

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



**«Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα
ζωής των επαγγελματιών υγείας, δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων»**

ΥΠΟΨΗΦΙΟΣ ΔΙΔΑΚΤΩΡ

ΚΟΪΝΗΣ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΤΡΙΠΟΛΗ 2019



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**«Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα
ζωής των επαγγελματιών υγείας, δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων»**

ΚΟΪΝΗΣ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ

**Πτυχιούχος Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Σόφιας Βουλγαρίας
«Saint Kliment Ochridski»**

**Magistr Diploma στη Ψυχολογία με εξειδικεύσεις Κλινική & Συμβουλευτική
Ψυχολογία, Ψυχολογία Εξέλιξης, Εκπαίδευσης και Κουλτούρας.**

**MSc στην «Προαγωγή Ψυχικής Υγείας-Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών»
Τμήμα Ιατρικής Σχολής Αθηνών του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου
Αθηνών**

Copyright © ΚΟΪΝΗΣ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ, 2019

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved

Η παρούσα διδακτορική διατριβή με θέμα: «**Η επίδραση του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης στην ποιότητα ζωής των Επαγγελματιών Υγείας ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων**», εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Προγράμματος Διδακτορικών Σπουδών, που οδηγεί στην απόκτηση Διδακτορικού Διπλώματος του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (σχετικές οι διατάξεις του άρθρου 50 του Νόμου 1268/82)

Βεβαιώνω ότι η παρούσα εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου εργασίας και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της Βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Τζιαφέρη Στυλιανή, Επίκουρος Καθηγήτρια Κοινωνικής Νοσηλευτικής & Νοσηλευτικής Επαγγελματικής Υγείας, Τμήματος Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Τζιαφέρη Στυλιανή, Επίκουρος Καθηγήτρια Κοινωνικής Νοσηλευτικής & Νοσηλευτικής Επαγγελματικής Υγείας, Τμήματος Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Βελονάκης Εμμανουήλ, Καθηγητής Πρόληψης και Υγιεινής Περιβάλλοντος Σχολή Επιστημών Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Τζαβέλλα Φωτεινή, Επίκουρος Καθηγήτρια Κοινωνιολογίας Υγείας, Τμήματος Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Τζιαφέρη Στυλιανή, Επίκουρος Καθηγήτρια Κοινωνικής Νοσηλευτικής & Νοσηλευτικής Επαγγελματικής Υγείας, Τμήματος Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Βελονάκης Εμμανουήλ, Καθηγητής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Τζαβέλλα Φωτεινή, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήματος Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Ρόδη-Μπουριέλ Αγγελική, Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Λεμονίδου Χρυσούλα, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σουρτζή Παναγιώτα, Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Κολοβός Πέτρος, Επίκουρος Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Την τελευταία 18-ετία, μελετάται ερευνητικά το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης στους χώρους εργασίας των επαγγελματιών υγείας (νοσοκομεία), κυρίως προς το νοσηλευτικό, το ιατρικό, αλλά και το διοικητικό προσωπικό. Το φαινόμενο του mobbing (ηθική παρενόχληση), είναι ένα κοινωνικό πρόβλημα που πολλοί εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν στο εργασιακό τους περιβάλλον και επηρεάζει άμεσα τη ζωή τους, αφού δημιουργεί πλήθος ψυχολογικών και άλλων προβλημάτων υγείας. Το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης και οι επιπτώσεις της στην ψυχική και σωματική υγεία των επαγγελματιών υγείας, και κατ' επέκταση στην ποιότητα ζωής τους, αποτελεί σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα τόσο για την ψυχοπνευματική ισορροπία των εργαζομένων όσο και για την εύρυθμη λειτουργία των οργανισμών. Στην ελληνική βιβλιογραφία ελάχιστες έρευνες υπάρχουν σε ικανοποιητικό δείγμα που να μελετούν την σχέση μεταξύ ηθικής παρενόχλησης και επιπέδου ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της χώρας.

Σκοπός: Η καταγραφή και η μελέτη της επίδρασης του φαινομένου mobbing (ηθικής παρενόχλησης) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, που εργάζονται σε δημόσια ελληνικά νοσοκομεία, ώστε να αναδειχθεί η έκταση του φαινομένου και να αναδειχθούν, εάν υπάρχουν, σχέσεις ανάμεσα σε συγκεκριμένους παράγοντες και της παρουσίας του.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μία μικτή μελέτη. Η ποσοτική ερευνητική προσέγγιση είναι μία συγχρονική μελέτη επισκόπησης και συσχέτισης. Για τη διεξαγωγή της μελέτης εφαρμόστηκε η μέθοδος του δείγματος ευκολίας. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 1536 μέλη επαγγελματιών υγείας ένδεκα (11) δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων της 1^{ης} και 6^{ης} περιφέρειας, με μέση ηλικία τα 39,2 έτη. Από το σύνολο των 2000 διανεμηθέντων ερωτηματολογίων και στα ένδεκα (11) νοσοκομεία, επιστραφήκαν πλήρως συμπληρωμένα τα 1536 (ποσοστό ανταπόκρισης: 76,8%). Στη μελέτη συμμετείχαν επαγγελματίες υγείας όλων των ειδικοτήτων και των βαθμίδων (ιατροί ειδικευμένοι [Επιμελητές Α, Β και διευθυντές], ειδικευόμενοι, νοσηλευτές

πανεπιστημιακής εκπαίδευσης [ΠΕ], τεχνολογικής εκπαίδευσης [ΤΕ], διετούς εκπαίδευσης [ΔΕ] βοηθοί νοσηλευτών, μεταπτυχιακοί φοιτητές και διοικητικοί υπάλληλοι), οι οποίοι έρχονται καθημερινά σε επαφή με ασθενείς ή συγγενείς/ συνοδοί ασθενών. Η μελέτη διεξήχθη σε πρωινό και απογευματινό ημερήσιο ωράριο εργασίας. Συμπεριλήφθηκαν τα τμήματα όλων των τομέων (Παθολογικός, Χειρουργικός, Μονάδες και Τμήματα Διοίκησης). Εξαιρέθηκαν από τη μελέτη οι επαγγελματίες υγείας που βρίσκονταν σε αναρρωτική άδεια το χρονικό διάστημα κατά το οποίο εκπονήθηκε η μελέτη. Από όλους τους συμμετέχοντες συμπληρώθηκε έντυπο γραπτής πληροφορημένης συγκατάθεσης. Για να επιτραπεί η διεξαγωγή της μελέτης, συντάχθηκαν αιτήματα, τα οποία έλαβαν έγκριση από το κάθε Επιστημονικό Συμβούλιο των Νοσοκομείων. Χρησιμοποιήθηκαν τέσσερα (4) ερωτηματολόγια: το ερωτηματολόγιο της Ποιότητας Ζωής (WHOQOL-BREF), το ερωτηματολόγιο που μετράει τη βίαιη ψυχολογική συμπεριφορά (Workplace Psychologically Violent Behaviours), που τυχόν ασκείται, το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire-GHQ-28) και η πολυδιάστατη κλίμακα αντίληψης κοινωνικής υποστήριξης (MSPSS). Τα δεδομένα συλλέχθηκαν το χρονικό διάστημα από τον Μάιο του 2015 έως και τον Δεκέμβριο του 2017. Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Χρησιμοποιήθηκε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση με διαδικασία μέγιστης πιθανοφάνειας για την τον έλεγχο της εγκυρότητας δομής και την επιβεβαίωση των παραγόντων του ερωτηματολογίου WPVB. Προσδιορίστηκε η ανεξαρτησία των όρων σφάλματος (error terms) για όλα τα μοντέλα και επιτράπηκε η συσχέτιση των παραγόντων. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκαν το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA) ή το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ή του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής

συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες εργασιακού εκφοβισμού, κατάστασης της υγείας και ποιότητας ζωής από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα εργασιακού εκφοβισμού έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών. Η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με την χρήση του συντελεστή Cronbach's- α . Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0. Επίσης πραγματοποιήθηκε και ποιοτική έρευνα μέσω ημι-δομημένης συνέντευξης, με σκοπό να διερευνηθούν οι απόψεις των Ε.Υ. ενός δημόσιου Νοσοκομείου (από τα 11) σχετικά με το φαινόμενο του mobbing (ηθική παρενόχληση). Συγκεκριμένα: (α) η κατανόηση του ορισμού, (β) η επαρκής ενημέρωση, (γ) η ευαισθητοποίηση των Ε.Υ. Το δείγμα αποτελείται από δώδεκα (12) Ε.Υ. τέσσερις (4) ιατροί, 4 Νοσηλεύτριες/τριες, 4 Διοικητικοί Υπάλληλοι) και η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν 12 ημι-δομημένες συνεντεύξεις, με 3 βασικούς άξονες με 9 ερωτήσεις.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας έδειξαν ότι οι συχνότερες βίαιες συμπεριφορές (έστω 1 φορά): «να μιλήσει για εκείνους ενώπιον άλλων με απαξιωτικό τρόπο» εμφανίζονται στο 62,8%, του δείγματος, «κατηγορία για καταστάσεις γεγονότα που δεν είναι υπεύθυνοι» στο 54,1%, και «αναληθή πράγματα» στο 50,9% του δείγματος. Όσον αφορά την άσκηση ηθικής παρενόχλησης από προϊστάμενους: «να μιλήσει για εκείνους ενώπιον άλλων με απαξιωτικό τρόπο» παρουσιάζεται στο 36,2% του δείγματος και «αίσθημα ελέγχου του έργου τους» στο 33,5%. Ενώ η άσκηση ηθικής παρενόχλησης από συναδέλφους: «φήμες για ιδιωτική ζωή» στο 39,6% και «αναληθή πράγματα» στο 38,9%. Τέλος, η άσκηση mobbing από υφισταμένους: «φήμες για ιδιωτική ζωή» στο 19,4% του δείγματος. Επίσης, στην ανάλυση συσχέτισης της κλίμακας της ηθικής παρενόχλησης με τα δημογραφικά στοιχεία, φανερώνεται σχετικά με το φύλο ότι οι γυναίκες έχουν υποστεί ηθική παρενόχληση σε μικρότερο βαθμό από ότι οι άνδρες και στις δυο διαστάσεις της Ηθικής παρενόχλησης Attack on professional status, Direct attack ($p=0,041$,

$p=0,002$). Επίσης σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, καλή υγεία σηματοδοτεί λιγότερη ηθική παρενόχληση στη διάσταση «Direct attack» ($p<0,001$). Ενώ αναφορικά με την κοινωνική υποστήριξη, όσο περισσότερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο λιγότερη ηθική παρενόχληση (mobbing) δέχονταν και στις 5 διαστάσεις της ηθικής παρενόχλησης ($p<0,001$). Επίσης, η συσχέτιση της κλίμακας της Ποιότητας Ζωής με τα δημογραφικά στοιχεία, έδειξε αναφορικά με το φύλο και την ηλικία ότι οι γυναίκες είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα ψυχικής υγείας ($p=0,003$) και στο επίπεδο ανεξαρτησίας της ΠΖ ($p=0,001$) σε σχέση με τους άνδρες, καθώς και χειρότερη ΠΖ και όσο μικρότεροι οι Ε.Υ. τόσο καλύτερη ΠΖ είχαν και στους 4 παράγοντες ($p<0,001$). Από την ανάλυση των συσχετίσεων που διενεργήθηκε για την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ΠΖ του μελετώμενου πληθυσμού και των κλιμάκων ηθικής παρενόχλησης και κοινωνικής υποστήριξης, έδειξε ότι όσο περισσότερη ηθική παρενόχληση και βίαιες ψυχολογικές συμπεριφορές βίωναν-δέχονταν οι Ε.Υ. τόσο χειρότερη ήταν η ΠΖ ($p=0,011$) συνολικά και τόσο χειρότερη ήταν η «Σωματική υγεία» ($p<0,001$), «Ψυχική υγεία» ($p<0,001$), «Κοινωνικές σχέσεις» ($p<0,001$), «Περιβάλλον» ($p<0,001$), καθώς και όσο περισσότερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που είχαν οι Ε.Υ. τόσο καλύτερη ΠΖ είχαν, τόσο καλύτερη «Σωματική υγεία» ($p<0,001$), «Ψυχική υγεία» ($p<0,001$), «Κοινωνικές σχέσεις» ($p<0,001$), «Περιβάλλον» ($p<0,001$). Από την ανάλυση των συσχετίσεων που διενεργήθηκε για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του μελετώμενου πληθυσμού και της κλίμακας Γενικής Υγείας, έδειξε αναφορικά με το φύλο και την ηλικία ότι οι γυναίκες συγκριτικά με άνδρες, εμφανίζουν περισσότερα «Σωματικά συμπτώματα» ($p=0,001$) & χειρότερη Γενική υγεία ($p=0,015$) καθώς και ηλικιακά όσο μεγαλύτεροι οι Ε.Υ και όσο χειρότερη ήταν η κατάσταση της υγείας τους τόσο περισσότερα τα «Σωματικά συμπτώματα», «Άγχος/Αϋπνία», «Κοινωνική δυσλειτουργία», «Μείζων κατάθλιψη» ($p<0,001$). Όσον αφορά την Επαγγελματική ιδιότητα, οι διοικητικοί/τεχνικοί και άλλοι επαγγελματίες είχαν σημαντικά περισσότερα «Σωματικά συμπτώματα» και μεγαλύτερη «Κοινωνική δυσλειτουργία» και περισσότερα «Συμπτώματα κατάθλιψης» σε σύγκριση με τους ιατρούς ($p<0,001$, $p=0,004$, $p<0,001$) και τους νοσηλευτές αντίστοιχα ($p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). Καθώς και χειρότερη Γενική Υγεία σε σύγκριση με ιατρούς ($p<0,001$) και νοσηλευτές ($p<0,001$). Τέλος, από την ανάλυση συσχετίσεων που διενεργήθηκε για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της κλίμακας Γενικής Υγείας και των κλιμάκων Κοινωνικής Υποστήριξης και Ηθικής

παρενόχλησης, έδειξε αναφορικά με την κοινωνική υποστήριξη ότι όσο περισσότερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που είχαν οι Ε.Υ. τόσο καλύτερη Γ.Υ. ($p<0,001$) είχαν, λιγότερα «Σωματικά συμπτώματα» ($p<0,001$), λιγότερα συμπτώματα «Άγχους/Αϋπνίας» ($p<0,001$), λιγότερη «Κοινωνική δυσλειτουργία» ($p<0,001$), λιγότερα «συμπτώματα κατάθλιψης» ($p<0,001$), αντίστοιχα όσο περισσότερη ηθική παρενόχληση και βίαιες ψυχολογικές συμπεριφορές βίωναν-δέχονταν οι Ε.Υ. τόσο χειρότερη ήταν η Γ.Υ. ($p=0,001$) συνολικά και τόσο περισσότερα «Σωματικά συμπτώματα» ($p<0,001$), συμπτώματα «Άγχους/Αϋπνίας» ($p<0,001$), περισσότερη «Κοινωνική δυσλειτουργία» ($p<0,001$) & περισσότερα «συμπτώματα κατάθλιψης» ($p<0,001$) βίωναν.

Τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας σύμφωνα με τις απαντήσεις των Ε.Υ., έδειξαν ότι η ηθική παρενόχληση στο χώρο της εργασίας είναι ένα υπαρκτό και σημαντικό πρόβλημα στην Ελλάδα, ιδιαίτερα στους εργαζομένους σε δημόσια νοσοκομεία. Τρεις στους τέσσερις Ε.Υ. αναφέρουν ότι είχαν προσωπικές εμπειρίες από περιστατικά ηθικής παρενόχλησης στον εργασιακό τους χώρο. Ένας γιατρός ανέφερε ότι αναγκάστηκε να παραιτηθεί εξαιτίας της ηθικής παρενόχλησης που βίωνε από συναδέλφους, αλλά και από συνοδούς των ασθενών. Ένας άλλος έφτασε σε σημείο να ζητήσει αλλαγή τμήματος. Εκτός από τις αρνητικές επιπτώσεις που έχει στην εργασιακή αποδοτικότητα του ατόμου που την υφίσταται, τονίζεται ότι έχει αρνητικό αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Όλοι ανέφεραν ότι έχουν υπάρξει μάρτυρες ηθικής παρενόχλησης άλλου εργαζομένου και τέλος ο τρόπος αντιμετώπισης των περιστατικών ηθικής παρενόχλησης που είχαν υποπέσει στην αντίληψή τους διέφερε κατά πολύ μεταξύ των ατόμων.

Συμπεράσματα: Τεκμηριώνεται τόσο βιβλιογραφικά όσο και ερευνητικά ότι η ηθική παρενόχληση τραυματίζει τις εργασιακές σχέσεις και πλήττει την αξιοπρέπεια του ατόμου μέσα στον εργασιακό του χώρο απειλώντας την ασφάλεια της επαγγελματικής του ζωής και μερικές φορές την ασφάλεια της ψυχικής και σωματικής του ακεραιότητας. Για να αποφευχθούν τέτοια περιστατικά στον χώρο υγείας, θα πρέπει οι Διοικήσεις των Νοσοκομείων, να έχουν ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα, να διατίθεται Συμβουλευτική Υπηρεσία εντός του νοσοκομειακού χώρου, αρμόδιας για περιπτώσεις εργασιακής παρενόχλησης και εργασιακών σχέσεων. Οι προϊστάμενοι των τμημάτων από την μεριά τους, είναι σημαντικό να εκπαιδεύονται

και να ευαισθητοποιούνται έτσι, ώστε να γνωρίζουν πώς να αντιμετωπίσουν τυχόν προβλήματα εργασιακής παρενόχλησης, καθώς επίσης και να διοργανώνουν σεμινάρια ευαισθητοποίησης και πληροφόρησης για τους εργαζόμενους και ομάδες αυτοβοήθειας, μέσα από ειδικά κατάλληλα προγράμματα υποστήριξης, αποκατάστασης και επανένταξης για άτομα που έχουν υποστεί ηθική παρενόχληση. Επίσης ευαισθητοποίηση μέσω ενημερωτικών εκδηλώσεων και έντυπου ή ηλεκτρονικού ενημερωτικού υλικού θα συνεισφέρει στην αποφυγή των συμπεριφορών ηθικής παρενόχλησης και στην ενίσχυση της ομαλής συνύπαρξης και συνεργασίας τους στο εργασιακό τους περιβάλλον. Τέλος, σε επίπεδο κρατικό και εθνικό θα πρέπει να ασκούνται πολιτικές αντιμετώπισης του φαινομένου, μέσω νομοθετικών παρεμβάσεων ακολουθώντας παραδείγματα χωρών όπως της Σουηδίας και της Νορβηγίας, οι οποίες έχουν συμπεριλάβει στο νομικό τους πλαίσιο ειδικά άρθρα για την αντιμετώπιση του φαινομένου.

Λέξεις-Κλειδιά: Mobbing, Ηθική παρενόχληση, επαγγελματίες υγείας, περιβάλλον υγείας, πρόληψη και αντιμετώπιση ηθικής παρενόχλησης, ποιότητα ζωής, γενική υγεία, νοσοκομεία

ABSTRACT

Introduction: In the last 18 years, the phenomenon of mobbing has been studied in occupational health professionals mainly in nursing, medical, and administrative staff. The phenomenon of mobbing is a social problem that many workers have faced at one time in their working environment and directly affects their life consequences as they create a host of psychological and other health problems. The phenomenon of mobbing and its effects on mental, physical health in health professionals, and consequently on the quality of life, in a workplace is a significant limitation in the psycho-spiritual balance of employees as well as for the proper functioning of the organization. In the Greek literature, there is scant research to study the relationship between mobbing and the quality of life of health professionals working in public hospitals in the country.

Aim: The record and the study of the effect of mobbing on the quality of life of health professionals working in public Greek hospitals in order to highlight the extent of the

phenomenon and to establish relationships between specific factors and the presence of the phenomenon of mobbing.

Methodology: This is a mixed study. The quantitative research approach is a cross-sectional overview and correlation study. The sample of the study consisted of 1536 health professionals from 11 public Greek hospitals in the 1st and 6th district, with an average age of 39.2 years. From the set of 2000 questionnaires distributed in 11 hospitals, 1536 returned fully completed (response rate: 76.8%). The study included health professionals of all specialties and levels [university educated nurses, Technological Educated [TE], two-year educated nursing assistants, (specialized doctors, A, B registrars and directors) interns, postgraduate students and administrators)] who are in daily contact with patients or relatives of patients /attendants. The study was conducted during the morning and afternoon daily working hours. The units of all domains (Pathology, Surgery, Units and Departments of Administration) were included. The health professionals who were on sick leave were excluded from the study during its conduction. A written informative consent form was completed by all the participants. In order the study to be conducted, requests drafted, which were approved by each Scientific Council of the Hospitals. 4 questionnaires were used: the Quality of Life Questionnaire (WHOQOOL-BREF), the Workplace Psychologically Violent Behaviors Questionnaire, if applicable, the General Health Questionnaire-28 and the General Health Questionnaire-G Social Support Perception Scale (MSPSS). The data were collected between May 2015 and December 2017. Mean, standard deviation (SD) and median, and interquartile ranges were used to describe the quantitative variables. Absolute (N) and relative (%) frequencies were used to describe the qualitative variables. Confirmatory factor analysis with maximum likelihood procedure was used to check the validity of the structure and to confirm the factors of the WPVB questionnaire. The independence of the error terms for all models was determined and the factors were allowed to correlate. Student's t-test or Mann-Whitney non-parametric criterion was used to compare quantitative variables between the two groups. For comparison of quantitative variables between more than two groups, parametric analysis of variance (ANOVA) or non-parametric Kruskal-Wallis criterion was used. For the control of type I error, Bonferroni correction was used for multiple comparisons according to which the significance level is $0.05 / k$ (k = number of comparisons). Pearson or

Spearman's correlation coefficient (r) was used to test the relationship of two quantitative variables. The correlation is considered low when the correlation coefficient (r) ranges from 0.1 to 0.3, moderate when the correlation coefficient is from 0.31 to 0.5 and high when the coefficient is greater than 0.5. Linear regression analysis was used to find independent factors related to the scales of occupational bullying, health status and quality of life resulting from dependence factors (b) and their standard errors (standard errors = SE). Linear regression analysis for the scale of workplace bullying was performed using logarithmic transforms. The internal reliability of the questionnaire was checked using the Cronbach's coefficient. Significance levels were two-sided and statistical significance was set at 0.05. SPSS 22.0 was used for statistical analysis. Qualitative research was also conducted through a semi-structured interview, in order to investigate the views of HPs., a public hospital (out of 11) about the phenomenon of mobbing. Specifically: (a) understanding of the definition, (b) adequate information, (c) raising awareness of HPs. The sample consisted of twelve (12) HPs. four (4) physicians, four (4) Nurses, four (Administrators) and the method that used was 12 semi-structured interviews, with 3 axes with 9 questions.

Results: The results of the study showed that the most frequent violent behaviors (at least once): "talking to those in front of others in a derogatory way" appear in 62.8% of the sample, "blame for things that are not responsible" at 54.1 %, and 'untrue things' in 50.9% of the sample. Regarding mobbing of bosses: 'talking to those in front of others in a derogatory way' is present in 36.2% of the sample and 'feeling in control of their work' in 33.5%. Whereas colleagues harassed: "rumors of privacy" at 39.6% and "untrue things" at 38.9%. Finally, the exercise of mobbing by subordinates: 'rumors of privacy' in 19.4% of the sample. Also, in analyzing the correlation of the scale of mobbing with demographics, it is revealed about gender that women have been subjected to lower levels of mobbing than men in both dimensions of Attack on professional status, Direct Attack. $p = 0.041$, $p = 0.002$). Also regarding their health status, good health indicates less mobbing in the 'Direct attack' dimension ($p < 0.001$). While regarding social support, the greater the social support the participants received, the less mobbing they received in all 5 dimensions of mobbing ($p < 0.001$). Also, the correlation of the Quality of Life Scale with the demographics, with regard to gender and age, showed that women were lower on the

mental health scale ($p = 0.003$) and on the level of quality of life independence ($p = 0.001$). with men as well as worse Quality of life. and the smaller the HPs. All four factors had the best Quality of Life ($p < 0.001$). An analysis of the correlations conducted to investigate the relationship between the study population's cohort and the scales of mobbing and social support showed that mobbing and violent psychological behaviors were experienced by HP. the worse the QOL. was ($p = 0.011$) overall and the worse were "Physical health" ($p < 0.001$), "Mental health" ($p < 0.001$), "Social relationships" ($p < 0.001$), "Environment" ($p < 0.001$), as well as the greater social support that HPs had. the better they had, the better "Physical health" ($p < 0.001$), "Mental health" ($p < 0.001$), "Social relationships" ($p < 0.001$), "Environment" ($p < 0.001$). An analysis of the correlations performed to investigate the relationship between demographic characteristics of the population under study and the General Health Scale showed that women had more "physical symptoms" ($p = 0.001$) than men and women ($p = 0.001$).) & worse General health ($p = 0.015$) as well as the older the HPs and the worse their health was the more the "Physical symptoms", "Anxiety / Insomnia", "Social dysfunction", "Major depression" »($P < 0.001$). In terms of occupational status, administrators / technicians and other professionals had significantly more "Physical symptoms" and greater "Social dysfunction" and more "Depression symptoms" than physicians ($p < 0.001$, $p = 0.004$, $p < 0.001$) and nurses respectively ($p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$). As well as worse General Health compared to doctors ($p < 0.001$) and nurses ($p < 0.001$). Finally, the analysis of correlations conducted to investigate the relationship between the General Health Scale and the Scales of Social Support and Mobbing showed, with regard to social support, that the greater the social support the HPs had. the better General Health. ($p < 0.001$) had less 'physical symptoms' ($p < 0.001$), fewer 'anxiety / insomnia' symptoms ($p < 0.001$), less 'social dysfunction' ($p < 0.001$), fewer 'depression symptoms' ($p < 0.001$). 0.001), respectively, the more the mobbing and violent psychological behaviors were experienced - the HPs accepted, so much worse was General Health. ($p = 0.001$) overall and more "Physical symptoms" ($p < 0.001$), "Anxiety / Insomnia" symptoms ($p < 0.001$), more "Social dysfunction" ($p < 0.001$) & more "depression symptoms" ($p < 0.001$) 0.001) experienced.

The results of the qualitative research, according to the HPs' responses, showed that workplace harassment is a real and significant problem in Greece, especially in public

hospital workers. Three out of four HPs report that they had personal experiences of incidents of moral harassment in their workplace. One doctor said he had to resign because of the ethical harassment he was experiencing from colleagues but also from patient companions. Another arrived to request a change of section. In addition to its negative effects on the job performance of the person who suffers, it is also noted that it has a negative impact on all areas of their lives. They all reported that there had been witnesses of another employee's ethical harassment, and finally how they perceived the incidents of ethical harassment that they perceived differed widely among individuals.

Conclusions: It has been documented both in literature and research that mobbing hurts working relationships and damages one's dignity within the workplace by threatening the safety of one's professional life and sometimes the security of one's mental and physical integrity. In order to avoid such incidents in the health sector, Hospital Administrations should be human-centered, with an Advisory Service available within the hospital, responsible for cases of labor harassment and labor relations. Heads of departments, on their part, are important to be trained and sensitized so that they know how to deal with workplace harassment problems, as well as to organize awareness and information seminars for employees and self-help groups, through self-help groups. support, rehabilitation and reintegration for people who have been harassed. Awareness-raising through information events and printed or electronic information will also help to avoid ethical harassment behaviors and enhance their co-existence and co-operation in their work environment. Finally, state and national policies should address the phenomenon through legislative interventions following examples from countries such as Sweden and Norway, which have included specific articles on the phenomenon in their legal framework.

Key-words: Mobbing, health professionals, health environment, prevention and treatment of mobbing, quality of life, general health, hospital.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

«Σαν βγεις στον πηγαιμό για την Ιθάκη, να εύχεται να είναι μακρύς ο δρόμος...»

Κ. Καβάφης

Όταν ο Κ. Καβάφης έγραφε αυτούς τους στίχους, ίσως να μην είχε φανταστεί την απήχηση και τη διαχρονικότητά τους, πόσο μάλλον ότι θα βρίσκονται στις ευχαριστίες μιας διδακτορικής διατριβής. Η προσπάθεια κάθε ανθρώπου για οτιδήποτε θέλει να επιτύχει, είναι ένα μεγάλο ταξίδι γεμάτο προκλήσεις και δυσκολίες. Η χαρά όμως της γνώσης, η δημιουργικότητα, η συνεργασία στις στιγμές που ο ορίζοντας χάνεται, είναι το μεγάλο στοίχημα.

Έτσι και για μένα, το ταξίδι αυτής της διδακτορικής διατριβής υπήρξε μακρύ και δύσκολο, ξεκίνησε όμως με τη συμμετοχή της επιβλέπουσας καθηγήτριας κυρίας Τζιαφέρη Στυλιανής. Την ευχαριστώ για την αμέριστη συμπαράσταση, βοήθεια και κατανόησή της. Η καθοδήγησή της υπήρξε πολύτιμη, αλλά και ουσιαστική σε όλες τις φάσεις εκπόνησης της εν λόγω διδακτορικής διατριβής.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον κ. Βελονάκη Εμμανουήλ, Καθηγητή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, καθώς και την κ. Τζαβέλλα Φωτεινή, Επίκουρο καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, για την άριστη συνεργασία και για τη διάθεσή τους, να προσφέρουν την βοήθειά τους. Πολύτιμη βοήθεια επίσης προσέφερε η κα. Τζαβάρα Χαρά, Βίο-στατιστικός. Ανταποκρίθηκε με προθυμία στο αίτημά μου όσον αφορά στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς όλες τις/τους Επαγγελματίες Υγείας των τμημάτων των Γενικών Δημόσιων Νοσοκομείων για την συμμετοχή και την ανταπόκρισή τους στην έρευνα μου. Ένα μεγάλο ευχαριστώ, στους φίλους, συνεργάτες που με στήριξαν με αγάπη και υπομονή και κυρίως στην οικογένειά μου γιατί βρέθηκε κοντά μου, όχι μόνο στην έναρξη αλλά και κατά την διάρκεια αυτού του ταξιδιού, μέχρι την ολοκλήρωσή του...

Στον πατέρα μου... στη Ζωή & την Ανδριάνα...

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	25
ΜΕΡΟΣ Α'	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο	28
Ηθική Παρενόχληση – Ορισμοί	28
1.1. Εννοιολογική προσέγγιση του Φαινομένου «Mobbing»	28
1.2. Ορισμοί του Φαινομένου «Mobbing» σε Ευρωπαϊκό επίπεδο.....	31
1.3. Αίτια του Φαινομένου «Mobbing».....	34
1.3.1. Ατομική προσέγγιση-Χαρακτηριστικά προσωπικότητας.....	36
1.3.2. Κοινωνιολογική προσέγγιση-Η δυναμική της ομάδας.....	36
1.3.3. Εργονομική προσέγγιση-Οργάνωση της εργασίας	37
1.3.4.Προδιαθεσικοί παράγοντες που δεν αποτελούν ηθική παρενόχληση	38
1.4. Κατηγορίες Εργασιακής Ηθικής Παρενόχλησης	40
1.4.1. Κάθετη παρενόχληση (κατιούσα).....	41
1.4.2. Οριζόντια παρενόχληση	41
1.4.3. Παρενόχληση προς τους προϊστάμενους (ανιούσα)	42
1.5. Στάδια Ηθικής Παρενόχλησης	42
1.5.1. Μοντέλο του Ege	42
1.5.2. Μοντέλο του Leymann	43
1.5.3. Μοντέλο του Einarssen	44
1.6. Επιπτώσεις της Ηθικής Παρενόχλησης	45
1.6.1. Επιπτώσεις στην υγεία του θύματος	45
1.6.2. Επιπτώσεις στο εργασιακό περιβάλλον του δημόσιου τομέα	48
1.6.3. Επιπτώσεις στους «μάρτυρες» (side-mobbers).....	50
1.7. Χαρακτηριστικά Γνωρίσματα του Θύματος/Θύτη	50

1.7.1. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα του Θύματος	50
1.7.2. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα του Θύτη.....	53
1.8. Δημόσιος- Ιδιωτικός Τομέας και Ηθική Παρενόχληση	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο	56
Διεθνής και Ευρωπαϊκή Νομοθεσία	56
2.1. Νομοθετική Παρέμβαση σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο	56
2.2. Νομοθετική Παρέμβαση σε Εθνικό Επίπεδο	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο.....	62
Ηθική Παρενόχληση στο Εργασιακό Περιβάλλον του Υγειονομικού & Νοσοκομειακού Τομέα.....	62
3.1. Επαγγελματίες Υγείας και Περιβάλλον Εργασίας	62
3.2. Ηθική Παρενόχληση στα Δημόσια Νοσοκομεία.....	69
3.3. Ηθική Παρενόχληση στο Νοσηλευτικό Προσωπικό	81
3.4. Ηθική Παρενόχληση στο Ιατρικό Προσωπικό Δημόσιων Νοσοκομείων	94
3.5. Ποιοτική Έρευνα Ηθικής Παρενόχλησης στους Επαγγελματίες Υγείας.....	103
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο	112
Σχέση Οικογενειακού και Εργασιακού Περιβάλλοντος στην Ποιότητα Ζωής.....	112
4.1. Γενική Θεώρηση της Ποιότητας Ζωής	112
4.2. Ορισμός της Ποιότητας Ζωής	113
4.3. Αλληλεπίδραση Υγείας και Ποιότητας Ζωής	116
4.4. Σημασία της Υποκειμενικής Αξιολόγησης της Υγείας.....	118
4.5. Σχέση της Ποιότητας Ζωής με την Προσωπικότητα	119
4.6. Σχέση Οικογενειακής και Εργασιακής Ζωής.....	122
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο	128
Πρόληψη και Αντιμετώπιση της Ηθικής Παρενόχλησης	128
των Επαγγελματιών Υγείας στο Χώρο Εργασίας.....	128
5.1. Εισαγωγή	128
5.2. Τεχνικές και Εργαλεία Αξιολόγησης του Φαινομένου «Mobbing»	128

5.2. Πρόληψη της Εμφάνισης Ηθικής Παρενόχλησης στο Χώρο Εργασίας	133
5.3. Παρεμβάσεις Αντιμετώπισης Ηθικής Παρενόχλησης στην Εργασία.....	135
5.4. Θεραπευτική Αντιμετώπιση της Ηθικής Παρενόχλησης.....	137
5.4.1. Κοινωνική Θεραπεία.....	137
5.4.2. Θεραπεία μέσω Τέχνης	137
5.4.3. Ομαδική Θεραπεία.....	138
5.4.4. Εργασιακή Θεραπεία	138
5.4.5. Ατομική Ψυχολογική Υποστήριξη/Ψυχοθεραπεία	138
5.4.6. Παροχή Συμβουλευτικής.....	140
5.5. Θεσμική Αντιμετώπιση της Ηθικής Παρενόχλησης - Διαμεσολαβητές	141
5.5.1. Επιτροπές Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (Ε.Υ.Α.Ε.)	141
5.5.2. Διευθυντές Ανθρώπινου Δυναμικού	142
5.5.3. Νοσηλευτές/τριες Επαγγελματικής Υγείας	142
5.5.4. Ιατροί Εργασίας	143
5.5.4. Ψυχολόγοι Εργασίας	145
5.5.5. Συνδικάτα	145
5.5.6. Διεπαγγελματική προσέγγιση	145
ΜΕΡΟΣ Β'	147
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο	147
Ανάλυση Ερευνητικού Έργου.....	147
6.1. Σκοπός και επιμέρους στόχοι της μικτής έρευνας.....	147
6.1.1. Μικτή έρευνα (τριγωνοποίηση).....	147
6.1.2. Σκοπός και επιμέρους στόχοι της ποσοτικής	149
6.1.3. Σκοπός και επιμέρους στόχοι της ποιοτικής	150
6.2. Ερευνητικά ερωτήματα.....	151
6.3. Οριοθετήσεις της έρευνας.....	151
6.4. Περιορισμοί της έρευνας	151
6.5. Δεοντολογία της έρευνας.....	153

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο	155
Μεθοδολογία της μικτής παρούσας έρευνας	155
7.1. Ποσοτική Έρευνα- Σχεδιασμός της Έρευνας.....	155
7.1.1. Πληθυσμός της έρευνας – Δείγμα	155
7.1.2. Ερευνητικό πλαίσιο και διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	156
7.1.3. Χρονοδιάγραμμα της μικτής έρευνας	157
7.1.4. Ερευνητικά εργαλεία	158
7.1.5. Διαδικασία μετάφρασης του εργαλείου WPVB	161
7.1.6. Πιλοτική μελέτη	161
7.1.7. Στατιστική ανάλυση.....	162
7.2. Ποιοτική Έρευνα	163
7.2.1. Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της έρευνας	163
7.2.2. Πληθυσμός της έρευνας – Δείγμα	164
7.2.3. Άξονες της συνέντευξης.....	165
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο	167
Αποτελέσματα	167
8.1. Αποτελέσματα Ποσοτικής Έρευνας	167
8.1.1. Περιγραφικά στοιχεία	167
8.1.2. Κλίμακες της μελέτης	172
8.2. Αποτελέσματα Ποιοτικής Έρευνας	246
8.2.1. Κτίσιμο της έννοιας - Ανάλυση του όρου	246
8.2.2. Ενημέρωση για το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης	255
8.2.3. Ευαισθητοποίηση στο θέμα στα Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία.....	262
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο	282
Συζήτηση – Ερμηνεία των Ευρημάτων της Έρευνας	282
Προτάσεις	304
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	307
Ελληνόγλωσση.....	307

Ξενόγλωσση.....	311
ΜΕΡΟΣ Γ'.....	343
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	343
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I: Ερωτηματολόγια και Έντυπα Συγκατάθεσης	344
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II: Τροποποίηση Τίτλου Εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής	366
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III: Άδειες Χρήσης Ερωτηματολογίων για Εκπόνηση Διδακτορικής Διατριβής	367
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV: Άδειες Εκπόνησης της Έρευνας από Νοσοκομεία της 1 ^{ης} ΔΥΠΕ και της 6 ^{ης} ΥΠΕ.....	377
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V: Δημοσιεύσεις Επιστημονικών Άρθρων σε Διεθνή και Ελληνικά Επιστημονικά Περιοδικά στο Πλαίσιο Εκπόνησης της Διδακτορικής Διατριβής (Παράθεση 1 ^{ης} & 2 ^{ης} σελίδας των δημοσιευμένων άρθρων).....	391
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI: Συμμετοχές-Εισηγήσεις σε Διεθνή και Ελληνικά Επιστημονικά Συνέδρια στο Πλαίσιο Εκπόνησης της Διδακτορικής Διατριβής.....	396

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1- Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.....	167
Πίνακας 2- Εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων-	168
Πίνακας 3- Στοιχεία που αφορούν στην υγεία των συμμετεχόντων.....	169
Πίνακας 4- Στοιχεία που αφορούν τα προβλήματα υγείας που είχαν τις περισσότερες επιπτώσεις στη ζωή των συμμετεχόντων	171
Πίνακας 5- Βαθμολογία στις διαστάσεις της Κλίμακας Κοινωνικής Υποστήριξης	173
Πίνακας 6- Απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing).....	173
Πίνακας 7- Βαθμολογία στις διαστάσεις της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing).....	176
Πίνακας 8- Αποτελέσματα της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης για τις διαστάσεις της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing).....	177
Πίνακας 9- Συντελεστές συσχέτισης του Spearman της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing) με την Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης.....	178
Πίνακας 10- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Attack on personality»	180
Πίνακας 11- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Attack on professional status».....	181
Πίνακας 12- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Individual's isolation from work»	185
Πίνακας 13- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Direct attack».....	188
Πίνακας 14- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing)	191
Πίνακας 15- Βαθμολογία στις διαστάσεις του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας	194
Πίνακας 16- Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας και της Κλίμακας Κοινωνικής Υποστήριξης	195
Πίνακας 17- Συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας και της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing)	197
Πίνακας 18- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Σωματικά συμπτώματα» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.....	199
Πίνακας 19- Συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας στη διάσταση «Σωματικά συμπτώματα» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων.....	200
Πίνακας 20- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Σωματικά συμπτώματα» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας	200
Πίνακας 21- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Άγχος/ Αϋπνία» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.....	202
Πίνακας 22- Συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας στη διάσταση «Άγχος/ Αϋπνία» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων.....	203
Πίνακας 23- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Άγχος/ Αϋπνία»του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας	204
Πίνακας 24- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.....	206
Πίνακας 25- Συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας στη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων.....	208

Πίνακας 26- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας.....	209
Πίνακας 27- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας ανάλογα με τα δημογραφικά και τα εργασιακά τους στοιχεία.....	210
Πίνακας 28- Συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων.....	212
Πίνακας 29- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας ..	213
Πίνακας 30- Συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων στο Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.....	215
Πίνακας 31- Συντελεστές συσχέτισης της συνολικής βαθμολογίας στο Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων.....	216
Πίνακας 32- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας.....	217
Πίνακας 33- Βαθμολογία στις διαστάσεις της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής.....	218
Πίνακας 34- Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής με την Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης.....	219
Πίνακας 35- Συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής και της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing).....	221
Πίνακας 36- Συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων στην Κλίμακα Ποιότητας Ζωής ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.....	223
Πίνακας 37- Συντελεστές συσχέτισης της συνολικής βαθμολογίας στην Κλίμακα Ποιότητας Ζωής με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων.....	224
Πίνακας 38- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην Κλίμακα Ποιότητας Ζωής	225
Πίνακας 39- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Σωματική υγεία» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.....	227
Πίνακας 40- Συντελεστές συσχέτισης της διάστασης «Σωματική υγεία» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων.....	229
Πίνακας 41- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική υγεία» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής	230
Πίνακας 42- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.....	232
Πίνακας 43- Συντελεστές συσχέτισης της διάστασης «Ψυχολογική υγεία» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων.....	234
Πίνακας 44- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής	235
Πίνακας 45- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.....	237
Πίνακας 46- Συντελεστές συσχέτισης της διάστασης «Κοινωνικές σχέσεις» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων	239
Πίνακας 47- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής.....	240
Πίνακας 48- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Περιβάλλον» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.....	242
Πίνακας 49- Συντελεστές συσχέτισης της διάστασης «Περιβάλλον» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων.....	244
Πίνακας 50- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Περιβάλλον» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής.....	245

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

<i>Εικόνα 1- Αξιολόγηση της κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων</i>	<i>171</i>
<i>Εικόνα 2- Συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών βίαιης ψυχολογικής συμπεριφοράς (mobbing) και κοινωνικής υποστήριξης.....</i>	<i>179</i>
<i>Εικόνα 3- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Attack on personality» ανάλογα με τις συνθήκες διαμονή τους.....</i>	<i>181</i>
<i>Εικόνα 4- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Attack on professional status» ανάλογα με το φύλο τους.....</i>	<i>183</i>
<i>Εικόνα 5- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Attack on professional status» ανάλογα με το επάγγελμά τους.....</i>	<i>184</i>
<i>Εικόνα 6- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Individual's isolation from work» ανάλογα με το αν είχαν παιδιά ή όχι.....</i>	<i>186</i>
<i>Εικόνα 7- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Individual's isolation from work» ανάλογα με το επάγγελμά τους.....</i>	<i>187</i>
<i>Εικόνα 8- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Direct attack» ανάλογα με το φύλο τους... </i>	<i>189</i>
<i>Εικόνα 9- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Direct attack» ανάλογα με τις συνθήκες διαμονής τους</i>	<i>190</i>
<i>Εικόνα 10- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην Κλίμακα Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing) ανάλογα με το αν είχαν παιδιά ή όχι.....</i>	<i>192</i>
<i>Εικόνα 11- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην Κλίμακα Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing) ανάλογα με το το επάγγελμά τους.....</i>	<i>193</i>
<i>Εικόνα 12- Συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών γενικής υγείας και κοινωνικής υποστήριξης</i>	<i>196</i>
<i>Εικόνα 13- Συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών γενικής υγείας και ηθικής παρενόχλησης (mobbing).....</i>	<i>198</i>
<i>Εικόνα 14- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία» ανάλογα με το επάγγελμά τους.....</i>	<i>207</i>
<i>Εικόνα 15- Συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών γενικής υγείας και κοινωνικής υποστήριξης</i>	<i>220</i>
<i>Εικόνα 16- Συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών κατάστασης της υγείας και ηθικής παρενόχλησης (mobbing)</i>	<i>222</i>
<i>Εικόνα 17- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Σωματική υγεία» ανάλογα με το αν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό ή όχι.....</i>	<i>228</i>
<i>Εικόνα 18- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» ανάλογα με το ανάλογα με το επάγγελμά τους.....</i>	<i>233</i>
<i>Εικόνα 19- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις» ανάλογα με το ανάλογα με το επάγγελμά τους.....</i>	<i>238</i>
<i>Εικόνα 20- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση ««Περιβάλλον» ανάλογα με το αν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό ή όχι.....</i>	<i>243</i>

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης στους χώρους εργασίας είναι ένα θέμα που έχει μελετηθεί από την επιστημονική κοινότητα και έχει απασχολήσει αρκετά την κοινή γνώμη, κυρίως κατά την τελευταία δεκαπενταετία. Το υψηλό ποσοστό εμφάνισης του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης αλλά και το αυξανόμενο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας μπορεί να θεωρηθεί ότι αντανακλώνται στον ολοένα αυξανόμενο αριθμό των σχετικών βιβλίων (Hirigoyen 2002, 2003), ερευνών (Meschkutat, Stackelbeck, & Langenhoff, 2002, Scialpi 1999) και δημοσιεύσεων (Καρακιουλάφη 2005, Κοϊνης και συν., 2016, 2017, 2018, 2019) στο εξωτερικό, αλλά και στην Ελλάδα (Δρίβας 2002, Σπυριδάκης 2009).

Αν και πλέον είναι κοινά αποδεκτό ότι η ηθική παρενόχληση συνιστά σοβαρό πρόβλημα στον εργασιακό τομέα και αποτελεί απειλή για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων, εντούτοις η πραγματική διάσταση του φαινομένου δεν είναι ακόμα τόσο γνωστή. Κάθε περιβάλλον εργασίας θα πρέπει να διακατέχεται από τις αξίες της δικαιοσύνης και του σεβασμού και, παράλληλα, κάθε εργαζόμενος θα πρέπει να αισθάνεται ασφάλεια και ηρεμία στο περιβάλλον εργασίας του. Αρκετά συχνά, ωστόσο, στο εργασιακό περιβάλλον εκδηλώνονται υποτιμητικές και εχθρικές συμπεριφορές, εκμετάλλευση του προσωπικού, απειλές, επικρίσεις και σωματική κακοποίηση. Αυτές οι συμπεριφορές είναι υπαρκτές για πολλούς εργαζόμενους, είτε εργάζονται στον δημόσιο τομέα είτε στον ιδιωτικό (Agervold 2007, Einarsen 2000, Jennifer, Cowie, & Ananiadou 2003, Lutgen-Sandvik, Tracy, & Alberts 2007, Namie 2003, Russo, Milić, Knežević, Mulić, & Mustajbegović 2008, Salin 2003, Shallcross, Sheehan, & Ramsay 2008, Zapf 1999).

Ένας επιβαρυντικός παράγοντας όσον αφορά την ποιότητα των συνθηκών εργασίας είναι η ύπαρξη της ηθικής/ ψυχολογικής παρενόχλησης, που θεωρείται ως μια από τις πιο σοβαρές μορφές παρενόχλησης στον χώρο εργασίας (Zapf 1999) και η επίδρασή του στο εργασιακό περιβάλλον είναι ιδιαίτερα τοξική και διαβρωτική (Lutgen-Sandviketal 2007). Είναι ένα φαινόμενο που εμφανίζει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις τόσο σε επίπεδο ατόμου (υγεία, ποιότητα εργασιακής και οικογενειακής ζωής, αίσθημα ασφάλειας, κλπ.) όσο και σε επίπεδο εργασίας (ανταγωνιστικότητα, παραγωγικότητα, κλπ.) (Galanaki & Papalexandris 2011, 2013). Στην Ελλάδα το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης, επίσης, δεν είναι άγνωστο. Τα τελευταία χρόνια

φαίνεται να εξαπλώνεται με γρήγορους ρυθμούς σε όλα τα εργασιακά περιβάλλοντα και, κατ' επέκταση, του χώρου της υγείας (Σπυριδάκης 2009).

Ο όρος «*Mobbing*» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Leymann, το 1984, για να περιγράψει την τρομοκρατία στον χώρο εργασίας (Yildirim 2007). Σύμφωνα με τον Leymann (1996), πρόκειται για την παρουσία συστηματικής, ανήθικης επικοινωνίας και ανταγωνιστικής συμπεριφοράς, από ένα ή περισσότερα άτομα προς ένα άλλο άτομο. Είναι ένα κοινωνικό πρόβλημα που πολλοί εργαζόμενοι έχουν αντιμετωπίσει κάποια φορά στο εργασιακό τους περιβάλλον και επηρεάζει άμεσα με τις συνέπειές του, τη ζωή τους, αφού δημιουργεί πλήθος ψυχολογικών και άλλων προβλημάτων υγείας.

Παρατηρείται σύγκλιση ευρημάτων μεταξύ των ερευνών ως προς τους διάφορους παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία του προβλήματος. Ως αιτίες δημιουργίας του προβλήματος αναφέρονται συχνότερα τα ζητήματα διοίκησης, οι οργανωσιακοί παράγοντες και η δυναμική της ομάδας εργασίας (Leymann 1996, Zapf 1996). Οι επιπτώσεις του *mobbing* δεν αφορούν μόνο το άτομο, αλλά επεκτείνονται και στο οικογενειακό και εργασιακό του περιβάλλον (Chappell & DiMartino 2001). Ακόμη, οι συνέπειες του φαινομένου *mobbing* σε επίπεδο οργανισμού επηρεάζουν την αποδοτικότητα και παραγωγικότητά του (Chappell & DiMartino 2001, Ege 1996, Ferrari 2004, Galanaki & Papalexandris 2011).

Τα θύματα της ηθικής παρενόχλησης αναφέρουν ότι, σε σχέση με το φύλο, οι άντρες παρενοχλούνται λιγότερες φορές από ότι οι γυναίκες. Επίσης αναφέρουν ότι οι προϊστάμενοι είναι η κυριότερη πηγή της επιθετικότητας. Συχνά, το φαινόμενο αυτό αντιμετωπίζεται με δυσπιστία όσον αφορά στο πόσο σημαντικό είναι. Ένας από τους λόγους για τους οποίους αντιμετωπίζεται το φαινόμενο με δυσπιστία είναι πως στις υπάρχουσες οικονομικές συνθήκες το ζήτημα της επιβίωσης μπαίνει σε πρώτη προτεραιότητα και πολλοί εργαζόμενοι παραμερίζουν πολλές από τις διεκδικήσεις τους, ενώ φαίνεται πως αυξάνεται η ανεκτικότητα τους απέναντι σε εκδηλώσεις βίας. Η αντίθετη άποψη είναι πως, ειδικότερα στις σημερινές κοινωνικές συνθήκες, επιβάλλεται η προάσπιση της αξιοπρέπειας και της ασφαλούς εργασίας και η ανάδειξη αυτών των αξιών σε πρωταρχικά ζητούμενα για την κατάκτηση περισσότερων και καλύτερων συνθηκών εργασίας και διαβίωσης (Κωνσταντινίδης 2010). Ήδη η Ιταλία, η Γερμανία και η Σουηδία νομοθέτησαν και αναγνωρίζουν το σύνδρομο *mobbing* ως «επαγγελματική ασθένεια, σοβαρή για την πρόκληση

εργατικών ατυχημάτων», ενώ στην Ελλάδα, η ΓΣΕΕ σε συνέδριο είχε ζητήσει να υπάρξει ειδική ρήτρα στη νέα Εθνική Γενική Συλλογική Σύμβαση Εργασίας (ΕΓΣΣΕ) για την αντιμετώπιση του φαινομένου.

Σύμφωνα με την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, χρησιμοποιούνται διάφορες έννοιες περιγραφής του φαινομένου, πιθανόν λόγω της διαφορετικότητας των περιπτώσεων και της ποικιλομορφίας της ψυχολογικής/ηθικής βίας. Ενδεικτικά, αναφέρονται οι έννοιες ‘bullying’, ψυχολογική παρενόχληση ή βία (Vartia 1993), ψυχολογική τρομοκρατία (Leymann, 1990), παρενόχληση ή εργασιακή παρενόχληση (Brodsk 1976, Björkqvist, Österman, & Hjelt-Bäck 1994), επιθετικότητα στο χώρο εργασίας (Baron & Neuman 1996, 1998), συναισθηματική κακοποίηση ή καταχρηστική συμπεριφορά (Keashly 1997, Keashly, Trott, & MacLean 1994), μη σεξουαλική παρενόχληση (Zapf & Einarsen 2001). Αρκετές φορές, οι όροι αυτοί χρησιμοποιούνται για να υποδείξουν διαφορετικές έννοιες ή χρησιμοποιούνται έχοντας την ίδια σημασία, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται δυσχέρειες στη διαδικασία αξιολόγησης της επικινδυνότητας της ψυχολογικής βίας, αφού δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός που να προσδιορίζει τα χαρακτηριστικά της (European Agency for Safety and Health at Work 2007, 2010).

Ο κύριος σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η καταγραφή και η μελέτη της επίδρασης του φαινομένου mobbing (ηθικής παρενόχλησης) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, που εργάζονται σε δημόσια ελληνικά νοσοκομεία, ώστε να αναδειχθεί η έκταση του φαινομένου και να αναδειχθούν σχέσεις ανάμεσα σε συγκεκριμένους παράγοντες και της παρουσίας του.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Ηθική Παρενόχληση – Ορισμοί

1.1. Εννοιολογική προσέγγιση του Φαινομένου «Mobbing»

Το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης συναντάται με διαφορετικές ονομασίες τόσο στη διεθνή βιβλιογραφία όσο και σε σχετικές εθνικές νομοθεσίες, αλλά η έννοιά του είναι περίπου η ίδια. Η λέξη που περιγράφει την ηθική παρενόχληση είναι ο όρος “*mobbing*”, ο οποίος χρησιμοποιείται ευρέως και προέρχεται από το αγγλικό ρήμα “*to mob*” που μεταφράζεται ως: “*κακομεταχειρίζομαι κάποιον*”. Το αγγλικό ρήμα “*to mob*”, με τη σειρά του, προέρχεται από τη λατινική φράση “*mobile vulgus*”, που αντιστοιχούσε στις λέξεις πλήθος, όχλος, αλλά και ορδές πληβείων (πτωχών) ή ομάδα απαξιωμένων ατόμων. Με την πάροδο των αιώνων, η έννοια του όρου απέκτησε μεγαλύτερη αρνητική υπόσταση, αφού χρησιμοποιείται πλέον για τον προσδιορισμό μιας ομάδας ατόμων που εμπνέει φόβο, επιθετικότητα, υποταγή (Zapf, Knorz, & Kulla 1996).

Ο Δρίβας (2002) αναφέρει ότι η λέξη σημαίνει επιτίθεμαι, περικυκλώνω, ενοχλώ. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε πρώτα από τον εθνολόγο/ηθολόγο Konrad Lorenz, ο οποίος τον χρησιμοποίησε στο βιβλίο του με τίτλο «Περί επιθετικότητας», το 1963, για να περιγράψει τις επιθετικές συμπεριφορές που υιοθετούσαν αγέλες ζώων, προκειμένου να διώξουν από την ομάδα τους κάποιο παρείσακτο μέλος. Το 1972, ο

Σουηδός γιατρός Peter-Paul Heinemann χρησιμοποίησε τον όρο για να ερμηνεύσει την εχθρική συμπεριφορά παιδιών απέναντι σε άλλα παιδιά στο σχολικό περιβάλλον (Σπυριδάκης 2009). Ο Αμερικανός ψυχίατρος Brodsky (1976), στο βιβλίο του με τίτλο «Ο παρενοχλούμενος εργάτης» (harassed worker), ασχολήθηκε επιστημονικά για πρώτη φορά με το φαινόμενο mobbing στο χώρο εργασίας. Ωστόσο, παρουσίασε τις περιπτώσεις αυτές ως ψυχολογικό στρες και επαγγελματική εξουθένωση από τις υπερβολικές ώρες εργασίας καθώς και ως εργασιακά ατυχήματα, χωρίς να τα αναλύσει λεπτομερέστερα.

Στην ψυχολογία της εργασίας, ο Γερμανός ψυχολόγος Heinz Leymann, το 1990, χρησιμοποίησε τον όρο για να περιγράψει μορφές παρενόχλησης σε οργανισμούς. Ο Leymann (1996) ορίζει το φαινόμενο mobbing» ως:

«μια εχθρική και ανήθικη συμπεριφορά, η οποία κατευθύνεται κατά ένα συστηματικό τρόπο από ένα ή περισσότερα άτομα προς ένα κυρίως άτομο το οποίο αναγκάζεται να βρεθεί σε μια αβοήθητη και ανυπεράσπιστα θέση στην οποία παραμένει λόγω της συνεχιζόμενης έκθεσης του στο «mobbing». Οι δράσεις αυτές συμβαίνουν σε συχνή βάση (τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα) και για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα (τουλάχιστον έξι μηνών). Λόγω της υψηλής συχνότητας και μακράς διάρκειας της εχθρικής συμπεριφοράς, αυτή η κακομεταχείριση οδηγεί σε σημαντική ψυχική, ψυχοσωματική και κοινωνική δυστυχία».

Από τότε, η λέξη mobbing προσδιορίζει μια κατάσταση ψυχολογικής βίας που προκαλεί σε μεγάλο βαθμό ψυχολογικά, κοινωνικά και ψυχοσωματικά προβλήματα.

Οι Zapf και Gross (2001) ορίζουν τον εκφοβισμό στο χώρο εργασίας «ως τη συνεχή έκθεση του εργαζόμενου σε επίμονη, καταπιεστική, προσβλητική, υβριστική, απειλητική ή κακόβουλη συμπεριφορά ενός διευθυντή/προϊστάμενου ή συναδέλφου». Ο Davenport και οι συνεργάτες του ορίζουν το «φαινόμενο mobbing» ως ένα: «σύνδρομο, μια κακόβουλη προσπάθεια εξαναγκασμού ενός προσώπου εκτός του χώρου εργασίας, μέσα από αδικαιολόγητες κατηγορίες, ταπείνωση, γενική παρενόχληση, συναισθηματική κακοποίηση και τρομοκρατία» (Davenport, Distler-Schwartz, Pursell-Elliott, 1999).

Μία από τις μορφές βίας, με την οποία έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι χιλιάδες άνθρωποι στο χώρο εργασίας τους, συνιστά η ηθική παρενόχληση ή αλλιώς mobbing (εκ του αγγλικού ρήματος mob=επιτίθεμαι, περικυκλώνω, ενοχλώ), όπως είναι ο αγγλοσαξονικός όρος με τον οποίο είναι ευρέως διαδεδομένο το φαινόμενο της «επαναλαμβανόμενης, καταχρηστικής συμπεριφοράς οποιασδήποτε προέλευσης, προερχόμενης είτε από το εξωτερικό είτε από το εσωτερικό περιβάλλον ενός οργανισμού, η οποία εκδηλώνεται ιδιαιτέρως με λέξεις, απειλές, πράξεις, χειρονομίες, ή κείμενα με σκοπό ή αποτέλεσμα την προσβολή της προσωπικότητας, της αξιοπρέπειας ή της φυσικής ή ψυχολογικής ακεραιότητας ενός εργαζομένου ή οποιουδήποτε άλλου προσώπου κατά την άσκηση της εργασίας του, θέτοντας σε κίνδυνο την απασχόλησή του ή δημιουργώντας έναν εκφοβιστικό, εχθρικό, υποτιμητικό, ταπεινωτικό ή επιθετικό περιβάλλον» (Hirigoyen 2002).

Με τον όρο «παρενόχληση στο χώρο της εργασίας» πρέπει να εννοήσουμε κάθε καταχρηστική συμπεριφορά που εκδηλώνεται με λόγια, πράξεις, γραπτά μηνύματα και μπορεί να ζημιώσει την προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια ή τη σωματική ή ψυχική ακεραιότητα του ατόμου, να θέσει σε κίνδυνο την εργασία του ή να διαταράξει το εργασιακό κλίμα (Namie 2003). Πιο συγκεκριμένα, η απασχόληση βιώνεται ως απάνθρωπη και οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι είναι αποκλεισμένοι από το κοινωνικό περιβάλλον στους χώρους και αντιμετωπίζουν απαιτήσεις ασυμβίβαστες με την εργασία, χωρίς να έχουν τις φυσιολογικές δυνατότητες για να τις αντιμετωπίσουν (Shallcross και συν 2008). Οι Duffy και Sperry (2007) ορίζουν το «mobbing» ως μη-σεξουαλική παρενόχληση εναντίον ενός συναδέλφου από μια ομάδα συναδέλφων με στόχο την απομάκρυνσή του από τον οργανισμό. Ο Westhues (2002) περιγράφει το «mobbing» ως μια εσκεμμένη «εκστρατεία» από τους συναδέλφους εναντίον ενός εργαζομένου στον ίδιο χώρο για αποκλεισμό, τιμωρία και ταπείνωσή του, με στόχο την έξοδο του από τον εργασιακό χώρο. Αντίστοιχα, ο Σπυριδάκης (2009) ορίζει το «mobbing» ως μια διαδικασία κατά την οποία ο/η εργαζόμενος/η αντιλαμβάνεται ότι για κάποιο χρονικό διάστημα αποτελεί την απόληξη εμπρόθετων ανεπιθύμητων ενεργειών και συμπεριφορών, από κάποιον άλλο ή άλλους, διαμέσου της καταχρηστικής δύναμης, δίχως πάντοτε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει την κατάσταση αυτή. Ως εκ τούτου, δεν είναι πάντοτε σε θέση να υπερασπιστεί τον εαυτό του/της, γεγονός που επιφέρει αρνητικές συνέπειες στη σωματική, νοητική, πνευματική, ηθική, ατομική και κοινωνική του/της υπόσταση.

Παρόλο που η παρενόχληση στο χώρο εργασίας είναι ένα τόσο παλιό φαινόμενο, μόλις από αρχές της δεκαετίας του 1990 κι εξής αντιμετωπίστηκε ως φαινόμενο που καταστρέφει το εργασιακό κλίμα, μειώνει την παραγωγικότητα αλλά και ευνοεί απουσίες των εργαζομένων, λόγω των ψυχολογικών προβλημάτων που προκαλεί (Hill 2001). Το φαινόμενο μελετήθηκε αρχικά στις αγγλοσαξονικές και σκανδιναβικές χώρες. Στην ερευνητική αυτή δραστηριότητα πρωτοπόρο θέση κατέχουν οι σκανδιναβικές χώρες, που είναι και οι μόνες που έχουν θεσπίσει νόμους για την αντιμετώπιση της ηθικής παρενόχλησης στους χώρους εργασίας (Beale & Hoel 2010, Einarsen, Hoel, Zapf, & Cooper 2011, Pinkos 2012). Σημαντικές σχετικές μελέτες πραγματοποιήθηκαν στη Νορβηγία (Einarsen & Raknes 1991, Kile 1990, Matthiesen, Raknes & Rökkum 1989) και στη Φινλανδία (Björkqvist και συν 1994a, Kivimäki, Elovainio, & Vahtera 2000, Paananen & Vartia 1991). Βέβαια, επιβάλλεται να ειπωθεί πως αυτές είναι ορισμένες μόνο από τις μελέτες που έχουν διεξαχθεί παγκοσμίως. Επίσης, επισημαίνεται ότι η ερευνητική προσπάθεια έχει εστιάσει σε πολλούς χώρους και σε σχέση με διαφορετικούς πληθυσμούς, όπως το σχολείο (Hymel & Swearer 2015, Patton, Hong, Patel, & Kral 2017, Smith, Kwak, & Toda, 2016), το πανεπιστήμιο (Björkqvist et al., 1994a) και ο δημόσιος τομέας (Lewis, 2006, Lewis & Gunn 2007, Shallcross και συν 2008, Vickers 2010).

1.2. Ορισμοί του Φαινομένου «Mobbing» σε Ευρωπαϊκό επίπεδο

Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι ερευνητές που έχουν ασχοληθεί με το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης, δεν έχουν καταλήξει σε έναν κοινά αποδεκτό ορισμό. Σε παγκόσμιο και ευρωπαϊκό επίπεδο, δεν υπάρχει ενιαίος και κοινά αποδεκτός ορισμός. Αυτό οφείλεται στο ότι οι καταστάσεις ηθικής παρενόχλησης ποικίλουν έντονα και διαφέρουν μεταξύ τους ανάλογα με τα πολιτισμικά δεδομένα της κάθε χώρας και την οργανωσιακή κουλτούρα του κάθε οργανισμού, εντός του οποίου λαμβάνει χώρα η διαδικασία της παρενόχλησης, καθώς και σε ποια διάσταση αποδίδεται η έμφαση της παρενόχλησης (Hoel 2004).

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (OSHA, 2002) αναφέρει ότι ως παρενόχληση στο χώρο εργασίας ορίζεται η επαναλαμβανομένη αδικαιολόγητη συμπεριφορά προς έναν εργαζόμενο, ή μια ομάδα εργαζομένων, που προκαλεί κινδύνους για την υγεία και την ασφάλειά του. Στο

συγκεκριμένο ορισμό, ως «συμπεριφορά» νοούνται ενέργειες ατόμων ή ομάδας στις οποίες ενδέχεται να περιλαμβάνεται και η κατάχρηση εξουσίας. Ως «αδικαιολόγητη συμπεριφορά» είναι μια συμπεριφορά που ένα λογικό άτομο, αναλογιζόμενο το σύνολο των συνθηκών, θεωρεί δυσμενή μεταχείριση, ταπείνωση, υπονόμηση ή απειλή. Στους «κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια» περιλαμβάνεται ο κίνδυνος για την ψυχική και σωματική υγεία του εργαζομένου.

Ο Ευρωβουλευτής Giovanni Pittella (2000) σε γραπτή ερώτησή του προς την Επιτροπή Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων σχετικά με τις προθέσεις της για την αντιμετώπιση του φαινομένου στην Ευρώπη, ορίζει το φαινόμενο «mobbing»:

«ως άσκηση, στο πλαίσιο των σχέσεων μεταξύ συναδέλφων ή μεταξύ ανωτέρου και κατωτέρου στην ιεραρχία, μίας συστηματικής και διαρκούς επίθεσης σε βάρος ενός προκαθορισμένου θύματος προκειμένου να ωθηθεί στο να εγκαταλείψει τη θέση εργασίας του. Πρόκειται για επανειλημμένες ψυχολογικές ή άλλου τύπου και βαθμού επιθέσεις, που περιλαμβάνουν διαρκείς και αδικαιολόγητες επικρίσεις, συκοφαντίες και ανάθεση άχαρων ή υποτιμητικών καθηκόντων, καθώς και κάθε ενέργεια που θα μπορούσε να θίξει την επαγγελματική και κοινωνική εικόνα του θύματος έναντι τρίτων, ανωτέρων ή στο πλαίσιο των εργασιακών σχέσεων».

Ούτε εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπάρχει κάποιος ορισμός της παρενόχλησης στον χώρο εργασίας. Το Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, της 15ης Δεκεμβρίου 2011, σχετικά με την ενδιάμεση αναθεώρηση της Ευρωπαϊκής στρατηγικής 2007-2012 για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία (2011/2147(INI), εκφράζει τη λύπη του για την έλλειψη, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, κοινού και ενιαίου προσδιορισμού του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης. Παράλληλα, και καλεί την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τα κράτη μέλη να χαράξουν εθνικές στρατηγικές καταπολέμησης της βίας στην εργασία, οι οποίες να είναι αποτελεσματικές και να βασίζονται σε κοινό ορισμό για την ηθική παρενόχληση και για τα 27 κράτη μέλη.

Πιο κάτω παραθέτονται οι ορισμοί που χρησιμοποιούν μερικά από τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι οποίοι περιέχονται στην έκθεση 2001 της

Επιτροπής Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου (2001, σελ. 11-12). Στη *Γαλλία* σύμφωνα με τον Εργατικό Κώδικα, «κανένας εργαζόμενος δεν πρέπει να υφίσταται τις επαναλαμβανόμενες επιθέσεις της ηθικής παρενόχλησης από τον εργοδότη, τον αντιπρόσωπό του ή από οποιοδήποτε πρόσωπο που κάνει κατάχρηση εξουσίας των αρμοδιοτήτων του, που έχουν ως αντικείμενο ή αποτέλεσμα την προσβολή της αξιοπρέπειάς του και τη δημιουργία ταπεινωτικών ή υποτιμητικών συνθηκών εργασίας».

Στο *Ηνωμένο Βασίλειο*, σύμφωνα με τον Κώδικα πρακτικής της Βρετανικής Υπηρεσίας παροχής συμβουλών, συνεννόησης και διαιτησίας (ACAS) σε ότι αφορά τις διαδικασίες επιβολής πειθαρχικών κυρώσεων και διαιτησίας, η ηθική παρενόχληση ορίζεται «ως ενοχλητική, εκφοβιστική, κακόβουλη και προσβλητική συμπεριφορά, ως κατάχρηση εξουσίας με μέσα που αποσκοπούν στην υπονόμευση, την ταπείνωση, τον υποβιβασμό της προσωπικότητας ή την αδικία του αποδέκτη της παρενόχλησης».

Ο *Βέλγος* Υπουργός Εργασίας χρησιμοποίησε τον ακόλουθο ορισμό: «ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας: κατ' επανάληψη υβριστική συμπεριφορά, εντός ή εκτός της επιχείρησης ή του οργανισμού που εκδηλώνεται ειδικότερα με ενέργειες, λόγια, εκφοβισμούς, πράξεις, χειρονομίες, τρόπους οργάνωσης της εργασίας και μονομερή γραπτά κείμενα που έχουν χαρακτήρα ή σκοπό να προσβάλουν την προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια ή τη σωματική ή ψυχική ακεραιότητα του εργαζομένου κατά την εκτέλεση της εργασίας του, να θέσουν σε κίνδυνο τη θέση απασχόλησής του ή να δημιουργήσουν εχθρικό, εκφοβιστικό, υποτιμητικό, ταπεινωτικό ή προσβλητικό εργασιακό περιβάλλον».

Στην *Ιρλανδία*, η ηθική παρενόχληση ορίζεται ως: «κατ' επανάληψιν απρεπής συμπεριφορά έμμεση ή άμεση, προφορική, σωματική ή άλλη, εκ μέρους ενός ή περισσοτέρων ατόμων εις βάρος άλλου ή άλλων ατόμων, στο χώρο εργασίας και/ή κατά την διάρκεια της απασχόλησης, η οποία θα μπορούσε δικαίως να θεωρηθεί ως προσβολή του ατομικού δικαιώματος σε αξιοπρεπή εργασία. Μεμονωμένο περιστατικό της περιγραφόμενης συμπεριφοράς μπορεί πράγματι να αποτελεί η προσβολή της εργασιακής αξιοπρέπειας, αλλά ως ένα κατ' εξαίρεση συμβάν δεν θεωρείται ότι αποτελεί περίπτωση ηθικής παρενόχλησης».

Σύμφωνα με τη *Σουηδική Αρχή* για το Εργασιακό Περιβάλλον, η ηθική παρενόχληση ορίζεται ως: «επανειλημμένες, αξιόμημπτες ή σαφώς αρνητικές πράξεις εις βάρος μεμονωμένων υπαλλήλων, με προσβλητικό τρόπο, οι οποίες μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα την αποβολή των συγκεκριμένων υπαλλήλων από τον χώρο εργασίας τους» (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 2001).

Η παρενόχληση, σύμφωνα με την Οδηγία (2000/78/EK) του Συμβουλίου περί θέσπισης γενικού πλαισίου υπέρ της ίσης μεταχείρισης στην εργασία και την απασχόληση, θεωρείται ως:

«μορφή διάκρισης όταν ανεπιθύμητη συμπεριφορά που συνδέεται με το θρησκευτικό δόγμα ή τις πεποιθήσεις, με την παρουσία αναπηρίας, με την ηλικία ή με το σεξουαλικό προσανατολισμό, συντελείται με σκοπό ή με συνέπεια την προσβολή της αξιοπρέπειας ενός ατόμου και τη δημιουργία εκφοβιστικού, εχθρικού, ταπεινωτικού ή απειλητικού περιβάλλοντος. Υπό αυτό το πλαίσιο η έννοια της παρενόχλησης μπορεί να ορισθεί σύμφωνα με τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές των κρατών μελών» (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2001).

1.3. Αίτια του Φαινομένου «Mobbing»

Η ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας αφορά σε συστηματικές και διαρκείς συμπεριφορές, που επαναλαμβάνονται για μεγάλα χρονικά διαστήματα και με μεγάλη συχνότητα. Η χρονική διάρκεια και η συχνότητα με την οποία το άτομο δέχεται την ηθική παρενόχληση, ο σκοπός για τον οποίο παρενοχλεί ο θύτης το θύμα και η σχέση εξουσίας θύματος-θύτη είναι στοιχεία που συμβάλλουν σημαντικά στην κατανόηση της έννοιας (Τζαμαλούκα 2007). Το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης είναι πολυπαραγοντικό ως προς την αιτιολογία του. Υπάρχουν επαγγελματικά πλαίσια όπου οι συμπεριφορές της ηθικής παρενόχλησης μπορούν ευκολότερα να αναπτυχθούν.

Σύμφωνα με τους Dejours (1998), Leymann (1996) και Brosky (1976), τα αίτια πρέπει να αναζητηθούν τόσο στον εργασιακό χώρο όσο και στην οργάνωση των

κοινωνικών σχέσεων. Συγκεκριμένα, πρέπει να αναζητηθούν στις μεθόδους διοίκησης, στις ελλείψεις στην οργάνωση, στο αυταρχικό στυλ τύπο διοίκησης (Vartia 1996), στη συμπεριφορά των ιεραρχικά ανωτέρων, στη οργανωσιακή κουλτούρα και τις πολιτικές που εφαρμόζει ένας οργανισμός (Einarsen 1999), καθώς επίσης στο επαγγελματικό άγχος, στην πολυπλοκότητα και τους ρυθμούς εργασίας, στο στρεσογόνο και αρνητικό περιβάλλον, στις απροσδιόριστες εργασιακές συνθήκες, στην υψηλή πίεση που ασκείται στους εργαζομένους (Di Martino, Hoel & Cooper 2003, Hoel & Salin 2003).

Ο Andersson (2001) υποστηρίζει ότι τα αίτια του φαινομένου της παρενόχλησης στον τομέα της εργασίας αφορούν ελλείψεις στη διεύθυνση, στο εσωτερικό σύστημα πληροφόρησης καθώς και στην οργανωτική δομή της εργασίας. Επίσης, θεωρεί ως πρόσθετους παράγοντες, που συμβάλλουν σημαντικά στην εκδήλωση συμπεριφορών ηθικής παρενόχλησης, την παρουσία απαιτήσεων καθώς και την παρουσία πολύ υψηλού ή πολύ χαμηλού βαθμού εργασιακής πίεσης και άγχους.

Η Hirigoyen (2002) στην προσπάθειά της να προσδιορίσει τα αίτια του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης, θεωρεί ότι τα σύγχρονα κοινωνικά και οικονομικά πλαίσια ευνοούν την παρενόχληση, κάνοντας λόγο για τη νέα οργάνωση της εργασίας (άγχος, κακή επικοινωνία, χειραγώγηση, έλλειψη αναγνώρισης) τον κυνισμό (αποφυγή ευθύνης, μεγαλομανία διοικούντων) και τη διαστροφή του συστήματος (καταστροφή ατόμων), καθώς επίσης και για τον ναρκισσιστικό χαρακτήρα της σημερινής κοινωνίας.

Αναφορικά με τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση του φαινομένου mobbing, η διεθνής βιβλιογραφία επικεντρώνεται στην ανάλυση τριών κατευθύνσεων του φαινομένου μέσω της ατομικής, της κοινωνιολογικής και της εργονομικής παρέμβασης (ergonomic intervention) εστιάζοντας, κυρίως, στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του θύματος και του θύτη, στη δυναμική της ομάδας και στην οργάνωση της εργασίας, αντίστοιχα (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 2001, Τούκας, Δεληγάς, & Καραγεωργίου 2012, Vartia 2003, Wilson 1991). Συγκεκριμένα:

1.3.1. Ατομική προσέγγιση-Χαρακτηριστικά προσωπικότητας

Πολλοί ερευνητές, στηριζόμενοι σε αποτελέσματα μελετών τους (Einarsen & Skogdstad 1996, O'Moore, Seigne, McGuire, & Smith 1998), επιβεβαιώνουν τη συσχέτιση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των ατόμων με την εκδήλωση του φαινομένου mobbing. Υποστηρίζεται ότι κάποιοι εργαζόμενοι συγκριτικά με άλλους έχουν μεγαλύτερη προδιάθεση να είναι δυνητικά θύματα του mobbing, η διαφορετικότητα κάποιου (από τις σεξουαλικές του προτιμήσεις έως τον τρόπο που σκέφτεται-πεποιθήσεις και αξίες ζωής) και αυτό εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους σε σχέση με το φύλο και την ηλικία (O'Moore και συν 1998).

1.3.2. Κοινωνιολογική προσέγγιση-Η δυναμική της ομάδας

Όσον αφορά την κοινωνιολογική προσέγγιση, τα θύματα του mobbing είναι προδιαγεγραμμένα για τον εν λόγω ρόλο, βάσει μιας δυναμικής που αναπτύσσεται αυθόρμητα στη ζωή των κοινωνικών ομάδων, με αποτέλεσμα τα άτομα να καθίστανται, αναπόφευκτα, αντικείμενο παρενοχλήσεων και καταπίεσης, σύμφωνα με τη θεωρία του αποδιοπομπαίου τράγου (Beasley & Rayner 1997, Björkqvist και συν 1994a, Brodsky 1976), ρόλος που αναδύεται αυτόματα σε κοινωνικές ομάδες. Στην οπτική αυτής της προσέγγισης, η ηθική παρενόχληση περιγράφεται ως μια διαδικασία στιγματισμού και εξεύρεσης ενός αποδιοπομπαίου τράγου, στον οποίο διοχετεύεται επιθετικά η απογοήτευση, που σε μεγάλο βαθμό προέρχεται από ένα εργασιακό περιβάλλον ιδιαίτερα αγχογόνο. Στο πλαίσιο αυτής της θεώρησης εντάσσονται οι περιπτώσεις ψυχολογικής βίας, οι οποίες οφείλονται σε συγκρουσιακές καταστάσεις που δημιουργούνται σε μια ομάδα, όταν δεν τηρούνται από κάποιον ή κάποιους εργαζόμενους κανόνες κοινά αποδεκτοί (OSHA 2002, Salin 2003). Στις περιπτώσεις αυτές, η ηθική παρενόχληση αντιπροσωπεύει μια εκ προθέσεως αντίδραση των ατόμων της ομάδας έναντι εκείνων που καταστρατηγούν τους κανόνες της (Ege 1996).

1.3.3. Εργονομική προσέγγιση-Οργάνωση της εργασίας

Σύμφωνα με τη εργονομική προσέγγιση, υπεύθυνες για την εκδήλωση της ηθικής παρενόχλησης είναι οι ανασφαλείς συνθήκες εργασίας και, σε κάποιες περιπτώσεις, οι ευτελείς συνθήκες σε αυτήν. Σημαντικός αριθμός από μελέτες (Ege 1996, O'Moore και συν 1998, Wilson 1991) επιβεβαιώνουν τη συσχέτιση του φαινομένου με παράγοντες που αφορούν στο περιβάλλον της εργασίας και στην τυπολογία της εφαρμοζόμενης εργασιακής πρακτικής. Σύμφωνα με τις προαναφερόμενες μελέτες, καθοριστικοί παράγοντες είναι γενικότερα το εργασιακό κλίμα και η πολιτική του κάθε οργανισμού, ο τρόπος διοίκησης των ανώτερων στελεχών, η οργάνωση της εργασίας, η ροή της επικοινωνίας, η δυνατότητα για διαπροσωπικές επαφές και η συναδελφική υποστήριξη. Ένας χώρος εργασίας εμφανίζει αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης, όταν χαρακτηρίζεται από μια αυταρχική διοίκηση, η οποία επιδιώκει την αύξηση της παραγωγικότητας και από οργανωτικές ελλείψεις στο πλαίσιο εφαρμογής των εργασιακών πρακτικών, χωρίς να λαμβάνει υπ' όψη τον άνθρωπο.

Επισημαίνεται ότι οι τρεις παραπάνω αιτιολογικές προσεγγίσεις του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης αν και είναι διαφορετικές μεταξύ τους, συχνά επικαλύπτονται και αλληλοσυμπληρώνονται. (Einarsen, Raknes, & Matthiesen 1994, Hoel, Rayner, & Cooper 1999). Πλήθος Σημαντικός αριθμός βιβλιογραφικών δεδομένων (Aquino 2000, Zapf & Einarsen 2003) υποστηρίζουν την αλληλεξάρτηση των τριών αυτών θεωρήσεων, σηματοδοτώντας μια ολιστική προσέγγιση του φαινομένου, κατά την οποία η εκδήλωση του φαινομένου είναι πολυπαραγοντική και εξαρτάται -μεταξύ των άλλων- από την προσωπικότητα του εργαζόμενου, την οργάνωση της εργασίας και τις επαγγελματικές δεξιότητες (Aquino 2000).

Συμπληρωματικά, πλήθος μελετών των Einarsen και συν (1994) και των Hoel και συν (1999) επισημαίνουν ότι πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη και άλλοι δυνητικοί παράγοντες που παρεμβαίνουν στην εκδήλωση του φαινομένου, μεταξύ των οποίων είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται σε μια ομάδα, καθώς και τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας του εργαζόμενου. Συγκεκριμένα, ο Einarsen (1996) αναπτύσσει ένα θεωρητικό μοντέλο των αιτίων του φαινομένου, λαμβάνοντας υπ' όψη παράγοντες, όπως την προσωπικότητα και τα στοιχεία του

χαρακτήρα του θύτη και του θύματος, τη θέση του εργαζόμενου σε μια κοινωνική ομάδα, το περιβάλλον και την οργάνωση της εργασίας.

1.3.4. Προδιαθεσικοί παράγοντες που δεν αποτελούν ηθική παρενόχληση

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες οι οποίοι συντελούν στην ενεργοποίηση φαινομένων ηθικής παρενόχλησης σε εργασιακούς χώρους, αλλά δεν είναι παρενόχληση, είναι οι παρακάτω:

Άγχος. Είναι αναπόφευκτο σ' ένα εργασιακό περιβάλλον να υπάρχει άγχος λόγω του φόρτου εργασίας και αυτό είναι φυσιολογικό ως ένα βαθμό. Στόχος δεν είναι μέσω του άγχους να καταστραφεί ο εργαζόμενος, αλλά, αντίθετα, επιδιώκεται να γίνει πιο αποδοτικός (Leymann 1993). Στην ηθική παρενόχληση, απεναντίας, βρίσκεται στο στόχαστρο το ίδιο άτομο, με σκοπό –λιγότερο ή περισσότερο συνειδητό– να του προκληθεί βλάβη. Σ' αυτή την περίπτωση, η πρόθεση δεν είναι η βελτίωση της παραγωγής ή η καλύτερευση των αποτελεσμάτων, αλλά η προσβολή του εργαζόμενου (Leymann 1993).

Επαγγελματικές δυσκολίες, κακές εργασιακές συνθήκες, φόρτος εργασίας. Η ηθική παρενόχληση δεν πρέπει να συγχέεται και να ταυτίζεται με ορισμένες επαγγελματικές δυσκολίες, κατά τις οποίες δεν έχουν παρασχεθεί στον εργαζόμενο τα απαραίτητα υλικά μέσα για να φέρει εις πέρας το έργο του ή το έργο είναι δυσανάλογο των ικανοτήτων του. Η ίδια σύγχυση πρέπει να αποφεύγεται και στις περιπτώσεις που γίνεται λόγος για κακές εργασιακές συνθήκες ή αυξημένο φόρτο εργασίας. Σε περίπτωση ηθικής παρενόχλησης, η υποβάθμιση των συνθηκών εργασίας γίνεται σταδιακά και είναι τόσο αδιόρατη, που γίνεται αντιληπτή μόνο συγκρινόμενη με την κατάσταση των υπόλοιπων συναδέλφων. Υφίσταται παρενόχληση, αν ένας μόνο εργαζόμενος έχει αυτή την ειδική μεταχείριση ή αν αυτό έχει ως σκοπό να τον υποβαθμίσει ή/και να πλήξει το ηθικό του (Cooper & Payne 1988, Leymann 1993).

Αυστηρότητα των ανώτερων στελεχών. Κάποιος που καταλαμβάνει μια ανώτερη ή διευθυντική επαγγελματική θέση είναι αναμενόμενο αρκετές φορές να επιδεικνύει αυστηρή στάση λόγω των αυξημένων ευθυνών και των αρμοδιοτήτων που απορρέουν από τη θέση του. Αρχίζει, όμως, να υπάρχει ηθική παρενόχληση, όταν ένας προϊστάμενος χρησιμοποιεί διαστροφικά μέσα και επιδεικνύει τυραννική συμπεριφορά αποσκοπώντας στην εκμετάλλευση. Ασκεί, τότε, μια τρομερή πίεση στους υφισταμένους του ή τους φέρεται βίαια, λοιδορώντας και προσβάλλοντάς τους, χωρίς κανένα σεβασμό στο πρόσωπό τους (Τζαμαλούκα 2007).

Σύγκρουση – Παρεξήγηση. Οι ερευνητές διαχωρίζουν τις φυσιολογικές συγκρούσεις μεταξύ συναδέλφων από την ηθική παρενόχληση. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO 2003) υποστηρίζει ότι οι δημιουργικές αντιπαραθέσεις πάνω σε θέματα εργασίας αποτελούν ένα υγιές στοιχείο της καθημερινότητας. Σε έναν εργασιακό χώρο είναι φυσιολογικό να υπάρχουν ακόμα και μεμονωμένες εντάσεις ή απότομες συμπεριφορές. Εφ' όσον στην συνέχεια υπάρχει αναγνώριση της υπερβολής ή του λάθους, αυτές οι μεμονωμένες εντάσεις ή οι απότομες συμπεριφορές δεν χαρακτηρίζονται ως ηθική παρενόχληση (Hirigoyen 2009).

Είναι αναπόφευκτο σ' ένα περιβάλλον εργασίας, όπου συνυπάρχουν πολλοί, να προκύψουν διαφωνίες, διαπληκτισμοί και συγκρούσεις. Όμως, μια σύγκρουση μπορεί να είναι πηγή ανανέωσης και αναδιοργάνωσης, που δημιουργεί την ανάγκη του προβληματισμού και της εφαρμογής καινοτόμων λειτουργικών πρακτικών. Ωστόσο, όταν μια σύγκρουση παραμένει άλυτη, τότε έχει την τάση να διογκώνεται. Οι διαμάχες που αργούν να λυθούν, δημιουργούν μια κρυφή πληγή και συνεχίζουν να δρουν υπογείως. Σε αυτή την περίπτωση, υπάρχει ο κίνδυνος να περάσουμε στη διαδικασία της ηθικής παρενόχλησης. Στην ηθική παρενόχληση δεν πρόκειται πλέον για μια συμμετρική σχέση όπως στη σύγκρουση, αλλά για μια σχέση εξουσιαστή-εξουσιαζόμενου, όπου ο πρώτος κάνει το "θύμα" να χάσει τη ταυτότητά του (Cooper, Sloan, & Williams 1988, Einarsen & Skogstad 1996).

Δικαιολογημένες επιθέσεις. Μια δικαιολογημένη λεκτική επίθεση είναι ναί μεν μια πράξη βίας, αλλά μπορεί να είναι απλά η έντονη έκφραση μιας αντίδρασης και μιας παρόρμησης. Αντίθετα, ηθική παρενόχληση αποτελούν οι

επαναλαμβανόμενες κατηγορίες, ειδικά στις περιπτώσεις που συνοδεύεται και από άλλες υποτιμητικές πράξεις εναντίον του ατόμου. Η παρενόχληση είναι μια επίθεση «διηλεκής» (Cooper & Payne 1988).

Η διοίκηση ακολουθεί τακτική ξεκάθαρων στρατηγικών στους εργασιακούς χώρους, όπου οι συγκρούσεις έχουν ένα λειτουργικό αποτέλεσμα. Θέτει κοινούς στόχους και διασαφηνίζει το περιεχόμενό τους. Προσδιορίζει με σαφήνεια τους ρόλους και τις αρμοδιότητες. Εμπνέει πνεύμα συνεργασίας και βάζει κανόνες τήρησής του. Ευνοεί την ευθεία και ειλικρινή επικοινωνία και τις υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις. Σε ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον, οι έντονες αντιπαραθέσεις είναι πιθανό να βρουν ομαλή διέξοδο. Αντίθετα, με τις περιπτώσεις της ηθικής παρενόχλησης η κατάσταση είναι πολύ πιο σύνθετη (Τσιάμα 2013).

1.4. Κατηγορίες Εργασιακής Ηθικής Παρενόχλησης

Η επιλογή των συμπεριφορών που ορίζονται ως περιπτώσεις εργασιακής ηθικής παρενόχλησης ποικίλει και εξαρτάται -εν πολλοίς- από την ιεραρχική θέση που κατέχει ο «δράστης» μέσα στον επαγγελματικό οργανισμό. Ο εργαζόμενος είναι δυνατόν να υποστεί ηθική παρενόχληση εντός του εργασιακού οργανισμού από τον ιεραρχικά ανώτερο, από συναδέλφους της ίδιας βαθμίδας και από υφισταμένους (Einarsen & Skogstad 1996). Τα ως άνω πρόσωπα δύναται να ενεργούν τόσο σε ομάδες όσο και μόνα τους. Εάν ο οργανισμός αγνοήσει, παραβλέψει ή και προκαλέσει τέτοιες συμπεριφορές, τότε ο παρενοχλημένος έχει υποστεί ηθική παρενόχληση και βιώνει αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες. Νιώθει απομονωμένος και αβοήθητος. Μορφές εργασιακής ηθικής παρενόχλησης μπορεί να είναι η παράλογη ανάθεση υπερβολικών καθηκόντων ή, αντίθετα, η ανάθεση άχαρων και υποτιμητικών καθηκόντων, οι διαρκείς και αδικαιολόγητες επικρίσεις και συκοφαντίες, η επιδίωξη να χάσει το θύμα την αίσθηση της ευθυκρισίας, η χρησιμοποίηση ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και, γενικά, ενέργειες που θα μπορούσαν να θίξουν την επαγγελματική και κοινωνική εικόνα του θύματος στο πλαίσιο των εργασιακών του σχέσεων (Hirigoyen 2002).

Το αποτέλεσμα είναι πάντοτε επιβλαβές και οδηγεί το άτομο σε ψυχολογική και σωματική διαταραχή. Οι ερευνητές, ανάλογα με την προέλευση και την κατεύθυνση των συμπεριφορών ψυχολογικής βίας και παρενόχλησης, διακρίνουν

τρεις κατηγορίες ηθικής παρενόχλησης, που είναι οι εξής: (α) κάθετη παρενόχληση(κατιούσα), (β) οριζόντια παρενόχληση και, τέλος,(γ) παρενόχληση προς τους προϊσταμένους(ανιούσα) (Hirigoyen 2002). Συγκεκριμένα:

1.4.1. Κάθετη παρενόχληση (κατιούσα)

Η κάθετη παρενόχληση θεωρείται από τους ερευνητές η πιο συνηθισμένη μορφή (Ferrari 2004). Εμφανίζεται από τον προϊστάμενο προς κάποιον υφιστάμενο. Ασκείται από ένα άτομο που κατέχει ανώτερη ιεραρχική βαθμίδα προς ένα άτομο κατώτερης βαθμίδας στο εργασιακό περιβάλλον. Ο ίδιος ο ορισμός του υφισταμένου παραπέμπει σε μια σχέση ανισότητας, καθιστώντας πάντα δύσκολη τη διάκριση ανάμεσα στις καταχρηστικές συμπεριφορές και στα προνόμια των ιεραρχικά ανώτερων. Το θύμα δέχεται προσβολές και εκφοβισμό από τον θύτη, είτε λόγω του αισθήματος ανεπάρκειας και ανασφάλειας του δεύτερου είτε εξαιτίας του ότι μπορεί να αισθάνεται «απειλή» από την παρουσία ενός εργαζομένου στον οργανισμό/τμήμα του, που έχει υψηλότερα τυπικά προσόντα από τον ίδιο ή είναι πολύ ικανός και αποδοτικός σε σχέση με τον ίδιο (Coyne, Seigne, & Randall 2000, Glasø, Matthiesen, Nielsen, & Einarsen 2007, Lind, Glasø, Pallesen, & Einarsen 2009).

1.4.2. Οριζόντια παρενόχληση

Η οριζόντια παρενόχληση λαμβάνει χώρα μεταξύ συναδέλφων της ίδιας βαθμίδας. Κυρίως, χαρακτηρίζεται από άσκηση παρενόχλησης από ένα ή περισσότερους εργαζόμενους σε βάρος ενός άλλου εργαζομένου της ίδιας ιεραρχικής βαθμίδας. Ως αιτίες αυτού του είδους της παρενόχλησης μπορούν να θεωρηθούν ο ανταγωνισμός, η ζήλεια, ο ρατσισμός, οι αντίθετες πολιτικές απόψεις, κλπ. (Dumont, Meisinger, Whitacre, & Corbin 2012). Πολυάριθμες μελέτες υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία που επιβεβαιώνουν την ύπαρξη της οριζόντιας παρενόχλησης (Curtis, Bowen, & Reid 2007, Hutchinson, Wilkes, Jackson, & Vickers 2010, McKenna, Smith, Poole, & Coverdale 2003, Pai & Lee 2011, Yildirim 2009).

1.4.3. Παρενόχληση προς τους προϊστάμενους (ανιούσα)

Είναι η παρενόχληση που γίνεται από κάποιον υφιστάμενο ή ομάδα υφισταμένων εναντίον προϊσταμένου. Είναι η σπανιότερη μορφή παρενόχλησης, εντούτοις, μπορεί να είναι εξίσου καταστροφική (Ντότσικα 2007, ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., 2013, Cooper & Payne 1988, Hirigoyen 2002, Leymann 1993). Ο αποδέκτης νιώθει μόνος, αβοήθητος, καχύποπτος και έχει την αίσθηση ότι η εξουσία του δεν είναι αναγνωρίσιμη από την ομάδα των εργαζομένων (Σπυριδάκης 2009, Cooper & Payne 1988, Leymann 1993). Τα θύματα αυτής της κατηγορίας, που υφίστανται αυτή την ηθική παρενόχληση δύσκολα υποστηρίζονται από τη δικαιοσύνη ή τα συνδικάτα, καθώς καμία αρμόδια αρχή δεν λαμβάνει υπόψη της αυτού του είδους τις διαμαρτυρίες (Hirigoyen 2002).

1.5. Στάδια Ηθικής Παρενόχλησης

Η ηθική παρενόχληση στον χώρο εργασίας εξελίσσεται σε διάφορα στάδια. Πολλοί ερευνητές, προκειμένου να εντοπιστούν και να αξιολογηθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες του φαινομένου καθώς και να αντιμετωπιστούν οι επιπτώσεις του στην υγεία των εργαζομένων, προτείνουν διάφορα μοντέλα. Τα κυριότερα, πιο πλήρη και πιο λεπτομερή μοντέλα είναι το μοντέλο του Ege (1996), το μοντέλο του Leymann (1996) και το μοντέλο του Einarssen (1999), τα οποία περιγράφονται στις υποενότητες που ακολουθούν.

1.5.1. Μοντέλο του Ege

Ο Ege (1996) αρχικά αναφέρεται σε ένα γενικότερο πολιτισμικό πλαίσιο που υφίσταται η νότια και όχι η βόρεια Ευρώπη, όπου καταστάσεις, όπως ο ανταγωνισμός, ο διαπληκτισμός, και οι διαμάχες-συγκρούσεις, εμφανίζονται καθημερινά, δημιουργώντας ευνοϊκό έδαφος για την άσκηση παρενόχλησης. Ο Ege(1996) ονομάζει αυτή την κατάσταση μηδενική. Ακολουθεί η *πρώτη φάση* της διαμάχης και έπεται η *δεύτερη φάση*, στην οποία εκδηλώνεται η παρενόχληση. Στην *τρίτη φάση* εμφανίζονται τα πρώτα ψυχοσωματικά συμπτώματα, ενώ στην *τέταρτη φάση* παρεμβαίνει η διοίκηση. Ακολούθως, στην *πέμπτη φάση* η ψυχοσωματική κατάσταση του εργαζομένου χειροτερεύει, ο ίδιος ή ο εργαζόμενος τίθεται σε

φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική αγωγή και, τέλος, οδηγείται στην *έκτη φάση*, τον εξοστρακισμό. Οι αποδέκτες-θύματα στο στάδιο αυτό αναγκάζονται συνήθως να εγκαταλείψουν την εργασία τους, διάμεσου της παραίτησης ή της πρόωρης συνταξιοδότησης (Σπυριδάκης 2009). Είναι επίσης πολύ πιθανόν να οδηγηθούν στην αυτοκτονία (Πετράκη 2009, Balducci, Alfano, & Fraccaroli 2009, Pompili, Lester, Innamorati, DePisa, Iliceto, Puccinno, & Girardi 2008, Leymann 1996).

1.5.2. Μοντέλο του Leymann

(α) Πρώτο στάδιο. Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από οποιοδήποτε είδος σύγκρουσης ή κριτικής. Εάν ο οργανισμός διαθέτει αποτελεσματικές στρατηγικές επίλυσης συγκρούσεων, τότε η σύγκρουση επιλύεται με διαβούλευση με τους συνάδελφους για εύρεση κοινού σημείου (Garvois 2006). Εάν ο οργανισμός δεν διαθέτει αποτελεσματικούς μηχανισμούς επίλυσης συγκρούσεων, τότε αυτή η «σκοπίμη» σύγκρουση (για παράδειγμα, η κατηγορία ότι το θύμα δεν επιτελεί τα καθήκοντα του ή ότι είναι αμελής κ.λπ.) παραμένει, συσσωρεύεται και γίνεται κρίσιμο ζήτημα (Garvois 2006). Σε σύντομο χρονικό διάστημα οι συνάδελφοί του αρχίζουν να επιβεβαιώνουν τη φήμη για αυτό το ζήτημα, καθώς σχηματίζουν γνώμη για το θύμα και πιστεύουν ότι κάτι πρέπει να γίνει για να αποτραπεί η κατάσταση (Garvois 2006).

β) Δεύτερο στάδιο. Σε αυτό το στάδιο οι δυναμικές της ηθικής παρενόχλησης ποικίλουν. Χαρακτηρίζεται από αποκλεισμό του ατόμου από την ομάδα, καθυστέρηση ή αναστολή; συγκεκριμένων καθηκόντων του θύματος, ανάθεση ανιαρών καθηκόντων, παροχή ανεπαρκούς ή αμφίβολης πληροφόρησης στο θύμα (Davenportetal 1999). Παρατηρούνται, επίσης επιθετικοί χειρισμοί και πράξεις, ψυχολογικές προσβολές με κλιμακούμενη απομόνωση του θύματος (Garvois 2006).

γ) Τρίτο στάδιο. Στο στάδιο αυτό, η εμπλοκή της διοίκησης του οργανισμού παίζει καθοριστικό ρόλο, η οποία δεν έχει άμεση εμπλοκή στο δεύτερο στάδιο αλλά ούτε και ενημέρωση για την κατάσταση. Η διοίκηση/διεύθυνση μπορεί να κρίνει λανθασμένα την κατάσταση και είναι πιθανόν να πάρει λάθος απόφαση για τον αποδέκτη της παρενόχλησης, για τον λόγο ότι έχει περάσει ένα εύλογο χρονικό

διάστημα μεταξύ του πρώτου και του τρίτου σταδίου και η πλειοψηφία των συναδέλφων μπορεί να συμφωνεί ότι φταίει το θύμα. Σε αυτή την περίπτωση, με την άμεση εμπλοκή της διεύθυνσης το πρόβλημα γίνεται κρίσιμο και η διεύθυνση θα πρέπει να απαλλαγεί είτε από το πρόβλημα είτε από το ίδιο το θύμα (Leymann 1996).

δ) Τέταρτο στάδιο. Στο στάδιο αυτό, το θύμα κατηγορείται για προβληματική προσωπικότητα, ότι υπάρχει δυσκολία στη συνεργασία μαζί του ή ακόμη ότι είναι διανοητικά ασταθές (Leymann 1996). Σκοπός όλων αυτών είναι η παραπλάνηση της διεύθυνσης, ώστε να επιταχυνθεί η διαδικασία και να καταλήξει είτε σε απόλυση είτε σε υποχρεωτική μετακίνηση του θύματος (Leymann 1996). Ολοκληρώνεται με την αποχώρηση του θύματος, το οποίο παρότι μπορεί να αποδείξει σε όλους στον οργανισμό ότι έχει δίκαιο, δεν επιθυμεί να παραμείνει σε τέτοιο αρνητικό και επικίνδυνο εργασιακό περιβάλλον (Leymann 1996). Δυστυχώς, από την άλλη πλευρά, οι ψυχολογικές και σωματικές βλάβες παραμένουν στο θύμα μετά τη φυγή του ή την απόλυση του. Οι θύτες (mobbers) συνεχίζουν να παρενοχλούν τα θύματα δυσφημίζοντας και προκαλώντας ζημιά στην εικόνα τους στην αγορά εργασίας για να δικαιολογήσουν ή να νομιμοποιήσουν την ορθότητα των δικών τους αποφάσεων (Davenport και συν 1999).

1.5.3. Μοντέλο του Einarsen

Ο Einarsen (1999), στηριζόμενος στα αποτελέσματα ερευνών που διεξήγαγε στη Νορβηγία, διακρίνει την παρενόχληση σε τέσσερα στάδια. Το πρώτο στάδιο είναι η *εχθρική συμπεριφορά*, η οποία έχει ως στόχο ένα ή περισσότερα άτομα. Ακολουθεί το δεύτερο που αφορά τον *μαζικό χλευασμό*, όπου το θύμα δεν είναι σε θέση να υπερασπιστεί τον εαυτό του από τις λεκτικές επιθέσεις που δέχεται. Στην συνέχεια, με αφορμή το γεγονός του χλευασμού, δημιουργείται το έδαφος για το *στιγματισμό* του ατόμου, που αποτελεί το τρίτο στάδιο και, τέλος, ακολουθεί το τέταρτο στάδιο, το *τραυματικό βίωμα*, όπου το θύμα υφίσταται τις ψυχικές και σωματικές επιπτώσεις της διαδικασίας αυτής (Einarsen 1999).

1.6. Επιπτώσεις της Ηθικής Παρενόχλησης

Οι επιπτώσεις της ηθικής παρενόχλησης είναι ιδιαίτερα σημαντικές, τόσο για την πνευματική, ψυχολογική και σωματική υγεία του εργαζομένου που την υφίσταται, όσο και για τον ίδιο τον οργανισμό, στο πλαίσιο του οποίου παρατηρούνται τέτοια φαινόμενα (Ferrari 2004, Giga, Hoel & Lewis 2008, Rayner, Hoel & Cooper 2002, Wilson 1991). Αν και δεν είναι ακόμα δυνατόν να αποτιμηθούν ξεκάθαρα όλες οι διαστάσεις του φαινομένου, αφού μόλις πρόσφατα έχει ξεκινήσει η εκτεταμένη μελέτη του, οι πρώτες επιστημονικά τεκμηριωμένες μελέτες δείχνουν ότι τα αποτελέσματα της ηθικής παρενόχλησης μπορεί να αποβούν καταστροφικά (Brodsky 1976, Einarsen & Raknes 1997).

1.6.1. Επιπτώσεις στην υγεία του θύματος

Το φαινόμενο «mobbing» θεωρείται ως ένας σοβαρός κοινωνικός στρεσογόνος παράγοντας (Zapf 1999). Έχει σοβαρές συνέπειες όχι μόνο για εκείνους που το βιώνουν, αλλά και για τις οικογένειες τους, τους οργανισμούς στους οποίους απασχολούνται και, τελικά, για το σύνολο της κοινωνίας (Chappell & DiMartino 2001, Duffy & Sperry 2007).

Το φαινόμενο έχει σοβαρές μακροπρόθεσμες συνέπειες για το άτομο. Η επίδραση που έχει μια επιθετική συμπεριφορά ή οι συνεχείς επιθετικές συμπεριφορές εξαρτώνται, ανάμεσα σε άλλα, και από το ατομικό ιστορικό του θύματος, (τραυματικές εμπειρίες), από την επένδυση που έχει κάνει κανείς στην εργασία του και στην επαγγελματική του ταυτότητα (Wilson 1991, Zapf 1999). Οι συνέπειες της ηθικής παρενόχλησης σχετίζονται άμεσα με την προσωπικότητα των ατόμων καθώς και με την ταυτότητα των ατόμων και τη σχέση μεταξύ τους, από το αν η παρενόχληση ασκείται από ένα άτομο ή από όλη την ομάδα, από τον αν στοχεύει σε ένα μόνο άτομο ή σε περισσότερα και από τη συχνότητα και την ένταση της επίθεσης (Wilson 1991). Πρόκειται για μια «κοινωνική επιδημία» που προκαλεί ψυχολογική αναστάτωση, εργασιακή δυσαρέσκεια, ψυχοσωματικά και κοινωνικά προβλήματα. Θεωρείται ως ένα τραυματικό γεγονός ζωτικής φύσης (Wilson 1991).

Η ηθική παρενόχληση οδηγεί στη διαρκή αποσταθεροποίηση του θύματος, με αποτέλεσμα το θύμα να νιώθει αδύναμο και αβοήθητο, να έχει την αίσθηση της ανικανότητας και να βιώνει έντονη ανασφάλεια, τόσο στο εργασιακό περιβάλλον όσο

και στην προσωπική του ζωή (Bonafons, Jehel, & Coroller-Béquet 2009, Hirigoyen 2002, Kreiner, Sulyok, & Rothenhäusler 2008). Από τη μια, φοβάται και διέπεται από συνεχή ανασφάλεια ότι μπορεί να κάνει λάθος στη εργασία του και, από την άλλη, αμφιβάλει για το αν αντιλαμβάνεται ορθά την επίθεση που δέχεται ή αν είναι προϊόν της φαντασίας του, όπως συχνά του λένε οι γύρω του (Balducci και συν 2009). Το συνεχές άγχος, με το οποίο υποχρεώνεται να ζει το θύμα, μέχρι και την αγωνιώδη αναμονή της επόμενης επίθεσης του θύτη, οδηγεί το άτομο σε αδυναμία συγκέντρωσης, μείωση του κινήτρου για την εργασία και τελικά σε μείωση της απόδοσής του (Hirigoyen 2002). Μελέτες από τη διεθνή βιβλιογραφία καταδεικνύουν ότι η εργασιακή παρενόχληση έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει ή να συμβάλει σε πολλές ψυχοσωματικές και ψυχοπαθολογικές διαταραχές της συμπεριφοράς (Balducci et al 2009, Dikmetaş, Top, & Ergin 2011, Girardi, Monaco, Prestigiacomo, Talamo, Ruberto, & Tatarelli, 2007, Josipović-Jelić, Stoini, & Celić-Bunikić 2005, Kivimäki και συν 2003, Kreiner και συν 2008, Leymann 1996, Leymann & Gustafsson 1996, Meseguer de Pedro, Soler Sánchez, García-Izquierdo, Sáez Navarro, Sánchez Meca 2007, Monaco, Bianco, Di Simone Di Giuseppe, & Prestigiacomo, 2004, Niedhammer, Chastang, & David 2007, Niedhammer, Chastang, David, & Kelleher 2008a, Niedhammer, Chastang, Levy, David, Degioanni, & Theorell 2008b, Rossi & D'Andrea 2001, WHO 2003).

Τα άτομα που υφίστανται συμπεριφορές ηθικής και ψυχολογικής βίας/ παρενόχλησης στην εργασία τους παρουσιάζουν αυξημένες δυσκολίες συνεργασίας, έχουν μειωμένη αντοχή στο άγχος και αισθάνονται σωματική δυσφορία (Dikmetas και συν 2011). Βιώνουν, επίσης, αλλαγές στη συμπεριφορά και στο συναίσθημα, όπως απώλεια όρεξης, απώλεια θέλησης για ζωή και απώλεια χαράς και ευτυχίας, κατάθλιψη, εκρήξεις θυμού, αϋπνίες, παθητικότητα, αγωνία, κλάμα, υπερευαισθησία, σιωπή, άγχος, μειωμένη μνήμη, κόπωση, θυμό, μανία, εκδηλώνουν; σε ορισμένες ακραίες περιπτώσεις, απόπειρα αυτοκτονίας (Groeblichhoff & Becker 1996, Leymann 1996). Επίσης, εκδηλώνουν οργανικά-ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, διαταραχές του πεπτικού συστήματος, πονοκεφάλους, μυϊκούς πόνους, καθώς και εκδηλώσεις συμπεριφορικού χαρακτήρα, όπως διαταραχές διατροφής, επιθετικότητα, κοινωνική απομόνωση (Dikmetas και συν 2011, Groenblinghoff & Becker 1996, Kivimäki, Virtanen, Vartia, Elovainio, Vahtera, & Keltikangas-Järvinen 2003, Kreiner και συν 2008, Leymann 1996,

Moayed, Daraiseh, Shell, & Salem 2006, Monaco και συν 2004, Rogers & Kelloway 1997, Rossi & D'Andrea 2001, Schat & Kelloway 2000, 2003).

Μπορεί, επίσης, να αυξήσει τα συναισθήματα δυσαρέσκειας στην εργασία, να οδηγήσει σε αρνητική στάση και συμπεριφορά απέναντι στον χώρο εργασίας και τελικά να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση και σε αρκετές περιπτώσεις σε παραίτηση (Budd, Arvey, & Lawless 1996). Στην περίπτωση που δεν αντιμετωπιστεί άμεσα η παρενόχληση από την διεύθυνση του οργανισμού και δεν ληφθούν τα απαιτούμενα μέτρα, υπάρχει ο κίνδυνος τα προβλήματα να διογκωθούν, με αποτέλεσμα το άτομο που δέχεται την παρενόχληση να χρειαστεί μακροχρόνια ψυχοφαρμακευτική ή ψυχοθεραπευτική φροντίδα από ειδικούς (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 2001).

Οι συμπεριφορές ηθικής παρενόχλησης μειώνουν σε μεγάλο βαθμό την αυτοεκτίμηση των ατόμων και τους δημιουργούν χαμηλή αυτοπεποίθηση, με αποτέλεσμα να σιωπούν και να μη διαμαρτύρονται όταν υφίστανται συμπεριφορές «mobbing», κατηγορώντας τους εαυτούς τους για την κατάσταση αυτή (Adams & Crawford 1992), καθώς και να οδηγούνται σε κρίσεις πανικού, αϋπνίες και σε καταθλιπτικά επεισόδια (Beasley & Rayner 1997).

Ο Leymann (1996), αντίστοιχα, επισημαίνει ότι οι συνέπειες της παρενόχλησης δεν επηρεάζουν μόνο τα θύματα, αλλά και τις οικογένειές τους, κυρίως όταν τα θύματα, είτε λόγω ηλικίας είτε μη ικανότητας εξεύρεσης νέας εργασίας, δεν οδηγούνται σε παραίτηση και υπομένουν τις παρενοχλήσεις για μεγάλο χρονικό διάστημα (Leymann 1996).

Σύμφωνα με την Hirigoyen (2002), οι επιπτώσεις της ηθικής παρενόχλησης στην υγεία διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται στις άτυπες επιπτώσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν το άγχος, την κατάθλιψη και τις ψυχοσωματικές διαταραχές. Η δεύτερη κατηγορία αναφέρεται στις επιπτώσεις της τραυματικής εμπειρίας, η οποία περιλαμβάνει το μετατραυματικό άγχος, την απομυθοποίηση και την αναβίωση παλιών τραυμάτων. Τέλος, η τρίτη κατηγορία αναφέρεται στις ειδικές επιπτώσεις της ηθικής παρενόχλησης, η οποία περιλαμβάνει τη ντροπή και την ταπείνωση, την απώλεια της ευθυκρισίας, τις ψυχικές αλλοιώσεις και τέλος την άμυνα μέσω της ψύχωσης (Hirigoyen 2002).

Η ψυχολογική/ηθική βία επηρεάζει τα θύματα σε σωματικό-διανοητικό, κοινωνικό-οικονομικό και οικογενειακό επίπεδο, ενώ μπορεί ακόμα να οδηγήσει σε κάποιες περιπτώσεις σε μετατραυματικό σύνδρομο (PostTraumatic Stress Disorder-PTSD). Επισημαίνεται ότι το mobbing, έχει σημαντικές αρνητικές συνέπειες στην υγεία των θυμάτων, στις προσωπικές τους σχέσεις και στις οικογένειες τους (Sperry & Duffy 2009).

Σύμφωνα με τον Zlate (2007) και Cornoiu & Gyorgy (2013), οι επιπτώσεις της ηθικής παρενόχλησης περιγράφονται σε δυο κατευθύνσεις. Η πρώτη κατεύθυνση αναφέρεται στο οργανωσιακό πλαίσιο και αφορά τις επαγγελματικές σχέσεις, την υποβάθμιση της ποιότητας της επικοινωνίας, την εναλλαγή προσωπικού και τις συχνές άδειες ασθένειας. Η δεύτερη κατεύθυνση αναφέρεται στο κοινωνικό πλαίσιο, το οποίο χαρακτηρίζεται από διαταραχή των οικογενειακών σχέσεων, των σχέσεων στις κοινωνικές ομάδες και οργανισμούς (Zlate, 2007 και Cornoiu & Gyorgy 2013).

Πιο πρόσφατα, οι Dikmetas και συν (2011) διαφοροποιούν τις επιπτώσεις της παρενόχλησης σε τέσσερις διαφορετικές φάσεις, ανάλογα με την ένταση και τη συχνότητά τους. Στην *πρώτη φάση*, το θύμα συνήθως κλαίει χωρίς λόγο, βιώνει διαταραχές ύπνου και προβλήματα συγκέντρωσης. Ακολουθεί η *δεύτερη φάση*, στην οποία προστίθενται επιπλέον συμπτώματα τα οποία περιλαμβάνουν αυξημένη αρτηριακή πίεση, στομαχικά προβλήματα, κατάθλιψη, απροθυμία να πάνε στην εργασία τους και αργοπορία στην εργασία στους. Στην *τρίτη φάση* εμφανίζεται πιο σοβαρή κατάθλιψη, παρουσιάζονται κρίσεις πανικού, καθώς και έντονη ανησυχία. Τέλος, στην *τέταρτη φάση*, ο εργαζόμενος παρουσιάζει τάσεις αυτοκτονίας και είναι πιο επιρρεπής σε ατυχήματα. Τα συμπτώματα και τα προβλήματα υγείας των εργαζομένων λόγω του «φαινομένου mobbing» συνήθως παραβλέπονται, δεν αποτρέπονται και δεν βελτιώνονται, σύμφωνα πάντα με τους συγγραφείς (Dikmetas και συν 2011).

1.6.2 Επιπτώσεις στο εργασιακό περιβάλλον του δημόσιου τομέα

Οι σοβαρές επιπτώσεις της ηθικής παρενόχλησης στον χώρο εργασίας δεν περιορίζονται αποκλειστικά και μόνο στο ίδιο το θύμα, αλλά επεκτείνονται και στον οργανισμό/υπηρεσία, όπου εκδηλώνονται τέτοιου είδους φαινόμενα. Υπονομεύεται η

οργανωτική και ομαδική παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα των δημόσιων υπηρεσιών (Serafeimidou & Dimou 2016).

Συγκεκριμένα αναφέρονται κυρίως: α) το οικονομικό κόστος για την αποζημίωση των παρενοχλημένων που καταφεύγουν σε παραίτηση και το κόστος πρόσληψης νέων υπαλλήλων προς αντικατάσταση αυτών που αποχώρησαν και β) το επιπρόσθετο κόστος της πολύτιμης εμπειρίας και γνώσης που στερούν από τον οργανισμό τα θύματα με την παραίτησή τους (Einarsen και συν 1994). Ο οικονομικός αντίκτυπος για τις επιχειρήσεις είναι σημαντικός, καθώς το επίπεδο απόδοσης ενός εργαζόμενου που υφίσταται ηθική παρενόχληση δύναται να μειωθεί αισθητά, ιδίως όσον αφορά τις ικανότητες του, τις αντιστάσεις του στο εργασιακό άγχος και την προσοχή του, με συχνό αποτέλεσμα την εκδήλωση ψυχικής ή σωματικής ασθένειας. Το ως άνω μεταφράζεται σε αύξηση των δαπανών λόγω μακροχρόνιας απουσίας για λόγους υγείας (αναρρωτικές άδειες), πρόωρης συνταξιοδότησης και, κατά συνέπεια, πτώση της παραγωγικότητας και ταυτόχρονη αύξηση του κόστους λειτουργίας τους (Abrams & Robinson 2002, Arcangeli, Giorgi, Ferrero, Mucci, & Cupelli 2014, Hoel και συν 2003, Zapf και συν 1996). Πέρα από την αποδοτικότητα, το mobbing επηρεάζει αρνητικά και την ποιότητα του παραγόμενου έργου μιας υπηρεσίας (Κοΐνης και συν 2016, 2017).

Επιπρόσθετα, η μείωση της παραγωγικότητας, οδηγεί σε ελλιπή εξυπηρέτηση των πολιτών, σε κλονισμό του πολίτη στη Δημόσια Διοίκηση, στην αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας των δημόσιων υπηρεσιών, σε πλήγμα της φήμης της υπηρεσίας (Ege 2007, Ferrari 2004, Heames & Harvey 2006). Επίσης, οδηγεί στην πτώση του ηθικού των δημοσίων υπαλλήλων και στην επικράτηση της ανασφάλειας, στην πιθανότητα λαθών από το θύμα, στον κίνδυνο δολιοφθορών από τον θύτη. Το κόστος του mobbing στο δημόσιο τομέα, σε συνδυασμό με το κόστος της διερεύνησης καταγγελιών και κίνησης πειθαρχικών, είναι πολλαπλό (Ege 2007, Ferrari 2004, Heames & Harvey 2006). Επίσης, η εργασιακή ψυχολογική κακομεταχείριση διαβρώνει το κεφάλαιο που λέγεται ανθρώπινο δυναμικό της επιχείρησης, γιατί στην πραγματικότητα δηλητηριάζει όλο το εργασιακό κλίμα και όχι μόνο τον εργαζόμενο-στόχο (Einarsen & Skogstad 1996, Hirigoyen 2002, Spector, Dwyer & Jex 1988). Συνεπώς, ο εργαζόμενος/θύμα, στοιχίζει πολύ ακριβά στο δημόσιο.

1.6.3. Επιπτώσεις στους «μάρτυρες» (side-mobbers)

Εκτός από μεμονωμένα άτομα, η παρενόχληση πλήττει, επίσης, σε μεγάλο βαθμό και ομάδες ατόμων στον χώρο εργασίας και συναδέλφους. Όταν οι συνάδελφοι γίνονται μάρτυρες της άδικης και απαράδεκτης μεταχείρισης του θύματος από το θύτη και για οποιονδήποτε λόγο δεν μπορούν να αντιδράσουν, έχει ως αποτέλεσμα να υπόκεινται και αυτοί στις επιπτώσεις του φαινομένου. Οι επιπτώσεις παρουσιάζονται με τη μορφή μειωμένης αποτελεσματικότητας και παραγωγικότητας, γενικότερη αίσθηση ανασφάλειας, επίταση των προβλημάτων συνεργασίας, ψηλά ποσοστά απουσίας λόγω ασθενείας (Moayed και συν 2006, Pranjić, Maleš-Bilić, Beganlić & Mustajbegović 2006), ενίσχυσης της επικριτικής στάσης απέναντι στον εργοδότη, καταχρήσεων, παραίτησης του προσωπικού, γενικότερης αίσθησης δυσφορίας, μεγέθυνσης μικροπροβλημάτων, χαμηλότερη ικανοποίηση από την εργασία (Mathisen, Einarsen, & Mykletun 2008) και συνέχιση της αναζήτησης νέων εξιλαστήριων θυμάτων (Lutgen-Sandvik και συν 2007).

Οι συνάδελφοι σπανίως υποστηρίζουν το θύμα αφενός λόγω εργασιακής ανασφάλειας και για να προστατέψουν τη θέση και την επαγγελματική τους εξέλιξη και αφετέρου από φόβο μήπως γίνουν στόχοι και οι ίδιοι. Σύμφωνα με τον Leymann (1996), αυτές οι συμπεριφορές των μαρτύρων, οι οποίες δεν στρέφονται γύρω από την παροχή υποστήριξης στα θύματα, δεν μεταφράζονται ως απάθεια, αλλά θεωρείται ότι αποτελούν συμπεριφορές και αισθήματα φόβου των μαρτύρων προς τη διεύθυνση του οργανισμού. Μελέτη της Vartia (2001) αναφέρει ότι οι μάρτυρες της ηθικής παρενόχλησης ένιωθαν γενικό άγχος σε ποσοστό 9%, και επιπλέον παρουσίασαν ψυχολογικές αντιδράσεις σε ποσοστό 23%. Παρόμοια αποτελέσματα επισημάνθηκαν σε έρευνα της UNISON, όπου έδειξε ότι το 70% ένιωθαν στρες, λόγω της παρενόχλησης στο περιβάλλον εργασίας τους και το 22% των μαρτύρων παραιτήθηκαν.

1.7. Χαρακτηριστικά Γνωρίσματα του Θύματος/Θύτη

1.7.1. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα του Θύματος

Πολλές φορές, έχει τεθεί το ερώτημα σχετικά με το αν υπάρχει ένα ψυχολογικό προφίλ που προκαθορίζει ποια άτομα είναι πιθανότερο να βρεθούν στη

θέση του θύματος. Οποιοσδήποτε μπορεί να πέσει θύμα της ηθικής παρενόχλησης στο χώρο που εργάζεται, αν και πολλοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν ότι αυτά τα προβλήματα αφορούν σε ευάλωτα ή με μια ιδιαίτερη παθολογία άτομα (Καρακιουλάφη 2005). Αν και δεν υπάρχει χαρακτηριστικό ψυχολογικό προφίλ των ατόμων που παρενοχλούνται, εντούτοις, αναμφισβήτητα υπάρχουν επαγγελματικά πλαίσια που η ηθική παρενόχληση αναπτύσσεται ευκολότερα (Hirigoyen 2002). Υπάρχουν, επίσης, καταστάσεις κατά τις οποίες τα άτομα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να βρεθούν στο στόχαστρο. Οι Carnero, Martínez και Sánchez-Mangas (2010) αναφέρουν ότι τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου δεν διαδραματίζουν σημαντικό και καθοριστικό παράγοντα στην εκδήλωση του φαινομένου ηθικής παρενόχλησης, όσο τα χαρακτηριστικά και οι συνθήκες εργασίας. Κάποιο εργαζόμενοι κινδυνεύουν περισσότερο να γίνουν στόχος παρενόχλησης, όταν ενοχλούν ένα άλλο άτομο ή την ισορροπία της ομάδας (Τζαμαλούκα 2007, Hirigoyen 2002). Σύμφωνα με τους Duffy και Sperry (2007), το εχθρικό περιβάλλον του προσωπικού ενός οργανισμού και των μάνατζερ, οι μη υποστηρικτικές κουλτούρες μπορεί να γίνουν αρκετά επικίνδυνες για υπαλλήλους με προβλήματα διαταραχής προσωπικότητας ή υπαλλήλους που δεν έχουν αντοχή στις στρεσογόνες καταστάσεις, περιπτώσεις που είναι πιθανόν να συμβεί ηθική παρενόχληση. Πρόσθετα, οι Matthiesen, Einarsen και Mykletun (2008) υποστηρίζουν ότι υφίστανται συγκεκριμένοι παράγοντες της προσωπικότητας των ατόμων, οι οποίοι μπορεί να παίζουν καθοριστικό ρόλο στην επιλογή του θύματος, όπως άτομα με σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας και ψυχολογικά προβλήματα (Duffy & Sperry 2007, Matthiesen και συν 2008).

Σύμφωνα με τις παραπάνω αναφορές, υπάρχουν καταστάσεις που δίνουν την αφορμή για παρενόχληση, καθώς και επαγγελματικά πλαίσια, όπου η ηθική παρενόχληση μπορεί να αναπτυχθεί ευκολότερα, τα οποία παρουσιάζονται παρακάτω:

- 1. Τα πολύ ικανά άτομα:** Στην περίπτωση αυτή, οι προϊστάμενοι που δεν αισθάνονται αρκετά σίγουροι για τον εαυτό τους φοβούνται τα πολύ ανεξάρτητα άτομα ή τα άτομα που έχουν έντονη προσωπικότητα, ανησυχώντας μήπως τονιστεί η δική τους ανεπάρκεια (Hoel & Salin 2003). Ορισμένα άτομα, εξαιτίας της προσωπικότητάς τους, πιθανότατα να επισκιάσουν ένα ανώτερο ή συνάδελφό τους (Hoel & Salin 2003).

2. **Άτομα που δεν έχουν τα τυπικά χαρακτηριστικά της ομάδας:** Αυτή η διαφορετικότητα μπορεί αφενός να αφορά ορατές διαφορές, όπως είναι το φύλο, ή το χρώμα του δέρματος, και αφετέρου μπορεί να αφορά και μη διακριτές διαφορές που δύσκολα εντοπίζονται από άλλους (Namie & Namie 2000, Zapf & Einarsen 2005).
3. **Άτομα που δεν έχουν αναπτύξει τις κατάλληλες συμμαχίες ή δεν ανήκουν στο σωστό δίκτυο:** Πρόκειται για άτομα που δεν έχουν συμμαχίες στο εργασιακό χώρο ή που δεν είναι δικτυωμένα. Άτομα μοναχικά από τη φύση τους ή απομονωμένα από το κοινωνικό περιβάλλον και άτομα που παρουσιάζουν ψηλά επίπεδα εσωστρέφειας και δυσκολία έκφρασης του εαυτού τους, είναι πιθανόν να χαρακτηρίζονται από την εκδήλωση αντικοινωνικής συμπεριφοράς, γεγονός που τα καθιστά επιρρεπή και ευάλωτα στους επίδοξους θύτες τους (Zapf 1999).
4. **Άτομα που αντιστέκονται στη χειραγώγηση:** Πρόκειται για άτομα που αντιστέκονται στη γοητεία ενός κυριαρχικού προϊστάμενου ή συναδέλφου. Για παράδειγμα, αντιστέκονται στη χειραγώγηση τα πολύ έντιμα άτομα, οι πολύ ευσυνείδητοι ή οι πολύ δυναμικοί εργαζόμενοι (Hirigoyen 2002).
5. **Τα λιγότερα αποδοτικά άτομα:** Πρόκειται για άτομα που δεν είναι αρκετά ικανά, αρκετά γρήγορα ή καθυστερούν να προσαρμοστούν εύκολα. Τα άτομα αυτά εύκολα μπορεί να τα κατηγορήσουν όχι μόνο οι ανώτεροι αλλά και οι συνάδελφοι τους, να τα απομονώσουν και στη συνέχεια να τα απορρίψουν, εξαιτίας του ότι θεωρούν ότι βλάπτουν την απόδοση του συνόλου (Zapf & Einarsen 2003).
6. **Άτομα που περνούν μια δύσκολη φάση:** Πρόκειται για άτομα που περνούν μια απώλεια, μια σοβαρή ασθένεια στην οικογένεια, ένα χωρισμό, με αποτέλεσμα το επαγγελματικό περιβάλλον να επωφελείται από αυτή την αδυναμία (Coyne και συν 2000, Hirigoyen 2002).
7. **Οι προστατευμένοι υπάλληλοι:** Πρόκειται για άτομα που για διάφορους λόγους είναι ή θεωρούνται ότι είναι λιγότερο αποτελεσματικά όπως είναι για παράδειγμα οι έγκυοι και τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Coyne και συν 2000).
8. **Τα υπερβολικά ευσυνείδητα και αφοσιωμένα άτομα:** Τα πολύ αφοσιωμένα άτομα στη δουλειά τους, με πολύ ανεπτυγμένο το αίσθημα

ηθικής (υπερβολικά έντιμα σε σχέση με την ομάδα), αποτελούν συχνά στόχο εκδήλωσης συμπεριφορών ψυχολογικής βίας (Hirigoyen 2002).

9. Τα ευαίσθητα άτομα: Άτομα ντροπαλά, συναισθηματικά και συχνά αγχώδη είναι επιρρεπή στις κρίσεις συνείδησης και ευσυγκίνητα στις αντιδράσεις των άλλων. Για τους λόγους αυτούς, αν παρενοχληθούν, μπορεί να αποσταθεροποιηθούν και να οδηγηθούν σε ψύχωση. Η υπερευαίσθησία και η απογοήτευση που παρουσιάζουν ευνοεί την παρενόχληση (Hirigoyen 2002, Zapf & Einarsen 2003).

10. Η επιτακτική ανάγκη αναγνώρισης: Στις σύγχρονες συνθήκες ζωής, τα άτομα είναι όλο και περισσότερα μόνα τους, με αποτέλεσμα η επαγγελματική τους ζωή και η καριέρα τους να αποτελεί το σημαντικότερο μέρος της ζωής τους. Όταν, όμως, υπάρχει μεγάλη συναισθηματική επένδυση στην δουλειά, σε περίπτωση απομάκρυνσης ή εξαίρεσης προκαλείται «ναρκισσιστική κατάρρευση», όπως αποκαλείται στην γλώσσα της ψυχολογίας (Harvey, Heames, Richey, & Leonard 2006).

11. Άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση: Πρόκειται για άτομα που έχουν απόλυτη ανάγκη να αναγνωριστούν μέσω της δουλειάς τους. Τα άτομα που δεν έχουν μεγάλη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, αλλά χάρη στη δουλειά τους κατάφεραν να αναγνωριστούν, αποσταθεροποιούνται όταν υποτιμηθεί η δουλειά τους. Αντίθετα, άτομα που δεν έχουν επενδύσει στην δουλειά τους σε πολύ μεγάλο βαθμό, δεν θα προσβληθούν από αυτές τις συμπεριφορές (Coynne και συν 2000, Harvey και συν 2006, Zapf & Einarsen 2003).

1.7.2. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα του Θύτη

Είναι δύσκολο να διερευνηθούν τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του θύτη στο εργασιακό χώρο και η ανάδειξη του, ως θύτη, συνήθως βασίζεται σε μαρτυρίες των θυμάτων (Einarsene και συν 1994, Zapf & Einarsen 2003). Ορισμένοι θύτες έχουν περιγράψει τον εαυτό τους ως άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση, υψηλό κοινωνικό άγχος και επιθετικότητα (Einarsen και συν 1994), καθώς και με χαμηλή κοινωνική δεξιότητα (έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου και έλλειψη αυτο-αξιολόγησης) (Zapf

& Einarsen 2003). Αναφέρεται ότι προδιαθεσικοί παράγοντες του ατόμου σε σχέση με τυραννική συμπεριφορά έχουν, επίσης, θεωρηθεί ως παράγοντες που οδηγούν στον εκφοβισμό. Αυτοί οι παράγοντες αφορούν στον οργανισμό (γραφειοκρατική προσέγγιση), στους υφιστάμενους (στο μέσο άνθρωπο δεν αρέσει η εργασία, έλλειψη φιλοδοξίας, αποφυγή ευθυνών, προτίμηση καθοδήγησης), στον εαυτό (αυτοεκτίμηση) και στις προτιμήσεις των εργαζόμενων για την ανάληψη δράσης (ανοχή) (Ashforth 1994). Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι η βίαιη συμπεριφορά του δράστη/θύτη, προέρχεται από διαταραχή της προσωπικότητάς του, η οποία πηγάζει από την πρώιμη παιδική του ηλικία (Brodsky 1976, Randall 1997). Πρόσθετα, υπογραμμίζεται ότι ο θύτης χαρακτηρίζεται από απροκάλυπτη μεροληψία και θεωρείται ως άτομο που πιστεύει στην ελεύθερη έκφραση, ακόμη και αν αυτό περιλαμβάνει την πρόκληση δυσφορίας ενός υφιστάμενου ή ενός προϊστάμενου και, τέλος, περιγράφεται ως άτομο που έχει κίνητρο την επίδειξη δύναμης (Brodsky 1976). Τέλος, η Hirigoyen (1998) υποστηρίζει ότι: *«ο δράστης είναι μια προσωπικότητα που ικανοποιείται πληγώνοντας τους συνανθρώπους του και αναπτύσσει την αυτοεκτίμηση του, μεταφέροντας στους άλλους τον πόνο που αδυνατεί να αισθανθεί, αλλά και τις εσωτερικές του αντιθέσεις που αρνείται να επεξεργαστεί»* (Hirigoyen 1998).

1.8. Δημόσιος- Ιδιωτικός Τομέας και Ηθική Παρενόχληση

Λαμβάνοντας υπόψη τα ευρήματα σχετικών ερευνών, έχει προκύψει ότι η ψυχολογική παρενόχληση υπερέχει αναλογικά στον δημόσιο τομέα σε σχέση με τον ιδιωτικό (Ege 2007, Hirigoyen 2012, Shallcross και συν 2008). Στον δημόσιο τομέα, η παρενόχληση επιμένει για μεγάλα χρονικά διαστήματα, όπου το θύμα συχνά δεν μπορεί να αντιδράσει, με αποτέλεσμα να νοσεί ψυχικά ή/και οργανικά. Σύμφωνα με την Hirigoyen (2012), στον ιδιωτικό τομέα κρούσματα ηθικής παρενόχλησης συμβαίνουν λιγότερο συχνά, εξαιτίας του ότι οι απουσίες των εργαζομένων μειώνουν την κερδοφορία των επιχειρήσεων, με αποτέλεσμα να δίνονται λιγότερα ερεθίσματα για την ανάπτυξη και εκδήλωση τέτοιων συμπεριφορών. Στον δημόσιο τομέα, όπως ήδη αναφέρθηκε, η ψυχολογική/ηθική παρενόχληση των δημοσίων υπαλλήλων μπορεί να διαρκέσει αρκετά χρόνια, με συνέπεια η παρενόχληση να προκαλεί οδυνηρές επιπτώσεις στην προσωπικότητα και γενική υγεία των ατόμων. (Κατραμάδου 2005, Hirigoyen 2002). Στον ιδιωτικό τομέα, τέτοιου είδους

συμπεριφορές παρενόχλησης δεν διαρκούν συνήθως πάνω από ένα έτος, έχουν βίαιο και απορριπτικό χαρακτήρα και επιδιώκουν την παραίτηση του εργαζόμενου. Όσον αφορά το φύλο, οι γυναίκες δημόσιοι υπάλληλοι πλήττονται πολύ περισσότερο από το φαινόμενο της ηθικής/ψυχολογικής παρενόχλησης, συγκριτικά με τους άντρες δημόσιους υπαλλήλους (Eurofound/EurWORK 2015).

Τα τελευταία χρόνια, έρευνες σε δημόσιους υπαλλήλους για την ηθική παρενόχληση στους χώρους εργασίας τους που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορες χώρες, όπως στην Τουρκία (Bilgel, Aytaç, & Bayram 2006, Yildirim & Yildirim 2007), την Κροατία (Russo και συν 2008), το Ηνωμένο Βασίλειο (Carter, Thompson, Crampton, Morrow, Burford, Gray, & Illing, 2013, Lewis, Sheehan, & Davies, 2008), την Αυστραλία (Hutchinson & Jackson 2015), τη Νορβηγία (Nielsen, Skogstad, Matthiesen, Glasø, Aasland, Notelaers, & Einarsen 2009), τη Μαλαισία (Omar, Mokhtar, & Hamzah 2015) και, τέλος, την Τσέχικη Δημοκρατία, τη Φιλανδία και την Αυστρία (Eurofound/EurWORK, 2015), έδειξαν αυξημένα ποσοστά εργασιακής παρενόχλησης στον δημόσιο τομέα.

Σε έκθεση του Eurofound/EurWORK (2015), η οποία είχε ως θέμα την παρενόχληση και την βία στους εργασιακούς χώρους της Ευρώπης των 28 (EU28) καθώς και της Νορβηγίας, αναδύεται το συμπέρασμα ότι, ενώ μειώνεται η σωματική βία από 5% το 2005 σε 2% το 2010, εξακολουθούν σταθερά να υπάρχουν η λεκτική και η ψυχολογική παρενόχληση. Στην ίδια έκθεση αναφέρεται ότι ένα μεγάλο σχετικά ποσοστό (14%) των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα, μόνο το έτος 2010, έχει πέσει θύματα παρενόχλησης και βίας (Eurofound/EurWORK, 2015). Η Φιλανδία, η Νορβηγία, η Αυστρία και η Τσεχία, σύμφωνα με την ίδια έκθεση, εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ηθικής παρενόχλησης (πάνω από 20%). Στην Ευρώπη του Νότου, το ποσοστό είναι μικρότερο, με την Ελλάδα να είναι στο 11,2%, την Κύπρο στο 6% και την Κροατία στο 12%. Στην Ιαπωνία, αντίθετα, έρευνες σε διάφορες περιοχές της χώρας τα ποσοστά της ηθικής παρενόχλησης κυμαίνονται χαμηλά από 4% έως 9% (Tsunō, Kawakami, Inoue, & Abe, 2010). Σύμφωνα με τα πορίσματα του Eurofound/EurWORK (2015), τα χαμηλά σχετικά ποσοστά στην Ευρώπη του Νότου ερμηνεύονται ως αποτέλεσμα έλλειψης πληροφόρησης και γνώσης του φαινομένου «*Mobbing*».

Παρατηρείται, ότι οι εργαζόμενοι σε τομείς, όπως η υγεία, η κοινωνική εργασία, η δημόσια διοίκηση, έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποστούν

mobbing. Ειδικά, οι τρεις άνω τομείς εμφανίζουν πολύ υψηλό ποσοστό κρουσμάτων στις Ευρωπαϊκές χώρες (Δημόσια Διοίκηση: πάνω από 20%, Υγεία-Κοινωνική Εργασία: πάνω από 20%), συγκριτικά με τους άλλους τομείς του δημοσίου, γιατί οι εργαζόμενοι σε αυτούς τους χώρους εργασίας έρχονται καθημερινά σε επαφή με πολίτες, με αποτέλεσμα η τριβή αυτή να δημιουργεί πρόσφορο έδαφος για πυροδότηση συμπεριφορών ηθικής και ψυχολογικής παρενόχλησης (Gall up Europe, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

Διεθνής και Ευρωπαϊκή Νομοθεσία

2.1. Νομοθετική Παρέμβαση σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο

Μέχρι σήμερα, δεν έχει υπάρξει κάποια ρητή και αυστηρή ρύθμιση, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, για την άμεση απαγόρευση της ηθικής παρενόχλησης και, συνεπώς, η μήνυση από το θύμα κατά του εργοδότη είναι πολύ δύσκολη. Πρόκειται για μια διαδικασία μακρά και οδυνηρή (Hirigoyen, 2002).

Ωστόσο, ένα ψήφισμα που εγκρίθηκε από τη *Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών*, ως παράρτημα της διακήρυξης των θεμελιωδών αρχών της δικαιοσύνης σχετικά με τα θύματα της εγκληματικότητας και τα θύματα της κατάχρησης εξουσίας, ορίζει τα θύματα της κατάχρησης εξουσίας ως εξής : «*Με τον όρο «θύματα» νοούνται τα άτομα που έχουν υποστεί, είτε ατομικά είτε ομαδικά, βλάβη, κυρίως ζημιά στη σωματική και πνευματική τους ακεραιότητα, ηθική οδύνη, υλική απώλεια ή σοβαρή ζημιά στα θεμελιώδη δικαιώματά τους λόγω ενεργειών ή παραλείψεων που δε συνιστούν παραβίαση της εθνικής ποινικής νομοθεσίας αλλά αποτελούν παραβιάσεις των διεθνών προδιαγραφών όσων αφορά τα ανθρώπινα δικαιώματα*» (Yamada, 2000).

Αναλυτικότερα, στον εργατικό κώδικα της *Γαλλίας* δεν προβλέπεται καμία προστασία για τα θύματα της ηθικής παρενόχλησης. Υπάρχει μόνο ο όρος

«ανάρμοστη συμπεριφορά» σε σχέση με την εξουσία του εργοδότη (Yamada 2000): «Καταρχάς, ο τύπος συμπεριφοράς που αντιμετωπίζεται εδώ και αφορά την ιδιωτική ζωή του εργαζόμενου δεν δικαιολογεί απόλυση. Όμως, η πραγματικότητα είναι διαφορετική, όταν τα αλληπάλλληλα γεγονότα δημιουργούν αναστάτωση στην επιχείρηση. Η επαναλαμβανόμενη ανάρμοστη συμπεριφορά ενός εργαζόμενου απέναντι σε γυναίκες συναδέλφους του δικαιολογεί απόλυση λόγω σοβαρού σφάλματος» (Yamada 2000).

Στη Σουηδία, η ηθική παρενόχληση στην επιχείρηση αποτελεί αδίκημα από το 1993. Το ίδιο ισχύει στη Γερμανία, στις ΗΠΑ, στην Ιταλία και στην Αυστραλία. Στην Ελβετία, στο πλαίσιο μιας ιδιωτικής επιχείρησης, εφαρμόζονται ο ομοσπονδιακός νόμος περί εργασίας σχετικά με τα μέτρα υγιεινής και προστασίας της υγείας, καθώς και το άρθρο 328 του Κώδικα των υποχρεώσεων που αφορούν την προστασία της προσωπικότητας του εργαζόμενου ή της εργαζόμενης (Yamada, 2000): «Ο εργοδότης οφείλει να πάρει όλα τα απαραίτητα μέτρα προκειμένου να διασφαλίσει και να βελτιώσει την προστασία της υγείας και να εγγυηθεί τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων. [...] Η καταπολέμηση της παρενόχλησης πρέπει να ενταχθεί σε αυτά τα μέτρα, εφόσον η παρενόχληση θέτει σε κίνδυνο τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου που παρενοχλείται» (Yamada 2000).

Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, η εκτίμηση του φαινομένου και των αρνητικών συνεπειών του έχει προχωρήσει αρκετά και προωθούνται συνεχώς πρωτοβουλίες σε πολλά και διαφορετικά επίπεδα για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή του. Η Ευρωπαϊκή Οδηγία 89/391/ΕΟΚ του Συμβουλίου της 12ης Ιουνίου 1989 έχει ως αντικείμενο την εφαρμογή μέτρων για την προαγωγή της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων κατά την εργασία και εισάγει την έννοια της ευθύνης του εργοδότη αναφορικά με την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων ως προς όλες τις πτυχές της εργασίας και την υποχρέωση να εκτιμά τους κινδύνους για την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων και να φροντίζει για την αποφυγή και καταπολέμησή τους.

Επιπλέον, οδηγίες σχετικά με την ίση μεταχείριση στον εργασιακό χώρο είναι η Οδηγία 2000/43/ΕΚ του Συμβουλίου της 29ης Ιουνίου 2000, περί εφαρμογής της αρχής της ίσης μεταχείρισης προσώπων ασχέτως φυλετικής ή εθνικής τους καταγωγής και η Οδηγία 2000/78/ΕΚ του Συμβουλίου της 27ης Νοεμβρίου 2000, για τη διαμόρφωση γενικού πλαισίου για την ίση μεταχείριση στην απασχόληση και την εργασία (Hirigoyen, 2002).

Επιπλέον, το *Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο* ασχολήθηκε με το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης στους οργανισμούς των κρατών - μελών, αναγνωρίζοντας ότι πρέπει επειγόντως να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στο πρόβλημα και να καταβληθούν περισσότερες προσπάθειες για την εξεύρεση νέων τρόπων καταπολέμησής του. Στο αντίστοιχο ψήφισμα (2001/2339) εφίσταται η προσοχή των εταίρων στο γεγονός ότι ο αυξανόμενος αριθμός συμβάσεων εργασίας ορισμένου χρόνου και ο επισφαλής χαρακτήρας της απασχόλησης, ιδιαίτερα στην περίπτωση των γυναικών, δημιουργούν ευνοϊκές προϋποθέσεις για διάφορες μορφές παρενόχλησης. Παράλληλα, δίνεται προσοχή στα καταστροφικά αποτελέσματα της παρενόχλησης για τη σωματική και ψυχική υγεία των θυμάτων της και, κατ' επέκταση, των οικογενειών τους, τα οποία συχνά χρειάζονται ιατρική και ψυχοθεραπευτική φροντίδα και οδηγούνται γενικά σε μακροχρόνια απουσία από την εργασία λόγω ανικανότητας προς εργασία ή αναγκάζονται να παραιτηθούν. Επιπλέον λόγος γίνεται για τη μεγαλύτερη ευαλωτότητα των γυναικών εργαζομένων σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους και τονίζεται η σημαντική συμβολή της λήψης μέτρων κατά της παρενόχλησης στην επιδίωξη υψηλότερης ποιότητας και καλύτερων κοινωνικών σχέσεων στους χώρους εργασίας. Με το ψήφισμα αυτό, το Συμβούλιο και η Επιτροπή καλούνται, επιπλέον, να συμπεριλάβουν ποσοτικούς δείκτες όσον αφορά την ηθική παρενόχληση στους χώρους εργασίας, καθώς και δείκτες για την ποιότητα της εργασίας, οι οποίοι θα τεθούν υπόψη του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου. Τα κράτη - μέλη καλούνται να επανεξετάσουν την ισχύουσα νομοθεσία τους και εν ανάγκη να τη συμπληρώσουν, καθώς επίσης να αναθεωρήσουν και να τυποποιήσουν τον ορισμό της ηθικής παρενόχλησης. Συνίσταται στα κράτη μέλη να υποχρεώσουν τις επιχειρήσεις, τις κρατικές αρχές και τους κοινωνικούς εταίρους να εφαρμόσουν αποτελεσματικές πολιτικές πρόληψης, να προβλέψουν σύστημα ανταλλαγής εμπειριών και να καθορίσουν διαδικασίες κατάλληλες για την επίλυση του προβλήματος των θυμάτων και για την αποφυγή της επανάληψής του. Στο πλαίσιο αυτό, συνιστά τη βελτίωση της ενημέρωσης και της κατάρτισης των εργαζομένων, των διοικητικών στελεχών, των κοινωνικών εταίρων και των ιατρών της επιχείρησης, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα. Εφιστά, επίσης, την προσοχή στη δυνατότητα διορισμού έμπιστου συμβούλου στο χώρο εργασίας, στον οποίο θα μπορούν να απευθύνονται οι εργαζόμενοι εφόσον το επιθυμούν. Τέλος, τονίζεται η σημασία της περαιτέρω έρευνας του φαινομένου της παρενόχλησης στους χώρους εργασίας, ενώ οι κοινωνικοί εταίροι καλούνται να αναπτύξουν, τόσο σε εθνικό όσο και σε κοινοτικό

επίπεδο, οικείες στρατηγικές για την καταπολέμηση της παρενόχλησης και της άσκησης βίας στο χώρο εργασίας και να προβούν σε σχετική ανταλλαγή απόψεων βάσει της αρχής της "βέλτιστης πρακτικής". Στις πρωτοβουλίες αυτές εκ μέρους του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου συνέβαλε ένας μεγάλος αριθμός ερευνών των τελευταίων χρόνων σχετικά με τις επιπτώσεις της ηθικής παρενόχλησης στον εργασιακό χώρο. Από τις έρευνες αυτές, προέκυπτε ότι ένα μεγάλο ποσοστό Ευρωπαίων εργαζομένων (το 8% του εργαζόμενου πληθυσμού, δηλαδή περίπου 12.000.000 άνθρωποι) έχουν υπάρξει θύματα παρενόχλησης στην εργασία τους, εκ των οποίων η πλειοψηφία απασχολείται στον τομέα υπηρεσιών, όπως η δημόσια διοίκηση και οι τράπεζες (Leather 2001).

Όλα αυτά είχαν ως αποτέλεσμα να βγει σχετική ανακοίνωση με τίτλο «Προσαρμογή στις αλλαγές που έχουν γίνει στην εργασία και την κοινωνία: μία νέα Κοινοτική στρατηγική για την υγεία και την ασφάλεια 2002-2006», τονίζοντας πλέον την ανάγκη για τη θέσπιση ενός ενιαίου νομοθετικού πλαισίου για τα κράτη-μέλη της E.E. (Paoli & Merllie 2000). Στο κείμενο αυτό αναφέρεται ότι: *«Η αύξηση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και ασθενειών θέτει μία νέα πρόκληση για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία και πιέζει προς τη βελτίωση της ευεξίας στον χώρο της εργασίας. Οι ποικίλες μορφές ψυχολογικής παρενόχλησης και βίας στην εργασία θέτουν σήμερα έναειδικό πρόβλημα, απαιτώντας νομοθετική δράση. Οποιαδήποτε δράση αυτής της μορφής είναι δυνατόν να θεμελιωθεί στο κεκτημένο των πρόσφατων οδηγιών που πηγάζουν από το άρθρο 13 της Ευρωπαϊκής Συνθήκης, στις οποίες ορίζεται η έννοια της παρενόχλησης και προβλέπονται οι τρόποι επανόρθωσης. Η Επιτροπή θα εξετάσει την καταλληλότητα και το πεδίο εφαρμογής ενός Κοινοτικού μέσου για την ψυχολογική παρενόχληση και βία στην εργασία»* (Paoli & Merllie 2000).

2.2. Νομοθετική Παρέμβαση σε Εθνικό Επίπεδο

Σε εθνικό επίπεδο, στην Ελλάδα υπάρχει ειδικό νομοθετικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης. Μια πρώτη προσέγγιση προς την ανεύρεση νομικής βάσης για την αποτελεσματική προστασία των θυμάτων από την ψυχολογική βία στο χώρο εργασίας αποτελούν οι *Γενικές Διατάξεις του Αστικού Κώδικα*. Η ηθική παρενόχληση συνιστά αναμφίβολα μια συμπεριφορά που προσβάλλει το δικαίωμα του ατόμου στην προσωπικότητα. Σύμφωνα με το άρθρο

57AK καθέννας έχει δικαίωμα να απαιτήσει την άρση κάθε παράνομης προσβολής της προσωπικότητάς του. Η ως άνω προσβολή δύναται να εγείρει αξίωση αποζημίωσης σύμφωνα με τις περί αδικοπραξίας διατάξεις (Άρθρα 914 και 932 Α.Κ.) (Πίνη 2006). Αν και οι διατάξεις αυτές θα μπορούσαν να αποτελέσουν τη νομική βάση μίας αγωγής για ηθική παρενόχληση, ωστόσο δεν είναι βέβαιο κατά πόσο θα μπορούσαν να προσφέρουν και ένα επαρκές επίπεδο έννομης προστασίας, δεδομένης κυρίως της γενικής τους φύσης καθώς επίσης και του γεγονότος ότι η έκβαση της αντιδικίας θα βασιζόταν αποκλειστικά και μόνο στην απόδειξη. Λαμβανομένης υπόψη της δυσκολίας του να στραφεί ένας μεμονωμένος εργαζόμενος κατά ενός φορέα εργασίας ή μίας συγκεκριμένης ομάδας ή προσώπου αυτού του φορέα (όπου στατιστικά τις περισσότερες φορές στην περίπτωση της ηθικής παρενόχλησης θα βρεθεί αντιμέτωπος είτε με κάποιον ιεραρχικά ανώτερο είτε με τον ίδιο το φορέα εργασίας), είναι εύληπτο, ότι το επίπεδο νομικής προστασίας που θα του προσφέρεται θα πρέπει να είναι επαρκές (π.χ. να φέρει ο κατηγορούμενος το βάρος απόδειξης).

Το 2005 ψηφίστηκε ο *Νόμος 3304* για την εφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης ανεξαρτήτως φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού, που αποτελεί σημαντικό βήμα για την ίση μεταχείριση των εργαζομένων στον εργασιακό τους χώρο. Τέλος, ο *Νόμος 2000/78/EK* για την ίση μεταχείριση στην απασχόληση και την εργασία έχει ως βασικό σκοπό την καταπολέμηση των διακρίσεων λόγω φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής καθώς και την καταπολέμηση των διακρίσεων λόγω θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού στον τομέα της απασχόλησης και της εργασίας. Ωστόσο, το παραπάνω νομικό πλαίσιο, όπως αντίστοιχα έχει διατυπωθεί και σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο για τις Οδηγίες των οποίων αποτελεί ενσωμάτωση, ενώ έχει ως σκοπό να πατάξει το κατάφορο της παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της προσβολής της ανθρώπινης αξιοπρέπειας στον εργασιακό χώρο, ωστόσο, περιορίζει το παράνομο των παρενοχλήσεων μόνο σε αυτές που έχουν ως έρεισμα τη φυλετική ή εθνική καταγωγή, το θρήσκευμα ή τις πεποιθήσεις του εργαζόμενου, την αναπηρία, την ηλικία ή το γενετήσιο προσανατολισμό και δεν εστιάζει στην πάταξη του τελικού αποτελέσματος των οποιονδήποτε ενοχλητικών και υβριστικών ενεργειών, των οποίων κάποιος μπορεί να γίνει αντικείμενο στο χώρο εργασίας και που είναι η καταρράκωση της ανθρώπινης τιμής, η στέρηση της δημιουργικής έκφρασης που

επιτυγχάνεται κατά βάση μέσω της εργασίας, οι επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική του υγεία, η απώλεια της ίδιας της εργασίας. Εφόσον αυτό που ενδιαφέρει τον νομοθέτη (κοινοτικό και εγχώριο) είναι η εξασφάλιση υγιών συνθηκών στην εργασία για όλους τους εργαζόμενους, είναι εξαιρετικά επιτακτική η ανάγκη τροποποίησης και συμπλήρωσης του Νόμου 3304 ή η εισαγωγή μίας νέας ad hoc νομοθετικής πρωτοβουλίας, προκειμένου να καλύπτεται και να θεωρείται κολάσιμη κάθε μορφή ψυχολογικής βίας που αντίκειται στην έννοια του σεβασμού του ανθρώπου και όχι να περιορίζεται στο τιμωρητέο συγκεκριμένων μόνο πράξεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

Ηθική Παρενόχληση στο Εργασιακό Περιβάλλον του Υγειονομικού & Νοσοκομειακού Τομέα

3.1. Επαγγελματίες Υγείας και Περιβάλλον Εργασίας

Ένα από τα περιβάλλοντα, στο οποίο το άτομο περνά μεγάλο χρονικό διάστημα της ζωής του, είναι το επαγγελματικό. Στο επαγγελματικό περιβάλλον πρέπει να κυριαρχούν η δικαιοσύνη, ο σεβασμός, η υποστήριξη, η συναδελφικότητα, με αποτέλεσμα ο κάθε εργαζόμενος να αισθάνεται ασφάλεια και ηρεμία. Συχνά, όμως, το εργασιακό πλαίσιο καθίσταται δυσλειτουργικό, καταπιεστικό, προσβλητικό, ακόμη και εκφοβιστικό. Τα άτομα, στα οποία στρέφεται κυρίως η επιθετικότητα, αισθάνονται δυστυχημένα, απομονωμένα και διακατέχονται από συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι συνάδελφοι συχνά είναι απόντες, ψυχροί, απόμακροι, αδιάφοροι, δυσάρεστοι και αγενείς (Leiter, & Maslach 2007). Η πίεση στην εργασία και το στρες που δημιουργείται ως άμεση συνέπεια αυτής, αποτελούν στοιχεία της καθημερινότητάς. Ιδιαίτερα στον εργασιακό χώρο, το φαινόμενο αυτό είναι συχνό, καθώς η απασχόληση αποκτά όλο και μεγαλύτερη σημασία στη ζωή μας, παραμερίζοντας κατά μεγάλο μέρος τη προσωπική ζωή (Cooper, Cooper, & Eaker 2002).

Από τη φύση τους, μερικά επαγγέλματα είναι περισσότερο αγχογόνα από άλλα. Ιδιαίτερα αγχογόνα είναι τα επαγγέλματα εκείνα που συνεπάγονται σχέσεις με ανθρώπους, απαιτούν ταχύτητα στη λήψη αποφάσεων ή οι αποφάσεις που λαμβάνονται είναι δυνατόν να έχουν σοβαρές οικονομικές, κοινωνικές ή άλλου είδους συνέπειες. Σύμφωνα με τους Cooper και συν (2002), παραδείγματα τέτοιων επαγγελμάτων αναφέρονται ενδεικτικά παρακάτω:

1. *Επαγγέλματα ένστολα:* αστυνομικοί, κυβερνήτες αεροσκαφών, φύλακες σε σωφρονιστικά ιδρύματα.
2. *Καλλιτεχνικά επαγγέλματα:* δημοσιογράφοι, ηθοποιοί, παρουσιαστές ραδιοφώνου και τηλεόρασης.

3. *Επαγγέλματα διοίκησης και εμπορίου*: διαφημιστές, διευθυντές προσωπικού
4. *Επαγγέλματα υγείας*: ιατροί (ιδιαίτερα χειρουργοί), οδοντίατροι, νοσηλευτές/νοσηλεύτριες.
5. *Επαγγέλματα παραγωγής και κατασκευών*: ανθρακωρύχοι, κτίστες.
6. *Επαγγέλματα κοινωνικών υπηρεσιών*: δάσκαλοι, κοινωνικοί λειτουργοί.» (Καντάς 1995).

Τα επαγγέλματα υγείας, αναφέρονται, ως επαγγέλματα που κατατάσσονται στα έξι πρώτα πιο στρεσογόνα (Cooper και συν 2002).

Η υγιής εργασία είναι εκείνη κατά την οποία η πίεση υπάρχει σε τέτοιο βαθμό που να παρακινεί τους εργαζόμενους να αξιοποιούν τις ικανότητες τους. Αυτό σημαίνει ότι οι απαιτήσεις θα πρέπει να συμβαδίζουν με τις δυνατότητες των εργαζομένων. Επίσης, η πίεση σχετίζεται με το βαθμό ελέγχου που έχουν οι εργαζόμενοι πάνω στη δουλειά τους, καθώς και με την υποστήριξη που λαμβάνουν από τα άτομα που εργάζονται στον ίδιο χώρο, όπως προϊσταμένους και συναδέλφους. Σύμφωνα με τον *Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Υγεία και Ασφάλεια* (European Agency for Safety and Health at Work 2009), *το εργασιακό άγχος (άγχος που οφείλεται στην εργασία) παρουσιάζεται όταν οι απαιτήσεις του εργασιακού περιβάλλοντος υπερβαίνουν την ικανότητα αντιμετώπισης (ή ελέγχου) της κατάστασης από τον εργαζόμενο*», «*το εργασιακό άγχος αποτελεί σύμπτωμα κάποιου οργανωτικού προβλήματος, και όχι προσωπική αδυναμία* (OSHA 2009). Σύμφωνα με τον *Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας* (1986), *ως υγεία δεν θεωρείται ότι είναι μόνο η απουσία της αρρώστιας ή της αδυναμίας, αλλά η θετική κατάσταση μιας πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας*. Έτσι, το υγιές εργασιακό περιβάλλον είναι αυτό στο οποίο δεν υπάρχει απλά και μόνο η απουσία επιβλαβών συνθηκών, αλλά η προώθηση άφθονων υγιών συνθηκών (Leka, Griffiths, & Cox 2003).

Πρέπει να γίνει κατανοητό πως δεν παρουσιάζουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας όλων των ιδρυμάτων τον ίδιο βαθμό στρες. Από μελέτες διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές και οι ιατροί που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) ταξινομούν την αντιμετώπιση του θανάτου ως σημαντικότερη πηγή στρες, από ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε παθολογικές ή χειρουργικές κλινικές. Εκείνοι, με την σειρά τους, ταξινομούν ως σημαντικότερες πηγές στρες το φόρτο εργασίας και τη στελέχωση (Foxall, Zimmerman, Standley, & Bene Captain 1990). Άλλοι ερευνητές

αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές σε χειρουργεία θεωρούν τις συναισθηματικές πτυχές ως λιγότερο σημαντικές από ότι οι νοσηλευτές ογκολογικών και αιματολογικών τμημάτων (Tyler & Ellison 1994).

Όσον αφορά στον Ελλαδικό χώρο, τα αποτελέσματα της έρευνας των Antoniou και Antonodimitrakis (2001) έδειξαν ότι οι βασικότεροι παράγοντες ανάπτυξης και διατήρησης ψυχικής διαταραχής σχετίζονται με την ίδια τη φύση του ιατρικού επαγγέλματος, π.χ. καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με ασθενείς σε τελικό στάδιο κ.ά., όπως, επίσης, και παράγοντες που σχετίζονται με την ελληνική πραγματικότητα, π.χ. περιορισμένα μέσα, ανεπάρκεια νοσηλευτικού δυναμικού, έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης, κ.ά. (Antoniou & Antonodimitrakis 2001).

Μελέτες (McGills 2005) και εκθέσεις (International Council of Nurses 2007) τονίζουν την αναγκαιότητα βελτίωσης των εργασιακών συνθηκών των επαγγελματιών υγείας και δίνουν έμφαση στο δύσκολο, στρεσογόνο και ιδιαίτερα επικίνδυνο περιβάλλον εργασίας, που φαίνεται να συμβάλλει καθοριστικά στην απόφαση τους να μείνουν ή να φύγουν από το επάγγελμα.

Γενικά, οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στο άγχος συγκριτικά με άλλους εργαζόμενους, με συνέπεια να οδηγούνται στην εκδήλωση ψυχικής διαταραχής γιατί, αφενός είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα και αφετέρου οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στα εν λόγω άτομα (Σαπουντζή, & Λεμονίδου 1994). Έρευνα στο Χόνγκ Κόνγκ βρήκε ότι οι νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχουν χαμηλά επίπεδα άγχους και θεωρούν τον εαυτό τους υγιή. Είναι έντονη η διαφορά αυτών των νοσηλευτών με τους συναδέλφους τους που εργάζονται στα νοσοκομεία. Οι ερευνητές αποδίδουν το αποτέλεσμα στο γεγονός ότι αυτοί οι νοσηλευτές δεν έρχονται σε επαφή με το άγχος του θανάτου στη δουλειά τους (Lee, Hwang, Kim, & Daly 2004).

Γεγονός είναι ότι το κάθε άτομο έχει κάποιες προσδοκίες όσον αφορά την εργασία του. Όταν λοιπόν οι προσδοκίες αυτές έρχονται σε σύγκρουση με τις πραγματικές συνθήκες εργασίας, τότε δημιουργείται έντονη ανησυχία (distress) στο άτομο. Το κατά πόσο τελικά θα καταφέρει να αντιμετωπίσει την έντονη ανησυχία

εξαρτάται από την προσωπικότητα του, τα βιώματά του και από άλλες εξωτερικές συνθήκες.

Οι παράγοντες που ευθύνονται για την πιθανή εκδήλωση ψυχικών διαταραχών στο εργασιακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας είναι οι εξής:

α) Η στρεσογόνα φύση του επαγγέλματος. Το στρες που βιώνουν, σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές αναζητήσεις, τα ηθικά διλήμματα και τις απαιτήσεις των ασθενών, επιβαρύνουν τον ψυχικό τους κόσμο (Arnold, Cooper, & Robertson 1995, Bakker, Killmer, Siegrist, & Schaufeli 2000, Weyers, Peter, Boggild, Jeppesen, & Siegrist 2006).

β) Η ύπαρξη άγχους και έντασης στο χώρο εργασίας υποδαυλίζει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και έχει άμεσο αντίκτυπο στο επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης τους και κατ' επέκταση στην ποιότητα ζωής τους (Boumans, & Landeweerd 1996).

γ) Η συνεχής αλληλεπίδραση και ενασχόληση κυρίως των νοσηλευτών/τριών όχι μόνο με ασθενείς αλλά και με άτομα του υποστηρικτικού περιβάλλοντος των ασθενών, δημιουργεί συναισθήματα θυμού, αμηχανίας, φόβου και απόγνωσης, ιδιαίτερα όταν οι λύσεις στα προβλήματα των ασθενών δεν είναι πάντα ορατές και εύκολες, με αποτέλεσμα η κατάσταση να γίνεται όλο και πιο περίπλοκη, και απογοητευτική για τους επαγγελματίες υγείας (Arnold και συν 1995, Boumans & Landeweerd 1996),

δ) Η έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος και συμπαράστασης από συναδέλφους και ανωτέρους, οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας, η ασάφεια των ρόλων, οι διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες, η έλλειψη οργανωτικής δομής και οι διοικητικοί παράγοντες κατέχουν σημαντικό μερίδιο της ευθύνης για την πρόκληση ψυχιατρικής νοσηρότητας.

ε) Τέλος, αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνιση ψυχιατρικής νοσηρότητας αποτελούν τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζομένου, όπως η προσωπικότητα, τα προσωπικά βιώματα, η συναισθηματική ωριμότητα και το προσωπικό στυλ του επαγγελματία, καθώς επίσης και δημογραφικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, τα έτη υπηρεσίας και η οικογενειακή κατάσταση.

Όλοι οι ανωτέρω παράγοντες, όπως επίσης η ενεργό συμμετοχή και ο έλεγχος που ασκεί ο επαγγελματίας υγείας στη ροή των γεγονότων, είναι δυνατό να επηρεάσουν την ένταση των συμπτωμάτων και τις επιπτώσεις που επιφέρει η ψυχιατρική νοσηρότητα στην ζωή του κάθε ατόμου (Boumans, & Landeweerd 1996).

Σύμφωνα με το μοντέλο για το στρες στην εργασία που προτείνει ο Cooper, «οι πηγές στρες κατατάσσονται σε έξι κατηγορίες: αυτές που είναι εσωγενείς στην εργασία, αυτές που σχετίζονται με τον εργασιακό ρόλο, αυτές που αφορούν τις εργασιακές σχέσεις, αυτές που σχετίζονται με την ανάπτυξη της σταδιοδρομίας του ατόμου, αυτές που σχετίζονται με τη δομή και το κλίμα της οργάνωσης και, τέλος, αυτές που αναφέρονται στη σχέση (διασύνδεση) της οικογενειακής ζωής με την εργασιακή ζωή» (Καντάς 1995, σσ. 105-106).

Οι πηγές στρες επενεργούν συσσωρευτικά στο άτομο, με αποτέλεσμα την πιθανή εμφάνιση σε αυτό σωματικών, ψυχολογικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων ή ακόμη και ψυχοσωματικών ασθενειών. Έρευνα, η οποία διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο, Σουηδία, Γερμανία, Ιαπωνία, Σιγκαπούρη, Η.Π.Α., Νιγηρία, Νότια Αφρική, Βραζιλία, Αίγυπτο, έδειξε ότι η πίεση χρόνου και οι χρονικές προθεσμίες, οι κακές συνθήκες εργασίας, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, το παρατεταμένο ωράριο, η σύγκρουση πεποιθήσεων, οι διαπροσωπικές σχέσεις και η κακή διοίκηση κατατάσσονται στους κύριους παράγοντες εργασιακού στρες (Cooper, Cooper, & Eaker 2002).

Ο εργασιακός ρόλος είναι ένα σύνολο από οργανωμένες ενέργειες, πράξεις και στάσεις του ατόμου, οι οποίες αντιστοιχούν σε μια καθορισμένη θέση που το άτομο έχει στο δεδομένο εργασιακό περιβάλλον και κατ' επέκταση στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Η θέση είναι ένα σύνολο δικαιωμάτων και υποχρεώσεων. Το άτομο που υλοποιεί αυτά τα δικαιώματα και τα καθήκοντα εκτελεί ένα ρόλο. Ωστόσο, η άσκηση ενός επαγγελματικού ρόλου είναι δυνατόν να συνοδεύεται από ορισμένες δυσκολίες, όπως το να μην είναι ξεκάθαρα τα καθήκοντα ή οι αρμοδιότητες του εργαζομένου ή όταν υπάρχουν διαφορετικές απαιτήσεις και προσδοκίες από ή για τον εργαζόμενο, που έρχονται σε σύγκρουση μεταξύ τους. Αποτέλεσμα της μη επαρκούς πληροφόρησης είναι το άτομο είτε να μην υλοποιεί κάποιες δράσεις, διότι δεν γνωρίζει ότι εμπíπτουν στο φάσμα των δικών του αρμοδιοτήτων, είτε στην προθυμία και προσπάθεια του να προσφέρει τις υπηρεσίες του, να κατηγορηθεί ότι ξεπέρασε τα επαγγελματικά του όρια ή όπως κοινώς λέμε ότι

«μπήκε σε χωράφια άλλων». Ασάφεια ρόλου μπορεί να υπάρξει και στις περιπτώσεις που ο ίδιος ο εργαζόμενος δεν αντιληφθεί ή δεν κατανοήσει τους στόχους της οργάνωσης και τις συγκεκριμένες απαιτήσεις των ανωτέρων του.

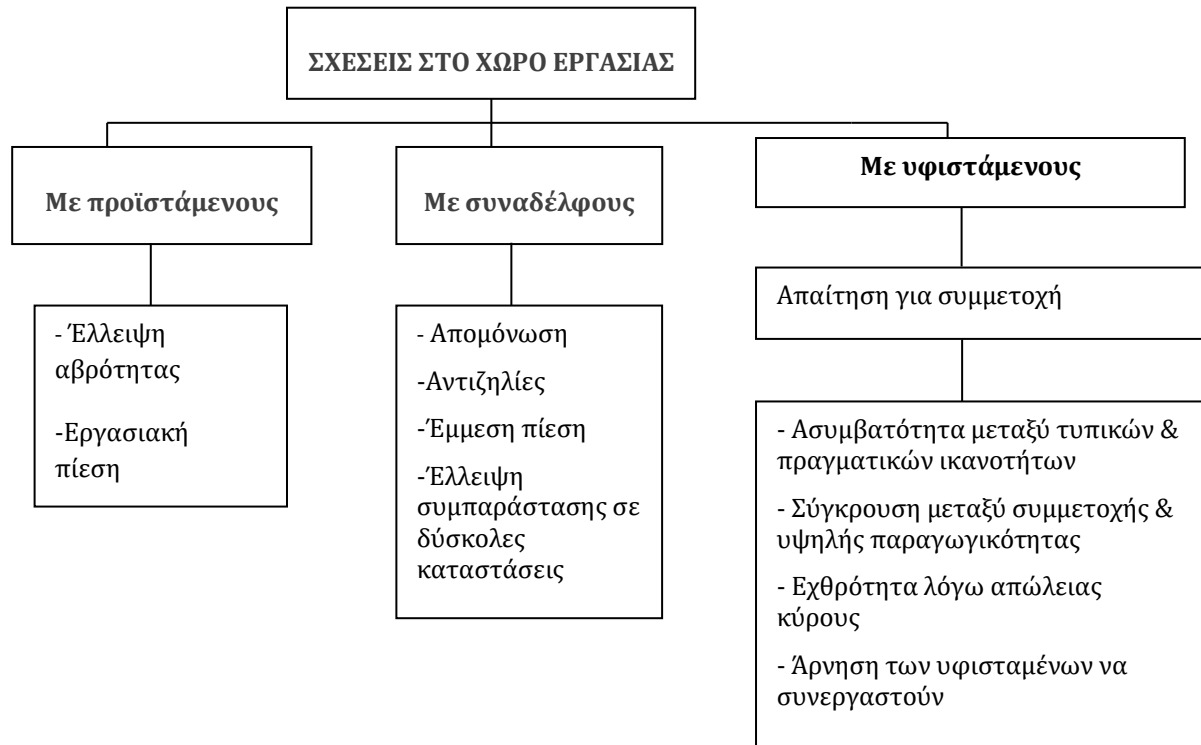
Η φύση του επαγγέλματος του νοσηλευτή και του ιατρού είναι τέτοια, ώστε να δημιουργούνται συγκρούσεις μεταξύ των νοσηλευτών και μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών ή και ανωτέρων. Αυτό συμβαίνει λόγω της απουσίας καταμερισμού των ευθυνών και καθορισμού των ρόλων για κάθε ομάδα. Σύμφωνα με μια σειρά ερευνών που πραγματοποιήθηκαν στη Νέα Ζηλανδία, οι συγκρούσεις ρόλων, καθηκόντων και ευθυνών μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών αποτελούν επίσης αίτια άγχους (Dewe 1987, 1988, 1989).

Σύμφωνα με τους Ivancevich και Matteson (1980), «σύγκρουση ρόλων έχουμε όταν ο εργαζόμενος αισθάνεται ότι πρέπει να ικανοποιήσει διαφορετικών ειδών απαιτήσεις και προσδοκίες ή όταν η συμμόρφωση με ορισμένες απαιτήσεις του ρόλου κάνει δύσκολη ή αδύνατη τη συμμόρφωση με κάποιες άλλες πλευρές του ρόλου. Μια τέτοια κατάσταση μπορεί να προέρχεται από δύο διαφορετικούς ρόλους που ασκεί το ίδιο το άτομο (π.χ. προϊστάμενος και υφιστάμενος, ταυτόχρονα), οπότε υπάρχουν διαφορετικές προσδοκίες απ' αυτόν από διαφορετικές ομάδες στον ίδιο χώρο εργασίας» (Καντάς 1995, σ. 109).

Μια άλλη σημαντική πηγή στρες είναι η αμφισβήτηση του ρόλου. Κάθε άτομο που εργάζεται με ζήλο περιμένει τη θετική ανταπόκριση και την αναγνώριση από τους άλλους. Όταν, όμως, δεν υπάρχει αναγνώριση από τους άλλους, αλλά, αντίθετα, υπάρχει αμφισβήτηση, τότε το άτομο στρεσάρεται, απογοητεύεται και βρίσκεται σε μια κατάσταση συνεχούς αγωνίας και υπερέντασης, γεγονός που μπορεί να το κάνει να χάσει την αυτοπεποίθησή του και να «παραιτηθεί», από τις προσπάθειες του. Η αμφισβήτηση του ρόλου επιδρά δυσμενώς στην ψυχική ευεξία του ατόμου, ειδικά όταν χαρακτηρίζεται από μειωμένο αυτοέλεγχο (Jimmieson 2000).

Αξίζει να σημειωθεί η μελέτη των Margolis και συν (1974), στην οποία εντοπίστηκαν ορισμένες σημαντικές σχέσεις μεταξύ αμφισβήτησης ρόλου και συγκεκριμένων συμπτωμάτων ψυχικής και σωματικής νόσου, όπως: κατάθλιψη, επαγγελματικής δυσαρέσκειας, δυσαρέσκειας από τη ζωή, μειωμένων εργασιακών κινήτρων, μειωμένων επιπέδων αυτοεκτίμησης και πρόθεσης αποχώρησης από την εργασία.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε τρία ελληνικά Νοσοκομεία της επαρχίας βρέθηκε ότι οι σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας βρίσκονται σε καλό ως πολύ καλό επίπεδο (Ντάτσης και συν 2007).



Πηγή: Cooper και συν (2002)

Ο άνθρωπος μπορεί να λειτουργήσει αποδοτικά στο εργασιακό του περιβάλλον μόνο όταν του δίνεται η ευκαιρία να ενεργεί ελεύθερα, όταν νιώθει ότι οι άλλοι τον υπολογίζουν και τον αναγνωρίζουν και, γενικότερα, θα λέγαμε όταν αισθάνεται ασφάλεια μέσα στον εργασιακό χώρο. Οι σχέσεις που δημιουργούνται μέσα σε μια οργάνωση αποτελούν το υπόβαθρο για την ανάπτυξη παραγωγικών δραστηριοτήτων. Αρμονικές σχέσεις πρέπει να αναπτύσσονται ανάμεσα σε όλα τα μέλη μιας οργάνωσης ανεξαρτήτως θέσεως. Έτσι, λοιπόν, πρέπει να δημιουργηθεί η πεποίθηση στους εργαζομένους ότι οι θετικές αλληλεπιδράσεις και το κλίμα εμπιστοσύνης και συνεργασίας αποβαίνουν προς κοινό όφελος, τόσο ηθικής όσο και υλικής φύσεως. Ωστόσο, το κατά πόσον καλές θα είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας, εξαρτάται και από τη νοοτροπία των εργαζομένων, μιας και υπάρχουν άτομα περισσότερο ανταγωνιστικά κι άλλα λιγότερο. Σε κάθε χώρο

εργασίας μπορούμε να διακρίνουμε τρεις τύπους διαπροσωπικών σχέσεων: σχέσεις με προϊσταμένους, σχέσεις με συναδέλφους και σχέσεις με υφισταμένους.

Γιατροί και νοσηλευτές υπερασπίζονται την άποψη ότι συχνά δημιουργούνται συναισθηματικά προβλήματα, όταν οι σχέσεις μεταξύ των υφισταμένων και του διευθυντή χωλαίνουν σε ψυχολογικό επίπεδο για τον ένα ή άλλον λόγο (Cooper και συν 2002). Ο ερευνητής του στρες Hans Selye, υποστήριξε ότι το να μάθει κανείς να ζει με άλλους ανθρώπους είναι μια από τις πιο στρεσογόνες πλευρές της ζωής. «Οι αρμονικές σχέσεις μεταξύ των μελών μιας ομάδας είναι το κλειδί για την καλή υγεία του ατόμου και την καλή λειτουργία του οργανισμού» (Cooper και συν 2002, σ. 112).

3.2. Ηθική Παρενόχληση στα Δημόσια Νοσοκομεία

Το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης έχει μελετηθεί και ειδικά σε συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες, αλλά και γενικά στους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς και νοσηλευτές). Στη βιβλιογραφία, τα άτομα που εκτίθενται σε μακροχρόνιο και επίμονο εκφοβισμό/ παρενόχληση στην εργασία έχουν αναφερθεί ότι έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση (Cleary, Hunt, & Horsfall 2010, Einarsen, Hoel, & Notelaers 2009, Hoosen, & Callaghan 2004) και υποφέρουν από κοινωνική απομόνωση, στιγματισμό και κακή προσαρμογή (Hutchinson, Jackson, Wilkes, & Vickers 2008, Johnson 2009), καθώς επίσης επιδεικνύουν επιθετικότητα, άγχος, κατάθλιψη ή συμπτώματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη. Πολλά θύματα ηθικής παρενόχλησης και εκφοβισμού είναι γνωστό ότι παρουσιάζουν συμπτώματα διαταραχής μετα-τραυματικού άγχους (MacIntosh, Wuest, Gray, & Cronkhite 2010, Yildirim 2009) και μερικά έχουν καταφύγει σε απόπειρες αυτοκτονίας (Yildirim 2009, Yildirim, & Yildirim 2007).

Η ιδιαίτερα αυξημένη εμφάνιση του mobbing στον χώρο της υγείας οφείλεται στην παρουσία πολλών στρεσογόνων παραγόντων, ενώ και οι ίδιοι οι επαγγελματίες της υγείας είναι ανταγωνιστικοί από τη φύση τους, με αποτέλεσμα να υπάρχουν συχνά φαινόμενα ηθικής και συναισθηματικής παρενόχλησης, ιδιαίτερα έναντι των νέων σε ηλικία επαγγελματιών της υγείας (Abdellah & Salama 2017). Υπάρχουν πολλά αποδεικτικά στοιχεία που έδειξαν ότι οι νοσηλευτές, οι γιατροί, οι φοιτητές ιατρικής, το παραϊατρικό προσωπικό αντιμετωπίζουν συχνά παρενόχληση και εκφοβισμό στο χώρο εργασίας (Malik, Sattar, Shahzad, & Faiz 2017), ενώ δεν είναι

σπάνιες οι περιπτώσεις που γυναίκες επαγγελματίες έχουν υπάρξει θύματα σεξουαλικής παρενόχλησης (Malik, & Farooqi 2014).

Τα άτομα που βιώνουν εκφοβισμό ή μορφές παρενόχλησης στην εργασία έχουν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία, εργασιακής απόδοσης, κινήτρων και αποτελεσματικότητας, ενώ οι κοινωνικές τους σχέσεις μετατρέπονται σε 'τοξικές', τόσο στην εργασία όσο και στο φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον τους (Hutchinson και συν 2008, Johnston, Phantharath, & Jackson 2010, MacIntosh και συν 2010, Yildirim 2009). Αρκετές μελέτες (π.χ., Duddle & Boughton 2007, Johnson 2009) αναφέρουν ότι οι πράξεις παρενόχλησης, που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως οι νοσηλευτές στο χώρο εργασίας τους, τους οδηγούν σε έλλειψη συγκέντρωσης, σε μειωμένη διάθεση για εργασία, σε συχνές απουσίες από την εργασία και κατ' επέκταση σε χαμηλά επίπεδα παραγωγικότητας και ποιότητας της παρεχόμενης ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Σύμφωνα με τη μελέτη του Hutchinson και των συνεργατών του (2006), οι επαγγελματίες υγείας αρκετές φορές οδηγούνται στην παραίτηση από την εργασία τους, λόγω του ότι η ηθική παρενόχληση «μηδενίζει» την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμησή τους. Οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως ο τομέας των νοσηλευτών/τριών, λαμβάνουν αναρρωτικές άδειες μεγάλης διάρκειας, για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν από τα τραύματα της ηθικής παρενόχλησης, με συνέπεια να οδηγούν τα νοσοκομεία σε μεγάλα οικονομικά αδιέξοδα (Cleary και συν 2010).

Σύμφωνα με τα ευρήματα σχετικών ερευνών, το 18-38% των γιατρών και το 27-51% των νοσηλευτών/τριών ανέφεραν ότι είχαν υποστεί εκφοβισμό στο χώρο εργασίας τους (Hutchinson και συν 2008, Hoosen & Callaghan 2004, Johnston και συν 2010, Yildirim & Yildirim 2010). Επίσης το 60%-84% παρουσίασε τουλάχιστον μία ή περισσότερες συμπεριφορές εκφοβισμού και παρενόχλησης στους χώρους εργασίας τους και 69% ανέφεραν ότι είχαν δει τους συναδέλφους τους να βιώνουν τέτοιες συμπεριφορές (Paice, Aitken, Houghton, & Firth-Cozens 2004, Quine 2002, Stebbing και συν 2004, Yildirim & Yildirim 2007). Τα υψηλότερα ποσοστά έχουν αναφερθεί από ιατρούς με καταγωγή από την νοτιοανατολική Ευρώπη, που ασκούν το επάγγελμα σε δυτικές χώρες, όπου ο εκφοβισμός είναι λιγότερο πιθανό να αντιμετωπιστεί από τη χώρα (Hoosen & Callaghan 2004, Mistry, Mistry, & Latoo 2009).

Οι Abdellah και Salama (2017) μελέτησαν τον επιπολασμό και τους παράγοντες κινδύνου της βίας στο χώρο εργασίας των επαγγελματιών υγείας στα τμήματα επειγόντων περιστατικών της Ισμαηλίας της Αιγύπτου. Η βία στο χώρο εργασίας των επαγγελματιών υγείας αναφέρθηκε από το 59,7% των συμμετεχόντων. Η λεκτική βία (58,2%), ήταν η πιο συχνή μορφή βίας και παρενόχλησης που είχαν βιώσει οι επαγγελματίες υγείας, ενώ η σωματική βία (15,7%) ήταν η λιγότερο συχνή μορφή. Οι επαγγελματίες υγείας θεώρησαν ως βασικές αιτίες εμφάνισης της βίας, τον χρόνο αναμονής των ασθενών. Το 29,5% των επαγγελματιών υγείας που βίωσαν λεκτική παρενόχληση και το 23,8% που βίωσαν σωματική κακοποίηση, ανέφεραν τα περιστατικά βίας στην Διοίκηση του νοσοκομείου. Σύμφωνα με τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας, το 75% πιστεύουν ότι η βία στο χώρο εργασίας θα μπορούσε να αποφευχθεί και περίπου το 60% δήλωσε ότι δεν ελήφθη κανένα δραστικό μέτρο κατά του δράστη-θύτη από τη διοίκηση του νοσοκομείου (Abdellah & Salama 2017).

Η μελέτη της Ηλία-Χείρα (2014), η οποία πραγματοποιήθηκε στη Λευκωσία της Κύπρου, είχε σκοπό να διερευνήσει την εκτίμηση της παρουσίας του συνδρόμου Mobbing ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Κύπρο. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 136 επαγγελματίες υγείας (44 γενικοί γιατροί, 50 νοσηλεύτες, 42 λοιποί επαγγελματίες υγείας) που εργάζονται στα κέντρα Π. Φ. Υ. στην Λευκωσία της Κύπρου. Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terrorization). Οι γυναίκες (83,1%) αποτέλεσαν τη πλειοψηφία του πληθυσμού της μελέτης, έναντι των ανδρών(16,9%). Η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας στη μελέτη εργάζονται σε αστικά Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) σε ποσοστό 75,7%. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν 48,5 έτη. Ο επιπολασμός του «συνδρόμου mobbing» στους επαγγελματίες υγείας ανήλθε στο 8,8%. Ποσοστό 43,4% του πληθυσμού της μελέτης δήλωσαν ότι εκτέθηκαν σε μία τουλάχιστον συμπεριφορά ψυχολογικής βίας, ενώ ποσοστό 11% δήλωσαν έκθεση σε μία τουλάχιστον συμπεριφορά «mobbing» τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. Σύμφωνα με τις αναφορές, η ψυχολογική βία ασκείται από άτομα που κατείχαν υψηλότερη ιεραρχικά επαγγελματική θέση (π.χ., προϊστάμενος) σε ποσοστό 55,9%, ενώ άτομα ίδιας επαγγελματικής βαθμίδας (π.χ., συνάδελφοι) ασκούσαν ψυχολογική βία σε ποσοστό 50%. Όσον αφορά τις συχνότερες συμπεριφορές «mobbing» που εμφάνισαν οι εργαζόμενοι ήταν: «σας αναθέτουν διαρκώς καινούργια καθήκοντα»

(ποσοστό 14%) και «μιλούν άσχημα για σας πίσω από την πλάτη σας» (11,8%). Αντίθετα οι λιγότερο συχνές συμπεριφορές «mobbing» που συναντώνται ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας ήταν: «σας έχουν επιτεθεί σεξουαλικά», «σας κακομεταχειρίζονται σωματικά», «σας απειλούν με σωματική βία», «σας κάνουν προφορικούς υπαινιγμούς ή προτάσεις σεξουαλικού περιεχομένου», «σας επιτίθενται ή σας κοροϊδεύουν για την καταγωγή σας», «θέλουν να σας υποχρεώσουν να κάνετε ψυχιατρική εξέταση», «δεν σας αναθέτουν κανένα καθήκον, «δεν έχετε εργασία» και «δέχεστε γραπτές απειλές» (ποσοστό 0% για όλες τις πιο πάνω δηλώσεις). Το 63,4% του δείγματος είχε μιλήσει για τα προβλήματα αυτά σε συναδέλφους τους, ενώ σε ποσοστό 43,9% είχαν μιλήσει με τον προϊστάμενο τους και με μέλη της οικογένειας τους (Ηλία-Χείρα 2014).

Η Γρηγορίου (2016) μελέτησε τη συχνότητα και την έκταση του φαινομένου ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό επιλεγμένων τμημάτων του Γ. Ν. Λευκωσίας. Στη μελέτη συμμετείχαν 160 εργαζόμενοι (42 ιατροί και 115 νοσηλευτές). Οι γυναίκες αποτέλεσαν την πλειονότητα του πληθυσμού της μελέτης με ποσοστό 61,4%, έναντι των ανδρών με ποσοστό 38,6%. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν νοσηλευτές σε ποσοστό 73,3%. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 39,2 έτη, ενώ ο μέσος όρος ετών εργασίας στην υπηρεσία ήταν 12,3 έτη. Ο επιπολασμός του συνδρόμου «mobbing» ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην Γ. Ν. Λευκωσίας ανήλθε στο 3,3%. Ποσοστό 47,5% του πληθυσμού της μελέτης δήλωσε ότι εκτέθηκε σε μία τουλάχιστον συμπεριφορά ψυχολογικής βίας τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ ποσοστό 8,9% δήλωσαν έκθεση σε μία τουλάχιστον συμπεριφορά «mobbing» για τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα τους τελευταίους 12 μήνες. Από τα άτομα που είχαν υποστεί ψυχολογική βία το τελευταίο έτος, ποσοστό 86,1% μίλησαν σε κάποιο άτομο για το πρόβλημα τους. Ποσοστό 67,7% των ατόμων που αντιμετώπισαν κάποια συμπεριφορά «mobbing» τους τελευταίους 12 μήνες το συζήτησαν με συνάδελφο τους, ενώ στο 30% μίλησαν σε μέλος της οικογένειας τους. Σύμφωνα με τις δηλώσεις των συμμετεχόντων, η ψυχολογική βία ασκείτο από άτομα που κατείχαν υψηλότερη ιεραρχικά επαγγελματική θέση σε ποσοστό 58,3%, ενώ άτομα ίδιας επαγγελματικής βαθμίδας ασκούσαν ψυχολογική βία στους συναδέλφους τους σε ποσοστό 54,2%. Οι γυναίκες αποτέλεσαν την πλειονότητα των ατόμων που

ασκούσαν «mobbing» σε ποσοστό 56,8%. Οι συχνότερες μορφές mobbing όπως δήλωσαν οι συμμετέχοντες ήταν: «Σας διακόπτουν διαρκώς ενώ εκφράζεστε» με ποσοστό 20%, «Σας αναθέτουν διαρκώς καινούργια καθήκοντα» με ποσοστό 13%, «Μιλούν άσχημα για σας πίσω από την πλάτη σας» με ποσοστό 11,9%, «Διαδίδουν ψεύτικες φήμες για σας» με ποσοστό εμφάνισης 11,3% και «Σας αναθέτουν καθήκοντα που δεν έχουν ενδιαφέρον» (ποσοστό 10%). Ως κύρια αίτια της εμφάνισης των εχθρικών συμπεριφορών στην εργασία αναφέρθηκαν τα προβλήματα διοίκησης τοποθέτησης σε θέση εργασίας σε ποσοστό 33,3%, η γενικά κακή ατμόσφαιρα της εργασίας (ποσοστό 31,3%) και η κακή οργάνωση της εργασίας με ποσοστό 29,2%. Επιπρόσθετα, ποσοστό 52,2% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι είχε αντιληφθεί άσκηση ψυχολογικής βίας εναντίον κάποιου άλλου ατόμου στον εργασιακό χώρο τους τελευταίους 12 μήνες (Γρηγορίου 2016).

Έρευνα του Acute Care Institute for Safe Medication Practices (2004), η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 2.095 επαγγελματιών υγείας δημόσιων νοσοκομείων σχετικά με την εμφάνιση, τον επιπολασμό και τις μορφές της παρενόχλησης, έδειξε ότι το 88% των ερωτηθέντων είχαν βιώσει λεκτικές επιθετικές συμπεριφορές, το 87% είχαν βιώσει συμπεριφορές που περιελάμβαναν ανυπόμονες ερωτήσεις, το 79% είχαν βιώσει συμπεριφορές άρνησης απάντησης ή άρνηση απάντησης τηλεφωνημάτων. Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι είχαν βιώσει μορφές εκφοβισμού και παρενόχλησης το προηγούμενο έτος, όπως λεκτική κακοποίηση (48%) και άσχημους μορφασμούς και χειρονομίες (43%), ενώ το 4% είχε βιώσει σωματική κακοποίηση. Επίσης, το 38% των επαγγελματιών υγείας είχαν υποστεί συμπεριφορές παρενόχλησης από 3-5 άτομα (θύτες) και το 19% εξ αυτών είχαν βιώσει συμπεριφορές βίας επανειλημμένα με δράστες πάνω από 5 άτομα, κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτος. Συνήθως, οι θύτες ήταν ιατροί. Το 70% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι οι Διοικήσεις των νοσοκομείων και οι διευθυντές των τμημάτων θα τους υποστήριζαν, εάν ανέφεραν κάποια συμπεριφορά εκφοβισμού, ενώ το 39% δήλωσε ότι οι διοικήσεις αντιμετώπιζαν αποτελεσματικά συμπεριφορές τέτοιου είδους. Όσον αφορά το φύλο, δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την έκθεση τους σε συμπεριφορές παρενόχλησης. Οι νοσηλευτές με εμπειρία 2-5 ετών ανέφεραν σημαντική αύξηση στη συχνότητα με την οποία βίωναν εκφοβιστικές συμπεριφορές(54%) και ότι η ζωή τους επηρεάστηκε περισσότερο αρνητικά από αυτές τις συμπεριφορές, σε σύγκριση με νοσηλευτές με λιγότερο από 2

χρόνια εμπειρίας (40%). Ο βαθμός ικανοποίησης των νοσηλευτών/τριών, από τις διοικήσεις των νοσοκομείων σχετικά με την εφαρμογή πολιτικών και στρατηγικών αντιμετώπισης κατά της βίαιης συμπεριφοράς για τα πρώτα 2 έτη ήταν 48%, ενώ για τα υπόλοιπα 5-10 έτη εμπειρίας μειωνόταν στο 33%. Παρόμοια αποτελέσματα ισχύουν και για τους φαρμακοποιούς, όσον αφορά τα χρόνια προϋπηρεσίας και την ικανοποίησή τους από την ικανότητα των Διοικήσεων των νοσοκομείων να χειριστούν εκφοβιστικές συμπεριφορές, η οποία μειώθηκε σημαντικά σχετικά με τα έτη προϋπηρεσίας (46% ικανοποιημένα κατά τα πρώτα 2 έτη, 22% ικανοποιημένοι κατά τα έτη 5-10). Οι συνήθεις μορφές παρενόχλησης ήταν και για τους φαρμακοποιούς (50%) και για τους νοσηλευτές (38%) η λεκτική κακοποίηση (Acute Care Institute for Safe Medication Practices 2004).

Οι Vezyridis, Samoutis και Mavrikiou (2015) μελέτησαν τον επιπολασμό και τις εμπειρίες των ιατρών και νοσηλευτών/τριών σχετικά με πράξεις εκφοβισμού στα τμήματα επειγόντων περιστατικών εργασίας, στην Κύπρο. Στη μελέτη συμμετείχαν και τα 9 τμήματα επειγόντων περιστατικών της Κυπριακής Δημοκρατίας. Συγκεκριμένα, συμμετείχαν 220 επαγγελματίες υγείας, κυρίως νοσηλευτές (85,7%) αλλά και ιατροί (14,3%), εκ των οποίων το 62% ήταν γυναίκες. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, η πλειοψηφία των νοσηλευτών/τριών και των ιατρών (88,8%) είχαν βιώσει λεκτική κακοποίηση κυρίως από συγγενείς ή φίλους του ασθενών. Οι ιατροί με μικρή εμπειρία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να γίνουν θύματα παρενόχλησης και βίας. Επίσης, εντοπίστηκαν σοβαρές αναφορές (2%) και η πεποίθηση ότι η παρενόχληση στο χώρο εργασίας αποτελεί μέρος του έργου (1%). Η παρενόχληση και οι πράξεις βίας στο χώρο εργασίας συσχετίστηκαν σε μεγάλο βαθμό με διάφορους παράγοντες, μεταξύ των οποίων ήταν η έλλειψη ενθάρρυνσης για υποβολή αναφορών και το συναίσθημα εκ των προτέρων ότι πρόκειται να δημιουργηθεί σύγκρουση. Οι προτάσεις βελτίωσης περιελάμβαναν περισσότερα μέτρα ασφάλειας (26,7%) και εκπαίδευση σχετικά με την ορθή χρήση των υπηρεσιών στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (15,2%) (Vezyridis και συν 2015).

Οι Cheung, Lee και Yip (2017), σε μια πολύ πρόσφατη έρευνα που διεξήγαγαν, προσπάθησαν να εκτιμήσουν τον επιπολασμό της βίας και παρενόχλησης στο χώρο εργασίας σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών και νοσηλευτών/τριών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία του Μακάο. Συνολικά, 107 γιατροί (14,9%) και 613 νοσηλευτές (85,1%) συμμετείχαν στη μελέτη.

Το 57,2% των επαγγελματιών υγείας είχαν υποστεί συμπεριφορές παρενόχλησης και βίας κατά το προηγούμενο έτος. Οι πιο συνήθεις μορφές βίας και παρενόχλησης στο χώρο εργασίας ήταν η λεκτική επίθεση (53,4%), η σωματική επίθεση (16,1%), ο εκφοβισμός/ παρενόχληση (14,2%), η σεξουαλική παρενόχληση (4,6%) και η φυλετική παρενόχληση (2,6%). Οι περισσότερες πράξεις παρενόχλησης διαπράχθηκαν από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους τους (Cheung και συν 2017).

Η περιγραφική μελέτη των Ekici και Beder (2014) αξιολόγησε τον επιπολασμό του εκφοβισμού στον χώρο εργασίας των ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Τουρκίας, καθώς και τις επιπτώσεις του φαινομένου. Ο πληθυσμός της μελέτης περιελάμβανε 201 ιατρούς και 309 νοσηλευτές κάθε βαθμίδας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ιατρών (74%) και των νοσηλευτών/τριών (82%) ανέφεραν ότι έχουν υποστεί εκφοβισμό στον εργασιακό χώρο. Το 11% των ιατρών και το 12% των νοσηλευτών/τριών είχαν υποστεί παρενόχληση στους χώρους εργασίας τους κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Οι πιο συνηθισμένοι τύποι παρενόχλησης που βίωσαν οι ιατροί και οι νοσηλευτές ήταν σχετικά με την υποτίμηση της προσωπικότητας τους και τον σκόπιμο έλεγχο του έργου τους πίσω από την πλάτη τους. Συγκεκριμένα, το 56% των ιατρών και το 55% των νοσηλευτών/τριών διαμαρτυρήθηκαν για έλεγχο του έργου τους. Διαπιστώθηκε ότι το 58% των ιατρών και το 56% των νοσηλευτών/τριών έχουν βιώσει συμπεριφορές υποτίμησης και εξευτελισμού. Επίσης, το 44% των ιατρών και το 48% των νοσηλευτών/τριών δήλωσαν ότι είχαν βιώσει έντονα την κριτική. Βρέθηκε, επιπλέον, ότι οι ιατροί παρενοχλήθηκαν μόνο από ιατρούς διευθυντές (κάθετη παρενόχληση), ενώ οι νοσηλευτές παρενοχλήθηκαν όχι μόνο από προϊσταμένους νοσηλευτές, αλλά και από ιατρούς (κάθετη παρενόχληση). Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η ψυχολογική βία στο χώρο εργασίας επιδρά σημαντικά στην εκδήλωση της καταθλιπτικής διαταραχής τόσο των ιατρών (27%) όσο και των νοσηλευτών/τριών (33%) (Ekici, & Beder 2014).

Σκοπός της μελέτης των Picakciefte, Acar, Colak και Kilic (2015) ήταν να εξετάσει τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και να καθορίσει εάν υπάρχει σχέση μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών, των συνθηκών εργασίας και του επιπέδου ηθικής παρενόχλησης. Στην μελέτη συμμετείχαν 119 επαγγελματίες υγείας στην πόλη Mugla. Το 83,2% των

εργαζομένων στον τομέα της υγείας ήταν γυναίκες, το 42,9% μαιέες, το 27,7% νοσηλεύτριες και το 14,3% ιατροί. Συνολικά, το 31,1% των εργαζομένων στον τομέα της υγείας είχαν βιώσει ηθική παρενόχληση κατά το τρέχον έτος. Σχεδόν οι μισοί επαγγελματίες υγείας, σε ποσοστό της τάξεως του 48,6%, ανέφεραν ότι η συχνότητα εκδήλωσης της ηθικής παρενόχλησης που βίωναν ήταν 1 έως 3 φορές το χρόνο. Συνολικά, το 70,3% των επαγγελματιών υγείας που είχαν βιώσει ηθική παρενόχληση ήταν προϊστάμενοι/διευθυντές και το 91,9% ήταν γυναίκες. Έχει διαπιστωθεί ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχουν υψηλό επιπολασμό όσον αφορά την ηθική παρενόχληση (Picakciefe και συν 2015).

Η μελέτη των Karsavuran και Kaya (2017) είχε σκοπό να διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση και την ηθική παρενόχληση των διευθυντών όλων των υπηρεσιών των νοσοκομείων. Συγκεκριμένα, οι Karsavuran και Kaya (2017) μελέτησαν τους Διευθυντές Ιατρικής Υπηρεσίας, τους διευθυντές των Κλινικών, τους διευθυντές της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, τους προϊστάμενους Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και τους Διοικητές των Νοσοκομείων του Υπουργείου Υγείας, στην Άγκυρα της Τουρκίας. Στη μελέτη, τελικά, συμμετείχαν 244 επαγγελματίες υγείας με θέσεις διευθυντικές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει μεγάλη σχέση ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση και την ηθική παρενόχληση των επαγγελματιών υγείας που κατέχουν διευθυντικές θέσεις στα νοσοκομεία της Τουρκίας στην Άγκυρα. Η υπευθυνότητα και ο επαγγελματικός τους ρόλος ενισχύει καταστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης και έντονου άγχους, με αποτέλεσμα να είναι πιο ευάλωτοι και να γίνονται εύκολος στόχος ηθικής παρενόχλησης (Karsavuran & Kaya 2017).

Η μελέτη των Xing, Jiao, Ma, Qiao, Hao, LikaiWu (2015) είχε σκοπό να προσδιορίσει τους παράγοντες κινδύνου της σωματικής βίας σε επαγγελματίες υγείας (γενικούς ιατρούς και νοσηλευτές/τριες) που εργάζονταν σε 90 δημόσια νοσοκομεία της επαρχίας Heilongjiang της Κίνας. Στη μελέτη συμμετείχαν 840 επαγγελματίες υγείας (442 γενικοί ιατροί και 398 νοσηλευτές/τριες). Τα αποτελέσματα της μελέτης, έδειξαν ότι οι 106 από τους 840 (12,6%) επαγγελματίες υγείας ανέφεραν ότι δέχθηκαν σωματική επίθεση στο χώρο εργασίας τους τους τελευταίους 12 μήνες. Οι περισσότεροι δράστες ήταν οι συγγενείς των ασθενών (62,3%) και ακολουθούσαν οι ίδιοι οι ασθενείς (22,6%). Το 73,6% των δραστών ήταν ηλικίας μεταξύ 20 και 40 ετών. Από τα περιστατικά σωματικής βίας, το 56,6% οδήγησε σε πρόκληση

σωματικής βλάβης και το 45,4% των θυμάτων, έλαβε δύο ή τρεις ημέρες άδειας ασθενείας. Η αναφορά και η καταγγελία της βίας στο χώρο εργασίας σε νοσοκομεία προς ανώτερους ή αρχές ήταν χαμηλή (9,4%). Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (62,8%) δεν έλαβαν εκπαίδευση σχετικά με τον τρόπο αποφυγής της βίας στο χώρο εργασίας. Επίσης, η μελέτη έδειξε ότι οι γενικοί ιατροί και οι νοσηλευτές ηλικίας έως 35 ετών και με επαγγελματικό τίτλο υψηλότερου επιπέδου ήταν πιο πιθανό να βιώσουν σωματική βία. Οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως νοσηλευτές/τριες με άμεση φυσική επαφή με τους ασθενείς (πλύσιμο, στροφή, ανύψωση) είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο σωματικής βίας σε σύγκριση με τους γενικούς ιατρούς ή με άλλους νοσηλευτές/τριες άλλων τμημάτων (Xing και συν 2015).

Η μελέτη των AbuAlRub και AlKhalwaldeh (2014) διερεύνησε τις επιπτώσεις, τη συχνότητα και τους παράγοντες που συμβάλλουν στη βία στον χώρο εργασίας μεταξύ των νοσηλευτών/τριών και των ιατρών σε περιοχές της Ιορδανίας. Συμμετείχαν 396 νοσηλευτές/τριες και 125 ιατροί. Επιπλέον, απώτερος σκοπός της μελέτης των AbuAlRub και Al Khalwaldeh, (2014) ήταν προσδιορίσει τις υπάρχουσες πολιτικές και τις μεθόδους διαχείρισης για την αντιμετώπιση της βίας στο χώρο εργασίας. Περίπου το 15% των συμμετεχόντων είχαν βιώσει σωματική κακοποίηση. Οι παράγοντες που συνέβαλαν στη βία στο χώρο εργασίας συνδέονταν με την έλλειψη πολιτικών, την ανεπαρκή στελέχωση και την έλλειψη δεξιοτήτων επικοινωνίας. Μόνο το 16,9% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι υπήρχαν συγκεκριμένες πολιτικές για την αντιμετώπιση της σωματικής βίας στο χώρο εργασίας. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν την ενίσχυση της ασφάλειας και την παροχή κατάρτισης ως αποτελεσματικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση και την εξάλειψη της βίας στο χώρο εργασίας (AbuAlRub, & AlKhalwaldeh 2014).

Αντίστοιχα, η μελέτη του Pinar και συνεργατών του (2015) είχε σκοπό να καθορίσει και να προσδιορίσει την έκταση της παρενόχλησης και βίας στο χώρο εργασίας σε εθνικό επίπεδο. Ο πληθυσμός της μελέτης ήταν 12.944 επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε δημόσια νοσοκομεία της Τουρκίας. Η μελέτη αυτή διεξήχθη με τη βοήθεια δομημένου ερωτηματολογίου και προσωπικής συνέντευξης. Τα ερωτηματολόγια προσαρμόστηκαν και μεταφράστηκαν στη τούρκικη γλώσσα, με βάση τα ερωτηματολόγια της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας, του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Διεθνούς Υπηρεσίας για τις Δημόσιες Υπηρεσίες. Το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που

είχαν βιώσει παρενόχληση στο χώρο εργασίας στην Τουρκία τους τελευταίους 12 μήνες ήταν 44,7%. Οι μορφές βίας περιελάμβαναν σωματική βία (6,8%), λεκτική βία, (43,2%), παρενόχληση(εκφοβισμός) (2,4%) και σεξουαλική παρενόχληση (1%). Η μελέτη δείχνει ότι η βία στο χώρο εργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αποτελεί σημαντικό πρόβλημα (Pinar, Acikel, Pinar, Karabulut, Saygun και συν 2015).

Η έρευνα των Hamdan και Abu Hamra (2015) πραγματοποιήθηκε στην Παλαιστίνη, έχοντας ως κεντρικούς στόχους την εκτίμηση των χαρακτηριστικών, των παραγόντων κινδύνου, τις αιτιών και συνεπειών του εργασιακού εκφοβισμού σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε τμήματα επειγόντων περιστατικών σε δημόσια νοσοκομεία. Όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία, η έρευνα έδειξε ότι από τους 444 συμμετέχοντες στην μελέτη, οι 161 ήταν νοσηλευτές/τριες, οι 142 ιατροί και οι 141 διοικητικό προσωπικό. Στη μελέτη συμμετείχαν 14 νοσοκομεία που διέθεταν τμήματα επειγόντων περιστατικών (8 από την Δυτική Όχθη και 6 από τη Λωρίδα της Γάζας). Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας (76,1%) βίωσε συμπεριφορά βίας και παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες. Αναλυτικότερα, το 35,6% των επαγγελματιών υγείας βίωσε σωματική κακοποίηση, το 71,2% βίωσε ψυχολογική παρενόχληση, το 69,8% λεκτική κακοποίηση, το 48,4% απειλές και το 8,6% παρενοχλήθηκε σεξουαλικά. Οι δράστες που ασκούσαν σωματική και λεκτική βία ήταν κυρίως οικογένειες (85,4%) και επισκέπτες (79,5%) των ασθενών. Η ώρα αναμονής, η έλλειψη μέτρων πρόληψης και οι ανεπιθύμητες προσδοκίες των ασθενών και των οικογενειών τους αναφέρθηκαν ως οι κύριοι λόγοι για την εκδήλωση εκφοβισμού (Hamdan, & Abu Hamra 2015).

Οι Kitahen και Hamdan (2012) διεξήγαγαν μια ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα έρευνα, η οποία αποσκοπούσε στη μελέτη της βίας που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας (ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό) στο χώρο εργασίας τους, που εργάζονται στα δημόσια Παλαιστινιακά νοσοκομεία. Συγκεκριμένα, σκοπός της έρευνας ήταν η εκτίμηση του μεγέθους της βίας στο χώρο εργασίας, καθώς και των συνεπειών της και των πιθανών παραγόντων κινδύνου. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, βρέθηκε ότι σε πληθυσμό 271 επαγγελματιών υγείας, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (80,4%) ανέφεραν ότι βίωσαν συμπεριφορά βίας και παρενόχλησης κατά τους προηγούμενους 12 μήνες. Περίπου ο ένας στους πέντε επαγγελματίας υγείας (20,8%), ανέφερε ότι βίωσε σωματική παρενόχληση, ενώ περίπου οι τρεις στους

πέντε (59,6%) ανέφεραν ότι βίωσαν ψυχολογική παρενόχληση. Ο βαθμός και η συχνότητα των συμπεριφορών παρενόχλησης κυμαίνονταν σε παρόμοια επίπεδο, τόσο στους ιατρούς όσο και στο νοσηλευτικό προσωπικό. Οι άντρες επαγγελματίες υγείας βίωσαν σημαντικά υψηλότερη σωματική βία σε σύγκριση με τις γυναίκες επαγγελματίες υγείας. Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι επαγγελματίες υγείας με μικρότερη εργασιακή εμπειρία και χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης ήταν πιο ευάλωτοι και πιο επιρρεπείς να υποστούν παρενόχληση από τους συναδέλφους τους. Οι δράστες ήταν κυρίως συγγενείς ή επισκέπτες των ασθενών και ακολουθούσαν οι ασθενείς και οι συνάδελφοι. Οι συνέπειες τόσο της σωματικής όσο και της ψυχολογικής βίας ήταν σημαντικές. Μόνο τα μισά από τα θύματα έλαβαν οποιοδήποτε είδος θεραπείας. Οι κυριότεροι λόγοι που τα θύματα δεν ανέφεραν ή δεν κατήγγειλαν τους θύτες τους ήταν η έλλειψη πολιτικής, η διαδικασία υποβολής εκθέσεων σχετικά με τα περιστατικά και η έλλειψη υποστήριξης από τους προϊστάμενούς τους, η προηγούμενη εμπειρία της μη ανάληψης δράσης και ο φόβος για τις συνέπειες (Kitahen & Hamdan 2012).

Παρόμοια είναι η κατάσταση όσον αφορά τη βία στο χώρο εργασίας που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας στην Κίνα, όπως προκύπτει από την εξίσου ενδιαφέρουσα έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Sun και τους συνεργάτες του (2017). Συγκεκριμένα, η έρευνα στόχευε στον προσδιορισμό του επιπολασμού της βίας στο χώρο εργασίας των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της επαρχίας Heilongjiang στη βορειοανατολική Κίνα, καθώς και στη διερεύνηση της συχνότητας της βίας σε διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες και στη σύγκριση των παραγόντων κινδύνου που επηρεάζουν διαφορετικούς τύπους παρενόχλησης. Στη μελέτη συμμετείχαν 1899 επαγγελματίες υγείας. Η μελέτη έδειξε ότι το 83,3% των επαγγελματιών υγείας ανέφεραν ότι είχαν βιώσει βία στο χώρο εργασίας και το 68,9% ανέφεραν ότι είχαν βιώσει ψυχολογική βία. Το φύλο, η εκπαίδευση, η εργασία σε βάρδιες (κυμαινόμενο ωράριο) και το επίπεδο ανησυχίας συσχετιζόνταν σημαντικά με τη άσκηση σωματικής βία. Επιπλέον, η ηλικία, ο επαγγελματικός τίτλος και το επάγγελμα συσχετίστηκαν με την ψυχολογική βία, η οποία επηρέαζε σοβαρά τους ιατρούς. Έτσι, το φύλο, η ηλικία, το επάγγελμα, το άγχος και η εργασία σε βάρδιες ήταν προβλεπτικοί δείκτες για τη βία στο χώρο εργασίας που βίωναν οι εργαζόμενοι στα δημόσια νοσοκομεία. Οι ιατροί εμφανίστηκαν να βιώνουν ψυχολογική βία στο χώρο εργασίας, με ιδιαίτερα υψηλή

συχνότητα σε σύγκριση με τους νοσηλευτές/τριες και τους άλλους εργαζόμενους στα νοσοκομεία. Εν κατακλείδι, σύμφωνα με τα πορίσματα της μελέτης, συμπεραίνεται ότι για τους εργαζόμενους στα δημόσια νοσοκομεία οι παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην μείωση της παρενόχλησης πρέπει να σχεδιαστούν σύμφωνα με τους τύπους βίας, επαγγέλματος και άλλους παράγοντες που διέπουν τους διάφορους τύπους βίας στα νοσοκομεία (Sun, Zhang, Sun, Ma, Jiao και συν 2017).

Οι Enrin και Madziala (2016) μελέτησαν τους τρόπους εξάλειψης της ηθικής παρενόχλησης σε επαγγελματίες υγείας (παραϊατρικά επαγγέλματα), που εργάζονται σε ασθενοφόρα (paramedics) στην Πολωνία και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Στη μελέτη συμμετείχαν 2.135 εργαζόμενοι στα ασθενοφόρα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η παρενόχληση είναι ευρέως διαδεδομένη μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα ασθενοφόρα (paramedic) τόσο στην Πολωνία όσο και στις ΗΠΑ (83,68% και 30,79%, αντίστοιχα), ενώ συχνά αναφέρεται ότι ο δράστης-θύτης ήταν ο/η προϊστάμενος/η (52% και 35%, αντίστοιχα). Όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία, παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ηθική παρενόχληση και την ηλικία, το γυναικείο φύλο και της μικρότερης εργασιακής εμπειρίας των θυμάτων (Enrin & Madziala 2016).

Παρόμοια ήταν τα ευρήματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε από την Κατσιλάκη (2017) στον ελλαδικό χώρο, προκειμένου να διερευνηθεί το σύνδρομο mobbing στους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς και νοσηλευτές) ενός επαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου. Το δείγμα της μελέτης περιελάμβανε 296 επαγγελματίες υγείας. Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του μελετώμενου πληθυσμού, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (75,3%), ηλικίας 36-55 ετών (84,2%) και νοσηλευτές (72,6%). Σχεδόν οι μισοί εργάζονταν στον παθολογικό τομέα (47%), ενώ το 30,4% εργάζονταν στον χειρουργικό τομέα, το 6,4% στον εργαστηριακό τομέα και το 16,2% σε άλλον τομέα. Περίπου οι μισοί ήταν απόφοιτοι ΤΕ (53,4%), το 22,6% ήταν απόφοιτοι ΠΕ, το 16,6% ήταν απόφοιτοι ΔΕ και το 7,5% είχαν μεταπτυχιακό/διδακτορικό δίπλωμα. Οι περισσότεροι (72,3%) εργάζονταν συνολικά 11-30 έτη και 3-10 έτη στο παρόν τμήμα εργασίας (51,4%) Σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν, οι ιατροί εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά mobbing σε σχέση με τους νοσηλευτές. Οι κυριότερες μορφές εκδήλωσης του συνδρόμου mobbing, αναφορικά με την προσωπικότητα του θύματος, ήταν ο θυμός (13,9%) και οι λεκτικές επιθέσεις (10,1%), ενώ, σε σχέση με το εργασιακό

περιβάλλον, το 27,8% των επαγγελματιών υγείας ανέφεραν ότι τους ανατίθεται εργασία κατώτερη του επιπέδου των ικανοτήτων τους και το 19,3% δήλωσαν ότι αναλαμβάνουν ασήμαντα ή τετριμμένα καθήκοντα, λόγω του ότι τους αφαιρούνται σημαντικές περιοχές ευθύνης. Σημαντικά είναι και τα ποσοστά έκθεσης των επαγγελματιών υγείας σε μη διαχειρίσιμο φόρτο εργασίας (22,3%) και υπερβολικό έλεγχο της δουλειάς τους (13,9%) (Κατσιλάκη 2017).

3.3. Ηθική Παρενόχληση στο Νοσηλευτικό Προσωπικό

Η άσκηση της νοσηλευτικής θεωρείται ένα από τα δυσκολότερα και απαιτητικότερα επαγγέλματα. Η νοσηλευτική είναι επάγγελμα παροχής φροντίδας και προϋποθέτει τη διανοητική, συναισθηματική και φυσική προσπάθεια των νοσηλευτών/τριών, ώστε να καλυφθούν απόλυτα οι ανάγκες του ασθενούς, που περιλαμβάνουν τη γενική φροντίδα (διερεύνηση της ύπαρξης ή μη νοσηλευτικών προβλημάτων, αξιολόγηση της κατάστασης υγείας του ατόμου κ.ά.) καθώς και την ψυχολογική του υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του (Bellack 1999). Σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών (2012), «*Νοσηλευτική είναι η προστασία, προώθηση και βελτιστοποίηση της υγείας, η ικανότητα πρόληψης των ασθενειών και των τραυματισμών και ανακούφισης του πόνου μέσω της διάγνωσης και της θεραπείας της ανθρώπινης αντίδρασης, και η υπεράσπιση της φροντίδας των ατόμων, των οικογενειών, των κοινοτήτων και των πληθυσμών*» (ANA 2012).

Ο νοσηλευτής, σύμφωνα με τον Bellack (1999), ασκεί το επάγγελμά του σε ένα απαιτητικό περιβάλλον, έχοντας ως βασικό χαρακτηριστικό του την προσπάθεια για παροχή του έργου του με αποδοτικό τρόπο. Παράλληλα, το περιβάλλον άσκησης των νοσηλευτικών καθηκόντων δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο και αυξάνονται οι απαιτήσεις εξαιτίας της έλλειψης νοσηλευτικού δυναμικού, αφού η στενότητα των πόρων στην υγεία γίνεται συνεχώς εντονότερη (Bellack 1999).

Οι νοσηλευτές αποτελούν μια επαγγελματική ομάδα, η οποία πολύ συχνά αντιμετωπίζει προβλήματα επιθετικής συμπεριφοράς, παρενόχλησης και εκφοβισμού μεταξύ συναδέλφων (Corney 2008, Johnson 2009, Roberts, Demarco & Griffin 2009). Η άσκηση βίας στον εργασιακό χώρο δεν έχει όρια και είναι παρούσα σε όλες τις ανθρώπινες δραστηριότητες, ανεξάρτητα από τη φυλή, την ηλικία, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, την εκπαίδευση, τη θρησκεία, τη σεξουαλική φύση και τον

εργασιακό χώρο. Έρευνα κατέδειξε ότι η κάθε μορφή εκφοβισμού στο εργασιακό περιβάλλον έχει γίνει ήδη καθολική και κυριαρχεί τόσο ανάμεσα σε εργαζομένους όσο και ανάμεσα σε επαγγελματικές ομάδες (Oulton 2006).

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών τονίζει ότι το εκφοβιστικό περιβάλλον εργασίας είναι ένα ευρέως διαδεδομένο φαινόμενο με επιβλαβείς επιδράσεις, όπως μειωμένη ποιότητα στη φροντίδα, αποχωρήσεις-εκούσιες παραιτήσεις προσωπικού, χαμηλό επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης και ασθένειες (Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών 2007). Σύμφωνα με το Βρετανικό Σύλλογο Νοσηλευτών, αυτό συμβαίνει σε 1 από τους 6 νοσηλευτές/τριες (Royal College of Nursing).

Υπολογίζεται ότι οι μισοί και παραπάνω επαγγελματίες υγείας θα δεχθούν προσβολή στη διάρκεια της καριέρας τους και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές είναι τρεις φορές πιο πιθανόν να δεχθούν καταστάσεις παρενόχλησης, λόγω της επαφής τους με ασθενείς και συγγενείς αυτών (Kwok, Law, Li, Ng, Cheung, Fung, & Leung 2006, Registered Nurses' Association of Ontario 2008). Διεθνώς, ένας στους τρεις νοσηλευτές, έχει δεχθεί παρενόχληση στο εργασιακό του περιβάλλον, ενώ σημαντικό επίπεδο βίας και παρενόχλησης υπάρχει ακόμα και ανάμεσα στους ίδιους τους νοσηλευτές (Rowell 2005).

Πολλοί ερευνητές έχουν μελετήσει τις μορφές εκδήλωσης του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών (Hutchinson και συν 2008, Leymann 1996, Lewis 2006). Οι κυριότερες μορφές του εκφοβισμού συνοψίζονται στις εξής συμπεριφορές: σωματική ή λεκτική κακοποίηση, ακατάλληλες ερωτήσεις για προσωπικά θέματα και έντονα πειράγματα, σεξουαλικά σχόλια ή παρενόχληση, διάδοση φημών και συκοφαντία, περιφρόνηση του θύματος όταν μιλάει, φωνές/ταπείνωση/ απειλές, αδικαιολόγητη κριτική, έλεγχος του τρόπου εργασίας του θύματος, αναίτιες κατηγορίες, ανάληψη μεγάλου φόρτου ευθυνών και εργασίας με πίεση χρόνου (Cooper και συν 2009, Dellasega 2009, Hutchinson και συν 2008, 2010, Johnson & Rea 2009, Lewis & Orford 2005, Simons 2008, Stanley, Martin, Michel, Welton, & Nemeth 2007, Vessey, De Marco, Gaffney, & Budin 2009).

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κίνα έχοντας ως δείγμα 92 προϊστάμενους νοσηλευτικών τμημάτων δύο πανεπιστημιακών νοσοκομείων έδειξε ότι οι καθημερινές διαμάχες με τους γιατρούς, ο φόρτος εργασίας και η επαφή με το θάνατο, ήταν οι πιο βασικές πηγές του στρες στο χώρο εργασίας (Xianyu, & Lambert

2006). Στους χώρους των νοσοκομείων τα περισσότερα περιστατικά ηθικής παρενόχλησης και βίας πηγάζουν από τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, ενώ σημαντικό μέγεθος ηθικής παρενόχλησης και ψυχολογικής βίας πηγάζει από τα μέλη του προσωπικού (Spector, Allen, Poelmans, Lapierre, Cooper και συν 2007).

Στην Ελλάδα, πρόσφατη έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό πέντε νοσοκομείων της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας έδειξε ότι το 30,2% εξ αυτών έχει υποστεί ψυχολογική παρενόχληση, με το χρονικό διάστημα που μελετήθηκε να είναι αυτό των τελευταίων έξι μηνών (Karatza και συν 2016).

Η πολύ πρόσφατη μελέτη της Παναγιώτου (2017) διερεύνησε την παρουσία του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας της Κύπρου και τη συσχέτισή του με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν οι 255 νοσηλευτές ψυχικής υγείας που εργάζονταν σε όλες τις δημόσιες δομές των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παγκύπρια, κατέχοντας όλες τις βαθμίδες της νοσηλευτικής ιεραρχίας. Οι γυναίκες αποτέλεσαν την πλειοψηφία του πληθυσμού της μελέτης, με ποσοστό 55,69%, έναντι των ανδρών, με ποσοστό 44,3%. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι ο επιπολασμός της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας της Κύπρου ανήλθε στο 8,24%. Όσον αφορά τη συχνότητα έκθεσης σε μία ή περισσότερες συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης mobbing, ποσοστό 13,73% των συμμετεχόντων ανέφερε σπάνια έκθεση, ποσοστό 6,67% δήλωσε έκθεση τουλάχιστον μια φορά τον μήνα, το 5,88% ανέφερε έκθεση τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, ενώ σε σχεδόν καθημερινή έκθεση το 1,96% των νοσηλευτών/τριων. Σύμφωνα με την κλίμακα CES-D διερεύνησης της παρουσίας συμπτωμάτων κατάθλιψης, καταδείχθηκε ότι ποσοστό 10,98% των συμμετεχόντων παρουσίαζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία, τις τελευταίες τριάντα μέρες, ενώ ποσοστό 89,02% των συμμετεχόντων δεν παρουσίασε. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν σχέση εξάρτησης και υψηλή θετική συσχέτιση ανάμεσα στο φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και τα συμπτώματα κατάθλιψης (Παναγιώτου 2017).

Οι Iftikhar και Qureshi (2014) μελέτησαν τις εμπειρίες των νοσηλευτών σχετικά με πράξεις εκφοβισμού και παρενόχλησης στον χώρο εργασίας τους τελευταίους 12 μήνες. Η έρευνα διεξήχθη στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Άγκυρας έχοντας ως δείγμα 286 νοσηλευτές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 21%

των συμμετεχόντων είχαν εκτεθεί σε απευθείας συμπεριφορά ηθικής παρενόχλησης, με το 56% εξ αυτών να δηλώνει ότι η συνηθέστερη συμπεριφορά που δέχτηκαν ήταν να τους μιλήσει κάποιο άλλο άτομο με τρόπο μειωτικό και εξευτελιστικό παρουσία τρίτων. Επίσης, βρέθηκε ότι η μορφή αυτής της παρενόχλησης είχε αρνητικές επιπτώσεις στην εργασιακή απόδοση των νοσηλευτών, στο κίνητρό τους για εργασία, στην παραγωγικότητά τους, στις σχέσεις τους με τους ασθενείς, ενώ –παράλληλα– εμφάνιζαν συμπτώματα κατάθλιψης (Iftikhar & Qureshi 2014).

Η έρευνα των Sa και Fleming (2008) πραγματοποιήθηκε σε 107 νοσηλευτές που εργάζονται στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας της Πορτογαλίας, έχοντας ως σκοπό της τη διερεύνηση της σχέσης του εργασιακού ψυχολογικού εκφοβισμού με την επαγγελματική εξουθένωση και την ψυχική υγεία. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των νοσηλευτών, το 13% εξ αυτών είχαν υποστεί ηθική παρενόχληση το τελευταίο εξάμηνο. Ως βασικότερες συμπεριφορές εκφοβισμού αναφέρθηκαν η αντικατάσταση σημαντικών καθηκόντων με άλλα ασήμαντα, η υπερβολική εποπτεία κατά την εργασία, η πίεση στο να μη διεκδικήσουν κάτι που ήθελαν, ο ορισμός καθηκόντων με μεγάλες απαιτήσεις για την ολοκλήρωσή τους κ.ά. (Sa & Fleming 2008).

Η έρευνα των Talas, Kocaöz και Akgüç (2011), η οποία διεξήχθη σε έξι νοσοκομεία της Άγκυρας στην Τουρκία, σε δείγμα 270 νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών, με σκοπό τη διερεύνηση της βίας σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, έδειξε ότι το 85,2% των συμμετεχόντων είχαν υποστεί τουλάχιστον ένα είδος παρενόχλησης: το 41,1% σωματική (φυσική) επίθεση, το 79,6% λεκτική κακοποίηση, το 55,5% λεκτικές απειλές και το 15,9% σεξουαλική παρενόχληση. Οι συχνότερες αντιδράσεις στη βίωση της παρενόχλησης ήταν η θλίψη και ο θυμός (Talas, Kocaöz, & Akgüç 2011).

Οι Zhang και συν (2017) διεξήγαγαν μελέτη σε 28 νοσοκομεία της περιφέρειας της Κίνας, σε 14 πόλεις, με σκοπό να διερευνήσουν το μέγεθος του επιπολασμού του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης και των παραγόντων που την επηρεάζουν. Διανεμήθηκαν 4125 ερωτηματολόγια και στην έρευνα συμμετείχαν τελικά 3004 νοσηλευτές όλων των βαθμίδων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ποσοστό 25,77% των ερωτηθέντων είχαν βιώσει σωματική βία, το 63,65% λεκτική κακοποίηση και το 2,76% σεξουαλική παρενόχληση. Επίσης, η μελέτη έδειξε ότι νοσηλευτές με μικρή εργασιακή εμπειρία, νοσηλευτές που εργάζονται με κυλιόμενο ωράριο και νοσηλευτές που εργάζονται στα επείγοντα και παιδιατρικά τμήματα της

Κίνας έχουν χαμηλά επίπεδα ανοχής στο στρες και διατρέχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να βιώσουν οποιαδήποτε μορφή παρενόχλησης και βίας (Zhang, Wang, Xie, Zhou, Li και συν 2017).

Μελέτη των Gacki-Smith και συν (2010) σε πληθυσμό 3.465 νοσηλευτών/τριών στις Η.Π.Α. σχετικά με τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις τους για τη βία και την παρενόχληση που βιώνουν σε τμήματα επειγόντων περιστατικών από ασθενείς και συνοδούς ασθενών ή και επωφελούμενους των υπηρεσιών, έδειξε ότι περίπου το 25% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι είχε βιώσει σωματική κακοποίηση περισσότερο από 20 φορές τα τελευταία 3 χρόνια και σχεδόν το 20% ανέφεραν ότι είχαν βιώσει λεκτική κακοποίηση πάνω από 200 φορές κατά την ίδια περίοδο. Επίσης, οι ερωτηθέντες που είχαν βιώσει συχνότερα σωματική και λεκτική κακοποίηση έδειξαν φόβο να αναφέρουν τις πράξεις παρενόχλησης και βίας, λόγω έλλειψης υποστήριξης από τους προϊσταμένους των τμημάτων και των διοικητών των νοσοκομείων (Gacki-Smith και συν 2010).

Οι Park, Cho και Hong (2015), σε μια προσπάθειά τους να μελετήσουν τον επιπολασμό και τους θύτες της παρενόχλησης στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών, καθώς επίσης και τις απαιτήσεις από και προς την εργασία και τη σχέση τους με την εμφάνιση της παρενόχλησης, διεξήγαγαν έρευνα σε 47 νοσηλευτικές μονάδες, σε πληθυσμό 970 νοσηλευτριών στην πρωτεύουσα της Κορέας, τη Σεούλ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 63,8% είχαν βιώσει μεγάλο αριθμό πράξεων ηθικής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες. Επίσης, αναφέρονται μορφές εκφοβισμού με 41,6% τις λεκτικές απειλές, 22,3% τη σωματικής κακοποίηση και 19,7% τη σεξουαλική παρενόχληση. Η σωματική παρενόχληση, οι λεκτικές απειλές και η ψυχολογική κακοποίηση παρατηρήθηκαν συχνότερα στις ΜΕΘ, ενώ η σεξουαλική παρενόχληση και ο εκφοβισμός ήταν υψηλότερα στα Χειρουργικά Τμήματα. Τα αποτελέσματα έδειξαν, επίσης, ότι ως κύριοι θύτες παρενόχλησης εμφανίζονται οι ασθενείς, ακολουθούν οι γιατροί και, τέλος, οι συγγενείς ασθενών. Οι εργασιακές απαιτήσεις, τα καθήκοντα, τα εξαντλητικά ωράρια, οι συναναστροφές με τους ασθενείς και οι σχέσεις με το λοιπό προσωπικό μπορεί να εκθέσουν το νοσηλευτικό προσωπικό σε καταστάσεις παρενόχλησης (Park, Cho & Hong 2015).

Οι AbuaAlrub και Al-Asmar (2011) διεξήγαγαν έρευνα για να διερευνήσουν την άσκηση σωματικής βίας κατά των νοσηλευτών/τριών που εργάζονται σε Δημόσια Νοσοκομεία της Ιορδανίας. Στην έρευνα συμμετείχαν 420 νοσηλευτές/τριες. Τα

δεδομένα συλλέχθηκαν με τη βοήθεια ενός ερωτηματολογίου, το οποίο αναπτύχθηκε από τη Διεθνή Οργάνωση Εργασίας, το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και το Διεθνές Γραφείο Δημόσιων Υπηρεσιών, το έτος 2003. Τα ευρήματα έδειξαν ότι το 22,5% των συμμετεχόντων είχαν υποστεί σωματική βία στο χώρο εργασίας τους κυρίως από διοικητικούς υπαλλήλους, το προσωπικό, τους ασθενείς, τις οικογένειες και το κοινό. Οι συμμετέχοντες που βίωσαν τη βία στο χώρο εργασίας ήταν πολύ δυσαρεστημένοι με τον τρόπο χειρισμού των περιστατικών από τη διοίκηση του νοσοκομείου (AbuAlRub & Al-Asmar 2011).

Οι Beckmann, Cannella και Wantland (2013) μελέτησαν το μέγεθος του επιπολασμού του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης μεταξύ των μελών του διδακτικού προσωπικού σε σχολές νοσηλευτικής σε τρεις βορειοανατολικές πολιτείες των ΗΠΑ. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε το 2010 και συμμετείχαν 473 μέλη ΔΕΠ. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, διαπιστώθηκε ότι ποσοστό 36% των ερωτηθέντων είχε βιώσει πράξεις εκφοβισμού με δράστες κυρίως ανώτερα διοικητικά στελέχη. Επίσης, διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας των συναντήσεων μεταξύ των μελών ΔΕΠ με ανώτερα στελέχη και της έκθεσης σε πράξεις εκφοβισμού (Beckmann, Canella, & Wantland 2013).

Η ποιοτική μελέτη των AbualRub, Khalifa και Habbib (2007) σε νοσοκομεία του Ιράκ, με σκοπό τη διερεύνηση της εμφάνισης και της συχνότητας της σωματικής κακοποίησης στο χώρο εργασίας 116 ιρακινών νοσηλευτών/τριών μέσω της τεχνικής της δομημένης συνέντευξης, αναφέρει ότι οι 45 νοσηλευτές/τριες από τους 116 είχαν υποστεί σωματική κακοποίηση κατά την εργασία τους. Επίσης, έδειξε ότι οι διοικήσεις που εφαρμόζουν πολιτικές κατά της βίας στο χώρο εργασίας είναι ελάχιστες (AbualRub, Khafila, & Habbib 2007).

Μελέτη του Fornés και των συνεργατών του (2011) στην Ισπανία σχετικά με τη ψυχολογική παρενόχληση στο χώρο εργασίας 285 νοσηλευτών, έδειξε ότι ποσοστό 18,9% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι είχε βιώσει πράξεις παρενόχλησης στο χώρο εργασίας, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για τους τελευταίους 6 μήνες. Γενικά, διαπιστώθηκαν διαφορές στον επιπολασμό της ψυχολογικής παρενόχλησης, ανάλογα με το κριτήριο που χρησιμοποιήθηκε. Η ψυχολογική παρενόχληση των νοσηλευτών συσχετίζεται θετικά με την επιθυμία τους να εγκαταλείψουν το επάγγελμα και αρνητικά με τη συμμετοχή τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Τα αποτελέσματα δείχνουν ένα συνδυασμό διαφόρων μέτρων για την αξιολόγηση της ψυχολογικής

παρενόχλησης στο χώρο εργασίας και τις πολιτικές μηδενικής ανοχής για την ψυχολογική κακοποίηση (Fornes και συν 2011).

Σύμφωνα με μελέτη που διενήργησε ο Al-Omari (2015) σχετικά με την άσκηση σωματικής και λεκτικής παρενόχλησης και βίας σε νοσηλεύτές/τριες δημόσιων γενικών νοσοκομείων της Ιορδανίας και τη σχέση των δυο μορφών εκφοβισμού, σε δείγμα 486 νοσηλευτών, διαπιστώθηκε ότι το 52,8% έγιναν αποδέκτες σωματικής παρενόχλησης και το 67,8% των συμμετεχόντων δέχτηκαν λεκτική παρενόχληση τους τελευταίους 12 μήνες. Επίσης, όσον αφορά στους νοσηλεύτές/τριες που υπέστησαν σωματική κακοποίηση, το 26,5% εξ αυτών ανέφερε ότι του ασκήθηκε βία με όπλο. Τέλος, ένα άλλο αποτέλεσμα σε σχέση με το φύλο έδειξε ότι οι νοσηλεύτριες αναφέρουν ότι βιώνουν σωματική παρενόχληση κατά 0,5 φορές λιγότερο από τους άντρες νοσηλευτές και κατά 1,5% φορές περισσότερο αναφέρουν ότι έχουν βιώσει λεκτική παρενόχληση σε σχέση με τους άντρες νοσηλευτές (Al-Omari 2015).

Οι AbuAlrub και Al-Asmar (2014) διενήργησαν μια ενδιαφέρουσα μελέτη σε δείγμα 422 νοσηλευτών, έχοντας ως σκοπό τους, αρχικά, την αξιολόγηση των επιπτώσεων και τη συχνότητα της ψυχολογικής βίας μεταξύ νοσηλευτών/τριων που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της Ιορδανίας. Επίσης, αποσκοπούσαν να διερευνήσουν τις καταγγελίες και τις αντιδράσεις των νοσηλευτών/τριων στη, ψυχολογική παρενόχληση. Τα ευρήματα έδειξαν ότι σχεδόν το 70% των συμμετεχόντων είχαν εκτεθεί σε λεκτική/ψυχολογική παρενόχληση στο χώρο εργασίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, οι οικογένειες των ασθενών ήταν οι κύριοι δράστες αυτών των συμπεριφορών. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην άσκηση της ψυχολογικής παρενόχλησης, όπως γίνονταν αντιληπτοί από τους συμμετέχοντες, σχετίζονταν με τη διοίκηση, το προσωπικό, τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, τον καθορισμό του χώρου εργασίας και την ασφάλεια. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανέφερε ότι οι προϊστάμενοι τους καθώς και οι Διοικήσεις των νοσοκομείων τους δεν έχουν αναπτύξει πολιτικές κατά της ψυχολογικής βίας/ παρενόχλησης στο χώρο εργασίας (AbuAlrub & Al-Asmar 2014).

Ο Jaradat και οι συνεργάτες του (2016) διερεύνησαν τον επιπολασμό της επιθετικής συμπεριφοράς στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών στη Χεβρώνα της Παλαιστίνης, καθώς και τις σχέσεις μεταξύ της έκθεσης στην επιθετικότητα και της εμφάνισης της ψυχολογικής δυσφορίας και ικανοποίησης από την εργασία. Στην

έρευνα συμμετείχαν 344 νοσηλευτές (62% νοσηλεύτριες και 38% νοσηλευτές). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 27,1% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι είχαν γίνει αποδέκτες επιθετικής συμπεριφοράς στο χώρο εργασίας οποιουδήποτε είδους. Το 5% ανέφεραν ότι είχαν υποστεί σωματική παρενόχληση, το 24,2% ανέφεραν έκθεση στη λεκτική επιθετικότητα και το 7,3% ανέφεραν έκθεση σε εκφοβισμό. Οι ασθενείς και οι συγγενείς των ασθενών ήταν οι κύριες πηγές σωματικής και λεκτικής επιθετικότητας, ενώ οι συνάδελφοι ήταν η κύρια πηγή εκφοβισμού. Οι άνδρες νοσηλευτές ανέφεραν υψηλότερο επιπολασμό εκφοβισμού από τις γυναίκες νοσηλεύτριες. Οι νεότεροι σε ηλικία και εμπειρία νοσηλευτές ανέφεραν υψηλότερο επιπολασμό της έκθεσης στη σωματική και λεκτική επιθετικότητα και τον εκφοβισμό. Η λεκτική επιθετική συμπεριφορά, συσχετίστηκε με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία. Ο εκφοβισμός συνδέεται άμεσα με μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία (Jaradat και συν 2016).

Η έρευνα των da Silva Joao και Saldanha Portelada (2016) πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 3.227 νοσηλευτών/τριών, που εργάζονταν σε 11 δημόσια νοσοκομεία της Πορτογαλίας, έχοντας ως σκοπό την αξιολόγηση της ύπαρξης, της συχνότητας και της έντασης της ηθικής παρενόχλησης που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και τις επιπτώσεις της στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην ευημερία τους. Οι μορφές παρενόχλησης που κυρίως βιώνουν οι νοσηλευτές είναι ο αποκλεισμός από την επικοινωνία και η δυσφήμισή τους, ενώ η ηθική παρενόχληση είναι οριζόντια (από συναδέλφους) και φθίνουσα (από προϊστάμενο/νους προς υφιστάμενο/νους). Σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες στην έρευνα ισχυρίζονται ότι είχαν προβλήματα υγείας, εξαιτίας του ότι είχαν υποστεί ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας τους (da Silva João & Saldanha Portelada 2016).

Μελέτη των Terzioglu, Temel και UsluSahan (2016) σε πληθυσμό 772 νοσηλευτών/τριών που εργάζονταν σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, διαπιστευμένο από την Joint Commission International, σχετικά με τον προσδιορισμό των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών που επηρεάζουν τις επιδόσεις και την παραγωγικότητα των νοσηλευτών/τριών και, συγκεκριμένα, τις επαγγελματικές συμπεριφορές τους, την οργανωτική τους κουλτούρα και δικαιοσύνη και την έκθεση τους σε καταστάσεις ηθικής παρενόχλησης, έδειξε ότι όσο οι νοσηλευτές/τριες δεν υποστηρίζονται από τις Διοικήσεις των νοσοκομείων τους, τα ποσοστά όσον αφορά την κουλτούρα και το αίσθημα της δικαιοσύνης τους μειώνονται, επηρεάζονται αρνητικά οι επιδόσεις τους,

ενώ, συγχρόνως, αυξάνεται η έκθεση τους σε καταστάσεις ηθικής παρενόχλησης. Όσο περισσότερο υποστηρίζονται από τα ανώτερα Διοικητικά στελέχη των νοσοκομείων, οι νοσηλευτές μειώνουν τα ποσοστά έκθεσής τους στην ηθική παρενόχληση και η επίδοσή τους και η παραγωγικότητά τους είναι σε ικανοποιητικά επίπεδα (Terzioglu, Temel, & UsluSahan 2016).

Οι Alkorashy και AlMoalad (2016) μελέτησαν το μέγεθος του επιπολασμού του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού καθώς και τους παράγοντες που συμβάλλουν σε νοσηλευτές/τριες Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στο Ριάντ της Σαουδικής Αραβίας. Συνολικά, στη μελέτη συμμετείχαν 370 νοσηλευτές/τριες. Η μελέτη έδειξε ότι σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες είχαν βιώσει εκφοβισμό με την μορφή της λεκτικής παρενόχλησης στο επαγγελματικό τους περιβάλλον κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες θεωρούν τους ασθενείς ως την κύρια πηγή εκβιασμού και παρενόχλησης. Επίσης, περίπου το ήμισυ των ερωτηθέντων αναφέρουν ως παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του εκφοβισμού, την έλλειψη προσωπικού, τις παρεξηγήσεις, την μεγάλη αναμονή για εξυπηρέτηση και την έλλειψη κατάρτισης του προσωπικού για την πρόληψη της κρίσης (Alkorashy, & AlMoalad 2016).

Οι AsiKarakas και Okanli (2015) μελέτησαν τη σημαντικότητα της εκπαίδευσης αφοσίωσης (βεβαιότητας) σε νοσηλευτές/τριες που είχαν βιώσει ηθική παρενόχληση. Η μελέτη αυτή διεξήχθη σε δύο φάσεις. Στην πρώτη φάση, 218 νοσηλευτές/τριες συμπλήρωσαν την κλίμακα κατά της ηθικής παρενόχλησης, αλλά οι 180 εξαιρέθηκαν από την εκπαιδευτική ομάδα, λόγω χαμηλής βαθμολογίας. Στην αρχική εκπαιδευτική ομάδα, συμμετείχαν 38 νοσηλευτές/τριες αρχικά, αλλά, τελικά, η μελέτη διεξήχθη με 30 νοσηλευτές/τριες, επειδή οι 8 νοσηλευτές/τριες δεν συμφώνησαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Οι 30 νοσηλευτές παρακολούθησαν το πρόγραμμα κατάρτισης αφοσίωσης. Έξι μήνες μετά την εκπαίδευση, οι νοσηλευτές/τριες, συμπλήρωσαν πάλι την κλίμακα ηθικής παρενόχλησης και το Rathus Assertiveness Inventory (RAI). Η εκπαιδευτική κατάρτιση αφοσίωσης επηρέασε θετικά τις βαθμολογίες βεβαιότητας και ηθικής παρενόχλησης. Μετά την εκπαίδευση, οι βαθμοί βεβαιότητας αυξήθηκαν και η βαθμολογία της ηθικής παρενόχλησης μειώθηκε. Η κατάρτιση αφοσίωσης είναι μια αποτελεσματική μέθοδος για τη μείωση του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης. Σύμφωνα με αυτά τα αποτελέσματα, συνιστώνται προγράμματα κατάρτισης που υποστηρίζουν την

προσωπική ανάπτυξη των νοσηλευτών/τριων με την παροχή συμβουλών και υποστήριξης (Asi Karakas & Okanli 2015).

Η μελέτη των Bortoluzzi, Caporale και Palese (2014) είχε σκοπό να διερευνήσει το αν η συμμετοχική ηγεσία μειώνει την εμφάνιση του κινδύνου του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης μεταξύ των ομάδων εργασίας των νοσηλευτών. Στην εμπειρική μελέτη, συμμετείχαν 175 νοσηλευτές/τριες από διάφορα δημόσια νοσοκομεία στην Βόρεια Ιταλία. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν ότι η υιοθέτηση από τον προϊστάμενο νοσηλευτή κάθε τμήματος ενός στυλ συμμετοχικής ηγεσίας είναι σημαντική και βοηθάει στην εξασθένηση της εκδήλωσης του κινδύνου του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης σε ομάδες εργασίας, καθώς και μειώνει τις εντάσεις στις ομάδες εργασίας των νοσηλευτών (Bortoluzzi, Caporale, & Palese 2014).

Μελέτη των Torra και Moriano (2013) στην Ισπανία σε πληθυσμό 388 νοσηλευτών/τριων που απασχολούνται σε δυο μεγάλα νοσοκομεία στη Μαδρίτη και στη Ναβάρρα, διερευνά την αλληλεπίδραση της ομαδικής υποστήριξης, της αλληλοβοήθειας και συναδελφικότητας στην εξήγηση του οριζόντιου τύπου της ηθικής παρενόχλησης και του άγχους, καθώς και τις επιπτώσεις που έχουν αυτοί οι δυο παράγοντες στην ομαδική υποστήριξη και συναδελφικότητα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το άγχος συνδέεται θετικά με την οριζόντια ηθική παρενόχληση, ενώ η ομαδική υποστήριξη και η συναδελφικότητα ήταν αρνητικοί προγνωστικοί παράγοντες της οριζόντιας ηθικής παρενόχλησης (Torra, & Moriano 2013).

Ο Cevik Akyil και οι συνεργάτες του (2012) μελέτησαν τα επίπεδα της ηθικής παρενόχλησης, καθώς και τις αντιλήψεις των νοσηλευτών/τριων για το φαινόμενο αυτό. Στη μελέτη συμμετείχαν 180 νοσηλευτές/τριες από την Ανατολική Τουρκία. Τα αποτελέσματα της μελέτης αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές συχνά βιώνουν το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης. Οι νεότεροι νοσηλευτές/τριες, οι νοσηλευτές/τριες με λιγότερη χρονικά επαγγελματική εμπειρία, οι βοηθοί νοσηλευτών/τριων και οι νοσηλευτές/τριες, που εργάζονται σε κλειστά τμήματα και νυχτερινές βάρδιες, ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ηθικής παρενόχλησης. Οι νοσηλευτές/τριες ανέφεραν τους προϊσταμένους τους και τους Διευθυντές Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ως τους πιο συχνούς θύτες και τις κακές συνθήκες εργασίας ως τη σημαντικότερη αιτία για την παρενόχληση (Cevik Akyil, Tan, Saritas, & Altuntas 2012).

Μελέτη των Caporale, Palese και Bortoluzzi (2012), που πραγματοποιήθηκε σε 175 νοσηλευτές/τριες και μαίες ενός Δημόσιου Νοσοκομείου στην Βόρεια Ιταλία, σχετικά με τη μορφή και το στυλ της ηγεσίας των νοσοκομείων και πώς αυτή μπορεί να οδηγήσει ή όχι στην εκδήλωση της ηθικής παρενόχλησης, επιβεβαίωσε την υπόθεση ότι η υιοθέτηση ενός μη συνεργατικού και αυταρχικού στυλ ηγεσίας προωθεί την εμφάνιση της ηθικής παρενόχλησης μεταξύ των νοσηλευτών (Caporale, Palese, & Bortoluzzi 2012).

Οι Kunecka, Kamińska και Karakiewicz (2008) μελέτησαν τη συχνότητα εμφάνισης της ηθικής παρενόχλησης στο νοσηλευτικό προσωπικό που απασχολείται στα νοσοκομεία του Szczecin. Από τα 1578 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν, συμπληρώθηκαν τα 1261. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης εμφανίζεται με τον ίδιο τρόπο και στα δυο φύλα των νοσηλευτών (18,6%). Η πλειοψηφία (40%) των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ο προϊστάμενος/η ή η Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι οι άνθρωποι εκείνοι που πυροδοτούν το φαινόμενο εκδήλωσης της ηθικής παρενόχλησης (Kunecka, Kamińska, & Karakiewicz 2008).

Ο Fornés-Vives και οι συνεργάτες του (2008) μελέτησαν τους τύπους, τη συχνότητα και τις αιτίες εμφάνισης της ηθικής παρενόχλησης, καθώς και τις κοινωνικοεπαγγελματικές μεταβλητές που εμπλέκονται σε 464 μέλη της ένωσης των νοσηλευτών στις Βαlearίδες Νήσους (392 νοσηλεύτριες και 49 νοσηλευτές), με μέση τιμή ηλικίας τα 35 έτη. Οι 368 νοσηλευτές/τριες εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία, ενώ οι 71 νοσηλευτές/τριες σε ιδιωτικά κέντρα υγείας. Τα συνολικά αποτελέσματα έδειξαν ότι το 17,2% των νοσηλευτών/τριων δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων έχουν βιώσει στο εργασιακό τους περιβάλλον το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης (νοσηλευτές: 22,4%, νοσηλεύτριες: 14,5%), με θύτες-δράστες κυρίως τους προϊσταμένους τους. Σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν ανάλογα με την ηλικία. Οι πιο συχνές μορφές ηθικής παρενόχλησης, αφορούσαν τη στρέβλωση των πληροφοριών, την άσκηση κριτικής και την έλλειψη επαγγελματικής εκτίμησης (Fornés-Vives, Martínez-Abascal, & García-Banda 2008).

Οι Fornés-Vives, Reinés και Sureda (2004) διενήργησαν μια πιλοτική μελέτη, στην οποία συμμετείχαν 160 νοσηλευτές/τριες από διάφορους χώρους υγείας στην Ισπανία. Οι 65 από τους νοσηλευτές/τριες είχαν ηλικία από 20 έως 48 ετών, με μέση ηλικία 33,98 ετών. Ο σκοπός της πιλοτικής μελέτης ήταν να διερευνήσουν το

φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης στη νοσηλευτική. Ανακάλυψαν ότι οι δύο πιο σημαντικοί παράγοντες εμφάνισης του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης αφορούν συμπεριφορές, όπως είναι η προσωπική ταπείνωση και η επαγγελματική δυσπιστία. Η συνηθέστερη μορφή ηθικής παρενόχλησης, σύμφωνα με τα γενικά ευρήματα αυτής της ομάδας μελέτης, συνίσταται στην παροχή αντιφατικών πληροφοριών στο θύμα (19,4% μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα), ενώ στον χώρο εργασίας των νοσηλευτών/τριων αυτή η μορφή συνίσταται στην άσκηση κριτικής του θύματος-νοσηλευτή από ομάδα νοσηλευτών/τριων (50%) (Fornés-Vives, Reines, & Sureda 2004).

Σε μελέτη των Cheung και Yip (2017) επιχειρείται η εκτίμηση του επιπολασμού του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας και η αξιολόγηση των κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών παραγόντων αυτού μεταξύ των νοσηλευτών/τριων στο Χόνγκ Κόνγκ. Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 850 νοσηλευτές/τριες όλων των βαθμίδων. Το 44,6% των ερωτηθέντων είχαν βιώσει εκφοβισμό και παρενόχληση κατά το προηγούμενο έτος. Οι άντρες νοσηλευτές ανέφεραν ότι βίωσαν μεγαλύτερο ποσοστό εκφοβισμού και παρενόχλησης, συγκριτικά με τις γυναίκες νοσηλεύτριες του δείγματος. Οι πιο συνηθισμένες μορφές παρενόχλησης ήταν η λεκτική παρενόχληση/ εκφοβισμός (39,2%), η σωματική κακοποίηση (22,7%) και η σεξουαλική παρενόχληση (1,1%). Οι πιο συνηθισμένοι δράστες-θύτες της παρενόχλησης ήταν αρχικά οι ασθενείς (36,6%) και οι συγγενείς ασθενών (17,5%). Ακολουθούν οι συνεργάτες/συνάδελφοι με (7,7%) και οι προϊστάμενοι με (6,3%). Η επαγγελματική τους ιδιότητα και θέση στο νοσοκομείο, η εργασία με κυλιόμενο ωράριο, η ικανοποίηση ή μη από την εργασία, οι πρόσφατες συγκρούσεις με τους συναδέλφους και τα συμπτώματα άγχους συσχετίστηκαν σημαντικά με την εμφάνιση της παρενόχλησης για τους νοσηλευτές/τριες (Cheung, & Yip 2017).

Οι Sisawo, Ouedraogo και Huang (2017) μελέτησαν την εκτίμηση του επιπολασμού του εκφοβισμού και της παρενόχλησης στους χώρους εργασίας των νοσηλευτών, καθώς και τους παράγοντες που σχετίζονται με την παρενόχληση. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από 219 νοσηλευτές/τριες που εργάζονται σε 14 δημόσια νοσοκομεία δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης σε δυο περιοχές της Γκάμπια. Όσον αφορά τη μεθοδολογία, επιλέχθηκαν η μεικτή μέθοδος έρευνας με ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς και 35 συνεντεύξεις. Τα αποτελέσματα της μελέτης

έδειξαν ότι μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων (62,1%) ανέφεραν ότι βίωσαν πράξεις παρενόχλησης κατά τους τελευταίους 12 μήνες πριν από την διεξαγωγή της μελέτης. Επίσης, λεκτική/ψυχολογική κακοποίηση υπέστησαν το 59,8% των νοσηλευτών/τριων, σωματική κακοποίηση το 17,2% και σεξουαλική παρενόχληση το 10%. Οι δράστες-θύτες της παρενόχλησης, ήταν κυρίως οι συνοδοί και συγγενείς ασθενών, καθώς και οι ίδιοι οι ασθενείς. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, οι βασικές αιτίες άσκησης βίας και παρενόχλησης στο χώρο εργασίας οφείλονταν –κυρίως– στις συγκρούσεις μεταξύ νοσηλευτών-ασθενών, στην έλλειψη προσωπικού, στην έλλειψη φαρμακευτικών σκευασμάτων και προμηθειών, στην έλλειψη ασφάλειας και στην έλλειψη πολιτικών και στρατηγικών από τη μεριά των διοικήσεων για την πρόληψη της βίας και παρενόχλησης στο σύστημα υγείας της Γκάμπια (Sisawo, Ouedraogo, & Huang 2017).

Η εθνική μελέτη των Alameddine, Mourad και Dimassi (2015) στο Λίβανο, είχε σκοπό να διερευνήσει τον επιπολασμό, τα χαρακτηριστικά, τις συνέπειες και τους παράγοντες που σχετίζονται με τις εμπειρίες των νοσηλευτών/τριων που έχουν υποστεί πράξεις παρενόχλησης στο χώρο εργασίας τους. Στην εθνική μελέτη συμμετείχαν 915 νοσηλευτές/τριες. Κατά το τελευταίο έτος, ο επιπολασμός της παρενόχλησης στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών/τριων με την μορφή της λεκτικής κακοποίησης ήταν 62%, ενώ με τη μορφή της σωματικής κακοποίησης ήταν 10%. Μεταξύ των ερωτηθέντων, το 31,7% των νοσηλευτών/τριών ανέφερε την πιθανότητα να εγκαταλείψουν τη δουλειά τους. Επιπλέον, το 54,1% ανέφερε υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και το 28,8% ανέφερε υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης. Σε σύγκριση με τους νοσηλευτές/τριες που δεν είχαν βιώσει λεκτική κακοποίηση, οι νοσηλευτές/τριες που ανέφεραν ότι βίωσαν λεκτική κακοποίηση είχαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και πρόθεση εγκατάλειψης της εργασίας τους. Οι άντρες νοσηλευτές βιώνουν κυρίως σωματική κακοποίηση και λιγότερο λεκτική (περίπου 10 πράξεις λεκτικής κακοποίησης ανά έτος) (Alameddine, Mourad, & Dimassi 2015).

Μελέτη των Al-Shamlan και συν (2017) σε δείγμα 391 νοσηλευτών/τριων σχετικά με την εκτίμηση του επιπολασμού της λεκτικής βίας και παρενόχλησης των νοσηλευτών/τριων και τον προσδιορισμό των συνεπειών και των δημογραφικών χαρακτηριστικών που συνδέονται με την παρενόχληση στο νοσοκομείο KingFahd του Πανεπιστημίου (KFHU) στο Khobar της Σαουδικής Αραβίας, έδειξε ότι περίπου τρεις

στους δέκα νοσηλευτές/τριες υπέστησαν λεκτική κακοποίηση (30,7%). Οι άνδρες νοσηλευτές, οι νοσηλευτές στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και οι νοσηλευτές/τριες που έκαναν αναφορές για τις πράξεις βίας στο χώρο εργασίας τους ήταν πιο επιρρεπείς στη λεκτική κακοποίηση εναντίων τους. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, τα θύματα δεν ανέφεραν τις πράξεις παρενόχλησης και βίας που είχαν βιώσει, κυρίως επειδή πίστευαν ότι οι αναφορές δεν θα απέδιδαν θετικά αποτελέσματα (Al-Shamlan, Jayaseeli, Al-Shawi, & Al-Joudi 2017).

Μελέτη των Hsieh και συν (2016) στην Ταϊβάν, είχε σκοπό να διερευνήσει τις σχέσεις ανάμεσα στις πράξεις παρενόχλησης, καταθλιπτικής τάσης, κοινωνικής υποστήριξης και ανθεκτικότητας σε νοσηλευτές/τριες που εργάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών δυο δημόσιων νοσοκομείων. Τα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν από τον Ιούνιο του 2013 έως τον Δεκέμβριο του 2013. Δομημένες συνεντεύξεις και ερωτηματολόγια εφαρμόστηκαν για τη συλλογή δεδομένων. Στη μελέτη συμμετείχαν 159 (88,33%) νοσηλευτές/τριες όπου είχαν υποστεί σωματική ή και λεκτική παρενόχληση από ασθενείς ή τις οικογένειές τους. Η ανθεκτικότητά τους σε βίαιες καταστάσεις στο χώρο εργασίας και η υποστήριξη από συναδέλφους τους, ήταν σημαντικά υψηλότερες σε νοσηλευτές/τριες που δεν είχαν καταθλιπτική τάση. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι τρεις από τις πέντε συνιστώσες της ανθεκτικότητας –η προσωπική δύναμη, η κοινωνική επάρκεια και το δομημένο στυλ– αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες κατά της καταθλιπτικής τάσης των νοσηλευτών/τριων (Hsieh, Chen, Wang, Chang, & Ma 2016).

3.4. Ηθική Παρενόχληση στο Ιατρικό Προσωπικό Δημόσιων Νοσοκομείων

Τόσο διεθνώς όσο και στον ελληνικό χώρο, το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης έχει μελετηθεί αρκετά στον κλάδο των νοσηλευτών/τριων, όπου έχει επιβεβαιωθεί ότι οι τελευταίοι βρίσκονται σε τριπλάσιο κίνδυνο συγκριτικά με εργαζομένους σε άλλες υπηρεσίες (Kingma 2001). Η ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα που συμβαίνει σε διάφορους τομείς της ζωής και το ιατρικό επάγγελμα δεν μπορεί να αποκλειστεί από αυτό (Malik & Farooqi 2011). Μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα που εργάζονται στον τομέα της υγείας έχουν 16 φορές υψηλότερο κίνδυνο να εκτεθούν στο «φαινόμενο mobbing» από ό,τι οι εργαζόμενοι σε άλλους τομείς υπηρεσιών, ενώ δεν υπάρχουν για την Ελλάδα,

ξεκάθαρα στοιχεία για τους ιατρούς και ειδικά τους ειδικευόμενους που να δίνουν μια σαφή εικόνα για την επίπτωση του συνδρόμου στον ιατρικό κλάδο. Επιπλέον, εξαιτίας των αρνητικών συνεπειών του στην ψυχική υγεία και ευημερία των ιατρών, αλλά και στην απόδοση των νοσοκομείων, η κατανόηση των παραγόντων εκείνων που συμβάλλουν στην εμφάνιση και την ανάπτυξη του φαινομένου αυτού στον ευαίσθητο ιατρικό κλάδο είναι ζωτικής σημασίας από την άποψη της διοίκησης ενός νοσηλευτικού ιδρύματος (Bond, Tuckey, & Dollard 2010).

Η μελέτη της Wu και των συνεργατών της (2012) πραγματοποιήθηκε στην Κίνα σε πληθυσμό 2.464 ιατρών σε 12 νοσοκομεία της χώρας και είχε ως ερευνητικό αντικείμενο την εμφάνιση της βίας στο χώρο εργασίας των ιατρών και τους παράγοντες κινδύνου στο επαγγελματικό περιβάλλον που επηρεάζουν τη ζωή τους. Το 50% των ιατρών, περίπου, ανέφεραν τουλάχιστον μια μορφή παρενόχλησης στο χώρο εργασίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, οι ιατροί είχαν βιώσει τουλάχιστον δύο ή/και περισσότερες πράξεις παρενόχλησης και βίας κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Συγκεκριμένα, έχει υποστεί σωματική παρενόχληση το 11%, ψυχολογική παρενόχληση το 26%, απειλή επίθεσης το 12%, λεκτική παρενόχληση το 3% και σεξουαλική παρενόχληση το 1% των ιατρών. Οι παράγοντες κινδύνου για την άσκηση παρενόχλησης στο χώρο εργασίας περιλαμβάνουν την εργασία στα παιδιατρικά, ψυχιατρικά και χειρουργικά τμήματα και στα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Επίσης, άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι το φύλο (άντρες), η οικογενειακή κατάσταση (διαζύγιο/ χηρεία), η εργασία (≥ 10 ώρες/ημέρα) και η νυχτερινή βάρδια (Wu, Zhu, Li, Lin, Chai, & Wang 2012).

Η ιατρός και δημοσιογράφος Powell (2011), στο άρθρο της με τίτλο “Bullying among doctors”, κάνει λόγο για τον επιπολασμό του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας των ιατρών, των ειδικευόμενων ιατρών και των φοιτητών ιατρικής (ιατρική σχολή, νοσοκομεία) και τις μορφές της παρενόχλησης στη Μ. Βρετανία. Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, διαπιστώθηκε ότι μεγάλος αριθμός φοιτητών ιατρικής και ειδικευόμενων ιατρών στο Ηνωμένο Βασίλειο έχουν βιώσει πράξεις βίας και παρενόχλησης (McAnoy & Murtagh 2003). Σε μια μελέτη του Βρετανικού Ιατρικού Συλλόγου σε φοιτητές ιατρικής σχετικά με τον αν είχαν ανάλογη εμπειρία παρενόχλησης κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, ανέφεραν ότι περισσότερο από το ένα τρίτο αυτών είχαν βιώσει μια τέτοια συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της

εκπαίδευσής τους και κυρίως λεκτική παρενόχληση και αποκλεισμό (Frank, Carrera, Elon, & Hertzberg 2006).

Επίσης, όσον αφορά στους ειδικευόμενους ιατρούς σχετικές αναφέρουν ότι έχουν βιώσει συμπεριφορές εκφοβισμού και παρενόχλησης από ειδικευμένους ιατρούς κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους και συχνά εμφανίζουν άγχος, φόβο και αναστάτωση. Συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί σε μελέτη στις Η.Π.Α. να ασκείται εκφοβισμός και παρενόχληση με τη μορφή της λεκτικής κακοποίησης, στους ειδικευόμενους ιατρούς κατά την διάρκεια των “rotations” και ιδιαίτερα σε ειδικευόμενους χειρουργικής, μαιευτικής και γυναικολογίας (Richardson, Becker, Frank, & Sokol 1997). Τέλος, σε άλλη έρευνα (Paice και συν 2004) παρατηρείται ότι οι ειδικευόμενοι ιατροί βιώνουν πολύ συχνά και σε έντονο βαθμό οριζόντια παρενόχληση από συναδέλφους ειδικευόμενους που θεωρούνται «αρχαιότεροι» στο χώρο εκπαίδευσής τους (Powell 2011).

Μελέτη των Cheema και συνεργατών του (2005) σε 400 περίπου ειδικευόμενους ιατρούς που εργάζονται σε νοσοκομεία της Νότιας και Δυτικής Ιρλανδίας, με σκοπό να διερευνήσει τον επιπολασμό του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας των ειδικευόμενων ιατρών και να εκτιμήσει τις επιπτώσεις του στην επαγγελματική και οικογενειακή ζωή τους, έδειξε ότι το 30% των ερωτηθέντων ιατρών είχε βιώσει μία ή/ και περισσότερες συμπεριφορές εκφοβισμού. Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε ότι οι ιατροί που κατάγονται από χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης ανέφεραν συμπεριφορές εκφοβισμού σε μεγαλύτερο βαθμό, από τους ειδικευόμενους ιατρούς που κατάγονται από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Cheema, Ahmad, Giri, Kaliaperumal, & Naqvi 2005).

Σε μελέτη του Γαβριελάτου (2015) για την ανάδειξη της έκτασης του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης καθώς και την επίδραση του στην επαγγελματική ζωή των νοσοκομειακών γιατρών, διαπιστώθηκε ότι το 78,8% των ειδικευόμενων ιατρών δηλώνει ότι δέχεται συχνά εκφοβισμό στον ιατρικό εργασιακό χώρο, ενώ μόλις το 7% περίπου δεν έχει δεχτεί καμία μορφή ηθικής παρενόχλησης. Ως προς τις μορφές της παρενόχλησης που υφίστανται οι ειδικευόμενοι ιατροί αναφέρονται ότι είναι η ανάθεση σε δουλειά ξεκάθαρα κατώτερη του επιπέδου ικανοτήτων, ενώ αυτή που έχει τον χαμηλότερο μέσο όρο ($1,9 \pm 1,3$) είναι η σωματική κακοποίηση ή οι απειλές βίας. Στην μελέτη συμμετείχαν 104 ιατροί, από τους οποίους το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν άνδρες, με 54,8% και το 45,2% γυναίκες, ενώ η

μέση ηλικία του δείγματος είναι 35 ετών περίπου ($35,05 \pm 5,3$). Στην οικογενειακή κατάσταση υπήρχε ισορροπία με το 51% να είναι άγαμοι/ες και το 49% έγγαμοι/ες. Τα χρόνια υπηρεσίας που έχουν εργαστεί σε κάποιο νοσοκομείο είναι περίπου τα 4,5 έτη ($4,62 \pm 2,3$), ενώ τα έτη που έχουν στο τωρινό τομέα που εργάζονται κυμαίνονται περίπου στα 3 έτη ($2,97 \pm 2,0$). Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό το ιατρών φαίνεται να έχει αποκτήσει κάποιο ακόμα πτυχίο (μεταπτυχιακό, διδακτορικό ή άλλο πτυχίο) σε ποσοστό 59,6%. Γενικότερα, για τα δημογραφικά και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά, η ηλικιακή ομάδα των 37 ετών και άνω δέχεται το μεγαλύτερο εκφοβισμό (45%), αλλά έχουν συγχρόνως τις μεγαλύτερες αντοχές, σε αντίθεση με τους νεότερους σε ηλικία ειδικευόμενους γιατρούς, που μπορεί να δέχονται λιγότερα ποσοστά εκφοβισμού, αλλά έχουν περιορισμένη εμπειρία στη διαχείρισή του. Επίσης, όσον αφορά στα χρόνια προϋπηρεσίας σε κάποιο νοσοκομείο αναφέρεται ότι όσοι δέχονται mobbing σε πολύ χαμηλά επίπεδα έχουν τα περισσότερα χρόνια εμπειρίας ($5,28 \pm 0,7$). Το ίδιο αναφέρεται και με τα χρόνια υπηρεσίας για το τμήμα που εργάζονται τώρα, με όσους έχουν περισσότερα έτη εμπειρίας να δέχονται λιγότερο εκφοβισμό ($3,85 \pm 1,1$). Σημαντικό είναι ότι έχει να κάνει με το εκπαιδευτικό επίπεδο, αφού φαίνεται ότι όσοι έχουν κάποιο πτυχίο, μεταπτυχιακό ή διδακτορικό πέραν της ιατρικής δέχονται μεγαλύτερο mobbing (63,3%), σε σχέση με όσους γιατρούς έχουν μείνει μόνο με το πτυχίο Ιατρικής (Γαβριελάτος 2015).

Η μελέτη των Malinauskiene και Einarsen (2014) διερευνά τον εκφοβισμό στο χώρο εργασίας και τα συμπτώματα μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής σε οικογενειακούς ιατρούς στη Λιθουανία. Στη μελέτη συμμετείχαν 323 οικογενειακοί ιατροί, όπου το 13% είχε βιώσει μια σοβαρή εκφοβιστική συμπεριφορά στο χώρο εργασίας, ενώ το 17,3% αντιμετώπισαν περιστασιακά καταστάσεις παρενόχλησης. Ο επιπολασμός των μετατραυματικών συμπτωμάτων ήταν 15,8%, αρκετά υψηλός για τους γενικούς ιατρούς (Malinauskiene & Einarsen 2014).

Μελέτη του Sahin και των συνεργατών του (2012) με σκοπό να αξιολογήσουν την εκδήλωση της ηθικής παρενόχλησης σε Τούρκους ιατρούς, έδειξε ότι συνολικά το 87,7% των ιατρών είχε βιώσει ηθική παρενόχληση. Στη μελέτη συμμετείχαν 278 ιατροί που υπηρετούσαν τη στρατιωτική τους θητεία σε διάφορους χώρους (δημόσια νοσοκομεία, ιδιωτικά πανεπιστημιακά νοσοκομεία) στην Τουρκία. Το 72,4% των ιατρών υπηρετούσε την θητεία του σε δημόσια νοσοκομεία. Οι γιατροί που εργάζονταν περισσότερο από 40 ώρες την εβδομάδα σε δημόσια νοσοκομεία, καθώς

και οι γιατροί που εργάζονταν σε πανεπιστημιακά και ιδιωτικά νοσοκομεία ήταν περισσότερο εκτεθειμένοι σε οποιαδήποτε μορφή παρενόχλησης. Σύμφωνα με τα δημογραφικά στοιχεία, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι το 18,3% των ιατρών υπηρετούσε σε διοικητικές θέσεις (διευθυντής/επιμελητής ιατρός), το 68,1% ήταν έγγαμοι, το 71,9% ήταν ειδικευμένοι γιατροί, το 71,7% εργάζονταν πάνω από 40 ώρες την εβδομάδα, το 67% των ιατρών ανέφεραν ότι ήταν φιλόδοξοι και εργατικοί, και, τέλος, το 10,8 % δεν ήθελε να ασκήσει το ιατρικό επάγγελμα. Επιπλέον, το 79,2% των ιατρών ανέφεραν ότι είχαν βιώσει συμπεριφορά δυσφήμισης, το 57,2% ανέφερε ότι είχαν δεχτεί παρενόχληση σχετικά με σκόπιμο έλεγχο του έργου τους πίσω από την πλάτη τους και το 31,3% ανέφερε ότι είχε βιώσει σωματική παρενόχληση. Ένα άλλο ενδιαφέρον συμπέρασμα ήταν ότι η ηθική παρενόχληση εμφανιζόταν με μεγαλύτερη συχνότητα στα πανεπιστημιακά και ιδιωτικά νοσοκομεία από ό, τι στα δημόσια νοσοκομεία (Sahin, Cetin, & Cimen 2012).

Ο Pranjic και οι συνεργάτες του (2006) μελέτησαν τη συχνότητα εμφάνισης της ηθικής παρενόχλησης και τη συσχέτιση της με τους παράγοντες κινδύνου του εργασιακού περιβάλλοντος, του άγχους, του τύπου προσωπικότητας και του βαθμού ικανοποίησης από την εργασία σε δείγμα ιατρών στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη. Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 511 ιατροί που εργάζονταν σε δημόσια νοσοκομεία της χώρας, στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Τούσλα και σε κέντρα υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 387 ιατροί (76%), ανέφεραν ότι είχαν βιώσει ηθική παρενόχληση στο εργασιακό τους περιβάλλον και 36 (26%) ιατροί ανέφεραν ότι είχαν βιώσει επίμονη ηθική παρενόχληση. Περισσότεροι από τους μισούς ιατρούς που συμμετείχαν στην μελέτη βίωσαν παρενόχληση με τη μορφή του ελέγχου του έργου τους πίσω από την πλάτη τους και σχεδόν 250 ιατροί, βίωσαν την απομόνωση στο εργασιακό τους περιβάλλον κυρίως από συναδέλφους. Οι απειλές, ο αποκλεισμός από την ομάδα των ιατρών και ο έλεγχος του έργου τους αξιολογήθηκαν ως παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχικής ασθένειας. Η επίμονη ηθική παρενόχληση οδήγησε τους ιατρούς σε αναρρωτική άδεια. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, η έλλειψη υποστήριξης από συναδέλφους και διευθυντές συνδέεται σημαντικά με την έλλειψη κινήτρων, την απώλεια της αυτοεκτίμησής τους, την απώλεια εμπιστοσύνης, την κόπωση και την απογοήτευση. Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος στην μελέτη, 353 (69%) ήταν γυναίκες και 158 (31%) άντρες ιατροί. Επίσης, 242 (47%) ιατροί εργάζονται με πλήρη απασχόληση (8 ώρες την ημέρα), 206

(40%) ιατροί εργάζονται σε βάρδιες, συμπεριλαμβανομένων των νυχτερινών βαρδιών και 63 ιατροί, εργάζονται περισσότερες από 8 ώρες την ημέρα. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (74%) είναι έγγαμοι ή συγκατοικούν κατά τη διάρκεια της μελέτης. Η προσωπικότητα τύπου Α εντοπίστηκε στο 69% των συμμετεχόντων, ενώ το 44% των ιατρών πληρούσαν επακριβώς τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας τύπου Α. Οι περισσότεροι ιατροί, (76%) ανέφεραν έναν ή περισσότερους τύπους ηθικής παρενόχλησης. Οι διευθυντές των τμημάτων αναφέρθηκαν ως δράστες-θύτες. Το 83% των ιατρών δήλωσαν ότι δράστες παρενόχλησης ήταν οι ίδιοι οι συνάδελφοί τους, ενώ το 14% ιατροί δήλωσαν ότι δράστες ήταν οι διευθυντές τους. Το 65% των ιατρών ανέφεραν ότι τόσο ο διευθυντής του τμήματος όσο και οι συνάδελφοι ήταν εκείνοι που συχνότερα προκαλούσαν ηθική παρενόχληση. Οι 24% των ιατρών δεν ανέφεραν ότι έχουν υποστεί συμπεριφορές ηθικής παρενόχλησης στον εργασιακό τους χώρο. Το 25% των ιατρών δήλωσαν ότι σπάνια συμβαίνει αυτό, το 24% ανέφεραν ότι έχουν βιώσει μερικές φορές, το 22% ανέφεραν ότι συχνά βιώνουν και το 5% ανέφεραν ότι βιώνουν καθημερινά μορφές παρενόχλησης στο εργασιακό τους περιβάλλον. Από τους 387 ιατρούς που έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά με μορφές παρενόχλησης, οι 238 (61%) ανέφεραν έλλειψη κινήτρων για εργασία, οι 199 (51%) ανέφεραν απώλεια εμπιστοσύνης, οι 119 (31%) ανέφεραν συμπτώματα αϋπνίας ως τυπικό σημάδι καταθλιπτικού συνδρόμου και οι 88 (23%) ιατροί, βιώνουν υπερβολικό άγχος. Η αίσθηση του θυμού αναφέρθηκε από 150 (39%) ιατρούς, η εκδήλωση καταθλιπτική διαταραχής από 75 (19%) ιατρούς και το σύμπτωμα της κόπωσης από 191 (49%) ιατρούς (Pranjić και συν 2006).

Η μελέτη των Bano και Malik (2013) διεξήχθη στη, πόλη Λαχώρα του Πακιστάν σε ιατρούς, προκειμένου να εξεταστεί ο αντίκτυπος που έχει ο εκφοβισμός στο οργανισμό. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από 200 ιατρούς, με κριτήριο επιλογής, τουλάχιστον ένα έτος κλινικής εμπειρίας και ηλικία από 34 έως 45 ετών. Το 66% των ιατρών εργάζονταν σε δημόσια νοσοκομεία, ενώ το 33%, σε ιδιωτικά νοσοκομεία της πόλης. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας των ιατρών έχει σημαντική επίδραση στη ευεξία τους, καθώς, επίσης, και ότι όλες οι μορφές της ηθικής παρενόχλησης κλονίζουν την ψυχική υγεία των ιατρών στον χώρο τους. Στη συγκεκριμένη μελέτη, οι ιατροί-θύματα έρχονται αντιμέτωποι με συμπεριφορές παρενόχλησης, όπως προσβολές, άσκηση άδικης κριτικής και ανάθεση ευθυνών μέσω απειλών. Όλες αυτές οι συμπεριφορές επηρεάζουν αρνητικά

την προσωπική ζωή των ιατρών καθώς, μειώνουν την απόδοση και ικανοποίησή τους από την εργασία τους, με συνέπεια να μην είναι παραγωγικοί και να επηρεάζεται ολοκληρωτικά η ποιότητα ζωής τους (Bano & Malik 2013).

Στο Ιράν, η μελέτη των Sahraian και συν του (2016) για την εκδήλωση του εκφοβισμού στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Shiraz, έδειξε ότι από τους 193 φοιτητές ιατρικής που μελετήθηκαν, οι 48 φοιτητές (24%) βίωσαν σωματική κακοποίηση, οι 165 (85,5%), ανέφεραν ότι βίωσαν λεκτικές απειλές/λεκτική κακοποίηση και οι 49 φοιτητές (26,1%) ανέφεραν ότι παρενοχλήθηκαν σεξουαλικά. Οι συχνότεροι δράστες-θύτες σωματικής και λεκτικής βίας, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, ήταν οι συγγενείς ασθενών, ενώ οι συνάδελφοι ιατροί (ειδικευμένοι, διευθυντές) ήταν δράστες σεξουαλικής παρενόχλησης, κυρίως. Όσον αφορά τη σωματική κακοποίηση και βία, οι συμπεριφορές αυτές εκδηλώνονταν κυρίως στα τμήματα ψυχιατρικής (8,3%), παθολογίας (7,3%) και στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (6,7%). Από τους φοιτητές που είχαν βιώσει κάποια μορφή παρενόχλησης, μόνο οι 3 (6,3%) ανέφεραν ότι δέχθηκαν απειλή με όπλα και 5 (10,4%) από αυτούς κατήγγειλαν ότι τραυματίστηκαν από χρήση όπλου. Επιπλέον, οι 89 από τους 193 φοιτητές (46,1%) εξέφρασαν ότι ήταν μάρτυρες τέτοιων συμπεριφορών τους τελευταίους 12 μήνες. Οι 19 (39,6%) φοιτητές-μάρτυρες, αντιμετώπισαν την εμπειρία τους αυτή, συζητώντας με τους φίλους ή τις οικογένειές τους και μόνο 12 φοιτητές (25,0%) ανέφεραν τα περιστατικά σε διευθυντές κλινικών. Μόνο το 14,6% των φοιτητών απάντησαν θετικά ότι θα έβρισκαν υποστήριξη από ανωτέρους τους. Όσον αφορά τα μέτρα και τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν, ο δράστης-θύτης απολύθηκε στο 39,6% των περιπτώσεων, ενώ στο 33,4% των περιπτώσεων δέχθηκαν λεκτική προειδοποίηση. Καταγγελίες στην αστυνομία έγιναν μόνο για δύο περιστατικά (4,2%) (Sahraian, Hemyari, Ayatollahi, & Zomorodian 2016).

Όσον αφορά τις συμπεριφορές λεκτικής βίας και ψυχολογικής παρενόχλησης, η πλειοψηφία των δραστών, ήταν κυρίως οι συγγενείς των ασθενών και ακολουθούσαν, οι συνάδελφοι ιατροί (διευθυντές-μέλη προσωπικού) και, τέλος, οι ασθενείς. Η λεκτική/ ψυχολογική παρενόχληση εμφανίστηκε πιο συχνά στο παθολογικό τομέα(40,4%), στη μαιευτική-γυναικολογική κλινική (30,6%) και στο τμήμα επειγόντων(28,5%). Περίπου το ήμισυ (50,3%) των φοιτητών δεν αντιδρούσε καθόλου στη λεκτική ψυχολογική παρενόχληση, ενώ είναι το μικρό ποσοστό που

ανέφεραν τις συμπεριφορές αυτές σε φίλους και τις οικογένειές τους ή σε Διευθυντές. Οι 29 φοιτητές (17,6%), που βίωναν συμπεριφορές λεκτικής παρενόχλησης, δήλωσαν ότι οι προϊστάμενοί τους, τους υποστήριζαν. Οι φοιτητές ανέφεραν ότι στα μισά και άνω περιστατικά ψυχολογικής/λεκτικής κακοποίησης, οι δράστες-θύτες δεν είχαν κυρώσεις, ενώ μόνο σε 49 (29,3%) περιστατικά, οι δράστες δέχθηκαν προφορικές ειδοποιήσεις. Τέλος, σχετικά με τα θύματα σεξουαλικής παρενόχλησης, το 67,3% των φοιτητών που υπέστησαν τέτοιου είδους παρενόχληση δεν αντέδρασαν καθόλου, ούτε κατήγγειλαν το συμβάν. Το 20,4% των φοιτητών ανέφερε το περιστατικό σε φίλους και οικογένεια, ενώ μόνο 6 φοιτητές (12,3%), ανέφεραν τη πράξη σε προϊστάμενο ή Διευθυντή. Οι κύριοι δράστες-θύτες τέτοιων συμπεριφορών ήταν κυρίως συνάδελφοι ιατροί που εργάζονταν στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Το 77,6% των δραστών, δεν είχαν καμία κύρωση από τις πράξεις τους (Sahraian και συν 2016).

Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία από τον Maraolo και τους συνεργάτες του (2017) είχε ως σκοπό την εκτίμηση της ισορροπίας μεταξύ της προσωπικής και επαγγελματικής ζωής των ασκούμενων-ιατρών και των νέων ευρωπαίων ειδικών-ιατρών στην κλινική μικροβιολογία και τις μολυσματικές ασθένειες και να προσδιοριστούν οι διαφορές ανάλογα με το φύλο, τη χώρα επαγγελματικής κατάρτισης και εκπαίδευσης, τον τόπο εργασίας και την ειδικότητα. Στη μελέτη αυτή, στην οποία συμμετείχαν 416 ιατροί και ειδικευόμενοι και των δυο φύλων, διαπιστώθηκε ότι, όσον αφορά την εκδήλωση συμπεριφορών ηθικής παρενόχλησης σε ιατρούς (ειδικευόμενους και νέους ιατρούς), όσοι κατάγονταν από χώρες της Νοτιοανατολικής Ευρώπης και εργάζονταν σε αυτές ήταν πιο συχνά θύματα ηθικής παρενόχλησης από ιατρούς που κατάγονταν και εργάζονταν από τη Βορειοδυτική Ευρώπη, καθώς επίσης ότι οι γυναίκες ιατροί-ειδικευόμενες, αντιμετώπιζαν συμπτώματα άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης σε μεγαλύτερο ποσοστό από άλλες ιατρούς από τη Βορειοδυτική Ευρώπη. Επίσης, οι γυναίκες ιατροί και οι ειδικευόμενες, αλλά και οι άντρες πλέον, που εργάζονται στη Βορειοδυτική Ευρώπη, ωφελούνται σε μεγαλύτερο βαθμό όσον αφορά τη μητρότητα/πατρότητα, μέσω αδειών μητρότητας/πατρότητας, από τις ιατρούς/ειδικευόμενες της Νοτιοανατολικής Ευρώπης, που δεν έχουν τέτοια προνόμια. Μόνο τα 2/3 των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι το περιβάλλον εργασίας τους ικανοποιεί. Σε σύγκριση με τους συναδέλφους από άλλες περιοχές της Ευρώπης, οι ασκούμενοι και οι νέοι ειδικοί από τη Νότια/Ανατολική Ευρώπη, πραγματοποιούσαν λιγότερο συχνές

τακτικές συναντήσεις με μέντορες/ επιβλέποντες και επικεφαλής των τμημάτων, όπου συζητούνται τα θέματα των εκπαιδευομένων. Από τη μελέτη αυτή διαπιστώθηκε ότι το γυναικείο φύλο και η χώρα εργασίας από τη Νοτιοανατολική Ευρώπη καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τις ικανοποιητικές ή μη συνθήκες εργασίας, την πιθανότητα να γίνουν γονείς, τον ελεύθερο χρόνο, τις εμπειρίες κινητοποίησης και τα συναισθήματα συναισθηματικής εξουθένωσης μεταξύ των ευρωπαϊών εκπαιδευόμενων και των νέων ειδικών (Maraolo, Ong, Cortez, Dedić, Dušek και συν 2017).

Σκοπός της μελέτης των Li και συν (2017), η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 1.932 ιατρών που εργάζονταν σε παιδιατρικά νοσοκομεία στην Κίνα, ήταν η εκτίμηση της επίπτωσης, του μεγέθους, των συνεπειών και των πιθανών παραγόντων κινδύνου της βίας στο χώρο εργασίας κατά του ιατρικού προσωπικού των παιδικών νοσοκομείων. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι, συνολικά, το 68,6% των ιατρών είχαν υποστεί τουλάχιστον ένα περιστατικό βίας που περιελάμβανε τη λεκτική και σωματική κακοποίηση κατά το παρελθόν έτος. Οι δράστες-θύτες ήταν, κυρίως, μέλη της οικογένειας των ασθενών (94,9%). Το μεγαλύτερο μέρος του εκφοβισμού συνέβη κατά τη διάρκεια της ημέρας (70,7%) και κυρίως στους θαλάμους (41,8%). Οι άντρες ιατροί στα παιδιατρικά νοσοκομεία ήταν 95% πιθανότερο να βιώσουν σωματική βία, από τις γυναίκες συναδέλφους τους. Στα τμήματα επειγόντων περιστατικών αναφέρεται ότι είχαν περισσότερα περιστατικά σωματικής βίας από άλλα τμήματα. Στη Ογκολογική παιδιατρική κλινική, η μορφή της παρενόχλησης ήταν κυρίως λεκτική (95%). Οι ιατροί που είχαν βιώσει παρενόχληση και βία είχαν συμπτώματα άγχους, θλίψης και έντονου θυμού. Επίσης, η αποδοτικότητα της εργασίας τους μειώθηκε. Ωστόσο, μόνο το 5,6% των θυμάτων έλαβε ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική (Li, Yan, Shi, Mu, Li και συν 2017).

Ο Imran και οι συνεργάτες του (2010) μελέτησαν τον επιπολασμό του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας των νέων ιατρών σε τρία δημόσια νοσοκομεία τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σε δύο επαρχίες στο Πακιστάν. Στη μελέτη συμμετείχαν 654 νέοι ιατροί. Οι 417 (63,8%) ιατροί ανέφεραν ότι είχαν βιώσει έναν ή και περισσότερους τύπους εκφοβισμού τους τελευταίους 12 μήνες. Οι 436 (66,7 %) ιατροί υπήρξαν μάρτυρες σε συμπεριφορές παρενόχλησης και εκφοβισμού των συναδέλφων τους. Η συνηθέστερη πηγή εκφοβισμού/ παρενόχλησης ήταν οι επιμελητές ιατροί (51,6%). Επιπλέον, 306 (73,4%) νέοι ιατροί δεν υπέβαλαν

καταγγελίες για τις εκφοβιστικές συμπεριφορές που βίωσαν ή ήταν μάρτυρες αυτών (Imran, Jawaid, Haider, & Masood 2010).

Οι Scott, Blanshard και Child (2008) επιχείρησαν να μελετήσουν τον επιπολασμό του εκφοβισμού των ιατρών, στο Auckland City Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, στη Νέα Ζηλανδία. Στη μελέτη συμμετείχαν 373 ιατροί. Το 50% αυτών των ιατρών ανέφερε τουλάχιστον ένα επεισόδιο εκφοβισμού/παρενόχλησης. Το 50% των ιατρών που βίωσαν τέτοιου είδους παρενόχληση ήταν είτε πρωτοετής στην ειδικότητα είτε μεγαλύτερο έτος ειδικότητας. Οι ειδικευόμενοι ιατροί κάτω από την ηλικία των 25 ετών (72%) ανέφεραν ότι βιώνουν συχνότερα περιστατικά βίας και παρενόχλησης από όσους είναι άνω των 25 ετών (44%). Δεν αναφέρθηκαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά το φύλο, την εθνικότητα ή εάν οι ειδικευόμενοι ιατροί είχαν προπτυχιακή εκπαίδευση στη Νέα Ζηλανδία ή στο εξωτερικό. Οι επιβλέποντες ειδικοί (επιμελητές ιατροί)(30%) και οι νοσηλεύτριες (30%) ήταν οι κύριοι δράστες εκφοβισμού, ακολουθούσαν οι ασθενείς (25%), και τέλος, οι ιατροί ακτινολόγοι (8%). Η πιο διαδεδομένη συμπεριφορά παρενόχλησης που βίωσαν οι νέοι ιατροί ήταν η αδικαιολόγητη κριτική και η υποτίμηση των προσπαθειών τους από τους επιμελητές-επιβλέποντες. Μόνο το 18% από αυτούς που είχαν υποστεί τουλάχιστον ένα επεισόδιο παρενόχλησης έκανε επίσημη καταγγελία. Το 63% αυτών που διαμαρτυρήθηκαν ήταν άντρες. Το 82% των ιατρών που δεν ανέφεραν εκφοβισμό δεν ήταν σίγουροι για το πώς θα διαμαρτυρηθούν και το 79% φοβούνταν τις συνέπειες. Το 72% από όσους είχαν υποστεί παρενόχληση, ζήτησαν βοήθεια από ειδικό (Scott, Blanshard, & Child 2008).

3.5. Ποιοτική Έρευνα Ηθικής Παρενόχλησης στους Επαγγελματίες Υγείας

Η ποιοτική μελέτη των Πατσία, Πολυχρονοπούλου και Σακαρετσάνου (2017) διερεύνησε τη στάση των νοσηλευτών/τριών από τα Δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας για την ύπαρξη εκφοβισμού και παρενόχλησης στο χώρο εργασίας. Στη μελέτη συμμετείχαν 17 νοσηλεύτριες από δημόσια νοσοκομεία του Νομού Αχαΐας. Ο τρόπος συλλογής δεδομένων στηρίχτηκε στις ημι-δομημένες συνεντεύξεις διάταξης, βασιζόμενες σε ερωτήσεις, οι οποίες χωρίστηκαν σε πέντε θεματικές ενότητες. Η δειγματοληψία της μελέτης ήταν η μη πιθανότητα και το είδος δείγματος ευκολίας. Για την ανάλυση των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των 3 φάσεων:

περιορισμός και παράθεση δεδομένων, έλεγχο δεδομένων και νοηματοποίηση δεδομένων. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές/τριες δεν έχουν κατηγορηθεί για λάθη που δεν έκαναν οι ίδιοι και δεν αντιμετώπισαν προβλήματα στο να εκφράσουν ελεύθερα την άποψη τους, χωρίς κάποιος να τους διακόψει. Δεν έχουν αμφιβάλλει για την ποιότητα των γνώσεών τους, παρόλο που αντιλαμβάνονταν ότι υποβαθμίζεται η συνεισφορά τους. Περίπου, οι μισοί νοσηλευτές ανέφεραν ότι δέχτηκαν αρνητική κριτική στα θέματα εργασίας τους, ενώ άλλοι ισχυρίστηκαν ότι δέχονταν φωνές. Οι περισσότεροι αρνήθηκαν ότι δέχονται μειωτικά σχόλια ή ότι έχουν στοχοποιηθεί σε κάποιον ανώτερο. Επίσης, συμμετέχοντες ανέφεραν ότι έχουν αντιληφθεί ότι διαδίδονται φήμες και κοινωνικά σχόλια για τους ίδιους. Τέλος, σχεδόν όλοι ανέφεραν ότι δεν έχουν σκεφτεί να εγκαταλείψουν την δουλειά τους και ότι έχουν υποστήριξη από τη Διοίκηση του νοσοκομείου στην εκδήλωση τέτοιων συμπεριφορών, ενώ δεν έχουν ενημέρωση για τη διαδικασία έγγραφης καταγγελίας τέτοιων περιστατικών (Πατσιά, Πολυχρονοπούλου & Σακαρετσάνου 2017).

Η ποιοτική μελέτη της Blackwood (2015) είχε ως σκοπό να διερευνήσει μέσω παρέμβασης τους παράγοντες που βοηθούν στην αντιμετώπιση του εργασιακού εκφοβισμού στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών/τριών στη Νέα Ζηλανδία. Στη μελέτη, συμμετείχαν 34 νοσηλευτές/τριες. Χρησιμοποιήθηκαν, οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις και δημιουργήθηκαν τρεις ομάδες εστίασης (focus groups). Σε αυτή τη μελέτη, η «παρέμβαση» θεωρείται ως μια διαδικασία διακοπής μιας υπάρχουσας εμπειρίας εκφοβισμού στο χώρο εργασίας. Η μελέτη αυτή βασιζόταν σε τρεις θεματικές ενότητες: (α) τον ακριβή προσδιορισμό και την αναφορά μιας εμπειρίας εκφοβισμού στο χώρο εργασίας, (β) την αναφορά περιστατικών εκφοβισμού στο χώρο εργασίας και (γ) την ικανότητα της υπηρεσίας υγείας και ασφάλειας στο χώρο εργασίας να παρέμβει αποτελεσματικά. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι νοσηλευτές/τριες είχαν βιώσει συμπεριφορές βίας και παρενόχλησης συνήθως με μορφές, όπως άσκηση κριτικής για την εργασία τους, συμπεριφορές ελέγχου, εκφοβισμό και παρενόχληση. Κάποιοι άλλοι συμμετέχοντες στη μελέτη είχαν βιώσει συμπεριφορές, όπως φωνές, ουρλιαχτά, δημόσια ταπείνωση, απόκρυψη χρήσιμων πληροφοριών για την εργασία. Μόνο, 2 νοσηλευτές/τριες ανέφεραν σωματική κακοποίηση και 1 νοσηλευτής/τρια, ανέφερε απειλές για την σωματική του/της ακεραιότητα. Οι 11 από τους 34 συμμετέχοντες ανέφεραν ότι είχε κλονιστεί η

εμπιστοσύνη τους. Επίσης, αρκετοί από το δείγμα ανέφεραν ότι ήθελαν να παραιτηθούν (n=5), ότι δεν ήθελαν να επιστρέψουν στην εργασία τους (n=5), και 7 από τους συμμετέχοντες ένιωθαν ανίκανοι και μη αποδοτικοί. Εμφάνισαν σωματικές διαταραχές, αϋπνία (n=4), υπερευαισθησία (n=8), και 3 άτομα πήραν αναρρωτική άδεια. Επίσης, 4 συμμετέχοντες είχαν δηλώσει ότι το βίωμα αυτό είχε καταστρέψει τις μελλοντικές ευκαιρίες απασχόλησής τους (Blackwood 2015).

Η ποιοτική μελέτη της Gaffney και των συνεργατών της (2012) αναφέρεται στις εμπειρίες των νοσηλευτών/τριών που αντιμετωπίζουν εκφοβισμό και παρενόχληση στον χώρο της εργασίας τους. Συλλέχθηκαν δεδομένα από τις αφηγήσεις 99 νοσηλευτών που ολοκλήρωσαν μια ανοιχτή ερώτηση, η οποία ενσωματώθηκε σε μια ηλεκτρονική έρευνα το 2007. Μια θεωρητική προσέγγιση χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των δεδομένων και τη διαμόρφωση μιας θεωρίας για το πώς οι νοσηλευτές/τριες πράττουν σωστά, όταν αντιμετωπίζουν τον εκφοβισμό και την παρενόχληση. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι, μέσα από μια διαδικασία τεσσάρων βημάτων, οι νοσηλευτές/τριες (α) αναφέρουν τον εκφοβισμό, (β) εκτιμούν την κατάσταση, (γ) αναλαμβάνουν δράση και (δ) κρίνουν τα αποτελέσματα των ενεργειών τους. Από την άλλη μεριά, πολλοί νοσηλευτές ασχολούνται με μια σειρά από αποτελεσματικές αλλά μη δοκιμασμένες στρατηγικές, με αποτέλεσμα να υπάρχουν δύο επιπλέον ανησυχίες: (1) ανεπαρκής υποστήριξη μεταξύ των νοσηλευτών/τριών και (2) αποφυγή και αδιαφορία από τους Διευθυντές της νοσηλευτικής υπηρεσίας (Gaffney, Demarco, Hofmeyer, Vessey & Budin 2012).

Οι Strandmark και Halleberg (2007), μέσω ποιοτικής μελέτης, διερεύνησαν την προέλευση του εκφοβισμού στον χώρο εργασίας στον τομέα των δημοσίων υπηρεσιών, μέσα από τη ματιά του θύματος. Στην έρευνα, συμμετείχαν 22 εργαζόμενοι στον χώρο των δημόσιων υπηρεσιών, οι επτά εκ των οποίων ασκούσαν το νοσηλευτικό επάγγελμα. Η έρευνα ήταν ποιοτική και χρησιμοποιήθηκαν οι συνεντεύξεις σε βάθος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι του εργασιακού εκφοβισμού, είχε προηγηθεί μακροχρόνια διαμάχη για την εξουσία στον τομέα των δημόσιων υπηρεσιών. Η διαμάχη αυτή πηγάζει από τις αντικρουόμενες αξίες στον χώρο της εργασίας και προκαλούνται από την κακή οργάνωση των υπηρεσιών, τον αδύναμο ρόλο της ηγεσίας και από τις προσδοκίες του κάθε εργαζόμενου στον χώρο της εργασίας του. Η συνέχιση της διαμάχης για την εξουσία για μεγάλο διάστημα είναι

κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε συστηματικό και επίμονο εκφοβισμό και παρενόχληση (Strandmark & Halleberg 2007).

Η ποιοτική μελέτη της Μάστορα (2013) στόχευε στη διερεύνηση των απόψεων των φοιτητών νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Ηπείρου σχετικά με τον εκφοβισμό στην πρακτική τους άσκησης, κατά τη διάρκεια του ακαδημαϊκού έτους 2012-2013. Διενεργήθηκε ποιοτική μελέτη με τη χρήση της φαινομενολογικής προσέγγισης. Η δειγματοληψία ήταν σκόπιμη και το δείγμα αποτέλεσαν 8 φοιτήτριες/τες νοσηλευτικής. Πραγματοποιήθηκαν 8 ημι-δομημένες συνεντεύξεις. Η διαδικασία επιτεύχθηκε σύμφωνα με τις αρχές του σχετικιστικού αντιληπτικού περιγράμματος. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι ο εκφοβισμός, σύμφωνα με τις απόψεις των φοιτητών, σχετίζεται με την ελλιπή εκπαίδευση των νοσηλευτών, τις σχέσεις εξουσίας και ανταγωνισμού που επικρατούν στο νοσηλευτικό επάγγελμα και την ανάθεση μη νοσηλευτικών αρμοδιοτήτων στους φοιτητές κατά την πρακτική τους άσκηση στα δύο νοσοκομεία της περιοχής (Μάστορα 2013).

Η ποιοτική μελέτη του Ebrahimi και των συνεργατών του (2017) αναφέρεται στον εκφοβισμό και την παρενόχληση που βιώνουν οι νέες νοσηλεύτριες στον εργασιακό τους χώρο από έμπειρες νοσηλεύτριες που κάνουν χρήση οριζόντιας παρενόχλησης εναντίον τους. Στη μελέτη συμμετείχαν 18 νοσηλευτές/τριες που εργάζονταν σε δημόσια νοσοκομεία στο βορειοδυτικό τμήμα του Ιράν. Για την υλοποίηση της έρευνας, χρησιμοποιήθηκε ποιοτική μεθοδολογική προσέγγιση και, συγκεκριμένα, θεματική ανάλυση περιεχομένου. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν οι μέθοδοι της ατομικής ημι-δομημένης και της μη δομημένης συνέντευξης. Για την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων εφαρμόστηκε η μέθοδος της κωδικοποίησης και της θεματικής κατηγοριοποίησης. Από τις συνεντεύξεις (ανάλυση), προέκυψαν οι εξής τέσσερις θεματικές ενότητες: «Ψυχολογική βία», «Λεκτική βία», «Σωματική βία» και «Πηγή βίας». Τα αποτελέσματα, σύμφωνα με τις αναλύσεις των δεδομένων για τους συμμετέχοντες, έδειξαν ότι έχουν βιώσει συμπεριφορές βίας και παρενόχλησης στο εργασιακό τους περιβάλλον, που έχει αρνητικές συνέπειες τόσο στην ποιότητα ζωής τους και στην ποιότητα φροντίδας των ασθενών (Ebrahimi, Hassankhani, Negarandeh, Jeffrey & Azizi 2017).

Ο Courtney και οι συνεργάτες του (2017) μελέτησαν τον επιπολασμό και τις εμπειρίες των φοιτητών σχετικά με συμπεριφορές παρενόχλησης και βίας που έχουν

υποστεί στο ακαδημαϊκό και κλινικό περιβάλλον κατά την περίοδο της φοίτησής τους, καθώς και τις στρατηγικές που χρησιμοποίησαν για την αντιμετώπισή του. Στη μελέτη συμμετείχαν 29 φοιτητές νοσηλευτικής (1ου, 2ου και 3ου έτους) του Μητροπολιτικού Πανεπιστημίου της Αυστραλίας, οι οποίοι επιλέχτηκαν με δειγματοληψία σκοπιμότητας. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ατομικής ημιδομημένης συνέντευξης. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη μέθοδο της συμβατικής θεματικής ανάλυσης περιεχομένου, χρησιμοποιώντας το NVivo. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι φοιτητές είχαν βιώσει πολλές συμπεριφορές εκφοβισμού και παρενόχλησης κατά την φοίτησή τους, τόσο στα νοσοκομεία που έκαναν πρακτική όσο και στο πανεπιστήμιο που φοιτούσαν. Αναφέρουν ως δράστες-θύτες ιατρούς, νοσηλευτές/τριες, ακαδημαϊκούς καθηγητές, καθώς και συμφοιτητές τους. Οι πράξεις εκφοβισμού περιελάμβαναν σωματικές απειλές και επιθέσεις. Ο αντίκτυπος του εκφοβισμού ήταν βαθύς. Προκάλεσε σε πολλούς από τους συμμετέχοντες αισθήματα άγχους και αγωνίας, υπονόμεινε την εμπιστοσύνη και την αντίληψή τους για τις ικανότητες τους και συχνά τους οδήγησε να αμφισβητήσουν την επιλογή της σταδιοδρομίας τους. Οι στρατηγικές που περιγράφουν οι συμμετέχοντες για να αντιμετωπίσουν ή να διαχειριστούν τον εκφοβισμό περιλάμβαναν κυρίως την αποφυγή και τη φυγή, προσπαθώντας να «επιζήσουν» και την υποστήριξη από κάποιον αξιόπιστο ακαδημαϊκό, την οικογένεια και τους φίλους τους. Κανένα επεισόδιο εκφοβισμού δεν αναφέρθηκε επίσημα (Courtney-Pratt, Pich, Levett-Jones, & Moxey 2018).

Η ποιοτική μελέτη των Sharbek, Johnson και Dawson (2015) στόχευε στην εκτίμηση των παρεμβάσεων των διευθυντών και προϊσταμένων της νοσηλευτικής υπηρεσίας όσον αφορά τον εκφοβισμό και την παρενόχληση στο χώρο εργασίας τους. Στη μελέτη συμμετείχαν 6 διευθυντές νοσηλευτικής δημόσιων νοσοκομείων. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της ατομικής ημιδομημένης συνέντευξης. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με την θεωρία της γραφειοκρατικής φροντίδας του Ray. Από τις αναλύσεις των συνεντεύξεων προέκυψαν οι εξής θεματικές ενότητες: (α) ευαισθητοποίηση, (β) εστίαση στο πρόβλημα, (γ) ποιότητα των επιδόσεων και (δ) υγιές περιβάλλον φροντίδας. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι τα μέτρα της διοίκησης και οι παρεμβάσεις δεν ήταν τόσο αποτελεσματικά, όσο οι μεμονωμένες παρεμβάσεις των διευθυντών των υπηρεσιών (Sharbek, Johnson & Dawson 2015).

Η ποιοτική μελέτη της Hayward και των συνεργατών της (2016) διενεργήθηκε σε νοσηλευτές/τριες με αρκετά χρόνια προϋπηρεσίας, με σκοπό να εξετάσει τους προσωπικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρέασαν την απόφασή τους να παραιτηθούν από την εργασία τους. Χρησιμοποιήθηκε ποιοτική ερμηνευτική προσέγγιση και διεξήχθησαν 12 συνεντεύξεις σε βάθος σε νοσηλευτές/τριες σε θέσεις ευθύνης σε δημόσια νοσοκομεία και με μέσο όρο τα 16 έτη κλινικής εμπειρίας. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των συνεντεύξεων έδειξαν ότι οι αποφάσεις των νοσηλευτών/τριών να εγκαταλείψουν το επάγγελμα τους επηρεάστηκε από διάφορους αλληλένδετους παράγοντες (προσωπικούς και επαγγελματικούς). Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν την επιθετική στάση των ασθενών, τις αυξημένες απαιτήσεις της εργασίας, τις δύσκολες και πολλές φορές αναποτελεσματικές εργασιακές σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών, την έλλειψη στήριξης από τους Διευθυντές/ προϊσταμένους και τις αρνητικές επιπτώσεις όλων αυτών στην υγεία και την ευημερία τους. Οι ανεπαρκείς εργασιακές σχέσεις με άλλους νοσηλευτές και η έλλειψη ηγετικής υποστήριξης οδήγησαν τους νοσηλευτές να αισθάνονται δυσαρεστημένοι και να δυσκολεύονται να εκτελέσουν την εργασία τους. Ο αντίκτυπος του υψηλού άγχους ήταν εμφανής στην υγεία και τη συναισθηματική ευημερία των νοσηλευτών/τριών (Hayward, Bungay, Wolff & MacDonald 2016).

Η μελέτη των Malik και συν (2017) είναι μια μεικτή μελέτη, χρησιμοποιώντας ποσοτικά και ποιοτικά στοιχεία για να διερευνήσει την επίδραση του προσωπικού εκφοβισμού των νοσηλευτών/τριών στις προθέσεις τους να παραιτηθούν από την εργασία τους λόγω του εργασιακού άγχους. Χρησιμοποιήθηκε ένας επεξηγηματικός διαδοχικός σχεδιασμός μικτών μεθόδων. Στην πρώτη, ποσοτική φάση της μελέτης, τα δεδομένα συλλέχθηκαν από δείγμα 324 νοσηλευτών/τριών, που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία του Πακιστάν, χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο προσωπικός εκφοβισμός έχει άμεση και έμμεση επίδραση στις προθέσεις παραίτησης του νοσηλευτή, μέσω του άγχους της εργασίας. Επιπλέον, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πολιτική εξειδίκευση μετριάζει την επίδραση του προσωπικού εκφοβισμού στο άγχος της εργασίας. Η δεύτερη, ποιοτική φάση, διεξήχθη ως συνέχεια των ποσοτικών αποτελεσμάτων που αφορούσαν μεμονωμένες συνεντεύξεις 11 νοσηλευτών/τριών. Συνολικά, τα ποιοτικά δεδομένα επικύρωσαν τα βασικά ποσοτικά αποτελέσματα (Malik και συν 2017).

Η Vagharseyyedin (2016) χρησιμοποίησε την ποιοτική προσέγγιση για να μελετήσει την έννοια της κακομεταχείρισης στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών/τριών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία του Ιράν. Οι συμμετέχοντες νοσηλευτές προέβησαν σε συνεντεύξεις σε βάθος. Η ποιοτική προσέγγιση που επιλέχθηκε ήταν η συμβατική ανάλυση περιεχομένου. Για την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων εφαρμόστηκε η μέθοδος της κωδικοποίησης και της θεματικής κατηγοριοποίησης. Μετά την ανάλυση των καταγραφέντων συνεντεύξεων προέκυψαν τρία βασικά θέματα:

- 1) ζήτηση και ανάγκη δημιουργίας ενός πιο ανθρώπινου και ευνοϊκού περιβάλλοντος εργασίας. Το θέμα αυτό αποτελείται από τρεις κατηγορίες: «μη ικανός προϊστάμενος/διευθυντής», «περιφρόνηση των νοσηλευτών» και «ανήθικες συμπεριφορές»
- 2) αντιεπαγγελματικές διαπροσωπικές συναντήσεις που περιελάμβαναν τρεις κατηγορίες: «κακώς καθορισμένα χαρακτηριστικά της εργασίας», «χαμηλή επίδοση των νοσηλευτών/τριών» και «μη υποστηρικτικά μέσα και δομές» και
- 3) αδιαφορία και απραξία, παρά τη ψυχική φθορά που έχουν υποστεί από την υποτίμηση, που αποτελείται από δύο κατηγορίες: «παθητικοί και αναποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης της κακομεταχείρισης» και «προσωπικές και επαγγελματικές αρνητικές επιπτώσεις» (Vagharseyyedin 2016).

Ο Naiafi και οι συνεργάτες του (2018) διερεύνησαν τις αντιλήψεις και τις εμπειρίες των νοσηλευτών/τριών του Ιράν, σχετικά με τις παρελθοντικές εμπειρίες άσκησης βίας εναντίον τους, καθώς και τις συνέπειες της βίας στο χώρο εργασίας από τους ασθενείς τους συγγενείς ασθενών, τους συναδέλφους και τους διευθυντές/προϊστάμενους τους. Χρησιμοποιήθηκε ποιοτικός περιγραφικός σχεδιασμός. Συμμετείχαν 22 νοσηλευτές/τριες από 9 δημόσια νοσοκομεία, οι οποίοι επιλέχθηκαν με δειγματοληψία σκοπιμότητας. Διεξήχθησαν 22 αδόμητες σε βάθος συνεντεύξεις. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε επαγωγική ανάλυση περιεχομένου. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των συνεντεύξεων οδήγησαν στο προσδιορισμό πέντε κατηγοριών ως παράγοντες προδιάθεσης: τις αόριστες προσδοκίες και απαιτήσεις των ασθενών/συγγενών, την κακή και μη αποτελεσματική οργανωτική διαχείριση τέτοιων πράξεων εκφοβισμού από την διοίκηση των νοσοκομείων, την κακή επαγγελματική επικοινωνία, τους παράγοντες που

σχετίζονται με νοσηλευτές και παράγοντες που σχετίζονται με ασθενείς, συγγενείς ασθενών και συναδέλφους. Εκτός από τις αρνητικές επιπτώσεις στην προσωπική και οικογενειακή ζωή των νοσοκόμων που εντοπίστηκαν, η βία στον χώρο εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερη ποιότητα φροντίδας των ασθενών και αρνητική στάση απέναντι στο νοσηλευτικό επάγγελμα (Najafi, Fallahi-Khoshknab, Ahmadi, Dalvandi, & Rahgozar 2018).

Μια φαινομενογραφική ποιοτική μελέτη του Han και των συνεργατών του (2107) πραγματοποιήθηκε στη Ταϊβάν σε νοσηλεύτριες επειγόντων τμημάτων. Σκοπός της μελέτης ήταν να εξεταστούν οι εμπειρίες των νοσηλευτριών σχετικά με την εμφάνιση της ηθικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας και των τρόπων που οι ίδιοι την βιώνουν. Τριάντα νοσηλεύτριες συμμετείχαν στην ποιοτική μελέτη, η οποία διεξήχθη μέσω συνεντεύξεων. Τα αποτελέσματα παρουσίασαν τέσσερις κατηγορίες σχετικά με το πώς ερμηνεύουν την παρενόχληση στο εργασιακό τους χώρο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, θεωρήθηκε συνεχής εφιάλτης, μέρος της καθημερινής ζωής, άμεση απειλή και έχει αρνητικό αντίκτυπο στις επιδόσεις των νοσηλευτριών. Οι καταστάσεις βίας και παρενόχλησης επηρεάζουν αρνητικά τους νοσηλευτές σε φυσικό, ψυχολογικό, κοινωνικό, προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο (Han, Lin, Barnard, Hsiao, Goopy & Chen 2017).

Οι Taylor και Taylor (2017) μελέτησαν την οριζόντια παρενόχληση και τους τύπους των θυτών, με κύριο σκοπό να συνειδητοποιήσουν οι νοσηλευτές/τριες τις έννοιες της παρενόχλησης και να αναγνωρίζουν τις εκφοβιστικές συμπεριφορές τη στιγμή που τις βιώνουν. Χρησιμοποίησαν ποιοτική, περιγραφική μελέτη που διεξήχθη για να ενημερώσει την ανάπτυξη της θεωρίας και το σχεδιασμό μελλοντικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της οριζόντιας βίας. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της παρατήρησης μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Στη μελέτη συμμετείχαν δύο νοσοκομειακές μονάδες νοσοκομείων που βρίσκονται στις Βορειοανατολικές Ηνωμένες Πολιτείες. Από την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων προέκυψαν τρεις τύποι θυτών της οριζόντιας παρενόχλησης μεταξύ των νοσηλευτών/τριών:(1) ο βίαιος παθολογικός δράστης, (2) ο βίαιος δράστης και (3) ο αντιεπαγγελματίας συνεργάτης. Επίσης, μέσα από αυτή την μελέτη, οι νοσηλευτές/τριες ξεκίνησαν να συνειδητοποιούν, να αναγνωρίζουν και να ονοματίζουν την παρενόχληση, αλλά και να ξεχωρίζουν τα είδη των θυτών (Taylor & Taylor 2017).

Μια πολύ πρόσφατη ποιοτική μελέτη του Hassanjhani και των συνεργατών του (2018) πραγματοποιήθηκε στο Ιράν σχετικά με τις συνέπειες της ηθικής παρενόχλησης στη ζωή 16 νοσηλευτών/τριών που εργάζονται στα επείγοντα τμήματα, πέντε νοσοκομείων στο Αζερμπαϊτζάν. Μέσω ημι-δομημένων συνεντεύξεων, διαπιστώθηκε ότι η άσκηση βίας και παρενόχλησης στο χώρο εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε συνέπειες που επηρεάζουν αρνητικά τη ποιότητα της ζωής τους, γενικά. Συγκεκριμένα, μπορεί να τους οδηγήσει σε ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές, σε οργανικές ασθένειες, σε αμφισβήτηση της επαγγελματικής ακεραιότητας τους και, τέλος, σε κοινωνικό στιγματισμό και απόσυρση (Hassankhani, Parizad, Gacki-Smith, Rahmani, & Mohammadi 2018).

Η ποιοτική μελέτη του Aksakal και των συνεργατών του (2015) στόχευε στην εκτίμηση του επιπολασμού της ηθικής παρενόχλησης, της σωματικής και λεκτικής παρενόχλησης. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε μέσω προσωπικών συνεντεύξεων, στο νοσηλευτικό προσωπικό Πανεπιστημιακού νοσοκομείου στη Τουρκία. Διαπιστώθηκε ότι ποσοστό 13,9% των νοσηλευτών βίωσαν σωματική κακοποίηση, 41,8% λεκτική κακοποίηση και 17,1% ηθική παρενόχληση τους τελευταίους 12 μήνες. Η εργασία πάνω από 40 ώρες την εβδομάδα αύξησε τον κίνδυνο σωματικής κακοποίησης κατά 1,86 φορές. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών/τριών, που βίωσαν λεκτική και ηθική παρενόχληση, επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα ή/και χώρο εργασίας ή ακόμα και επάγγελμα, εάν τους δοθεί η ευκαιρία. Λιγότερο από το 1/4 των νοσηλευτών ανέφερε το είδος της παρενόχλησης που υπέστη στη Διοίκηση (Aksakal, Karasahin, Dikmen, Avcı, & Özkan, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

Σχέση Οικογενειακού και Εργασιακού Περιβάλλοντος στην Ποιότητα Ζωής

4.1. Γενική Θεώρηση της Ποιότητας Ζωής

Οι έννοιες της *υγείας* και της *ασθένειας* προσανατολίζουν – σε ένα μεγάλο ποσοστό – τη σκέψη των ανθρώπων γύρω από την ιατρική αντιμετώπιση και τη θεραπευτική φαρμακευτική αγωγή, που είναι απαραίτητα για τη βελτίωση της υγείας. Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, ο ρόλος της ψυχολογίας σε σχέση με την υγεία και τη διατήρηση της *ποιότητας ζωής* φαίνεται να κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος, με αποτέλεσμα να αποτελέσει ένα αναπόσπαστο κομμάτι στην έρευνα με αντικείμενο τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την ασθένεια.

Από ιατρική σκοπιά, ο όρος *υγεία* αναφέρεται στην άρτια λειτουργία των ζωτικών οργάνων του σώματος και επικεντρώνεται στη *σωματική ευεξία*. Αναμφισβήτητα, η κύρια επιδίωξη της ιατρικής επιστήμης είναι η θεραπεία της ασθένειας, ενώ ακολουθεί η πρόληψη των ασθενειών. Γεγονός αποτελεί ότι, τα τελευταία χρόνια, συντελείται μια αλματώδης πρόοδος στην αντιμετώπιση των ασθενειών που επιφέρει τη μείωση της θνησιμότητας, με αποτέλεσμα ο όρος υγεία να έχει αποκτήσει ένα ευρύτερο περιεχόμενο και να μην αφορά μόνο την αντιμετώπιση των νόσων που εμφανίζονται στον άνθρωπο.

Ειδικότερα, η ψυχολογία και η κοινωνιολογία, πραγματοποιώντας μια υπέρβαση στα πλαίσια και τα όρια της ιατρικής επιστήμης, αντιμετωπίζουν την *υγεία* ως μια έννοια πολυδιάστατη, που εμπεριέχει, εκτός από τη *σωματική* διάσταση, δύο επιπλέον διαστάσεις, που είναι η *ψυχική* και η *κοινωνική*. Η κοινωνιολογία της υγείας υποστηρίζει πως ένας μεγάλος αριθμός νόσων είναι δυνατόν να αποφευχθούν με την πρόβλεψη και, μαζί με τη μελέτη του τρόπου ζωής των ατόμων, αποτελούν σημαντικά χαρακτηριστικά στοιχεία στη διαμόρφωση της υγείας.

Σύμφωνα με το λεξικό της ψυχολογίας του Παπαδόπουλου «η ποιότητα ζωής αναφέρεται στη συσχέτιση των αντικειμενικών συνθηκών ζωής και της υποκειμενικής ευεξίας των ατόμων και των ομάδων μιας κοινωνίας» (Παπαδόπουλος, 2005). Με τον όρο αυτό, αναγνωρίζει τη σημασία των αντικειμενικών πραγματικών

καταστάσεων, όπως οι συνθήκες εργασίας, κατοικίας και φυσικού περιβάλλοντος, για την υποκειμενική ικανοποίηση - ευχαρίστηση. Η ποιότητα ζωής αναφέρεται, κυρίως, στις ανθρώπινες σχέσεις και στον τρόπο διαβίωσης και λειτουργίας του ατόμου ως μέλους της κοινωνίας. Συμπεριφορές που αναιρούν ή καταργούν απόλυτα την ποιότητα ζωής, θεωρούνται αυτές που δεν στηρίζονται στο σεβασμό της προσωπικότητας του άλλου, αλλά στηρίζονται στην προσβολή της αξιοπρέπειάς του ή που σχετίζονται με ενοχλητικές παρεμβάσεις στον ιδιαίτερο χώρο ζωής των άλλων (Παπαδόπουλος 2005).

4.2. Ορισμός της Ποιότητας Ζωής

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, αναπτύχθηκε ιδιαίτερα έντονο ενδιαφέρον μεταξύ πολιτικών, διοικητικών και κοινωνικών επιστημών για την έρευνα των ζητημάτων που αφορούν την Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) και για την ανάπτυξη μεθοδολογιών, οι οποίες θα στοχεύουν στη μέτρηση της (Yfantopoulos 2001a). Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος, ο οποίος έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς από όλους τους κλάδους των επιστημών. Επιστήμονες σε διαφορετικά πεδία εφαρμοσμένων ερευνών έχουν μετρήσει και καταγράψει τις επιπτώσεις της. Είναι πολύ δύσκολο να διατυπώσουμε έναν κοινώς αποδεκτό ορισμό της ΠΖ, καθώς υπάρχουν ποικίλες απόψεις για τη σημασία του όρου. Οι κλινικοί ιατροί εξετάζουν τις φυσικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους και γενικά τους κοινωνικούς επιστήμονες, οι οποίοι δίνουν έμφαση στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας (Υφαντόπουλος 2003). *Ποιότητα ζωής* (Quality of Life) ή *Ευημερία* (Well-Being) ή *Καλή ζωή* (Good Life) είναι όροι που βρίσκονται στο επίκεντρο του διεθνούς ενδιαφέροντος. Η ποιότητα ζωής (ΠΖ) αποτελεί αδιαμφισβήτητα μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια. Κατά καιρούς, έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί, ανάλογα με την οπτική γωνία υπό την οποία κάθε μελετητής ή στοχαστής αντιμετωπίζει το θέμα.

Κατά τον Freud, η ευτυχία πηγάζει από τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου. Σύμφωνα με άλλους μελετητές, η ποιότητα ζωής αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό μιας κοινωνίας και αφορά τις προϋποθέσεις, τις οποίες πρέπει να πληροί κάποιο άτομο για να είναι ευτυχισμένο (McCall 1975). Πιο πρόσφατες εννοιολογικές προσεγγίσεις σχετικά με την ποιότητα ζωής, την ορίζουν ως τη

σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, καθώς και την ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του, διαχωρίζοντάς την από τις συνθήκες διαβίωσης που αναφέρονται, γενικά, στις συνθήκες της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, έτσι όπως αυτές αντικατοπτρίζονται στο εισόδημα και τα καταναλωτικά πρότυπα, ενώ η έννοια ποιότητα ζωής είναι ευρύτερη και αναφέρεται στην γενική ευημερία των ατόμων που ζουν σε μία κοινωνία (Bowling 1997).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), η Ποιότητα Ζωής ορίζεται ως «η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για η θέση του στη ζωή, η οποία διαμορφώνεται στο πλαίσιο των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, και είναι σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια, τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του» (WHO The WHOQOLGROUP 1995). Η ποιότητα ζωής από ορισμένους συγγραφείς έχει ερμηνευθεί ως η δυνατότητα διάθεσης πόρων προς κάλυψη των κοινωνικών αναγκών, σε συνδυασμό με όρους που σχετίζονται με την κοινωνία και το περιβάλλον. Ειδικότερα, η ποιότητα ζωής συνίσταται στην ύπαρξη και τη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία ή περιοχή (McCall 1975).

Άλλοι συγγραφείς τονίζουν την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου αναφορικά με την ποιότητα ζωής και το ευ ζην. Σύμφωνα με αυτούς, η ποιότητα ζωής θα μπορούσε να οριστεί ως το σύνολο των εσωτερικών διεργασιών του ατόμου, οι οποίες σχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησής του από τις διάφορες εκφάνσεις της ζωής του. Περιλαμβάνει τις απαραίτητες συνθήκες και καταστάσεις, οι οποίες προωθούν τη «σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου», που είναι η προσωπική υγεία, η εργασία, η εκπαίδευση, η οικογένεια, οι κοινωνικές συναναστροφές, η οικονομική κατάσταση κ.ά. (Αλουμάνης 2002).

Όπως είναι εμφανές, στους παραπάνω ορισμούς της ποιότητας ζωής παρατηρείται ένας διαχωρισμός μεταξύ των «αντικειμενικών» και «υποκειμενικών» παραμέτρων. Εντούτοις, η αναγκαιότητα του συνδυασμού των δυο αυτών παραμέτρων οδηγεί κάποιους στη διατύπωση ότι η ποιότητα ζωής ορίζεται ως το να είναι η ζωή καλή και αξιολογείται με κριτήρια υποκειμενικά αλλά και αντικειμενικά, που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών (Baker & Intagliata

1982, Farquhar 1995, Gill & Feinstein 1994, Murrell & Norris 1983, Zautra & Goodhart 1979).

Από όλα τα παραπάνω, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η έννοια «ποιότητα ζωής» δεν έχει καθοριστεί με ένα συγκεκριμένο και ομοιόμορφο τρόπο. Ο ακριβής προσδιορισμός της έννοιας βρίσκεται σε μια διαδικασία συνεχούς εξέλιξης και γι' αυτό συναντάμε πολλές εννοιολογικές ασάφειες γύρω από τον ορισμό της (Κάβουρα, Κυριόπουλος, Γείτονα, & Βανδώρου 2003). Επιπρόσθετα, μπορεί να οριστεί με διαφορετικό τρόπο από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, όπως τις επιστήμες υγείας, την κοινωνιολογία, την ανθρωπολογία, την ψυχολογία, τις οικονομικές επιστήμες και άλλες επιστήμες που ασχολούνται με τον άνθρωπο και το περιβάλλον του. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει τις προσωπικές προτιμήσεις, εμπειρίες, αντιλήψεις και στάσεις σχετικά με φιλοσοφικές, πολιτιστικές, πνευματικές, ψυχολογικές, οικονομικές, πολιτικές και διαπροσωπικές διαστάσεις της καθημερινής ζωής (Yfantopoulos 2001c).

Παγκοσμίως, η ποιότητα ζωής είναι ένας δείκτης, που έχει προστεθεί, όπως και η υγεία, στην κοινωνική υπηρεσία προγράμματος ανάπτυξης. Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, έχει συσταθεί το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την Κοινωνική Ποιότητα (European Foundation in Social Quality), το οποίο εισήγαγε την έννοια της κοινωνικής ποιότητας. Με τον όρο κοινωνική ποιότητα, ορίζεται ο βαθμός, στον οποίο οι πολίτες είναι ικανοί να συμμετέχουν στην κοινωνική και οικονομική ζωή της κοινότητας, σε συνθήκες που ενισχύουν την προσωπική ευεξία και ευημερία (Yfantopoulos 2001b).

Στον χώρο των κοινωνικών επιστημών, η ποιότητα ζωής ορίζεται και αξιολογείται με τη χρήση κατάλληλων δεικτών, οι οποίοι θεωρούνται έγκυροι και έχουν προκύψει μέσω συστηματικής και επιστημονικής μελέτης. Οι δείκτες της ποιότητας ζωής είναι οι εξής:

- Η υγεία
- Το φυσικό περιβάλλον
- Η κατοικία
- Οι συνθήκες διαβίωσης
- Η χρήση του χρόνου

- Η κοινωνική ένταξη
- Η οικονομική δυνατότητα κάλυψης των αναγκών
- Η ασφάλεια από εξωτερικούς κινδύνους
- Το αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή (Τζινιέρη-Κοκκώση 2010).

Ο όρος ποιότητα ζωής (ΠΖ) εισήχθη ως τίτλος στη Medline το 1975 και έγινε αποδεκτός στο ιατρικό ευρετήριο το 1977. Επακολούθησε η αναγνώριση και η αποδοχή του από διάφορα επιστημονικά σώματα. Από το 1970 κι εξής, υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για το συγκεκριμένο αντικείμενο, με έναν αυξανόμενο αριθμό αναφορών για την ποιότητα ζωής σε ιατρικά κείμενα, συνέδρια, εκδόσεις ειδικών τευχών.

4.3. Αλληλεπίδραση Υγείας και Ποιότητας Ζωής

«Ο άνθρωπος ως βιοψυχοκοινωνικό όν, επιχειρεί, στη διάρκεια της ζωής του, να κατασκευάσει μια γέφυρα, να δημιουργήσει μια διασύνδεση μεταξύ ενός βαθύτερου εσωτερικού κόσμου και ενός ευρύτερου εξωτερικού κόσμου. Η ανθρώπινη ζωή είναι λειτουργικά δομημένη και οργανωμένη σε επίπεδα, η οποία, αρχόμενη από τα οργανικά μόρια και τα κύτταρα, ακολούθως μέσω του οργανισμού και του εαυτού και εν συνεχεία μέσω των σχέσεων του εαυτού με τους άλλους (άμεσο και ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον), ολοκληρώνεται τελικά στη σχέση της με τον κόσμο στο σύνολό του (κοινωνία και βιόσφαιρα). Κάθε επίπεδο προσδιορίζεται και χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο συστατικών στοιχείων, ποσοτικών και ποιοτικών. Για να εκφράσει πλήρως η ανθρώπινη ζωή της υπόστασή της πρέπει να υπάρχει, σε κάθε επίπεδο, επαρκής ποσότητα και ποιότητα των συστατικών της στοιχείων. Όλα τα επίπεδα θεωρούνται εξ' ορισμού ότι έχουν ίση βαρύτητα και σημασία για τη ζωή ενός ανθρώπου (λειτουργική αλληλεξάρτηση)»

(Σαρρής 2001)

Σήμερα, είναι πλέον ευρέως αποδεκτό, ότι η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, του οποίου η λειτουργία διέπεται τόσο από τις αρχές της καθολικότητας αλλά και της εξατομίκευσης όσο και από τις αρχές της πραγματικότητας αλλά και της ικανοποίησης των αναγκών του σύγχρονου

κοινωνικού ατόμου. Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της υγείας και της ποιότητας ζωής αφορούν όχι μόνο τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας, αλλά και τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου. Μείζονος σημασίας θεωρείται, επίσης, η συσχέτιση και η αλληλεξάρτηση παραγόντων και παραμέτρων της προσωπικής και κοινωνικής ζωής, η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή, η ηθική, η αυτοεκτίμηση και η αυτοπραγμάτωση του κάθε ανθρώπου, συντελεστές που επηρεάζουν την ολοκλήρωση της προσωπικότητας του ατόμου (Andrews, & Whitney 1974, Campbell, Converse, Rodgers 1976, Diener & Suh 1997, Gadrey & Jany-Catrice 2006, Rokeach 1973).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η υγεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ευημερίας, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη βελτίωση του επιπέδου της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας, καθώς και στην προαγωγή του κοινωνικού συνόλου γενικότερα. Η υγεία και η ποιότητα ζωής ενός ατόμου επηρεάζονται από ένα σύνολο προσδιοριστικών παραγόντων, οι σημαντικότεροι εκ των οποίων φαίνεται να είναι το εισόδημα και ο τρόπος διαμονής, οι κλιματολογικές συνθήκες, η διατροφή, το εκπαιδευτικό, μορφωτικό και πολιτιστικό επίπεδο, ο τρόπος ζωής, το επίπεδο κοινωνικοοικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης, οι κοινωνικές σχέσεις, το επίπεδο διαταραχής της οικολογικής ισορροπίας, οι συνθήκες εργασίας, η ποιότητα κατοικίας, η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης (Θεοδώρου, Σαρρής, & Σούλης 1997).

Στηριζόμενοι, λοιπόν, στους προσδιοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού, είναι δυνατή η κατηγοριοποίηση τους ως εξής:

- 1) *Κοινωνικο-οικονομική δομή & λειτουργία της κοινωνίας:* Τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.
- 2) *Οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες:* Επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος, προγραμματισμός, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.
- 3) *Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες:* Τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάρθρωση, κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες.

- 4) *Ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες*: Ήθη και έθιμα, επίπεδα αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, νοοτροπία, τάσεις και στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση κοινωνικών ρόλων.
- 5) *Περιβαλλοντικοί παράγοντες*: Επίπεδο μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.
- 6) *Γεωφυσικοί παράγοντες*: Φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες.
- 7) *Δημογραφικοί παράγοντες*: Ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κλπ.
- 8) *Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες*: Επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.

4.4. Σημασία της Υποκειμενικής Αξιολόγησης της Υγείας

Μια εναλλακτική ή συμπληρωματική προοπτική λύσης στο πρόβλημα της οριοθέτησης των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην ποιότητα της ζωής, ορίζει να δίνουμε κεντρική σημασία στην *υποκειμενική* (subjective) αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας ενός ατόμου από το ίδιο το άτομο (Carr & Higginson 2001, Guyatt & Cook 1994, Haas 1999, Meeberg 1993, Torrance 1987). Αυτός ο καθορισμός θεωρεί ότι η ποιότητα της ζωής είναι τουλάχιστον εν μέρει ανεξάρτητη από την κατάσταση της υγείας (Guyatt, Feeny & Patrick 1993) και, όπως αναφέρουν στο έργο τους οι Gill και Feinstein (1994), είναι μια αντανάκλαση του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και αντιδρούν στην κατάσταση της υγείας τους και σε άλλες ανεξάρτητες από την κατάσταση της υγείας τους πτυχές της ζωής τους (Gill & Feinstein 1994).

Η υποκειμενική φύση αυτής της σύλληψης που αφορά την ποιότητα της ζωής ίσως μπορεί να γίνει καλύτερα κατανοητή αν εστιάσουμε στον τρόπο, με τον οποίο τα άτομα που είναι ασθενείς ή έχουν κάποιου βαθμού δυσλειτουργία ή ανικανότητα, μας αναφέρουν ότι αισθάνονται. Όπως γίνεται, βέβαια, αντιληπτό, μια τέτοια αναφορά γίνεται πάντα στα πλαίσια της προσωπικής τους ζωής, σε συγκεκριασμό με τις προσπάθειες που καταβάλλονται από τους ερευνητές να μετατραπεί σε στατιστικό αποτέλεσμα που θα αναλυθεί το στάδιο ή ο βαθμός της ασθένειας ή της

ανικανότητας. Η *σωματική ευημερία* (physical well-being) αφορά την αίσθηση της ταλαιπωρίας που προκύπτει από ένα ιδιαίτερο σύμπτωμα (ή την απελευθέρωση από τέτοιο σύμπτωμα) και επεκτείνεται στην έννοια της ζωτικότητας ή, όπως αλλιώς είναι δυνατόν να χαρακτηριστεί, τη γενική ικανοποίηση από τη σωματική υγεία. Η αξιολόγηση της διανοητικής υγείας ενός ασθενή συνήθως ερμηνεύεται ως η απουσία *ψυχολογικής δυσφορίας* (psychological distress) και μπορεί, επίσης, να περιλάβει τους συναισθηματικούς δεσμούς και την κοινωνική υποστήριξη (Veit & Ware 1983).

Η ποιότητα ζωής ως έννοια που εξετάζεται σε συνάρτηση με την υγεία (Health-Related Quality of Life, HRQOL), στο πλαίσιο της οποίας εξετάζεται το πώς αισθάνεται ο πάσχων σχετικά με τις επιπτώσεις της ασθένειας και της θεραπείας και πόσο ικανοποιημένος είναι με την ψυχική του ευεξία και την καθημερινή λειτουργικότητά του, αν έχει σωματικά συμπτώματα και πόσο επηρεάζεται από αυτά και πόσο ικανοποιημένος είναι από τη συναισθηματική, ψυχική, γνωστική, κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητά του και τη γενική κατάσταση της υγείας του, καθώς και από τις παρεχόμενες υπηρεσίες Υγείας (Τζινιέρη-Κοκκώση 2010).

4.5. Σχέση της Ποιότητας Ζωής με την Προσωπικότητα

Όπως είδαμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, η ποιότητα ζωής αποτελεί μια υποκειμενική και πολλές φορές ανεπαρκώς διαφωτισμένη έννοια για τον κάθε άνθρωπο. Τα υποκειμενικά αποτελέσματα της ποιότητας της ζωής μπορούν, επίσης, να επηρεαστούν από παράγοντες της προσωπικότητας. Τα αποτελέσματα, επομένως, επηρεάζονται από τα χαρακτηριστικά της προδιάθεσης, την οποία δημιουργεί η προσωπικότητα και τα οποία παρεμβαίνουν και—όπως είναι λογικό—προϋπάρχουν χρονικά από την ασθένεια και τη θεραπεία (Duits, Boeke, Taams, Passchier, & Erdman 1997, Watson, & Pennebaker 1989).

Για παράδειγμα, μια εκτίμηση που συστήνεται ως κατάλληλη για να εκφράσει την ποιότητα ζωής με την χρήση της φράσης "αξιολογήστε τη γενική ποιότητα ζωής σας σαν κακή, μέτρια, καλή ή άριστη" (Gill, & Feinstein 1994), μετρά με έναν ακούσιο τρόπο τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως είναι η ροπή που έχουμε οι άνθρωποι, να τα βλέπουμε όλα με αρνητική διάθεση και συναίσθημα (απαισιοδοξία), η υποχονδρίαση (hypochondriasis) και η σωματομετατροπή

(somatisation) (Barsky, Cleary & Klerman 1992, Tempelaar, DeHaes, DeRuiter, Bakker, Vanden Heuvel, & Van Nieuwenhuijzen 1989).

Χαρακτηριστικά σε σχέση με τα παραπάνω είναι τα αποτελέσματα σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον Muldoon και τους συνεργάτες του (1998), σε ένα δείγμα 348 υγιών εθελοντών μέσα στην κοινότητα. Πιο αναλυτικά, στη συγκεκριμένη έρευνα διαπιστώθηκε ότι οκτώ από τις εννέα ιατρικές υποκλίμακες του SF-36, που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη έκβασης, είχαν σημαντική συσχέτιση με τη νευρώση, όπως μετρήθηκε με τα ερωτηματολόγια προσωπικότητας (Muldoon, Barger, Flory, & Manuck 1998).

Άλλες παρόμοιες μελέτες προτείνουν ότι οι περισσότερες υποκλίμακες του ερωτηματολογίου επισκόπησης της υγείας SF-36 παρουσιάζουν ποικιλομορφία σε σχέση με τη νευρώση και άλλες διαστάσεις της προσωπικότητας (Duberstein, Sörensen, Lyness, King, Conwell, Seidlitz, & Caine 2003, Kempen, Jelicic, & Ormel 1997, Vander Zee, Sanderman, Heyink & de Haes 1996).

Όπως προκύπτει λοιπόν, η προσωπικότητα φαίνεται να αποτελεί έναν από τους παράγοντες που ασκεί άμεση και βασική επίδραση στο πώς το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται το επίπεδο της ποιότητας της ζωής του.

Σύμφωνα με τους Wrosch και Scheier (2003), οι παράγοντες της προσωπικότητας ενός ατόμου μπορούν να επιδράσουν απέναντι στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι προσεγγίζουν τις καταστάσεις της ζωής ή/και στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται όλα τα είδη των εκβάσεων τα οποία, στη συνέχεια, μπορεί να έχουν είτε θετικό είτε αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής του. Ως εκ τούτου, ένα άτομο που έχει συνειδητότητα μπορεί να ξεπεράσει αναπάντεχα εμπόδια πολύ πιο εύκολα, από κάποιον που το εσωτερικό κίνητρο, το οποίο υπό κανονικές συνθήκες δίνει ώθηση να επιτυγχάνει σημαντικούς στόχους στη ζωή, είναι μειωμένο (Wrosch & Scheier 2003).

Αν ενστερνιστούμε τις απόψεις των Wrosch και Scheier (2003), θα μπορούσαμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι τα άτομα με συνειδητότητα μπορεί να είναι πιο επιτυχημένα στην επίτευξη και παγίωση των αντικειμενικών κριτηρίων της ποιότητας ζωής. Τέτοια κριτήρια μπορεί να αποτελούν μία επιτυχημένη επαγγελματική σταδιοδρομία ή ευμάρεια, καταστάσεις που θεωρούνται συνοδοιπόροι για την ποιότητα ζωής από την εποχή του Αριστοτέλη.

Εάν προσπαθήσουμε να δούμε την προσωπικότητά ως έναν παράγοντα που μπορεί να προβλέψει διαφορετικά επίπεδα ποιότητας της ζωής, τότε ίσως το πιο σωστό είναι να θεωρήσουμε πως η προσωπικότητα σχετίζεται ιδιαίτερα με ευρύτερους δείκτες της ποιότητας της ζωής, όπως είναι η γενική ικανοποίηση από τη ζωή (life satisfaction). Εάν δεχτούμε πως η προσωπικότητα επηρεάζει στο σύνολο της ένα μεγάλο μέρος των συμπεριφορών που αναπτύσσουν τα άτομα, τότε θα μπορούσαμε καλύτερα να αναγνωρίσουμε τα ευεργετικά αποτελέσματα που έχει η προσωπικότητα εάν δούμε αθροιστικά, πολλούς μαζί σαν ένα σύνολο, όλους εκείνους τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής (Wrosch & Scheier 2003).

Το γεγονός αυτό, βέβαια, δεν είναι ικανό από μόνο του να μας διαβεβαιώσει πως η προσωπικότητα επηρεάζει την ποιότητα της ζωής μόνο στο σύνολο της σαν μετρούμενο αποτέλεσμα και ως έννοια, αλλά δεν επηρεάζει και άλλους συγκεκριμένους τομείς της ποιότητας της ζωής.

Πάντως, είναι γεγονός ότι υπάρχει η τάση στην έρευνα, που ασχολείται με τις σχέσεις που απορρέουν ανάμεσα στην προσωπικότητα και την ποιότητα ζωής, να αντιμετωπίζεται η προσωπικότητα σαν μία παρεμβαίνουσα ή συσχετική μεταβλητή, σαν κάτι δηλαδή που θα πρέπει να ελεγχθεί για να γίνει δυνατή η καλύτερη προσέγγιση των σχέσεων που υπάρχουν ανάμεσα στις βασικές μεταβλητές, με τις οποίες έχουν αποφασίσει να ασχοληθούν οι ερευνητές (Watson, & Pennebaker 1989). Αυτή, εξάλλου, ήταν και η αρχική μας εντύπωση στην χρήση του ερωτηματολογίου στάσης απέναντι στην ζωή, που μετρά την αισιοδοξία σαν ένα από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας στα πλαίσια της παρούσας εργασίας.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Wrosch και Scheier (2003), ένας ερευνητής μπορεί να θέλει να μάθει, για παράδειγμα, πώς μια συγκεκριμένη προγνωστική μεταβλητή σχετίζεται με την ποιότητα της ζωής ενός ατόμου (πχ., η υγεία), αλλά μπορεί να φοβάται πως παράγοντες της προσωπικότητας, όπως είναι ο νευρωτισμός και η αρνητική συναισθηματικότητα, θα μπορούσαν να προκαλέσουν αλλοίωση στις συσχετίσεις που θα βρίσκαμε, με αποτέλεσμα κάθε συσχέτιση που θα μπορούσαμε να παρατηρήσουμε σε μια τέτοια περίπτωση ανάμεσα στις καθημερινές ενοχλήσεις από τον πόνο, για παράδειγμα, και το επίπεδο της υγείας, να εξαρτάται από την συσχέτιση που υπάρχει ανάμεσα στην αρνητική συναισθηματικότητα με τους συγκεκριμένους παράγοντες (Wrosch, & Scheier 2003).

Εάν, όμως μέσα στην ερευνά μας καταφύγουμε σε αυτή την προσέγγιση, δηλαδή το να ελέγξουμε την προσωπικότητά, τότε το πιθανότερο είναι να έχουμε κάποια μειονεκτήματα στη μελέτη μας, καθώς υπάρχει η πιθανότητα η προσωπικότητα να είναι στην πραγματικότητα ο ακρογωνιαίος και αιτιώδης παράγοντας που επηρεάζει τον προδιαθεσικό παράγοντα που μας ενδιαφέρει άμεσα και με αυτό τον τρόπο να επηρεάζει και τον παράγοντα «γενική υγεία» της ποιότητας της ζωής που προσπαθούμε να μελετήσουμε. Είναι σαν να στερούμε στην πραγματικότητα μια μεταβλητή μέσα από τη μελέτη μας που ουσιαστικά ευθύνεται για την ποιότητα της ζωής την οποία ουσιαστικά μας αναφέρουν οι άνθρωποι τους οποίους εξετάζουμε (Wrosch, & Scheier 2003).

4.6. Σχέση Οικογενειακής και Εργασιακής Ζωής

Η σωματική και ψυχική ευεξία των ατόμων δεν επηρεάζονται μόνο από το εργασιακό του περιβάλλον, αλλά και από τις προσωπικές τους στάσεις και από τα οικογενειακά προβλήματα που ενδεχομένως να αντιμετωπίζουν, όπως είναι η μεταφορά προβλημάτων από τον ένα χώρο στον άλλο, οι συγκρούσεις μεταξύ συζύγων, η έλλειψη αμοιβαιότητας και συναισθηματικής υποστήριξης μεταξύ συζύγων, συχνές μετακινήσεις (Cooper, Cooper, & Eaker 2002, σ. 95).

Η οικογενειακή ζωή θα λέγαμε ότι είναι αμφίπλευρη. Από τη μία, αποτελεί το βασικότερο στήριγμα για τον κάθε άνθρωπο (όταν υπάρχουν υγιείς σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της) και, από την άλλη, μπορεί να αποτελέσει τη σημαντικότερη πηγή άγχους. Οι απαιτήσεις της οικογένειας και οι απαιτήσεις της εργασίας πολλές φορές, όχι μόνο απλά δεν συμβαδίζουν, αλλά έρχονται σε σύγκρουση καθιστώντας το άτομο ανίκανο να βρει τις ισορροπίες. Αρκετές μελέτες έχουν συμβάλει στον εντοπισμό των παραγόντων που διαταράσσουν την ισορροπία, οι οποίοι είναι ατομικοί, οργανωτικοί και κοινωνικοί.

Σε ατομικό επίπεδο, μεταξύ των παραγόντων που ξεχωρίζουν είναι η ψυχολογική ευεξία, η προσωπικότητα και η συναισθηματική νοημοσύνη. Η ψυχολογική ευεξία (αυτοαποδοχή, ικανοποίηση, ελπίδα, αισιοδοξία) αποτελεί βασικό παράγοντα ισορροπίας εργασιακής και οικογενειακής ζωής. Ο Wilkinson (2013) παρατήρησε ότι η ισορροπία μεταξύ εργασίας και ζωής βασίζεται σημαντικά στη ψυχολογική ευεξία του ατόμου και ο Soijn (2011) προσθέτει και τα επίπεδα άγχους.

Οι Gröpel και Kuhl (2009) παρατήρησαν ότι η ανάγκη εκπλήρωσης διαδραματίζει ουσιαστικό διαμεσολαβητικό ρόλο στη σχέση μεταξύ της ισορροπίας εργασίας και οικογενειακής ζωής.

Όσον αφορά την προσωπικότητα, ο Kaur (2013) αναφέρει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ οικογενειακής και εργασιακής ζωής, με την ισορροπία να εξασφαλίζεται από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, την ικανοποίηση και την παροχή υποστήριξης από τα κοινωνικά δίκτυα, όταν καθίσταται ανάγκη. Γενικά, η προσωπικότητα του ατόμου αλληλεπιδρά με το περιβάλλον, ασκώντας ανάλογες επιρροές στην ισορροπία εργασίας και οικογένειας (Robbins, Judge, Vohra 2011). Οι Agyee, Srinivas και Tan (2005) παρατήρησαν ότι οι άνθρωποι με επιφυλακτική προσωπικότητα και λειτουργώντας προληπτικά είναι σε θέση να ελαχιστοποιήσουν πιθανές συγκρούσεις εργασιακής και οικογενειακής ζωής. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι οι αισιόδοξοι χαρακτήρες είναι πιο θετικοί στην κοινωνική στήριξη και στην εφαρμογή στρατηγικών αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων. Συγκεκριμένα, τόσο οι Wayne, Musisca και Fleeson (2004) όσο και οι Parasuraman και Greenhaus (2002) αναφέρουν σε μελέτες τους ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας επηρεάζουν σημαντικά την εξισορρόπηση εργασίας και οικογένειας με τους Wayne και συν. (2004) να τονίζουν την ισχυρή συσχέτιση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας με τις συγκρούσεις που δημιουργούνται μεταξύ εργασιακής και οικογενειακής ζωής. Τέλος, οι McCrae και John (1992) σημειώνουν πέντε βασικές διαστάσεις της προσωπικότητας που επηρεάζουν την ισορροπία εργασιακής και οικογενειακής ζωής, οι οποίες είναι η ευχαρίστηση, η εξωστρέφεια, ευσυνειδησία, η συμπεριφορά και η εμπειρία.

Μεταξύ των ατομικών παραγόντων περιλαμβάνεται και η συναισθηματική νοημοσύνη. Οι Affandi και Raza (2013) από τα αποτελέσματα της μελέτης τους κατέδειξαν ότι η συναισθηματική νοημοσύνη συνδέεται θετικά με την ποιότητα ζωής στην εργασία και μπορεί να θεωρηθεί ισχυρός προγνωστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής και σε οικογενειακό επίπεδο.

Παράγοντες σύγκρουσης εργασιακής και οικογενειακής ζωής παρατηρούνται και σε οργανωτικό επίπεδο. Οι κυριότεροι είναι οι εξής:

1. *Εργασιακό καθεστώς.* Το ωράριο και η μορφή εργασίας μπορούν να διαταράξουν την ισορροπία εργασιακής και οικογενειακής ζωής.

Χαρακτηριστικά, μια ευέλικτη μορφή εργασίας, το μειωμένο ωράριο και οι χαμηλές αμοιβές μπορεί να ωφελούν σε επίπεδο οικογένειας ωστόσο η εργασιακή αστάθεια δημιουργεί ανασφάλειες (Christensen & Staines 1990, Goff, Mount, & Jamison 1990, Greenhaus, Collins, & Shaw 2003, Hill, Hawkins, Ferris, Weitzman 2001, Shinn, Wong, Simko, & Ortiz-Torres 1989, Tausig & Fenwick 2001).

2. *Εργασιακό άγχος.* Η ισορροπία εργασιακής και οικογενειακής ζωής έχει συνδεθεί με τα ποικίλα επίπεδα στρες μεταξύ των εργαζομένων. Ειδικότερα, υψηλά επίπεδα άγχους στην εργασία σχετίζονται θετικά με αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις και κακή ευημερία (Bell, Rajendran, & Theiler 2012, Kinman & Jones 2008, Lambert & Hogan 2010).
3. *Εργασιακή υποστήριξη.* Η παροχή υποστήριξης στον εργαζόμενο τόσο στο χώρο εργασίας όσο και σε ευρύτερο κοινωνικό επίπεδο συμβάλλει καθοριστικά στην ισορροπία εργασιακής και οικογενειακής ζωής (Boyar, MaertzJr, MosleyJr, & Carr 2008, Hall, Dollard, Tuckey, Winefield, & Thompson 2010, Thompson, Kirk, & Brown 2005, Warner & Hausdorf 2009).
4. *Εργασιακός ρόλος και καθήκοντα.* Ο μη σαφής προσδιορισμός καθηκόντων και η ακαμψία στο χρονοδιάγραμμα εργασιών και η ύπαρξη ασαφειών που σχετίζονται με το ρόλο του εργαζόμενου, διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην ανάπτυξη οικογενειακών συγκρούσεων (Bell και συν 2012).
5. *Εργασιακές υποδομές και τεχνολογία.* Ο χώρος εργασίας (φωτισμός, θερμοκρασία κλπ) και η υποστήριξη σε τεχνολογικό επίπεδο δημιουργούν αρνητικές ή θετικές προσδοκίες στον εργαζόμενο επηρεάζοντας και την οικογενειακή του ζωή (Lester 1999, Waller & Ragsdell 2012).

Οι συγκρούσεις εργασιακής και οικογενειακής ζωής λαμβάνουν δύο μορφές: επικράτησης εργασιακής ζωής έναντι της οικογενειακής και το αντίστροφο. Έτσι, από το ένα μέρος η εργασία και από το άλλο η οικογένεια τοποθετούν τον άνθρωπο ανάμεσα σε απαιτήσεις και υποχρεώσεις και αυτός, προσπαθώντας να ανταποκριθεί, βρίσκεται αντιμέτωπος με μια συγκρουσιακή κατάσταση μεταξύ της οικογενειακής και εργασιακής ζωής. Η συγκρουσιακή αυτή κατάσταση έχει δύο διαστάσεις: κατά τη μια διάσταση, έχει προτεραιότητα η εργασιακή ζωή σε βάρος της οικογενειακής και, κατά την άλλη διάσταση, έχει προτεραιότητα η οικογενειακή ζωή σε βάρος της

εργασιακής. Η σύγκρουση αυτή μπορεί να εμφανίζεται λόγω της ανισόρροπης κατανομής του χρόνου μεταξύ εργασίας και οικογένειας, καθώς, επίσης, και της πίεσης που ασκείται στο άτομο (Carlson, Kacmar, & Williams 2000).

Το γεγονός αυτό προκαλεί μεγάλο άγχος ιδιαίτερα στις γυναίκες επαγγελματίες υγείας (νοσηλεύτριες/ ιατρούς), οι οποίες εργάζονται και ταυτόχρονα είναι και μητέρες (Cooper και συν 2002, σ.95). Οι Hall και Hall (1980, σε Αντωνίου, 2006) υποστήριξαν ότι για μια μοντέρνα «διπλής-καριέρας οικογένεια» δεν υπάρχει, πλέον, ο παραδοσιακός «πλήρους απασχόλησης» γονέας ή σύζυγος. Ο όρος «οικογένεια διπλής-καριέρας», εισήχθη αρχικά από τους κοινωνιολόγους Rhona και Raporport (1971, σε Αντωνίου, 2006), προκειμένου να αναφερθούν σε οικογένειες που και οι δυο σύζυγοι επεδίωκαν επαγγελματική σταδιοδρομία και ταυτοχρόνως αποτελούσαν μέλη μιας οικογένειας.

Έχει διαπιστωθεί ότι οι έγγαμες γυναίκες-επαγγελματίες υγείας(νοσηλεύτριες, ιατροί) που εργάζονταν και ταυτόχρονα είχαν μικρά παιδιά, βίωναν εντονότερα τη σύγκρουση ρόλων, είχαν μεγαλύτερο φόρτο εργασίας, αισθήματα ενοχής και γενικά η υγεία τους βρισκόταν σε χειρότερη κατάσταση από ότι των ανδρών συναδέλφων τους (Αντωνίου 2006). Η Μαρβάκη και οι συνεργάτες της (2007) διερεύνησαν την επίδραση της εργασίας στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού. Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (81,5%) και η μέση τιμή ηλικίας τα 40 έτη (25–55 ετών). Μέσω της ανάλυσης των δεδομένων, προέκυψε ότι συχνότερα κουρασμένες ένιωθαν οι γυναίκες και όσοι εργάζονταν πάνω από 10 έτη. Οι γυναίκες εμφάνιζαν συχνότερα ξεσπάσματα θυμού και θλίψης και επίσης, αισθάνονταν ότι βρίσκονταν σε κατάσταση επιφυλακής. Το 44% όσων εργάζονταν πάνω από 10 χρόνια δήλωσε ότι σπάνια είχε χρόνο ελεύθερο για αγαπημένες ασχολίες, συγκριτικά με αυτούς που εργάζονταν λιγότερα από 5 χρόνια. Η εργασία στο νοσοκομείο επηρεάζει την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού, ιδιαίτερα των γυναικών και όσων έχουν προϋπηρεσία άνω των 10 ετών (Μαρβάκη, Δημουλά, Καμπισιούλη, Χριστοπούλου, Βασταρδής, Γουρνή, & Καλογιάννη 2007).

Η επίτευξη ισορροπίας ανάμεσα στην οικογενειακή και την εργασιακή ζωή (Work-Life Balance, WLB) αποτελεί βασικό στόχο για τους περισσότερους ανθρώπους (Delecta 2011, Devi & Rani 2012, Greenblatt 2002). Διάφοροι ορισμοί έχουν δοθεί σχετικά με την εννοιολογική αποσαφήνιση της ισορροπίας εργασιακής

και οικογενειακής ζωής. Σχετικά πρόσφατα, οι Lazar, Osoian και Ratiu(2010) αναφέρουν ότι η ισορροπία εργασιακής και οικογενειακής ζωής εξασφαλίζει την ευτυχία στην καθημερινότητα. Επισημαίνεται ότι *ως ισορροπία εργασιακής και οικογενειακής ζωής ορίζεται η ταυτόχρονη εκτέλεση πολλαπλών κοινωνικών ρόλων με εξισορρόπηση επαγγελματικών και οικογενειακών υποχρεώσεων* (Κορωναίου, Πρεπούδης, Σιώτου, & Τικταπανίδου 2007). Η ισορροπία εργασιακής και οικογενειακής ζωής ορίζεται ως η κατάσταση, κατά την οποία επιτυγχάνονται τα χαμηλότερα επίπεδα συγκρούσεων ανάμεσα στους δύο τομείς, όπου, κατά την ισορροπία αυτή, δεν υφίσταται υπονόμηση της μίας έναντι της άλλης (Noon, 2007). Οι Sturges και Guest (2004), από την πλευρά τους, σημειώνουν ότι η ισορροπία επαγγελματικής και προσωπικής ζωής οδηγεί σε ψυχική ηρεμία και ασφάλεια.

Οι Greenhaus, Collins και Shaw(2003) ορίζουν την ισορροπία εργασιακής και οικογενειακής ζωής ως *τον βαθμό ισόρροπης άσκησης εργασιακών και οικογενειακών ρόλων μεταυτόχρονη άντληση αντίστοιχης ικανοποίησης*. Ο Clutterbuck (2003) στον ορισμό του θεωρεί ότι *η ισορροπία εργασιακής και οικογενειακής ζωής βρίσκεται στο σημείο, όπου το άτομο είναι σε θέση να διαχειρίζεται τις συγκρούσεις και τις απαιτήσεις της εργασιακής και οικογενειακής ζωής έτσι ώστε να επιτυγχάνεται προσωπική ολοκλήρωση*. Ο Greenblatt (2002) τονίζει ότι *το σημείο ισορροπίας επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής βρίσκεται εκεί όπου, με βάση τα γνωστικά, ψυχολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου, επιτυγχάνεται ικανοποιητική διαχείριση τόσο των απαιτήσεων της οικογενειακής ζωής όσο και της εργασίας*. Τέλος, κατά τους Dex, Smith και Winter (2001) η ισορροπία εργασιακής και οικογενειακής ζωής επιτυγχάνεται με ισότιμη συμμετοχή του άνδρα και της γυναίκας στις οικογενειακές υποχρεώσεις, ώστε να επιτρέπεται και στους δύο η ταυτόχρονη εκπλήρωση των επαγγελματικών υποχρεώσεων με αξιοποίηση των προσωπικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων.

Η επίτευξη εξισορρόπησης ανάμεσα στην εργασιακή και στην οικογενειακή ζωή είναι αρκετά περίπλοκη καθώς επιδρούν συνδυαστικά πολλοί παράγοντες. Σε κάθε περίπτωση, το σύνολο των παραγόντων ομαδοποιούνται σε τρεις (3) βασικές παραμέτρους:

1. Ισόρροπη ψυχική συμμετοχή μεταξύ εργασίας και οικογένειας κατά την άσκηση των ρόλων.

2. Ισόρροπη κατανομή χρόνου ανάμεσα στην εργασιακή και την οικογενειακή ζωή κατά την ταυτόχρονη άσκηση των ρόλων στην εργασία και στην οικογένεια.
3. Ισόρροπη ικανοποίηση από την άσκηση των εργασιακών και οικογενειακών ρόλων (Greenhaus και συν 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

Πρόληψη και Αντιμετώπιση της Ηθικής Παρενόχλησης των Επαγγελματιών Υγείας στο Χώρο Εργασίας

5.1. Εισαγωγή

Επιστημονικά τεκμηριωμένες μελέτες καταδεικνύουν ότι το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης έχει καταστροφικά αποτελέσματα για τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων και, κατ' επέκταση, των οικογενειών τους, καθώς, επίσης, και για την κοινωνία στο σύνολό της. Αναγνωρίζεται ως ένα σοβαρό ψυχοκοινωνικό φαινόμενο, που έχει αρνητικές συνέπειες για το θύμα και τον οργανισμό (Vartia & Leka 2011). Η προσοχή στρέφεται στην πρόληψη και τη διαχείριση της ηθικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας. Πρωταρχικής σημασίας είναι η ενημέρωση των εργαζομένων, των οργανισμών αλλά και των θυμάτων, καθώς και η κατανόηση ότι το φαινόμενο μπορεί να αντιμετωπιστεί είτε σε επίπεδο προληπτικής δράσης είτε σε επίπεδο παρέμβασης (Hirigoyen 2002). Ουσιαστική στρατηγική πρωτογενούς πρόληψης είναι η δημιουργία μίας *anti-mobbing πολιτικής*, που μπορεί να επιτευχθεί μέσα από αλλαγές στις αξίες, τις συμπεριφορές, τις λεκτικές εκφράσεις και τους τρόπους αλληλεπίδρασης (Cowan 2011, Duffy 2009, Ferris 2009, Harrington, Rayner, & Warren 2012, Namie & Namie 2009, Needham 2003, Yamada 2008).

5.2. Τεχνικές και Εργαλεία Αξιολόγησης του Φαινομένου «Mobbing»

Οι τεχνικές και τα εργαλεία μέτρησης μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε δύο ομάδες, ανάλογα με το αν χρησιμοποιούνται *ποιοτικά* ή *ποσοτικά* κριτήρια για την αξιολόγηση του mobbing (Τούκας, Δεληγάς, Παπαγεωργίου 2012). Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τεχνικές και εργαλεία ποιοτικής αξιολόγησης του φαινομένου mobbing, όπως την προσωπική συνέντευξη (Ιωσηφίδης 2001, 2006, Robson 2002), τις ομάδες εστίασης (focus group) (Robinson 1999, Stewart, David, Shamdasanni, & Prem 1990, Vaughn, Schumm, & Sinagub 1996, Yin 2017), τη μέθοδο της συστηματικής καταγραφής δεδομένων σε ημερολόγιο (McGhee & Miell 1998) και το μοντέλο EVLN (Exit, Voice, Loyalty, Neglect) (Withey & Cooper 1989).

Η προσωπική συνέντευξη είναι μια τεχνική, η οποία στοχεύει στην καταγραφή του τρόπου με τον οποίο ένας εργαζόμενος κατανοεί και περιγράφει τη σχέση που έχει με το εργασιακό του περιβάλλον (Ιωσηφίδης 2001, 2006, Robson 2002). Συνήθως, στη συνέντευξη είναι καθορισμένο εκ των προτέρων το αντικείμενο συζήτησης ή ειδικά θέματα μέσα από τα οποία εξάγονται οι ερωτήσεις, οι οποίες στη συνέχεια τίθενται στον εργαζόμενο (δομημένες/ημιδομημένες συνεντεύξεις) (Robson 2002, Ιωσηφίδης 2001, Dunn 2000, Weiss 1995). Οι προσωπικές συνεντεύξεις είναι ιδιαίτερα κατάλληλες για την εύρεση του είδους της παρενόχλησης μέσα από τις εμπειρίες του συμμετέχοντα. Η προσωπική συνέντευξη, αν και χαρακτηρίζεται από τη δυνατότητα συλλογής μεγάλης ποσότητας δεδομένων που προέρχονται κυρίως από την άμεση επαφή με τον εργαζόμενο (επισημαίνοντας εξειδικευμένα στοιχεία αναφορικά με τη δυναμική της ψυχολογικής βίας), εν τούτοις παρουσιάζει δυσκολίες στην εφαρμογή της, αφού απαιτεί πολύ χρόνο, με αποτέλεσμα το δείγμα των εργαζομένων να είναι τις περισσότερες φορές μικρό και όχι αντιπροσωπευτικό (Rivers 1999, Ιωσηφίδης 2006).

Η τεχνική focus group (Robinson 1999, Stewart και συν 1990, Vaughn και συν 1996, Yin 2017) αναφέρεται σε συνέντευξη ομάδας εργαζομένων, στους οποίους απευθύνονται διάφορες ερωτήσεις ανοικτού τύπου, γενικού ή ειδικού περιεχομένου, σε θέματα σχετικά με τις συνθήκες εργασίας. Ο υπεύθυνος της συνέντευξης της ομάδας δημιουργεί ένα άνετο περιβάλλον, με σκοπό να προκαλέσει συζήτηση προκειμένου να επισημανθούν οι διαφορετικές οπτικές γωνίες του φαινομένου μέσω των απόψεων και της αντίληψης των εργαζομένων (Ιωσηφίδης 2001, Χτουρής, Ζήση, & Ρεντάρη 2015). Η διάρκεια της ομαδικής συνέντευξης (1-3 ώρες κατά περίπτωση) επιτρέπει στους συμμετέχοντες να γνωρίσουν τις αντιλήψεις και τις εμπειρίες άλλων εργαζομένων από περιπτώσεις mobbing, να ευαισθητοποιηθούν και ενδεχομένως να εντοπίσουν από μόνοι τους κάποια αίτια του προβλήματος (Τούκας και συν 2012, Χτουρής και συν 2015). Είναι μια μέθοδος που πρέπει να υλοποιείται από εξειδικευμένο άτομο, το οποίο θα προσαρμόζει το πλαίσιο της συζήτησης κατά τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να αναδύονται μέσα από αυτήν οι αιτιολογικοί παράγοντες του φαινομένου (Τούκας και συν 2012, Χτουρής και συν 2015). Στα αρνητικά της μεθόδου συγκαταλέγεται ο χρονικός περιορισμός, το γεγονός ότι η γενίκευση των αποτελεσμάτων είναι δύσκολη, καθώς και η ύπαρξη ηθικών προβλημάτων που αφορούν στην εχεμύθεια της ομάδας και στο βαθμό ελευθερίας που έχει ο καθένας ως

προς την έκφραση των απόψεών του (Ιωσηφίδης 2001, Τούκας και συν 2012, Dunn 2000, Rivers 1999, Robson 2002).

Η μέθοδος της συστηματικής καταγραφής δεδομένων περιγράφηκε από τους McGhee και Miell (1998). Οι συμμετέχοντες καλούνται να γράψουν τις τρεις πιο σημαντικές αλληλεπιδράσεις της κάθε ημέρας με δικά τους λόγια και να αξιολογήσουν αυτές τις αλληλεπιδράσεις σε μια κλίμακα 7 ερωτήσεων σχετικά με την ικανοποίηση, την αποδοχή, την ομοιότητα με το άλλο πρόσωπο, τη συμπάθεια και την ενσυναίσθηση. Το πλεονέκτημα των ημερολογίων είναι ότι ο ερευνητής αποκτά πρόσβαση σε πραγματικές συνθήκες ζωής και σε εμπειρίες (McGhee & Miell 1998). Η μέθοδος του ημερολογίου επικεντρώνεται στις σχέσεις που δημιουργούνται από τις πολλές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ανθρώπων, έτσι ώστε να μπορεί να προσδιορίσει πρότυπα συμπεριφοράς στο πέρασμα του χρόνου και να προσδιορίσει τις πτυχές, τη συχνότητα και τη διάρκεια της ηθικής παρενόχλησης (McGhee & Miell 1998). Εάν οι περισσότεροι εργαζόμενοι διατηρούσαν ημερολόγια, αυτό θα διευκόλυνε τη διερεύνηση της συχνότητας εμφάνισης της ηθικής παρενόχλησης.

Ένα μειονέκτημα είναι η έλλειψη συγκρισιμότητας μεταξύ των ημερολογίων, λόγω της μη τυποποίησης της μορφής τους. Υπάρχει επίσης το πρόβλημα ότι η αλήθεια δεν μπορεί συχνά να ελεγχθεί (McGhee & Miell 1998). Το Trades Union Congress (TUC) (1998) παρέχει κατευθυντήριες οδηγίες και παροτρύνει τους εργαζόμενους για την καλή υγεία και την ασφάλειά τους, να καταγράφουν τα επεισόδια παρενόχλησης (ή υπόνοιες) κατά τρόπο συστηματικό και με χρονολογική σειρά. Η καταγραφή μπορεί να γίνει σε ένα ημερολόγιο αναφέροντας ποια πρόσωπα συμμετείχαν, αν υπήρχαν μάρτυρες, τι συνέβη, ποια ήταν τα συναισθήματα του θύματος, ποιο ήταν το αποτέλεσμα του επεισοδίου (McGhee & Miell 1998, Trades Union Congress 1998).

Το μοντέλο EVLN (Withey & Cooper 1989), εφαρμόζεται για να δείξει τους τρόπους με τους οποίους οι εργαζόμενοι αντιδρούν όταν είναι δυσαρεστημένοι στο χώρο εργασίας τους. Το μοντέλο περιλαμβάνει τέσσερις τελικές αντιδράσεις: Έξοδος (Exit) - Φωνή (Voice) - Πίστη (Loyalty) - Παραμέληση (Neglect):

- ✓ Έξοδος (*Exit*). Αναφέρεται στην έξοδο από την εταιρεία ή τη μετάθεση σε άλλη μονάδα της εταιρείας, προκειμένου το άτομο να βγει από τη δυσάρεστη κατάσταση. Η έξοδος προκύπτει, συνήθως, μετά από

«γεγονότα σοκ», δημιουργώντας συναισθήματα, που κινητοποιούν τους εργαζόμενους να σκεφτούν την πιθανότητα αναζήτησης μιας άλλης απασχόλησης.

- ✓ Φωνή (*Voice*). Αναφέρεται σε κάθε προσπάθεια αλλαγής της κατάστασης προκειμένου το άτομο να ξεφύγει από τη δυσαρέσκεια, που νιώθει. Μπορεί να έχει τη μορφή απλών συστάσεων για τη βελτίωση της κατάστασης ή πιο επιθετικών αντιδράσεων με επίσημη κατάθεση παραπόνων.
- ✓ Πίστη (*Loyalty*). Αναφέρεται στην πίστη του εργαζομένου για τον οργανισμό, που εργάζεται. Ο εργαζόμενος συνεχίζει να εργάζεται με διάθεση πιστεύοντας ότι η κατάσταση θα αλλάξει θετικά και η διοίκηση του οργανισμού θα λύσει το πρόβλημα.
- ✓ Παραμέληση (*Neglect*). Αναφέρεται στη μείωση της απόδοσης του εργαζομένου, στην πραγματοποίηση συχνών απουσιών και καθυστερήσεων και στην ενασχόληση με άλλα, εκτός εργασίας, ενδιαφέροντα. Ο εργαζόμενος κρατά μία παθητική στάση και δεν έχει διάθεση για εργασία (Withey & Cooper 1989).

Στη δεύτερη ομάδα των εργαλείων αξιολόγησης του mobbing ανήκουν τα ερωτηματολόγια, τα οποία -ανάλογα με τη δομή τους- μπορούν να αποτελέσουν ψυχομετρικά εργαλεία ικανά να μετρούν ποσοτικά το φαινόμενο (Τούκας και συν 2012). Τα ερωτηματολόγια είναι η κυρίαρχη μέθοδος, που χρησιμοποιείται σε έρευνες μεγάλης κλίμακας και τα περισσότερα έχουν τη μορφή της αυτο-αναφοράς (Τούκας και συν 2012). Στην απλούστερη μορφή της, μια έρευνα μπορεί απλά να ρωτήσει τον ερωτώμενο εάν έχει βιώσει μια πράξη εκφοβισμού στο χώρο εργασίας με μονολεκτική απάντηση (ναι / όχι) (Lewis 2006, Lewis, Sheehan, & Davies 2008). Η χρήση των ερωτηματολογίων παρουσιάζει αρκετά πλεονεκτήματα, όπως το γεγονός ότι σε ένα συγκεκριμένο (περιορισμένο) χρόνο είναι δυνατόν να συλλεχθούν στοιχεία που αφορούν σε ένα μεγάλο δείγμα εργαζομένων (Τούκας και συν 2012). Παρ' όλα αυτά, η χρήση των ερωτηματολογίων σε μια έρευνα του φαινομένου mobbing μπορεί να έχει και μειονεκτήματα, όπως ότι η ανάμνηση των επεισοδίων mobbing από πλευράς των εργαζομένων μπορεί να είναι αλλοιωμένη (Τούκας και συν 2012).

Στη βιβλιογραφία, υπάρχει πληθώρα ερωτηματολογίων, αναφορικά με τη διερεύνηση του mobbing. Θα αναφερθούν τα πιο δημοφιλή εργαλεία ποσοτικής αξιολόγησης του mobbing που είναι τα εξής:

- Το *Ερωτηματολόγιο LIPT* (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) (Leymann 1996, Leymann 1990). Κατασκευάστηκε από τον Leymann το 1996, με την καταγραφή 45 χαρακτηριστικών συμπεριφορών ψυχολογικής βίας, τις οποίες κατηγοριοποίησε σε 5 ομάδες που σχετίζονται με τη δυνατότητα επικοινωνίας, τις κοινωνικές σχέσεις, την κοινωνική εικόνα, την επαγγελματική κατάσταση/ εργασιακή πρακτική και την υγεία του εργαζόμενου. Κάθε ερώτηση αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο τύπο ψυχολογικής βίας, για την οποία ζητείται να καταγραφεί πόσο συχνά παρουσιάζεται τους τελευταίους 6 μήνες στο εργασιακό περιβάλλον (Leymann 1996, Leymann 1990).
- Το *Ερωτηματολόγιο WHS* (Work Harassment Scale) (Bjorkqvist, Osterman, & Hjelt-Back 1994, Bjorkqvist, Osterman, & Hjelt-Back 1992) αποτελείται από 24 ερωτήσεις. Οι εργαζόμενοι πρέπει να επισημάνουν πάνω σε μια κλίμακα επικινδυνότητας πέντε σημείων πόσες φορές τους τελευταίους 6 μήνες έχουν υποστεί ταπεινωτική και καταπιεστική συμπεριφορά από πλευράς των συναδέλφων ή του εργοδότη τους κατά τη διάρκεια της εργασίας (Bjorkqvist και συν 1992).
- Το *Ερωτηματολόγιο NAQ* (Negative Act Questionnaire) (Einarsen, Hoel, & Notelaers 2009, Einarsen, & Hoel 2001) αποτελείται από 22 ερωτήσεις που αναφέρονται σε ενδεχόμενες άμεσες και έμμεσες επιθέσεις ψυχολογικής βίας που υφίσταται ο εργαζόμενος, μετρώντας πόσο συχνά γίνεται στόχος αρνητικών επεισοδίων σε χρονικό διάστημα 6 μηνών (Einarsen και συν 2009).
- Το *Ερωτηματολόγιο Bergen Bulling Index* (Nielsen, Matthiesen, & Einarsen 2010, Einarsen, Raknes, & Matthiesen 1994) αποτελείται από 5 ερωτήσεις. Χρησιμοποιείται για τη μελέτη των συνθηκών εργασίας σε συνάρτηση με τις

δυναμικές επιπτώσεις του mobbing σε ατομικό και σε οργανωτικό επίπεδο (Nielsen και συν 2010).

5.2. Πρόληψη της Εμφάνισης Ηθικής Παρενόχλησης στο Χώρο Εργασίας

Τα βασικά συστατικά μιας πολιτικής κατά της ηθικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας προϋποθέτουν την αλλαγή νοοτροπίας στο εσωτερικό του οργανισμού, την κοινωνικοποίηση, την άριστη επικοινωνία, την αποτελεσματική εκπαίδευση του προσωπικού και τη συνεχή προσπάθεια για την εξάλειψη αρνητικών συμπεριφορών στον εργασιακό χώρο (Glendinning 2001, Harvey και συν 2006, Hodson, Roscigno, & Lopez 2006, Lutgen-Sandvik 2003, Vega & Comer 2005), αφενός για την προστασία των εργαζομένων και αφετέρου για την ομαλή λειτουργία του οργανισμού. Για την ανάπτυξη των πολιτικών αυτών, πρέπει να ληφθεί υπόψη η κουλτούρα του οργανισμού, το οργανωσιακό κλίμα, καθώς και το είδος της εργασίας. Για την ανάπτυξη τέτοιων πολιτικών πρέπει, επίσης, να καλυφθούν τομείς, όπως είναι:

- 1. Εκπαίδευση και επιμόρφωση*, ειδικά των στελεχών του οργανισμού στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ψυχολογικής βίας. Εκπαίδευση, επίσης, μπορεί να επιτευχθεί μέσα από εκστρατείες πληροφόρησης για την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση του «φαινομένου mobbing» από τους εργαζόμενους. Τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη υπηρεσιών και οργανισμών είναι απαραίτητο να λειτουργούν ως πρότυπα προς την κατεύθυνση αυτή, μέσα από την καλλιέργεια πνεύματος αμοιβαίου σεβασμού και σωστής συμπεριφορά τους (Yamada 2008).
- 2. Δημιουργία ενός θετικού εργασιακού περιβάλλοντος* με καλές συνθήκες εργασίας (θέρμανση, φωτισμός κλπ.) για τον περιορισμό της εκδήλωσης άγχους, μια και το άγχος είναι ένας από τους σημαντικότερους προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση της παρενόχλησης.
- 3. Διαρκής επαγρύπνηση* για τον έγκαιρο εντοπισμό πιθανής απομόνωσης του ατόμου-θύματος.

4. *Ανάπτυξη δεξιοτήτων προσαρμογής* στις αντίξοες συνθήκες του εργασιακού χώρου, απόκτηση γνώσης μέσα από την προσωπική εμπειρία των εργαζομένων και διατήρηση θετικής στάσης στις δυσκολίες.
5. *Προσπάθεια ανάπτυξης της ικανότητας κατανόησης* διαχείρισης των δικών τους συναισθημάτων αλλά και των συναισθημάτων των άλλων (Μισουρίδου 2007, Goleman 2000).
6. *Ενίσχυση του διαλόγου* μέσα από την αμφίδρομη και αποτελεσματική επικοινωνία. Η αποτελεσματική επικοινωνία βοηθά στην κατανόηση των σκέψεων και των συναισθημάτων ενός ατόμου το οποίο έχει αποσταθεροποιηθεί.
7. *Επιβολή ορίων και κανόνων στην αντιμετώπιση της ανάρμοστης συμπεριφοράς*, που μπορεί να επιτευχθεί μέσω της εισαγωγής «κανόνων καλής συμπεριφοράς» ορίζοντας στον εργαζόμενο τι είναι αποδεκτό και τι όχι, μέσω της διαδικασίας της επικοινωνίας.
8. *Σεβασμός της μοναδικότητας του ατόμου*. Χαρακτηριστικά η Hirigoyen (2002), αναφέρει ότι η ηθική παρενόχληση αρχίζει με την άρνηση της διαφορετικότητας, που εκδηλώνεται με μια συμπεριφορά που φτάνει στα όρια των κοινωνικών διακρίσεων.
9. *Δημιουργία επιτροπής παραπόνων και συστηματικής συλλογής δεδομένων σχετικά με το «φαινόμενο mobbing»* στον οργανισμό μέσω συζητήσεων με το προσωπικό, ειδικών ερωτηματολογίων, ανάλυσης παραπόνων και συζήτησης αιτιών για τη διερεύνηση συχνών απουσιών των εργαζομένων.
10. *Δημιουργία τηλεφωνικής γραμμής εξειδικευμένης* όπου θα διέπεται από τις αρχές της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας. Σκοπός της εξειδικευμένης τηλεφωνικής γραμμής θα είναι αφενός η καταγραφή και επεξεργασία των αιτημάτων των εργαζομένων, η διαφορική διάγνωση από άλλες εργασιακές

παθολογίες και αφετέρου η παροχή ψυχολογικής και συναισθηματικής στήριξης (Κωνσταντινίδης 2011).

Επιπρόσθετα, η Κατραδάμου (2005) αναφέρει ως προληπτικό μέτρο δράσης *την εκστρατεία πληροφόρησης των εργαζομένων μέσω:*

- Έκδοσης φυλλαδίων και ανάρτησης εντύπων, με σκοπό την ενημέρωση των εργαζομένων για τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματά τους.
- Προβολή ταινιών και ντοκυμαντέρ σχετικά με το πρόβλημα του «φαινομένου mobbing».
- Οργάνωση ομιλιών και διαλέξεων.
- Δημοσίευση άρθρων σχετικών για το «φαινόμενο mobbing» σε εφημερίδες και σε άλλες πηγές ενημέρωσης (Κατραδάμου 2005).

5.3. Παρεμβάσεις Αντιμετώπισης Ηθικής Παρενόχλησης στην Εργασία

Η πρόληψη και η παρέμβαση της ηθικής παρενόχλησης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα της ηγεσίας εντός του οργανισμού και την ανταπόκριση του τμήματος διαχείρισης ανθρώπινων πόρων απέναντι στο πρόβλημα. Επίσης, το αυξημένο ενδιαφέρον και η κατάλληλη εκπαίδευση των στελεχών μιας υπηρεσίας μπορεί να μειώσει αισθητά την πιθανότητα εμφάνισης ψυχολογικής βίας ή παρενόχλησης στην εργασία (Needham 2003). Για την αντιμετώπιση του φαινομένου, θα πρέπει να υπάρχει γραπτή δήλωση δέσμευσης του οργανισμού, που θα ορίζει τα καθήκοντα των διευθυντών, τη διαδικασία καταγγελίας των περιστατικών και τη λήψη πειθαρχικών μέτρων (Duffy 2009, Holme 2006, Rayner & Lewis 2011, Vartia & Leka 2011).

Τα επίπεδα παρέμβασης για την αντιμετώπιση της ηθικής παρενόχλησης είναι τα κάτωθι :

- Ψυχολογική υποστήριξη και αποκατάσταση των θυμάτων μέσω ψυχοθεραπείας, οργάνωσης εστιασμένων ομάδων με σκοπό την βοήθειά τους, πιθανή χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και επαγγελματική αποκατάσταση.
- Δημιουργία υποστηρικτικών δικτύων για τα θύματα παρενόχλησης και εκφοβισμού.

- Θέσπιση νομοθεσίας για την πειθαρχία των θυτών.

Σύμφωνα με τον Δεληγά (2011), μια στρατηγική διαχείρισης της ηθικής παρενόχλησης μπορεί να υποστηριχτεί από τα εξής στοιχεία:

1. Η ατομικότητα και η αξιοπρέπεια του κάθε εργαζόμενου πρέπει να διαφυλάσσεται.
2. Κάθε ένδειξη ή παράπονο εκφοβισμού πρέπει να καταγράφεται και να αξιολογείται άμεσα.
3. Οι εμπλεκόμενοι πρέπει να έχουν αμερόληπτη στάση και δίκαιη αντιμετώπιση
4. Περαιτέρω εξωτερική βοήθεια είναι θετική.
5. Πρέπει να ληφθούν πειθαρχικά μέτρα αν διαπιστωθεί ότι κάποιος εργαζόμενος έχει υποστεί ηθική παρενόχληση ή βία. Η απόλυση πρέπει να περιλαμβάνεται στα μέτρα αυτά.
6. Τα θύματα θα πρέπει να έχουν δίκαιη μεταχείριση (Rayner & Lewis 2011).
7. Για τη διασφάλιση τόσο της πρόληψης όσο και της αντιμετώπισης των εμφανιζόμενων περιστατικών βίας ή παρενόχλησης, οι εργοδότες σε συνεργασία με τους εργαζόμενους πρέπει να καθιερώσουν, να αναθεωρούν και να παρακολουθούν την αποδοτικότητα των ανωτέρω διαδικασιών (Δεληγάς 2011).

Όταν το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης έχει λάβει χώρα εντός ενός οργανισμού, οι διαδικασίες διαχείρισης των συγκρούσεων και επίλυσης διαφορών είναι απαραίτητες, συμπεριλαμβανομένων των άμεσων διαπραγματεύσεων, της διαμεσολάβησης και της εκδίκασης (Fevre, Robinson, Jones, & Lewis 2010, Fox & Stallworth 2009, Saam 2010, Salin 2008). Σημαντικό κλειδί είναι η διαβεβαίωση ότι δεν θα υπάρξουν αντίποινα και περαιτέρω θυματοποίηση (Fox & Stallworth 2009).

Το πρόσωπο-θύτης, που κατηγορείται για παρενόχληση, είναι αναγκαίο να ενημερωθεί για την καταγγελία εναντίον του, ώστε να του δοθεί η ευκαιρία να δώσει τις δικές του εξηγήσεις και να παρουσιάσει τη δική του οπτική γωνία. Στην εκδίκαση της υπόθεσης, όλα τα περιστατικά πρέπει να είναι πλήρως και δίκαια διερευνημένα, με έμφαση στη συμπεριφορά των οικείων φυσικών προσώπων (Needham 2003).

Άλλες παρεμβάσεις, που απαιτούνται για την αποτελεσματική επίλυση του προβλήματος, περιλαμβάνουν την καθοδήγηση, την παροχή συμβουλών, τη διαχείριση των επιδόσεων και την απόλυση του θύτη (νταή) (Ferris 2004, Namie &

Namie 2009, Rayner & Lewis 2011). Περιπτώσεις βίας ή παρενόχλησης, που έχουν αντιμετωπιστεί πλήρως και δίκαια, είναι απαραίτητο να παρουσιάζονται στο προσωπικό, έτσι ώστε να αποκτήσουν επίγνωση του προβλήματος και να αλλάξει σταδιακά, η νοοτροπία τους σε σχέση με την ηθική παρενόχληση (Namie & Namie 2009).

5.4. Θεραπευτική Αντιμετώπιση της Ηθικής Παρενόχλησης

Σε περίπτωση εμφάνισης του «συνδρόμου mobbing», οι θεραπευτικές παρεμβάσεις αφορούν διάφορες μεθόδους και προσεγγίσεις. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των θυμάτων παρενόχλησης μπορεί να επιτευχθεί μέσω της ψυχολογικής υποστήριξης-ψυχοθεραπείας, της επαγγελματικής αποκατάστασης, της πιθανής θεραπευτικής αγωγής και, τέλος, μέσω οργάνωσης ομάδων με στόχο την υποστήριξη και την αυτο-βοήθεια. Στο πλαίσιο νοσοκομειακής περίθαλψης (Schwickerath 2001), η θεραπεία (ψυχολογική-ψυχοθεραπευτική), μπορεί να είναι ομαδικά και ατομικά υποστηρικτική και σταθεροποιητική.

Υπάρχουν διαφορετικές μορφές θεραπείας που μπορούν να εφαρμοστούν:

5.4.1. Κοινωνική Θεραπεία

Το θύμα ενσωματώνεται σε μια «μικρή κοινωνία», όπου μαθαίνει και πάλι πώς να επικοινωνεί και να αλληλεπιδρά με συναδέλφους. Η μορφή αυτή της ψυχολογικής υποστήριξης εστιάζει στην ενίσχυση και βελτίωση της αυτοεκτίμησης του θύματος.

5.4.2. Θεραπεία μέσω Τέχνης

Μέσω του δράματος και της τέχνης, δίνεται η δυνατότητα στο θύμα να εκφράσει τα συναισθήματα του και να οδηγηθεί στην επίλυση συγκρούσεων. Μέσα από τις τεχνικές του δράματος, το θύμα ενδυναμώνεται να αναγνωρίζει, να συζητά αλλά και να αποδέχεται νέους τρόπους και μεθόδους διαχείρισης και αντιμετώπισης του θύτη απέναντι του.

5.4.3.Ομαδική Θεραπεία

Τα άτομα που έχουν υποστεί ηθική παρενόχληση εντάσσονται σε ομάδες με κοινούς στόχους, που με την καθοδήγηση ειδικού ψυχικής υγείας, καθοδηγούνται και εκπαιδεύονται στην αναζήτηση νέων τρόπων διαχείρισης των συναισθημάτων τους, με απώτερο σκοπό τη διατήρηση της εργασίας τους.

5.4.4. Εργασιακή Θεραπεία

Η υιοθέτηση συγκεκριμένων μέτρων για τη θεραπευτική αποκατάσταση των εργαζομένων, που υφίστανται ή έχουν κατά το παρελθόν υποστεί ηθική παρενόχληση στον εργασιακό τους χώρο, αποσκοπεί στην θεραπεία του θύματος μέσα στο ίδιο το περιβάλλον που του προκάλεσε τα ψυχολογικά και ψυχοσωματικά συμπτώματα. Η παρέμβαση στοχεύει στη δομή της εργασίας, στον τρόπο αντιμετώπισης της εργασίας, στην αποδοχή ευθύνης, στην ικανότητα αποδοχής και ανεκτικότητας στην εποικοδομητική κριτική και τέλος στον αυτοέλεγχο.

5.4.5. Ατομική Ψυχολογική Υποστήριξη/Ψυχοθεραπεία

Το θύμα, προκειμένου να αναζητήσει βοήθεια από κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, θα πρέπει αρχικώς να συνειδητοποιήσει το πρόβλημα. Η πρώτη φάση της παρενόχλησης αποσκοπεί στην αποσταθεροποίηση του θύματος (Hirigoyen, 2002). Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να επισκεφτεί κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας(ψυχολόγο-ψυχοθεραπευτή ή ψυχίατρο ψυχοθεραπευτή), προκειμένου να εξασφαλίσει την απαραίτητη δύναμη για να αμυνθεί. Η ψυχοθεραπεία βοηθά το θύμα να συνειδητοποιήσει ότι δεν είναι το μόνο θύμα. Οι ειδικοί ψυχικής υγείας πρέπει να παρεμβαίνουν σε ατομικό, οργανωσιακό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο (Duffy & Sperry 2007). Η διεργασία της θεραπείας αρχίζει στην σφαίρα της μνήμης και συνεχίζεται στη σφαίρα της λήθης. Ο ασθενής, οφείλει να αποδεχτεί τον πόνο του, ως κομμάτι του εαυτού του. Πρέπει να βρει την δύναμη να αντιμετωπίσει το τραύμα του (Hirigoyen 2002).

Στη θεραπευτική αυτή σχέση, αρχικά, το θύμα τροφοδοτείται θετικά από τον θεραπευτή να μιλήσει για τον οργανισμό, τους καθορισμένους ρόλους εντός του

οργανισμού, τις ευθύνες, καθώς και την ιεραρχία μέσα από μια αντικειμενική οπτική. Στο επόμενο στάδιο, το θύμα συζητά τις σχέσεις ανάμεσα σε συναδέλφους, φίλιες, συγκρούσεις καθώς και ενθαρρύνεται να εκφράσει τις σκέψεις του, τα συναισθήματα του και να ανασύρει στην μνήμη του στιγμές και γεγονότα. Τα πιο συχνά αισθήματα του θύματος περιλαμβάνουν θυμό και ενοχή (Duffy & Sperry 2007). Σε αυτό το στάδιο, βοηθητικό ρόλο παίζει η χρήση τεχνικής role-playing. Επίσης, τεχνικές χαλάρωσης και άλλες συμπληρωματικές μέθοδοι (άθληση) μπορεί να χρησιμοποιηθούν στη θεραπεία. Ερευνητές (Duffy & Sperry 2007) υποστηρίζουν ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση της ηθικής παρενόχλησης, περιλαμβάνει βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες αλλαγές. Οι βραχυπρόθεσμες αλλαγές περιλαμβάνουν την προώθηση των ηθικών αξιών, όπως είναι η φιλία και η δικαιοσύνη, καθώς και πολιτικές μηδενικής ανοχής συμπεριφορών ηθικής παρενόχλησης στον κώδικα ηθικής δεοντολογίας του οργανισμού. Ακολούθως, οι μακροπρόθεσμες αλλαγές περιλαμβάνουν την προώθηση ενός στυλ διοίκησης που δεν αποδέχεται την ηθική παρενόχληση και τον εργασιακό εκφοβισμό (Duffy & Sperry 2007).

Η Hirigoyen (2002) αναφέρει τη σπουδαιότητα της υποστήριξης εκ μέρους του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος του θύματος στην θεραπευτική αντιμετώπιση των πολλών προβλημάτων που επισείει η παρενόχληση. Το θύμα της παρενόχλησης είναι ιδιαίτερα ευάλωτο, έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση και ανοχή. Οι συγγενείς και οι φίλοι καλούνται να είναι σύμμαχοι του θύματος στην αποκάλυψη των τραυματικών γεγονότων (Hirigoyen 2002).

Οι Duffy και Sperry (2009) υποστηρίζουν ότι μέλη της οικογένειας και στενοί φίλοι επηρεάζονται συχνά και αυτοί από τις επιπτώσεις του «φαινομένου mobbing» στο δικό τους άτομο. Σε αυτές τις περιπτώσεις απαιτείται οικογενειακή θεραπεία (Duffy & Sperry 2009). Σύμφωνα με τους ίδιους, προτείνεται μια εναλλακτική θεραπευτική στρατηγική, η οποία πιθανόν να λειτουργήσει αποτελεσματικά σε περιπτώσεις ηθικής παρενόχλησης. Συγκεκριμένα, αναφέρουν τέσσερις επιλογές θεραπείας:

- ✓ *Πρώτη επιλογή:* να συνεχίσουν τη θεραπεία τους, παραμένοντας στην εργασία τους, απαιτώντας δικαίωση
- ✓ *Δεύτερη επιλογή:* να παραμείνουν στην εργασία τους, να συνεχίσουν θεραπεία αλλά να μην ζητήσουν δικαίωση

- ✓ *Τρίτη επιλογή:* να αποχωρήσουν από την εργασία τους, να συνεχίσουν θεραπεία και να ζητήσουν δικαίωση
- ✓ *Τέταρτη επιλογή:* να αποχωρήσουν από την εργασία τους, να συνεχίσουν θεραπεία και να μην ζητήσουν δικαίωση.

Τα θύματα είναι σε θέση να επιλέξουν την πιο κατάλληλη για αυτούς εναλλακτική λύση. Όποια επιλογή και να κάνει το θύμα, ο ρόλος του θεραπευτή είναι πολύ σημαντικός και σταθερός, που έχει ως σκοπό να στηρίξει το άτομο και να το βοηθήσει να αντιμετωπίσει τις επιπτώσεις της ηθικής παρενόχλησης, καθώς και να επανακτήσει την αυτοπεποίθησή του, την ανεξαρτησία και την ψυχική του ηρεμία (Duffy & Sperry 2009).

5.4.6. Παροχή Συμβουλευτικής

Η παροχή συμβουλών (counseling) (Binetti, Bruni 2003), είναι το πλέον καινοτόμο εργαλείο αξιολόγησης του mobbing, αφού ο εντοπισμός των αιτιολογικών παραγόντων γίνεται μέσα από τη λήψη παρεμβατικών μέτρων που έχουν σκοπό την αντιμετώπιση του φαινομένου. Το counseling βασίζεται στη σχέση βοήθειας (παροχής συμβουλών) μεταξύ ενός ατόμου που αναλαμβάνει το ρόλο του «συμβούλου» (counselor) και ενός ή περισσότερων εργαζομένων που αποτελούν τους αποδέκτες των συμβουλών. Είναι μια τεχνική παροχής συμβουλών, με σκοπό να βοηθήσει τον εργαζόμενο να κατανοήσει τις βασικές του ανάγκες, να διαχειριστεί και να λύσει τα προβλήματά του. Το counseling δεν πρέπει να θεωρείται ως μια μορφή ψυχοθεραπείας, αφού διαφοροποιείται από αυτή τόσο στη διάρκεια όσο και στους στόχους, αλλά ως μια παρέμβαση παροχής συμβουλών σε περιπτώσεις mobbing η οποία μπορεί (α) να βοηθήσει τους εργαζόμενους-θύματα να ελέγξουν την κατάσταση (crisis counseling), (β) να βοηθήσει στον εντοπισμό και στην αντιμετώπιση των πραγματικών προβλημάτων (problem solving counseling) και (γ) να προσφέρει κίνητρα, προκειμένου οι εργαζόμενοι να αποκτήσουν θετική αυτοεκτίμηση και αυτοαντίληψη (decision making counseling) (Zapf, Einarsen, Hoel, & Vartia 2003).

5.5. Θεσμική Αντιμετώπιση της Ηθικής Παρενόχλησης - Διαμεσολαβητές

5.5.1. Επιτροπές Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (Ε.Υ.Α.Ε.)

Νόμος 1568/1985, Υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων, (ΦΕΚ 177/Α/18-10-85)

Οι εργαζόμενοι σε επιχειρήσεις που απασχολούν πάνω από πενήντα άτομα έχουν δικαίωμα να συνιστούν επιτροπή υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, αποτελούμενη από εκλεγμένους αντιπροσώπους τους στην επιχείρηση, σύμφωνα με τον **Ν. 1568/1985** (ΦΕΚ 177/Α/18-10-85). Η επιτροπή αυτή είναι όργανο συμβουλευτικό και έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

α). Μελετά τις συνθήκες εργασίας στην επιχείρηση, προτείνει μέτρα βελτίωσής τους και παρακολουθεί την τήρηση των μέτρων υγιεινής και ασφάλειας από τους εργαζομένους.

β). Επισημαίνει τους επαγγελματικούς κινδύνους στους χώρους ή στις θέσεις εργασίας και εισηγείται μέτρα πρόληψης.

γ). Σε περιπτώσεις σοβαρών εργατικών ατυχημάτων ή σχετικών συμβάντων προτείνει τα κατάλληλα μέτρα για την αποτροπή επανάληψής τους.

δ). Μπορεί να ζητήσει τη συνδρομή εμπειρογνομόνων για θέματα υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, μετά τη σύμφωνη γνώμη της διοίκησης (**Ν. 1568/1985** (ΦΕΚ 177/Α/18-10-85))

Έρευνες καταδεικνύουν, επίσης, ότι τα θύματα απευθύνονται και έξω από το περιβάλλον του οργανισμού για αναζήτηση βοήθειας (Keashly 1997). Σημαντικό στην περίπτωση αυτή είναι οι εξωτερικοί διαμεσολαβητές να είναι πολύ προσεκτικοί και να κρατούν τη θέση τους δίπλα στο θύμα και όχι προς το συμφέρον του οργανισμού (Keashly 1998). Εξωτερικούς διαμεσολαβητές στους οποίους μπορεί να απευθυνθεί ένα άτομο αποτελούν: δικηγόροι, επιθεωρητές εργασίας, γενικοί ιατροί, νοσηλευτές επαγγελματικής υγείας, σύμβουλοι εργασίας, διάφοροι σύλλογοι καθώς επίσης και ψυχίατροι-ψυχολόγοι.

5.5.2. Διευθυντές Ανθρώπινου Δυναμικού

Οι διευθυντές ανθρώπινου δυναμικού αποφασίζουν σχετικά με τον προγραμματισμό, την επιλογή και ανάπτυξη του προσωπικού, τις υπηρεσιακές αρμοδιότητες και τις εργασιακές σχέσεις των στελεχών μιας εταιρείας ή ενός οργανισμού. Ο διευθυντής του ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να έχει οργανωτικές, επικοινωνιακές και διοικητικές ικανότητες, να επιδεικνύει ευαισθησία σε προσωπικά θέματα, να έχει αναπτυγμένο το αίσθημα δικαιοσύνης και να επιδεικνύει ικανότητες ενεργοποίησης και ενθάρρυνσης του προσωπικού για καλύτερες αποδόσεις. Είναι, επίσης, σημαντικό να αναπτύσσει διαπροσωπικές σχέσεις με το προσωπικό για τη δημιουργία κλίματος κατανόησης και εμπιστοσύνης, ενώ ταυτόχρονα να έχει συναισθηματική σταθερότητα, ψυχραιμία για την αντιμετώπιση δυσάρεστων διαπροσωπικών καταστάσεων, όπως διορατικότητα, διαλλακτικότητα, καθώς και ικανότητα ευελιξίας και διαπραγμάτευσης σε θέματα που αφορούν και απασχολούν το ανθρώπινο δυναμικό (Δρίβας 2002).

Σύμφωνα με την Hirigoyen (2002), τα στάδια που πρέπει να ακολουθήσουν οι διευθυντές σε περίπτωση παρενόχλησης είναι (α) η αξιολόγηση της κατάστασης, (β) ο εντοπισμός των αιτιών παρενόχλησης, (γ) η προσπάθεια κατανόησης των συναισθημάτων των εμπλεκόμενων και, τέλος, (δ) η αναζήτηση τρόπων για την αλλαγή της κατάστασης με απώτερο σκοπό την διαφύλαξη της αξιοπρέπειας και της ατομικότητας του καθενός. Σε ακραίες περιπτώσεις, όπου η έλλειψη σεβασμού ή η επίθεση είναι προφανής, τότε επιβάλλονται κυρώσεις (Hirigoyen 2002).

5.5.3. Νοσηλεύτριες/τριες Επαγγελματικής Υγείας

Η Νοσηλευτική Επαγγελματικής Υγείας είναι η εφαρμογή της νοσηλευτικής πρακτικής και των ενεργειών της δημόσιας υγείας, με σκοπό τη διατήρηση, προαγωγή και αποκατάσταση της υγείας ατόμων και ομάδων μέσα στο χώρο απασχόλησής τους. (Brown 1983). Ο σκοπός της Νοσηλευτικής Επαγγελματικής Υγείας είναι η διασφάλιση της υγείας/ασφάλειας και ευημερίας του εργαζόμενου πληθυσμού. Αυτός επιτυγχάνεται μέσω της εκτίμησης/της παρακολούθησης και της προαγωγής του επιπέδου υγείας των εργαζομένων/καθώς και της ανάπτυξης στρατηγικών για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και του περιβάλλοντος

εργασίας (FOHNEU 2010). Οι Νοσηλευτές Επαγγελματικής Υγείας είναι υπεύθυνοι για τη αντιμετώπιση της ασθένειας και του ατυχήματος, που οφείλονται ή συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εργασίας. Επίσης για την Προαγωγή της υγείας στο χώρο της εργασίας, όπως: α) παρακολούθηση της υγείας των εργαζομένων, β) πρόληψη της ασθένειας και του ατυχήματος, γ) αγωγή υγείας και συμβουλευτική υγείας, δ) έλεγχος και παρακολούθηση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία στο περιβάλλον της εργασίας και, ε) προστασία της υγείας. Επίσης συμμετέχουν ενεργά στη Διοίκηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας στα πλαίσια της υγιεινής της εργασίας καθώς και στα όργανα του χώρου εργασίας που ευθύνονται για την υγιεινή και την ασφάλεια. Ουσιαστική η συμμετοχή τους στην εκπαίδευση των εργαζομένων και των στελεχών υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας (FOHNEU 2010).

5.5.4. Ιατροί Εργασίας

Ο γιατρός εργασίας πρέπει να κατέχει και να ασκεί την ειδικότητα της Ιατρικής της Εργασίας, όπως πιστοποιείται από τον οικείο ιατρικό σύλλογο. Υποχρέωση του ιατρού εργασίας είναι η εκτίμηση της καταλληλότητας των εργαζομένων από άποψη υγείας. Στόχος είναι η αναζήτηση προβλημάτων υγείας τα οποία είναι ενδεχόμενο να επιδεινωθούν από τις συνθήκες εργασίας. Επιπλέον, παίρνοντας υπόψη την ιδιαιτερότητα του νοσοκομείου, το μεγάλο πλήθος εργαζομένων και το είδος & τη διασπορά των εγκαταστάσεων, απαιτείται προϋπηρεσία σε αντίστοιχη επιχείρηση – υπηρεσία δηλ. νοσοκομείο, διάρκειας τουλάχιστον πέντε (5) ετών. Ο Γιατρός εργασίας υπάγεται απευθείας στη διοίκηση του Νοσοκομείου. *Σημειώνεται ότι δεδομένου ότι το νοσοκομείο έχει υποχρέωση απασχόλησης δύο (2) τουλάχιστον τεχνικών ασφαλείας συνιστάται υποχρεωτικά Εσωτερικής Υπηρεσίας Προστασίας & Πρόληψης (ΕΣΥΠΠ) με την έλευση του γιατρού εργασίας, αυτός ορίζεται επιστημονικά υπεύθυνος της ΕΣΥΠΠ, στην οποία πέραν του γιατρού και των τεχνικών απασχολείται και βοηθητικό προσωπικό.*

Ως βοηθητικό προσωπικό του γιατρού εργασίας, σύμφωνα με την παρ. 4 του άρθρου 8 του Ν. 3850/10 (ΦΕΚ 84/Τά)/2-6-2010), μπορούν να προσλαμβάνονται νοσηλευτές/τριες ή επισκέπτες/τριες υγείας, πτυχιούχοι σχολών ΑΕΙ ή ΤΕΙ ή της ημεδαπής ή ισότιμων της αλλοδαπής (ή να αποσπώνται από τα καθήκοντά τους, ήδη υπηρετούντες υπάλληλοι με τα ίδια προσόντα) .

Οι συμβουλευτικές αρμοδιότητες του γιατρού εργασίας, η επίβλεψη της υγείας των εργαζομένων (με την ανάλογη διαδικασία) και οι συνθήκες που διασφαλίζουν τη συνεργασία γιατρού εργασίας και τεχνικών ασφαλείας – συγκρότηση ΕΣΥΠΠ, ισχύουν όπως προσδιορίζονται από τις διατάξεις του Ν.3850/2010 ή όπως ήθελε τροποποιηθούν με νόμο. Ο ρόλος του ιατρού εργασίας είναι πολύπλευρος. Συγκεκριμένα ασχολείται με:

- 1) Ο γιατρός εργασίας παρέχει υποδείξεις και συμβουλές στον εργοδότη, στους εργαζόμενους και στους εκπροσώπους τους, γραπτά ή προφορικά, σχετικά με τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται για τις σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων. Ο γιατρός εργασίας καταχωρεί τις γραπτές υποδείξεις στο ειδικό βιβλίο του άρθρου 14 του Ν. 3850/10. Ο εργοδότης έχει υποχρέωση να λαμβάνει γνώση ενυπογράφως των υποδείξεων που καταχωρούνται σ' αυτό το βιβλίο.
- 2) Ο γιατρός εργασίας συμβουλεύει σε θέματα σχεδιασμού, προγραμματισμού, τροποποίησης της παραγωγικής διαδικασίας, κατασκευής και συντήρησης εγκαταστάσεων, σύμφωνα με τους κανόνες υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων.
- 3) Ο γιατρός εργασίας συμβουλεύει σε θέματα λήψης μέτρων προστασίας κατά την εισαγωγή και χρήση υλών και προμήθειας μέσων εξοπλισμού.
- 4) Ο γιατρός εργασίας συμβουλεύει σε θέματα φυσιολογίας και ψυχολογίας της εργασίας, εργονομίας και υγιεινής της εργασίας, της διευθέτησης και διαμόρφωσης των θέσεων και του περιβάλλοντος της εργασίας και της οργάνωσης της παραγωγικής διαδικασίας.
- 5) Ο γιατρός εργασίας συμβουλεύει σε θέματα οργάνωσης υπηρεσίας παροχής πρώτων βοηθειών.
- 6) Ο γιατρός εργασίας συμβουλεύει σε θέματα αρχικής τοποθέτησης και αλλαγής θέσης εργασίας για λόγους υγείας, προσωρινά ή μόνιμα, καθώς και ένταξης ή επανένταξης μειονεκτούντων ατόμων στην παραγωγική διαδικασία, ακόμα και με υπόδειξη αναμόρφωσης της θέσης εργασίας.
- 7) Ο γιατρός εργασίας δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιείται για να επαληθεύει το δικαιολογημένο ή μη, λόγω νόσου, απουσίας εργαζομένου.

5.5.4 Ψυχολόγοι Εργασίας

Η παρουσία των ψυχιάτρων-ψυχολόγων είναι απαραίτητη για το άτομο που έχει υποστεί «mobbing». Το θύμα, για να αναζητήσει βοήθεια από κάποιον ειδικό, θα πρέπει να συνειδητοποιήσει το ίδιο το πρόβλημα (Ferris 2009). Ο ενστερνισμός ειδικών μέτρων για την θεραπευτική αποκατάσταση των εργαζόμενων που δέχονται ή έχουν υποβληθεί κατά το παρελθόν παρενόχληση στον χώρο εργασίας στοχεύει στην υποστήριξη του ατόμου μέσα στο ίδιο το περιβάλλον που του προκάλεσε τα ψυχοσωματικά συμπτώματα (Keashly 1997). Η ψυχολογική υποστήριξη του θύματος, όπως προ είπαμε, μπορεί να καταφερθεί μέσω της επαγγελματικής αποκατάστασης, της ψυχοθεραπείας, της οργάνωσης ομάδων αυτοβοήθειας και της θεραπευτικής αγωγής (Ferris 2009).

5.5.5. Συνδικάτα

Ο ρόλος των συνδικάτων είναι να εντοπίζουν και να συμμετέχουν σε μια εσωτερική διαμεσολάβηση όταν παραβιάζονται οι κανόνες, κατόπιν αιτήματος ενός ατόμου ή μιας ομάδας ατόμων που πιστεύουν ότι είναι θύματα ηθικής παρενόχλησης. Η δράση των συνδικάτων θα πρέπει να γίνεται με εχεμύθεια από σεβασμό προς το θύμα και προς το θύτη σε περίπτωση αθωότητας του δευτέρου (Ζαχαριάδου & Παυλάκη 2014).

5.5.6. Διεπαγγελματική προσέγγιση

Η διεπιστημονική ομάδα στην υγιεινή εργασίας περιλαμβάνει επαγγελματίες που μοιράζονται έναν κοινό παρονομαστή γνώσης. Σε κάθε περίπτωση ο στόχος είναι κοινός και αναφέρεται στην προστασία της υγείας από εργασιακούς παράγοντες επικίνδυνους για την υγεία του εργαζόμενου. Η σύνθεση και το μέγεθος της ομάδας εξαρτάται από το μέγεθος, την οργάνωση και τις ανάγκες της επιχείρησης. Αυτό στην άσκηση της υγιεινής της εργασίας σημαίνει την ανταλλαγή απαραίτητης γνώσης για την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών, οι οποίες στοχεύουν στην πρόληψη των επαγγελματικών νόσων και τη συμμετοχή των εργαζομένων για τη μεγιστοποίηση του αποτελέσματος. Η συνεργασία μεταξύ των επιστημόνων υγείας στο χώρο

εργασίας είναι προαπαιτούμενη για την αποτελεσματική λειτουργία της υπηρεσίας υγιεινής της εργασίας, αλλά και για την ολιστική αντιμετώπιση της υγείας του εργαζόμενου. Η υγεία στο χώρο εργασίας όμως δεν είναι απομονωμένη από το ευρύτερο εργασιακό περιβάλλον. έτσι η συνεργασία μεταξύ περιβάλλοντος είναι σημαντική και περιλαμβάνει την συνεργασία μεταξύ των ειδικών ασφαλείας της εργασίας, οργάνωσης και διοίκησης της επιχείρησης και φυσικά τους εργαζόμενους και τους εκπροσώπους τους (Σιχλετίδης 2002).

Οι επιστήμονες, στις επιχειρήσεις που παρέχουν τις γνώσεις τους, συμβουλεύουν σε διάφορα θέματα σχεδιασμού, κατασκευής, διαμόρφωσης, οργάνωσης, ελέγχου και προστασίας. Επίσης επιβλέπουν την εφαρμογή μέτρων ασφαλείας – υγιεινής, ενημερώνουν το λοιπό προσωπικό εποπτεύουν τις ασκήσεις ετοιμότητας, συμμετέχουν στην εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης. Οι επιστήμονες έχουν τις γνώσεις για μια συστηματική μελέτη και εξέταση όλων των πλευρών της εργασίας, καθορισμός των επικινδύνων χώρων, πρόληψη των κινδύνων, εκτίμηση του κινδύνου και αναθεώρηση των μέτρων, ποσοτικός ή ποιοτικό προσδιορισμός των αποτελεσμάτων και βελτιώσεων, προώθηση και διάδοση των εξελίξεων σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας, ανάπτυξη διεπιστημονικών συνεργασιών με άλλους λειτουργούς της ασφάλειας, οικονομικός σχεδιασμός και διοίκηση επαγγελματικής ασφάλειας και αξιοποίηση των συνολικών εργονομικών παρεμβάσεων και στοιχείων οργάνωσης της εργασίας (Σαραφόπουλος 2015).

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

Ανάλυση Ερευνητικού Έργου

6.1. Σκοπός και επιμέρους στόχοι της μικτής έρευνας

6.1.1. Μικτή έρευνα (τριγωνοποίηση)

Η εφαρμογή μικτών μεθόδων στο πλαίσιο έρευνας, όπου ποσοτικές και ποιοτικές μέθοδοι συνδυάζονται, αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο και θεωρείται αξιόπιστη, καθώς δύναται να κεφαλαιοποιεί τα πλεονεκτήματα των ποιοτικών και ποσοτικών μελετών (Τζιαφέρη 2014). Οι αναλυτικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται στις μελέτες μικτών μεθόδων διαφέρουν στη βάση της ακολουθίας με την οποία τα συμβάντα λαμβάνουν χώρα και έμφαση δίνεται σε κάθε στοιχείο που συμβαίνει παράλληλα, ακολούθως ή ταυτοχρόνως (Τζιαφέρη 2014). Ως Τριγωνοποίηση ορίζεται η ερευνητική μεθοδολογία που χρησιμοποιείται για να μελετηθεί μία μεταβλητή ή ένα φαινόμενο, μέσα από διαφορετικές πηγές δεδομένων, παραπάνω από έναν ερευνητές, θεωρίες ή ανάλυση των δεδομένων, καθώς και παραπάνω από μία μεθόδους, ξεχωριστά ή σε συνδυασμό, οπότε έχουμε πολλαπλή τριγωνοποίηση (Redfern & Norman 1994). Η χρήση της τριγωνοποίησης ως μία μεθοδολογική μεταφορά μπορεί να διευκολύνει την ένταξη ποιοτικών και ποσοτικών ευρημάτων και μπορούν να βοηθήσουν τους ερευνητές να παρουσιάσουν ξεκάθαρα τόσο τις θεωρητικές τους υποθέσεις και τη βάση των αποτελεσμάτων τους. Η χρήση της τριγωνοποίησης μπορεί επίσης να υποστηρίξει μία καλύτερη κατανόηση των συνδέσμων μεταξύ της θεωρίας και των εμπειρικών ευρημάτων, την πρόκληση θεωρητικών υποθέσεων και την ανάπτυξη μίας νέας θεωρίας (Τζιαφέρη 2014). Η τριγωνοποίηση με σκοπό την πληρότητα, σύμφωνα με τους Knafli & Breitmayer (1989), περιλαμβάνει ερευνητικές μεθόδους που επιλέγονται για τη μοναδική τους συμβολή στο ερευνητικό ερώτημα παρά ως αντιστάθμιση των πλεονεκτημάτων των μεν προς τις αδυναμίες των δε. Αυτό σημαίνει ότι ο ερευνητής δεν αναμένει οι πολλαπλές πηγές δεδομένων να επιβεβαιώσουν η μία την άλλη. Αντιθέτως, κάθε

πηγή συμβάλλει στο χτίσιμο μιας όσο το δυνατό πιο ολοκληρωμένης εικόνας. Οι μέθοδοι που επιλέγονται για την τριγωνοποίηση, πρέπει να είναι ευαίσθητες στο φαινόμενο που μελετάται και να είναι αποδεκτές και ακριβείς. Επειδή οι ποιοτικές και ποσοτικές μέθοδοι παράγουν διαφορετικά είδη γνώσης, ο συνδυασμός μεθόδων που χρησιμοποιούνται για συλλογή ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων συμβάλλει στην διαμόρφωση μοναδικής γνώσης πάνω στο φαινόμενο που μελετάται (Denzin 1989).

Οι ποιοτικές μέθοδοι περιγράφουν διαδικασίες. Οι ποσοτικές μέθοδοι παρέχουν περιγραφικά αποτελέσματα και πληροφορίες που αναφέρονται στην αντιπροσωπευτικότητα του υπό μελέτη δείγματος. Μαζί, οι μέθοδοι παρέχουν πληροφορίες που αφορούν στην εξωτερική και εσωτερική αξιοπιστία της μελέτης. Σύμφωνα με τους Cook & Reichardt (1979), οι ποσοτικές και ποιοτικές μεθοδολογίες τείνουν να διορθώνουν, να διευκρινίζουν, να διευρύνουν και να διεγείρουν η μια την άλλη και σε συνδυασμένη μορφή «τριγωνοποιούν στην αλήθεια» (Hinds & Young 1987). Υπάρχουν δύο είδη μεθοδολογικής τριγωνοποίησης: η εντός της μεθόδου και η μεταξύ των μεθόδων. Εντός της μεθόδου τριγωνοποίηση είναι η χρήση διαφορετικών τύπων της ίδιας μεθόδου στη μέτρηση ενός φαινομένου ή μιας μεταβλητής. Ο Smith (1991), πρότεινε ότι η εντός της μεθόδου προσέγγιση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για σκοπούς επανάληψης, ως ένας έλεγχος αξιοπιστίας και για να επιβεβαιώσει τη θεωρία. Η μεταξύ των μεθόδων τριγωνοποίηση χρησιμοποιεί διάφορες μεθόδους για να αξιολογήσει ή να μετρήσει το ίδιο φαινόμενο με σκοπό να επιτευχθεί συγκλίνουσα εγκυρότητα και να αντισταθμιστούν τα όποια αδύνατα σημεία κάθε μεθόδου όταν χρησιμοποιείται μόνο μία απ' αυτές. Η τριγωνοποίηση μεταξύ των μεθόδων θεωρείται η πιο δημοφιλής χρήση της τριγωνοποίησης (Jick 1979). Επειδή συνδυάζει ποσοτικές και ποιοτικές προσεγγίσεις στην εξέταση μίας αντίληψης, μιας μεταβλητής ή ενός φαινομένου, φαίνεται να προσφέρει τη μεγαλύτερη πιθανότητα επίτευξης αξιόπιστων αποτελεσμάτων. Οι Campbell & Fiske, (1959), αναφέρουν ότι η χρήση περισσότερων της μιας μεθόδου βοηθά στο να επιβεβαιώνει ότι όταν μια μεταβλητή αντιστοιχεί στα αποτελέσματα αυτό συμβαίνει λόγω της ιδιαιτερότητας της και όχι λόγω της μεθόδου. Είναι το σφάλμα της μεθόδου, ή η αδυναμία της, που ενισχύει την αντίληψη της χρησιμότητας της μεταξύ των μεθόδων τριγωνοποίησης (Campbell & Fiske 1959). Σύμφωνα με τον Denzin (1989), «η λογική για αυτή τη στρατηγική είναι ότι τα μειονεκτήματα της μίας είναι συνήθως

πλεονεκτήματα της άλλης. Με το να συνδυάζει κανείς μεθόδους, οι ερευνητές μπορούν να επιτύχουν το καλύτερο δυνατό από την καθεμία, ενώ συγχρόνως ξεπερνιούνται οι αδυναμίες της καθεμιάς» (Denzin 1989)

6.1.2.Σκοπός και επιμέρους στόχοι της ποσοτικής

Η παρούσα ποσοτική έρευνα σχεδιάστηκε με σκοπό τη μελέτη του φαινομένου mobbing (ηθικής παρενόχλησης) ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων και της συσχέτισης που παρουσιάζει αυτή με την ποιότητα ζωής τους, καθώς και η εύρεση ή μη στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ αυτών και διαφόρων δημογραφικών παραγόντων.

Οι επιμέρους στόχοι της παρούσας έρευνας ήταν οι εξής:

1. Η διερεύνηση της επίδρασης του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης και οι επιπτώσεις του στην ψυχική και σωματική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Ο στόχος αυτός εξετάστηκε μέσα από την συσχέτιση των κλιμάκων-ερωτηματολογίων της βίαιης ψυχολογικής συμπεριφοράς, της γενικής υγείας και της κλίμακα της ποιότητας ζωής καθώς και μέσα από τις πολυπαραγοντικές συσχετίσεις των τριών αυτών κλιμάκων.
2. Η διερεύνηση των ανεξάρτητων μεταβλητών που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εθνικότητα, ειδικότητα, είδος απασχόλησης, εκπαίδευση, έτη προϋπηρεσίας, τμήμα εργασίας) και η συσχέτισή τους με την επίδραση της ηθικής παρενόχλησης.
3. Η διερεύνηση των αντιλήψεων και των συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας που έχουν υποστεί ηθική παρενόχληση ή ήταν μάρτυρες ηθικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας τους. Αυτός ο στόχος επιτεύχθηκε μέσα από τις αναλύσεις των ημιδομημένων συνεντεύξεων των επαγγελματιών υγείας στα πλαίσια της ποιοτικής έρευνας.
4. Η ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας επηρεάζεται από την άσκηση ηθικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας τους. Το ερευνητικό αυτό ερώτημα απαντήθηκε μέσω της στατιστικά σημαντικής συσχέτισης της κλίμακας της

βίαιης ψυχολογικής συμπεριφοράς με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου της ποιότητας ζωής.

5. Η κοινωνική υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας, επιδρά θετικά στην μείωση ή στην μη εμφάνιση του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης, επηρεάζει θετικά την υγεία τους και γενικά την ποιότητα ζωής τους. Αυτός ο στόχος εξετάστηκε μέσα από τις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των τεσσάρων κλιμάκων –ερωτηματολογίων της έρευνας.

6.1.3. Σκοπός και επιμέρους στόχοι της ποιοτικής

Αυτή η ποιοτική έρευνα αποτελεί μέρος ενός μεγάλου όγκου ερευνών που έχουν σχεδιαστεί για να μελετήσουν το φαινόμενο της παρενόχλησης μεταξύ των επαγγελματιών της δημόσιας υγείας στα ελληνικά νοσοκομεία. Σκοπός της ποιοτικής έρευνας είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων, των συμπεριφορών και των πεποιθήσεων των επαγγελματιών του τομέα της υγείας που έχουν υποστεί ή μάρτυρες κινητοποίησης στο χώρο εργασίας τους, καθώς και για τη διερεύνηση των επιπτώσεων του φαινομένου του mobbing και των επιπτώσεων του στην ψυχική και σωματική υγεία της υγείας επαγγελματιών. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές επιχείρησαν να διεξαγάγουν έρευνες σε θέματα που δεν έχουν εξεταστεί μέχρι στιγμής για να μελετήσουν τον ορισμό και την «οικοδόμηση» της έννοιας του φαινομένου, την επαρκή ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών του τομέα της υγείας σε σχέση με το mobbing.

Οι επιμέρους στόχοι της παρούσας έρευνας ήταν οι εξής:

1. Ποιο είναι το επίπεδο γνώσης και ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα σχετικά με την επίδραση της ηθικής παρενόχλησης;
2. Ποιες οι κύριες μορφές ηθικής παρενόχλησης σε επαγγελματίες υγείας;
3. Ποια τα μέτρα πρόληψης που προτείνονται από τους επαγγελματίες υγείας για την καταπολέμηση του φαινομένου;

6.2. Ερευνητικά ερωτήματα

Με βάση τα βιβλιογραφικά δεδομένα, διαμορφώθηκαν τα παρακάτω κύρια ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιοι οι παράγοντες επίδρασης στην εμφάνιση του mobbing
2. Η ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας επηρεάζεται από την άσκηση ηθικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας τους;
3. Ποια η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης στα νοσοκομεία και ποιο το προφίλ του ατόμου που μπορεί να υποστεί ηθική παρενόχληση;

6.3. Οριοθετήσεις της έρευνας

Από τη μελέτη αποκλείστηκαν:

1. Οι επαγγελματίες υγείας που δε δέχθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη και δεν υπέγραψαν την πληροφορημένη συγκατάθεση
2. Οι επαγγελματίες υγείας που κατά τη διάρκεια χορήγησης των ερωτηματολογίων απουσίαζαν με αναρρωτική ή κανονική άδεια ή άδεια μητρότητας.

6.4. Περιορισμοί της έρευνας

Η εργασία αυτή έχει τους ακόλουθους περιορισμούς:

- α) Το δείγμα αποτελέσαν εργαζόμενοι μόνο από γενικά νοσοκομεία της 1^{ης} και 6^{ης} Υ.Π.Ε. Εξαιρέθηκαν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία καθώς και τα Κέντρα Υγείας.
- β) Εξαιρέθηκαν εργαζόμενοι με διαβήτη τύπου I. και νέοι κάτω των 20 ετών. Ο διαβήτης τύπου I απαιτεί εντατικοποιημένη αυτοδιαχείριση για την αποφυγή επιπλοκών, ενώ μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή των ατόμων με τη νόσο. Συγκεκριμένα, οι ενήλικες με διαβήτη τύπου I διαφέρουν από τον γενικό πληθυσμό παρουσιάζοντας χαμηλότερο HRQoL (Health Related Quality

of Life), χαμηλότερα επίπεδα απασχόλησης και μεγαλύτερη άδεια ασθενείας (Nielsen και συν 2016). Τα ποσοστά επίπτωσης της κατάθλιψης φθάνουν έως και τριπλάσια σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 και διπλάσια σε άτομα με διαβήτη τύπου 2 σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό παγκοσμίως (Roy & Lloyd 2012). Το άγχος εμφανίζεται στο 40% των ασθενών με διαβήτη τύπου 1 ή 2 (Grigsby και συν 2002). Η παρουσία κατάθλιψης και άγχους σε διαβητικούς ασθενείς επιδεινώνει την πρόγνωση του διαβήτη, αυξάνει τη μη συμμόρφωση με την ιατρική περίθαλψη (Gonzalez και συν 2008), μειώνει την ποιότητα ζωής (Baumeister και συν 2011) και αυξάνει τη θνησιμότητα (Egede και συν 2005). Επιπλέον, συστηματική ανασκόπηση σε 32 άρθρα που εξέτασε την ηθική παρενόχληση-εκφοβισμό υπό τη μορφή σωματικό, λεκτικό, κοινωνικό, ψυχολογικό και σεξουαλικό (bullying) σε παιδιά και ενήλικες με διαβήτη τύπου 1 κατέληξε ότι το 85,7% αναγνώρισε την εμφάνιση θυματοποίησης (victimization) σε διαβητικούς ή βρήκε υψηλότερη συχνότητα σε διαβητικά παιδιά και εφήβους σε σύγκριση με τους νέους με άλλες χρόνιες παθήσεις ή με υγιείς συνομηλίκους. Όλες οι μελέτες αναφέρουν το γεγονός ότι ο διαβήτης τύπου 1 αποτελεί έναν περιοριστικό παράγοντα κοινωνικοποίησης που σχετίζεται με τον διαβήτη, με λιγότερη κοινωνική υποστήριξη και δυσκολίες για τη διαχείριση της νόσου σε δημόσιο περιβάλλον (Andrade & Alves 2019). Για όλους τους παραπάνω λόγους και με στόχο να πραγματοποιήσουμε τη μελέτη μας σε ένα ομογενοποιημένο δείγμα πληθυσμού, χωρίς ιδιαιτερότητες που θα λειτουργούσαν ως συγχυτικοί παράγοντες (confounding factors), αλλοιώνοντας τα αποτελέσματα (bias), ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 εξαιρέθηκαν του δείγματος. Με την ίδια λογική, άτομα ηλικίας κάτω των 20 ετών που η τριβή τους με τον εργασιακό χώρο περιορίζεται σε ελάχιστα εργασιακά έτη εξαιρέθηκαν.

γ) Πιθανή απειλή μπορεί να αποτελέσει η ειλικρίνεια των απαντήσεων που έδωσαν οι εξεταζόμενοι. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος δόθηκαν σταθερές οδηγίες πριν και κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Επίσης η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δεν πραγματοποιήθηκε από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας αλλά από τους ίδιους τους εργαζόμενους για να νιώσουν πιο ελεύθεροι στις απαντήσεις τους.

δ) λόγω του ότι χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία μη πιθανότητας (δείγμα ευκολίας) τα αποτελέσματα δεν είναι γενικεύσιμα στο γενικό πληθυσμό

6.5. Δεοντολογία της έρευνας

Για τη διεξαγωγή της έρευνας, εξασφαλίστηκαν οι απαραίτητες εγκρίσεις από τους αρμόδιους φορείς, μετά από αντίστοιχο αίτημα προς αυτούς με την υποβολή του ερευνητικού πρωτοκόλλου. Αρχικά, έλαβε χώρα η αποστολή αιτήσεων και συνημμένων εγγράφων (ερευνητικό πρωτόκολλο, ερωτηματολόγια, έντυπο συγκατάθεσης σε έρευνα) για έγκριση γραπτής άδειας για την διεξαγωγή της μελέτης σε νοσοκομεία της 1ης και 6ης ΥΠΕ. Στη συνέχεια, εγκρίθηκε η αίτηση για συλλογή δεδομένων, από το Δημόσιο Νοσοκομείο της 6^{ης} ΥΠΕ για διεξαγωγή της πιλοτικής μελέτης. Αρ.Πρωτοκόλλου 6383/1-9-14, (09/09/2014- Έναρξη διεξαγωγής πιλοτικής μελέτης σε Δημόσιο Νοσοκομείο της 6^{ης} ΥΠΕ σε 40 επαγγελματίες υγείας: ιατρούς, νοσηλευτές/τριες όλων των βαθμίδων, διοικητικούς υπαλλήλους), η οποία και ολοκληρώθηκε. Για να επιτραπεί η διεξαγωγή της έρευνας, συντάχθηκαν αιτήματα, τα οποία έλαβαν έγκριση από το κάθε Επιστημονικό Συμβούλιο των Νοσοκομείων. Στη συνέχεια, ενημερώθηκαν οι προϊστάμενοι όλων των τμημάτων, των Νοσοκομείων, στα οποία απασχολείτο το δείγμα και άρχισε η διαδικασία διανομής των ερωτηματολογίων μαζί με γραπτές οδηγίες. Η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε από τον ερευνητή προσωπικά, ο οποίος μετέβη στα Γενικά Νοσοκομεία 1^{ης} και 6^{ης} Υ.Π.Ε. για το σκοπό αυτό. Κάθε ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από γραπτή πληροφόρηση για το σκοπό της έρευνας. Επίσης, κατά τη διανομή, γινόταν και προσωπική επεξήγηση του σκοπού της έρευνας, διευκρινιζόταν η διασφάλιση της ανωνυμίας, η τήρηση της εχεμύθειας και της εμπιστευτικότητας και ο εθελοντικός χαρακτήρας της έρευνας. Ο χρόνος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων κυμαινόταν από 15 ως 30 λεπτά. Σε κάθε τμήμα/κλινική των νοσοκομείων την ευθύνη για τη συλλογή και φύλαξη των ερωτηματολογίων είχαν οι διευθυντές/τριες ιατροί, οι προϊστάμενοι/ες της νοσηλευτικής υπηρεσίας καθώς και οι προϊστάμενοι της διοικητικής υπηρεσίας κάθε νοσοκομείου. Ο χρόνος που δόθηκε για την επιστροφή των ερωτηματολογίων ήταν δυο με τρεις εβδομάδες από την ημερομηνία διανομής τους. Η συμπλήρωση και συλλογή των ερωτηματολογίων διήρκεσε 24 μήνες, για τον λόγο ότι οι επαγγελματίες υγείας λόγω φόρτου εργασίας, λόγω αμέλειας, δεν συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια και χρειάστηκε η παρουσία του ερευνητή σε κάθε νοσοκομείο πάνω από τρεις φορές.

Για την διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας, συντάχθηκε αίτημα, το οποίο έλαβε έγκριση κατόπιν της άδειας που έδωσε η Επιτροπή Ηθικής του Επιστημονικού

Συμβουλίου του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου με αριθμό 15 στις 29/05/2017. Οι επαγγελματίες υγείας, συμμετείχαν στη μελέτη μετά από τη συγκατάθεσή τους. Πληροφορήθηκαν για τον σκοπό της μελέτης με ακριβές έγγραφο και ο ερευνητής αναφέρθηκε σε ηθικές παραμέτρους, όπως εξασφάλιση της ιδιωτικής ζωής και της διακριτικής ευχέρειας των δεδομένων, χρήση ενός ψευδούς ονόματος κατά τη διάρκεια της επεξεργασίας για την εξασφάλιση της ανωνυμίας, δικαίωμα άρνησης να σχολιάσει (Patton, 1990, Pope & Mays, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

Μεθοδολογία της μικτής παρούσας έρευνας

7.1. Ποσοτική Έρευνα- Σχεδιασμός της Έρευνας

7.1.1. Πληθυσμός της έρευνας – Δείγμα

Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη συσχέτισης. Το δείγμα ευκολίας της μελέτης αποτέλεσαν 1536 μέλη επαγγελματιών υγείας 11 δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων της 1^{ης} και 6^{ης} περιφέρειας, με μέση ηλικία τα 39,2 έτη. Από το σύνολο των 2000 διανεμηθέντων ερωτηματολογίων και στα 11 νοσοκομεία επιστραφήκαν πλήρως συμπληρωμένα τα 1536 (ποσοστό ανταπόκρισης: 76,8%). Στην μελέτη συμμετείχαν επαγγελματίες υγείας όλων των ειδικοτήτων και των βαθμίδων (ιατροί ειδικευμένοι [Επιμελητές Α, Β και διευθυντές] ειδικευόμενοι, νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης[ΠΕ], τεχνολογικής εκπαίδευσης [ΤΕ], διетуός εκπαίδευσης [ΔΕ] βοηθοί νοσηλευτών, μεταπτυχιακοί φοιτητές και διοικητικοί υπάλληλοι), οι οποίοι έρχονται καθημερινά σε επαφή με ασθενείς ή συγγενείς ασθενών/συνοδών. Η μελέτη διεξήχθη σε πρωινό και απογευματινό ημερήσιο ωράριο εργασίας. Συμπεριλήφθηκαν τα τμήματα όλων των τομέων (Παθολογικός, Χειρουργικός, Μονάδες και Τμήματα Διοίκησης). Η επιλογή των ανωτέρω νοσοκομείων έγινε λαμβάνοντας υπόψη τα εξής:

- Διαθέτουν πολυάριθμο νοσηλευτικό ιατρικό και διοικητικό προσωπικό
- Παρουσιάζουν υψηλή νοσηλευτική κίνηση και κίνηση ειδικευόμενων ιατρών
- Λειτουργούν ειδικά νοσηλευτικά τμήματα (ΜΕΘ, Χειρουργεία, κλπ).

7.1.2. Ερευνητικό πλαίσιο και διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η ποσοτική έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 11 επιλεγμένα Γενικά Νοσοκομεία της 1ης και 6ης Υ.Π.Ε., κατά τη χρονική περίοδο 2015-2017. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη διαδικασία των ανώνυμων ερωτηματολογίων (μέθοδος αυτοαναφοράς), η οποία θεωρείται ως η καταλληλότερη για τη συλλογή δεδομένων που αναφέρονται σε απόψεις, στάσεις, πεποιθήσεις, αξίες. Με κριτήριο την ειδικότητα ώστε να συμπεριληφθούν όλες οι ομάδες εργαζομένων στο δείγμα της μελέτης (Ρούσσοσ και Τσαούσης 2002). Στη παρούσα μελέτη δεν υπήρξαν πιθανοί κίνδυνοι. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ανώνυμα και σε κανένα σημείο δεν περικλείονταν ερωτήματα που θα μπορούσαν υπό οποιεσδήποτε συνθήκες να οδηγήσουν στην ταυτοποίηση του ερωτώμενου. Η ποιοτική έρευνα διεξήχθη σε περιφερειακό ελληνικό νοσοκομείο από 11/02/2018 έως 15/03/2018. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με μεμονωμένες ημιδομημένες σε βάθος συνεντεύξεις, σε τρία τμήματα του νοσοκομείου, όπου ο ερευνητής είχε καλύτερη πρόσβαση. Οι συνεντεύξεις μεταγράφηκαν αφού ο κάθε συμμετέχων είχε ενημερωθεί πλήρως για το θέμα της μελέτης και τους κανόνες δεοντολογίας. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική. Δεν υπήρξε ανταμοιβή ή αρνητικές συνέπειες σε περίπτωση άρνησης. Έχει δημιουργηθεί ένας οδηγός για θέματα συνεντεύξεων που περιλαμβάνει τρεις βασικές θεματικές ενότητες - κριτήρια με τρεις ερωτήσεις συνολικά. Λήφθηκαν μέτρα διασφάλισης του απορρήτου και των άλλων δικαιωμάτων σύμφωνα με τη διακήρυξη του Ελσίνκι όπως αυτή τροποποιήθηκε στο Τόκυο το 2004 (WMA Declaration of Helsinki, Tokyo 2004) και έπειτα στην Βραζιλία το 2013 (WMA Declaration of Helsinki, 64th WMA Fortaleza, Brazil 2013) και τέλος σύμφωνα με την εφαρμογή του Νόμου για την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα του κανονισμού της ΕΕ 2016/679 και συγκεκριμένα του άρθρου 19 που τροποποιήθηκε το 2018, περί επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα για σκοπούς επιστημονικής ή ιστορικής έρευνας ή για στατιστικούς σκοπούς. Τα στοιχεία αυτά θα παραμείνουν αυστηρά προς χρήση της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων.

7.1.3. Χρονοδιάγραμμα της μικτής έρευνας

Το χρονοδιάγραμμα εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής ακολούθησε τα εξής στάδια:

ΜΗΝΕΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Μήνες 1-20	Δημιουργία ερευνητικού πρωτοκόλλου έρευνας και αποστολή του στην 1 ^η Υ.ΠΕ. & 6 Υ.ΠΕ για έγκριση. <ol style="list-style-type: none">1) Αναζήτηση βιβλιογραφίας2) Συγγραφή βιβλιογραφικής ανασκόπησης3) Εύρεση, χρήση των 3 ερωτηματολογίων ήδη σταθμισμένων στην ελληνική γλώσσα και κουλτούρα για τις ανάγκες της έρευνας. Στάθμιση του 1 ερωτηματολογίου στο πλαίσιο της ΔΔ4) Μετάφραση του ερωτηματολογίου5) Πιλοτική μελέτη του ερωτηματολογίου
Μήνες 21-36	<ol style="list-style-type: none">1) Έναρξη συγγραφής γενικού μέρους.2) Έγκριση διεξαγωγής της μελέτης από την 1^η & 6^η Υ.ΠΕ. και από τα Επιστημονικά Συμβούλια των έντεκα νοσοκομείων3) Ενημέρωση των Διευθυντών, Προϊσταμένων των Νοσοκομείων για τη διεξαγωγή της έρευνας4) Διανομή ερωτηματολογίων στα έντεκα νοσοκομεία συμμετοχής.5) Συλλογή ερωτηματολογίων, κωδικοποίηση.
Μήνες 37-48	Στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Ποιοτική μελέτη - ημιδομημένες συνεντεύξεις <i>Ποιοτική έρευνα και συλλογή δεδομένων.</i> (Φεβρουάριος-Μάρτιος 2018) Συγγραφή μικτής μελέτης.

7.1.4. Ερευνητικά εργαλεία

Τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν (βλ. Παράρτημα) στην παρούσα έρευνα διακρίνονται σε τρία μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει οδηγίες για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, το σκοπό της μελέτης, κάνει αναφορά στην εθελοντική συμμετοχή και διατήρηση της ανωνυμίας και, τέλος, αναφέρονται τα στοιχεία του ερευνητή σε περίπτωση ανάγκης για παροχή οποιαδήποτε διευκρίνισης. Στο δεύτερο μέρος περιλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικά με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων όπως: το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η επαγγελματική ιδιότητα και η θέση που κατέχουν, το μορφωτικό τους επίπεδο, ο χώρος εργασίας, τα χρόνια στην υπηρεσία και τα χρόνια στο τμήμα που εργάζονται τώρα. Το τρίτο μέρος περιλαμβάνει τα τέσσερα στον αριθμό ερωτηματολόγια που επιλέχθηκαν για τις ανάγκες της έρευνας.

WHOQOL-BREF - Ερωτηματολόγιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 1999). Αξιολογεί την ποιότητα ζωής έχει σταθμιστεί στα Ελληνικά από τους Τζινιέρη-Κοκκώση και συν (2007, 2009). Αποτελείται από 30 ερωτήσεις στην ελληνική εκδοχή. Εξετάζονται 4 τομείς της ποιότητας της ζωής: (α) Σωματική Υγεία & Επίπεδο Ανεξαρτησίας (9 ερωτήσεις), (β) Ψυχολογική Υγεία & Πνευματικότητα (6 ερωτήσεις), (γ) Κοινωνικές Σχέσεις (5 ερωτήσεις) και (δ) Περιβάλλον (8 ερωτήσεις). Οι βαθμολογίες του σε κάθε παράγοντα κυμαίνονται από 4-20 βαθμούς. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία σε κάθε παράγοντα τόσο καλύτερη είναι η ποιότητα ζωής του ατόμου στον συγκεκριμένο παράγοντα. Δεν υπάρχει συνολικό σκορ των παραγόντων, ενώ υπάρχει συνολική αξιολόγηση της ποιότητας, η οποία προκύπτει από 2 επιπλέον ερωτήσεις (Συνολική Ποιότητα Ζωής και Κατάσταση Υγείας). Ζητήθηκε η άδεια της συγγραφέως του ερωτηματολογίου, η οποία και εδόθη.

Workplace Psychologically Violent Behaviours (WPVB). Το ερωτηματολόγιο WPVB (Workplace Psychologically Violent Behaviours), που επιλέχθηκε γι' αυτήν την μελέτη ως εργαλείο μέτρησης της βίαιης ψυχολογικής

συμπεριφοράς που ασκείται σε επαγγελματίες υγείας, έχει χρησιμοποιηθεί κατά το μεγαλύτερο μέρος του σε παρόμοια μελέτη (Dilek & Aytolan 2008), από το Πανεπιστήμιο της Αγκύρας, Τουρκία, τον Ιούνιο του 2007. Το ερωτηματολόγιο WPVB περιλαμβάνει 33 ερωτήσεις. Εξετάζονται 4 τομείς: (α). Απομόνωση του ατόμου από την εργασία του (11 ερωτήσεις), (β) Επίθεση στο εργασιακό χώρο (9 ερωτήσεις), (γ) Επιθετικές συμπεριφορές στο άτομο (9 ερωτήσεις) και (δ) Άμεσες αρνητικές συμπεριφορές (4 ερωτήσεις). Κάθε ερώτηση βαθμολογείται σε μια κλίμακα 6 βαθμών τύπου Likert που κυμαίνεται από το 0 (ποτέ δεν έχω αντιμετωπίσει) έως 5 (συνεχώς το αντιμετωπίζω). Η συνολική βαθμολογία του κάθε εξεταζόμενου διαιρείται με το σύνολο των ερωτήσεων. Το Ερωτηματολόγιο WPVB έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε υγιείς πληθυσμούς και έχει να επιδείξει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Ειδικότερα, αναφορικά με την συνολική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, σύμφωνα με την ανάλυση Cronbach a, βρέθηκε 0.93. Για τους τεσσερις τομείς του ερωτηματολογίου, η αξιοπιστία κυμαίνεται από 0,70 έως 0,88. Η εγκυρότητα στους τεσσερις παράγοντες κυμαίνεται: α) για τον 1ο παράγοντα που αποτελείται από 11 ερωτήσεις, έχει εσωτερική συνοχή (Cronbach's a= 0,91), β) για τον 2ο παράγοντα που αποτελείται από 9 ερωτήσεις ο βαθμός εσωτερικής συνοχής ήταν (Cronbach's a= 0,90), γ) για τον 3ο που αποτελείται από 9 ερωτήσεις εξίσου, είχε εσωτερική συνοχή (Cronbach's a= 0,87) και ο δ) 4ος, που αποτελείται από 4 ερωτήσεις έχει βαθμό εσωτερικής συνοχής (Cronbach's a= 0,72). Ζητήθηκε η άδεια του συγγραφέως του ερωτηματολογίου, για τη χρήση και την τροποποίησή του, ανάλογα με τις ανάγκες της παρούσας μελέτης, η οποία και εδόθη. Το ερωτηματολόγιο WPVB μεταφράστηκε και σταθμίστηκε στην ελληνική γλώσσα και κουλτούρα στο πλαίσιο της παρούσας ποσοτικής μελέτης (Koinis και συν 2019)

Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire-GHQ-28). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο συναποτελούν τέσσερις υποκλίμακες: (α) σωματικά συμπτώματα, (β) άγχος/αϋπνία, (γ) κοινωνική δυσλειτουργία και (δ) σοβαρή κατάθλιψη (Garyfallos και συν 1991, Goldberg 1978). Κάθε ερώτηση απαντάται σε μία κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη διαταραχής της ψυχικής υγείας. Αρχικά, το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε και συμπληρώθηκε (Garyfallos και συν 1991), τόσο στη αγγλική όσο και στην ελληνική εκδοχή, από 50 δίγλωσσους. Η προσαρμογή

βασίστηκε σε 100 ασθενείς, οι οποίοι προσήλθαν διαδοχικά σε εξωτερικά ιατρεία παθολογικής κλινικής. Η Σύγκριση έγινε με την εκτίμηση των ίδιων ατόμων με την PSE (Present State Examination), η οποία έχει ήδη σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό (Goldberg 1978). Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε αρρώστους όσο και σε υγιείς πληθυσμούς και έχει να επιδείξει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Ειδικότερα, αναφορικά με την εγκυρότητα, οι συντελεστές συνάφειας με την PSE είναι 0,77 για το GHQ-28, 0,77 για το GHQ-30 και 0,78 για το GHQ-60. Η ευαισθησία, η εξειδίκευση και η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας στα παραπάνω σημεία ουδούς είναι οι ακόλουθες (Goldberg 1978): Ευαισθησία: GHQ-28=89%, GHQ-30=80%, GHQ-60=87%. Εξειδίκευση: GHQ-28=81%, GHQ-30=91%, GHQ-60=85%. Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας: GHQ-28=0,93, GHQ-30=0,94, GHQ-60=0,96. Το ερωτηματολόγιο έχει χαρακτηριστεί ως ελεύθερης χρήσεως.

Ερωτηματολόγιο MSPSS (Πολυδιάστατη Κλίμακα Αντίληψης Κοινωνικής Υποστήριξης). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο συναποτελούν τρεις υπο-κλίμακες: (α) Οικογένεια (FA), β) Φίλοι (FR), (γ) Σημαντικοί άλλοι (SO) (Gallegos 2007, Husain, Bevc, Husain, Chaudhry, Atif & Rahman 2006, Roman και συν 2007, Theofilou 2011). Κάθε ερώτηση βαθμολογείται σε μια κλίμακα Likert που κυμαίνεται από το 1 (Διαφωνώ απόλυτα) έως 7 (Συμφωνώ απόλυτα). Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη για μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη. Αρχικά, το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε και συμπληρώθηκε (Theofilou 2011), τόσο στη αγγλική όσο και στην ελληνική εκδοχή. Η προσαρμογή βασίστηκε σε 56 ασθενείς, οι οποίοι υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση (Theofilou 2012). Το Ερωτηματολόγιο MSPSS, έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε αρρώστους όσο και σε υγιείς πληθυσμούς και έχει να επιδείξει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η εσωτερική συνοχή της MSPSS ήταν πολύ ικανοποιητική, με συνολικό α Cronbach = 0.804, που κυμαίνονται μεταξύ 0,74 (υπο-κλίμακα των φίλων) και 0,78 (υπο-κλίμακες της οικογένειας και σημαντικούς άλλους, αντίστοιχα). Όλες οι τιμές ήταν υψηλότερες από την επιλεγμένη τιμή κατωφλίου των 0,7, υποδεικνύοντας ότι όλες οι υπο-κλίμακες είναι αλληλένδετες και ομοιογενείς. Ζητήθηκε η άδεια της συγγραφέως (Theofilou 2011) που στάθμισε στην Ελληνική γλώσσα το ερωτηματολόγιο, η οποία και εδόθη.

7.1.5. Διαδικασία μετάφρασης του εργαλείου WPVB

Η διαδικασία μετάφρασης ενός ερωτηματολογίου στοχεύει στη διατήρηση του νοήματος των λέξεων μεταξύ ατόμων που προέρχονται από διαφορετικές κουλτούρες (Μερκούρης, 2008). Στην παρούσα έρευνα, για την μετάφραση του ερωτηματολογίου ζητήθηκε αρχικά όπως προαναφέραμε η άδεια από τον Yildirim Dilek (βλ. παράρτημα). Η διαδικασία μετάφρασης στην ελληνική γλώσσα έγινε σύμφωνα με τη διαδικασία που προτείνεται από την «Trust Scientific Advisory Committee» (2002). Το αγγλικό ερωτηματολόγιο σύμφωνα με τις παραπάνω οδηγίες μεταφράστηκε στα ελληνικά (forward translation) ξεχωριστά από δύο διαφορετικά άτομα σχετικά με το θέμα, χωρίς να γνωρίζουν το αποτέλεσμα μεταξύ τους. Στη συνέχεια, ακολούθησε η σύγκριση των δύο μεταφράσεων με τη συμμετοχή τρίτου ατόμου ειδικού σε αυτή τη διαδικασία από όπου προέκυψε η πρώτη εκδοχή του ερωτηματολογίου στα ελληνικά (1st reconciliation version). Ακολούθησε η μετάφραση στα αγγλικά από δίγλωσσο άτομο με μητρική γλώσσα τα αγγλικά (back translation), χωρίς να γνωρίζει την αρχική έκδοση του αγγλικού ερωτηματολογίου. Ακολούθως, ενσωματώθηκαν τα σχόλια από την αγγλική μετάφραση στο ελληνικό ερωτηματολόγιο και προέκυψε η δεύτερη έκδοση του (2nd reconciliation version). Για την διαπολιτισμική προσαρμογή (cultural adaptation) καθώς και για την εγκυρότητα όψεως, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο σε τυχαίο δείγμα 20 επαγγελματιών υγείας οι οποίοι ερωτήθηκαν για το πόσο κατανοητή ήταν κάθε ερώτηση ξεχωριστά και στο σύνολο του το ερωτηματολόγιο και αν προτιμούσαν να αλλαχθεί κάποια ερώτηση ή φράση για να γίνει πιο κατανοητή (cognitive briefing interview). Δεν προτάθηκε καμία σύσταση για αλλαγή προτάσεων ή φράσεων και έτσι ακολούθησε πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου.

7.1.6. Πιλοτική μελέτη

Η στάθμιση και η προτύπωση του ερωτηματολογίου WPVB καθώς και των άλλων τριών ερωτηματολογίων έγινε σε δείγμα 40 επαγγελματιών υγείας (και μεταπτυχιακών φοιτητών στο πλαίσιο της κλινικής τους άσκησης), διαφόρων ειδικοτήτων που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο της 6^{ης} ΥΠΕ. Το 84,6% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Επίσης, το 53,3% των συμμετεχόντων ήταν

νοσηλευτές, το 13,3% ιατροί ή διοικητικοί και το υπόλοιπο 20,0% είχαν «άλλο» επάγγελμα.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους 40 επαγγελματίες υγείας σε χρόνο μηδέν και 15 ημέρες αργότερα. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν ανώνυμη και τα ερωτηματολόγια κωδικοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας τα τρία πρώτα ψηφία του επιθέτου του κάθε συμμετέχοντα, ώστε να διασφαλιστεί ότι τα ίδια ακριβώς άτομα θα απαντούσαν τα ερωτηματολόγια και τις δύο φορές.

7.1.7. Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Χρησιμοποιήθηκε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση με διαδικασία μέγιστης πιθανοφάνειας για την τον έλεγχο της εγκυρότητας δομής και την επιβεβαίωση των παραγόντων του ερωτηματολογίου WPVB. Προσδιορίστηκε η ανεξαρτησία των όρων σφάλματος (error terms) για όλα τα μοντέλα και επιτράπηκε η συσχέτιση των παραγόντων. Χρησιμοποιήθηκαν πολλές προσεγγίσεις για την εκτίμηση της προσαρμογής των μοντέλων της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης, συμπεριλαμβανομένων των δεικτών καλής προσαρμογής CFI (comparative fit index), GFI (goodness of fit index) και RMSEA (root mean square error of approximation) (Mueller 2000). Υπάρχουν πολλές κατευθυντήριες οδηγίες για την ερμηνεία της προσαρμογής ενός μοντέλου με βάση αυτούς τους δείκτες. Οι δείκτες CFI και GFI μπορούν να πάρουν τιμές από 0 έως 1, και θεωρείται ότι υπάρχει καλή προσαρμογή στα δεδομένα όταν είναι κοντά ή πάνω από 0,9 ή με ακόμα πιο αυστηρά κριτήρια όταν είναι πλησίον ή πάνω του 0,95 (Hu & Bentler 1999). Ο δείκτης CFI θεωρείται πιο κατάλληλος για την εκτίμηση μοντέλων καθώς λαμβάνει υπόψη το μέγεθος του δείγματος (Mueller 2000). Επίσης, για το δείκτη GFI έχει προταθεί και το όριο του 0,8 για καλή προσαρμογή (Hu & Bentler 1999). Τιμές του δείκτη RMSEA μικρότερες από 0.05 δείχνουν καλή προσαρμογή και τιμές μέχρι 0.08 δείχνουν αποδεκτή προσαρμογή. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο

Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA) ή το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ή του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες εργασιακού εκφοβισμού, κατάστασης της υγείας και ποιότητας ζωής από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα εργασιακού εκφοβισμού έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών. Η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's- α . Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

7.2. Ποιοτική Έρευνα

7.2.1. Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της έρευνας

Συνολικά, μελετήθηκαν 12 εργαζόμενοι (4 ιατρικό προσωπικό, 4 νοσηλευτικό προσωπικό, 4 διοικητικό προσωπικό) με τη μέθοδο της ημιδομημένης ατομικής συνέντευξης. Από τον πληθυσμό της μελέτης έξι (6) ήταν άντρες, ηλικίας 27 έως 53 ετών και έξι (6) ήταν γυναίκες ηλικίας 35 έως 49 ετών. Το δείγμα ήταν προκαθορισμένο. Οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα στο Νοσοκομείο, στο τμήμα εργασίας του ερευνητή που εκπονεί την παρούσα διδακτορική διατριβή. Οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα κατά το χρονικό διάστημα Φεβρουάριος-Μάρτιος 2018. Ο πίνακας που ακολουθεί παραθέτει τα στοιχεία διεξαγωγής των συνεντεύξεων.

Επαγγελματίες Υγείας	Ημερομηνία λήψης συνέντευξης	Ώρα λήψης συνέντευξης	Τόπος λήψης συνέντευξης
ΝΠ1	11.02.2018	18:00 μ.μ.	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
ΝΠ2	11.02.2018	19:00 μ.μ.	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
ΝΠ3	28.02.2018	10:00π.μ.	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
ΝΠ4	16.02.2018	09:30π.μ.	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
ΙΠ1	11.02.2018	20:00 μ.μ.	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
ΙΠ2	17.02.2018	17:00 μ.μ.	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
ΙΠ3	08.03.2018	10:00 π.μ.	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
ΙΠ4	09.03.2018	10:00 π.μ.	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
ΔΠ1	13.03.2018	15:00 μ.μ.	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
ΔΠ2	15.03.2018	14:30 μ.μ.	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
ΔΠ3	15.03.2018	15:15μ.μ.	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
ΔΠ4	15.03.2018	16:00μ.μ.	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Σημ. Όπου ΝΠ = Νοσηλευτικό Προσωπικό, ΙΠ = Ιατρικό Προσωπικό, ΔΠ = Διοικητικό Προσωπικό.

7.2.2. Πληθυσμός της έρευνας – Δείγμα

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην ποιοτική έρευνα:

Επαγγελματίες Υγείας	Ηλικία	Φύλο	Οικογενειακή κατάσταση
ΝΠ1	47	ΘΗΛΥ	Έγγαμη
ΝΠ2	49	ΘΗΛΥ	Έγγαμη
ΝΠ3	34	ΑΡΡΕΝ	Άγαμος
ΝΠ4	53	ΑΡΡΕΝ	Έγγαμος
ΙΠ1	27	ΑΡΡΕΝ	Άγαμος
ΙΠ2	43	ΑΡΡΕΝ	Άγαμος
ΙΠ3	40	ΘΗΛΥ	Έγγαμη
ΙΠ4	35	ΘΗΛΥ	Έγγαμη
ΔΠ1	48	ΘΗΛΥ	Έγγαμη
ΔΠ2	33	ΑΡΡΕΝ	Άγαμος
ΔΠ3	45	ΘΗΛΥ	Διαζευγμένη
ΔΠ4	37	ΑΡΡΕΝ	Έγγαμος

Σημ. Όπου ΝΠ = Νοσηλευτικό Προσωπικό, ΙΠ = Ιατρικό Προσωπικό, ΔΠ = Διοικητικό Προσωπικό.

7.2.3. Άξονες της συνέντευξης

Με βάση την υπάρχουσα εγχώρια και διεθνή βιβλιογραφία και έχοντας κατά νου τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα, διαμορφώθηκαν οι κεντρικοί άξονες της συνέντευξης, οι οποίοι αναφέρονται σε: (α) κτίσιμο της έννοιας και ανάλυση του όρου της ηθικής παρενόχλησης στον εργασιακό χώρο, (β) ενημέρωση των εργαζομένων γύρω από το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης και (γ) ευαισθητοποίηση των εργαζομένων σχετικά με το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης στον χώρο της εργασίας.

Ακολουθούν τα κύρια ερωτήματα, όπως αυτά τέθηκαν στους ερωτώμενους κατά τη διάρκεια της ατομικής συνέντευξής τους:

I. Κτίσιμο της έννοιας – Ανάλυση του όρου

1. Τί είναι η ηθική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο;
2. Πώς το αντιλαμβάνεστε;/ Πώς γίνεται αντιληπτό το φαινόμενο;
3. Τί μορφές λαμβάνει η ηθική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο συνήθως;

II. Ενημέρωση

4. Έχετε ακούσει ποτέ τον όρο ‘ηθική παρενόχληση’; Αν ναι, από ποιον;
5. Νιώθετε επαρκώς ενημερωμένος/η για τον όρο ‘ηθική παρενόχληση’;
6. Τι απαιτείται να γίνει για το ζήτημα της ενημέρωσης;

III. Ευαισθητοποίηση

7. Θεωρείτε ότι το ζήτημα της ηθικής παρενόχλησης αποτελεί πρόβλημα για τους εργαζομένους στην Ελλάδα;
8. Έχετε προσωπικές εμπειρίες από περιστατικά ηθικής παρενόχλησης στον εργασιακό σας χώρο; Αν ναι, πώς το βιώσατε;
9. Έχετε υπάρξει μάρτυρες περιστατικών ηθικής παρενόχλησης με θύματα/ αποδέκτες συναδέλφους σας; Αν ναι, πώς το βιώσατε;
10. Τι χρειάζεται να γίνει στον εργασιακό χώρο προκειμένου να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά το φαινόμενο αυτό;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

Αποτελέσματα

8.1. Αποτελέσματα Ποσοτικής Έρευνας

8.1.1. Περιγραφικά στοιχεία

Το δείγμα αποτελείται από 1536 άτομα με μέση ηλικία τα 39,2 έτη (SD=10,3 έτη). Το 66,0% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και το 35,1% πτυχιούχοι ΤΕΙ. Το 47,3% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι, το 56,5% είχε παιδιά και μάλιστα το 49,8% αυτών είχαν 2 παιδιά. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες έμεναν μαζί με άλλους με το ποσοστό να φτάνει το 77,0% και πάνω από τους μισούς (51,2%) κατοικούσαν στην Αθήνα.

Στον πίνακα (Πίνακας 1) που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 1- Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων

		N	%
Φύλο	Άντρες	512	34,0
	Γυναίκες	992	66,0
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		39,2 (10,3)	
Τι εκπαίδευση έχετε;	Δημοτικό	3	0,2
	Γυμνάσιο	33	2,2
	Λύκειο	144	9,4
	ΤΕΕ/ΙΕΚ	161	10,5
	ΤΕΙ	536	35,1
	ΑΕΙ	316	20,7
	MSc	300	19,6
	PhD	36	2,4
Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	Άγαμοι	610	39,8
	Έγγαμοι	725	47,3
	Σε διάσταση	42	2,7
	Διαζευγμένοι	120	7,8
	Χήροι	35	2,3
Έχετε παιδιά;	Όχι	654	43,5
	Ναι	851	56,5

Αν ναι, πόσα;	1	292	35,4
	2	410	49,8
	3	74	9,0
	4	37	4,5
	5	11	1,3
Ζείτε:	Μόνος	339	23,0
	Με άλλους	1137	77,0
Σε ποιά περιοχή κατοικείτε;	ΑΘΗΝΑ	786	51,2
	ΑΡΓΟΣ	170	11,1
	ΚΟΡΙΝΘΟΣ	155	10,1
	ΝΑΥΠΛΙΟ	91	5,9
	ΠΑΤΡΑ	235	15,3
	ΣΠΑΡΤΗ	99	6,4

Στον Πίνακα 2 που ακολουθεί δίνονται εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 2- Εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων-

		N	%
Ποιό είναι το επάγγελμά σας;	Ιατρός διευθυντής	65	4,3
	Ιατρός επιμελητής Α' -Β'	97	6,5
	Ιατρός ειδικευόμενος	186	12,4
	Νοσηλεύτης ΠΕ	70	4,7
	Νοσηλεύτης ΤΕ	441	29,4
	Βοηθός Νοσηλεύτη ΔΕ	187	12,5
	Βοηθός νοσηλευτικής υπηρεσίας ΥΕ	28	1,9
	Διοικητικοί	246	16,4
	Τεχνικό προσωπικό	56	3,7
	Άλλο	124	8,3
Εργάζεστε:	Πλήρης απασχόληση	1403	92,2
	Μερική απασχόληση	43	2,8
	Μεταπτυχιακός φοιτητής	65	4,3
	Εκτός εργασίας(άδεια)	11	0,7

Το 29,4% των συμμετεχόντων ήταν νοσηλευτές ΤΕ και το 16,7% ήταν διοικητικοί. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων εργάζονταν σε πλήρη απασχόληση, με το ποσοστό να είναι 92,2%.

Στοιχεία που αφορούν στην υγεία των συμμετεχόντων δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 3- Στοιχεία που αφορούν στην υγεία των συμμετεχόντων

		N	%
Πόσο καλή είναι η υγεία σας;	Πολύ κακή	53	3,5
	Κακή	71	4,6
	Ούτε κακή ούτε καλή	366	23,8
	Καλή	697	45,4
	Πολύ καλή	349	22,7
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό;	Όχι	1172	76,3
	Ναι	364	23,7

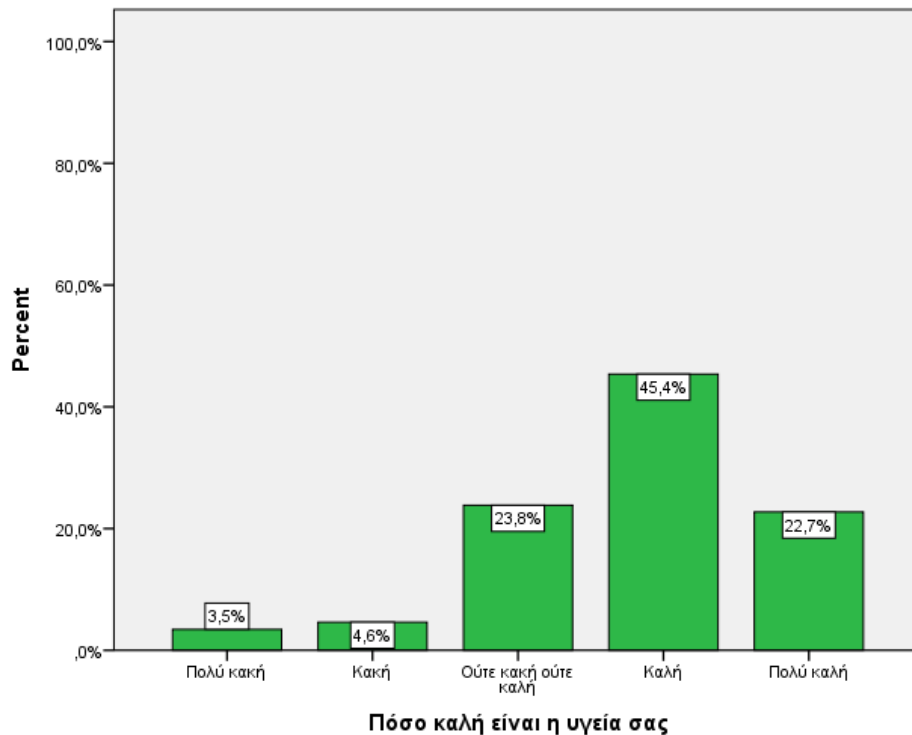
Πίνακας 3 (συνέχεια)- Στοιχεία που αφορούν στην υγεία των συμμετεχόντων

		N	%
Αν ναι, ποιο;	Καρδιολογικά προβλήματα	52	3,4
	Υπέρταση	104	6,8
	Αρθρίτιδα	39	2,5
	Καρκίνος	24	1,6
	Εμφύσημα ή χρόνια βρογχίτιδα	0	0,0
	Διαβήτης	24	1,6
	Καταρράκτης	6	0,4
	Εγκεφαλικό επεισόδιο	3	0,2
	Κάταγμα ή ράγισμα οστού	6	0,4
	Χρόνια ψυχικά προβλήματα	18	1,2
	Προβλήματα κάτω άκρα	64	4,2
	Αιμορραγία του ορθού εντέρου	6	0,4
	Πάρκινσον	3	0,2
	Άλλο	107	7,0
Αν άλλο, τι;	ΑΓΙΩΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΟ	6	0,4
	ΑΓΧΟΣ	3	0,2
	ΑΓΧΟΣ ΔΙΣΚΟΛΙΑΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ	3	0,2
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ	3	0,2

ΑΓΧΩΔΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	3	0,2
ΑΡΡΩΣΤΟΦΟΒΙΑ	3	0,2
ΑΣΘΜΑ ΑΛΕΡΓΙΕΣ	3	0,2
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΕΠΙΘΥΛΙΑΚΟΥ ΚΥΣΤΙΚΟΥ ΛΕΜΦΟΓΓΕΙΟΜΑ	3	0,2
ΔΥΣΠΕΨΙΑ - ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ	6	0,4
ΘΥΡΟΕΙΔΙΤΙΔΑ	5	0,3
ΙΣΧΥΑΛΓΙΑ	3	0,2
ΙΣΧΥΑΛΓΙΑ ΜΥΟΣΚΕΤΛΕΤΙΚΟΙ ΠΟΝΟΙ	6	0,4
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	12	0,8
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΑΓΧΟΣ	3	0,2
ΝΟΣΟΣ	6	0,4
ΟΣΦΥΟΙΣΧΙΑΛΓΙΑ	6	0,4
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ	6	0,4
ΡΗΞΗ ΤΕΝΟΝΤΩΝ ΣΤΟΝ ΩΜΟ	6	0,4
ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	3	0,2
ΥΠΟΘΥΡΕΟΔΙΣΜΟΣ	6	0,4
ΧΡΟΝΙΑ ΔΥΣΜΗΝΟΡΟΙΑ ΠΑΡΕΜΠΟΔΙΣΗ ΔΡΑΣΤ/ΤΩΝ	3	0,2
ΧΡΟΝΙΟ ΒΡΟΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ ΚΟΙΛΕΣ ΜΕΣΟΣΠΟΝΔΥΛΙΟΥ	3	0,2
ΨΩΡΙΑΣΗ, ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΙΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ	3	0,2

Το 45,4% των συμμετεχόντων είχε καλή υγεία και το 22,7% πολύ καλή. Ακόμα, το 23,7% των συμμετεχόντων αντιμετώπιζε κάποιο πρόβλημα υγείας, με τα συχνότερα να είναι η υπέρταση και τα προβλήματα στα κάτω άκρα με ποσοστά 6,8% και 4,2% αντίστοιχα.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η αξιολόγηση της κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων.



Εικόνα 1- Αξιολόγηση της κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα προβλήματα υγείας που είχαν τις περισσότερες επιπτώσεις στη ζωή των συμμετεχόντων.

Πίνακας 4- Στοιχεία που αφορούν τα προβλήματα υγείας που είχαν τις περισσότερες επιπτώσεις στη ζωή των συμμετεχόντων

Ποιο από τα προβλήματα που αντιμετωπίζετε στην υγεία σας θεωρείτε ότι έχει τις πιο σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή σας;	N	%
ΑΘΡΑΛΓΙΑ ΔΙΑΡΡΟΙΑ	6	0,4
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΑ ΓΟΠ	6	0,4
ΔΙΑΒΗΤΗΣ -ΠΕΙΘΑΡΧΙΑ ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ	3	0,2
ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΟΥ ΠΑΝΙΚΟΣ ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΕΡΓΑΣΘΩ. ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΩ	3	0,2
ΕΧΩ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	6	0,4
ΘΥΡΟΕΙΔΗΤΙΔΑ ΠΡΟΚΛΗΘΗΚΕ ΑΠΟ ΕΝΤΟΝΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΕΛΛΕΙΨΗ ΞΕΚΟΥΡΑΣΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	3	0,2

ΙΣΧΥΑΛΓΙΑ	3	0,2
ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ	3	0,2
ΚΑΙ ΤΟΥ ΧΕΡΙΟΥ	6	0,4
ΚΑΜΙΑ ΕΠΙΠΤΩΣΗ	3	0,2
ΚΑΝΕΝΑ	3	0,2
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΗΘΟΥΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΚΟΥΡΑΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ	6	0,4
ΚΑΤΑΓΜΑ ΜΕ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΚΑΙ ΕΧΩ ΖΗΤΗΣΕΙ ΑΛΛΑΓΗ ΘΕΣΗΣ	6	0,4
Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ Κ Ο ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΓΙΑΤΙ ΧΡΕΙΑΖΟΜΑΙ ΣΥΧΝΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΚΑΙ ΥΦΙΣΤΑΜΑΙ ΡΑΡΕΝΕΡΓΕΙΑΕΣ ΚΑΙ ΕΓΧΕΙΡΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	3	0,2
Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ Ο ΦΟΒΟΣ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΜΟΥ	6	0,4
ΟΙΔΗΜΑ ΣΤΙΣ ΑΡΘΡΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΟ ΒΑΔΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΚΑΙΡΟΥΣ	3	0,2
ΠΑΣΧΩ ΑΠΟ ΑΓΚΥΛΟΠΟΝΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΛΟΓΩ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΑ ΚΟΚΚΑΛΑΜΟΥ Ο ΠΟΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ	3	0,2
ΠΟΝΟΙ ΣΤΙΣ ΑΡΘΡΩΣΕΙΣ ΚΑΚΟΥΧΙΑΚΑΤΑΒΟΛΗ ΑΚΑΜΨΙΑ ΚΑΙ ΔΥΣΚΑΜΨΙΑ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ	6	0,4
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	3	0,2
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΝΩ ΑΚΡΩΝ	6	0,4
ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΙ ΚΑΙ ΔΥΣΚΑΜΨΙΑ ΛΟΓΩ ΑΥΧΕΝΙΚΟΥ	6	0,4
ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΖΕΙ ΣΤΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	6	0,4

8.1.2. Κλίμακες της μελέτης

8.1.2.α. Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις κοινωνικής υποστήριξης. Οι βαθμολογίες αυτές μπορούν να κυμανθούν από 1 έως 7, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν περισσότερη υποστήριξη.

Πίνακας 5- Βαθμολογία στις διαστάσεις της Κλίμακας Κοινωνικής Υποστήριξης

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
Συνολική υποστήριξη	2,17	7,00	5,36	1,14
Υποστήριξη από οικογένεια	1,25	7,00	5,49	1,21
Υποστήριξη από φίλους	1,00	7,00	5,14	1,25
Υποστήριξη από σύντροφο	2,00	7,00	5,47	1,21

Η βαθμολογία συνολικής υποστήριξης κυμαινόταν από 2,17 έως 7,00 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 5,36 μονάδες (SD=1,14 μονάδες). Επίσης, η βαθμολογία υποστήριξης από την οικογένεια κυμαινόταν από 1,25 έως 7,00 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 5,49 μονάδες (SD=1,21 μονάδες), η βαθμολογία υποστήριξης από τους φίλους κυμαινόταν από 1,00 έως 7,00 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 5,14 μονάδες (SD=1,25 μονάδες) και η βαθμολογία υποστήριξης από τον σύντροφο κυμαινόταν από 2,00 έως 7,00 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 5,47 μονάδες (SD=1,21 μονάδες).

8.1.2.β. Κλίμακα Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς

Psychological Violent Behaviour Instrument-Mobbing

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της κλίμακας βίαιης ψυχολογικής συμπεριφοράς (mobbing).

Πίνακας 6- Απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing)

	Συχνότητα έκθεσης:					Ποιος το έκανε:			
	Δεν το έχω αντιμ	Μια φορά	Ενίοτε	Αρκετές φορές	Συχνά	Διαρκώς	Προϊστάμενος	Συνάδελφος	Υφιστάμενος

	τωπίσει ποτέ									
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Κάποιος μιλά για σένα ενώπιον άλλων με απαξιωτικό και υποτιμητικό τρόπο	572 (37,2)	222 (14,5)	291 (18,9)	329 (21,4)	86 (5,6)	36 (2,3)	556 (36,2)	570 (37,1)	98 (6,4)	79 (5,1)
Λέγονται αναληθή πράγματα για σένα	754 (49,1)	168 (10,9)	324 (21,1)	216 (14,1)	42 (2,7)	32 (2,1)	305 (19,9)	598 (38,9)	145 (9,4)	66 (4,3)
Συμπεριφέρονται με απαξιωτικό τρόπο σε σένα χρησιμοποιώντας τη γλώσσα του σώματος ενώπιον άλλων	796 (51,8)	136 (8,9)	256 (16,7)	256 (16,7)	73 (4,8)	19 (1,2)	360 (23,4)	581 (37,8)	109 (7,1)	62 (4)
Υπονοούν ότι δεν είσαι καλά από ψυχολογικής πλευράς	1052 (68,5)	126 (8,2)	97 (6,3)	148 (9,6)	80 (5,2)	33 (2,1)	226 (14,7)	400 (26)	102 (6,6)	26 (1,7)
Σε υποχρεώνουν να κάνεις μία δουλειά που θα επηρεάσει αρνητικά την αυτοεκτίμησή σου	1026 (66,8)	84 (5,5)	205 (13,3)	147 (9,6)	36 (2,3)	38 (2,5)	351 (22,9)	243 (15,8)	47 (3,1)	68 (4,4)
Αμφισβητούν την τιμότητα και την αξιοπιστία σου	1218 (79,3)	106 (6,9)	119 (7,7)	48 (3,1)	20 (1,3)	25 (1,6)	155 (10,1)	207 (13,5)	59 (3,8)	53 (3,5)
Διασπείρουν φήμες για την ιδιωτική σου ζωή	851 (55,4)	78 (5,1)	226 (14,7)	202 (13,2)	156 (10,2)	23 (1,5)	209 (13,6)	608 (39,6)	298 (19,4)	71 (4,6)
Σε απειλούν λεκτικά	808 (52,6)	232 (15,1)	258 (16,8)	183 (11,9)	28 (1,8)	27 (1,8)	374 (24,3)	424 (27,6)	64 (4,2)	140 (9,1)
Αντιμετωπίζεις συμπεριφορές όπως χτύπημα χεριού στο τραπέζι	796 (51,8)	161 (10,5)	249 (16,2)	246 (16)	57 (3,7)	27 (1,8)	514 (33,5)	417 (27,1)	38 (2,5)	90 (5,9)
Πάντα αξιολογούν αρνητικά την επίδοσή σου	1099 (71,5)	187 (12,2)	176 (11,5)	34 (2,2)	19 (1,2)	21 (1,4)	305 (19,9)	176 (11,5)	43 (2,8)	69 (4,5)
Σε κατηγορούν για πράγματα για τα οποία δεν είσαι υπεύθυνος	705 (45,9)	280 (18,2)	344 (22,4)	146 (9,5)	32 (2,1)	29 (1,9)	437 (28,5)	539 (35,1)	55 (3,6)	89 (5,8)
Σε θεωρούν αποκλειστικά υπεύθυνο όταν μία εργασία που έγινε με άλλους έχει αρνητικά αποτελέσματα	1003 (65,3)	194 (12,6)	231 (15)	76 (4,9)	15 (1)	17 (1,1)	327 (21,3)	257 (16,7)	40 (2,6)	74 (4,8)
Πάντα ανακαλύπτουν λάθη στην δουλειά σου και στα αποτελέσματα της δουλειά σου	1035 (67,4)	246 (16)	176 (11,5)	50 (3,3)	11 (0,7)	18 (1,2)	260 (16,9)	285 (18,6)	45 (2,9)	75 (4,9)

Πίνακας 6 (συνέχεια)- Απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της Κλίμακας Βίαης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing)

	Συχνότητα έκθεσης:						Ποιος το έκανε:			
	Δεν το έχω αντιμετωπίσει ποτέ	Μια φορά	Ενίοτε	Αρκετές φορές	Συχνά	Διαρκώς	Προϊστάμενος	Συνάδελφος	Υφιστάμενος	Άλλος
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Πάντα αμφισβητούν την επαγγελματική σου επάρκεια στη δουλειά σου	1053 (68,6)	196 (12,8)	201 (13,1)	58 (3,8)	7 (0,5)	21 (1,4)	246 (16)	289 (18,8)	65 (4,2)	71 (4,6)
Γράφονται άδικες αναφορές για εσένα	1281 (83,4)	141 (9,2)	54 (3,5)	44 (2,9)	9 (0,6)	7 (0,5)	194 (12,6)	87 (5,7)	22 (1,4)	33 (2,1)
Σε κάνουν να νιώθεις ότι εσύ και το έργο σου είστε υπό έλεγχο	790 (51,4)	96 (6,3)	328 (21,4)	203 (13,2)	74 (4,8)	45 (2,9)	514 (33,5)	436 (28,4)	57 (3,7)	61 (4)
Δεν σου δίνουν την ευκαιρία να αποδείξεις την αξία σου	937 (61)	66 (4,3)	235 (15,3)	155 (10,1)	117 (7,6)	26 (1,7)	390 (25,4)	319 (20,8)	30 (2)	51 (3,3)
Οι αποφάσεις και οι συστάσεις σου επικρίνονται και απορρίπτονται	905 (58,9)	217 (14,1)	232 (15,1)	139 (9)	20 (1,3)	23 (1,5)	471 (30,7)	289 (18,8)	57 (3,7)	50 (3,3)

Σου αφαιρούν καθήκοντα για τα οποία ήσουν υπεύθυνος και τα αναθέτουν σε άλλους με χαμηλότερη θέση	1092 (71,1)	143 (9,3)	185 (12)	86 (5,6)	10 (0,7)	20 (1,3)	381 (24,8)	124 (8,1)	22 (1,4)	46 (3)
Σε ελέγχουν άτομα ιεραρχικά κατώτερα	1269 (82,6)	120 (7,8)	75 (4,9)	35 (2,3)	2 (0,1)	35 (2,3)	65 (4,2)	115 (7,5)	128 (8,3)	52 (3,4)
Θεωρούν ότι το έργο που έχεις παραγάγει είναι άνευ αξίας και ασήμαντο	1168 (76)	118 (7,7)	152 (9,9)	55 (3,6)	17 (1,1)	26 (1,7)	236 (15,4)	196 (12,8)	50 (3,3)	64 (4,2)
Δεν σε πληροφορούν για κοινωνικές συγκεντρώσεις	1113 (72,5)	91 (5,9)	180 (11,7)	50 (3,3)	59 (3,8)	43 (2,8)	196 (12,8)	332 (21,6)	126 (8,2)	66 (4,3)
Δεν παίρνεις απάντηση όταν ζητάς συνάντηση και διάλογο	1042 (67,8)	98 (6,4)	195 (12,7)	133 (8,7)	32 (2,1)	36 (2,3)	305 (19,9)	276 (18)	53 (3,5)	59 (3,8)
Σου συμπεριφέρονται στη δουλειά σαν να είσαι αόρατος και ανύπαρκτος	1229 (80)	109 (7,1)	97 (6,3)	64 (4,2)	15 (1)	22 (1,4)	159 (10,4)	211 (13,7)	49 (3,2)	47 (3,1)
Συχνά σε διακόπτουν όταν μιλάς	925 (60,2)	130 (8,5)	302 (19,7)	131 (8,5)	20 (1,3)	28 (1,8)	290 (18,9)	494 (32,2)	65 (4,2)	70 (4,6)
Δεν απαντούν στα e-mail που στέλνεις και στα τηλεφωνήματά σου	1218 (79,3)	111 (7,2)	86 (5,6)	65 (4,2)	30 (2)	26 (1,7)	196 (12,8)	209 (13,6)	48 (3,1)	42 (2,7)
Αποτρέπουν ή απαγορεύουν σε συναδέλφους να σου μιλούν	1320 (85,9)	92 (6)	68 (4,4)	32 (2,1)	9 (0,6)	15 (1)	140 (9,1)	108 (7)	25 (1,6)	21 (1,4)
Όταν εισέρχεστε σε χώρο οικείο για εσάς, αφήνετε τον χώρο όπου βρίσκεστε	1264 (82,3)	84 (5,5)	114 (7,4)	47 (3,1)	10 (0,7)	17 (1,1)	140 (9,1)	142 (9,2)	43 (2,8)	43 (2,8)
Σε θεωρούν υπεύθυνο για εργασία πέρα των δυνατοτήτων σου	1128 (73,4)	106 (6,9)	181 (11,8)	73 (4,8)	22 (1,4)	26 (1,7)	242 (15,8)	196 (12,8)	39 (2,5)	63 (4,1)
Σε πιέζουν να παραιτηθείς ή να αλλάξεις χώρο εργασίας	1287 (83,8)	55 (3,6)	97 (6,3)	56 (3,6)	26 (1,7)	15 (1)	153 (10)	199 (13)	38 (2,5)	40 (2,6)
Σου αποκρύπτουν πληροφορίες, έγγραφα και υλικό που χρειάζεσαι για την εργασία σου	1077 (70,1)	135 (8,8)	134 (8,7)	127 (8,3)	43 (2,8)	20 (1,3)	176 (11,5)	380 (24,7)	67 (4,4)	45 (2,9)
Προκαλούν ζημιές σε προσωπικά σου αντικείμενα	1218 (79,3)	109 (7,1)	118 (7,7)	74 (4,8)	0 (0,0)	17 (1,1)	69 (4,5)	280 (18,2)	36 (2,3)	27 (1,8)
Άσκησαν σωματική βία εναντίον σου	1342 (87,4)	67 (4,4)	86 (5,6)	27 (1,8)	9 (0,6)	5 (0,3)	43 (2,8)	132 (8,6)	11 (0,7)	83 (5,4)

Η συμπεριφορά που έχουν αντιμετωπίσει συχνότερα τουλάχιστον 1 φορά οι συμμετέχοντες ήταν το να μιλήσει για εκείνους ενώπιον άλλων με απαξιωτικό και υποτιμητικό τρόπο σε ποσοστό 62,8% και ακολουθούν το να τους κατηγορούν για πράγματα για τα οποία δεν είναι υπεύθυνοι και να λέγονται αναληθή πράγματα για αυτούς σε ποσοστά 54,1% και 50,9% αντίστοιχα. Οι συχνότερες συμπεριφορές που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες από τους προϊσταμένους τους ήταν το να μιλά για εκείνους ενώπιον άλλων με απαξιωτικό και υποτιμητικό τρόπο και το να τους κάνουν να νιώθουν ότι εκείνοι και το έργο τους είναι υπό έλεγχο, με ποσοστά 36,2% και 33,5%. Οι συχνότερες συμπεριφορές που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες από τους συναδέλφους τους ήταν να διασπείρουν φήμες για την ιδιωτική τους ζωή και να λένε αναληθή πράγματα για εκείνους με ποσοστά 39,6% και 38,9% αντίστοιχα. Ακόμα, η συχνότερη συμπεριφορά που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες από τους

υφισταμένους τους ήταν να διασπείρουν φήμες για την ιδιωτική τους ζωή με το ποσοστό να είναι 19,4%.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing). Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερο εκφοβισμό.

Πίνακας 7- Βαθμολογία στις διαστάσεις της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing)

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's a
Επιθετικές συμπεριφορές στο άτομο (Attack on personality)	0,00	38,00	8,78 (8,79)	6 (0 – 14)	0,90
Επίθεση στο εργασιακό χώρο (Attack on professional status)	0,00	45,00	6,61 (8,16)	4 (0 – 10)	0,92
Απομόνωση του ατόμου από την εργασία του (Individual's isolation from work)	0,00	50,00	7,16 (9,94)	3 (0 – 10)	0,93
Άμεσες αρνητικές συμπεριφορές (Direct attack)	0,00	19,00	1,33 (2,69)	0 (0 – 2)	0,78
Συνολικό σκορ Ηθικής παρενόχλησης (Total Mobbing Score)	0,00	143,00	23,88 (27,33)	15,5 (3 – 32,0)	0,97

Η βαθμολογία στη διάσταση «Attack on personality» κυμαινόταν από 0 μέχρι 38 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 8,78 μονάδες (SD=8,79 μονάδες), στη διάσταση «Attack on professional status» κυμαινόταν από 0 μέχρι 45 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 6,61 μονάδες (SD=8,16 μονάδες), στη διάσταση «Individual's isolation from work» κυμαινόταν από 0 μέχρι 50 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 7,16 μονάδες (SD=9,94 μονάδες) και στη διάσταση «Direct attack» κυμαινόταν από 0 μέχρι 19 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 1,33 μονάδες (SD=2,69 μονάδες). Η συνολική

βαθμολογία κυμαινόταν από 0 μέχρι 143 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 23,88 μονάδες (SD=27,33 μονάδες).

Οι συντελεστές αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7) σε όλες τις διαστάσεις αλλά και συνολικά, υποδηλώνοντας ότι υπάρχει αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου της βίαιης ψυχολογικής συμπεριφοράς (mobbing).

Για τη διερεύνηση της παραγοντικής εγκυρότητας έγινε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση.

Στον ακόλουθο πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης για τις διαστάσεις της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing).

Πίνακας 8- Αποτελέσματα της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης για τις διαστάσεις της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing)

	GFI	CFI	RMSEA
WPVB	0.932	0.961	0.078

Μετά από επιδράσεις τροποποίησης, η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση αποκάλυψε μια αποδεκτή προσαρμογή για το ερωτηματολόγιο, όπου ο δείκτης GFI ήταν πάνω από 0,8 και κοντά στο 0,9 και ο δείκτης CFI ήταν πάνω από 0,9 που είναι το αποδεκτό όριο. Ο δείκτης RMSEA ήταν αποδεκτός και κάτω από 0,08.

Συσχέτιση της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing) με την Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing) με την Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης.

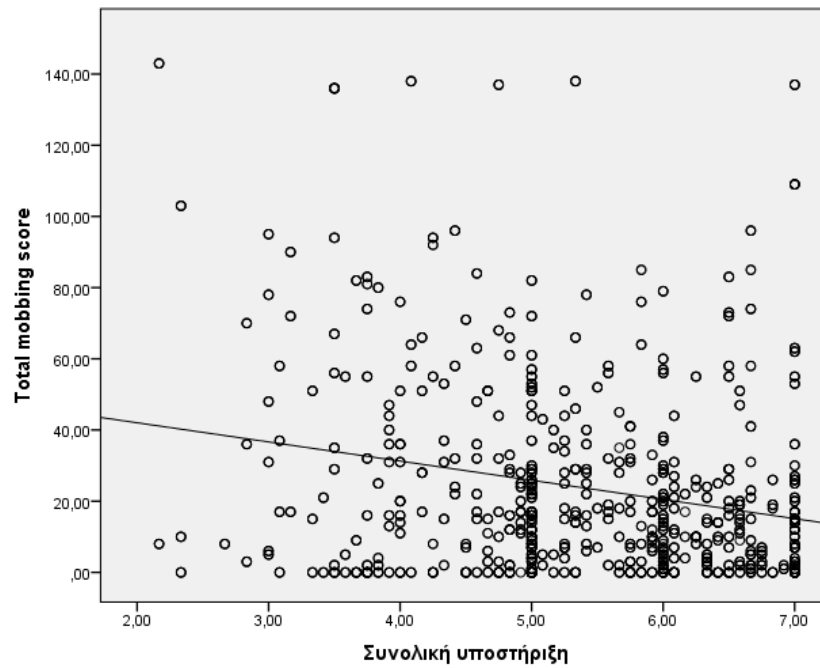
Πίνακας 9- Συντελεστές συσχέτισης του Spearman της Κλίμακας Βίαης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing) με την Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης

	Attack on personality	Attack on professional status	Individual's isolation from work	Direct attack	Total mobbing score
Συνολική Υποστήριξη	-0,18	-0,14	-0,18	-0,20	-0,17
Υποστήριξη από οικογένεια	-0,19	-0,13	-0,17	-0,18	-0,17
Υποστήριξη από φίλους	-0,16	-0,14	-0,16	-0,17	-0,15
Υποστήριξη από σύντροφο	-0,18	-0,13	-0,16	-0,19	-0,17

Σημείωση: Όλοι οι συντελεστές ήταν σημαντικοί με $p < 0,001$.

Υπήρξαν σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων της Κλίμακας Βίαης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing) και της Κλίμακας Κοινωνικής Υποστήριξης, γεγονός που επιβεβαιώνει τη συγκλίνουσα εγκυρότητα του ερωτηματολογίου βίαης ψυχολογικής συμπεριφοράς (mobbing). Συνεπώς, όσο μεγαλύτερη ήταν οι κοινωνική υποστήριξη που είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο λιγότερη ηθική παρενόχληση (mobbing) δέχονταν.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών βίαης ψυχολογικής συμπεριφοράς (mobbing) και κοινωνικής υποστήριξης.



Εικόνα 2- Συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών βίαιης ψυχολογικής συμπεριφοράς (mobbing) και κοινωνικής υποστήριξης

Συσχέτιση των διαστάσεων της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing) με δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις έχοντας ως εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις στην Κλίμακα Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς

(Mobbing) και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα εργασιακά τους στοιχεία, την κατάσταση υγείας τους και την κοινωνική υποστήριξη που είχαν. Με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών βρέθηκαν τα αποτελέσματα των παρακάτω πινάκων:

- Έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «*Attack on personality*»:

Πίνακας 10- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «*Attack on personality*»

		β*	SE**	P
Φύλο	Άντρες (αναφ.)			
	Γυναίκες	-0,026	0,038	0,496
Ηλικία		0,000	0,002	0,845
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ (αναφ.)			
	ΤΕΙ	-0,010	0,050	0,849
	ΑΕΙ	0,021	0,067	0,755
	MSc/ PhD	-0,090	0,057	0,119
Έγγαμοι	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,008	0,046	0,867
Έχετε παιδιά	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,093	0,047	0,045
Ζείτε	Μόνος (αναφ.)			
	Με άλλους	-0,104	0,045	0,022
Επάγγελμα	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο (αναφ.)			
	Ιατροί	-0,018	0,059	0,758
	Νοσηλευτές	-0,043	0,043	0,324
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα (αναφ.)			
	Επαρχία	0,002	0,033	0,959
Πόσο καλή είναι η υγεία σας		-0,029	0,019	0,120
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,004	0,043	0,917
Συνολική υποστήριξη		-0,071	0,015	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Σημείωση: Ως ανεξάρτητες μεταβλητές τέθηκαν (α) τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, (β) τα εργασιακά τους στοιχεία, (γ) η κατάσταση υγείας τους και (δ) η κοινωνική υποστήριξη που είχαν.

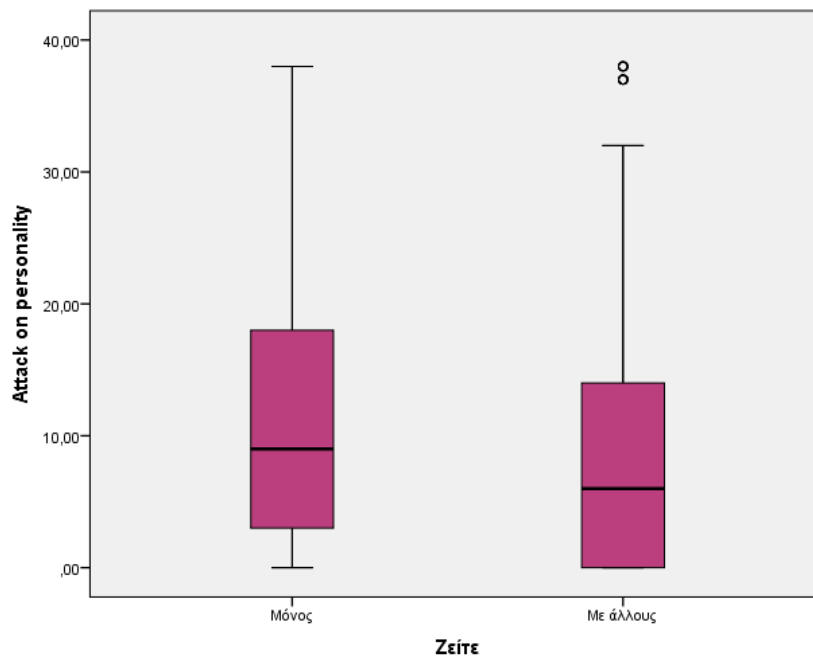
Το αν είχαν παιδιά, οι συνθήκες διαμονής των συμμετεχόντων και το επίπεδο συνολικής κοινωνικής υποστήριξης που είχαν βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «*Attack on personality*». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες που είχαν παιδιά είχαν χαμηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας ότι δέχονταν λιγότερη ηθική παρενόχληση (mobbing) σχετικά

με τη διάσταση «Attack on personality», σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν παιδιά.

- Οι συμμετέχοντες που έμεναν με άλλους δέχονταν σημαντικά λιγότερη ηθική παρενόχληση (mobbing) τέτοιου είδους, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που έμεναν μόνοι τους.
- Όσο περισσότερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο λιγότερη ηθική παρενόχληση (mobbing) τέτοιου είδους δέχονταν.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Attack on personality» ανάλογα με τις συνθήκες διαμονής τους.



Εικόνα 3- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Attack on personality» ανάλογα με τις συνθήκες διαμονής τους

- Έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Attack on professional status»:

Πίνακας 11- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Attack on professional status»

	β^*	SE**	P
--	-----------	------	---

Φύλο	Άντρες (αναφ.)			
	Γυναίκες	-0,075	0,037	0,041
Ηλικία		0,001	0,002	0,722
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ (αναφ.)			
	ΤΕΙ	-0,106	0,049	0,030
	ΑΕΙ	-0,061	0,065	0,350
	MSc/ PhD	-0,095	0,056	0,090
Έγγαμοι	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,010	0,045	0,818
Έχετε παιδιά	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,085	0,045	0,062
Ζείτε	Μόνος (αναφ.)			
	Με άλλους	-0,023	0,044	0,609
Επάγγελμα	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο (αναφ.)			
	Ιατροί	-0,105	0,058	0,071
	Νοσηλευτές	-0,139	0,042	0,001
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα (αναφ.)			
	Επαρχία	-0,007	0,032	0,825
Πόσο καλή είναι η υγεία σας		-0,014	0,019	0,444
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,038	0,042	0,374
Συνολική υποστήριξη		-0,048	0,014	0,001

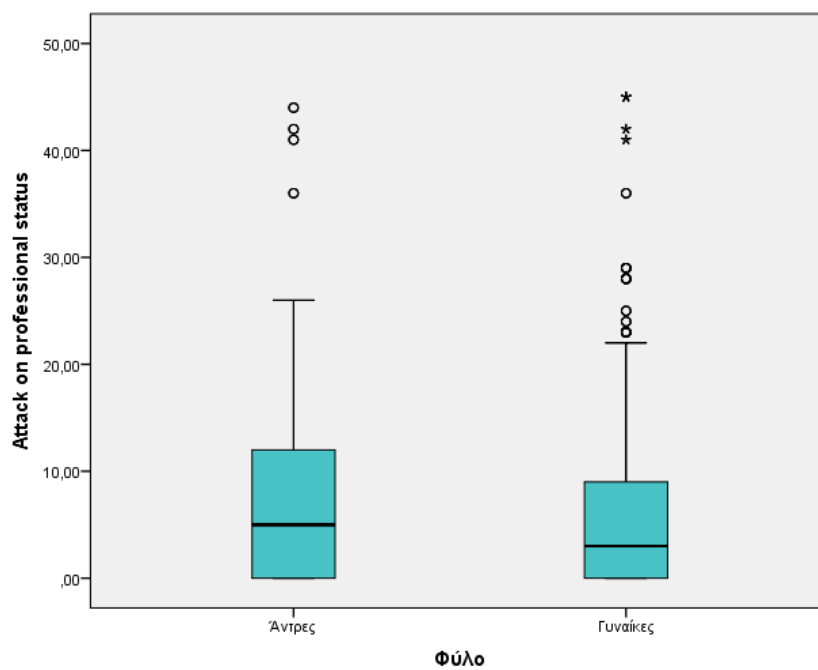
*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Σημείωση: Ως ανεξάρτητες μεταβλητές τέθηκαν (α) τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, (β) τα εργασιακά τους στοιχεία, (γ) η κατάσταση υγείας τους και (δ) η κοινωνική υποστήριξη που είχαν.

Το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα των συμμετεχόντων και το επίπεδο συνολικής κοινωνικής υποστήριξης που είχαν βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Attack on professional status». Συγκεκριμένα:

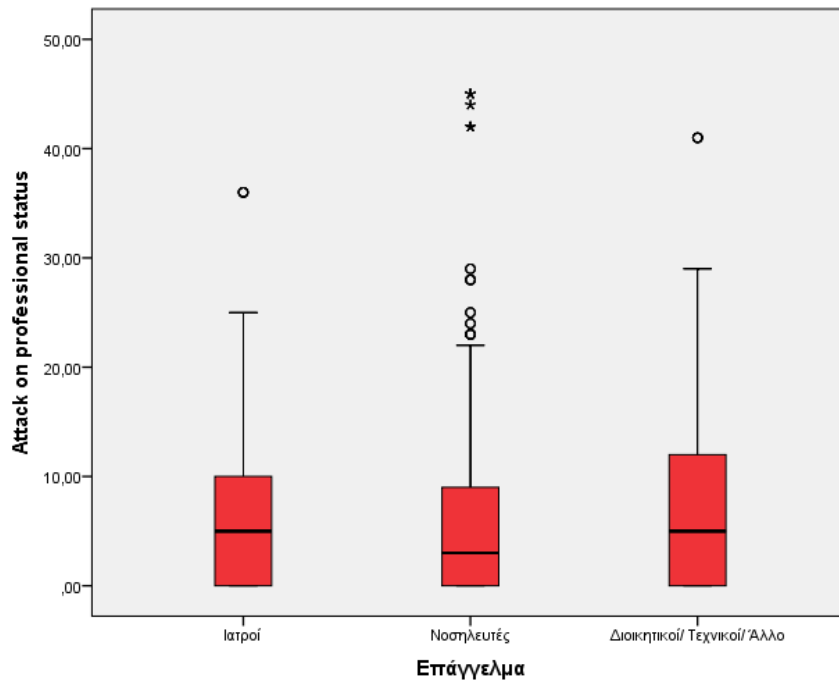
- Οι γυναίκες είχαν χαμηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας ότι δέχονταν λιγότερη ηθική παρενόχληση (mobbing) σχετικά με τη διάσταση «Attack on professional status», σε σύγκριση με τους άντρες.
- Οι πτυχιούχοι ΤΕΙ δέχονταν σημαντικά λιγότερη ηθική παρενόχληση (mobbing) τέτοιου είδους, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ήταν το πολύ απόφοιτοι ΤΕΕ/ΙΕΚ.
- Οι νοσηλευτές δέχονταν σημαντικά λιγότερη ηθική παρενόχληση (mobbing) στο χώρο εργασίας τέτοιου είδους, σε σύγκριση με τους διοικητικούς/τεχνικούς και άλλους επαγγελματίες.
- Όσο περισσότερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο λιγότερη ηθική παρενόχληση (mobbing) τέτοιου είδους δέχονταν.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Attack on professional status» ανάλογα με το φύλο τους.



Εικόνα 4- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Attack on professional status» ανάλογα με το φύλο τους

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Attack on professional status» ανάλογα με το επάγγελμά τους.



Εικόνα 5- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Attack on professional status» ανάλογα με το επάγγελμά τους

- Έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «*Individual's isolation from work*»:

Πίνακας 12- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Individual's isolation from work»

		β*	SE**	P
Φύλο	Άντρες (αναφ.)			
	Γυναίκες	-0,009	0,040	0,822
Ηλικία		0,003	0,002	0,223
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ (αναφ.)			
	ΤΕΙ	-0,083	0,053	0,116
	ΑΕΙ	-0,050	0,070	0,473
	MSc/ PhD	-0,066	0,061	0,280
Έγγαμοι	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,031	0,049	0,519
Έχετε παιδιά	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,134	0,049	0,007
Ζείτε	Μόνος (αναφ.)			
	Με άλλους	-0,013	0,048	0,794
Επάγγελμα	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο (αναφ.)			
	Ιατροί	-0,126	0,063	0,045
	Νοσηλεύτές	-0,103	0,046	0,025
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα (αναφ.)			
	Επαρχία	0,013	0,035	0,708
Πόσο καλή είναι η υγεία σας		-0,037	0,020	0,062
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,013	0,046	0,773
Συνολική υποστήριξη		-0,099	0,016	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

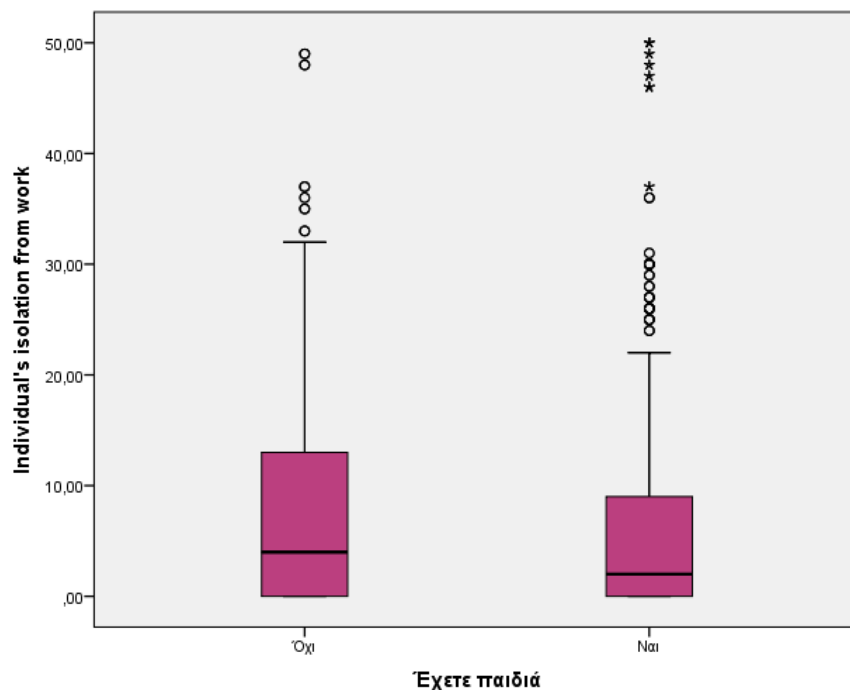
Σημείωση: Ως ανεξάρτητες μεταβλητές τέθηκαν (α) τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, (β) τα εργασιακά τους στοιχεία, (γ) η κατάσταση υγείας τους και (δ) η κοινωνική υποστήριξη που είχαν.

Το αν είχαν παιδιά, το επάγγελμα των συμμετεχόντων και το επίπεδο συνολικής κοινωνικής υποστήριξης που είχαν βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Individual's isolation from work». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες που είχαν παιδιά είχαν χαμηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας ότι δέχονταν λιγότερο ηθική παρενόχληση (mobbing) σχετικά με τη διάσταση «Individual's isolation from work», σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν παιδιά.
- Οι ιατροί δέχονταν σημαντικά λιγότερο βίαιη ψυχολογική παρενόχληση (mobbing) τέτοιου είδους, σε σύγκριση με τους διοικητικούς/τεχνικούς και άλλους επαγγελματίες.

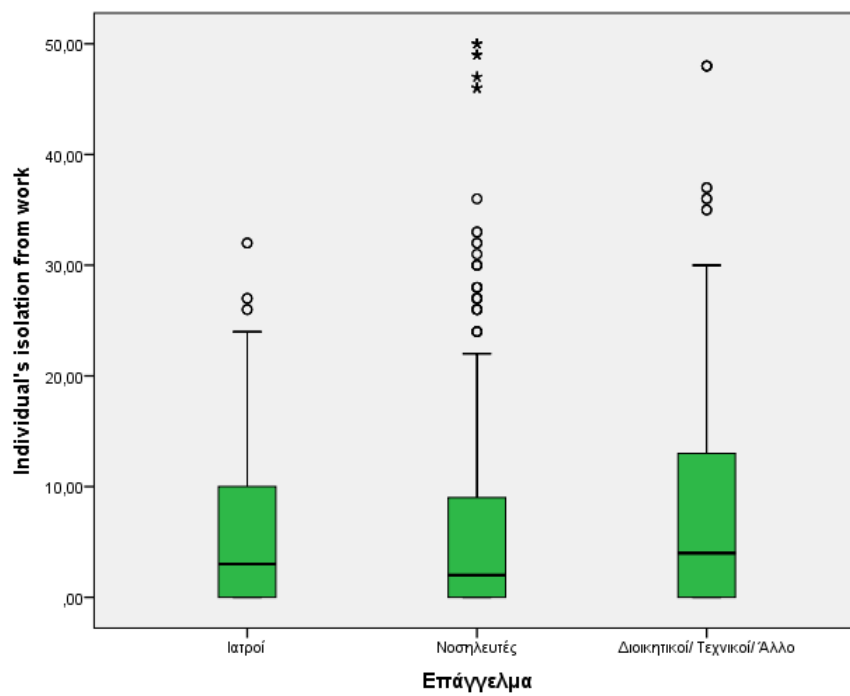
- Οι νοσηλευτές δέχονταν σημαντικά λιγότερο ηθική παρενόχληση (mobbing) τέτοιου είδους, σε σύγκριση με τους διοικητικούς/τεχνικούς και άλλους επαγγελματίες.
- Όσο περισσότερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο λιγότερο ηθική παρενόχληση (mobbing) τέτοιου είδους δέχονταν.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Individual's isolation from work» ανάλογα με το αν είχαν παιδιά ή όχι.



Εικόνα 6- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Individual's isolation from work» ανάλογα με το αν είχαν παιδιά ή όχι

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Individual's isolation from work» ανάλογα με το επάγγελμά τους.



Εικόνα 7- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Individual's isolation from work» ανάλογα με το επάγγελμά τους

- Έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «*Direct attack*»: Γιατί δεν μεταφράζεται;

Πίνακας 13- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Direct attack»

		β^*	SE**	P
Φύλο	Άντρες (αναφ.)			
	Γυναίκες	-0,073	0,024	0,002
Ηλικία		0,001	0,001	0,548
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ (αναφ.)			
	ΤΕΙ	0,002	0,032	0,962
	ΑΕΙ	0,013	0,042	0,752
	MSc/ PhD	-0,014	0,036	0,705
Έγγαμοι	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,006	0,029	0,832
Έχετε παιδιά	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,025	0,029	0,394
Ζείτε	Μόνος (αναφ.)			
	Με άλλους	-0,107	0,029	<0,001
Επάγγελμα	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο (αναφ.)			
	Ιατροί	0,009	0,037	0,800
	Νοσηλευτές	-0,026	0,027	0,345
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα (αναφ.)			
	Επαρχία	0,006	0,021	0,771
Πόσο καλή είναι η υγεία σας		-0,046	0,012	<0,001
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,050	0,027	0,070
Συνολική υποστήριξη		-0,057	0,009	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

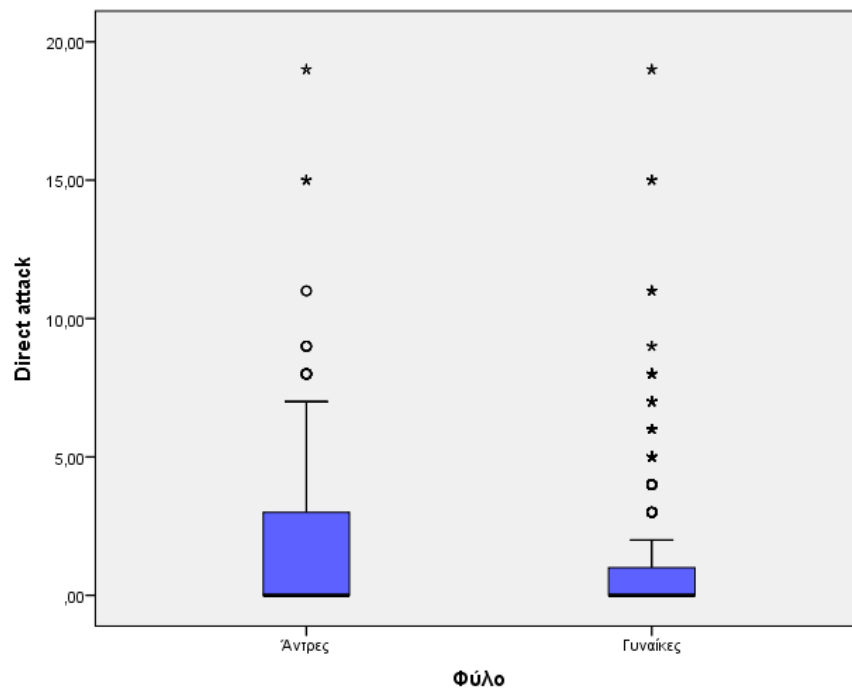
Σημείωση: Ως ανεξάρτητες μεταβλητές τέθηκαν (α) τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, (β) τα εργασιακά τους στοιχεία, (γ) η κατάσταση υγείας τους και (δ) η κοινωνική υποστήριξη που είχαν.

Το φύλο, η κατάσταση διαμονής των συμμετεχόντων, η κατάσταση της υγείας τους και το επίπεδο συνολικής κοινωνικής υποστήριξης που είχαν βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Direct attack». Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν χαμηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας ότι δέχονταν λιγότερο ηθική παρενόχληση (mobbing) σχετικά με τη διάσταση «Direct attack», σε σύγκριση με τους άντρες.
- Οι συμμετέχοντες που έμεναν με άλλους δέχονταν σημαντικά λιγότερο ηθική παρενόχληση (mobbing) τέτοιου είδους, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που έμεναν μόνοι τους.
- Όσο καλύτερη υγεία είχαν οι συμμετέχοντες τόσο λιγότερη ηθική παρενόχληση (mobbing) τέτοιου είδους δέχονταν.

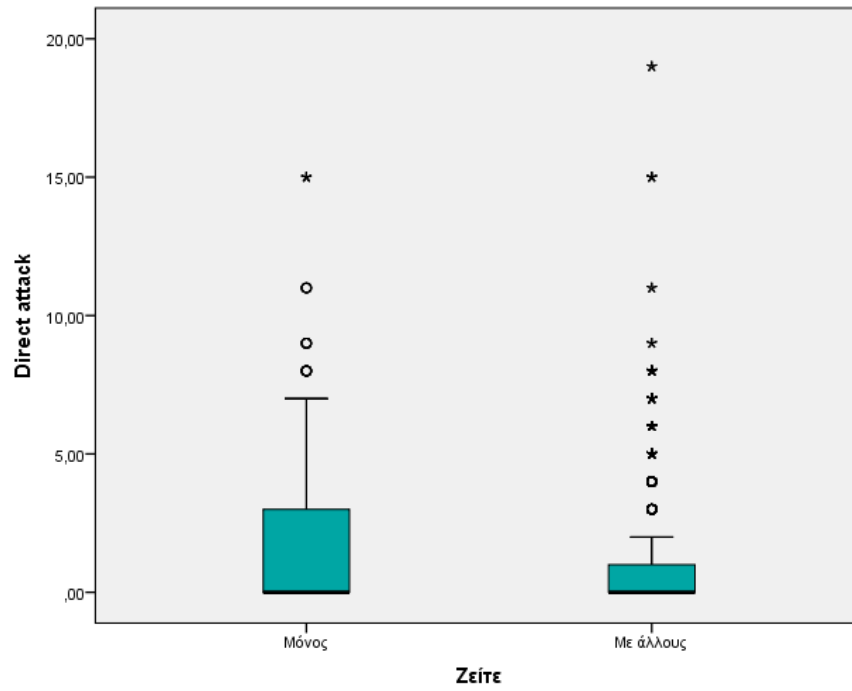
- Όσο περισσότερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο λιγότερη ηθική παρενόχληση (mobbing) τέτοιου είδους δέχονταν.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Direct attack» ανάλογα με το φύλο τους.



Εικόνα 8- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Direct attack» ανάλογα με το φύλο τους

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Direct attack» ανάλογα με τις συνθήκες διαμονής τους.



Εικόνα 9- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Direct attack» ανάλογα με τις συνθήκες διαμονής τους

- Έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη *συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing)*:

Πίνακας 14- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Βίαης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing)

		β^*	SE**	P
Φύλο	Αντρες (αναφ.)			
	Γυναίκες	-0,027	0,047	0,570
Ηλικία		0,000	0,003	0,950
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ (αναφ.)			
	ΤΕΙ	-0,060	0,063	0,343
	ΑΕΙ	-0,022	0,084	0,791
	MSc/ PhD	-0,089	0,072	0,219
Έγγαμοι	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,021	0,058	0,718
Έχετε παιδιά	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,148	0,059	0,012
Ζείτε	Μόνος (αναφ.)			
	Με άλλους	-0,053	0,057	0,353
Επάγγελμα	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο (αναφ.)			
	Ιατροί	-0,095	0,075	0,204
	Νοσηλευτές	-0,121	0,054	0,027
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα (αναφ.)			
	Επαρχία	0,001	0,041	0,973
Πόσο καλή είναι η υγεία σας		-0,019	0,024	0,415
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,035	0,054	0,520
Συνολική υποστήριξη		-0,076	0,019	<0,001

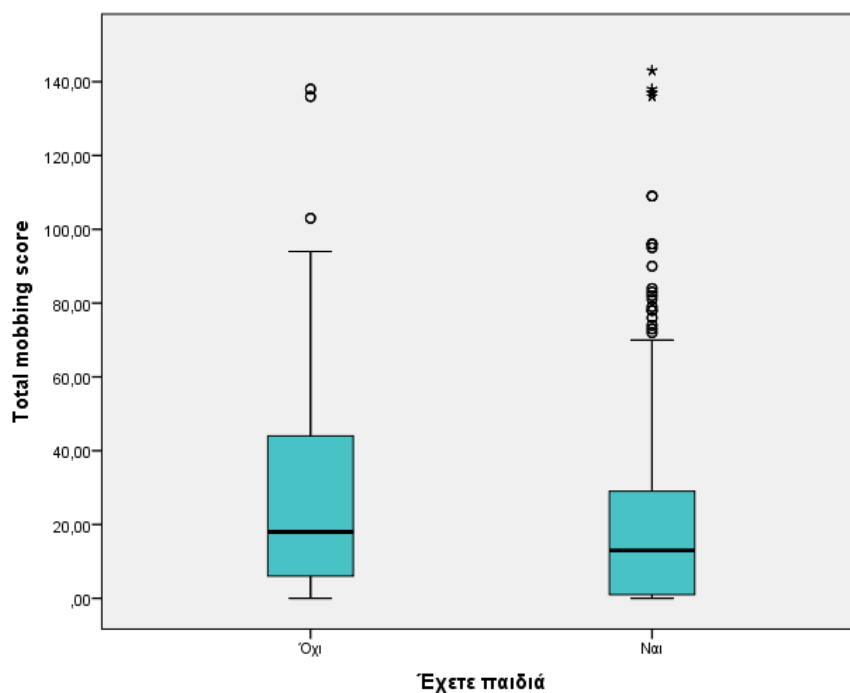
*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Σημείωση: Ως ανεξάρτητες μεταβλητές τέθηκαν (α) τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, (β) τα εργασιακά τους στοιχεία, (γ) η κατάσταση υγείας τους και (δ) η κοινωνική υποστήριξη που είχαν.

Το αν είχαν παιδιά, το επάγγελμα και το επίπεδο συνολικής κοινωνικής υποστήριξης που είχαν βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνολική βαθμολογία. Συγκεκριμένα:

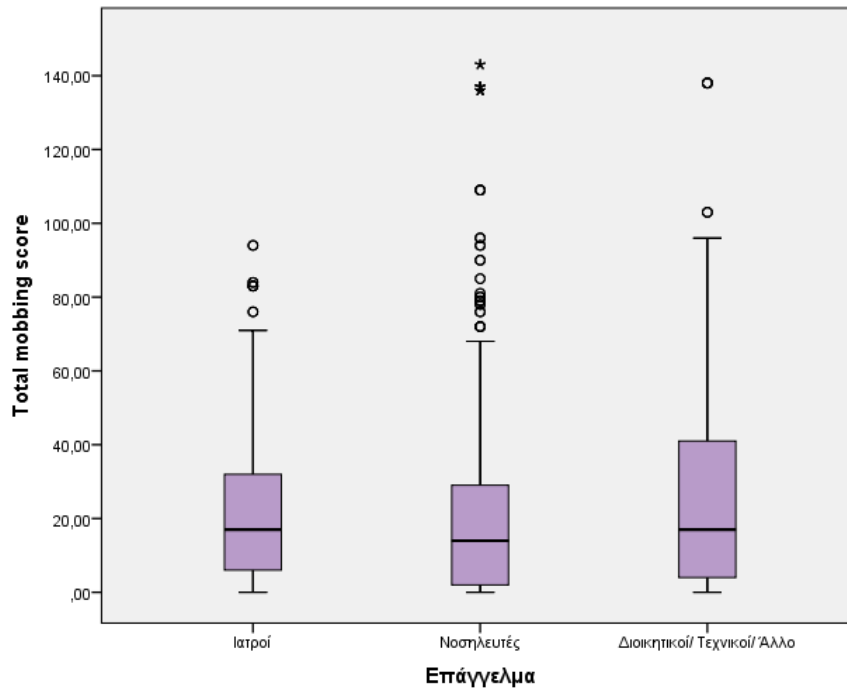
- Οι συμμετέχοντες που είχαν παιδιά είχαν χαμηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας ότι δέχονταν λιγότερο ηθική παρενόχληση (mobbing) συνολικά, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν παιδιά.
- Οι νοσηλευτές δέχονταν σημαντικά λιγότερο ηθική παρενόχληση (mobbing) συνολικά, σε σύγκριση με τους διοικητικούς/τεχνικούς και άλλους επαγγελματίες.
- Όσο περισσότερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο λιγότερο ηθική παρενόχληση (mobbing) συνολικά δέχονταν.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων στην Κλίμακα Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing) ανάλογα με το αν είχαν παιδιά ή όχι.



Εικόνα 10- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην Κλίμακα Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing) ανάλογα με το αν είχαν παιδιά ή όχι

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων στην Κλίμακα Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing) ανάλογα με το επάγγελμά τους.



Εικόνα 11- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην Κλίμακα Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing) ανάλογα με το το επάγγελμά τους

8.1.2.γ. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-28)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας. *Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν χειρότερη υγεία.*

Πίνακας 15- Βαθμολογία στις διαστάσεις του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
Σωματικά συμπτώματα	0,0	20,0	7,5	4,4
Άγχος/ Αϋπνία	0,0	21,0	8,0	4,5
Κοινωνική δυσλειτουργία	0,0	21,0	7,3	3,7
Μείζων κατάθλιψη	0,0	15,0	2,8	3,9
Συνολική βαθμολογία GHQ-28	0,0	76,0	25,4	14,1

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Σωματικά συμπτώματα» ήταν 7,5 μονάδες (SD=4,4 μονάδες), στη διάσταση «Άγχος/ Αϋπνία» ήταν 8,0 μονάδες (SD=4,5 μονάδες), στη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία» ήταν 7,3 μονάδες (SD=3,7 μονάδες) και στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη» ήταν 2,8 μονάδες (SD=3,9 μονάδες). Η μέση βαθμολογία στη συνολική βαθμολογία GHQ-28 ήταν 25,4 μονάδες (SD=14,1 μονάδες).

Συσχέτιση των διαστάσεων του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας και της Κλίμακας Κοινωνικής Υποστήριξης.

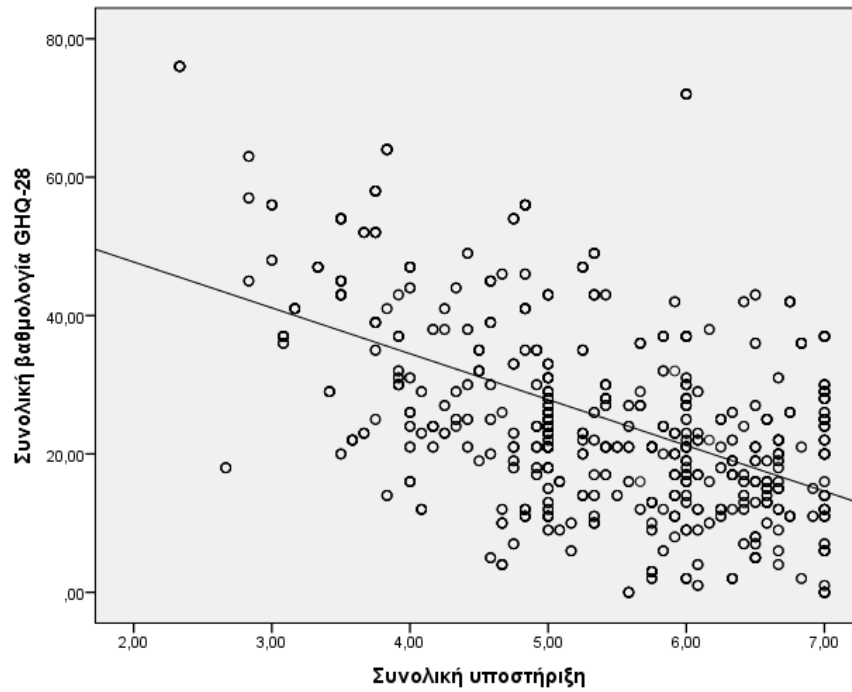
Πίνακας 16- Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας και της Κλίμακας Κοινωνικής Υποστήριξης

	Σωματικά συμπτώματα	Άγχος/ Αϋπνία	Κοινωνική δυσλειτουργία	Μείζων κατάθλιψη	Συνολική βαθμολογία GHQ-28
Συνολική υποστήριξη	-0,48	-0,43	-0,48	-0,44	-0,52
Υποστήριξη από οικογένεια	-0,45	-0,41	-0,46	-0,43	-0,49
Υποστήριξη από φίλους	-0,39	-0,34	-0,38	-0,34	-0,40
Υποστήριξη από σύντροφο	-0,50	-0,45	-0,49	-0,45	-0,53

Σημείωση: Όλοι οι συντελεστές ήταν σημαντικοί με $p < 0,001$.

Υπήρξαν σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας γενικής υγείας και της κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης. Συνεπώς, όσο μεγαλύτερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο καλύτερη ήταν η γενική τους υγεία.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών γενικής υγείας και κοινωνικής υποστήριξης.



Εικόνα 12- Συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών γενικής υγείας και κοινωνικής υποστήριξης

Συσχέτιση των διαστάσεων του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την Κλίμακα Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing)

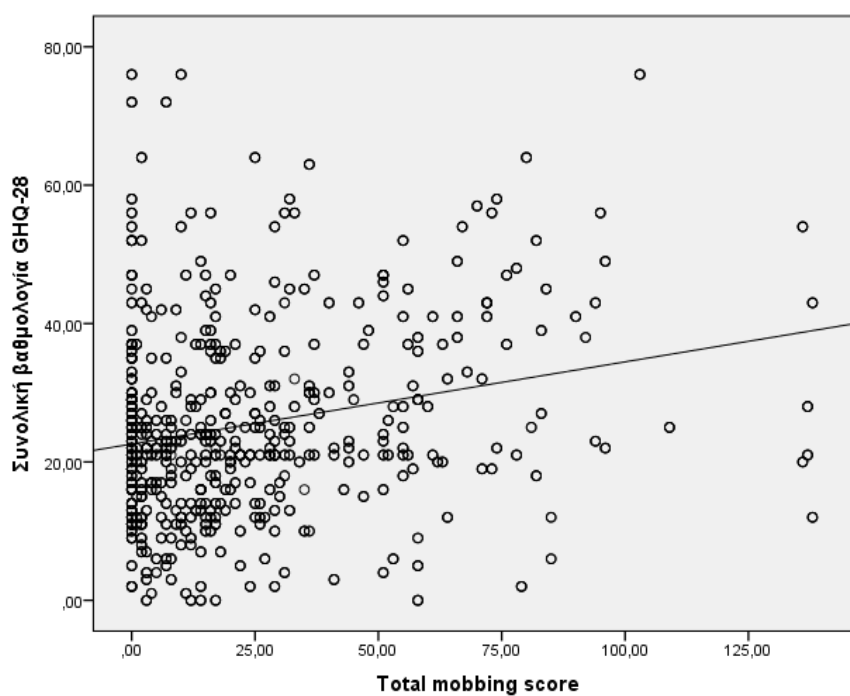
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας και της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing).

Πίνακας 17- Συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας και της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing)

		Σωματικά συμπτώματα	Άγχος/ Αϋπνία	Κοινωνική δυσλειτουργία	Μείζων κατάθλιψη	Συνολική βαθμολογία GHQ-28
Attack on personality	R	0,14	0,17	0,08	0,06	0,14
	P	<0,001	<0,001	0,002	0,029	<0,001
Attack on professional status	R	0,16	0,19	0,13	0,15	0,20
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Individual's isolation from work	R	0,15	0,19	0,08	0,12	0,17
	P	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001
Direct Attack	R	0,17	0,19	0,13	0,13	0,20
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Total Mobbing Score	R	0,15	0,19	0,10	0,10	0,18
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Υπήρξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας και της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing), γεγονός που επιβεβαιώνει τη συγκλίνουσα εγκυρότητα του ερωτηματολογίου βίαιης ψυχολογικής συμπεριφοράς (mobbing). Συνεπώς, όσο περισσότερο ηθική παρενόχληση (mobbing) δέχονταν οι συμμετέχοντες, τόσο χειρότερη ήταν η γενική τους υγεία.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών γενικής υγείας και ηθικής παρενόχλησης (mobbing).



Εικόνα 13- Συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών γενικής υγείας και ηθικής παρενόχλησης (mobbing)

Συσχέτιση των διαστάσεων του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Σωματικά συμπτώματα» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

Πίνακας 18- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Σωματικά συμπτώματα» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία

		Σωματικά συμπτώματα		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	7,2	4,5	0,018
	Γυναίκες	7,7	4,3	
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ	8,3	4,6	<0,001*
	ΤΕΙ	7,7	4,3	
	ΑΕΙ	7,2	4,5	
	MSc/ PhD	6,7	4,0	
Έγγαμοι	Όχι	7,3	4,5	0,691
	Ναι	7,8	4,3	
Έχετε παιδιά	Όχι	7,2	4,5	<0,001
	Ναι	7,8	4,2	
Ζείτε	Μόνος	8,0	4,6	0,035
	Με άλλους	7,5	4,4	
Επάγγελμα	Ιατροί	6,9	4,3	<0,001*
	Νοσηλεύτες	7,3	4,3	
	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο	8,5	4,5	
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα	7,5	4,4	0,274
	Επαρχία	7,6	4,4	
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι	7,1	4,3	<0,001
	Ναι	9,0	4,2	

*ANOVA

Σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Σωματικά συμπτώματα», υποδηλώνοντας περισσότερα σωματικά συμπτώματα, είχαν οι γυναίκες, οι συμμετέχοντες που είχαν παιδιά, εκείνοι που ζούσαν μόνοι τους και εκείνοι που αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό. Επίσης, η βαθμολογία στη διάσταση «Σωματικά συμπτώματα» βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο και το επάγγελμά τους. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν το πολύ απόφοιτοι ΤΕΕ/ΙΕΚ είχαν σημαντικά περισσότερα σωματικά συμπτώματα σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ ($p=0,009$) και τους συμμετέχοντες που είχαν μεταπτυχιακό/διδακτορικό ($p<0,001$). Επίσης, οι πτυχιούχοι ΤΕΙ είχαν σημαντικά περισσότερα σωματικά συμπτώματα σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είχαν μεταπτυχιακό/διδακτορικό ($p=0,007$). Ακόμα, οι διοικητικοί/τεχνικοί και άλλοι

επαγγελματίες είχαν σημαντικά περισσότερα σωματικά συμπτώματα σε σύγκριση με τους ιατρούς ($p < 0,001$) και τους νοσηλευτές ($p < 0,001$).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας στη διάσταση «Σωματικά συμπτώματα» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 19- Συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας στη διάσταση «Σωματικά συμπτώματα» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων

		Σωματικά συμπτώματα
Ηλικία	r*	0,16
	P	<0,001
Πόσο καλή είναι η υγεία σας	r**	-0,22
	P	<0,001

*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της ηλικίας με τη διάσταση «Σωματικά συμπτώματα» και αρνητική του επιπέδου κατάστασης της υγείας με τη διάσταση αυτή. Οπότε, όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες και όσο χειρότερη ήταν η υγεία τους τόσο περισσότερα ήταν τα σωματικά τους συμπτώματα.

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Σωματικά συμπτώματα» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα εργασιακά τους στοιχεία, την κατάσταση υγείας τους, την κοινωνική υποστήριξη που είχαν και τη συνολική βαθμολογία ηθικής παρενόχλησης (mobbing). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 20- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Σωματικά συμπτώματα» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας

	β*	SE**	P
--	----	------	---

Φύλο	Αντρες (αναφ.)			
	Γυναίκες	0,92	0,28	0,001
Ηλικία		0,02	0,02	0,160
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ (αναφ.)			
	ΤΕΙ	0,06	0,37	0,874
	ΑΕΙ	0,09	0,49	0,862
	MSc/ PhD	-0,21	0,43	0,631
Έγγαμοι	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,01	0,34	0,985
Έχετε παιδιά	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,08	0,34	0,818
Ζείτε	Μόνος (αναφ.)			
	Με άλλους	0,54	0,34	0,109
Επάγγελμα	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο (αναφ.)			
	Ιατροί	-0,71	0,44	0,106
	Νοσηλευτές	-0,20	0,32	0,524
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα (αναφ.)			
	Επαρχία	0,12	0,24	0,615
Πόσο καλή είναι η υγεία σας		-0,42	0,14	0,003
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,52	0,32	0,104
Total mobbing score		0,017	0,005	<0,001
Συνολική υποστήριξη		-1,92	0,11	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Σημείωση: Ως ανεξάρτητες μεταβλητές τέθηκαν (α) τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, (β) τα εργασιακά τους στοιχεία, (γ) η κατάσταση υγείας τους, (δ) η κοινωνική υποστήριξη που είχαν και (ε) η συνολική βαθμολογία ηθικής παρενόχλησης (mobbing).

Το φύλο, η κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων και οι συνολικές βαθμολογίες στις κλίμακες κοινωνικής υποστήριξης και ηθικής παρενόχλησης (mobbing) βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Σωματικά συμπτώματα». Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν κατά 0,92 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα σωματικά συμπτώματα, σε σύγκριση με τους άντρες.
- Όσο καλύτερη ήταν η κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων τόσο λιγότερα σωματικά συμπτώματα είχαν.
- Όσο περισσότερο ηθική παρενόχληση (mobbing) δέχονταν οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερα ήταν τα σωματικά τους συμπτώματα.

- Όσο περισσότερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που δέχονταν οι συμμετέχοντες τόσο λιγότερα ήταν τα σωματικά τους συμπτώματα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Άγχος/ Αϋπνία» ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

Πίνακας 21- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Άγχος/ Αϋπνία» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία

		Άγχος/ Αϋπνία		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	7,9	4,7	0,597
	Γυναίκες	8,1	4,5	
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ	8,2	4,9	0,110*
	ΤΕΙ	8,2	4,3	
	ΑΕΙ	7,9	4,5	
	MSc/ PhD	7,5	4,4	
Έγγαμοι	Όχι	8,0	4,6	0,205
	Ναι	8,0	4,4	
Έχετε παιδιά	Όχι	7,7	4,7	<0,001
	Ναι	8,2	4,3	
Ζείτε	Μόνος	8,5	4,8	0,013
	Με άλλους	7,9	4,4	
Επάγγελμα	Ιατροί	7,8	4,5	<0,001*
	Νοσηλεύτες	7,5	4,2	
	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο	9,0	4,8	
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα	8,0	4,6	0,072
	Επαρχία	8,0	4,5	
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι	7,6	4,6	<0,001
	Ναι	9,3	4,2	

*ANOVA

Σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Άγχος/ Αϋπνία», υποδηλώνοντας περισσότερα συμπτώματα άγχους/αϋπνίας, είχαν οι συμμετέχοντες που είχαν παιδιά, εκείνοι που ζούσαν μόνοι τους και εκείνοι που αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό. Επίσης, η βαθμολογία στη διάσταση «Άγχος/ Αϋπνία» βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το επάγγελμά τους. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι διοικητικοί/τεχνικοί

και άλλοι επαγγελματίες είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα άγχους/αϋπνίας σε σύγκριση με τους ιατρούς ($p < 0,001$) και τους νοσηλευτές ($p < 0,001$).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας στη διάσταση «Άγχος/ Αϋπνία» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 22- Συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας στη διάσταση «Άγχος/ Αϋπνία» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων

		Άγχος/ Αϋπνία
Ηλικία	r*	0,11
	P	0,001
Πόσο καλή είναι η υγεία σας	r**	-0,20
	P	<0,001

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της ηλικίας με τη διάσταση «Άγχος/ Αϋπνία» και αρνητική του επιπέδου κατάστασης της υγείας με τη διάσταση αυτή. Οπότε, όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες και όσο χειρότερη ήταν η υγεία τους τόσο περισσότερα συμπτώματα άγχους/αϋπνίας είχαν.

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Άγχος/ Αϋπνία» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα εργασιακά τους στοιχεία, την κατάσταση υγείας τους, την κοινωνική υποστήριξη που είχαν και τη συνολική βαθμολογία ηθικής παρενόχλησης (mobbing). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 23- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Άγχος/ Αϋπνία» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας

		β*	SE**	P
Φύλο	Άντρες (αναφ.)			
	Γυναίκες	0,35	0,30	0,330
Ηλικία		0,01	0,02	0,382
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ (αναφ.)			
	ΤΕΙ	0,43	0,40	0,638
	ΑΕΙ	0,33	0,53	0,535
	MSc/ PhD	0,47	0,46	0,537
Έγγαμοι	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,71	0,37	0,053
Έχετε παιδιά	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,40	0,37	0,280
Ζείτε	Μόνος (αναφ.)			
	Με άλλους	0,75	0,36	0,039
Επάγγελμα	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο (αναφ.)			
	Ιατροί	-0,35	0,47	0,458
	Νοσηλευτές	-0,63	0,35	0,070
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα (αναφ.)			
	Επαρχία	-0,07	0,26	0,783
Πόσο καλή είναι η υγεία σας		-0,62	0,15	<0,001
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,21	0,35	0,538
Total Mobbing Score		0,025	0,005	<0,001
Συνολική Υποστήριξη		-1,75	0,12	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Σημείωση: Ως ανεξάρτητες μεταβλητές τέθηκαν (α) τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, (β) τα εργασιακά τους στοιχεία, (γ) η κατάσταση υγείας τους, (δ) η κοινωνική υποστήριξη που είχαν και (ε) η συνολική βαθμολογία ηθικής παρενόχλησης (mobbing).

Οι συνθήκες διαμονής, η κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων και οι συνολικές βαθμολογίες στις κλίμακες κοινωνικής υποστήριξης και ηθικής παρενόχλησης (mobbing) βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Άγχος/ Αϋπνία». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες που έμεναν με άλλους είχαν κατά 0,75 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που έμεναν μόνοι τους.
- Όσο καλύτερη ήταν η κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων τόσο λιγότερα συμπτώματα άγχους/αϋπνίας είχαν.
- Όσο περισσότερο ηθική παρενόχληση (mobbing) δέχονταν οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερα ήταν τα συμπτώματα άγχους/αϋπνίας.
- Όσο περισσότερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που δέχονταν οι συμμετέχοντες τόσο λιγότερα ήταν τα συμπτώματα άγχους/αϋπνίας.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία» ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

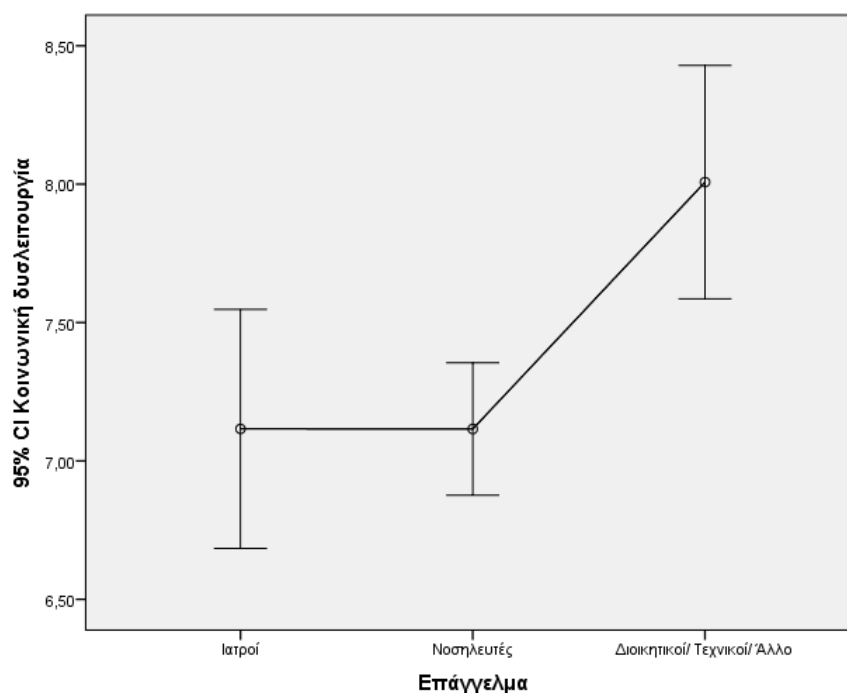
Πίνακας 24- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία

		Κοινωνική δυσλειτουργία		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	7,5	4,0	0,034
	Γυναίκες	7,3	3,6	
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ	7,8	3,8	0,059*
	ΤΕΙ	7,2	3,5	
	ΑΕΙ	7,3	4,2	
	MSc/ PhD	7,2	3,6	
Έγγαμοι	Όχι	7,3	3,8	0,002
	Ναι	7,4	3,7	
Έχετε παιδιά	Όχι	7,2	3,9	<0,001
	Ναι	7,5	3,6	
Ζείτε	Μόνος	7,6	4,3	0,584
	Με άλλους	7,3	3,6	
Επάγγελμα	Ιατροί	7,1	4,1	<0,001*
	Νοσηλευτές	7,1	3,2	
	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο	8,0	4,3	
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα	7,3	3,7	0,166
	Επαρχία	7,4	3,8	
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι	7,1	3,6	<0,001
	Ναι	8,3	3,9	

*ANOVA

Σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία», υποδηλώνοντας μεγαλύτερη κοινωνική δυσλειτουργία, είχαν οι άντρες, οι έγγαμοι, οι συμμετέχοντες που είχαν παιδιά και εκείνοι που αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό. Επίσης, η βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία» βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το επάγγελμά τους. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι διοικητικοί/τεχνικοί και άλλοι επαγγελματίες είχαν σημαντικά μεγαλύτερη κοινωνική δυσλειτουργία σε σύγκριση με τους ιατρούς ($p=0,004$) και τους νοσηλευτές ($p<0,001$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία» ανάλογα με το επάγγελμά τους.



Εικόνα 14- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία» ανάλογα με το επάγγελμά τους

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας στη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 25- Συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας στη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων

		Κοινωνική δυσλειτουργία
Ηλικία	r*	0,13
	P	<0,001
Πόσο καλή είναι η υγεία σας	r**	-0,16
	P	<0,001

*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της ηλικίας με τη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία» και αρνητική του επιπέδου κατάστασης της υγείας με τη διάσταση αυτή. Οπότε, όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες και όσο χειρότερη ήταν η υγεία τους τόσο μεγαλύτερη ήταν η κοινωνική τους δυσλειτουργία.

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα εργασιακά τους στοιχεία, την κατάσταση υγείας τους, την κοινωνική υποστήριξη που είχαν και τη συνολική βαθμολογία ηθικής παρενόχλησης (mobbing). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής δίνονται στον Πίνακα 26.

Πίνακας 26- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας

		β^*	SE**	P
Φύλο	Άντρες (αναφ.)			
	Γυναίκες	0,04	0,25	0,878
Ηλικία		0,03	0,01	0,061
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ (αναφ.)			
	ΤΕΙ	-0,97	0,33	0,004
	ΑΕΙ	-0,32	0,45	0,468
	MSc/ PhD	0,17	0,38	0,657
Έγγαμοι	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,31	0,31	0,315
Έχετε παιδιά	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,20	0,31	0,521
Ζείτε	Μόνος (αναφ.)			
	Με άλλους	0,53	0,30	0,080
Επάγγελμα	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο (αναφ.)			
	Ιατροί	-0,71	0,39	0,072
	Νοσηλευτές	-0,23	0,29	0,440
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα (αναφ.)			
	Επαρχία	-0,08	0,22	0,706
Πόσο καλή είναι η υγεία σας		-0,40	0,13	0,002
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,11	0,29	0,710
Total Mobbing Score		0,008	0,004	0,079
Συνολική Υποστήριξη		-1,67	0,10	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Σημείωση: Ως ανεξάρτητες μεταβλητές τέθηκαν (α) τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, (β) τα εργασιακά τους στοιχεία, (γ) η κατάσταση υγείας τους, (δ) η κοινωνική υποστήριξη που είχαν και (ε) η συνολική βαθμολογία ηθικής παρενόχλησης (mobbing).

Το εκπαιδευτικό επίπεδο, η κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων και η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Κοινωνική δυσλειτουργία». Συγκεκριμένα:

- Οι πτυχιούχοι ΤΕΙ είχαν κατά 0,97 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερη κοινωνική δυσλειτουργία, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι ΤΕΕ/ΙΕΚ.
- Όσο καλύτερη ήταν η κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων τόσο λιγότερη ήταν η κοινωνική τους δυσλειτουργία.
- Όσο περισσότερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που δέχονταν οι συμμετέχοντες τόσο λιγότερη ήταν η κοινωνική τους δυσλειτουργία.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη» ανάλογα με τα δημογραφικά και τα εργασιακά τους στοιχεία.

Πίνακας 27- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας ανάλογα με τα δημογραφικά και τα εργασιακά τους στοιχεία

		Μείζων κατάθλιψη		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	2,5	3,9	0,185
	Γυναίκες	2,9	3,9	
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ	3,8	4,4	<0,001*
	ΤΕΙ	2,7	3,7	
	ΑΕΙ	2,3	4,0	
	MSc/ PhD	2,3	3,4	
Έγγαμοι	Όχι	2,8	4,1	0,017
	Ναι	2,7	3,7	
Έχετε παιδιά	Όχι	2,6	3,9	<0,001
	Ναι	2,9	3,9	
Ζείτε	Μόνος	2,7	4,3	<0,001
	Με άλλους	2,8	3,8	
Επάγγελμα	Ιατροί	2,3	3,9	<0,001*
	Νοσηλευτές	2,6	3,5	
	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο	3,5	4,4	
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα	2,8	3,9	0,261
	Επαρχία	2,7	3,9	

Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι	2,6	3,7	<0,001
	Ναι	3,4	4,3	

*ANOVA

Σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη», υποδηλώνοντας περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, είχαν οι μη έγγαμοι, οι συμμετέχοντες που είχαν παιδιά, εκείνοι που ζούσαν με άλλους και εκείνοι που αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό!!!! Επίσης, η βαθμολογία στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη» βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο και το επάγγελμά τους. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν το πολύ απόφοιτοι ΤΕΕ/ΙΕΚ είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ΤΕΙ ($p<0,001$), τους πτυχιούχους ΑΕΙ ($p<0,001$) και τους συμμετέχοντες που είχαν μεταπτυχιακό/διδακτορικό ($p<0,001$). Επίσης, οι διοικητικοί/τεχνικοί και άλλοι επαγγελματίες είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης σε σύγκριση με τους ιατρούς ($p<0,001$) και τους νοσηλευτές ($p<0,001$).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 28- Συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων

		Μείζων κατάθλιψη
Ηλικία	r*	0,12
	P	<0,001
Πόσο καλή είναι η υγεία σας	r**	-0,05
	P	0,061

*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της ηλικίας με τη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη». Οπότε, όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερα ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψής τους.

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα εργασιακά τους στοιχεία, την κατάσταση υγείας τους, την κοινωνική υποστήριξη που είχαν και τη συνολική βαθμολογία ηθικής παρενόχλησης (mobbing). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 29- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη» του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας

		β*	SE**	P
Φύλο	Άντρες (αναφ.)			
	Γυναίκες	0,23	0,27	0,390
Ηλικία		0,03	0,02	0,027
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ (αναφ.)			
	ΤΕΙ	-0,40	0,36	0,269
	ΑΕΙ	-0,69	0,48	0,152
	MSc/ PhD	-0,37	0,41	0,374
Έγγαμοι	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-1,45	0,33	<0,001
Έχετε παιδιά	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,03	0,33	0,933
Ζείτε	Μόνος (αναφ.)			
	Με άλλους	1,68	0,33	<0,001
Επάγγελμα	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο (αναφ.)			
	Ιατροί	-0,58	0,43	0,172
	Νοσηλευτές	-0,32	0,31	0,302
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα (αναφ.)			
	Επαρχία	-0,24	0,24	0,307
Πόσο καλή είναι η υγεία σας		-0,20	0,14	0,134
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,14	0,31	0,660
Total Mobbing Score		0,026	0,005	<0,001
Συνολική Υποστήριξη		-1,45	0,11	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Σημείωση: Ως ανεξάρτητες μεταβλητές τέθηκαν (α) τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, (β) τα εργασιακά τους στοιχεία, (γ) η κατάσταση υγείας τους, (δ) η κοινωνική υποστήριξη που είχαν και (ε) η συνολική βαθμολογία ηθικής παρενόχλησης (mobbing).

Η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, οι συνθήκες διαβίωσης των συμμετεχόντων και οι συνολικές βαθμολογίες στις κλίμακες κοινωνικής υποστήριξης και ηθικής παρενόχλησης (mobbing) βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Μείζων κατάθλιψη». Συγκεκριμένα:

- Όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν.
- Οι έγγαμοι είχαν κατά 1,45 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης, σε σύγκριση με τους μη έγγαμους.
- Οι συμμετέχοντες που έμεναν με άλλους είχαν κατά 1,68 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που έμεναν μόνοι τους.
- Όσο περισσότερο ηθική παρενόχληση (mobbing) δέχονταν οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερα ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψής τους.
- Όσο περισσότερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που δέχονταν οι συμμετέχοντες τόσο λιγότερα ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψής τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η *συνολική βαθμολογία* των συμμετεχόντων στο Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

Πίνακας 30- Συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων στο Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία

		Συνολική βαθμολογία GHQ-28		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	24,6	14,5	0,005
	Γυναίκες	25,8	14,0	
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ	27,9	15,3	0,001*
	ΤΕΙ	25,5	13,5	
	ΑΕΙ	24,9	15,1	
	MSc/ PhD	23,4	12,4	
Έγγαμοι	Όχι	25,3	14,6	0,368
	Ναι	25,6	13,5	
Έχετε παιδιά	Όχι	24,3	14,5	<0,001
	Ναι	26,4	13,7	
Ζείτε	Μόνος	26,3	15,9	0,766
	Με άλλους	25,4	13,6	
Επάγγελμα	Ιατροί	23,8	14,2	<0,001*
	Νοσηλεύτες	24,2	12,4	
	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο	29,1	16,1	
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα	25,4	14,1	0,696
	Επαρχία	25,5	14,1	
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι	24,2	14,0	<0,001
	Ναι	29,6	13,8	

*ANOVA

Σημαντικά υψηλότερη συνολική βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερη γενική υγεία, είχαν οι γυναίκες, οι συμμετέχοντες που είχαν παιδιά και εκείνοι που αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό. Επίσης, η συνολική βαθμολογία βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο και το επάγγελμά τους. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν το πολύ απόφοιτοι ΤΕΕ/ΙΕΚ είχαν σημαντικά χειρότερη γενική υγεία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είχαν

μεταπτυχιακό/διδακτορικό ($p=0,001$). Ακόμα, οι διοικητικοί/τεχνικοί και άλλοι επαγγελματίες είχαν σημαντικά χειρότερη γενική υγεία σε σύγκριση με τους ιατρούς ($p<0,001$) και τους νοσηλευτές ($p<0,001$).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της συνολικής βαθμολογίας στο Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 31- Συντελεστές συσχέτισης της συνολικής βαθμολογίας στο Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων

		Συνολική βαθμολογία GHQ-28
Ηλικία	r*	0,15
	P	<0,001
Πόσο καλή είναι η υγεία σας	r**	-0,19
	P	<0,001

*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της ηλικίας με τη συνολική βαθμολογία και αρνητική του επιπέδου κατάστασης της υγείας με τη βαθμολογία αυτή. Οπότε, όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες και όσο χειρότερα αξιολόγησαν την υγεία τους τόσο χειρότερη ήταν η γενική τους υγεία.

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα εργασιακά τους στοιχεία, την κατάσταση υγείας τους, την κοινωνική υποστήριξη που είχαν και τη συνολική βαθμολογία ηθικής παρενόχλησης (mobbing). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 32- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας

		β*	SE**	P
Φύλο	Άντρες (αναφ.)			
	Γυναίκες	2,18	0,90	0,015
Ηλικία		0,08	0,05	0,124
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ (αναφ.)			
	ΤΕΙ	-0,33	1,19	0,783
	ΑΕΙ	0,34	1,60	0,830
	MSc/ PhD	0,64	1,39	0,643
Έγγαμοι	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,91	1,11	0,409
Έχετε παιδιά	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	1,09	1,10	0,323
Ζείτε	Μόνος (αναφ.)			
	Με άλλους	1,82	1,09	0,301
Επάγγελμα	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο (αναφ.)			
	Ιατροί	-3,41	1,41	0,016
	Νοσηλεύτες	-1,46	1,04	0,161
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα (αναφ.)			
	Επαρχία	-0,41	0,78	0,603
Πόσο καλή είναι η υγεία σας		-1,35	0,46	0,004
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,21	1,04	0,844
Total Mobbing Score		0,089	0,016	<0,001
Συνολική Υποστήριξη		-6,59	0,37	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Σημείωση: Ως ανεξάρτητες μεταβλητές τέθηκαν (α) τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, (β) τα εργασιακά τους στοιχεία, (γ) η κατάσταση υγείας τους, (δ) η κοινωνική υποστήριξη που είχαν και (ε) η συνολική βαθμολογία ηθικής παρενόχλησης (mobbing).

Το φύλο, το επάγγελμα, η αξιολόγηση της υγείας των συμμετεχόντων και οι συνολικές βαθμολογίες στις κλίμακες κοινωνικής υποστήριξης και ηθικής παρενόχλησης (mobbing) βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνολική βαθμολογία γενικής υγείας. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν κατά 2,18 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη γενική υγεία, σε σύγκριση με τους άντρες.
- Οι ιατροί είχαν κατά 3,41 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους διοικητικούς/τεχνικούς και λοιπούς επαγγελματίες.
- Όσο καλύτερα αξιολόγησαν την κατάσταση της υγείας οι συμμετέχοντες τόσο καλύτερη γενική υγεία είχαν.
- Όσο περισσότερο ηθική παρενόχληση (mobbing) δέχονταν οι συμμετέχοντες τόσο χειρότερη ήταν η γενική τους υγεία.
- Όσο περισσότερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που δέχονταν οι συμμετέχοντες τόσο καλύτερη γενική υγεία είχαν.

8.1.2.δ. Κλίμακα Ποιότητας Ζωής (WHO-QoLBREF)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής. Οι βαθμολογίες μπορούν να κυμανθούν από 4 έως 20 μονάδες, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Πίνακας 33- Βαθμολογία στις διαστάσεις της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας	6,0	20,0	14,4	2,6
Σωματική υγεία	7,1	19,6	14,3	2,4
Ψυχολογική υγεία	6,0	19,3	14,1	2,2
Κοινωνικές σχέσεις	4,8	20,0	14,0	2,6
Περιβάλλον	6,5	18,5	12,7	2,0

Η βαθμολογία στη «Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας» κυμαινόταν από 6 έως 20 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 14,4 μονάδες (SD=2,6 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική υγεία» κυμαινόταν από 7,1 έως 19,6 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 14,3 μονάδες (SD=2,4 μονάδες) και στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» κυμαινόταν από 6,0 έως 19,3 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 14,1 μονάδες (SD=2,2 μονάδες). Επίσης, η βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις» κυμαινόταν από 4,8 έως 20,0 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 14,0 μονάδες (SD=2,6 μονάδες) και στη διάσταση «Περιβάλλον» κυμαινόταν από 6,5 έως 18,5 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 12,7 μονάδες (SD=2,0 μονάδες).

Συσχέτιση των διαστάσεων της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής με την Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής με την Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης.

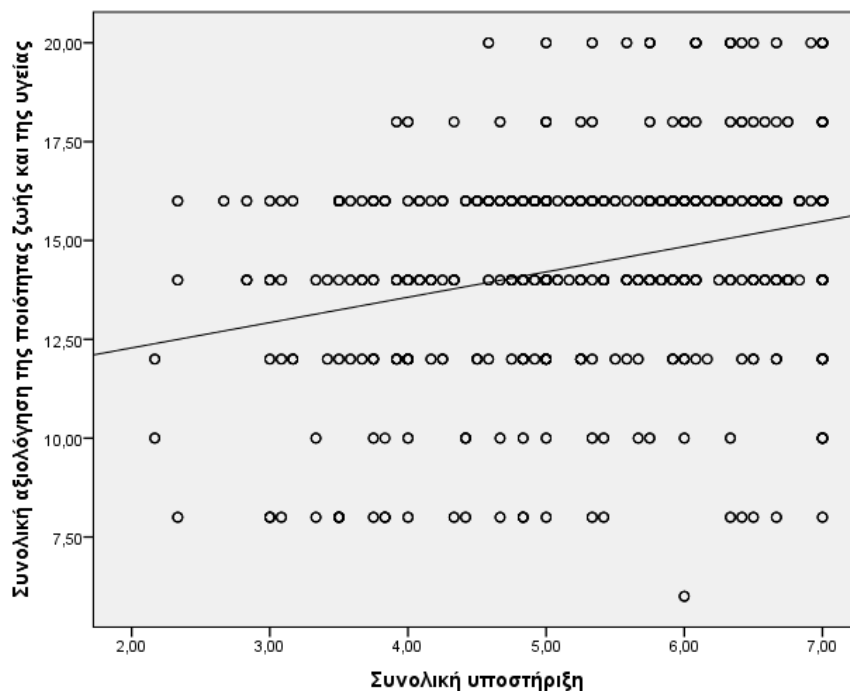
Πίνακας 34- Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής με την Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης

	Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας	Σωματική υγεία	Ψυχολογική υγεία	Κοινωνικές σχέσεις	Περιβάλλον
Συνολική υποστήριξη	0,28	0,32	0,32	0,42	0,31
Υποστήριξη από οικογένεια	0,24	0,27	0,26	0,37	0,25
Υποστήριξη από φίλους	0,26	0,29	0,28	0,39	0,30
Υποστήριξη από σύντροφο	0,26	0,32	0,30	0,39	0,29

Σημείωση: Όλοι οι συντελεστές ήταν σημαντικοί με $p < 0,001$

Υπήρξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής και της Κλίμακας Κοινωνικής Υποστήριξης. Συνεπώς, όσο μεγαλύτερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο καλύτερη ήταν η ποιότητα ζωής τους.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών ποιότητας ζωής και κοινωνικής υποστήριξης.



Εικόνα 15- Συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών γενικής υγείας και κοινωνικής υποστήριξης

Συσχέτιση των διαστάσεων της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής με την Κλίμακα Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing)

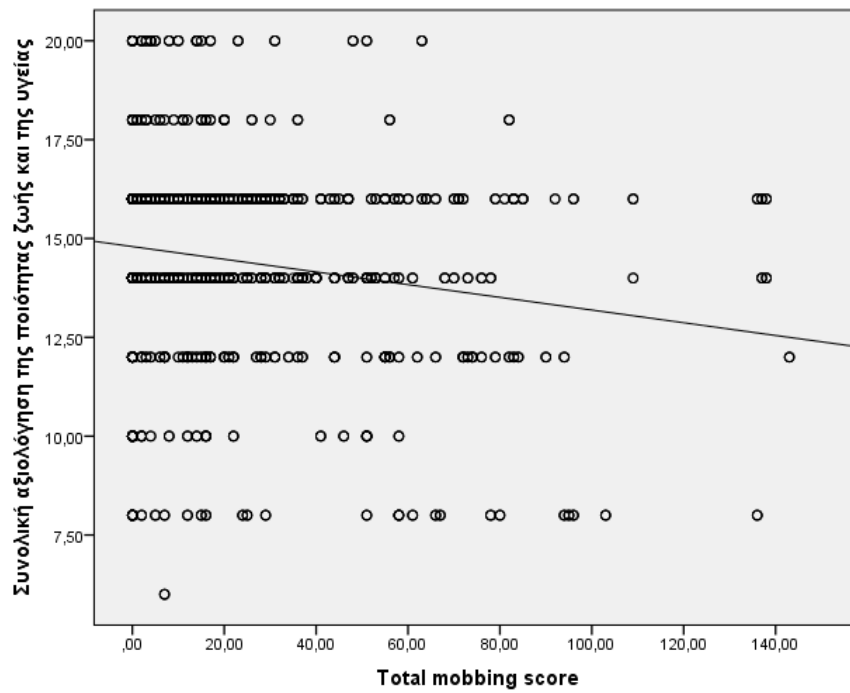
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής και της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing).

Πίνακας 35- Συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής και της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς (Mobbing)

		Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας	Σωματική υγεία	Ψυχολογική υγεία	Κοινωνικές σχέσεις	Περιβάλλον
Attack on personality	r	-0,14	-0,20	-0,17	-0,19	-0,19
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Attack on professional status	r	-0,08	-0,13	-0,14	-0,13	-0,11
	P	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Individual's isolation from work	r	-0,12	-0,13	-0,14	-0,15	-0,12
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Direct attack	r	-0,17	-0,17	-0,14	-0,17	-0,16
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Total Mobbing Score	r	-0,11	-0,15	-0,15	-0,16	-0,13
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Υπήρξαν σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής και της Κλίμακας Βίαιης Ψυχολογικής Συμπεριφοράς, γεγονός που επιβεβαιώνει τη συγκλίνουσα εγκυρότητα του ερωτηματολογίου βίαιης ψυχολογικής συμπεριφοράς (mobbing). Συνεπώς, όσο περισσότερο ηθική παρενόχληση (mobbing) δέχονταν οι συμμετέχοντες, τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα της ζωής τους.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών κατάστασης της υγείας και ηθικής παρενόχλησης (mobbing).



Εικόνα 16- Συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών κατάστασης της υγείας και ηθικής παρενόχλησης (mobbing)

Συσχέτιση των διαστάσεων της Κλίμακας Ποιότητα Ζωής με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων στην Κλίμακα Ποιότητας Ζωής ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

Πίνακας 36- Συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων στην Κλίμακα Ποιότητας Ζωής ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία

		Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	14,6	2,7	0,037
	Γυναίκες	14,3	2,5	
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ	13,7	2,5	<0,001*
	ΤΕΙ	14,2	2,4	
	ΑΕΙ	14,7	2,9	
	MSc/ PhD	15,2	2,5	
Έγγαμοι	Όχι	14,4	2,8	0,041
	Ναι	14,3	2,3	
Έχετε παιδιά	Όχι	14,9	2,6	0,004
	Ναι	14,1	2,5	
Ζείτε	Μόνος	14,1	3,0	0,076
	Με άλλους	14,5	2,4	
Επάγγελμα	Ιατροί	14,9	2,8	<0,001*
	Νοσηλευτές	14,2	2,2	
	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο	14,3	3,0	
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα	14,5	2,6	0,688
	Επαρχία	14,3	2,6	
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι	15,0	2,3	<0,001
	Ναι	12,5	2,7	

*ANOVA

Σημαντικά υψηλότερη συνολική βαθμολογία, υποδηλώνοντας καλύτερη ποιότητα ζωής συνολικά, είχαν οι άντρες, οι μη έγγαμοι, οι συμμετέχοντες που δεν είχαν παιδιά και εκείνοι που δεν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό. Επίσης, η συνολική βαθμολογία βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο και το επάγγελμά τους. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν το πολύ

απόφοιτοι ΤΕΕ/ΙΕΚ είχαν σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ΤΕΙ ($p=0,025$), τους πτυχιούχους ΑΕΙ ($p<0,001$) και τους συμμετέχοντες που είχαν μεταπτυχιακό/διδακτορικό ($p<0,001$). Επιπροσθέτως, οι πτυχιούχοι ΤΕΙ είχαν σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ ($p=0,045$) και τους συμμετέχοντες που είχαν μεταπτυχιακό/διδακτορικό ($p<0,001$). Ακόμα, οι ιατροί είχαν σημαντικά καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p<0,001$) και τους διοικητικούς/τεχνικούς και άλλους επαγγελματίες ($p=0,008$).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της συνολικής βαθμολογίας στην Κλίμακα Ποιότητας Ζωής με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 37- Συντελεστές συσχέτισης της συνολικής βαθμολογίας στην Κλίμακα Ποιότητας Ζωής με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων

		Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας
Ηλικία	r*	-0,24
	p	<0,001
Πόσο καλή είναι η υγεία σας	r**	0,52
	p	<0,001

*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με τη συνολική βαθμολογία και θετική του επιπέδου κατάστασης της υγείας με τη βαθμολογία αυτή. Οπότε, όσο μικρότεροι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες και όσο καλύτερα αξιολόγησαν την υγεία τους τόσο καλύτερη ήταν η ποιότητα ζωής τους.

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην Κλίμακα Ποιότητας Ζωής και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα εργασιακά τους στοιχεία, την κατάσταση υγείας τους, την κοινωνική υποστήριξη που είχαν και τη συνολική βαθμολογία της ηθικής παρενόχλησης (mobbing). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 38- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην Κλίμακα Ποιότητας Ζωής

		β^*	SE**	P
Φύλο	Άντρες (αναφ.)			
	Γυναίκες	-0,52	0,16	0,001
Ηλικία		0,00	0,01	0,700
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ (αναφ.)			
	ΤΕΙ	-0,29	0,21	0,166
	ΑΕΙ	-0,26	0,28	0,346
	MSc/ PhD	-0,05	0,24	0,850
Έγγαμοι	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,58	0,19	0,003
Έχετε παιδιά	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,67	0,20	0,001
Ζείτε	Μόνος (αναφ.)			
	Με άλλους	0,01	0,19	0,961
Επάγγελμα	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο (αναφ.)			
	Ιατροί	-0,01	0,25	0,956
	Νοσηλεύτες	-0,01	0,18	0,946
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα (αναφ.)			
	Επαρχία	-0,12	0,14	0,383
Πόσο καλή είναι η υγεία σας		1,00	0,08	<0,001
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-1,59	0,18	<0,001
Total Mobbing Score		-0,007	0,003	0,011
Συνολική Υποστήριξη		0,37	0,06	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Σημείωση: Ως ανεξάρτητες μεταβλητές τέθηκαν (α) τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, (β) τα εργασιακά τους στοιχεία, (γ) η κατάσταση υγείας τους, (δ) η κοινωνική υποστήριξη που είχαν και (ε) η συνολική βαθμολογία ηθικής παρενόχλησης (mobbing).

Το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη παιδιών, η αξιολόγηση της υγείας των συμμετεχόντων, το αν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας και οι

συνολικές βαθμολογίες στις κλίμακες κοινωνικής υποστήριξης και ηθικής παρενόχλησης (mobbing) βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνολική βαθμολογία ποιότητας ζωής. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν κατά 0,52 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τους άντρες.
- Οι έγγαμοι είχαν κατά 0,58 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους μη έγγαμους.
- Οι συμμετέχοντες με παιδιά είχαν κατά 0,67 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν παιδιά.
- Όσο καλύτερα αξιολόγησαν την κατάσταση της υγείας οι συμμετέχοντες τόσο καλύτερη ποιότητα ζωής είχαν.
- Όσο περισσότερο ηθική παρενόχληση (mobbing) δέχονταν οι συμμετέχοντες τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους.
- Όσο περισσότερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που είχαν οι συμμετέχοντες τόσο καλύτερη ποιότητα ζωής είχαν.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Σωματική υγεία» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

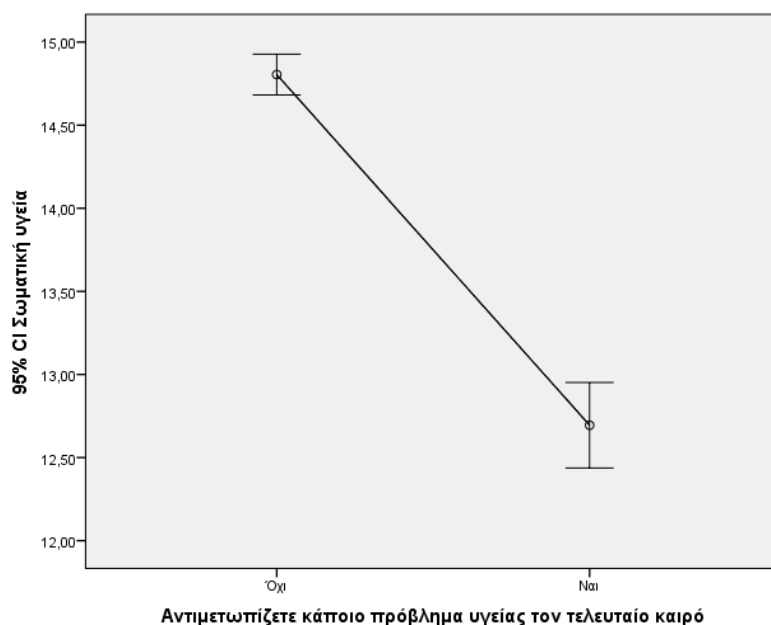
Πίνακας 39- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Σωματική υγεία» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία

		Σωματική υγεία		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	14,3	2,4	0,459
	Γυναίκες	14,3	2,4	
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ	13,5	2,5	<0,001*
	ΤΕΙ	14,2	2,2	
	ΑΕΙ	14,4	2,6	
	MSc/ PhD	14,9	2,1	
Έγγαμοι	Όχι	14,4	2,5	0,764
	Ναι	14,2	2,2	
Έχετε παιδιά	Όχι	14,8	2,4	0,043
	Ναι	13,9	2,3	
Ζείτε	Μόνος	14,0	2,6	0,056
	Με άλλους	14,4	2,3	
Επάγγελμα	Ιατροί	14,7	2,6	<0,001*
	Νοσηλεύτες	14,3	2,1	
	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο	13,9	2,6	
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα	14,4	2,4	0,934
	Επαρχία	14,2	2,4	
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι	14,8	2,1	<0,001
	Ναι	12,7	2,5	

*ANOVA

Σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας καλύτερη σωματική υγεία, είχαν οι συμμετέχοντες που δεν είχαν παιδιά και εκείνοι που δεν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό. Επίσης, η βαθμολογία στη διάσταση αυτή βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο και το επάγγελμά τους. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν το πολύ απόφοιτοι ΤΕΕ/ΙΕΚ είχαν σημαντικά χειρότερη σωματική υγεία σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ΤΕΙ ($p<0,001$), τους πτυχιούχους ΑΕΙ ($p<0,001$) και τους συμμετέχοντες που είχαν μεταπτυχιακό/διδακτορικό ($p<0,001$). Επιπροσθέτως, οι συμμετέχοντες που είχαν μεταπτυχιακό/διδακτορικό είχαν σημαντικά καλύτερη σωματική υγεία σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ ($p=0,039$) και τους πτυχιούχοι ΤΕΙ ($p<0,001$). Ακόμα, οι διοικητικοί/τεχνικοί και άλλοι επαγγελματίες είχαν σημαντικά χειρότερη σωματική υγεία σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p=0,006$) και τους ιατρούς ($p<0,001$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Σωματική υγεία» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής ανάλογα με το αν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό ή όχι.



Εικόνα 17- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Σωματική υγεία» ανάλογα με το αν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό ή όχι

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Σωματική υγεία» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 40- Συντελεστές συσχέτισης της διάστασης «Σωματική υγεία» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων

		Σωματική υγεία
Ηλικία	r*	-0,22
	P	<0,001
Πόσο καλή είναι η υγεία σας	r**	0,48
	P	<0,001

*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με τη βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική υγεία» και θετική του επιπέδου κατάστασης της υγείας με τη βαθμολογία αυτή. Οπότε, όσο μικρότεροι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες και όσο καλύτερα αξιολόγησαν την υγεία τους τόσο καλύτερη ήταν η σωματική τους υγεία.

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική υγεία» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα εργασιακά τους στοιχεία, την κατάσταση υγείας τους, την κοινωνική υποστήριξη που είχαν και τη συνολική βαθμολογία ηθικής παρενόχλησης (mobbing). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 41- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική υγεία» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής

		β*	SE**	P
Φύλο	Άντρες (αναφ.)			
	Γυναίκες	-0,14	0,15	0,337
Ηλικία		0,00	0,01	0,800
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ (αναφ.)			
	ΤΕΙ	0,52	0,19	0,008
	ΑΕΙ	0,07	0,26	0,796
	MSc/ PhD	0,68	0,22	0,002
Έγγαμοι	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,18	0,18	0,314
Έχετε παιδιά	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,67	0,18	<0,001
Ζείτε	Μόνος (αναφ.)			
	Με άλλους	0,08	0,18	0,660
Επάγγελμα	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο (αναφ.)			
	Ιατροί	0,26	0,23	0,254
	Νοσηλευτές	0,29	0,17	0,092
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα (αναφ.)			
	Επαρχία	-0,17	0,13	0,191
Πόσο καλή είναι η υγεία σας		0,81	0,07	<0,001
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,86	0,17	<0,001
Total Mobbing Score		-0,013	0,003	<0,001
Συνολική Υποστήριξη		0,49	0,06	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Σημείωση: Ως ανεξάρτητες μεταβλητές τέθηκαν (α) τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, (β) τα εργασιακά τους στοιχεία, (γ) η κατάσταση υγείας τους, (δ) η κοινωνική υποστήριξη που είχαν και (ε) η συνολική βαθμολογία ηθικής παρενόχλησης (mobbing).

Το εκπαιδευτικό επίπεδο, η ύπαρξη παιδιών, η αξιολόγηση της υγείας των συμμετεχόντων, το αν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας και οι συνολικές βαθμολογίες στις κλίμακες κοινωνικής υποστήριξης και ηθικής παρενόχλησης (mobbing) βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική υγεία». Συγκεκριμένα:

- Οι πτυχιούχοι ΤΕΙ είχαν κατά 0,52 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη σωματική υγεία, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ήταν το πολύ απόφοιτοι ΤΕΕ/ΙΕΚ.
- Οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό/διδακτορικό είχαν κατά 0,68 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη σωματική υγεία, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ήταν το πολύ απόφοιτοι ΤΕΕ/ΙΕΚ.
- Οι συμμετέχοντες με παιδιά είχαν κατά 0,67 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν παιδιά.
- Όσο καλύτερα αξιολόγησαν την κατάσταση της υγείας οι συμμετέχοντες τόσο καλύτερη σωματική υγεία είχαν.
- Οι συμμετέχοντες που αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας είχαν κατά 0,86 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη σωματική υγεία, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν αντιμετώπιζαν τέτοιο πρόβλημα υγείας.
- Όσο περισσότερο ηθική παρενόχληση (mobbing) δέχονταν οι συμμετέχοντες τόσο χειρότερη ήταν η σωματική τους υγεία.
- Όσο περισσότερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που είχαν οι συμμετέχοντες τόσο καλύτερη σωματική υγεία είχαν.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

Πίνακας 42- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία

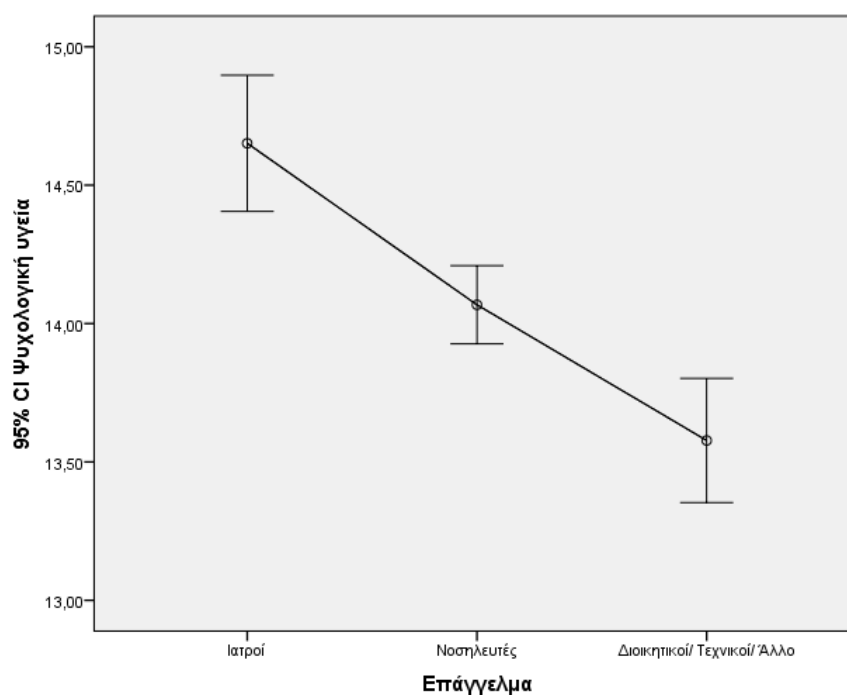
		Ψυχολογική υγεία		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	14,3	2,1	0,394
	Γυναίκες	14,0	2,2	
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ	13,5	2,0	<0,001*
	ΤΕΙ	14,0	2,2	
	ΑΕΙ	14,3	2,4	
	MSc/ PhD	14,6	2,0	
Έγγαμοι	Όχι	14,3	2,3	0,611
	Ναι	13,9	2,1	
Έχετε παιδιά	Όχι	14,5	2,2	0,092
	Ναι	13,7	2,1	
Ζείτε	Μόνος	14,0	2,4	0,355
	Με άλλους	14,1	2,1	
Επάγγελμα	Ιατροί	14,7	2,3	<0,001*
	Νοσηλευτές	14,1	1,9	
	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο	13,6	2,4	
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα	14,2	2,2	0,873
	Επαρχία	14,0	2,2	
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι	14,4	1,9	<0,001
	Ναι	13,0	2,6	

*ANOVA

Σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας καλύτερη ψυχολογική υγεία, είχαν οι συμμετέχοντες που δεν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό. Επίσης, η βαθμολογία στη διάσταση αυτή βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο και το επάγγελμά τους. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν το πολύ απόφοιτοι ΤΕΕ/ΙΕΚ είχαν σημαντικά χειρότερη ψυχολογική υγεία σε

σύγκριση με τους πτυχιούχους ΤΕΙ ($p=0,004$), τους πτυχιούχους ΑΕΙ ($p<0,001$) και τους συμμετέχοντες που είχαν μεταπτυχιακό/διδακτορικό ($p<0,001$). Επιπροσθέτως, οι συμμετέχοντες που είχαν μεταπτυχιακό/διδακτορικό είχαν σημαντικά καλύτερη ψυχολογική υγεία σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ΤΕΙ ($p=0,001$). Ακόμα, οι διοικητικοί/τεχνικοί και άλλοι επαγγελματίες είχαν σημαντικά χειρότερη ψυχολογική υγεία σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p=0,001$) και τους ιατρούς ($p<0,001$). Όμοια, οι νοσηλευτές είχαν σημαντικά χειρότερη ψυχολογική υγεία σε σύγκριση με τους ιατρούς ($p<0,001$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» ανάλογα με το επάγγελμά τους.



Εικόνα 18- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» ανάλογα με το επάγγελμά τους

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 43- Συντελεστές συσχέτισης της διάστασης «Ψυχολογική υγεία» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων

		Ψυχολογική υγεία
Ηλικία	r*	-0,19
	P	<0,001
Πόσο καλή είναι η υγεία σας	r**	0,41
	P	<0,001

*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με τη βαθμολογία στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» και θετική του επιπέδου κατάστασης της υγείας με τη βαθμολογία αυτή. Οπότε, όσο μικρότεροι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες και όσο καλύτερα αξιολόγησαν την υγεία τους τόσο καλύτερη ήταν η ψυχολογική τους υγεία.

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα εργασιακά τους στοιχεία, την κατάσταση υγείας τους, την κοινωνική υποστήριξη που είχαν και τη συνολική βαθμολογία ηθικής παρενόχλησης (mobbing). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 44- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής

		β*	SE**	P
Φύλο	Άντρες (αναφ.)			
	Γυναίκες	-0,11	0,14	0,853
Ηλικία		0,00	0,01	0,560
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ (αναφ.)			
	ΤΕΙ	0,27	0,19	0,149
	ΑΕΙ	-0,34	0,25	0,165
	MSc/ PhD	0,17	0,21	0,435
Έγγαμοι	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,26	0,17	0,131
Έχετε παιδιά	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,45	0,17	0,009
Ζείτε	Μόνος (αναφ.)			
	Με άλλους	-0,10	0,17	0,552
Επάγγελμα	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο (αναφ.)			
	Ιατροί	0,50	0,22	0,024
	Νοσηλευτές	0,33	0,16	0,038
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα (αναφ.)			
	Επαρχία	-0,10	0,12	0,409
Πόσο καλή είναι η υγεία σας		0,79	0,07	<0,001
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,21	0,16	0,194
Total Mobbing Score		-0,011	0,002	<0,001
Συνολική Υποστήριξη		0,48	0,06	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Σημείωση: Ως ανεξάρτητες μεταβλητές τέθηκαν (α) τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, (β) τα εργασιακά τους στοιχεία, (γ) η κατάσταση υγείας τους, (δ) η κοινωνική υποστήριξη που είχαν και (ε) η συνολική βαθμολογία ηθικής παρενόχλησης (mobbing).

Η ύπαρξη παιδιών, το επάγγελμα, η αξιολόγηση της υγείας των συμμετεχόντων και οι συνολικές βαθμολογίες στις κλίμακες κοινωνικής υποστήριξης και ηθικής παρενόχλησης (mobbing) βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες με παιδιά είχαν κατά 0,45 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν παιδιά.
- Οι ιατροί είχαν κατά 0,50 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους διοικητικούς/τεχνικούς και άλλους επαγγελματίες.
- Οι νοσηλευτές είχαν κατά 0,33 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους διοικητικούς/τεχνικούς και άλλους επαγγελματίες.
- Όσο καλύτερα αξιολόγησαν την κατάσταση της υγείας οι συμμετέχοντες τόσο καλύτερη ψυχολογική υγεία είχαν.
- Όσο περισσότερο ηθική παρενόχληση (mobbing) δέχονταν οι συμμετέχοντες τόσο χειρότερη ήταν η ψυχολογική τους υγεία.
- Όσο περισσότερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που είχαν οι συμμετέχοντες τόσο καλύτερη ψυχολογική υγεία είχαν.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

Πίνακας 45- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία

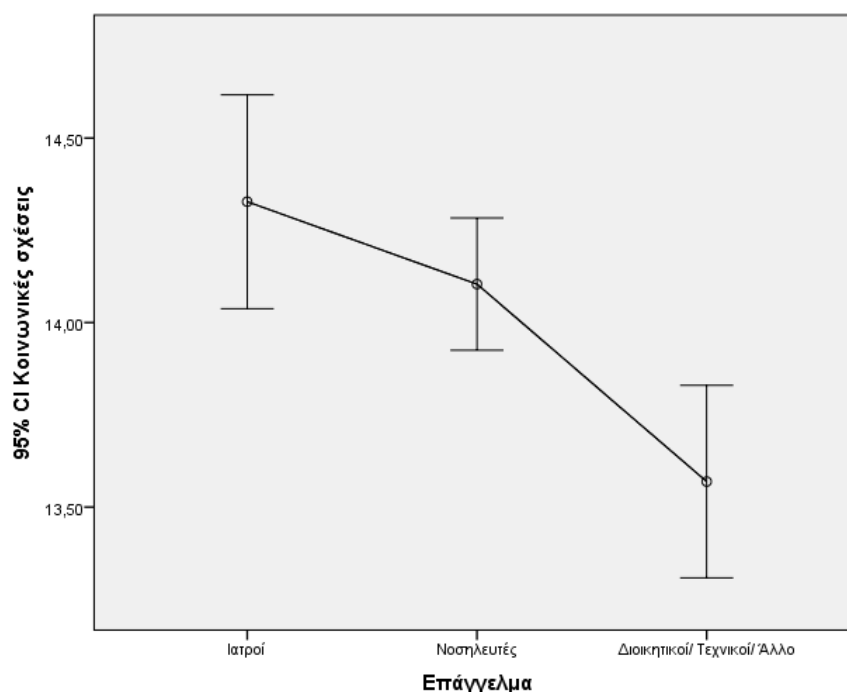
		Κοινωνικές σχέσεις		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Αντρες	13,9	2,5	0,144
	Γυναίκες	14,1	2,6	
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ	13,4	2,8	<0,001*
	ΤΕΙ	14,0	2,3	
	ΑΕΙ	14,2	2,7	
	MSc/ PhD	14,5	2,4	
Έγγαμοι	Όχι	13,9	2,8	0,403
	Ναι	14,2	2,3	
Έχετε παιδιά	Όχι	14,4	2,7	0,093
	Ναι	13,8	2,4	
Ζείτε	Μόνος	13,3	2,5	0,724
	Με άλλους	14,2	2,5	
Επάγγελμα	Ιατροί	14,3	2,7	<0,001*
	Νοσηλευτές	14,1	2,4	
	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο	13,6	2,7	
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα	14,1	2,6	0,613
	Επαρχία	13,9	2,6	
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι	14,3	2,4	0,001
	Ναι	13,1	2,8	

*ANOVA

Σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας καλύτερες κοινωνικές σχέσεις, είχαν οι συμμετέχοντες που δεν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό. Επίσης, η βαθμολογία στη διάσταση αυτή βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο και το επάγγελμά τους. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν το πολύ απόφοιτοι ΤΕΕ/ΙΕΚ είχαν σημαντικά χειρότερες κοινωνικές σχέσεις σε

σύγκριση με τους πτυχιούχους ΤΕΙ ($p=0,010$), τους πτυχιούχους ΑΕΙ ($p=0,001$) και τους συμμετέχοντες που είχαν μεταπτυχιακό/διδακτορικό ($p<0,001$). Επιπροσθέτως, οι συμμετέχοντες που είχαν μεταπτυχιακό/διδακτορικό είχαν σημαντικά καλύτερες κοινωνικές σχέσεις σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ΤΕΙ ($p=0,011$). Ακόμα, οι διοικητικοί/τεχνικοί και άλλοι επαγγελματίες είχαν σημαντικά χειρότερες κοινωνικές σχέσεις σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($p=0,002$) και τους ιατρούς ($p<0,001$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις» ανάλογα με το επάγγελμά τους.



Εικόνα 19- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις» ανάλογα με το ανάλογα με το επάγγελμά τους

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 46- Συντελεστές συσχέτισης της διάστασης «Κοινωνικές σχέσεις» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων

		Κοινωνικές σχέσεις
Ηλικία	r*	-0,19
	p	<0,001
Πόσο καλή είναι η υγεία σας	r**	0,31
	p	<0,001

*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με τη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις» και θετική του επιπέδου κατάστασης της υγείας με τη βαθμολογία αυτή. Οπότε, όσο μικρότεροι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες και όσο καλύτερα αξιολόγησαν την υγεία τους τόσο καλύτερες ήταν οι κοινωνικές τους σχέσεις.

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα εργασιακά τους στοιχεία, την κατάσταση υγείας τους, την κοινωνική υποστήριξη που είχαν και τη συνολική βαθμολογία ηθικής παρενόχλησης (mobbing). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 47- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής

		β*	SE**	P
Φύλο	Άντρες (αναφ.)			
	Γυναίκες	-0,06	0,16	0,719
Ηλικία		-0,01	0,01	0,162
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ (αναφ.)			
	ΤΕΙ	0,16	0,21	0,452
	ΑΕΙ	-0,15	0,28	0,596
	MSc/ PhD	0,22	0,24	0,363
Έγγαμοι	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,29	0,19	0,137
Έχετε παιδιά	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,67	0,20	0,001
Ζείτε	Μόνος (αναφ.)			
	Με άλλους	0,31	0,19	0,111
Επάγγελμα	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο (αναφ.)			
	Ιατροί	0,55	0,25	0,028
	Νοσηλευτές	0,41	0,18	0,024
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα (αναφ.)			
	Επαρχία	-0,12	0,14	0,399
Πόσο καλή είναι η υγεία σας		0,46	0,08	<0,001
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,29	0,18	0,116
Total mobbing score		-0,015	0,003	<0,001
Συνολική υποστήριξη		0,70	0,06	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Σημείωση: Ως ανεξάρτητες μεταβλητές τέθηκαν (α) τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, (β) τα εργασιακά τους στοιχεία, (γ) η κατάσταση υγείας τους, (δ) η κοινωνική υποστήριξη που είχαν και (ε) η συνολική βαθμολογία ηθικής παρενόχλησης (mobbing).

Η ύπαρξη παιδιών, το επάγγελμα, η αξιολόγηση της υγείας των συμμετεχόντων, το αν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας και οι συνολικές βαθμολογίες στις κλίμακες κοινωνικής υποστήριξης και βίαιης ψυχολογικής συμπεριφοράς (mobbing) βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις».

Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες με παιδιά είχαν κατά 0,67 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερες κοινωνικές σχέσεις, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν παιδιά.
- Οι ιατροί είχαν κατά 0,55 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους διοικητικούς/τεχνικούς και άλλους επαγγελματίες.
- Οι νοσηλευτές είχαν κατά 0,41 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους διοικητικούς/τεχνικούς και άλλους επαγγελματίες.
- Όσο καλύτερα αξιολόγησαν την κατάσταση της υγείας οι συμμετέχοντες τόσο καλύτερες κοινωνικές σχέσεις είχαν.
- Όσο περισσότερο ηθική παρενόχληση (mobbing) δέχονταν οι συμμετέχοντες τόσο χειρότερες ήταν οι κοινωνικές τους σχέσεις.
- Όσο περισσότερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που είχαν οι συμμετέχοντες τόσο καλύτερες ήταν οι κοινωνικές τους σχέσεις.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Περιβάλλον» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

Πίνακας 48- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Περιβάλλον» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία

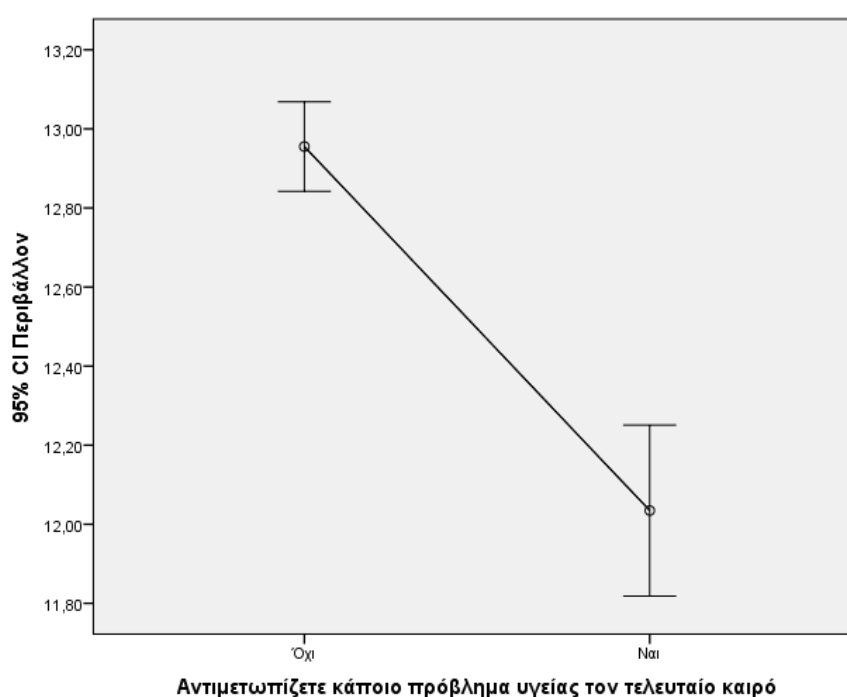
		Περιβάλλον		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	12,5	2,0	0,131
	Γυναίκες	12,8	2,0	
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ	12,2	2,1	<0,001*
	ΤΕΙ	12,7	1,9	
	ΑΕΙ	12,7	2,1	
	MSc/ PhD	13,2	2,0	
Έγγαμοι	Όχι	12,8	2,1	0,699
	Ναι	12,7	1,9	
Έχετε παιδιά	Όχι	13,0	2,1	0,007
	Ναι	12,6	1,9	
Ζείτε	Μόνος	12,8	2,1	0,337
	Με άλλους	12,7	2,0	
Επάγγελμα	Ιατροί	12,8	2,0	0,241*
	Νοσηλευτές	12,6	1,7	
	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο	12,8	2,4	
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα	12,8	2,0	0,971
	Επαρχία	12,7	2,0	
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι	13,0	1,9	<0,001
	Ναι	12,0	2,1	

*ANOVA

Σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας καλύτερο περιβάλλον, είχαν οι συμμετέχοντες που δεν είχαν παιδιά και εκείνοι που δεν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό. Επίσης, η βαθμολογία στη διάσταση αυτή βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν το πολύ απόφοιτοι ΤΕΕ/ΙΕΚ είχαν σημαντικά χειρότερο περιβάλλον σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ΤΕΙ ($p=0,002$), τους πτυχιούχους ΑΕΙ ($p=0,010$) και

τους συμμετέχοντες που είχαν μεταπτυχιακό/διδακτορικό ($p < 0,001$). Επιπροσθέτως, οι συμμετέχοντες που είχαν μεταπτυχιακό/διδακτορικό είχαν σημαντικά καλύτερο περιβάλλον σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ ($p = 0,023$) και τους πτυχιούχοι ΤΕΙ ($p = 0,012$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Περιβάλλον», ανάλογα με το αν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό ή όχι.



Εικόνα 20- Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Περιβάλλον» ανάλογα με το αν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό ή όχι

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Περιβάλλον» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 49- Συντελεστές συσχέτισης της διάστασης «Περιβάλλον» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής με την ηλικία και το επίπεδο κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων

		Περιβάλλον
Ηλικία	r*	-0,13
	P	<0,001
Πόσο καλή είναι η υγεία σας	r**	0,45
	P	<0,001

*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με τη βαθμολογία στη διάσταση «Περιβάλλον» και θετική του επιπέδου κατάστασης της υγείας με τη βαθμολογία αυτή. Οπότε, όσο μικρότεροι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες και όσο καλύτερα αξιολόγησαν την υγεία τους τόσο καλύτερο ήταν το περιβάλλον τους.

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Περιβάλλον» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα εργασιακά τους στοιχεία, την κατάσταση υγείας τους, την κοινωνική υποστήριξη που είχαν και τη συνολική βαθμολογία ηθικής παρενόχλησης (mobbing). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 50- Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Περιβάλλον» της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής

		β*	SE**	P
Φύλο	Άντρες (αναφ.)			
	Γυναίκες	-0,11	0,13	0,394
Ηλικία		0,00	0,01	0,651
Τι εκπαίδευση έχετε?	Μέχρι ΤΕΕ/ΙΕΚ (αναφ.)			
	ΤΕΙ	0,23	0,17	0,188
	ΑΕΙ	0,10	0,23	0,674
	MSc/ PhD	0,29	0,20	0,147
Έγγαμοι	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,15	0,16	0,312
Έχετε παιδιά	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,16	0,16	0,311
Ζείτε	Μόνος (αναφ.)			
	Με άλλους	-0,25	0,16	0,112
Επάγγελμα	Διοικητικοί/ Τεχνικοί/ Άλλο (αναφ.)			
	Ιατροί	-0,19	0,20	0,362
	Νοσηλευτές	-0,25	0,15	0,097
Σε ποια περιοχή κατοικείτε	Αθήνα (αναφ.)			
	Επαρχία	-0,08	0,11	0,468
Πόσο καλή είναι η υγεία σας		0,73	0,07	<0,001
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας τον τελευταίο καιρό	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,14	0,15	0,358
Total Mobbing Score		-0,009	0,002	<0,001
Συνολική Υποστήριξη		0,41	0,05	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Σημείωση: Ως ανεξάρτητες μεταβλητές τέθηκαν (α) τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, (β) τα εργασιακά τους στοιχεία, (γ) η κατάσταση υγείας τους, (δ) η κοινωνική υποστήριξη που είχαν και (ε) η συνολική βαθμολογία ηθικής παρενόχλησης (mobbing).

Η αξιολόγηση της υγείας των συμμετεχόντων και οι συνολικές βαθμολογίες στις κλίμακες κοινωνικής υποστήριξης και βίαιης ψυχολογικής συμπεριφοράς (mobbing) βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Περιβάλλον». Συγκεκριμένα:

- Όσο καλύτερα αξιολόγησαν την κατάσταση της υγείας τους οι συμμετέχοντες τόσο καλύτερο περιβάλλον είχαν.
- Όσο περισσότερο ηθική παρενόχληση (mobbing) δέχονταν οι συμμετέχοντες τόσο χειρότερο ήταν το περιβάλλον τους.
- Όσο περισσότερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που είχαν οι συμμετέχοντες τόσο καλύτερο περιβάλλον είχαν.

8.2. Αποτελέσματα Ποιοτικής Έρευνας

8.2.1. Κτίσιμο της έννοιας - Ανάλυση του όρου

Στον Πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το τι θεωρούν ότι συνιστά παρενόχληση στον εργασιακό χώρο.

Τι είναι η ηθική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο;
Όπως το αντιλαμβάνομαι εγώ, είναι η ψυχολογική βία, που ασκείται στον εργασιακό χώρο. <p style="text-align: right;">[NIII]</p>
Χμ... θεωρώ ό,τι με παρακάμπτει... ό,τι με παραβιάζει, ό,τι είναι αντίθετο στις αρχές μου, εεε... ό,τι με πιέζει πολύ... Χμ... όταν κάποιος προσπαθεί να επιβληθεί, παρακάμπτοντάς με... μη... χωρίς να θέλει να δεχτεί τη δική μου την προσωπικότητα, εεε... είναι πολλά τα παραδείγματα που μπορώ να αναφέρω, δηλαδή, στην καθημερινότητά μας στην βάρδια, εεε... είναι πράγματα που άλλος πρέπει να κάνει και με τον «τρόπο» του τα παραδίδει σε μένα, επειδή έχει άλλη εργασιακή κουλτούρα, μου τα «φορτώνει». Θεωρώ ότι και αυτό είναι ηθική παρενόχληση. Και είναι το μεγαλύτερο κομμάτι στην δουλειά μας όταν δεν νιώθουμε ισότιμοι.

[N12]

Η παραβίαση της αξιοπρέπειας, εεε... χωρίς να υπάρχει λόγος. Παραδείγματος χάριν κάνω μια δουλειά, θεωρώ ότι την κάνω σωστά και ο προϊστάμενος μου, θεωρεί ότι δεν την κάνω σωστά και ερχόμαστε σε μια κόντρα εκεί... και...και εγώ νιώθω άσχημα για αυτό, γιατί είμαι σίγουρος ότι κάνω σωστά την δουλειά μου, απλά γίνεται αυτό γιατί ίσως υπάρχει από πίσω μια αντιπάθεια.

[N13]

Η ηθική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο είναι μια κατάσταση που βαραίνει πάρα πολύ τον εργαζόμενο, που δεν τον κάνει... να... του δημιουργεί προϋποθέσεις να μην αποδίδει σωστά στη δουλειά του, μόνο και μόνο γιατί σκέφτεται κάποια άλλα πράγματα, του αποσπάει την προσοχή. Αυτό μπορεί να συμβεί αρκετές φορές κατά την διάρκεια του ωραρίου του, αλλά οφείλει να δείχνει την προσοχή που χρειάζεται πάνω στη δουλειά του και να προσπαθεί να αποφύγει αυτές τις καταστάσεις που δημιουργούν την ηθική παρενόχληση.

Εμ... τις περισσότερες φορές συμβαίνει από τους ανώτερους σε ιεραρχία, αλλά πολλές φορές και από τους ίδιους τους συναδέλφους του, μπορεί να συμβεί αυτό. Άλλες φορές ηθελημένα με κάποιο σκοπό και άλλες φορές χωρίς να υπάρχει κάποιο προηγούμενο ή κάποια σκοπιμότητα πάνω σε αυτό.

[N14]

Εεε... πολλές μορφές λεκτικής βίας ή παραπόνων που γίνονται από συνοδούς ασθενών ή και από ασθενείς προς το Νοσηλευτικό ή προς το Ιατρικό προσωπικό. Πολλές φορές για λόγους άστοχους, πολλές φορές για λόγους σωστούς, αλλά εμείς οι ιατροί είμαστε αρκετά συχνά αποδέκτες αυτού του φαινομένου. Πιο συχνά, είναι μορφές λεκτικής παρενόχλησης, π.χ. «εμείς περιμένουμε πολύ ώρα εδώ», «και εσείς τι κάνετε;», «κάθεστε και εμείς σας πληρώνουμε», χαρακτηριστικό παράδειγμα, εεε... τα οποία, όσο προσπαθείς να κάνεις την δουλειά σου σωστά και να εξυπηρετήσεις τον κόσμο, σίγουρα σε φέρνουν σε δύσκολη θέση. Παράλληλα είναι πιο συχνό το φαινόμενο αυτό με ιδιαίτερες κοινωνικές ομάδες, ιδιαίτερα Ρομά, οι οποίοι έρχονται, μπαίνουν μέσα στα ΤΕΠ κατά δυάδες, τριάδες και ζητούν εκείνη την στιγμή να εξεταστούν, έχοντας πολλές φορές συμπτώματα που δεν είναι επείγον, π.χ. πονοκέφαλος και ενώ υπάρχει κόσμος που περιμένει έξω πολλές ώρες, δεν μπορούν να το καταλάβουν και μπαίνουν μέσα. Αυτοί συχνά παρενοχλούν λεκτικά, αλλά και με μορφές βίας ή τραμπουκισμού, δηλαδή, «θα σας δείξω εγώ»,

«δεν ξέρεις ποιος είμαι» και χαρακτηριστικό παράδειγμα σε έναν συνάδελφο προχτές, είχε έρθει ένας μεθυσμένος και του λέει «αν είχα πιστόλι, θα σου άνοιγα το κεφάλι», εεε... είναι αρκετά συχνό φαινόμενο αυτό στα ΤΕΠ. Επίσης, κυρίως κατά τις βραδινές ώρες σε εφημερίες υπάρχουν κυρίως μορφές παρενόχλησης από μεθυσμένους, είτε αλλοδαπούς, είτε Έλληνες, οι οποίοι λόγω του αλκοόλ στο αίμα, βρίζουν, φωνάζουν, επιτίθενται λεκτικά. Αυτά μπορώ να σας πω.

[III1]

Ηθική παρενόχληση πιστεύω ότι είναι μια μη νορμάλ συμπεριφορά από έναν συνάδελφο προς την προσωπική μου ζωή και προπάντων στον εργασιακό μου χώρο.

[III2]

Εμ... έτσι όπως τον ακούω τον όρο, θεωρώ ότι είναι μια παρενόχληση περισσότερο θα έλεγα λεκτική, συμπεριφοριστική. Αυτό μου έρχεται στο μυαλό. Εμ... θεωρώ ότι είναι... κάτι που γίνεται σε κάποιον, φαντάζομαι είτε προϊστάμενο... εεε... από προϊστάμενο σε κάποιον υφιστάμενο, λόγω κάποιας εξουσίας, γίνεται... παρεμποδίζει την λειτουργία του εργαζόμενου με κάποιες συμπεριφορές.

[III3]

Είναι μια μορφή βίας, λεκτικής η οποία ασκείται από πολλούς, είτε από προϊσταμένους, διευθυντές, είτε από νοσηλευόμενους ασθενείς που εξυπηρετούμε, είτε από συγγενείς. Έχει μια μεγάλη γκάμα το θέμα αυτό.

[III4]

Είναι η άσχημη ψυχολογική κατάσταση που βρίσκεται κάποιος, ένεκα προστριβών, ένεκα εργασιών που αναγκάζομαστε να κάνουμε, αλλά μέσω λεκτικής πίεσης και βίας από ανωτέρους, τις κάνουμε. Το βίωμα χειριστικών συμπεριφορών από ανωτέρους αλλά και από συναδέλφους, όπου ή δεν αντιδρούμε ή αντιδρούμε με άσχημο τρόπο. Έτσι το βιώνω εγώ ως υπάλληλος.

[ΔIII1]

Ηθική παρενόχληση είναι το γεγονός οτιδήποτε «έρθει» του καθενός ανωτέρου εγώ πρέπει να το κάνω, άσχετα αν πρέπει ή αν μπορώ.

[ΔIII2]

Είναι το 'bullying' που βιώνουμε οι υπάλληλοι. Είτε από προϊστάμενο ή από κάποιο συνάδελφο, ανάλογα με το τι μας επιβάλουν.

[ΔIII3]

Είναι η πίεση που μας ασκεί ο κάθε προϊστάμενος στο να κάνουμε επιπλέον δουλειές ή και στους συναδέλφους, ανάλογα, πάνω στο άγχος και στην πίεση της

δουλειάς που έχουμε και τις υποχρεώσεις, με αποτέλεσμα να υπάρχει μια μεγάλη ένταση. Ας το πούμε εκφοβισμό.

[ΔΠ4]

Στον Πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων σχετικά με το πώς αντιλαμβάνονται το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης και ποιες μορφές λαμβάνει συνήθως.

Πώς το αντιλαμβάνεστε; / Πώς γίνεται αντιληπτό το φαινόμενο; / Τι μορφές λαμβάνει συνήθως;

Ερωτώμενος: Το αντιλαμβάνομαι τώρα.. από τους ανωτέρω συνήθως, εγώ το εισπράττω... βέβαια και από τους συναδέλφους... το αντιλαμβάνομαι την ώρα της εργασίας... την ώρα που προσπαθείς να εργαστείς και ο άλλος προσπαθεί ψυχολογικά να σε πιέσει... είτε με τον ένα τρόπο, είτε με τον άλλον... είτε... δίνοντάς σου εντολές, είτε προσπαθώντας να σε υπονομεύσει με διάφορους τρόπους, τώρα αυτό γίνεται και εκτός εργασίας και... τελειώνοντας την εργασία σου το παίρνεις και σπίτι σου ...αυτό, δεν είναι, δηλαδή η βία συνεχίζει να σε «κυνηγά».

Ερευνητής:*Με ποιο τρόπο συνεχίζει δηλαδή στο σπίτι σας;*

Ερωτώμενος: Όταν δημιουργείται ένας... όταν από τους ανωτέρους συνήθως γίνεται αυτό, δηλαδή η ψυχολογική βία ασκείται, έτσι το αντιλαμβάνομαι εγώ, πιο έντονα από τους ανωτέρους, οι οποίοι ίσως δεν έχουν την παιδεία. Την παιδεία δεν έχουν κάποιοι... έτσι νομίζω. Αυτό το αξίωμα που τους δίνεται να το διαχειριστούν, με αποτέλεσμα να μην μπορούν... εεε... να κάνουν τους εργαζόμενους αυτούς που έχουν υπό την δικαιοδοσία τους, υπό την όχι εξουσία τους, κάτω από αυτούς τέλος πάντων να μην μπορούν να τους βάλουν να λειτουργήσουν σωστά, να αποδώσουν σωστά και δεν αποδίδουν σωστά... εεε... έχοντας αυτό το... εεε... νιώθοντας έτσι, νιώθοντας ότι πιέζονται.

Ερευνητής:*Μάλιστα... και τι μορφές λαμβάνει συνήθως, σύμφωνα με τη δική σας εμπειρία;*

Ερωτώμενος: Ψυχολογική. Εεε... ψυχολογική, εεε... σωματική όχι... ψυχολογική εγώ αντιλαμβάνομαι. Τώρα αυτό.

[ΝΙΙΙ]

Ερωτώμενος: Εεε... τι μορφές μπορεί να έχει... μπορεί να μπει σε ένα θάλαμο...

εμ... όπου υπάρχουν οι ασθενείς μαζί με τους συνοδούς και οι συνοδοί να μην σεβαστούν την παρουσία σου... να μην σου δώσουν χώρο... να δουλέψεις με αξιοπρέπεια. Ένα παράδειγμα να σας πω, δηλ. δεν θα απομακρυνθούν από το κρεβάτι, δίνοντάς μου εμένα χώρο να δουλέψω πάνω στον ασθενή, με αποτέλεσμα εγώ να κουράζομαι διπλά. Να πρέπει να εξηγήσω πράγματα αυτονόητα.

Εμ... βέβαια και αυτό πηγάζει και από την δική τους ανασφάλεια, αλλά είναι κάτι που εμένα, αν μη τι άλλο, με εξαντλεί σε καθημερινή βάση.

Ερευνητής: *Οι μορφές που μπορεί να πάρει;*

Ερωτώμενος: Μορφές που μπορεί να πάρει (επανάληψη ερώτησης από την ίδια για να σκεφτεί)... είναι μικροί οι χώροι, ούτως ή άλλως, οι θάλαμοι των ασθενών είναι αρκετά μικροί, εεε... φτάνεις σε σημείο να έρθεις σε σωματική επαφή, όχι με τον ασθενή, αλλά με τον συνοδό. Αυτό θεωρώ ότι είναι εξίσου ηθική παρενόχληση, όταν ο άλλος δεν το αντιλαμβάνεται και θα πρέπει να του επισημάνεις ,μια ή δυο φορές, γιατί όταν το επισημάνεις το αντιλαμβάνονται, αλλά πρέπει να το επισημάνεις... δεν το κάνουν από μόνοι τους.

Εμ... αυτό το θέμα δηλαδή, να πρέπει να «πέσεις» πάνω στον άλλον, να έρθεις σε επαφή σωματική είναι κάτι... δεν είναι ωραίο... είναι άσχημο και το ζεις σε καθημερινή βάση.

Ερευνητής: Άρα, αυτό που αντιλαμβάνομαι μέσα από τα λεγόμενά σας, είναι ότι οι μορφές που παίρνει είναι και λεκτική κυρίως, λεκτική, η ηθική παρενόχληση μέσα και από προσβολές...

Ερωτώμενος: θα έλεγα ότι λεκτική εγώ προσωπικά δεν έχω αντιμετωπίσει... σε πολύ μεγάλο βαθμό, όχι ότι δεν υπάρχει... υπάρχει και το βλέπω και σε άλλους συναδέλφους, αλλά συνήθως αυτές οι σχέσεις είναι αμφίδρομες. Ε.., ό,τι δίνεις, θα λάβεις.

[N12]

Ερωτώμενος: Εεε... με την αδιαφορία στο πρόσωπό μου, εεε... με το να μην μου δίνουν σημασία... πώς να το πω!

Να μην μου δίνουν σημασία, στον τρόπο που θέλω να λειτουργήσω μέσα στο τμήμα.

Ερευνητής: *τι μορφές λαμβάνει συνήθως;*

Ερωτώμενος: Λεκτική, συμπεριφορική, ψυχολογική... εεε... αυτά.

[N13]

Ερωτώμενος: Σε μένα τις περισσότερες φορές γίνεται αντιληπτό αμέσως, όμως δεν

μπορώ... δεν το αξιολογώ εκείνη την ώρα, γιατί έχω άλλα... άλλα πράγματα που προκρίνουν εκείνη τη στιγμή την σκέψη μου, όταν μετά ηρεμώ, μπορώ να το σκεφτώ καλύτερα, μπορώ να το βάλω στη βαθμίδα της αξιολόγησής μου εκεί που πρέπει και συνήθως το «βάζω πολύ χαμηλά κάτω» και αντιδρώ ανάλογα.

Ερευνητής: Οι μορφές που λαμβάνει;

Ερωτώμενος: Οι μορφές είναι λεκτική περισσότερο αυτή η ηθική παρενόχληση.

Ερευνητής: Στο χώρο εργασίας σας δηλαδή είναι λεκτική; Αυτό μου λέτε ε;

Ερωτώμενος: Ναι, λεκτική, δεν υπάρχει κάτι άλλο σε σωματική... δεν υπάρχει.

[N14]

Ερωτώμενος: Κυρίως λεκτικής, σπάνια σωματικής βίας έχουν συμβεί και παραδείγματα τα οποία υποδηλώνονται και πολλές φορές επίσης αφήνονται να περάσουν χωρίς να δοθεί ιδιαίτερη βάση, ούτε από την Διοίκηση, είτε από την Αστυνομία. Έχω ακούσει και από άλλους συναδέλφους που δουλεύουν σε άλλα νοσοκομεία των Αθηνών, ότι είναι αρκετά συχνά τέτοια φαινόμενα.

[III1]

Ερωτώμενος: Πιστεύω μια έντονη συμπεριφορά από τους συναδέλφους, το οποίο μπορεί να είναι επιθετική, μπορεί να είναι μη νορμάλ γενικώς από δικά τους προβλήματα, να σου συμπεριφέρονται χάλια, εμ... γενικώς να τους φταίνε πράγματα που μπορεί να έχουν να κάνουν αυτοί κάποια δουλειά, την οποία να την ρίχνουν στο τέλος σε σένα, το δικό τους βάρος και επίσης να σου δημιουργούν από μικρά μέχρι σοβαρά προβλήματα.

[III2]

Ερωτώμενος: Από την δική μου εμπειρία, θεωρώ ότι λαμβάνει μορφές έτσι περισσότερο λεκτικές. Αντιλαμβάνομαι ότι είναι μορφή επιθετικής συμπεριφοράς, απειλών, μιας εχθρικής στάσης, εεε... μπορεί να χρησιμοποιούνται υπονοούμενα και κάποιες φορές προσβολές, ύβρεις θα μπορούσε να είναι και γενικά με στόχο να μειώσουν τον εργαζόμενο και την αποδοτικότητά του, εεε... νομίζω ότι αυτό περικλείεται στην ηθική παρενόχληση.

Ερευνητής: Άρα, οι μορφές που λαμβάνει για εσάς είναι κυρίως λεκτική;

Ερωτώμενος: Περισσότερο εκεί πηγαίνει και ψυχολογική θα έλεγα. Δεν μου έρχεται στο μυαλό η σωματική τόσο πολύ, όσο η ψυχολογική παρενόχληση, μέσα από λεκτικές εκφράσεις, όπως μπορεί μερικές φορές, οι εκφράσεις του προσώπου κάποιου ανθρώπου μπορεί να δείξουν ότι σε υποβαθμίζουν, ότι σε αναιρούν και σου

δημιουργούν πρόβλημα στη δουλεία.

[III3]

Ερωτώμενος: Σωματική που είναι και το σπάνιο για μένα. Τις περισσότερες φορές, ο κόσμος μένει καθαρά στο λεκτικό επίπεδο, το οποίο και από μόνο του μπορεί να δυσχεραίνει την εκτέλεση του έργου σου. Όμως είναι πολύ έντονο το θέμα της παρενόχλησης, λαμβάνει χώρα καθημερινά πλέον, ειδικά όπως είναι η κατάσταση στην Ελλάδα, όπου ο κόσμος είναι πολύ πιεσμένος και επι της ουσίας δεν σε αφήνει να μπορείς να παρέχεις σωστά και θεραπευτικά το έργο σου απέναντι στο ασθενή. Πολλές φορές αυτό που αντιμετωπίζουμε στα επείγοντα είναι και η παρέμβαση του συγγενή και κάποιες φορές και του ίδιου του ασθενή που σου ασκεί εκείνη τη στιγμή λεκτική βία, λιγότερο σωματική και δεν μπορείς να παρέχεις σωστά και εξατομικευμένα την θεραπευτική σου προσέγγιση στον ασθενή. Σε αποδιοργανώνει. Είναι πολύ έντονο, οξύ όπως το βιώνεις, το αντιλαμβάνεσαι. Το λυπηρό είναι ότι το αντιμετωπίζουμε και από τους ανωτέρους μας.

[III4]

Ερωτώμενος: Από την ανώτερη προς την κατώτερη βαθμίδα. Δηλαδή από προϊσταμένους προς υφισταμένους.

Ερευνητής: Για να καταλάβετε καλύτερα την ερώτησή μου, **τι μορφές λαμβάνει η ηθική παρενόχληση;** Εσείς απαντήσατε από ποιους πυροδοτείται η ηθική παρενόχληση

Ερωτώμενος: Ψυχολογική βία, υποβάθμιση, δεν δίνεται η δυνατότητα εξέλιξης του υπαλλήλου. Ψυχολογική πίεση, στρες, στεναχώρια. Ο υπάλληλος νιώθει εγκλωβισμένος, νιώθει αδικία στο πρόσωπο του και τον οδηγεί στην καταρράκωσή του.

Ερευνητής: Έχει δηλαδή συνέπειες στην ποιότητα ζωής και γενικά στην προσωπική ζωή;

Ερωτώμενος: Ναι. Όταν υπάρχουν τέτοια φαινόμενα νιώθεις «μαρασμό», νιώθεις άσχημα.

Ερευνητής: Άρα, οι μορφές που λαμβάνει για εσάς, είναι ψυχολογική και λεκτική;

Ερωτώμενος: Λεκτική με τη μορφή ειρωνείας, υποτίμησης.

[AIII]

Ερωτώμενος: Το αντιλαμβάνομαι όταν ο άλλος μου μιλάει με επιθετικό τρόπο,

επιβλητικό τρόπο, με απειλές του στυλ: «άμα δε κάνεις αυτό... θα έχεις συνέπειες».
Οφθαλμός αντί οφθαλμού.

Ερευνητής: Και τι μορφές λαμβάνει;

Ερωτώμενος: έχθρα, μίσος, κακία.

Ερευνητής: Λεκτική δηλαδή;

Ερωτώμενος: Ναι λεκτική κυρίως.

[ΔΠ2]

Ερωτώμενος: Μορφές βίας, ηθική, λεκτική βία, να μας επιβάλλουν να κάνουμε κάποιες εργασίες, ενώ δεν θέλουμε. Μας υποχρεώνουν και αναγκαστικά κάνουμε αυτό που μας λένε, για να μην έχουμε κυρώσεις αργότερα. Μετά υπάρχει και η ψυχολογική βία και το άγχος και αναρωτιέμαι: «γιατί σε μένα; Είμαι κατώτερη υπάλληλος;»

Ερευνητής: Έχετε δηλαδή αμφιβολίες και ερωτηματικά για τον εαυτό σας;

Ερωτώμενος: Ναι με κάνουν και έχω τέτοιες καταστάσεις.

[ΔΠ3]

Ερωτώμενος: Συνήθως λεκτικές μορφές και πιέσεις, όχι σωματικές τόσο πολύ.

Ερευνητής: Και πώς το αντιλαμβάνεστε;

Ερωτώμενος: Περισσότερο με την ένταση της φωνής, από τις συμπεριφορές.

Ερευνητής: Εκδηλώνεται και μέσω επιθετικότητας;

Ερωτώμενος: Στην ένταση της φωνής υπάρχει επιθετικότητα.

[ΔΠ4]

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων, προκύπτουν ορισμένα κύρια συμπεράσματα, τα οποία επιγραμματικά είναι τα εξής:

- Η συντριπτική πλειονότητα των ερωτώμενων ανέφεραν ότι η ηθική παρενόχληση στο χώρο της εργασίας είναι κυρίως μια **μορφή ψυχολογικής βίας**, με κυριότερα γνωρίσματα τα εξής:

Γνωρίσματα Ψυχολογικής Βίας

- εχθρική στάση
- προσβολές/ ύβρεις
- αδιαφορία και αποκλεισμός
- ειρωνεία
- υποτιμητική και απαξιωτική διάθεση
- άδικη ανάθεση επιπλέον επαγγελματικών καθηκόντων
- παραβίαση ατομικών ελευθεριών
- καταπάτηση της αξιοπρέπειας
- προσπάθεια επιβολής
- εξαναγκασμός
- άδικες κατηγορίες για μη ορθή επιτέλεση επαγγελματικών καθηκόντων

- Συνήθως, περιλαμβάνεται **λεκτική επιθετικότητα**.
- Το σύνολο των ιατρών και οι μισοί νοσηλευτές ανέφεραν ότι η ηθική παρενόχληση είναι μια μορφή βίας και έντονων παραπόνων από **ασθενείς** ή/και **συνοδούς ασθενών**.
- Μπορεί να ασκείται είτε **ηθελημένα** είτε **απρόσκοπτα**.
- Μπορεί να ασκείται τόσο από **συναδέλφους** όσο και από **προϊσταμένους**.
- Έχει έντονες **αρνητικές επιπτώσεις** τόσο σε **επαγγελματικό** όσο και σε **προσωπικό επίπεδο**.
- Επισημαίνουν ότι οι **σωματικές** μορφές επιθετικότητας είναι **σπανιότερες** από τις λεκτικές/ψυχολογικές.

8.2.2. Ενημέρωση για το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης

Στον Πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το αν έχουν ακούσει ποτέ τον όρο ‘ηθική παρενόχληση’ και από ποιον.

Έχετε ακούσει ποτέ τον όρο ‘ηθική παρενόχληση’; Αν ναι, από ποιον;
Ερωτώμενος: Μμ... χμ... συναινεί καταφατικά με τη γλώσσα του σώματος- (κίνηση κεφαλής) και στα ΜΜΕ και έχω διαβάσει για αυτό και στα σχολεία ακόμα και παντού γενικά το ακούω. Δεν είναι ότι δεν το έχω ακούσει αυτό τον όρο νομίζω ότι όλοι οι άνθρωποι ακόμη και στα σπίτια μας με τον έναν ή με τον άλλον τρόπο μπορεί να βιώσουμε μία μορφή βίας. [N11]
Ερωτώμενος: Ναι, βέβαια. Ερευνητής: Εεε, <i>από ποιόν έχετε ενημερωθεί για τον όρο αυτό;</i> Ερωτώμενος: Εεε... όσο έχω διαβάσει, από πληροφόρηση που έχω λάβει μέσω διαδικτύου, εμ... και είναι κάτι που σαν όρος «ηθική παρενόχληση», μπορεί στην καθημερινότητά μας να μην τον χρησιμοποιούμε, είναι κάτι όμως που το ζούμε (έμφαση), εμείς στο δικό μας τον χώρο, τον ζούμε λιγάκι, εμ... τον ζούμε αρκετά συχνά, θεωρώ ότι λαμβάνουμε παρενόχληση τέτοιου είδους, από τους προϊστάμενούς μας, από τους άμεσα προϊστάμενους. [N12]
Ερωτώμενος: Ναι Ερευνητής: <i>από ποιόν τον έχετε ακούσει;</i> Ερωτώμενος: Διαβάζοντας στο διαδίκτυο. [N13]
Ερωτώμενος: Α.. και στο χώρο εργασίας μου από τους επαγγελματίες ψυχολόγους, αλλά και στο Facebook, αλλά και γενικά στα ΜΜΕ. [N14]
Ερωτώμενος: Ναι τον έχω ακούσει Ερευνητής: <i>από ποιόν τον έχετε ακούσει; Από πού έχετε ενημερωθεί;</i> Ερωτώμενος: Κυρίως από το διαδίκτυο και από διάφορες καμπάνιες που γίνονται στο εξωτερικό κυρίως έναντι της παρενόχλησης σε άτομα που δουλεύουν σε χώρους υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα που μπορώ να αναφέρω, έχω διαβάσει

πρόσφατα, τον προηγούμενο χρόνο, όχι τόσο πρόσφατα, ότι στην Αυστραλία, άμα επιτεθείς σε ιατρό, νοσηλεύτη σε καταδικάζουν άμεσα σε 7 χρόνια φυλάκισης, χωρίς να ρωτήσουν τον λόγο που επιτέθηκες και έχουν χαρακτηριστικό σλόγκαν «επιτέθηκες σε ιατρό-νοσηλεύτη, έχεις 7 χρόνια να το ξανασκεφτείς». Επομένως, από καμπάνιες που γίνονται στο εξωτερικό για την προάσπιση των ανθρώπινων δικαιωμάτων σε ανθρώπους που δουλεύουν σε χώρους υγείας.

[III1]

Ερωτώμενος: Γενικά δεν έχω ακούσει για ηθική παρενόχληση από κάποιον άνθρωπο ή συνάδελφο, αλλά ίσως δεν έχει γίνει ακόμα εφικτό προς... ως όρος δηλαδή ηθική παρενόχληση.

[III2]

Ερωτώμενος: Ναι, τον έχω ακούσει.

Ερευνητής: από ποιόν;

Ερωτώμενος: Τον έχω ακούσει από τα μέσα ενημέρωσης... το έχω βάλει στο μυαλό μου όπως το bullying στα σχολεία, είναι η ηθική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο. Και μου έχει κάνει εντύπωση, ότι υπάρχει ενημέρωση τον τελευταίο καιρό και ευαισθητοποίηση των εργαζομένων πάνω σε αυτό το θέμα.

[III3]

Ερωτώμενος: Η αλήθεια είναι ότι ο όρος ηθική παρενόχληση δεν είναι ευρέως γνωστός. Πιο πολύ από τα ΜΜΕ, το διαδίκτυο κυκλοφορεί ο όρος του bullying στα σχολεία. Νομίζω ότι ο περισσότερος κόσμος το ξέρει σαν bullying, που αφορά μαθητές. Να πω την αλήθεια, δεν τον έχω ξανακούσει. Δεν το είχα βιώσει τόσο έντονα. Όμως αυτό το διάστημα που εργάζομαι στα Επείγοντα και με την επαφή που έχω με τον κόσμο, μπορώ να πω ότι έψαξα λίγο, δηλαδή, το θέμα με την βία που ασκείται σε εμάς, πώς αποτυπώνεται επιστημονικά και εκεί το βρήκα στο διαδίκτυο ψάχνοντας, καθώς και τις μορφές βίας γιατί είναι ένα θέμα που με απασχολεί πάρα πολύ.

[III4]

Ερωτώμενος: Ναι, τα τελευταία χρόνια αρκετά συχνά γιατί βιώνεται σε καθημερινή βάση αυτή η παρενόχληση στην εργασία. Την τελευταία 5ετία ίσως και λόγω κρίσης, ίσως και λόγω οικονομικών, προσωπικών και οικογενειακών προβλημάτων δεν υπάρχει διάθεση σε κάθε εργαζόμενο να λειτουργεί όπως παλιά. Η κακή του διάθεση μεταβιβάζεται στην εργασία. Το φαινόμενο της ηθικής

παρενόχλησης ακούγεται συχνά. Εγώ έχω ενημερωθεί από το διαδίκτυο.	[ΔΠ1]
Ερωτώμενος: Τον έχω ακούσει από το internet. Θα έπρεπε βέβαια να γίνουν συνέδρια, ενημερώσεις γιατί το θέμα παίρνει επικίνδυνες διαστάσεις.	[ΔΠ2]
Ερωτώμενος: Από τα ΜΜΕ, την τηλεόραση, από τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης.	[ΔΠ3]
Ερωτώμενος: Την έχω διαβάσει από το διαδίκτυο και δεν έχω ενημερωθεί κατάλληλα.	[ΔΠ4]

Στον Πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το κατά πόσον νιώθουν επαρκώς ενημερωμένοι για τον όρο ‘ηθική παρενόχληση’.

Νιώθετε επαρκώς ενημερωμένος/η για τον όρο ‘ηθική παρενόχληση’;	
Ερωτώμενος: Όχι, όχι, όχι επαρκώς, αλλά εντάξει ορισμένες γνώσεις τις έχω. Ξέρω κάποια πράγματα.	
Ερευνητής: Επειδή είπατε ότι διαβάζετε και ότι το έχετε διαβάσει. Από τα ΜΜΕ μέσα μαζικής ενημέρωσης δεν σας έχει γίνει πιο σαφής ο όρος;	
Ερωτώμενος: Ο όρος μπορεί να είναι μου πιο σαφής, αλλά τον τρόπο που θα το αντιμετωπίσεις δεν μπορώ, να.. δηλαδή το διαβάζω για να ξέρω πως να αντιμετωπίσω αυτούς τους ανθρώπους. Τον τρόπο δηλαδή που ασκούν αυτή τη βία... πώς να το αντιμετωπίσω σαν εργαζόμενη;	[ΝΠ1]
Ερωτώμενος: Όχι, δεν θα έλεγα ότι το έχω καλύψει επαρκώς το θέμα... όχι.	[ΝΠ2]
Ερωτώμενος: Όχι, δεν γνωρίζω πολλά πράγματα. Θα ήθελα να μάθω, να αντιληφθώ τι εννοεί η επιστήμη πάνω σε αυτό.	[ΝΠ3]
Ερωτώμενος: Όχι, θα μπορούσαν να γίνουν διάφορα σεμινάρια, διάφορες διαλέξεις πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, ώστε να είμαστε και εμείς πιο ενημερωμένοι και να	

είμαστε πιο έτοιμοι να απαντήσουμε σωστά και όποτε και αν συμβεί αυτό το πράγμα στο χώρο εργασίας μας.	[NII4]
Ερωτώμενος: Ξεκάθαρα όχι. Δεν υπάρχει ενημέρωση στην Ελλάδα ή στους επαγγελματίες υγείας. Εγώ προσωπικά δεν έχω ενημερωθεί από κάπου, αλλά κυρίως από το διαδίκτυο. Γίνεται μια προσπάθεια ενημέρωσης στο Νοσοκομείο μας η οποία είναι πολύ καλή και προσπαθούμε να συμβάλουμε όλοι σε αυτό.	[III1]
Ερωτώμενος: Όχι.	[III2]
Ερωτώμενος: Όχι ιδιαίτερα, λίγο ενημερωμένη. Καθόλου ενημερωμένη στο τι θα μπορούσε κάποιος να κάνει για να το αντιμετωπίσει.	[III3]
Ερωτώμενος: Να πω την αλήθεια, όχι μέχρι να το ψάξω στο διαδίκτυο, με αφορμή ενός περιστατικού που έγινε στον εργασιακό χώρο, για να δω τρόπους αντιμετώπισης, δεν είχα ενημερωθεί επαρκώς. Και δεν είχα ενημερωθεί με την σωστή ορολογία. Νομίζω ότι πλέον είμαι καλύτερα ενημερωμένη σε σχέση με πριν, κάνοντας και αυτή την αναζήτηση στο διαδίκτυο.	[III4]
Ερωτώμενος: Προσωπικά ενημερωμένη είμαι από το διαδίκτυο, και από έντυπο υλικό γνωρίζω αρκετά. Όμως δεν έχουν γίνει σεμινάρια, διαλέξεις, ενημερωτικά προγράμματα στο χώρο της υγείας. Παρόλα αυτά θεωρώ ότι έχω μια καλή εικόνα του όρου.	[ΔIII1]
Ερωτώμενος: Λίγο ενημερωμένος για τον όρο.	[ΔIII2]
Ερωτώμενος: Όχι, θα ήθελα να γίνει κάτι να μπορέσουμε να ενημερωθούμε όλοι οι υπάλληλοι, να εκφράσουμε απόψεις πάνω στο θέμα.	[ΔIII3]
Ερωτώμενος: Όχι δεν νιώθω.	[ΔIII4]

Στον Πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τι απαιτείται να γίνει για την ενημέρωση σχετικά με τον όρο 'ηθική παρενόχληση'.

Τι απαιτείται να γίνει για το ζήτημα της ενημέρωσης;

Ερωτώμενος: Τι απαιτείται...; Εεε... πιο καταρτισμένο, πιο προσωπικό δηλαδή περισσότεροι επαγγελματίες που να είναι ενήμεροι σχετικά με αυτό και να έχουμε περισσότερο χρόνο για ενημέρωση, γιατί εμείς είμαστε τα ρομπότ, τα ρομπότ που δουλεύουν. Εγώ έτσι αντιλαμβάνομαι τον εαυτό μου ως ρομπότ που δουλεύει ...εεε ... αυτό δεν υπάρχει δεν υπάρχουν, δεν υπάρχει ο χρόνος μπορεί να έχουμε λιγοστούς επαγγελματίες που ασχολούνται με αυτό αλλά δεν έχουν τον χρόνο να ασχοληθούν με όλους μας, είναι ο όγκος δουλειάς τέτοιος, που αυτά τα θεωρούν και περιττά.

Ερευνητής : *Α μάλιστα, άρα θεωρείτε, όσον αφορά για το ζήτημα της ενημέρωσης ότι κάποιος ιατρός εργασίας ή κάποιος επαγγελματίας υγείας και όχι μόνο θα μπορούσε να σας κάνει μία ενημέρωση για το τι είναι η ηθική παρενόχληση;*

Ερωτώμενος: Ο γιατρός εργασίας δεν με έχει πείσει, γιατί ίσως δεν είναι πολλές οι ώρες που μπορεί να ασχοληθεί ο συγκεκριμένος γιατρός εργασίας. Με αυτό, καλύτερα δηλαδή είναι πολύ πολύπλοκο αυτό το κομμάτι και θέλει περισσότερη εξειδίκευση νομίζω, θέλει άνθρωπο με μεγαλύτερη εξειδίκευση σε αυτό το αντικείμενο.

[NIII]

Ερωτώμενος: Εεε... βασικά ο καθένας οφείλει να προστατεύσει τον εαυτό του και να θέσει τα όρια του, τα οποία... να είναι... να προστατεύσει τον εαυτό του, ο καθένας για τον εαυτό του θα πρέπει να το κάνει, δεν ξέρω αν πρέπει να γίνει με κάποιον άλλο τρόπο, με κάποια ενημέρωση, η οποία νομίζω ότι μόνο θα θορυβήσει, δεν ξέρω... και ίσως δημιουργήσει και ίσως λανθασμένες εντυπώσεις... δεν ξέρω. Είναι κάτι δηλαδή που το βιώνει ο καθένας προσωπικά, ξέρει τι είναι αυτό που τον ενοχλεί, ποιος είναι αυτός που τον ενοχλεί και οφείλει να το οριοθετήσει και να το αντιμετωπίσει.

Ερευνητής: *Και αν δεν μπορεί μόνος/η του/της;*

Ερωτώμενος: Αν δεν μπορεί τότε να ζητήσει βοήθεια. Τώρα ποιος θα είναι αυτός που θα του δώσει την βοήθεια; ας το συζητήσουμε με ένα συνάδελφο που τον θεωρεί, εν πάση περιπτώσει, έμπιστο, ότι μπορεί να τον συμβουλέψει σωστά, δεν ξέρω... να το θέσει και στο σπίτι; να πάρει και μια δεύτερη άποψη, ότι όντως τα πράγματα τα βλέπει αντικειμενικά, και ότι δεν είναι εντελώς υποκειμενικά και από κει και πέρα δεν ξέρω... υπάρχουν... υπάρχουν τρόποι να βοηθηθεί.

Ερευνητής: Το ενδεχόμενο να γίνει μια ενημέρωση από κάποιον επαγγελματία υγείας, που είναι εξειδικευμένος σε αυτό το φαινόμενο, ως προς την αντιμετώπιση ή από τον ιατρό εργασίας, το έχετε σκεφτεί;

Ερωτώμενος: Ναι, το έχω σκεφτεί και η αλήθεια είναι ότι ενώ υπάρχει ιατρός εργασίας, η παρουσία του περιορίζεται στα ρυθμισμένα ραντεβού του και δεν έχει έτσι μια έντονη παρουσία στο προσωπικό με άλλες δράσεις. Θα μπορούσε μέσω του ιατρού εργασίας να υπάρχει μια ενημέρωση ή μέσα από τα ραντεβού με τον ιατρό να «βγαίνει» και αυτό το κομμάτι. Δεν ξέρω κατά πόσο είναι στο αντικείμενό του και το πραγματεύεται.[NII2]

Ερωτώμενος: Μία πιο ολοκληρωμένη παρουσίαση, συνέδρια, ομιλίες σε πιο συχνή βάση.

Ερευνητής: Σε πιο ουσιαστικό επίπεδο εννοείτε;

Ερωτώμενος: Εεε... ναι... σε όλες τις κατηγορίες από προϊστάμενους και σε όλους τους υπαλλήλους. Μπας και αντιληφθούν και οι προϊστάμενοι ότι το κάνουν. Γιατί πολλές φορές δεν αντιλαμβάνονται ότι ασκούν ηθική παρενόχληση.

[NII3]

Ερωτώμενος: Συναντήσεις με τους ειδικούς πάνω σε αυτό το θέμα, που συνήθως είναι οι ψυχολόγοι, ψυχίατροι και όλοι όσοι ασχολούνται πάνω στο θέμα της ψυχικής υγείας.

Ερευνητής: Μάλιστα, ωραία... ε... *να γίνουν και κάποιες καμπάνιες να υποθέσω ε; αυτό εννοείται;*

Ερωτώμενος: Βέβαια, διαλέξεις, σεμινάρια, ενημέρωσης του εργατικού δυναμικού σε κάθε οργανισμό, όχι μόνο στο νοσοκομείο και σε άλλες υπηρεσίες και σε ιδιωτικούς χώρους πολλές φορές που και εκεί νομίζω θα είναι ακόμα και πιο δύσκολο.

[NII4]

Ερωτώμενος: Θέληση, χρόνος, επαρκής εκπαίδευση από τα άτομα που θα την

κάνουν και προσωπικά καλή επικοινωνία για να μπορέσουμε να την καταλάβουμε και να βοηθήσουμε τα άτομα που δουλεύουμε μαζί.

[III1]

Ερωτώμενος: Πιστεύω περισσότερο ενημέρωση σε όλους τους εργασιακούς χώρους, με συνέπειες, αιτίες, γενικώς και συμπεριφορές μεταξύ των συναδέλφων.

Ερευνητής: Άρα, έτσι για να καταλάβω καλά, η ενημέρωση θα γίνει μέσα από τα ΜΜΕ, από συνέδρια; αυτό εννοείται;

Ερωτώμενος: Από συνέδρια, από την τηλεόραση, από διάφορες ίσως εκπομπές, από πρωινάδικα και...

Ερευνητής: και από ομιλίες;

Ερωτώμενος: Από ομιλίες, από τον εργασιακό χώρο επίσης μπορεί να κάνουν μια ομιλία, μία ενημέρωση σε όλο το προσωπικό, γενικά.

[III2]

Ερωτώμενος: Περισσότερες ίσως ομιλίες, εκπαιδευτικές δράσεις στα πλαίσια της εργασίας, ίσως και κάποια βιωματικά εργαστήρια θα ήταν σκόπιμο να γίνουν, ώστε να μπορέσουν οι εργαζόμενοι να αντιμετωπίσουν τέτοιου είδους φαινόμενα.

[III3]

Ερωτώμενος: Εγώ πιστεύω ότι αυτό πρέπει να ξεκινήσει κεντρικά, από κάθε υπηρεσία. Για παράδειγμα την ιατρική υπηρεσία, γιατί νομίζω ότι όλοι οι συνάδελφοι, ανεξάρτητα από το εάν δουλεύουν στα επείγοντα ή σε τμήματα εισπράττουν και δέχονται παρενόχληση, οπότε θα πρέπει να γίνει ένα κλινικό φροντιστήριο στους συναδέλφους για την επιστημονική ορολογία του όρου, καθώς και πώς μπορούμε να το διαχειριστούμε.

[III4]

Ερωτώμενος: Θα έπρεπε να γίνει κάποιο ενημερωτικό πρόγραμμα στο χώρο του Νοσοκομείου για όλους τους υπαλλήλους και να μάθουμε περί δικαιωμάτων, για τον τρόπο διαχείρισης της ηθικής παρενόχλησης, για τους φόβους που έχουμε και επίσης τι προβλέπει η νομοθεσία όταν συμβαίνουν τέτοια φαινόμενα.

[ΔIII1]

Ερωτώμενος: Σε τακτά χρονικά διαστήματα συνέδρια, ενημερώσεις και να γίνεται ουσιαστικός διάλογος.

[ΔIII2]

Ερωτώμενος: Θα ήθελα η διοίκηση να καλέσει όλους τους υπαλλήλους, να γίνει ενημέρωση πάνω στην ηθική παρενόχληση, να ακουστούν απόψεις και να βρούμε

<p>τρόπους αντιμετώπισης του φαινομένου. Σεμινάρια στον εργασιακό χώρο που θα βοηθήσουν τους υπαλλήλους να αποκτήσουν γνώσεις πάνω στο θέμα και να αντιμετωπίσουν τέτοιου είδους προβλήματα.</p>	[ΔΠ3]
<p>Ερωτώμενος: Ενημερώσεις, σεμινάρια να ενημερωθούμε.</p>	[ΔΠ4]

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων, προκύπτουν ορισμένα κύρια συμπεράσματα, τα οποία επιγραμματικά είναι τα εξής:

- Όλοι δηλώνουν **ενήμεροι** για το ζήτημα, όμως επισημαίνουν ότι η ενημέρωσή τους δεν είχε επίσημο χαρακτήρα, αλλά ήταν κυρίως προϊόν **ατομικής πρωτοβουλίας**.
- Ως συχνότερες **πηγές ενημέρωσης**, αναφέρονται οι εξής:
 - διαδίκτυο
 - τηλεόραση
 - μέσα κοινωνικής δικτύωσης (π.χ., facebook)
 - επαγγελματίες ψυχολόγοι
- Όμως, αν και όλοι δηλώνουν ότι είναι ενήμεροι (με εξαίρεση έναν γιατρό), εντούτοις δεν αισθάνονται ότι είναι **επαρκώς** ενημερωμένοι.
- Η πλειονότητα των ερωτηθέντων αναφέρουν ότι θα ήθελαν η ενημέρωσή τους να περιλαμβάνει τους **τρόπους αποτελεσματικής αντιμετώπισης** των περιστατικών.
- Προτείνουν οι ενημερώσεις να γίνονται από καταρτισμένο, εξειδικευμένο προσωπικό στο **χώρο της εργασίας** (π.χ., ιατροί εργασίας, επαγγελματίες υγείας, ψυχολόγοι, κλπ.).
- Οι **προτάσεις** τους για το ζήτημα της ενημέρωσης περιλαμβάνουν τα εξής:
 - σεμινάρια
 - συνέδρια
 - παρουσιάσεις
 - ομιλίες
 - εκπαιδευτικές δράσεις στα πλαίσια της εργασίας
 - βιωματικά εργαστήρια για την αντιμετώπιση των περιστατικών

8.2.3. Ευαισθητοποίηση στο θέμα στα Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία

Στον Πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το κατά πόσον θεωρούν ότι το ζήτημα της ηθικής παρενόχλησης αποτελεί πρόβλημα για τους εργαζομένους στην Ελλάδα.

Θεωρείτε ότι το ζήτημα της ηθικής παρενόχλησης αποτελεί πρόβλημα για τους εργαζομένους στην Ελλάδα;
Ερωτώμενος: Βέβαια, μεγάλο πρόβλημα αν λύναμε αυτό ένα από αυτά ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα νομίζω ότι ...θα λειτουργούσαν καλύτερα όλοι οι οργανισμοί, δηλαδή αρκετοί οργανισμοί όπως είναι το νοσοκομείο θα λειτουργούσε πολύ καλύτερα ,γιατί ο άλλος... όταν η ψυχολογική βία τον κουράζει και στη συνέχεια δηλαδή και φεύγοντας από τον εργασιακό χώρο, ο άνθρωπος δεν ξεκουράζεται.... συνεχίζει η ψυχολογική βία και τον “ταλανίζει”,. Αυτό. [N111]
Ερωτώμενος: Για όλους τους εργαζόμενους φαντάζομαι... ναι... ναι αφού έχει «βουίξει» ο τόπος, δηλαδή.. .δεν ξέρω τι γίνεται εκτός Ελλάδας, αλλά στην Ελλάδα ο εργαζόμενος θα πρέπει πλέον τέτοια φαινόμενα να τα «βγάζει προς τα έξω... να τα κάνει γνωστά. Ο εργαζόμενος εδώ είναι αδρανής εντελώς. [N112]
Ερωτώμενος: Ναι... εννοείται!!! είναι πρόβλημα απόδοσης, δεν μπορείς να αποδώσεις όταν λειτουργείς κάτω από πιεστικά... κάτω από πιεστικές συνθήκες. [N113]
Ερωτώμενος: Εμ... στο μέγεθος που έχει γίνει αυτό φανερό, δεν νομίζω. Όμως νομίζω ότι το πρόβλημα είναι πολύ μεγαλύτερο από ότι επιτρέπεται να φανεί. Ερευνητής:Δηλαδή; Ερωτώμενος: Δηλαδή γίνεται... υπάρχει μεγαλύτερο βάθος πάνω σε αυτό το θέμα που δεν έχει γίνει ακόμα γνωστό, γιατί κάποιοι προτιμούν να μην μιλούν, προτιμούν να το αποσιωπούν, γιατί θέλουν την ησυχία τους, γιατί νομίζουν ότι έτσι θα κάνουν πιο ήσυχα την δουλειά τους. Όμως εγώ πιστεύω ότι στο βαθμό που γίνεται αυτό, είναι πρόβλημα. Είναι πρόβλημα γιατί επηρεάζει τους εργαζόμενους και δεν τους αφήνει να δίνουν το εκατό τις εκατό των δυνατοτήτων τους σε οποιαδήποτε εργασία που κάνουν. [N114]
Ερωτώμενος: Ναι, διότι επιβαρύνει την ψυχική τους υγεία, ειδικά όταν τα ωράρια

των ιατρών, νοσηλευτών και άλλων ειδικοτήτων που δουλεύουν σε χώρους υγείας είναι εξαντλητικά, υπερβαίνουν τα προβλεπόμενα όρια της Ευρωπαϊκής Ένωσης και όταν προσπαθείς να κάνεις σωστά την δουλειά σου και έχεις επιλέξει να μείνεις στην Ελλάδα και υπάρχουν άλλες δυνατότητες εύρεσης εργασίας και επωμίζεσαι αυτές τις μορφές παρενόχλησης, σίγουρα δεν είναι ό,τι καλύτερο και επιβαρύνεται η ψυχική σου υγεία. Και ενώ θέλεις να προσφέρεις το καλύτερο για τον συνάνθρωπό σου, τον ασθενή, τον πολίτη, δεν μπορείς... δεν είναι ωραία η συμπεριφορά αυτή. Και σκέφτεσαι ξανά «τι κάνω εγώ εδώ πέρα;», «τι συνθήκες δουλειάς είναι αυτές;».

[III1]

Ερωτώμενος: Πιστεύω ναι... ε... δεν μπορείς να δουλέψεις στο περιβάλλον σου, μπορούν να σου δημιουργούν καθημερινά προβλήματα, να σου δημιουργούν την αίσθηση της επόμενης ημέρας στο να μη θες να πάς στη δουλειά σου... ε... να ξυπνάς ή να μην μπορείς να κοιμηθείς το βράδυ ή να ξυπνάς με πολύ άγχος και να έχεις υπερένταση χωρίς λόγο. Εμ... να θες να κλειστείς στον εαυτό σου ή και να θες να αποφύγεις άτομα στη δουλειά σου ή να μην θες να συναντηθείς γιατί ξέρεις ότι μπορεί να έχεις πρόβλημα ή να σου δημιουργήσουν πρόβλημα στα καλά καθούμενα... εεε... και να θες γενικώς, να έχεις μια τάση φυγής και από τον εργασιακό σου χώρο, αλλά και γενικώς να μην έχεις ηρεμία ούτε στο σπίτι σου.

[III2]

Ερωτώμενος: Θεωρώ πολύ μεγάλο γιατί υπάρχει κατεστημένο ότι ο εργαζόμενος δεν μπορεί να μιλήσει σε κάποιον ανώτερό του, ακόμα και στο συνάδελφό του, όταν κάτι τον ενοχλεί, θεωρώ ότι δεν μιλάμε οι Έλληνες, ίσως γιατί δεν ξέρουμε τα δικαιώματά μας ή φοβόμαστε να μιλήσουμε και να αντιμετωπίσουμε όλο αυτό. Νομίζω ότι ιδιοσυγκρασιακά «κλεινόμαστε» ακόμα περισσότερο.

[III3]

Ερωτώμενος: Ναι, θεωρώ ότι είναι μεγάλο πρόβλημα. Όπως σας προείπα δυσχεραίνει ουσιαστικά την άσκηση του καθήκοντος. Η ενημέρωση δεν είναι η σωστή, ούτε για το ποια είναι τα δικαιώματά μας ως εργαζόμενοι, είτε για το πώς μπορούμε να το διαχειριστούμε ψυχολογικά... εεε... θεωρώ ότι υπάρχει μεγάλο κενό ενημέρωσης στο θέμα αυτό.

[III4]

Ερωτώμενος: Είναι σημαντικό θέμα. Φόβος μήπως χάσουν την δουλειά τους, φόβος μήπως χάσουν την «εύνοια» του προϊσταμένου, μήπως τους αλλάξουν εργασιακή

<p>θέση ή τους γίνεται επίπληξη. Υπάρχει τρομοκρατία η οποία εκδηλώνεται τα τελευταία χρόνια και δεν αρμόζει ειδικά σε υπηρεσίες όπως οι δικές μας, του Νοσοκομείου. Ο υπάλληλος δεν είναι παραγωγικός.</p>	[ΔΠ1]
<p>Ερωτώμενος: Τεράστιο γιατί απέναντί σου έχει έναν άνθρωπο που σε διατάζει μόνο. Δεν σε βοηθάει. [ΔΠ2]</p>	
<p>Ερωτώμενος: Βεβαίως, εννοείται! Από την στιγμή που δεν υπάρχει κατάλληλη επιμόρφωση για να μπορεί να αντιμετωπιστεί, ναι!</p>	[ΔΠ3]
<p>Ερωτώμενος: Νομίζω πώς ναι και στον ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα είναι έντονα.</p>	[ΔΠ4]

Στον Πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το κατά πόσον έχουν προσωπικές εμπειρίες από περιστατικά ηθικής παρενόχλησης στο εργασιακό τους χώρο. Επίσης, παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τον τρόπο που βίωσαν αυτές τις προσωπικές εμπειρίες εργασιακής παρενόχλησης.

<p>Έχετε προσωπικές εμπειρίες από περιστατικά ηθικής παρενόχλησης στον εργασιακό σας χώρο; Αν ναι, πώς το βιώσατε;</p>
<p>Ερωτώμενος: Έχω... ναι, αρκετά, αρκετά και από προϊσταμένους και από υφιστάμενους και από πολλούς, τέλος πάντων που είτε συναδέλφους που δεν θέλουν να κάνουν τη δουλειά τους και σε ...ε ... διασύρουν λεκτικά και μιλούν άσχημα και αυτό βία είναι νομίζω βία είναι και αυτό είτε από προϊστάμενους που σου αφαιρούν αρμοδιότητες προκειμένου να σε συνεντίσουν κατά τη γνώμη τους.</p> <p>Ερευνητής : και πώς το βιώσατε αυτό; Τι αντίκτυπο είχε στη δική σας ζωή;</p> <p>Ερωτώμενος: Έγινα μάλλον πιο επιθετική. Νομίζω ότι με τα χρόνια γιατί πιστεύω ότι υπάρχει μεγάλη ψυχολογική βία σε αυτό το χώρο, μεγάλη και από παντού, γιατί υπάρχουν πολλές ιδιότητες εδώ, υπάρχουν πολλοί τώρα να πω και από Ιατρικό και από ...υπάρχουν πολλοί που ασκούν ψυχολογική βία είναι μεγάλη και η ένταση της δουλειάς και το βιώνεις δηλαδή και σου αλλοτριώνει την προσωπικότητα έτσι το</p>

εισπράττω εγώ.

Ερευνητής: είπατε λίγο πριν ότι γίνετε λίγο πιο επιθετική;

Ερωτώμενος: Χμ (κατάφαση).

Ερευνητής : *Μήπως εννοείτε ότι οριοθετηθήκατε απέναντι στους άλλους;*

Ερωτώμενος: Εεε ... Όχι. απλά τους αντιμετώπιζα πιο επιθετικά τους συγκεκριμένους ανθρώπους που μου ασκούσαν αυτή τη βία, δηλαδή που χρησιμοποιούσαν την ψυχολογική βία για να σε συνεισίσουν όπως αυτοί πιστεύουν ή για να σου περάσουν τα δικά τους.

[NIII]

Ερωτώμενος: Δεν μπορώ να σκεφτώ κάτι συγκεκριμένο αυτή την στιγμή

Ερευνητής: είτε από συναδέλφους, είτε από προϊστάμενους, είτε από συνοδούς ασθενών;

Ερωτώμενος: Αυτό που αυτή τη στιγμή μπορώ να σκεφτώ είναι ότι σε μια πρόσφατη συνέλευση τμήματος, όπου υπήρχαν θέματα να αναλυθούν, να συζητηθούν και να διαλευκανθούν, ξεκίνησε η τοποθέτηση από τον άμεσα προϊστάμενο, εμ... με όχι θέλοντας να βοηθήσει εμάς ή να κατευθύνει την συζήτηση, αλλά θέλοντας να μας βάλει σε... να μας τρομοκρατήσει, δηλαδή η τοποθέτηση της η αρχική ήταν η τρομοκρατία... ότι «έχετε να κάνετε αυτό... δεν το έχετε κάνει», ήταν ότι αφορά την αξιολόγηση, όπου εμείς είχαμε αντιτεθεί όλοι να μην γίνει η αξιολόγηση, ήμασταν αρνητικοί και με το που ξεκίνησε η συζήτηση, αυτό που έκανε ο προϊστάμενος ήταν ότι. «την Δευτέρα θα καταθέσετε την αξιολόγησή σας και δεν έχετε κανένα λόγο να ξεκινήσετε αυτή την συνέλευση σήμερα, από την στιγμή που εσύ συνάδελφε, τάδε κάνεις αυτό στη βάρδια σου...» Θεωρώ ότι ήταν ένα παράδειγμα που μπορώ να το τοποθετήσω στην ηθική παρενόχληση, εκεί.

Ερευνητής: *Και πώς νιώσατε; Τι κάνατε, καθώς το ακούσατε ως αποδέκτης αυτού;*

Ερωτώμενος: Ε... βγήκαμε στην επίθεση ευτυχώς όλες και με κοινό μέτωπο την αντιμετωπίσαμε.

Ερευνητής: *Αυτό το γεγονός σας ακολούθησε στη συνέχεια της ημέρας σας; Σας ταλαιπώρησε;*

Ερωτώμενος: Αυτό μας ταλαιπώρησε για πάρα πολύ γιατί όλη αυτή η συνέλευση ήταν από εκεί και πέρα ένα εφαλτήριο να ξεκινήσει bullying εναντίων όλου του τμήματος με δυσμενείς συνέπειες στο πρόγραμμά μας.

Ερωτώμενος: Ναι, το ένιωθα έντονα όταν πρωτοδιορίστηκα... που ήμουν σε ένα τμήμα που δεν ήθελα να είμαι, παρόλα αυτά με το «ζόρι» με τοποθέτησαν στο τμήμα αυτό. Προσπάθησα να προσαρμοστώ... ένιωθα σχεδόν καθημερινά μια κρίση πανικού, ένα βάρος στο στήθος μου, έφευγα από την δουλειά και δεν είχα όρεξη να κάνω τίποτα... πήγαινα ευδιάθετος το πρωί και έφευγα με τα μούτρα κάτω.

Ερευνητής: Δηλαδή, είχε επηρεάσει αρκετά τον ψυχισμό σας;

Ερωτώμενος: Ναι πολύ.

Ερευνητής: και την ποιότητα ζωής σας;

Ερωτώμενος: Ναι πολύ το «κουβαλούσα» μέσα μου. Ήταν ένα τμήμα πολύ εξειδικευμένο και εγώ ως πρωτοδιόριστος δεν είχα τις γνώσεις να ανταπεξέλθω και έτσι οι άλλοι περίμεναν από μένα περισσότερα πράγματα, εγώ ήθελα το χρόνο μου να μάθω και μου ασκούσαν παρενόχληση,

Ερευνητής: Μάλιστα. Άλλες εμπειρίες σε αυτά τα 8 χρόνια;

Ερωτώμενος: Ναι, τα τελευταία 2 χρόνια νιώθω πιο ασφαλής και πιο καλά με τον εαυτό μου, γιατί έχω αποκτήσει και την εμπειρία που έχω αποκτήσει. Στην αρχή ήταν δύσκολα, γιατί όλοι είχαν απαιτήσεις, χωρίς όμως να βάλουν το χεράκι τους να με βοηθήσουν.

Ερευνητής: Οι προσωπικές σας εμπειρίες που είχατε, ήταν από προϊσταμένους προς εσάς ή και από συναδέλφους;

Ερωτώμενος: Κυρίως από προϊσταμένους.

Ερωτώμενος: Είχα μια εμπειρία, ε... το βίωμα μου ήταν λίγο «μουγγό», ας το πω έτσι, το «πέρασα», το επεξεργάστηκα λίγο με τον εαυτό μου και αποφάσισα ότι δεν αξίζει τον κόπο να ασχοληθώ περαιτέρω με αυτό.

Ερευνητής: Μάλιστα. Και πως το βιώσατε όμως; ναι, μπορεί να ήταν λίγο «μουγγό», όπως είπατε, αλλά πως το βιώσατε μέσα σας; Σας δημιούργησε κάποιες σκέψεις;

Ερωτώμενος: Ναι, ένιωσα μια μείωση της προσωπικότητάς μου και μια φίμωση της φωνής μου. όμως έχω την προϋπηρεσία τη... εμ... το... πώς να το πω τώρα, να το βάλω διαφορετικά... το φίλτρο να το ξεπεράσω αυτό.

Ερευνητής: Έχετε την ψυχική δύναμη, ε; αυτό μου λέτε;

Ερωτώμενος: Ναι, να το θέσω σε μια βάση να μη με υποβιβάζει, απλά το ξεπέρασα λιγάκι, πώς να το πω, με... με μετριοπάθεια.

Ερευνητής: *Μεταنيώσατε με τον τρόπο που το αντιμετωπίσατε;*

Ερωτώμενος: Ε, ναι... θα μπορούσα να ήμουν πιο αποφασιστικός.

[NII4]

Ερωτώμενος: Ναι, κυρίως από συγγενείς ασθενών που περίμεναν κάποια ώρα στα ΤΕΠ να εξυπηρετηθούν και ενώ είχαμε πιο σοβαρά περιστατικά... κυρίως με τις μορφές της λεκτικής επίθεσης τύπου: «τι κάνετε εδώ;, γιατί αργείτε τόσο;», «εμείς σας πληρώνουμε». Προσπάθησα να παραμείνω όσο πιο ήρεμος γινόταν, γιατί ο θυμός, τα νεύρα δεν βοηθάνε σε τίποτα. Η αντιπαράθεση δεν θα ωφελούσε. Προσπάθησα να εξηγήσω, ότι έχω πιο σοβαρά περιστατικά και ότι όλοι θα εξυπηρετηθούν στην ώρα τους. Και μετά υπάρχουν και κάποια άλλα περιστατικά κυρίως με Ρομά που έχουν μια αδυναμία κατανόησης της όλης κατάστασης, αλλά εκεί οι δυνατότητες είναι περιορισμένες, επομένως προσπαθούμε να τους πείσουμε ότι θα τους δούμε άμεσα και προσπαθούμε να τους εξυπηρετήσουμε όσο πιο γρήγορα γίνεται.

[III1]

Ερωτώμενος: Ε... είχα πρόβλημα και εγώ. Είχα περάσει κάποια προβλήματα με τους συναδέλφους, ε... επιβαρυνόμενοι καθημερινά και ψυχολογικά. Έφτασα σε σημείο γενικώς, ανορεξίας, έφτασα σε σημείο να μην θέλω να φάω στην εβδομάδα μια φορά με το «ζόρι». Δεν μπορούσα να κοιμηθώ, γενικώς είχα μια ταραχή και μετά από 3 μήνες προβλημάτων που είχα, αναγκάστηκα να φύγω από την δουλειά.

Ερευνητής: *Να παραιτηθείτε εννοείται;*

Ερωτώμενος: Ναι να παραιτηθώ, ναι. Μου βγήκαν και ψυχοσωματικά προβλήματα, από αυτήν την έντονη γενικώς....

Ερευνητής: *Παρενόχληση;*

Ερωτώμενος: Ναι παρενόχληση, πίεση, όπου δεν λειτουργούσα κανονικά, είχα χάσει γενικά το «σύστημα» της ηρεμίας

Ερευνητής: *Μάλιστα, θα σας ήταν εύκολο, να περιγράψετε το τι είχε συμβεί; τι ήταν αυτό που κινητοποίησε όλη αυτή τη συμπτωματολογία σε εσάς; τι είχε συμβεί;*

Ερωτώμενος: Να... παραδείγματος χάριν, να σου λένε πράγματα να κάνεις που πρέπει να γίνονται, ε... το οποίο να κάνεις, αλλά μετά να τα «ακούς», «γιατί τα έκανες;», «γιατί βιάστηκες;», εεε... γιατί μπορεί να γίνονταν κάποιες δουλειές που ήταν των «από πάνω», τα έριχναν στους «από κάτω» και θεωρητικά ήσουν μόνος

σου, όλες οι δουλειές να πέφτουν «πάνω σου» και στο τέλος να τα ακούς. Να μην βοηθάει κανείς και ο καθένας να προσπαθεί τα δικά του προβλήματα ή τα λάθη να τα ρίχνει σε σένα.

Ερευνητής: Σας τα χρέωναν; τις ευθύνες δηλαδή;

Ερωτώμενος: Ναι, τις ευθύνες.

[III2]

Ερωτώμενος: Ναι έχουν υπάρξει τέτοιες στιγμές που έχω νιώσει πολύ άσχημα.

Ένωσα πολύ ανεπαρκής. Ήταν ένα είδος εμπάθειας προς το πρόσωπό μου. Δεν έκανα κάτι, λόγω του «κλειστού» του χαρακτήρα μου, το «κράτησα» μέσα μου και είπα: «θα περάσει», αυτό. Βέβαια συνεχιζόταν, αλλά ευτυχώς, έφυγα από τη θέση εκείνη.

Ερευνητής: Παραιτηθήκατε δηλαδή;

Ερωτώμενος: Δεν παραιτήθηκα, αλλά συγκυριακά, άλλαξα θέση, οπότε απέφυγα και όλο αυτό. Δεν ξέρω τι θα γινόταν, αν έμενα στην ίδια θέση, αν θα το άντεχα άλλο.

Ήταν μια δύσκολη περίοδος γιατί γύριζα στο σπίτι και δεν το άντεχα όλο αυτό.

Ερευνητής: Επηρέασε δηλαδή και την προσωπική σας ζωή;

Ερωτώμενος: Και την προσωπική και την οικογενειακή μου ζωή γιατί το «κουβαλούσα». Ήταν μια καθημερινή μείωση και προσβολή. Δεν ξέρω τι είχε πειράξει τον συγκεκριμένο άνθρωπο, αλλά ένιωθα ότι με πρόσβαλε διαρκώς.

Ερευνητής: Θέλετε να προσθέσετε κάτι άλλο σε αυτό;

Ερωτώμενος: Όχι, αλλά είναι πολύ σημαντικό να γίνουν κάποιες δράσεις και να μπορέσουμε να αντιμετωπίσουμε όλο αυτό που γίνεται στον εργασιακό χώρο.

[III3]

Ερωτώμενος: Όπως σας προείπα είναι καθημερινό φαινόμενο πλέον και ειδικά με όσο περισσότερο κόσμο έρχεσαι σε επαφή, τόσο και πιο συχνά το αντιμετωπίζεις. Εμείς επειδή ερχόμαστε σε επαφή με πολύ κόσμο, η αλήθεια είναι, ότι δεν τον βρίσκουμε τον κόσμο και σε νορμάλ συνθήκες. Οι ασθενείς έχουν πολύ άγχος, φόβο σε συνδυασμό με τα οργανικά προβλήματα, όπου όλη την ένταση τους την βιώνουμε και εμείς. Υπάρχει μια αλληλεπίδραση, ένας αντίκτυπος.

Ερευνητής: Εσείς έχετε κάποια προσωπική εμπειρία που θα θέλατε να καταθέσετε; ανώνυμα βέβαια.

Ερωτώμενος: Προσωπική εμπειρία σαν περιστατικό εννοείται;

Ερευνητής: Ναι, να έχετε υποστεί εσείς ηθική παρενόχληση.

Ερωτώμενος: Νομίζω ότι το έχω σε καθημερινή βάση στο τμήμα που εργάζομαι, ειδικά με ηλικιωμένους που μπορεί να έχουν οργανικά προβλήματα σε συνδυασμό με τον φόβο τους και να απαιτούν να εξυπηρετηθούν και να γίνονται επιθετικοί με φωνές, απειλές του στυλ «αν δεν με εξυπηρετήσεις θα σου κάνω μήνυση». Σωματική βία δύσκολα μου έχει τύχει... βασικά καθόλου. Λεκτική καθημερινά και σαν ειδικευόμενη που είμαι. Είναι δύσκολο να διαχειριστείς όλο αυτό ειδικά αν δεν έχεις την κάλυψη των ειδικευμένων.

[III4]

Ερωτώμενος: Ναι, είχα λόγω θέσης εργασίας. Όταν έφερα αντίρρηση σε κάτι που μου ζητήθηκε από ανωτέρους μου και είπα τις ιδέες μου επί του θέματος, δέχτηκα «πυρά» μεγάλη από αυτούς και ένα ολόκληρο team, από συναδέλφους μου άσκησε “bullying”. Δέχτηκα μια χειριστική συμπεριφορά από συναδέλφους, με απαξίωση προς το πρόσωπό μου, συκοφαντίες. Όμως υποστήριζα τον εαυτό μου.

Ερευνητής: Μάλιστα. Όλη αυτή η κατάσταση σας επηρέασε και στην προσωπική σας ζωή;

Ερωτώμενος: Ναι, έφτασα στο σημείο να χρειαστώ και ψυχολογική υποστήριξη. Βρήκα την δύναμη να θεσπίσω τα όρια μου.

[AIII]

Ερωτώμενος: Ναι, βέβαια έχω. Ένα περιστατικό τελευταίο που θυμάμαι είναι με έναν συνάδελφο που είχε τις «πλάτες» της Διοίκησης και μου ζήτησε να κάνω μια εργασία που δεν ήταν στις αρμοδιότητές μου.

Ερευνητής: Ήταν δηλαδή εκτός ρόλου σας;

Ερωτώμενος: Εντελώς. Αρνήθηκα και αυτόματα η Διοίκηση μου το επέβαλε.

Ερευνητής: Πώς το βιώσατε;

Ερωτώμενος: «Ξεφτίλα».

Ερευνητής: Αν μου επιτρέπεται σας μείωσε ως άνθρωπο αυτή η ενέργεια;

Ερωτώμενος: Πολύ. Ο τρόπος που μου ασκήθηκε πίεση ήταν λάθος. Με προσέγγισαν λάθος.

Ερευνητής: Και τι κάνατε;

Ερωτώμενος: Αρνήθηκα και υπέστη τις συνέπειες.

Ερευνητής: Οι οποίες συνέπειες τι χαρακτήρα είχαν;

Ερωτώμενος: Μου στέρησαν τα ρεπό μου.

[AII2]

Ερωτώμενος: Λοιπόν, βεβαίως έχω. Συνήθως όχι τόσο πολύ από προϊσταμένους, όσο από συναδέλφους, γιατί νομίζουν «πάντα», ότι είσαι ο πιο νέος υπάλληλος και «πάντα» πρέπει να υποχωρείς σε καταστάσεις. Το βίωσα άσχημα, με εκνευρισμό, κλάμα και συναισθηματική φόρτιση. Έκανα σκέψεις του στυλ: «γιατί πρέπει να υποχωρώ πάντα;», «γιατί πρέπει να θεωρούμαι πάντα η νέα υπάλληλος;»

Ερευνητής: **Αυτά τα περιστατικά επηρέασαν την οικογενειακή και προσωπική σας ζωή; την ποιότητα ζωής σας;**

Ερωτώμενος: Παλιά, ναι. Ως νέα υπάλληλος που ήμουν πριν 10 χρόνια, τώρα όχι. Προσπαθώ να αντιμετωπίζω κάποιες καταστάσεις μόνη μου στον εργασιακό χώρο για να μπορέσω να επιβιώσω και δεν μπορώ πλέον να υποχωρώ όλες τις φορές.

[ΑΠ3]

Ερωτώμενος: Υπάρχουν προσωπικές εμπειρίες μικρές αλλά έντονες. Παρενοχλήσεις κυρίως με η μορφή πίεσης χρόνου.

Ερευνητής: **Οι οποίες προέρχονται από πού; από προϊσταμένους προς εσάς ή από συναδέλφους προς εσάς;**

Ερωτώμενος: Από προϊσταμένους περισσότερο, αλλά και από συναδέλφους που πιέζονται από δικούς τους προϊστάμενους και πάει αλυσίδα. Ο ένας πιέζει τον άλλον.

[ΑΠ4]

Στον Πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το κατά πόσον έχουν υπάρξει μάρτυρες περιστατικών ηθικής παρενόχλησης με θύματα/ αποδέκτες συναδέλφους τους. Επίσης, παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τον τρόπο που βίωσαν αυτήν την εμπειρία.

Έχετε υπάρξει μάρτυρες περιστατικών ηθικής παρενόχλησης με θύματα/ αποδέκτες συναδέλφους σας; Αν ναι, πώς το βιώσατε;

Ερωτώμενος: Εεε... βέβαια.

Ερευνητής: και πώς το βιώσατε;

Ερωτώμενος: Κάποιες φορές έχω παρέμβει ..εεε.. εντάξει νομίζω ότι έχω παρέμβει θετικά. Πρόσφατα χτες ακόμη με συνάδελφο, μία συνάδελφος αποκάλυψε την άλλη συνάδελφο “καθυστερημένη”. Είναι όντως μία κοπέλα που είναι μειωμένης

απόδοσης εργασιακά όμως δεν παύει να είναι ένας άνθρωπος και αυτή με οικογένεια, άλλα στο μυαλό της ,οι δυνατότητες της φτάνουν μέχρι ενός ορισμένου σημείου. Η άλλη, λοιπόν την αποκάλεσε “καθυστερημένη” εντάξει ..ε... εφόσον δεν μπόρεσε να τη συνετίσει κανείς, της είπα “ότι ο τρόπος σου δεν είναι σωστός” ε πώς να το αντιμετωπίσεις ..ε... τι να πεις σε έναν άνθρωπο που είναι 50 ετών ; της λες “Τι τρόπος είναι αυτός” της λες διάφορα επιθετικά. Ε, αυτό δεν έκανα κάτι στην ουσία, δεν έκανα τίποτα εγώ έτσι νιώθω, ότι δεν έκανα τίποτα.

Ερευνητής:*Στην κοπέλα που βίωσε την ηθική παρενόχληση πώς ήσασταν απέναντί της;*

Ερωτώμενος: Προστατευτική αλλά πέρα από αυτό της είπα ότι πρέπει να κάνει κάτι για τον εαυτό της γιατί είναι ...υπάρχουν άτομα εδώ που ασκούν ψυχολογική βία, υπάρχουν δύο-τρία άτομα που ασκούν ψυχολογική βία της είπα ότι πρέπει να θωρακιστεί ,ότι υπάρχουν και άλλοι τρόποι ...υπάρχουν και αναφορές αυτά . Αυτό της είπα .

Ερευνητής:*Όπως ήδη γνωρίζουμε το τμήμα σας είναι ένα πολύ δύσκολο τμήμα με πολλές ανάγκες και πολλές υποχρεώσεις*

Ερωτώμενος: Ναι, είναι δύσκολο, σκληρό πολύ, ψυχολογικό στρες, θάνατοι ...βλέπεις το θάνατο ανθρώπων συνέχεια, κάθε μέρα...

[NIII]

Ερωτώμενος: Ναι, ήμουν μπροστά... στη συγκεκριμένη συνέλευση που αναφέρω πάλι, γιατί η επίθεση δεν έγινε εναντίον μου, αλλά σε μία άλλη συνάδελφο. Δεν χρειάστηκε να την υπερασπιστώ, γιατί κατάφερε να το κάνει μόνη της.

Ερευνητής: *Πώς αισθανθήκατε εκείνη την στιγμή;*

Ερωτώμενος: δεν πίστευα ότι μπορεί κάποιος να φτάσει σε αυτό το σημείο να μιλήσει έτσι.

Ερευνητής:*Με τέτοιο τρόπο εννοείται;*

Ερωτώμενος: Ναι.

Ερευνητής:*Σε άλλα περιστατικά υπήρξατε μάρτυρας μέσα από την εμπειρία σας;*

Ερωτώμενος: Είναι νομίζω πάρα πολλά, απλά τώρα δεν μπορώ να τα συνειδητοποιήσω και να τα συγκροτήσω, εμ... νομίζω ότι αρκετές φορές έχω έρθει σε θέση να πω ότι «μη μιλάς έτσι στον συνάδελφο» ή να μπω μπροστά στα Επείγοντα όταν δούλευα , να βρεθώ ανάμεσα σε δυο, σε συνάδελφο και σε ασθενή

ή σε συνοδό προκειμένου να υπερασπιστώ τον συνάδελφο ή το αντίθετο έτσι, μπορεί να χρειάστηκε κάποια στιγμή να πάρω θέση υπέρ του ασθενή ή του συνοδού, επειδή ο συνάδελφος ήταν... γιατί η ηθική παρενόχληση καλώς ή κακώς είναι αμφίδρομη, δεν την ασκούν μόνο αυτοί που έρχονται σε εμάς, μπορούμε και εμείς με τον τρόπο μας να ασκήσουμε ηθική παρενόχληση στους ασθενείς και τους συνοδούς τους.

[N12]

Ερωτώμενος: Δυστυχώς, δεν μπορούσα να κάνω κάτι, γιατί δεν ήταν στην αρμοδιότητά μου να επέμβω... ε... απλά είπα τις συμβουλές μου στον συνάδελφο.

Ερευνητής: *Συγγνώμη που σας διακόπτω... στον συνάδελφο που ήταν θύμα;*

Ερωτώμενος: Ναι, στον συνάδελφο που ήταν θύμα και του είπα 2 πράγματα να ηρεμήσει λίγο... αυτό.

Ερευνητής: *Μία φορά έχετε βρεθεί μάρτυρας; ή και περισσότερες;*

Ερωτώμενος: 2 με 3 φορές.

Ερευνητής: *Με το ίδιο άτομο ως θύμα;*

Ερωτώμενος: Με το ίδιο άτομο.

[N13]

Ερωτώμενος: Έχω γίνει, όχι πολλές φορές, αλλά τις φορές που υπέπεσε στην αντίληψή μου κάτι τέτοιο, πήρα αμέσως θέση και με πολύ σθένος υπεράσπισα τον συνάδελφο και ένιωσα μεγάλη ηθική ικανοποίηση και πολύ χαρά πάνω σε αυτό το θέμα, γιατί ήμουν και σε δυο τέτοιες περιπτώσεις καταλυτικός σε αυτό το θέμα.

Ερευνητής: *Μάλιστα. Μπορείτε να μου δώσετε κάτι πιο συγκεκριμένο ως παράδειγμα που υπήρξατε μάρτυρας; Χωρίς να αναφέρεται βέβαια... ανώνυμα.*

Ερωτώμενος: Εντάξει, υπήρχε μια επίθεση πάνω στο τρόπο εργασίας και της αποτελεσματικότητας της εργασίας μιας συναδέλφου, που ήταν τελείως άδικη όμως, δηλαδή, που έπεσε στην αντίληψή μου, ότι η επίθεση που γινόταν στην συνάδελφο, δεν είχε να κάνει καθόλου με τα στοιχεία της δουλειάς που έκανε, παρά ήταν μια επίθεση που είχε υπόβαθρο αλλού... ήταν σαφέστατο αυτό το πράγμα... πήρα θέση και έβαλα λίγο τα πράγματα στη θέση τους.

Ερευνητής: *Μάλιστα. Για τον άνθρωπο αυτό, την συνάδελφο που είχε υποστεί, όπως είπατε ηθική παρενόχληση, τι κάνατε; είπατε ότι...*

Ερωτώμενος: Μιλήσαμε και προσπάθησα να της υποβαθμίσω το περιστατικό... ήταν σε κακή ψυχολογική κατάσταση, έκλαιγε... εεε... εξέφραζε το συναίσθημά

της εκείνη τι στιγμή με πολύ μεγάλη απογοήτευση. Την στήριξα λεκτικά, προσπάθησα να της αναπτρώσω πάλι το ηθικό της και νομίζω ότι είχε αποτέλεσμα αυτό. Την είδα ότι μετά από λίγη ώρα ήταν διαφορετική, κατάλαβε ότι η επίθεση που δέχτηκε δεν είχε σκοπό, δηλαδή δεν ήταν πάνω στην αποτελεσματικότητά της... και πάνω στην δουλειά της, αλλά ήταν άλλο πράγμα.

[NII4]

Ερωτώμενος: Έχω τύχει μάρτυρας σε επιθέσεις με συναδέλφους που ήμουν παρών, από Ρομά και μεθυσμένους που τους απειλούσαν ευθέως ότι: «θα σας ανοίξουμε το κεφάλι», «θα... θα...», τα οποία δεν είναι ό,τι καλύτερο να ακούς ειδικά στον χώρο εργασίας.

Ερευνητής: Κάνατε κάτι για αυτό; Ή παραμείνατε....

Ερωτώμενος: Παρέμεινα ψύχραιμος για να ηρεμήσω τον συνάδελφο, ότι δεν είναι τίποτα και ότι έτσι τα λένε, και ευτυχώς η κατάσταση έληξε εκεί.

Ερευνητής: όλο αυτό το βίωμα... την εμπειρία την σκεφτόσασταν και μετά εκτός εργασίας;

Ερωτώμενος: Θα σας πω. Γενικά δεν κουβαλάω στο σπίτι μου, ό,τι συμβαίνει στην δουλειά, το έχω αυτό σαν αντίληψη. Η δουλειά-δουλειά, η ξεκούραση-ξεκούραση, ο ελεύθερος χρόνος-ελεύθερος χρόνος. Σίγουρα σε επηρεάζει κυρίως μακροχρόνια, εμένα δεν με έχει επηρεάσει κάτι άμεσα, το συγκεκριμένο συμβάν το συζήτησα λίγο με φίλους μου... δεν με επηρέασε... γιατί δεν του έδωσα και ιδιαίτερη σημασία.

[III1]

Ερωτώμενος: Μάρτυρας δεν ήμουν για κάποιο άλλο περιστατικό γενικώς, ίσως επειδή δεν θέλουν να μιλήσουν ή κρύβονται ή δεν ανοίγονται γενικώς, να σου πουν, ότι και εγώ μπορεί να βιώνω ένα πρόβλημα τέτοιο, ίσως φοβούνται, μήπως χάσουν την δουλειά... εεε... έχουν τα δικά τους... εεε... ίσως τις δικές τους σκέψεις πώς να το διαχειρίζονται.

[III2]

Ερωτώμενος: Έχω τύχει σε τέτοιο περιστατικό, όπου υπήρχε πολύ έντονη επιθετικότητα σε συνάδελφο μου. Εκείνη την ώρα προσπαθούσα να λειτουργήσω ως πυροσβέστης και να μπορέσω λιγάκι να εξισορροπήσω την κατάσταση. Είχα το σφίξιμο της αδικίας, είχα μπει στη θέση αυτού που δεχόταν την παρενόχληση, αλλά προσπάθησα να λειτουργήσω ως πυροσβέστης και να εξομαλυνθεί η κατάσταση και να επέλθει η ηρεμία. Ήταν μια άδικη θεωρώ, επίθεση, η οποία δεν ήταν μια φορά

και τελείωσε. Έγινε για κάποιο διάστημα έντονα. Αυτό.

[III3]

Ερωτώμενος: Είναι ένα θέμα που το έχω δει και σε συναδέλφους. Είναι συχνό πλέον. Το βιώνω όπως το βιώνω και σε μένα. Η αλήθεια είναι ότι σου προκαλεί ένα αίσθημα φόβου όλο αυτό. Μια εγρήγορση, όχι θεραπευτική, αλλά φοβιστική. Το έχω δει και σε συναδέλφους το αίσθημα του φόβου, της ανησυχίας, της αποδιοργάνωσης, κάνοντας πολλές φορές σπασμωδικές κινήσεις προσπαθώντας να αποφύγεις κάτι που μπορεί να έχει μια νομική προέκταση απέναντί σου.

Ερευνητής: Δηλαδή, για να γίνει πιο αντιληπτό, **ήσαстан μάρτυρας σε συνάδελφό σας, που του είχε ασκηθεί ηθική παρενόχληση; Και πώς το αντιμετωπίσατε; μείνατε ψύχραιμη; βοηθήσατε τον συνάδελφό σας;**

Ερωτώμενος: Ναι, έχω βρεθεί ως μάρτυρας σε άσκηση βίας λεκτικής από ασθενή σε συνάδελφό μου. Εκείνη τι στιγμή βρίσκεσαι σε μια κατάσταση άγχους, στρες. Η αλήθεια είναι ότι όλο αυτό σε επηρεάζει ψυχολογικά και δεν μπορείς να λειτουργήσεις με φωνές και απειλές. Αυτό που κάνουμε συνήθως είναι να βοηθάμε ο ένας τον άλλον, για να μη υπάρξει κάποιο πρόβλημα.

[III4]

Ερωτώμενος: Έχω υπάρξει μάρτυρας σε επίπληξη υπαλλήλου πάλι από προϊστάμενο. Απόρησα, έμεινα έκπληκτη, αλλά δεν πήρα μέρος. Φοβήθηκα και απομακρύνθηκα, γιατί δεν άντεχα φωνές, φασαρίες, συγκρούσεις. Η συνάδελφος ήρθε σε πολύ δύσκολη θέση.

[III1]

Ερωτώμενος: Βέβαια, πολλές φορές. Από προϊστάμενο σε συνάδελφό μου.

[III2]

Ερωτώμενος: Δεν έχω υπάρξει, αλλά έχω ακούσει κάποιο παρόμοιο περιστατικό με μένα. Κυρίως από προϊστάμενο προς υφιστάμενη συνάδελφό μου. Διαισθάνθηκα το θυμό, στεναχώρια και ανησυχία της.

Ερευνητής: **Κάνατε κάτι για να την βοηθήσετε;**

Ερωτώμενος: Ψυχολογική βοήθεια της πρόσφερα με συζήτηση. Πιστεύω είχε θετική επίδραση στην ίδια.

[III3]

Ερωτώμενος: Μάρτυρας όχι, αλλά έχω ακούσει προβλήματα τέτοιου είδους παρενόχλησης που είχαν άλλοι συνάδελφοι.

Ερευνητής: Κάνατε κάτι; Πώς το χειριστήκατε;

Ερωτώμενος: Δυστυχώς, έμεινα αμέτοχος, λόγω της μικρής ενημέρωσης που έχω και για να μην δημιουργήσω μεγαλύτερα προβλήματα, θεώρησα να μείνω ουδέτερος. Βέβαια ήταν άσχημο και για μένα και δεν θα έπρεπε.

Ερευνητής: Σκεφτήκατε μετά την στάση σας;

Ερωτώμενος: Ναι, ότι θα ήταν καλό να είχα επέμβει, αλλά φοβόμουν μην δυσκολέψω την κατάσταση.

[ΔΠ4]

Στον Πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το τι θεωρούν ότι πρέπει να γίνει στον εργασιακό χώρο, προκειμένου να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά περιστατικά εργασιακής παρενόχλησης.

Τι χρειάζεται να γίνει στον εργασιακό χώρο προκειμένου να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά το φαινόμενο αυτό;

Ερωτώμενος: Αυστηρότερα κριτήρια.. ε... να υπάρχει μάλλον αξιολόγηση από μέρους των διοικούντων, αυτών που επιλέγουν τους ανθρώπους να διοικήσουν, να γίνεται αυστηρότερη αξιολόγηση και με ψυχολογικά τεστ. Δηλαδή δεν μπορεί κάποιιο άνθρωποι που είναι ανισόρροποι να έχουν εξουσίες... τόσο ε...να ασκούν διοίκηση. Κάποιοι άνθρωποι που είναι ανισόρροποι κατά εμέ, μπορεί για άλλους να είναι ισορροπημένοι, αλλά τουλάχιστον να περνάνε από κάποια ψυχολογικά τεστ οι άνθρωποι αυτοί, αυτό πιστεύω.

[NIII]

Ερωτώμενος: Οφείλουμε να έχουμε σαφείς ρόλους και να είμαστε πιο επαγγελματίες όλοι. Νομίζω ότι όλο αυτό γίνεται και πατάμε ο ένας πάνω στην ηθική και τα συναισθήματα του άλλου, γιατί προσπαθούμε να «βγάλουμε από την μύγα ξίγκι», τουλάχιστον στον δικό μας τον τομέα. Εμ... υπάρχουν εργαζόμενοι πολλών ταχυτήτων οι οποίοι δεν έχουν τις ίδιες δυνατότητες ή υπάρχει έλλειψη προσωπικού. οφείλεις με τους λίγους συναδέλφους που έχεις, και οι οποίοι είναι, έχουν τέλος πάντων, κάποια προσόντα, να «βγάλεις» πρόγραμμα, οπότε είναι

σίγουρα ζημιωμένοι αυτοί, γιατί δεν φέρουν κανένα ηθικό όφελος, από όλη αυτή την ταλαιπωρία, προκειμένου, τέλος πάντων να «βγει» ένα πρόγραμμα, να «βγει» η δουλειά στο τμήμα. Αν όλοι είχαμε, σαφή καθηκοντολόγιο, ξέραμε ποιες ήταν οι αρμοδιότητές μας, ποιες ήταν οι δουλειές μας ακριβώς και δεν υπήρχε αυτό το «θολό» τοπίο, ότι όλοι ήμαστε για όλα, εμ... δεν θα υπήρξε τόσο μεγάλη ζημιά για την προσωπικότητα του καθενός.

[N12]

Ερωτώμενος: Ε... σωστή αξιολόγηση για το ποιος γίνεται προϊστάμενος... ε... διοικητική ενημέρωση.

Ερευνητής: Δηλαδή;

Ερωτώμενος: Η διοίκηση, οι διευθυντές μας, πρέπει να είναι πιο ενημερωμένοι για να χειρίζονται λίγο τα πράγματα διαφορετικά, να έχουν τον σωστό τρόπο προσέγγισης των υπαλλήλων τους και γενικά να μιλάνε πιο ανθρώπινα.

Ερευνητής: Πιστεύεται ότι πρέπει να υπάρχει κοινωνική μόρφωση και παιδεία; και μια υγιής οριοθέτηση στον ρόλο του καθενός;

Ερωτώμενος: Πρέπει να υπάρχει σωστός τρόπος προσέγγισης.

[N13]

Ερωτώμενος: Νομίζω ότι πρέπει να μιλάμε... νομίζω ότι πρέπει να λέμε... να το φανερώνουμε αυτό όταν γίνεται... να μην το αφήνουμε να περνάει έτσι και να το κάνουμε γνωστό στους συναδέλφους μας, στους ανώτερους, έτσι ώστε αυτό το πράγμα, να αντιμετωπιστεί πριν γίνει υπαρκτό. Να γίνεται σαφές ότι η ηθική παρενόχληση είναι απαράδεκτη.

Ερευνητής: Πρινεδραιωθεί τι; το σύμπτωμα μου λέτε; που μπορεί να δημιουργήσει;

Ερωτώμενος: Ναι... και πιο πριν ακόμα να γίνει σαφές σε αυτόν που το κάνει αυτό και ότι αυτό δεν μπορεί να γίνεται εσαεί, να το σταματήσει.

[N14]

Ερωτώμενος: Στον εργασιακό χώρο, από τα άτομα που δουλεύουν στο χώρο της υγείας ή από τους πολίτες;

Ερευνητής: Γενικά.

Ερωτώμενος: Γενικά, ίσως να πρέπει να υπάρχουν περισσότερες καμπάνιες ενημέρωσης των ιατρών, νοσηλευτών, του προσωπικού, αλλά και γενικά των πολιτών και μέσω internet και μέσω φυλλαδίων ή και τηλεοπτικών διαφημίσεων...

Ε...

Ερευνητής: Μέσα στον εργασιακό χώρο;

Ερωτώμενος: Κυρίως ενημέρωση σε όλα τα άτομα που δουλεύουν στο αντικείμενο και ίσως να υπάρξουν και κάποιες αφίσες.

Ερευνητής: Δηλαδή το θέμα της ηθικής παρενόχλησης για εσάς έχει να κάνει με συνοδούς ασθενών και με τους ίδιους τους ασθενείς; Δεν είστε μάρτυρας ή δεν έχετε υπάρξει μάρτυρας ηθικής παρενόχλησης μεταξύ συναδέλφων;

Ερωτώμενος: Προσωπικά όχι, προσπαθώ να είμαι όσο πιο ευθύς γίνεται με τους συναδέλφους μου και να τους λέω την γνώμη μου για τα περιστατικά. Σέβομαι την γνώμη τους, αλλά δε έχω φτάσει σε σημείο να τσακωθώ ή να υπάρξει κάποια παρενόχληση με κάποιον συνάδελφο από το ίδιο ή άλλο τμήμα. Εεε... για τέτοιο θέμα. Τώρα αν με ρωτάτε για άλλους συναδέλφους, ναι υπάρχει παρενόχληση του τύπου: «τι μου τον έφερες εδώ;», «τι να τον κάνω;»

[III]

Ερωτώμενος: Πρέπει να... γενικώς... να λαμβάνονται εργασίες, ομιλίες... εεε... στη Διοίκηση να αναφέρονται τα προβλήματα, αλλά όμως να μπορεί να δοθεί μια απάντηση, έστω, γιατί εντάξει, να κάνεις μια αναφορά, ότι εγώ π.χ. δέχτηκα κάποιο πρόβλημα και να το αφήνουν «κάτω από τους φακέλους και να είναι πάντα από κάτω... εεε... τότε δεν υπάρχει νόημα. Σημασία έχει να βρεθεί μια λύση ή να γίνεται μια αναφορά, η οποία να λέει ΟΚ ότι πρέπει έστω να τον βάλουν σε περιορισμό, το να αφήνουν και να καλύπτεται ο συνάδελφος που δημιουργεί αυτό το πρόβλημα, εεε.. θα ξαναγίνει... θα ξαναγίνει και πάντα θα γίνεται και δεν θα υπάρχει και λύση και πάντα τα «από κάτω» άτομα θα είναι «πάντα από κάτω».

Ερευνητής: Μάλιστα, δηλαδή πιστεύεται ότι θα πρέπει να θεσπιστεί κάποιος νόμος;

Ερωτώμενος: Ναι, θα μπορούσε να υπάρχει και να λέει ότι έστω αν επαναλαμβάνεται πάνω από 2 ή 3 φορές μια συμπεριφορά χάλια, η οποία όμως αναφέρεται στο πρόσωπο του καθενός, ε... ναι μέχρι και να διώχνετε από τον εργασιακό χώρο γιατί λογικά αυτό το άτομο θα δημιουργεί και θα ξαναδημιουργεί πρόβλημα. Δεν πιστεύω ότι αυτό βελτιώνεται γιατί και σε άλλη δουλειά να πάει πιστεύω ότι θα δημιουργήσει πρόβλημα. Αλλά άμα ξέρει και έχει φόβο ότι η συμπεριφορά αυτή είναι καλύτερη απέναντι στο συνάνθρωπο ή και στον εργασιακό χώρο στο συνάδελφο, πιστεύω ότι μπορεί έστω να τον βοηθήσει να μην δημιουργεί

προβλήματα. Γιατί μπορεί να έχει δικά του προσωπικά προβλήματα και να ξεσπάει στους συναδέλφους, αλλά δεν του φταίει κανένας συνάδελφος.

[III2]

Ερωτώμενος: Θεωρώ, ότι οι σαφής ρόλοι και οι αρμοδιότητες του κάθε υπαλλήλου μπορούν να προασπίζουν και να διαφυλάττουν, ουσιαστικά τον κάθε υπάλληλο και στο να μην εκτίθεται σε διάφορες καταστάσεις δύσκολες για εκείνον. Θεωρώ, συνήθως ότι το «μπέρδεμα» των ρόλων και καμιά φορά οι άλλες αρμοδιότητες που δίνονται δημιουργούν πιο δύσκολες καταστάσεις. Όπως, επίσης θεωρώ ότι είναι πολύ καλό να γίνονται και ομαδικές συναντήσεις του προσωπικού, ίσως μια φορά την εβδομάδα, σε κάθε τμήμα, είτε σε Διοικητικό, Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό. Οι συναντήσεις θα πρέπει να γίνονται από εξειδικευμένο άνθρωπο, ο οποίος θα μπορεί να λύσει τυχόν προβλήματα στις καθημερινές σχέσεις των υπαλλήλων και τις σχέσεις τις εργασιακές.

[III3]

Ερωτώμενος: Αυτό πρέπει να ξεκινήσει από κεντρικά. Θα πρέπει να υπάρξουν από την Διοίκηση κάποιες ομιλίες, καμπάνιες ενημέρωσης του προσωπικού γιατί όλο αυτό το θέμα είναι μη διαχειρίσιμο. Θα πρέπει να ξέρουμε εκτός από τις υποχρεώσεις μας και τα δικαιώματά μας. Η ηθική παρενόχληση είναι μια μορφή βίας η οποία θα πρέπει να σταματήσει να υπάρχει. Θα πρέπει να μάθουμε να το διαχειριζόμαστε. Είναι κάτι που μας φορτίζει ψυχολογικά και μας δυσχεραίνει την καθημερινότητά μας και νομίζω ότι η ενημέρωση που υπάρχει αυτή την στιγμή είναι πολύ ελλιπής.

[III4]

Ερωτώμενος: Κατά την άποψη μου, θα πρέπει να υποστηρίξουμε αυτά που πιστεύουμε, δεν θα πρέπει να αφήνουμε άτομα σε ανώτερες βαθμίδες να μειώνουν την προσωπικότητα του κάθε υπαλλήλου. Κάθε άνθρωπος είναι μια ξεχωριστή οντότητα και πρέπει να υπάρχει αλληλοσεβασμός. Δεν πρέπει να υπομένουμε μειωτικές καταστάσεις.

[ΔIII]

Ερωτώμενος: Σε τακτά χρονικά διαστήματα, μια φορά το μήνα ή κάθε δεκαπέντε ημέρες να γίνονται διάφορες συναντήσεις και να γίνεται διάλογος μεταξύ προϊσταμένων και υφισταμένων. Γνωρίζουμε ότι η διοίκηση παίρνει τις αποφάσεις, αλλά πρέπει να καταλάβουν ότι δεν τα ξέρουν όλα και σωστά.

Ερευνητής: Κάτι άλλο;

Ερωτώμενος: Ενημερώσεις, συνέδρια στο χώρο του Νοσοκομείου και να συμμετέχει όσο είναι δυνατόν όλο το προσωπικό.

[ΔΠ2]

Ερωτώμενος: Η διοίκηση με ευθύνη της μέσω σεμιναρίων να εκπαιδεύσει, να ενημερώσει όλο το προσωπικό του νοσοκομείου, για να μπορέσουμε στο μέλλον να αντιμετωπίσουμε καταστάσεις ηθικής παρενόχλησης και οι συνάδελφοι να μοιράζονται τις εμπειρίες τους. Η ενημέρωση θα μας βοηθήσει και στον τρόπο αντιμετώπισης.

[ΔΠ3]

Ερωτώμενος: Σίγουρα σεμινάρια και ενημερώσεις και προς τους προϊσταμένους, έτσι ώστε να ενημερωθούν και να συμπεριφέρονται καλύτερα στους συναδέλφους και σε μας και να υπάρχει επικοινωνία με την Διοίκηση ώστε να είμαστε πιο παραγωγικοί όλοι και να μειωθεί το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης.

[ΔΠ4]

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων, προκύπτουν ορισμένα κύρια συμπεράσματα, τα οποία επιγραμματικά είναι τα εξής:

- Επισημαίνουν ότι η ηθική παρενόχληση στο χώρο της εργασίας είναι ένα **υπαρκτό και σημαντικό πρόβλημα στην Ελλάδα, ιδιαίτερα στους εργαζομένους σε δημόσια νοσοκομεία.**
- Οι τρεις στους τέσσερις ερωτηθέντες αναφέρουν ότι είχαν **προσωπικές εμπειρίες** από περιστατικά ηθικής παρενόχλησης στον εργασιακό τους χώρο.
- Ένας γιατρός ανέφερε ότι **αναγκάστηκε να παραιτηθεί** εξαιτίας της ηθικής παρενόχλησης που βίωσε από συναδέλφους, αλλά και από συνοδούς των ασθενών.
- Ένας γιατρός έφτασε σε σημείο να ζητήσει αλλαγή τμήματος
- Εκτός από τις αρνητικές επιπτώσεις που έχει στην **εργασιακή αποδοτικότητα** του ατόμου που την υφίσταται, τονίζεται ότι έχει **αρνητικό αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ζωής τους.**

- **ΟΛΟΙ** ανέφεραν ότι έχουν υπάρξει **μάρτυρες** ηθικής παρενόχλησης άλλου εργαζομένου.
- Ο **τρόπος αντιμετώπισης** των περιστατικών ηθικής παρενόχλησης που είχαν υποπέσει στην αντίληψή τους διέφερε κατά πολύ μεταξύ των ατόμων,
 - από το **να μην κάνουν τίποτα ή να κάνουν λίγα**
 - έως να αναλάβουν ιδιαίτερα **ενεργητική δράση**.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο

Συζήτηση – Ερμηνεία των Ευρημάτων της Έρευνας

Η ηθική παρενόχληση είναι ένα συχνό φαινόμενο, το οποίο βιώνουν οι εργαζόμενοι στα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, όπως προέκυψε από τις απαντήσεις των εργαζομένων. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ανοικτές ερωτήσεις για τις μορφές που είναι δυνατόν να λάβει η ηθική παρενόχληση στον χώρο της εργασίας, σύμφωνα με τις οποίες συνήθως εκδηλώνεται με τη μορφή λεκτικής βίας, ενώ τα περιστατικά άσκησης σωματικής βίας είναι σπανιότερα, είναι σε συμφωνία με τα ευρήματα άλλων σχετικών ερευνών, οι οποίες έχουν διεξαχθεί τόσο στον ελληνικό χώρο όσο και διεθνώς (Γαβριελάτος 2015, Γρηγορίου 2016, Ηλία-Χείρα 2014, Abdellah & Salama 2017, Acute Care Institute for Safe Medication Practices 2004, Alemaddine και συν 2015, Alkorashy & AlMoalad 2016, Cheung και συν 2017, Fafliora και συν 2016, Koukia και συν 2013, Mantzouranis και συν 2015, Pinar και συν 2015, Sisawo και συν 2017, Vezyridis, Samoutis, & Mavrikiou 2015, κ.ά.).

Σύμφωνα με τη Θεωρία του «Αποδιοπομπαίου Τράγου» της κοινωνιολογικής προσέγγισης, η ηθική παρενόχληση αναπτύσσεται βάσει της δυναμικής της ομάδας και περιγράφεται ως μια διαδικασία στιγματισμού και εξεύρεσης ενός αποδιοπομπαίου τράγου, στον οποίο διοχετεύεται επιθετικά η απογοήτευση, που σε μεγάλο βαθμό προέρχεται από ένα περιβάλλον ιδιαίτερο αγχογόνο (Beasley & Rayner 1997, Björkqvist και συν 1994a; Brodksy 1976). Λαμβάνοντας υπόψη τη στρεσογόνα φύση των επαγγελματιών υγείας, δεν πρέπει να προκαλεί εντύπωση το εύρημα της παρούσας έρευνας, σύμφωνα με το οποίο το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης είναι συχνό στους εργαζομένους στα ελληνικά νοσοκομεία.

Σε παρόμοιο κλίμα κινείται η ερμηνεία που δίνει η εργονομική προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία η οργάνωση της εργασίας ευθύνεται για την εκδήλωση της ηθικής παρενόχλησης. Εν συντομία, λαμβάνοντας κατά νου τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών (Ege 1996, Einarsen 1997, Einarsen & Ranks 1997, Einarsen & Skogstad 1996, Einarsen και συν 2009, 2011, O'Moore και συν 1998, Salin 2003), τα οποία επιβεβαιώνουν τη σχέση της ηθικής παρενόχλησης με παράγοντες που

αφορούν στο περιβάλλον της εργασίας και στην τυπολογία της εφαρμοζόμενης εργασιακής πρακτικής, υποστηρίζεται ότι οι ανασφαλείς και ευτελείς συνθήκες εργασίας είναι υπεύθυνες για την εκδήλωση του φαινομένου. Συνεπώς, για τη σχετικά υψηλή συχνότητα του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης μεταξύ των εργαζομένων στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας θα πρέπει να αναζητηθούν και οι παράγοντες εκείνοι, οι οποίοι έχουν να κάνουν με την ίδια την οργάνωση της εργασίας και τις εργασιακές συνθήκες που συμβάλλουν στην εκδήλωση του φαινομένου.

Μελέτες (McGill 2005) και εκθέσεις (International Council of Nurses 2007) τονίζουν την αναγκαιότητα βελτίωσης των εργασιακών συνθηκών των επαγγελματιών και δίνουν έμφαση στο δύσκολο, στρεσογόνο και ιδιαίτερα επικίνδυνο περιβάλλον εργασίας. Όσον αφορά στον ελλαδικό χώρο, τα αποτελέσματα της έρευνας των Antoniou και Antonodimitrakis (2001) βρίσκονται σε συμφωνία με τα παραπάνω, καθώς έδειξαν ότι οι κυριότεροι παράγοντες δυσφορίας, έντονης ανησυχίας και ψυχολογικών προβλημάτων των επαγγελματιών υγείας σχετίζονται τόσο με την ίδια τη φύση του επαγγέλματος (π.χ., καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και τον κίνδυνο θανάτου των ασθενών, κ.ά.) όσο και με την ελληνική πραγματικότητα (π.χ., ανεπάρκεια προσωπικού, περιορισμένα μέσα, έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, κλπ.). Το στρες που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας, σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές αναζητήσεις, τα ηθικά διλήμματα και τις απαιτήσεις των ασθενών, επιβαρύνουν τον ψυχικό τους κόσμο (Arnold και συν 1995, Bakker και συν 2000, Weyers και συν 2006).

Επιπλέον, αξίζει να συζητηθούν περαιτέρω οι μορφές ηθικής παρενόχλησης που αναφέρουν ότι βιώνουν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας. Πιο αναλυτικά, διαπιστώθηκε μέσα από τα ευρήματα της έρευνας μας, ότι η συχνότερη μορφή ηθικής παρενόχλησης των εργαζομένων είναι το να μιλούν για αυτούς ενώπιον άλλων με απαξιωτικό και υποτιμητικό τρόπο, με μόλις σχεδόν δύο στους πέντε εργαζομένους να αναφέρουν ότι δεν το έχουν βιώσει ποτέ. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι περίπου οι μισοί εργαζόμενοι ανέφεραν ότι έχουν βιώσει έστω και για μία φορά το να λέγονται αναληθή πράγματα για αυτούς, να τους απειλούν λεκτικά, να τους κάνουν να νιώθουν ότι τόσο οι ίδιοι όσο και το έργο τους βρίσκεται από διαρκή έλεγχο, καθώς και να τους συμπεριφέρονται με απαξιωτικό τρόπο χρησιμοποιώντας την γλώσσα του σώματος ενώπιον άλλων. Επίσης, επισημαίνεται ότι σχεδόν ο ένας στους τρεις

εργαζομένους ανέφερε ότι –έστω και για μία φορά– τους υποχρεώνουν να κάνουν μια δουλειά που έχει αρνητικό αντίκτυπο στην αυτοεκτίμησή τους.

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας έχουν 16 φορές περισσότερες πιθανότητες να εκτεθούν σε βία από ό,τι οι εργαζόμενοι του υπόλοιπου δημόσιου τομέα, με το νοσηλευτικό προσωπικό να κινδυνεύει τρεις φορές περισσότερο από ό,τι οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας (Kingma 2001b). Τα παραπάνω πορίσματα φαίνεται ότι συμφωνούν με την πρόσφατη έρευνα της Παναγιωτίδου (2017) σε νοσηλεύτες ψυχικής υγείας της Κύπρου, ο επιπολασμός της εργασιακής παρενόχλησης ισούται με 8,24%. Σε γενικές γραμμές, όπως έχουν δείξει τα ευρήματα σχετικών ερευνών, το 18-38% των γιατρών και το 27-51% των νοσηλευτών/τριων ανέφεραν ότι είχαν υποστεί εκφοβισμό στο χώρο εργασίας τους (Hutchinson και συν 2008, Hoosen & Callaghan 2004, Johnston και συν 2010, Yildirim, & Yildirim 2010). Επίσης, το 69% ανέφεραν ότι είχαν δει τους συναδέλφους τους να βιώνουν τέτοιες συμπεριφορές (Paice και συν 2004, Quine 2002, Stebbing και συν 2004, Yildirim, & Yildirim 2007). Τα υψηλότερα ποσοστά έχουν αναφερθεί από ιατρούς με καταγωγή από την νοτιοανατολική Ευρώπη, που ασκούν το επάγγελμα σε χώρες, όπου ο εκφοβισμός είναι λιγότερο πιθανό να αντιμετωπιστεί από τη χώρα (Hoosen & Callaghan 2004, Mistry και συν 2009).

Όπως προκύπτει από τα ευρήματα της έρευνας των Mantzouranis και συν. (2015) σχετικά με την εκτίμηση της βίας στο χώρο εργασίας σε ένα ελληνικό τριτοβάθμιο νοσοκομείο, η λεκτική βία ήταν ο συνηθέστερος τύπος συμβάντος και η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων είχε βιώσει την βία σχετικά με την εργασία. Επίσης, οι νοσηλεύτες ανέφεραν ότι ένιωθαν πιο ασφαλείς από ό,τι οι γιατροί.

Αντίστοιχα είναι τα ευρήματα των Iftikhar και Qureshi (2011), σύμφωνα με τα οποία το 21% των νοσηλευτών που εργάζονταν στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Άγκυρας είχαν εκτεθεί σε άμεση συμπεριφορά ηθικής παρενόχλησης, με το 56% εξ αυτών να δηλώνει ότι η συνηθέστερη συμπεριφορά που δέχθηκαν ήταν να τους μιλήσει κάποιο άλλο άτομο παρουσία τρίτων με απαξιωτικό και εξευτελιστικό τρόπο.

Οι Park και συν (2015), ερευνώντας μεγάλο δείγμα νοσηλευτών από τη Σεούλ, διαπίστωσαν ότι το 63,8% των νοσηλευτών είχαν βιώσει περιστατικά εργασιακής παρενόχλησης πολλές φορές κατά τη διάρκεια του τρέχοντος έτους, με

τους κύριους θύτες της παρενόχλησης να αναφέρονται οι ασθενείς, να ακολουθούν οι γιατροί και, τέλος, οι συγγενείς των ασθενών.

Η έρευνα της Zachariadou και των συνεργατών της (2018) πραγματοποιήθηκε σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν στον δημόσιο τομέα στην Κύπρο. Οι πιο συνηθισμένες συμπεριφορές ηθικής παρενόχλησης που εντοπίστηκαν σε αυτή τη μελέτη ήταν το «να διακόπτονται συνεχώς» (17,2%), «να τους ανατίθενται νέες εργασίες συνεχώς» (13,5%), «να τους κουτσομπολεύουν» (11,8%) και «να εκτίθενται σε συκοφαντίες και ψέματα» (10,5%). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι ανωτέρω συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης περιλαμβάνουν τόσο θέματα που σχετίζονται με την εργασία όσο και θέματα που δεν σχετίζονται με την εργασία, γεγονός που υποδηλώνει ότι «ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας είναι ένα περίπλοκο φαινόμενο» (Zachariadou και συν 2018, σ. 344).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η αντιπαράβολή των στοιχείων που παραθέτουν οι Zachariadou και συν (2018) που αφορούν στα ευρήματα άλλων αντίστοιχων ερευνών που πραγματοποιήθηκαν σε διαφορετικές χώρες και, συνεπώς, σε διαφορετικά κοινωνικά και εργασιακά περιβάλλοντα. Σύμφωνα με τους Niedhammer και συν. (2006, σε Zachariadou και συν 2018), ερευνώντας ένα μεγάλο δείγμα 7.694 Γάλλων υπαλλήλων από διαφορετικούς οργανισμούς, κατέληξαν ότι οι πιο συνηθισμένες συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης ήταν το «να τους κουτσομπολεύουν» (17%), ακολουθούμενες από το «να επικρίνονται για την εργασία που επιτελούν» (12.1%) και «η φυσική τους παρουσία να αγνοείται από τους άλλους» (11,3%). Ακολούθως, στη μελέτη που πραγματοποίησαν οι Côté και St-Pierre (2011, σε Zachariadou και συν 2018) σε δείγμα νοσηλευτών στον Καναδά, βρέθηκε ότι οι πιο συνηθισμένες συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης ήταν «να τους κουτσομπολεύουν» (34,1%), «να λαμβάνουν λεκτικές απειλές» (26,8%) και «να εκτίθενται σε ενοχλητικές χειρονομίες/ βλέμματα» (24.4%). Επίσης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Salin (2001) σε δείγμα εργαζομένων στη Φινλανδία, οι ερωτηθέντες ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν κυρίως αρνητικές πράξεις που σχετίζονται με την εργασία τους, όπως το ότι τους δόθηκαν καθήκοντα σαφώς κάτω από το επίπεδο αρμοδιότητάς τους (13,7%), ότι τους ανατέθηκαν καθήκοντα με αδικαιολόγητους στόχους ή προθεσμίες (5,3%) και ότι τους αγνοούσαν (2,1%). Επιπλέον, σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Μ. Βρετανία από τους Hoel και Cooper (2000), οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι τους δόθηκαν καθήκοντα με

αδικαιολόγητους στόχους ή προθεσμίες, ότι οι απόψεις και οι γνώμες τους αγνοήθηκαν και ότι τους ανατέθηκε εργασία κάτω από το επίπεδο των αρμοδιοτήτων/ικανοτήτων τους (Zachariadou και συν 2018).

Σύμφωνα με την σχετικά μελέτη των Karatza και συν (2016) που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα νοσηλευτών που εργάζονταν σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, οι πιο διαδεδομένες συμπεριφορές εκφοβισμού στο χώρο της νοσηλείας σχετιζόνταν με την ίδια τη δουλειά (ανεξέλεγκτος φόρτος εργασίας, ανάθεση καθηκόντων κάτω από το επίπεδο ικανότητας του ατόμου), ενώ η σωματική βία ήταν ελάχιστη.

Αντίστοιχα, στην έρευνα των Vliamos και συν (2018) που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα νοσηλευτών στην Κρήτη, η εργασιακή παρενόχληση φάνηκε να αποτελεί ένα υπαρκτό πρόβλημα για τους εργαζομένους, με τις πιο συχνές συμπεριφορές παρενόχλησης να είναι το «να τους κουτσομπολεύουν» (15%), «να εκτίθενται σε ενοχλητικές χειρονομίες/ βλέμματα» (14,6%), «να μην εισακούγονται από τους άλλους» (14,6%), «να εκτίθενται σε συκοφαντίες και ψέματα» (12,2%) και «να κρίνονται για τη δουλειά τους με άδικο και εξευτελιστικό τρόπο» (11,3%).

Ακολούθως, σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας μας, ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απαντήσεις των εργαζομένων όσον αφορά τα άτομα που ασκούν την ηθική παρενόχληση. Σε γενικές γραμμές, παρατηρείται ότι οι εργαζόμενοι βιώνουν εργασιακή παρενόχληση από όλους τους εμπλεκόμενους, δηλαδή από συναδέλφους, προϊσταμένους και υφισταμένους. Οι συχνότερες συμπεριφορές που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες από τους προϊσταμένους τους ήταν το να μιλά για εκείνους ενώπιον άλλων με απαξιωτικό και υποτιμητικό τρόπο και το να τους κάνουν να νιώθουν ότι εκείνοι και το έργο τους είναι υπό έλεγχο. Οι συχνότερες συμπεριφορές που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες από τους συναδέλφους τους ήταν να διασπείρουν φήμες για την ιδιωτική τους ζωή και να λένε αναληθή πράγματα για εκείνους. Ακόμα, η συχνότερη συμπεριφορά που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες από τους υφισταμένους τους ήταν να διασπείρουν φήμες για την ιδιωτική τους ζωή.

Επιπλέον με τα αποτελέσματά μας, οι εργαζόμενοι στους τομείς της υγείας ανέφεραν, κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, ότι τόσο οι ίδιοι οι ασθενείς όσο και από τους συγγενείς των ασθενών συχνά είναι οι δράστες των περιστατικών ηθικής παρενόχλησης στο χώρο του νοσοκομείου. Οι επιθέσεις από τους συγγενείς ή τους

συνοδούς των ασθενών καθώς και από τους ίδιους τους ασθενείς είναι συχνές απέναντι στους επαγγελματίες υγείας, όπως έχουν δείξει τα ευρήματα σχετικών ερευνών, που έχουν διεξαχθεί σε διάφορες χώρες, όπως στην Κύπρο (Vezyridis και συν 2015), την Ταϊβάν (Hsieh και συν 2016), την Ιορδανία (AbuAlRub & Al-Asmar 2011), τις ΗΠΑ (Spector και συν 2007), την Παλαιστίνη (Hamdan & AbuHamra 2015), το Χονγκ Κονγκ (Cheng & Yip 2017), κλπ.

Όσον αφορά την ιδιότητα των εργαζομένων που ασκούν την ηθική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο, το 57,5% των εργαζομένων στην έρευνα των Zachariadou και συν (2018) υπέδειξαν τους προϊσταμένους, δηλαδή έκαναν λόγο για την κάθετη παρενόχληση, γεγονός που οδήγησε τους ερευνητές στη διατύπωση της άποψης ότι «μπορεί να θεωρηθεί ότι οι επαγγελματίες που έχουν λιγότερη δύναμη είναι πιθανόν να βρίσκονται σε πιο ευάλωτη θέση για έκθεση σε συμπεριφορές εκφοβισμού» (Zachariadou και συν 2018, σ. 345). Ωστόσο, οι περισσότερες σχετικές ερευνητικές προσεγγίσεις έχουν δείξει ότι η πιο συχνή μορφή εργασιακής παρενόχλησης είναι η οριζόντια, δηλαδή η παρενόχληση που προκαλείται από τους συναδέλφους τους. Σύμφωνα με τους Einarsen και συν (1994), το 50% από ένα μεγάλο δείγμα Νορβηγών εργαζομένων υπέδειξαν τους συναδέλφους τους ως τους δράστες των επεισοδίων παρενόχλησης, ενώ το 40% ανέφερε τον άμεσο επιβλέποντά τους. Παρόμοια ευρήματα αναφέρθηκαν από τους Carnero και συν (2010) σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία, στην οποία το 40% και το 25% των θυμάτων ταυτοποίησαν τους συναδέλφους και τους ανωτέρους τους στην ιεραρχία, αντίστοιχα, ως τους δράστες.

Όμως, στην έρευνα των Zachariadou και συν (2018), αν και οι προϊστάμενοι υποδεικνύονται ως τους κύριους δράστες των περιστατικών ηθικής παρενόχλησης από τους εργαζομένους, λαμβάνοντας ποσοστό ίσο με 57,5%, εντούτοις είναι υψηλό και το ποσοστό των εργαζομένων που ανέφεραν ότι έχουν δεχτεί εργασιακή παρενόχληση από τους συναδέλφους τους, σε ποσοστό της τάξεως του 53% περίπου. Το συγκεκριμένο εύρημα οδήγησε τους ερευνητές στο να αναζητήσουν τις αιτίες του στην κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της Κύπρου. Πιο αναλυτικά, αναφέρουν ότι «η αναδιάρθρωση του τομέα της δημόσιας υγείας στην Κύπρο ως αποτέλεσμα της οικονομικής ύφεσης τα τελευταία τέσσερα χρόνια έχει οδηγήσει σε μείωση των πρακτικών και πρόωρη συνταξιοδότηση σημαντικού αριθμού εργαζομένων. Ως αποτέλεσμα, η υψηλή πίεση και ο ανταγωνισμός μεταξύ των υπολοίπων

επαγγελματιών υγείας θα μπορούσαν να είναι πιθανές αιτίες των εχθρικών συμπεριφορών μεταξύ συναδέλφων» (Zachariadou και συν 2018, σ. 345).

Ανάλογα με την προέλευση και την κατεύθυνση των συμπεριφορών ψυχολογικής βίας και παρενόχλησης, διακρίνονται τρεις κατηγορίες ηθικής παρενόχλησης: η κατιούσα, η οριζόντια και η ανιούσα (π.χ., Einarsen & Skogstad 1996, Hirigoyen 2002, Lind και συν 2009, κ.ά.). Επισημαίνεται ότι, ανεξάρτητα από την προέλευση των συμπεριφορών, το αποτέλεσμά τους είναι πάντα επιβλαβές και επιφέρει διαταραχές τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο (π.χ., Durgu και συν 2018, Leymann & Gustafsson 1996, Matthiesen & Einarsen 2004, Niedl 1996, Vartia 2001, 2003, κ.ά.), γεγονός που γίνεται ξεκάθαρα εμφανές στις απαντήσεις των εργαζομένων κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεών τους.

Η κατιούσα παρενόχληση ασκείται από τον προϊστάμενο προς τον υφιστάμενο, δηλαδή εμπεριέχει το στοιχείο της άνισης κατανομής δύναμης, δεδομένου ότι ασκείται από ένα άτομο που κατέχει ανώτερη βαθμίδα στην ιεραρχία του εργασιακού περιβάλλοντος προς ένα άτομο κατώτερης βαθμίδας (Coyne και συν 2000, Glaso και συν 2007, Hirigoyen 2002, Lind και συν 2009). Η οριζόντια παρενόχληση λαμβάνει χώρα μεταξύ των συναδέλφων της ίδιας ιεραρχικής βαθμίδας και η υψηλή συχνότητά της έχει επιβεβαιωθεί από τα ευρήματα πολυάριθμων σχετικών ερευνητικών προσεγγίσεων (Curtis και συν 2007, Dumont και συν 2012, Hutchinson και συν 2010, McKenna και συν 2003, Pai & Lee 2011, Yildirim 2009). Η ανιούσα παρενόχληση ασκείται από κάποιον υφιστάμενο ή ομάδα υφισταμένων προς κάποιον προϊστάμενο και, αν και αποτελεί τη σπανιότερη μορφή παρενόχλησης, εντούτοις μπορεί να είναι εξίσου επιβλαβής (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. 2013, Ντότσικα 2007, Σπυριδάκης 2009, Cooper & Payne 1998, Hirigoyen 2002, Leymann 1993).

Εν συνεχεία, βάσει των ευρημάτων της έρευνας, οι επαγγελματίες υγείας που είχαν παιδιά ανέφεραν ότι δέχονταν λιγότερη συνολική ηθική παρενόχληση στον χώρο της εργασίας τους από ό,τι οι συνάδελφοί τους που δεν είχαν παιδιά. Όσον αφορά στις επιμέρους διαστάσεις της ηθικής παρενόχλησης, οι συμμετέχοντες με παιδιά δέχονταν λιγότερες επιθετικές συμπεριφορές που στόχο είχαν να βλάψουν την προσωπικότητά τους και απομονώνονταν λιγότερο από την εργασία τους. Μια πιθανή εξήγηση αυτού του ευρήματος είναι ότι οι εργαζόμενοι που έχουν παιδιά έχουν αναγκαστεί να προσαρμοστούν στις δυσκολότερες απαιτήσεις της καθημερινής τους

ζωής, όπως αυτές προκύπτουν εξαιτίας της ύπαρξης των παιδιών, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη ηρεμία τις αγχογόνες καταστάσεις στην εργασία τους και να αντιδρούν με μεγαλύτερη αποφασιστικότητα, με υψηλότερη διεκδικητική και δυναμική συμπεριφορά στις επιθέσεις που δέχονται, ανεξάρτητα από την πηγή προέλευσή τους. Ως εκ τούτου, οι επαγγελματίες υγείας με παιδιά δεν δείχνουν ευάλωτοι, γεγονός που δεν τους καθιστά 'εύκολους' στόχους της επιθετικότητας των άλλων.

Στο σημείο αυτό, θα επιχειρήσουμε να αναλύσουμε τα ευρήματα της έρευνά μας, σχετικά με το πώς η ηθική παρενόχληση που βιώνει ο εργαζόμενος στον εργασιακό του χώρο μπορεί να προβλέψει τόσο την κατάσταση της υγείας του όσο και την ποιότητα της ζωής του. Διαπιστώθηκε ότι όσο περισσότερη παρενόχληση δέχονταν στον εργασιακό τους χώρο τόσο περισσότερα συμπτώματα (σωματικά, άγχους/αϋπνίας, κατάθλιψη) είχαν και τόσο χειρότερη γενική υγεία. Ακολούθως, βρέθηκε ότι όσο περισσότερη ηθική παρενόχληση δέχονταν οι εργαζόμενοι στον εργασιακό τους χώρο τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα της ζωής τους. Επισημαίνεται, ότι αυτή η επίδραση της εργασιακής παρενόχλησης βρέθηκε να ισχύει τόσο για τη συνολική ποιότητα ζωής όσο και για όλες τις επιμέρους διαστάσεις της. Επιπρόσθετα, δεν πρέπει να παραβλεφθεί το γεγονός ότι το σύνολο των ερωτώμενων κατά τη διάρκεια της συνέντευξης εστίασαν στις αρνητικές επιπτώσεις της ηθικής παρενόχλησης τόσο στους εργαζόμενους που την υφίσταται όσο και στους εργαζόμενους που είναι μάρτυρες της ηθικής παρενόχλησης συναδέλφων τους.

Στη σύγχρονη εποχή, η εργασία αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη σημασία στη ζωή του ατόμου, παραμερίζοντας κατά μεγάλο μέρος την προσωπική του ζωή (Cooper και συν 2002). Ως εκ τούτου, δεν πρέπει να προκαλεί εντύπωση το εύρημα της παρούσας έρευνας, σύμφωνα με το οποίο το αρνητικό εργασιακό περιβάλλον, όπως συμβαίνει στις περιπτώσεις ηθικής παρενόχλησης, έχει τόσο αρνητικό αντίκτυπο στην ζωή του εργαζομένου.

Τα άτομα που εκτίθενται σε μακροχρόνιο και επίμονο εκφοβισμό/ παρενόχληση στην εργασία έχει βρεθεί να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση (Cleary και συν 2010, Einarsen και συν 2009, Hoosen, & Callaghan 2004) και υποφέρουν από κοινωνική απομόνωση, στιγματισμό και κακή κοινωνική προσαρμογή (Hutchinson και συν 2008, Johnson 2009). Περαιτέρω, τα άτομα που

βιώνουν εκφοβισμό ή μορφές παρενόχλησης στην εργασία έχουν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία, εργασιακής απόδοσης, κινήτρων και αποτελεσματικότητας, ενώ οι κοινωνικές τους σχέσεις μετατρέπονται σε 'τοξικές', τόσο στην εργασία όσο και στο φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον τους (Hutchinson και συν 2008, Johnston και συν 2010, MacIntosh και συν 2010, Yildirim 2009). Συνεπώς, δεν πρέπει να προκαλεί εντύπωση το εύρημα της παρούσας έρευνας, σύμφωνα με το οποίο η εργασιακή παρενόχληση σχετίζεται ανεξάρτητα με την ποιότητα των κοινωνικών του σχέσεων. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερο ηθική παρενόχληση δέχονταν οι συμμετέχοντες στον χώρο της εργασίας τους τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα της ζωής τους όσον αφορά τον τομέα των κοινωνικών σχέσεων.

Είναι δυνατόν να παρατηρηθούν διαφορετικά σωματικά, ψυχικά και ψυχοσωματικά συμπτώματα σε άτομα που έχουν εκτεθεί σε συστηματική παρενόχληση στον χώρο της εργασίας τους. Αυτά τα συμπτώματα περιλαμβάνουν τα ακόλουθα: (α) σωματικές διαταραχές (χρόνια κόπωση, γαστρεντερικές διαταραχές, υπερβολική πρόσληψη ή απώλεια βάρους, αϋπνία, διάφορα σύνδρομα πόνου, επιδείνωση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος και αυξημένη χρήση αλκοόλ, φαρμακευτικών ουσιών και τσιγάρων), (β) ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη, ψυχική εξουθένωση, αίσθηση συναισθηματικού κενού και ότι η ζωή στερείται νοήματος, άγχος, απώλεια κινήτρων και ενθουσιασμού, απάθεια, υπομανία και διαταραχή προσαρμογής) και (γ) συμπεριφορικές διαταραχές (ευερεθιστότητα, συμπεριφορά υψηλού κινδύνου, απώλεια συγκέντρωσης, συναισθηματικές εκρήξεις, κυνισμός και τραχύτητα, υπερβολική ευαισθησία στα εξωτερικά ερεθίσματα, έλλειψη συναισθημάτων, οικογενειακά προβλήματα, διαζύγιο, αυτοκτονία) (Chen και συν 2008, Duru και συν 2018, Josipović-Jelić και συν 2010, Matthiesen & Einarsen 2004, Mikkelsen & Einarsen 2002a, 2002b, Nielsen και συν 2012, Nielsen & Einarsen 2012).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης, που πραγματοποίησαν οι Nielsen και Einarsen (2002) και στην οποία λήφθηκαν υπόψη τα ευρήματα 66 σχετικών ερευνών (αριθμός συμμετεχόντων= 77.721), η έκθεση του εργαζομένου σε καταστάσεις έντονης και συστηματικής παρενόχλησης στον χώρο της εργασίας επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα στους τομείς της εργασίας, της υγείας και της ευεξίας του, όπως προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας, συμπτώματα

μετατραυματικού στρες, εξάντληση, αυξημένη επιθυμία για παραίτηση από την εργασία και μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση και δέσμευση.

Ακόμη, στην έρευνα των Dugu και συν. (2018) διαπιστώθηκε ότι όσο περισσότερη παρενόχληση δέχονταν οι εργαζόμενοι τόσο περισσότερα συμπτώματα είχαν σε όλους τους τομείς της ψυχικής υγείας (άγχος, κατάθλιψη, αρνητική εικόνα του εαυτού, σωματικοποίηση, εχθρική συμπεριφορά).

Πράγματι, έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα που εκτίθενται σε παρενόχληση στον χώρο εργασίας έχουν περισσότερες ψυχιατρικές (π.χ., έντονη ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη, συναισθηματική εξουθένωση και μετατραυματική αγχώδη διαταραχή) (Chen και συν 2008, Josipović-Jelić και συν 2010, Leymann & Gustafsson 1996, Yavuzer & Civilidag 2014), ψυχολογικές (π.χ., στρες, διαταραχές ύπνου, επιθετικότητα, διάσπαση προσοχής, μειωμένη αυτοεκτίμηση και έλλειψη αυτοπεποίθησης) (Pranjić και συν 2006) και ψυχοσωματικές διαταραχές (π.χ., προβλήματα ύπνου, πονοκέφαλοι, στομαχόπονοι, δυσκολίες συγκέντρωση, συναισθηματική εξουθένωση, έλλειψη θάρρους και ένα υψηλό επίπεδο θυμού και προβλημάτων μνήμης (Mikkelsen & Einarsen 2002a, 2002b, Yildirim & Yildirim 2007).

Οι εργαζόμενοι που εκτίθενται σε ηθική παρενόχληση στιγματίζονται από τους συναδέλφους, τους προϊσταμένους ή/και τους υφισταμένους τους μέσω φημών, υπαινιγμών, χειριστικών συμπεριφορών, εξευτελισμών, αμφισβητήσεων και απομόνωσης (Leymann 1990, 1996, Leymann & Gustafsson 1996), γεγονός που έκανε τους Pompili και συν. (2008, σ. 237) να υποστηρίζουν ότι η παρενόχληση στον χώρο εργασίας «απειλεί τόσο τη συναισθηματική ευημερία όσο και την επαγγελματική ικανότητα των θυμάτων».

Η έρευνα των Pompili και συν. (2008) είχε ως υποκείμενα διερεύνησης 102 εργαζομένους διαφόρων ειδικοτήτων που εργάζονταν σε ένα νοσοκομείο της Ρώμης και που είχαν δεχθεί ηθική παρενόχληση στον εργασιακό τους χώρο. Οι επιπτώσεις της εργασιακής παρενόχλησης είναι ξεκάθαρες, λαμβάνοντας υπόψη τις επιδόσεις των συμμετεχόντων στο MMPI-2. Πιο αναλυτικά, περισσότεροι από τους μισούς εργαζόμενους που είχαν δεχθεί ηθική παρενόχληση είχαν κάποιου βαθμού κίνδυνο να εκδηλώσουν αυτοκτονική συμπεριφορά. Επίσης, είναι αξιοσημείωτο το εύρημα, σύμφωνα με το οποίο σχεδόν το 65% των θυμάτων εργασιακής παρενόχλησης

ανέφεραν σωματικά ενοχλήματα. Μάλιστα, μερικές σωματικές ενοχλήσεις (όπως προβλήματα ύπνου, γαστρεντερολογικά συμπτώματα και ταχυκαρδία) ήταν κοινές σε όλα τα θύματα που παρουσίασαν σωματικά συμπτώματα (Pompili et al., 2008). Σε παρόμοιο κλίμα, οι Girardi και συν. (2007) βρήκαν ότι τα θύματα ηθικής παρενόχλησης συνήθως αναπτύσσουν μια καταθλιπτική διάθεση και σωματικά συμπτώματα. Επίσης, βρέθηκε στην έρευνα της Παναγιωτίδου (2017) διαπιστώθηκε υψηλή θετική συσχέτιση ανάμεσα στο φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης των νοσηλευτών και την καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Ακόμη, στην έρευνα των Iftikhar και Qureshi (2011) βρέθηκε ότι η εργασιακή παρενόχληση που βίωναν οι Τούρκοι νοσηλευτές είχε αρνητικές επιπτώσεις στην εργασιακή τους απόδοση, στα κίνητρά τους για εργασία, στην παραγωγικότητά τους και στις σχέσεις τους με τους ασθενείς, ενώ σχετιζόταν θετικά με τα συμπτώματα κατάθλιψης.

Σύμφωνα με τους daSilva João και Saldanha Portelada (2016), οι οποίοι μελέτησαν νοσηλευτικό προσωπικό δημόσιων νοσοκομείων στην Πορτογαλία, σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες στην έρευνα ισχυρίζονται ότι είχαν προβλήματα υγείας, εξαιτίας του ότι είχαν υποστεί παρενόχληση στον εργασιακό τους χώρο.

Επιπλέον, μελέτη των Ekici και Beder (2014) αξιολόγησε τον επιπολασμό του εκφοβισμού στον χώρο εργασίας των γιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Τουρκίας, καθώς και τις επιπτώσεις του φαινομένου. Διαπιστώθηκε ότι η ψυχολογική βία που ασκείται στον χώρο εργασίας επιδρά σημαντικά στην εκδήλωση καταθλιπτικών διαταραχών τόσο στους γιατρούς (27%) όσο και στους νοσηλευτές (33%) (Ekici & Beder 2014).

Σε παρόμοιο κλίμα κυμαίνονται τα ευρήματα που προέκυψαν από την μελέτη του Nolfé και των συνεργατών του (2007), η οποία διεξήχθη με τη συμμετοχή 733 εργαζομένων που προσέγγισαν το Ιατρικό Κέντρο Ψυχοπαθολογίας του Τμήματος Ψυχικής Υγείας της Νάπολης (Ιταλία). Η συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης και του βαθμού εργασιακής παθογένειας δείχνει ότι η πιο σημαντική συσχέτιση βρίσκεται με τις διαταραχές διάθεσης και τις αγχώδεις διαταραχές. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι η κατάθλιψη και η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή είναι οι πιο συχνές ψυχιατρικές ασθένειες που σχετίζονται με την παρενόχληση στο χώρο εργασίας, κυρίως όταν η παθογόνος επίδραση της παρενόχλησης είναι εξαιρετικά σημαντική. Η

μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης παθογόνων εργασιακών συγκρούσεων παρατηρείται στους άνδρες και ο κίνδυνος αυξάνεται με την ηλικία, την εργασία υψηλού ιεραρχικού επιπέδου και τα υψηλά επίπεδα εκπαίδευσης (Nolfe και συν 2007).

Στην έρευνα των Pranjić και συν. (2006) συμμετείχαν 511 γιατροί στην Βοσνία-Ερζεγοβίνη. Από τους 387 γιατρούς που έρχονταν αντιμέτωποι με μορφές εργασιακής παρενόχλησης σε καθημερινή βάση, το 61% ανέφεραν έλλειψη εργασιακών κινήτρων, το 51% ανέφεραν απώλεια εμπιστοσύνης, το 31% ανέφεραν συμπτώματα αϋπνίας ως τυπικό σημάδι καταθλιπτικού συνδρόμου και το 23% βίωναν υπερβολικό άγχος. Η αίσθηση του θυμού αναφέρθηκε από το 39% των γιατρών αυτών, η εκδήλωση καταθλιπτικής διαταραχής από το 19% και το σύμπτωμα της κόπωσης από το 49%.

Η ηθική παρενόχληση είναι δυνατόν να οδηγήσει το θύμα σε μια διαρκή κατάσταση αποσταθεροποίησης, κατά την οποία νιώθει αβοήθητο και κατακλύζεται από μια αίσθηση διάχυτης αδυναμίας, νιώθει ανίκανο και ανεπαρκές και βιώνει έντονη ανασφάλεια, τόσο στο εργασιακό όσο και στο προσωπικό πλαίσιο (Bonafons και συν 2009, Hirigoyen 2002, Kreiner και συν 2008). Μελέτες από τη διεθνή βιβλιογραφία καταδεικνύουν ότι η ηθική παρενόχληση που βιώνει το άτομο στον εργασιακό του χώρο είναι δυνατόν να προκαλέσει ή να συμβάλλει ουσιαστικά στην ανάδυση πολλών ψυχοσωματικών και ψυχοπαθολογικών διαταραχών της συμπεριφοράς (Balducci και συν 2009, Dikmetas και συν 2011, Girardi και συν 2007, Josipović-Jelić και συν 2010, Kivimaki και συν 2003, Kreiner και συν 2008, Leymann 1996, Leymann & Gustafsson 1996, Meseguer de Pedro και συν 2007, Monaco και συν 2004, Niedhammer και συν 2007, 2008a, 2008b, Rossi & D'Andrea 2001, WHO 2003). Από τη μια μεριά, το θύμα φοβάται και έχει έντονη την επίμονη ανασφάλεια ότι μπορεί να κάνει λάθος κατά την επιτέλεση των εργασιακών του καθηκόντων και, από την άλλη μεριά, αμφιβάλει για το αν αντιλαμβάνεται ορθά την επίθεση που δέχεται ή αν αυτή η κατάσταση που βιώνει αποτελεί αποκύημα της φαντασίας του, όπως συχνά ακούει τους γύρω του να λένε (Balducci και συν 2009). Το συνεχές άγχος, με το οποίο ζει το θύμα αναμένοντας την επόμενη επίθεση από το θύτη ή τους θύτες, οδηγεί το θύμα σε αδυναμία συγκέντρωσης και μείωση των κινήτρων για εργασία, οδηγώντας, τελικά, σε μείωση της εργασιακής του απόδοσης (Abrams & Robinson 2002, Arcangeli και συν 2014, Barling και συν 2001, Budd και

συν 1996, Hirigoyen 2002, Hoel και συν 2003, Rogers & Kelloway 1997, Winstanley & Whittington 2002, Zapf και συν 1996). Στο σημείο αυτό, επισημαίνεται ότι, πέρα από το ζήτημα της αποδοτικότητας, η εργασιακή παρενόχληση έχει αρνητικές επιπτώσεις και στην ποιότητα του παραγόμενου έργου μιας υπηρεσίας (Κοΐνης & Τζιαφέρη 2019).

Έχοντας ως δείγμα γιατρούς από το Πακιστάν, οι Bano και Malik (2013) διαπίστωσαν ότι ο εκφοβισμός που δέχονται οι γιατροί στην εργασία τους έχει αρνητική επίδραση στη γενική ευεξία τους, κλονίζει την ψυχική τους υγεία, επηρεάζει αρνητικά την προσωπική τους ζωή και μειώνει την εργασιακή απόδοση και ικανοποίησή τους, επηρεάζοντας ολοκληρωτικά την ποιότητα της ζωής τους.

Τα θύματα ηθικής παρενόχλησης συνήθως γίνονται τόσο απασχολημένα με το τι έχει συμβεί σε αυτά που παύουν να λειτουργούν αποτελεσματικά. Μπορούν να βιώσουν βαθιά αισθήματα αμφισβήτησης του εαυτού τους, ντροπής και ταπείνωσης, που τους οδηγούν «σε αυξημένη αυτο-επιβαλλόμενη απομόνωση από τον φυσικό ιστό των κοινωνικών επαφών τους» (Duffy & Sperry 2007, σ. 401).

Στον εργασιακό χώρο, ο οποίος έχει το δικό του δίκτυο κοινωνικών συνδέσεων και επαφών, τα θύματα εργασιακής παρενόχλησης τείνουν να είναι εξοστρακισμένα και απομονωμένα. Οι συνάδελφοι και οι συνεργάτες που βρισκόταν δίπλα και παρακολουθούσαν τα περιστατικά εργασιακής παρενόχλησης τείνουν να αποφεύγουν το θύμα σαν να υπάρχει κάποια ενοχή, έστω και αν είχαν προηγουμένως εγκάρδιες σχέσεις μαζί του. «Ένας συνάδελφος ενός θύματος παρενόχλησης χαρακτήρισε τις αντιδράσεις των άλλων παρόμοιες με τις όχι ασυνήθιστες αντιδράσεις των φίλων και της οικογένειας κάποιου ατόμου που πεθαίνει— αρχίζουν να αποσύρονται και να απομακρύνονται από το άτομο, σαν να είναι ήδη νεκρό. Με πολλούς τρόπους, το να αισθάνονται νεκροί, να θέλουν να είναι νεκροί, να αισθάνονται αόρατοι και εγκαταλελειμμένοι είναι ακριβείς περιγραφές των ψυχολογικών και διαπροσωπικών τραυματισμών που υφίστανται τα θύματα ηθικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας (Duffy & Sperry 2007, σ. 401).

Λαμβάνοντας υπόψη τις έντονες αρνητικές επιπτώσεις που είναι δυνατόν να επιφέρει η εργασιακή παρενόχληση στη ζωή των εργαζομένων που την υφίστανται, θα πρέπει να εγείρει προβληματισμούς τα σχόλια των εργαζομένων σύμφωνα με τα πορίσματα της παρούσας έρευνας, σχετικά με την επάρκεια της ενημέρωσής τους,

κυρίως όσον αφορά στον τρόπο αντιμετώπισης του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης, ενώ δεν είναι λίγοι εκείνοι οι εργαζόμενοι που επισημαίνουν την έλλειψη οποιασδήποτε μορφή παρέμβασης σε επίπεδο διοίκησης του νοσοκομείου.

Συνήθως, οι εργαζόμενοι δηλώνουν μεγάλη δυσαρέσκεια με τον τρόπο χειρισμού των περιστατικών εργασιακής παρενόχλησης από τη διοίκηση του νοσοκομείου (AbuAlRub & Al-Asmar 2011) και επισημαίνουν την έλλειψη υποστήριξης από τους προϊσταμένους των τμημάτων και τους διοικητές του νοσοκομείου (Gacki-Smith και συν 2010). Ακόμη, πιο δυσοίωνη είναι η κατάσταση, έτσι όπως σκιαγραφείται από τα ευρήματα των AbuAlRub και συν. (2007), καθώς βρέθηκε ότι οι διοικήσεις που εφαρμόζουν πολιτικές κατά της βίας στον χώρο της εργασίας είναι ελάχιστες. Παρόμοια, οι AbuAlRub και Al-Asmar (2014) τονίζουν ότι η πλειονότητα των νοσηλευτών στην Ιορδανία ανέφεραν ότι τόσο οι προϊστάμενοί τους όσο και οι διοικήσεις των νοσοκομείων τους δεν έχουν αναπτύξει πολιτικές κατά της ψυχολογικής βίας/ ηθικής παρενόχλησης στον χώρο εργασίας.

Ξεχωριστό ενδιαφέρον έχουν τα ευρήματα της παρούσας έρευνας όσον αφορά την επίδραση του φύλου των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, αν και οι γυναίκες είχαν χειρότερη συνολική ποιότητα ζωής, χειρότερη συνολική γενική υγεία και περισσότερα σωματικά συμπτώματα, εντούτοις οι άνδρες ανέφεραν ότι δέχονταν υψηλότερα επίπεδα εργασιακής παρενόχλησης με τη μορφή των άμεσων επιθέσεων και των επιθέσεων στον εργασιακό χώρο.

Τα αποτελέσματα της έρευνας μας για την σχέση ανάμεσα στο φύλο των εργαζομένων και την εργασιακή παρενόχληση είναι αντιφατικά μεταξύ τους σε σχέση με τα ευρήματα από ορισμένες μελέτες (π.χ., Cortina και συν 2001, Niedhammer και συν 2007, κ.ά.), όπου, οι γυναίκες ανέφεραν ότι βίωναν συχνότερα μορφές εκφοβισμού στον χώρο της εργασίας τους από ό,τι οι άνδρες, ενώ σε ορισμένες άλλες μελέτες (π.χ., Al-Shamlan και συν 2017, Cheung & Yip 2017, Jóhannsdóttir & Ólafsson 2004, Li και συν 2017, κ.ά.) οι άνδρες ήταν συχνότερα τα θύματα. Τα ευρήματα από αρκετές μελέτες δείχνουν ότι δεν διαφέρουν οι άνδρες από τις γυναίκες όσον αφορά το κατά πόσον υποβάλλονται σε εκφοβισμό (π.χ., Dikmetas και συν 2011, Hoel, Cooper, & Faragher 2001, Kivimäki, Elovainio, & Vahtera 2000, Ortega και συν 2009). Αντίθετα, στην έρευνα των Zachariadou και συν. (2015) οι γυναίκες εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά παρενόχλησης πιο συχνά από τους

άνδρες, κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Στην έρευνα του Al-Omari (2015), που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα νοσηλευτικού προσωπικού στην Ιορδανία, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες δέχονταν λιγότερο συχνά σωματικές μορφές παρενόχλησης, ενώ ήταν συχνότερα θύματα λεκτικής παρενόχλησης, σε σύγκριση με τους άνδρες. Οι Alemaddine και συν. (2015), έχοντας ως δείγμα τους νοσηλευτές από τον Λίβανο, κατέληξαν στη διαπίστωση ότι οι άνδρες νοσηλευτές δέχονταν συχνότερα σωματική κακοποίηση από ό,τι οι γυναίκες νοσηλεύτριες. Αντιστοίχως, οι Wu και συν. (2012) μελέτησαν 2.464 γιατρούς που εργάζονταν σε δημόσια νοσοκομεία της Κίνας και βρήκαν ότι το φύλο (άνδρες) και η οικογενειακή κατάσταση (διαζευγμένοι/ χήροι) αποτελούν παράγοντες κινδύνου όσον αφορά την εργασιακή παρενόχληση. Μια παρόμοια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Παλαιστίνη από τους Jaradat και συν. (2016) έδειξε ότι οι άνδρες νοσηλευτές ανέφεραν υψηλότερο ποσοστό εκφοβισμού από ό,τι οι γυναίκες.

Ακόμη, σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας μας, στις απαντήσεις των συμμετεχόντων, οι επαγγελματίες υγείας που είχαν παιδιά ανέφεραν χαμηλότερη συνολική ποιότητα ζωής και χαμηλότερη ποιότητα ζωής στις διαστάσεις της σωματικής υγείας, της ψυχικής υγείας και των κοινωνικών σχέσεων. Και σε αυτήν την περίπτωση, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η απόκτηση και το μέγεθος των παιδιών αυξάνει την κούραση των γονέων, που, σε συνδυασμό με την κούραση λόγω των αυξημένων επαγγελματικών τους υποχρεώσεων, είναι εύλογο να οδηγεί σε σωματικά ενοχλήματα και σε ψυχική εξάντληση. Ένας άλλος παράγοντας που φάνηκε να επηρεάζει είναι ότι λόγω των παιδιών, οι επαγγελματίες υγείας είναι πιθανόν να περιορίσαν τις κοινωνικές τους επαφές, με αποτέλεσμα να μην δηλώνουν τόσο ικανοποιημένοι από την κοινωνική τους ζωή, όπως οι συμμετέχοντες χωρίς παιδιά, πράγμα που αντανακλάται στην χαμηλότερη ποιότητα ζωής τους όσον αφορά στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων.

Βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνας μας, συμπεραίνεται ότι οι ίδιοι λόγοι που ευθύνονται για την καλύτερη ποιότητα ζωής των εργαζομένων χωρίς παιδιά, ίσως να ευθύνονται για την καλύτερη ποιότητα ζωής και τα λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης των μη έγγαμων εργαζομένων. Πιθανόν, οι υποχρεώσεις που προκύπτουν από την έγγαμη ζωή φορτίζουν ψυχικά το έγγαμο άτομο, το οποίο καλείται να ανταποκριθεί στον διττό του ρόλο: του επαγγελματία και του/της συζύγου.

Από την άλλη μεριά, διαπιστώθηκε σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, ότι οι επαγγελματίες υγείας που διέμεναν μαζί με άλλους δέχονταν λιγότερη εργασιακή παρενόχληση με τη μορφή των άμεσων επιθέσεων και των επιθετικών συμπεριφορών με στόχο της προσωπικότητά τους από ό,τι εκείνοι που διέμεναν μόνοι τους. Αντίθετα, οι εργαζόμενοι που διέμεναν μαζί με άλλους είχαν περισσότερα συμπτώματα άγχους/αϋπνίας και κατάθλιψης, σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν διέμεναν μαζί με άλλα άτομα.

Βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνας μας, φαίνεται ότι ο παράγοντας της ηλικίας των συμμετεχόντων δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την εργασιακή παρενόχληση. Το μοναδικό εύρημα στην έρευνά μας, που διαπιστώθηκε σχετικά με την επίδραση της ηλικίας αναφέρεται στην κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη σε ηλικία ήταν οι επαγγελματίες υγείας τόσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν.

Στην έρευνα του Cevik Akyil και των συνεργατών του (2012) συμμετείχαν Τούρκοι νοσηλευτές και διαπιστώθηκε ότι οι νεότεροι σε ηλικία, με λιγότερα έτη επαγγελματικής εμπειρίας και οι βοηθοί νοσηλευτών ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ηθικής παρενόχλησης. Παρόμοια, οι Duru και συν. (2018) πραγματοποίησαν μια ενδιαφέρουσα μελέτη σε Τούρκους επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε δημόσια νοσοκομεία. Διερευνώντας την επίδραση μιας σειράς παραγόντων, οι Duru και συν. (2018) βρήκαν ότι οι εργαζόμενοι μικρής ηλικίας (20-29 ετών) και οι εργαζόμενοι χωρίς παιδιά δέχονταν υψηλότερη εργασιακή παρενόχληση. Οι ερευνητές, επιχειρώντας να ερμηνεύσουν το εύρημα σχετικά με την επίδραση του παράγοντα της ηλικίας, υποστηρίζουν ότι «τα νεαρά άτομα κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν την επαγγελματική ζωή και τις προκλήσεις της μόλις πρόσφατα, με αποτέλεσμα να είναι άπειροι στην επαγγελματική ζωή και λιγότερο ανεκτικοί σε αρνητικά γεγονότα» (Duru και συν 2018, σ. 214).

Στην έρευνα των Duru και συν. (2018) το διαζύγιο των εργαζομένων βρέθηκε να σχετίζεται με περισσότερο εργασιακή παρενόχληση, γεγονός που οδήγησε τους ερευνητές στη διατύπωση μιας ενδιαφέρουσας υπόθεσης, σύμφωνα με την οποία «τα άτομα που έχουν χάσει τη θέση τους στο κοινωνικό τους περιβάλλον και στην οικογένειά τους, λαμβάνουν λιγότερη κοινωνική υποστήριξη από τους άλλους» (Duru και συν 2018, σ. 214). Αντίθετα, στην έρευνα των Chen και συν. (2008) δεν

διαπιστώθηκε σχέση ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των εργαζομένων και την εργασιακή παρενόχληση. Όμως, οι Sahin και συν. (2012) ανέφεραν ότι οι μη έγγαμοι εργαζόμενοι είναι πιθανότερο να εκτίθενται σε παρενόχληση/ εκφοβισμό στον χώρο της εργασίας τους.

Εν συνεχεία, εξετάζεται η επίδραση του εκπαιδευτικού επιπέδου των συμμετεχόντων. Από τα ευρήματα της έρευνας μας σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, διαπιστώθηκε ότι οι εργαζόμενοι που είχαν πτυχίο ΤΕΙ δέχονταν λιγότερη εργασιακή παρενόχληση με τη μορφή των επιθέσεων στον εργασιακό χώρο, από ό,τι οι εργαζόμενοι με πτυχίο ΤΕΕ/ΙΕΚ. Επίσης, οι εργαζόμενοι που είχαν πτυχίο ΤΕΙ είχαν λιγότερη κοινωνική δυσλειτουργία, από ό,τι οι εργαζόμενοι με πτυχίο ΤΕΕ/ΙΕΚ. Τέλος, το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την διάσταση της σωματικής υγείας, όσον αφορά την ποιότητα της ζωής. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι που είχαν πτυχίο ΤΕΙ και οι εργαζόμενοι που είχαν στην κατοχή τους μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής όσον αφορά στη σωματική τους υγείας, σε σύγκριση με τους εργαζομένους που ήταν απόφοιτοι ΤΕΕ/ΙΕΚ.

Ακόλουθα, όπως ήταν αναμενόμενο άλλωστε βάσει και του παραπάνω ευρήματος σχετικά με την επίδραση του εκπαιδευτικού επιπέδου, ο παράγοντας της επαγγελματικής θέσης σχετίζεται ανεξάρτητα με αρκετές μεταβλητές της έρευνας. Πιο αναλυτικά, οι νοσηλευτές δέχονταν λιγότερη συνολική εργασιακή παρενόχληση από ό,τι οι διοικητικοί/τεχνικοί υπάλληλοι. Όσον αφορά στις επιμέρους διαστάσεις της εργασιακής παρενόχλησης, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές δέχονταν λιγότερες επιθέσεις στον εργασιακό τους χώρο και βίωναν λιγότερη απομόνωση από την εργασία τους, σε σύγκριση με τους διοικητικούς/τεχνικούς υπαλλήλους. Ακόμη, βρέθηκε ότι οι γιατροί βίωναν λιγότερη απομόνωση από την εργασία τους, σε σύγκριση με τους διοικητικούς/τεχνικούς υπαλλήλους. Επίσης, οι γιατροί είχαν καλύτερη γενική υγεία από ό,τι οι διοικητικοί/τεχνικοί υπάλληλοι. Τέλος, οι νοσηλευτές είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής στους τομείς της ψυχολογικής υγείας και των κοινωνικών σχέσεων, σε σύγκριση με τους διοικητικούς/τεχνικούς υπαλλήλους.

Τα άνωθεν ευρήματα της έρευνας μας, φαίνεται να συμφωνούν με την έρευνα των Zhang και συν. (2017), που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα νοσηλευτών στην Κίνα, έδειξε ότι οι νοσηλευτές χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου και ικανοτήτων/

αρμοδιοτήτων είχαν περισσότερες πιθανότητες να υποστούν οποιαδήποτε μορφή βίας. Σε μια έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε στην Κίνα και στόχευε στον προσδιορισμό του επιπολασμού της βίας στον χώρο εργασίας των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία, διαπιστώθηκε ότι οι γιατροί δέχονταν συχνότερα ψυχολογική βία στον χώρο εργασίας, σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό και τους άλλους εργαζομένους του νοσοκομείου (Sun και συν 2017). Παρόμοια, στην έρευνα της Κατσιλάκη (2017) μελετήθηκε το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης των γιατρών και νοσηλευτών ενός επαρχιακού δημόσιου νοσοκομείου στην Ελλάδα, οι γιατροί αναφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά ηθικής παρενόχλησης στον χώρο εργασίας από ό,τι οι νοσηλευτές.

Στην έρευνα του Γαβριελάτου (2015), με δείγμα ειδικευόμενων γιατρών στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι η ηλικιακή ομάδα των 37 ετών και άνω δέχεται τον μεγαλύτερο εκφοβισμό, αλλά –συγχρόνως– έχουν τις μεγαλύτερες αντοχές, σε αντίθεση με τους νεότερους σε ηλικία ειδικευόμενους, που μπορεί να δέχονται λιγότερα περιστατικά εκφοβισμού, αλλά έχουν περιορισμένη εμπειρία όσον αφορά την αποτελεσματική διαχείρισή τους. Επίσης, όσοι δέχονται ηθική παρενόχληση σε πολύ χαμηλά επίπεδα έχουν τα περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας. Επισημαίνεται ότι οι ειδικευόμενοι γιατροί που είχαν κάποιο πτυχίο, μεταπτυχιακό ή διδακτορικό πέραν την Ιατρικής, δέχονταν υψηλότερα επίπεδα εργασιακής παρενόχλησης, σε σχέση με τους γιατρούς που είχαν μείνει μόνο με το πτυχίο της Ιατρικής (Γαβριελάτος 2015).

Ακόλουθα, ως εύλογο θα μπορούσε να χαρακτηριστεί το πόρισμα της έρευνας μας, σύμφωνα με το οποίο οι επαγγελματίες υγείας που είχαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή/και ψυχική νόσο είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής όσον αφορά στον τομέα της σωματικής υγείας. Επίσης, το πώς αξιολογούν οι συμμετέχοντες την κατάσταση της υγείας τους βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την ηθική παρενόχληση που δέχονται στον χώρο της εργασίας τους. Συγκεκριμένα, όσο καλύτερη υγεία είχαν οι συμμετέχοντες τόσο λιγότερες άμεσες επιθέσεις δέχονταν στον χώρο της εργασίας τους. Επίσης, όπως ήταν αναμενόμενο, η κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη συνολική κατάσταση της υγείας τους. Συγκεκριμένα, όσο καλύτερη ήταν η κατάσταση υγείας των εργαζομένων τόσο λιγότερα σωματικά συμπτώματα, συμπτώματα άγχους και αϋπνίας, κοινωνική δυσλειτουργία και συμπτώματα κατάθλιψης είχαν. Επιπλέον, εύλογο θα μπορούσε να χαρακτηριστεί το εύρημα, σύμφωνα με το οποίο η

κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων σχετίζεται ανεξάρτητα με την ποιότητα της ζωής τους. Με λίγα λόγια, όσο καλύτερη ήταν η υγεία των συμμετεχόντων τόσο καλύτερη ήταν η ποιότητα τα ζωής τους. Μάλιστα, αυτή η σχέση βρέθηκε να ισχύει τόσο για τη συνολική ποιότητα ζωής όσο και για όλες τις επιμέρους διαστάσεις της.

Η παρουσίαση και η ερμηνεία των κυριότερων ευρημάτων της έρευνας μας κλείνει με την επίδραση του παράγοντα της κοινωνικής υποστήριξης, δεδομένου ότι βρέθηκε να αποτελεί τον ισχυρότερο δείκτη πρόβλεψης τόσο της ηθικής παρενόχλησης του βιώνουν οι εργαζόμενοι στον χώρο της εργασίας τους όσο και της ζωής τους, γενικότερα. Πιο αναλυτικά, όσο περισσότερη ήταν η συνολική κοινωνική υποστήριξη που λάμβαναν οι συμμετέχοντες τόσο λιγότερη ηθική παρενόχληση δέχονταν στον χώρο της εργασίας τους. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι όσο περισσότερη ήταν η συνολική κοινωνική υποστήριξη που λάμβαναν οι εργαζόμενοι τόσο λιγότερα ήταν τα σωματικά συμπτώματα, το άγχος, η αϋπνία, η κοινωνική δυσλειτουργία και τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Ακόμη, βρέθηκε ότι όσο περισσότερη ήταν η συνολική κοινωνική υποστήριξη που λάμβαναν οι εργαζόμενοι τόσο καλύτερη ήταν η γενική κατάσταση της υγείας τους και η συνολική ποιότητα της ζωής τους. Τα ευρήματα αυτά επισημαίνουν την σπουδαιότητα που έχει η κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο στο κατά πόσον είναι σε θέση να ανταπεξέλθει αποτελεσματικά στο εργασιακό του περιβάλλον και να αντιμετωπίσει καίρια τα περιστατικά ηθικής παρενόχλησης. Ακόμα περαιτέρω, ο προβλεπτικός χαρακτήρας της κοινωνικής υποστήριξης ενισχύει την άποψη, σύμφωνα με την οποία η εργασιακή παρενόχληση/εκφοβισμός είναι ένα φαινόμενο με έντονο κοινωνικό χαρακτήρα.

Το κεντρικό ερώτημα που θέτει ο Zapf (1999) είναι επικεντρωμένο γύρω από τις αιτίες της ηθικής παρενόχλησης, επισημαίνοντας ότι υπήρξαν έντονες συζητήσεις και αντιπαραθέσεις όσον αφορά το συγκεκριμένο ζήτημα. Μια άποψη, η οποία αντιπροσωπεύει ένα τμήμα των μέσων μαζικής ενημέρωσης και ορισμένων εργοδοτών, υποστηρίζει ότι τα θύματα ηθικής παρενόχλησης είναι υπεύθυνα για την παρενόχλησή τους, ενώ δεν είναι μικρός ο αριθμός των γιατρών και των κλινικών ψυχολόγων που αντιμετωπίζουν θύματα ηθικής παρενόχλησης και συμμερίζονται την άποψη αυτή. Όπως αναφέρθηκε από διάφορες μελέτες περιπτώσεων, αυτοί οι γιατροί και οι ψυχολόγοι δεν μπορούν να πιστέψουν ότι τα σοβαρά συμπτώματα που παρατηρούνται στα θύματα είναι ουσιαστικά αποτέλεσμα της εργασιακής κατάστασης των θυμάτων. Αντίθετα, αναπτύσσουν διαγνώσεις, όπως «διαταραγμένη

συμπεριφορά» ή «γενικευμένη αγχώδη διαταραχή» και υποδηλώνουν ότι αυτές οι διαταραχές υπήρχαν πριν ξεκινήσει η διαδικασία της ηθικής παρενόχλησης και ότι οι διαταραχές είναι που προκάλεσαν την εξέλιξη του φαινομένου. Ωστόσο, ο Leymann (1996), καθώς και τα θύματα περιστατικών ηθικής παρενόχλησης και τα οργανωτικά τους δίκτυα παρουσιάζουν αντίθετη άποψη. Αυτή η άποψη υποστηρίζει ότι οι οργανωτικοί λόγοι, κυρίως τα προβλήματα στην οργάνωση της εργασίας και τα προβλήματα ηγεσίας, αποτελούν την αιτία του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης. Από την άλλη μεριά, υπάρχουν οι υποστηρικτές της άποψης (Adams & Crawford 1992), σύμφωνα με την οποία ορισμένα άτομα, οι εκφοβιστές, είναι υπεύθυνοι για την παρενόχληση στο χώρο εργασίας, δηλαδή οι αιτίες της εργασιακής παρενόχλησης δεν αναζητούνται ούτε στο θύμα ούτε στο εργασιακό περιβάλλον, αλλά αναζητούνται στον θύτη. Τέλος, ο Schuster (1996), βασισμένος στα ευρήματα της αναπτυξιακής και της κοινωνικής ψυχολογίας, επισημαίνει το κοινωνικό σύστημα και τις διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού ως πιθανή αιτία ηθικής παρενόχλησης (Zapf 1999).

Βάσει των παραπάνω, ο Zapf (1999) υποστηρίζει την άποψη ότι «πρέπει να ληφθούν υπόψη τα πολλαπλά αίτια της παρενόχλησης και ότι η παρενόχληση μπορεί να προκληθεί από περισσότερους από έναν παράγοντες που δρουν ταυτόχρονα» (σ. 71). Προτείνει ένα μοντέλο των αιτιών και των συνεπειών της ηθικής παρενόχλησης, υποστηρίζοντας ότι υπάρχουν οργανωτικοί και κοινωνικοί παράγοντες, όπως επίσης και παράγοντες που αναφέρονται τόσο στο θύμα όσο και στον θύτη, οι οποίοι είναι πιθανόν να αποτελούν την αιτία του φαινομένου. Η ηθική παρενόχληση μπορεί να οδηγήσει σε διάφορες μορφές κακής υγείας. Ωστόσο, ο Zapf (1999) επισημαίνει, επίσης, ένα από τα κεντρικά προβλήματα στην έρευνα της ηθικής παρενόχλησης, το οποίο εκκινεί από το ότι δεν είναι σαφές αν οι σχέσεις αιτίας-αποτελέσματος πηγάζουν από αριστερά προς τα δεξιά. Για παράδειγμα, η ηθική παρενόχληση μπορεί να οδηγήσει το θύμα σε προβλήματα υγείας. Ωστόσο, μπορεί κανείς να υποθέσει, εξίσου, ότι η αιτιώδης διαδρομή πηγάζει από τα δεξιά προς τα αριστερά. Η ανήσυχη, η καταθλιπτική ή η εμμονική συμπεριφορά του θύματος μπορεί να προκαλέσει αρνητική αντίδραση στην ομάδα, η οποία οδηγεί σε παρενόχληση μετά από κάποιο χρονικό διάστημα (ανατρέξτε στη βιβλιογραφία που δείχνει ότι οι άνθρωποι τείνουν να εμφανίζουν αρνητικές απαντήσεις στην καταθλιπτική συμπεριφορά, π.χ., Sacco & Dunn 1990, Sacco και συν 1993). «Η παρενόχληση

μπορεί να οδηγήσει σε μείωση του κοινωνικού κλίματος και της κοινωνικής υποστήριξης, γεγονός που με τη σειρά του μπορεί να αποδυναμώσει τη ροή των πληροφοριών. Αυτό, με τη σειρά του, μπορεί να αυξήσει τους αγχογόνους παράγοντες της εργασίας, όπως η αβεβαιότητα (για την επίτευξη στόχου) και τα οργανωτικά προβλήματα» (Zapf 1999, σ. 72).

Όπως τονίζει ο Zapf (1999), αυτό που καθιστά δύσκολη τη συζήτηση για τις διάφορες πιθανές αιτίες της παρενόχλησης είναι ότι η αιτία συχνά ισοδυναμεί με ενοχή. Για παράδειγμα, τα άτομα με σωματική αναπηρία ενδέχεται βιώνουν υψηλότερα επίπεδα παρενόχλησης, από ό,τι τα άτομα χωρίς ειδικές ανάγκες. Όμως, μια συγχρονική μελέτη δεν είναι δυνατόν να παρέχει στατιστικά στοιχεία για το ότι η ύπαρξη σωματικής αναπηρίας αυξάνει την πιθανότητα θυματοποίησης (και όχι το αντίστροφο). Ο λόγος είναι ότι οι μεταβλητές, όπως το φύλο, η ηλικία ή οι σωματικές αναπηρίες, δεν μπορούν να επηρεαστούν από άλλες ψυχολογικές μεταβλητές. «Ωστόσο, δεν έχει νόημα να ‘κατηγορήσουμε’ τα άτομα με ειδικές ανάγκες για αυτές τις μεταβλητές. Κάποιος μπορεί να υποστηρίξει ότι αν τα άτομα με αναπηρία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο παρενόχλησης σε μια συγκεκριμένη οργάνωση, τότε αυτό είναι ένα πρόβλημα της κοινωνικής ομάδας, η οποία δεν είναι σε θέση να διαχειριστεί ανθρώπους που είναι διαφορετικοί. Δηλαδή, η ‘πραγματική αιτία’ σε τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να βρίσκεται στην κοινωνική ομάδα και όχι στο θύμα. Προφανώς, η ανάθεση της ενοχής είναι ζήτημα ερμηνείας» (Zapf 1999, σ. 72).

Οι Zapf and Bühler (1998, σε Zapf 1999) διατύπωσαν μια ενδιαφέρουσα υπόθεση, σύμφωνα με την οποία το να είναι το άτομο μη διεκδικητικό, να τείνει να αποφεύγει τις συγκρούσεις και να προσπαθεί ελάχιστα να γίνει μέλος της ομάδας αυξάνει την πιθανότητα να γίνει θύμα παρενόχλησης. Γίνεται σαφές ότι δεν όλα τα θύματα παρενόχλησης δεν χαρακτηρίζονται από χαμηλά επίπεδα επικοινωνίας ή ελλειμματικές κοινωνικές δεξιότητες. Αντίθετα, είναι πιθανό ότι υπάρχει μια υποομάδα θυμάτων που έχει χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικών δεξιοτήτων, ενώ άλλα θύματα μπορεί να μην διαφέρουν από την ομάδα ελέγχου ως προς την κοινωνική επάρκειά τους (Zapf 1999).

Ο Zapf (1999), βασισμένος στα ευρήματα της έρευνάς του, υποθέτει ότι υπάρχει μια ομάδα ατόμων, στα οποία προϋπάρχουν συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και αρνητικών συναισθημάτων. Αυτή η ομάδα θυμάτων παρενόχλησης

έχει χαμηλότερες κοινωνικές δεξιότητες και παρουσιάζει ελλείψεις στην κοινωνική συμπεριφορά τους και, επομένως, έχουν αυξημένη πιθανότητα να γίνουν θύματα παρενόχλησης. Αυτά τα άτομα δεν είναι πολύ ευαίσθητα στις συγκρούσεις και δεν είναι σε θέση να δημιουργήσουν ένα σταθερό κοινωνικό δίκτυο. Αποφεύγουν τις συγκρούσεις στο μέτρο του δυνατού και, αν αυτό είναι αδύνατο, τείνουν να παραιτούνται από την εργασία τους (Zapf 1999).

Σύμφωνα με τους Duffy και Sperry (2007), ένας άλλος τύπος κουλτούρας του οργανισμού που συνήθως ενθαρρύνει την εργασιακή παρενόχληση περιλαμβάνει οργανισμούς που τονίζουν τόσο το επίτευγμα όσο και τα κέρδη, εστιάζοντας την προσοχή τους κυρίως στους μετόχους και όχι στους εργαζομένους. Οι εργαζόμενοι σε τέτοιους οργανισμούς αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους και σημαντική πίεση για την επίτευξη και τήρηση αυστηρών προθεσμιών. Οι οργανισμοί αυτοί χαρακτηρίζονται από υψηλή πίεση εργασίας, πράγμα που σημαίνει ότι αν και οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν υψηλές απαιτήσεις όσον αφορά την απόδοση της εργασίας, εντούτοις θεωρούν ότι έχουν περιορισμένο έλεγχο στον τρόπο με τον οποίο εκτελούν τη δουλειά τους (Duffy & Sperry 2007).

Γενικά, αυτό που χρειάζεται είναι να λάβει χώρα οργανωτική αλλαγή, βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Οι βραχυπρόθεσμες αλλαγές περιλαμβάνουν την αναθεώρηση του κώδικα δεοντολογίας και συμπεριφοράς του οργανισμού, ώστε να συμπεριληφθεί μια πολιτική μηδενικής ανοχής για τον εκφοβισμό και την προάσπιση της ηθικής αξίας της δικαιοσύνης, ενώ οι μακροπρόθεσμες αλλαγές αναφέρονται σε αλλαγές στην κουλτούρα του οργανισμού και της διοίκησης (Duffy & Sperry 2007).

Η δυναμική ενός οργανισμού, ιδιαίτερα η κουλτούρα και η ηγεσία του, ενθαρρύνει και ενισχύει την παρενόχληση στο χώρο εργασίας. Η κουλτούρα αποτελείται από τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τα τελετουργικά που καθορίζουν με μοναδικό τρόπο έναν οργανισμό. Η κουλτούρα του οργανισμού μπορεί να είναι αρκετά επιθετική, εκφοβιστική ή εχθρική, με αποτέλεσμα να παρεμποδίζει την ικανότητα ορισμένων εργαζομένων να εκτελούν αποτελεσματικά την εργασία τους (Duffy & Sperry, 2007). «Για να λαμβάνει χώρα παρενόχληση με έναν βιώσιμο τρόπο σε έναν οργανισμό, η κουλτούρα του οργανισμού πρέπει να "επιτρέψει" και να επιδοκιμάσει μια τέτοια παρενόχληση» (Duffy & Sperry 2007, σ. 399), δηλαδή να

πρόκειται για μια κουλτούρα με επιρρέπεια προς την επιθετικότητα. «Ένα βασικό συστατικό ενός τέτοιου οργανισμού είναι η διάχυτη αίσθηση της «επιτρεπόμενης επιθετικότητας». Χωρίς αυτή την αίσθηση της αδείας, τα άτομα που αναλαμβάνουν να παρενοχλούν τους άλλους θα γίνουν τα ίδια θύματα εξοστρακισμού από άλλους συναδέλφους (Duffy & Sperry 2007, σ. 399). Με βάσει τα παραπάνω, θα μπορούσαμε να καταλήξουμε στην ανάγκη θέσπισης μιας ξεκάθαρης πολιτικής κατά της ηθικής παρενόχλησης, που να καταδικάζει ρητώς τέτοια περιστατικά, από όπου κι αν προέρχονται, καθώς επίσης και να επιβάλλει αντίστοιχες κυρώσεις. Οι εργαζόμενοι ενός μεγάλου οργανισμού, όπως είναι ένα δημόσιο νοσοκομείο, θα πρέπει να είναι ενήμεροι για το ποιες συμπεριφορές συνιστούν ηθική/ψυχολογική παρενόχληση/ εκφοβισμό και να έχουν συνειδητοποιήσει ότι τέτοιες συμπεριφορές δεν επιτρέπονται. Με άλλα λόγια, θα πρέπει να υπάρχουν ξεκάθαρες γραμμές σε επίπεδο κεντρικής λειτουργίας του οργανισμού σχετικά με τους ισχύοντες κανόνες κατά της εργασιακής παρενόχλησης και να λαμβάνει χώρα αποτελεσματική και δίκαιη εφαρμογή αυτών των κανόνων.

Προτάσεις

Μέσα από την παρούσα μελέτη, έγινε προσπάθεια να εξεταστεί το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης, δίνοντας ιδιαίτερα έμφαση στις προεκτάσεις που έχει στο χώρο της υγείας. Η εντυπωσιακή αύξηση φαινομένων όπως η ηθική παρενόχληση στο εργασιακό περιβάλλον αποτελεί ένδειξη του ατομικισμού που κυριαρχεί στη σύγχρονη κοινωνία. Πρόκειται για μία πρωτότυπη μελέτη στη χώρα μας, δεδομένου ότι είναι η πρώτη φορά, που επιχειρείται σε τόσο μεγάλο πληθυσμό επαγγελματιών υγείας να διερευνηθούν οι έννοιες της ηθικής παρενόχλησης και της ποιότητας ζωής συνδυαστικά. Τα αποτελέσματα της παρούσας μικτής μελέτης προσφέρουν πρόσθετα εμπειρικά δεδομένα για τη μελέτη της ηθικής παρενόχλησης των επαγγελματιών υγείας στο δημόσιο τομέα (νοσοκομεία) και συμβάλλουν στη συζήτηση της επίδρασης των αρνητικών συμπεριφορών στη γενική ποιότητα και υγεία των επαγγελματιών υγείας. Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο μελέτης και προβληματισμού για περαιτέρω ενασχόληση των δύο εννοιών και των μεταξύ τους σχέσεων σε ερευνητικό επίπεδο. Μέσα από τα αποτελέσματα (ποσοτικά και ποιοτικά) αναδείχθηκε σε μικρό βαθμό συσχέτιση

μεταξύ τους, αναφορικά με την μορφή εκδήλωσης του φαινομένου (λεκτική βία). Επίσης, μεγαλύτερο δείγμα αντιπροσωπευτικότερο για επαγγελματίες υγείας χρειάζεται σε μελλοντικές μελέτες για να μας αναδείξει τυχόν υπαρκτές διαφορές ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας που έχουν υποστεί το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης στον εργασιακό τους χώρο. Τεκμηριώνεται τόσο βιβλιογραφικά όσο και ερευνητικά, ότι η ηθική παρενόχληση τραυματίζει τις εργασιακές σχέσεις και πλήττει την αξιοπρέπεια του ατόμου μέσα στον εργασιακό του χώρο απειλώντας την ασφάλεια της επαγγελματικής του ζωής και μερικές φορές την ασφάλεια της ψυχικής και σωματικής του ακεραιότητας. Πρέπει να εφαρμοσθεί μια δραστική πολιτική πρόληψης. Χρειάζεται δράση σε όλα τα σημεία-κλειδιά του συστήματος. Η πρόληψη της ηθικής παρενόχλησης στον εργασιακό χώρο πρέπει γενικότερα να ενταχθεί στην πρόληψη των επαγγελματικών κινδύνων, γιατί η υγεία στην εργασία συμπεριλαμβανομένης και της ψυχικής υγείας-είναι ένα θεμελιώδες δικαίωμα των εργαζομένων. Για να αποφευχθούν τέτοια περιστατικά στον χώρο υγείας, προτείνονται τα κάτωθι προληπτικά μέτρα δράσης, όπως:

- Εκστρατεία πληροφόρησης των εργαζομένων, μέσω έκδοσης ενημερωτικών εντύπων, μέσα από τα οποία οι εργαζόμενοι θα μπορούν να πληροφορηθούν για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους, παράλληλα με τις αρνητικές επιπτώσεις του φαινομένου
- Συστηματική συλλογή πληροφοριών σχετικά με φαινόμενα ηθικής παρενόχλησης στον οργανισμό. Η συλλογή αυτή μπορεί να γίνει μέσω ειδικών ερωτηματολογίων, τακτικών συζητήσεων με το προσωπικό, ή με την αναζήτηση των αιτιών για τις συχνές απουσίες των εργαζομένων
- Εκπαίδευση και επιμόρφωση των εργαζομένων από ειδικούς επιστήμονες μέσα από ειδικά κατάλληλα προγράμματα υποστήριξης, αποκατάστασης και επανένταξης για άτομα που έχουν υποστεί ηθική παρενόχληση
- Αναδιοργάνωση του καταμερισμού της εργασίας και της κατανομής των ευθυνών. Το μέτρο αυτό μπορεί να αποβεί χρήσιμο στον Δημόσιο Τομέα όπου αρκετά συχνά η έλλειψη συγκεκριμένων κανόνων και ευθυνών ευνοεί φαινόμενα καταχρηστικής εξουσίας και παρενόχλησης
- Ύπαρξη Διοικήσεων των Νοσοκομείων με ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα

- Έπαρξη Συμβουλευτικής Υπηρεσίας εντός του νοσοκομειακού χώρου, αρμόδιας για περιπτώσεις εργασιακής παρενόχλησης και εργασιακών σχέσεων.

Τα εργαλεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν περαιτέρω στο πλαίσιο της κύριας μελέτης, προκειμένου να διερευνηθεί πιο αναλυτικά η επίδραση της ηθικής παρενόχλησης στην ποιότητα ζωής και υγείας των επαγγελματιών υγείας, έτσι ώστε να σχεδιαστεί μετέπειτα μια οργανωμένη παρέμβαση αντιμετώπισης του φαινομένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Cooper, C., Cooper, R., Eaker, L.(2002). *Ζώντας με Στρες*. Αθήνα: Επιστημονική Έκδοση Παρισιάνου Α.Ε..
- Goleman, D. (2000). *Η συναισθηματική νοημοσύνη στο χώρο εργασίας*. Αθήνα: ΕλληνικάΓράμματα.
- Hirigoyen, M. F. (1998). *Η σεξουαλική παρενόχληση, η διεστραμμένη βία στην καθημερινή ζωή*. Αθήνα: Syros.
- Hirigoyen, M. F. (2002). *Ηθική Παρενόχληση στον Χώρο Εργασίας* (μτφρ. Σιγάλα Ασπασία). Αθήνα: Πατάκη.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2007). *Πώς να αντιμετωπίσετε την επαγγελματική εξουθένωση*. (Επιμ. Μτφρ: Α. Σ. Αντωνίου). Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- Αλουμάνης, Π.(2002). *Επιθεώρηση Κοινωνικής Ασφάλισης*. Αθήνα: ΙΚΑ.
- Αντωνίου, Α. Σ. (2006). *Εργασιακό Στρες. Τόμος Α΄*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Γαβριελάτος, Γ. (2015). Το σύνδρομο “mobbing” στους ειδικευόμενους ιατρούς και ο ρόλος της συναισθηματικής νοημοσύνης στην αντιμετώπισή του, ΕΑΠ, Διπλωματική εργασία. Διαθέσιμο στο: <https://apothesis.eap.gr/handle/repo/33752> (Ημερομηνία πρόσβασης: 24/10/2017).
- Γρηγορίου, Σ. (2016). Εκτίμηση του επιπολασμού του συνδρόμου Mobbing ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο γενικό νοσοκομείο Λευκωσίας. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Διαθέσιμο στο: <https://kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/2234> (Ημερομηνία πρόσβασης: 10/5/2018).
- Δεληχάς, Γ.Μ. (2011). Ψυχολογική βία και παρενόχληση στην εργασία (mobbing – harassment), Εφημερίδα Ελευθερία, Κυριακή, 3 Ιουλίου 2011. Διαθέσιμο στο: <http://www.eleftheria.gr/index.asp?cat=52&aid=30159#.U2fXfMtZrcs>(Ημερομηνία πρόσβασης: 14/10/2017).
- Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών. (2007). Περιβάλλον εργασίας. *Νοσηλευτικό Δελτίο Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος*, 133, 14-15.
- Δρίβας, Σ. (2002). Το σύνδρομο mobbing στην εργασία. Πετρελαιοειδή-Δωλιστήρια & χημική βιομηχανία, 9: 8-9. Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της εργασίας. Πηγές εργασιακού στρες-Το Σύνδρομο mobbing. ΕΛ.ΙΝ.ΥΑ.Ε. Αθήνα. Διαθέσιμο στο: http://elinyae.gr/el/lib_file_upload/mobbing.1113227245104.pdf (Ημερομηνία πρόσβασης: 14/10/2017).

- ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. (2013). Ηθική και Σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας. Θεματικό βιβλιογραφικό δελτίο, σειρά: τεκμηρίωση ΥΑΕ;27, Αθήνα. Διαθέσιμο στο: http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/Sexual_harassment_27.1372844014578.pdf (Ημερομηνία πρόσβασης: 13/03/14).
- Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (2001). Έκθεση σχετικά με την παρενόχληση στους χώρους εργασίας. Επιτροπή Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, 2001/2339 (INI). Διαθέσιμο στο: <http://www.futureofeuropa.parlament.gv.at/sides/getDoc.do?pubRef=//EP//NONSGML+REPORT+A5-2001-0283+0+DOC+PDF+V0//EL> (Ημερομηνία πρόσβασης: 13/03/14).
- Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (OSHA) (2002). Παρενόχληση στον χώρο εργασίας. Δελτίο Τεχνικών Στοιχείων 23, Bilbao. Διαθέσιμο στο: <https://osha.europa.eu/el/publications/factsheets/23>. (Ημερομηνία πρόσβασης: 15/10/2013).
- Ζαχαριάδου, Θ., & Παυλάκη, Α. (2014). Εκτίμηση της παρουσίας του συνδρόμου mobbing ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα στην Κύπρο. Διαθέσιμο στο: <https://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/handle/11128/1671/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2014-00236.pdf?sequence=1> (Ημερομηνία πρόσβασης: 15/10/2017).
- Ηλία-Χείρα, Σ. (2014). «Εκτίμηση της παρουσίας του συνδρόμου Mobbing ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Κύπρο», Λευκωσία. Μεταπτυχιακή εργασία, Σχολή Οικονομικών επιστημών και διοίκησης μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας». Διαθέσιμο στο: <http://kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/1671> (Ημερομηνία πρόσβασης: 24/10/2017)
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., & Σούλης, Σ. (Eds.) (1997). *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*. Αθήνα.
- Ιωσηφίδης, Θ. (2001). Η Μέθοδος των Focus Groups στην Κοινωνική Έρευνα: η Περίπτωση του Ερευνητικού Προγράμματος MEDACTION. Εισήγηση στο «Διεθνές Επιστημονικό Συνέδριο: Κοινωνικές Εξελίξεις στην Σύγχρονη Ελλάδα και Ευρώπη», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), Σύλλογος Ελλήνων Κοινωνιολόγων (ΣΕΚ). Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Ιωσηφίδης, Θ. (2006). Ποιοτική κοινωνική έρευνα και κριτικός ρεαλισμός. Στο Μ. Σπυριδάκης, & Θ. Ιωσηφίδης (επιμ.), *Ποιοτική Κοινωνική Έρευνα. Μεθοδολογικές προσεγγίσεις και ανάλυση δεδομένων* (σσ. 21-32). Αθήνα: Κριτική.
- Κάβουρα, Μ., Κυριόπουλος, Γ., Γείτονα, Μ., Βανδώρου, Χ. (2003). *Ποιότητα Ζωής*. Αθήνα. Εκδόσεις Janssen-Cilag.

- Κάντας Α. (1995). *Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία, Τόμος 3ος, Διεργασίες ομάδας-Σύγκρουση- Ανάπτυξη και Αλλαγή-Κουλτούρα-Επαγγελματικό άγχος*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καρακιουλάφη, Χ. Α. (2003). «Ψυχολογική και ηθική παρενόχληση και βία στους χώρους εργασίας : ορισμοί του προβλήματος, θεσμική αντιμετώπιση του και εμπλοκή των φορέων εκπροσώπησης των εργαζομένων στη “διαχείριση” και αντιμετώπιση του. Το παράδειγμα της Γαλλίας και της Γερμανίας. *Επιθεώρηση Εργασιακών Σχέσεων*, 32, 21-37.
- Καρακιουλάφη, Χ. Α. (2005). Ψυχολογική βία και παρενόχληση στους χώρους εργασίας. Στο: *Επετηρίδα «Εργασία 2004»* (σσ. 81-102). Ινστιτούτο Αστικού Περιβάλλοντος και Ανθρώπινου Δυναμικού, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.
- Κατραμάδου, Ε. (2005). *Το σύνδρομο των δημοσίων υπηρεσιών: Το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης*. Δημόσιος Τομέας (216).
- Κατσιλάκη, Ε-Χ. (2017). *Διερεύνηση του συνδρόμου Mobbing και ο ρόλος της επικοινωνίας στους Επαγγελματίες Υγείας (Ιατρούς & Νοσηλευτές) στο χώρο ενός δημόσιου νοσοκομείου*. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ.
- Κοΐνης, Α., Βελονάκης, Ε., Τζαβέλλα, Φ., Τζιαφέρη, Σ. (2016). Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 15(4), 380-393.
- Κοΐνης, Α., Βελονάκης, Ε., Τζαβέλλα, Φ., Τζιαφέρη, Σ. (2017). Πιλοτική μελέτη για το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. *«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»*, 56 (3): 233–244.
- Κορωναίου, Α., Πρεπούδης, Χ., Σιώτου, Ι., & Τικταπανίδου, Α. (2007). *Ο ρόλος των πατέρων στην εξισορρόπηση της επαγγελματικής και οικογενειακής-προσωπικής ζωής*. Αθήνα: ΚΕΘΙ.
- Κωνσταντινίδης, Μ. (2011). Εργασιακή παρενόχληση: Μια πρόταση έρευνας και παρέμβασης. *Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας*, 47, 7-12.
- Μαρβάκη, Χ., Δημουλά, Υ., Καμπισιούλη, Ε., Χριστοπούλου, Ι., Βασταρδής, Λ., Γουρνή, Ι., & Καλογιάννη, Α. (2007). Η επίδραση του επαγγέλματος στη ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού. *Νοσηλευτική*, 46(3), 406-413.
- Μάστορα, Τ. Μ. (2013). Εξερευνώντας τις Απόψεις των Φοιτητών Νοσηλευτικής για τον Εκφοβισμό το 2013: Μία Φαινομενολογική Μελέτη. Πτυχιακή εργασία. Τμήμα Νοσηλευτικής Σχολής Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό ίδρυμα Ηπείρου. Διαθέσιμο στο: http://apothetirio.teiep.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/547/ns1_2013002.pdf?sequence=1 (Ημερομηνία πρόσβασης: 25/10/2017).
- Μισουρίδου, Ε. (2007). Η συναισθηματική εργασία και η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή-ασθενή. *Νοσηλευτική*, 46, 374–380.

- Ντάτσης, Α., Τραγούδα, Ε., Χανιά, Μ., Ρογδάκης, Α., Γερόλυμος, Μ., & Σπηλιώτης, Ι. (2007). Η άποψη των επαγγελματιών υγείας για την εργασία τους και το εργασιακό περιβάλλον. *Νοσηλευτική*, 46(2), 268-281.
- Ντότσικα, Μ. (2007). Ηθική παρενόχληση στην εργασία και έμμεσες διακρίσεις σε βάρος των γυναικών τραπεζοϋπαλλήλων. Νομική προστασία και ουσιαστική εφαρμογή της ισότητας των φύλων. Αθήνα: Γραμματεία Ισότητας ΟΤΟΕ. Διαθέσιμο στο: <http://www.otoe.gr/isotita/UplDocs/Εισήγηση%20Μ.ΝΤΟΤΣΙΚΑ.doc> (Ημερομηνία πρόσβασης: 12/5/2007).
- Παναγιώτου, Ε. (2017). Το φαινόμενο της παρενόχλησης "Mobbing" στο χώρο εργασίας ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Διαθέσιμο στο: <http://www.openarchives.gr/view/2768347>. (Ημερομηνία πρόσβασης: 24/10/2017).
- Παπαδόπουλος, Ν. Γ. (2005). *Λεξικό της Ψυχολογίας* (2η εκδ.). Αθήνα: Σύγχρονη Εκδοτική.
- Πατσιά, Α., Πολυχρονοπούλου, Α., Σακαρετσάνου, Α-Κ. (2017). Η στάση των νοσηλευτών σε δημόσια νοσοκομεία για τον εργασιακό εκφοβισμό. Ποιοτική Έρευνα. Πτυχιακή Εργασία. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Πετράκη, Γ. (2009). Η Επιδημία Αυτοκτονιών στους Χώρους Εργασίας στη Γαλλία. Η Κυριακάτικη Αυγή (4.1.2009).
- Πίνη, Μ. (2006). *Εργασιακή Τρομοκρατία*. Ελευθεροτυπία, 09/04/2006. Διαθέσιμο στο: http://www.enet.gr/online/online_text/c=114,dt=09.04.2006,id=8147688 (Ημερομηνία πρόσβασης: 14/10/2017).
- Σαπουντζή, Δ., & Λεμονίδου, Χ. (1994). *Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα. Εξελίξεις & Προοπτικές*. Αθήνα: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.
- Σαραφόπουλος, Ν. (2015). Ανάδειξη των συνολικών αλληλοσυμπληρούμενων δράσεων για την προαγωγή της υγείας και ασφάλειας στην εργασία , ένα ολιστικό πρότυπο . *Περιοδικό υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας*, 2(24): 125-129.
- Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Σπυριδάκης, Μ. (2009). *Εξουσία και παρενόχληση στην εργασία*. Αθήνα: Διόνικος.
- Συχετίδης, Λ. (2002) . *Ιατρική της εργασίας*. Αθήνα. Αναθεωρημένη έκδοση, University studio press.
- Τζαμαλούκα, Γ. Σ. (2007). Διεκδικητικές σχέσεις στον εργασιακό χώρο. Σημειώσεις μαθήματος.
- Τζιαφέρη, Σ., Σουρτζή Π. (2002). Τριγωνοποίηση: Μια μεθοδολογική προσέγγιση στη μελέτη της Φροντίδας Υγείας. *Περιοδικό Νοσηλευτική*, 3, 258-265.

Τζιαφέρη, Σ. (2014). *Διερεύνηση Κλινικών Προβλημάτων μέσω Εφαρμοσμένης Έρευνας και Μέθοδοι Διάχυσης των Αποτελεσμάτων της. Τριγωνοποίηση (Ποιοτική σε συνδυασμό με ποσοτική έρευνα)*. Διδρυματικό Πρόγραμμα Δια Βίου Μάθησης, Αθήνα.

Τζινιέρη-Κοκκώση, Μ. (2010). *Η ποιότητα ζωής στον αντίποδα της ψυχικής νόσου*. Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.

Τούκας, Δ., Δεληγάς, Μ., & Καραγεωργίου, Α. (2012). Εννοιολογικοί ορισμοί και αιτιολογικοί παράγοντες της ψυχολογικής βίας στην εργασία. Ο ρόλος τους στην αξιολόγηση της επικινδυνότητας του φαινομένου mobbing. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(2), 162-173.

Τσιάμα, Μ.Χ. (2013β). Το φαινόμενο της Ηθικής /Ψυχολογικής Παρενόχλησης στο Χώρο Εργασίας: Εννοιολογικοί προσδιορισμοί. Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού (ΕΙΕΑΔ). Άρθρα και μελέτες 9/2013. Διαθέσιμο στο:

http://www.eiead.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=256%3A2013-12-18-15-09-10&catid=73%3Aeieadfaqs&Itemid=44&lang=el<http://www.eiead.gr/publications/docs/arthra%20kai%20meletes%20to%20fanomeno%20tis%20ithikis%20parenoxlisis%20sto%20xwro%20ergasias.pdf> (Ημερομηνία πρόσβασης:

14/10/2017).

Υφαντόπουλος, Ι. (2003). Η Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στα Οικονομικά της Υγείας. *Νέα Υγεία*, 36, 4-7.

Χτουρής, Σ., Ζήση, Α., & Ρεντάρη, Μ. (2015). Μια πρόταση για την διαλεκτική μεθοδολογία εμπειρικής έρευνας. Το παράδειγμα των Εστιασμένων Ομάδων για την κοινωνική και εργασιακή ένταξη των νέων. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 145. Διαθέσιμο στο: <https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/ekke/article/view/10432><http://dx.doi.org/10.12681/grsr.10432> (Ημερομηνία πρόσβασης: 15/10/2017).

Ξενόγλωσση

Abdellah, R. F., & Salama, K. M. (2017). Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt. *Pan African Medical Journal*, 26(1), 1-8.

Abrams, K. M., & Robinson, G. E. (2002). Occupational effects of stalking. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47(5), 468-472.

- AbuAlRub, R. F., & Al Khawaldeh, A. T. (2014). Workplace physical violence among hospital nurses and physicians in underserved areas in J ordan. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13-14), 1937-1947.
- AbuAlRub, R. F., & Al-Asmar, A. H. (2011). Physical violence in the workplace among Jordanian hospital nurses. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(2), 157-165.
- AbuAlRub, R. F., & Al-Asmar, A. H. (2014). Psychological violence in the workplace among Jordanian hospital nurses. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(1), 6-14.
- AbuAlRub, R. F., Khalifa, M. F., & Habbib, M. B. (2007). Workplace violence among Iraqi hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(3), 281-288.
- Acute Care Institute for Safe Medication Practices (2004). Intimidation: Practitioners speak up about this unresolved problem (PART I)” March 11. 2004. Available at: http://www.ismp.org/Newsletters/acutecare/articles/20040311_2.asp (Accessed at: 18/10/2017)
- Adams, A., & Crawford, N. (1992). *Bullying at work*. London: Virago Press.
- Affandi, H., & Raza, N. (2013). Leaders’ emotional intelligence and its outcomes, a study of medical professionals in Pakistan. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 5(7), 279-297.
- Agervold, M. (2007). Bullying at work: A discussion of definitions and prevalence, based on an empirical study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(2), 161-172.
- Aksakal, F. N. B., Karaşahin, E. F., Dikmen, A. U., Avcı, E., & Özkan, S. (2015). Workplace physical violence, verbal violence, and mobbing experienced by nurses at a university hospital. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 45(6), 1360-1368.
- Alameddine, M., Mourad, Y., & Dimassi, H. (2015). A national study on nurses’ exposure to occupational violence in Lebanon: Prevalence, consequences and associated factors. *PloS One*, 10(9), e0137105.
- Alkorashy, H. A. E., & Al Moalad, F. B. (2016). Workplace violence against nursing staff in a Saudi university hospital. *International Nursing Review*, 63(2), 226-232.
- Al-Omari, H. (2015). Physical and verbal workplace violence against nurses in Jordan. *International Nursing Review*, 62(1), 111-118.
- Al-Shamlan, N. A., Jayaseeli, N., Al-Shawi, M. M., & Al-Joudi, A. S. (2017). Are nurses verbally abused? A cross-sectional study of nurses at a university hospital, Eastern Province, Saudi Arabia. *Journal of Family & Community Medicine*, 24(3), 173-180.

- Andersson, G. (2001). The motives of foster parents, their family and work circumstances. *British Journal of Social Work*, 31(2), 235-248.
- Andrade, CJD., Alves, CAD.(2019). Relationship between bullying and type 1 diabetes mellitus in children and adolescents: a systematic review, 95(5), 509-518.
- Andrews, F., & Whitney, S. B. (1974). *Social Indicators of Well-being: Americans' Perceptions of Life Quality*. New York, NY: Plenum Press
- Antoniou, A. S., & Antonodimitrakis, P. (2001). Levels of job satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors. In *Proceedings of the 8th Greek Conference of Psychological Research, Alexandroupoli* (Vol. 72).
- Aquino, K. (2000). Structural and individual determinants of workplace victimization: The effects of hierarchical status and conflict management style. *Journal of Management*, 26(2), 171-193.
- Arcangeli, G., Giorgi, G., Ferrero, C., Mucci, N., & Cupelli, V. (2014). Prevalence of workplace bullying in a population of nurses at three Italian hospitals. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 36(3), 181-185.
- Arnold, J., Cooper, C., & Robertson, I. T. (1995). *Work Psychology: Understanding human behaviour in the work place* (2nd ed). London: Pitman.
- Aryee, S., Srinivas, E. S., & Tan, H. H. (2005). Rhythms of life: antecedents and outcomes of work-family balance in employed parents. *Journal of Applied Psychology*, 90(1), 132-146.
- Ashforth, B. (1994). Petty tyranny in organizations. *Human Relations*, 47(7), 755-778.
- Asi Karakaş, S., & Okanlı, A. E. (2015). The effect of assertiveness training on the mobbing that nurses experience. *Workplace Health & Safety*, 63(10), 446-451.
- Baker, F., & Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, 5(1), 69-79.
- Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., & Schaufeli, W. B. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 884-891.
- Balducci, C., Alfano, V., & Fraccaroli, F. (2009). Relationships between mobbing at work and MMPI-2 personality profile, posttraumatic stress symptoms, and suicidal ideation and behavior. *Violence and Victims*, 24(1), 52-67.
- Bano, S., & Malik, S. (2013). Impact of workplace bullying on organizational outcome. *Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences*, 7(3), 618-627.

- Barling, J., Rogers, A. G., & Kelloway, E. K. (2001). Behind closed doors: In-home workers' experience of sexual harassment and workplace violence. *Journal of Occupational Health Psychology, 6*(3), 255-269.
- Baron, R. A., & Neuman, J. H. (1996). Workplace violence and workplace aggression: Evidence on their relative frequency and potential causes. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression, 22*(3), 161-173.
- Barsky, A. J., Cleary, P. D., & Klerman, G. L. (1992). Determinants of perceived health status of medical outpatients. *Social Science & Medicine, 34*(10), 1147-1154.
- Baumeister, H., Hutter, N., Bengel, J., Harter, M. (2011). Quality of life in medically ill persons with comorbid mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychother Psychosom, 80*, 275–286.
- Beale, D., & Hoel, H. (2010). Workplace bullying, industrial relations and the challenge for management in Britain and Sweden. *European Journal of Industrial Relations, 16*(2), 101-118.
- Beasley, J., & Rayner, C. (1997). Bullying at work (after Andrea Adams). *Journal of Community & Applied Social Psychology, 7*(3), 177-180.
- Beckmann, C. A., Cannella, B. L., & Wantland, D. (2013). Faculty perception of bullying in schools of nursing. *Journal of Professional Nursing, 29*(5), 287-294.
- Bell, A. S., Rajendran, D., & Theiler, S. (2012). Job Stress, Wellbeing, Work-Life Balance and Work-Life Conflict Among Australian Academics. *Electronic Journal of Applied Psychology, 8*(1), 25-37.
- Bellack, J. P. (1999). Emotional intelligence: a missing ingredient. *Journal of Nursing Education, 38*(1), 3-4.
- Bilgel, N., Aytac, S., & Bayram, N. (2006). Bullying in Turkish white-collar workers. *Occupational Medicine, 56*(4), 226-231.
- Binetti, P., & Bruni, R. (2003). *Il counseling in una prospettiva multimodale*. Roma: Edizioni scientifiche Ma. Gi.
- Björkqvist, K., Österman, K., & Hjelt-Bäck, M. (1992). *Work Harassment Scale*. Vaasa, Finland: Department of Psychology, Abo Akademi University.
- Björkqvist, K., Österman, K., & Hjelt-Bäck, M. (1994). Aggression among university employees. *Aggressive Behavior, 20*(3), 173-184.
- Blackwood, K. M. (2015). *Workplace bullying in the New Zealand nursing profession: the case for a tailored approach to intervention: a thesis presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Human Resource Management at Massey University, Albany, New Zealand* (Doctoral dissertation, Massey University).

- Bonafons, C., Jehel, L., & Coroller-Béquet, A. (2009). Specificity of the links between workplace harassment and PTSD: primary results using court decisions, a pilot study in France. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82(5), 663-668.
- Bond, S. A., Tuckey, M. R., & Dollard, M. F. (2010). Psychosocial safety climate, workplace bullying, and symptoms of posttraumatic stress. *Organization Development Journal*, 28(1), 37-56.
- Bortoluzzi, G., Caporale, L., & Palese, A. (2014). Does participative leadership reduce the onset of mobbing risk among nurse working teams?. *Journal of Nursing Management*, 22(5), 643-652.
- Boumans, N. P. G., & Landeweerd, J. A. (1996). A Dutch study of the effects of primary nursing on job characteristics and organizational processes. *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 16-23.
- Bowling, A. (1997). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. UK: *Open University Press*.
- Boyar, S. L., Maertz Jr, C. P., Mosley Jr, D. C., & Carr, J. C. (2008). The impact of work/family demand on work-family conflict. *Journal of Managerial Psychology*, 23(3), 215-235.
- Brodsky, C.M. (1976). *The harassed worker*. Toronto, Ontario, Canada: Lexington Books, DC Health.
- Brown, G.M. (1983). Understanding transfer of Training. *International Society for Performance Improvement*, 22(2), 1-44.
- Budd, J. W., Arvey, R. D., & Lawless, P. (1996). Correlates and consequences of workplace violence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(2), 197-210.
- Campbell, D.T., & Fiske, D.W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105
- Campbell, A., Converse, P. E., Rodgers, W. L. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfaction*. New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Caporale, L., Palese, A., & Bortoluzzi, G. (2012). The leadership style as a mitigator of the insurgence of mobbing risk. Results from an empirical research on Italian nurses. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 34(1 Suppl A), A17-24.
- Carlson, D. S., Kacmar, K. M., & Williams, L. J. (2000). Construction and initial validation of a multidimensional measure of work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 56(2), 249-276.

- Carnero, M. A., Martínez, B., & Sánchez-Mangas, R. (2010). Mobbing and its determinants: the case of Spain. *Applied Economics*, 42(29), 3777-3787.
- Carr, A. J., & Higginson, I. J. (2001). Measuring quality of life: Are quality of life measures patient centred?. *BMJ: British Medical Journal*, 322(7298), 1357.
- Carter, M., Thompson, N., Crampton, P., Morrow, G., Burford, B., Gray, C., & Illing, J. (2013). Workplace bullying in the UK NHS: a questionnaire and interview study on prevalence, impact and barriers to reporting. *BMJ open*, 3(6), e002628.
- Cevik Akyil, R., Tan, M., Saritaş, S., & Altuntaş, S. (2012). Levels of mobbing perception among nurses in Eastern Turkey. *International Nursing Review*, 59(3), 402-408.
- Chappell, D., & Di Martino, V. (2001). *Global Workplace Violence*. Geneva: International Labour Office.
- Cheema, S., Ahmad, K., Giri, S. K., Kaliaperumal, V. K., & Naqvi, S. A. (2005). Bullying of junior doctors prevails in Irish health system: a bitter reality. *Irish Medical Journal*, 98(9), 274-275.
- Chen, W. C., Hwu, H. G., Kung, S. M., Chiu, H. J., & Wang, J. D. (2008). Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *Journal of Occupational Health*, 50(3), 288-293.
- Cheung, T., & Yip, P. S. (2017). Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates. *BMC Public Health*, 17(1), 196.
- Cheung, T., Lee, P. H., & Yip, P. S. (2017). Workplace violence toward physicians and nurses: prevalence and correlates in Macau. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8), 879. doi: 10.3390/ijerph14080879.
- Christensen, K. E., & Staines, G. L. (1990). Flextime: A viable solution to work/family conflict?. *Journal of Family issues*, 11(4), 455-476.
- Cleary, M., Hunt, G. E., & Horsfall, J. (2010). Identifying and addressing bullying in nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(5), 331-335.
- Clutterbuck, D. (2003). *Managing work-life balance: a guide for HR in achieving organisational and individual change*. CIPD Publishing.
- Cook, T.D., & Reichardt, C.S. (1979). *Qualitative and Quantitative Methods in Evaluation Research*. Beverly Hills, CA, Sage.
- Cooper, C. L., & Payne, R. (1988). *Causes, Coping and Consequences of Stresses at Work*. Chichester: Wiley.
- Cooper, C. L., Sloan, S. J., & Williams, S. (1988). *Occupational stress indicator*. Windsor: Nfer-Nelson.

- Cooper, C., Cooper, R., & Eaker, L. (1987). *Living with stress*. London: Penguin Books.
- Cooper, J. R., Walker, J. T., Winters, K., Williams, P. R., Askew, R., & Robinson, J. C. (2009). Nursing students' perceptions of bullying behaviours by classmates. *Issues in Educational Research*, 19(3), 212-226.
- Corney, B. (2008). Aggression in the workplace: A study of horizontal violence utilising Heideggerian hermeneutic phenomenology. *Journal of Health Organization and Management*, 22(2), 164-177.
- Cornoiu, T. S., & Gyorgy, M. (2013). Mobbing in organizations. Benefits of identifying the phenomenon. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 78, 708-712.
- Cortina, L. M., Magley, V. J., Williams, J. H., & Langhout, R. D. (2001). Incivility in the workplace: incidence and impact. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(1), 64-80.
- Courtney-Pratt, H., Pich, J., Levett-Jones, T., & Moxey, A. (2018). "I was yelled at, intimidated and treated unfairly": Nursing students' experiences of being bullied in clinical and academic settings. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), e903-e912.
- Cowan, R. L. (2011). "Yes, We Have an Anti-bullying Policy, But...:" HR Professionals' Understandings and Experiences with Workplace Bullying Policy. *Communication Studies*, 62(3), 307-327.
- Coyne, I., Seigne, E., & Randall, P. (2000). Predicting workplace victim status from personality. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 9(3), 335-349.
- Curtis, J., Bowen, I., & Reid, A. (2007). You have no credibility: Nursing students' experiences of horizontal violence. *Nurse Education in Practice*, 7(3), 156-163.
- da Silva João, A. L., & Saldanha Portelada, A. F. (2016). Mobbing and its impact on interpersonal relationships at the workplace. *Journal of Interpersonal Violence*, pii: 0886260516662850. [Epub ahead of print].
- Davenport, N., Distler-Schwartz, R., Pursell-Elliott, G. (1999). *Mobbing: Emotional abuse in the American workplace*. Ames, IA: Civil Society Publishing.
- Dejours, C. (1998). *Souffrance en France: la banalisation de l'injustice sociale*. Paris: Seuil.
- Delecta, P. (2011). Work life balance. *International Journal of Current Research*, 3(4), 186-189.
- Dellasega, C. A. (2009). Bullying among nurses. *AJN The American Journal of Nursing*, 109(1), 52-58.

- Denzin, N. (1989). *The research act in sociology: A theoretical introduction to sociological methods*. 3rd edition. McGraw and Hill. New York.
- Devi, A. C., & Rani, S. S. (2012). Personality and work-Life Balance. *Journal of Contemporary Research in Management*, 7(3), 23-30.
- Dewe, P. J. (1987). Identifying the causes of nurses' stress: A survey of New Zealand nurses. *Work & Stress*, 1(1), 15-24.
- Dewe, P. J. (1988). Investigating the frequency of nursing stressors: a comparison across wards. *Social Science & Medicine*, 26(3), 375-380.
- Dewe, P. J. (1989). Stressor frequency, tension, tiredness and coping: some measurement issues and a comparison across nursing groups. *Journal of Advanced Nursing*, 14(4), 308-320.
- Dex, S., Smith, C., & Winter, S. (2001). *Effects of family-friendly policies on business performance*. University of Cambridge: The Judge Institute of Management Studies.
- Di Martino, V., Hoel, H., & Cooper, C. L. (2003). *Preventing violence and harassment in the workplace* (pp. 1-100). Dublin: European Foundation for the improvement of living and working conditions.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40(1-2), 189-216.
- Dikmetaş, E., Top, M., & Ergin, G. (2011). An examination of mobbing and burnout of residents. *Turkish Journal of Psychiatry*, 22(3), 137-149.
- Duberstein, P. R., Sörensen, S., Lyness, J. M., King, D. A., Conwell, Y., Seidlitz, L., & Caine, E. D. (2003). Personality is associated with perceived health and functional status in older primary care patients. *Psychology and Aging*, 18(1), 25-37.
- Duddle, M., & Boughton, M. (2007). Intraprofessional relations in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), 29-37.
- Duffy, M. (2009). Preventing workplace mobbing and bullying with effective organizational consultation, policies, and legislation. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 61(3), 242-262.
- Duffy, M., & Sperry, L. (2007). Workplace mobbing: Individual and family health consequences. *The Family Journal*, 15(4), 398-404.
- Duits, A. A., Boeke, S., Taams, M. A., Passchier, J., & Erdman, R. A. (1997). Prediction of quality of life after coronary artery bypass graft surgery: a review and evaluation of multiple, recent studies. *Psychosomatic Medicine*, 59(3), 257-268.

- Dumont, C., Meisinger, S., Whitacre, M. J., & Corbin, G. (2012). Nursing2012 Horizontal violence survey report. *Nursing2018*, 42(1), 44-49.
- Dunn, K. (2005). Interviewing. In I. Hay (Ed.), *Qualitative research methods in human geography* (pp. 79–105). South Melbourne, Australia: Oxford University Press.
- Duru, P., Ocaktan, M. E., Çelen, Ü., & Örsal, Ö. (2018). The effect of workplace bullying perception on psychological symptoms: a structural equation approach. *Safety and Health at Work*, 9(2), 210-215.
- Ebrahimi, H., Hassankhani, H., Negarandeh, R., Jeffrey, C., & Azizi, A. (2017). Violence against new graduated nurses in clinical settings: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 24(6), 704-715.
- Ege, H. (1996). *Mobbing, checos'eil terrore psicologico sul posto di lavoro*. Bologna: Pitagora,.
- Ege, H. (2007). Il fenomeno del Mobbing: Prevenzione, Strategie, Soluzioni. Available from: <https://www.personaedanno.it/articolo/il-fenomeno-del-mobbing-prevenzione-strategie-soluzioni-harald-ege> (Accessed at: 14/10/2017)
- Egede, L.E., Nietert, P.J., Zheng, D. (2005). Depression and all-cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes. *Diabetes Care*, 28, 1339–1345.
- Einarsen, S. (1999). The nature and causes of bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20(1/2), 16-27.
- Einarsen, S., & Raknes, B. I. (1997). Harassment in the workplace and the victimization of men. *Violence and Victims*, 12(3), 247-263.
- Einarsen, S., & Skogstad, A. (1996). Bullying at work: Epidemiological findings in public and private organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 185-201.
- Einarsen, S., Hoel, H., & Notelaers, G. (2009). Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work & Stress*, 23(1), 24-44.
- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. L. (2011). The concept of bullying and harassment at work: The European tradition. *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice*, 2, 3-40.
- Einarsen, S., Raknes, B.I. (1991). Mobbing i arbeidslivet. En undersøkelse av forekomst og helsemessige konsekvenser av mobbing på norske arbeidsplasser. (Bullying at work. A study on the occurrence and consequences of bullying at Norwegian workplaces). Forskningscenter for Arbeidsmiljø, Helse og Sikkerhet FAHS, Universitetet i Bergen.

- Einarsen, S., Raknes, B. R. I., & Matthiesen, S. B. (1994). Bullying and harassment at work and their relationships to work environment quality: An exploratory study. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 4(4), 381-401.
- Ekici, D., & Beder, A. (2014). The effects of workplace bullying on physicians and nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 24-33.
- Eurofound/EurWork (2015). Violence and Harassment in European Workplaces: Extent, Impacts and Policies. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/comparative-information/violence-and-harrassment-in-european-workplaces-extent-impacts-and-policies> (Accessed at: 30/05/2018).
- European Agency for Safety and Health at Work. (2007). Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health (OSH). EU-OSHA, Luxembourg 2007. Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports>. Accessed at: 6/2/2014).
- European Agency for Safety and Health at Work. (2010). Workplace violence and harassment: A European picture. EU-OSHA, Luxembourg, 16–25.
- Evrin, T., & Madziala, M. (2016). The scale of the mobbing problem among paramedics in the United States and Poland. *Disaster and Emergency Medicine Journal*, 1(1), 50-54.
- Fafliora, E., Bampalis, V.G., Zarlas, G., Sturaitis, P., Liana, D., & Mantzouranis, G. (2016). Workplace violence against nurses in three different Greek healthcare settings. *Work*, 53(3), 551-560.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: A taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 502-508.
- Ferrari, E. (2004). Raising awareness on women victims of mobbing, The Italian contribution, Daphne programme, European Commission.
- Ferris, P. A. (2009). The role of the consulting psychologist in the prevention, detection, and correction of bullying and mobbing in the workplace. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 61(3), 169-189.
- Fevre, R., Robinson, A., Jones, T., & Lewis, D. (2010). Researching workplace bullying: the benefits of taking an integrated approach. *International Journal of Social Research Methodology*, 13(1), 71-85.
- Fornés-Vives, J. V., Reines, J. F., & Sureda, C. G. (2004). Mobbing in nursing. A pilot study. *Revista de Enfermeria (Barcelona, Spain)*, 27(9), 8-10.
- Fornés-Vives, J., Martínez-Abascal, M. M., & García-Banda, G. G. (2008). Socioprofessional variables involved in mobbing in nursing. *Enfermeria Clinica*, 18(3), 127-133.

- Fox, S., & Stallworth, L. E. (2009). Building a framework for two internal organizational approaches to resolving and preventing workplace bullying: Alternative dispute resolution and training. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 61(3), 220-241.
- Foxall, M. J., Zimmerman, L., Standley, R., & Bene Captain, B. (1990). A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 15(5), 577-584.
- Frank, E., Carrera, J. S., Elon, L., & Hertzberg, V. S. (2006). Basic demographics, health practices, and health status of US medical students. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6), 499-505.
- Gacki-Smith, J., Juarez, A. M., Boyett, L., Homeyer, C., Robinson, L., & MacLean, S. L. (2010). Violence against nurses working in US emergency departments. *Journal of Healthcare Protection Management: Publication of the International Association for Hospital Security*, 26(1), 81-99.
- Gadrey, J., & Jany-Catrice, F. (2006). *The new indicators of well-being and development*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Gaffney, D. A., Demarco, R. F., Hofmeyer, A., Vessey, J. A., & Budin, W. C. (2012). Making things right: nurses' experiences with workplace bullying-a grounded theory. *Nursing Research and Practice*, 2012, Article ID 243210. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/243210>.
- Galanaki, E., & Papalexandris, N. (2011). Exploring Workplace Bullying in Greece: Frequency of occurrence and handling of measurement issues, under the light of previous research findings at the international level. Available at: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1831425 (Accessed at: 2/2/2014).
- Galanaki, E., & Papalexandris, N. (2013). Measuring workplace bullying in organisations. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(11), 2107-2130.
- Gallup Europe. (2010). 5th European Working Conditions Survey weighting report. Διαθέσιμο στο: <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-working-conditions-surveys/fifth-european-working-conditions-survey-2010> (Ημερομηνία πρόσβασης: 14/10/2017).
- Garvois, J. (2006). Mob rule: in departmental disputes, professors can act just like animals. *Chron. Sec Fac*, 52(32), A10.
- Garyfallos, G., Karastergiou, A., Adamopoulou, A., Moutzounis, C., Alagiozidou, E., Mala, O. (1991). Greek version of the General Health Questionnaire Accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 84, 371-378.

- Giga, S. I., Hoel, H., Lewis, D. (2008). The costs of workplace bullying. University of Manchester Institute of Science and Technology.
- Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*, 272(8), 619-626.
- Girardi, P., Monaco, E., Prestigiacomio, C., Talamo, A., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2007). Personality and psychopathological profiles in individuals exposed to mobbing. *Violence and Victims*, 22(2), 172-188.
- Glasø, L., Matthiesen, S. B., Nielsen, M. B., & Einarsen, S. (2007). Do targets of workplace bullying portray a general victim personality profile?. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(4), 313-319.
- Glendinning, P. M. (2001). Workplace bullying: Curing the cancer of the American workplace. *Public Personnel Management*, 30(3), 269-286.
- Goff, S. J., Mount, M. K., & Jamison, R. L. (1990). Employer supported child care, work/family conflict, and absenteeism: A field study. *Personnel Psychology*, 43(4), 793-809.
- Gonzalez, JS., Peyrotm M., McCarl, LA., Collins, EM., Serpa, L., Mimiaga, MJ., Safren, SA. (2008). Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 31, 2398–2403.
- Greenblatt, E. (2002). Work/life balance: Wisdom or whining. *Organizational Dynamics*, 31(2), 177-193.
- Greenhaus, J. H., Collins, K. M., & Shaw, J. D. (2003). The relation between work–family balance and quality of life. *Journal of Vocational Behavior*, 63(3), 510-531.
- Grigsby, AB., Anderson, RJ., Freedland, KE., Clouse, RE., Lustman, PJ. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *J Psychosom Res*, 53,1053–1060.
- Groeblichhoff, D., & Becker, M. (1996). A case study of mobbing and the clinical treatment of mobbing victims. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 277-294.
- Gröpel, P., & Kuhl, J. (2009). Work–life balance and subjective well-being: The mediating role of need fulfilment. *British Journal of Psychology*, 100(2), 365-375.
- Guyatt, G. H., & Cook, D. J. (1994). Health status, quality of life, and the individual. *JAMA*, 272(8), 630-631.
- Guyatt, G., Feenz, D., & Patrick, D. (1993). Measuring health related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118, 622-629.
- Haas, B. K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western journal of Nursing Research*, 21(6), 728-742.

- Hall, G. B., Dollard, M. F., Tuckey, M. R., Winefield, A. H., & Thompson, B. M. (2010). Job demands, work-family conflict, and emotional exhaustion in police officers: A longitudinal test of competing theories. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(1), 237-250.
- Hamdan, M. (2015). Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 13(1), 28.
- Han, C. Y., Lin, C. C., Barnard, A., Hsiao, Y. C., Goopy, S., & Chen, L. C. (2017). Workplace violence against emergency nurses in Taiwan: A phenomenographic study. *Nursing Outlook*, 65(4), 428-435.
- Harrington, S., Rayner, C., & Warren, S. (2012). Too hot to handle? Trust and human resource practitioners' implementation of anti-bullying policy. *Human Resource Management Journal*, 22(4), 392-408.
- Harvey, M. G., Heames, J. T., Richey, R. G., & Leonard, N. (2006). Bullying: From the playground to the boardroom. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 12(4), 1-11.
- Hassankhani, H., Parizad, N., Gacki-Smith, J., Rahmani, A., & Mohammadi, E. (2018). The consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 39, 20-25.
- Hayward, D., Bungay, V., Wolff, A. C., & MacDonald, V. (2016). A qualitative study of experienced nurses' voluntary turnover: learning from their perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9-10), 1336-1345.
- Heames, J., & Harvey, M. (2006). Workplace bullying: A cross-level assessment. *Management Decision*, 44(9), 1214-1230.
- Hill, E., Hawkins, A., Ferris, M., Weitzman, M. (2001). Finding an extra day a week: The positive effect of job flexibility on work and family life balance. *Family Relations*, 50(1), 49-58.
- Hill, M. (2001). Harassment in the workplace. *Canadian Operating Room Nursing Journal*, 19(1), 6.
- Hinds, S.P., Young, J.K.(1987). A Triangulation of Methods And Paradigms to Study Nurse-Given Wellness Care. *Nursing Research*, 36 (3), 195- 198.
- Hirigoyen, G. (2009). Concilier finance et management dans les entreprises familiales. *Revue Française de Gestion*, 8, 393-411.
- Hodson, R., Roscigno, V. J., & Lopez, S. H. (2006). Chaos and the abuse of power: Workplace bullying in organizational and interactional context. *Work and Occupations*, 33(4), 382-416.

- Hoel, H. (2004, June). Violence and harassment in European workplaces: Trends and political responses. In *Keynote address presented at the 4th International Conference on Bullying and Harassment in the Workplace* (Vol. 28, p. 29).
- Hoel, H., & Cooper, C. L. (2000). *Destructive conflict and bullying at work*. Manchester: Manchester School of Management, UMIST.
- Hoel, H., & Salin, D. (2003). Organisational antecedents of workplace bullying. In S. Einarsen, H. Hoel, & D. Zapf (Eds.), *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International Perspectives in Research and Practice* (pp. 203-218), New York: Taylor & Francis.
- Hoel, H., Cooper, C. L., & Faragher, B. (2001). The experience of bullying in Great Britain: The impact of organizational status. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 10*(4), 443-465.
- Hoel, H., Einarsen, S., & Cooper, C. L. (2003). Organizational effects of bullying. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice* (pp. 145-161). London: Taylor & Francis.
- Hoel, H., Rayner, C., & Cooper, C. L. (1999). Workplace bullying. *International Review of Industrial and Organizational Psychology, 14*, 195-230.
- Holme, C. A. (2006). Impact not intent. *Industrial and Commercial Training, 38*(5), 242-247.
- Hoosen, I. A., & Callaghan, R. (2004). A survey of workplace bullying of psychiatric trainees in the West Midlands. *Psychiatric Bulletin, 28*(6), 225-227.
- Hsieh, H. F., Chen, Y. M., Wang, H. H., Chang, S. C., & Ma, S. C. (2016). Association among components of resilience and workplace violence-related depression among emergency department nurses in Taiwan: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing, 25*(17-18), 2639-2647.
- Hu, L., & Bentler, P. (1999). Cut-off criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*, 1-55.
- Hutchinson, M., & Jackson, D. (2015). The construction and legitimation of workplace bullying in the public sector: insight into power dynamics and organisational failures in health and social care. *Nursing Inquiry, 22*(1), 13-26.
- Hutchinson, M., Jackson, D., Wilkes, L., & Vickers, M. H. (2008). A new model of bullying in the nursing workplace: Organizational characteristics as critical antecedents. *Advances in Nursing Science, 31*(2), 60-71.
- Hutchinson, M., Vickers, M. H., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). A typology of bullying behaviours: the experiences of Australian nurses. *Journal of Clinical Nursing, 19*(15-16), 2319-2328.

- Hutchinson, M., Wilkes, L., Jackson, D., & Vickers, M. H. (2010). Integrating individual, work group and organizational factors: Testing a multidimensional model of bullying in the nursing workplace. *Journal of Nursing Management*, 18(2), 173-181.
- Hymel, S., & Swearer, S. M. (2015). Four decades of research on school bullying: An introduction. *American Psychologist*, 70(4), 293.
- Iftikhar, M., & Qureshi, M. I. (2014). Modeling the workplace bullying the mediator of “workplace climate-employee health” relationship. *Journal of Management Info*, 4(1), 96-124.
- Imran, N., Jawaid, M., Haider, I. I., & Masood, Z. (2010). Bullying of junior doctors in Pakistan: a cross-sectional survey. *Singapore Medical Journal*, 51(7), 592-595.
- International Council of Nurses.(2007). *Positive Practice Environments: Quality Workplace-Quality Patient Care*. Geneva: ICN.
- Ivancevich, J. M., & Matteson, M. T. (1980). *Stress and work: A managerial perspective*. Scott Foresman.
- Jaradat, Y., Nielsen, M. B., Kristensen, P., Nijem, K., Bjertness, E., Stigum, H., & Bast-Pettersen, R. (2016). Workplace aggression, psychological distress, and job satisfaction among Palestinian nurses: A cross-sectional study. *Applied Nursing Research*, 32, 190-198.
- Jennifer, D., Cowie, H., & Ananiadou, K. (2003). Perceptions and experience of workplace bullying in five different working populations. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 29(6), 489-496.
- Jick, T. (1979). Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action. *Administrative Science Quarterly*, 24, 602-611.
- Jimmieson, N. L. (2000). Employee reactions to behavioural control under conditions of stress: The moderating role of self-efficacy. *Work & Stress*, 14(3), 262-280.
- Jóhannsdóttir, H. L., & Ólafsson, R. F. (2004). Coping with bullying in the workplace: The effect of gender, age and type of bullying. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(3), 319-333.
- Johnson, S. L. (2009). International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. *International Nursing Review*, 56(1), 34-40.
- Johnson, S. L., & Rea, R. E. (2009). Workplace bullying: concerns for nurse leaders. *Journal of Nursing Administration*, 39(2), 84-90.

- Johnston, M., Phanhtharath, P., & Jackson, B. S. (2010). The bullying aspect of workplace violence in nursing. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32(4), 287-295.
- Josipović-Jelić, Ž., Stoini, E., & Celić-Bunikić, S. (2005). The effect of mobbing on medical staff performance. *Acta Clinica Croatica*, 44(4), 347-352.
- Karatzas, C., Zyga, S., Tziaferi, S., & Prezerakos, P. (2016). Workplace bullying and general health status among the nursing staff of Greek public hospitals. *Annals of General Psychiatry*, 15(7).
- Karatzas, C., Zyga, S., Tziaferi, S., & Prezerakos, P. (2016). Workplace bullying and general health status among the nursing staff of Greek public hospitals. *Annals of General Psychiatry*, 15(1), 7.
- Karsavuran, S., & Kaya, S. (2017). The relationship between burnout and mobbing among hospital managers. *Nursing Ethics*, 24(3), 337-348.
- Kaur, J. (2013). Work-life balance: Its correlation with satisfaction with life and personality dimensions amongst college teachers. *International Journal of Marketing, Financial Services & Management Research*, 2(8), 24-35.
- Keashly, L. (1997). Emotional abuse in the workplace: Conceptual and empirical issues. *Journal of Emotional Abuse*, 1(1), 85-117.
- Keashly, L., Trott, V., & MacLean, L. M. (1994). Abusive behavior in the workplace: A preliminary investigation. *Violence and Victims*, 9, 341-341.
- Kempen, G. I., Jelacic, M., & Ormel, J. (1997). Personality, chronic medical morbidity, and health-related quality of life among older persons. *Health Psychology*, 16(6), 539-546.
- Kile, S. (1990). Helsefarlige ledere og medarbeidere [Health dangerous leaders and their co-workers]. Oslo: Hjemmets bokforlag
- Kingma, M. (2001a). Nursing migration: global treasure hunt or disaster-in-the-making?. *Nursing Inquiry*, 8(4), 205-212.
- Kingma, M. (2001b). Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. *International Nursing Review*, 48(3), 129-130.
- Kinman, G., & Jones, F. (2008). A life beyond work? Job demands, work-life balance, and wellbeing in UK academics. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 17(1-2), 41-60.
- Kirwan, M., & Armstrong, D. (1995). Investigation of burnout in a sample of British general practitioners. *The British Journal of General Practice*, 45(394), 259-260.
- Kitaneh, M., & Hamdan, M. (2012). Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12, 469-469.

- Kivimäki, M., Elovainio, M., & Vahtera, J. (2000). Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational and Environmental Medicine*, 57(10), 656-660.
- Kivimäki, M., Virtanen, M., Vartia, M., Elovainio, M., Vahtera, J., & Keltikangas-Järvinen, L. (2003). Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(10), 779-783.
- Knafelz, K.A., Breitmayer, B.J.(1989). Triangulation in qualitative research: issues of conceptual clarity and purpose. In Morse JM (ed.): *Qualitative Nursing Research*. Aspen, Rockville, Maryland, 209-220.
- Koinis, A., Velonakis, E., Tzavella, F., Tziaferi, S.(2018).“ Group experiential intervention in Greek health professionals for the confrontation of mobbing”. *BMJ Journals, Occupational & Environment Medicine*, 75(2).
- Koinis, A., Velonakis, E., Tzavella, F., Tzavara, C., Tziaferi, S.(2019).“ Psychometric properties of the workplace psychologically violent behaviors-WPVB instrument. Translation and Validation in Greek Health Professionals.” *AIMS Public Health*, 6(1): 79–95.
- Kostev, K., Rex, J., Waehlert, L., Hog, D., & Heilmaier, C. (2014). Risk of psychiatric and neurological diseases in patients with workplace mobbing experience in Germany: a retrospective database analysis. *German Medical Science: GMS e-journal*, 12, Doc10.
- Koukia, E., Mangoulia, P., Gonis, N., Katostaras, T. (2013). Violence against health care staff by patient’s visitor in general hospital in Greece:Possible causes and economic crisis. *Open Journal of Nursing*, 3(08), 21.
- Kreiner, B., Sulyok, C., & Rothenhäusler, H. B. (2008). Does mobbing cause posttraumatic stress disorder? Impact of coping and personality. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, 22(2), 112-123.
- Kunecka, D., Kamińska, M., & Karakiewicz, B. (2008). A range of mobbing among female and male nurses employed in the Szczecin hospitals. *Medycyna Pracy*, 59(3), 223-228.
- Kwok, R. P. W., Law, Y. K., Li, K. E., Ng, Y. C., Cheung, M. H., Fung, V. K. P., & Leung, W. C. (2006). Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 12(1), 6-9.
- Lambert, E. G., & Hogan, N. L. (2010). Work–family conflict and job burnout among correctional staff. *Psychological Reports*, 106(1), 19-26.

- Lazar, I., Osoian, C., & Ratiu, P. (2010). The role of work-life balance practices in order to improve organizational performance. *European Research Studies*, 13(1), 201-214.
- Leather, P. (2001). Workplace violence: Scope, definition and global context. In C. Cooper (Ed.), *Violence in the health sector* (pp. 35-48). Geneva: International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization and Public Services International.
- Lee, H., Hwang, S., Kim, J., & Daly, B. (2004). Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 632-641.
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2003). *Work Organization and Stress. Protecting Workers' Health Series, No. 3*. WHO Library Cataloguing.
- Lester, S. (1999). Technology's effect on work-life balance. *Journal of European Industrial Training*, 23(7), 141-147.
- Lewis, D., & Gunn, R. O. D. (2007). Workplace bullying in the public sector: Understanding the racial dimension. *Public Administration*, 85(3), 641-665.
- Lewis, D., Sheehan, M., & Davies, C. (2008). Uncovering workplace bullying. *Journal of Workplace rights*, 13(3), 281-301.
- Lewis, S. E. (2006). Recognition of workplace bullying: A qualitative study of women targets in the public sector. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16(2), 119-135.
- Lewis, S. E., & Orford, J. (2005). Women's experiences of workplace bullying: Changes in social relationships. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 15(1), 29-47.
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims*, 5, 119-126.
- Leymann, H. (1993). *Mobbing*. Rowohlt Taschenbush Verlag.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organisational Psychology*, 5(2), 165-184.
- Leymann, H., & Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 251-275.
- Li, Z., Yan, C. M., Shi, L., Mu, H. T., Li, X., Li, A. Q., ... & Mu, Y. (2017). Workplace violence against medical staff of Chinese children's hospitals: A cross-sectional study. *PloS One*, 12(6), e0179373.
- Lind, K., Glasø, L., Pallesen, S., & Einarsen, S. (2009). Personality profiles among targets and nontargets of workplace bullying. *European Psychologist*, 14(3), 231-237.

- Lutgen-Sandvik, P. (2003). The communicative cycle of employee emotional abuse: Generation and regeneration of workplace mistreatment. *Management Communication Quarterly*, 16(4), 471-501.
- Lutgen-Sandvik, P., Tracy, S. J., & Alberts, J. K. (2007). Burned by bullying in the American workplace: Prevalence, perception, degree and impact. *Journal of Management Studies*, 44(6), 837-862.
- MacIntosh, J., Wuest, J., Gray, M. M., & Cronkhite, M. (2010). Workplace bullying in health care affects the meaning of work. *Qualitative Health Research*, 20(8), 1128-1141.
- Malik, O. F., Sattar, A., Shahzad, A., & Faiz, R. (2017). Personal Bullying and Nurses' Turnover Intentions in Pakistan: A Mixed Methods Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 1, 21.
- Malik, S., & Farooqi, Y. N. (2011). Workplace harassment and posttraumatic stress symptoms among Pakistani female doctors and nurses. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 3(6), 56.
- Malik, S., & Farooqi, Y. N. (2014). General and sexual harassment as predictors of posttraumatic stress symptoms among female health professionals. *World Journal of Medical Sciences*, 10(1), 43-49.
- Malinauskiene, V., & Einarsen, S. (2014). Workplace bullying and post-traumatic stress symptoms among family physicians in Lithuania: an occupation and region specific approach. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 27(6), 919-932.
- Mantzouranis, G., Fafliora, E., Bampalis, V. G., & Christopoulou, I. (2015). Assessment and analysis of workplace violence in a Greek tertiary hospital. *Archives of Environmental & Occupational Health*, 70(5), 256-264.
- Maraolo, A. E., Ong, D. S. Y., Cortez, J., Dedić, K., Dušek, D., Martin-Quiros, A., ... & Sanguinetti, M. (2017). Personal life and working conditions of trainees and young specialists in clinical microbiology and infectious diseases in Europe: a questionnaire survey. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 36(7), 1287-1295.
- Mathisen, G. E., Einarsen, S., & Mykletun, R. (2008). The occurrences and correlates of bullying and harassment in the restaurant sector. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(1), 59-68.
- Matthiesen, S. B., & Einarsen, S. (2004). Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(3), 335-356.
- Matthiesen, S. B., Raknes, B. I., & Rokkum, O. (1989). Bullying at work. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 26, 761-774.

- McAvoy, B. R., & Murtagh, J. (2003). Workplace bullying: The silent epidemic. *BMJ: British Medical Journal: International Edition*, 326(7393), 776-776.
- McCall, W.V. (1975). Quality of life. *Social Indicators Research*, 2, 229-248
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60(2), 175-215.
- McGhee, P., & Miell, D. (1998). Relationships, social networks and social interaction: an exploration in diary methodologies. In G. M. Breakwell, (Ed.), *Doing social psychology* (pp. 37-90). John Wiley & Sons.
- McGills Hall, L.(2005). *Quality work environments for nurse and patient safety*. Toronto: Jones & Batlett Publishers.
- McKenna, B. G., Smith, N. A., Poole, S. J., & Coverdale, J. H. (2003). Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 90-96.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1), 32-38.
- Meschkutat, B., Stackelbeck, M., & Langenhoff, G. (2002). Der Mobbing-Report. Sozialforschungsstelle, Dortmund. Available at: <http://www.sfsmobbingreport.de/mobbing1024/kurz.pdf> (Accessed at: 10/08/2014).
- Meseguer de Pedro, M., Soler Sánchez, M. I., García-Izquierdo, M., Sáez Navarro, M. C., Sánchez Meca, J. (2007). Psychosocial risk factors at work as predictors of mobbing, *Psicothema*, 19(2), 225-230.
- Mikkelsen, G. E., & Einarsen, S. (2002a). Relationships between exposure to bullying at work and psychological and psychosomatic health complaints: The role of state negative affectivity and generalized self-efficacy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(5), 397-405.
- Mikkelsen, G. E., & Einarsen, S. (2002b). Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11(1), 87-111.
- Mistry, M., Mistry, J. L. M., & Lato, J. (2009). Bullying: a growing workplace menace. *British Journal of Medical Practitioners*, 2(1), 23-29.
- Moayed, F. A., Daraiseh, N., Shell, R., & Salem, S. (2006). Workplace bullying: a systematic review of risk factors and outcomes. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 7(3), 311-327.
- Monaco, E., Bianco, G., Di Simone Di Giuseppe, B., & Prestigiaco, C. (2004). Emergent pathology in occupational medicine: the mobbing. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 26(1), 28-32.

- Mueller, R. (2000). *Basic principles of structural equation modeling*. New York, USA: Springer.
- Muldoon, M. F., Barger, S. D., Flory, J. D., & Manuck, S. B. (1998). What are quality of life measurements measuring?. *BMJ: British Medical Journal*, *316*(7130), 542-545.
- Murrell, S. A., & Norris, F. H. (1983). Quality of life as the criterion for need assessment and community psychology. *Journal of Community Psychology*, *11*(2), 88-97.
- Najafi, F., Fallahi-Khoshknab, M., Ahmadi, F., Dalvandi, A., & Rahgozar, M. (2018). Antecedents and consequences of workplace violence against nurses: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, *27*(1-2), 116-128.
- Namie, G. (2003). Workplace bullying: Escalated incivility. *Ivey Business Journal*, *68*(2), 1-6.
- Namie, G., & Namie, R. (2009). Us Workplace Bullying: Some basic considerations and consultation interventions. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, *61*(3), 202-219.
- Namie, G., & Namie, R. (2009). *Bully at work: What you can do to stop the hurt and reclaim your dignity on the job*. Sourcebooks, Inc..
- Needham, A. W. (2003). *Workplace bullying: The costly business secret*. Auckland: Penguin Books.
- Neuman, J. H., & Baron, R. A. (1998). Workplace violence and workplace aggression: Evidence concerning specific forms, potential causes, and preferred targets. *Journal of Management*, *24*(3), 391-419.
- Niedhammer, I., Chastang, J. F., & David, S. (2007). Importance of psychosocial work factors on general health outcomes in the national French SUMER survey. *Occupational Medicine*, *58*(1), 15-24.
- Niedhammer, I., Chastang, J. F., David, S., & Kelleher, C. (2008a). The contribution of occupational factors to social inequalities in health: findings from the national French SUMER survey. *Social Science & Medicine*, *67*(11), 1870-1881.
- Niedhammer, I., Chastang, J. F., Levy, D., David, S., Degioanni, S., & Theorell, T. (2008b). Study of the validity of a job-exposure matrix for psychosocial work factors: results from the national French SUMER survey. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *82*(1), 87-97.
- Niedhammer, I., David, S., & Degioanni, S. (2006). La version française du questionnaire de Leymann sur la violence psychologique au travail: le «Leymann Inventory of Psychological Terror»(LIPT). *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, *54*(3), 245-262.

- Niedl, K. (1996). Mobbing and well-being: Economic and personnel development implications. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 239-249.
- Nielsen, M. B., & Einarsen, S. (2012). Outcomes of exposure to workplace bullying: A meta-analytic review. *Work & Stress*, 26(4), 309-332.
- Nielsen, M. B., Hetland, J., Matthiesen, S. B., & Einarsen, S. (2012). Longitudinal relationships between workplace bullying and psychological distress. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 38(1), 38-46.
- Nielsen, M. B., Matthiesen, S. B., & Einarsen, S. (2010). The impact of methodological moderators on prevalence rates of workplace bullying. A meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(4), 955-979.
- Nielsen, M. B., Skogstad, A., Matthiesen, S. B., Glasø, L., Aasland, M. S., Notelaers, G., & Einarsen, S. (2009). Prevalence of workplace bullying in Norway: Comparisons across time and estimation methods. *European journal of Work and Organizational Psychology*, 18(1), 81-101.
- Nielsen H.B. et al. (2016). Type 1 diabetes, quality of life, occupational status and education level-A comparative population-based study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 121,62-68.
- Nolfe, G., Petrella, C., Blasi, F., Zontini, G., & Nolfi, G. (2007). Psychopathological dimensions of harassment in the workplace (mobbing). *International Journal of Mental Health*, 36(4), 67-85.
- Noon, M. (2007). The fatal flaws of diversity and the business case for ethnic minorities. *Work, Employment and Society*, 21(4), 773-784.
- Omar, Z., Mokhtar, M., & Hamzah, S. R. A. (2015). Prevalence of workplace bully in selected public service agency in Malaysia: do destructive leadership behaviour matters?. *International Journal of Education and Training (InJET)*, 1(1), 1-9.
- O'Moore, M., Seigne, E., McGuire, L., & Smith, M. (1998). Victims of bullying at work in Ireland. *Journal of Occupational Health and Safety Australia and New Zealand*, 14, 569-574.
- Ortega, A., Høgh, A., Pejtersen, J. H., & Olsen, O. (2009). Prevalence of workplace bullying and risk groups: a representative population study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82(3), 417-426.
- Oulton, J. A. (2006). The global nursing shortage: an overview of issues and actions. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 7(3 suppl.), 34-39.
- Paananen, T., & Vartia, M. (1991). Henkinen väkivalta työpaikoilla. Kysely- ja haastattelututkimus valtion työtterveyshuollossa ja työtterveyshuollon auttamiskeinot. (Bullying at work. A survey among government employees and the methods of occupational health practitioners to help victims of bullying).

Helsinki: Työterveyslaitos. (Mental Violence in Workplaces: A Questionnaire and Interview Study of State Occupational Health and its Means of Assistance.) Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.)

- Pai, H. C., & Lee, S. (2011). Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9-10), 1405-1412.
- Paice, E., Aitken, M., Houghton, A., & Firth-Cozens, J. (2004). Bullying among doctors in training: cross sectional questionnaire survey. *BMJ*, 329(7467), 658-659.
- Paoli, P., & Merllié, D. (2005). *Ten years of working conditions in the European Union*. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Parasuraman, S., & Greenhaus, J. H. (2002). Toward reducing some critical gaps in work–family research. *Human Resource Management Review*, 12(3), 299-312.
- Park, M., Cho, S. H., & Hong, H. J. (2015). Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(1), 87-95.
- Patton, D. U., Hong, J. S., Patel, S., & Kral, M. J. (2017). A systematic review of research strategies used in qualitative studies on school bullying and victimization. *Trauma, Violence, & Abuse*, 18(1), 3-16.
- Picakciefé, M., Acar, G., Colak, Z., & Kilic, I. (2015). The relationship between sociodemographic characteristics, work conditions, and level of “Mobbing” of health workers in primary health care. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(3), 373-398.
- Pinar, T., Acikel, C., Pinar, G., Karabulut, E., Saygun, M., Bariskin, E., Guidotti, T.L., Akdur, R., Sabuncu, H., Bodur, S., Eqri, M., Bakir, B., Acikgoz, E.M., Atceken, I., Cengiz, M. (2015). Workplace violence in the health sector in Turkey: a national study. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(15), 2345-2365.
- Pinkos, E. (2012). Workplace Bullying: A Global Health and Safety Issue July 2012 Available at: <http://ilera2012.wharton.upenn.edu/refereedpapers/cobbellen.pdf>. Accessedat: 16/10/2017.
- Pittella, G. (2000). Ανάλυση και πρόληψη του “mobbing” στην Ευρώπη, Γραπτή Ερώτηση E-0523/00, υποβολή προς την Επιτροπή, EEC 330E,180 -181. Availableat: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:92000E0523:EL:NO> (Accessedat: 10/1/2014).
- Pompili, M., Lester, D., Innamorati, M., De Pisa, E., Iliceto, P., Puccinno, M., & Girardi, P. (2008). Suicide risk and exposure to mobbing. *Work*, 31(2), 237-243.

- Powell, L. (2011). Bullying among doctors. *BMJ Careers*, Published 16 April. Available at: http://careers.bmj.com/careers/advice/Bullying_among_doctors (Accessed at: 22/10/2017).
- Pranjić, N., Maleš-Bilić, L., Beganlić, A., & Mustajbegović, J. (2006). Mobbing, stress, and work ability index among physicians in Bosnia and Herzegovina: survey study. *Croatian Medical Journal*, 47(5), 750-758.
- Quine, L. (2002). Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. *BMJ*, 324(7342), 878-879.
- Randall, P. (2003). *Adult bullying: Perpetrators and victims*. London: Routledge.
- Rayner, C., Hoel, H., & Cooper, C. L. (2002). *Workplace Bullying. What We Know, Who Is to Blame, and What Can We Do?* London: Taylor & Francis.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2008). Guideline Methodology Report. Toronto. 2006. Available at: <http://www.rnao.org/researchunit/> (Accessed at: 20/07/2018).
- Redfern, S.J., & Norman, I.J. (1994). Validity through triangulation. *Nurse Researcher*, 2 (2), 41-56.
- Richardson, D. A., Becker, M., Frank, R. R., & Sokol, R. J. (1997). Assessing medical students' perceptions of mistreatment in their second and third years. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 72(8), 728-730.
- Rivers, I. (1999). The psycho-social correlates and long-term implications of bullying at school for gay, lesbian and bi-sexual adults. Unpublished PhD Thesis, University of Surrey Roehampton.
- Robbins, S. P., Judge, T. A., Vohra, N. (2011). *Organizational behavior* (14th ed.). UP, India; Pearson Education, Inc.
- Roberts, S. J., Demarco, R., & Griffin, M. (2009). The effect of oppressed group behaviours on the culture of the nursing workplace: a review of the evidence and interventions for change. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 288-293.
- Robinson, N. (1999). The use of focus group methodology—with selected examples from sexual health research. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 905-913.
- Robson, C. (2002). *Real World Research, Second Edition*. Oxford: Blackwell.
- Rogers, K. A., & Kelloway, E. K. (1997). Violence at Work: Personal and Organizational Outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2(1), 63-71.
- Rokeach, J. (1973). *The Nature of Human values*. New York, NY: Free Press/Macmillan.

- Rossi, M., & D'Andrea, R. (2001). Mobbing: a problem in occupational health. *Recenti Progressi in Medicina*, 92(1), 49-51.
- Rowell, P. A. (2005). Being a “target” at work: Or William Tell and how the apple felt. *Journal of Nursing Administration*, 35(9), 377-379.
- Roy, T., Lloyd, CE. (2012). Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. *J Affect Disord*, 142(Suppl), S8–S21.
- Royal College of Nursing. *Working well*. Available at: <http://www.rcn.org.uk/news/pdfs/1778/workingwell.pdf> (Accessed: 28/10/2017).
- Russo, A., Milić, R., Knežević, B., Mulić, R., & Mustajbegović, J. (2008). Harassment in workplace among school teachers: Development of a survey. *Croatian Medical Journal*, 49(4), 545-552.
- Sa, L., & Fleming, M. (2008). Bullying, burnout, and mental health amongst Portuguese nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(4), 411-426.
- Saam, N. J. (2010). Interventions in workplace bullying: A multilevel approach. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 19(1), 51-75.
- Sacco, W. P., & Dunn, V. K. (1990). Effect of actor depression on observer attributions: existence and impact of negative attributions toward the depressed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 517-524.
- Sacco, W. P., Dumont, C. P., & Dow, M. G. (1993). Attributional, perceptual, and affective responses to depressed and nondepressed marital partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 1076-1082.
- Sahin, B., Cetin, M., & Cimen, M. (2012). Assessment of Turkish junior male physicians' exposure to mobbing behavior. *Croatian Medical Journal*, 53(4), 357-366.
- Sahraian, A., Hemyari, C., Ayatollahi, M., & Zomorodian, K. (2016). Workplace violence against medical students in Shiraz, Iran. *Shiraz E Medical Journal*, 17(4/5), e35754. doi: 10.17795/semj35754.
- Salin, D. (2001). Prevalence and forms of bullying among business professionals: A comparison of two different strategies for measuring bullying. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), 425-441.
- Salin, D. (2003). Bullying and organisational politics in competitive and rapidly changing work environments. *International Journal of Management and Decision Making*, 4(1), 35-46.
- Salin, D. (2008). Organisational responses to workplace harassment: An exploratory study. *Personnel Review*, 38(1), 26-44.

- Schat, A. C., & Kelloway, E. K. (2000). Effects of perceived control on the outcomes of workplace aggression and violence. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*(3), 386-402.
- Schat, A. C., & Kelloway, E. K. (2003). Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: The buffering effects of organizational support. *Journal of Occupational Health Psychology, 8*(2), 110-122.
- Schuster, B. (1996). Rejection, exclusion, and harassment at work and in schools. *European Psychologist, 1*(4), 293-317.
- Schweitzer, B. (1994). Stress and burnout in junior doctors. *South African Medical Journal, 84*(6), 352-354.
- Schwickerath, J. (2001). Mobbing in the workplace. Current concepts of theory, diagnosis and behavioral therapy. *Psychotherapeut, 46*(3), 199-213.
- Scialpi, D. (1999). *Violencias en la administracion publica, Casos y Miradas para pensar la administracion Publica como ambito laboral*. BuenosAires: Catalogos.
- Scott, J., Blanshard, C., & Child, S. (2008). Workplace bullying of junior doctors: cross-sectional questionnaire survey. *The New Zealand Medical Journal (Online), 121*(1282), 10-15.
- Serafeimidou, A., & Dimou, M. (2016). Workplace bullying with special emphasis in the Greek public sector– A review article in 11th MIBES Conference. Heraklion, Crete, Greece, 22-24June 2016, pp. 454-473. Available at: <http://mibes.teilar.gr/proceedings/2016/Serafeimidou-Dimou.pdf> (Accessed at: 31/07/2018).
- Shallcross, L., Sheehan, M., & Ramsay, S. (2008). Workplace mobbing: Experiences in the public sector. *Workplace Mobbing: Experiences in the Public Sector, 13*(2), 56-70.
- Shinn, M., Wong, N. W., Simko, P. A., & Ortiz-Torres, B. (1989). Promoting the well-being of working parents: Coping, social support, and flexible job schedules. *American Journal of Community Psychology, 17*(1), 31-55.
- Simons, S. (2008). Workplace bullying experienced by Massachusetts registered nurses and the relationship to intention to leave the organization. *Advances in Nursing Science, 31*(2), E48-E59.
- Sisawo, E. J., Ouédraogo, S. Y. Y. A., & Huang, S. L. (2017). Workplace violence against nurses in the Gambia: mixed methods design. *BMC Health Services Research, 17*(1), 311.
- Skarbek, A. J., Johnson, S., & Dawson, C. M. (2015). A phenomenological study of nurse manager interventions related to workplace bullying. *Journal of Nursing Administration, 45*(10), 492-497.

- Smetzer, J. L., & Cohen, M. R. (2005). Intimidation: practitioners speak up about this unresolved problem. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 31(10), 594-599.
- Smith, H.W. (1991). Triangulation: the necessity for multimethod approaches. In *Strategies for Social Research*, 3rd edition.
- Smith, P. K., Kwak, K., & Toda, Y. (Eds.). (2016). *School bullying in different cultures*. Cambridge University Press.
- Soin, D. (2011). Stress, well-being and work/life balance among full-time and part-time working women. *Global Journal of Business Management*, 5(2), 9-15.
- Spector, P. E., Allen, T. D., Poelmans, S. A., Lapierre, L. M., Cooper, C. L., O'Driscoll, M., ... & Brough, P. (2007). Cross-national differences in relationships of work demands, job satisfaction and turnover intentions with work-family conflict. *Personnel Psychology*, 60(4), 805.
- Spector, P. E., Dwyer, D. J., & Jex, S. M. (1988). Relation of job stressors to affective, health, and performance outcomes: a comparison of multiple data sources. *Journal of Applied Psychology*, 73(1), 11-19.
- Sperry, L., & Duffy, M. (2009). Workplace mobbing: Family dynamics and therapeutic considerations. *The American Journal of Family Therapy*, 37(5), 433-442.
- Stanley, K. M., Martin, M. M., Michel, Y., Welton, J. M., & Nemeth, L. S. (2007). Examining lateral violence in the nursing workforce. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(11), 1247-1265.
- Stebbing, J., Mandalia, S., Portsmouth, S., Leonard, P., Crane, J., Bower, M., & Quine, L. (2004). A questionnaire survey of stress and bullying in doctors undertaking research. *Postgraduate Medical Journal*, 80(940), 93-96.
- Stewart, V., David, W., Shamdasanni, N., & Prem, N. (1990). *Focus group: Therapy and practice*. Newbury Park: Sage Publications.
- Strandmark, K. M., & Hallberg, L. R. M. (2007). The origin of workplace bullying: experiences from the perspective of bully victims in the public service sector. *Journal of Nursing Management*, 15(3), 332-341.
- Sturges, J., & Guest, D. (2004). Working to live or living to work? Work/life balance early in the career. *Human Resource Management Journal*, 14(4), 5-20.
- Sun, P., Zhang, X., Sun, Y., Ma, H., Jiao, M., Xing, K., Kang, Z., Ning, N., Fu, Y., Wu, Q., Yin, M. (2017). Workplace violence against health care workers in North Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(1), 96.

- Talas, M. S., Kocaöz, S., & Akgüç, S. (2011). A survey of violence against staff working in the emergency department in Ankara, Turkey. *Asian Nursing Research*, 5(4), 197-203.
- Tausig, M., & Fenwick, R. (2001). Unbinding time: Alternate work schedules and work-life balance. *Journal of Family and Economic Issues*, 22(2), 101-119.
- Taylor, R. A., & Taylor, S. S. (2017). Enactors of horizontal violence: The pathological bully, the self-justified bully and the unprofessional co-worker. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 3111-3118.
- Theofilou, P. (2012). Assessing social support in Greek patients on maintenance hemodialysis; Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *IJKD*, 6(2).
- Theofilou, P. (2011). Translation and cultural adaptation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) for Greece. *Health Psychology Research*.
- Tempelaar, R., De Haes, J. C., De Ruiter, J. H., Bakker, D., Van den Heuvel, W. J. A., & Van Nieuwenhuijzen, M. G. (1989). The social experiences of cancer patients under treatment: A comparative study. *Social Science & Medicine*, 29(5), 635-642.
- Terzioglu, F., Temel, S., & Uslu Sahan, F. (2016). Factors affecting performance and productivity of nurses: Professional attitude, organisational justice, organisational culture and mobbing. *Journal of Nursing Management*, 24(6), 735-744.
- THE WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.
- Thompson, B. M., Kirk, A., & Brown, D. F. (2005). Work based support, emotional exhaustion, and spillover of work stress to the family environment: A study of policewomen. *Stress and Health*, 21(3), 199-207.
- Topa, G., & Moriano, J. A. (2013). Stress and nurses' horizontal mobbing: Moderating effects of group identity and group support. *Nursing Outlook*, 61(3), e25-e31.
- Torrance, G. W. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life. *Journal of Chronic Diseases*, 40(6), 593-600.
- Trades Union Congress (TUC) (1998). The time of our lives: A TUC report on working hours and flexibility. London Available from: <https://www.tuc.org.uk/about-tuc/congress/congress-1998> (Accessed at: 15/10/2017)

- Tsuno, K., Kawakami, N., Inoue, A., & Abe, K. (2010). Measuring workplace bullying: reliability and validity of the Japanese version of the negative acts questionnaire. *Journal of Occupational Health, 52*(4), 216-226.
- Tyler, P. A., & Ellison, R. N. (1994). Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing. *Journal of Advanced Nursing, 19*(3), 469-476.
- Vagharseyyedin, S. A. (2016). Nurses' perspectives on workplace mistreatment: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences, 18*(1), 70-78.
- Vander Zee, K. I., Sanderman, R., Heyink, J. W., & de Haes, H. (1996). Psychometric qualities of the RAND 36-Item Health Survey 1.0: a multidimensional measure of general health status. *International Journal of Behavioral Medicine, 3*(2), 104-122.
- Vartia, M. (1996). The sources of bullying—psychological work environment and organizational climate. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 5*(2), 203-214.
- Vartia, M. A. (2001). Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 27*(1), 63-69.
- Vartia, M. A. (2003). Workplace bullying – a study on the work environment, well-being and health. Faculty of Arts, University of Helsinki, Helsinki. Available at: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/hum/psyko/vk/vartiavaananen/workplace.pdf> (Accessed at:10/11/2013).
- Vartia, M., & Leka, S.(2011). Interventions for the prevention and management of bullying at work. In S. Einarsen, H. Hoel, D., Zapf, & C.L. Cooper (Eds.), *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (pp. 359-379). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Vaughn, S., Schumm, J., & Sinagub, J. (1996). *Focus group interviews in education and psychology*. London, UK: Sage Publications Inc.
- Vega, G., & Comer, D. R. (2005). Sticks and stones may break your bones, but words can break your spirit: Bullying in the workplace. *Journal of Business Ethics, 58*(1-3), 101-109.
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(5), 730-742.
- Vessey, J. A., DeMarco, R. F., Gaffney, D. A., & Budin, W. C. (2009). Bullying of staff registered nurses in the workplace: a preliminary study for developing personal and organizational strategies for the transformation of hostile to healthy workplace environments. *Journal of Professional Nursing, 25*(5), 299-306.

- Vezyridis, P., Samoutis, A., & Mavrikiou, P. M. (2015). Workplace violence against clinicians in Cypriot emergency departments: a national questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing, 24*(9-10), 1210-1222.
- Vickers, M. H. (2010). Introduction—Bullying, Mobbing, and Violence in Public Service Workplaces: The Shifting Sands of "Acceptable" Violence. *Administrative Theory & Praxis, 32*(1), 7-24.
- Vliamos, S., Pavlakis, A., Prezerakos, P., Maniou, M., Flora, K., & Zyga, S. (2018). Workplace violence, anxiety and self-esteem in nursing staff of primary, emergency and intensive care units on the island of Crete. *American Research Journal of Nursing, 4*(1).
- Waller, A. D., & Ragsdell, G. (2012, March). The impact of e-mail on work-life balance. In *Aslib Proceedings* (Vol. 64, No. 2, pp. 154-177). Emerald Group Publishing Limited.
- Warner, M. A., & Hausdorf, P. A. (2009). The positive interaction of work and family roles: Using need theory to further understand the work-family interface. *Journal of Managerial Psychology, 24*(4), 372-385.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96*, 234-254.
- Wayne, J. H., Musisca, N., & Fleeson, W. (2004). Considering the role of personality in the work–family experience: Relationships of the big five to work–family conflict and facilitation. *Journal of Vocational Behavior, 64*(1), 108-130.
- Weiss, R. S. (1995). *Learning from strangers: The art and method of qualitative interview studies*. Simon and Schuster.
- Westhues, K. (2002). At the mercy of the MOB. *Occupational Health & Safety Canada, 18*(8), 30- 34.
- Weyers, S., Peter, R., Boggild, H., Jeppesen, H. J., & Siegrist, J. (2006). Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses: a test of the effort–reward imbalance model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 20*(1), 26-34.
- WHO. (2003). Occupational and Environmental Health Program, Raising awareness of psychological harassment at work. Protecting Worker's Health Series, No. 4. Geneva, Switzerland.
- Wilkinson, M. (2013). *Work life balance and psychological well-being in men and women* (Doctoral dissertation, Auburn University, Alabama).
- Wilson, C. B. (1991). U.S. businesses suffer from workplace trauma. *Personnel Journal, 70*, 47-50.

- Winstanley, S., & Whittington, R. (2002). Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: a cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. *Work & Stress, 16*(4), 302-315.
- Withey, M. J., & Cooper, W. H. (1989). Predicting exit, voice, loyalty, and neglect. *Administrative Science Quarterly, 34*, 521-539.
- Wrosch, C., & Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research, 12*(1), 59-72.
- Wu, S., Zhu, W., Li, H., Lin, S., Chai, W., & Wang, X. (2012). Workplace violence and influencing factors among medical professionals in China. *American Journal of Industrial Medicine, 55*(11), 1000-1008.
- Xianyu, Y., & Lambert, V. A. (2006). Investigation of the relationships among workplace stressors, ways of coping, and the mental health of Chinese head nurses. *Nursing & Health Sciences, 8*(3), 147-155.
- Xing, K., Jiao, M., Ma, H., Qiao, H., Hao, Y., Li, Y., & Wu, Q. (2015). Physical violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: a cross-sectional survey. *PLoS One, 10*(11), e0142954.
- Yamada, D. C. (2000). The phenomenon of "workplace bullying" and the need for status-blind hostile work environment protection. *Georgetown Law Journal, 88*(3), 475-537.
- Yamada, D. C. (2008). *Workplace Bullying and Ethical Leadership. Legal Studies Research Paper Series*. Boston, Massachusetts: Suffolk University Law School.
- Yavuzer, Y., & Civilidag, A. (2014). Mediator role of depression on the relationship between mobbing and life satisfaction of health professionals. *Dusunen Adam, 27*(2), 115-125.
- Yfantopoulos, J. (2001a). The 'Social Quality of Life. *Archives of Hellenic Medicine, 18*, 108-113.
- Yfantopoulos, J. (2001b). Quality of Life and QALYs in the measurement of health. *Archives of Hellenic Medicine, 18*, 114-130.
- Yfantopoulos, J. (2001c). Health-Related Quality of Life. *Archives of Hellenic Medicine, 18*, 131-146.
- Yildirim, A., & Yildirim, D. (2007). Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *Journal of Clinical Nursing, 16*(8), 1444-1453.
- Yildirim, A., & Yildirim, D. (2010). Mobbing behaviors encountered by health science faculties staff and their responses to them. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 30*(2), 559-570.
- Yildirim, D. (2009). Bullying among nurses and its effects. *International Nursing Review, 56*(4), 504-511.

- Yin, R. K. (2017). *Case study research and applications: Design and methods*. London, UK: Sage publications.
- Zachariadou, T., Zannetos, S., Chira, S. E., Gregoriou, S., & Pavlakis, A. (2018). Prevalence and Forms of Workplace Bullying Among Health-care Professionals in Cyprus: Greek Version of “Leymann Inventory of Psychological Terror” Instrument. *Safety and Health at Work*, 9(3), 339-346.
- Zapf, D. (1999). Organisational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20(1/2), 70-85.
- Zapf, D., & Bühler, K. (1998). *Exclusion and stigmatisation at work*. Department Of Psychology, JW Goethe-University Frankfurt.
- Zapf, D., & Einarsen, S. (2001). Bullying in the workplace: Recent trends in research and practice—An introduction. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), 369-373.
- Zapf, D., & Einarsen, S. (2003). Individual antecedents of bullying: Victims and perpetrators. In: S. Einarsen, H. Hoel, & C. Cooper (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice* (pp. 165-184). London: Taylor & Francis.
- Zapf, D., & Gross, C. (2001). Conflict escalation and coping with workplace bullying: A replication and extension. *European Journal of Workplace and Organizational Psychology*, 10(4), 497-522.
- Zapf, D., Einarsen, S. (2005). Mobbing at work: Escalated conflicts in organizations. In S. Fox & P. E. Spector (Eds.), *Counterproductive work behaviour: Investigations of actors and targets* (pp. 237-270). Washington, DC: American Psychological Association.
- Zapf, D., Einarsen, S., Hoel, H., & Vartia, M. (2003). Empirical findings on bullying in the workplace. In: S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf D, & C. Cooper (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice* (pp. 104-126). New York, NY: Taylor&Francis
- Zapf, D., Knorz, C., & Kulla, M. (1996). On the relationship between mobbing factors, and job content, social work environment, and health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 215-237.
- Zautra, A., & Goodhart, D. (1979). Quality of life indicators: A review of the literature. *Community Mental Health Reveiw*, 4(1), 1-14.
- Zhang, L., Wang, A., Xie, X., Zhou, Y., Li, J., Yang, L., & Zhang, J. (2017). Workplace violence against nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 72, 8-14.

ΜΕΡΟΣ Γ΄

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΙΤΛΟΥ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: ΑΔΕΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΓΙΑ
ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV: ΑΔΕΙΕΣ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΑΠΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ 1ΗΣ ΔΥΠΕ & 6ΗΣ ΥΠΕ**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V: ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΑΡΘΡΩΝ ΣΕ
ΔΙΕΘΝΗ & ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ
ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ (ΠΑΡΑΘΕΣΗ 1ης & 2ης
ΣΕΛΙΔΑΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΩΝ ΑΡΘΡΩΝ)**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI: ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ &
ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Ερωτηματολόγια και Έντυπα Συγκατάθεσης

Συγκατάθεση για συμμετοχή στην ερευνητική μελέτη εξέτασης

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Συγκατάθεση για την συμμετοχή σε ερευνητική μελέτη εξέτασης.
(Θέματα Δεοντολογίας στην Ψυχολογική Αξιολόγηση)

Εγώ, δίνω οικειοθελώς τη συγκατάθεσή μου προκειμένου να συμμετάσχω στην ερευνητική μελέτη εξέτασης που διεξάγεται από τον κ. Κοϊνη Αριστοτέλη-Κλινικό Ψυχολόγο Υποψήφιο Διδάκτορα Τμήματος Νοσηλευτικής του ΠαΠελ.

Είχα σαφή και πλήρη εξήγηση της φύσης και του σκοπού της εξέτασης και του συγκεκριμένου λόγου για τον οποίο εξετάζομαι. Έχω επίσης ενημερωθεί σχετικά με τα είδη των δοκιμασιών και των άλλων μέσων αξιολόγησης που θα εφαρμοστούν και σχετικά με το πώς θα χρησιμοποιηθούν τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από την εξέτασή μου.

Καταλαβαίνω ότι μπορεί να μην είναι δυνατόν στον εξεταστή να μου εξηγήσει όλες τις πτυχές της εξέτασης μέχρι αυτή να ολοκληρωθεί. Γνωρίζω ότι έχω το δικαίωμα να διακόψω τη συμμετοχή μου στην εξέταση οποτεδήποτε και χωρίς κυρώσεις. Γνωρίζω επιπλέον ότι θα ενημερωθώ για τα αποτελέσματα, καθώς και ότι τα αποτελέσματα δεν θα γνωστοποιηθούν σε άλλον χωρίς την άδειά μου.

Ημερομηνία:

Υπογραφή Εξεταστή:

Έντυπο Συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα με τίτλο «**Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων**»

Όνομα ερευνητή: Αριστοτέλης Κοΐνης, Ph.D©

Το έντυπο που κρατάς στα χέρια σου αποτελείται από δύο μέρη:

- Το πρώτο μέρος έχει πληροφορίες σχετικά με την έρευνα.
- Το δεύτερο μέρος είναι εκείνο στο οποίο δηλώνεις την συγκατάθεσή σου για συμμετοχή στην έρευνα (σε περίπτωση που αποφασίσεις ότι θέλεις να συμμετάσχεις)

Μέρος Πρώτο: Πληροφορίες σχετικά με την έρευνα

Εισαγωγή: Αυτή την περίοδο, διεξάγω έρευνα για την επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων. Μέρος της έρευνας αποτελείται από ημι-δομημένες συνεντεύξεις με χρήση μαγνητοφώνου σε επαγγελματίες υγείας σχετικά με την ενημέρωσή τους, ευαισθητοποίησή τους και την ανάλυση της έννοιας της ηθικής παρενόχλησης. Ακολουθούν μια σειρά από πληροφορίες για την συγκεκριμένη έρευνα. Θα ήθελα να σε καλέσω να τις μελετήσεις προσεκτικά και να αποφασίσεις εάν θέλεις να συμμετάσχεις σε αυτή. Εάν έχεις οποιαδήποτε απορία, παρακαλώ μην διστάσεις να με ρωτήσεις [Κινητό: 6987228274 | Email: telis_psy@hotmail.com].

Σκοπός της έρευνας: Ένας σημαντικός αριθμός επαγγελματιών υγείας, πέφτουν κάθε χρόνο θύματα βίας και ηθικής παρενόχλησης, στο επαγγελματικό τους χώρο (Νοσοκομεία), ενώ προσπαθούν να κάνουν την δουλειά τους. Στα πλαίσια εκπόνησης της Διδακτορικής μου Διατριβής στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τμήμα Νοσηλευτικής, θέλουμε να σχεδιάσουμε μέτρα και ενέργειες αντιμετώπισης αυτού του σοβαρού προβλήματος. Ωστόσο, οι γνώσεις που έχουμε για το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης είναι πολύ λιγότερες από αυτές που χρειαζόμαστε. Η βοήθεια, λοιπόν, επαγγελματιών υγείας που έχουν υποστεί κάποια στιγμή στην καριέρα τους στο χώρο εργασίας τους ηθική παρενόχληση είναι πολύτιμη καθώς η εμπειρία τους θα προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες για την ανάπτυξη μεθόδων και πρακτικών πρόληψης και αντιμετώπισης της ηθικής παρενόχλησης. Θα μας βοηθήσει, για παράδειγμα, να κατανοήσουμε καλύτερα τις συνθήκες κάτω από τις οποίες η ηθική παρενόχληση επιδρά στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας

Τύπος Έρευνας: Προκειμένου να μελετήσουμε σε βάθος το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης των επαγγελματιών υγείας, έχουμε σχεδιάσει μια ποιοτική έρευνα με την χρήση ημι-δομημένων συνεντεύξεων.

Επιλογή Συμμετεχόντων: Οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα πρέπει να είναι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε Δημόσιο Νοσοκομείο. Το δείγμα θα αποτελέσουν N=12 Επαγγελματίες Υγείας (4 ιατροί, 4 νοσηλευτές και 4 διοικητικοί υπάλληλοι) που θα δείξουν ενδιαφέρον στη συμμετοχή του προγράμματος παρέμβασης.

Εθελοντική Συμμετοχή: Η συμμετοχή σου στην παρούσα έρευνα είναι εντελώς εθελοντική. Με άλλα λόγια είναι δική σου επιλογή εάν θέλεις να συμμετάσχεις ή όχι στην παρούσα έρευνα. Επίσης, πρέπει να γνωρίζεις ότι εάν αποφασίσεις να συμμετάσχεις μπορείς να άρεις την συμμετοχή σου ανά πάσα στιγμή το θελήσεις.

Εμπιστευτικότητα και Ανωνυμία: Οι πληροφορίες που θα δώσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και κανένας άλλος εκτός του κύριου ερευνητή δεν θα έχει πρόσβαση

σε αυτές. Η συνέντευξη ως μέρος της ποιοτικής έρευνας θα μαγνητοφωνηθεί . Προσωπικά στοιχεία σου (όπως για παράδειγμα το όνομά σου) δεν θα συλλέγονται κατά την διάρκεια της συνέντευξης.

Οφέλη: Δεν θα υπάρξουν προσωπικά οφέλη από την συμμετοχή σου σε αυτή την έρευνα. Ωστόσο, η συμμετοχή σου θα προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες για την ανάπτυξη μεθόδων και πρακτικών πρόβλεψης, πρόληψης και αντιμετώπισης της ηθικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας σου στο νοσοκομείο.

Κίνητρα για συμμετοχή: Δεν προβλέπονται οικονομικά ή άλλα κίνητρα για την συμμετοχή σου στην έρευνα.

Διάχυση αποτελεσμάτων έρευνας: Μόλις ολοκληρωθεί η έρευνα, θα γίνουν δημοσιεύσεις σε διεθνή συνέδρια και επιστημονικά περιοδικά. Επαναλαμβάνουμε ότι προσωπικά στοιχεία σου δεν θα συλλεγούν κατά την διάρκεια της παρέμβασης. Εάν κάποιο απόσπασμα από τις απαντήσεις σου χρησιμοποιηθεί στο κείμενο δημοσίευσης αυτό θα γίνει ανώνυμα.

Δικαίωμα άρνησης ή ανάκλησης συμμετοχής: Η συμμετοχή σου στην παρούσα έρευνα είναι εντελώς εθελοντική. Μπορείς να άρεις την συμμετοχή σου στην έρευνα ανά πάσα στιγμή τη θελήσεις (κατά τη διάρκεια της παρέμβασης)

Μέρος Δεύτερο: Δήλωση συγκατάθεσης για την συμμετοχή σου στην έρευνα

Έχω μελετήσει τις παραπάνω πληροφορίες σχετικά με την έρευνα

- Είχα την ευκαιρία να κάνω όποιες ερωτήσεις θέλησα σχετικές με την συγκεκριμένη μελέτη και έλαβα ικανοποιητικές απαντήσεις από τον κύριο ερευνητή.

- Κατανώ ότι αποσπάσματα από τις απαντήσεις μου στην έρευνα μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε μελλοντικές δημοσιεύσεις.

Όλα τα αποσπάσματα θα είναι ανώνυμα.

- Με πλήρη γνώση όλων των παραπάνω, συναινώ εκούσια να συμμετάσχω στην έρευνα.

Υπογραφή Συμμετέχοντα:

Ημερομηνία:

Δήλωση του Ερευνητή:

- Έχω διαβάσει με ακρίβεια τις πληροφορίες του «Εντύπου Συγκατάθεσης» στον συμμετέχοντα επαγγελματία υγείας και, στο μέγιστο των δυνατοτήτων μου, μπορώ να βεβαιώσω ότι ο συμμετέχων τις έχει κατανοήσει επαρκώς.

- Βεβαιώνω ότι δόθηκε η ευκαιρία στον συμμετέχοντα επαγγελματία υγείας, να υποβάλλει ερωτήσεις σχετικά με τη μελέτη που διεξάγω και ότι όλα τα ερωτήματα που έθεσε έχουν απαντηθεί σωστά στο μέγιστο των δυνατοτήτων μου.

Επιβεβαιώνω ότι ο συμμετέχων δεν έχει εξαναγκαστεί να δώσει τη συγκατάθεσή του και ότι η συγκατάθεση έχει δοθεί ελεύθερα και εθελοντικά.

- Επιβεβαιώνω ότι ένα υπογεγραμμένο αντίτυπο του εντύπου συγκατάθεσης έχει δοθεί στον συμμετέχοντα.

Όνομα Ερευνητή:

Υπογραφή Ερευνητή:

Ημερομηνία:

A ΜΕΡΟΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΤΟΠΟΣ ΛΗΨΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ:

ΔΙΑΡΚΕΙΑ:

ΜΕΣΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ:

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

**B ΜΕΡΟΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΙΑΖΟΜΕΝΩΝ (ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΤΥΠΟΥ)**

ΗΛΙΚΙΑ:

ΦΥΛΟ:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ:

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ WHOQOL-BREF

Συγκατατίθεται για την ανώνυμη χρησιμοποίηση των στοιχείων που εμπεριέχονται στο ερωτηματολόγιο.

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΑΤΟΜΙΚΑ –ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Ημέρα __ Μήνας __ Χρόνος__

Σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα παρακάτω στοιχεία. Σημειώστε την απάντηση στο τετράγωνο που βρίσκεται αριστερά από κάθε απάντηση.

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Ποιο το έτος γέννησής σας;

.....

Τι εκπαίδευση έχετε;

<input type="checkbox"/>	Τάξεις δημοτικού	<input type="checkbox"/>	ΤΕΙ
<input type="checkbox"/>	Δημοτικό	<input type="checkbox"/>	ΑΕΙ
<input type="checkbox"/>	Γυμνάσιο	<input type="checkbox"/>	Μεταπτυχιακές Σπουδές
<input type="checkbox"/>	Λύκειο (ή Εξατάξιο Γυμνάσιο)	<input type="checkbox"/>	Διδακτορικό
<input type="checkbox"/>	ΤΕΕ ή ΙΕΚ	<input type="checkbox"/>	

Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

	Άγαμος-η		Έγγαμος-η
	Σε διάσταση		Διαζευγμένος-η
	Χήρος-α		

Έχετε παιδιά; Ναι Όχι

Αν ναι, πόσα;

Ζείτε: Μόνος Με άλλους

Ποιο είναι το επάγγελμά σας;

Ιατρός → Διευθυντής/τρια → Επιμελητής Α' –Β' → Ειδικευόμενος

Νοσηλεύτης/τρια Π.Ε. Τ.Ε. Δ.Ε. Υ.Ε.

Διοικητικός

Τεχνικό Προσωπικό

Άλλο και αν τι.....

Εργάζεστε:

	Με πλήρη απασχόληση		Οικιακά
	Με μερική απασχόληση		Συνταξιούχος
	Μαθητής, σπουδαστής, φοιτητής		Εκτός εργασίας

Σε ποια περιοχή κατοικείτε;

.....

Πόσο καλή είναι η υγεία σας;

Πολύ κακή Κακή Ούτε κακή, ούτε καλή Καλή Πολύ καλή

Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα;

Ναι Όχι

Αν ναι, σημειώστε ποιο από τα ακόλουθα προβλήματα υγείας αντιμετωπίζετε.

(Μπορείτε να σημειώσετε παραπάνω από ένα)

Καρδιολογικά προβλήματα	Υπέρταση
Αρθρίτιδα ή ρευματισμοί	Καρκίνος
Εμφύσημα ή χρόνια βρογχίτιδα	Διαβήτης
Καταρράκτης	Εγκεφαλικό επεισόδιο
Κάταγμα ή ράγισμα οστού	Χρόνια ψυχικά προβλήματα
Προβλήματα στα κάτω άκρα	Αιμορραγία του ορθού εντέρου
Πάρκινσον	
Άλλο (Παρακαλούμε περιγράψτε)	
.....	

Ποιο από τα προβλήματα που αντιμετωπίζετε στην υγεία σας θεωρείτε ότι έχει τις πιο σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή σας; (περιγραφή του προβλήματος υγείας και των επιπτώσεων)

.....
.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνά το πώς **εσείς αξιολογείτε την ποιότητα της ζωής σας και την κατάσταση της υγείας σας**. Το περιεχόμενό του αναφέρεται σε σημαντικές διαστάσεις της ζωής, όπως π.χ. οι προσωπικές σχέσεις, η σωματική και ψυχική υγεία, η εργασία, το περιβάλλον κτλ., οι οποίες καθορίζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου.

Παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις**. Εάν δεν είστε σίγουρος-η για την απάντησή σας σε κάποια ερώτηση, μπορείτε **να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι σας αντιπροσωπεύει καλύτερα**. Πολλές φορές, η καταλληλότερη απάντηση είναι η πρώτη που σκεφτήκατε να δώσετε.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί, θα θέλαμε οι απαντήσεις που θα δώσετε σε κάθε ερώτηση να αναφέρονται στις **δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας.

Παράδειγμα ερώτησης:

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
1	Έχετε από τους άλλους τη συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	1	2	3	4	5

Για να απαντήσετε στην ερώτηση αυτή, παρακαλούμε να σημειώσετε **σε κύκλο** τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους **τις δύο τελευταίες εβδομάδες**. Για παράδειγμα, ας δούμε τα δύο άκρα της κλίμακας: Εάν κρίνετε ότι έχετε υποστήριξη σε **απόλυτα ικανοποιητικό βαθμό**, θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 5** που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Απόλυτα”**. Εάν εκτιμάτε ότι δεν έχετε σε **καθόλου ικανοποιητικό βαθμό** την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 1**, που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Καθόλου”**.

Παρακαλούμε να διαβάσετε τις δύο παρακάτω ερωτήσεις και να αξιολογήσετε το πώς νιώθετε γενικά για την **ποιότητα ζωής** σας και την **υγεία** σας. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντησή σας και σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
1	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό βιώνετε μια κατάσταση (π.χ. σωματικό πόνο). Παρακαλούμε οι απαντήσεις σας να αναφέρονται στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
3	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό χρειάζεστε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή; (πχ. φάρμακα, αιμοκάθαρση, κλπ.)	1	2	3	4	5
5	Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
7	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5
8	Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
9	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό έχετε την δυνατότητα ή ικανότητα να βιώνετε μια κατάσταση με το συγκεκριμένο τρόπο που περιγράφεται στην ερώτηση (π.χ. την δυνατότητα ή ικανότητα να βρείτε πληροφορίες σε ένα θέμα που σας ενδιαφέρει, όπως οι διακοπές, η εκπαίδευση, η υγεία, η εργασία κ.α.). Οι απαντήσεις σας χρειάζεται να αναφέρονται στις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
10	Σε ποιο βαθμό έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
11	Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα;	1	2	3	4	5
12	Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
13	Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
14	Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
15	Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με διάφορες πλευρές της ζωής σας τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Πολύ δυσ- ρεστημένος/ η	Δυσρε- στημένος/ η	Ούτε δυσρεστη- μένος/η ούτε ικανοποιη- μένος/η	Ικανοποι- ημένος/η	Πολύ ικανο- ποιημένος/η
16	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
17	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
18	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
19	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
20	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
21	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5
22	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
23	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5
24	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
25	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει πόσο συχνά νιώθετε ορισμένα συναισθήματα τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
26	Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με συγκεκριμένες πλευρές της ζωής σας(π.χ, διατροφή, συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι, κτλ) κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
N1	Πόσο καλή και σωστή θεωρείτε ότι είναι η διατροφή σας;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
N2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τους κοινωνικούς ρόλους που έχετε αναλάβει και τις δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει στον κοινωνικό τομέα;	1	2	3	4	5
N3	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;	1	2	3	4	5
N4	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (δηλ. κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και προσδοκίες σας)	1	2	3	4	5

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

Πληροφορίες για το ερωτηματολόγιο: Πρόγραμμα Ποιότητας Ζωής-Αιγινήτειο Νοσοκομείο,

τηλ. 210-7289121, e-mail: margkok@med.uoa.gr

Copy rights: M. Ginieri-Coccosis et al 2008.

Β΄ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΒΙΑΙΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ – (WPVB)

Psychological Violent Behaviour Instrument

Ζητήθηκε από επαγγελματίες υγείας να σημειώσουν τη συχνότητα εντός των τελευταίων 12 μηνών που αντιμετώπισαν κάποιες από τις καταστάσεις ανταγωνιστικής και αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς που αναφέρονται στον κατάλογο, καθώς και να σημειώσουν από ποιον προήλθε η εν λόγω συμπεριφορά (προϊστάμενο, συνάδελφο, υφιστάμενο κ.ά.)

Τα άτομα που λαμβάνουν μία συνολική βαθμολογία δια του αριθμού των ερωτημάτων (συνολική βαθμολογία δια 33). Όσα άτομα σημειώσουν βαθμολογία από ένα και άνω θεωρείται ότι έχουν έλθει αντιμέτωπα με εκούσιες συμπεριφορές εργασιακού εκφοβισμού (mobbing).

Ποιος το έκανε;

Προϊστάμενος, Συνάδελφος,

Υφιστάμενος και Άλλος/η

Με ποια συχνότητα εκτίθεστε σε αυτή τη συμπεριφορά;

0 = Δεν έχω αντιμετωπίσει ποτέ, 1 =μία φορά, 2 = Ενίστε,

3 = Αρκετές φορές, 4 = Συχνά, 5 = Αντιμετωπίζω διαρκώς.

0-----1-----2-----3-----4-----5
ποτέ μία φορά ενίστε αρκετές φορές συχνά διαρκώς

	Συχνότητες
<p>Κάποιος μιλά για σένα ενόπιον άλλων με απαξιωτικό και υποτιμητικό τρόπο</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Λέγονται αναληθή πράγματα για σένα</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Συμπεριφέρονται με απαξιωτικό τρόπο σε σένα χρησιμοποιώντας τη γλώσσα του σώματος ενόπιον άλλων</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Υποννοούν ότι δεν είσαι καλά από ψυχολογικής πλευράς</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Σε υποχρεώνουν να κάνεις μία δουλειά που θα επηρεάσει αρνητικά την αυτοεκτίμησή σου</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Αμφισβητούν την τιμότητα και την αξιοπιστία σου</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Διασπείρουν φήμες για την ιδιωτική σου ζωή</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Σε απειλούν λεκτικά</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Αντιμετωπίζεις συμπεριφορές όπως χτύπημα χεριού στο τραπέζι</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5

<p>Πάντα αξιολογούν αρνητικά την επίδοσή σου</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>0-----1-----2-----3-----4-----5</p> <p>ποτέ μία φορά ενίοτε αρκετές φορές συχνά διαρκώς</p>	
<p>Σε κατηγορούν για πράγματα για τα οποία δεν είσαι υπεύθυνος</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Σε θεωρούν αποκλειστικά υπεύθυνο όταν μία εργασία που έγινε με άλλους έχει αρνητικά αποτελέσματα</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Πάντα ανακαλύπτουν λάθη στην δουλειά σου και στα αποτελέσματα της δουλειά σου</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Πάντα αμφισβητούν την επαγγελματική σου επάρκεια στη δουλειά σου</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Γράφονται άδικες αναφορές για εσένα</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Σε κάνουν να νιώθεις ότι εσύ και το έργο σου είστε υπό έλεγχο</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Δεν σου δίνουν την ευκαιρία να αποδείξεις την αξία σου</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5

<p>Οι αποφάσεις και οι συστάσεις σου επικρίνονται και απορρίπτονται</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Σου αφαιρούν καθήκοντα για τα οποία ήσουν υπεύθυνος και τα αναθέτουν σε άλλους με χαμηλότερη θέση</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Σε ελέγχουν άτομα ιεραρχικά κατώτερα</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Θεωρούν ότι το έργο που έχεις παραγάγει είναι άνευ αξίας και ασήμαντο</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Δεν σε πληροφορούν για κοινωνικές συγκεντρώσεις</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Δεν παίρνεις απάντηση όταν ζητάς συνάντηση και διάλογο</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Σου συμπεριφέρονται στη δουλειά σαν να είσαι αόρατος και ανύπαρκτος</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Συχνά σε διακόπτουν όταν μιλάς</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Δεν απαντούν στα e-mail που στέλνεις και στα τηλεφωνήματά σου</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5

<p>Αποτρέπουν ή απαγορεύουν σε συναδέλφους να σου μιλούν</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Όταν εισέρχεστε σε χώρο οικείο για εσάς, αφήνετε τον χώρο όπου βρίσκεστε</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Σε θεωρούν υπεύθυνο για εργασία πέρα των δυνατοτήτων σου</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Σε πιέζουν να παραιτηθείς ή να αλλάξεις χώρο εργασίας</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>0-----1-----2-----3-----4-----5</p> <p>ποτέ μία φορά ενίοτε αρκετές φορές συχνά διαρκώς</p>	
<p>Σου αποκρύπτουν πληροφορίες, έγγραφα και υλικό που χρειάζεσαι για την εργασία σου</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Προκαλούν ζημιές σε προσωπικά σου αντικείμενα</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5
<p>Άσκησαν σωματική βία εναντίον σου</p> <p><i>Ποιος το έκανε;</i></p> <p>() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....</p>	0 1 2 3 4 5

Γ΄ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

THE GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ)

David Goldberg

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (GHQ-28)

Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά τα παρακάτω: Θα θέλαμε να γνωρίζουμε αν είχατε κάποια ενοχλήματα και γενικά πώς ήταν η υγεία σας τις τελευταίες εβδομάδες.

Παρακαλούμε να απαντήσετε **ΟΛΕΣ** τις ερωτήσεις στις σελίδες που ακολουθούν υπογραμμίζοντας απλά την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα. **Προσέξτε:** Θέλουμε να ξέρουμε τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλήματά σας και όχι εκείνα που είχατε στο παρελθόν. Έχει σημασία να απαντήσετε σε **ΟΛΕΣ** τις ερωτήσεις! Ευχαριστούμε πολύ για την συνεργασία σας!

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ

A-1 Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής	Καλύτερα απ'ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα απ'ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα απ'ότι συνήθως
A-2 Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
A-3 Νιώθεις εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
A-4 Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
A-5 Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι	Μάλλον περισσότερο απ'ότι	Πολύ περισσότερο

		συνήθως	συνήθως	απ'ότι συνήθως
A-6 Νιώθεις σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
A-7 Έχεις περιόδους που να αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
B-1 Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
B-2 Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείς;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
B-3 Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
B-4 Είσαι οξύθυμος και αρπάζεσαι εύκολα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
B-5 Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
B-6 Αισθάνεσαι πως δεν αντέχεις άλλο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
B-7 Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός/η ή και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως

C-1 Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;	Περισσότερο απ'ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ'ότι συνήθως
C-2 Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;	Γρηγορότερα απ'ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
C-3 Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;	Καλύτερα απ'ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα απ'ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα

A

B

C

D

ΣΥΝΟΛΟ

Δ΄ ΜΕΡΟΣ

ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

MULTIDIMENSIONAL SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT

Απαγορεύεται η χρήση του ερωτηματολογίου χωρίς τη χορήγηση άδειας.

Μετάφραση - Πολιτισμική Προσαρμογή: Δρ. Παρασκευή Θεοφίλου

ΟΔΗΓΙΕΣ:

Ενδιαφερόμαστε για τις απόψεις σας σχετικά με τις παρακάτω προτάσεις. Διαβάστε την καθεμία πρόταση προσεκτικά. Σημειώστε πώς αισθάνεστε σχετικά με το περιεχόμενο της κάθε πρότασης.

Κυκλώστε τον αριθμό «1», αν **διαφωνείτε απόλυτα**

Κυκλώστε τον αριθμό «2», αν **διαφωνείτε πολύ**

Κυκλώστε τον αριθμό «3», αν **διαφωνείτε**

Κυκλώστε τον αριθμό «4», αν **είστε ουδέτερος/η**

Κυκλώστε τον αριθμό «5», αν **συμφωνείτε**

Κυκλώστε τον αριθμό «6», αν **συμφωνείτε πολύ**

Κυκλώστε τον αριθμό «7», αν **συμφωνείτε απόλυτα**

	Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ	Ουδέτερος/η	Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ
	Απόλυτα	Πολύ				Πολύ	Απόλυτα
• Υπάρχει ένας άνθρωπος κοντά μου όταν τον χρειάζομαι.	1	2	3	4	5	6	7
• Υπάρχει ένας άνθρωπος με τον οποίο μπορώ να μοιράζομαι χαρές και λύπες.	1	2	3	4	5	6	7
• Η οικογένειά μου προσπαθεί πραγματικά να με βοηθήσει.	1	2	3	4	5	6	7
• Παίρνω τη συναισθηματική βοήθεια και υποστήριξη που χρειάζομαι από την οικογένειά μου.	1	2	3	4	5	6	7
• Έχω έναν άνθρωπο ο οποίος είναι πραγματική πηγή ανακούφισης για μένα.	1	2	3	4	5	6	7
• Οι φίλοι μου προσπαθούν πραγματικά να με βοηθήσουν.	1	2	3	4	5	6	7
• Μπορώ να στηρίζομαι στους φίλους μου όταν τα πράγματα δεν πάνε καλά.	1	2	3	4	5	6	7
• Μπορώ να συζητώ τα προβλήματά μου με την οικογένειά μου.	1	2	3	4	5	6	7
• Έχω φίλους με τους οποίους μπορώ να μοιράζομαι χαρές και λύπες.	1	2	3	4	5	6	7
• Υπάρχει ένας άνθρωπος στη ζωή μου ο οποίος νοιάζεται για τα αισθήματά μου.	1	2	3	4	5	6	7
• Η οικογένειά μου είναι πρόθυμη να με βοηθήσει να παίρνω αποφάσεις.	1	2	3	4	5	6	7
• Μπορώ να συζητώ τα προβλήματά μου με τους φίλους μου.	1	2	3	4	5	6	7

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II: Τροποποίηση Τίτλου Εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής

Από:
 Ονοματεπώνυμο: Κόσμος Αριστοειδής
 Υποψ. Διδάκτωρ,
 Τμήμα Νοσηλευτικής
 Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης &
 Ποιότητας Ζωής
 & Ποιότητας Ζωής

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
 Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης &
 Ποιότητας Ζωής
 Τμήμα Νοσηλευτικής
 Γραμματεία
 Αριθμός Πρωτ. 2765
 Ημερομηνία 22/02/2015


Προς: ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ
 ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΑΙΤΗΜΑ

Θέμα: ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΙΤΛΟΥ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Παρακαλώ όπως γίνει αποδεκτό το αίτημά μου για τροποποίηση τίτλου της διδακτορικής μου διατριβής με θέμα:
 « Η επίδραση των φαινομένων mobbing (υβική παρενόχληση) στα ποσοτικά findings των σταθμεριακών υφίως, διεύθυνση και ιδιαιτεριών προσοφύων της υβς & GMP ΥΠΕ » , σε 2 θέματα με θέμα:
 « Η επίδραση των φαινομένων mobbing (υβική παρενόχληση) στα ποσοτικά findings των σταθμεριακών υφίως, « Ελληνικών νοσηλευτών » »

-Η-
 ΟΝΟΜΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
 ΔΙΝΟΥΣΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
 ΣΤΡΑΤΟΥ
 ΤΖΙΑΦΕΡΗ ΣΥΛΛΑΧΗ

-ο-
 ΥΠΟΥΣ ΔΙΔΑΚΤΩΡ

 ΚΟΣΜΟΣ ΑΡΙΣΤΟΕΙΔΗΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: Άδειες Χρήσης Ερωτηματολογίων για Εκπόνηση Διδακτορικής Διατριβής

RE: RE: άδεια χορήγησης για ερωτηματολόγιο

UEOFILOU ANASTASIOS <theofi@otenet.gr>
Κυρ 2/2/2014 4:34 μ.μ.

Αγαπητέ κ. Κοΐνη,

Σάς αναφέρω ότι εγκρίνω τη χρήση του ερωτηματολογίου MSPSS στα πλαίσια της διδακτορικής σας διατριβής. Αν χρειάζεστε κάποια επιστολή σχετικά με τη συγκεκριμένη έγκριση, ενημερώστε με.

Με εκτίμηση,
Δρ. Παρασκευή Θεοφίλου

Aristotelis Koinis <telis_psyc@hotmail.com> wrote:

> Θα μου αποστείλετε απάντηση σχετικά με την έγκριση? ευχαριστω εγώ πολύ.

> Κοΐνης Αριστοτέλης
> Ψυχολόγος MA,MSc
> Εξειδίκευση Κλινική Ψυχολογία
> Εξειδίκευση Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία
> Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας

>> Date: Sun, 2 Feb 2014 17:05:25 +0200

>> From: theofi@otenet.gr

>> To: telis_psyc@hotmail.com

>> Subject: RE: άδεια χορήγησης για ερωτηματολόγιο

>>

>> Να 'στε καλά. Ευχαριστώ. Είμαι στη διάθεσή σας για ο,τιδήποτε χρειαστείτε.

>>

>>

>> Aristotelis Koinis <telis_psyc@hotmail.com> wrote:

>>> κα. Θεοφίλου σας χαιρετώ. σας αποστέλλω την φόρμα για άδεια χορήγησης του ερωτηματολογίου σας. Με εκτίμηση

>>>

>>> Κοΐνης Αριστοτέλης

>>> Ψυχολόγος MA,MSc

>>> Εξειδίκευση Κλινική Ψυχολογία

>>> Εξειδίκευση Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία

>>> Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας

>>>

RE: Κοϊνης Αριστοτέλης Ψυχολόγος

UEOFILOY ANASTASIOS <theofi@otenet.gr>
Κυρ 1/6/2014 2:03 μ.μ.

MULTIDIMENSIONAL SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT.doc
43 KB

3 συνημμένα (2 MB)

Λήψη όλων

Αποθήκευση όλων στο OneDrive

Κε Κοϊνη,

Καλησπέρα. Σάς αποστέλλω τα δύο ερωτηματολόγια που ζητήσατε.
Ευχαριστώ

Aristotelis Koinis <telis_psy@hotmail.com> wrote:

> Κυρία Θεοφίλου ευχομαι να ειστε καλά. μήπως σας παρακαλώ μπορείτε να μου στείλετε
πάλι τα 2 ερωτηματολόγια το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (**General Health
Questionnaire-GHQ-28**) και το Ερωτηματολόγιο MSPSS (**Πολυδιάστατη Κλίμακα
Αντίληψης Κοινωνικής Υποστήριξης**) γιατί χάλασε ο υπολογιστής μου κ δεν τα έχω. Σας
ευχαριστώ θερμά. Μήπως έχετε νεότερα για την δημοσίευση? Καλό Σαββατοκύριακο.

Κοϊνης Αριστοτέλης

Ψυχολόγος MA,MSc

Εξειδίκευση Κλινική Ψυχολογία

Εξειδίκευση Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία

Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας

ΦΟΡΜΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ
MULTIDIMENSIONAL SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT (MSPSS)

Ατομικά στοιχεία ενδιαφερόμενου/ης:

Όνομα: **Αριστοτέλης**

Επώνυμο: **Κοΐνης**

Ιδιότητα: **Ψυχολόγος**

Τηλ. Επικοινωνίας: 6976856215

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε άδεια για τη χρησιμοποίηση του ερωτηματολογίου MULTIDIMENSIONAL SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT στα πλαίσια εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής.

Ο αιτών/Η αιτούσα

Ημερομηνία 03/02/2014

Κοΐνης Αριστοτέλης

Υπογραφή

Ονοματεπώνυμο

Κοΐνης Αριστοτέλης

From: telis_psync@hotmail.com
To: dilekyildirim2005@hotmail.com
Subject: ask for permission
Date: Fri, 20 Dec 2013 11:31:41 +0000

Dear professor, Dilek Yildirim, My name is Aristotle Koinis. I am Greek citizen. I am a clinical psychologist with MSc Degree and I worked at a General Hospital in Greece(Argolida). I am interested to do PhD at mobbing inhealthcare professionals here in Greece. My question to you, Professor Dilek, with all my respect, is if you have any specific questionnaire for mobbing or you had created one of your own which, i could use, if you give me the permission of course, to use for my research. I can't find the LIPT Questionnaire of Leymann, cause i can't find the e-mail of Pr. Leymann

I would be grateful if you could help me. Thank you very much for your time Sir.
Yours sincerely
Koinis Aristotelis
Cl.Psychologist MSc.
General Hospital of Argolida
Greece

SUBJECT: ASK FOR PERMISSION
dilek yildirim <dilekyildirim2005@hotmail.com>
Πεμ 26/12/2013 9:37 π.μ.

psychological violent behaviour instrument.doc
72 KB

scale manuscript.pdf
154 KB

academicians mobbing.pdf
229 KB

makale inr_745.pdf
148 KB

JCN makal...pdf
502 KB

Εμφάνιση και των 5 συνημμένων (1 MB)

Λήψη όλων
Αποθήκευση όλων στο OneDrive
Dear Aristotle Koinis,

I'm writing to let you know that I give permission to use our scale about on work place violence (mobbing) in your research(es). So I am sending our manuscripts and the scale as atached. By the way as I know that Mr Leymann passed away roughly fifteen years ago but his mobbing reseaches gave mighty knowledge to us.

If you have furter information please do not hesitate to contact with me.
Good luck and Happy new year

Assoc. Prof. Dilek (Ekici) YILDIRIM, PhD, RN
Gazi University, Health Science Faculty
Nursing Department
Besevler/Ankara/Turkey
Tel: +90 312 2162616
Fax: +90 312 2162636
Web: www.dilekekici.net

Doç. Dr. Dilek Ekici

HemÄYire insan gÄ¼cÄ¼ kaynaÄYÄ±nÄ±n yÄ¼nretiminde serviste Å§alÄ±ÅYan hemÄYirelerin iAY yÄ¼kÄ¼nÄ¼n Ä¼lÄ¼lmesi, hasta bakÄ±m gereksinimlerinin belirlenmesi, hasta sÄ±nÄ±flandÄ±rmasÄ±, hemÄYire insan gÄ¼cÄ¼ planlanmasÄ±, etkinlik ve verimliliÄYinin hesaplanmasÄ± gerekir.

www.dilekekici.net

Dear Koinis Aristotelis,

With this document I certified that the scale of psychological violent behaviors instrument which was developed and published at Journal of Clinical Nursing (2008) by Dilek Y and AytolanY is permitted to use in you research work and your publications as long as the related publication is cited.

We wish you success with your scientific work.

Sincerely yours,



Dilek Ekici YILDIRIM, PhD
Gazi University, Health Science Faculty
Nursing Department
Besevler/ Ankara/ Turkiye

Maria Kokkosi <margkok@med.uoa.gr>
Κυρ 14/9/2014 7:40 μ.μ.

Συμφωνητικό WHOQOL.pdf
117 KB

WHOQOL-BREF-Φόρμα χορήγησης.pdf
286 KB

Scoring WHOQOL-BREF with National items 2010.pdf
131 KB

Bibliography WHOQOL-BREF.pdf
98 KB

2012cocossisetal.pdf
277 KB

5 συνημμένα (909 KB)
Λήψη όλων
Αποθήκευση όλων στο OneDrive

Αριστοτέλη,

Χαίρομαι για τα νέα σου και για το θέμα της διατριβής σου. Σου στέλνω τα σχετικά αρχεία και το συμφωνητικό το οποίο όταν μπορέσεις ή το στέλνεις ή το φέρνεις στη γραμματεία του καθηγητή κου Παπαγεωργίου για να μου το δώσουν, Αν είμαι στο γραφείο θα χαρώ να σε δω.

Μαρία Κοκκώση
----- Original Message -----

From: Aristotelis Koinis

To: μαρια κοκκωση

Sent: Saturday, September 13, 2014 3:00 PM

Subject: ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

ΚΥΡΙΑ ΚΟΚΚΩΣΗ ΣΑΣ ΧΑΙΡΕΤΩ. ΕΥΧΟΜΑΙ ΝΑ ΕΙΣΤΕ ΚΑΛΑ. ΕΧΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΚΑΙΡΟ ΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΗΣΟΥΜΕ. ΕΙΜΑΙ Ο ΚΟΪΝΗΣ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΟΡΙΝΘΟ, ΟΠΟΥ ΗΣΑΣΤΑΝ ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΣΤΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ "ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ-ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ", ΤΟ 2010. ΘΑ ΗΘΕΛΑ ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΕΦΙΚΤΟ ΝΑ ΜΟΥ ΕΚΡΙΝΕΤΑΙ ΤΗΝ ΑΔΕΙΑ ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ, ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ, ΠΟΥ ΚΑΝΩ ΣΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗ ΣΠΑΡΤΗ, ΜΕ ΘΕΜΑ: «**Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων**».

ΠΕΡΙΜΕΝΩ ΝΕΑ ΣΑΣ. ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΑ ΑΡΚΕΤΕΣ ΦΟΡΕΣ ΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΗΣΩ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΩΣ(ΣΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΣΑΣ). ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΟΛΑ

τηλ. επικοινωνίας 699\87228274
mail: telis_psync@hotmail.com

Με εκτίμηση,

Κοΐνης Αριστοτέλης
Ψυχολόγος MA,MSc
Εξειδίκευση Κλινική Ψυχολογία
Εξειδίκευση Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία
Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας

Συμφωνητικό Συνεργασίας για τα Ερωτηματολόγια WHOQOL

Αυτό το συμφωνητικό υπογράφεται μεταξύ α) της Ψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών - Αιγινήτειο Νοσοκομείο (Βασιλίσσης Σοφίας 74, Αθήνα, Ελλάδα), η οποία εκπροσωπείται από τον Διευθυντή Καθηγητή Γ.Ν. Παπαδημητρίου και που θα αναφέρεται στους όρους του συμφωνητικού ως "Κλινική" και β) του/της

..... που θα αναφέρεται στους όρους του συμφωνητικού ως "Συνεργάτης".
Η Ψυχιατρική Κλινική έχει δημιουργήσει την ελληνική έκδοση των ερωτηματολογίων WHOQOL-100 και WHOQOL-BREF σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Το παρόν συμφωνητικό αποσκοπεί στην ενημέρωση και τη δέσμευση του/της Συνεργάτη/ιδος ώστε να διασφαλιστεί και να τηρηθεί το πλαίσιο των κανόνων που διέπουν τη συνεργασία του ΠΟΥ με την Κλινική και βασίζεται στους παρακάτω όρους:

1. Ο/Η Συνεργάτης συμφωνεί να μην συμπτώξει, συντομεύσει, μεταφράσει, προσαρμόσει ή αλλάξει τα εργαλεία WHOQOL-100 και WHOQOL-BREF με οποιοδήποτε τρόπο και γενικότερα να μην επιφέρει την παραμικρή μεταβολή στη διατύπωση, οργάνωση και διαδικασία χορήγησης τους. Εάν ο/η Συνεργάτης εκτιμά ότι κάποιες αλλαγές είναι απαραίτητες για την εργασία του/της, πρέπει να εξασφαλίσει τη σύμφωνη γνώμη της Κλινικής, πριν προβεί σε οποιαδήποτε αλλαγή.
2. Ο/Η Συνεργάτης συμφωνεί να μην αναπαραγάγει τα εργαλεία WHOQOL-100 και WHOQOL-BREF, πέραν του απαραίτητου αριθμού αντιτύπων που του/της είναι απαραίτητα για την εργασία του/της και να μην πωλήσει, δανείσει ή διαθέσει με οποιοδήποτε τρόπο αντίτυπα σε τρίτους. Επίσης, συμφωνεί πως δεν θα χρησιμοποιήσει τα ερωτηματολόγια WHOQOL παρά μόνο για τις εργασίες που έχει συμφωνήσει με την Κλινική. Εάν ο/η Συνεργάτης θελήσει να χρησιμοποιήσει τα ερωτηματολόγια WHOQOL για κάποια άλλη εργασία θα πρέπει να ενημερώσει την Κλινική.
3. Ο/Η Συνεργάτης συμφωνεί να προμηθεύσει την Κλινική με αντίγραφο των στοιχείων που έχει συλλέξει με τη χρήση των ερωτηματολογίων WHOQOL, αλλά και όποιων άλλων στοιχείων περιλαμβάνει η συμφωνία με την Κλινική, καθώς και την κωδικοποίησή τους. Επίσης, τα στοιχεία αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον ΠΟΥ, Γενεύη, και την Κλινική σε άλλες μελέτες και να δημοσιευθούν, υπο την προϋπόθεση ότι θα γίνεται αναφορά στον/ην Συνεργάτη.
4. Ο/Η Συνεργάτης είναι υπεύθυνος/η για τη δημοσίευση στοιχείων και πληροφοριών που αφορούν αποκλειστικά την δική του/της έρευνα και τις μεθόδους που έχει χρησιμοποιήσει. Δημοσιεύσεις, οι οποίες θα περιγράφουν τα αποτελέσματα στα οποία έχει καταλήξει ο/η Συνεργάτης θα έχουν το όνομα του/ης και θα περιλαμβάνουν βιβλιογραφική αναφορά στις δημοσιεύσεις που αφορούν την ελληνική έκδοση των WHOQOL εργαλείων, αλλά και ξεχωριστή αναφορά στον ΠΟΥ.
5. Στην περίπτωση που η Κλινική διακόψει την παρούσα συνεργασία, ο/η Συνεργάτης πρέπει να σταματήσει κάθε χρήση των εργαλείων WHOQOL, αν και η δέσμευση του/ης όσον αφορά αυτούς τους όρους, θα συνεχίσει να υφίσταται.
6. Το παρόν αποτελεί συμφωνητικό εθελοντικής συνεργασίας και όχι σύμβαση εργασίας ή έργου. Ο/Η Συνεργάτης έχει απόλυτη ευθύνη του τρόπου με τον οποίο θα εργαστεί και θα διασφαλίσει την εφαρμογή της ερευνητικής δεοντολογίας, συνεπώς αναλαμβάνει και την ευθύνη οποιαδήποτε σχετικού προβλήματος προκύψει.

7. Την αποκλειστική αρμοδιότητα της επικοινωνίας με τον ΠΟΥ θα έχει η Κλινική, το δε συντονισμό της παρούσας συνεργασίας αναλαμβάνει η Επικ.Καθηγήτρια Μ. Τζινιέρη-Κοκκόση, e-mail margkok@med.uoa.gr. Τηλ. 210-7289121

Οι συμβαλλόμενοι:

Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών
Καθηγητής Γ.Ν. Παπαδημητρίου

Ο/Η Συνεργάτης

Τίτλος: ΚΩΝΣΤΑΣ ΑΡ. ΥΠΟΨΗΦΙΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΑΣ
Φορέας: ΠΑΝ. ΣΠΑΡΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΨΟΧΙΑΤΡΙΚΗΣ
Διεύθυνση:


Ημερομηνία: 14.9.2014

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

ΘΕΜΑ :	Αδεια για έρευνα διαγνωστική	
Όργανο προς το οποίο Απευθύνεται :		
Υπηρεσία Υποβολής :	1 ^η ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ - Γ.Ν.Ν.Θ.Α. < Η ΣΩΤΗΡΙΑ >	
ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ :	30879	Ημ/νία καταχώρησης : 16-9-14

Ο Υπάλληλος
(υπογραφή)

[Signature]


 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
 ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ης} ΥΠΕ ΚΕΙΡΑΙΑ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΙΚΑΙΑΣ
 «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΙΜΩΝ»
 ΔΙΟΧΗ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ: 31298
 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: 26-7-2017

2/320776300

1^η Υ.Π.Ε. ΑΤΤΙΚΗΣ
 Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΗΜΑΤΑΣ"
 Αρ. Πρωτ.: 24495
 Αθήνα στις 16-9-2014

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ
 1^η Υ.Π.Ε. ΑΤΤΙΚΗΣ
 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
 "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"
 Αριθμ. Πρωτ.: 24312
 Ημερομηνία: 26-7-2017
 ΤΗΛ. 213 2041260 - 1180

1^η Υ.Π.Ε. ΑΤΤΙΚΗΣ - ΑΘΗΝΩΝ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

Αρ. Πρωτοκόλλου: 11720

Ημερομηνία: 26/7/2017

401 ΓΣΝΑ
 Χρονολ. Αρχειο: 26/7/17
 Αριθ. Πρωτοκόλλου: 13284
 Σημειώνω:

Προς ανάγνωση: Β.Σ.Ε.Π.Σ.Σ.Τ.Μ.Β.Ο.Υ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV: Άδειες Εκπόνησης της Έρευνας από Νοσοκομεία της 1^{ης} ΔΥΠΕ και της 6^{ης} ΥΠΕ

401 ΓΕΝΙΚΟ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ με αριθμό -11- 2017 της 06 Σεπ 2017

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του 401 ΓΣΝΑ, που συγκλήθηκε βάσει του Υπηρεσιακού σημειώματος Υπ' Αριθ. 293/401 ΓΣΝΑ/3^οΓρ/06 Σεπ 2017 συνήλθε σε συνεδρίαση στην «Αίθουσα Επιμελητών ΤΕΠ» του 401 ΓΣΝΑ, προκειμένου να γνωμοδοτήσει για τα θέματα της ημερήσιας διάταξης.

ΠΑΡΟΝΤΕΣ ΣΤΗ ΣΥΣΚΕΨΗ

- α. Ταξχος Καρλιαύτης Κων/νος , ως πρόεδρος
- β. Σχης (ΥΙ) Καλαφάτης Ευάγγελος ως τακτικό μέλος
- γ. Σχης (ΥΙ) Δημητρακόπουλος Γεώργιος, ως τακτικό μέλος
- δ. Σχης (ΥΙ) Καρνέσης Λάζαρος , ως τακτικό μέλος
- ε. Σχης (ΥΦ) Τσαρπαλής Κυριάκος, ως τακτικό μέλος
- στ. Σχης (ΥΝ) Τσίκνα Ελένη, ως τακτικό μέλος
- ζ. Ανχης (ΥΝ) Γιαννούζη Μαρία, ως Γραμματέας Επιστημονικού Συμβουλίου.

Αφού από κανένα μέλος δε διατυπώθηκε ένσταση ή αντίρρηση για την εισαγωγή των θεμάτων προς συζήτηση και γνωμοδότηση, ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου έδωσε το λόγο στους εισηγητές, οι οποίοι ανέπτυξαν τις εισηγήσεις τους.

Μετά την ολοκλήρωση κάθε εισήγησης, τα μέλη του Συμβουλίου υπέβαλαν ερωτήσεις στους εισηγητές, επί των σημείων που έκριναν ότι έρχονταν πρόσθετων εξηγήσεων και εξέτασαν τα σχετικά συνοδευτικά έγγραφα.

Κατόπιν λεπτομερούς εξέτασης όλων των στοιχείων και διαλογικής συζήτησης, με γνώμονα την ανάγκη για βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και κρίνοντας ότι εξασφαλίζονται τα συμφέροντα του δημοσίου, το Επιστημονικό Συμβούλιο **γνωμοδοτεί** ανά θέμα όπως παρακάτω:

ΘΕΜΑ 12^ο: Άδεια συλλογής δεδομένων για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής

Εισηγητής: Κοΐνης Αριστοτέλης- Ψυχολόγος MSc, Ph.D

Συζητήθηκε η υπ' αριθμ. πρωτ. 13294/26 Ιουλ 2017 Αίτηση του κ^{ου} Κοΐνης Αριστοτέλη, με την οποία αναφέρει ότι:

1. Στα πλαίσια του διδακτορικού του στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου της Σπάρτης, εκπονεί διδακτορική διατριβή με θέμα: « Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων».

2. Επιβλέπουσα καθηγήτρια είναι η κ^α Τζιαφέρη Στυλιανή, Επίκουρος Καθηγήτρια Κοινωνικής Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Σπάρτη.

3. Για την συλλογή των δεδομένων της διδακτορικής εργασίας, θα χρησιμοποιηθούν ανώνυμα ερωτηματολόγια που απευθύνονται σε εργαζόμενους υπηρεσιών υγείας συμπεριλαμβανομένου και του νοσοκομείου μας.

4. Επισημαίνεται ότι για την εν λόγω μελέτη δεν θα υπάρξει ουδεμία οικονομική επιβάρυνση για το νοσοκομείο και τους συμμετέχοντες. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και θα τηρηθεί εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν στην ακαδημαϊκή

κοινότητα για επιστημονικούς λόγους. Δεν θα γίνει αναφορά στους συμμετέχοντες σε οποιαδήποτε φάση της μελέτης ή της παρουσιάσής της.

5. Συνημμένα υποβάλλει το πρωτόκολλο μελέτης (σκοπός, μεθοδολογία, εργαλείο συλλογής δεδομένων, ερωτηματολόγιο, ηθικά θέματα, χρονοδιάγραμμα καθώς και την απόφαση της Γενικής Συνέλευσης της Κοσμητείας της Σχολής).

Γνωμοδότηση: Το Επιστημονικό Συμβούλιο εισηγείται θετικά ως προς την διανομή των ερωτηματολογίων της εν λόγω μελέτης από τον κ^ο Κοΐνη με επιστημονικά υπεύθυνο που θα οριστεί από το τμήμα Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής και αναμένει από τον ερευνητή την γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων της μελέτης, αναφορικά με το 401 ΓΣΝΑ.



Ακριβές Αντίγραφο

Ανχης (ΥΝ) Μαρία Γιαννούζη
Γρ. Επιστημονικού Συμβουλίου

Ταξχος Κων/νος Καρλιαύτης
Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
"ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ"
26504 ΡΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ
ΤΗΣ ΑΡ.4/28-1-2015 ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ
ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΟΥ Π.Γ.Ν.Π.

Στην Πάτρα σήμερα 28-1-2015, ημέρα Τετάρτη και ώρα 13:00 στην αίθουσα συνεδριάσεων του Δ.Σ. του Π.Γ.Ν. Πατρών συνήλθε σε τακτική συνεδρίαση το Δ.Σ. το οποίο συγκροτήθηκε και λειτουργεί, σύμφωνα με τις αριθμ. ΔΥ16/Γ.Π.31408/22.4.2014 (Φ.Ε.Κ 243/ΥΟΔΔ/5.5.2014) & ΔΥ16/Γ.Π.40759/19.5.2014 (Φ.Ε.Κ. 285/ΥΟΔΔ/23.5.2014) αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, Κατόπιν της αριθ. πρωτ. 1394/26-1-2015 πρόσκλησης του Προέδρου του Δ.Σ. προς τα τακτικά και αναπληρωματικά μέλη και εισηγητές, παρέστησαν οι :

1. ΜΠΟΝΑΝΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ
2. ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ	ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ
3. ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΑΓΓΕΛΟΣ	ΑΝΑΠΛ. ΜΕΛΟΣ Δ.Σ
4. ΓΟΥΜΕΝΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ Δ.Σ
5. ΛΑΖΑΡΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ Δ.Σ
6. ΠΥΡΡΙΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ Δ.Σ

Ως Γραμματέας του Δ.Σ. παρέστη η υπάλληλος Καλλιόπη Μακρή
Επίσης παρευρέθησαν, ο κος Σοφοκλής Γεωργακόπουλος Διοικητικός Διευθυντής, η κα Αναστασία Κυριαζή Υποδιευθύντρια Διοικητικού, η κα Παρασκευή Λόντου Υποδιευθύντρια Οικονομικού και η κα Όλγα Οικονόμου Προϊσταμένη Οικονομικού Τμήματος, για διευκρινήσεις επί θεμάτων της αρμοδιότητάς τους, μετά τη λήξη των οποίων αποχώρησαν, ενώ το Συμβούλιο συνέχισε με τα υπόλοιπα θέματά του.

Αφού διαπιστώθηκε απαρτία το Διοικητικό Συμβούλιο προχώρησε στη συζήτηση των θεμάτων της Ημερήσιας Διάταξης τα οποία καθορίστηκαν από την αριθμ. 4/28-1-2015 πρόσκληση του Προέδρου.

ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ

Θέμα 2^ο

Ο Πρόεδρος θέτει υπόψη των μελών του Δ.Σ το υπ' αριθμ. 1188/22-1-15 διαβιβαστικό έγγραφο του Επιστημονικού Συμβουλίου το οποίο έχει ως εξής:

Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην συνεδρίαση 26.11..2014 λαμβάνοντας υπ' όψιν την υπ. αρ. 111/8.10.14 απόφαση της Επιτροπής Έρευνας Ηθικής και Δεοντολογίας,

Στα πλαίσια του διδακτορικού του κ. Αρ. Κοΐνη στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου της Σπάρτης ο οποίος εκπονεί διδακτορική διατριβή με θέμα:

« Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων της 1^{ης} και 6^{ης} ΥΠΕ». Εγκρίνει την : << Άδεια συλλογής δεδομένων για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής».

Επιβλέπουσα καθηγήτρια είναι η κ.Τζαφέρη Στυλιανή, επίκουρος καθηγήτρια Κοινωνικής Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Σπάρτη.

Για τη συλλογή των δεδομένων της διδακτορικής εργασίας, θα χρησιμοποιηθούν ανώνυμα ερωτηματολόγια που απευθύνονται σε εργαζόμενους υπηρεσιών υγείας συμπεριλαμβανομένου και του νοσοκομείου μας.

Όπως επισημαίνει ο κ. Κοΐνης τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και θα τηρηθεί εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν στην ακαδημαϊκή κοινότητα για επιστημονικούς λόγους.

Συνημμένα

Σύντομο πρωτόκολλο της μελέτης (σκοπός, μεθοδολογία, εργαλείο συλλογής δεδομένων, ερωτηματολόγιο, ηθικά θέματα, χρονοδιάγραμμα καθώς και απόσπασμα πρακτικού τακτικής συνεδρίασης της Κοσμητείας της Σχολής).

Αναφέρεται ότι:

- Δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών καθώς η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί μέρος πτυχιακής εργασίας
- Η διεξαγωγή της μελέτης θα γίνει σύμφωνα με τους κανόνες της ορθής κλινικής πρακτικής (Good Clinical Practice).
- Το κέντρο διαθέτει την υλικοτεχνική υποδομή που προβλέπεται από το πρωτόκολλο της μελέτης ώστε να παρέχει τη δυνατότητα διεξαγωγής και ολοκλήρωσης της μελέτης εντός του προβλεπόμενου χρόνου.

Επιστημονικά Υπεύθυνος : Κοΐνης Αριστοτέλης-Ψυχολόγος- Υποψήφιος Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Πελοποννήσου –Σπάρτη-Τμήμα Νοσηλευτικής

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ

Το Δ.Σ αφού έλαβε υπόψη το ανωτέρω έγγραφο και μετά από διαλογική συζήτηση,

ΟΜΟΦΩΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

Εγκρίνει την διανομή ερωτηματολογίων για την συλλογή δεδομένων στα πλαίσια εκπόνησης διδακτορικής διατριβής με τίτλο, «**Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων της 1^{ης} και 6^{ης} ΥΠΕ**» του κ. Κοΐνη Ψυχολόγου –Υποψήφιου Διδάκτωρ στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου της Σπάρτης

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ

Η ΑΝΤΙΠΡΟΕΣΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ

ΤΑ ΜΕΛΗ

ΜΠΟΝΑΝΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ

ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΑΓΓΕΛΟΣ

ΓΟΥΜΕΝΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΛΑΖΑΡΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΥΡΠΙΡΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

Η ΑΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ Δ.Σ

ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΚΡΗ



Κ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η Υ.Π.Ε. ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝ. ΝΟΣ/ΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΑΘΗΝΩΝ
ΕΛΗΦΘΗ: 26-7-2017
ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚ.: 11790

26/9/17
ΕΣ

ΠΡΟΣ ΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΟΥ Γ.Ν.Α.Γ.

Προς Επισημάνει Διευθύνει
του Γ.Ν.Α.Γ.

ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο: Κοϊνις
Όνομα: Αριστείδης
Όνομα πατέρα: Παναγιώτης
Όνομα Συζύγου:
Επάγγελμα: Χημικός Φαρμάκων
Αθήνα: 26-7-2017

ΤΗΛ. 6987228274
e-mail: telis-psyc@hotmail.com

Παρακαλώ να γίνει αυθόρμητο
το αίτημα για για οδηγία
επιδημιολογική διερεύνηση για την
επιδημία διόξινωσης διατριβών
με δόξα κ. Η. επίδραση και συμπτώματα
πρόσφατα (inobblig) και
προϊόντα για την αναγνώριση της
διόξινωσης επιδημίας και αιτίων.

Σας ενημερώνουμε ότι:

1. Το πρωτόκολλο δεν περιλαμβάνει μη εγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση,
2. Το κόστος των αναλωσίμων υλικών και των αναλύσεων δεν θα βαρύνει το Νοσοκομείο Ασφαλιστικά Ταμεία των Ασθενών.
3. Η μελέτη γίνεται σύμφωνα με τις διακηρύξεις του Helsinki και θα υπόκειται στις διατάξεις της Ελληνικής Νομοθεσίας.

18/9/17
Σφραγίζεται
Α. Υ. Π. Ε. ΑΤΤΙΚΗΣ
Γ.Ν.Α. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ
ΚΟΣΚΙΝΑΣ Σ. ΙΩΑΝΝΗΣ
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ - ΗΠΑΤΟΛΟΓΟΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΠΑΝΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο. Απ. κ.
Κοϊνις Αριστείδης

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»



Λ. Μεσογείων 152, 11527

**ΤΜΗΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ &
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ΡΟΠΟΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΤΗΛ: 210 7770487, ΕΣΩΤ:3651
FAX: 210 7788055
E-mail:synekrp@sotiria.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. 824

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ 3-2-15

ΤΗΜ. 29-1-15

Αθήνα:
Αριθμ. Πρωτ.: 2198

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6^η Υ.ΠΕ. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ

Παραλήφθηκε στις 6-2-15

Αριθμ. Πρωτ. 994

ΠΡΟΣ: Τον [✓] κ. Κοϊνη Αριστοτέλη
Ψυχολόγο MSc

→ Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας
Υποψήφιο διδάκτορα
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
✚ Επιστημονικό Συμβούλιο
✚ Διευθύντρια Ιατρικής
Υπηρεσίας
✚ Προϊσταμένη Νοσηλευτικής
Διεύθυνσης

ΘΕΜΑ: «Έγκριση ερευνητικής εργασίας»

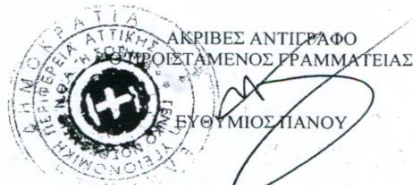
**ΣΧΕΤ: Το υπ` αριθμ. 33/11-12-14 (θέμα 6) απόσπασμα
πρακτικών του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου
μας**

Σας γνωρίζουμε ότι το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας (Συνεδρίαση 33/11-12-14, Θέμα 6) μετά από θετική εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας (υπ` αριθμ. πρωτ. 38960/20-11-14 έγγραφο Επιστημονικού Συμβουλίου) ενέκρινε την ερευνητική εργασία με τίτλο: «Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ MOBBING (ΗΘΙΚΗ ΠΑΡΕΝΟΧΛΗΣΗ) ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ της 1^{ης} και 6^{ης} ΥΠΕ», η οποία θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο εκπόνησης διδακτορικής διατριβής από εσάς, με την επίβλεψη της Καθηγήτριας κ. Τζιαφέρη Στυλιανής.

Καθ' όλη την διάρκεια της εργασίας θα διατηρηθούν η ανωνυμία, το απόρρητο η εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων, χωρίς να επιβαρυνθεί το Νοσοκομείο μας με οιονδήποτε τρόπο, δηλαδή χωρίς απασχόληση προσωπικού και χωρίς οικονομική επιβάρυνση.

Η ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΒΑΣΙΛΙΚΗ - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΓΚΟΓΚΟΖΩΤΟΥ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
Γ.Ν.Α. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
Λ.ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 154 11527
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ
Πληρ.: Εφ. Τόλη
Τηλ.: 2132032158

(2)

Αθήνα 25/11/14

Αρ. Πρωτ. 31444

ΠΡΟΣ

κ. Αριστοτέλη Κοΐνη
Δημ. Υψηλάντου 15, 21 200
Άργος

Θέμα: «Έγκριση διεξαγωγής έρευνας».

Σε απάντηση της 24495/16-9-2014 αιτήσεως σας, σας γνωρίζουμε ότι το Επιστημονικό Συμβούλιο στην αριθμ. 15^η/30-10-2014 τακτική συνεδρίαση του, ομόφωνα ενέκρινε στα πλαίσια της εκπόνησης της διδακτορικής σας διατριβής, την διεξαγωγή έρευνας με διανομή ερωτηματολογίου με τίτλο: «Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων της 1^{ης} και 6^{ης} Υ.ΠΕ.», στο Ιατρικό, Νοσηλευτικό και Διοικητικό Προσωπικό του Νοσοκομείου μας.

Με το εν λόγω θέμα είναι σύμφωνος ο κ. Δημοσθένης Τσοούτσος, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας, η Διευθύντρια της Διοικητικής Υπηρεσίας κ. Αργυρώ Παπαχρήστου και η Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, κ. Γιαννούλα Νταβώνη.

Επισημαίνεται, ότι θα τηρηθεί η εμπιστευτικότητα των δεδομένων, ότι δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο μας, και μετά το πέρας της διδακτορικής σας διατριβής, θα δοθεί αντίτυπο αυτής στη Βιβλιοθήκη του Νοσοκομείου μας.

Διευθύντρια Διοικητικής Υπηρεσίας
ΑΡΓΥΡΩ ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ

Κοινοποίηση:
Τμήμα Γραμματείας





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛ. ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

Ημερομηνία : 18/12/2014

Αρ. Πρ : Φ/Γ/2/ 14962

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Υποδιεύθυνση Διοικητικού, Τμήμα Γραμματείας
Πληροφορίες: Ε.Κωνσταντοπούλου Τηλ. 27310 93376, Φαξ 2731029068, ekonsta@hospspa.gr

ΠΡΟΣ: κ. Κοΐνη Αριστοτέλη,
Ψυχολόγο MSc, Γ.Ν. Αργολίδας,
Υποψήφιο Διδάκτορ Πανεπιστημίου
Πελοποννήσου (Τμήμα Νοσηλευτικής)

e-mail : telis-psyc@hotmail.com

ΘΕΜΑ : Έγκριση άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων.

ΣΧΕΤ: Η υπ' αρ. πρωτ.28269/12-12-2014 έγκριση της 6^{ης} Υ.ΠΕ.

Σας γνωρίζουμε ότι σύμφωνα με το ανωτέρω σχετικό εγκρίθηκε το αίτημά σας, για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στα πλαίσια εκπόνησης διδακτορικής διατριβής με θέμα : « Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στη ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, δημόσιων & ιδιωτικών Νοσοκομείων της 1^{ης} & 6^{ης} ΥΠΕ », με την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής & ερευνητικής δεοντολογίας.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ :

1. Διευθνή Ι.Υ
2. Διευθνή Δ.Υ
3. Διευθντρια Ν.Υ
4. Γραφείο Εκπαίδευσης

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Δ.Υ α.α

ΙΩΑΝ. ΠΑΝΤΑΖΟΠΟΥΛΟΣ

Επιστημονικό Συμβούλιο
Γ. Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ

Αριθ. Πρωτ. 31
Ημερομηνία 6/7/2015

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ

Το Ε.Σ. λαμβάνοντας υπ' όψη την αίτηση του κου Κοΐνη Αριστοτέλη για την άδεια εκπόνησης εργασίας – συλλογή δεδομένων

Ομόφωνα εγκρίνει

Την παραπάνω αίτηση που θα πραγματοποιηθεί στο Νοσοκομείο μας, με θέμα «Η επίδραση του φαινομένου Mobbing (Ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας δημοσίων ελληνικών νοσοκομείων» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Τμ. Νοσηλευτικής Παν. Σπάρτης.

Ο Πρόεδρος Ε.Σ.

ΣΤΟΚΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Για την ακρίβεια
Η Γραμματέας

B. Λιάκη



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η Υ.ΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝ.ΝΟΣ/ΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

Ε.Σ. 45/19-9-2017

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Ε.Η.Δ. 5^ο Έγκριση συλλογής δεδομένων στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής, στον Κλινικό Ψυχολόγο κ. ΚΟΪΝΗ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗ, με θέμα: “Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση), στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, δημόσιων Ελληνικών Νοσοκομείων”.

Μετά από τη θετική εισήγηση της Επιτροπής Έρευνας κ’
Πρωτοκόλλων, υπό την Προεδρία του Καθηγητή κ. Ιωάννη Κοσκίνα

Ο μ ό φ ω ν α ε γ κ ρ ί ν ε ι

Τη συλλογή δεδομένων στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής, στον Κλινικό Ψυχολόγο κ. ΚΟΪΝΗ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗ, με θέμα: “Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση), στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, δημόσιων Ελληνικών Νοσοκομείων”.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΠΑΥΛΟΣ ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ- ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ –
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ
Κορίνθου 191 – 21 200
Τηλ: 27510-24455
FAX: 27510-24644

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
Πληροφορίες :Γεώργιος Μαλλίρης
Τηλ: 2751064197

Αργος 3/11/2014

Αρ. Πρ.: 34εξερχ. ΕΣ

ΠΡΟΣ

ΚΟΙΝΗ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗ
Ψυχολόγο
Υποψήφιο Διδάκτωρα
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

ΘΕΜΑ : Άδεια συλλογής δεδομένων για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής

Σας ενημερώνουμε ότι;

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αποφάσισε να **εγκρίνει** την άδεια για συλλογή δεδομένων στο Νοσοκομείο μας, για τη διεξαγωγή πιλοτικής μελέτης στα πλαίσια εκπόνησης διδακτορικής διατριβής. Με θέμα « Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων της 1ης και 6^{ης} ΥΠΕ»

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΥΣ
Ν.Υ. ΑΙΜΦΘΑΔΟΣΙΑΣ
Γ. ΜΑΛΛΙΡΗΣ
ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Ε.Σ.Υ.

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΑΛΛΙΡΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6^η ΥΠΕΙΘΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ- ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ –
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ
Κορίνθου 191 – 21 200
Τηλ: 27510-24455
FAX: 27510-24644

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
Πληροφορίες :Γεώργιος Μαλλίρης
Τηλ: 2751064197
e-mail: epistimoniko@gna.gr

Άργος 29/5/2017

Αρ. Πρ.: 15 ελεγχ Ε.Ξ

ΠΡΟΣ

κ. Κοΐνη Αριστοτέλη

Θέμα: απάντηση σε αίτημα
Σχετ: το υπ'αρ.πρ.4363/10-5-2017 έγγραφο

Σε απάντηση του ανωτέρω, σας ενημερώνουμε ότι το Επιστημονικό Συμβούλιο εξέτασε το αίτημα σας για δημιουργία ομάδας (Νοσηλευτών-Ιατρών-Διοικητικών Υπαλλήλων) του Γ.Ν.Αργολίδας (12) συναντήσεων με θέμα «Ηθική παρενόχληση σε επαγγελματίες υγείας Δημοσίων Νοσοκομείων», στα πλαίσια εκπόνησης διδακτορικής διατριβής στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. Κατόπιν αυτού εγκρίνει το αίτημα σας, εφόσον τηρηθούν όλοι οι κανόνες δεοντολογίας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ
Ν.Υ./ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΜΑΛΛΙΡΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Ε.Ξ.Υ.

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΑΛΛΙΡΗΣ

ΔΙΟΙΚ. ΠΡΩΤ. Δ.Ε.Σ.
ΜΕΡΟΜ. 16-10-17

ANGELIKI
DRELIOZI Digitally
Date: 10
12/1/14

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Η Αριστοτέλη
Γραμ. Υγειονομ. Ε.Σ.
ΜΥ

ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΠΕΙΡΑΙΑ
Α.Δ.Ε.
ΑΡΑ
Αριθμός: 416/24
Ημερ. 17-10-17

Ορθή Επανάληψη

Πειραιάς, 12-10-2017
Αρ. Πρωτ.: ΔΑΔΔ49536

ΠΡΟΣ: Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»

ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας στον κ. Κοΐνη Αριστοτέλη για συλλογή δεδομένων.
Σχετ.: Το αριθμ. 38229/4-10-2017 έγγραφό σας.

Σε συνέχεια των ανωτέρω σχετικού και σύμφωνα με το υπ' αριθμ. Γ.ΕΚΕΠΥ/3871/9-11-2010 έγγραφο του Διοικητή Ε.Κ.Ε.Π.Υ., παρακαλούμε να διευκολύνετε τον κ. **Κοΐνη Αριστοτέλη**, στο πλαίσιο της εκπόνησης της διδακτορικής του διατριβή με θέμα: «*Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση)*».

Η προαναφερόμενη άδεια τελεί υπό τις προϋποθέσεις:

- Της τήρησης όλων των κανόνων δεοντολογίας.
- Τα στοιχεία που θα προκύψουν από τη συλλογή των δεδομένων θα είναι ανώνυμα.
- Να μην απασχοληθούν οι υπάλληλοι των Φορέων σας για μεγάλο χρονικό διάστημα, λόγω του φόρτου εργασίας και του περιορισμένου χρόνου τους.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΟΛΓΑ ΙΩΡΔΑΝΙΔΟΥ

Κοινοποίηση:
Ενδιαφερόμενη

Εσωτερική διανομή:
- Γρ. Διοικητή
- Γρ. Υποδιοικητών

Ταχυδρομική Διεύθυνση: Θηβόν 46-48, 185 43 Πειραιάς.
Τηλ.: 213-2004219, Fax: 210-4212180, Πληροφορίες: Α. Δρελιώζη
Ηλ. Δ/ση: daad@2dnype.gr



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
«Γ.Ν.Α.Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» Ν.Π.Δ.Δ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ-
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ: 20-12-2017
ΑΡΙΘΜ.ΠΡΩΤ. 336

Προς:
Τον κ.ΚΟΪΝΗ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗ
Ψυχολόγο

ΘΕΜΑ: Άδεια συλλογής δεδομένων.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην 11^η Τακτική Συνεδρίαση της 19-12-2017 συζήτησε το αίτημά σας για διεξαγωγή διδακτορικής διατριβής με θέμα: «**Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων**», σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στην Καρδιολογική Κλινική του Νοσοκομείου.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο εγκρίνει το αίτημά σας διότι υπάρχει η σύμφωνη γνώμη του Διευθυντή της Καρδιολογικής Κλινικής κ.Α.Σιδέρη, του Διευθυντή της Κλινικής Καρδίας – Θώρακος – Αγγείων κ.Π.Δεδεληιά, της Διευθύντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κ.Ε.Κεϊμαλή και δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου από τη διεξαγωγή της μελέτης.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο εγκρίνει το αίτημα με την προϋπόθεση ότι: Η απάντηση του ερωτηματολογίου βασίζεται στην εθελούσια πρωτοβουλία των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες δεν θα χρειαστεί να δώσουν τα προσωπικά τους στοιχεία, ούτε να απαντήσουν σε κάποια ερώτηση που θεωρούν ότι προδίδει την ταυτότητά τους. Μετά τη συμπλήρωση, το ερωτηματολόγιο θα τοποθετείται σε φάκελο που θα δίδεται μαζί με το ερωτηματολόγιο ο οποίος θα σφραγίζεται και θα δίδεται στη Γραμματεία του Τμήματος, ώστε να εξασφαλίζεται η εμπιστευτικότητα.

Ο Πρόεδρος του Ε.Σ

Γ.Ν.Α. Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ - ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ
ΣΥΝΤ. ΔΙΕΥΘ. Σ. ΤΣΑΓΚΑΡΑΚΗΣ
ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

Σ. ΤΣΑΓΚΑΡΑΚΗΣ

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V: Δημοσιεύσεις Επιστημονικών Άρθρων σε Διεθνή και
Ελληνικά Επιστημονικά Περιοδικά στο Πλαίσιο Εκπόνησης της
Διδακτορικής Διατριβής (Παράθεση 1^{ης} & 2^{ης} σελίδας των δημοσιευμένων
άρθρων)**



[Αρχική](#) > Το Φαινόμενο της Ηθικής Παρενόχλησης στον Τομέα της Υγείας στην Ελλάδα: Πιλοτική Μελέτη

Το Φαινόμενο της Ηθικής Παρενόχλησης στον Τομέα της Υγείας στην Ελλάδα:
Πιλοτική Μελέτη

[Αριστοτέλης Κοΐνης](#), [Βελονάκης Εμμανουήλ](#), [Φοτεινή Τζαβέλλα](#), [Τζιαφέρη Στυλλιανή](#)

Εισαγωγή: Το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης (mobbing), είναι ένα κοινωνικό πρόβλημα που πολλοί εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν στο εργασιακό τους περιβάλλον και επηρεάζει άμεσα τη ζωή τους, αφού δημιουργεί πλήθος ψυχολογικών και άλλων προβλημάτων υγείας. **Σκοπός:** Η καταγραφή της επίδρασης του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης (mobbing) σε επαγγελματίες υγείας σε δημόσιο ελληνικό νοσοκομείο. **Υλικό και Μέθοδος:** Στην πιλοτική μελέτη συμμετείχαν 40 επαγγελματίες υγείας ενός επαρχιακού γενικού νοσοκομείου, οι οποίοι συμπλήρωσαν τέσσερα ανώνυμα ερωτηματολόγια σε διάστημα ενός μήνα (Ιανουάριος του 2015). Συγκεκριμένα τα ερωτηματολόγια: Ποιότητας ζωής-(WHOQOL-BREF), Γενικής Υγείας-GHQ28 (General Health Questionnaire), Πολυδιάστατης Κλίμακας Αντίληψης Κοινωνικής Υποστήριξης MSPSS (Multidimensional Scale Concept Social Support) και το Ερωτηματολόγιο βίαιης ψυχολογικής συμπεριφοράς-WPVB (Workplace Psychologically Violent Behavior). **Αποτελέσματα:** Το 15,4% του δείγματος ήταν άνδρες, ενώ το 84,6% γυναίκες. Η μέση ηλικία ήταν τα 40 έτη. Το 53,3% του δείγματος ήταν νοσηλευτές, το 13,3% ιατροί, το 13,3% διοικητικοί υπάλληλοι και το 20,0% λοιπό προσωπικό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι επαγγελματίες υγείας, έχουν υποστεί ηθική παρενόχληση στον χώρο εργασίας τους από συναδέλφους ($p=0,02$), προϊστάμενους ($p=0,04$) και έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και υγείας τους ($p=0,015$) (άγχος, κατάθλιψη, μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα και σωματικά συμπτώματα). Το ερωτηματολόγιο WPVB (Workplace Psychologically Violent Behavior) βρέθηκε αξιόπιστο (δείκτης εσωτερικής συνοχής α του Cronbach: 0,92). Οι συντελεστές συσχέτισης των διαστάσεων του ερωτηματολογίου μέτρησης της βίαιης ψυχολογικής συμπεριφοράς με τις διαστάσεις συμπτωμάτων GHQ-28, με τις διαστάσεις ποιότητας ζωής WHOQOL-Bref και με τις διαστάσεις υποστήριξης (MSPSS) ήταν στις περισσότερες περιπτώσεις σημαντικοί υποδεικνύοντας καλή εγκυρότητα δομής. **Συμπεράσματα:** Αναδεικνύεται η ύπαρξη του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης σε ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο στους επαγγελματίες υγείας ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου, επιπέδου σπουδών που επηρεάζει αρνητικά τη ζωή τους. Απαιτείται περαιτέρω μελέτη του φαινομένου σε μεγαλύτερο δείγμα για γενίκευση των αποτελεσμάτων.

MOBBING AND ITS ASSOCIATION WITH QUALITY OF LIFE IN HEALTH PROFESSIONALS

Aristotelis Koinis^{1*}, Emmanouil Velonakis², Chara Tzavara³, Maria Kalafati², Styliani Tziaferi¹

¹ University of Peloponnese, Department of Nursing, Laboratory of Integrated Health Care – Sparta, Greece

² Faculty of Health Sciences, Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

³ Centre for Health Services Research, Department of Hygiene, Epidemiology and Medical Statistics, Athens, Greece

ABSTRACT: *Background and objectives: The impact of mobbing on the quality of life of Health Professionals (HP) has been studied to a limited extent in Greece. The purpose of this study is the effect of mobbing and the effect of demographic characteristics on the quality of life of health professionals. Materials and Methods: In the present cross-sectional study HP from 11 public Greek hospitals are involved. The sample was (N = 1536) HP, (A = 528) and (C = 1008), average age 39.2 years (SD = 10.3 years). A demographic data form and two tools were used anonymously, self-fulfilling. The World Health Organization questionnaire (WHOQOL-BREF) that measure the quality of life and the WPVB that measures violent psychological behaviour in workplaces. The two-sided level of statistical significance was set at 0.05, while the data analysis was performed with the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 22.0. Results: Women had lower scores in the Mental Health Scale and the quality life level of independence compared to men (p = 0.003). The tendency of individuals to declare that they had no health problem was associated with higher scores in the four domains of life quality (p <0.001). The tendency of individuals to declare that they have been subjected to mobbing in all domains (p <0.001) was associated with poor quality of life in all its factors (p <0.001). Married suffering mobbing reported better QOL (p = 0.003) and a healthier environment (p = 0.012) than married with children with poor QOL (p = 0.001), poor physical (p <0.001) and mental health (p = 0.009) and reduced social relationships (p = 0.001). The HP (doctors and nurses) with overall mobbing score, p = 0.001, had a better mental health and better social relations than those HP, who worked as Administrative and Technical Staff. Support by friends, relatives, family showed that they are associated with a better quality of life in all its factors. Health Professionals suffering any form of mobbing (p <0.001) have a poor quality of life (p <0.001), poor physical (p <0.001) and mental health (p <0.001) and poor social contacts (p <0.001). Conclusions: Taking into account the results of statistical controls on the effect of mobbing, demographic and other factors (sex, age, job, working years, etc.), it was found that mobbing negatively affects the QOL in general as the working environment is affected, their socio-demographic profile of both genders and their physical, mental and social well-being. Further studies are needed to show the universality of these results.*

KEYWORDS: health professionals, working environment, quality of life, mobbing, health, occupational health

MOBBING IN A GREEK PUBLIC HOSPITAL AND THE VIEWS EXPERIENCES AND BELIEFS AMONG HEALTH PROFESSIONALS: A QUALITATIVE STUDY

Aristotelis Koinis ^{1*}, Emmanouil Velonakis ², Maria Kalafati ², Styliani Tziaferi ¹

¹ University of Peloponnese, Department of Nursing, Laboratory of Integrated Health Care – Tripoli, Greece

² Faculty of Health Sciences, Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

ABSTRACT: *In the last 18 years, a significant increase of incidents of mobbing in occupational health professionals mainly in nursing, medical, and administrative staff. The phenomenon of mobbing and its effects on mental, physical health in health professionals, and consequently on the quality of life, in a workplace is a significant limitation in the psycho-spiritual balance of employees as well as for the proper functioning of the organization. The purpose of the study is to investigate the views, experiences and beliefs of health professionals about the phenomenon of Mobbing. In particular, it was researched on: (a) the understanding of the definition, (b) the adequate information (updating), and (c) the sensitization of health professionals. A qualitative study was carried out using the phenomenological approach. The sample consisted of 12 health professionals (nurses, physicians, and administrative staff) who work in a Greek public hospital. 12 semi-structured interviews were conducted. The semi-structured interview was consisted of 3 main axes with 9 questions in total. The problem of mobbing is a reality and exist in public hospital. Hospital professionals recognize that workplace mobbing is a form of psychological abuse and its forms of expressions are mainly verbal and behavioural. They point out that it can be manifested both by colleagues and superiors, but also by the patients' relatives/helpers. To avoid such incidents in the health department, the Hospitals Administration, should have an anthropocentric character. The Heads of department, should to be educated and made aware, to know how to address any job harassment, as well as to organize information and awareness seminars for employees and self-help groups, through specific programs support, rehabilitation and reintegration for people who have suffered mobbing.*

KEYWORDS: mobbing, health professionals, hospital, analysis the term, updating, sensitization

INTRODUCTION

The phenomenon of mobbing in the workplace is a subject that has been studied by the scientific community and has largely concerned the public opinion. A Book (Hirigoyen, 2002) research (Scialpi, 1999; Meschkutat et al. 2002) and publications (Karakioulafi, 2003) abroad and in Greece, (Spiridakis, 2009; Drivas, 2002) demonstrate not only on the high percentage of the mobbing existence, but also the increasing interest of the scientific community. In work psychology, the German psychologist Heinz Leymann, in 1990, used the term to describe the various types of mobbing in workplace. Leymann (1996) defines mobbing as: 'an aggressive and immoral behaviour directed in a systematic way from one or more people towards one person in particular who is forced to be in a helpless and defenceless position in which they remain due to their continuing exposure to «mobbing». These acts happen on a regular basis (at least once a week) and over a long period of time (at least six months). Due to the high frequency and long



Research article

Psychometric properties of the workplace psychologically violent behaviors-WPVB instrument. Translation and validation in Greek Health Professionals

Aristotelis Koinis^{1,*}, Emmanouil Velonakis², Chara Tzavara³, Foteini Tzavella¹ and Styliani Tziaferi¹

¹University of Peloponnese, Department of Nursing, Laboratory of Integrated Health Care, Sparta, Greece

²National and Kapodistrian University of Athens, Faculty of Health Sciences, Athens, Greece

³Medical School of Athens

* **Correspondence:** Email: telis_psync@hotmail.com; Tel: +306987228274.

Abstract: *Background:* Mobbing exerts severe psychological and occupational effects on the victim. This study aims to validate the Yildirim & Yildirim’s Workplace Psychologically Violent Behaviors (WPVB) instrument (2008) in the Greek language in Greece, as cultural variations may result in significantly different perceptions of mobbing. *Methodology:* A translation process of the WPVB questionnaire scale was followed from the English to the Greek version and a review by a team of experts for its content validity took place, as well. Principal component analysis took place and the Cronbach’s index was 0.95. The cross sectional, quantitative study was performed in 1536 health professionals (HPs), working in 11 public hospitals for at least one year with response rate of 76.8%. *Results:* Factor analysis revealed two factors, and 31-item construct, compared to the four factors and the 33-item construct of the original version of the tool. All items were found to have a statistically significant correlation ($p < 0.001$). Median score was 0.48. Whereas 25% of answers score was above 1.00, thus suggesting significant mobbing in around 25% of HPs. Association of WPVBs subscales with sex and occupation are had lower values in women as compared to men. Lower scores on “Attack on personality” and “Total mobbing” score were recorded in nurses as compared to doctors. Doctors had lower scores on “Individual’s isolation from work” as compared to administrative personnel, while had greater scores on “Individual’s isolation from work” as

Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας

Κοΐνης Αριστοτέλης¹, Βελονάκης Εμμανουήλ², Τζαβέλλα Φωτεινή³, Τζιαφέρη Στυλιανή⁴

1. Ψυχολόγος ΠΕ, MSc, PhD(c), Ψυχιατρικό Τμήμα Γ.Ν. Αργολίδας
2. Καθηγήτρια Δημόσιας Υγείας, Σχολή Επιστημών Υγείας, ΕΚΠΑ
3. Λέκτορας Κοινωνιολογίας Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
4. Επίκουρος Καθηγήτρια Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής, Σπάρτη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Την τελευταία 15-ετία, παρατηρείται αύξηση των περιστατικών ηθικής παρενόχλησης στους χώρους εργασίας των επαγγελματιών υγείας (Νοσοκομεία), κυρίως σε νοσηλευτικό, ιατρικό, αλλά και διοικητικό προσωπικό. Το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης και οι επιπτώσεις της στην ψυχική και σωματική υγεία των επαγγελματιών υγείας, και κατ'επέκταση στην ποιότητα ζωής τους, αποτελεί σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα τόσο για την ψυχοπνευματική ισορροπία των εργαζομένων όσο και για την εύρυθμη λειτουργία των οργανισμών. Με την πάροδο του χρόνου, περιστατικά ηθικής παρενόχλησης στους υγειονομικούς χώρους εργασίας είναι συνεχώς αυξανόμενα σε αριθμούς.

Σκοπός: Αναπτύχθηκε το ερευνητικό πρωτόκολλο στο οποίο θα βασιστεί η μελέτη. Ο σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή και η μελέτη της επίδρασης του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης (mobbing) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων.

Μεθοδολογία: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στηρίχθηκε σε ανασκοπικές και ερευνητικές μελέτες οι οποίες αντλήθηκαν από διεθνείς και ελληνικές βάσεις δεδομένων (PubMed, Cinahl, Scopus) και (Iatrotek) την τελευταία δεκαεπταετία τουλάχιστον με λέξεις κλειδιά όπως ηθική παρενόχληση, επαγγελματίες υγείας, επιπτώσεις, χώροι υγείας, πρόληψη και αντιμετώπιση ηθικής παρενόχλησης. Στη μελέτη –προτάθηκε η χρησιμοποίηση τεσσάρων εργαλείων που αξιολογούν την ποιότητα ζωής (WHOQOL-BREF), τη βίαιη ψυχολογική συμπεριφορά που τυχόν ασκείται, τη γενική υγεία και την αντίληψη της κοινωνικής υποστήριξης (Workplace Psychologically Violent Behaviours), το General Health Questionnaire-GHQ-28, ερωτηματολόγιο γενικής υγείας και το MSPSS, το οποίο αποτελεί μια πολυδιάστατη κλίμακα αντίληψης κοινωνικής υποστήριξης. Το ερευνητικό πρωτόκολλο υποβλήθηκε προς έγκριση στο υπουργείο Υγείας.

Αναμενόμενα αποτελέσματα: Η μελέτη προσδοκά να δώσει πληροφορίες για το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης, τις επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα και την επίδραση της στην ποιότητα ζωής τους καθώς των μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης αυτών. Τα αποτελέσματα από τη μελέτη αναμένονται να δημοσιευτούν και να εμπλουτίσουν την επιστημονική γνώση αλλά και να ενεργοποιήσουν μελλοντικά προγράμματα αγωγής υγείας σχετικά με το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης σε χώρους υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Ηθική παρενόχληση, επαγγελματίες υγείας, επιπτώσεις, χώρος υγείας, πρόληψη και αντιμετώπιση ηθικής παρενόχλησης.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Κοΐνης Αριστοτέλης, Κορίνθου 191, Άργος Ελλάδα, Τ.Κ.21200, Τηλ. 2751360131/6987228274, e-mail: telis_psyc@hotmail.com

The effect of the phenomenon of mobbing at the quality of life of health professionals

Koinis Aristotelis¹, Velonakis Emmanouil², Tzavella Foteini³, Tziaferi Styliani⁴

Clinical Psychologist, MSc, PhD(c), Psychiatric Sector, General Hospital of Argolida

Professor of Public Health, Faculty of Health Sciences EKPA

Lecturer in Sociology of Health, Nursing Department, Faculty of Human Movement & Quality of Life Science, University of Peloponnese

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI: Συμμετοχές-Εισηγήσεις σε Διεθνή και Ελληνικά
Επιστημονικά Συνέδρια στο Πλάισιο Εκπόνησης της Διδακτορικής
Διατριβής**

Κοΐνης Αρ, Τζιαφέρη Σ. «Ηθική παρενόχληση στο χώρο της Υγείας. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας». 46ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, 08-11/05/2019 Συνεδριακό Κέντρο Ηλιόπουλος Γ. Μήλος

Κοΐνης Α, Βελονάκης Ε, Καλαφάτη Μ, Τζιαφέρη Σ. «Ηθική Παρενόχληση. Η κρυμμένη βία στην καθημερινή ζωή των επαγγελματιών υγείας. Ερευνητικά αποτελέσματα», 46ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, 08-11/05/2019 Συνεδριακό Κέντρο Ηλιόπουλος Γ. Μήλος

Koinis A, Velonakis E, Tzavella F, Tziaferi S. “The phenomenon of Mobbing among health professionals in a Greek public hospital: A qualitative study” Poster . 7th International FOHNEU Congress on Occupational Health, 24-26/04/2019 Budapest, Hungary

Koinis A, Velonakis E, Tzavella F, Tziaferi S . “Group experiential intervention in Greek health professionals for the confrontation of mobbing” Poster(525). 32nd International Congress of Occupational Health (ICOH), 29/04/2018-04/05/2018, Dublin, Ireland.

Koinis A, Velonakis E, Tzavella F, Tziaferi S. “The mobbing in the health sector and its impact on quality of life of health professionals. A pilot study (oral presentation)”. 6th International FOHNEU Congress “New Occupational Health Horizons” 16-18/03/2016, Rotterdam, The Netherlands

Koinis A, Velonakis E, Tzavella F, Tziaferi S.. “Effects of the phenomenon of mobbing on the quality of life of health professionals, in public and private hospitals of the first and sixth Health Region of Greece. A study protocol”. 3rd International Congress on Occupational Health (ICOH)- Global Harmony for Occupational Health: Bridge the World 31/5/2015-05/6/2015 Poster- (IC-0784), Seoul, Korea.

Κοΐνης Α, Βελονάκης Ε, Τζαβέλλα Φ, Τζιαφέρη Σ. « Η ηθική παρενόχληση στο τομέα της υγείας και οι επιπτώσεις της στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας. Μία πιλοτική μελέτη» 4ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων & 2ο Πανελλήνιο Ολιστικής Αντιμετώπισης της Σοβαρής Ψυχικής Διαταραχής (e-poster 01), 03-06/12/2015, NJV Athens Plaza Hotel, Αθήνα.

