολαβούν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στις επιθετικές συμπεριφορές και καθορίζουν την απόφαση επίσκεψης στο τμήμα επειγόντων γίνεται αναφορά παρακάτω σ' αυτούς. Όσον αφορά τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που εμπλέκονται στους χώρους των επειγόντων και εξαιτίας της συστημικότητας του φαινομένου της βίας και επιθετικότητας δεν θα μπορούσε να μη αναφερθούν, καθώς ο συνωστισμός και η πολύωρες αναμονές στους χώρους των επειγόντων ευνοούν τα περιστατικά βίας (Drummond (2002) και επομένως διαμεσολαβούν στην διαδικασία απόφασης και πραγματοποίησης επίσκεψης στα επείγοντα.

Σύμφωνα με το μοντέλο των Andersen & Newman (1973), που αφορά την χρήση του χώρου των επειγόντων περιστατικών από τον κόσμο η διαδικασία απόφασης και πραγματοποίησης της επίσκεψης διέρχεται τρία στάδια και αυτά αφορούν την ατομική διαδικασία λήψης της απόφασης: το πρώτο στάδιο είναι αυτό της αναγνώρισης του προβλήματος το δεύτερο αυτό της απόφασης αναζήτησης βοήθειας και το τρίτο της απόφασης για επίσκεψη στον χώρο του ΤΕΠ. Σε κάθε στάδιο επηρεάζεται η απόφαση του από τα εξής: δημογραφικά χαρακτηριστικά

(εκπαιδευτικό επίπεδο, ηλικία, φύλο, εθνικότητα κλπ.) από ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες όπως (ατομικούς τρόπους διαχείρισης της νόσου υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα κλπ) από ενδιάμεσους παράγοντες όπως εισόδημα, ασφαλιστική κάλυψη, διαθεσιμότητα άλλης περίθαλψης και αντίληψη αυτής της διαθεσιμότητας και τέλος επηρεάζεται από το σύστημα αναγκών του ατόμου όπως τις αντιλαμβάνεται όπως ψυχολογικά προβλήματα, χρήση ουσιών αντίληψη που έχει το άτομο για τις ανάγκες του κλπ. Ειδικότερα δε αναφέρει πώς οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες αυξάνουν την χρήση των επειγόντων από άτομα χωρίς επείγον πρόβλημα υγείας. (Padgett & Brodsky, 1992). Τέλος, οι ερευνητές, εφιστούν την προσοχή στο γεγονός ότι οι επισκέψεις των μη-επειγόντων περιστατικών στα ΤΕΠ από τον κόσμο δεν πρέπει να θεωρείται ακατάλληλη απόφαση από την στιγμή που δεν υπάρχει άλλο διαθέσιμο σύστημα φροντίδας.

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες παίζουν έναν καθοριστικό ρόλο ως διαμεσολαβητικοί παράγοντες στην ερμηνεία των βίαιων συμπεριφορών.

3.2.7 Διαχείριση του φαινομένου

Παρακάτω γίνεται αναφορά στις κυριότερες θέσεις όσον αφορά την διαχείριση των επιθετικών συμπεριφορών.

Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι επιθετικές συμπεριφορές μπορούν με κατάλληλη εκπαίδευση να διαχειριστούν καθώς και το γεγονός ότι πρέπει να υπάρχουν ξεκάθαρες επίσημες κατευθυντήριες γραμμές στην διαχείριση των περιστατικών βίας και επιθετικότητας (Saines, 1999).

Οι Schnieden & Marren-Bell (1995), θεωρούν ότι το η εκπαίδευση του προσωπικού στην διαχείριση των περιστατικών βίας και επιθετικότητας έχει πολλά οφέλη. Ο RCN (1998) αναφέρει ο Saines (1999) προτείνει ένα ετήσιο πρόγραμμα εκπαίδευσης όλου του προσωπικού στους χώρους εργασίας τους καθώς και υπενθύμιση στο κοινό για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του και επιπλέον για τις επιπτώσεις μιας τέτοιας συμπεριφοράς που είναι η απόσυρση της θεραπευτικής βοήθειας και η νομική καταδίκη. Επίσης εκμάθηση τεχνικών αποκλιμάκωσης της βίαιης συμπεριφοράς. Ο Lanza (2011) προτείνει, εστίαση από τις τεχνικές πρόληψης στην εκπαίδευση μέσω υποστήριξης του προσωπικού από τις επιδράσεις της βίαιης συμπεριφοράς σ' αυτό. Άλλες προσεγγίσεις εμπνευσμένες από ασθενείς ψυχιατρικών

τμημάτων (Needham et al., 2004) εκπαιδεύουν το προσωπικό στην διαχείριση της επιθετικής συμπεριφοράς ή οι παραδοσιακές που χρησιμοποιούν φαρμακευτική αγωγή ή τακτικές απομόνωσης. Παρόλα αυτά, αυτή η μονοσήμαντη και ιατροκεντρική άποψη κατά την οποία εκπαιδεύεται το προσωπικό έναντι ενός κινδύνου, περικλείει κατά τους Lau et al (2004) κινδύνους για έξαρση της επιθετικότητας.

Τέλος η διαχείριση σε ένα μακρο-επίπεδο δηλαδή σε επίπεδο νοσοκομείου αρνείται την θέση ότι η βία και η επιθετικότητα είναι «μέρος της δουλειάς» και εμπλέκει τον οργανισμό, σε μια πιο συστημική και θεσμική θεώρηση του φαινομένου. Σύμφωνα με τους Lanza et al (2011), με την αναφορά των περιστατικών σε επίσημο επίπεδο, καταφέρεται να μην απομονώνεται ο επαγγελματίας, να μη νοιώθει άγχος και να νοιώθει προπαντός ότι υποστηρίζεται.

Υπαισέρχεται σ' όλες αυτές τις θεωρήσεις η αναγκαιότητα να θεωρηθεί η επαγγελματική βία όχι μόνο ως προϊόν ατομικής παθολογίας, χωρίς να υπάρχει και άρνηση αυτής της παραμέτρου αλλά μιας θεώρησης όπου οργανωτικοί περιβαλλοντικοί και τέλος οι κοινωνικοί παράγοντες που πλαισιώνουν αυτά τα δυναμικά (Beech & Leather 2006).

3.2.8 Η προοπτική των ασθενών

Σε μια ολιστική θεώρηση του φαινομένου της βίας γίνεται σε αυτή την υποενότητα αναφορά στην παραμελημένη ίσως πλευρά της βιβλιογραφίας, αυτήν που αφορά τους ίδιους τους ασθενείς.

Οι περισσότερες έρευνες προσπαθούν να κατανοήσουν το φαινόμενο της βίας και επιθετικότητας στα επείγοντα από την πλευρά του προσωπικού και όχι από την πλευρά των ασθενών (Drummond, 2002; Ferns 2005b). Στην παρούσα εργασία θέση έχει και η συνοπτική παρουσίαση των ερευνών από την πλευρά των ασθενών καθώς θεωρείται ότι η σχέση νοσηλευτή - ασθενών είναι αλληλεπιδραστική.

Οι Coughlan & Corry (2007) στην ποιοτική τους έρευνα θεωρούν ότι ο συνωστισμός στα επείγοντα ευνοεί τα περιστατικά βίας και δυσκολεύει την θεραπευτική σχέση νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών. Οι ίδιοι συμφωνούν ότι ακόμη και δέκα λεπτά γνωριμίας με τον ασθενή, είναι αρκετά για να δείξει το προσωπικό την εμπραθητική του ικανότητα, την ευγένεια, τον σεβασμό στην

ιδιωτικότητα και κυρίως την αξιοπρέπεια του ασθενή και της παρούσας εμπειρίας του, την διάθεση προσφοράς του. Θεωρούν δε, ότι τη έλλειψη ιδιωτικότητας και το αίσθημα ανασφάλειας των προσερχομένων ασθενών στα επείγοντα, είναι κυρίαρχα.

Στην έρευνα τους οι (Winstanley & Whittington, 2004) θεωρούν ότι το προσωπικό των νοσοκομείων ανάμεσά τους και το προσωπικό των επειγόντων, χρειάζεται να δίνουν ψυχολογικό χώρο και χρόνο στους ασθενείς, διότι διαπιστώνουν ελλείμματα στην κατανόηση αυτού που τους συμβαίνει την δεδομένη χρονική στιγμή.

3.2.9 Θεωρίες για την επιθετικότητα

Παρακάτω αναφέρονται οι κυριότερες θεωρίες για την επιθετικότητα στοιχείο που αναδεικνύει το φαινόμενο και τις διαστάσεις του. Οι θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί κατά καιρούς για την επιθετικότητα προσπάθησαν να εξετάσουν και να κατανοήσουν το φαινόμενο είτε με βιολογικούς όρους είτε με κοινωνικούς και ψυχαναλυτικούς, είτε με όρους χαρακτηριστικών προσωπικότητας. Γίνεται αναφορά στις κυριότερες από αυτές που σχετίζονται τόσο με τον χώρο της υγείας αλλά και του τμήματος των επειγόντων.

3.2.9.1 Βιολογικές θεωρίες

Απόρροια των θεωριών των Freud και Lorenz καθώς και του Δαρβίνου, είναι οι θεωρίες για την επιθετικότητα βασισμένες σε βιολογικά χαρακτηριστικά. Οι θεωρίες αυτές βασίζονται στην ιδέα ότι συγκεκριμένα βιολογικά χαρακτηριστικά ή επιδράσεις του οργανισμού εμπλέκονται στις εκδηλώσεις της βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς και θεωρούν είτε το ένστικτο είτε την αντίδραση σε κάποιο ερέθισμα ως ψυχολογικές εκδηλώσεις της. Σύμφωνα με την εξελικτική προσέγγιση του Δαρβίνου, η επιθετική συμπεριφορά έχει αναπτυχθεί εξελικτικά προκειμένου να διασφαλιστεί η επιβίωση των γονιδίων του ατόμου και η αναπαραγωγή.

Σύμφωνα με τον Berkowitz στο βιβλίο του «Aggression, its causes, consequences and control» (1993) θεωρείται ότι αυτές οι θεωρίες δεν έχουν πλέον εμπειρική υποστήριξη γιατί υποκατάστατες δραστηριότητες μειώνουν στον άνθρωπο αυτή την ώθηση. Σήμερα οι ερευνητές αναγνωρίζουν (αντί για μια βασική ορμή) πολλούς τύπους επιθετικότητας που έχουν διαφορετική προέλευση και καθορίζονται

από πολύπλοκους βιολογικούς και ψυχολογικούς μηχανισμούς. Συγκεκριμένα γίνεται διαχωρισμός σε συναισθηματική (hostile) εχθρική επιθετικότητα που στόχος είναι η επίπληξη του άλλου και σε εργαλειακή (instrumental) που δεν έχει πρόθεση να βλάψει κατά άμεσο τρόπο. πχ να κυριαρχήσει πάνω σε κάποιον.

Ο Ferns (2007) κάνει μνεία στους ενδεχόμενους βιολογικούς παράγοντες που σύμφωνα με την βιβλιογραφία σχετίζονται με τις εκδηλώσεις βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς (Πίνακας 3.3).

Πίνακας 3.3 Βιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με τις εκδηλώσεις βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς. Keely (2002); Saines (1999); Royal College of Psychiatrists Research Unit (1998); Drury (1997); Whykes (1994); Πηγή: Ferns ,2007.

<ul style="list-style-type: none"> • Οργανικές ψυχικές διαταραχές (delirium), άνοια, σύνδρομο μετωπιαίου λοβού οργανική παραληρητική διαταραχή και ψευδαισθήσεις, οργανικές συναισθηματικές διαταραχές, επιληπτικές κρίσεις .
<ul style="list-style-type: none"> • τοξίκωση ή στέρηση από ουσίες (οπιοειδή, οινόπνευμα κλπ.)
<ul style="list-style-type: none"> • ψυχωσικές διαταραχές κυρίως σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου με ιδέες διώξεως ή ακουστικές ψευδαισθήσεις ή κατατονική διέγερση (πιο σπάνια).
<ul style="list-style-type: none"> • συναισθηματικές διαταραχές, επιλόχεια κατάθλιψη, διεγερμένη κατάθλιψη, κατάθλιψη οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση, ή προκαλούμενη από ουσίες.
<ul style="list-style-type: none"> • διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων (πυρομανία, κλεπτομανία, διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή).
<ul style="list-style-type: none"> • διαταραχές της νηπιακής, παιδικής ηλικίας, εφηβείας, αυτισμός, νοητική υστέρηση, διαταραχή ελαττωματικής προσοχής –υπερκινητικότητας, διαταραχές διαγωγής
<ul style="list-style-type: none"> • διαταραχές προσωπικότητας που χαρακτηρίζονται από οργή και πλημμελή έλεγχο των παρορμήσεων (οριακή και αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας)
<ul style="list-style-type: none"> • επιθετικότητα προκαλούμενη από κάποιο ψυχοκοινωνικό στρεσογόνο παράγοντα
<ul style="list-style-type: none"> • Επίσης: Υποξία μεταβολικές διαταραχές, υπογλυκαιμία/υπεργλυκαιμία
<ul style="list-style-type: none"> • ΚΕΚ (κρανιοεγκεφαλική κάκωση), παθολογία και εγκεφαλική δυσλειτουργία, εγκεφαλικές βλάβες, Ενδοκρινικές διαταραχές, Ιστορικό

Κατά τον Ferns και σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι βιολογικοί παράγοντες της επιθετικότητας σχηματικά είναι είτε κληρονομούμενες/γενετικές νόσοι είτε νευροβιοχημικοί παράγοντες είτε αποτέλεσμα τραύματος ή λοιμώξεων.

Βιοχημικές αλλοιώσεις: Αυξημένη παραγωγή ανδρογόνων, όπως και ότι ντοπαμινεργικοί, χολινεργικοί, νοραδρενεργικοί νευροδιαβιβαστές παίζουν ρόλο στην έκλυση επιθετικής συμπεριφοράς και τέλος νευρολογικές αλλοιώσεις: Βλάβη της αμυγδαλής που προκαλείται από τραύμα, μόλυνση, χρόνια νόσο κλπ, μπορεί να προκαλέσει μόνιμη και δραματική αλλαγή της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς (Ferns, 2007).

3.2.9.2 Ηθολογικές θεωρίες

Ο Lorenz (1966) θεωρεί ότι είναι ίδια τα ένστικτα ανθρώπων και ζώων με την διαφορά ότι στα ζώα υπάρχει προκαθορισμένη για κάθε είδος συμπεριφορά. Όμως όπως λέει ο Παπαδόπουλος (1997), δεν μπορεί ο όρος ένστικτο να θεωρηθεί ικανοποιητική εξήγηση της συμπεριφοράς στην σύγχρονη ψυχολογία.

3.2.9.3 Ψυχαναλυτική θεωρία

Υπάρχει διαλεκτική σχέση μεταξύ του ενστίκτου ζωής ή αυτοσυντήρησης (Eros) και ενστίκτου θανάτου (Thanatos) ή καταστροφής (Freud, 1955) άρα εγγενής η επιθετικότητα αφού πρόκειται για ψυχική ενέργεια που εκφορτίζεται. Στο έργο του «Ο πολιτισμός πηγή δυστυχίας» (1929) ο Freud λέει ότι το νόημα της πολιτισμικής εξέλιξης του ανθρωπίνου είδους είναι ένας αγώνας ανάμεσα σε δυνάμεις ζωής και δυνάμεις καταστροφής στον άνθρωπο.

«...ο πολιτισμός υπερνικά λοιπόν την επικίνδυνη τάση για επιθετικότητα του ατόμου, αποδυναμώνοντας και αφοπλίζοντάς το και βάζοντας μια αρχή στο εσωτερικό του, που σαν φρουρά σε κατακτημένη πόλη, το επιτηρεί...»

3.2.9.4 Θεωρίες Προσωπικότητας

Έχουν περιγραφεί διάφοροι τύποι προσωπικότητας όπως η προσωπικότητα τύπου Α με υψηλό βαθμό εχθρότητας που εκνευρίζεται εύκολα και καυγαδίζει και η τύπου Β που έχει πιο ήπια συμπεριφορά (Ferns, 2007)

3.2.9.5 Κοινωνικογνωστικές θεωρίες –περιβάλλον.

Ο Bandura (1973) θεωρεί ότι έκθεση σε άμεση (δρα το ίδιο το υποκείμενο) ή έμμεση εμπειρία (βλέπει άλλους να δρουν επιθετικά), τείνει προς επιθετική συμπεριφορά, ως αποτέλεσμα κοινωνικής μάθησης, μέσω της μίμησης, πράγμα που όπως λέει ο Παπαδόπουλος (1997) συμμερίζονται οι σύγχρονοι ερευνητές, τουλάχιστον για τις περιπτώσεις των συστηματικών εγκληματιών και ευκαιριακά επιθετικών ατόμων.

Η υπόθεση της ματαίωσης – επιθετικότητας (frustration–aggression) ήτοι διάψευση προσδοκιών και ελπίδων του ατόμου και ενδεχομένως μετατόπιση σε άλλους «στόχους». Όμως οι (Dollard-Miller 1939) που την θεμελίωσαν όπως λέει ο Παπαδόπουλος 1997, θεωρούν ότι δεν είναι η επιθετικότητα πρωταρχική και έμφυτη στον άνθρωπο αλλά εκδήλωση ακριβώς του πολιτισμένου ανθρώπου που βρίσκεται σε συνεχή ανταγωνισμό και αποστερήσεις.

Όλες οι θεωρίες και καθεμιά με τον δικό της τρόπο εξηγούν και προσθέτουν κατανόηση στο φαινόμενο της βίας και επιθετικότητας στον χώρο των ΤΕΠ, για παράδειγμα η υπόθεση της ματαίωσης –επιθετικότητας εξηγεί την επιθετικότητα που αναπτύσσει ο ματαιωμένος ασθενής, μετά την πολύωρη αναμονή για εξέτασή του και τις συνοδές γραφειοκρατικές διαδικασίες αλλά ταυτόχρονα και τον θυμό του νοσηλευτή που από την μια προσπαθεί να εξυπηρετήσει και να φροντίσει τον ασθενή αλλά από την άλλη αδυνατεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες του συστήματος που σε πολλές περιπτώσεις είναι πέρα από τις δυνατότητές του.

3.2.10 Το τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)

Ο ρόλος του ΤΕΠ είναι να υποδέχεται τους ασθενείς, να βοηθάει στην ανακούφιση τους, τη διάγνωση του προβλήματος υγείας τους και την θεραπεία τους. Ταυτόχρονα, αποτελεί ένα κριτικό περιβάλλον φροντίδας με την έννοια της αξιολόγησης του ασθενούς και της άμεσης σε πολλές περιπτώσεις δράσης. Για το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την Grilly (2004) αποτελεί την «πρώτη γραμμή μάχης».

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες κατά την (Ασκητοπούλου, 2009):

- Υποδέχεται, αντιμετωπίζει, διαγιγνώσκει και θεραπεύει το υπερ-επείγον περιστατικό και αυτό που απαιτεί άμεση αναζωογόνηση στη δική του ΜΕΘ ή ΜΑΦ για 12 έως 48 ώρες ανακουφίζοντας έτσι τη ΜΕΘ του νοσοκομείου, που δεν δέχεται βαρέως πάσχοντες που απαιτούν βραχυπρόθεσμη νοσηλεία.
- Υποδέχεται, σταθεροποιεί και ανάλογα διαγιγνώσκει ή/και θεραπεύει το υπερ-επείγον και επείγον περιστατικό πριν το προωθήσει ή/όχι για οριστική διάγνωση ή θεραπεία σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου (αξονικός τομογράφος, χειρουργεία, νοσηλευτικός όροφος).
- Υποδέχεται και αντιμετωπίζει προσωρινά ή οριστικά το επείγον ή μη-επείγον περιστατικό, το οποίο μπορεί να νοσηλεύσει στη Βραχεία Νοσηλεία για 6- 48 ώρες, εφόσον έχει μία μη ξεκαθαρισμένη αλλά οξεία κλινική εικόνα μέχρις ότου γίνει η τελική του αξιολόγηση και αποφασιστεί εάν χρειάζεται ή όχι εισαγωγή στο νοσοκομείο.
- Κατευθύνει τους ασθενείς με μη-επείγοντα προβλήματα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη του ΤΕΠ ή στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου.
- Οργανώνει και συντονίζει το μαζικό ατύχημα ή τις μαζικές καταστροφές στην υγειονομική περιφέρεια που αυτό καλύπτει.

Η ροή των ασθενών στα επείγοντα δεν βασίζεται στην χρονική προτεραιότητα αλλά στην κλινική προτεραιότητα με βάση την βαρύτητα της κατάστασης ή της βλάβης. Η Ασκητοπούλου (2009) σύμφωνα και με τα παραπάνω θεωρεί ότι ένα από τα κυριότερα πρόβλημα στα ΤΕΠ, είναι ο συνωστισμός (overcrowding).

Ο ρόλος του τμήματος επειγόντων περιστατικών επομένως είναι πάνω από όλα οργανωτικός και κατευθυντικός και τέλος διασυνδεδεμένος στενά με όλες τις βαθμίδες της υγείας ως σύστημα που αλληλεπιδρά.

3.3 ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στη παράγραφο αυτή θα γίνει αναφορά στην σχέση που συνδέει την παρούσα μελέτη στο θέμα της βίας και επιθετικότητας αναφορικά με τα βιώματα των νοσηλευτών στο τμήμα των επειγόντων και την πρωτοβάθμια φροντίδα.

Η πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας αποτελεί την πρώτη επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας και μπορεί να είναι είτε το κέντρο υγείας είτε πολυκλινική και

πολυιατρείο, περιφερειακά ιατρεία και ιδιώτες γιατροί αλλά και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Εκεί ο ασθενής πρόκειται να βρει γιατρό, νοσηλεύτη, μαία ή και κοινωνικό λειτουργό. Στην Ελλάδα, το σύστημα υγείας παραμένει νοσοκομειοκεντρικό και όπως λένε οι Σωτηριάδου και συν (2011) η αδυναμία οργάνωσης ενός αποτελεσματικού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας έρχεται σε ευθεία αντίθεση με τα όσα υπαγορεύει η ευρωπαϊκή στρατηγική για την υγεία (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2007). Υποσκάπτεται έτσι σοβαρά η προσπάθεια για εύρεση τρόπων βελτίωσης της ισότητας, της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ανταποκρισιμότητας του συστήματος υγείας (WHO, 2004).

Ο Χαραλάμπους (2010), λέει ότι στις μέρες μας ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα συστήματα Υγείας των περισσότερων κρατών είναι ο συνωστισμός που παρατηρείται στα ΤΕΠ από ασθενείς χωρίς επείγον πρόβλημα υγείας. Το φαινόμενο αυτό δυσχεραίνει την αντιμετώπιση των πραγματικά επειγόντων περιστατικών, μειώνει την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών στο ΤΕΠ αυξάνοντας παράλληλα τις συνολικές δαπάνες.

Όπως είναι φυσικό, τα ΤΕΠ λειτουργούν σαν δομές πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας σε πολλές περιπτώσεις. Υποδέχονται μεγάλο μέρος των ασθενών χωρίς επείγον πρόβλημα υγείας σε έναν χώρο που είναι δομημένος για να περιθάλλει το επείγον περιστατικό. Με την παραδοχή αυτή, η παρούσα εργασία ασχολούμενη με το θέμα της βίας και επιθετικότητας αναφορικά με το βίωμα των νοσηλευτών, επιχειρεί να φωτίσει αυτήν την διάσταση της σχέσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τα περιστατικά της βίας, δεχόμενοι ότι η αυξημένη προσέλευση στους χώρους των επειγόντων, τα ευνοεί.

Σύμφωνα με την διακήρυξη της Άλμα Άτα του Παγκόσμιου οργανισμού υγείας για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Άλμα-Άτα, Ε.Σ.Σ.Δ., 6-12 Σεπτεμβρίου 1978): «Βασικός σκοπός της λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι να περιορίζει την καταφυγή στην νοσοκομειακή περίθαλψη».

Επομένως η σχέση της παρούσας μελέτης με την πρωτοβάθμια φροντίδα είναι έμμεση, ειδική μέσα σε ένα ολιστικό επίπεδο ερμηνείας.

4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται το αντιληπτικό περίγραμμα της παρούσας ποιοτικής έρευνας βάσει του οποίου σχεδιάστηκε η εργασία και στη συνέχεια παρουσιάζεται η μεθοδολογία και τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων.

4.1 ΑΝΤΙΛΗΠΤΙΚΟ ΠΕΡΙΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΗ

Το αντιληπτικό περίγραμμα περιλαμβάνει το σύνολο των πεποιθήσεων και πιστεύω του ερευνητή για την φύση, την αλήθεια και το είδος του κόσμου και της πραγματικότητας στην οποία ζούμε. Στην παρούσα εργασία, χρησιμοποιήθηκε το σχετικιστικό –κονστρουκτιβιστικό παράδειγμα σκέψης (constructivist conceptual framework). Σύμφωνα με αυτό το επιστημονικό παράδειγμα σκέψης, η πραγματικότητα ορίζεται ως αυτή που δημιουργείται ατομικά και προσωπικά από τον καθένα μας και που μοιράζεται σε κοινωνικό επίπεδο (Μαντζούκας, 2003). Ο Μαντζούκας (2003) αναφέρει:

« μια έρευνα που εντάσσεται στο σχετικιστικό παράδειγμα σκέψης δεν μπορεί ποτέ να αποκτήσει μια ακριβή και απόλυτη γνώση της κάθε ατομικής πραγματικότητας. Εκείνο που μπορεί να καταφέρει είναι να αναπαράγει το σύνολο των πραγματικοτήτων που μελετά μέσα από την προσωπική πραγματικότητα του ερευνητή. Η πραγματικότητα για το σχετικιστικό παράδειγμα παραμένει πάντοτε ανοιχτή για περαιτέρω ερμηνείες και εξηγήσεις και ποτέ δεν μπορεί να υπάρξει μια τελική επεξήγησή της παρά μόνο καλύτερες και πιο εμπειριστατωμένες ερμηνείες.» (σελ. 410)

Στην παρούσα εργασία επιλέχθηκε το συγκεκριμένο περίγραμμα σκέψης αφενός μεν, γιατί αποτελεί ένα από τα είδη των παραδειγμάτων σκέψης που σχετίζεται με τις ποιοτικές ερευνητικές μελέτες και αφετέρου διότι το θέμα της βίας και επιθετικότητας αποτελεί ένα αντικειμενικό, με έναν σαφώς προσδιορισμένο δρώντα πρόσωπο να παράγει τέτοιες συμπεριφορές αλλά ταυτόχρονα και ένα υποκειμενικό θέμα που κανείς δίνει τις δικές του αποκλειστικές ερμηνείες ανάλογα,

με το κοινωνικό φόντο και τις εμπειρίες του. Όπως λέει ο Ferns (2006) αναφερόμενος στους Lanza & Campbell (1991) η βία είναι περισσότερο υποκειμενικό φαινόμενο καθώς κανείς δίνει τις δικές του ερμηνείες για αυτήν, περνώντας της μέσα από την προσωπική του εμπειρία και τις διαπροσωπικές του συγκρούσεις.

Με το ερευνητικό κεντρικό ερώτημα της εργασίας που είναι πώς αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές την βία και την επιθετικότητα στον χώρο που εργάζονται, αναμένεται να αναδυθούν και διαφορετικές ερμηνείες αλλά και κοινές τοποθετήσεις αφού ασφαλώς ο καθένας το βιώνει με διαφορετικό τρόπο αλλά στο ίδιο πάντα πλαίσιο - χώρο.

Με βάση αυτές τις αναφορές ο ερευνητής θα παρουσιάσει συνοπτικά τις δικές του τοποθετήσεις για το φαινόμενο της βίας και επιθετικότητας που είναι το θέμα που ερευνάται. Ο ερευνητής ως κεντρικό πρόσωπο της ποιοτικής έρευνας (Μαντζούκας 2007) είναι ενήμερος για τις ιδεολογικές του πεποιθήσεις και τον τρόπο που θα επηρεάσουν την μελέτη του καθώς αυτός θα αντανακλά μέσω των ερμηνειών του τις πεποιθήσεις των συμμετεχόντων (Μαντζούκας 2005). Στην ποιοτική έρευνα ο ίδιος ο ερευνητής είναι το ερευνητικό εργαλείο, άρα πρόκειται για αναπόσπαστο κομμάτι και καθοριστικό παράγοντα στην έκβαση της έρευνας. Αποτελεί έναν ενεργητικό αποδέκτη της όλης ερευνητικής διαδικασίας, ένα παρατηρητή και παρατηρούμενο ταυτόχρονα. (Pezalla et al .2012).

Η βία και η επιθετικότητα είναι το φαινόμενο που συνοδεύει τον άνθρωπο από την εξέλιξή του. Αποτέλεσε μέσο επιβίωσης εξελικτικά αλλά στην πορεία υπέστη πολλές μεταβολές υπό το βάρος των κοινωνικοπολιτισμικών εξελίξεων. Κατά ένα μεγάλο μέρος θεωρείται προϊόν κοινωνικής μαθήσεως, αλλά και μαθήσεως της διατήρησης αυτής της συμπεριφοράς μέσα στον χρόνο, πράγμα που σημαίνει ότι διατηρείται και παραμένει γιατί εξυπηρετεί ψυχικά το άτομο και γιατί κοινωνικές διαδικασίες παρεμβάλλονται και την ενισχύουν.

Γεγονός είναι ότι οι κατηγοριοποιήσεις που έχει επιβάλλει η κοινωνία για να θεμελιώσει το δίκαιο ή το άδικο, το σωστό ή το λάθος, το φυσιολογικό ή το αποκλίνον είναι περιοριστικές για το ψυχή του ανθρώπου που κατέχει την ελεύθερη ροπή προς το αγαθό.

Οι εκδηλώσεις βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς δεν είναι άσχετες με το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο επισυμβαίνουν. Ειδικότερα για τις εκδηλώσεις αυτές μέσα στον χώρο των επειγόντων περιστατικών, ο τρόπος λειτουργίας του συστήματος υγείας, η εξάρτηση των ατόμων από το

νοσοκομειοκεντρικό μοντέλο υγείας, οι ανισότητες στην υγεία και το αίσθημα της αδικίας των ατόμων, ο φόβος και η ανασφάλεια που νοιώθουν και που ενισχύονται από τα ΜΜΕ, έχουν δημιουργήσει έναν τύπο ανθρώπου που φοβούμενος διαρκώς για το ότι δεν θα του παρασχεθεί αυτό που του αξίζει, τον εξοργίζει. Τέλος, οι άνθρωποι διέπονται από την καταναλωτική, ατομικιστική αντίληψη της εποχής μας και θεωρούν την επίσκεψη στα ΓΕΠ και την παροχή φροντίδας ως ένα οποιοδήποτε καταναλωτικό προϊόν.

Κατά τους Τζανάκη και Σαββάκη (2007, σελ 122) η αποφυγή εμπλοκής του ερευνητή στις ποιοτικές έρευνες είναι μάλλον αδύνατη και δεν κρίνεται πάντα μεθοδολογικά σκόπιμη αφού η αποστασιοποίηση του ερευνητή από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, η υπερβολική τυπικότητα και ο φορμαλισμός φαίνεται να οδηγούν και στην αποστασιοποίηση των συμμετεχόντων. Έτσι στην παρούσα έρευνα, λαμβάνοντας υπόψη τα προαναφερθέντα, έγινε προσπάθεια ανοιχτής επικοινωνίας, με σεβασμό στη εμπειρία και τα συναισθήματα των συμμετεχόντων στο φαινόμενο της μελέτης.

4.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στο παρόν υποκεφάλαιο παρουσιάζονται η μεθοδολογία, οι μέθοδοι συλλογής δεδομένων, η διαδικασία συλλογής και η δεοντολογία της έρευνας.

Η παρούσα μελέτη ανήκει στην ποιοτική έρευνα και έχει για παράδειγμα σκέψης το κονστρουκτιβιστικό μοντέλο. Κατά τον Μαντζούκα (2003) επιδίωξη του ερευνητή στην ποιοτική έρευνα είναι να εξερευνήσει και να κατανοήσει σε βάθος τις υποκειμενικές αντιλήψεις, πεποιθήσεις και εμπειρίες συγκεκριμένων προσώπων αναφορικά με κάποιο φαινόμενο ώστε να δημιουργηθεί μια βαθύτερη, αρτιότερη και περισσότερο επεξεργασμένη γνώση για το υπό έρευνα φαινόμενο, η οποία θα περιέχει μια ολιστική και βαθύτερη ερμηνεία για τους συμμετέχοντες και το περιβάλλον τους σε σχέση με το φαινόμενο της έρευνας.

Στην ποιοτική έρευνα, ο ερευνητής δεν θεωρεί ότι το αντικείμενο της μελέτης του αντίκειται και άρα χρειάζεται να μετρηθεί και να εξηγηθεί όσο ότι το αντικείμενο της έρευνάς του είναι υποκείμενο που δημιουργεί το ίδιο τα νοήματα και την πραγματικότητά του.-πιθανότητα διαφορετική από την αντικειμενική κοινωνική πραγματικότητα (Λυδάκη 2007, σελ71). Στην παρούσα εργασία επιλέχθηκε η

ποιοτική έρευνα επειδή δίνεται η δυνατότητα να ακουστεί η «φωνή» των υποκειμένων, (Λυδάκη, 2007, σελ 70) να αποδοθούν οι σημασίες της καθημερινής εμπειρίας των νοσηλευτών για την βία και την επιθετικότητα και οι επιδράσεις αυτής της εμπειρίας τους στην κατασκευή του νοήματος.

«Επιπλέον τα συναισθήματα και η υποκειμενικότητα του ερευνητή και των συμμετεχόντων είναι θεμελιά στην ποιοτική έρευνα. Μέσω διερευνητικών ερωτήσεων εμβαθύνει σε σκέψεις, συναισθήματα στάσεις και συμπεριφορές.» (Nelson & Prilleltensky, 2005)

4.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ

Τον χώρο που επιλέχθηκε για να πραγματοποιηθεί αυτή η εργασία που αφορά το βίωμα των νοσηλευτών των επειγόντων για την βία και την επιθετικότητα αποτέλεσε ένα γενικό πανεπιστημιακό νοσοκομείο στην πόλη της Θεσσαλονίκης και συγκεκριμένα το τμήμα επειγόντων του νοσοκομείου αυτού.

Ειδικότερα ο συγκεκριμένος χώρος που επιλέχθηκε, ήταν το γραφείο που βρίσκεται στον χώρο των ΤΕΠ του νοσοκομείου, όπου αποτελεί και χώρο καθημερινής συνάθροισης για ατομικές και ομαδικές ενημερώσεις του προσωπικού. Το σκεπτικό πίσω από αυτή την επιλογή ήταν να είναι οικείος ο χώρος και φιλικός προς τους συνεντευξιαζόμενους και ταυτόχρονα απροσπέλαστος από θορύβους και διακοπές, για να πραγματοποιηθούν οι συνεντεύξεις.

4.4 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στην παρούσα ποιοτική έρευνα το δείγμα αποτέλεσαν νοσηλευτές εργαζόμενοι στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Αυτή η ομάδα εργαζομένων θεωρήθηκε ως κατάλληλη και επαρκής στο να παρέχει πληροφορίες για το υπό έρευνα θέμα διότι σ' αυτή την ομάδα εργαζομένων στοχεύει η παρούσα έρευνα να ερμηνεύσει και να κατανοήσει σε βάθος την εμπειρία της, αναφορικά με βία και την επιθετικότητα που βιώνει κατά την άσκηση της Νοσηλευτικής.

Οι συνήθειες δειγματοληπτικές τεχνικές στην ποιοτική έρευνα είναι η χρήση του βολικού δείγματος (convenience) που βασίζεται στην τυχαιότητα, του σκόπιμου

(purposive) δείγματος, που στόχος είναι η εξερεύνηση και η περιγραφή των νοσημάτων και των καταστάσεων που αντιμετωπίζουν συγκεκριμένα άτομα που ενδεχομένως είναι γνώριμα στον ερευνητή (Marshall 1996) και στο ερευνητικό θέμα, η τεχνική (snowball) ή «από στόμα σε στόμα» όπου κάποιος συμμετέχων συστήνει σε κάποιον άλλον την συνδρομή του στην μελέτη, η τεχνική ποσόστωσης (quota) που έχει στόχο να χρησιμοποιηθεί ποσοστό δείγματος που πιθανολογείται ότι δεν θα αντιπροσωπευθεί επαρκώς σε σκόπιμο ή βολικό δείγμα και η μελέτη περίπτωσης (case study) όπου επιλέγεται ένα άτομο ή οργανισμός ως εξειδικευμένο σε κάθε περίπτωση για να μιλήσει για το ερευνηθέν θέμα (Luborsky & Rubinstein 1995).

Η δειγματοληψία στην παρούσα εργασία είναι σκόπιμη (purposive sampling) και το δείγμα σκόπιμο και όχι τυχαίο, έχει επιλεγεί, δηλαδή οι νοσηλευτές του ΤΕΠ, διότι έχει την γνώση, τα χαρακτηριστικά και την θέληση να δώσει σε βάθος και ολοκληρωμένες απαντήσεις για το θέμα της μελέτης (Μαντζούκας 2007, σελ93) και επιπλέον βιώνει την βία και επιθετικότητα μέσα στην εργασιακή του κουλτούρα.(Grilly, 2004)

Καθοριστικό ρόλο στη διεξαγωγή αυτής της μελέτης παίζει η εμπειρία των υποκειμένων, γιατί σύμφωνα με τις παραδοχές του κοινωνικού κονστρουκτιβισμού (Gergen, 1985), οι περιγραφές και οι εξηγήσεις για τα πράγματα δεν μπορεί να είναι ουδέτερες αλλά επιτελούν μορφές κοινωνικής δράσης, πράγμα που σημαίνει ότι συντηρούνται κάποια μοτίβα σε βάρος ή όφελος κάποιων άλλων. Η εμπειρία, αυτή των υποκειμένων εξετάζεται από την πλευρά της οργάνωσης της και του νοήματος που της προσδίδουν τα άτομα. Για αυτό μελετάται το φαινόμενο μέσα στο φυσικό πλαίσió του, με τα φυσικά πρόσωπα που το αποτελούν, και ασχολείται με την λεπτομέρεια και την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης εμπειρίας.

Ο αριθμός του δείγματος δηλαδή των νοσηλευτών στο ΤΕΠ, είναι δέκα άτομα (10), απόφοιτοι ανώτερης εκπαίδευσης της Νοσηλευτικής, και έχουν ο καθένας τους εμπειρία στον χώρο των επειγόντων πάνω από τρία χρόνια (μικρότερη εμπειρία τα τρία χρόνια και μεγαλύτερη τα 12 χρόνια), στο ίδιο τμήμα. Η συγκεκριμένη επιλογή ατόμων που εργάζονται στα ΤΕΠ στηρίζεται στο σκεπτικό ότι πραγματοποιούν όλες τις βάρδιες και για αυτό είναι απαλλαγμένοι από περισσότερο διοικητικά καθήκοντα πράγμα που δεν θα επέτρεπε την εμπλοκή τους με προσερχόμενους ασθενείς αλλά και ταυτόχρονα πραγματοποιούν διαλογή ασθενών (triage) στην υποδοχή των επειγόντων. Η διαλογή ασθενών που βρίσκεται στον χώρο

υποδοχής του τμήματος των επειγόντων θεωρείται μια θέση για τους νοσηλευτές, όπου υποδέχεται τα περιστατικά και σύμφωνα με την βιβλιογραφία είναι η περιοχή που αναπτύσσονται επιθετικές συμπεριφορές (Pane et al 1991; Jones & Lyneham 2000; Grilly, 2004; Lau, 2004; Pich et al, 2010) Όσον αφορά τα χρόνια της επαγγελματικής εμπειρίας των νοσηλευτών, ήταν γνώριμο στον ερευνητή από την δική του εμπειρία, ότι η τοποθέτηση των νοσηλευτών στο ΤΕΠ από την νοσηλευτική υπηρεσία έχει ως ένα από τα κριτήρια σκοπιμότητας, την επαγγελματική τους εμπειρία και αναμενόταν ότι οι νοσηλευτές του δείγματος θα είχαν προϋπηρεσία στο ΤΕΠ.

Πρόκειται για ένα μικρό αριθμό δείγματος, διότι σύμφωνα με τον Μαντζούκα (2007), αφενός μεν στις ποιοτικές έρευνες, ο αριθμός του δείγματος δεν είναι μεγάλος, αφού η ποιοτική έρευνα στοχεύει στην απόδοση της υποκειμενικής εμπειρίας των ατόμων ως εξατομικευμένη διεργασία, αφετέρου στην έρευνα σύμφωνα με το αντιληπτικό σχετικιστικό περίγραμμα δε μπορεί να αποκτηθεί απόλυτα η ακριβής γνώση της αλήθειας και της ατομικής πραγματικότητας.

4.5 ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στην παρούσα μελέτη σύμφωνα με το σκεπτικό και τα στοιχεία που αναλύθηκαν μέχρι τώρα στην μεθοδολογία τηρήθηκαν τα ακόλουθα κριτήρια επιλογής του δείγματος: 1. Να έχουν επαγγελματική εμπειρία 2 Να κάνουν triage (διαλογή ασθενών) αλλά και να ασχολούνται με το σύνολο της νοσηλευτικής φροντίδας των επειγόντων. 3. Να έχουν νοσηλευτική εκπαίδευση.

Αντίστοιχα, τηρήθηκαν τα ακόλουθα κριτήρια αποκλεισμού του δείγματος: 1. Να απευθύνεται μόνο σε γυναικείο δυναμικό. 2. Να μην πληρούν τα παραπάνω κριτήρια επιλογής.

Σε γενικές γραμμές τα χαρακτηριστικά του πληθυσμιακού δείγματος συνοψίζονται στον **Πίνακα 4.1** που ακολουθεί.

Πίνακας 4.1 Χαρακτηριστικά πληθυσμιακού δείγματος σε συνολικό αριθμό 10 ατόμων (N=10).

Χαρακτηριστικά πληθυσμού	Αριθμός Ατόμων
Άντρες	2
Γυναίκες	8
Νοσηλευτική Εκπαίδευση	10
Εμπειρία ΤΕΠ	3-12 Έτη
Συμμετοχή σε TRIAGE	10

4.6 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Οι συνήθεις μέθοδοι συλλογής δεδομένων στην ποιοτική έρευνα και οι πιο χαρακτηριστικές είναι η παρατήρηση και η συνέντευξη. Χρειάζεται να είναι είτε μη δομημένοι, είτε ημιδομημένοι. Υπάρχουν πολλά είδη συνέντευξης από τις εντελώς αδόμητες έως και τις εξαιρετικά δομημένες. Συγκεκριμένα σύμφωνα με τον Μαντζούκα (2007), η δομημένη συνέντευξη περιλαμβάνει μια σειρά προκαθορισμένων από τον ερευνητή ερωτήσεων και απαντήσεων όπου ο συμμετέχων μπορεί να επιλέξει, γεγονός που περιορίζει τους συμμετέχοντες στις απαντήσεις τους με αποτέλεσμα ο ερευνητής να μην καταγράφει τις προσωπικές πεποιθήσεις, αντιλήψεις και εμπειρίες τους αλλά πώς αυτές χωρούν μέσα στις προκαθορισμένες ερωτήσεις

Στην παρούσα εργασία, χρησιμοποιήθηκαν ως εργαλεία συλλογής δεδομένων, τόσο οι ημιδομημένες συνεντεύξεις όσο και ο ίδιος ο ερευνητής ως ερευνητικό εργαλείο. Στις ημιδομημένες συνεντεύξεις που επιλέχθηκαν και από την συγκεκριμένη έρευνα και προτιμώνται στις ποιοτικές έρευνες, υπάρχει ένα είδος οδηγού συνέντευξης μια σειρά σημείων και παραγόντων που ο ερευνητής θέλει να καλύψει που όμως δεν ρωτώνται όλες απαραίτητα κατά γράμμα καθώς υποβάλλονται και άλλες διευκρινιστικές ερωτήσεις για πληρέστερες απαντήσεις από τον συμμετέχοντα και καλύτερη κατανόηση των απαντήσεών του, ώστε το αποτέλεσμα να αποτελεί μια αφηγηματική διαδικασία της εμπειρίας του (Μαντζούκας, 2007). Η ημιδομημένη συνέντευξη θεωρείται η καταλληλότερη για την παρούσα έρευνα, για δύο λόγους που οφείλονται τόσο στα χαρακτηριστικά του ερευνητή όσο και στην επιστημολογία. Μολονότι οι αδόμητες συνεντεύξεις απαιτούν

μεν ανοιχτό και ειλικρινή διάλογο και συζήτηση με τους συμμετέχοντες, χρειάζεται δε εμπειρία του ερευνητή, ειδικά του νέου για να μην «παρασυρθεί» στην αλληλεπίδραση με τους συμμετέχοντες. Και από την άλλη μεριά και στα δύο είδη συνεντεύξεων δεν απαιτείται να έχει ο ερευνητής συγκεκριμένη ερευνητική υπόθεση. (Kajornboon, 2005)

Οι δέκα ημιδομημένες συνεντεύξεις των νοσηλευτών πραγματοποιήθηκαν με την χρήση μαγνητοφώνου και στην συνέχεια απομαγνητοφωνήθηκαν και καταγράφηκαν γραπτώς αφού είχαν ακουστεί πολλές φορές από τον ερευνητή. Όταν η έρευνα έχει έναν ποιοτικό προσανατολισμό, ο ερευνητής επιδιώκει μέσα από ένα ευέλικτο και ανοιχτό σχήμα συνέντευξης να καταφέρει να δώσει ο ερωτώμενος τις δικές του ερμηνείες και περιγραφές, χρησιμοποιώντας δικές του εννοιολογικές κατηγορίες (Κυριαζή, 1999), γεγονός που καθιστά τον συμμετέχοντα περισσότερο ελεύθερο να εκφράσει ότι επιθυμεί χωρίς να του επιβάλλει η έρευνα συγκεκριμένες έννοιες ή κατηγορίες.

4.6.1 Οι ερωτήσεις

Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη, είναι διαφόρων ειδών, όπως ανοικτές ερωτήσεις (open questions), οι οποίες αφήνουν τον ερωτώμενο ελεύθερο να αναπτύξει την απάντηση του δίχως προκαθορισμούς, (Ιωσηφίδης, 2003) δηλαδή ερωτήσεις με το «πώς» και «τι». Οι ερωτήσεις αυτές επιδιώκουν την διερεύνηση των σκέψεων και συναισθημάτων. Η Berry (1999) αναφερόμενη στον (Patton 1987) μιλά για τα είδη ερωτήσεων στην ποιοτική έρευνα, ορισμένες από τις οποίες, χρησιμοποιήθηκαν και στην παρούσα εργασία: διερευνητικές (probe and follow-up questions) όπως «τι ακριβώς εννοείς; έχεις κάποιο παράδειγμα;» (και στον Kvale (1996): ερμηνευτικές ερωτήσεις (interpret questions) «εάν κατάλαβα καλά, έχεις πει ότι ...»

Με τις ερωτήσεις αυτές που επιλέχθηκαν και στην παρούσα εργασία σύμφωνα με την Berry (1999) επιχειρείται μια περισσότερο εν τω βάθει και ολιστική ερμηνεία του μελετώμενου θέματος. Παραδείγματος χάριν πώς αντιλαμβάνεσαι την βία και επιθετικότητα εδώ στον χώρο που εργάζεσαι; τι σημαίνει για σένα βία και επιθετικότητα στον χώρο της εργασίας σου.

Θεματική «ομπρέλα» της συνέντευξης και ένας είδος οδηγού αποτελούν οι εξής περιοχές:

- Τι θεωρεί ο ερωτώμενος βία και επιθετικότητα στην συμπεριφορά και γιατί, ποια είναι τα κριτήριά του στην αξιολόγησή του. Συζήτηση επί αυτών των κριτηρίων.
- Έγινε μάρτυρας ποτέ τέτοιου είδους συμπεριφορών και από ποιους.
- Ποιες είναι οι συνηθέστερες επιθετικές συμπεριφορές που αυτός αντιμετώπισε, που οφείλονται κατά την γνώμη του.
- Πώς το αντιμετώπισε, τι τον βοήθησε και τι όχι, τι τον δυσκόλεψε.
- Πώς ένοιωσε.
- Πιστεύει ότι χρειάζεται αντιμετώπιση και πώς την φαντάζεται.
- Εάν έχει παρατηρήσει κάποια αλλαγή στις ερμηνείες του για το θέμα με τον χρόνο.

4.6.2 Η διαδικασία της συνέντευξης

Το δείγμα αποτέλεσαν οι νοσηλευτές ανώτερης εκπαίδευσης του ΤΕΠ, που πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής. Μέσω του ημερήσιου προγράμματος εργασίας τους, στο οποίο επιτράπηκε η πρόσβαση του ερευνητή από τη υπηρεσία τους, εντοπίστηκαν αρχικά και στην συνέχεια ο ερευνητής έβρισκε έναν –έναν χωριστά .

Αρχικά επιχειρήθηκε προφορική επικοινωνία με τους συμμετέχοντες, ανάλογα με το ωράριο εργασίας τους και εξηγήθηκαν οι στόχοι, οι σκοποί, το θέμα της έρευνας και ο χρόνος και ο τόπος της έρευνας. Τα παραπάνω στοιχεία τους δόθηκαν και γραπτώς για να έχουν το χρόνο να τα αξιολογήσουν. Η ημερομηνία και η ώρα συνάντησης με τον καθένα/καθεμία χωριστά καθοριζόταν αφού συναινούσαν αρχικά και σύμφωνα με το δικό τους πρόγραμμα. Έτσι αφού συναινούσαν, ο καθορισμός της συνάντησης για την συνέντευξη γινόταν την μέρα και την ώρα που ήταν πιο βολική για αυτούς. Η ημέρα που επιλέγονταν συνήθως ήταν η μεθεπομένη μιας εφημερίας και προς το μεσημέρι που είχαν τελειώσει μεγάλο μέρος των υποχρεώσεων τους.

Στην συνέχεια στον προκαθορισμένο χώρο και χρόνο υπέγραφαν την φόρμα ενήμερης συγκατάθεσης εθελούσια χωρίς να ασκηθεί πίεση και ξεκινούσε η διαδικασία της μαγνητοφώνησης. Ταυτόχρονα ο ερευνητής κατέγραφε αυτά που θεωρούσε σημαντικά από τα λεγόμενα, σε τετράδιο με σκοπό να προσδιορίσει

ακριβώς τα λεγόμενα σε βάθος. Εάν κάποιος, επιθυμούσε να διακοπεί για κάποιο λόγο η συνέντευξη, είχε λεχθεί από πριν ότι ήταν ελεύθερος οποτεδήποτε να το κάνει, χωρίς καμία συνέπεια.

Ο χρόνος της συνέντευξης ήταν περίπου 50 λεπτά (η μικρότερη διήρκησε 35 λεπτά και η μεγαλύτερη 55 λεπτά, με μέσο όρο (Μ.Ο) διάρκειας τα 45 λεπτά). Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε διάστημα ενός μήνα, τον Μάιο του 2013.

4.7 ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Στην παρούσα έρευνα ως ποιοτική εργασία αναζητήθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν και έγιναν απόλυτα σεβαστές οι βασικές αρχές δεοντολογίας του κώδικα δεοντολογίας της συνθήκης του Ελσίνκι (2008): ο σεβασμός των ατόμων της έρευνας με την εθελοντικότητα της συμμετοχής τους, την πληροφορημένη συγκατάθεσή τους πριν και κατά την διάρκεια της έρευνας, της ιδιωτικότητας και εμπιστευτικότητας των παρεχόμενων πληροφοριών, της αυτοδιάθεσης και δικαιωμάτων άρνησης των συμμετεχόντων, της προστασίας της αξιοπρέπειάς τους.

Με αυτές τις βασικές αρχές κατευθυνόμενος ο ερευνητής παρείχε με σεβασμό και ισότητα όλες τις απαραίτητες πληροφορίες στους συμμετέχοντες για το θέμα της έρευνας και τους σκοπούς και τους στόχους. Ταυτόχρονα εγγυήθηκε γραπτά μέσω της γραπτής ενήμερης συγκατάθεσης για την ανωνυμία και εμπιστευτικότητα της έρευνας προκειμένου να εξασφαλίσει την συμμετοχή των ερωτώμενων και διαβεβαίωσε γραπτώς μέσω της συγκατάθεσης για την εθελοντική φύση της εργασίας και της μη βλαπτικής κατά οιοδήποτε τρόπο μεταβολής των ερωτώμενων.

Η εθελοντικότητα και η αυτοδιάθεση των συμμετεχόντων επιτεύχθηκε μέσω της κατάλληλης προετοιμασίας δηλαδή της γραπτής, ενήμερης συγκατάθεσης αλλά και της προφορικής αρχικής επικοινωνίας που συνοδευόταν από γραπτή ενημέρωση των στόχων, σκοπών και σκεπτικού της έρευνας, όπως και της συγκατάθεσης ηχογράφησης της συνέντευξης. Η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα εξασφαλιζόταν από την τήρηση και φύλαξη αρχείου ηχογράφησης αποκλειστικά από τον ερευνητή και για τον σκοπό της έρευνας χωρίς διαρροή στοιχείων και ταυτόχρονα με το κωδικοποιημένο υλικό του περιεχομένου των συνεντεύξεων.

Ο σεβασμός των προσώπων μέσω της ατομικότητας της συνέντευξης, του σεβασμού στην αυτοδιάθεση των συμμετεχόντων πριν και κατά την διάρκεια της συνέντευξης και της αποκλειστικής χρήσης του υλικού για τους σκοπούς της παρούσης, όπως και η ενημερότητα των συμμετεχόντων για την ταυτότητα του ερευνητή.

Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα υπέγραψαν ειδική φόρμα συγκατάθεσης (δείτε Παράρτημα I) η οποία δημιουργήθηκε από τον ερευνητή και αναφερόταν στην διάρκεια της συνέντευξης, στην εθελοντική της φύση, την τήρηση ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας σύμφωνα με τις αρχές της επιστημονικής δεοντολογίας και την καταγραφή των δεδομένων, με την χρήση μαγνητοφώνου καθώς και την διακοπή της συνέντευξης οποτεδήποτε νοιώσει την ανάγκη.

4.8 ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Στη παράγραφο αυτή παρουσιάζεται η μέθοδος με την οποία αναλύθηκαν τα δεδομένα, ο τρόπος επεξεργασίας τους και ο πίνακας με τις θεματικές ενότητες που προέκυψαν μετά την ανάλυση του περιεχομένου του λόγου των συνεντεύξεων.

Στην φάση αυτή και μετά την πραγματοποίηση των συνεντεύξεων, το υλικό που συλλέχθηκε, απομαγνητοφωνήθηκε και μετατράπηκε σε αρχείο κειμένου για να επεξεργαστεί σύμφωνα και με τον Μαντζούκα (2007). Στην συνέχεια το αρχείο αυτό αναγνώστηκε πολλές φορές για να κατανοηθεί..και να ξαναθυμηθεί ο ερευνητής τα δεδομένα. Η φάση αυτή της ανάλυσης, είναι ιδιαίτερα σημαντική όπως λέει ο Ιωσηφίδης (2003) για να αποδοθούν τα νοήματα αλλά και να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα ή άλλα που προέκυψαν στην διαδικασία.

Μετά την ανάγνωση, δόθηκαν στο υλικό των συνεντεύξεων κωδικοί. Αυτοί οι κωδικοί, κάλυπταν ενότητες του περιεχομένου των συνεντεύξεων. Όμοιοι κωδικοί που προέκυπταν κατά την διαδικασία της σύγκρισης, εντάσσονταν σε μια κατηγορία που αντιπροσώπευε μια ευρύτερη θεματική ενότητα.. Κατά τον Μαντζούκα, (2007) οι θεματικές ενότητες συνήθως δεν ξεπερνούν τους μονοψήφιους αριθμούς διαφορετικά απαιτείται περαιτέρω ανάλυση.

Μετά την ομαδοποίηση των κωδικών και την κατασκευή των κατηγοριών που περιελάμβαναν, το υλικό κατέληξε σε δύο θεματικές ενότητες με τέσσερις και δύο κατηγορίες αντίστοιχα (**Πίνακας 5.1**).

Στη παράγραφο αυτή, παρουσιάστηκε ο τρόπος που αναλύθηκαν οι συνεντεύξεις, πραγματοποιήθηκε ανάλυση του περιεχομένου των συνεντεύξεων και έγινε διαχωρισμός σε θεματικές ενότητες σχετικά με την ερμηνεία και την απόδοση της επιθετικής συμπεριφοράς στους χώρους των επειγόντων από το νοσηλευτικό προσωπικό και σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί.

5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΠΙΝΑΚΑΣ ΘΕΜΑΤΙΚΩΝ ΕΝΟΤΗΤΩΝ

Με βάση την προαναφερθείσα μεθοδολογία, συγκεντρώθηκαν τα δεδομένα και αναλύθηκαν τα αποτελέσματα των δηλώσεων από τις δέκα συνεντεύξεις και στη συνέχεια κατηγοριοποιήθηκαν. Παρακάτω θα παρουσιαστεί η διαδικασία.

Αρχικά αναγνώστηκε πολλές φορές το καταγεγραμμένο υλικό των συνεντεύξεων, στη συνέχεια κωδικοποιήθηκε σε πιο συμπυκνωμένα νοήματα και κατηγοριοποιήθηκε. Έπειτα, έγινε ερμηνεία του περιεχομένου των κατηγοριών και επεξήγηση ώστε να συνοψιστούν τελικά τα διάφορα χαρακτηριστικά σε θεματικές ενότητες για να μπορέσουν να αναλυθούν καλύτερα. Η πρώτη θεματική ενότητα που προέκυψε ήταν: «Τα πρόσωπα της βίας» που περιλαμβάνει τέσσερις κατηγορίες ερμηνείας της βίας και της επιθετικότητας στα ΤΕΠ από τους νοσηλευτές που είναι οι εξής: 1) Λεκτική επιθετικότητα, 2) ψυχολογική βία, 3) ενδοσυγκρούσεις του προσωπικού αναμεταξύ τους, και 4) Σωματικές επιθέσεις ασθενών. Η δεύτερη θεματική ενότητα με τίτλο «Όψεις της βιωμένης εμπειρίας» περιλαμβάνει δύο κατηγορίες: 1) την εξοικείωση και 2) την απώλεια ελέγχου.

Η παραπάνω διαδικασία πραγματοποιήθηκε ξεχωριστά για την κάθε μία από τις 10 συνεντεύξεις από τις οποίες προέκυψαν αντίστοιχα 10 πίνακες. Το σύνολο των πινάκων που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων κάθε συνέντευξης (1-8) παρατίθενται στο Παράρτημα ΙΙ

Στον **Πίνακα 5.1** συνοψίζονται οι θεματικές ενότητες μαζί με τις υποκατηγορίες που προέκυψαν από τον ανάλυση των δεδομένων.

Πίνακας 5.1- Θεματικές Ενότητες

Θεματική ενότητα	ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΤΗΣ ΒΙΑΣ	ΟΨΕΙΣ ΤΗΣ ΒΙΩΜΕΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ
ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	Λεκτική επιθετικότητα	Εξοικείωση
	Ψυχολογική βία	Απώλεια ελέγχου
	Ενδοσυγκρούσεις	
	Σωματικές επιθέσεις	

5.2 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ/ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Εδώ παρουσιάζονται οι διαφορετικές ερμηνείες της βίας και επιθετικότητας όπως αποδόθηκαν από τους νοσηλευτές και σύμφωνα με τα ερωτήματα –οδηγό της συνέντευξης. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες εννοιολόγησαν κατά την εμπειρία τους την βία και επιθετικότητα, ποιές είναι οι συνηθέστερες επιθετικές συμπεριφορές, από ποιούς προέρχεται, που την αποδίδουν, εάν έχουν αλλάξει τα πράγματα με τον χρόνο, πώς νοιώθουν με αυτό το φαινόμενο και πώς θεωρούν ότι μπορεί να αντιμετωπιστεί.

5.2.1 ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ 1: Τα πρόσωπα της βίας

Στην θεματική αυτή ενότητα, αναπτύσσονται οι μορφές που μπορεί να πάρει η βία στο ΤΕΠ ,τα «πρόσωπά» της δηλαδή, που είναι η λεκτική επιθετικότητα ,η ψυχολογική βία, οι ενδοσυγκρούσεις του προσωπικού, και οι σωματικές επιθέσεις.

5.2.1.1 Λεκτική επιθετικότητα

Η βία και η επιθετικότητα στον χώρο των ΤΕΠ είναι κατεξοχήν λεκτική και σχεδόν περιορίζεται σ' αυτήν πλην κάποιων εξαιρέσεων. Προέρχεται κυρίως από συνοδούς ασθενών και λιγότερο από τους ίδιους τους ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζονται να είναι σε ευάλωτη θέση και εξ αυτού δεν εκδηλώνουν επιθετικότητα. Η λεκτική επιθετικότητα προς τους νοσηλευτές περιλαμβάνει ταπεινωτικούς χαρακτηρισμούς είτε υπό μορφή σχολίων που αφορούν την εμφάνιση τους είτε ακυρωτικούς χαρακτηρισμούς που αμφισβητούν τον ρόλο του νοσηλευτή και την ταυτότητά του μέσα στον χώρο, είτε ύβρεις.

εγώ αν πήγαινα σε δημόσια υπηρεσία δεν θα μιλούσα ποτέ στον ενικό.. και δεν νομίζω ότι παίζει ρόλο η μόρφωση...»(συν 7)

..Μπορεί να υπάρχουν πολλές μορφές βίας και επιθετικότητας, με τα χέρια με τα λόγια, κυρίως εδώ στο ΤΕΠ είναι λεκτική, δεν έχουνε προχωρήσει τόσο σε σπρωξίματα, χτυπήματα κλπ, μπορεί να είναι κάποιο σχόλιο, σεξουαλικό υπονοούμενο, συμπεριφορά συναδέλφων...» (συν 3)

«η βία δεν είναι σωματική, την γεύομαι σαν λεκτική...ο άλλος έρχεται προκατειλημμένος...ίσως αυτό που φοράς- και λέει δωσ' μου νούμερο...δεν θα τα πω σε σένα...και ποιά είσαι εσύ...» (συν 8)

Οι νοσηλευτές είναι ξεκάθαροι στις ερμηνείες τους για την λεκτική επιθετικότητα, ως προς το κομμάτι της έντασης που δημιουργείται συχνά ξεκινώντας από μία ερώτηση που απευθύνεται στον νοσηλευτή από το κοινό και εξελίσσεται σε χρήση του ενικού αριθμού και υβριστικές συμπεριφορές. Η συχνή χρήση του ενικού αριθμού κατά τις προσφωνήσεις για την λήψη πληροφοριών φαίνεται να αποτελεί για τους νοσηλευτές μειωτική συμπεριφορά και υποβάθμιση του ρόλου τους ως δημόσιων λειτουργών καθώς και έλλειψη σεβασμού προς το έργο τους.

Η λεκτική επιθετικότητα γενικότερα, φαίνεται να τους αποθαρρύνει, να το βιώνουν ως πλήγμα στην αυτοεκτίμησή τους και την επαγγελματική τους αξιοπιστία και ενδεχόμενα οι προσδοκίες τους ως απάντηση, σ' αυτό που αισθάνονται, να επιβεβαιώνονται. Οι νοσηλευτές λένε συχνά, αναφερόμενοι σ' αυτό, ότι νοιώθουν αδικημένοι γιατί ενώ προσπαθούν να ανταπεξέλθουν, αντί μιας επιβεβαίωσης δέχονται επίθεση και φαίνεται να το βιώνουν τραυματικά. Θεωρούν δε για αυτό ότι το νοσοκομείο είναι μια δημόσια υπηρεσία και αυτοί ως λειτουργοί του χρειάζεται να τυγχάνουν του ανάλογου σεβασμού. Ενδιαφέρον δε είναι ότι αυτός ο αναμενόμενος σεβασμός δεν θα προέλθει από σεβασμό προς το λειτούργημά τους και την ιδιότητά τους αλλά από την θεώρηση του ΤΕΠ ως δημόσια υπηρεσία.

Κρίνοντας από τις απαντήσεις τους φαίνεται ότι τα περιμένουν όλα, ως συμπεριφορές, απλά η τάση που επικρατεί είναι να υπάρχουν κυρίως λεκτικές επιθέσεις, στο πρόσωπό τους που όμως συρρικνώνουν το ηθικό του και τον αφήνουν εκτεθειμένο και ανυπεράσπιστο.

5.2.1.2 Ψυχολογική βία

Οι νοσηλευτές συμφωνούν ότι σε πολλές των περιπτώσεων υπάρχει προδιάθεση των προσερχομένων να εκδηλώσουν επιθετικές συμπεριφορές. Ως ψυχολογική επιβάρυνση στην παρούσα τοποθέτηση ορίζεται η άσκηση ψυχολογικής βίας από την αδυναμία ανταπόκρισης του νοσηλευτή στον αυξημένο όγκο προσερχόμενων ασθενών. Η πίεση του όγκου εργασίας και η απειλητική για χρήση βίας συμπεριφορά τους δημιουργεί συνοδά αισθήματα απαξίωσης και θυμού.

Οι απειλές των προσερχομένων προς τους νοσηλευτές αφορούν απειλές για ενδεχόμενες καταστροφικές πράξεις μέσα στον χώρο, την κλήση καναλιών της τηλεόρασης για επιτόπια έρευνα και τις απειλές για παραπομπή των νοσηλευτών στην διοίκηση με κυρωτικό χαρακτήρα. Οι εκφοβισμοί αφορούν την απειλή ενδεχόμενης βιντεοσκόπησης των τεκταινομένων στον χώρο.

Αναφορά γίνεται επίσης και στο ότι το σημείο υποδοχής του ΤΕΠ μετατρέπεται συχνά σε πεδίο συγκρούσεων των αναμενόντων αναμεταξύ τους ,ή με τους νοσηλευτές. Ένταση της εριστικότητας παρατηρείται κατά την προσέλευση επειγόντων περιστατικών διακομιζομένων με το ΕΚΑΒ, είτε περιπατητικών που παρακάμπτουν φυσιολογικά την διαδικασία αναμονής και εισάγονται στον χώρο των ιατρείων ενώ οι αναμένοντες προς εξέταση ασθενείς απέξω, θεωρούν ότι η αναμονή τους στα επείγοντα είναι μάταιη, με αποτέλεσμα να επιτίθενται στους νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές επιβαρύνονται και δυσφορούν ψυχολογικά διότι αφενός μεν στην υψηλή αυτή περιβαλλοντική ένταση χρειάζεται να είναι προσεκτικοί ως προς το νοσηλευτικό έργο τους και συνάμα να φροντίζουν να αποκλιμακώνουν τις δημιουργούμενες εντάσεις, ελλείψει άλλου προσωπικού.

«στο νοσοκομείο πρέπει να έρχονται στα επείγοντα, αυτοί που κινδυνεύει η ζωή τους άμεσα. Αυτοί μπλέκονται μ' αυτούς που δεν έχουν πρόβλημα και ο ένας καθυστερεί τον άλλον. Αλληλεπιδρούν αυτές οι ομάδες. Ο γιατρός κωλυσιεργεί μ' αυτούς έστω και για μια συνταγή και καθυστερεί τους υπόλοιπους..» (συν 4)'

«λένε...ορίστε αυτός ήρθε μετά από μένα...γιατί τον βάζεις;...μα έχει 23 πίεση πχ ο άνθρωπος...γιατί εγώ πρέπει να εξηγήσω γιατί τον βάζω...είναι και προσωπικό δεδομένο..» (συν 4)

«θα καλέσω εισαγγελέα, θα καλέσω τα κανάλια...θα τα σπάσω όλα...» (συν 7)

Η αιτηματική συμπεριφορά με συχνές διακοπές και περισπάσεις από το νοσηλευτικό έργο, θεωρείται ως άσκηση ψυχολογικής βίας διότι πυροδοτεί εκρήξεις θυμού στους νοσηλευτές και περιορίζει την ελευθερία και αυτονομία δράσης τους.

«...καθημερινά γίνομαι μάρτυρας τέτοιας συμπεριφοράς με υπονοούμενα χειρονομίες...καθημερινά...ο κόσμος δεν έχει ευγένεια και έρχεται και σου τραβάει το μανίκι...μα περίμενε του λέω...μιλάω, όταν τελειώσω θα σ' εξυπηρετήσω, δε μιλάω

για τον εαυτό μου, κάποιον άλλο πολίτη εξυπηρετώ εκείνη την στιγμή που έχει πιθανόν το ίδιο πρόβλημα με σένα...» (συν 5)

«..ζητάνε διάφορα, σεντόνια, κουβέρτες, στυλό, να βοηθήσουμε να βγει ο ασθενής από το αμάξι τους, πληροφορίες ότι μπορείς να φανταστείς την ώρα που εσύ ασκείς το έργο σου...» (συν 10)

Η άσκηση κριτικής: στο έργο των νοσηλευτών από τους ασθενείς επιδρά ψυχολογικά και απομακρύνει συναισθηματικά τον νοσηλευτή. Επιπλέον τον φορτίζει με θυμό καθώς αφενός μεν χρειάζεται να παραμείνει νηφάλιος για να συνεχίσει το έργο του αφετέρου αγανακτεί καθώς θεωρεί τη συγκεκριμένη συμπεριφορά αδικία εις βάρος του.

«πολύ συχνά σε κάθε εφημερία φωνάζουν:..κάθεστε όλοι...είστε τεμπέληδες είστε άχρηστοι όλοι...άλλες φορές πάλι δεν απευθύνονται καν σε μένα ,μπαίνουν κατευθείαν μες στα ιατρεία και φωνάζουν..» (συν 7)

«δεν ξέρεις την δουλειά σου, τζάμπα σε πληρώνουνε...εγώ σε πληρώνω...εγώ την δουλειά μου θα την εκτελέσω σε δύο λεπτά, δε φέρω καμία ευθύνη γιατί εγώ να τα ακούω;»(συν 10)

Η ψυχολογική βία ερμηνεύεται σύμφωνα με τα παραπάνω, ως απειλητική για χρήση βίας συμπεριφορά, σε συνδυασμό με τον αυξημένο όγκο προσερχομένων ασθενών, εντάσεις στο σημείο υποδοχής ασθενών, αιτηματική και κριτική συμπεριφορά των ασθενών. Ο νοσηλευτής νοιώθει, αποδυναμωμένος και καθηλωμένος σε μια θέση όπου ενυπάρχουν ενοχές και θυμός.

Οι νοσηλευτές, είναι θυμωμένοι όταν μιλούν και απογοητευμένοι συγχρόνως κυρίως από το γεγονός ότι νοιώθουν μόνοι σ' όλα αυτά που επωμίζονται χωρίς κάποιον άλλον υπάλληλο να επωμίζεται το βάρος αυτών των συμπεριφορών. Γιατί είναι αλήθεια ότι όλες τις πληροφορίες τις ζητούν από τον νοσηλευτή, όλα τα αντικείμενα που χρειάζεται το κοινό, οτιδήποτε χρειαστεί. Τους καταλογίζουν ευθύνες εάν δεν ανταποκριθούν διότι πολλά από αυτά τα θέματα δεν νοιώθουν ότι είναι δική τους δουλειά. Ο νοσηλευτής νοιώθει εξαναγκασμένος και υπόλογος ακόμη και για συμπεριφορές άλλων επαγγελματιών του χώρου. Το βιώνει επίσης ως πλήγμα

στην αυτοπεποίθησή του, ειδικότερα όταν τους αγνοεί το κοινό και εισβάλλει μέσα στα ιατρεία αυθαίρετα.

Μιλώντας και ακούγοντας τους, πέρα από το θυμό, αναδύεται και η ιδέα του αναπόφευκτου όλων αυτών, της «συνήθειας» της όλης κατάστασης μέσα από την πίκρα των λεγομένων και την θέση τους ότι δεν θα αλλάξουν τα πράγματα.

Μοιάζει σαν να καλείται ο νοσηλευτής στον χώρο των ΤΕΠ να «διορθώσει» τα κακώς κείμενα του συστήματος πράγμα δυσανάλογα βαρύ για τις πλάτες του, που όμως τον φέρνει σε μια κατάσταση ενοχών, μια προσωπική «επίθεση».

5.2.1.3 Ενδοσυγκρούσεις

Η αναφορά σε περιπτώσεις συγκρούσεων νοσηλευτών, με άλλους επαγγελματίες υγείας στον χώρο αλλά και μεταξύ τους, φαίνεται να επιλύονται στην πορεία καθώς παρουσιάζονται να αποτελούν εντάσεις της στιγμής που εκτονώνονται. Παρόλα αυτά η ποιότητα της βίας σε αυτού του είδους τις συγκρούσεις φαίνεται να είναι ψυχολογική με την έννοια της άσκησης κριτικής στο πρόσωπό τους ή της άσκησης υπερβολικής πίεσης να ανταποκριθούν, πράγμα που ενδεχομένως τους δυσφορεί συναισθηματικά και τους καταπιέζει, στο ήδη υπάρχον στρεσογόνο περιβάλλον εργασίας..

*«...η βία δεν είναι μόνο από τους συνοδούς, βία είναι και από τους συναδέλφους επαγγελματίες, ή γιατρούς, αυτό το απαιτητικό, το επικριτικό. με υπονοούμενα...»
(συν 3)*

«εγώ δεν παίρνω μέρος σε συζητήσεις με συναδέλφους ή σε κουβέντες, δεν συζητάω με άλλους, κάνω την δουλειά μου αλλά βλέπω ότι κάποιοι συνάδελφοι δεν επεξεργάζονται σωστά αυτά που συμβαίνουν εδώ δεν δέχονται τον στρεσογόνο παράγοντα τόσο πολύ» (συν9)

Η αναγνώριση της ύπαρξης και αυτής της μορφής βίας δείχνει ότι είναι ένα θέμα που τους απασχολεί και διαμεσολαβεί στις εντάσεις που βιώνουν στο τμήμα επειγόντων. Ακούγοντας τους, γίνεται κατανοητό ότι υπάρχουν έντονες ρήξεις, πολλές φορές, αναμεταξύ τους που όμως δεν θέλουν να τις «ανοίξουν» και να τα συζητήσουν, πιθανόν γιατί είναι τραυματικά, ή για άλλους λόγους. Γεγονός είναι πάντως ότι δεν ήταν διατεθειμένοι να μιλήσουν για αυτά τα θέματα, υπάρχει

απροθυμία. Από την άλλη μεριά, η δουλειά των άλλων συναδέλφων τους αποτελεί αντικείμενο παρατήρησης, πράγμα που ενδεχομένως θα ήθελαν να συζητήσουν ευρύτερα και σε άλλο πλαίσιο.

5.2.1.4 Σωματικές επιθέσεις

Αυτές αφορούν φυσική επαφή με απειλές χωρίς να υπάρχει ενεργητική βλάβη. Τονίζεται ιδιαίτερα ότι υπήρξαν λίγες περιπτώσεις, και η πλειοψηφία δεν έχει δεχθεί σωματικού τύπου επιθέσεις, όμως παρόλα αυτά βιώνεται ως εν δυνάμει απειλή. Φαίνεται η βία να θεωρείται μια περισσότερο σωματική δραστηριότητα με σαφή έκδηλη πράξη, ενώ στην επιθετικότητα δεν υπάρχει διαμεσολάβηση του σώματος. Στις περιπτώσεις όπου υπάρχει οργανικότητα του ασθενή (πχ. άνοια, σύγχυση ή διέγερση) ή και χρήση ουσιών είναι αναμενόμενο να εκδηλωθούν επιθετικές συμπεριφορές. Όσον αφορά αυτές τις επιθέσεις νοιώθουν φόβο και ανασφάλεια όπως και στην περίπτωση απειλών για χρήση βίας.

«Οι Ψ (ψυχιατρικοί) ή οι χρήστες είναι δικαιολογημένοι, η αρρώστια τους, τους κάνει να συμπεριφέρονται έτσι...» (συν 6)

«..η βία είναι πράξη, ενώ η επιθετικότητα είναι πιο πολύ εκφραστική, φέρνεις το σώμα σου μπροστά, δε σηκώνεις χέρι...στη βία σηκώνεις και το χέρι...εμένα μ' έχουν πιάσει από το λαιμό και μ' έχουν σφίξει...ε..ήθελαν να βάλουν τον ασθενή τους πιο γρήγορα μέσα, εμείς θεωρήσαμε ότι δεν ήταν τόσο σοβαρό και θα έπρεπε να περιμένουν..και τότε έγινε εριστικός και επιτέθηκε και στον γιατρό και στον νοσηλευτή...» (συν 1)

«μετά το τέλος κάθε εφημερίας λέω ουφ, ευτυχώς δεν φάγαμε ζύλο και σήμερα...»(συν 10)

Ο φόβος η αβεβαιότητα και η ανασφάλεια είναι τα κυρίαρχα συναισθήματα των νοσηλευτών απέναντι στις σωματικές επιθέσεις. Αυτά είναι γνώριμα συναισθήματα τα οποία ενυπάρχουν καθημερινά και τους συνοδεύουν. Αυτά επίσης διευρύνονται από έλλειψη πλαισίου αξιολόγησης του επείγοντος και την έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Συνοψίζοντας τις έως αυτού του σημείου αναφορές μπορούμε να πούμε ότι: Από τις διηγήσεις προέκυψε και ερμηνεύθηκε, ότι η βία και η επιθετικότητα τείνει να παίρνει πολλά «πρόσωπα» και μορφές, ανάμεσά τους, η λεκτική επιθετικότητα, η άσκηση ψυχολογικής βίας, οι σωματικές επιθέσεις, και η ύπαρξη ενδοσυγκρούσεων. Όλοι διηγήθηκαν εμπειρίες στις οποίες ήταν μάρτυρες τέτοιας συμπεριφοράς με συνηθέστερες εμπειρίες αυτής της λεκτικής επιθετικότητας σε συνδυασμό πολλές φορές με τις εμπειρίες της ψυχολογικής βίας ταυτόχρονα. Τα συναισθήματά τους ποικίλλουν με κυρίαρχο συναίσθημα ένα βιωμένο αίσθημα αδικίας και ματαιώσης.

Φαίνεται ότι η λεκτική βία να εμπεριέχεται στην ψυχολογική βία καθώς οι ύβρεις και οι απειλές παραβιάζουν την αξιοπρέπεια την προσωπικότητα του νοσηλευτή και την προσωπική του ελευθερία. Δημιουργείται μια γνώριμη κατάσταση που αποτελεί ένα σήμα κινδύνου για τον νοσηλευτή, κάθε φορά που υπάρχει εφημερία. Ο συνδυασμός αυτών με την ύπαρξη ενδοσυγκρούσεων, επιβαρύνει την ψυχολογική του κατάσταση. Οι λεκτικές επιθέσεις δημιουργούν φόβο και ανασφάλεια και αποτελούν εν δυνάμει απειλή σωματικών επιθέσεων, όπου γίνεται παραδεκτό ότι υπάρχουν αλλά, σπάνια.

Στην συνέχεια οι αναφορές των νοσηλευτών διευρύνονται ως εξής: Οι συνοδοί ασθενών εμφανίζονται ως τα πρόσωπα που κατ' εξοχήν εμπλέκονται σε επιθετικές συμπεριφορές. Η συμπεριφορά τους αποδίδεται σε έλλειψη παιδείας, στην προσωπικότητά τους, στην ένταση που προκύπτει από την αναμονή και την άγνοια της διαδικασίας των επειγόντων, την κατάσταση κρίσης που βιώνει η οικογένεια και το υποστηρικτικό σύστημα του ασθενούς που τείνει να το αποδιοργανώνει αλλά και στην αδυναμία τους να φροντίσουν το οικείο μέλος τους με αποτέλεσμα να μεταθέτουν την εσωτερική τους συναισθηματική κατάσταση σε θυμό που αφορά άλλα πρόσωπα. Όσον αφορά την προσωπικότητα του συνοδού, πρόκειται για άτομο που θεωρεί ότι είναι κάτι ξεχωριστό, πρέπει να χαίρει ιδιαίτερης αντιμετώπισης και είναι «ιδιαιτέρος» σε σχέση με τους άλλους. Κατά κανόνα παρουσιάζεται να είναι ευπαρουσίαστος και καλλιεργημένος.

Στους ασθενείς αποδίδουν λιγότερο επιθετικές συμπεριφορές εξαιτίας της ευάλωτης θέσης τους. Όμως παρόλα αυτά οι ασθενείς που προσέρχονται ελλείψει άλλης δυνατότητας πρωτοβάθμιας φροντίδας ή οικονομικής, απαιτούν να εξεταστούν άμεσα, χωρίς να κατανοούν το σύστημα ιεράρχησης της σοβαρότητας

των περιστατικών. Περαιτέρω η εμπλοκή αυτών με περιστατικά επείγουσας φροντίδας δημιουργεί αναμονές και επιθέσεις προς τους νοσηλευτές.

«...και οι ασθενείς φωνάζουνε γιατί αργούν να τους εξετάσουν στα ιατρεία αλλά και οι συνοδοί είναι αυτοί που κάνουν φασαρία. Οι συνοδοί πολλές φορές έρχονται προκατειλημμένοι και ξεκινούν ακόμη από την είσοδο τις εντάσεις και εξελίσσονται...»(συν 3)

«..συνήθως αυτοί που είναι επιθετικοί δεν έχουνε πρόβλημα υγείας, απλά βιάζονται, θέλουν να εξυπηρετηθούνε, θεωρούν ότι το πρόβλημά τους είναι επείγον, δε σημαίνει ότι είναι κιόλας...»(συν 6)

Η ερμηνεία που δίνεται εδώ είναι ότι το έλλειμμα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, λειτουργεί καταλυτικά, στον όγκο των προσερχομένων και στην αλληλεπίδραση με το σύστημα των επειγόντων περιστατικών. Είτε όμως πρόκειται για ασθενείς είτε για συνοδούς, αποτελούν μια μόνιμη πηγή άγχους για τον νοσηλευτή διότι ο όγκος τους είναι μεγαλύτερος από αυτόν που αντέχουν και δεν μπορούν να προσφέρουν την φροντίδα που ζητούν.

Αυτό δημιουργεί αισθήματα απώλειας ελέγχου της κατάστασης αλλά και αισθήματα διαχωρισμού του τύπου «αυτοί και εμείς», αποσυνδεόντας τον νοσηλευτή από το αντικείμενό του, και διασπώντας την συμπεριφορά του.

Αφηγούμενοι τις σκέψεις και τις εμπειρίες τους οι νοσηλευτές για τις αιτίες της βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς, τονίζουν την έλλειψη παιδείας των προσερχομένων είτε υπό την μορφή αδιαφορίας για τους συνανθρώπους τους είτε έλλειψη σεβασμού προς το έργο γιατρών και νοσηλευτών. Κάποιοι θεωρούνται ότι είναι πιο ευέξαπτοι, περισσότερο «χειριστικοί» με την έννοια ότι ελπίζουν φωνάζοντας και απειλώντας ότι θα εξυπηρετηθούν γρηγορότερα. Από την άλλη μεριά εκλαμβάνουν την ευγένεια και την καλή πίστη των νοσηλευτών ως υποχωρητικότητα στα αιτήματά τους και ασκούν μ' αυτό τον τρόπο πιέσεις. Η απόδοση σ' αυτή την περίπτωση γίνεται με περισσότερο ατομικά κριτήρια. Τέλος φαίνεται ότι η δυσπιστία απέναντι στο σύστημα υγείας των επειγόντων των προσελθόντων να υπερκερνά τους κανόνες σωστής συμπεριφοράς.

«...σαν παιδεία, σαν λαός μας λείπει η ευγένεια και σε όλα τα επίπεδα είτε είναι μορφωμένος είτε όχι, καμιά φορά την ευγένεια την βρίσκεις από έναν αγρότη στο χωριό

και είναι ευγενικός και ο άλλος που υποτίθεται ότι είναι σπουδαγμένος και κοστουμαρισμένος είναι από τους χειρότερους...» (συν 4)

«..σε βλέπουν να τρέχεις στον διάδρομο και με τεντωμένα πόδια αυτοί...ούτε μαζεύονται να περάσεις..» (συν 3).

«αλλά και οι ασθενείς επιτίθενται, ο καθένας θεωρεί τον εαυτό του επείγον..όταν τους λές ότι μέσα είναι ένα βαρύ περιστατικό αυτοί λένε..και μείς είμαστε 3 ώρες εδώ..θεωρούν το δικό τους πιο επείγον»(συν 7)

Ως άγνοια λειτουργίας του συστήματος ΤΕΠ που οδηγεί σε επιθετικές συμπεριφορές, κατά τους νοσηλευτές, είναι η δυσκολία κατανόησης του συστήματος διαβάθμισης των επειγόντων, η γραφειοκρατική διαδικασία στην αρχική φάση προσέλευσης αλλά και η μετέπειτα αναμονή. Η έλλειψη κατανόησης του συνόλου των υπηρεσιών υγείας όπως προσφέρονται που παραπέμπουν σε λειτουργία οποιασδήποτε δημόσιας υπηρεσίας με την αντίληψη της εξυπηρέτησης που έχουν οι ασθενείς και οι προσερχόμενοι και θέλουν άμεση και ταχύτατη εξυπηρέτηση.

«εδώ είναι μια μικρή κοινωνία...ο άνθρωπος που θα φωνάζει εδώ, έτσι είναι και έξω...έτσι δεν είναι; Θα' μου πεις εδώ είναι πιο περιορισμένος...είναι θέμα υγείας...δεν είναι, όπως στην τράπεζα...θα πάρεις το νουμεράκι και θα περιμένεις...τόρα το νουμεράκι μμ..να είσαι ασθενής και να έχεις νουμεράκι και να περιμένεις;..είναι λίγο δύσκολο όλο αυτό»(συν 1)

είναι άρρωστοι πονάνε, θέλουν να εξυπηρετηθούνε, νοιώθουν ανασφάλεια..το σύστημα δεν τους εξυπηρετεί..χάνονται, δεν βρίσκουν άκρη...»(συν 9)

«σε μένα βλέπουν το κράτος..πολλές φορές λένε...εγώ σε πληρώνω..» (συν 7)

Στην προκατάληψη για το σύστημα υγείας όπου εντάσσεται στην έλλειψη κοινωνικής παιδείας των ατόμων, η διαστρεβλωμένη ενημέρωσή τους για την λειτουργία του συστήματος ΤΕΠ και για την κατάσταση στα νοσοκομεία από τα μέσα ενημέρωσης όπου επίσης αναφέρθηκε από τους νοσηλευτές ως παραγωγός αντιδράσεων επίθεσης. Η προκατάληψη αυτή αφορά επίσης και τους λειτουργούς του συστήματος δηλαδή τους επαγγελματίες υγείας. Γενικότερα ο ασθενής πιστεύει ότι θα ταλαιπωρηθεί, ότι δεν θα εξυπηρετηθεί μέσω όλων αυτών των διαδικασιών.

«το σύστημα της διαλογής είναι που δημιουργεί την σοβαρότητα. Και υπάρχουν άνθρωποι που πεθαίνουν και...αυτοί λένε...εμείς είμαστε πιο σοβαρά ας πούμε... ή η κόρη μου έχει πυρετό...δεν ξέρω τι πρέπει ν' αλλάξει...» (συν 1)

«...συνήθως αυτοί που είναι επιθετικοί δεν έχουνε πρόβλημα υγείας, απλά βιάζονται, θέλουν να εξυπηρετηθούνε, θεωρούν ότι το πρόβλημά τους είναι επείγον, δε σημαίνει ότι είναι κιόλας...»(συν 6)

Η αυξημένη προσέλευση των προσελθόντων στα ΤΕΠ, αυξάνει τους χρόνους αναμονής. Επίσης όταν μιλάμε για αναμονή εννοούμε την αναμονή εκτός ιατρείων, την αναμονή εντός ιατρείων, την αναμονή των αποτελεσμάτων εργαστηριακών και ακτινοδιαγνωστικών εξετάσεων την αναμονή για μεταφορά του ασθενούς σε νοσοκομειακή κλίνη όταν πρόκειται για εισαγωγή. Ο χρόνος αναμονής καταρρίπτει την ιδέα του σημαντικού και επείγοντος που έχουν οι προσερχόμενοι για το πρόβλημά τους και τους τοποθετεί σε μια διαδικασία που δεν είναι προετοιμασμένοι. Έχει παρατηρηθεί δε από τους νοσηλευτές, ακόμη και χωρίς μεγάλο χρόνο αναμονής να παρατηρούνται επιθετικές συμπεριφορές, όταν πρόκειται για την αναμονή εκτός ιατρείων. Ακόμη παρατηρείται αγνόησή τους και παράκαμψή τους στην θέση διαλογής καθώς και της φυσικής διαδικασίας με βίαια φαινόμενα εισβολής στον χώρο των ιατρείων μετά από παρατεταμένο χρόνο αναμονής. Σε αυτή την περίπτωση η απόδοση αιτίων αφορά λειτουργικούς –οργανωτικούς παράγοντες του συστήματος.

«προσπαθείς να τους πεις να απευθυνθούν αλλού...να τους εξηγήσεις την αναμονή...η αναμονή επιτείνει τις επιθετικές συμπεριφορές...δε μπορεί να συνειδητοποιήσει τι γίνεται πίσω από την πόρτα...αυτός βλέπει ότι δεν προχωράει η δουλειά...»(συν 8)

«...λένε συχνά..στο χαρτάκι γράφει χρόνος αναμονής 30' και περιμένω 2 ώρες...γιατί;» (συν 6)

Όσον αφορά το είδος του οργανικού προβλήματος του ασθενούς, που μπορεί να είναι διεγερτικός ή συγχυτικός συνέπεια λήψης κάποιας ουσίας (αλκοόλ, ψυχοτρόπες ουσίες) ή άλλης υπερκείμενης παθολογικής βλάβης την παρούσα στιγμή, εγείρει θέματα επιθετικής συμπεριφοράς .Μπορεί επίσης να αφορά ασθενή με ενδεχόμενη ψυχική νόσο αν και σύμφωνα με τους ερωτώμενους αυτή η κατηγορία «δικαιολογείται» από την μια αλλά και σπάνια δημιουργεί εντάσεις. Η

απειλή της νόσου για τους ασθενείς, που αφορά το ότι η νόσος αποτελεί μια συνθήκη απειλής για την ζωή, βιώνεται ως κατάσταση συναγερμού και αυτοπροστασίας και εγείρει θέματα επιθετικότητας.

«...ο καθένας θεωρεί το πρόβλημα του επείγον και σοβαρό.. εγώ αυτό που έχω καταλάβει εδώ μέσα..είναι ότι πιο άσχημα μας φέρονται οι άλλοι παρά οι ψυχιατρικοί ή οι χρήστες...φυσικά και οι χρήστες ουσιών και αυτοί με χρήση αλκοόλ –ειδικά αυτοί θα είναι επιθετικοί αλλά αυτό είναι...αναμενόμενο...το περιμένεις» (συν7)

Γεγονός είναι ότι εξερευνώντας τις εμπειρίες των νοσηλευτών, προσπάθησαν να εξηγήσουν τις επιθετικές συμπεριφορές προς το πρόσωπό τους και και ως ένα μεγάλο μέρος να τις δικαιολογήσουν. Δημιουργείται η εντύπωση ότι ενώ η βία και η επιθετικότητα στην καθημερινότητά τους είναι κάτι σημαντικό, περιστατικά τέτοιου είδους «παραγράφονται» ως ουδέποτε να έχουν υπάρξει και αυτό έρχεται σε αντιδιαστολή με το θυμό που έχουν καθώς μιλούν και αναλύουν και σαν να ο πληττόμενος να μην είναι οι ίδιοι αλλά κάποιος άλλος. Αυτό μας επιτρέπει να υποθέσουμε ότι η οικειότητα με την εμπειρία των βίαιων συμπεριφορών είναι γνώριμη αλλά και οι ενοχές, ο θυμός και η ντροπή που βρίσκονται από πίσω είναι τραυματικά για τον νοσηλευτή. Είτε αποδίδουν τις επιθετικές συμπεριφορές σε ατομικούς παράγοντες, είτε σε οργανωτικούς του συστήματος υγείας και των επειγόντων, το αποτέλεσμα είναι το ίδιο: δημιουργείται η ιδέα μιας κατάστασης που διαιωνίζεται και στην οποία δεν παίρνουν υποστήριξη και βάζονται από παντού.

Προσπαθούν να διευθετήσουν ,να οργανώσουν να αντέξουν και να δώσουν λύσεις. Δεν είναι τυχαίο ότι στις διηγήσεις ανέφεραν ότι είμαστε «ο βράχος που σκάνε τα κύματα» ή ότι είμαστε το «ιερό καταφύγιο». Και οι δύο θέσεις αυτές κλείνουν μέσα τους αφενός μεν την αναγνώριση ότι ο κόσμος δεν έχει διεξόδους στην έκφραση της αντίδρασής του, καθώς έρχεται αντιμέτωπος με το σύστημα υγείας, παρά να απευθυνθεί στα επείγοντα, αφετέρου οι νοσηλευτές είναι εκείνη η ομάδα που δέχεται τις αντιδράσεις και παίζει τον ρόλο ρυθμιστή .

Περίληψη της θεματικής ενότητας

Στην θεματική αυτή ενότητα, εξερευνήθηκαν τα «πρόσωπα» που μπορεί να πάρει η βία μέσα στον χώρο των επειγόντων προς τους νοσηλευτές και οι βιωμένες εμπειρίες τους .Οι εμπειρίες αυτές περιλαμβάνουν την λεκτική επιθετικότητα και την

ψυχολογική βία που συναισθηματικά όμως βιώνονται με τον ίδιο τρόπο δηλαδή με ψυχολογική δυσφορία, που εκδηλώνεται άλλοτε με θυμό, και ματαίωση και πλήγμα στην αυτοπεποίθηση.

Ειδικά όταν πρόκειται για τις σωματικές επιθέσεις νοιώθουν φόβο και ανασφάλεια. Οι ενδοσυγκρούσεις εντείνουν την ένταση των συναισθημάτων τους

Σε κάθε περίπτωση έγινε προσπάθεια να νοηματοδοτήσουν αυτές τις συμπεριφορές αποδίδοντας τες άλλοτε στην παιδεία και την απειλή που νοιώθουν τα άτομα αλλά και στην έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας και το σύστημα των επειγόντων.

5.2.2 ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ 2: Όψεις της βιωμένης εμπειρίας: εξοικείωση και απώλεια ελέγχου.

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται οι όψεις που έχει η βιωμένη εμπειρία των νοσηλευτών σε σχέση με τις επιθετικές προς το πρόσωπό τους συμπεριφορές δηλαδή η εξοικείωση με τα φαινόμενα βίαιης συμπεριφοράς και η απώλεια ελέγχου.

5.2.2.1 Εξοικείωση

Κατά την αφήγηση των νοσηλευτών ,έγιναν αναφορές σχετικά με την εμπειρία τους στα περιστατικά βίας και επιθετικότητας προς το πρόσωπό τους, στο παρελθόν. Μέσα από τις μνήμες τους και την επαγγελματική τους εμπειρία εκφράζουν την εξοικείωσή τους, με αυτά. Το άγχος των ατόμων που προσέρχονται και η αγωνία τους είναι μεγαλύτερη, τώρα και αρχίζουν τις εντάσεις ακόμη από την είσοδο των επειγόντων. Ο προσερχόμενος κόσμος εμφανίζεται από την είσοδο ακόμα των επειγόντων, αγανακτισμένος και θυμωμένος

«.. δεν υπάρχει ούτε μια εφημερία χωρίς τέτοιες συμπεριφορές..και τώρα έχουν χειροτερέψει τα πράγματα..» (συν 2)

« τώρα είναι χειρότερα, οι άνθρωποι έρχονται με λυμένο το ζωνάρι τους. Το βλέπω και αν κάποτε μας επιτρεπόταν να πούμε μια κουβέντα, τώρα. Δεν μας επιτρέπεται να πούμε καμία γιατί ο κόσμος είναι ζορισμένος»(συν 5)

Η εντύπωση που δημιουργείται είναι ότι τώρα, τα περιστατικά βίαιης συμπεριφοράς είναι συχνότερα, με την έννοια της εξάντλησης των ψυχικών αποθεμάτων των ατόμων, που προσέρχονται. Η συχνότητά τους είναι πλέον σε κάθε εφημερία. Στην προσπάθεια να εξηγήσουν τα φαινόμενα της επιθετικής συμπεριφοράς η απόδοση τους αφορά την αυξημένη προσέλευση αλλά και την έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι επιθετικές συμπεριφορές δεν είναι ένα τωρινό φαινόμενο, πάντοτε υπήρχαν και πάντοτε η έλλειψη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας διαμεσολαβούσε στην προσέλευση, όμως τώρα εξαιτίας της κοινωνικοοικονομικής κρίσης το κουρασμένο «ηθικό» του κόσμου παρουσιάζεται να είναι κατά την άποψή τους εμφανές.

Η σύνδεση της αυξημένης προσέλευσης με τις αυξανόμενες επιθετικές συμπεριφορές εκφράζεται ως και η μη σωστή κατανομή και ιεράρχηση του επείγοντος από τις βαθμίδες υγείας και η οικονομική δυσκολία των τελευταίων ετών. Οι νοσηλευτές στις απαντήσεις τους, είναι ξεκάθαροι στην απόδοσή τους όσον αφορά το τεταμένο κλίμα που δημιουργείται σε κάθε εφημερία. Το αποδίδουν στην αυξημένη προσέλευση και το αδιαβάθμιτο επείγον. Αυτά είναι γνώριμα θέματα μέσα στο χρόνο, όπως και η απαίτηση του κόσμου χωρίς επείγον να εξυπηρετηθεί. Αυτή η οικειότητα και η ανοιχτή προσβασιμότητα των επειγόντων, όπου όλοι μπορούν να προσφύγουν χωρίς κανόνες. Ένα πλαίσιο δίχως «κανόνες», που εξάρει τα προβλήματα.

«οι άνθρωποι είναι φορτισμένοι, πριν έρθουν στο νοσοκομείο, ο κόσμος έχει προβλήματα, και εδώ είναι η αφορμή..νοιώθει ο κόσμος αδικημένος, μια φορά θα χρειαστεί να πάει ας πούμε στο νοσοκομείο και βλέπει μπροστά του αυτό το χαμό..και εγώ εάν βιώσω κάτι ανάλογο θα φουντώσω..» (συν 9)

«...αν δεν ενεργοποιηθεί η πρωτοβάθμια φροντίδα...ένα ιατρείο που να βλέπει τα μη επείγοντα, εδώ στον χώρο –δε λειτουργεί τίποτε...ο κόσμος δεν γνωρίζει πολλά πράγματα για το που θα πάει...Ακόμη και το πιο γελοίο. το κέντρο υγείας το στέλνει στο νοσοκομείο...δε ξέρω αν δουλεύει κάτι...» (συν 8)

«...αλλάζανε τα πράγματα...παντού πληρώνεις...έχει ο άλλος 30-40 ευρώ να πάει σ' έναν γιατρό; δεν έχει και έρχεται εδώ..αυτό να κοιτάζει η πολιτεία και όχι να μου βάζει εμένα δέκα άτομα στην υποδοχή να με βοηθάνε...αν μπορούσα ν' αλλάζω κάτι θα έπαιρνα ένα σύστημα δοκιμασμένο της Ευρώπης αλλά θα άλλαζα τα πάντα. εδώ

δεν είναι νοσοκομείο ..είναι ανοίξαμε και σας περιμένουμε ,όπως στις εκπτώσεις στα μαγαζιά...»(συν6)

Η εξοικείωση με τα περιστατικά βίας και επιθετικότητας που νοιώθουν, η οικειότητα με αυτά έχει μακρά ιστορία, που γίνεται εμφανής από το κλίμα που δημιουργείται στα λεγόμενα, αυτό της δυσκολίας αλλαγής και της χρόνιας «συνήθειας» αυτής της κατάστασης.

« τα τελευταία χρόνια είναι πιο έτοιμοι να αρπαχτούν...» (συν 10)

« οι συμπεριφορές τώρα είναι πιο έντονες, με μεγαλύτερη συχνότητα, ξεσηκώνεται ένας και ξεσηκώνονται όλοι και λένε για το κράτος, τις αδικίες, είναι σαν ντόμινο...έχουμε φτάσει στο σημείο να καλούμε και την αστυνομία που παλιά δε καλούσαμε ...στο τέλος συνηθίζεις όλα αυτά όμως το προσωπικό νοιώθει ότι δεν παίρνει ικανοποίηση και τον σεβασμό που του αξίζει» (συν 5)

«εγώ δεν νομίζω ότι θ' αλλάξει ποτέ αυτό..να βελτιωθεί μπορεί ,ν' αλλάξει όχι...θα μπορούσαν να μειωθεί η προσέλευση αλλά λόγω της οικονομικής κρίσης αυτό δε γίνεται...» (συν 2)

Το αίσθημα αυτό, που δημιουργεί η συνήθεια αυτών των συμπεριφορών μέσα στην καθημερινότητα του τμήματος επειγόντων, δυναμώνει την εντύπωση ότι δε πρόκειται ν' αλλάξει κάτι με αυτό και ότι αντιθέτως θα επιδεινώνεται. Είναι ένα χρόνιο πρόβλημα που έχει δυσκολίες αλλαγής και η εξοικείωση μ' αυτό θεωρείται δεδομένη. Η έλλειψη ηθικής ικανοποίησης το συνοδεύει, που φαίνεται να είναι επίσης μια χρόνια κατάσταση η οποία πλαισιώνει την όλη διάσταση. Αυτό που αντανακλάται στις απαντήσεις των νοσηλευτών είναι ένα γενικευμένο αίσθημα δυσφορίας, που έχει να κάνει με την αδυναμία ανατροπής αυτής της κατάστασης όλα αυτά τα χρόνια, την εγκατάστασή του και την το ανέλπιδο της αλλαγής. Έχει να κάνει με λιμνάζοντα προβλήματα χρόνων, που στην φάση αυτή της δύσκολης οικονομικής συγκυρίας γίνονται περισσότερο ορατά. Αυτό το αίσθημα φαίνεται να εισχωρεί και στην επόμενη κατηγορία της απώλειας ελέγχου.

5.2.2.2 Απώλεια ελέγχου

Στην κατηγορία αυτή που φαίνεται να διατρέχει το σύνολο της ανάλυσης, το βίωμα της απώλειας ελέγχου αναδύεται μέσα από τις εμπειρίες των νοσηλευτών.

Στην υποδοχή των ασθενών και τη θέση διαλογής οι νοσηλευτές δέχονται εκτός από τον όγκο των ασθενών και τις παραπομπές για διάφορα αιτήματα ή και παράπονα. Όπως είναι φυσικό, γίνονται καθημερινά αποδέκτες μιας σωρείας προβλημάτων, τα οποία χρειάζεται να ακούν και καλούνται να δίνουν λύσεις και να ανταποκρίνονται, υπό το βάρος των απειλών από τους προσελθόντες. Ο εξαναγκασμός αυτός, της θέσης να χρειάζεται να ανταποκρίνονται και σε άλλους ρόλους, όπως του διοικητικού υπαλλήλου, του γιατρού του κοινωνικού λειτουργού ή και του επόπτη, ελλείπει άλλου προσωπικού, τους δημιουργεί αισθήματα απώλειας ελέγχου και εγκατάλειψης και τους κουράζει συναισθηματικά.

«όλο αυτό το στρες, να κάνεις πολλά πράγματα μαζί, να προσέχεις να μην κάνεις λάθος, δε λειτουργώ υπό νορμάλ συνθήκες, πιέζομαι και αυτό το εννοώ εγώ βία, την ψυχική μου βία...» (συν 4)

«...γίνεται πανικός, έρχονται 15 ΕΚΑΒ σε μία ώρα, να καταγράψω τα περιστατικά, να δίνω νούμερα...να μεταφέρω...το τι φωνή, το βρίσιμο άκουσα εκείνο το βράδυ δε λέγεται...εάν όμως είχα ένα γιατρό δίπλα μου, να αξιολογεί...εγώ αξιολογώ μέχρι τις δυνατότητες που έχω...» (συν 7)

«...πρώτα από όλα...δεν ξέρουν τι είμαστε...μας λένε γιατρούς, νοσηλεύτριες, διάφορα...και ότι εμείς είμαστε υπεύθυνοι να λύσουμε τα πάντα...λένε θέλω τον προϊστάμενο σου, τον διοικητή σου...δεν καταλαβαίνουν ότι δεν είμαστε εμείς υπεύθυνοι για όλα...» (συν 1)

Βιώνοντας αυτό το αίσθημα, της απώλειας ελέγχου, της έλλειψης δηλαδή σταθερότητας ρόλου και ανασφάλειας, νοιώθουν μόνοι και σε εγκατάλειψη από τους θεσμικούς φορείς και τον οργανισμό. Μέσα σε αυτό το βίωμα που έχει προσληφθεί και από τις προηγούμενες ενότητες αυτής της μελέτης, όπως για παράδειγμα την κατηγορία της ψυχολογικής βίας και τα συνοδά αισθήματα ματαιώσης και θυμού που νοιώθουν οι νοσηλευτές από τις

απειλές και τον αυξημένο όγκο των ασθενών, αναδύεται η ψυχολογική τους δυσκολία και η επίδραση του εξαναγκασμού στα συναισθήματά τους.

Μέσα σε ένα πλαίσιο χωρίς «κανόνες», όπως είναι το ΤΕΠ όπου δεν είναι ξεκάθαρο τι υπηρεσίες προσφέρει και όλοι προσφεύγουν για οτιδήποτε, δεν είναι και οι ρόλοι ξεκάθαροι. Σε συνδυασμό με τον υψηλό όγκο των προσερχομένων, το αδιαβάθμιτο του επείγοντος και την έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας, που ούτως ή άλλως ενέχουν μια κατάσταση μη ελέγχου οργανωτικής φύσης, το αίσθημα αυτό της απώλειας ελέγχου εντείνεται.

Ο ρυθμιστικός ρόλος που έχουν οι νοσηλευτές μέσα στον χώρο των επειγόντων, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, έρχεται σε ευρεία αντιπαράθεση με το αίσθημα της απώλειας ελέγχου, πράγμα που πιθανόν τους δημιουργεί στρες και τους εξουθενώνει. Δεδομένου του γεγονότος ότι νοιώθουν και υπόλογοι για πολλές εκδηλούμενες συμπεριφορές, είναι πιθανό αυτό το αίσθημα να συνοδεύεται και από ενοχές.

Η Υποδοχή των ασθενών, εκεί που γίνεται και η διαλογή ασθενών (triage) αναφέρεται ως ένας χώρος που εγείρει αισθήματα αποφυγής στους νοσηλευτές.

«αυτό που πρέπει να κάνω στην υποδοχή θα το κάνω. Γιατί εγώ να τ' ακούω; όλοι στο τέλος τον νοσηλευτή της διαλογής θα βρίσουν φεύγοντας...σε μας θα έρθουν και θα βρίσουν και θα κάνουν τα παράπονά τους, ανεξάρτητα εάν προέρχονται από άλλους...» (συν 6)

«..δεν θέλω να είμαι στην υποδοχή, προτιμώ να είμαι σε ιατρείο που έχει πιο πολύ σωματική κούραση ..στην υποδοχή έχει ψυχολογική που με χαλάει πάρα πολύ..προσπαθώ να το αποφύγω και αυτό συμβαίνει σ' όλους»(συν 9)

«το μόνιμο άγχος των συναδέλφων είναι η υποδοχή..κάτι σημαίνει αυτό..»(συν 5)

Το νοσηλευτικό προσωπικό θέλει και ζητά από την υπηρεσία του, να απέχει οποτεδήποτε είναι εφικτό, της θέσης αυτής. Ο εξαναγκασμός αυτός όπως περιγράφηκε πιο πάνω, φαίνεται να έχει συνέπειες για τον νοσηλευτή την εξουθένωσή του και την δυσφορία του και αναπόφευκτα αναπτύσσει αντιδράσεις αποφυγής. Επίσης αυτή η ενασχόληση και η εναλλαγή της

νοσηλευτικής φροντίδας από περιστατικά με τον χαρακτηρισμό του επείγοντος και το πέραςμα σε άλλα μη επείγοντα που χρήζουν πρωτοβάθμιας φροντίδας ,τους διαχέει και εντείνει το αίσθημα της απώλειας ελέγχου αλλά επηρεάζει και το επίπεδο της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η ανάγκη να μιλούν για τις εμπειρίες τους αυτές σε ένα επίπεδο ομάδων συνάντησης αναμεταξύ τους ή και εκπαιδευτικό εκφράζεται ως επιθυμία και πρόταση διεξόδου στην ψυχολογική πίεση.

«...θέλει εκπαίδευση για να διαχειριστείς τέτοια πράγματα....πιστεύω ότι μας δυσκολεύει. Θα μπορούσαμε να το διαχειριστούμε αν καταλάβουμε ότι αυτό δεν είναι προσωπικό, εκείνη την ώρα είσαι το υπουργείο υγείας, είσαι ο υπουργός, είσαι το σύστημα...» (συν 5)

«προσπαθώ με τα κορίτσια να μιλάμε για αυτά ..το επιδιώκω για να μην βγαίνω εκτός εαυτού..αλλά θέλει στήριξη αυτό» (συν 7)

« προσπαθώ να μην είμαι και εγώ προκλητική γιατί ο άλλος θα σου απαντήσει έτσι. Προσπαθώ να είμαι ήρεμη και άδικο να έχει ο άλλος πρέπει να τον αντιμετωπίσεις με ηρεμία γιατί εδώ μέσα μετά οι αντιδράσεις είναι αλυσιδωτές, βλέπει ο ένας και αρχίζει να φωνάζει και ο άλλος και γίνεται ανεξέλεγκτο το πράγμα» (συν 4)

Η ήρεμη και νηφάλια συμπεριφορά είναι αυτή που προσπαθούν να τηρήσουν οι νοσηλευτές αποφεύγοντας τις ρήξεις όσο είναι δυνατό. Η εσωτερική τους ανάγκη όμως είναι να βρεθεί ένας κοινός τόπος συνάντησης τέτοιου είδους θεμάτων. Από τις διηγήσεις προκύπτει ότι ενεργούν με βάση την εμπειρία τους απέναντι στις επιθετικές συμπεριφορές και αυτή η εμπειρία υπαγορεύει την «μη ρήξη» με τους άλλους διότι πρόκειται για μια αδιέξοδη και χωρίς λύση κατάσταση. Προκειμένου να αυτοπροστατευθούν αποφεύγουν τις περαιτέρω εμπλοκές όμως όλος αυτός ο συσσωρευμένος θυμός δεν έχει διέξοδο.

Περίληψη της θεματικής ενότητας

Σε αυτή την θεματική ενότητα, αναδύθηκαν δύο κατηγορίες που σχετίζονται με το βίωμα των νοσηλευτών αναφορικά με τις βίαιες συμπεριφορές. Η εξοικείωση με τα περιστατικά αυτά σε καθημερινή βάση, η χρονιότητα του προβλήματος των

επιθετικών συμπεριφορών και η μεγαλύτερη έντασή τους τώρα. Ένα καταλυτικό ρόλο παίζει η έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας και η αδιαβάθμιτη αξιολόγηση του επείγοντος, που συμμετέχει στον αυξημένο όγκο ασθενών. Η αποδοχή της δυσκολίας αλλαγής της κατάστασης και η απώλεια ελέγχου που νοιώθουν ως εξαναγκασμένοι να λειτουργούν με τρόπο που τους δυσφορεί συναισθηματικά, υποδεικνύει ως προσδοκία την δημιουργία κοινού τόπου συνάντησης και συζήτησης τέτοιων θεμάτων.

5.3 ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΒΑΣΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Στην προηγούμενη ενότητα αναφέρθηκαν τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν 10 νοσηλευτές σε ημι-δομημένες ερωτήσεις. Στο παρόν υποκεφάλαιο συνοψίζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και παρουσιάζονται τα κύρια σημεία τους.

Η βία και η επιθετικότητα προς τους νοσηλευτές στο τμήμα επειγόντων είναι μια «ομπρέλα» κάτω από την οποία ενυπάρχουν διαφορετικές ερμηνείες της. Μια δομή η οποία συντίθεται από στοιχεία. Αν και περισσότερο εννοείται ως συμπεριφορά με ύπαρξη φυσικής επαφής και βλάβης, τείνει να παίρνει μορφές, «πρόσωπα», όπου η φυσική επαφή δεν έχει θέση αλλά κυρίαρχη είναι η λεκτική επιθετικότητα. Αυτή έχει την μορφή ύβρεων και ταπεινωτικών χαρακτηρισμών και χρήση του ενικού αριθμού. Συγχρόνως μπορεί να συνιστά ψυχολογική βία δηλαδή απειλητική και εκφοβιστική συμπεριφορά, που σε συνδυασμό με τον αυξημένο όγκο ασθενών και το σύστημα λειτουργίας των επειγόντων θυμώνει και ματαιώνει τον νοσηλευτή. Η λεκτική επιθετικότητα των συνοδών κυρίως αλλά και η αιτηματικότητα και η κριτική στάση των συνοδών ή και ασθενών όπως εκφράζεται τους δυσφορεί ψυχολογικά και τους ακυρώνει. Προσπαθώντας να εξηγήσουν αυτές τις συμπεριφορές μια ευρεία γκάμα αιτίων αναδύεται που είτε αφορά ατομικά χαρακτηριστικά ή οργανωτικά –λειτουργικά χαρακτηριστικά τους συστήματος υγείας.

Η επιθετικότητα αποδίδεται στην άγνοια του συστήματος λειτουργίας των επειγόντων, τις βαθμίδες ιεράρχησης των περιστατικών και το είδος της παρεχόμενης φροντίδας στο νοσοκομείο. Η έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας διαμεσολαβεί στην αυξημένη προσέλευση και την ύπαρξη μη-επείγοντων

περιστατικών. Παράγοντες που την ενθαρρύνουν είναι ο παρατεταμένος χρόνος αναμονής, η έλλειψη παιδείας και κουλτούρας καθώς και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των επιθετικών ατόμων. Οι ψυχικά ασθενείς δεν είναι περισσότερο επιθετικοί από τους υπόλοιπους και άλλες ομάδες όπως αλκοολικοί, χρήστες εθιστικών ουσιών και οι ασθενείς με παθολογική βλάβη δικαιολογούνται. Στην ένταση των συναισθημάτων που βιώνουν προστίθενται και οι ενδοσυγκρούσεις των νοσηλευτών μεταξύ τους, αυξάνοντας την έντασή τους, ή με τις άλλες ομάδες επαγγελματιών.

Η εξοικείωση με τα φαινόμενα αυτά σε καθημερινή βάση και τώρα περισσότερο από ότι παλιότερα με την έννοια των φορτισμένων ψυχολογικά ατόμων από την πίεση της κοινωνικοοικονομικής συνθήκης και σωρευτικά, φαίνεται να τους πτοεί το ηθικό, ιδιαίτερα γιατί είναι αναγκασμένοι να περιβάλλονται και άλλους επαγγελματικούς ρόλους από αυτόν του νοσηλευτή και συναισθάνονται ότι είναι χωρίς θεσμική στήριξη σε αυτό. Ιδιαίτερα ευάλωτοι είναι οι νοσηλευτές που εκτελούν υπηρεσίες υποδοχής ασθενών, καθώς εκεί απευθύνεται ο όγκος των προσερχομένων και οι νοσηλευτές νοιώθουν την απώλεια ελέγχου που συνεπάγεται αυτή η θέση με αποτέλεσμα να την αποφεύγουν. Η επιθυμία να υπήρχε τόπος συνάντησης και συζήτησης μέσω της θεσμικής στήριξής τους στις ψυχολογικές επιδράσεις αυτών των συμπεριφορών γίνεται ανάγκη.

6 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Το παρόν κεφάλαιο συζητά τις απαντήσεις των συνεντευξιαζόμενων πάνω στο βασικό ερευνητικό ερώτημα που είναι το πώς αντιλαμβάνονται την βία και επιθετικότητα οι νοσηλευτές των επειγόντων και συσχετίζει τις απαντήσεις με άλλες έρευνες στη Διεθνή και Ελληνική βιβλιογραφία.

Κατά την διαδικασία της συνέντευξης όλοι οι ερωτώμενοι μιλούσαν με τρόπο που έδειχνε ότι γνωρίζουν πολύ καλά το θέμα της μελέτης εφόσον όλοι είχαν καθημερινές εμπειρίες βίας και επιθετικότητας. Μάλιστα έθεταν το ερώτημα κατά πόσο η έρευνα αυτή θα βοηθήσει να αλλάξει κάτι στον χώρο των επειγόντων και κατέθεταν τους προβληματισμούς τους ως προς την έκταση και το βάθος του θέματος και την παραδοχή της δυσκολίας αλλαγής.

Όσον αφορά την ερμηνεία της βίας και επιθετικότητας, χρησιμοποιείται ως επί το πλείστον η λέξη βία για να περιγράψει τους χαρακτηρισμούς και τις εντάσεις που φθάνουν στο πρόσωπό των νοσηλευτών αλλά και εναλλακτικά, τότε η βία και τότε η επιθετικότητα ανάλογα με το μέγεθος και το είδος του βιώματος κατά τις περιγραφές. Για παράδειγμα ο όγκος των προσερχομένων ασθενών με την απειλητική για χρήση βίας συμπεριφορά και την χρήση ακυρωτικών σχολίων, κατατάχθηκε ως ψυχική βία. Η επιθετικότητα στον χώρο των ΤΕΠ στην παρούσα εργασία νοείται περισσότερο ως λεκτική με την έννοια των ύβρεων, των χαρακτηρισμών, της αγένειας, των απειλών, από μέρους των συνοδών αλλά και των ασθενών ενώ δεν λείπουν και περιστατικά βίας με χαρακτήρα σωματικό. Στην περίπτωση αυτή, γίνεται διαχωρισμός ανάμεσα στην πρόθεση του δράντος προσώπου και το πέρασμα στην πράξη μιας ενεργητικής βλάβης, έναντι της βλαπτικής πρόθεσης μόνο, που δεν προβαίνει σε πράξη, και όπου η διαμεσολάβηση του σώματος και η φυσική επαφή είναι το κριτήριο διαχωρισμού. Αυτό συμφωνεί με τους Hislop & Melby (2003) που υιοθετούν τον ορισμό του Blackwell (1995) για να ξεχωρίσουν την βία από την επιθετικότητα και καθορίζουν τη βία ως την ενεργητική πρόθεση και δράση κάποιου με σκοπό να βλάψει άλλο άτομο. Επιπλέον σύμφωνα με

τους Hislop & Melby (2003) διατρέχοντας την βιβλιογραφία αποκαλύπτεται η εναλλακτική χρήση των δύο όρων της βίας και επιθετικότητας.

Η Σταθοπούλου (2007) θεωρεί ότι η επιθετικότητα αναφέρεται περισσότερο στην πρόθεση κάποιου να βλάψει ενώ η βία στην ενεργητική πράξη βλάβης συνοδευμένη με την πρόθεση. Αυτό επιτρέπει να συμπεριληφθούν και άλλες μορφές βίας στους όρους όπως εκτός από τη φυσική βία και τη ψυχολογική βία και ότι αυτό εμπεριέχει. Παρόλα αυτά η πρόθεση ενός, τυγχάνει μικρότερου ενδιαφέροντος έναντι των επιπτώσεων μολονότι η πρόθεση είναι χαρακτηριστικό στοιχείο στην ψυχολογική κακοποίηση των παιδιών και υπάρχει η συστημική συνιστώσα σ' αυτές τις συμπεριφορές (Keashly 1998). Στην παρούσα εργασία καθώς αναγνωρίζεται η συστημική συνιστώσα, και συμφωνεί με τους ορισμούς του Παγκόσμιου οργανισμού υγείας (Krug et al, 2002) οι οποίοι μνημονεύθηκαν πιο πάνω, πώς ένα σύνολο παραγόντων διασυνδεόμενων μεταξύ τους είναι ικανοί να παράξουν βία, είτε κοινωνικοί, ή ατομικοί ή άλλοι παράγοντες, δεν χρειάζεται να γίνεται διαχωρισμός.

Ως ψυχολογική βία θεωρούνται οι απειλές για χρήση βίας και το συνοδό εχθρικό κλίμα που δημιουργείται πράγμα που ενδεχομένως καθορίζει πόσο ευάλωτος είναι ο κάθε νοσηλευτής προσωπικά σ' αυτό καθώς του δημιουργεί αίσθημα ανασφάλειας και φόβο. Οι 'Ο Connell et al., (2000) θεωρούν ότι οι απειλές για χρήση βίας και οι απειλές –εκφοβισμοί προς τους νοσηλευτές των ΤΕΠ από ασθενείς και συνοδούς δημιουργούν συναισθηματικό τραύμα στον νοσηλευτή που τις δέχεται. Στην έρευνα των Ryan & McGuire (2006) κατατάσσεται η εμπειρία της απειλητικής λεκτικής και μη-απειλητικής-λεκτικής επιθετικότητας από συνοδούς ασθενείς και άλλους ως ένα είδος λεκτικής επιθετικότητας ικανό να χρησιμοποιηθεί προς μέτρηση της βίας και επιθετικότητας στο νοσηλευτικό προσωπικό των επειγόντων. Θεωρείται δε ότι είναι καθήκον του οργανισμού να εξασφαλίσει επίπεδα εκπαίδευσης στην διαχείριση της βίας και ασφάλειας του προσωπικού.

Επίσης, ως ψυχολογική βία στην παρούσα εργασία θεωρείται και η πίεση που ασκείται από άλλους επαγγελματίες υγείας στο έργο των νοσηλευτών, όπως γιατρούς, ή άλλους συναδέλφους τους με άσκηση κριτικής, απαιτητικότητα, υπονοούμενα με αποτέλεσμα τις ενδοσυγκρούσεις. Στην βιβλιογραφία θεωρείται ως οριζόντια βία (horizontal violence) η προερχόμενη από συναδέλφους και άλλους επαγγελματίες και είναι η εχθρικότητα φανερή ή καλυμμένη προς κάποιον (κριτική, επίρριψη ευθυνών κλπ), κάτι που υπάρχει έντονα και ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό (Woelfle & Mcaffrey, 2007; Roy, 2007). Στην παρούσα εργασία, η

ενδοεπαγγελματική βία αναγνωρίστηκε και ερμηνεύθηκε από τους νοσηλευτές ως μια μορφή βίας που συναντάνε στο χώρο εργασίας τους,. Παρόλα αυτά, επειδή το φαινόμενο της οριζόντιας βίας απασχολεί την βιβλιογραφία της Νοσηλευτικής εδώ και πάνω από 20 χρόνια και έχουν γίνει σοβαρές προσπάθειες εξήγησής του, ιδιαίτερα υπό την επίδραση των θεωρητικών της φεμινιστικής σχολής,(feminism theorists) και των θεωρητικών της καταπίεσης (oppression theorists) (Rittenmeyer et al, 2012) και δεδομένου του γεγονότος ότι μπορεί να αποδοθεί σε κοινωνικοοικονομικούς, πολιτισμικούς, ιστορικούς παράγοντες για κάθε χώρα, (Lee & Saeed, 2001) χρήζει περισσότερης διερεύνησης.

Το ότι στην υποδοχή του τμήματος επειγόντων που γίνεται η διαλογή ασθενών αναπτύσσεται και ο μεγαλύτερος όγκος των επιθετικών συμπεριφορών, στην παρούσα εργασία, συμφωνεί με τα ευρήματα των (Grilly, 2004; Ryan & Maguire, 2006) οι οποίοι καταλήγουν, ότι υπερτερεί η λεκτική επιθετικότητα προς τους νοσηλευτές των ΤΕΠ σε σχέση με άλλους τύπους επιθετικότητας και μάλιστα κύριος χώρος εκδήλωσής της είναι η θέση διαλογής ασθενών. Στις προαναφερθείσες έρευνες όμως η λεκτική επιθετικότητα προέκυπτε κυρίως από τους ασθενείς, ενώ στην παρούσα οι συνοδοί ασθενών εμφανίστηκαν να είναι οι περισσότερο επιθετικοί, ενώ σε μικρότερο βαθμό επιθετικοί εμφανίστηκαν οι ασθενείς κάτι που συμφωνεί περισσότερο με την έρευνα του Ayganci (2004). Ίσως ο λόγος που εμφανίζονται αυτά τα αποτελέσματα είναι ότι οι δεσμοί με την οικογένεια στην Ελλάδα συνεχίζουν να είναι πολύ ισχυροί και τα μέλη της αλληλοϋποστηρίζονται και βοηθιούνται για αυτό σε κάθε περίπτωση υπάρχει συνοδός του ασθενή μέσα στο νοσοκομείο. Σύμφωνα με τον Αγγελόπουλο (2009) η ευνοϊκή επίδραση της κοινωνικής στήριξης για την αντιμετώπιση των στρεσογόνων γεγονότων ή των συνεπειών τους είναι εντυπωσιακή. Έχει βρεθεί ότι τα άτομα που στηρίζονται κοινωνικά ζουν περισσότερο, αντιμετωπίζουν καλύτερα στρεσογόνες καταστάσεις ζωής ή αναρρώνουν γρηγορότερα (Spacapan, 1988).

Η παιδεία και η κουλτούρα συνοδών και ασθενών μνημονεύθηκε στην παρούσα εργασία προκειμένου να κατανοηθούν οι εκρήξεις επιθετικών συμπεριφορών και θεωρείται ως ένας ατομικός παράγοντας που διαμεσολαβεί. Όμως πρόκειται για θεώρηση όπου δεν υπαισέρχεται η έννοια της κλασικής μόρφωσης και του εκπαιδευτικού επιπέδου, όσο της κοινωνικής παιδείας, της υγιούς κοινωνικοποίησης των ατόμων. Όπως αναφέρει ο Granfeld (2004), τα άτομα στις σύγχρονες κοινωνίες δεν έχουν την αίσθηση της κοινότητας και της συνάφειας με

τους άλλους που φυσιολογικά παράγουν συνθήκες αμοιβαίας εμπιστοσύνης και δέσμευσης. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται αυτό είτε με την μορφή της έλλειψης σεβασμού στο επείγον περιστατικό και την προσπάθεια που καταβάλλει το προσωπικό, είτε με την μορφή της παρενοχλητικής αιτηματικότητας καθώς διακυβεύονται οι ζωές των άλλων.

Η αναφορά στο έλλειμμα κατανόησης του συστήματος διαβάθμισης και της ιεράρχησης του επείγοντος ,από τους προσερχόμενους, στην παρούσα εργασία, συμφωνεί με τους Lyneham (2000) ως προς έναν από τους πιθανούς παράγοντες που σχετίζονται με βίαιες συμπεριφορές στα επείγοντα. Επίσης η οργανωσιακή κουλτούρα του τμήματος επειγόντων έχει συνδεθεί βιβλιογραφικά με επιθετικές συμπεριφορές Lau et al (2004),επειδή όμως οι έρευνες αυτές μελετούν ψυχιατρικά τμήματα χρίζει περισσότερης διερεύνησης.

Η σύγχυση και η διέγερση του ασθενούς ως συνεπεία κάποιου παθολογικού προβλήματος ή και η χρήση ουσιών και αλκοόλ αναφέρονται ως παράγοντες που μπορούν να εκδηλώσουν επιθετικές συμπεριφορές (Winstanley &Whittington 2004) Τα παθολογικά προβλήματα του ασθενή όπως και η χρήση ουσιών δικαιολογούνται ως συμπεριφορές που διεγείρουν επιθετικότητα (Hahn et al 2008) αλλά μαζί τους έτειναν να δικαιολογούνται και οι ψυχικά ασθενείς στην παρούσα εργασία.

Βέβαια, το γεγονός ότι οι ψυχικά ασθενείς θεωρούνται επιπλέον λιγότερο επικίνδυνοι από άλλους ασθενείς, αναιρούσε και τα αναφερθέντα, πράγμα που μας επιτρέπει να παραδεχτούμε την κοινωνική κατασκευή και τον μύθο του ψυχικά ασθενή ως επικίνδυνου. Αυτό αντανακλά τον διχασμό της σκέψης και από την άλλη εξισώνει μια σωματική με μια ψυχική νόσο. Ενδεχομένως, δηλαδή η αντίληψη της ψυχικής νόσου νοείται με σωματικούς όρους προκειμένου να γίνεται προβλέψιμη και ελεγχόμενη. Όπως λέει ο Φουκώ (1975) «έχουμε ένα βαθύ ρίζωμα της ψυχιατρικής στην ιατρική του σώματος το ενδεχόμενο μιας σωματοποίησης όχι απλά τυπικής στο επίπεδο του λόγου, αλλά μιας ουσιαστικής σωματοποίησης της ψυχικής ασθένειας». Η κατηγοριοποίηση αυτή θεωρείται από τον ερευνητή κοινωνικά κατασκευασμένη και ως τέτοια λειτουργεί πολλές φορές ως «αυτοεκπληρούμενη προφητεία» δηλαδή ευοδώνουν τον προσανατολισμό μιας συμπεριφοράς για να εξυπηρετηθούν οι αρχικές προσδοκίες.

Η δικαιολογημένη αυτή «άσκηση» της βίας σύμφωνα με τα παραπάνω είναι αυτή που την τοποθετεί στην τάξη της κοινωνικής κατασκευής. Η ιδέα αυτή συμφωνεί με

την βιβλιογραφία στο κομμάτι της ύπαρξης των «ανεπιθύμητων» στον χώρο των ΤΕΠ και της κατασκευής «αποδιοπομπαίων τράγων» (Ferns, 2005)

Η αλλαγή που έχει παρατηρηθεί μέσα στον χρόνο αναφορικά με τις επιθετικές συμπεριφορές και σύμφωνα με την εμπειρία είναι ότι τώρα θεωρείται ότι είναι χειρότερα τα πράγματα όσον αφορά τις επιθετικές συμπεριφορές προς το πρόσωπό τους εξαιτίας της κοινωνικοοικονομικής κρίσης με την έννοια και της αυξημένης προσέλευσης αλλά και της ψυχολογικής πίεσης που βιώνουν οι άνθρωποι και τείνουν να την μεταθέτουν πράγμα που συμφωνεί με την βιβλιογραφία που θεωρεί ότι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν τη προσέλευση στα επείγοντα με τη έννοια ότι τα άτομα με χαμηλή ψυχοκοινωνική στήριξη, χαμηλά εισοδήματα έχουν προβλήματα που διακρίνονται από χρονιότητα και δεν προσφεύγουν εύκολα στους γιατρούς, όταν δε προσφεύγουν πηγαίνουν στα επείγοντα (Padgett & Brodsky, 1992). Ως μετάθεση του θυμού και της απογοήτευσης νοείται αυτό που υποστηρίζουν οι Dollard –Miller ότι το άτομο τείνει να μεταθέτει την αποστέρηση και την απογοήτευση του σε άλλους στόχους.

Σύμφωνα με τους (Padgett et al., 1992) τα επείγοντα των νοσοκομείων παίζουν τρεις καθοριστικούς ρόλους. Αποτελούν 1) κέντρα τραύματος και οξέων 2) υποκατάστατο γιατρού όταν δεν υπάρχει κάτι διαθέσιμο 3) ιατρική για τους «φτωχούς». Η κοινωνικοοικονομική συνθήκη περιορίζει το εύρος των επιλογών του ατόμου Milio (1976)¹ και οι προσωπικές επιλογές που κάνει κανείς όσον αφορά τη υγεία και την ασθένεια είναι σε συνάρτηση με τους πόρους που διατίθενται.

Το γεγονός είναι επίσης ότι στην παρούσα εργασία θεωρείται ότι υπάρχει αυξημένη προσέλευση ατόμων χωρίς σοβαρό πρόβλημα υγείας ελλείψει της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το συγκεκριμένο φαινόμενο δημιουργεί εμπλοκές και συγκρούσεις στο σύστημα των επειγόντων καθώς αυτοί αλληλεπιδρούν με αυτούς που έχουν αξιολογηθεί ως επείγον. Πρόκειται για ένα πολύπλοκο θέμα που επηρεάζεται από πολλές μεταβλητές συμπεριλαμβανομένης της αντίληψης του επείγοντος που έχουν τα άτομα αλλά και της κατανόησης του πώς λειτουργούν τα συστήματα υγείας (Boushy & Dubinsky 1999). Δεδομένου ότι θεωρείται στην παρούσα εργασία ότι η αντίληψη για το τι συνιστά επείγον διαφέρει από άτομο σε άτομο, και διαφορετική αίσθηση του επείγοντος έχουν οι ασθενείς και διαφορετική οι ειδικοί, έρευνες έχουν καταδείξει ότι πολλοί ασθενείς έχουν ενημερότητα για το ότι δεν αποτελούν επείγοντα αλλά νοιώθουν ότι δεν έχουν που αλλού να πάνε (Padgett et al., 1992).

Πάντως, κάποιες μεταβλητές που εξηγούν την αυξημένη προσέλευση στα επείγοντα ατόμων χωρίς σοβαρό πρόβλημα υγείας είναι η ηλικία του ατόμου, η εύκολη πρόσβαση και διαθεσιμότητα του νοσοκομείου, τα χαμηλά εισοδήματα, οι υποασφάλιστοι ή ανασφάλιστοι δηλαδή το ασφαλιστικό προφίλ των ατόμων (Boushy & Dubinsky, 1999). Η ψυχοκοινωνική κρίση (οικονομικά, οικογενειακά προβλήματα, πένθος κλπ.) επηρεάζει την προσέλευση στα επείγοντα αλλά δεν υπάρχει επαρκής βιβλιογραφική υποστήριξη σε αυτό (Senneseth et al., 2012).

Δημογραφικές και ψυχοκοινωνικές μεταβλητές θα ήταν χρήσιμο να εξεταστούν σε επίπεδο έρευνας στα επείγοντα των νοσοκομείων και την διαμεσολάβησή τους στην εκδήλωση επιθετικών συμπεριφορών στα νοσοκομεία, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν έρευνες που να ασχολούνται με τις συμπεριφορές αυτές στα γενικά νοσοκομεία (Hahn 2008). Στην Αμερική στα τέλη της δεκαετίας του '80 με την κοινωνικοοικονομική κρίση εκείνης της εποχής, μεγάλο μέρος ανθρώπων έμειναν ανασφάλιστοι και υποασφάλιστοι με αποτέλεσμα να μην έχουν πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα και να καταφεύγουν στα επείγοντα των νοσοκομείων (Padgett & Brodsky, 1992).

Η βιβλιογραφία θεωρεί ότι οι ασθενείς που περιμένουν για λιγότερο σοβαρά προβλήματα και περιμένουν πολλές ώρες αναμονής, καθώς στους άλλους έχει γίνει ήδη η διαλογή και έχουν μπει μέσα στα ιατρεία είναι περισσότερο πιθανό να εμπλέκονται σε περιστατικά επιθετικής συμπεριφοράς και ότι αυτά τα περιστατικά επιθετικής συμπεριφοράς επισυμβαίνουν μέσα σε μία ώρα από την προσέλευση, χωρίς να μεσολαβεί μεγάλος χρόνος αναμονής (Grilly, 2004). Αυτό συνάδει και με την παρούσα εργασία όπου εκφράζεται ότι πολλές φορές χωρίς να υπάρχει αναμονή, οι επιθετικές συμπεριφορές είναι το ίδιο συχνές. Κατά τους Lau et al (2012b) αυτές οι συμπεριφορές δεν μπορεί να προκύπτουν μόνο από τον χρόνο αναμονής αλλά και από την πληροφόρηση που λαμβάνουν τα άτομα, την εμπιστοσύνη σ' αυτήν αλλά και τις αντιλαμβανόμενες ανάγκες και προτεραιότητές τους, γεγονός που συμφωνεί και η παρούσα μελέτη.

Στην παρούσα εργασία θεωρείται ότι η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας θα βοηθούσε στον έλεγχο της αυξημένης προσέλευσης και της εκδήλωσης επιθετικών συμπεριφορών Όπως παραδοσιακά θεωρείται, η έλλειψη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οδηγεί τους ασθενείς στα επείγοντα (Padgett & Brodsky 1992) ή το ότι δεν γνωρίζουν το σύστημα διαλογής και το είδος της παρεχόμενης φροντίδας. Το τι συνιστά επείγον πρόβλημα όπως και ποιά είναι η

κατάλληλη χρήση των τμήματος των επειγόντων αφενός μεν δεν έχει διερευνηθεί αφετέρου είναι θέμα συνολικής πολιτικής υγείας (Gill 1994).

Το γεγονός ότι τα επείγοντα χρησιμοποιούνται από άτομα χωρίς επείγον πρόβλημα υγείας έχει απασχολήσει πολύ την βιβλιογραφία ακόμη και σε χώρες με αναπτυγμένη την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και καθιερωμένο πλήρως τον θεσμό του γενικού γιατρού. Σε έρευνα που έγινε σε μια πόλη του Καναδά και απευθυνόταν σε ασθενείς που αφορούσε τους λόγους που επισκέπτονται τα επείγοντα, ανάμεσα σε 948 άτομα που προσήλθαν σε 13 νοσοκομεία στο τμήμα επειγόντων και συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια βρέθηκε είτε να είναι προβληματική η σχέση ασθενούς –γενικού γιατρού και παραπέμποντος ιατρού στο να αναζητήσουν επείγουσα φροντίδα, με την έννοια της ανεπαρκούς ενημέρωσης και εκπαίδευσής του κόσμου για το επείγον και τα συστήματα των επειγόντων είτε γιατί απλά τα επείγοντα είναι η επιλογή τους ασχέτως εάν περιμένουν πολύ ή εάν η παρεχόμενη φροντίδα δεν είναι συνεχής ή γιατί ήταν εύκολη η προσέγγισή τους και τέλος γιατί δεν ήταν εκείνο το διάστημα διαθέσιμη η πρωτοβάθμια φροντίδα (Boushy & Dubinsky, 1999). Κατά τον ερευνητή η ενισχυμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν αποτελεί και την πανάκεια στην αντιμετώπιση των βίαιων και επιθετικών συμπεριφορών στο νοσοκομείο, καθώς αυτές καθορίζονται και από πολλούς άλλους παράγοντες. (Saines 1999).

Όσον αφορά την εξοικείωσή των νοσηλευτών με τα περιστατικά αυτά, το γεγονός ότι τα περιστατικά επιθετικής συμπεριφοράς συμβαίνουν σε κάθε εφημερία πράγμα που έχει εξοικειώσει τους νοσηλευτές των επειγόντων μ' αυτό, στην παρούσα εργασία μπορεί να ερμηνευθεί ότι αποτελεί πλέον μέρος της δουλειάς τους (Gacki –Smith at al., 2009). Η εμφάνιση των επιθετικών συμπεριφορών σε κάθε εφημερία και η οικειότητα των νοσηλευτών του τμήματος επειγόντων μ' αυτό στην καθημερινότητα, αναφέρονται στην βιβλιογραφία (Lyneham, 2000, Chapman 2004)

Στην παρούσα εργασία δεν γίνεται καμιά αναφορά στην επίσημη θεσμοθετημένη αναφορά περιστατικών βίας και επιθετικότητας προς το πρόσωπό τους, πράγμα που ενδεχομένως αντανάκλα την «δικαιολογημένη» και αναμενόμενη ως τέτοια συμπεριφορά στα επείγοντα και η τάση να «προσπερνούν» τέτοια γεγονότα (Gacki-Smith, 2009; Gates et al., 2011b). Την έλλειψη αναφορών παραπομπής βίαιων περιστατικών σε θεσμικό επίπεδο αναφέρουν και οι Lyneham (2000) και Lanza (2011). Παρόλα αυτά οι Farrell (2006) και Lanza (2011) θεωρούν ότι όσο θεωρούνται μέρος της δουλειάς οι επιθετικές συμπεριφορές και δεν

αντιμετωπίζονται θεσμικά είτε με την επίσημη αναφορά είτε με την επίσημη διαχείριση αυτών των συμπεριφορών τόσο τείνουν να απευαισθητοποιούν τον νοσηλευτή. Στην παρούσα εργασία, θεωρείται ότι μ'αυτόν τον τρόπο «φυσιολογικοποιείται» μια επίπονη και ακυρωτική για την αξιοπρέπεια του νοσηλευτή συμπεριφορά, προς το πρόσωπό του.

Οι ψυχοκοινωνικές επιδράσεις αυτής της βιωμένης καθημερινότητας στους νοσηλευτές, που προέρχονται είτε από τον αυξημένο όγκο ασθενών, είτε από τις ενδοσυγκρούσεις του προσωπικού και το στρεσογόνο περιβάλλον εργασίας και ταυτόχρονα με τις επιθετικές συμπεριφορές, είναι η απώλεια ελέγχου και το στρέψ που ενέχεται στην θέση αυτή και η μειωμένη ικανοποίηση που λαμβάνουν, κάτι που αφενός μεν έχει να κάνει με την ανεπαρκή θεσμική στήριξη τους ή άλλη ψυχολογική υποστήριξη.

Στην παρούσα εργασία αντανακλάται αυτό, στην ιδέα που εκφράζεται ότι δεν πρόκειται να αλλάξει κάτι ή μόνο μπορεί να βελτιωθεί, πράγμα που επιτρέπει να θεωρηθεί ότι το θέμα των επιθετικών συμπεριφορών είναι πιο δομικό και υπεισέρχονται οργανωτικοί και πολιτισμικοί παράγοντες του τμήματος επειγόντων, γεγονός που αναφέρεται στην βιβλιογραφία (Di Martino, 2003). Η μειωμένη ηθική ικανοποίηση των νοσηλευτών ως αποτέλεσμα της χρονιότητας αυτής της κατάστασης, συμφωνεί με τα ευρήματα των Nachreimer et al (2007) Όπως τονίζουν οι Nachreimer et al (2007) αναφερόμενοι στον Di Martino « όταν το στρέψ και η βία αλληλεπιδρούν στον εργασιακό χώρο, όπως γίνεται συνήθως, τα αρνητικά αποτελέσματα τους εισέρχονται σε έναν φαύλο κύκλο που είναι εξαιρετικά δύσκολο να ξεμπερδευτεί»

Στην παρούσα εργασία εκτός από την εξοικείωση των νοσηλευτών με τις επιθετικές συμπεριφορές μέσα στο χρόνο, αναδύεται και η απώλεια ελέγχου. Στην βιβλιογραφία η απώλεια ελέγχου στους νοσηλευτές που εργάζονται σε υψηλά στρεσογόνα περιβάλλοντα, αναφέρεται ως ένας ψυχοκοινωνικός παράγοντας που συνδέεται με αυξημένο στρέψ και μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία (Di Martino 2003). Κάτι τέτοιο είναι σε συμφωνία με τα αποτελέσματα αυτής της ποιοτικής έρευνας κάτι που φάνηκε μέσα από τις ερμηνείες για τους επιβαλλόμενους και εκτεταμένους ρόλους που αναλαμβάνουν οι νοσηλευτές του ΤΕΠ στην θέση διαλογής, σε συνδυασμό με την υπερφόρτωση της εργασίας τους. Η σύγκρουση ρόλων (role conflict) που η θέση αυτή τους επιβάλλει έχει συνδεθεί με αρνητικά συναισθήματα, στρες, μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία αλλά και με την

επαγγελματική εξουθένωση στους χώρους των επαγγελματιών υγείας (Pico, 2006) και ειδικότερα στους χώρους των ΤΕΠ (‘Ο Mahoney, 2011).

Η θέση Triage και το σύστημα διαλογής ασθενών είναι το είδος της εργασίας στο οποίο οι νοσηλευτές αξιολογούν τον βαθμό του επείγοντος, προσδιορίζουν ενδεχομένως τη νοσηλευτική διάγνωση και συντονίζουν το υπόλοιπο προσωπικό (Forsgren et al., 2009). Οι απαιτήσεις είναι υψηλές καθώς έχουν να κάνουν με πιθανό άμεσο κίνδυνο της ζωής άλλων ατόμων. Έτσι η διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι καθοριστικής σημασίας σ’ αυτήν την θέση καθώς μια καθυστερημένη ή μια λάθος λήψη απόφασης και αξιολόγησης συμπτωμάτων μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές για τη υγεία του ασθενή (Forsgren et al., 2009). Το υψηλό αίσθημα φροντίδας προς τους άλλους και του καθήκοντος προς τις ζωές των άλλων, στο ΤΕΠ, (Person et al., 2012), έρχεται σε σύγκρουση με την σύγχυση και την απώλεια ελέγχου που στην παρούσα εργασία εκφράζεται .

Επίσης τα συναισθήματα που εκφράζονται, είτε με την εξοικείωση των νοσηλευτών με τις επιθετικές συμπεριφορές, είτε με την ματαίωση και τον θυμό που νοιώθουν από τις εμπειρίες της ψυχολογικής βίας και της λεκτικής επιθετικότητας, επικοινωνείται ένα αίσθημα αδικίας σε βάρος τους που είναι γνώριμο στην βιβλιογραφία (Hislop-Melby, 2003) Οι Farell 2006 έδειξαν στην έρευνά τους με τους νοσηλευτές ότι μετά από επεισόδια επιθετικών συμπεριφορών, οι νοσηλευτές είναι πιθανότερο να κάνουν λάθη και να νοιώθουν αισθήματα δυσφορίας. Στην παρούσα εργασία αναγνωρίζεται η ανάγκη να είναι οι νοσηλευτές μέσα στον ρόλο τους μέσα στον οργανισμό που εργάζονται προκειμένου να μειωθούν τα αισθήματα σύγχυσης και άγχους που νοιώθουν.

Τέλος, η εμπειρία που επικοινωνείται στην παρούσα εργασία όσον αφορά την αντιμετώπιση των βίαιων συμπεριφορών από τους νοσηλευτές είναι η εγκατάσταση της ήρεμης και νηφάλιας θέσης, χωρίς προκλητικότητα, καθώς και η βιβλιογραφική εμπειρία συμφωνεί (Lau et al 2012b) ότι κάποιες συμπεριφορές από μέρους των νοσηλευτών που είναι αυταρχικές ή επικριτικές και συγκρουσιακές διαμεσολαβούν επικίνδυνα στις εκρήξεις επιθετικών συμπεριφορών. Παράλληλα αναδύεται το γεγονός ότι προσπαθούν να εντάξουν τις επιθετικές συμπεριφορές προς το πρόσωπό τους, ως κατευθυνόμενες όχι σ’ αυτούς αλλά στον οργανισμό ή το σύστημα υγείας ή προς μια ανώτερη βαθμίδα. Με αυτό τον τρόπο μοιράζουν το κόστος των ενοχών που προκύπτει από αυτές τις συμπεριφορές και δεν το «προσωποποιούν» (Lanza , 2011). Παρόλα αυτά, το κέρδος από αυτήν την κατάταξη και σύμφωνα με τον

ερευνητή είναι προσωρινό καθώς το έλλειμμα θεσμικής στήριξης, που υποκρύπτεται από πίσω, δημιουργεί μεγαλύτερη ανασφάλεια και άγχος και μεγαλύτερη έκθεση στο βάρος των ενοχών. Το αίσθημα ανασφάλειας και απογοήτευσης που νοιώθουν οι νοσηλευτές στην παρούσα εργασία αλλά και η έλλειψη επαρκούς προστασίας τους στην εκτέλεση του νοσηλευτικού έργου, αντανακλά την έλλειψη θεσμικής στήριξης τους (Gacki-Smith, 2009).

Στην βιβλιογραφία υπάρχει κενό όσον αφορά τις αποτελεσματικές παρεμβάσεις στην διαχείριση των βίαιων περιστατικών (Gates, 2011a) αν και έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες τεχνικές και παρεμβάσεις. Παρόλα αυτά επειδή και στην παρούσα εργασία εκφράζεται η ανάγκη διεξόδου της συναισθηματικής εμπειρίας των επιθετικών συμπεριφορών μέσω ομάδων συναντήσεων των νοσηλευτών, συμφωνεί με τους Lanza et al (2011) που προτείνουν πώς μέχρι να ληφθούν τα αναγκαία μέτρα προστασίας από την έκθεση σε επιθετικές συμπεριφορές σε οργανωτικό επίπεδο, στο μεταξύ χρειάζεται στήριξη του προσωπικού και ψυχοεκπαιδευτικές συναντήσεις με την παρουσία ειδικού. Επιπλέον σε επίπεδο διαχείρισης θεωρείται ότι το ασφαλές και κατάλληλο εργασιακό περιβάλλον, η εκπαίδευση του προσωπικού στην κατανόηση των δυναμικών της βίας, με έμφαση στην πρόληψη, διαχείριση και αποκλιμάκωση αυτών των συμπεριφορών αντί της αντιπαράθεσης, αλλά και η αξιολόγηση της όλης εκπαιδευτικής διαδικασίας και η ψυχολογική υποστήριξη του προσωπικού θα συμβάλλει στην ψυχική του ενδυνάμωση (Beech & Leather 2006),

6.2 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Η τελική μορφή του ερευνητικού ερωτήματος προέκυψε από την αναλυτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αλλά και μέσα από τα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν προκύψει στον ερευνητή κατά την διάρκεια της άμεσης εμπειρίας του με τον χώρο των ΤΕΠ και την διαλογή ασθενών, ως εργαζόμενος εκεί στο παρελθόν. Η παρούσα μελέτη εγκρίθηκε από την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου αφού υποβλήθηκε αρχικά η ερευνητική πρόταση περιλαμβάνοντας συνοπτική εξήγηση των σκοπών της και του όφελους που θα προκύψει από αυτή, δηλαδή την αναγνώριση του θέματος και της ύπαρξής του διαμέσου των ερμηνειών και αποδόσεων των νοσηλευτών και την ενίσχυση του λόγου τους αλλά και την προοπτική διαχείρισής του.

Η παρούσα ερευνητική εργασία αποτέλεσε μια ποιοτική έρευνα που χρησιμοποίησε ως ερευνητικό εργαλείο την ημιδομημένη συνέντευξη με νοσηλευτές ανώτερης εκπαίδευσης που εργάζονται στον χώρο του ΤΕΠ και πραγματοποιούν επιπλέον διαλογή ασθενών. Από τους 11 νοσηλευτές του τμήματος, ανταποκρίθηκαν θετικά οι 10, αριθμός που αποτέλεσε το δείγμα της παρούσας μελέτης.

Κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων οι οποίες ηχογραφήθηκαν και είχαν διάρκεια 50 λεπτά περίπου γινόταν καταγραφή σε σημειώσεις, των σημαντικότερων λέξεων ή φράσεων του ερωτώμενου πάνω στο θέμα της μελέτης, όπως και τυχόν αντιφάσεις στον λόγο του ώστε να είναι σε θέση ο ερευνητής να αντιπαρατεθεί στα λεγόμενα του (confrontation) προκειμένου αφενός μεν ο ερωτώμενος να αποκτήσει καλύτερη επίγνωση των λεγομένων του, αφετέρου δε ο ερευνητής να βεβαιωθεί ότι ερμήνευσε σωστά τα λεγόμενα του. Επίσης πολλές φορές ο ερευνητής αντανάκλούσε (reflecting) τα λεγόμενα του ερωτώμενου για να διαπιστώσει ξανά ότι έχει καταλάβει σωστά αυτά που ειπώθηκαν. Άλλη τεχνική που χρησιμοποιήθηκε επίσης ήταν η σύνοψη των λεγομένων του ερωτώμενου όταν ολοκλήρωνε κάποιο θέμα και έπειτα γινόταν η μετάβαση σε κάποιο άλλο, προκειμένου ξανά να βεβαιωθεί ο ερευνητής ότι έχει ερμηνεύσει σωστά τα λεγόμενα του ερωτώμενου: Πχ «...σύμφωνα με αυτά που έχεις πει μέχρι τώρα...έχω καταλάβει ότι...εάν δεν έχω καταλάβει σωστά παρακαλώ διόρθωσέ με».

Ως γνώριμος ο ερευνητής σ' όλους τους ερωτώμενους και έχοντας εργαστεί ο ίδιος στον χώρο αυτό και στην θέση αυτή, υπήρχε η δυνατότητα οι συνεντεύξεις να διατηρούν ορισμένα συστατικά στοιχεία μιας θεραπευτικής σχέσης όπως για παράδειγμα, ισότιμη φιλική, ανθρώπινη συνομιλία με ενσυναίσθηση, με γέλιο, ειλικρίνεια, αυθεντικότητα. Μέσα στον κοινό αυτό τόπο συνάντησης και αλληλεπίδρασης με τους ερωτώμενους, ο ερωτώμενος «προσκαλούνταν» να σκεφθεί πάνω στις πράξεις του κερδίζοντας επίγνωση και να μοιράσει τα συναισθήματα του και τις σκέψεις του στον βαθμό βέβαια που καθένας μπορεί να το κάνει.

Η έρευνα είχε σκοπό, να φωτίσει τις ερμηνείες και να καταγράψει τις σκέψεις και τα συναισθήματα των νοσηλευτών των επειγόντων ως αποτέλεσμα της εμπειρίας τους αναφορικά με την βία και επιθετικότητα στον χώρο της εργασίας τους προκειμένου να κατανοηθεί σε βάθος το φαινόμενο αυτό.

Υπήρχε δυσκολία στην έρευνα αυτή με την έννοια του ανεπαρκή αριθμού ποιοτικών ερευνητικών εργασιών πάνω στο θέμα. Όπως λέει ο Ferns (2006) σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν καταγραφεί μόνο 31 άρθρα που να σχετίζονται με την βία

όπως βιώνεται από τους νοσηλευτές και ότι 31 άρθρα είναι μικρός αριθμός για να εξάγει κανείς συμπεράσματα. Στα αρνητικά αναφέρεται επίσης και ο μικρός αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού που έχει κάνει αυτές τις έρευνες καθώς μόνο οι 15 ήταν κλινικοί νοσηλευτές και όχι ακαδημαϊκοί..

Οι μελέτες για την βία και την επιθετικότητα στα επείγοντα δεν είναι ελκυστικές στους ερευνητές γιατί δεν ταιριάζουν στο θετικιστικό παράδειγμα σκέψης. Επιπλέον οι περισσότεροι ερευνητές είναι γιατροί, για ένα θέμα που απασχολεί και αφορά αποκλειστικά νοσηλευτές (Ferns, 2006). Για αυτό το λόγο θα ήταν χρήσιμο να υπάρχουν περισσότερες έρευνες στο αντικείμενο αυτό.

Δεδομένου ότι ούτως ή άλλως στην ποιοτική έρευνα έχει ασκηθεί κριτική για την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της και ότι «οι ερευνητές δεν έχουν κανένα τρόπο να επιβεβαιώσουν εάν το τι δηλώνουν είναι αληθινό ή όχι» (Denzin & Lincoln, 2000) και πιο ειδικά για αυτό το θέμα όπου η υποκειμενικότητα παίζει καταλυτικό ρόλο γίνεται προσπάθεια εξήγησης των μεθοδολογικών περιορισμών και σχεδιασμού.

Το κονστρουκτιβιστικό παράδειγμα της παρούσας μελέτης συμβαδίζει με την ποιοτική έρευνα και άλλωστε το θέμα της βίας είναι τόσο πολύπλοκο και ευρύ, επειδή φέρει τόσες μεταβλητές και το βάρος της υποκειμενικότητας των ατόμων (αλλά και του ερευνητή) που όπως φάνηκε οι ποσοτικές μελέτες θα είχαν δυσκολίες.

Είναι πολύ χαρακτηριστικό ότι 1) δεν έχει τελεσθεί εννοιολογικός καθορισμός της έννοιας της βίας και επιθετικότητας 2) οι περιγραφικές μελέτες παρόλο που προσφέρουν πληροφορίες αδυνατούν να διεισδύσουν ολοκληρωμένα στο πρόβλημα, καταλαμβάνοντας και το πλαίσιο παρατήρησης και τους ασθενείς ως αλληλεπιδραστικό σύστημα (Lau & Magarey 2006) 3) οι εθνογραφικές μελέτες πάνω στο θέμα, βοήθησαν τον ερευνητή περισσότερο στην συγκρότηση της σκέψης καθώς μελετούν σε ένα συστημικό πλαίσιο, το περιβάλλον.

Η ενδεχόμενη προκατάληψη του ερευνητή ως προϊόν της ιδεολογικής του τοποθέτησης και της συνάφειάς της με την επιστημονική ουδετερότητα χρησιμεύει εδώ και ως εργαλείο αντανακλώντας μια ευέλικτη μορφή έρευνας (Μαντζούκας, 2005). Όπως θεωρεί ο Μαντζούκας (αναφορά σε Cuba & Lincoln, 2000), ο εαυτός του ερευνητή είναι το εργαλείο έρευνας.

Κατά την πρώτη φάση το υλικό των συνεντεύξεων απομαγνητοφωνήθηκε και καταγράφηκε αυτολεξεί σε γραπτό αρχείο. Στην συνέχεια ξεκίνησε η διαδικασία της

κωδικοποίησης του περιεχομένου κάθε συνέντευξης όπου μετά έγινε περαιτέρω επεξεργασία για να συσπειρωθούν μεταξύ τους νοήματα με το ίδιο περιεχόμενο.

Μετά οι κατηγορίες που είχαν αναπτυχθεί διαχωρίστηκαν σε θεματικές ενότητες με ευρύτερο νοηματικό περιεχόμενο για να συμπεριλάβουν όλα τα αποτελέσματα και να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα. Τελικά, διαμορφώθηκε ένας πίνακας με 2 θεματικές ενότητες περιλαμβάνοντας σε κάθε ενότητα από 2 έως 4 κατηγορίες.

Η δυσκολία του ερευνητή ήταν υπαρκτή στο κομμάτι των «κοινωνικοποιητικών» απαντήσεων των ατόμων καθώς και των κανονιστικών απαντήσεων πχ («η κάθε είδους μη καλή συμπεριφορά αυτή που δεν αρμόζει σε μεγάλους ανθρώπους και δημόσιες υπηρεσίες είναι επιθετικότητα» ή «οι ασθενείς είναι ασθενείς, ότι και να πουν έχουν πάντα δίκιο...»). Χρειαζόταν επομένως τεχνικές μαιευτικής μεθόδου του ερευνητή, δηλαδή επιλεκτική χρήση της άγνοιας πχ «μμμ.. δεν το ήξερα αυτό που λες...πώς το καταλαβαίνεις;» προκειμένου να εξαχθεί ένα ολοκληρωμένο νόημα της εμπειρίας και να διαχωριστούν οι ενότητες. Ιδιαίτερα δύσκολη ήταν η προσέγγιση των νοσηλευτών στο κομμάτι των συγκρούσεων αναμεταξύ τους. Ενώ παραδέχονται ότι υπάρχουν παρόλα αυτά δεν ήταν διατεθειμένοι να τα συζητήσουν. Όλοι όμως εξέφρασαν επιθυμία να τα κουβεντιάζουν σε επίπεδο ομάδας.

Η παρούσα εργασία επιχείρησε με εμπειρισταωμένο και επιστημονικό τρόπο να φωτίσει το βίωμα της βίας και επιθετικότητας στον χώρο του ΤΕΠ και να «ακουστεί» ο λόγος των νοσηλευτών. Από την αρχική φάση της σύνθεσης των ερευνητικών ερωτημάτων μέχρι το τέλος, σκοπός του ερευνητή ήταν η δόμηση ενός συνεκτικού έργου που να απαντά όσο το δυνατό στα αρχικά ερωτήματα και να θέτει επιπλέον προβληματισμούς .

6.3 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η παρούσα εργασία ασχολήθηκε με την βία και επιθετικότητα στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και τα βιώματα των νοσηλευτών του τμήματος. Βασίστηκε πάνω στην αρχική παρατήρηση του ερευνητή, της προσέλευσης στον χώρο του

τμήματος επειγόντων, ατόμων που δεν είναι επείγοντα περιστατικά και την συνοδό εμπλοκή και σύγκρουση που προέκυπτε κατά την διακίνησή τους με τα επείγοντα.

Η βιβλιογραφία στηρίζει το γεγονός ότι αυξημένη προσέλευση στα επείγοντα των νοσοκομείων συνδέεται με το έλλειμμα της προσβασιμότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της παροχής κατάλληλων υπηρεσιών (Howard et al., 2005). Οι Boyshy & Dubinsky (1998), βασιζόμενοι και σε άλλες έρευνες προτείνουν για την λύση του και προκειμένου να μειωθεί ο αριθμός των προσελεύσεων στα επείγοντα την εκπαίδευση από τους λειτουργούς της πρωτοβάθμιας φροντίδα στην κοινότητα ως προς τι θεωρείται επείγον και τότε χρειάζεται να προσφεύγει, πράγμα που και στην παρούσα εργασία υποστηρίζεται.

Κατά την άποψη του ερευνητή τίθενται δύο σημαντικά ζητήματα. Το πρώτο είναι όπως λένε οι MacEwen & Nies, (2001) η μεταστροφή και η μεγάλη αλλαγή στον τρόπο σκέψης στην εστίαση από την φροντίδα προς το άτομο στην φροντίδα προς την κοινότητα. Αυτός είναι ο ρόλος της εκπαιδευτικής ιατρικής κοινότητας να το πράξει.

Ο ασθενής δεν γνωρίζει πότε και γιατί θα ασθενήσει και από ποια αρρώστια θα υποφέρει στο μέλλον. Επίσης, δεν έχει την ικανότητα να αποφασίσει την κατάλληλη διάρκεια, χρονική στιγμή ή τον τύπο της θεραπείας. Είναι ένα γενικό ρίσκο ζωής και ένα τέτοιο ρίσκο συχνά δεν μπορεί να ρυθμιστεί από το άτομο μόνο του. Για αυτό ο ασθενής βρίσκεται σε μια ευάλωτη θέση αβεβαιότητας, αδυναμίας, εξάρτησης και ανάγκης που συχνά συνδυάζονται με φόβο και ντροπή.

Το σύστημα περίθαλψης κατά την άποψη του ερευνητή χρειάζεται να ειπωθεί ως ένα συνεχές ανάμεσα στις βαθμίδες περίθαλψης πρωτοβάθμια-δευτεροβάθμια-τριτοβάθμια όπως ακριβώς η υγεία και η ασθένεια, ως ένα κοινωνικό σύστημα παροχής φροντίδας υγείας με πρωταρχική αξία την υγεία ως αγαθό και βασικό ανθρώπινο δικαίωμα και όπου δεν μπορεί η μια βαθμίδα περίθαλψης να ειπωθεί ανεξάρτητα από την άλλη αλλά ως ένα αλληλοτροφοδοτούμενο σύστημα.

Επομένως οι επαγγελματίες υγείας θα χρειαζόταν να μετατοπίσουν το κέντρο βάρους στην εκπαίδευση και άσκησή τους και να προσανατολιστούν σ' αυτό. Θα χρειαζόταν επίσης ενεργοποίηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εντός των νοσοκομείων από εξειδικευμένους νοσηλευτές και διαχείριση περίπτωσης (case management) κατά το πρότυπο New England (Lyon, 2001). Σε άλλη περίπτωση θα μπορούσαν να λειτουργήσουν διαχειριστές περιστατικών των ασθενών στην διάρκεια της νοσηλείας τους και κατάρτιση πρωτοκόλλου εξόδου από το

νοσοκομείο-διασύνδεση του ασθενούς με όλες τις απαραίτητες δομές, είτε πρόκειται για καρκινοπαθή, είτε για χρόνιο ασθενή είτε για παιδί, για ψυχικά άρρωστο, για ηλικιωμένο κλπ.

Ο θεσμός του γενικού γιατρού ως διαμεσολαβητή ανάμεσα στις βαθμίδες περίθαλψης θα βοηθούσε στην αποσόβηση του μεγάλου όγκου των επειγόντων και τέλος προτείνεται από τον γράφοντα ένα σύστημα υγείας όπου η δομή της πρωτοβάθμιας θα είναι η «οικογένεια» του ασθενή. Η προσφυγή στα επείγοντα των νοσοκομείων αντανακλά την ανεπάρκεια του υγειονομικού συστήματος αλλά βέβαια από την άλλη μεριά υπάρχουν πολλοί ψυχοκοινωνικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την συχνή χρήση των επειγόντων στα νοσοκομεία (Sun et al., 2008) και την συνοδό πολλές φορές εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς.

Στην παρούσα εργασία θεωρήθηκε ότι η ανεπάρκεια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας διαμεσολαβεί στην αυξημένη προσέλευση ασθενών στα ΤΕΠ και αυτό έχει αντίκτυπο πολλές φορές στις εκδηλώσεις επιθετικής συμπεριφοράς από τον κόσμο κάτι το οποίο χρήζει περαιτέρω διερεύνηση.

7 Συμπεράσματα

Η εργασία αυτή φιλοδοξούσε να φωτίσει μερικά κομμάτια του φαινομένου της βίας στον χώρο του τμήματος επειγόντων περιστατικών, μέσα από τα βιώματα των νοσηλευτών.

Αυτό που γίνεται κατανοητό για την βία προς τους νοσηλευτές, στην παρούσα εργασία είναι ότι αποτελεί ένα πολύπλοκο φαινόμενο με πολλά πρόσωπα που δεν επιδέχεται επιφανειακές ερμηνείες για να αποδώσει τις αιτίες μόνο στο σύστημα υγείας και το πώς λειτουργεί ή σε κάποια ατομικά χαρακτηριστικά ή σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Είναι ένα υπερκαθοριζόμενο φαινόμενο αλληλοδιαπλεκόμενο και εξελισσόμενο. Η βία στο τμήμα επειγόντων περιστατικών είναι μια «ομπρέλα» κάτω από την οποία συνυπάρχουν διάφορες συμπεριφορές που είτε έχουν να κάνουν με τα πρόσωπα του σκηνικού είτε με το ίδιο το σκηνικό δηλαδή το πλαίσιο ως σύστημα.

Η λεκτική επιθετικότητα είναι η πλέον συνηθισμένη στα ΤΕΠ και εμφανίζεται σχεδόν σε κάθε εφημερία μαζί με άλλους στρεσογόνους παράγοντες για τους νοσηλευτές όπως η στοχευμένη για παράπονα και συγκρούσεις θέση διαλογής, η έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας, η αδυναμία του προσωπικού να εξυπηρετήσει, η ανεπάρκεια οργανωτικής στήριξης και η εντατικοποίηση της εργασίας δεδομένης της κοινωνικοοικονομικής συνθήκης. Το κόστος για τον νοσηλευτή σε συνδυασμό με το στρεσογόνο περιβάλλον του τμήματος επειγόντων είναι το αίσθημα της απώλειας ελέγχου και της εξοικείωσης με τα φαινόμενα βίας με αποτέλεσμα να βιώνουν αρνητικά συναισθήματα.

Βέβαια η ενεργοποίηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα βοηθούσε ενδεχομένως να περιοριστεί ο συνωστισμός των επειγόντων ή να μειωθούν οι χρόνοι αναμονής και ίσως και οι επιθετικές συμπεριφορές προς τους νοσηλευτές αλλά φαίνεται ότι δεν είναι και η πανάκεια.

Η θεσμοποιημένη επίσημη διαχείριση αυτών των συμπεριφορών και η επίσημη καταγραφή τους, θα βοηθούσε στο να νοιώθουν ότι υποστηρίζονται οι νοσηλευτές, να παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας και συγχρόνως θα βοηθούσε στην ψυχολογική τους ενδυνάμωση.

Στην παρούσα εργασία δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στην ιδέα πως το πλαίσιο που λέγεται ΤΕΠ και τα φαινόμενα επιθετικών συμπεριφορών είναι συνηθισμένα, είναι μέρος ενός ευρύτερου πλαισίου που είναι το σύστημα υγείας και κομμάτι του πιο ευρύτερου κοινωνικού μορφώματος. Οι άνθρωποι του είτε λέγονται ασθενείς, είτε επαγγελματίες υγείας δεν μπορούν να ειδωθούν μονοσήμαντα διότι αποτελούν κοινωνικά υποκείμενα που διαμορφώνουν αυτό το σύστημα, άλλοτε εξαρτώνται από αυτό και άλλοτε όχι αλλά σε κάθε περίπτωση το συν-καθορίζουν και συν-διαμορφώνουν με την δράση τους.

παραπομπή

¹ Στο βιβλίο Κοινωνική Νοσηλευτική Butterfield, P.G.,2001.Στο βιβλίο: *Κοινωνική Νοσηλευτική*, επ.επ. Κρέπια, Δ.Σ. κεφ 3:Προοδευτικός τρόπος σκέψης: η εννοιολογική σύλληψη της υγείας υπό το πρίσμα του πληθυσμού,σελ.57-58, Τόμος 1,Τρίτη έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος

8 Βιβλιογραφία

- Ayranci, U., 2006. Violence, recognition, management and prevention. Violence toward health care workers in emergency departments in West Turkey. *Journal of emergency medicine*. Vol.28 (3), p.361-365.
- Αγγελόπουλος, Ν., 2009. *Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία-Μια σύγχρονη Ψυχιατρική*. Τόμος Α', Αθήνα. Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Akerstrom, M., 1997. Waiting—a source of hostile interaction in an emergency clinic. *Qualitative Health Research*. 7 (4) p. 504-520.
- Andersen,R. Newman,J.F., 1973. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States.The Milbank Memorial Fund Quarterly. *Health and Society*. p. 95-124.
- Ασκητοπούλου, Ε., 2009. Τμήμα επειγόντων περιστατικών :Οργάνωση και ανάπτυξη: Ανασκόπηση. Ηράκλειο. Διαθέσιμο από την σελίδα: <http://www.ygeianet.gr/box/c>, Ημερομηνία Πρόσβασης, [12-4-2013]
- Bandura. A., Διαθέσιμο από την σελίδα: http://en.wikipedia.org/wiki/Albert_Bandura, Ημερομηνία Πρόσβασης [6-5-2013]
- Beech, B., Leather, P., 2006. Workplace violence in the health sector:a review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and violent behaviour* (11) p.27-43
- Berkowitz, L., 1993. *Aggression its causes, consequences and control*.1st edition, USA:Macgraw-Hill
- Berry, R. S.,1999 Collecting data by in-depth interviewing. Διαθέσιμο στην σελίδα:<http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/000001172.html>, Ημερομηνία πρόσβασης [1-9-2013]
- Boushy, D. Dubinsky, I., 1999. Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in a hospital setting: the patients perspective. *Journal of emergency medicine*.vol17,(3), p. 405-412.
- Butterfield, P.G., 2001. Στο βιβλίο: *Κοινωνική Νοσηλευτική*, επ.επ.Κρέπια, Δ.Σ. κεφ 3: Προοδευτικός τρόπος σκέψης: η εννοιολογική σύλληψη της υγείας υπό το πρίσμα του πληθυσμού,σελ.57-58, Τόμος 1,Τρίτη έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις, Λαγός Δημήτριος.
- Centers for disease control and prevention National institute for occupational safety and health., 2002b. Violence: occupational hazards in hospitals. Διαθέσιμο από τη σελίδα: <http://www.cdc.gov/niosh/pdfs/2002-101.pdf>, Ημερομηνία πρόσβασης: [18-5-2013].
- Centers for Disease Control and Prevention. *Intimate partner violence: Overview* United States Department of Health and Human Services. Διαθέσιμο από τη

- σελίδα: <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/intimatepartnerviolence/index.html>. Ημερομηνία Πρόσβασης [12-4-2013]
- Child rights information network. Διαθέσιμο από τη σελίδα: <http://www.crin.org/violence/formsofviolence/index.asp>. Ημερομηνία Πρόσβασης [12-4-2013]
- Chapman, R.Styles, I., 2006. An epidemic of abuse and violence :nurse on the front line. *Accident and emergency nursing*. 14,p.245-249.
- Coughlan M. & Corry M., 2007. The experiences of patients and relatives/significant others of overcrowding in accident and emergency in Ireland: a qualitative descriptive study. *Accident and emergency nursing*. Vol15, (4), p. 201-209.
- Διακήρυξη της Άλμα-Άτα., WHO & UNICEF., 1978. Παροχή φροντίδας υγείας σε παλλινοστούντες και μετανάστες. Διαθέσιμο από τη σελίδα: <http://www.ygeianet.gr/box/c.immigrants-health.duth.gr/AlmaAta1.html>, Ημερομηνία Πρόσβασης [6-5-2013]
- Denzin, N. K. & Lincoln Y. S., 2000. Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (eds.), *Handbook of qualitative research*. (2nd edn.), p.1-28. Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Di.Martino,V.,2002.Workplace violence in the health sector. Διαθέσιμο από τη σελίδα: http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf. Ημερομηνία πρόσβασης [12-6-2013]
- Di Martino,V., 2003. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Διαθέσιμο από τη σελίδα: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf. Ημερομηνία πρόσβασης [5-9-2013]
- Drummond, A. J., 2002. No room at the inn: overcrowding in Ontario's emergency departments. *Canadian journal of emergency medicine*, 4,(2), p. 91-97
- Farell, G.A. Bobrowski, C.& Bobrowski, P., 2006. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced nursing*. 55,p.778-787
- Fernades,C.Bouthilette,F.Rabound,J.Bullok,K.Moore,C,Christenson,M.Grafstein,E.Rae,S.Ouellet,L.Gillrie,C.Way,M.,1999.Violence in the emergency department:a survey of health workers. *Canadian Medical Association Journal*. 161, (10),p.1245-8
- Ferns, T., 2005b. Violence in the accident and emergency department-an international perspective. *Accident and emergency nursing*. 13 (3), p.180-185.
- Ferns, T., 2005a. Terminogy, stereotypes and aggressive dynamics in the accident and emergency department. *Accident and Emergency nursing*. 13, p. 238-246.

- Ferns, T.,2007. Considering theories of aggression in an emergency department context. *Accident and emergency nursing* (15), p.193-200.
- Ferns, T. Stacey, C. Cork, A., 2006. Violence and aggression in the emergency department: factors impinging on nursing research. *Accident and emergency nursing*. 14, p.49-55.
- Ferns,T. Page, S. Goddard, B., 2012. [PDF] How emergency department nursing staff conceptualise and define violence and aggression in the clinical area.T.Ferns - rcn.org. Διαθέσιμο από τη σελίδα: https://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0010/446482/2012_RCN_research_3.5.1.pdf. Ημερομηνία Πρόσβασης [6-8-2013]
- Forsgren,S.Forsman,B.Carlstrom,E.D.,2009.Working with Manchester Triage –Job satisfaction in nursing. *International emergency nursing*. Vol17,(4),p.226-232.
- Φουκώ, Μισέλ., 2010. Οι μη κανονικοί. Παραδόσεις στο κολέγιο της Γαλλίας (1974-1975).Παράδοση της 12ης Φεβρουαρίου, 1975 (σελ 313), Αθήνα, εκδόσεις Εστία.
- Frustration-aggression hypothesis-Wikipedia,the free encyclopedia. Διαθέσιμο από τη σελίδα: <http://en.wikipedia.org/..frustration-aggression>. Ημερομηνία Πρόσβασης [6-5-2013].
- Freud S., 2011. Ο πολιτισμός πηγή δυστυχίας. Αθήνα Εκδόσεις ελληνική παιδεία.
- Gacki-Smith, J. Juarez, A.M. Boyett, L.Homeyer, C. Robinson, L.Maclean,S., 2009.Violence against nurses working in US emergency departments. *The journal of nursing administration*. Vol39,(7/8),p.342-347.
- Gates, D., Gillespie, G.,Smith, C., Rode, J., Kowalenko, T., Smith, B.,2011a.Using action research to plan a violence prevention program for emergency departments. *Journal of emergency nursing*. vol 37, (1), p.32-39.
- Gates, D.,Gillespie, G.,Succop, P.,2011b.Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing economics*. vol29,(2). p.59-65.
- Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen H, Nachreiner NM, Geisser MS et al.2005. Risk factors for work-related assaults on nurses. *Epidemiology*. 16,p.704–709
- Gergen, K.J.,1985. The social constructionist movement in modern Psychology. *American Psychologist*.vol 40,(3), p.266-272
- Gill, J. M., 1994.Nonurgent use of the emergency department: appropriate or not? *Annals of emergency medicine*. 24, (5), p. 953-957.
- Grilly, J. Chaboyer, W. Greedy, D., 2004.Violence towards emergency departments nurses by patients. *Accident and emergency nursing*. 12, p.67-73.

- Hahn,S.Zeller,A.Needham,I.Kok,G.Dassen,T.Halfens,J.G.R.,2008.Patient and visitor violence in general hospitals: a systematic review of the literature. *Aggression and violent behaviour*. 13, p. 431-441.
- Health and safety authority- Violence and aggression. Διαθέσιμο από τη σελίδα: http://www.hsa.ie/eng/Your_Industry/Healthcare_Sector/. Ημερομηνία πρόσβασης: [10-4-2013].
- Hislop, E. & Melby, V., 2003.The lived experience of violence in accident and emergency. *Accident and emergency nursing*. (11), p.5-11.
- Howe, M. & Crilly, D., 2001. Deprivation and violence in the community: a perspective from a UK. *Accident and Emergency Department Injury*.32 (5), p. 349–351.
- International Labor Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International. Workplace violence in the health sector 2002. Διαθέσιμο από τη σελίδα: <http://www.icn.ch/proof3b.screen.pdf>, Ημερομηνία πρόσβασης [9-9-2013]
- Jones, J. Lyneham, J., 2000.Violence:part of the job for Australian nurses? *Australian journal for advanced nursing*. vol 18,(2),p.27-30.
- Jackson,D.Clare,J.Mannix,J.,2002.Who want to be a nurse? Violence in the workplace-a factor in recruitment and retention. *Journal of nursing management*.10,p.13-20.
- Ιωσηφίδης,Θ.,2003.Σημειώσεις,Εισαγωγή στην ανάλυση δεδομένων ποιοτικής κοινωνικής έρευνας. Διαθέσιμο από τη σελίδα: <http://www.culturalrepresentation.com/files/SIMEIOSEISiosifidis.doc> Ημερομηνία πρόσβασης:[1-9-2013]
- Kajornboon, Annabel Bhamani.,2005. Using interviews as research instruments. *E-Journal for Research Teachers* 2.1. Διαθέσιμο από τη σελίδα: <http://www.culi.chula.ac.th/e-journal/.../annabel>. Ημερομηνία πρόσβασης : [31-8-2013]
- Keashly, Loreleigh.,1998. Emotional abuse at the workplace: conceptual and empirical issues. *Journal of emotional abuse*. vol 1, (1), p.85-114.
- Krug, E.J. Mercy, J.A. Dahlberg, L.L. Zwi, A.B., 2002. The world report on violence and health *The Lancet*.vol 360, 9339,(5),p.1083-1088.
- Κυριαζή, Ν.,1999. *Η κοινωνιολογική έρευνα :κριτική επισκόπηση των μεθόδων και τεχνικών*. Αθήνα :Ελληνικά γράμματα.
- Kwok, R.P.W, Law Y.K. Li, KE, Ng YC, Cheung MH, Fung VKP.,2006. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*. 12,p.6–9

- Lau, J.B.C. Magarey, J. McCutcheon, H., 2004. Violence in the emergency department: A literature review. *Australian emergency Nursing journal*. vol 7, (2), p.27-33
- Lau, J.B. Magarey, J., 2006. Review of research methods used to investigate violence in the emergency department. *Accident and emergency nursing*. 14, p.111-116.
- Lau, J.B.C, Magarey L.J. Wiechula, R., 2012b. Violence in the emergency department: an ethnographic study (part II). *International emergency nursing*. 20, p.126-132
- Lau J, Magarey J, Wiechula R., 2012a. Violence in the emergency department :an ethnographic study (part I). *International Emergency Nursing*. 20, (2) p. 69-75.
- Lanza, M.L. Zeiss, A.R. Rierdan, J., 2009. Multiple perspectives on assault: the 360-degree interview. *Journal of the American psychiatric nurses association*. 14,p.413.
- Lanza, M.L. Schmidt, S. MacMillan, F. Demaio, J. Forester, L., 2011. Support our staff –A unique program to help deal with patient assault. *Perspectives in Psychiatric care.*, 47,p.131-137.
- Lee ,M, Saeed, I., 2001. Oppression and horizontal violence :the case of nurses in Pakistan, *Nursing Forum*. vol36,(1),p.15-23.
- Levin, P.F. Beauchamp, J.H. Misner, S.T., 1998. Insights of Nurses about Assault in Hospital-based Emergency Departments. *The Journal of Nursing Scholarship*. Vol 30 (3), p 249–254.
- Liu, J. Lewis, J. Evans, L. 2013. Understanding aggressive behaviour across the lifespan. *Journal of psychiatric and mental health journal*. (20), p.155-168
- Lorenz, K. 1966. *On Aggression* - Wikipedia, the free encyclopedia Διαθέσιμο από τη σελίδα: http://en.wikipedia.org/wiki/On_Aggression, Ημερομηνία Πρόσβασης [6-8-2013]
- Λυδάκη Α., 2007. Στο βιβλίο: Ζητήματα θεωρίας και μεθόδου των κοινωνικών επιστημών. Κεφ, Α, Μεθοδολογικά ζητήματα της ποιοτικής έρευνας, Η ποιοτική προσέγγιση των κοινωνικών φαινομένων ,θεωρία και πράξη ή (πράξη και θεωρία;) επ.Σκευός Παπαιωάννου, Εκδόσεις Κριτική.Αθήνα.
- Luborsky, M.R, Rubinstein R.L., 1995. Sampling in qualitative research. *Research on aging*. 17,(1),p.89-113.
- Lyon, J. Cozard., 2001. Στο βιβλίο *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Επ.επ. Κρέπια, Δ.Σ., κεφ.8: Διαχείριση περίπτωσης, τόμος I, Τρίτη έκδοση, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Μαντζούκας, Σ., 2007. Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα. Η επιστημολογία, οι μέθοδοι, και η παρουσίαση. *Νοσηλευτική*. 46 (1) σελ.88-98.

- Mantzoukas, S., 2005. The inclusion of bias in reflective and reflexive research. *Journal of research in Nursing*. vol 10, (3), p.279-295.
- Μαντζούκας, Σ., 2003. Έρευνα και αντιληπτικά περιγράμματα: Τα είδη και η χρησιμότητά τους για τους ερευνητές νοσηλευτές. *Νοσηλευτική*. τομ.42,(4) σελ.405-413.
- Marshall,M.,1996.Sampling for qualitative research.*Family practice*.Vol,13,(6), p.522-526.
- Martin,T.Daffern M.,2006.Clinicians perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting.*Journal of psychiatric and mental health nursing*.13,p. 90-99
- Mayhew, C.Chapell, D.,2007. Workplace violence: an overview of patterns of risk and the emotional/stress consequences on targets. *International journal of Law and Psychiatry*. vol 30,(4,5) p.327-339.
- Nachreiner,N.M,Gerberich,S.G,Ryan,A.D,McGovern,M.P.,2007.Minnessota nurses' study: perceptions of violence and the work enviroment.*Industrial health*.45, p.672-678.
- National institute for occupational safety and health.Workplace violence for nurses,training and education.Διαθέσιμο από τη σελίδα: http://www.cdc.gov/niosh/topics/violence/training_nurses.html Ημερομηνία πρόσβασης [2-9-2013]
- Needham, I. Abderhalden, C. Meer, R. Dassen, T. Haug, H.J. Halfens, R.J.G. Fischer, J.E., 2004. The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing*., 11, p.595-601.
- Needham, I. Abderhalden, C. Halfens, R. Fischer, J. Dassen, T., 2005. Non somatic effects of patient aggression on nurses :a systematic review. *Journal of advanced nursing*., 49, (3), p.283-296
- Newton, C,J., 2001. *Domestic violence: an overview*. Learning Specialist and Published in the therapist Finder.net Mental Health Journal, Διαθέσιμο από τη σελίδα: <http://www.therapistfinder.net/DomesticViolence/> Ημερομηνία Πρόσβασης [12-4-2013]
- Nelson G. and Prilleltensky I., 2005. *Community Psychology*. NY USA. Palgrave macmillan. ISBN -13:978-0-333-92281-1.
- Nies, M.McEwen, M., 2001. Στο βιβλίο :*Κοινωνική νοσηλευτική*. επ.επιμ .Κρέπια, Δ.Σ., κεφ 1: Η κοινωνική αντίληψη. τόμος I, Τρίτη έκδοση, Αθήνα. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Nunez, S., P. Garcia-Martin, and A. Aguirre-Jaime.2000. Victims of violence in an emergency department. *European Journal of Emergency Medicine*. 7.1,p.45-49.

- O'Connell, B.Young, J.Brooks, J. Hutchings, J. Lofthouse, J., 2000. Nurses perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *Journal of Clinical Nursing*. 9,p. 602-610.
- O'Mahony, N., 2011. Nurse burnout and the working enviroment. *Emergency nurs.*,vol19,(5), p.30-37.
- Padgett, D. Brodsky, B., 1992. Psychosocial factors influencing non-urgent use of the ED: a review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. *Social Science & medicine*. Vol 32,(9), p.1189-1197.
- Παπαδόπουλος, Ν., 1997. *Ψυχολογία*. ε' έκδοση. Αθήνα: ISBN 960-90203-3.
- Pane, G. Winiarski, A.Salness, K., 1991. Aggression directed toward emergency department staff at a university teaching hospital. *Annals of emergency medicine*. 20, (3) p. 283-286.
- Pezalla, A.Petigrew.J,Miller-Day.M.,2012.*Researching the researcher as instrument:an exercise in interviewer self-reflexivity*.*Qualitative research*.12,(2), p.165-185.
- Person, J. Spiva, L.A. Hart., P. 2012. The culture of an emergency department: an ethnographic study. *International emergency nursing, in press*, Διαθέσιμο από τη σελίδα: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2012.10.001>.*Ημερομηνία πρόσβασης* [16-5-2013]
- Pich, J. Hazelton, M. Sundin, D. Kable, A., 2010. Patient related violence against emergency department nurses. *Nursing and health sciences*. 12,p. 268-274.
- Piko, B.F., 2006. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 43,(3) p. 311-318.
- Pinar, R. Ucmak, F., 2010. Verbal and physical violence in emergency departments: a survey of nurses in Instabul, Turkey. *Journal of clinical nursing*. 20, p.510-517.
- Rippon, T.J., 2000. Aggression and violence in health care professions. *Journal of advanced nursing*. 31,(2),p.452-460.
- Rittenmayer, L, Huffman, D, Block, M, Kleefisch, K, Marthaler, M,Misner, S, Moore, E, Wegner, G.,2012. JBI Library of systematic reviews, vol.10, (42). Διαθέσιμο και από την σελ.: <http://www.joannabriggslibrary.org/jbibrary/index.php/jbisrir/issue/view/243> *Ημερομηνία πρόσβασης*: [2-9-2013]
- Rose, M.,1997. A survey of violence toward nursing staff on one large Irish Accident and emergency department. *Journal of emergency nursing*. Vol 23 (3), p.214-219.

- Royal college of nursing. Violence. 2006. Διαθέσιμο από τη σελίδα: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0018/109800/003017.pdf
 Ημερομηνία πρόσβασης [6-6-2013]
- Roy, J., 2007. Horizontal Violence. ADVANCE for Nurses. Διαθέσιμο από τη σελίδα: <http://nursing.advanceweb.com/editorial/content/editorial.aspx?cc=102740>. Ημερομηνία Πρόσβασης [3/6/2013]
- Ryan, D. & Maguire, J., 2006. Aggression and violence –a problem in Irish Accident and Emergency Departments? *Journal of nursing management*. 14, p. 106-115.
- Saines, J.C., 1999. Violence and aggression in A&E :recommendations for action. *Accident and emergency nursing*,. 7, p. 8-12.
- Spacapan S. Oskamp S., 1988. *The social psychology of health*. The Claremont symposium of applied psychology, Sage publications, London.
- Stathopoulou, H.G., 2007. Violence and aggression towards health care professionals. *Health Science Journal*. Volume 1 issue 2. Διαθέσιμο από τη σελίδα: http://www.hsj.gr/index.files/VOLUME1_2.htm. Ημερομηνία Πρόσβασης [6-8-2013]
- Senneseth, M., Alsaker, K., Natvig, G.K., 2012. Health related quality of life and post traumatic stress disorder symptoms in accident and emergency attenders suffering from psychosocial crisis: a longitudinal study. *Journal of advanced nursing*. vol 68,(2),p.402-413.
- Schnieden, V. Marren-Bell, U., 1995. Violence in the accident and emergency department. *Accident and Emergency Nursing*. 3,(2), p. 74-78.
- Stirling, G, Higgins, J.E. Cooke, M.C., 2001. Violence in A&E departments :a systematic review of the literature. *Accident and emergency nursing*. 9,p.77-85.
- Somaya, A. A, Wafaa, A.E., 2009. Verbal abuse against nurses. *Medical journal of Cairo university*. Vol. 77,(3),p.335-341. Διαθέσιμο από τη σελίδα: <http://www.medicaljournalofcairouniversity.com>. Ημερομηνία πρόσβασης [11-9-2013]
- Sun, B. C. Burstin, R.H. and Brennan, A.T., 2003. Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Academic Emergency Medicine*, 10. (4), p.320-328.
- Σημειώσεις από συλλογή άρθρων για τις Εξαρτήσεις. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Μετάφραση από: Garfeld Robert., 2004. *Addiction and modernity: a comment on a global theory of addiction*. In: Rosenquist, J. Blomquist, A. Koski-Jannes & L.Olesjo (eds). *Addiction and life course*. Nordic council for alcohol and drug research, pub no.44.

- Σωτηριάδου, Κ. Μαλλιαρού, Μ. Σαράφης, Π., 2011. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα-κατάσταση και προοπτικές. Διεπιστημονική Φροντίδα υγείας.Τομ.3,(4), σελ.140-148.
- Τζανάκης, Μ, Σαββάκης, Μ., 2007.Στο βιβλίο: Ζητήματα θεωρίας και μεθόδου των κοινωνικών επιστημών. επιμ. Σκεύος Παπαιωάννου, Κεφ Α, Μεθοδολογικά ζητήματα της ποιοτικής έρευνας: Ο ερευνητικός εαυτός ως πηγή γνώσης στην κοινωνιολογική έρευνα. 1η έκδοση. Εκδόσεις Κριτική Αθήνα.
- Wilkinson,R. Pickett, K., 2011.American Educator,Διαθέσιμο από τη σελίδα: <http://www.aft.org/pdfs/americaneducator/spring2011/Wilkinson.pdf>
Ημερομηνία πρόσβασης [10-9-2013]
- Winstanley, S. & Whittington., R., 2002. Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. Work & stress. Vol 16, (4), p. 302–315.
- Winstanley, S. & Whittington, R., 2004. Aggressive encounters between patients and general hospital staff: staff perceptions of the context and assailants levels of cognitive processing. Aggressive behaviour. Vol 30, p. 534-543.
- Whittington, R. Shuttleworth, S. Hill, L., 1996. Violence to staff in a general hospital setting. Journal of Advanced Nursing.24, p.326-333.
- Woelfle, C. Y. & McCaffrey, R., 2007. Nurse on Nurse. Nursing Forum. Vol 42, (3), p. 123–131.
- World medical association declaration of Helsinki, ethical principles for medical research involving human subjects, Διαθέσιμο από τη σελίδα: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>, Ημερομηνία πρόσβασης: [1-9-2013]
- World health organization.2002.World report on violence and health, Γενεύη. Διαθέσιμο από τη σελίδα: http://www.who.int/violence_injury_prevention_violence/world_report/en/summary_en.pdf.
Ημερομηνία πρόσβασης [10-9-2013]
- Χαραλάμπους, Γ., 2010.Εισηγητική έκθεση οργάνωσης και λειτουργίας των ΤΕΠ, κατάρτιση εφημεριών –συμπεράσματα –προτάσεις. Ιπποκράτειο νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα. Διαθέσιμο στην σελίδα: <http://www.ygeianet.gr/box/cal/19678.doc>. Ημερομηνία Πρόσβασης [12-4-2013]
- Zampieron, A. Galeazzo, M. Turra,S. Buja,A., 2010. Perceived aggression towards nurses:study in two Italian health istitutions. Journal of clinical nursing. 19, p.2329-2341.

Παράρτημα Ι

Γραπτές Πληροφορίες και Έντυπο Έγγραφης Συγκατάθεσης για τους Συμμετέχοντες

Τίτλος έρευνας :

« Βία και επιθετικότητα στο τμήμα επειγόντων περιστατικών: το βίωμα των νοσηλευτών.»

Σας προσκαλούμε να πάρετε μέρος στην έρευνα που πραγματοποιείται στα πλαίσια της μεταπτυχιακής εργασίας της κ. Χατζηθεοδώρου Ξανθίππης, Ψυχολόγου και ειδικής νοσηλεύτριας ψυχικής υγείας και φοιτήτριας στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, υπό την επίβλεψη του κ. Μαντζούκα Στέφανου Επίκουρου Καθηγητή Νοσηλευτικής στο ΑΤΕΙ Ηπείρου.

Στόχος της Έρευνας

Στόχος της έρευνας είναι να αναζητηθεί πώς αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές του τμήματος επειγόντων την βία και επιθετικότητα στην καθημερινή άσκηση της Νοσηλευτικής με ποιούς παράγοντες σχετίζεται και ποιά είναι τα συναισθήματα της βιωμένης εμπειρίας τους με στόχο να κατανοηθεί το φαινόμενο σε βάθος, να αναδειχθεί η σημασία του και να ακουστεί ο λόγος των νοσηλευτών.

Τα αποτελέσματα θα αναδείξουν το φαινόμενο της βίας και επιθετικότητας προς τους νοσηλευτές των επειγόντων με σκοπό την κατανόησή του, την απόκτηση γνώσης και την καλύτερη διαχείρισή του.

Τί περιλαμβάνει αυτή η έρευνα;

Οι εργαζόμενοι νοσηλευτές καλούνται να απαντήσουν σε ορισμένα ερωτήματα που θέτει ο ερευνητής και είναι υπό την μορφή συνέντευξης.

Οι απαντήσεις πρόκειται να ηχογραφηθούν για την ακριβή καταγραφή της διαδικασίας.

Οι απαντήσεις πρόκειται να αναλυθούν αργότερα με σκοπό την απάντηση των αρχικών ερωτημάτων.

Η διάρκεια της συνέντευξης θα είναι γύρω στα 45-50 λεπτά.

Σε ποιούς απευθύνεται αυτή η έρευνα;

Απευθύνεται αποκλειστικά στους νοσηλευτές του τμήματος επειγόντων που είναι ανώτερης εκπαίδευσης.

Εθελοντισμός και εμπιστευτικότητα:

Η Συμμετοχή σας στην έρευνα είναι απολύτως εθελοντική και οποτεδήποτε θελήσετε να διακοπεί η συμμετοχή σας ,μπορείτε να διακόψετε χωρίς καμία κύρωση.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα δεν θα βλάψει κατά οιοδήποτε τρόπο την εργασιακή ή προσωπική σας κατάσταση.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι ανώνυμη και απόρρητη και οι πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας.

Η τήρηση των δεδομένων είναι σύμφωνη με τις αρχές του κώδικα δεοντολογίας του Ελσίνκι.

Αν συμφωνείτε να συμμετάσχετε στην έρευνα, παρακαλούμε να υπογράψετε το παρακάτω έντυπο.

ΓΡΑΠΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Τσεκάρετε το κουτάκι

- 1 Βεβαιώνω ότι διάβασα και κατάλαβα τις οδηγίες σχετικά με την έρευνα και ότι είχα την ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.
- 2 Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου στην έρευνα είναι εθελοντική και ότι μπορώ να αποσυρθώ όποτε θέλω χωρίς να δώσω εξηγήσεις και χωρίς καμία επίπτωση.
- 3 Έχω κατανοήσει τους σκοπούς της έρευνας.
- 4 Συμφωνώ να συμμετέχω στην έρευνα.

Όνομα του συμμετέχοντος Ημερομηνία Υπογραφή

Ερευνητής Ημερομηνία Υπογραφή

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία!

Παράρτημα II

Πίνακες ανάλυσης-Κωδικοποίησης και κατηγοριοποίησης Ενοτήτων όλων των συνεντευξιαζόμενων 1-10

Πίνακας 1: Ανάλυση των δεδομένων που αντιστοιχεί στον συνεντευξιαζόμενο 1

Ποιοτικό περιεχόμενο	Κωδικοί	Κατηγορίες -Ενότητες
<p>“η βία έχει διάφορες μορφές, είναι λεκτική με απειλές, φωνές γιατί νομίζουν ότι θα εξυπηρετηθούν γρήγορα και θα τους δώσεις μεγαλύτερη προσοχή, σε απειλούν ότι θα σε πάνε στην διεύθυνση, είναι συνοδοί κυρίως”</p> <p>“και σωματικές επιθέσεις, έχω τύχει να δω να γρατζουνάνε, να δαγκώνουν άτομα από το προσωπικό εμένα μου χει τύχει να μου πετάζουν βιβλιάριο. Μια μέρα δε, σηκώθηκε ένας διεγερμένος ασθενής και μια ζώνη που κρατούσε απειλούσε όλους τους αναμένοντες σε πέντε λεπτά άδειασε όλο το ΤΕΠ”</p> <p>“αλλά και το προσωπικό αναμεταξύ τους έχει συγκρούσεις, μιλάμε άσχημα πολλές φορές αναμεταξύ μας αλλά και με τους γιατρούς”</p> <p>“αυτοί που δημιουργούν αυτές τις καταστάσεις επιθετικότητας είναι συνοδοί κυρίως, ξένοι, που έχουν μια συμπεριφορά ότι δεν θα τους βοηθήσεις και αντιδρούν άσχημα αλλά δεν έχουν δίκιο γιατί εμείς σε όλους το ίδιο παρέχουμε υπηρεσίες”</p> <p>“οι οργανικοί ασθενείς μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα, το αλκοόλ η άνοια ή σύγχυση, οι ψυχιατρικοί που νόμιζα ότι θα δημιουργούν και το φοβόμουνα όταν ήρθα εδώ, δεν είναι παραπάνω από τους “φυσιολογικούς”” ας πούμε όπως λέγονται, που είναι πολύ πιο επιθετικοί και αγενείς.”</p> <p>“ο κόσμος έρχεται προκατειλημμένος ότι θα ταλαιπωρηθεί από αυτά που ακούει, αλλά και το σύστημα είναι της ταλαιπωρίας αφού δεν μπορεί το σύστημα να διαχειριστεί τόσο κόσμο και επαληθεύονται οι φόβοι του”</p> <p>“ο κόσμος θεωρεί ότι είναι μια οποιαδήποτε δημόσια υπηρεσία που στελεχώνεται από δημοσίους υπαλλήλους, δεν σκέφτεται ότι εδώ είναι αλλιώς δεν είναι γραφείο.”</p> <p>“ο κόσμος δεν ξέρει το σύστημα διαλογής και την ιεράρχηση του επείγοντος, και κάποιοι που μένουν πολλές ώρες στο τέλος καταλαβαίνουν</p>	<p>Κωδ 1: προσδιορισμός λεκτικής επιθετικότητας με φωνές προσβολές και απειλές κυρώσεων</p> <p>Κωδ 2: εντοπισμός σωματικών επιθέσεων</p> <p>Κωδ 3: εντοπισμός ενδοσυγκρούσεων.</p> <p>Κωδ 4: προσδιορισμός δραστών.</p> <p>Κωδ 5: προσδιορισμός άλλων αιτιών επιθετικής συμπεριφοράς στο νοσοκομείο.</p> <p>Κωδ 6: απόδοση επιθετικής συμπεριφοράς σε άλλα πρόσωπα</p> <p>Κωδ 7: απόδοση επιθετικής συμπεριφοράς σε λειτουργικούς παράγοντες</p> <p>Κωδ 8: λειτουργία του τμήματος ως δημόσια υπηρεσία.</p> <p>Κωδ 9: άγνοια του κόσμου</p>	<p>Λεκτική Επιθετικότητα φωνές, απειλές και δημιουργία έντασης απειλητικό περιεχόμενο επιθέσεων και εχθρικό κλίμα φωνές και μέσο πίεσης για εξυπηρέτηση αγένεια από συνοδούς αγένεια και συμπεριφορά προκατάληψης από ξένους-αλλοδαπούς κατηγορίες ατόμων που εν δυνάμει γίνονται επιθετικοί και αποτελούν απειλή</p> <p>Ψυχολογική Βία οι εκφοβισμοί ως μέσο εξαναγκασμού. απειλητικές χειρονομίες και δημιουργία αρνητικού κλίματος. πίεση για απαντήσεις και στοχοποίηση της θέσης διαλογής δημιουργία απειλητικού κλίματος από τις σωματικές επιθέσεις υπερβάλλον όγκος ασθενών με δυσκολία εξυπηρέτησης και δήλωση αδυναμίας προκατάληψη και άγνοια του συστήματος και επίδραση στους νοσηλευτές.</p> <p>Δοχείο παραπόνων η διαλογή και δυσαρέσκεια Αιτήματα στη διαλογή στόχος λεκτικών επιθέσεων και συνδυασμός με λεκτική και σωματική επίθεση γέννηση αισθημάτων θυμού, φόβου και ανασφάλειας.</p> <p>Ενδοσυγκρούσεις ενεργός ύπαρξη ενδοσυγκρούσεις με πίεση όγκου ασθενών και δημιουργία εχθρικού κλίματος οι ενδοσυγκρούσεις στο καθημερινό πεδίο συναλλαγής με τους άλλους ενδοσυγκρούσεις και ανάγκη διεξόδου</p> <p>σωματικές επιθέσεις περιστατικά σωματικών επιθέσεων και κλίμα φόβου και ανασφάλειας ανάγκη εποπτείας του χώρου και αδυναμία διαχείρισης</p>

<p>“ότι δεν υπήρχε λόγος προσέλευσής τους εδώ πέρα...”</p> <p>“δεν υπάρχει άνθρωπος στην υποδοχή που να μην τον έχουν βρίσει ακόμα και τον πιο γλυκομίλητο, γιατί είσαι ο μόνος που μπορούν να βρουν και άσχετα εάν ευθύνεσαι ή όχι εσύ, γίνεσαι ο αποδέκτης, για παράπονα όταν πρόκειται για άλλα άτομα πχ γιατρούς, για πληροφορίες για καθυστερήσεις για υποδείξεις αυτός είναι και ο λόγος που δεν θέλω να είμαι στην υποδοχή, με χαλάει και συμβαίνει σε όλους”</p> <p>“δεν υπάρχει εφημερία χωρίς αυτά και τώρα περισσότερο γιατί ο κόσμος δεν έχει τις ίδιες αντοχές, θέλει να ξεσπάσει κάπου, είναι ένας τρόπος ξεσπάσματος και εκτόνωσης από τα προβλήματά του, η προσέλευση είναι πολύ μεγαλύτερη από αυτή που το σύστημα μπορεί να εξυπηρετήσει, ερχόμενος εδώ επαληθεύονται οι φόβοι του”</p> <p>“με πειράζουν όλα αυτά και όταν πάω στο σπίτι αναβιώνω πολλές φορές όλη αυτή την κατάσταση, τα συζητώ όλοι τα συζητάμε αναμεταξύ μας και κυρίως τις συγκρούσεις αναμέσά μας”</p> <p>“εγώ δεν νομίζω ότι θα αλλάξει αυτό ιδιαίτερα τώρα με τη οικονομική κρίση”</p>	<p>Κωδ 10: η υποδοχή ως δοχείο παραπόνων και εστία συγκρούσεων</p> <p>Κωδ 11: δυσανάλογος όγκος ασθενών για το σύστημα επειγόντων</p> <p>Κωδ 12: οριακή αντοχή του κόσμου</p> <p>Κωδ 13: παραδοχή της συναισθηματικής δυσκολίας αντιμετώπισης των επιθετικών συμπεριφορών.</p> <p>Κωδ 14: η συζήτηση ως τρόπος διεξόδου</p> <p>Κωδ 15: η οικονομική κρίση λειτουργεί ανασταλτικά στην επίτευξη λύσης.</p>	<p>φόβος επέκτασης των συμπεριφορών.</p> <p>Απόλεια ελέγχου υπερβάλλον όγκος ασθενών και αδυναμία διαχείρισης του αδυναμία διαχείρισης επιθετικών συμπεριφορών κλίμα σύγχυσης Ετερογενείς ρόλοι και υπερβάλλον όγκος ασθενών. άγνοια του συστήματος επειγόντων και δημιουργία κλίματος δημόσιας υπηρεσίας προκατάληψη του κόσμου και διάθεση για σύγκρουση οι ενδοσυγκρούσεις και επίταση της σύγχυσης. αυξημένη προσέλευση με την κρίση και ενδυνάμωση της αίσθησης</p> <p>Εξοικείωση Αποφυγή της θέσης διαλογής λόγω της ψυχικής πίεσης της θέσης Παραδοχή της δυσκολίας αλλαγής εξοικείωση με τις αρτηριοσκληρωτικές διαδικασίες του συστήματος παραδοχή ανάγκης διεξόδου ερμηνεία της στάσης του κόσμου δήλωση αδυναμίας γνωριμότητα της δυσλειτουργίας του συστήματος και της εγκατάστασης αβεβαιότητας και αδιεξόδου.</p>
---	---	---

Πίνακας 2: Ανάλυση των δεδομένων που αντιστοιχεί στον συνεντευξιαζόμενο 2

Ποιοτικό περιεχόμενο	Κωδικοί	Κατηγορίες-Ενότητες
<p>“η κάθε είδους μη καλή συμπεριφορά κινήσεις χειρονομίες, μιλάνε στον ενικό, σωματική βία σε ελάχιστες περιπτώσεις γιατί το προσωπικό σκύβει το κεφάλι παρόλο που δέχεται πολλές προσβολές “</p> <p>“οι συνοδοί κυρίως και αυτοί που νομίζουν θα εξυπηρετηθούν σε 5 λεπτά αυτοί που έχουν πρόβλημα δεν κάθονται να μαλώνουν εκλιπαρούν να τους βοηθήσουμε”</p> <p>“καθόλου ευγένεια δεν έχουν, σε τραβάνε από το μανίκι ενώ εσύ μιλάς αλλού, και αυτό γίνεται καθημερινά και τώρα είναι χειρότερα, εάν κάποτε μας επιτρέπταν να πούμε και μια κουβέντα τώρα δεν επιτρέπεται τίποτε γιατί ο κόσμος είναι ζορισμένος”</p> <p>“όμως το προσωπικό δεν παίρνει ικανοποίηση και σεβασμό που του αξίζει, αν υπήρχε αυτό μπορεί να ήταν καλύτερα ακόμη και τώρα”</p> <p>“θέλει πολιτική βούληση για να αλλάξει αυτό, δε χρειάζονται μάστερ, κοινή λογική χρειάζεται, εδώ παρέχουμε εξειδικευμένη φροντίδα, τι σημαίνει δηλαδή; “η επαρχία δεν μπορεί να κάνει τίποτε ;”</p> <p>«δε ξέρω κατά πόσο μπορεί να δώσει λύση αλλά και οι έκνομες συμπεριφορές πρέπει να τιμωρούνται...δεν ξέρω “</p> <p>“μερικοί έρχονται και προδιατεθειμένοι από την πόρτα ακόμη, του λες καλημέρα και σε βρίζει”</p> <p>“από τον κόσμο δεν περιμένω να χει επίπεδο, από το προσωπικό όμως ναι”</p> <p>“θέλει εκπαίδευση για να διαχειριστείς αυτά τα πράγματα πιστεύω ότι μας δυσκολεύει, εάν σκεφτούμε ότι αυτό δεν είναι προσωπικό, δεν απευθύνεται σε σένα αλλά στον υπουργό στο υπουργείο, δε βρίζει εσένα”</p> <p>“χρειάζεται ενημέρωση στον κόσμο επίσης”</p> <p>“πάσχουμε από ασφάλεια, χρειάζεται ένας σταθμός φύλαξης με συγκεκριμένες αρμοδιότητες”</p> <p>“το μόνιμο άγχος των συναδέλφων είναι η υποδοχή, κάτι σημαίνει αυτό”</p> <p>“η καλύτερη αντιμετώπιση από την εμπειρία είναι να σκύβεις το κεφάλι και</p>	<p>Κωδ 1: προσδιορισμός της βίας και επιθετικότητας</p> <p>Κωδ 2: προσβλητικές συμπεριφορές</p> <p>Κωδ 3: προσδιορισμός δραστών</p> <p>Κωδ 4: ενδεικτικές δηλώσεις επιθετικής συμπεριφοράς</p> <p>Κωδ 5: μεγαλύτερες δυσκολίες λόγω κρίσης</p> <p>Κωδ 6: προσωπικό χωρίς ικανοποίηση.</p> <p>Κωδ 7: σκέψεις και προτάσεις αλλαγής</p> <p>Κωδ 8: αιχμές της μη σωστής λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας</p> <p>Κωδ 9: πρόταση τιμωριών</p> <p>Κωδ 10: προδιάθεση του κόσμου</p> <p>Κωδ 11: προσδοκία καλύτερης παιδείας</p> <p>Κωδ 12: πρόταση εκπαίδευσης</p> <p>Κωδ 13: ερμηνεία σωστής ψυχολογικής τοποθέτησης</p> <p>Κωδ 14: προτάσεις αντιμετώπισης βίας</p> <p>Κωδ 15: αναγνώριση της υποδοχής ως πηγή άγχους για το προσωπικό</p> <p>Κωδ 16: τακτικές διαχείρισης</p>	<p>Λεκτική Επιθετικότητα Σύνολο συμπεριφορών κυρίως προσβολών και αγένειας και δημιουργία ταπεινωτικού κλίματος υβριστικές συμπεριφορές και κλίμα προκατάληψης αιτηματικότητα και διάχυτη αίσθηση έλλειψης σεβασμού. συνοδοί δράστες και άνθρωποι που δεν περιμένουν.</p> <p>Ψυχολογική Βία: αιτήματα και αγένεια συνοδών και δημιουργία ανεξέλεγκτου κλίματος αναγνώριση της πίεσης και ανάγκης δημιουργίας πλαισίου η ένταση των συμπεριφορών ενέχει προσδοκίες τιμωρίας έκφραση δυσαρέσκειας και έλλειψης ικανοποίησης προσωπικού. προτάσεις αντιμετώπισης και κλίμα ανασφάλειας και φόβου. προτάσεις άρσης του αδιεξόδου και αποδοχή της δυσλειτουργίας του συστήματος ανάγκη διαχείρισης των συμπεριφορών ψυχολογική πίεση από τις συμπεριφορές και ανάγκη ψυχολογικής τοποθέτησης απέναντι στα πράγματα. η προδιάθεση για σύγκρουση του κόσμου ενσπείρει αισθήματα ματαιώσης η ψυχολογική πίεση της κρίσης ως έκφραση μετάθεσης της και στο νοσηλευτικό προσωπικό.</p> <p>Ενδοσυγκρούσεις</p> <p>Απώλεια ελέγχου επιθετικές συμπεριφορές και δυσκολίες διαχείρισης του όγκου των ασθενών επιθετικές συμπεριφορές και ανάγκη διαχείρισης τους σε οργανωτικό πλαίσιο. αποδοχή της δυσκολίας της θέσης διαλογής και αισθήματα αποφυγής της. αδυναμία οργάνωσης πρωτοβάθμιας φροντίδας και επιπλοκή στην εισροή του κόσμου.</p> <p>Εξοικείωση οικειότητα με τα φαινόμενα επιθετικότητας και εγκατάσταση μιας συμπεριφοράς θυματοποίησης εγκατάσταση θέσης Μη αλλαγής</p>

<p>να μη συνεχίζεις, είναι εκτόνωση της στιγμής”</p>		<p>οικειότητα των φαινομένων με την αναγνώριση τους ως χρήζονται πολιτικής βούλησης οικειότητα με τον όγκο των ασθενών και την έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας. οικειότητα που προκύπτει από την καθημερινή αναφορά φαινομένων. επιθετικότητας οικειότητα και συμπεριφορές επιβίωσης στην καθημερινότητα της επιθετικής συμπεριφοράς.</p>
--	--	--

Πίνακας 3: Ανάλυση των δεδομένων που αντιστοιχεί στον συνεντευξιαζόμενο 3

Ποιοτικό περιεχόμενο	Κωδικοί	Κατηγορίες-Ενότητες
<p>“οτιδήποτε εισβάλλει στην προσωπικότητά μου με βίαιο τρόπο, δύο φορές μ’ έπιασαν από το λαιμό και δεν μπορούσα να πάρω αναπνοή”</p> <p>“άνοιξαν βίαια την πόρτα στο παθολογικό ιατρείο και έφαγα κλωτσιά μια μέρα”</p> <p>“υπάρχει λεκτική βία στην οποία εγώ δε δίνω σημασία, λένε εγώ σε πληρώνω και εκβιάζουν, εγώ δεν συζητώ με άλλους συναδέλφους για αυτά αλλά πιστεύω ότι δεν μπορούν όλοι να τα επεξεργαστούν και δεν δέχονται τον στρεσογόνο παράγοντα τόσο πολύ, εγώ τους κρατώ σε απόσταση, είμαι ευγενική διαλεκτική σταθερή με τον κόσμο”</p> <p>“υπάρχουν συγκρούσεις μεταξύ του προσωπικού αλλά δεν είναι σε μένα πάντως και γενικά δεν παίρνω μέρος σε συζητήσεις με συναδέλφους”</p> <p>“εγώ πιστεύω έχει να κάνει με την ποιότητα ζωής των ανθρώπων και το επίπεδό τους στην στολή μου βλέπουν το σύστημα και όχι τον νοσηλευτή, πιστεύω και ο χαρακτήρας δεν αλλάζει, σίγουρα τώρα είναι πιο έντονα τα φαινόμενα αλλά η κρίση δεν επηρεάζει τον χαρακτήρα ...”</p> <p>“οι συμπεριφορές τώρα είναι πιο έντονες εάν ξεσηκωθεί ένας αρχίζουν και οι άλλοι και εξελίσσεται”</p> <p>“συνήθως είναι συνοδοί, οι ψυχιατρικοί που θα περίμενε κανείς να είναι επιθετικοί είναι οι πιο προσαρμοσμένοι στο σύστημα”</p> <p>“το σύστημα δεν τους εξυπηρετεί χάνονται δε βρίσκουν άκρη, εγώ πολλές φορές δε βλέπω πρόσωπα, μόνο χέρια”</p> <p>“δεν υπάρχει πρωτοβάθμια φροντίδα, το προσωπικό είναι κουρασμένο, ειδικά τα σκ, κατακλυσζόμαστε”</p>	<p>Κωδ 1: εισβολή στην προσωπικότητα</p> <p>Κωδ 2: εισβολή με σωματική επίθεση</p> <p>Κωδ 3 : εισβολή με αιφνιδιασμό</p> <p>Κωδ 4: προσδιορισμός επιθετικότητας</p> <p>Κωδ 5: δηλώσεις αντιμετώπισης</p> <p>Κωδ 6: δηλώσεις αναγνώρισης δυσκολιών επεξεργασίας συγκρούσεων στους άλλους</p> <p>Κωδ 7: ύπαρξη ενδοσυγκρούσεων</p> <p>Κωδ 8: δηλώσεις προσδιορισμού των αιτιών της επιθετικότητας</p> <p>Κωδ 9: δηλώσεις απόδοσης επιθετικότητας στην κρίση</p> <p>Κωδ 10: συνοδοί δράστες</p> <p>Κωδ 11: δήλωση προσαρμοσμένων ασθενών</p> <p>Κωδ 12: δυσλειτουργία του συστήματος</p> <p>Κωδ 13: μεγάλος όγκος ασθενών</p> <p>Κωδ 14: απόδοση στην έλλειψη πρωτοβάθμια φροντίδας</p>	<p>Λεκτική Επιθετικότητα βίωση ως εισβολής απειλητικό λεκτικό περιεχόμενο και άσκηση εξαναγκασμού απειλές και αίσθημα ταπείνωσης αποφυγή συζητήσεων με συναδέλφους ως τακτική επιβίωσης η παιδεία και η άμεση σχέση με τις επιθετικές συμπεριφορές. ο χαρακτήρας ως παραγωγός συμπεριφορών βίας.</p> <p>Ψυχολογική Βία Προσβολές με τις σωματικές επιθέσεις και άσκηση εκβιασμού απειλές με άσκηση αιφνιδιασμού αδυναμία διαχείρισης του όγκου των ασθενών κράτημα απόστασης από τον κόσμο ως τακτική επιβίωσης στη καθημερινή πίεση. φόβος εξάπλωσης επιθετικότητας</p> <p>Σωματικές επιθέσεις ύπαρξη σωματικών επιθέσεων και άσκηση αιφνιδιασμού ψυχολογική δυσκολία των απειλών</p> <p>Ενδοσυγκρούσεις Υπαρκτές και κλίμα διαχωρισμού με την ανάγκη εξατομίκευσης της θέσης. άρνηση συζήτησης ως αποφυγή της ρήξης με τους άλλους</p> <p>Απόλεια ελέγχου Από τον όγκο των προσερχομένων και η έλλειψη αξιολόγησης που προκύπτει, έλλειψη ενημέρωσης του κόσμου και πίεση εξυπηρέτησης έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας και δυσκολία διαχείρισης εξέλιξη των φαινομένων σύγκρουσης και φόβος εξάπλωσης τακτικές επιβίωσης στην καθημερινή επιθετικότητα</p> <p>Εξοικείωση οικειότητα με το όγκο σε κάθε εφημερία με την έλλειψη πρωτοβάθμιας με τις καθημερινές συγκρούσεις και την ένταση. οικειότητα που προκύπτει από την αδυναμία διαχείρισης οικειότητα με την κούραση της καθημερινής εμφάνισης των φαινομένων.</p>

Πίνακας 4: Ανάλυση των δεδομένων που αντιστοιχεί στον συνεντευξιαζόμενο 4

Ποιοτικό περιεχόμενο	Κωδικοί	Κατηγορίες-ενότητες
<p>“υπάρχει δυστυχώς βία και το φαινόμενο είναι τώρα χειρότερο συμβαίνουν σε κάθε εφημερία, έχει αυξηθεί ο αριθμός των προσελεύσεων λογικό είναι, τις πιο πολλές φορές φεύγω με λαρυγγίτιδα και πονοκέφαλο από το μίλα μίλα”</p> <p>«την βία την γεύομαι σαν λεκτική περισσότερο, ο άλλος έρχεται προκατειλημμένος και ποιά είσαι εσύ, δεν θα τα πω σε σένα και δως μου νούμερο, ή σε βρίζει, με ταπεινώνουν αυτά δεν θέλω να σηκώσω καυγά αλλά με στενοχωρούν, νοιώθω ότι είναι προσωπική η επίθεση”</p> <p>“αυτό το στρες είναι η ψυχική μου βία, να κάνεις πολλά πράγματα ταυτόχρονα, να μη κάνεις λάθη, δεν λειτουργώ υπό νορμάλ συνθήκες, αυτή είναι η ψυχική μου βία”</p> <p>«θα σε πιάσω από τα μαλλιά μωρή τέτοια συνέχεια»</p> <p>«σωματικές επιθέσεις έχω δει να γίνονται σε γιατρούς πολλές φορές, αλλά σε συνάδελφο όχι»</p> <p>«οι συνοδοί των ασθενών κυρίως, και αυτοί που περιμένουν πολύ στην αναμονή, πολλές φορές είναι ευπαρουσίαστοι, δεν περιμένεις να συμπεριφέρονται έτσι”</p> <p>«η αναμονή επιτείνει αυτές τις συμπεριφορές, δεν συνειδητοποιεί τι γίνεται πίσω από την πόρτα, αυτός βλέπει ότι η δουλειά δεν προχωράει”</p> <p>«οι άνθρωποι είναι φορτισμένοι πριν έρθουν στο νοσοκομείο και αυτό είναι η αφορμή, νοιώθει αδικημένος ο κόσμος, μια φορά θα ρθει εδώ και θα δει αυτόν τον χαμό...και εγώ εάν βιώσω κάτι ανάλογο, θα φουντώσω”</p> <p>“προσπαθώ με τα κορίτσια να μιλάμε, δεν θέλω να βγαίνω εκτός εαυτού, το επιδιώκω να μιλάμε”</p> <p>“ο κόσμος δεν γνωρίζει πολλά πράγματα για το πού θα πάει, ακόμη και το πιο γελοίο το κέντρο υγείας το στέλνει στο νοσοκομείο, χρειάζεται πρωτοβάθμια φροντίδα και εδώ στον χώρο των επείγοντων”</p> <p>«εμείς εδώ κάνουμε κουμάντο, οι γιατροί λένε βγείτε στην υποδοχή και κάντε τα παράπονά σας,</p>	<p>Κωδ 1: προσδιορισμός της βίας</p> <p>Κωδ 2: αύξηση προσέλευσης</p> <p>Κωδ 3: υπερφόρτωση εργασίας</p> <p>Κωδ 4: χαρακτηρισμός της βίας</p> <p>Κωδ 5: προσωπική επίδραση της βίας</p> <p>Κωδ 6: εντοπισμός της βίας</p> <p>Κωδ 7: απειλές</p> <p>Κωδ 8: σωματικές επιθέσεις</p> <p>Κωδ 9: συνοδοί δράστες</p> <p>Κωδ 10: κατηγορίες και χαρακτηρισμοί δραστών</p> <p>Κωδ 11: παράγοντες επίδρασης στις επιθετικές συμπεριφορές</p> <p>Κωδ 12: δικαιολόγηση των συμπεριφορών</p> <p>Κωδ 13: προκατάληψη του κόσμου</p> <p>Κωδ 14: προδιάθεση του κόσμου</p> <p>Κωδ 15: επιδίωξη συζήτησης</p> <p>Κωδ 16: μη αξιολόγηση του επείγοντος</p> <p>Κωδ 17: ο χώρος υποδοχής ως χώρος διαφόρων ενασχολήσεων</p>	<p>Λεκτική Επιθετικότητα υπαρξη της βίας και συνδυασμός με την αυξημένη προσέλευση η αυξημένη προσέλευση και η προσπάθεια διαχείρισης ύβρεις και απειλές με ταπεινωτικό περιεχόμενο προσβολές ως πλήγμα στην αξιοπρέπεια. εξαναγκασμός της ετερογένειας των ρόλων εκφοβισμοί και πλήγμα στην αξιοπρέπεια συνοδοί δράστες και αναμενόμενοι</p> <p>Ψυχολογική Βία: η λεκτική επίθεση ως εξαναγκασμός η υπερπληθώρα κόσμου ως εξαναγκασμός ανάγκη εκτόνωσης από την καταπίεση η ετερογένεια ρόλου ως εξαναγκασμός η αναμονή ως διαμεσολαβητής εκρήξεων η άγνοια και η προκατάληψη ως λειτουργία πίεσης απόδοσης και εγρήγορσης ανάγκη διεξόδου και συζήτηση υψηλό αίσθημα ευθύνης και εξαναγκασμός οι απειλές ως λειτουργία κάμψης του ηθικού</p> <p>Σωματικές επιθέσεις υπαρξη τους προς τους γιατρούς εξαίρεση του νοσηλευτικού προσωπικού</p> <p>Ενδοσυγκρούσεις αναγνώριση τους αναγνώριση και κατανόηση των επιθέσεων αναγνώριση και προσπάθεια βοήθειας</p> <p>Απόλεια Ελέγχου λεκτικές επιθέσεις και αυξημένη εγρήγορση απειλές και δημιουργία ταπεινωτικού κλίματος εξαναγκασμός να λειτουργείς διαχεόμενος σε διάφορα καθήκοντα εξαναγκασμός και αίσθημα μοναξιάς και αυξημένης ευθύνης στη διαλογή οι εξευτελισμοί ως λειτουργία κάμψης του ηθικού.</p> <p>Εξοικείωση η αυξημένη προσέλευση ως εγκατάσταση της μόνιμης έλλειψης πρωτοβάθμιας φροντίδας</p>

<p>αναλαμβάνουμε πάσης φύσης εργασίες και πιστεύω δεν μου αναλογούν, γιατί είμαι και μόνη”</p> <p>“εγώ δεν εκπροσωπώ το σύστημα, μια απλή νοσηλεύτρια είμαι. Συγχωρέστε με”</p> <p>“τώρα υπάρχει μια κόντρα με τους άλλους νοσηλευτές ή με τους γιατρούς αλλά νομίζω τίποτε το ιδιαίτερο, προσπαθούμε να βοηθήσουμε αυτούς τους συναδέλφους, τα επείγοντα δεν τα θέλει κανείς..νομίζω”</p>	<p>Κωδ 18: πρόταξη της ιδιότητας</p> <p>Κωδ 19: αναγνώριση ενδοσυγκρούσεων</p>	<p>εξοικείωση με τον μεγάλο όγκο συναλλασσομένων οικειότητα να λειτουργείς ως τοποτηρητής οικειότητα να αναλαμβάνεις και να διευθετείς οικειότητα με την ψυχολογική πίεση του κόσμου οικειότητα με την προκατάληψη και την άγνοια του κόσμου</p>
--	--	--

Πίνακας 5: Ανάλυση των δεδομένων που αντιστοιχεί στον συνεντευξιαζόμενο 5

Ποιοτικό Περιεχόμενο	Κωδικοί	Κατηγορίες-Ενότητες
<p>“δεν μπορώ να ξεχωρίσω την βία και την επιθετικότητα, να τα βάλω σε κατηγορία, βία είναι να σε βρίσει να σε υποτιμήσει φεύγοντας, βία είναι το στρές στην δουλειά”</p> <p>“δεν ξέρεις την δουλειά σου τζάμπα σε πληρώνουνε, βρισιές, έλλειψη σεβασμού, απέναντι στο προσωπικό, αυτό γιατί δεν το αναγνωρίζουν ότι κάνουμε την δουλειά μας”</p> <p>“από τους συνοδούς έχουμε επιθετικότητα κυρίως αυτούς που δεν έχουν επείγον πρόβλημα υγείας, όλοι είτε έχουν παράπονα από γιατρούς άλλο προσωπικό σε μας θα ρθούν και θα κάνουν παράπονα και θα μαλώσουν”</p> <p>“άρχισα να μη νοιώθω να αδιαφορώ, προσπαθώ να μη έρθω σε αντιπαράθεση, δεν καταφέρνω και πολλά πράγματα, μέσα μου θα ζοριστώ γιατί δεν θέλω να μαλώσω”</p> <p>«πάρχει έλλειμμα στην οργάνωση, είναι η αναμονή, αλλά και η κακή συμπεριφορά των γιατρών πολλές φορές που μετατίθεται σε μας”</p> <p>“αυτή η συνεχής παρενόχληση είναι μια μορφή βίας και γιατί δεν έρχεται ο γιατρός και γιατί περιμένω, εγώ δε φέρω ευθύνη, τη δουλειά μου θα την εκτελέσω σε δύο λεπτά, γιατί εγώ να τα ακούω; νομίζω ότι το νοσηλευτικό προσωπικό φορτώνεται τις δυσλειτουργίες του συστήματος, γιατί και σε άλλες δημόσιες υπηρεσίες υπάρχουν δυσλειτουργίες αλλά από και και πέρα είναι θέμα παιδείας”</p> <p>“μια φορά μια ψυχιατρική ασθενής προσπάθησε να με χτυπήσει αλλά ήταν άρρωστη, κατανοητό, οι ψυχιατρικοί και οι χρήστες είναι δικαιολογημένοι, η αρρώστια τους τους κάνει”</p> <p>«οι άνθρωποι δεν έχουν λεφτά, ούτε τα 5 ευρώ να πληρώσουν για εξέταση, οπότε έρχονται στα επείγοντα, δεν περιμένω να είναι και ευγενικός από πάνω, ειδικά τώρα είναι χειρότερα από παλιά, είναι ζορισμένοι”</p> <p>«τα συζητάω με άλλους συναδέλφους αυτά που γίνονται και κάπου τους δικαιολογώ γιατί όλο το σύστημα πάσχει»</p>	<p>Κωδ 1: προσδιορισμός της βίας και επιθετικότητας Κωδ 2: ενικός, βρισιές Κωδ 3: ακυρωτικοί χαρακτηρισμοί, Κωδ 4: στρες</p> <p>Κωδ 5: κριτική στάση Κωδ 6: έλλειψη σεβασμού στο έργο</p> <p>Κωδ 7: προσδιορισμός δραστών Κωδ 8: οι νοσηλευτές δέχονται παράπονα Κωδ 9: οι νοσηλευτές μαλώνουν με τον κόσμο</p> <p>Κωδ 10: αισθήματα αδιαφορίας Κωδ 11: δυσκολία διαχείρισης</p> <p>Κωδ 12: έλλειμμα οργάνωσης Κωδ 13: χρόνος αναμονής Κωδ 14: άσχημη συμπεριφορά και μετάθεση της Κωδ 15: συνεχής αιτηματικότητα</p> <p>Κωδ 16: αποποίηση μέρους της ευθύνης Κωδ 17: μετάθεση δυσλειτουργιών στο προσωπικό Κωδ 18: θεώρηση του νοσοκομείου ως δημόσιας υπηρεσίας Κωδ 19: η παιδεία ως ενδεικτική αιτία Κωδ 20: κατανόηση των ψυχιατρικών ασθενών Κωδ 21: κατανόηση των χρηστών Κωδ 22: αδυναμία του κόσμου να ανταποκριθεί στην οικονομική απαίτηση Κωδ 23: κατανόηση των οικονομικών δυσκολιών Κωδ 24: πίεση του κόσμου στην παρούσα συγκυρία Κωδ 25: συζήτηση με συναδέλφους Κωδ 26: απόδοση στην δυσλειτουργία του συστήματος</p>	<p>Λεκτική Επιθετικότητα αδυναμία διαχωρισμού ως αλληλεδιαπλεκόμενο σύστημα ύβρεις και υποτίμηση ως λειτουργία ακύρωσης κριτική τάση ως πλήγμα στην αυτοπεποίθηση</p> <p>Ψυχολογική Βία ακυρωτικοί χαρακτηρισμοί ως απώλεια ταυτότητας ακυρώσεις με λειτουργία κάμψης του ηθικού ακυρώσεις με λειτουργία απάθειας και αδιαφορίας για τα τεκταινόμενα απαίτηση του κόσμου ως εξαναγκασμός και υποχρέωση απάντησης μετάθεση του θυμού των άλλων στους νοσηλευτές και λειτουργία τους ως «βράχου» ενδείξεις προσωπικής χρέωσης των δυσλειτουργιών του συστήματος η αιτηματικότητα ως παρενοχλητική βλάβη ακυρώσεις και προσπάθεια χειραγώγησης από τον κόσμο</p> <p>Σωματικές επιθέσεις προσπάθεια επίθεσης δικαιολόγηση των ψυχικά ασθενών και χρηστών ως ακαταλόγιστων</p> <p>Απώλεια ελέγχου υπερφόρτωση εργασίας και αισθήματα απόγνωσης υπερφόρτωση και αισθήματα εγκατάλειψης ανάληψη πολλαπλών ρόλων ως λειτουργία άγχους και καταπίεσης η οργανωτική δυσχέρεια ως δημιουργός αισθημάτων</p> <p>ανασφάλειας και άγχους οργανωτική δυσχέρεια και αισθήματα αδιαφορίας η ψυχολογική πίεση του κόσμου ως μετάθεση στους νοσηλευτές</p> <p>Εξοκείωση οικειότητα με την καθημερινότητα των φαινομένων οικειότητα με την επίταση της συχνότητας των φαινομένων ως αποκορύφωση στο εύρος των συναισθημάτων δυσφορίας αποδοχή της χρονιότητας της δυσλειτουργίας οικειότητα με τα αισθήματα εγκατάλειψης από φορείς.</p>

<p>«έρχονται άνθρωποι αμόρφωτοι αλλοδαποί, έχουν θράσος όλοι»</p> <p>“δεν υπάρχει ασφάλεια, διοικητικοί υπάλληλοι γρήγοροι, κυρίως δεν υπάρχει πρωτοβάθμια φροντίδα, αυτό να κοιτάξει η πολιτεία και όχι να βάζει εμένα 10 άτομα στην υποδοχή να με βοηθάνε”</p> <p>«εδώ έχουμε έναν ασθενή και πέντε συνοδούς, γίνεται αυτό;»</p> <p>«σε κάθε εφημερία γίνονται αυτά είναι συνηθισμένα πράγματα»</p> <p>“όλο το σύστημα θέλει αλλαγή από την βάση του”</p> <p>“δεν υπάρχει υποδοχή, ούτε χρήμα ούτε θέληση για να αλλάξει”</p>	<p>Κωδ 27: παιδεία του κόσμου και κατηγορίες</p> <p>Κωδ 28: έλλειψη διοικητικής οργάνωσης και ανθρώπων</p> <p>Κωδ 29: ο ρόλος των συνοδών</p> <p>Κωδ 30: καθημερινότητα οι επιθετικές συμπεριφορές</p> <p>Κωδ 31: αποδοχή της κατάστασης</p>	
---	--	--

Πίνακας 6: Ανάλυση των δεδομένων που αντιστοιχεί στον συνεντευξιαζόμενο 6

Ποιοτικό περιεχόμενο	Κωδικοί	Κατηγορίες-Ενότητες
<p>“είμαστε ο κυματοθραύστης και μετά ηρεμούνε και πάνε παραπέρα, αυτή την εικόνα νοιώθω”</p> <p>“βία είναι η έντονη, η απότομη η μη ευγενική συμπεριφορά αλλά και οι χειρονομίες να χτυπάνε τον πάγκο τέτοια”</p> <p>“μια φορά με πλησίασε ένας ναρκομανής να μου επιτεθεί αλλά όχι τίποτε το ιδιαίτερο, έχω δει να επιτίθενται σε γιατρό”</p> <p>“χτυπάνε πόρτες, σε βρίζουν, σε απειλούν ότι θα τα σπάσουν όλα, κάνεις προσπάθειες για να μην εξελιχθούν τα φαινόμενα, το βλέπεις έρχεται κατά πάνω σου, ιδιαίτερα στην υποδοχή, που είναι το χειρότερο μέρος”</p> <p>“σε διακόπτουνε, ζητάνε άσχετα πράγματα, να τηλεφωνήσεις, να βγεις έξω για να παραλάβεις ασθενή, ζητάνε υλικά, συνταγογράφηση, άδειες, δρόμους, διαδικασίες, τι να σου πω”</p> <p>“οι συνοδοί έρχονται προκατειλημμένοι από την είσοδο ακόμα και εξελίσσονται, οι συνοδοί κυρίως δημιουργούν πρόβλημα, οι ασθενείς λιγότερο”</p> <p>“το να με πιέζουν οι άλλοι συνάδελφοι να πράξω όπως θέλουν, και να με επικρίνουν, να απαιτούν, είναι βία”</p> <p>“να μου λένε οι γιατροί πώς να κάνω την δουλειά μου”</p> <p>“θα περίμενε κανείς να ασκήσουν βία οι περιθωριακοί, και αυτοί δεν είναι τόσο, αλλά οι καθώς πρέπει δήθεν, που υποτίθεται έχουν ένα επίπεδο, πάντα για λεκτική βία μιλάω.”</p> <p>“ο κόσμος έρχεται κουρασμένος από τα προβλήματά του, και θέλει να φύγει γρήγορα και ιδιαίτερα φωνάζουν αυτοί που δεν έχουν κάποιο επείγον και άρα περιμένουν πολλή ώρα”</p> <p>“το σύστημα δεν μπορεί να είναι πολύ αυστηρό γιατί ο άλλος δεν έχει λεφτά να πάει κάπου του λες πάρε νούμερο και που λέει ο λόγος φύγε από μπροστά μου.”</p>	<p>Κωδ 1: προσδιορισμός της ιδιότητας των νοσηλευτών στο ΤΕΠ. Κωδ 2: απειλητικές χειρονομίες; Κωδ 3: αγένεια</p> <p>Κωδ 4: εκφοβιστικές συμπεριφορές</p> <p>Κωδ 5: προσπάθεια κατευνασμού της έντασης</p> <p>Κωδ 6: η υποδοχή εστία σύγκρουσης</p> <p>Κωδ 7: περισπάσεις διαφόρων τύπων</p> <p>Κωδ 8: προκατάληψη συνοδών</p> <p>Κωδ 9: πιέσεις από συναδέλφους</p> <p>Κωδ 10: υποδειξίεις από γιατρούς</p> <p>Κωδ 11: προσδιορισμός των χαρακτηριστικών των δραστών</p> <p>Κωδ 12: η αναμονή επιτείνει τα φαινόμενα Κωδ 13: πίεση από τα άτομα χωρίς επείγον</p> <p>Κωδ 14: αποδοχή της οικονομικής δυσκολίας του κόσμου</p>	<p>Λεκτική Επιθετικότητα λειτουργία των νοσηλευτών ως κυματοθραύστη και εντυπωμένου χαρακτηριστικού υβριστικές συμπεριφορές και αιτηματικότητα ως παρενοχλητική συμπεριφορά αγένεια και θράσος με συνυπό αίσθημα έλλειψης σεβασμού για τον νοσηλευτή. συνοδοί δράστες η επιθετικότητα του μη επείγοντος που προκύπτει από τις αναμονές</p> <p>Ψυχολογική Βία εξαναγκασμός των παρενοχλήσεων σε υποχρέωση απάντησης εξαναγκασμός δράσεων που εκπίπτουν του ρόλου του νοσηλευτή εξαναγκασμός να διακόπτεις το έργο σου και να τελείς σε σύγχυση. η υποδοχή ως χώρος εστίας συγκρούσεων και φόβος για έκρηξη αναταραχών απειλητικές για χρήση βίας συμπεριφοράς και αίσθημα ανασφάλειας εξαναγκασμός παραβίασης της ιδιωτικότητας των άλλων</p> <p>Ενδοσυγκρούσεις ύπαρξη συγκρούσεων ανάμεσα στο προσωπικό οι συγκρούσεις με ποιότητα της κριτικής στο έργο σχολιασμός του έργου απαιτήσεις των άλλων και άσκηση ψυχολογικής βίας</p> <p>Εξοικείωση οικειότητα του ρόλου πληροφοριοδότη εξοικείωση με τον ρόλο κυματοθραύστη εξοικείωση με την ανάληψη ευθυνών μοναχός. εξοικείωση με την «ελαστικότητα» του επείγοντος οικειότητα με το μη επείγον οικειότητα με τακτικές επιβίωσης στην επιθετικότητα μέσω της εμπειρίας</p> <p>Απόλεια ελέγχου Προσπάθεια αποκλιμάκωσης ελλείψει άλλου προσωπικού, ανάγκη να κρατηθεί ο έλεγχος δυσπιστία και αβεβαιότητα ως αίσθημα εγκατάλειψης Ανάγκη απαλλαγής από περιττές διακοπές στο έργο σου</p>

<p>“προσπαθώ να μη είμαι προκλητική, και άδικο να χει με ηρεμία τον αντιμετωπίζω, γιατί μετά οι αντιδράσεις είναι αλυσιδωτές, ξεκινάει αυτός και συνεχίζει ένας άλλος, κλιμακώνεται επικίνδυνα”</p> <p>“σαν λαός μας λείπει η ευγένεια, “δίνετε προτεραιότητα στους δικούς σας, λένε”</p> <p>“γιατί εγώ πρέπει να εξηγήσω στον άλλον γιατί βάζω κάποιον συγκεκριμένα μέσα στα ιατρεία δεν κατάλαβα”</p> <p>“ρωτάς τι πάθατε, και ακούν όλοι εκτεθειμένος ο άλλος, είναι βία αυτό το πράγμα”</p> <p>“ο κόσμος έχει αυξηθεί αλλά τα επίπεδα της βίας είναι πάνω κάτω τα ίδια”</p>	<p>Κωδ 15: αντιμετώπιση με συμπεριφορά νηφαλιότητας</p> <p>Κωδ 16:οργανωτικές και διοικητικές δυσχέρειες</p> <p>Κωδ 17: υπερέκθεση των ασθενών</p> <p>Κωδ 18: αυξημένη προσέλευση</p>	<p>σύγχυση από τον όγκο των ασθενών και τις παρενοχλήσεις οργάνωση του συστήματος και έκθεση στην αυξημένη εγρήγορση του νοσηλευτή</p>
---	---	--

Πίνακας 7: Ανάλυση των δεδομένων που αντιστοιχεί στον συνεντευξιαζόμενο 7

Ποιοτικό περιεχόμενο	Κωδικοί	Κατηγορίες
<p>“η βία έχει διάφορες μορφές, είναι λεκτική με απειλές, φωνές γιατί νομίζουν ότι θα εξυπηρετηθούν γρήγορα και θα τους δώσεις μεγαλύτερη προσοχή, σε απειλούν ότι θα σε πάνε στην διεύθυνση, είναι συνοδοί κυρίως”</p> <p>“και σωματικές επιθέσεις, έχω τύχει να δω να γρατζουνάνε, να δαγκώνουν άτομα από το προσωπικό εμένα μου χει τύχει να μου πετάξουν βιβλιάριο. Μια μέρα δε, σηκώθηκε ένας διεγερμένος ασθενής και μια ζώνη που κρατούσε απειλούσε όλους τους αναμένοντες σε πέντε λεπτά άδειασε όλο το ΤΕΠ”</p> <p>“αλλά και το προσωπικό αναμεταξύ τους έχει συγκρούσεις, μιλάμε άσχημα πολλές φορές αναμεταξύ μας αλλά και με τους γιατρούς”</p> <p>“αυτοί που δημιουργούν αυτές τις καταστάσεις επιθετικότητας είναι συνοδοί κυρίως, ξένοι, που έχουν μια συμπεριφορά ότι δεν θα τους βοηθήσεις και αντιδρούν άσχημα αλλά δεν έχουν δίκιο γιατί εμείς σε όλους το ίδιο παρέχουμε υπηρεσίες”</p> <p>“οι οργανικοί ασθενείς μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα, το αλκοόλ η άνοια ή σύγχυση, οι ψυχιατρικοί που νόμιζα ότι θα δημιουργούν και το φοβόμουνά όταν ήρθα εδώ, δεν είναι παραπάνω από τους “φυσιολογικούς” ας πούμε όπως λέγονται, που είναι πολύ πιο επιθετικοί και αγενείς”</p> <p>“ο κόσμος έρχεται προκατειλημμένος ότι θα ταλαιπωρηθεί από αυτά που ακούει, αλλά και το σύστημα είναι της ταλαιπωρίας αφού δεν μπορεί το σύστημα να διαχειριστεί τόσο κόσμο και επαληθεύονται οι φόβοι του”</p> <p>“ο κόσμος θεωρεί ότι είναι μια οποιαδήποτε δημόσια υπηρεσία που στελεχώνεται από δημοσίους υπαλλήλους, δεν σκέφτεται ότι εδώ είναι αλλιώς δεν είναι γραφείο.”</p> <p>“ο κόσμος δεν ξέρει το σύστημα διαλογής και την ιεράρχηση του επείγοντος, και κάποιοι που μένουν πολλές ώρες στο τέλος καταλαβαίνουν ότι δεν υπήρχε λόγος προσέλευσής τους εδώ πέρα”</p>	<p>Κωδ 1: προσδιορισμός λεκτικής επιθετικότητας με φωνές προσβολές και απειλές κυρώσεων</p> <p>Κωδ 2: εντοπισμός σωματικών επιθέσεων</p> <p>Κωδ 3: εντοπισμός ενδοσυγκρούσεων.</p> <p>Κωδ 4: προσδιορισμός δραστών.</p> <p>Κωδ 5: προσδιορισμός άλλων αιτίων επιθετικής συμπεριφοράς στο νοσοκομείο.</p> <p>Κωδ 6: απόδοση επιθετικής συμπεριφοράς σε άλλα πρόσωπα</p> <p>Κωδ 7: απόδοση επιθετικής συμπεριφοράς σε λειτουργικούς παράγοντες</p> <p>Κωδ 8: λειτουργία του τμήματος ως δημόσια υπηρεσία.</p> <p>Κωδ 9: άγνοια του κόσμου</p>	<p>Λεκτική Επιθετικότητα: φωνές, απειλές και δημιουργία έντασης απειλητικό περιεχόμενο επιθέσεων και εχθρικό κλίμα φωνές και μέσο πίεσης για εξυπηρέτηση αγένεια από συνοδούς αγένεια και συμπεριφορά προκατάληψης από ξένους-αλλοδαπούς κατηγορίες ατόμων που εν δυνάμει γίνονται επιθετικοί και αποτελούν απειλή</p> <p>Ψυχολογική Βία οι εκφοβισμοί ως μέσο εξαναγκασμού. απειλητικές χειρονομίες και δημιουργία αρνητικού κλίματος. πίεση για απαντήσεις και στοχοποίηση της θέσης διαλογής δημιουργία απειλητικού κλίματος από τις σωματικές επιθέσεις υπερβάλλον όγκος ασθενών με δυσκολία εξυπηρέτησης και δήλωση αδυναμίας προκατάληψη και άγνοια του συστήματος και επίδραση στους νοσηλευτές.</p> <p>Δοχείο παραπόνων η διαλογής και δυσαρέσκεια Αιτήματα στη διαλογή στόχος λεκτικών επιθέσεων και συνδυασμός με λεκτική και σωματική επίθεση γέννηση αισθημάτων θυμού, φόβου και ανασφάλειας.</p> <p>Ενδοσυγκρούσεις ενεργός ύπαρξη ενδοσυγκρούσεις με πίεση όγκου ασθενών και δημιουργία εχθρικού κλίματος οι ενδοσυγκρούσεις στο καθημερινό πεδίο συναλλαγής με τους άλλους ενδοσυγκρούσεις και ανάγκη διεξόδου</p> <p>Σωματικές Επιθέσεις περιστατικά σωματικών επιθέσεων και κλίμα φόβου και ανασφάλειας ανάγκη εποπτείας του χώρου και αδυναμία διαχείρισης φόβος επέκτασης των συμπεριφορών.</p> <p>Απόλεια ελέγχου υπερβάλλον όγκος ασθενών και αδυναμία διαχείρισης του αδυναμία διαχείρισης επιθετικών συμπεριφορών κλίμα σύγχυσης Ετερογενείς ρόλοι και υπερβάλλον όγκος ασθενών. άγνοια του συστήματος επειγόντων και</p>

<p>“δεν υπάρχει άνθρωπος στην υποδοχή που να μην τον έχουν βρίσει ακόμα και τον πιο γλυκομίλητο, γιατί είσαι ο μόνος που μπορούν να βρουν και άσχετα εάν ευθύνεσαι ή όχι εσύ, γίνεσαι ο αποδέκτης, για παράπονα όταν πρόκειται για άλλα άτομα πχ γιατρούς, για πληροφορίες για καθυστερήσεις για υποδείξεις αυτός είναι και ο λόγος που δεν θέλω να είμαι στην υποδοχή, με χαλάει και συμβαίνει σε όλους”</p> <p>“δεν υπάρχει εφημερία χωρίς αυτά και τώρα περισσότερο γιατί ο κόσμος δεν έχει τις ίδιες αντοχές, θέλει να ξεσπάσει κάπου, είναι ένας τρόπος ξεσπάσματος και εκτόνωσης από τα προβλήματά του, η προσέλευση είναι πολύ μεγαλύτερη από αυτή που το σύστημα μπορεί να εξυπηρετήσει, ερχόμενος εδώ επαληθεύονται οι φόβοι του”</p> <p>“με πειράζουν όλα αυτά και όταν πάω στο σπίτι αναβιώνω πολλές φορές όλη αυτή την κατάσταση, τα συζητάω όλοι τα συζητάμε αναμεταξύ μας και κυρίως τις συγκρούσεις αναμέσά μας”</p> <p>“εγώ δεν νομίζω ότι θα αλλάξει αυτό ιδιαίτερα τώρα με τη οικονομική κρίση”</p>	<p>Κωδ 10: η υποδοχή ως δοχείο παραπόνων και εστία συγκρούσεων</p> <p>Κωδ 11: δυσανάλογος όγκος ασθενών για το σύστημα επειγόντων</p> <p>Κωδ 12: οριακή αντοχή του κόσμου</p> <p>Κωδ 13: παραδοχή της συναισθηματικής δυσκολίας αντιμετώπισης των επιθετικών συμπεριφορών.</p> <p>Κωδ 14: η συζήτηση ως τρόπος διεξόδου</p> <p>Κωδ 15: η οικονομική κρίση λειτουργεί ανασταλτικά στην επίτευξη λύσης.</p>	<p>δημιουργία κλίματος δημόσιας υπηρεσίας προκατάληψη του κόσμου και διάθεση για σύγκρουση οι ενδοσυγκρούσεις και επίταση της σύγχυσης.</p> <p>αυξημένη προσέλευση με την κρίση και ενδυνάμωση της αίσθησης</p> <p>Εξοικείωση Αποφυγή της θέσης διαλογής λόγω της ψυχικής πίεσης της θέσης Παραδοχή της δυσκολίας αλλαγής διαδικασίες του συστήματος παραδοχή ανάγκης διεξόδου ερμηνεία της στάσης του κόσμου δήλωση αδυναμίας αναγνώριση της δυσλειτουργίας του συστήματος και της εγκατάστασης αβεβαιότητας και αδιεξόδου.</p>
---	---	---

Πίνακας 8: Ανάλυση των δεδομένων που αντιστοιχεί στον συνεντευξιαζόμενο 8

Ποιοτικό περιεχόμενο	Κωδικοί	Κατηγορίες
<p>“βία είναι διάφορες άσχημες συμπεριφορές και με λόγια κυρίως άμεσα υβριστικές, ή εριστικότητα ή χειρονομίες να χτυπάνε αντικείμενα να απειλούν, θα σε πετύχω έξω και θα δεις τέτοια”</p> <p>“δεν νοιώθω ασφαλής με αυτά γιατί συμβαίνουν συχνά και κάθε φορά λέω όταν τελειώνει μια εφημερία ουφ ευτυχώς δεν φάγαμε ξύλο και σήμερα”</p> <p>“πιστεύω είναι η αναμονή και η προκατάληψη του κόσμου η διαμορφωμένη αντίληψη που έχει ότι δεν θα εξυπηρετηθεί και θα περιμένει, αυτή η αναμονή είναι παντού κυρίως όμως έξω από τα ιατρεία”</p> <p>“οι συνοδοί κυρίως δημιουργούν προβλήματα αλλά και οι ασθενείς και κυρίως από την αναμονή δεν υπάρχει πρωτοβάθμια φροντίδα το νοσοκομείο καλύπτει όλες τις βαθμίδες, και ο καθένας αυθαίρετα χρήζει τον εαυτό του επείγον και το εννοεί”</p> <p>“είναι οι χρήστες οι μεθυσμένοι και οι χρήστες ψυχικά άρρωστοι είναι μπορεί να δημιουργήσουν εκρήξεις, ειδικά οι μεθυσμένοι, οι ψυχικά άρρωστοι λιγότερο”</p> <p>“είναι αλήθεια ότι ο κόσμος έχει “τομαροποιηθεί” δε νοιάζεται για τον διπλανό του εμμένει στην λογική της εξυπηρέτησης αλλά το σύστημα για να λειτουργήσει δεν μπορείς να βασίζεται στην καλοσύνη των ανθρώπων αλλά να προσπαθεί να βελτιώσει τις δυσκολίες του ώστε να μη δίνεται στο καθένα ευκαιρία να δρά κατα αυτόν τον τρόπο”</p> <p>“πιστεύω ότι και λειτουργήσει καλύτερα το ΤΕΠ με τις οργανωτικές του δυσκολίες η βία δεν θα εκλείψει γιατί είναι κοινωνικό”</p> <p>“στην υποδοχή δεχόμαστε μεγάλο στρες και πίεση από τον όγκο και αυτά επιτείνουν τα φαινόμενα”</p> <p>“στην υποδοχή εκτός από το αμιγώς νοσηλευτικό έργο διαχειριζόμαστε και άλλα πράγματα που σκοπό έχουν να βοηθήσουν αλλά δεν είναι δική μας δουλειά, όμως τα κάνουμε”</p>	<p>Κωδ 1: προσδιορισμός της βίας Κωδ 2: εριστικότητα του κόσμου Κωδ 3: ύβρεις Κωδ 4: απειλές για χρήση βίας Κωδ 5: δήλωση αισθήματος ανασφάλειας Κωδ 6: προσδιορισμός της αιτίας ως διαμορφωμένη αντίληψη εκ των προτέρων Κωδ 7: η αναμονή των ιατρείων Κωδ 8: έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας και συνωστισμός Κωδ 9: αυθαρεσία στον χαρακτηρισμό του επείγοντος Κωδ 10: οι χρήστες και οι μεθυσμένοι αναπτύσσουν επικίνδυνες συμπεριφορές. Κωδ 11: οι πεποιθήσεις και η συμπεριφορά ου κόσμου Κωδ 12: οργανωτική διαχείριση για σωστή αντιμετώπιση των συμπεριφορών Κωδ 13: κοινωνική προέλευση της βίας Κωδ 14: η έλλειψη πρωτοβάθμιας επιτείνει τα φαινόμενα Κωδ 15: δήλωση της πολλαπλότητας του νοσηλευτικού έργου</p>	<p>Λεκτική Επιθετικότητα εριστικότητα και δημιουργία εχθρικού κλίματος υβριστικές συμπεριφορές και απειλητικές και δημιουργία εκφοβιστικού κλίματος η διαμορφωμένη αντίληψη για το σύστημα επιτείνει τις επιθέσεις δράστες συνοδοί δράστες με μη επείγον άλλες κατηγορίες δραστών</p> <p>Ψυχολογική Βία αίσθημα στρες και έλλειψης ασφάλειας ως αποτέλεσμα οργανωτικών δυσκολιών εξαναγκασμός της εξυπηρέτησης περιστατικών πρωτοβάθμιας φροντίδας η αυθαρεσία του μη επείγοντος ως εξαναγκασμός εξυπηρέτησης εξαναγκασμός της εξυπηρέτησης υπό το βάρος της κοινωνικής πίεσης ο χώρος της υποδοχής ως εστία συγκρούσεων και δοχείο</p> <p>Σωματικές Επιθέσεις αναφορά σε φόβους ως αποτέλεσμα της δημιουργίας κατάλληλου κλίματος</p> <p>Απόλεια Ελέγχου εναλλακτικά καθήκοντα και πίεση όγκου και αναμονής ως διεγέρτες οργανωτικές δυσκολίες και έλλειψη πρωτοβαθμιας και βίωση κατάστασης απόγνωσης στην διαχείριση πολλαπλοί ρόλοι βιωμένοι ως εξουθένωση η έλλειψη εκπαίδευσης στις επιθετικές συμπεριφορές και η έκθεση του εργαζόμενου ο όγκος ασθενών ως αδυναμία διαχείρισης του αίσθημα ανασφάλειας και χάσιμο ελέγχου</p> <p>Εξουκείωση η κοινωνική προέλευση των φαινομένων ως στοιχείο που έχει εγκατασταθεί και δύσκολο να αντιμετωπιστεί νηφαλιότητα ως τεχνική επιβίωσης από αυτές τις συμπεριφορές ελλείπει εκπαίδευσης αποδοχή της επίδρασης που έχει η κρίση στην ψυχολογική πίεση του κόσμου οικειότητα με τις οργανωτικές δυσκολίες του συστήματος</p>

<p>“εγώ φροντίζω να διατηρώ ηρεμία, είμαι και από την φύση μου έτσι αλλά βέβαια δεν έχουμε εκπαιδευτεί που θα χρειαζόταν στην αντιμετώπιση αυτών των συμπεριφορών”</p> <p>“οι άνθρωποι τώρα έρχονται αγανακτισμένοι είναι έτοιμοι να αρπαχτούν.”</p>	<p>Κωδ 16: δήλωση έντονης ψυχολογικής πίεσης στην υποδοχή Κωδ 17: νηφαλιότητα θέσης Κωδ 18: ανυπαρξία εκπαίδευσης Κωδ 19: αγανάκτηση και αποκορύφωση των επιθετικών συμπεριφορών με την κρίση.</p>	
--	---	--

Πίνακας 9: Ανάλυση των δεδομένων που αντιστοιχεί στον συνεντευξιαζόμενο 9

Ποιοτικό περιεχόμενο	Κωδικοί	Κατηγορίες
<p>“για ποιά βία μιλάμε, από ασθενείς από συνοδούς»</p> <p>“άσχημες κουβέντες, φύγε από δω, άσε μας ρε..χ.”, “τεμπέληδες άχρηστοι, θα καλέσω τα κανάλια”</p> <p>“μας βιντεοσκοπούσανε μια μέρα μες στο ιατρείο για να το πάνε στην διεύθυνση και τα κανάλια”</p> <p>“εμείς προσπαθούσαμε να εξυπηρετήσουμε ασθενή που έπρεπε να γυρίσει σε ιδιωτική κλινική αφού εξετάστηκε και δεν γινόταν, και ο συνοδός μας έβριζε”</p> <p>“δεν προβαίνουν σε σωματικές πράξεις αλλά αυτά που λένε ..είστε άχρηστοι όλοι.. και σε κάθε εφημερία “εγώ εάν πήγαινα σε δημόσιο νοσοκομείο δεν θα μιλούσα στον ενικό”</p> <p>“αλλά και οι ασθενείς επιτίθενται τους λες έχει μέσα βαρύ περιστατικό και περιμένουν και αυτοί λένε και μείς είμαστε 3 ώρες, ασθενείς συνοδούς δεν τους χωρίζω”</p> <p>εμένα με έχουν απειλήσει πολλές φορές ειδικά άτομα δήθεν καθώς πρέπει”</p> <p>“όλοι θεωρούν ότι είναι επείγον και έχει αυξηθεί τώρα ο κόσμος”</p> <p>“εγώ δεν απαντώ ποτέ και να με βρίσει ο άλλος, εγώ δεν απαντώ.. μπορεί να στεναχωρηθώ να κλάψω μετά αλλά δεν απαντώ”</p> <p>“πολλές φορές δεν απευθύνονται σε μένα στην υποδοχή, μπαίνουν στο ιατρείο μόνοι”</p> <p>“δεν υπάρχει πρωτοβάθμια φροντίδα το βλέπω δε μπορούν να κλείσουν ραντεβού, αναγκαστικά πάνε στο νοσοκομείο”</p> <p>“εγώ έκανα μόνη μου, μεγάλη βδομάδα, μαζεύονται 15 ΕΚΑΒ, σε μια ώρα, να κουβαλάς τα φορεία, το τι βρίσιμο έφαγα εκείνο το βράδυ δε λέγεται, αν είχα ένα γιατρό δίπλα μου να αξιολογεί”</p> <p>“δεν εξαρτάται από μας κάνουμε δουλειά διοικητική, ασφάλεια, τραυματιοφορέα, γιατρό και όλα τα παράπονα σε μας”</p> <p>“δεν εξαρτάται από μας η αναμονή, έρχονται και μας κάνουν παράπονα, και</p>	<p>Κωδ 1: προσδιορισμός της βίας Κωδ 2: βρισιές Κωδ 3: ακυρώσεις, κριτική</p> <p>Κωδ 4: εκφοβισμοί με απειλές Κωδ 5: ενικός αριθμός</p> <p>Κωδ 6: προσπάθειες εξυπηρέτησης Κωδ 7: πρόταξη των λεκτικών επιθέσεων</p> <p>Κωδ 8: προσδιορισμός δραστην</p> <p>Κωδ 9: απαίτηση του κόσμου Κωδ 10: εξειδίκευση των χαρακτηριστικών του δράστη</p> <p>Κωδ 11: άγνοια του κόσμου Κωδ 12: αύξηση προσέλευσης</p> <p>Κωδ 13: νηφάλια στάση</p> <p>Κωδ 14: αγνόηση του νοσηλευτή</p> <p>Κωδ 15: έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας</p> <p>Κωδ 16: αυξημένη φροντίδα Κωδ 17: αυξημένη ευθύνη</p> <p>Κωδ 18: μοναξιά της θέσης</p> <p>Κωδ 19: ετερογένεια ρόλου</p> <p>Κωδ 20: οργανωτικές δυσχέρειες</p> <p>Κωδ 21: οι νοσηλευτές ως δοχείο παραπόνων για την αναμονή</p>	<p>Λεκτική Επιθετικότητα προσδιορισμός της βίας ως προερχόμενη από πολλές πηγές χαρακτηρισμοί με ακυρωτικό περιεχόμενο χαρακτηρισμοί με απειλητικό περιεχόμενο η κριτική στάση βιωμένη ως αδικία χρήση του ενικού ως εργαλείο ταπείωσης</p> <p>Ψυχολογική Βία απειλές και εκφοβισμοί ως δημιουργοί αισθημάτων ταπείωσης και οργής εξαναγκασμός να πρέπει να υποστείς προσβολές εξαναγκασμός να λειτουργείς εκτός ρόλου δημιουργία αισθημάτων δυσφορίας από την εκτόξευση επιθέσεων δημιουργία στρες από τον όγκο πίεσης εργασίας μοναξιά της θέσης ευθύνης ψυχολογική πίεση από την άγνοια του κόσμου η αυθαιρεσία του κόσμου ως δημιουργός αισθημάτων ανασφάλειας βιωμένο αίσθημα αδικίας και κάμψη του ηθικού η αδιαφορία του κόσμου ως άσκηση ψυχολογικής πίεσης</p> <p>Ενδοσυγκρούσεις</p> <p>Σωματικές επιθέσεις, Δεν αναφέρονται, θεώρηση των απαξιώσεων χειρότερη και από την σωματική επίθεση</p> <p>Απώλεια ελέγχου έλλειψη πρωτοβάθμιας και αυξημένος όγκος και αδυναμία ανταπόκρισης ανάληψη πολλαπλών ρόλων ανάληψη πολλαπλών ρόλων μόνοι. άγνοια του κόσμου και απαίτηση για ανάληψη ρόλων αισθήματα απόγνωσης από την πίεση ανάγκη αυξημένης εγρήγορσης και αδυναμία εξοικείωση οικειότητα με τον υπερβάλλοντα όγκο ασθενών και αδυναμία εξυπηρέτησης οικειότητα με τις δυσλειτουργίες του συστήματος και ανάγκη παραπομπής τους οικειότητα με τα αισθήματα ανασφάλειας και αβεβαιότητας νηφαλιότητα ως τακτική επιβίωσης από την εμπειρία</p>

τους λέμε τα παράπονά σας στην διεύθυνση κύριε”		Εξοικείωση εκφοβιστικές συμπεριφορές και ενεργοποίηση εσωτερικών μηχανισμών, αίσθημα μοναξιάς και εγκατάλειψης πίκρα από την εγκατάσταση μέσα στον χρόνο και βίωση αυτών των συμπεριφορών
---	--	---

Πίνακας 10: Ανάλυση των δεδομένων που αντιστοιχεί στον συνεντευξιαζόμενο 10

Ποιοτικό περιεχόμενο	Κωδικοί	Κατηγορίες-Ενότητες
<p>“όταν μιλάμε για βία, τι εννοούμε; με πράξεις, με λόγια; νομίζω όταν φέρνεις το σώμα σου μπροστά είναι βία και περνάς σε χειροδικία το χω δει με τα μάτια μου, αλλά και σε μένα με έχουν πιάσει από το λαιμό και με έχουν σφίξει ..η επιθετικότητα είναι πιο πολύ εκφραστική”</p> <p>“από συνοδούς περισσότερο αλλά και ασθενείς, αλλά οι ασθενείς είναι ασθενείς πάντα υποφέρουν και πονάνε ..έχουν δίκιο άσχετα εάν ο διπλανός τους πεθαίνει”</p> <p>“γιατί βάζεις το ΕΚΑΒ μέσα, εγώ έχω πιο σοβαρό πρόβλημα, κάποιοι από αυτούς δε μιλάνε τη γλώσσα μας”</p> <p>“όσο πιο ήρεμη είμαι τόσο καλύτερα αντιμετωπίζω, δεν αντέχεις αλλιώς εδώ μέσα, είναι ένα χάος”</p> <p>“αυτά είναι θέματα να τα λύσουν άλλοι..απλώς εδώ είναι ότι μπορεί ο καθένας να μπει με όπλο και ο οποιοσδήποτε να κουβαλάει πάνω του οτιδήποτε και να μας κάνει κακό.”</p> <p>“πρέπει να είμαστε ασφαλείς πρώτα και από κει και πέρα έχουμε ζητήσει ομάδες και τέτοια αλλά τίποτε δεν έχει γίνει”</p> <p>“ο ψυχιατρικός θα φωνάξει θα σιρίζει και θα νομίζουν οι γύρω ότι κάτι τού κανες, μετά είναι οι άστεγοι που έχουν συμπλοκές αναμεταξύ τους οι χρήστες που ζητάνε φάρμακα και μεϊς δε δίνουμε αλλά δεν προχωράνε..”</p> <p>“δεν είμαστε τράπεζα μιλάμε για ανθρώπινες ζωές”</p> <p>“μας λένε γιατρούς νοσηλεύτριες μας θεωρούν υπεύθυνους για όλα”</p> <p>“σε μένα θα ρθει και θα φωνάζει αλλά ξέρω δεν απευθύνεται σε μένα αλλά στο σύστημα “</p> <p>“με τους υπόλοιπους επαγγελματίες έχω ακούσει για συγκρούσεις αλλά δεν έχω δει τίποτε..”</p> <p>“ιδίως το βράδυ δεν υπάρχουν καθόλου υπεύθυνοι, μόνο εμείς”</p> <p>“το σύστημα διαλογής δημιουργεί την σοβαρότητα και υπάρχουν άνθρωποι που πεθαίνουν και αυτοί λένε εμείς είμαστε πιο σοβαρά (γέλια),ας πούμε”</p> <p>“τόρα είναι χειρότερα από παλιά πιστεύω και γιατί έχει αυξημένη προσέλευση και γιατί ο κόσμος έχει προβλήματα και έχει πολύ αναμονή”</p> <p>“μετά από τόσα συνηθίζεις πια υπάρχουν και αυτοί που σε επιβραβεύουν για την ηρεμία σου και τότε εκτονώνονται και αυτοί και εμείς”</p>	<p>Κωδ 1: προσδιορισμός της βίας και επιθετικότητας</p> <p>Κωδ 2: έκφραση της σωματικής βίας</p> <p>Κωδ 3: δράστες συνοδοί</p> <p>Κωδ 4: δικαιολόγηση ασθενών</p> <p>Κωδ 5: δυσκολίες επικοινωνίας</p> <p>Κωδ 6: αναζήτηση προτεραιότητας</p> <p>Κωδ 7: νηφαλιότητα</p> <p>Κωδ 8: κατάσταση χάους</p> <p>Κωδ 9: θέματα για επίλυση από θεσμικούς φορείς</p> <p>Κωδ 10: φόβος και ανασφάλεια</p> <p>Κωδ 11: πρόταση συναντήσεων</p> <p>Κωδ 12: ιδιαιτερότητα των ψυχιατρικών ασθενών</p> <p>Κωδ 13: συμπλοκές αστέγων</p> <p>Κωδ 14: η ιδιαιτερότητα του ΤΕΠ</p> <p>Κωδ 15: άγνοια της ιδιότητας των νοσηλευτών</p> <p>Κωδ 16: αναζήτηση υπευθύνων</p> <p>Κωδ 17: ύπαρξη ενδοσυγκρούσεων</p> <p>Κωδ 18: η ιδιαιτερότητα της νύχτας</p> <p>Κωδ 19: η σοβαρότητα του επειγόντος</p> <p>Κωδ 20: η αναμονή και τα προβλήματα του κόσμου χειροτερεύουν τα πράγματα.</p> <p>Κωδ 21: ανάγκη επιβράβευσης και αναγνώρισης</p>	<p>Λεκτική Επιθετικότητα λόγια που συνοδεύονται από πράξεις χρήση του ενικού και υποτίμηση του ρόλου αναζήτηση ευθυνών και εμπλοκές στην διαχείριση του έργου του νοσηλευτή προκλήσεις ως διαρκής πηγή διέγερσης η ευαλωτότητα του ασθενή δικαιολογεί τις συμπεριφορές βίας</p> <p>Ψυχολογική Βία αίσθημα ανασφάλειας ως υποκινητής φόβου αίσθημα αβεβαιότητας ως αποτέλεσμα της διαθεσιμότητας των επειγόντων εξαναγκασμός να διαχειρίζεσαι την άγνοια του κόσμου εξαναγκασμός να δέχεσαι την αδιαφορία του κόσμου η πολλαπλότητα των ρόλων ως απώλεια του ρόλου εξαναγκασμός να λειτουργείς ως κάτι που σε παραπέμπει σε δημόσια υπηρεσία. εξαναγκασμός να λειτουργείς ως διευθυντής</p> <p>σωματικές επιθέσεις αναφορά σε προσπάθεια επίθεσης, ανεπάρκεια συστήματος ελέγχου, και φόβος</p> <p>Ενδοσυγκρούσεις (αναφορά)</p> <p>Απώλεια ελέγχου επιβάρυνση και εξαναγκασμός σε ρόλους, ανασφάλεια και πληθώρα ανεξέλεγκτων συμπεριφορών και ερεθισμών αίσθημα ανασφάλειας και φόβος επέκτασης των απειλών η υψηλή διαθεσιμότητα του χώρου τον προαλείφει ως χώρο εκδήλωσης επιθετικών συμπεριφορών οι βίαιες και ανεξέλεγκτες συμπεριφορές γεννούν αισθήματα προσωπικής ευθύνης στον νοσηλευτή</p> <p>Εξοικείωση οικειότητα της συνήθειας που προκύπτει από τον χρόνο εξασφάλιση νηφαλιότητας ως τεχνική επιβίωσης από την εμπειρία. η αναγωγή των προβλημάτων στους άλλους ως ένδειξη εγκατάστασης των συμπεριφορών βίας. η ανάγκη διεξόδου με ομάδες ως επιλυτής των χρονίζοντων προβλημάτων η ανάγκη επιβεβαίωσης ως εξύψωση του ηθικού</p>