



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής**  
**Πολιτικής**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΛΕΚΤΙΚΗ ΒΙΑ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ: ΜΕΛΕΤΗ**  
**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ 3 ΓΕΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΣ**  
**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ.**

**ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ**

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Μαίρη Γείτονα, Καθηγήτρια, (Επιβλέπουσα)
2. Μαρία Σαρίδη, Επιστημονικός Συνεργάτης
3. Αικατερίνη Τόσκα, Επιστημονικός Συνεργάτης

Κόρινθος, Μάϊος 2019



## Ευχαριστίες

Πρώτα απ' όλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Μαίρη Γείτονα για τη στήριξη και καθοδήγησή της σε όλη αυτήν τη διάρκεια συγγραφής της διπλωματικής μου εργασίας.

Είμαι εξαιρετικά ευγνώμων στην κ. Μαρία Σαρίδη, επιστημονικό συνεργάτη του τμήματος, που με βοήθησε με τις συμβουλές της και με ενθάρρυνε να ολοκληρώσω την εργασία μου.

Ακόμη, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην κ. Αικατερίνη Τόσκα για τις σημαντικές προτάσεις και επισημάνσεις της που με βοήθησαν σε όλα τα στάδια της εργασίας μου.

Δεν θα ήθελα να παραλείψω από τις ευχαριστίες όλους τους συμμετέχοντες της έρευνας που ήταν αρωγοί σε αυτήν την προσπάθεια.

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες .....	3
Περίληψη .....	9
Abstract .....	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΒΙΑ ΣΤΟΝ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΚΟΣΜΟ .....	16
1.1. Μορφές Βίας.....	18
1.2. Σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες της βίας.....	21
1.3. Βία στον Εργασιακό χώρο.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΒΙΑ ΣΕ ΧΩΡΟΥΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	26
2.1. Παρενόχληση σε χώρους παροχής φροντίδας υγείας .....	29
2.2. Εκφοβισμός σε χώρους παροχής φροντίδας υγείας .....	31
2.3. Βία και εκφοβισμός σε νοσηλευτές .....	33
2.4. Δράσεις για την πρόληψη και τον περιορισμό του εκφοβισμού κατά των νοσηλευτών.....	35
2.5. Αιτιολογική προσέγγιση και κουλτούρα σχετικά με τον εκφοβισμό και τη βία σε νοσηλευτικό προσωπικό .....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΩΣ ΧΩΡΟΣ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ .....	39
3.1. Η χειρουργική ομάδα και τα χαρακτηριστικά της .....	39
3.2. Λεκτική βία στο χειρουργείο .....	41
3.3. Αιτιολογικοί παράγοντες πρόκλησης λεκτικής βίας στον χώρο του χειρουργείου.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	44
4.1. Σκοπός Έρευνας.....	44
4.2. Μεθοδολογία Έρευνας.....	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	47
5.1. Τελικό Δείγμα έρευνας .....	47
5.2. Αποτελέσματα Ιατρών .....	47
5.3. Αποτελέσματα Νοσηλευτών .....	60
5.4. Σύγκριση Αποτελεσμάτων Ιατρών και Νοσηλευτών.....	74
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	76
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	81
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄ .....	94
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄ .....	101
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ΄ .....	103

## Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1: Άτομα με μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν βία συμπεριφορά.....	23
Πίνακας 2: Δείγμα έρευνας.....	47
Πίνακας 3: Κοινωνικοδημογραφικά και Εργασιακά Χαρακτηριστικά Ιατρών .....	47
Πίνακας 4: Το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων; .....	48
Πίνακας 5: Πόσο συχνά θεωρείτε ότι οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες βίας λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια; .....	49
Πίνακας 6: Θεωρείτε ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του; .....	49
Πίνακας 7: Πόσο συχνά γίνετε εσείς αποδέκτης λεκτικής βίας; .....	50
Πίνακας 8: Πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίας λεκτικής συμπεριφοράς; ...	50
Πίνακας 9: Συναίσθημα άγχους ή κατάθλιψης .....	56
Πίνακας 10: Θεωρείτε ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του σε σύγκριση με ύπαρξη μεταπτυχιακών τίτλων .....	57
Πίνακας 11: Πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίας λεκτικής συμπεριφοράς σε σύγκριση με φύλο .....	57
Πίνακας 12: Λεκτική βία σε σύγκριση με φύλο .....	58
Πίνακας 13: Λεκτική βία σε σύγκριση με ηλικιακές ομάδες.....	58
Πίνακας 14: Λεκτική βία σε σύγκριση με έτη εμπειρίας στο νοσοκομείο .....	59
Πίνακας 15: Κοινωνικοδημογραφικά και Εργασιακά Χαρακτηριστικά Νοσηλευτών .....	60
Πίνακας 16: Το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων; .....	61
Πίνακας 17: Πόσο συχνά θεωρείτε ότι οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες βίας λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια; .....	62
Πίνακας 18: Θεωρείτε ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του; ....	62
Πίνακας 19: Πόσο συχνά γίνετε εσείς αποδέκτης λεκτικής βίας; .....	62
Πίνακας 20: Πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίας λεκτικής συμπεριφοράς; .....	63

Πίνακας 21: Συναίσθημα άγχους και κατάθλιψης .....	69
Πίνακας 22: Λεκτική βία σε σύγκριση με φύλο .....	70
Πίνακας 23: Λεκτική βία σε σύγκριση με ηλικιακές ομάδες.....	71
Πίνακας 24: Λεκτική βία σε σύγκριση με βαθμίδα εκπαίδευσης.....	71
Πίνακας 25: Λεκτική βία σε σύγκριση με έτη εμπειρίας στο νοσοκομείο .....	72
Πίνακας 26: Θεωρείτε ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του σε σύγκριση με ειδικότητα .....	74
Πίνακας 27: Συχνότητα λεκτικής βίας σε σύγκριση με ειδικότητα.....	74
Πίνακας 28: Λεκτική βία σε σύγκριση με ειδικότητα .....	75

## **Περιεχόμενα Διαγραμμάτων**

Διάγραμμα 1: Ποια η εργασιακή σχέση σας με τον υβριστή; .....	48
Διάγραμμα 2: Ποιο ήταν το είδος της λεκτικής βίας της οποίας γίνατε αποδέκτης ως προς τη συχνότητα;.....	51
Διάγραμμα 3: Ποιο ήταν το είδος της λεκτικής βίας της οποίας γίνατε αποδέκτης ως προς τη σοβαρότητα; .....	52
Διάγραμμα 4: Ποιες ήταν οι πρώτες σκέψεις σας όταν γίνατε αποδέκτης της λεκτικής επίθεσης; .....	53
Διάγραμμα 5: Με ποια συμπεριφορά διαχειριστήκατε το επεισόδιο; .....	54
Διάγραμμα 6: Βαθμολογήστε τη σοβαρότητα της συνέπειας της λεκτικής σας κακοποίησης. ....	55
Διάγραμμα 7: Τι νιώσατε μετά την εμπειρία της λεκτικής βίας και σε τι βαθμό; ....	56
Διάγραμμα 8: Ποια η εργασιακή σχέση σας με τον υβριστή; .....	61
Διάγραμμα 9: Ποιο ήταν το πιο συχνό είδος της λεκτικής βίας της οποίας γίνατε αποδέκτης; .....	64

Διάγραμμα 10: Ποιο ήταν το πιο σοβαρό είδος της λεκτικής βίας της οποίας γίνατε αποδέκτης; .....	65
Διάγραμμα 11: Ποιες ήταν οι πρώτες σκέψεις σας όταν γίνατε αποδέκτης της λεκτικής επίθεσης; .....	66
Διάγραμμα 12: Με ποια συμπεριφορά διαχειριστήκατε το επεισόδιο; Εφόσον επιθυμείτε προσθέστε και άλλα είδη συμπεριφοράς .....	67
Διάγραμμα 13: Βαθμολογήστε τη σοβαρότητα της συνέπειας της λεκτικής σας κακοποίησης .....	68
Διάγραμμα 14: Τι νιώσατε μετά την εμπειρία της λεκτικής βίας και σε τι βαθμό; ..	69



## Περίληψη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η βία στον χώρο εργασίας εμφανίζεται σε κάθε επάγγελμα, αλλά ο εργαζόμενος στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης είναι πιο επιρρεπής. Η λεκτική βία είναι η πιο κοινή μορφή βίας στον χώρο εργασίας και στο χειρουργείο. Επηρεάζει τους επαγγελματίες υγείας προσωπικά και επαγγελματικά. Οι επιπτώσεις αυτές έχουν μείζονα σημασία για την ικανοποίηση και την ποιότητα της περίθαλψης. Έτσι, η εμφάνιση λεκτικής κακοποίησης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την αντιμετώπιση των συμπεριφορών μεταξύ των επαγγελματιών που εργάζονται στο περιβάλλον του χειρουργείου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της διπλωματικής είναι η διερεύνηση της ύπαρξης λεκτικής βίας στον χώρο του χειρουργείου σε τρία Γενικά Νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Για την επίτευξη του στόχου της μελέτης διεξήχθη έρευνα στους επαγγελματίες υγείας (Ιατρούς και Νοσηλευτές) που εργάζονται στον χώρο του χειρουργείου σε τρία Γενικά Νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου. Αρχικά δόθηκαν 104 ερωτηματολόγια, αλλά συλλέχθηκαν πλήρως συμπληρωμένα 80 ερωτηματολόγια, με βαθμό ανταπόκρισης 76,9%. Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της αυτοσυμπλήρωσης από τους εργαζόμενους στο χειρουργείο. Τα ερωτηματολόγια τα οποία επιλέχθηκαν για τη συγκεκριμένη μελέτη ήταν: α. το Verbal Abuse Scale (VAS), β. το PHQ-2 (Patient Health Questionnaire -2) για την ανίχνευση της κατάθλιψης και γ. το GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder-2) για την ανίχνευση του άγχους. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα S.P.S.S. 25 (Statistical Package for Social Sciences). Η επεξεργασία βασίστηκε στην περιγραφική και επαγωγική στατιστική.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το 79,4% των ιατρών δήλωσε ότι το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων σε σύγκριση με το υψηλότερο 91,7% του νοσηλευτικού προσωπικού. Το 28,1% των ιατρών απάντησε ότι συνήθως ο άμεσος προϊστάμενος ήταν ο υβριστής του και το 59% του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησε ότι ήταν άλλος ανώτερος. Το 55,6% των ιατρών θεωρεί ότι ο υβριστής δε γνώριζε το αποτέλεσμα της πράξης του, ενώ το 70,3% του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρεί ότι ο υβριστής το γνώριζε. Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας δήλωσαν ότι έχουν γίνει αποδέκτες λεκτικής βίας μια φορά το χρόνο. Το 30,6% των ιατρών δήλωσε ότι

το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς ήταν αρκετά αγχωτικό, ενώ το 32,5% των νοσηλευτών/τριών πάρα πολύ αγχωτικό. Η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών αναφέρθηκαν από το δείγμα ως το πιο συχνό είδος λεκτικής βίας της οποίας έγιναν αποδέκτες. Οι πρώτες σκέψεις που αναφέρθηκαν από το δείγμα όταν έγιναν αποδέκτες της λεκτικής επίθεσης ήταν ότι ο υβριστής δεν είχε κανένα δικαίωμα. Η πλειοψηφία απάντησε ότι η συμπεριφορά με την οποία διαχειρίστηκε το επεισόδιο ήταν να προσπαθήσει να ξεκαθαρίσει την πιθανή παρανόηση. Ως συνέπεια της λεκτικής κακοποίησης ήταν η επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδελφο και η μείωση του αισθήματος άνεσης/ ευεξίας στον χώρο εργασίας, αλλά και η μείωση της εμπιστοσύνης και υποστήριξης στον χώρο εργασίας. Το δείγμα δήλωσε ότι μετά την εμπειρία της λεκτικής βίας, ένιωσε κυρίως θυμό, αηδία, λύπη και απογοήτευση – απελπισία. Το 80% και το 65% των ιατρών δεν αισθάνονται άγχος ή κατάθλιψη αντίστοιχα, όπως και το 59% και το 61,5% των νοσηλευτών/τριών αντίστοιχα. Επίσης, το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και τα έτη εμπειρίας φάνηκαν να επηρεάζουν σημαντικά τη λεκτική βία του προσωπικού του χειρουργείου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα νοσοκομεία πρέπει να αξιολογήσουν και να αντιμετωπίσουν τη λεκτική βία, όχι μόνο να υποστηρίξουν το προσωπικό που τη δέχτηκε, αλλά και να αποτρέψουν την κλιμάκωσή της. Με την καλύτερη κατανόηση της βίας και των πολλών μορφών της, μπορεί αυτή να αποτραπεί και να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις της. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ένα ασφαλέστερο περιβάλλον για τους ασθενείς, τους επισκέπτες και το προσωπικό.

## Abstract

**INTRODUCTION:** Violence in the workplace occurs in every occupation, but healthcare professionals are more prone to it in the health care environment. Verbal violence is the most common form of violence at work and in surgery. It affects healthcare professionals personally and professionally. These impacts are of major importance for the satisfaction and quality of care. Thus, the occurrence of verbal abuse largely depends on the treatment of behaviors between professionals working in the operating environment.

**AIM:** The purpose of this thesis is to investigate the existence of verbal violence in the operating theater in three General Hospitals of the Peloponnese region.

**METHODOLOGY:** In order to achieve the goal of the study, a research was carried out on the healthcare professionals (physicians and nurses) who work in the surgery area at three General Hospitals in the Peloponnese region. Initially, 104 questionnaires were received, but a total of 80 questionnaires were collected, with a response rate of 76.9%. The questionnaire collection was carried out using the self-completion method by the workers in the operating room. The questionnaires selected for this study were: a. the Verbal Abuse Scale, b. the PHQ-2 (Patient Health Questionnaire- 2) for the detection of depression and c. the GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder- 2) for the detection of anxiety. For the analysis of the data the statistical program S.P.S.S. 25 (Statistical Package for Social Sciences) was used. The analysis was based on descriptive and inductive statistics.

**RESULTS:** 79.4% of physicians declared that the episode of verbal violence was in the presence of others in comparison to the highest 91.7% of nursing staff. 28.1% of physicians replied that the immediate supervisor was his abuser, and 59% of the nursing staff replied that it was another senior. 55.6% of physicians believe that the abuser did not know the outcome of his act, while 70.3% of the nursing staff believes that the abuser knew it. The majority of healthcare professionals reported they had received verbal violence once a year. 30.6% of physicians mentioned the fact of violent verbal behavior was quite stressful, and 32.5% of nurses were too stressful. The blame and accusations were reported by the sample as the most common type of verbal violence that was received. The first thoughts that were reported from the sample when it was verbally attacked were that the abuser had no right. The majority

responded that the behavior with which the incident was handled was to try to clear the possible misunderstanding. The consequence of verbal abuse was the deterioration of the relationship with the colleague and the decrease in the feeling of comfort / well-being at the workplace, as well as the decrease in trust and support at the workplace. The sample declared that after experiencing verbal violence, it felt mainly anger, disgust, sadness and disappointment – despair. 80% and 65% of doctors do not feel anxious or depressed, as do 59% and 61.5% of nurses, respectively. Also, gender, age, level of education and years of experience seemed to significantly affect the verbal violence of surgical staff.

**CONCLUSIONS:** Hospitals should assess and tackle verbal violence not only to support the staff who have accepted it but also to prevent it from escalating. With a better understanding of violence and its many forms, its effects can be prevented and minimized. This results in a safer environment for patients, visitors and staff.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η βία στον χώρο εργασίας είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει την καταχρηστική συμπεριφορά με την οποία απευθύνεται κάποιος σε άλλους με πρόθεση να προκαλέσει βλάβη. Αν και ο ορισμός ποικίλλει σύμφωνα με τις καταστάσεις και τις πρακτικές ρυθμίσεις, υπάρχει συμφωνία ότι η βία στον χώρο εργασίας έχει αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία και την ευημερία των επαγγελματιών υγείας και στην παροχή ποιοτικής φροντίδας (Choiniere et al. 2010, Higgins & MacIntosh 2010, Hsinag-Chu & Lee 2011, Vessey et al. 2009).

Η αυξανόμενη συχνότητα της βίας στον χώρο εργασίας προκαλεί μεγάλη ανησυχία για τους εργαζόμενους και τους εργοδότες και αναγνωρίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως βασική προτεραιότητα υγείας (Hinchberger 2009). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τη βία στην εργασία ως αποτέλεσμα της πολύπλοκης αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων, με έμφαση στις συνθήκες εργασίας και την οργάνωση (Krug et al. 2003). Η Διεθνής Οργάνωση Εργασίας χαρακτηρίζει τη βία ως περιστατικά που συνεπάγονται κατάχρηση, απειλή ή επίθεση στις συνθήκες εργασίας. Έτσι, η εκδήλωση βίας είναι η ρητή ή σιωπηρή βλάβη στην ασφάλεια, ευεξία ή υγεία του εργαζομένου.

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν σημαντικούς χώρους έκθεσης των εργαζομένων σε διάφορα προβλήματα υγείας. Εκτός από την έκθεση σε ατυχήματα με βιολογικά υλικά, ακτινοβολία, χημικά και εργονομικούς τραυματισμούς, οι επαγγελματίες υγείας είναι αντιμέτωποι με τη βία στον χώρο εργασίας τους (Spector et al. 2014, Edward et al. 2014). Η συχνή εμπειρία αυτής της συμπεριφοράς συμβάλλει στη σοβαρότητα των προβλημάτων υγείας, δεδομένου ότι οι εργαζόμενοι βιώνουν περισσότερα από ένα βίαια επεισόδια το έτος (Pompeii et al. 2015) και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να συμβαίνει καθημερινά (Pich et al. 2011).

Οι βλαβερές συνέπειες της βίας μπορεί να είναι δύσκολες στην αναγνώριση τους ειδικά όταν δεν έχουν σωματικές επιπτώσεις. Ωστόσο, μελέτες έχουν αποκαλύψει τις αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των εργαζομένων (Dal et al. 2015, Itzhaki et al. 2015) και στη σωματική τους υγεία, που εκδηλώνεται με συμπτώματα όπως πόνο και αίσθημα παλμών, καθώς και την επίδραση στην απόδοση της εργασίας που μπορεί μερικές φορές να αναγκάσει τον εργαζόμενο να εγκαταλείψει το επάγγελμα. Ειδικότερα, οι επιπτώσεις της βίας στον εργασιακό χώρο επιφέρουν συμπτώματα ψυχολογικής δυσφορίας, όπως

άγχος (Hinchberger, 2009), διαταραχή μετατραυματικού άγχους (Woelfle 2007, Hsinag-Chu & Lee 2011, McPhaul et al. 2010), ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, μειωμένη αυτοεκτίμηση, απώλεια εμπιστοσύνης, μεταβολές της διάθεσης (Vessey et al., 2009) και αισθήματα απομόνωσης (Orple et al., 2010). Τα φυσικά συμπτώματα περιλάμβαναν φυσική εξάντληση, αυξημένο καρδιακό ρυθμό, εφίδρωση, βαριά αναπνοή, απώλεια βάρους, γαστρεντερικές διαταραχές, πονοκεφάλους και οσφυαλγία (Higgins & MacIntosh, 2010).

Το περιβάλλον του χειρουργείου είναι ο πιο πολύπλοκος και ευμετάβλητος χώρος εργασίας και αρκετά αγχωτικός χώρος. Η συχνότητα εμφάνισης της λεκτικής βίας στο χειρουργείο μπορεί να σχετίζεται με αλλαγές στο σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Οι συγχωνεύσεις και η μείωση του προσωπικού έχει επηρεάσει τις συνθήκες εργασίας στο νοσοκομείο και πολύ περισσότερο στον χώρο του χειρουργείου με τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας συνεχώς να αυξάνει. Έχουν προσδιοριστεί πολλαπλές αιτίες που μπορεί να επέλθει λεκτική βία στο χειρουργείο. Μεταξύ αυτών των αιτιών είναι ότι οι χειρουργοί αλλάζουν ή / και προσθέτουν διαδικασίες ή χρειάζονται εξοπλισμό και υλικά χωρίς προειδοποίηση, όπως επίσης και ότι η συνεργασία του χειρουργού με τον αναισθησιολόγο, ή με άλλα μέλη του προσωπικού επιδεινώνει το άγχος, αυξάνοντας την πιθανότητα λεκτικής βίας (Bolander et al. 1994). Η βία μεταξύ νοσηλευτών και μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών αποτελεί επίκεντρο έρευνας τα τελευταία έτη.

### **Δομή Εργασίας**

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελείται από δυο κύριες ενότητες. Στην πρώτη ενότητα παρουσιάζεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος και στη δεύτερη ενότητα παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνας. Ειδικότερα:

Στο κεφάλαιο 1 παρουσιάζεται ο ορισμός της βίας στον σύγχρονο κόσμο και οι μορφές βίας και γίνεται αναφορά στις σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες της βίας και στη βία στον εργασιακό χώρο.

Στο κεφάλαιο 2 περιγράφεται η βία σε χώρους παροχής φροντίδας υγείας. Συγκεκριμένα γίνεται αναφορά στην παρενόχληση σε χώρους παροχής φροντίδας υγείας, στον εκφοβισμό, στη βία σε νοσηλευτές, αλλά και στις δράσεις για την πρόληψη και τον περιορισμό του εκφοβισμού κατά των νοσηλευτών και στην αιτιολογική προσέγγιση και κουλτούρα σχετικά με τον εκφοβισμό και τη βία.

Στο κεφάλαιο 3 περιγράφεται το χειρουργείο ως χώρος αυξημένης επίπτωσης επιθετικών συμπεριφορών. Ειδικότερα, παρουσιάζεται η χειρουργική ομάδα και τα χαρακτηριστικά της, η λεκτική βία στο χειρουργείο και οι αιτιολογικοί παράγοντες πρόκλησης λεκτικής βίας στον χώρο του χειρουργείου.

Στο κεφάλαιο 4 παρατίθεται ο σκοπός και η μεθοδολογία της έρευνας, όπου αναφέρονται τα ερευνητικά ερωτήματα και αναλύεται η δειγματοληψία, η συλλογή των δεδομένων, το δείγμα, το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας και οι στατιστικές αναλύσεις που χρησιμοποιήθηκαν.

Στο κεφάλαιο 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και συγκεκριμένα τα κοινωνικο-δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας, η περιγραφική στατιστική των ερωτήσεων, οι συσχετίσεις των ερωτήσεων με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα εργασιακά χαρακτηριστικά.

Στο τελευταίο κεφάλαιο πραγματοποιείται συζήτηση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας και γίνεται σύγκριση με τα αποτελέσματα άλλων ελληνικών και ξένων ερευνών. Επίσης, παρατίθενται τα συμπεράσματα της έρευνας και προτείνονται κάποιες πολιτικές και δράσεις για τη λεκτική βία στο χειρουργείο αλλά και γενικότερα στις υπηρεσίες υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΒΙΑ ΣΤΟΝ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΚΟΣΜΟ

Η βία αποτελεί δομικό χαρακτηριστικό της συγκρότησης των κοινωνιών και δεν έχει παρατηρηθεί μέχρι σήμερα κοινωνία χωρίς βία. Στις μέρες μας, όμως, η κατάσταση είναι σαφώς βεβαρημένη. Η αποθέωση της βίας και η διαρκώς αυξανόμενη προβολή της, η αποπροσωποποίηση των σχέσεων, η κοινωνική αναλγησία, η διάρρηξη του κοινωνικού ιστού, ο ανταγωνισμός, η αποθέωση του ατομικού επιτεύγματος και η μοναχική πορεία χωρίς οράματα, στόχους και ιδανικά, καθιστούν τον σύγχρονο άνθρωπο ευάλωτο στην εκδήλωση βίαιων συμπεριφορών.

Στον σύγχρονο κόσμο, η βία συμπεριφορά και κυρίως αυτή έναντι των γυναικών, θεωρείται ως το σοβαρότερο κοινωνικό πρόβλημα ξεπερνώντας τα πολιτιστικά και κοινωνικά σύνορα (Akbari, et al., 2017). Εμφανίζεται σε στενές σχέσεις ανεξάρτητα από τον πολιτισμό, τη φυλή, τη θρησκεία ή την κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Huecker, et al., 2018).

Το άρθρο 1 της Διακήρυξης των Ενωμένων Εθνών για την Εξάλειψη της Βίας κατά των Γυναικών (UN Declaration on Elimination on Violence against Women, 1994) ορίζει τη βία ως εξής:

*«Κάθε βίαη πράξη που βασίζεται στο φύλο και έχει σαν αποτέλεσμα τη σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική βλάβη ή δυστυχία για τις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων και των απειλών για βίαιες πράξεις, εξαναγκασμό, ή αυθαίρετη στέρηση ελευθερίας ανεξάρτητα αν η βία συμβαίνει στη δημόσια ή την ιδιωτική ζωή».*

Η βία είναι πολύ σχετική έννοια που αλλάζει στον χρόνο και στον χώρο. Σήμερα μιλώντας για τη βία κατά των γυναικών, απομονώνουμε κάποιες πράξεις, οι οποίες μέχρι πρότινος θεωρούνταν κοινωνικά αποδεκτές, τώρα όμως τις καταδικάζουμε. Η συμπεριφορά αυτή αν και είναι κοινωνικά αποδεκτή, εντούτοις πολλές φορές θεωρείται νομικά τιμωρητέα σύμφωνα με αντίστοιχους νόμους καθώς και σύμφωνα με διεθνείς συνθήκες, διότι αποτελούν καταπάτηση των δικαιωμάτων της γυναίκας στη συνολική σφαίρα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η κουλτούρα μιας κοινωνίας για τη βία και οι αντιλήψεις που έχουν οι άνθρωποι γι' αυτήν, αντικατοπτρίζεται πολύ καλά και στη διάκριση που κάνουν οι κοινωνικές ομάδες στα δύο φύλα. Αυτή η διάκριση δε, ονομάζεται σεξισμός (Verloo, 2007). Παρ' ότι στις διακηρύξεις διεθνών οργανισμών και στις εθνικές νομοθεσίες λαμβάνονται μέτρα κατά της βίας δεν έχει γίνει κατανοητό ότι οι κοινωνίες που αποσιωπούν τη βία κατά



των γυναικών έμμεσα την αποδέχονται. Μια γυναίκα θύμα βίας ή μια οικογένεια που βιώνει τέτοιες συνθήκες αντιμετωπίζει ελλειμματικές κοινωνικές σχέσεις. Στην κοινότητα ανακυκλώνονται μέσα από τις συνθήκες αυτές τόσο τα κοινωνικά στερεότυπα, όσο και η ύπαρξη της βίας ως στοιχείο κοινωνικής συμβίωσης (European Commission, 2006; Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης -Συμβούλιο της Ευρώπης, 2011).

Το 2001, το U.S. Office of the Surgeon General, στις Η.Π.Α., δημοσίευσε μια έκθεση που χαρακτηρίζει τη βία των νέων ως τη "μεγαλύτερη απειλή για τη ζωή των παιδιών και των εφήβων" στις ΗΠΑ (CDC, 2014, Sleet, et al., 2010, Ballesteros, et al., 2018). Σήμερα, η βία συνεχίζει ως η κύρια αιτία θανάτου και η έκτη πιο κοινή αιτία των μη θανατηφόρων τραυματισμών για νέους μαύρους άνδρες στις Ηνωμένες Πολιτείες (14-25 ετών) (CDC, 2015). Το 2013, το 6,8% των θανάτων μαύρων Αμερικανών ανδρών οφείλονταν σε βίαιους τραυματισμούς, ακούσιους τραυματισμούς (π.χ. τροχαία δυστυχήματα, δηλητηριάσεις), καρδιακές παθήσεις, HIV και καρκίνο ή συνδυασμό αυτών (CDC, 2015).

Οι ρόλοι και τα στερεότυπα φύλου, η κοινωνική αναπαράσταση των προτύπων και της άνισης μεταχείρισης αντρών και γυναικών που υπάρχουν σε πολλούς τομείς της κοινωνικής ζωής, εγκαθιστούν σχέσεις εξουσίας. Θεωρούμε ότι τα ψυχολογικά κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες είναι αποτέλεσμα και των διακρίσεων που βιώνουν σε σχέση με το φύλο (Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης -Συμβούλιο της Ευρώπης, 2010). Σε επιδημιολογική έρευνα που ολοκληρώθηκε στη χώρα μας το 2007, από το ΚΕΘΙ διαπιστώθηκε ότι μεγάλο ποσοστό γυναικών είτε δεν αναγνωρίζει ότι η συμπεριφορά που υφίστανται στο οικογενειακό τους περιβάλλον συνιστά καταχρηστική συμπεριφορά που εντάσσεται στην έννοια της βίας, είτε θεωρεί τον εαυτό του υπεύθυνο (σε ποσοστό 33%) αναπαράγοντας τα κοινωνικά στερεότυπα για τον ρόλο των δύο φύλων. Παρόλο ότι η βία έχει δομικό χαρακτήρα, σε έρευνά τους οι Balci και Ayganci (2005) κατέληξαν πως εκτός από την κοινωνική σχέση ανισότητας, ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την έκλυση της βίας, είναι τα χαρακτηριστικά των συντρόφων. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι η αδύναμη προσωπικότητά τους, η έλλειψη αυτοπεποίθησης και η αρνητική επιρροή από την πατρική τους οικογένεια (Goode, 1971).

Υπάρχουν λύσεις για τον έλεγχο της αυξανόμενης βίας και εγκληματικότητας. Απαιτείται, όμως, πρώτα και κύρια μια πολιτική κοινωνικής πρόληψης και η απομάκρυνσή μας από το απόλυτα κατασταλτικό μοντέλο, το οποίο έχει αποτύχει διεθνώς. Η κάθε κοινωνική οργάνωση έχει τα επίπεδα της βίας που της αναλογούν. Οι δείκτες των επιπέδων της βίας που παρουσιάζει μια κοινωνία στον χώρο και τον χρόνο, αποτελούν την πλέον αξιόπιστη μονάδα μέτρησης των φαινομένων κοινωνικής παθογένειας. Συνεπώς, προκειμένου να προληφθεί μια μελλοντική έξαρση των φαινομένων βίας θα πρέπει να καταβληθεί συντονισμένη προσπάθεια για τη μείωση των δεικτών κοινωνικής παθογένειας που ενδημούν στον σύγχρονο κόσμο. Πρέπει, δηλαδή, να καταβληθούν συντονισμένες προσπάθειες για να μειωθεί η ανεργία, κυρίως των νέων ανθρώπων, να αυξηθεί το βιοτικό και το εκπαιδευτικό επίπεδο των πολιτών, να αναβαθμισθεί το κοινωνικό κράτος, να δοθούν ευκαιρίες στους νέους και να διασφαλισθούν τα μέσα για την επίτευξή τους, να επαναπροσδιορισθούν οι στόχοι της νέας γενιάς, να μειωθεί το άνοιγμα της ψαλίδας μεταξύ πλουσίων και φτωχών, να αμβλυνθούν οι ανισότητες, να ενσωματωθούν οι κοινωνικά αποκλεισμένες και οι μειονοτικές ομάδες του πληθυσμού (Helpman et al., 2010).

### 1.1. Μορφές Βίας

Οι κυριότερες κατηγορίες της βίας έχουν ως εξής:

- **Σωματική Βία:** Περιλαμβάνει σωματική βλάβη ή σωματικό τραυματισμό για παράδειγμα κλωτσιές, χαστούκια, δάγκωμα, ρίψεις αντικειμένων, κούνημα και προσπάθεια πνιγμού, τράβηγμα των μαλλιών ρίχνοντάς την στον τοίχο, ξυλοδαρμό κ.λπ. (World Health Organization, 2012; Albuquerque Netto, et al., 2015).
- **Ψυχολογική ή Συναισθηματική Βία:** Περιλαμβάνει λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία που προκαλεί συναισθηματική ή διανοητική βλάβη. Μπορεί να είναι πολύ επιβλαβής για το θύμα καταλήγοντας σε κατάθλιψη και αυτοκτονία. Αυτό συνεπάγεται τη μείωση της προσωπικότητας/ταπείνωση, τον εξευτελισμό της συμμετέχουσας κατ' ιδίαν ή δημοσίως, την απαγόρευση της εξόδου από το σπίτι ή το κλείδωμα στο σπίτι, την επιμονή του συντρόφου να γνωρίζει πού βρίσκεται η γυναίκα, όταν αυτό υπερβαίνει το εύλογο ενδιαφέρον και την εκδήλωση οργής αν μιλήσει με άλλους άνδρες, την τρομοκράτηση ή τον εκφοβισμό, την απειλή χρήσης βίας εναντίον της ίδιας ή αγαπημένου προσώπου της καθώς και προσβολές, περιφρόνηση και χειραγώγηση (Albuquerque Netto et al., 2015; Huecker, et al., 2018).

Επίσης, κάποιες μορφές που είναι άμεσα συνδεδεμένες με την ψυχολογική βία είναι η ηθική βία που χαρακτηρίζεται από συκοφαντία και δυσφήμιση, αλλά και η λεκτική βία που εμπεριέχει απειλές, λεκτική τρομοκράτηση του θύματος και εξυβρίσεις έως λεκτικό εξευτελισμό (Albuquerque Netto et al., 2015).

- **Mobbing:** Μια σύγχρονη προσέγγιση του όρου της βίας, και κυρίως της ψυχολογικής, στον σύγχρονο κοινωνικό και εργασιακό βίο αποτελεί το “mobbing”. Ο όρος “mobbing” προέρχεται από το αγγλικό ρήμα “to mob”, το οποίο με τη σειρά του προέρχεται από τη λατινική φράση “mobile vulgus”, που αντιστοιχούσε στις λέξεις συρφετός, πλήθος, όχλος, αλλά σήμαινε και ορδές πληβείων (πτωχών) ή ομάδα απαξιωμένων ατόμων. Με την πάροδο των αιώνων, η έννοια του όρου μεταλλάχθηκε σταδιακά, αποκτώντας μεγαλύτερη αρνητική υπόσταση αφού χρησιμοποιείτο πλέον για τον προσδιορισμό μιας ομάδας ατόμων που εμπνέει φόβο, επιθετικότητα, υποταγή. Το 19ο αιώνα, ο όρος “mobbing” χρησιμοποιήθηκε από Άγγλους βιολόγους για να επισημάνουν την αμυντική συμπεριφορά των πτηνών που προστατεύουν τη φωλιά τους από τα αρπακτικά. Έναν αιώνα μετά, το 1960, ο ίδιος όρος επαναχρησιμοποιήθηκε από τον ηθολόγο Αυστριακό Konrad Lorenz στο βιβλίο του «επιθετικότητα» για να περιγράψει την επιθετική συμπεριφορά μιας ομάδας μικρών ζώων έναντι ενός άλλου μεγαλύτερου μεγέθους (Ranieri, 2004).

Το φαινόμενο “mobbing” χαρακτηρίζεται ως μια διαρθρωτική δυναμική διαδικασία η οποία εξελίσσεται προοδευτικά, σκιαγραφώντας ένα πλαίσιο που περιλαμβάνει μια αλληλουχία γεγονότων, τα οποία διαφοροποιούν τα διάφορα στάδια που ευρίσκεται ο εργαζόμενος, ενώ υπόκειται στη στρατηγική ψυχολογικής βίας του θύτη. Το φαινόμενο mobbing, ανάλογα με την προέλευση και την κατεύθυνση των ενεργειών ψυχολογικής βίας, μπορεί να διαχωριστεί σε κάθετο και οριζόντιο. Το κάθετο “mobbing” – ή εκ των άνω– συνίσταται σε ψυχολογική βία, η οποία ασκείται από ένα άτομο που κατέχει ανώτερη ιεραρχική βαθμίδα σε ένα άλλο άτομο κατώτερης βαθμίδας. Μια ειδική περίπτωση κάθετου mobbing είναι το στρατηγικό mobbing ή bossing, κατά το οποίο η διοίκηση της επιχείρησης αναλαμβάνει τον ρόλο του θύτη εντάσσοντας την ψυχολογική βία στην πολιτική της επιχείρησης. Επίσης, μια σπάνια μορφή κάθετου “mobbing” είναι το ανερχόμενο “mobbing” – ή εκ των κάτω– το οποίο χαρακτηρίζεται από άσκηση ψυχολογικής βίας από εργαζόμενους κατώτερης ιεραρχικής βαθμίδας σε εργαζόμενο ανώτερης βαθμίδας. Το οριζόντιο “mobbing” συνίσταται στην ψυχολογική βία, η οποία ασκείται από έναν ή

περισσότερους εργαζόμενους σε βάρος ενός άλλου της ίδιας ιεραρχικής βαθμίδας. Οι αιτίες μπορεί να είναι πολλές: Ανταγωνισμός, φθόνος, ρατσισμός, τοπικισμός, διαφορετικές πολιτικές απόψεις (Hirigoyen, 2002).

- **Σεξουαλική Βία:** Είναι η μορφή βίας για την οποία οι γυναίκες δυσκολεύονται να εκμυστηρευτούν και να εμπιστευτούν δημιουργώντας ένα ευρύ φάσμα από τη σεξουαλική παρενόχληση μέχρι και τη σεξουαλική εκμετάλλευση χωρίς τη συναίνεση του θύματος. Χρησιμοποιεί φυσικό εξαναγκασμό για να αναγκάσει τις γυναίκες σε ανεπιθύμητες πράξεις. Κάποιες μορφές που περιλαμβάνουν αυτές τις πράξεις είναι η παρενόχληση, η λήψη ή διάδοση σεξουαλικής φωτογραφίας ή βίντεο και η μαγνητοσκόπηση (Albuquerque Netto, et al., 2015; Hirigoyen, 2006; Huecker, et al., 2018).

- **Η Οικονομική βία:** Θεωρείται ως ένας άλλος τρόπος με τον οποίο μπορεί να βλάψει το θύμα, διότι ελέγχει τα χρήματά της. Η πρόσβασή της σε αυτά πολλές φορές είναι αόρατη ή ελαχιστοποιημένη μειώνοντας τη δυνατότητα φυγής της και αυξάνοντας τον κίνδυνο να μην μπορέσει να εξασφαλίσει τους απαραίτητους οικονομικούς πόρους για να στηρίξει τον εαυτό της αλλά και τα παιδιά της (Konach, 2004; Norris, 2015). Όταν λαμβάνει χώρα στην οικογένεια, η οικονομική βία, αφορά στέρηση οικονομικών πόρων πάνω στους οποίους η σύντροφος- σύζυγος έχει δικαίωμα, απόκρυψη ή υπεξαίρεση εισοδημάτων και ιδιοκτησιών, εκμετάλλευση οικονομικών πόρων του θύματος για προσωπικούς σκοπούς του συζύγου- δράστη, στέρηση για εκείνη και συχνά για τα παιδιά βασικών φυσικών αγαθών όπως τροφή, ρούχα, φάρμακα, στέγη παρά τις υπάρχουσες οικονομικές δυνατότητες, εμπόδιο της συζύγου ή συντρόφου να εργαστεί ή να διαλέξει ελεύθερα μια απασχόληση, πίεση για σύναψη δανείων στο όνομά της. Συχνά οδηγεί σε οικονομική καταστροφή. Όταν συμβαίνει στον χώρο εργασίας, αφορά ενίοτε σεξουαλική παρενόχληση και απειλές για απόλυση.

Η έκταση όλων των μορφών βίας κυμαίνεται από κοινωνία σε κοινωνία ανάλογα με τη νομική και οικονομική θέση των γυναικών. Οι μορφές βίας κατά των γυναικών που καλύπτονται από την Ελληνική Νομοθεσία είναι:

- Η ενδοοικογενειακή σωματική βία
- Ο βιασμός, μέσα και έξω από μια σχέση
- Η σεξουαλική κακοποίηση παιδιών και εφήβων
- Η σεξουαλική παρενόχληση στον χώρο εργασίας

- Η σωματεμπορία (trafficking).

## 1.2. Σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες της βίας

Οι συνέπειες της βίας αφορούν τόσο στις γυναίκες όσο και στα παιδιά. Στο 30-60% των περιπτώσεων όπου ο σύζυγος κακοποιεί τη γυναίκα, τα παιδιά κακοποιούνται επίσης (White, Smith, Koss & Figueredo, 2000). Σε πρόσφατη έκθεση του ΠΟΥ για τη βία και την υγεία αναφέρεται ότι η βία κατά των γυναικών αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου για το 7% όλων των άμεσων θανάτων στις γυναίκες ηλικίας 15- 44 χρόνων σε όλο τον κόσμο (Krug et al. 2002). Έχει εκτιμηθεί ότι σε βιομηχανοποιημένες χώρες ο βιασμός και η ενδοοικογενειακή βία κοστίζουν στις γυναίκες πέντε υγιή χρόνια από τη ζωή τους στις ηλικίες 15-44 ετών (Abbot & Williamson, 1999).

Οι συνέπειες της βίας είναι σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές και αφορούν φυσικά και στην υγεία των γυναικών. Οι σωματικές συνέπειες περιλαμβάνουν βλάβες σε πολλά σημεία του σώματος και πολλές φορές είναι αρκετά επικίνδυνες. Ο θύτης δε διστάζει να χτυπήσει τη σύντροφό του ακόμη και αν αυτή είναι έγκυος στο παιδί του. Δεν είναι λίγες οι φορές που γυναίκες καταμαρτυρούν με απελπισία τον αριθμό των παιδιών που έχουν χάσει από ξυλοδαρμό όταν ήταν έγκυες. Πολλές μάλιστα αναφέρουν ότι ο θύτης έγινε πιο βίαιος κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Δεν είναι τυχαίο που έρευνες αναφέρουν τη βία στην οικογένεια ως μια απειλή σε όλα τα μέλη της οικογένειας, ακόμα και στο αγέννητο παιδί. Γυναίκες έχουν χάσει μέρος της όρασής τους και την ακοή τους από βίαια σπρωξίματα και χτυπήματα. Οι ψυχολογικές συνέπειες, αναφέρονται από τις γυναίκες ως πιο σοβαρές από τις σωματικές. Το να είναι οι γυναίκες σε μια βίαιη σχέση είναι ο πιο σοβαρός παράγοντας που προμηνύει ίσως την εμπλοκή των γυναικών με τον αλκοολισμό και την αυτοκτονία. Επιστήμονες μίλησαν για το σύνδρομο της κακοποιημένης γυναίκας που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενους τραυματισμούς, κοινωνική απομόνωση, χρήση ουσιών και ψυχολογικές διαταραχές (Abbott & Williamson, 1999). Προβλήματα στον ύπνο, ψυχοσωματικά συμπτώματα (ταχυκαρδία, αστάθεια, δύσπνοια), μετατραυματικό στρες είναι μερικά μόνο από τα συμπτώματα της κακοποίησης. Έρευνες έχουν δείξει πως όσο πιο σοβαρή είναι η κακοποίηση τόσο πιο έντονα είναι τα συμπτώματα σε συχνότητα και ένταση. Σε σχέση με την ψυχολογική υγεία, οι γυναίκες έχουν συνήθως μια έντονη αίσθηση ότι

κινδυνεύουν, έχουν έντονες και επίμονες μνήμες ή εικόνες, μπορούν να κάνουν σκέψεις αυτοκτονίας και μπορεί να έχουν μια μόνιμη στάση ψυχικής ετοιμότητας, φοβούμενες τι θα συμβεί την επόμενη στιγμή (μετατραυματική διαταραχή) ( Browne, 1993).

Έχει βρεθεί ότι οι κακοποιημένες γυναίκες εμφανίζουν κατάθλιψη και άγχος. Στατιστικές εκτιμήσεις υπολογίζουν ότι σχεδόν το 37% των κακοποιημένων γυναικών έχουν διάγνωση κατάθλιψης και ότι 1 στις 10 γυναίκες υποφέρει από ψυχολογική κατάπτωση. Σε μια επιδημιολογική επισκόπηση για την ενδοοικογενειακή βία, βρέθηκε ότι το 20% των κακοποιημένων γυναικών υποφέρει από ψυχολογικά προβλήματα παράλληλα με τα σωματικά. Οι εκτιμήσεις βέβαια αυξάνονται σε άλλες έρευνες και φτάνουν μέχρι 70- 80% για ελαφριά κατάθλιψη και 30- 55% για σοβαρή κατάθλιψη. Γνωρίζουμε επίσης ότι η βία στην οικογένεια επηρεάζει τα έσοδα των γυναικών και την ικανότητα να παραμείνουν στην εργασία, μειώνει τη συμμετοχή των γυναικών στη δημόσια ζωή και μειώνει τη συνεισφορά τους στην οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη (White, et al., 2000; Παπαθανασίου, 2005).

### **1.3. Βία στον Εργασιακό χώρο**

Σημαντικές αλλαγές, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στον κόσμο της εργασίας τις τελευταίες δεκαετίες, οδήγησαν στην εκδήλωση και την αποτύπωση αυτών των ιδιαίτερων κινδύνων στον τομέα της ασφάλειας και της υγείας στην εργασία. Οι εν λόγω αλλαγές οδήγησαν και στην εκδήλωση των έντονων ψυχοκοινωνικών κινδύνων, οι οποίοι χαρακτηρίζουν το εργασιακό περιβάλλον και προδιαθέτουν συχνά στην άσκηση βίας σε αυτούς τους χώρους. Οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι που οφείλονται στην εργασία αποτελούν μία από τις σημαντικότερες σύγχρονες προκλήσεις για την υγεία και την ασφάλεια και συσχετίζονται με προβλήματα στον χώρο εργασίας, όπως το εργασιακό άγχος, η βία, η παρενόχληση και ο εκφοβισμός. Οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι μπορούν να οριστούν ως οι πτυχές του σχεδιασμού, της οργάνωσης και της διαχείρισης της εργασίας, καθώς και των κοινωνικών και περιβαλλοντικών πλαισίων της, που μπορούν να προκαλέσουν ψυχολογική, κοινωνική ή σωματική βλάβη.

Στις διάφορες αποτυπώσεις της η βία γενικώς φαίνεται να έχει αυξηθεί δραματικά παγκοσμίως, τις τελευταίες δεκαετίες. Εκτός από τις πολιτικές συγκρούσεις και τους

πολέμους, η βία μπορεί επίσης να υφίσταται σε μια διαπροσωπική σχέση, να είναι αυτοκατευθυνόμενη, είτε φυσική, είτε σεξουαλική ή και πνευματική. Η βία εννοιολογικά αποτελεί έναν γενικό όρο, που συμπεριλαμβάνει όλους τους τύπους κακομεταχείρισης, συμπεριφοράς δηλαδή που υποβιβάζει ή τραυματίζει την ευζωία, την αξιοπρέπεια και την αξία ενός ατόμου. Η βία δεν έχει όρια και είναι παρούσα σε όλες τις ανθρώπινες δραστηριότητες ανεξάρτητα της ηλικίας, της φυλής, της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, της εκπαίδευσης, της θρησκείας, της σεξουαλικής φύσης και του εργασιακού χώρου (NIOSH,2018).

Πρόσφατη έρευνα κατέληξε στο ότι η βία στον εργασιακό χώρο έχει ήδη γίνει καθολική και κυριαρχεί τόσο ανάμεσα σε εργαζόμενους όσο και ανάμεσα σε επαγγελματικές ομάδες (NIOSH,2018). Η βία στον χώρο εργασίας είναι η πράξη ή η απειλή βίας, που κυμαίνεται από λεκτική κατάχρηση έως σωματικές επιθέσεις που απευθύνονται σε άτομα που εργάζονται ή υπηρετούν. Ο αντίκτυπος της βίας στον χώρο εργασίας μπορεί να κυμαίνεται από ψυχολογικά ζητήματα μέχρι σωματικές βλάβες ή ακόμα και θάνατο. Η βία μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε χώρο εργασίας και σε κάθε είδος εργαζομένου, αλλά ο κίνδυνος για θανατηφόρα βία είναι μεγαλύτερος για τους εργαζόμενους στις πωλήσεις, τις υπηρεσίες προστασίας και τις μεταφορές, ενώ ο κίνδυνος για μη θανατηφόρα βία με αποτέλεσμα ημέρες μακριά από την εργασία είναι μεγαλύτερος για την υγειονομική περίθαλψη και την κοινωνική πρόνοια (NIOSH,2018).

Μελέτες δείχνουν πως οι εργαζόμενοι οι οποίοι κινδυνεύουν περισσότερο να υποστούν παρενόχληση ή βίαιη συμπεριφορά από συναδέλφους, είναι εκείνοι που ίσως υπερτερούν, ξεχωρίζουν, διαφέρουν και εν τέλει εκείνοι που για κάποιο λόγο αλλάζουν την ισορροπία της ομάδας (Kivimaki, et al., 2003; Koukia, et al., 2009), (πίνακας 1 ).

#### **Πίνακας 1: Άτομα με μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν βίαιη συμπεριφορά**

<b>Τα άτομα που δεν έχουν τα τυπικά χαρακτηριστικά της ομάδας</b>
<b>Τα πολύ ικανά άτομα</b>
<b>Αυτοί που αντιστέκονται στη χειραγώγηση</b>
<b>Αυτοί που δεν έχουν τις καλές συμμαχίες ή δεν είναι “δικτυωμένοι”</b>
<b>Οι προστατευμένοι υπάλληλοι</b>

<b>Τα λιγότερο αποδοτικά άτομα</b>
<b>Άτομα που περνούν μια δύσκολη περίοδο</b>
<b>Άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση</b>
<b>Η επιτακτική ανάγκη αναγνώρισης</b>
<b>Τα υπερβολικά ευσυνείδητα άτομα</b>
<b>Τα πολύ αφοσιωμένα στη δουλειά τους άτομα</b>
<b>Τα ευαίσθητα άτομα</b>

Το National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), διεξάγει και δημοσιεύει έρευνα που επικεντρώνεται στους παράγοντες κινδύνου και στις στρατηγικές πρόληψης για τη βία στον χώρο εργασίας. Οι εργοδότες, οι επαγγελματίες υγείας και εργασιακής ασφάλισης και οι υπόλοιποι εργαζόμενοι μπορούν να χρησιμοποιήσουν τους κατάλληλους πόρους για να μειώσουν την επαγγελματική βία (NIOSH, 2018).

Σύμφωνα με το Bureau of Labor Statistics, 16.890 εργαζόμενοι στην ιδιωτική βιομηχανία γνώρισαν τραυματισμό από τη μη θανατηφόρα βία στον χώρο εργασίας το 2016. Αυτά τα περιστατικά χρειάζονται ημέρες απουσίας από την εργασία (Bureau of Labor Statistics ,2016) .

Από τα θύματα που υπέστησαν τραυματισμό από τη βία στον χώρο εργασίας:

- Το 70% ήταν γυναίκες.
- Το 67% ήταν ηλικίας από 25 έως 54 ετών.
- Το 70% εργάστηκε στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και της κοινωνικής πρόνοιας.
- Το 21% χρειάστηκε 31 ή περισσότερες ημέρες μακριά από την εργασία για να ανακάμψει, ενώ το 19% χρειάστηκε από 3 έως 5 ημέρες απουσίας από την εργασία.

Ειδικότερα, σε επίπεδο οργάνωσης ο εκφοβισμός στον χώρο εργασίας είναι η έκφραση της διαφοράς δύναμης του θύτη από το θύμα. Δηλαδή, άτομα με λιγότερη εξουσία σε μια οργάνωση είναι ευάλωτα, αποτελώντας έτσι στόχο εκφοβισμού από άτομα με μεγαλύτερη εξουσία που επιλέγουν να καταχραστούν τη δύναμη που κατέχουν. Αυτά τα άτομα ονομάζονται εκφοβιστές και προκαλούν κατ' επανάληψη



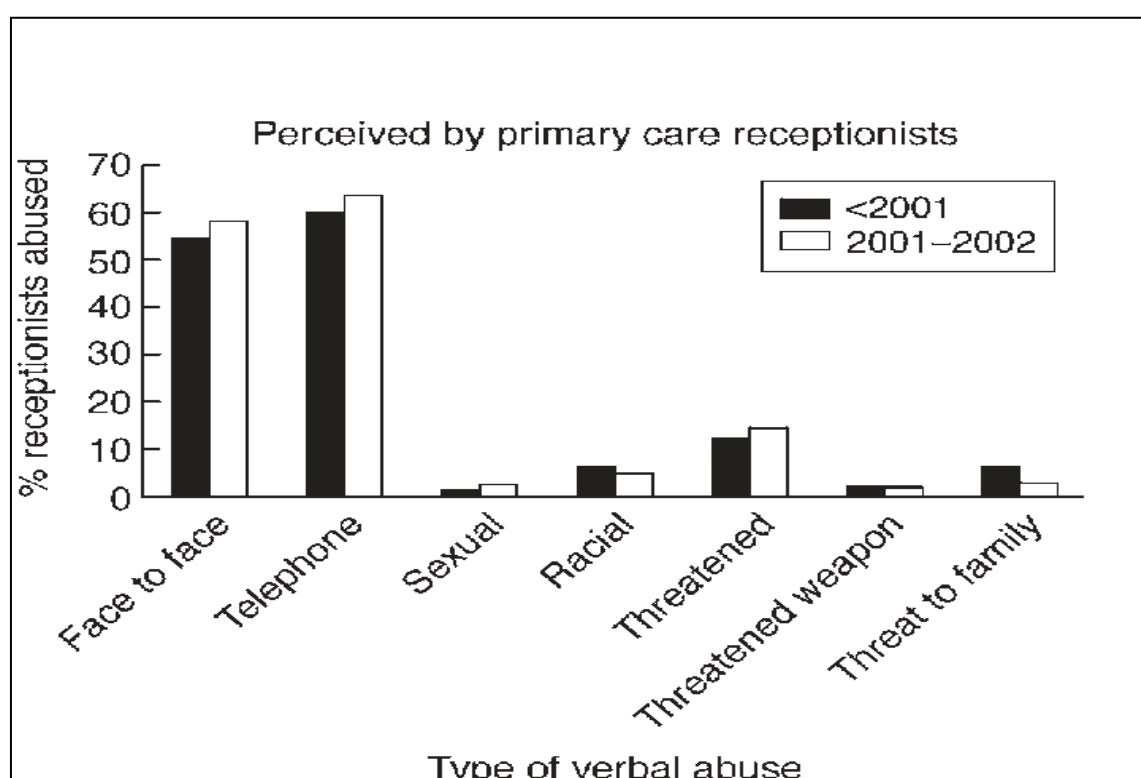
αρνητικές αντιδράσεις στους στόχους (τα λεγόμενα θύματα) της συμπεριφοράς τους. Ο Weaver υποστηρίζει ότι, οι νοσηλευτές που εκφοβίζονται είναι αυτοί που αισθάνονται την ανισορροπία δύναμης που σχετίζεται με την περιορισμένη αυτονομία και την αυταρχική ηγεσία. Η έλλειψη ελέγχου μέσω του εκφοβισμού και οι επιθετικές συμπεριφορές επηρεάζουν αρνητικά την κλινική πρακτική και τις επαγγελματικές σχέσεις των νοσηλευτών (Weaver, 2013).

Σύμφωνα με τον Hershcovis (2011), οι διάφοροι όροι συμπεριλαμβανομένων του εκφοβισμού, της αγένειας, της λεκτικής κακοποίησης, της θυματοποίησης, της ηθικής παρενόχλησης και επιθετικότητας και όλοι οι όροι που έχουν προαναφερθεί στο κεφάλαιο αυτό, έχουν μελετηθεί στον τομέα κακομεταχείρισης στον χώρο εργασίας. Ο Hershcovis πιστεύει ότι αυτοί οι όροι προκαλούν ελάχιστα διαφορετικό αντίκτυπο. Δηλαδή, τα κοινά σημεία σε όλους αυτούς τους όρους είναι πιο σημαντικά από τις διαφορές τους. Για το σκοπό της παρούσας μελέτης, ο εκφοβισμός ή η κακομεταχείριση ή η βία θα αναφέρεται σε οποιαδήποτε δυσάρεστη συμπεριφορά στον χώρο εργασίας των νοσηλευτών, είτε λεκτικά είτε με άλλο τρόπο, με αποτέλεσμα μια ποικιλία οδυνηρών συνεπειών (Hershcovis, 2011).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΒΙΑ ΣΕ ΧΩΡΟΥΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η βία σε χώρους παροχής φροντίδας υγείας αποτελεί ένα πρόβλημα υπαρκτό και ιδιαίτερα σημαντικό. Είναι απειλή για την αποτελεσματική φροντίδα και παραβιάζει τα ατομικά δικαιώματα για αξιοπρέπεια και ακεραιότητα. Διεθνώς, ένας στους τρεις νοσηλευτές έχει δεχθεί βία στο εργασιακό περιβάλλον κυρίως από ασθενείς και συγγενείς. Οι επιθέσεις σε νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας συμβαίνουν σε όλους τους χώρους εργασίας και συνιστούν έναν κίνδυνο.

Προσπαθώντας να προσδιορίσουμε την εργασιακή βία, αυτή φαίνεται ότι περιλαμβάνει φυσικές, σεξουαλικές, συναισθηματικές επιθέσεις, προφορική και φυσική κακομεταχείριση και απειλές για πρόκληση σωματικών βλαβών. Η συχνότερη μορφή βίας είναι η ψυχολογική βία. Εργασιακοί παράγοντες, όπως ο φόρτος εργασίας, οι μη ασφαλείς συνθήκες εργασίας, η έλλειψη προσωπικού έχουν ως αποτέλεσμα stress και επιθετικότητα στους νοσηλευτές με κίνδυνο για τον ασθενή αλλά και τους συναδέλφους τους (Dixon, et al., 2004).



Πηγή: Dixon, et al., 2004

Τα αποτελέσματα και οι διάφορες επιπτώσεις της εργασιακής βίας είναι πολλές, τόσο για τον εργαζόμενο, όσο και για το Σύστημα Υγείας. Κάθε νοσηλευτής έχει ευθύνη όχι μόνο να αναφέρει αλλά και να παρεμβαίνει αποτελεσματικά, όταν παρουσιάζονται συμβάντα βίας στον εργασιακό χώρο. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδεύονται σχετικά με την πρόληψη, την αναγνώριση και τη διαχείριση της βίας (Παπαδοπούλου, 2009).

Σύμφωνα με τους Howard (1996) και Peek-Asa et al., (1997), ως βία τύπου II, η οποία αποτελεί μια υποομάδα που χαρακτηρίζει τη βία σε εργασιακούς χώρους υγείας, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά και τα κίνητρα του δράστη, χαρακτηρίζεται η κατάσταση εκείνη στην οποία διαπράχθηκε βία από έναν πελάτη που λαμβάνει υπηρεσίες από μια δομή παροχής φροντίδας υγείας, όπως ένας ασθενής ή ένας επισκέπτης και αυτή η κατάσταση είναι συχνή και κοινή στα νοσοκομεία.

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο φυσικής και μη φυσικής βίας στη δουλειά. Το 2014, περισσότεροι από 9.000 επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης αντιμετώπισαν τραυματισμούς που σχετίζονται με τη βία στον χώρο εργασίας, οι οποίοι χρειάζονται μέρες μακριά από την εργασία. Για να αντιμετωπίσει αυτό το ζήτημα, το NIOSH (2017) ανέπτυξε ένα βραβευμένο, διαδικτυακό μάθημα πρόληψης της βίας στον χώρο εργασίας για τους νοσηλευτές.

## Workplace Violence Prevention Course for Nurses

Healthcare workers face the risk of physical and non-physical violence on the job. In 2014, more than 9,000 healthcare professionals experienced workplace violence related injuries that required days away from work.



To address this issue, NIOSH developed an award-winning, online **Workplace Violence Prevention Course for Nurses**. This course educates healthcare professionals on the scope and nature of violence and how to prevent it in the workplace.

### About the Course



More than **20,000** healthcare professionals have completed the course and **earned continuing education units**.



This **interactive course**, highlights **real-life workplace violence incidents**, and is available at **no cost**.



The course is intended for **healthcare professionals** — nurses, physicians, nursing students, health educators — but is **available to anyone** interested in learning about prevention strategies.



The course includes **13 modules** that take about **15 minutes each to complete**, and a posttest.



**Take the course at a time that is convenient for you**. If you have to stop the course to care for a patient, **you can pickup where you left off**.



To take the course and earn free continuing education units visit:  
[www.cdc.gov/niosh/topics/violence/training\\_nurses.html](http://www.cdc.gov/niosh/topics/violence/training_nurses.html)

To receive documents or other information about occupational safety and health topics, contact NIOSH:  
Telephone: 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636) • TTY: 1-888-232-6348  
CDC INFO: [www.cdc.gov/info](http://www.cdc.gov/info) or visit the NIOSH website at [www.cdc.gov/niosh](http://www.cdc.gov/niosh).

U.S. Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention  
National Institute for Occupational Safety and Health

DHHS (NIOSH) Publication No. 2017-114 – December 2016



Πηγή: NIOSH (2017).

Ο εκφοβισμός είναι ένα γνωστό και συνεχιζόμενο πρόβλημα κατά των νοσηλευτών. Απαιτούνται παρεμβάσεις για την προετοιμασία των φοιτητών νοσηλευτικής, για την πρόληψη και τον μετριασμό του εκφοβισμού που θα βιώσουν στη νοσηλευτική τους πρακτική. Σχετικό άρθρο επιστημονικού περιοδικού έχει ασχοληθεί με το θέμα και έχει ως σκοπό να περιγράψει τη διαδικασία ανάπτυξης και την ωφελιμότητα μιας τέτοιας παρέμβασης για χρήση από τη νοσηλευτική σχολή, πριν από την είσοδο των φοιτητών στο επάγγελμα. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα εγκρίθηκε από μία συμβουλευτική επιτροπή και θεωρήθηκε σχετικό, σαφές, απλό και μη αμφιλεγόμενο, υποδεικνύοντας ότι το πρόγραμμα έχει επαρκή εγκυρότητα περιεχομένου. Το πρόγραμμα δοκιμάστηκε πιλοτικά σε πέντε πανεπιστημιούπολεις.

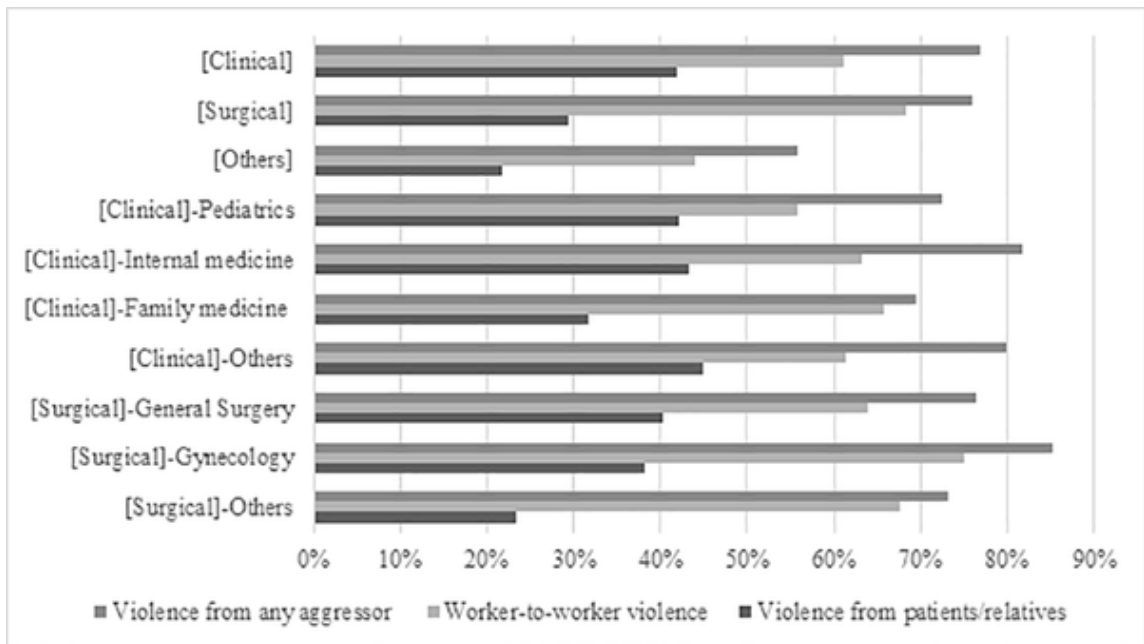
Τα μέλη του Τμήματος που υλοποίησαν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, συζήτησαν:

1. το πρόγραμμα που έχει αξία για τα μέλη του Διδακτικού Ερευνητικού Προσωπικού (ΔΕΠ) και τους σπουδαστές,
2. τις προκλήσεις για τη συνεχή υιοθέτηση του προγράμματος και
3. τις συστάσεις για την παράδοση του προγράμματος.

Το προτεινόμενο εκπαιδευτικό πρόγραμμα με πολλαπλές συνιστώσες, πολυετούς εκφοβισμού, έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει θετικά τη νοσηλευτική εκπαίδευση και τελικά τη νοσηλευτική πρακτική. Τα πορίσματα από την πιλοτική εφαρμογή του προγράμματος δείχνουν την ανάγκη ενσωμάτωσης του προγράμματος σε επιπρόσθετα μαθήματα νοσηλευτικής, τα οποία αρχίζουν κατά τη διάρκεια του δεύτερου έτους των προγραμμάτων σπουδών νοσηλευτικής (Gillespie, et al., 2017).

### **2.1. Παρενόχληση σε χώρους παροχής φροντίδας υγείας**

Όπως προαναφέρθηκε, υπάρχουν πολλές διαφορετικές πτυχές της βίας στον χώρο εργασίας. Η βία στον εργασιακό χώρο συνήθως κατανέμεται σε επίπεδα από χαμηλό επίπεδο ιεραρχίας σε υψηλό, με τον αντίκτυπο αυτού να είναι ένας σωματικός τραυματισμός ή μια απειλή, ή παρενόχληση λεκτική ή ηθική. Είναι πολύ σημαντικό να γίνει κατανοητό από όλους τους εμπλεκόμενους ότι υπάρχουν πολλές διαφορετικές μορφές παρενόχλησης στον χώρο εργασίας. Η αρμόδια επιτροπή (Equal Opportunity Commission) ορίζει την παρενόχληση ως μορφή διάκρισης στην απασχόληση που παραβιάζει τον Τίτλο VII του Νόμου περί Πολιτικών Δικαιωμάτων του 1964, τον Νόμο περί Διακρίσεων λόγω Ηλικίας στην Απασχόληση του 1967, (ADEA) και του Αμερικανικού Νόμου για τα άτομα με αναπηρίες του 1990 (Americans with Disabilities Act/ (ADA) (Equal Employment Opportunity Commission -EEOC, 2017). Αυτοί οι νόμοι και οι πράξεις παρέχουν στους υπαλλήλους την αναγκαία προστασία, απέναντι στην παρενόχληση στον εργασιακό χώρο. Επίσης, χρεώνει τους εργοδότες με την ευθύνη να διασφαλιστεί ότι ακολουθείται ο νόμος με αυστηρότητα (Occupational Safety and Health Administration- OSHA, 2017).



Πηγή: Gutierrez, et al. (2018)

Μέσα από αυτό το νομικό πλαίσιο περιγράφονται τα ακόλουθα όσον αφορά στην παρενόχληση:

Η παρενόχληση είναι μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά που βασίζεται και επηρεάζεται από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου όπως η φυλή, το χρώμα, τη θρησκεία, το φύλο, η εθνική προέλευση, η ηλικία, η αναπηρία ή η γενετική πληροφορία. Η παρενόχληση γίνεται παράνομη όταν η συνέχιση της προσβλητικής συμπεριφοράς γίνεται καθόλη τη διάρκεια της εργασίας, ή η συμπεριφορά είναι αρκετά σοβαρή ή διαδεδομένη και έτσι οι παρενοχλούντες δημιουργούν ένα εργασιακό περιβάλλον που ένα λογικό πρόσωπο θα θεωρούσε ή θα το χαρακτήριζε εκφοβιστικό, εχθρικό, ή καταχρηστικό. Οι νόμοι κατά των διακρίσεων απαγορεύουν επίσης την παρενόχληση εναντίον ατόμων ως αντίποινα για την κατάθεση κατηγορίας για διακρίσεις, ή τη μαρτυρία ή τη συμμετοχή με οποιονδήποτε τρόπο σε μια διαδικασία διερεύνησης, δίωξης ή αγωγής σύμφωνα με αυτούς τους νόμους (Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης -Συμβούλιο της Ευρώπης, 2010, OSHA,2017).

Η EEOC (2017), θεωρεί ότι η παρενόχληση μπορεί να περιλαμβάνει "επιθετική συμπεριφορά" και δεν περιορίζεται σε προσβλητικά σχόλια και καταστάσεις, σε κακίες, σε φυσικές επιθέσεις ή σε απειλές, σε εκφοβισμό, σε γελοιοποίηση ή

ψευδαισθήσεις, σε προσβολές ή υποτιμήσεις, σε προσβλητικά αντικείμενα ή εικόνες και παρεμβολή στην απόδοση της εργασίας (EEOC, 2017). Δεν πρέπει επίσης να υποτιμούμε το θέμα της σεξουαλικής παρενόχλησης το οποίο συχνά παραβλέπεται εντέχνως, κρύβεται και μπορεί να περιλαμβάνει επιθετικές παρατηρήσεις και καταστάσεις μη διαχειρίσιμες από το άτομο ή τα άτομα που εμπλέκονται. Φυσικά σε αυτό το σημείο και λαμβάνοντας υπόψη και τις σύγχρονες κοινωνίες, θα πρέπει να επισημανθεί η μη διάκριση βάσει του φύλου σε αυτές τις καταστάσεις σεξουαλικής παρενόχλησης (EEOC, 2017).

## **2.2. Εκφοβισμός σε χώρους παροχής φροντίδας υγείας**

Σύμφωνα με πρόσφατες εκτιμήσεις, η επίπτωση του εκφοβισμού που καταγράφεται στο νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό φτάνει γύρω στο 30% ( Ganz, et al., 2015; Rush, et al., 2014; Simons,2008). Οι Berry, et al. (2012), ανέφεραν υψηλότερη συχνότητα εκφοβισμού σε νοσηλευτές που έχουν πρόσφατα άδεια ασκήσεως επαγγέλματος. Το 72,6% (n = 147) του δείγματος της ανωτέρω μελέτης έδειξε ότι είχε υποστεί εκφοβισμό τον προηγούμενο μήνα. Ο Hutchinson (2013), περιγράφει περαιτέρω τον εκφοβισμό ως μια εξάπλωση που μεταδίδεται μέσω του νοσηλευτικού προσωπικού που «μοιλύνει» τις μελλοντικές γενιές των νοσηλευτών οι οποίοι αναμένεται έτσι να υιοθετήσουν συμπεριφορές εκφοβισμού και οι ίδιοι.

Ο εκφοβισμός, αποτελεί μια κατάσταση η οποία επηρεάζει το επάγγελμα της νοσηλευτικής κι ορίζεται ως οποιοδήποτε είδος επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών παρενόχλησης στις οποίες το θύμα υποφέρει από λεκτική βία, απειλές, ταπεινωτική ή εκφοβιστική συμπεριφορά, ή συμπεριφορές από τον δράστη που παρεμβαίνουν στην απόδοση στην εργασία του ή της και έχουν ως στόχο να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία και την ασφάλεια του θύματος (Center for American Nurses, 2008, Felblinger, 2008: Longo, 2007).

Σχετικές μελέτες επίσης, ανέφεραν ότι η συχνότητα εμφάνισης εκφοβισμού είναι υψηλότερη σε σχέση με τους νοσηλευτές που έχουν πρόσφατα λάβει άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, ιδιαίτερα κατά τους τρεις πρώτους μήνες μετά την άδεια. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν την ανάγκη για μελλοντικές παρεμβάσεις που να επικεντρωθούν σε αυτό το υποσύνολο του νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού (Rush, et al., 2014; Simons,2008; Vogelwohl. et al., 2013). Οι αναφερόμενοι λόγοι για τους οποίους οι

νεοπροσληφθέντες νοσηλευτές γίνονται στόχος εκφοβισμού, περιλαμβάνουν ότι ο εκφοβισμός είναι μια τελετή μετάβασης, ένας κανόνας εναντίον των νέων εργαζομένων και αποτέλεσμα περιβαλλοντικών / οργανωτικών παραγόντων όπως η υψηλή ζήτηση εργασίας (Smith, et al., 2016).

Η εμπειρία του εκφοβισμού οδηγεί σε ποικίλες συνέπειες. Οι συνέπειες του εκφοβισμού περιλαμβάνουν σημαντική ψυχική επιβάρυνση για τους νοσηλευτές, που αναφέρουν φτωχότερη ψυχική υγεία, μειωμένη συνεργασία με τα μέλη της ομάδας, αναποτελεσματική επικοινωνία, μειωμένη παραγωγικότητα εργασίας και κακή δέσμευση εργασίας (Allen, et al., 2015; Ekici & Beder, et al., 2014; Keller, et al., 2016). Οι συνέπειες αυτές επηρέασαν τελικά τους νοσηλευτές (Budden, et al., 2015; Sahay, et al., 2015; Wright, et al., 2015). Ο εκφοβισμός μεταξύ των νοσηλευτών είχε προηγουμένως συγκεντρώσει μια τέτοια αναγνώριση σε εθνικό επίπεδο (The Joint Commission, 2008). Η επιτροπή εξέδωσε μια ειδοποίηση συμβάντος, η οποία απαιτούσε από όλα τα διαπιστευμένα νοσοκομεία να αναπτύξουν έναν κώδικα δεοντολογίας και να εφαρμόσουν διαδικασίες για τη διαχείριση του εκφοβισμού. Αυτή η προειδοποίηση δεν εξάλειψε το πρόβλημα, ενώ στην πραγματικότητα, ο εκφοβισμός εξακολούθησε να οδηγεί την Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών να συγκαλεί ειδική ομάδα ειδικών θεμάτων σχετικά με την αδικία, τον εκφοβισμό και τη βία στον χώρο εργασίας, για τον εντοπισμό λύσεων για το πρόβλημα (American Nurses Association, 2015). Οι προτεινόμενες ενέργειες περιελάμβαναν την εκπαίδευση των νοσηλευτών για τον εκφοβισμό, την προώθηση θετικών διεπαγγελματικών σχέσεων και τη χρήση γνωστικής διαλεκτικής και εκπαίδευσης, ώστε να μάθουν να υπερασπίζονται επαγγελματικά τον εαυτό τους.

Αν και η θανατηφόρα βία, δηλαδή η βία που μπορεί να επιφέρει βαριά σωματική βλάβη ή και θάνατο και η οποία διαπράττεται κατά της υγείας των εργαζομένων στον τομέα της υγείας γενικότερα, αλλά και στα νοσοκομεία ειδικότερα, δεν είναι ένα νέο ζήτημα το οποίο καταγράφεται σε χώρους δημόσιας υγείας, εν τούτοις άρχισε να μελετάται ουσιαστικά τα τελευταία χρόνια και έτσι έλαβε σημαντική προσοχή από την επιστημονική κοινότητα.

Σύμφωνα με το Bureau of Labor Statistics (BLS, 2010), οι καταγραφές δείχνουν ότι οι 3.350 μη θανατηφόρες βιαιοπραγίες στον χώρο εργασίας και οι τραυματισμοί, οι οποίοι απαιτούν τουλάχιστον μία ημέρα απουσίας από την εργασία, μεταξύ των εργαζομένων γενικής ιατρικής και χειρουργικής σε νοσοκομεία, έχουν εκτιμηθεί σε



7,7 τραυματισμούς /10.000 εργαζόμενους. Αυτές οι εκτιμήσεις αντιπροσωπεύουν το 4,8% όλων των τραυματισμών και ασθενειών που απαιτούν ημέρες απουσίας από την εργασία σε αυτό το επαγγελματικό περιβάλλον, το οποίο δείχνει μια αύξηση από το αντίστοιχο ποσοστό 3,7% που καταγράφηκε από τον ίδιο οργανισμό το 2009 (BLS, 2009). Επίσης, οι εκτιμήσεις αυτές χρησιμεύουν για να τονίσουν το πρόβλημα, αν και λείπουν λεπτομέρειες σχετικά με τις περιστάσεις που περιβάλλουν αυτά τα γεγονότα. Δεδομένου ότι οι σχετικές καταγραφές περιλαμβάνουν μόνο τις περιπτώσεις που εμπλέκονται ή και περιλαμβάνουν τραυματισμό με χαμένες εργάσιμες ημέρες, δεν αντιπροσωπεύουν την πλήρη επιβάρυνση του εργαζόμενου και επαγγελματία υγείας από τη βία στον χώρο εργασίας.

### **2.3. Βία και εκφοβισμός σε νοσηλευτές**

Οι νοσηλευτές αποτελούν μια ομάδα επαγγελματιών υγείας, η οποία φαίνεται ότι βιώνει τον μεγαλύτερο όγκο βίαιων καταστάσεων (Gacki-Smith, et al., 2009). Σημαντική επιβάρυνση φαίνεται ότι βιώνουν και οι γιατροί και κυρίως εκείνοι οι οποίοι εργάζονται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών (Salerno, et al., 2009). Μελέτες επίσης, έχουν δείξει αυξημένη επίπτωση περιπτώσεων βίας σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικές δομές (Salerno, et al., 2009). Η φυσική επίθεση, η απειλή φυσικής επίθεσης και η λεκτική κακοποίηση, είναι υπότυποι βίας τύπου II, που χρησιμοποιείται συστηματικά για να καθορίσει τη φύση των βίαιων γεγονότων που διαπράττονται από ασθενείς και επισκέπτες (Pompeii et al., 2015).

Μελέτες έχουν επίσης δείξει πως οι συμπεριφορές βίας μπορεί να απορρυθμίσουν τους νοσηλευτές και χαρακτηρίζονται ως αποδιοργανωτική ή διασπαστική συμπεριφορά, μη αποδεκτή από τον σύγχρονο νοσηλευτικό κόσμο. Γενικότερα, εκφοβισμός και βία σε χώρους παροχής φροντίδας υγείας, ορίζεται ως κάθε ανάρμοστη συμπεριφορά, αντιπαράθεση ή σύγκρουση που κυμαίνεται από τη λεκτική κακοποίηση μέχρι τη σωματική και σεξουαλική παρενόχληση, εντός μιας δομής υγείας (Felblinger, 2008). Κοινά παραδείγματα διασπαστικής συμπεριφοράς είναι το να ρίπνουν οι ιατροί διαγράμματα ζωτικών σημείων ή φακέλους στο γραφείο των νοσηλευτών με υπαινικτικό και υποτιμητικό ύφος, οι νοσηλευτές να υποτιμούν τους

λιγότερο έμπειρους νοσηλευτές ή τα ανώτερα στελέχη να υποτιμούν δημοσίως το προσωπικό (Walrafen, et al., 2012).

Οι διεθνείς μελέτες επιβεβαιώνουν τα ευρήματα σχετικά με τη συχνή έκθεση σε βία στο πλαίσιο του εργασιακού χώρου των επαγγελματιών του τομέα της υγείας, είτε πρόκειται για φυσική βία είτε για βία ψυχολογικής φύσης (Park, et al., 2015; Koukia, et al., 2014). Η ψυχολογική βία έχει δείξει ότι είναι πιο διαδεδομένη από τη σωματική βία, και φαίνεται ότι αυτή είναι εκείνη η οποία μπορεί να φτάσει κατά μέσο όρο σε 2,29 επεισόδια λεκτικής επιθετικότητας ανά 8ωρο εργασίας (Lanza, 2016).

Μια συστηματική ανασκόπηση 136 μελετών, οι οποίες αθροίζουν τα εκτιμώμενα ποσοστά έκθεσης επαγγελματιών υγείας σε βίαια γεγονότα, σε διάφορες περιοχές του κόσμου, κατέγραψε ότι συνέβη τουλάχιστον ένα επεισόδιο μη φυσικής βίας σε περισσότερο από το 50% των περιπτώσεων σε όλες τις περιοχές, με το χαμηλότερο ποσοστό να παρουσιάζεται στην Ασία, ενώ η μη φυσική βία ήταν σχεδόν δύο φορές πιο διαδεδομένη στη Μέση Ανατολή. Το χαμηλότερο ποσοστό επίπτωσης επεισοδίων βίας παρουσιάστηκε στην Ευρώπη και το υψηλότερο στη Μέση Ανατολή, ενώ έφτασε στο 30,2% του νοσηλευτικού προσωπικού σε ένα ελληνικό νοσοκομείο, όπου πληθώρα επεισοδίων συνέβησαν αρκετές φορές την εβδομάδα (Xing, et al., 2015; Karatza, et al., 2016).

Η παρουσία εκφοβισμού σε νοσηλευτικά ιδρύματα και σε επαγγελματίες υγείας θεωρήθηκε ως αποδεκτό και σύνηθες χαρακτηριστικό του επαγγελματικού χώρου και φαίνεται ότι αναπαράγεται ως μέρος της οργανωτικής κουλτούρας, οδηγώντας σε ψυχική και σωματική εξουθένωση.

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν βία στον χώρο εργασίας, από όσους εργάζονται σε ιδιωτικά νοσοκομεία (Wei, et al., 2016). Η επιθετικότητα μεταξύ των ίδιων των επαγγελματιών, ερμηνεύεται ως απάντηση στις οργανωτικές αξίες που χαρακτηρίζουν την κουλτούρα τόσο την κοινωνική όσο και την οργανωσιακή, υποδηλώνουν δε τη βιωματικότητα ως αξία, ως αρετή της ομάδας, και έτσι ο επαγγελματίας αρνείται την αδυναμία και τον φόβο ενόψει των επισφαλών συνθηκών εργασίας και των κοινωνικών σχέσεων (Kvas & Seljak, 2014). Οι μελέτες έχουν επίσης επισημάνει, ότι οι νοσηλευτές είναι περισσότερο εκτεθειμένοι στη βία από άλλα μέλη της διεπαγγελματικής ομάδας και ότι έχουν από 39% έως 53% μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν βία στον χώρο εργασίας τους. Σε σχετική αναφορά του RCN

(Royal College of Nursing), βρέθηκε πως ένας στους έξι νοσηλευτές είχαν υποστεί εκφοβισμό από έναν συνάδελφο μέσα στο περασμένο έτος, αλλά μόνο το 6% των ατόμων που είχαν υποστεί εκφοβισμό, έκαναν επίσημη αναφορά του περιστατικού. Αυτό σημαίνει ότι πολλοί νοσηλευτές είναι θύματα εκφοβισμού, αλλά παραμένουν σιωπηλοί, κάτι που είναι χαρακτηριστικό των θυμάτων (Randle, 2003). Η πιθανότητα για έναν προϊστάμενο να αναφέρει τον εαυτό του/της ως θύμα εκφοβισμού αυξάνεται μεταξύ γυναικών που έχουν διευθυντικές θέσεις και έχουν παιδιά κάτω των 15 ετών στο σπίτι, μεταξύ των ατόμων που εργάζονται τη νύχτα, αυτών που πάσχουν από εργασιακό άγχος, αυτών που απολαμβάνουν λίγη ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας τους και από αυτούς που δε λαμβάνουν τις ευκαιρίες για προαγωγές στις εργασίες τους (Ariza-Montes, et al., 2014). Βέβαια φαίνεται ότι υπάρχουν έρευνες όπου τα χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και η εθνικότητα δε σχετίζονται με τη συχνότητα του εκφοβισμού (De Keyser, et al., 2015).

#### **2.4. Δράσεις για την πρόληψη και τον περιορισμό του εκφοβισμού κατά των νοσηλευτών**

Ο Οργανισμός για την υγεία, (Health Resources and Services Administration, 2013), εντόπισε ότι 140.000 νέες νοσηλεύτριες/τές, εισέρχονται στο εργατικό δυναμικό κάθε χρόνο. Αυτός ο ετήσιος αριθμός νεοπροσληφθέντων νοσηλευτών σε συνδυασμό με την ευπάθεια στον εκφοβισμό υποδηλώνει την ανάγκη να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν παρεμβάσεις έναντι αυτής της παρενόχλησης.

Οι προσπάθειες για την πρόληψη του εκφοβισμού περιλάμβαναν την ευαισθητοποίηση για σχετικά θέματα και τη χρήση της γνωστικής εκπαίδευσης νεοπροσλαμβανόμενων νοσηλευτών σε μελέτη του Griffin (2004). Στην παρέμβαση αυτής της μελέτης, οι νοσηλευτές ανέφεραν συγκεκριμένες απαντήσεις σε κοινές πράξεις εκφοβισμού (Griffin, 2004). Ο Griffin διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποίησαν αποτελεσματικά προφορικές λεκτικές απαντήσεις για να σταματήσουν πράξεις εκφοβισμού εναντίον τους. Παρόλο που άλλοι ασκούμενοι την τελευταία δεκαετία άρχισαν να υιοθετούν αυτήν την παρέμβαση, το πρόβλημα εξακολουθεί να υφίσταται. Οι πρόσθετες προσπάθειες που χρησιμοποιήθηκαν για την αντιμετώπιση του εκφοβισμού περιλάμβαναν μαθησιακές παρεμβάσεις, ομάδες συζήτησης, λέσχες περιοδικών, στρατηγικές αποξένωσης, παιχνίδι ρόλων, γνωστική

πρόβα και γνωστική προσέγγιση στη διαχείριση συγκρούσεων (Chippis & McRury, 2012; Osatuke, et al., 2009; Egues, et al., 2014). Η τελική εξάλειψη του εκφοβισμού όχι μόνο θα βελτιώσει τα αποτελέσματα της ψυχικής υγείας και την παραγωγικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού γενικά, αλλά ενδεχομένως θα επηρεάσει θετικά την παροχή φροντίδας υγείας στους ασθενείς με λιγότερα λάθη και ασφαλέστερη φροντίδα, λόγω της καταπολέμησης της μειωμένης εργασιακής ικανότητας που επιφέρει ο εκφοβισμός και η εξαπάτηση (Stagg, et al., 2013). Οι Clark, et al., (2014), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο εκφοβισμός κατά των φοιτητών νοσηλευτικής επιδεινώνεται από τους δευτεροετείς κυρίως φοιτητές της νοσηλευτικής (Clark, et al., 2014). Ο εκφοβισμός που απεικονίζουν οι φοιτητές στη μελέτη τους, περιλάμβανε εκφοβισμό εναντίον τους από μέλη ΔΕΠ αλλά και άλλους νοσηλευτές. Οι Smith et al., (2016), στη μελέτη των 56 ανώτερων φοιτητών νοσηλευτικής, συμπέραναν ότι ο εντοπισμός της παρενόχλησης εναντίον των φοιτητών νοσηλευτικής ήταν ένα σημαντικό πρόβλημα (Smith et al., 2016). Συνεπώς, γίνεται εμφανές ότι χρειάζονται εκπαιδευτικά προγράμματα κατά του εκφοβισμού που απευθύνονται σε νοσηλευτές, έτσι ώστε να περιοριστεί το φαινόμενο και να γίνει διαχειρίσιμο από τους νοσηλευτές (Fleateau-Lux & Gravel, 2013; Iheduru-Anderson, 2014; Stagg, et al., 2013; Clarke, et al., 2012).

## **2.5. Αιτιολογική προσέγγιση και κουλτούρα σχετικά με τον εκφοβισμό και τη βία σε νοσηλευτικό προσωπικό**

Η αιτιολογία της επιμονής του εκφοβισμού κατά των νοσηλευτών μπορεί να σχετίζεται με τους ίδιους τους νοσηλευτές που συμπεριφέρονται ως καταπιεσμένη ομάδα εργασίας και η κουλτούρα τους και ο επαγγελματικός πολιτισμός τους έχει γαλουχηθεί σε αυτό το πλαίσιο (Roberts, 1983; Roberts, 2015). Οι Dong and Temple (2011) στη μελέτη τους εξήγησαν ότι οι νοσηλευτές μπορεί να συμπεριφέρονται ως καταπιεσμένη ομάδα, πιθανώς λόγω της έλλειψης εξουσίας στο πλαίσιο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο χαρακτηρίζει τόσο ένα εθνικό σύστημα υγείας, όσο και έναν οργανισμό παροχής φροντίδας και την κουλτούρα του (Dong & Temple, 2011). Σύμφωνα με τον Freire (1970), τα καταπιεσμένα άτομα είναι πιο πιθανό να υιοθετήσουν και τα ίδια, καταπιεστικές συμπεριφορές εναντίον των άλλων, συμπεριλαμβανομένης και της δικής τους επαγγελματικής ή κοινωνικής τάξης, αντί του να πάρουν θέση και να αντιδράσουν εναντίον των καταπιεστών τους.

Βάσει αυτής της υπόθεσης, οι νοσηλευτές είναι πιο πιθανό να γίνουν καταπιεστικοί ή να εκφοβίσουν ή και να αντιδράσουν βίαια σε άλλους νοσηλευτές, παρά να παρέμβουν επαγγελματικά και να μετριάσουν τα προβλήματα που υποκινούν τη χρήση καταπιεστικών ή εκφοβιστικών συμπεριφορών.

Αυτές οι συμπεριφορές καταπίεσης συνοδεύονται από άτυπες συμμαχίες εργασίας, κατάχρηση νόμιμης εξουσίας, ανταμοιβές για συμπεριφορές εκφοβισμού και οργανωτική ανοχή (Dong & Temple, 2011; Felblinger, 2008; Hutchinson, et al., 2008). Αυτή η μορφή καταπιεσμένης συμπεριφοράς μπορεί να μεταβληθεί μέσω της εκπαίδευσης και εφόσον φυσικά μπορεί το άτομο να αναγνωρίσει ότι συμβαίνει η συμπεριφορά και ότι αυτή είναι προβληματική. Οποιαδήποτε εκπαίδευση απευθύνεται σε νοσηλευτές πρέπει να παρέχει μια γενική εικόνα της καταπιεσμένης συμπεριφοράς της ομάδας, να συζητά τις επαγγελματικές στρατηγικές πρόληψης και μετριασμού αυτής της βίαιης συμπεριφοράς και να δείχνει πώς να συγκεντρώνει την υποστήριξη από τους συναδέλφους περισσότερο, παρά να καταπιέζει ή να εκφοβίζει τους καταπιεστές. Χωρίς παρέμβαση, ο εκφοβισμός θα συνεχίσει να περνάει από μια γενιά νοσηλευτών στην επόμενη (Felblinger, 2008; Hutchinson, et al., 2008).

Στη μελέτη των Gillespie et al., (2017), εφαρμόστηκε παρεμβατικό πρόγραμμα έναντι του εκφοβισμού και της βίας σε νοσηλευτές και φοιτητές νοσηλευτικής. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα εγκρίθηκε από ένα αρμόδιο συμβούλιο και θεωρήθηκε σχετικό, σαφές, απλό και μη αμφιλεγόμενο, υποδεικνύοντας ότι το πρόγραμμα έχει επαρκή εγκυρότητα περιεχομένου. Το πρόγραμμα δοκιμάστηκε πιλοτικά σε πέντε πανεπιστημιακές πόλεις. Το προτεινόμενο εκπαιδευτικό πρόγραμμα με πολλαπλές συνιστώσες, πολυετούς εκφοβισμού, έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει θετικά τη νοσηλευτική εκπαίδευση και τελικά τη νοσηλευτική πρακτική. Τα πορίσματα από την πιλοτική εφαρμογή του προγράμματος δείχνουν την ανάγκη ενσωμάτωσης του προγράμματος σε επιπρόσθετα μαθήματα νοσηλευτικής, τα οποία αρχίζουν κατά τη διάρκεια του δεύτερου έτους των προγραμμάτων σπουδών νοσηλευτικής.

Το πρόγραμμα αυτό έδειξε ότι η χρήση στρατηγικών ενεργητικής μάθησης είναι ο βασικός άξονας της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Το πρόγραμμα που δοκιμάστηκε σε αυτήν τη μελέτη χρησιμοποίησε ποικίλες στρατηγικές για την προώθηση της ενεργού μάθησης. Σχετική μελέτη από ερευνητές οι οποίοι διενήργησαν μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ανοιχτή προσέγγιση στην τάξη απέδωσε θετική ικανοποίηση των σπουδαστών και ισοδύναμες ή ανώτερες

βαθμολογίες δοκιμών (Betihavas, et al., 2016). Η εκμάθηση στην αίθουσα διδασκαλίας, σχεδιάστηκε για να διευκολύνει την ενεργητική μάθηση με βάση την τεχνική αξιολόγησης της τάξης που περιγράφεται από τον Rowles (2012). Αυτό το στοιχείο χρησίμευσε ως μια διαμορφωτική αξιολόγηση για να μετρήσει τη μάθηση που αποκτήθηκε μετά την παρουσίαση του προγράμματος. Κατά τη διάρκεια αυτής της παρέμβασης, οι μαθητές έλαβαν άμεση ανατροφοδότηση ενισχύοντας ή διορθώνοντας τη βάση γνώσεων τους σχετικά με τον εκφοβισμό κατά των νοσηλευτών. Η πρακτική επίσης που βασίζεται σε απολογισμό, στηρίζεται στην ενεργητική στρατηγική μάθησης της συζήτησης μεταξύ μικρών ομάδων (Rowles, 2012a). Όπως χρησιμοποιήθηκε στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, η συζήτηση μικρής ομάδας επέτρεψε στους φοιτητές να συζητήσουν τεχνικές επίλυσης προβλημάτων για πραγματικά περιστατικά εκφοβισμού στον χώρο εργασίας που παρατηρήθηκαν στην κλινική πράξη. Η προσομοίωση τέλος, αναπαραγωγής ρόλων που εφαρμόστηκε στην τάξη, ενσωμάτωσε τις στρατηγικές ενεργητικής εκμάθησης της προσομοίωσης παιχνιδιού ρόλων, του προβληματισμού και της μεγάλης ομαδικής συζήτησης. Ο προβληματισμός έχει το πλεονέκτημα ότι βοηθά τους φοιτητές νοσηλευτικής να φέρνουν το περιβάλλον από την κουλτούρα της κλινικής στην τάξη (Rowles, 2012a). Τα μέλη ΔΕΠ φάνηκε επίσης ότι μπορούν να επιλέξουν να εργαστούν ως ειδικοί αλλά και να μην επιτρέψουν επαρκή χρόνο στους μαθητές για να προβληματιστούν σχετικά με την εκπαιδευτική εμπειρία (Rowles, 2012a).

Το προτεινόμενο εκπαιδευτικό πρόγραμμα πολλαπλών και πολυετών εκφοβισμών φάνηκε ότι έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει θετικά την εκπαίδευση νοσηλευτικής. Τα ευρήματα από την πιλοτική εφαρμογή του προγράμματος δείχνουν την ανάγκη ενσωμάτωσης του προγράμματος σε επιπρόσθετα μαθήματα νοσηλευτικής, τα οποία ξεκινούν κατά τη διάρκεια του δεύτερου έτους των προγραμμάτων σπουδών νοσηλευτικής. Εάν το πρόγραμμα περιλαμβάνει πολλαπλά έτη και πολλαπλά μαθήματα, ακόμη και με παρατεταμένες απουσίες από τις σχολές, οι φοιτητές νοσηλευτικής είναι πιθανό να παρουσιάσουν αυτό το περιεχόμενο και σε άλλα σημεία του αναλυτικού προγράμματος σπουδών τους.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΩΣ ΧΩΡΟΣ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ**

### **3.1. Η χειρουργική ομάδα και τα χαρακτηριστικά της**

Οι χειρουργικές ομάδες αποτελούν ιδιαίτερα επαγγελματικά περιβάλλοντα, με ποικιλομορφία επαγγελματιών υγείας οι οποίοι συμμετέχουν σε αυτές αλλά και διαφοροποίηση ιατρικών ειδικοτήτων. Ανάλογα δε με το επείγον ή όχι της χειρουργικής επέμβασης προκαταλαμβάνεται και το περιβάλλον σε ότι αφορά τους στρεσογόνους παράγοντες που επιδρούν σε αυτό. Συχνά οι χειρουργικές επεμβάσεις διεξάγονται κάτω από συνθήκες αβεβαιότητας και ταυτόχρονη πίεση χρόνου, με αποτέλεσμα αυτό να επιβαρύνει με ένταση την ομάδα. Γίνεται σαφές ότι η ομαδική εργασία στο χειρουργείο δεν είναι τυποποιημένη, ούτε ως προς τη διάρθρωσή της, ούτε όμως και ως προς την απόδοσή της. Η απόδοση της ομάδας ποικίλει και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την εξοικείωση μεταξύ των μελών της ομάδας, αποδίδοντας καλύτερα ακόμη και από μια καλά δομημένη και τεκμηριωμένη – προτυποποιημένη διεργασία (Grote, et al., 2004).

Η δυναμική αλληλεπίδραση της χειρουργικής ομάδας χαρακτηρίζει ουσιαστικά τόσο τη δυναμική της όσο και τη φήμη της. Η δυναμική της ομάδας αυτής περιγράφει μέσα από την εννοιολογική προσέγγισή της την πορεία της προς την επίτευξη των στόχων της και βασικοί παράγοντες που καθορίζουν αυτή τη δυναμική είναι η σύνθεσή της, το μέγεθος των συμμετεχόντων και η διάρθρωση της δομής της (Flin, et al., 2003).

Ρυθμιστικοί κανόνες της χειρουργικής ομάδας, όπως και άλλων επαγγελματικών ομάδων, αποτελούν ο καθορισμός προτύπων/ πρωτοκόλλων εργασίας, τα επαγγελματικά καθήκοντα, οι συμπεριφορές των μελών της, η καθοδήγηση και ο συντονισμός, το ηγετικό προφίλ του συντονιστή της ομάδας και του προϊστάμενου του χειρουργείου και τελικά το συνολικό πλαίσιο αναφοράς και το κλίμα ασφάλειας του χώρου και των διαδικασιών (Helmreich & Davies, 1996). Σημαντικό στοιχείο το οποίο υποδηλώνει πολιτισμική κουλτούρα αλλά και κουλτούρα ασφάλειας προκαθορίζουν οι στάσεις και οι αξίες που διέπουν το επαγγελματικό προφίλ των μελών της ομάδας. Η εθνική δε προσέγγιση και η κουλτούρα που απορρέει από το

κοινωνικό status του κάθε επαγγέλματος συχνά δίνει τα βασικά χαρακτηριστικά της ομάδας εργασίας (Sexton, et al., 2000).

Η δομή μιας ομάδας και ειδικά αυτή της χειρουργικής, οφείλει να έχει μια ξεκάθαρη ιεραρχική διαβάθμιση, συχνά όχι απόλυτα τυποποιημένη, δεδομένου του ότι οι έκτακτες συνθήκες που μπορεί να εμφανιστούν μπορεί να προκαλέσουν ιεραρχική αναπροσαρμογή αυτής της ομάδας. Η ασάφεια της ομαδικής δομής μπορεί να οδηγήσει σε διαφωνίες στις ομάδες, σχετικά με την εξουσία, την κατανομή καθηκόντων, τους ρόλους και τις ευθύνες κάτι που συχνά υπονομεύει την απόδοση της ομάδας (Leonard, et al., 2004). Κύρια στοιχεία της δομής της χειρουργικής ομάδας αποτελούν οι κανόνες λειτουργίας αυτής, οι οποίοι έχουν καθοριστεί τόσο από το νομικό πλαίσιο όσο και από ενεργοποιημένους κανονισμούς λειτουργίας, όπως είναι ο κανονισμός χειρουργείου κάθε νοσοκομείου και προτυποποιημένες διαδικασίες, επιστημονικά τεκμηριωμένες. Επίσης, οι καθορισμένοι ρόλοι των επαγγελματιών ομάδων, το πρόγραμμα χειρουργείου, το χρονοδιάγραμμα της κάθε διαδικασίας, αλλά και η σύνθεση και η διάταξη της ομάδας δίνουν σε αυτήν τη δυναμική της λειτουργία και καθορίζουν το επίπεδο επικοινωνίας (Weber, 2004).

Η επικοινωνία είναι ένα χαρακτηριστικό της ομάδας, ουσιαστικά αποτελεί τον πυρήνα της και εξασφαλίζει σ' αυτήν την ύπαρξη και την επιβίωσή της, γιατί καμία ομάδα δεν μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά, αν τα μέλη της δεν έχουν την ευχέρεια να επικοινωνούν με ευκολία μεταξύ τους. Η ελεύθερη ροή πληροφοριών (κατανόηση των πραγμάτων, σκέψεις, συναισθήματα) μεταξύ των μελών μιας ομάδας προσδιορίζει έντονα την αποτελεσματικότητα της ομάδας και την ικανοποίηση και ευχαρίστηση των μελών της (Rosenstein & O'Daniel, 2008). Η βασική δομή χαρακτηρίζει το επίπεδο επικοινωνίας και ταυτόχρονα προασπίζει την ισοτιμία των μελών της (Haas & Mortensen, 2019). Στο ένα τρίτο όλων των αναποτελεσματικών επικοινωνιών που καταγράφηκαν σε χειρουργικές ομάδες υπήρχαν ορατές επιδράσεις στις διαδικασίες της ομάδας, συμπεριλαμβανομένης της διάσπασης της συνοχής, της απώλειας πόρων, της καθυστέρησης και της διαδικαστικής απόκλισης αλλά και της απώλειας της ζωής (Undre, et al., 2006).



### **3.2. Λεκτική βία στο χειρουργείο**

Η λεκτική βία έχει γίνει ανησυχητικό φαινόμενο παγκοσμίως. Είναι όλο και περισσότερο γνωστό ως σοβαρό πρόβλημα στον τομέα της υγείας που πλήττει όλο το προσωπικό όλων των εκπαιδευτικών επιπέδων (Cooper & Swanson, 2002). Η βία δε συμβαίνει ως ένα μεμονωμένο περιστατικό, αλλά μπορεί επίσης να εκφραστεί και σε επαναλαμβανόμενες καταστάσεις και συνεχόμενα μικρά συμβάντα που προκαλούν βλάβες σωματικές και ψυχολογικές ή και μόνιμη αναπηρία ή ακόμη και θάνατο (Levin, et al.,1998). Η λεκτική κατάχρηση είναι μια ύπουλη, αλλά κοινότυπη μορφή βίας στον χώρο εργασίας στη σημερινή υγειονομική περίθαλψη και στο περιβάλλον δομών παροχής φροντίδας υγείας και κυρίως σε νοσοκομειακούς χώρους, με επιβαρυντικά αποτελέσματα στην ψυχολογία των νοσηλευτών και κυρίως σημαντική συμβολή στην επαγγελματική εξουθένωση (Sofield & Salmond,2003).

Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι κυρίως οι νοσηλευτές είναι επιρρεπείς στην απειλή τουλάχιστον ενός βίαιου λεκτικού επεισοδίου, ανεξάρτητα από το επίπεδο σπουδών τους ή την ειδικότητά τους, με μεγαλύτερη όμως επιβάρυνση σε εκείνους που εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και σε χειρουργεία (Yousef,1999) .

Οι Araujo και Sofield (1999), ανέφεραν ότι το 91,1% από 1.000 νοσηλευτές χειρουργείου που ερωτήθηκαν, είχαν πέσει θύματα λεκτικής βίας κατά τη διάρκεια της καριέρας τους. Επίσης, ο Cook et.al. (2001), σε μια μελέτη για τη λεκτική βία σε νοσηλευτικό προσωπικό περιεγχειρητικής νοσηλευτικής κατέγραψε ότι το 45% αυτών βιώνουν λεκτική βία μία φορά το μήνα τουλάχιστον.

### **3.3. Αιτιολογικοί παράγοντες πρόκλησης λεκτικής βίας στον χώρο του χειρουργείου**

Το χειρουργείο αποτελεί έναν ειδικό χώρο σε μια νοσοκομειακή δομή, η οποία έχει πολύ υψηλό ψυχολογικό φορτίο και πλείστες στιγμές έντασης, τα οποία μπορούν να επιφέρουν συχνά τόσο δυσχέρειες στην επικοινωνία μεταξύ των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας, όσο και περιστατικά λεκτικής αλλά και σωματικής βίας. Έχουν δε προσδιοριστεί πολλαπλά αίτια τα οποία δικαιολογούν τη γρήγορη εξάπλωση της λεκτικής βίας στο χειρουργείο (Cook et al., 2001).

Μεταξύ των αιτιών αυτών είναι το γεγονός ότι οι χειρουργοί αλλάζουν ή / και προσθέτουν διαδικασίες ή χρειάζονται ειδικό εξοπλισμό και υλικά χωρίς προειδοποίηση. Υπάρχουν επίσης, στα πλαίσια της ομάδας συμπάθειες και

αντιπάθειες αντίστοιχα, οι οποίες μετριάζουν ή επιδεινώνουν το αντιληπτό άγχος. Η πολιτική του νοσοκομείου και η κουλτούρα του επίσης, μπορεί να επηρεάζει τον βαθμό της λεκτικής βίας καθώς και άλλων βίαιων συμπεριφορών, ειδικά σε νοσοκομεία και συστήματα υγείας που προτάσσεται το ιατροκεντρικό σύστημα (Patrick,1989). Συχνά επίσης, οι νοσηλευτές του χειρουργείου μπορούν να αναπτύξουν αλληλεξάρτηση μεταξύ τους και αυτό να αποτελέσει έναυσμα για ένταση, όταν ο χειρουργός προσπαθήσει να αντιδράσει απέναντι σε μια συμπαγή ομάδα (Cook et al., 2001).

Χαρακτηριστικά του χειρουργείου όπως είναι η σταθερή έκθεση σε καταστάσεις μεγάλης έντασης και σε επείγουσες καταστάσεις, η πολύωρη ορθοστασία, η συνεχώς και ραγδαία εξελισσόμενη τεχνολογία, η πίεση χρόνου, αλλά και οι προσδοκίες των επαγγελματιών και η φήμη του χειρουργού αποτελούν επίσης, αίτια πρόκλησης λεκτικής βίας και συχνά κατάχρησης εξουσίας. Φυσικά στα ανωτέρω δεν πρέπει να παραβλέπεται η παιδεία και ο χαρακτήρας του κάθε επαγγελματία, τα οποία καθορίζουν συμπεριφορές και ρυθμίζουν καταστάσεις. Σημαντικός και μη αμελητέος παράγοντας είναι και το αναγκαίο διάστημα εκπαίδευσης το οποίο χρειάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό και το οποίο φυσικά δεν είναι στατικό, διότι η τεχνολογία και ο εξοπλισμός του χειρουργείου συχνά εναλλάσσεται και επαναπροσδιορίζεται. Ο εκπαιδευτικός αυτός χρόνος μερικές φορές λόγω φόρτου εργασίας και πολλών περιστατικών δε γίνεται κατανοητός από τους χειρουργούς και έτσι δημιουργούνται τριβές μεταξύ των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας (Patrick, 1989; Cook et al., 2001).

Η ρύθμιση του χειρουργείου και των διαδικασιών που το διέπουν μπορεί να είναι μια πολύ αγχωτική κατάσταση. Μια χειρουργική ομάδα αποτελείται από τους επαγγελματίες που ασχολούνται με τον τομέα της αναισθησίας, τον ή τους χειρουργούς και τους βοηθούς τους, τους νοσηλευτές ( εργαλειοδότη και νοσηλευτή κίνησης), το προσωπικό καθαριότητας και τον νοσοκόμο ή τραυματιοφορέα.

Συχνά οι προστριβές αφορούν την τήρηση των κανόνων ασηψίας/ αντισηψίας, την ένδυση, τη διατήρηση των ζωνών, την κυκλοφορία εντός και εκτός των αιθουσών, κ.λπ. (Duncan,et al., 2003).

Η συχνότητα εμφάνισης της λεκτικής βίας στη χειρουργική αίθουσα μπορεί να σχετίζεται με αλλαγές και χαρακτηριστικά που διέπουν το σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης γενικά τόσο σε εθνικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο οργανισμού. Συγχωνεύσεις, συρρίκνωση, και μειωμένα επίπεδα νοσηλευτικού

προσωπικού έχουν επηρεάσει τη στελέχωση και ως εκ τούτου τη ζήτηση για την ποιότητα και την αποδοτική φροντίδα των ασθενών (Kreitzer, et al., 1997).

Η ύπαρξη της λεκτικής βίας μέσα στο χειρουργείο πρέπει να τιθασεύεται και οι συγκρούσεις να επιλύονται σύμφωνα με τους κανόνες που διέπουν τη λειτουργία της επαγγελματικής ομάδας. Αυτό χρήζει συνεχιζόμενης επιμόρφωσης σε όλο το προσωπικό. Επίσης, η διοίκηση του οργανισμού οφείλει να ενεργοποιεί ελεγκτικούς, επιθετικούς και αμυντικούς μηχανισμούς, επαναφοράς των μη ορθών συμπεριφορών (Anderson, 2002).

Οι σχετικές μελέτες συχνά διαπραγματεύονται την επίδραση της βίας σε χειρουργικές αίθουσες και γενικότερα σε δομές φροντίδας υγείας. Είναι σαφές όμως, ότι η λεκτική βία αποτελεί μια ιδιάζουσα κατάσταση, η οποία είναι δύσκολο να αποσαφηνιστεί και να απομακρυνθούν οι συγχυτικοί παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να περιπλέκουν αυτήν την κατάσταση.

Σε εξειδικευμένη μελέτη, που διεξήχθη στην Αίγυπτο και σε χειρουργικές αίθουσες για τη λεκτική βία σε νοσηλευτές παρουσιάστηκε μια συνολική αντίληψη της συχνότητας λεκτικής βίας, τουλάχιστον μία φορά το μήνα, αν και τα επεισόδια έδειξαν να είναι μειωμένα σε σχέση με εκείνα που καταγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία (Abdou, 2011). Συγκεκριμένα στη μελέτη αυτή, οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι το 91% των περιεγχειρητικών νοσηλευτών βιώνουν λεκτική βία τουλάχιστον μία φορά ανά έτος. Αυτό φαίνεται ότι δικαιολογείται από τους ίδιους λόγω των μειωμένων οικονομικών απολαβών, την έλλειψη εμπειρίας που χαρακτηρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό, την έλλειψη στους διαθέσιμους πόρους και την απώλεια της αυτονομίας των ειδικευόμενων ιατρών, καθώς και τον μειωμένο ελεγκτικό μηχανισμό μη ορθών συμπεριφορών από τη διοίκηση και το σύστημα.

Στην ίδια γραμμή με τα αποτελέσματα της ανωτέρω μελέτης βαδίζουν και αποτελέσματα άλλων σχετικών μελετών. Από αυτές τις μελέτες προκύπτει η ταυτόσημη συχνότητα και η αρνητική επίδραση της λεκτικής βίας, αλλά και σωματικής βιαιοπραγίας σε νοσηλευτές, κυρίως από γιατρούς, που εργάζονται σε χειρουργεία (Oweis, et al., 2005; Gill, et al., 2002 ). Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών έδειξαν ότι η επικριτική βλεμματική επαφή, η λεκτική βία, ο θυμός και η ανύψωση της φωνής ήταν οι κυριότερες μορφές βίας που συνηθίζονται σε χειρουργικές αίθουσες (Gill, et al., 2002).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 4.1. Σκοπός Έρευνας

Σκοπός της διπλωματικής είναι η διερεύνηση της ύπαρξης λεκτικής βίας στον χώρο του χειρουργείου σε τρία Γενικά Νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου.

#### Ερευνητικά Ερωτήματα

- ❖ Πόσο συχνά οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονται στο χειρουργείο έγιναν αποδέκτες λεκτικής βίας στο νοσοκομείο;
- ❖ Πόσο αγχωτικό είναι το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς;
- ❖ Τι είδους λεκτικής βίας έγιναν αποδέκτες οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό και ποια η σοβαρότητα της κατάστασης;
- ❖ Ποιες ήταν οι πρώτες σκέψεις κατά τη διάρκεια της λεκτικής επίθεσης και με ποιες συμπεριφορές αντιμετωπίστηκε αυτή;
- ❖ Ποιες οι συνέπειες της λεκτικής κακοποίησης;
- ❖ Ποια συναισθήματα προκλήθηκαν μετά την εμπειρία της λεκτικής βίας και σε τι βαθμό;
- ❖ Υπάρχει διαφορά στη λεκτική βία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών/τριών;
- ❖ Υπάρχει διαφορά μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών και της λεκτικής βίας;

### 4.2. Μεθοδολογία Έρευνας

Για την επίτευξη του στόχου της μελέτης διεξήχθη έρευνα στους επαγγελματίες υγείας (Ιατρούς και Νοσηλευτές) που εργάζονται στον χώρο του χειρουργείου σε τρία Γενικά Νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου. Ειδικότερα, η έρευνα διεξήχθη στα εξής νοσοκομεία:

- Νοσηλευτική Μονάδα Άργους
- Νοσηλευτική Μονάδα Ναυπλίου
- Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου.

Αρχικά ζητήθηκε σχετική άδεια από τις Διοικήσεις των νοσηλευτικών μονάδων και του νοσοκομείου, προκειμένου να εγκριθεί το πρωτόκολλο της παρούσας μελέτης (Παράρτημα Α').

Το δείγμα της μελέτης αποτελέσαν οι εργαζόμενοι στο χειρουργείο των ανωτέρω επιλεγμένων νοσοκομειακών μονάδων. Σύμφωνα με τα στοιχεία των νοσοκομείων, στα χειρουργεία εργάζονται συνολικά 104 επαγγελματίες υγείας. Αρχικά δόθηκαν 104 ερωτηματολόγια, αλλά συλλέχθηκαν πλήρως συμπληρωμένα 80 ερωτηματολόγια, με βαθμό ανταπόκρισης 76,9%. Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της αυτοσυμπλήρωσης από τους εργαζόμενους στο χειρουργείο.

### **Ερωτηματολόγια έρευνας**

Τα ερωτηματολόγια τα οποία επιλέχθηκαν για τη συγκεκριμένη μελέτη ήταν:

- Το **Verbal Abuse Scale (VAS)**. Ως εργαλείο για την αξιολόγηση της λεκτικής βίας στο εργασιακό περιβάλλον χρησιμοποιήθηκε το μεταφρασμένο από τους Μαλλιαρού και συν., (2015), στην ελληνική γλώσσα του αξιόπιστου και έγκυρου διεθνούς ερωτηματολογίου Verbal Abuse Scale (VAS). Το εργαλείο αποτελείται από 11 ομάδες ερωτήσεων, εκ των οποίων οι έξι πρώτες αφορούν στην καταγραφή της συχνότητας που θεωρούν οι εργαζόμενοι ότι έγιναν αποδέκτες προφορικής κακοποίησης, την εργασιακή σχέση με τον θύτη, εάν έγινε παρουσία άλλων, πόσο εργασιακό άγχος δημιούργησε η λεκτική βία και εάν ο θύτης γνώριζε το αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του. Οι υπόλοιπες ομάδες ερωτήσεων σχετίζονται με τη συχνότητα και τη σοβαρότητα δέκα διαφορετικών περιπτώσεων λεκτικής κακοποίησης, την αντίδραση στο περιστατικό λεκτικής βίας, τον τρόπο αντιμετώπισης – διαχείρισης της κατάστασης από το θύμα, τη σοβαρότητα των επιπτώσεων της προφορικής κακοποίησης και τέλος, τα συναισθήματα που ένιωσε το θύμα βιώνοντας την εμπειρία της λεκτικής βίας. Στην ομάδα των ερωτήσεων αυτών, η απάντηση δίνεται σε 5βαθμη κλίμακα Likert. Για τη χρήση του εργαλείου ζητήθηκε άδεια από τους συγγραφείς αυτού (Παράρτημα Β').
- Το **PHQ-2 (Patient Health Questionnaire- 2)** για την ανίχνευση της κατάθλιψης και το **GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder- 2)** για την ανίχνευση του άγχους. Χρησιμοποιήθηκαν τα 2 ερωτηματολόγια που επιχειρούν να ανιχνεύσουν τις αγχώδεις διαταραχές καθώς και την κατάθλιψη τις τελευταίες 2 εβδομάδες με δύο ερωτήσεις το κάθε ένα. Οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων βασίζονται σε 4βαθμη κλίμακα Likert (καθόλου – σχεδόν κάθε μέρα). Τα ερωτηματολόγια έχουν προσαρμοστεί στον ελληνικό

πληθυσμό από τους Κωνσταντακόπουλος και συν. 2013, από τον οποίον ζητήθηκε άδεια για τη χρήση αυτού (Παράρτημα Β').

Στο ερωτηματολόγιο συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις καταγραφής κοινωνικοδημογραφικών και εργασιακών στοιχείων όπως: φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, ειδικότητα, χρόνια εργασίας στο νοσοκομείο.

Το σύνθετο ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας παρατίθεται στο Παράρτημα Γ'.

### **Στατιστική ανάλυση**

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα S.P.S.S. 25 (Statistical Package for Social Sciences). Η επεξεργασία βασίστηκε στην παρουσίαση περιγραφικών αποτελεσμάτων με τη μορφή ποσοστιαίων κατανομών, μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων που αφορούσαν τους ιατρούς και τους νοσηλευτές/τριες και στη σύγκριση με βάση τις ποσοστιαίες κατανομές και τις μέσες τιμές μεταξύ των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο. Επίσης, στοχεύοντας στη σημαντικότητα των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανεξαρτησίας των μεταβλητών. Οι μεταβλητές ακολουθούσαν κανονική κατανομή και έτσι επιλέχθηκαν τα παραμετρικά τεστ. Για τις δίτιμες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε το Pearson's chi-squared test και οι πίνακες συνάφειας. Για ποσοτικές μεταβλητές σε σύγκριση με δίτιμες μεταβλητές πραγματοποιήθηκε το Student's t-Test και για μεταβλητές με 3 και άνω τιμές η ανάλυση διακύμανσης (Analysis of variances). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας θα τεθεί σε 0,05.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 5.1. Τελικό Δείγμα έρευνας

Το συνολικό δείγμα της έρευνας ήταν 40 ιατροί και 40 νοσηλευτές/τριες.

**Πίνακας 2: Δείγμα έρευνας**

Νοσοκομείο Εργασίας	Αριθμός	%	Αριθμός	%
	<b>Ιατροί</b>		<b>Νοσηλευτές/τριες</b>	
Νοσηλευτική Μονάδα Άργους	16	40,0	21	52,5
Νοσηλευτική Μονάδα Ναυπλίου	7	17,5	8	20,0
Νοσοκομείο Κορίνθου	17	42,5	11	27,5

### 5.2. Αποτελέσματα Ιατρών

Η πλειοψηφία του δείγματος των ιατρών ήταν άνδρες (72,5%). Το 56% άνηκε στην ηλικιακή ομάδα 45 και άνω ετών, το 52,4% κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο και το 67,1% εργαζόταν στο νοσοκομείο 15 και άνω έτη.

**Πίνακας 3: Κοινωνικοδημογραφικά και Εργασιακά Χαρακτηριστικά Ιατρών**

	Αριθμός	Ποσοστό
<b>Φύλο</b>		
Άνδρας	29	72,5
Γυναίκα	11	27,5
<b>Ηλικιακή ομάδα</b>		
<45 ετών	18	44,0
>45 ετών	22	56,0
<b>Κάτοχος μεταπτυχιακών τίτλων</b>		
Μεταπτυχιακό	11	52,4
Διδακτορικό	10	47,6
<b>Έτη εμπειρίας σε Νοσοκομείο</b>		
<15 έτη	13	32,9
>15 έτη	27	67,1

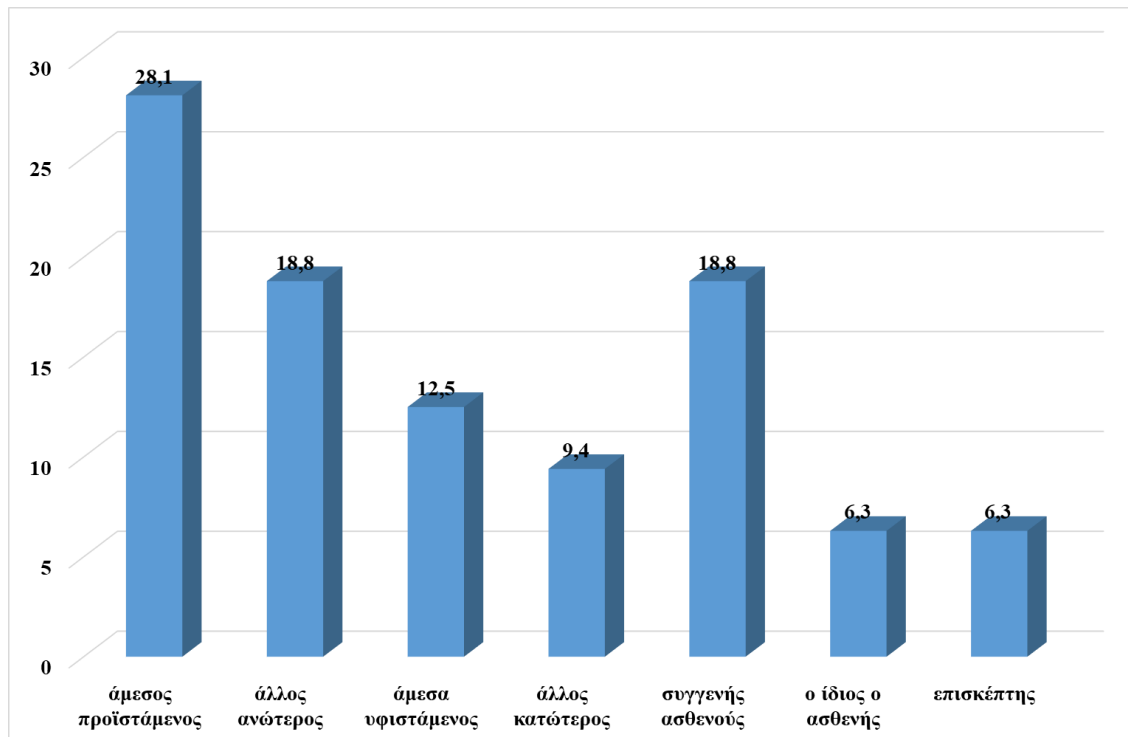
Το 79,4% των ιατρών δήλωσε ότι το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων, ενώ το 20,6% απάντησε αρνητικά.

**Πίνακας 4: Το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων;**

	Αριθμός	Ποσοστό
OXI	7	20,6
NAI	27	79,4

Το 28,1% των ιατρών απάντησε ότι ο άμεσος προϊστάμενος ήταν ο υβριστής του συνήθως, το 18,8% απάντησε άλλος ανώτερος και το ίδιο ποσοστό απάντησε συγγενής ασθενούς.

**Διάγραμμα 1: Ποια η εργασιακή σχέση σας με τον υβριστή;**



Το 38,9% των ιατρών δήλωσε ότι περισσότερες από 1 φορά ετησίως οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια. Το 19,4% απάντησε μια φορά το μήνα και το ίδιο ποσοστό περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως.



**Πίνακας 5: Πόσο συχνά θεωρείτε ότι οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια;**

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
Ποτέ	1	2,8
Μια φορά το χρόνο	1	2,8
Περισσότερες από 1 φορά ετησίως	14	38,9
Μια φορά το μήνα	7	19,4
Μια φορά τη βδομάδα	5	13,9
Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως	7	19,4
Καθημερινά	1	2,8

Το 55,6% θεωρεί ότι ο υβριστής δε γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του, ενώ το 44,4% απάντησε ότι το γνωρίζει.

**Πίνακας 6: Θεωρείτε ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του;**

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
OXI	20	55,6
NAI	16	44,4

Το 36,8% των ιατρών δήλωσε ότι έχει γίνει αποδέκτης λεκτικής βίας μια φορά το χρόνο και το 31,6% περισσότερες από 1 φορά ετησίως.

**Πίνακας 7: Πόσο συχνά γίνετε εσείς αποδέκτης λεκτικής βίας;**

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
Ποτέ	5	13,2
Μια φορά το χρόνο	14	36,8
Περισσότερες από 1 φορά ετησίως	12	31,6
Μια φορά το μήνα	1	2,6
Μια φορά τη βδομάδα	3	7,9
Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως	2	5,3
Καθημερινά	1	2,6

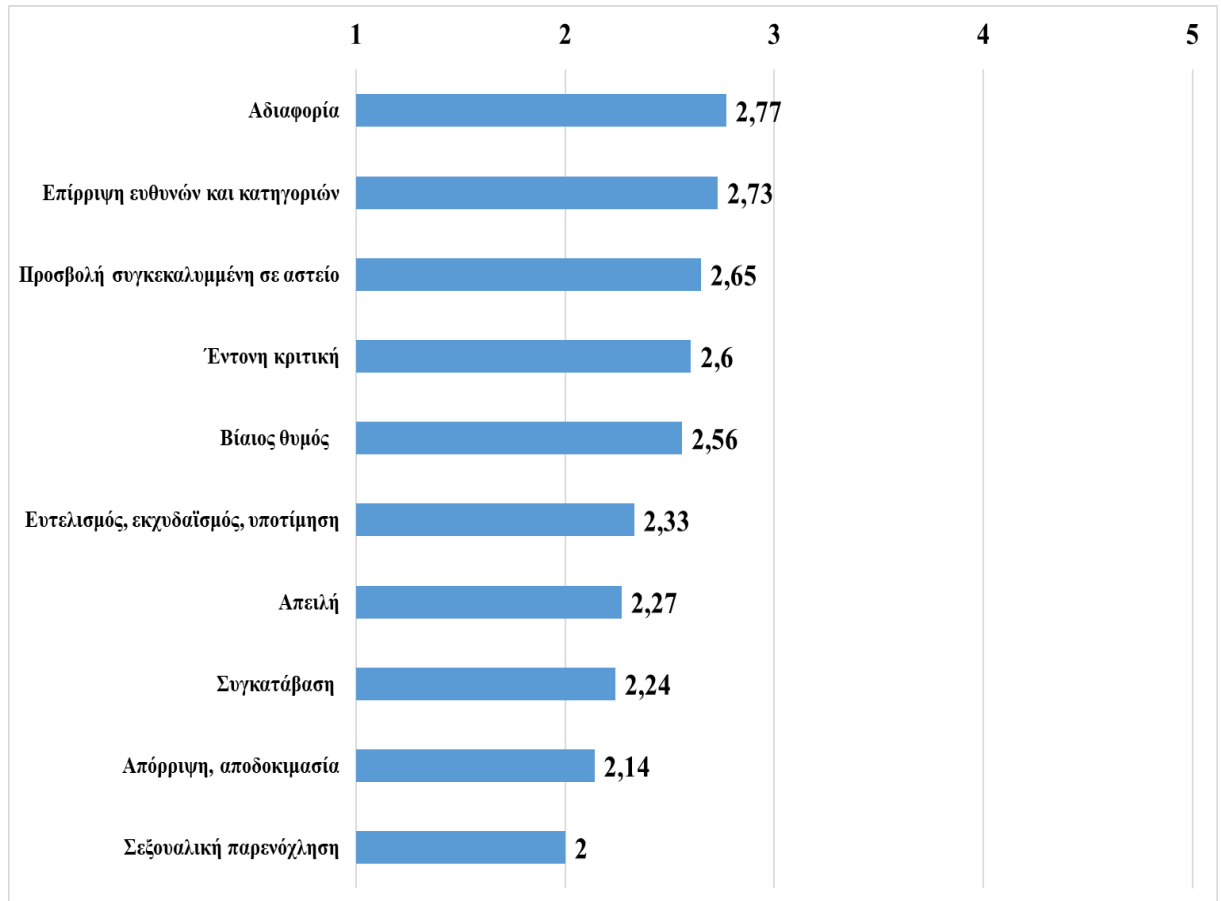
Η πλειοψηφία των ιατρών (30,6%) δήλωσε ότι το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς ήταν αρκετά αγχωτικό, το 19,4% απάντησε λίγο και το ίδιο ποσοστό πολύ.

**Πίνακας 8: Πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς;**

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
Καθόλου	4	11,1
Σχεδόν καθόλου	4	11,1
Λίγο	7	19,4
Αρκετά	11	30,6
Πολύ	7	19,4
Πάρα πολύ	1	2,8
Εξαιρετικά	2	5,6

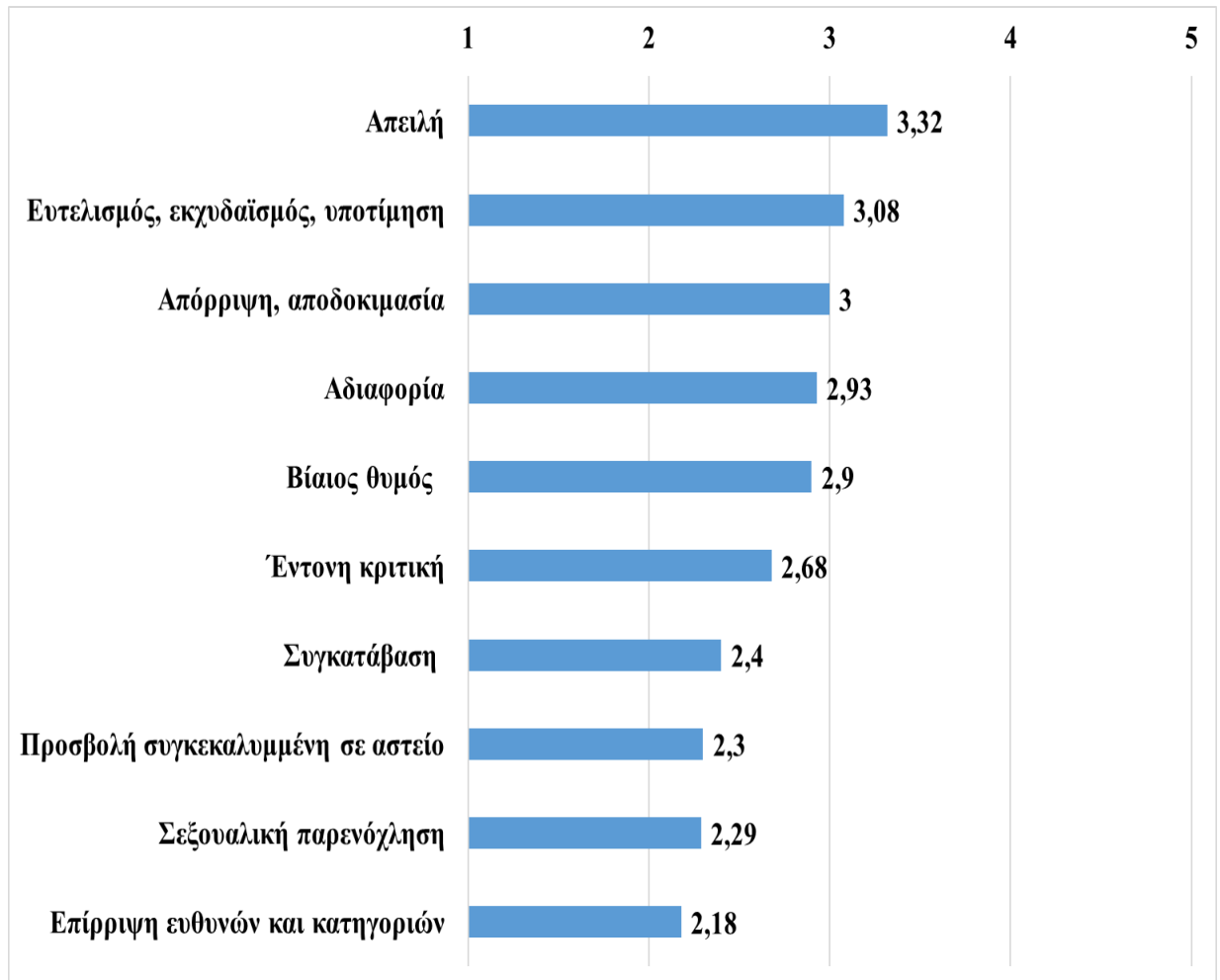
Η αδιαφορία και η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών αναφέρθηκαν από το δείγμα των ιατρών ως τα πιο συχνά είδη της λεκτικής βίας της οποίας έγιναν αποδέκτες.

**Διάγραμμα 2: Ποιο ήταν το είδος της λεκτικής βίας της οποίας γίνετε αποδέκτης ως προς τη συχνότητα;**



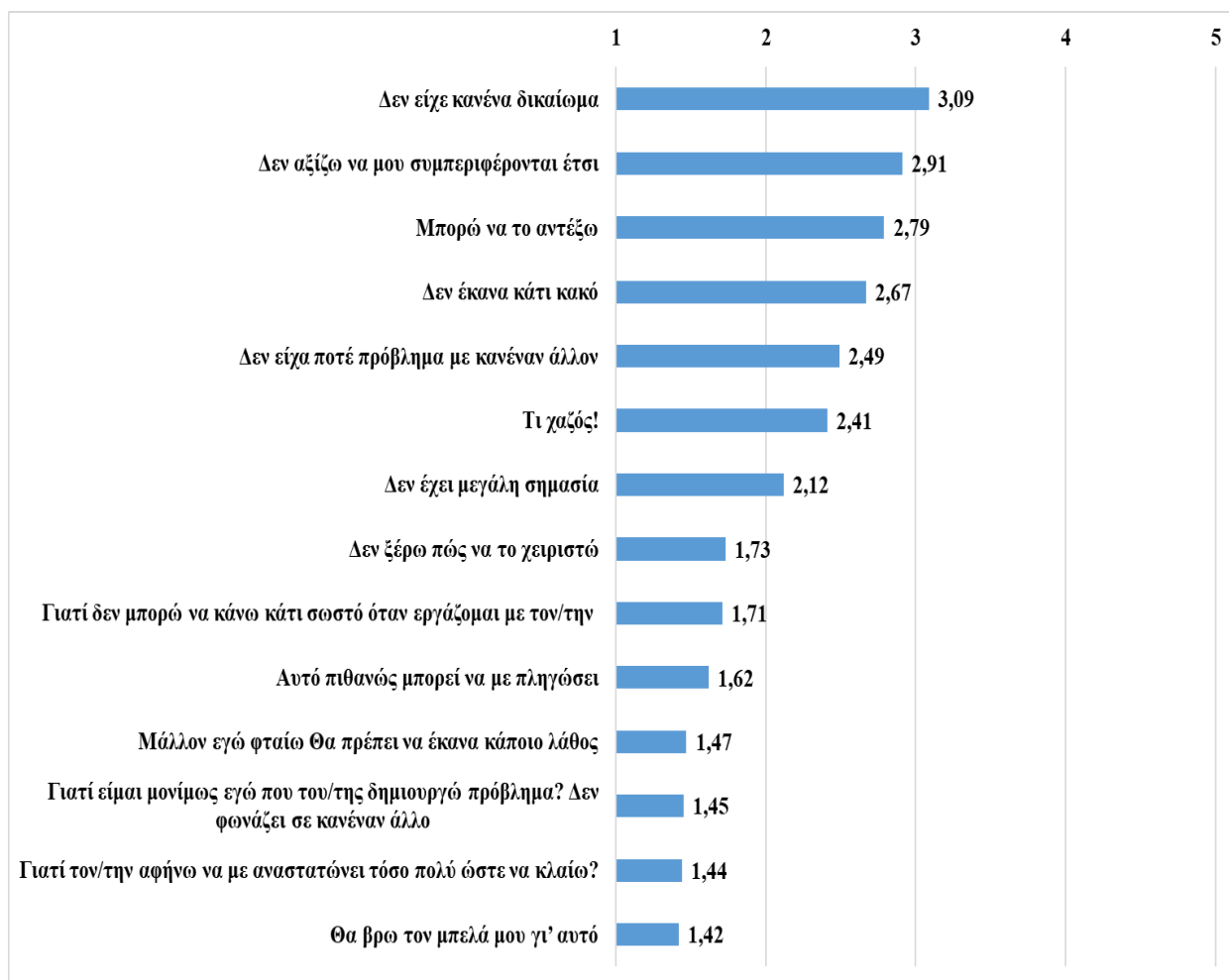
Η απειλή και ο ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση αναφέρθηκαν από το δείγμα των ιατρών ως τα πιο σοβαρά είδη της λεκτικής βίας της οποίας έγιναν αποδέκτες.

**Διάγραμμα 3: Ποιο ήταν το είδος της λεκτικής βίας της οποίας γίνατε αποδέκτης ως προς τη σοβαρότητα;**



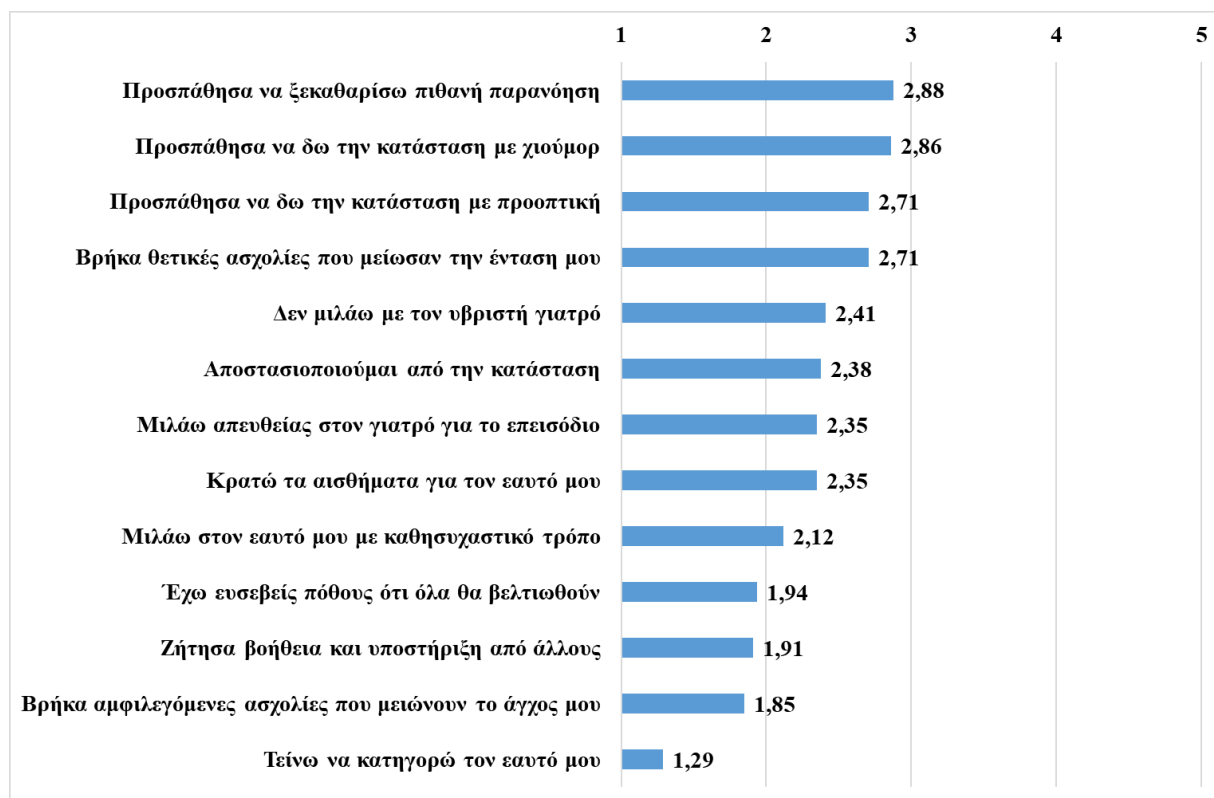
Οι πρώτες σκέψεις που αναφέρθηκαν από το δείγμα των ιατρών όταν έγιναν αποδέκτες της λεκτικής επίθεσης ήταν ότι: α) ο υβριστής δεν είχε κανένα δικαίωμα, β) δεν αξίζουν να τους συμπεριφέρονται έτσι και γ) μπορούν να το αντέξουν.

**Διάγραμμα 4: Ποιες ήταν οι πρώτες σκέψεις σας όταν γίνατε αποδέκτης της λεκτικής επίθεσης;**



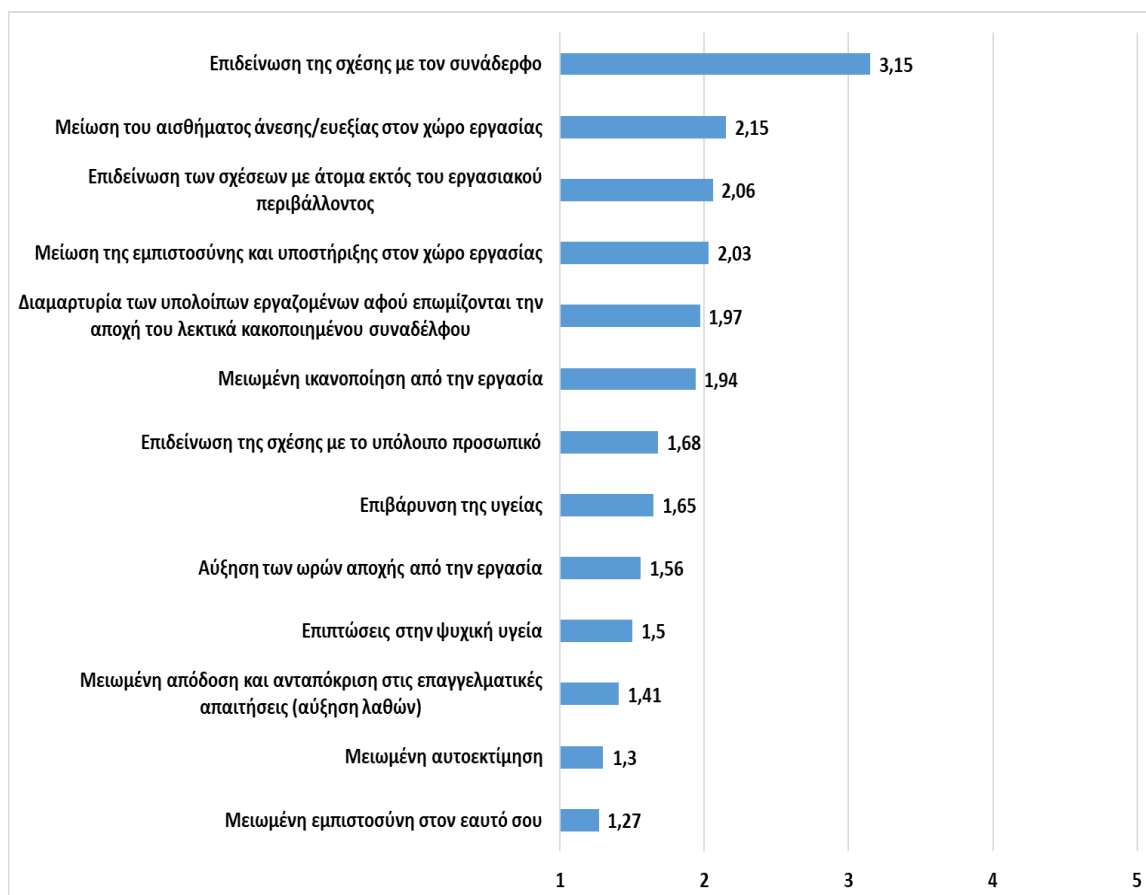
Η πλειοψηφία των ιατρών απάντησε ότι η συμπεριφορά με την οποία διαχειρίστηκε το επεισόδιο ήταν: α) να προσπαθήσει να ξεκαθαρίσει την πιθανή παρανόηση, β) να προσπαθήσει να δει την κατάσταση με χιούμορ, γ) να προσπαθήσει να δει την κατάσταση με προοπτική και δ) να βρει θετικές ασχολίες προκειμένου να μειώσει την ένταση.

**Διάγραμμα 5: Με ποια συμπεριφορά διαχειριστήκατε το επεισόδιο;**



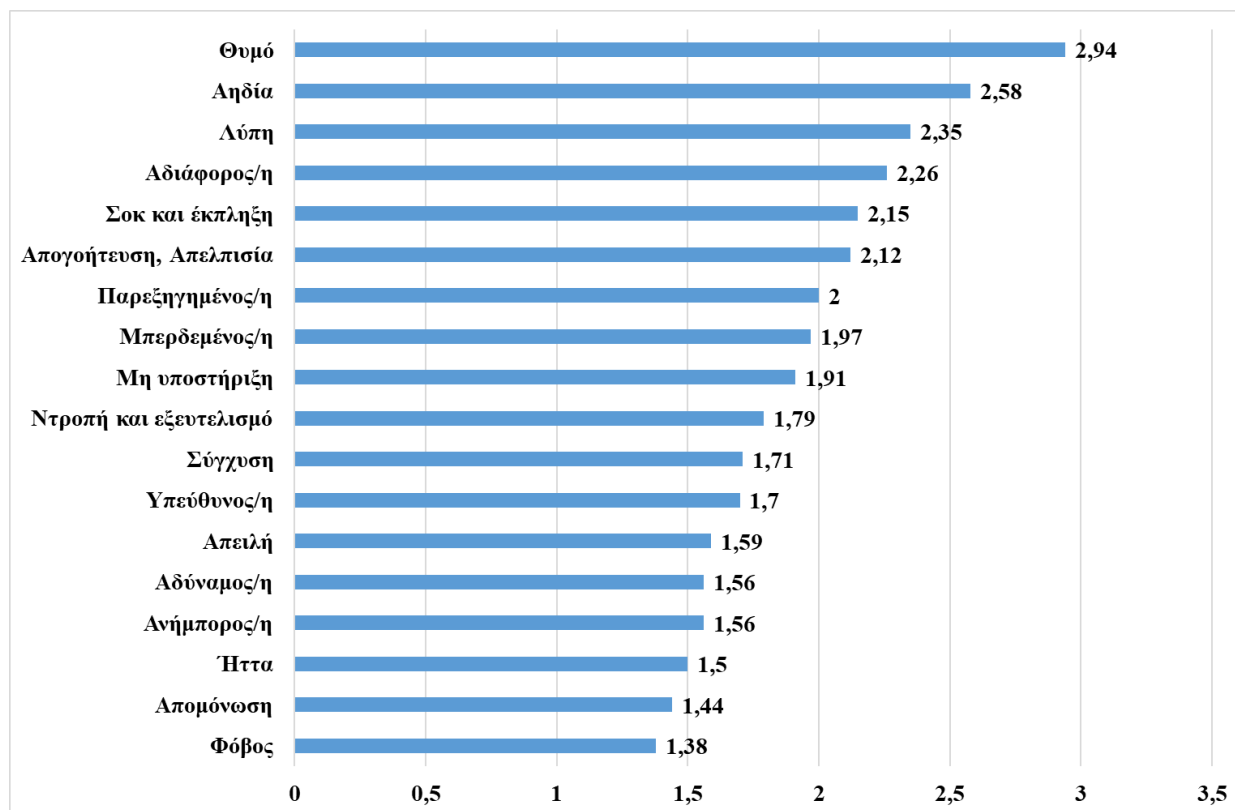
Οι ιατροί ανέφεραν ότι συνέπειες της λεκτικής κακοποίησης ήταν η επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδελφο και η μείωση του αισθήματος άνεσης/ ευεξίας στον χώρο εργασίας.

**Διάγραμμα 6: Βαθμολογήστε τη σοβαρότητα της συνέπειας της λεκτικής σας κακοποίησης.**



Η πλειοψηφία των ιατρών δήλωσε ότι μετά την εμπειρία της λεκτικής βίας, ένιωσε κυρίως θυμό, αηδία και λύπη.

**Διάγραμμα 7: Τι νιώσατε μετά την εμπειρία της λεκτικής βίας και σε τι βαθμό;**



Το 80% και το 65% των ιατρών δεν αισθάνονται άγχος ή κατάθλιψη αντίστοιχα, σε αντίθεση με το 20% και 35% αντίστοιχα που το αισθάνονται.

**Πίνακας 9: Συναίσθημα άγχους ή κατάθλιψης**

	Αριθμός	Ποσοστό
<b>Άγχος</b>		
OXI	32	80,0
NAI	8	20,0
<b>Κατάθλιψη</b>		
OXI	26	65,0
NAI	14	35,0



## Σύγκριση Αποτελεσμάτων με Κοινωνικοδημογραφικά και Εργασιακά Χαρακτηριστικά

Το 75% των κατόχων μεταπτυχιακών τίτλων σπουδών που θεωρούν ότι ο υβριστής δε γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του κατέχει Διδακτορικό τίτλο, σε σύγκριση με το 80% των κατόχων μεταπτυχιακών τίτλων σπουδών που θεωρεί ότι το γνωρίζει οι οποίοι κατέχουν Μεταπτυχιακό τίτλο.

**Πίνακας 10: Θεωρείτε ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του σε σύγκριση με ύπαρξη μεταπτυχιακών τίτλων**

		Κάτοχος μεταπτυχιακών τίτλων		P value
		Μεταπτυχιακό	Διδακτορικό	
OXI	Αριθμός	2	6	0,020
	%	25,0%	75,0%	
NAI	Αριθμός	8	2	
	%	80,0%	20,0%	

Οι γυναίκες ιατροί δήλωσαν ότι το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς ήταν περισσότερο αγχωτικό σε σύγκριση με τους άνδρες.

**Πίνακας 11: Πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς σε σύγκριση με φύλο**

Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Ανδρας	25	3,28	1,45	0,022
Γυναίκα	11	4,54	1,43	

Οι γυναίκες ιατροί πιστεύουν περισσότερο ότι δεν αξίζουν να τους συμπεριφέρονται έτσι και ότι ο υβριστής δεν έχει κανένα δικαίωμα να τους συμπεριφέρεται άσχημα. Επίσης, οι γυναίκες ιατροί ζήτησαν πιο συχνά βοήθεια και υποστήριξη από άλλους. Από την άλλη πλευρά, οι άνδρες ιατροί θεωρούν περισσότερο ότι η λεκτική βία επιδεινώνει τη σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό, επιφέρει επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και την αντιμετωπίζουν με περισσότερη αδιαφορία, σε σύγκριση με τις γυναίκες ιατρούς.

**Πίνακας 12: Λεκτική βία σε σύγκριση με φύλο**

	<b>Φύλο</b>	<b>N</b>	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>	<b>P value</b>
Δεν αξίζω να μου συμπεριφέρονται έτσι	Άνδρας	23	2,48	1,65	0,030
	Γυναίκα	11	3,82	1,54	
Δεν είχε κανένα δικαίωμα	Άνδρας	23	2,70	1,55	0,042
	Γυναίκα	11	3,91	1,58	
Ζήτησα βοήθεια και υποστήριξη από άλλους.	Άνδρας	23	1,65	1,03	0,047
	Γυναίκα	11	2,45	1,13	
Επιδείνωση της σχέσης με το υπόλοιπο προσωπικό.	Άνδρας	23	1,96	0,98	0,007
	Γυναίκα	11	1,09	0,30	
Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία.	Άνδρας	23	1,74	0,75	0,003
	Γυναίκα	11	1,00	0,00	
Αδιάφορος/η	Άνδρας	23	2,70	1,49	0,007
	Γυναίκα	11	1,36	0,50	

Οι ιατροί που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα <45 ετών θεωρούν ότι δεν έχουν κάνει κάτι κακό για να δέχονται λεκτική βία, σε σύγκριση με τους ιατρούς >45 ετών. Ωστόσο, οι ιατροί >45 ετών νιώθουν περισσότερο αδιαφορία σε σύγκριση με τους ιατρούς <45 ετών.

**Πίνακας 13: Λεκτική βία με σε σύγκριση με ηλικιακές ομάδες**

	<b>Ηλικιακές ομάδες</b>	<b>N</b>	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>	<b>P value</b>
Δεν έκανα κάτι κακό	<45 ετών	12	3,42	1,88	0,046
	>45 ετών	19	2,11	1,59	
Αδιάφορος/η	<45 ετών	12	1,17	0,58	0,046
	>45 ετών	20	1,85	1,04	

Οι ιατροί με εμπειρία <15 έτη στο νοσοκομείο έχουν δεχτεί λεκτική βία ως προσβολή συγκεκριμένη σε αστείο, σε σύγκριση με τους ιατρούς με εμπειρία >15 ετών. Οι ιατροί με εμπειρία <15 έτη στο νοσοκομείο έχουν δεχτεί ως σοβαρή μορφή βίας ευτελισμό, εκχυδαϊσμό και υποτίμηση. Οι πρώτες σκέψεις των ιατρών με εμπειρία <15 έτη στο νοσοκομείο έπειτα από το επεισόδιο της λεκτικής βίας ήταν «Τι χαζός!», «Δεν αξίζω να μου συμπεριφέρονται έτσι», «Δεν είχε κανένα δικαίωμα», «Δεν έκανα κάτι κακό» σε σύγκριση με τους ιατρούς με εμπειρία >15 ετών που τα σκέφτηκαν λιγότερο.

**Πίνακας 14: Λεκτική βία σε σύγκριση με έτη εμπειρίας στο νοσοκομείο**

	Έτη εμπειρίας στο νοσοκομείο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Προσβολή συγκεκριμένη σε αστείο	<15 έτη	12	3,25	1,22	0,011
	>15 έτη	10	1,90	0,99	
Σοβαρότητα: Ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση	<15 έτη	12	3,58	1,51	0,019
	>15 έτη	8	2,00	1,07	
Τι χαζός!	<15 έτη	17	3,00	1,58	0,009
	>15 έτη	16	1,63	1,20	
Δεν αξίζω να μου συμπεριφέρονται έτσι	<15 έτη	17	3,59	1,58	0,013
	>15 έτη	16	2,13	1,59	
Δεν είχε κανένα δικαίωμα	<15 έτη	17	3,71	1,65	0,026
	>15 έτη	16	2,44	1,46	
Δεν έκανα κάτι κακό	<15 έτη	17	3,65	1,69	0,001
	>15 έτη	15	1,53	1,25	

### 5.3. Αποτελέσματα Νοσηλευτών

Η πλειοψηφία του δείγματος των νοσηλευτών ήταν γυναίκες (77,5%). Το 51,4% άνηκε στην ηλικιακή ομάδα 45 και άνω ετών, το 72,5% είχαν ολοκληρώσει την τεχνολογική εκπαίδευση, το 10% κατείχε μεταπτυχιακό τίτλο. Το 82,5% εργαζόταν στο νοσοκομείο 15 και άνω έτη.

**Πίνακας 15: Κοινωνικοδημογραφικά και Εργασιακά Χαρακτηριστικά Νοσηλευτών**

	Αριθμός	Ποσοστό
<b>Φύλο</b>		
Άνδρας	9	22,5
Γυναίκα	31	77,5
<b>Ηλικιακή ομάδα</b>		
<45 ετών	18	48,6
>45 ετών	19	51,4
<b>Βαθμίδα εκπαίδευσης</b>		
ΠΕ	2	5,0
ΤΕ	29	72,5
ΔΕ	9	22,5
<b>Κάτοχος μεταπτυχιακών τίτλων</b>		
Μεταπτυχιακό	4	10,0
Όχι	36	90,0
<b>Έτη εμπειρίας σε Νοσοκομείο</b>		
<15 έτη	7	17,5
>15 έτη	33	82,5

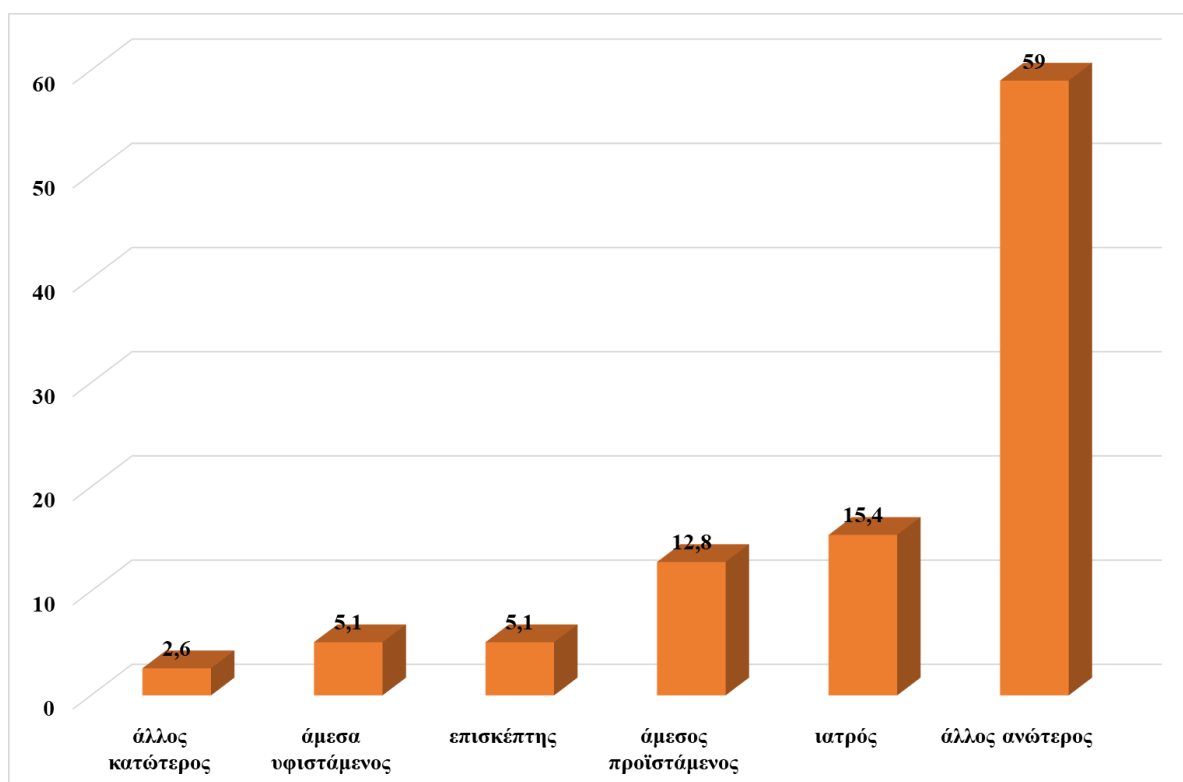
Το 91,7% του νοσηλευτικού προσωπικού δήλωσε ότι το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων, ενώ το 8,3% απάντησε αρνητικά.

**Πίνακας 16: Το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων;**

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
OXI	3	8,3
NAI	33	91,7

Το 59% του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησε ότι άλλος ανώτερος ήταν ο υβριστής συνήθως.

**Διάγραμμα 8: Ποια η εργασιακή σχέση σας με τον υβριστή;**



Το 32,5% του νοσηλευτικού προσωπικού δήλωσε ότι μια φορά το μήνα οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια. Το 25% απάντησε περισσότερες από 1 φορά ετησίως και το 20% μια φορά τη βδομάδα.

**Πίνακας 17: Πόσο συχνά θεωρείτε ότι οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια;**

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
Ποτέ	3	7,5
Μια φορά το χρόνο	6	15,0
Περισσότερες από 1 φορά ετησίως	10	25,0
Μια φορά το μήνα	13	32,5
Μια φορά τη βδομάδα	8	20,0
Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως	3	7,5
Καθημερινά	6	15,0

Το 70,3% του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρεί ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του, ενώ το 29,7% απάντησε ότι δεν το γνωρίζει.

**Πίνακας 18: Θεωρείτε ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του;**

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
OXI	11	29,7
ΝΑΙ	26	70,3

Το 25% του νοσηλευτικού προσωπικού δήλωσε ότι έχει γίνει αποδέκτης λεκτικής βίας μια φορά το χρόνο, το 22,5% περισσότερες από 1 φορά ετησίως και το 20% μια φορά το μήνα.

**Πίνακας 19: Πόσο συχνά γίνετε εσείς αποδέκτης λεκτικής βίας;**

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
Ποτέ	2	5,0
Μια φορά το χρόνο	10	25,0
Περισσότερες από 1 φορά ετησίως	9	22,5
Μια φορά το μήνα	8	20,0
Μια φορά τη βδομάδα	5	12,5

Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως	3	7,5
Καθημερινά	3	7,5

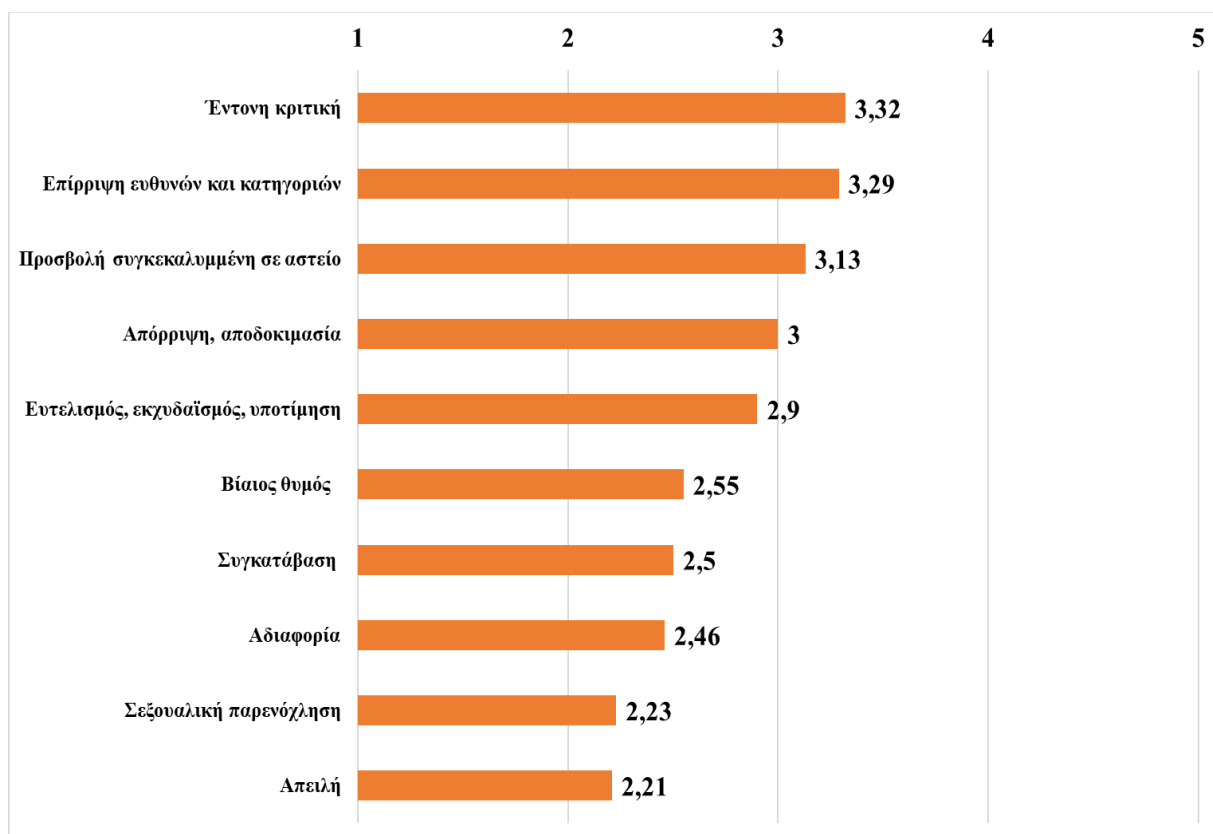
Η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού (32,5%) δήλωσε ότι το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς ήταν πάρα πολύ αγχωτικό, το 30% δήλωσε πολύ.

**Πίνακας 20: Πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς;**

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
Καθόλου	2	5,0
Σχεδόν καθόλου	2	5,0
Λίγο	2	5,0
Αρκετά	3	7,5
Πολύ	12	30,0
Πάρα πολύ	13	32,5
Εξαιρετικά	6	15,0

Η έντονη κριτική και η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών αναφέρθηκαν από το δείγμα των νοσηλευτών ως τα πιο συχνά είδη της λεκτικής βίας της οποίας έγιναν αποδέκτες.

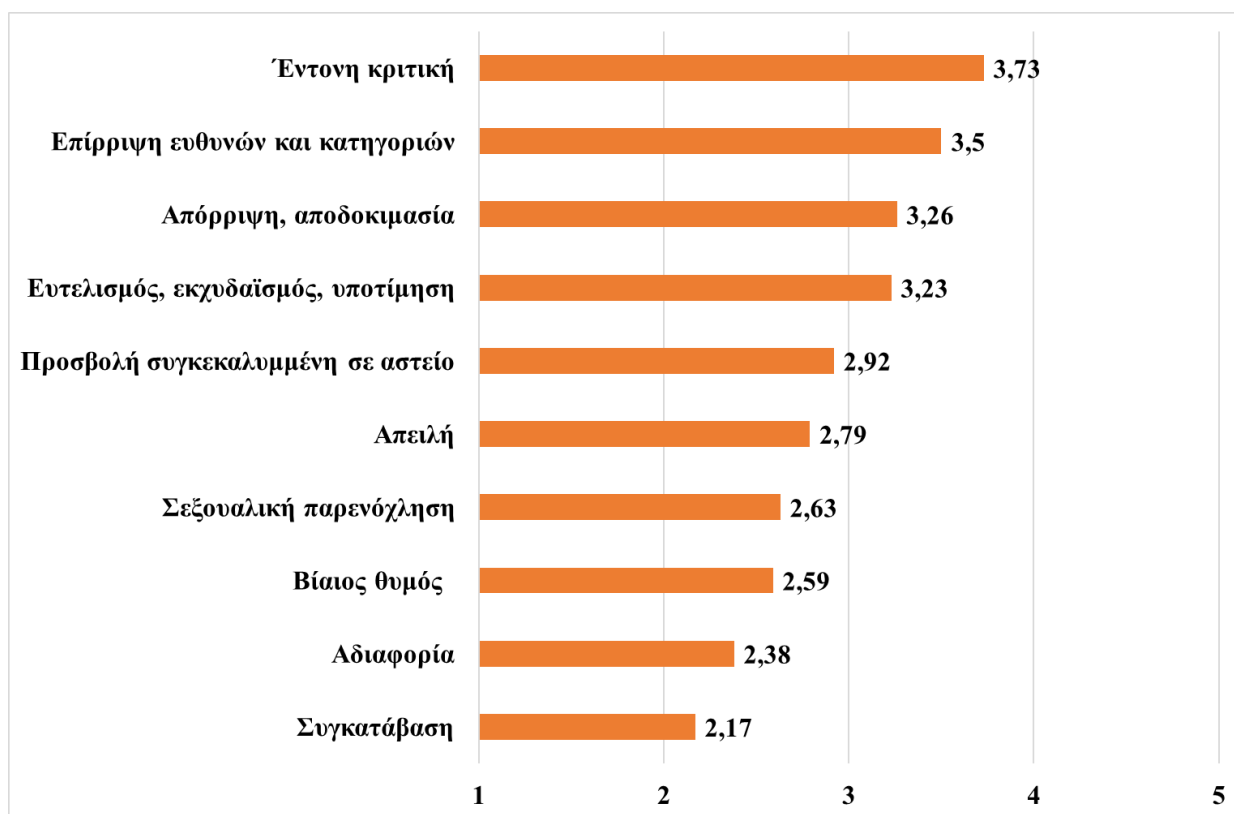
**Διάγραμμα 9: Ποιο ήταν το πιο συχνό είδος της λεκτικής βίας της οποίας γίνατε αποδέκτης;**





Η έντονη κριτική και η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών αναφέρθηκαν από το δείγμα των νοσηλευτών ως τα πιο σοβαρά είδη της λεκτικής βίας της οποίας έγιναν αποδέκτες.

**Διάγραμμα 10: Ποιο ήταν το πιο σοβαρό είδος της λεκτικής βίας της οποίας γίνετε αποδέκτης;**



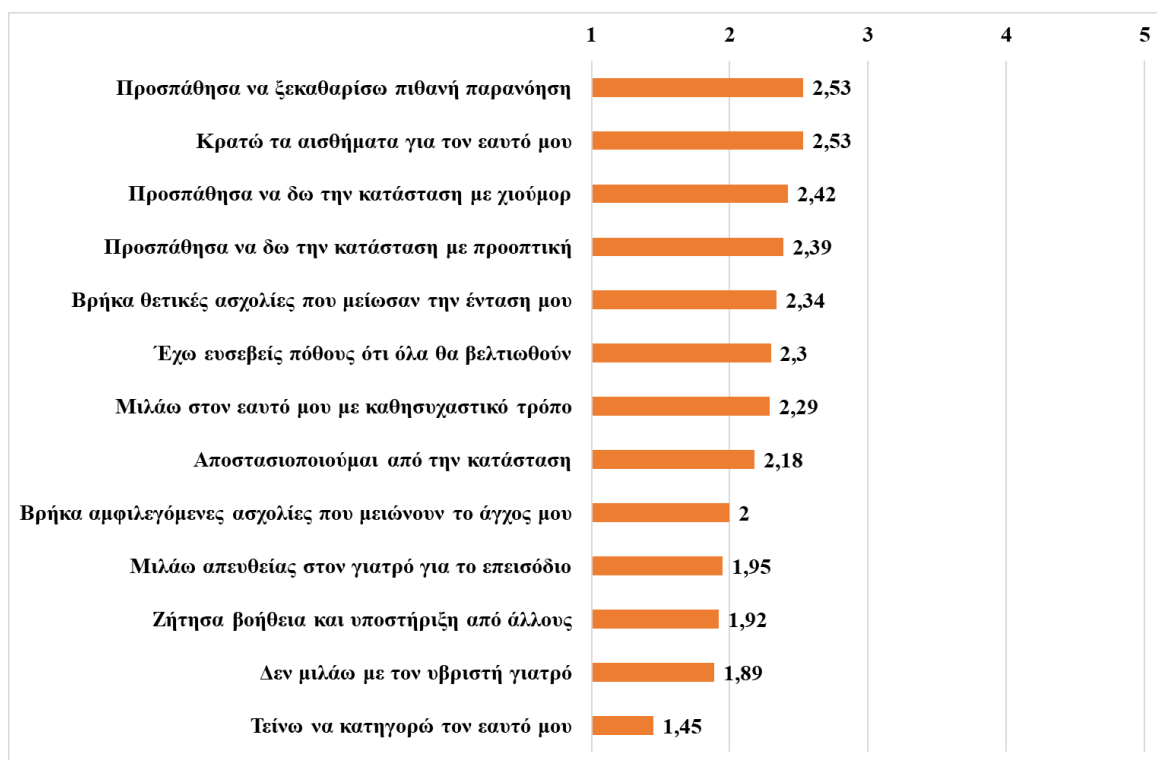
Οι πρώτες σκέψεις που αναφέρθηκαν από το δείγμα των νοσηλευτών όταν έγιναν αποδέκτες της λεκτικής επίθεσης ήταν: α) ότι ο υβριστής δεν είχε κανένα δικαίωμα, β) ότι δεν έκαναν κάτι κακό και γ) «Τι χαζός».

**Διάγραμμα 11: Ποιες ήταν οι πρώτες σκέψεις σας όταν γίνατε αποδέκτης της λεκτικής επίθεσης;**



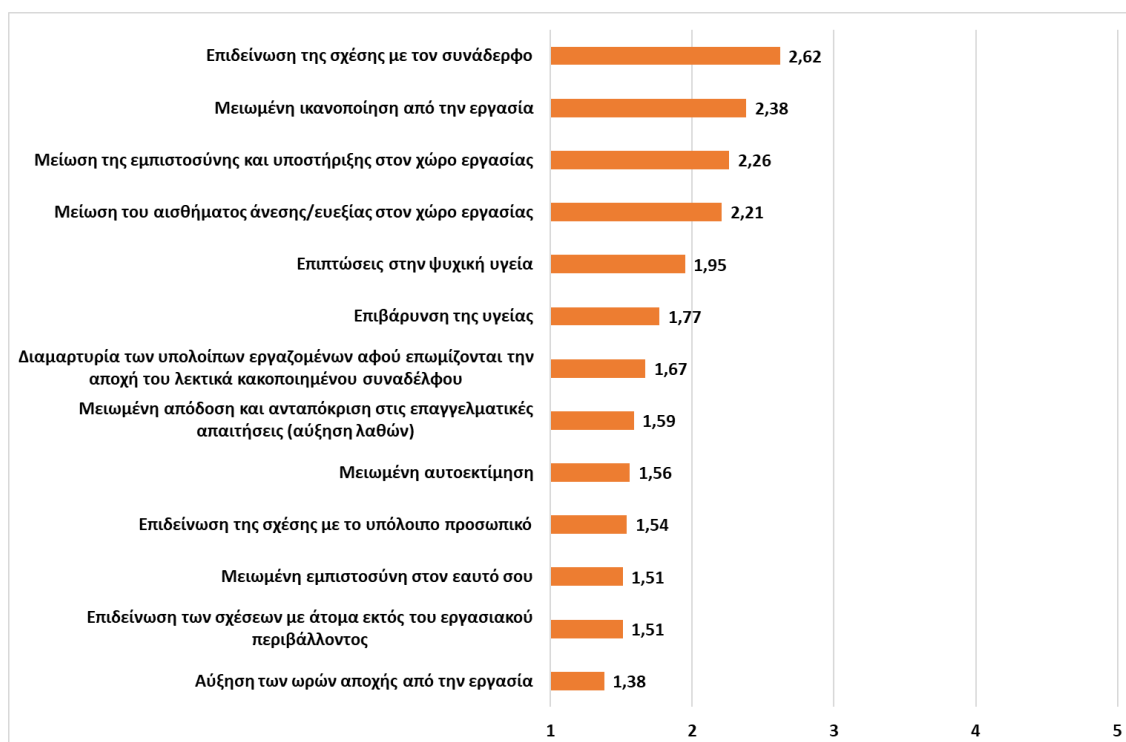
Η πλειοψηφία των νοσηλευτών απάντησε ότι η συμπεριφορά με την οποία διαχειρίστηκε το επεισόδιο ήταν: α) να προσπαθήσει να ξεκαθαρίσει την πιθανή παρανόηση, β) να κρατήσει τα αισθήματα για τον εαυτό του, γ) να προσπαθήσει να δει την κατάσταση με χιούμορ και δ) να προσπαθήσει να δει την κατάσταση με προοπτική.

**Διάγραμμα 12: Με ποια συμπεριφορά διαχειριστήκατε το επεισόδιο; Εφόσον επιθυμείτε προσθέστε και άλλα είδη συμπεριφοράς**



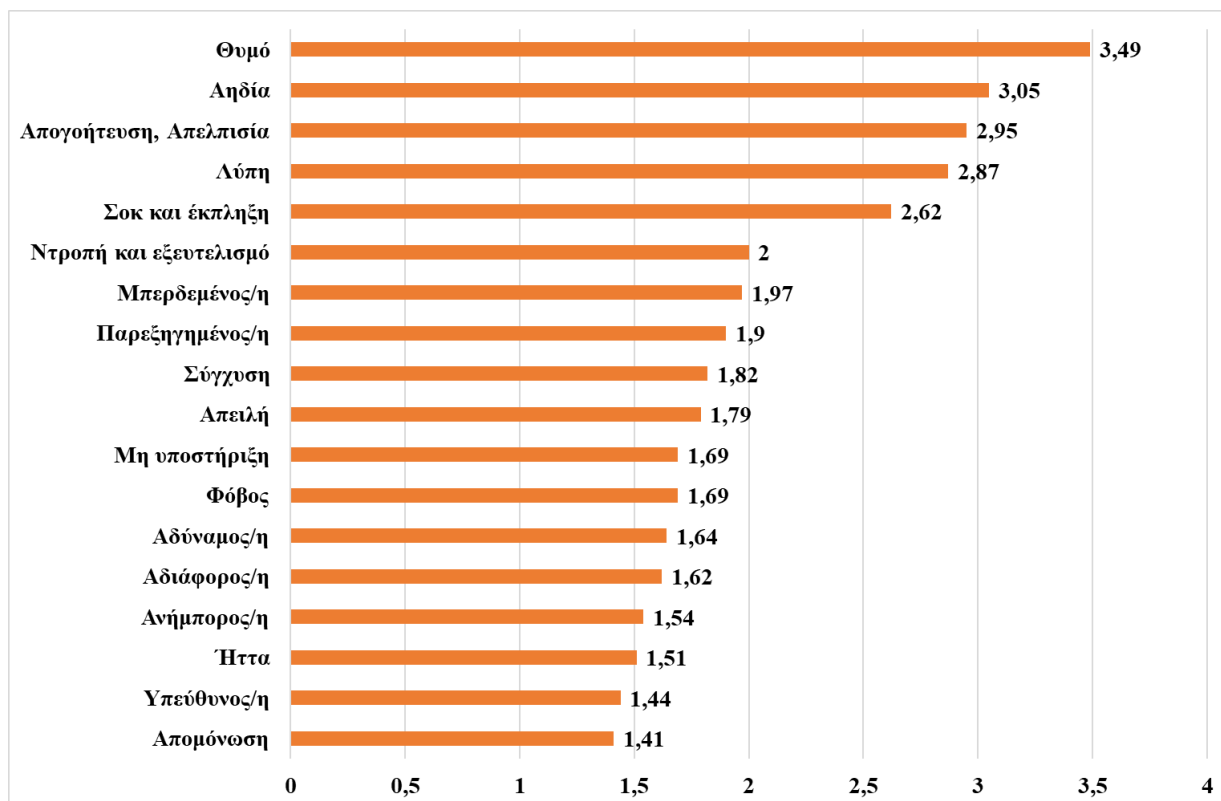
Το νοσηλευτικό προσωπικό ανέφερε ότι συνέπειες της λεκτικής κακοποίησης ήταν η επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδελφο, η μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία και η μείωση της εμπιστοσύνης και υποστήριξης στον χώρο εργασίας.

**Διάγραμμα 13: Βαθμολογήστε τη σοβαρότητα της συνέπειας της λεκτικής σας κακοποίησης**



Η πλειοψηφία των νοσηλευτών δήλωσε ότι μετά την εμπειρία της λεκτικής βίας, ένιωσε κυρίως θυμό, αηδία και απογοήτευση - απελπισία.

**Διάγραμμα 14: Τι νιώσατε μετά την εμπειρία της λεκτικής βίας και σε τι βαθμό;**



Το 59% και το 61,5% των νοσηλευτών/τριών δεν αισθάνονται άγχος ή κατάθλιψη αντίστοιχα, σε αντίθεση με το 41% και 38,5% αντίστοιχα που το αισθάνονται.

**Πίνακας 21: Συναίσθημα άγχους και κατάθλιψης**

	Αριθμός	Ποσοστό
<b>Άγχος</b>		
OXI	23	59,0
NAI	16	41,0
<b>Κατάθλιψη</b>		
OXI	24	61,5
NAI	15	38,5

## Σύγκριση Αποτελεσμάτων με Κοινωνικοδημογραφικά και Εργασιακά Χαρακτηριστικά

Οι γυναίκες νοσηλεύτριες δήλωσαν ότι το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς ήταν περισσότερο αγχωτικό σε σύγκριση με τους άνδρες. Επίσης, οι γυναίκες νοσηλεύτριες πιστεύουν περισσότερο ότι δεν έκαναν κάτι κακό για να τους συμπεριφέρονται έτσι. Ακόμη οι γυναίκες έπειτα από τη λεκτική βία αισθάνονται περισσότερο απογοήτευση, απελπισία, αηδία και παρεξηγημένες σε σύγκριση με τους άνδρες νοσηλευτές.

**Πίνακας 22: Λεκτική βία σε σύγκριση με φύλο**

	Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς;	Άνδρας	9	3,89	1,69	0,007
	Γυναίκα	31	5,45	1,39	
Δεν έκανα κάτι κακό	Άνδρας	9	2,00	1,50	0,022
	Γυναίκα	31	3,48	1,67	
Απογοήτευση, Απελπισία	Άνδρας	9	2,00	1,32	0,025
	Γυναίκα	30	3,23	1,41	
Αηδία	Άνδρας	9	2,11	1,36	0,033
	Γυναίκα	30	3,33	1,47	
Παρεξηγημένος/η	Άνδρας	9	1,11	0,33	0,033
	Γυναίκα	30	2,13	1,36	

Το νοσηλευτικό προσωπικό <45 ετών δήλωσε ότι το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς ήταν περισσότερο αγχωτικό σε σύγκριση με τους νοσηλευτές >45 ετών. Η πρώτη σκέψη των νοσηλευτών <45 ετών έπειτα από το επεισόδιο της λεκτικής βίας ήταν «Τι χαζός!», «Δεν έκανα κάτι κακό», «Αυτό πιθανώς μπορεί να με πληγώσει» σε σύγκριση με τους νοσηλευτές >45 ετών που τα σκέφτηκαν λιγότερο. Η συμπεριφορά με την οποία διαχειριστήκαν το επεισόδιο λεκτικής βίας το νοσηλευτικό προσωπικό <45 ετών ήταν να μιλήσει στον εαυτό του με καθησυχαστικό τρόπο, ή να αποστασιοποιηθεί από την κατάσταση, σε σύγκριση με τα άτομα >45 ετών που το έκαναν λιγότερο. Το νοσηλευτικό προσωπικό <45 ετών αισθάνθηκε περισσότερο ήττα μετά τη λεκτική βία σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό >45 ετών.

**Πίνακας 23: Λεκτική βία σε σύγκριση με ηλικιακές ομάδες**

	Ηλικιακές ομάδες	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς;	<45 ετών	18	5,72	0,89	0,020
	>45 ετών	19	4,53	1,90	
Τι χαζός!	<45 ετών	18	3,78	1,44	0,013
	>45 ετών	19	2,37	1,80	
Δεν έκανα κάτι κακό	<45 ετών	18	3,89	1,53	0,016
	>45 ετών	19	2,53	1,74	
Αυτό πιθανώς μπορεί να με πληγώσει	<45 ετών	18	2,94	1,51	0,018
	>45 ετών	19	1,84	1,17	
Μιλάω στον εαυτό μου με καθησυχαστικό τρόπο.	<45 ετών	17	2,76	1,03	0,014
	>45 ετών	18	1,78	1,22	
Αποστασιοποιούμαι από την κατάσταση	<45 ετών	17	2,71	1,26	0,010
	>45 ετών	18	1,67	0,97	
Ήττα	<45 ετών	17	1,88	1,17	0,030
	>45 ετών	19	1,21	0,54	

Οι νοσηλευτές που έχουν ολοκληρώσει ΔΕ βρήκαν θετικές ασχολίες που μείωσαν την ένταση τους μετά το επεισόδιο της λεκτικής βίας. Οι νοσηλευτές που έχουν ολοκληρώσει ΠΕ ένιωσαν μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία μετά το επεισόδιο της λεκτικής βίας και αύξησαν τις ώρες αποχής από την εργασία.

**Πίνακας 24: Λεκτική βία σε σύγκριση με βαθμίδα εκπαίδευσης**

Βαθμίδα εκπαίδευσης		Βρήκα θετικές ασχολίες που μείωσαν την ένταση μου	Μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία	Αύξηση των ωρών αποχής από την εργασία
ΠΕ	Μέση τιμή	3,00	4,50	3,00
	N	2,00	2,00	2,00
	Τυπική απόκλιση	1,41	0,71	2,83
ΤΕ	Μέση τιμή	2,03	2,52	1,28
	N	29,00	29,00	29,00
	Τυπική απόκλιση	0,98	1,27	0,65
ΔΕ	Μέση τιμή	3,43	1,38	1,38
	N	7,00	8,00	8,00

	<b>Τυπική απόκλιση</b>	1,40	0,74	0,74
<b>P value</b>		0,011	0,004	0,022

Οι πρώτες σκέψεις των νοσηλευτών με εμπειρία <15 έτη στο νοσοκομείο ήταν «Θα βρω τον μπελά μου γι' αυτό», «Γιατί δεν μπορώ να κάνω κάτι σωστό όταν εργάζομαι με τον/την...», «Δεν ξέρω πώς να το χειριστώ», «Αυτό πιθανώς μπορεί να με πληγώσει», «Μάλλον εγώ φταίω Θα πρέπει να έκανα κάποιο λάθος», «Γιατί είμαι μονίμως εγώ που του/της δημιουργώ πρόβλημα?», «Δεν φωνάζει σε κανέναν άλλο», «Γιατί τον/την αφήνω να με αναστατώνει τόσο πολύ ώστε να κλαίω?» σε σύγκριση με τους νοσηλευτές με εμπειρία >15 ετών που τα σκέφτηκαν λιγότερο. Η συμπεριφορά με την οποία διαχειρίστηκε το επεισόδιο της λεκτικής βίας το νοσηλευτικό προσωπικό με εμπειρία <15 έτη ήταν να προσπαθήσει να δει την κατάσταση με προοπτική, να ζητήσει βοήθεια και υποστήριξη από άλλους, να μιλήσει στον εαυτό του με καθησυχαστικό τρόπο, να αποστασιοποιηθεί από την κατάσταση και να κατηγορήσει τον εαυτό του σε σύγκριση με τους νοσηλευτές με εμπειρία >15 ετών που τα έκαναν λιγότερο. Επίσης, το νοσηλευτικό προσωπικό με εμπειρία <15 έτη ανέφερε ως συνέπεια της λεκτικής κακοποίησης τη μειωμένη αυτοεκτίμηση σε σύγκριση με τους νοσηλευτές με εμπειρία >15 ετών που το ανέφεραν λιγότερο. Ακόμη, το νοσηλευτικό προσωπικό με εμπειρία <15 έτη μετά την εμπειρία της λεκτικής βίας ένιωσε περισσότερο ντροπή και εξευτελισμό, ανήμπορος/η, αδύναμος/η, μπερδεμένος/η, υπεύθυνος/η, απειλή, σύγχυση, ήττα, φόβο, απομόνωση και μη υποστήριξη, σε σύγκριση με τους νοσηλευτές με εμπειρία >15 ετών που το ένιωσαν λιγότερο.

**Πίνακας 25: Λεκτική βία σε σύγκριση με έτη εμπειρίας στο νοσοκομείο**

	<b>Έτη εμπειρίας στο νοσοκομείο</b>	<b>N</b>	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>	<b>P value</b>
Θα βρω τον μπελά μου γι' αυτό	<15 έτη	7	2,57	1,72	0,016
	>15 έτη	33	1,42	0,94	
Γιατί δεν μπορώ να κάνω κάτι σωστό όταν εργάζομαι με τον/την...	<15 έτη	7	3,29	1,25	0,001
	>15 έτη	33	1,48	0,83	
Δεν ξέρω πώς να το χειριστώ	<15 έτη	7	3,43	1,27	0,013
	>15 έτη	33	2,00	1,32	
Αυτό πιθανώς μπορεί να με	<15 έτη	7	3,57	0,98	0,009



πληγώσει	>15 έτη	33	2,09	1,35	
Μάλλον εγώ φταίω Θα πρέπει να έκανα κάποιο λάθος	<15 έτη	7	2,43	0,79	0,024
	>15 έτη	33	1,45	1,03	
Γιατί είμαι μονίμως εγώ που του/της δημιουργώ πρόβλημα? Δεν φωνάζει σε κανέναν άλλο	<15 έτη	7	2,29	1,38	0,034
	>15 έτη	33	1,42	0,83	
Γιατί τον/την αφήνω να με αναστατώνει τόσο πολύ ώστε να κλαίω?	<15 έτη	7	3,14	1,77	0,037
	>15 έτη	32	1,78	1,45	
Προσπάθησα να δω την κατάσταση με προοπτική	<15 έτη	7	3,29	0,76	0,044
	>15 έτη	31	2,19	1,33	
Ζήτησα βοήθεια και υποστήριξη από άλλους	<15 έτη	7	3,00	1,41	0,009
	>15 έτη	31	1,68	1,08	
Μιλώ στον εαυτό μου με καθησυχαστικό τρόπο	<15 έτη	7	3,43	0,79	0,005
	>15 έτη	31	2,03	1,17	
Αποστασιοποιούμαι από την κατάσταση	<15 έτη	7	3,00	1,15	0,046
	>15 έτη	31	2,00	1,15	
Τείνω να κατηγορώ τον εαυτό μου	<15 έτη	7	2,14	0,69	0,006
	>15 έτη	31	1,29	0,69	
Μειωμένη αυτοεκτίμηση	<15 έτη	7	2,57	1,27	0,002
	>15 έτη	32	1,34	0,79	
Ντροπή και εξευτελισμό	<15 έτη	7	3,00	1,29	0,016
	>15 έτη	32	1,78	1,13	
Ανήμπορος/η	<15 έτη	7	2,71	1,38	0,001
	>15 έτη	32	1,28	0,58	
Αδύναμος/η	<15 έτη	7	2,57	1,27	0,009
	>15 έτη	32	1,44	0,91	
Μπερδεμένος/η	<15 έτη	7	3,14	1,35	0,005
	>15 έτη	32	1,72	1,08	
Υπεύθυνος/η	<15 έτη	7	2,14	1,07	0,001
	>15 έτη	32	1,28	0,46	
Απειλή	<15 έτη	7	2,57	1,72	0,038
	>15 έτη	32	1,63	0,87	
Σύγχυση	<15 έτη	7	2,71	1,70	0,020
	>15 έτη	32	1,63	0,91	
Ήττα	<15 έτη	7	2,14	1,46	0,042
	>15 έτη	32	1,38	0,71	
Φόβος	<15 έτη	7	3,29	1,38	0,001
	>15 έτη	32	1,34	0,70	
Απομόνωση	<15 έτη	7	2,43	1,51	0,001
	>15 έτη	32	1,19	0,47	
Μη υποστήριξη	<15 έτη	7	2,57	1,72	0,024
	>15 έτη	32	1,50	0,92	

#### 5.4. Σύγκριση Αποτελεσμάτων Ιατρών και Νοσηλευτών

Το 64,5% αυτών που θεωρούν ότι ο υβριστής δε γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του είναι ιατροί, ενώ το 61,9% αυτών που θεωρούν ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του είναι νοσηλευτές.

**Πίνακας 26: Θεωρείτε ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του σε σύγκριση με ειδικότητα**

		Ειδικότητα		P value
		Ιατρός	Νοσηλευτής	
OXI	Αριθμός	20	11	0,026
	%	64,5%	35,5%	
NAI	Αριθμός	16	26	
	%	38,1%	61,9%	

Το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ότι οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια περισσότερο συχνά σε σύγκριση με τους ιατρούς. Το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ότι γίνονται οι ίδιοι περισσότερο συχνά αποδέκτες λεκτικής βίας σε σύγκριση με τους ιατρούς. Το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ότι το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς ήταν πολύ αγχωτικό σε σύγκριση με τους ιατρούς, που το θεωρούν λιγότερο αγχωτικό.

**Πίνακας 27: Συχνότητα λεκτικής βίας σε σύγκριση με ειδικότητα**

	Ειδικότητα	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Πόσο συχνά θεωρείτε ότι οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια;	Ιατρός	36	4,08	1,40	0,001
	Νοσηλευτής	40	5,43	1,20	
Πόσο συχνά γίνετε εσείς αποδέκτης λεκτικής βίας;	Ιατρός	38	2,82	1,47	0,025
	Νοσηλευτής	40	3,63	1,64	
Πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς;	Ιατρός	36	3,67	1,55	0,001
	Νοσηλευτής	40	5,10	1,58	

Το νοσηλευτικό προσωπικό δήλωσε ότι τα συχνότερα είδη λεκτικής βίας ήταν η απόρριψη και η αποδοκιμασία σε σύγκριση με τους ιατρούς, που τα θεωρούν πιο σπάνια. Η πρώτη σκέψη όταν έγινε αποδέκτης της λεκτικής επίθεσης το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν «Αυτό πιθανώς μπορεί να με πληγώσει» σε σύγκριση με τους ιατρούς που το σκέφτηκαν λιγότερο. Αντίθετα, οι ιατροί πιστεύουν ότι ως συνέπεια της λεκτικής βίας είναι η επιδείνωση των σχέσεων με άτομα εκτός του εργασιακού περιβάλλοντος. Το νοσηλευτικό προσωπικό ένιωσε απογοήτευση και απελπισία έπειτα από ένα γεγονός λεκτικής βίας, ενώ οι ιατροί ένιωσαν αδιαφορία.

**Πίνακας 28: Λεκτική βία σε σύγκριση με ειδικότητα**

	<b>Ειδικότητα</b>	<b>N</b>	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>	<b>P value</b>
Απόρριψη, αποδοκιμασία	Ιατρός	21	2,14	1,24	0,023
	Νοσηλευτής	28	3,00	1,28	
Σοβαρότητα απόρριψης, αποδοκιμασίας	Ιατρός	20	2,40	1,27	0,039
	Νοσηλευτής	23	3,26	1,36	
Αυτό πιθανώς μπορεί να με πληγώσει	Ιατρός	34	1,62	0,78	0,009
	Νοσηλευτής	40	2,35	1,41	
Επιδείνωση των σχέσεων με άτομα εκτός του εργασιακού περιβάλλοντος.	Ιατρός	34	2,06	1,15	0,023
	Νοσηλευτής	39	1,51	0,85	
Απογοήτευση, Απελπισία	Ιατρός	34	2,12	1,20	0,011
	Νοσηλευτής	39	2,95	1,47	
Αδιάφορος/η	Ιατρός	34	2,26	1,40	0,024
	Νοσηλευτής	39	1,62	0,99	

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η λεκτική βία στους οργανισμούς υγείας είναι κεντρικό χαρακτηριστικό της συμπεριφοράς εργασίας. Έχει υποστηριχθεί ότι λεκτική βία είναι μια λιγότερο ακραία, αλλά πιο διαδεδομένη μορφή βίας στον χώρο εργασίας που υπήρξε εμπειρικά παραμελημένη σε σύγκριση με τη μελέτη των φυσικών επιθέσεων.

Σκοπός της διπλωματικής ήταν η διερεύνηση της ύπαρξης λεκτικής βίας στον χώρο του χειρουργείου σε τρία Γενικά Νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ιατρών, η πλειοψηφία αυτών δήλωσε ότι το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων και ο συνήθης υβριστής ήταν ο άμεσος προϊστάμενος. Πάνω από 5 στους 10 ιατρούς θεωρεί ότι ο υβριστής δε γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του. Σχεδόν 4 στους 10 ιατρούς έχουν γίνει αποδέκτες λεκτικής βίας τουλάχιστον μια φορά το χρόνο και 3 στους 10 περισσότερες από 1 φορά το χρόνο. Το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς ήταν αρκετά αγχωτικό για το 30% περίπου των ιατρών. Η αδιαφορία και η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών αναφέρθηκαν ως τα πιο συχνά είδη της λεκτικής βίας, ενώ η απειλή και ο ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση ως τα πιο σοβαρά είδη της λεκτικής βίας. Η πρώτη σκέψη των ιατρών κατά τη διάρκεια της λεκτικής επίθεσης ήταν ότι ο υβριστής δεν είχε κανένα δικαίωμα να συμπεριφερθεί έτσι. Η συμπεριφορά με την οποία διαχειρίστηκαν το επεισόδιο οι ιατροί ήταν να προσπαθήσουν να ξεκαθαρίσουν την πιθανή παρανόηση. Κύριες συνέπειες της κακοποίησης ήταν η επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδελφο και η μείωση του αισθήματος άνεσης/ευεξίας στον χώρο εργασίας. Τα συναισθήματα που ένιωσαν οι ιατροί μετά την εμπειρία της λεκτικής βίας, ήταν θυμός, αηδία και λύπη. Σημαντικό είναι το ότι η πλειοψηφία των ιατρών δεν αισθάνονται άγχος ή κατάθλιψη.

Οι διεθνείς μελέτες επιβεβαιώνουν τα ευρήματα της παρούσας έρευνας. Η ψυχολογική βία έχει δειχθεί ότι είναι πιο διαδεδομένη από τη σωματική βία (Pompeii et al., 2015, Koukia et al., 2014 Park et al., 2015, Bashtawy et al., 2013), η οποία μπορεί να φτάσει κατά μέσο όρο 2,29 επεισόδια ανά 8 ώρες.

Ο επιπολασμός της λεκτικής βίας στην παρούσα έρευνα ήταν σε ίδια ποσοστά με τη βιβλιογραφία (από 62% έως 85%). Μια συστηματική ανασκόπηση 136 μελετών, αποκάλυψε ότι συνέβη λεκτική βία σε περισσότερο από το 50% των περιπτώσεων σε

παγκόσμιο επίπεδο. Το χαμηλότερο ποσοστό παρουσιάζεται στην Ασία, ενώ ήταν σχεδόν δύο φορές πιο διαδεδομένη στη Μέση Ανατολή (Spector et al., 2014).

Όσον αφορά τα αποτελέσματα του νοσηλευτικού προσωπικού, περισσότεροι από 9 στους 10 νοσηλευτές/τριες δήλωσαν ότι το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων και 6 στους 10 απάντησε ότι ο υβριστής συνήθως ήταν άλλος ανώτερος. Σχετικά με τον υβριστή, η βιβλιογραφία αναφέρει ότι συνήθως είναι οι ασθενείς ή οι συνοδοί αυτών (Hahn et al., 2013, Abou et al., 2015). Οι περισσότερες από τις φυσικές επιθέσεις και απειλές διαπράττονται από τον ασθενή, ενώ οι λεκτικές, διαπράττονται από τους συνοδούς τους, τους ιατρούς, άλλους νοσηλευτές και διοικητικούς υπαλλήλους (Alameddine et al., 2015).

Η πλειοψηφία απάντησε ότι μια φορά τον χρόνο γίνεται αποδέκτης βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς ή περισσότερες από 1 φορά ετησίως. Το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του. Οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς είναι πάρα πολύ αγχωτικό. Τα πιο συχνά και σοβαρά είδη λεκτικής βίας ήταν η έντονη κριτική και η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών. Η πρώτη σκέψη που αναφέρθηκε από το δείγμα των νοσηλευτών ήταν ότι ο υβριστής δεν είχε κανένα δικαίωμα να συμπεριφερθεί έτσι. Η συμπεριφορά με την οποία διαχειρίστηκε το επεισόδιο το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν να προσπαθήσει να ξεκαθαρίσει την πιθανή παρανόηση. Ως κύρια συνέπεια της λεκτικής κακοποίησης αναφέρθηκε η επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδελφο. Τα συναισθήματα που ένιωσαν οι νοσηλευτές ήταν θυμός και αηδία. Σχεδόν 6 στους 10 νοσηλευτές δεν αισθάνονται άγχος ή κατάθλιψη.

Αντίστοιχη έρευνα των Karatza et al., το 2016 σε ελληνικό νοσοκομείο έδειξε ότι το ποσοστό επίπτωσης έφτασε το 30,2% στο νοσηλευτικό προσωπικό όπου τα επεισόδια συνέβησαν αρκετές φορές την εβδομάδα. Η παρουσία εκφοβισμού στο νοσηλευτικό επάγγελμα αναπαράγεται ως μέρος της οργανωτικής κουλτούρας, οδηγώντας σε ασθένεια και εγκατάλειψη του επαγγέλματος. Οι μελέτες έχουν επισημάνει ότι οι νοσηλευτές είναι περισσότερο εκτεθειμένοι στη βία από άλλα μέλη της επαγγελματικής ομάδας (Pich et al., 2011) και ότι έχουν από 39% έως 53% μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν βία στην εργασία (Wei et al., 2016).

Επίσης, το φύλο, η ηλικία, η βαθμίδα εκπαίδευσης και τα έτη εμπειρίας φάνηκαν να επηρεάζουν σημαντικά το είδος της λεκτικής βίας της οποίας γίνονται αποδέκτες

οι ιατροί ή οι νοσηλευτές/τριες , τη συμπεριφορά με την οποία διαχειρίζονται οι αποδέκτες τη λεκτική βία, τις πρώτες σκέψεις και τα συναισθήματα μετά τη λεκτική βία, αλλά και τις συνέπειες αυτής. Όσον αφορά το φύλο, υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ότι οι γυναίκες είναι κυρίως θύματα, σε σύγκριση με τους άνδρες (Koukia et al., 2014).

Μια μελέτη στην Ελβετία διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές που είχαν βαρύτερο φόρτο εργασίας, είχαν περισσότερες πιθανότητες να εκτεθούν στη σωματική βία στον χώρο εργασίας (Park et al., 2015). Οι συνθήκες εργασίας ήταν στενά συνδεδεμένες με τη βία, που αναγκάζει τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας να γίνουν θύματα στον χώρο εργασίας τους, καθώς και με τη δυσαρέσκεια των εργαζομένων (Polaro et al., 2013, Wisniewski et al., 2015).

Ωστόσο, η βία μπορεί να νοείται ως προϊόν των ανθρώπινων αλληλεπιδράσεων που συμβαίνει σε μια επισφαλή και ταραχώδη εργασία ή ως εκδήλωση της δυσαρέσκειας των εργαζομένων και των χρηστών με την επισφάλεια στην οποία εκτίθενται. Αυτό μπορεί να διαπιστωθεί σε εργαζόμενους από δύο Αθηναϊκά νοσοκομεία που ανέφεραν ότι οι κύριες αιτίες της βίας που ασκείται από τους γιατρούς στο νοσηλευτικό προσωπικό ήταν η έλλειψη επαγγελματιών (84,0%) και οι καθυστερήσεις στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας (67,9%) (Koukia et al., 2014).

Τα συγκριτικά αποτελέσματα μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό γίνεται πιο συχνά αποδέκτης λεκτικής βίας, και θεωρεί το γεγονός περισσότερο αγχωτικό σε σύγκριση με τους ιατρούς. Το νοσηλευτικό προσωπικό ένιωσε απογοήτευση και απελπισία έπειτα από ένα γεγονός λεκτικής βίας, ενώ οι ιατροί ένιωσαν αδιαφορία.

Είναι σημαντικό να αναφερθούν δυο κύριοι περιορισμοί της μελέτης. Πρώτον, η έρευνα διεξήχθη σε τρία νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου και δεν μπορεί να είναι αντιπροσωπευτική για όλα τα νοσοκομεία της χώρας. Επίσης, παρά το γεγονός ότι τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα, μπορεί οι συμμετέχοντες να μην κατέγραψαν όλες τις πιθανές περιπτώσεις λεκτικής βίας, λόγω φόβου και ανασφάλειας.

Η μελέτη συμβάλλει στην ανάλυση του φαινομένου της βίας στον χώρο εργασίας σε επαγγελματίες υγείας, και σπάνια μετράται, τυποποιείται ή είναι κατανοητή. Πιστεύεται ότι η παρούσα έρευνα θα μπορούσε να βοηθήσει τους επαγγελματίες του

τομέα της υγείας στην αναγνώριση του προβλήματος, καθώς και στην υποκίνηση μελλοντικών επαγγελματιών υγείας να εξετάσουν το θέμα και να προσδιορίσουν περιστάσεις για να διασφαλιστεί μεγαλύτερη ασφάλεια και ποιότητα ζωής των εργαζομένων.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Η ψυχολογική βία επικρατούσε κυρίως με τη μορφή λεκτικής επιθετικότητας στους επαγγελματίες υγείας των νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου. Η πλειοψηφία δήλωσε ότι το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων και ο συνήθης υβριστής ήταν ο άμεσος προϊστάμενος ή ανώτερος. Η συχνότητα της λεκτικής βίας ήταν μια φορά τον χρόνο στους νοσηλευτές/τριες και μια φορά το χρόνο στους ιατρούς. Το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς ήταν αρκετά αγχωτικό για τους ιατρούς και πολύ αγχωτικό για τους νοσηλευτές.

Ως πιο συχνά είδη λεκτικής βίας αναφέρθηκαν η αδιαφορία και η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών αλλά και η έντονη κριτική. Η πρώτη σκέψη του δείγματος ήταν ότι ο υβριστής δεν είχε κανένα δικαίωμα να συμπεριφερθεί έτσι. Η συμπεριφορά με την οποία διαχειρίστηκαν το επεισόδιο οι συμμετέχοντες ήταν να προσπαθήσουν να ξεκαθαρίσουν την πιθανή παρανόηση.

Κύρια συνέπεια της κακοποίησης ήταν η επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδελφο. Ο θυμός και η αηδία ήταν τα κύρια συναισθήματα που ένιωσαν τόσο οι ιατροί όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό του χειρουργείου. Σημαντικό είναι το ότι η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας δεν αισθάνονται άγχος ή κατάθλιψη.

Επίσης, το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και τα έτη εμπειρίας φάνηκαν να επηρεάζουν σημαντικά τη λεκτική βία του προσωπικού του χειρουργείου. Οι γυναίκες ήταν στατιστικώς περισσότερο εκτεθειμένες στη λεκτική βία και στον εκφοβισμό και οι νοσηλευτές ήταν επίσης πιο εκτεθειμένοι στη βία από τους ιατρούς.

Η κακοποίηση, ακόμη και η λεκτική βία, έχει αρνητικό αντίκτυπο στους επαγγελματίες υγείας, κατά συνέπεια στους ασθενείς που λαμβάνουν φροντίδα από τους κακοποιημένους επαγγελματίες αλλά και στις διοικητικές δαπάνες για τη λειτουργία ενός νοσοκομείου.

Όταν η διαχείριση και η ηγεσία του νοσοκομείου επιτρέπει την ύπαρξη σωματικής ή λεκτικής βίας ή ανέχεται την κουλτούρα κακοποίησης, οι παροχές προς τους

ασθενείς επιδεινώνονται, αλλά και οι δαπάνες λόγω απουσιών από την εργασία αυξάνονται. Η λεκτική βία είναι ένα ζήτημα ασφάλειας. Η βία συμβαίνει στο πλαίσιο μιας οργανωτικής κουλτούρας που μπορεί να μην είναι βέλτιστη. Η λεκτική βία βλάπτει και μπορεί να αποτελέσει πρόδρομο για την κλιμάκωση της βίας.

Για να αυξηθεί η γνώση σχετικά με τις επιπτώσεις της λεκτικής βίας, οι εκθέσεις θα πρέπει να περιλαμβάνουν όχι μόνο την ύπαρξη της βίας, αλλά και την παρακολούθηση της βίας στους επαγγελματίες υγείας. Βάσει των αποτελεσμάτων αυτής της μελέτης συνιστώνται οι ακόλουθες ενέργειες:

1. Προετοιμασία φοιτητών να περιμένουν λεκτική βία στον χώρο εργασίας και να γνωρίζουν τα κατάλληλα εργαλεία για να την αποτρέψουν ή να την αναφέρουν.
2. Προσπάθειες μείωσης της λεκτικής βίας σε όλες τις μορφές της.
3. Ενθάρρυνση της επικοινωνίας σε επίπεδο νοσοκομείων μεταξύ του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού και των ηγετών των νοσοκομείων.
4. Απαραίτητος χρόνος και συζητήσεις σχετικά με το τι περιλαμβάνεται στη λεκτική βία.
5. Αύξηση της υποστήριξης από την ανώτερη διοίκηση των νοσοκομείων σε περιπτώσεις λεκτικής βίας.
6. Ανάπτυξη πολιτικών και διαδικασιών πρόληψης της λεκτικής βίας.
7. Υπογράμμιση των δικαιωμάτων και των ευθυνών των ασθενών.
8. Παροχή υποστήριξης στο προσωπικό που δέχθηκε λεκτική βία με την εκπαίδευση καθορισμού ορίων και τη χρήση δεξιοτήτων αντιμετώπισης σχετικά με τη συμπεριφορά του ασθενούς ή των συναδέλφων.
9. Ανάπτυξη κουλτούρας για το "τι είναι καλό για τον ένα και τι είναι καλό για όλους", που ενισχύει την επικοινωνία μεταξύ όλων των ασθενών και του προσωπικού ανεξαρτήτως ρόλου.
10. Εκπόνηση ειδικής έκθεσης περιστατικών για τη λεκτική βία.

Τα νοσοκομεία πρέπει να αξιολογήσουν και να αντιμετωπίσουν τη λεκτική βία, και όχι μόνο να υποστηρίξουν το προσωπικό που τη δέχτηκε, αλλά και να αποτρέψουν την κλιμάκωση της.



## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ξένη Βιβλιογραφία**

- Abbott, P. & Williamson, E. (1999). Women, health and domestic violence. *Journal of Gender Studies*. 8, (1), pp 113- 138.
- Abdou H A. Verbal Abuse and Coping Behaviors Directed to Operating Room Nursing Staff at University Hospitals. *Journal of American Science*, 2011; 7(5) 466-476.
- Abou-ElWafa HS, El-Gilany AH, Abd-El-Raouf SE, Abd-Elmouty SM, El-Sayed REH. Workplace violence against emergency versus non-emergency nurses in mansoura university hospitals, Egypt. *J Interpers Violence*. 2015, 30(5):857-72.
- Akbari, B., Sadeghi, S. A. and Jahedi, Z. S. (2017) ‘Comparing Levels of Domestic Abuse and Emotional Regulation of Normal Women and Women Exposed to Violence’, 5(3), pp. 0–6.
- Alameddine M, Mourad Y, Dimassi Hani. A national study on nurses’ exposure to occupational violence in Lebanon: prevalence, consequences and associated factors. *PLoS One*. 2015 Sep 10; 10(9): e0137105.
- Albuquerque Netto, L. D., Moura, M. A. V., Fernandes e Silva, G., Penna, L. H. G., & Pereira, A. L. D. F. (2015). Women in situation of violence by their intimate partner: making a decision to seek a specialized violence support service. *Revista gaucha de enfermagem*, 36(SPE), 135-142.
- Allen BC, Holland P, Reynolds R. The effect of bullying on burnout in nurses: The moderating role of psychological detachment. *J Advanced Nurs*. 2015; 71(2):381–390.
- American Nurses Association. American Nurses Association position statement on incivility, bullying, and workplace violence. 2015.
- Anderson, C. (2002). Workplace violence: Are some nurses more vulnerable?. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(4): 351-366.
- Araujo, S., Sofield, L. (1999). Words can hurt. Available at <http://mywebpages.comcast.net>

- Ariza-Montes, J. A, Muniz, N.M., Leal-Rodríguez, A.L. and Leal-Millán, A.G 2014. Workplace Bullying among Managers: A Multifactorial Perspective and Understanding. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11, pp. 2657-2682.
- Balci, Y. G., & Ayranci, U. (2005). Physical violence against women: Evaluation of women assaulted by spouses. *Journal of clinical forensic medicine*, 12(5), 258-263.
- Ballesteros, M. F., Williams, D. D., Mack, K. A., Simon, T. R., & Sleet, D. A. (2018). The Epidemiology of Unintentional and Violence-Related Injury Morbidity and Mortality among Children and Adolescents in the United States. *International journal of environmental research and public health*, 15(4), 616.
- Bashtawy M. Workplace violence against nurses in emergency departments in Jordan. *Int Nurs Rev*. 2013 Dec; 60(4):550-5.
- Berry PA, Gillespie GL, Gates D, Schafer J. Novice nurse productivity following workplace bullying. *J Nurs Scholarship*. 2012; 44(1):80–87.
- Betihavas V, Bridgman H, Kornhaber R, et al. The evidence for ‘flipping out’: A systematic review of the flipped classroom in nursing education. *Nurs Education Today*. 2016; 38:15–21.
- Bolander, V. (1994). *Basic nursing, a psycho physiologic approach*. 3rd ed. New York: W.B. Saunders Co. 10.
- Browne, A. (1993). Violence against Women by Male Partners. *American Psychologist*. 48, (10), pp.1077- 1087.
- Budden, LM., Birks, M., Cant, R., Bagley, T., Park, T. Australian nursing students’ experience of bullying and/or harassment during clinical placement. *Collegian* Forthcoming. 2015.
- Bureau of Labor Statistics (2016). Number of nonfatal occupational injuries and illnesses involving days away from work by industry and selected events or exposures leading to injury or illness, private industry, 2016.
- Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Survey of Occupational Injuries and Illnesses in cooperation with participating State agencies. Case and Demographic Characteristics for Work-related Injuries and Illnesses Involving

Days Away From Work, 2009; Supplemental Tables R4, R8, and R116.  
[http://www.bls.gov/iif/oshcdnew2009.htm#09Supplemental\\_Tables](http://www.bls.gov/iif/oshcdnew2009.htm#09Supplemental_Tables)

Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Survey of Occupational Injuries and Illnesses in cooperation with participating State agencies. Case and Demographic Characteristics for Work-related Injuries and Illnesses Involving Days Away From Work, 2010; Supplemental Tables R4, R8, and R116.

Center for American Nurses. 2008. Position statement: Lateral violence and bullying in the workplace.

Centers for Disease Control and Prevention. (2014). Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from

Centers for Disease Control and Prevention. (2015). National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2015 Data Brief – Updated Release. Retrieved from

Chippis EM, McRury M. The development of an educational intervention to address workplace bullying. *J Nurs Staff Development*. 2012; 28(3):94–98.

Choinere, J, A., MacDonnell, J., & Shamonda, H. (2010). Walking the talk: Insights into dynamics and gender for nurses. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 11(4), 317-325.

Clark CM, Nguyen DT, Barbosa-Leiker C. Student perceptions of stress, coping, relationships, and academic civility. *Nurs Educator*. 2014; 39(4):170–174.

Clarke CM, Kane DJ, Rajacich DL, et al. Bullying in undergraduate clinical nursing education. *J Nurs Education*. 2012; 51(5):269–276.

Cook, J. K., Green, M., and Topp, R. V. (2001). Exploring the impact of physician verbal abuse on perioperative nurses. *Association of Operating Room Nurses Journal*. 74(3):317-331.

Cooper, C., Swamson N. (2002). Workplace violence in health sector. State of the art. Geneva: Organización Internacional de Trabajo, Organización Mundial de la Salud, Consejo Internacional de Enfermeras Internacional de Servicios Públicos.

- Dal PD, Lautert L, Souza SBC, Marziale MHP, Tavares JP. Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 Jun; 49(3):457-64.
- DeKeyser, Ganz F., et al., 2015. Bullying and Its Prevention among Intensive Care Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47 (6), pp. 505–511.
- Dixon CA, Tompkins CN, Allgar VL, Wright NM. Abusive behaviour experienced by primary care receptionists: a cross-sectional survey. *Fam Pract*. 2004 Apr; 21(2):137-9.
- Dong D, Temple B. Oppression: A concept analysis and implications for nurses and nursing. *Nurs Forum*. 2011; 46(3):169–176.
- Duncan, S., Estabrooks, C.A., and Reimer, M., (2003). High rates of workplace violence against nurses: findings of the Alberta nurses survey.
- Edward KL, Ousey K, Warelow P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *Br J Nurs*. 2014;23(12):653-4
- Egues AL, Leinung EZ. Antibullying workshops: Shaping minority nursing leaders through curriculum innovation. *Nurs Forum*. 2014; 49(4):240–246.
- Ekici D, Beder A. The effects of workplace bullying on physicians and nurses. *Australian J Advanced Nurs*. 2014; 31(4):24–33.
- Equal Employment Opportunity Commission EEOC (2017). Harassment. Retrieved February 16, 2017,
- Equal Employment Opportunity Commission EEOC (2017). Sexual Harassment. Retrieved February 16, 2017,
- Equal Employment Opportunity Commission  
[https://www.eeoc.gov/laws/types/sexual\\_harassment.cfm](https://www.eeoc.gov/laws/types/sexual_harassment.cfm)
- European Commission (2006) “A Roadmap for equality between women and men 2006- 2010”. Communication from the Commission.
- Felblinger DM. Incivility and bullying in the workplace and nurses’ shame responses. *J Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nurs*. 2008; 37(2):234–242.
- Fleateau-Lux LR, Gravel T. Put a stop to bullying new nurses. *Nurs*. 2013; 25:24–28.
- Flin R., Fletcher G., McGeorge P., Sutherland A., & Patey R. (2003). Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia*; 58: 233-242.

- Freire, P. *Pedagogy of the oppressed*. New York: Penguin Books; 1970.
- Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL. 2009. Violence against nurses working in US emergency departments. *J Nurs Adm* 39(7–8):340–349.
- Ganz FD, Levy H, Khalaila R, et al. Bullying and its prevention among intensive care nurses. *J Nurs Scholarship*. 2015; 47(6):505–511.
- Gill, M., Fisher, B., and Bowie, V. (2002). *Violence at work, causes, patterns and prevention*. Oregon, United States of America: Willan Publishing.
- Gillespie, G. L., Grubb, P. L., Brown, K., Boesch, M. C., & Ulrich, D. (2017). "Nurses Eat Their Young": A Novel Bullying Educational Program for Student Nurses. *Journal of nursing education and practice*, 7(7), 11–21. doi:10.5430/jnep.v7n7P11
- Goode, W.J. (1971). Violence and the Family Sexism in Family Studies. In: *Journal of Marriage and Family* Vol. 33, No 4, Special Double Issue, Part 2 (Nov. 1971), pp. 624- 636.
- Griffin M. Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: An intervention for newly licensed nurses. *J Continuing Education in Nurs*. 2004; 35(6):257–263.
- Grote G, Zala- Mezö E, Grommes P. (2004). The effects of different forms of coordination on coping with workload. In: Dietrich R, Childress TM, eds. *Group interaction in high- risk environments*. Germany: Ashgate 2004.39–55.
- Gutiérrez-Romero, R., & Oviedo, M. (2018). The good, the bad and the ugly: the socioeconomic impact of drug cartels and their violence. *Journal of Economic Geography*, 18(6), 1315-1338.
- Haas Martine, Mortensen Mark.(2019). *The secrets of Great Team Work*. Harvard Business Review.
- Hahn S, Muller M, Hantikainen V, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: results of a multiple regression analysis. *Int J Nurs Stud*. 2013 Mar; 50(3):374-85.
- Health Resources and Services Administration. *The U.S. nursing workforce: Trends in supply and education*. 2013.

- Helmreich R & Davies J. (1996). Human factors in the operating room: interpersonal determinants of safety, efficiency and morale. In Aikenhead (Ed.) Balliere's Clinical Anaesthesiology, 10: 2, 277-295.
- Helpman, E., Itskhoki, O., & Redding, S. (2010). Inequality and unemployment in a global economy. *Econometrica*, 78(4), 1239-1283.
- Hershcovis, M.S., 2011. Incivility, social undermining, bullying . . . oh my!: a call to reconcile constructs within workplace aggression research. *Journal of Organizational Behavior*. 32 (3), pp: 499–519.
- Higgins, B, L., & MacIntosh, J. (2010). Operating room nurses' perceptions of effects of physician-perpetrated abuse. *International Nursing Review*, 57(3), 321-327.
- Hinchberger, P, A. (2009). Violence against female student nurses in the workplace. *Nursing Forum*, 44(1), 37-45.
- Hirigoyen MF. (2002), Ηθική παρενόχληση στον χώρο εργασίας. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.
- Hirigoyen MF (2006), Η βία μέσα στο ζευγάρι, μετάφραση: Μπάμπης Λυκούδης, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.
- Howard J. 1996. State and local regulatory approaches to preventing workplace violence. *Occup Med* 11(12):293–301
- Hsinag-Chu, P., & Lee, S. (2011). Workforce issues: Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1405-1412.
- Huecker, M. & Smock, W., 2018. Domestic Violence. [e-book] Treasure Island (FL): StatPearls.
- Hutchinson M, Jackson D, Wilkes L, et al. A new model of bullying in the nursing workplace: Organizational characteristics as critical antecedents. *Advances in Nurs Science*. 2008; 31(2):E60–E71.
- Hutchinson M. Bullying as workgroup manipulation: A model for understanding patterns of victimization and contagion within the workgroup. *J Nurs Management*. 2013; 21(3):563–571.

- Iheduru-Anderson K. Educating senior nursing students to stop lateral violence in nursing. *Australian Nurs Midwifery J.* 2014; 22(1):15.
- Itzhaki M, Peles-Bortz A, Kostistky H, Barnoy D, Filshtinsky V, Bluvstein I. Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience, and post-traumatic growth. *Int J Ment Health Nurs.* 2015 Oct; 24(5):403-12.
- Karatzas C, Zyga S, Tziaferi S, Prezerakos P. Workplace bullying and general health status among the nursing staff of Greek public hospitals. *Ann Gen Psychiatry* [Internet]. 2016 [cited 2016 May 25]; 15:7.
- Keller R, Budin WC, Allie T. A task force to address bullying: How nurses at one hospital implemented an antibullying program. *American J Nurs.* 2016; 116(2):52–58.
- Kivimäki, M., Virtanen, M., Vartiainen, M., Elovainio, M., Vahtera, J. and Keltikangas-Järvinen, L., 2003. Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(10), pp. 779–783.
- Koukia E, Mangoulia P, Papageorgiou DE, Gonis, N, Katostaras, T. Violence against health care staff by peers and managers in a general hospital in Greece: a questionnaire-based study. *Aust J Adv Nurs.* 2014 Jun-Aug; 31(4):45-56.
- Koukia, E., Madianos, M.G. and Katostaras, Th., 2009. “On the spot” Interventions by Mental Health Nurses in Inpatient Psychiatric Wards in Greece. *Issues in Mental Health Nursing*, 30 (5), pp. 327-336.
- Kovach, K. (2004) ‘Intimate partner violence.’, *Rn*, 67(8), p. 38–43; quiz 46.
- Kreitzer, M. J., Wright, D., Hamlin, C., Towey, S., Marko, M., & Disch, J. (1997). Creating a healthy work environment in the midst of organizational change and transition. *Journal of Nursing Administration*, 27(6), 35-41.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., & Zwi, A. B. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud

- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, 360(9339), 1083-1088.
- Kvas A, Seljak J. Unreported workplace violence in nursing. *Int Nurs Rev*. 2014 Sep; 61(3):344-51.
- Lanza M. Patient Aggression in real time on geriatric inpatient units. *Issues Ment Health Nurs*. 2016 Jan; 37(1):53-8.
- Leonard M, Graham S, Bonacum D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* 13(Suppl 1):i85–i90.
- Levin, P., Hewitt, B., and Mismar, T. (1998). Insights of nurses about assault in hospital based emergency departments. *Journal of Nursing Scholarship*, 30:249-
- Longo, J., 2007. Horizontal violence among nursing students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21 (3), pp. 177-178.
- McPhaul, K., Lipscomb, J., & Johnson. (2010). Assessing risks for violence on home health visits. *Home Healthcare Nurse*, 28(5), 278-289.
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). (2018). Occupational Violence.
- NIOSH (2017). Workplace Violence Prevention Course for Nurses. By Hartley, D. and Webb, S. Morgantown, WV: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS (NIOSH) Publication 2017–114.
- Norris, P. (2015) ‘Intimate Partner Violence 14’, pp. 145–154. Workplace Violence. Occupational Safety and Health Administration (2017) <https://www.osha.gov/SLTC/workplaceviolence/>
- Ople, T., Lenthall, S., Dollard, M., Wakerman, J., MacLeod, M., Knight, S., Dunn, S & Pickard, G. (2010). Trends in workplace violence in the remote area nursing workforce. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 18-23.
- Osatuke K, Moore SC, Ward C, et al. Civility, respect, engagement in the workforce (CREW): Nationwide organization development intervention at Veterans Health Administration. *J Applied Behavioral Science*. 2009; 45(3):384–410.



- Oweis, A., & Diabat, K. M. (2005). Jordanian nurses perception of physicians' verbal abuse: findings from a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 42(8), 881-888.
- Park M, Cho SH, Hong HJ. Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment. *J Nurs Scholarsh*. 2015 Jan; 47(1):87-95.
- Patrick, P.K. (1989). Organizational burnout programs. *The Journal of Nursing Administration*,2(1): 16-21.
- Peek-Asa C, Howard J, Vargas L, Kraus JF. 1997. Incidence of non-fatal workplace assault injuries determined from employer's reports in California. *J Occup Environ Med* 39:44–50.
- Pich J, Hazelton M, Sundin D, Kable A. Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study. *Int Emerg Nurs*. 2011 Jan; 19(1):12-9.
- Polaro SHI, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Nurses challenging violence in the scope of practice in the Family Health Program. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 Dez [cited 2015 May 25]; 22(4):935-42.
- Pompeii LA, Schoenfisch AL, Lipscomb HJ, Dement JM, Smith CD, Upadhyaya M. Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six US hospitals. *Am J Ind Med*. 2015 Nov; 58(11):1194-204.
- Randle, J., 2003. Bullying in the Nursing Profession. *Journal of Advanced Nursing* 43 (4), pp. 395–401.
- Ranieri, D., Fattorini, E., & Monaco, E. (2004). *Il lavoro molesto: Il mobbing, cos' è e come prevenirlo: textos anexos al film " Mobbing mi piace lavorare"*. Ediesse.
- Roberts SJ. Oppressed group behavior: Implications for nursing. *Advances Nurs Science*. 1983; 5(4):21–30.
- Roberts, S. J. (2015). Lateral violence in nursing: A review of the past three decades. *Nursing Science Quarterly*, 28(1), 36-41.
- Rosenstein AH, O'Daniel M. (2008). A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 34(8):464-471.

- Rowles, CJ. Improving teaching and learning: Classroom assessment techniques. In: Billings, DM., Halstead, JA., editors. *Teaching in nursing: A guide for faculty*. 4th. St. Louis, MO: Elsevier Saunders; 2012. p. 285-290.
- Rowles, CJ. Strategies to promote clinical thinking and active learning. In: Billings, DM., Halstead, JA., editors. *Teaching in nursing: A guide for faculty*. 4th. St. Louis, MO: Elsevier Saunders; 2012a. p. 258-284.
- Rush KL, Adamack M, Gordon J, et al. New graduate nurse transition programs: Relationships with bullying and access to support. *Contemporary Nurs*. 2014; 48(2):219–228.
- Sahay A, Hutchinson M, East L. Exploring the influence of workplace supports and relationships on safe medication practice: A pilot study of Australian graduate nurses. *Nurs Education Today*. 2015; 35(5):e21–e26.
- Salerno S, Dimitri L, Talamanca IF. 2009. Occupational risk due to violence in a psychiatric ward. *J Occup Health* 51(4):349–354.
- Sexton, J. B., Thomas, E. J., & Helmreich, R. L. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7237), 745–749.
- Simons S. Workplace bullying experienced by Massachusetts registered nurses and the relationship to intention to leave the organization. *Advanced Nurs Science*. 2008; 31(2):e48–e59.
- Sleet D.A., Ballesteros M.F., Borse N.N. A review of unintentional injuries in adolescents. *Annu. Rev. Public Health*. 2010; 31:195–212.
- Smith CR, Gillespie GL, Brown K, et al. Seeing students squirm: Nursing students' experiences of bullying behaviors during clinical rotations. *J Nurs Education*. 2016; 55(9):505–513.
- Sofield, L., Salmond, S.W. (2003). Workplace violence: A focus on verbal abuse and intent to leave the organization. *Orthopedic Nursing*, 22(4), 274-284.
- Spector PE, Zhou ZQE, Che XX. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *Int J Nurs Stud*. 2014 Jan; 51(1):72-84.
- Stagg SJ, Sheridan DJ, Jones RA, et al. Workplace bullying: The effectiveness of a workplace program. *Workplace Health & Safety*. 2013; 61(8):333–338.

Studies, 42: 881-888.

The Joint Commission (2008), Sentinel event alert: Behaviors that undermine a culture of safety, Ανακτήθηκε από: [https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA\\_40.PDF](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_40.PDF)

UN General Assembly (1994). Declaration on the elimination of violence against women” Ανακτήθηκε <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/095/05/PDF/N9409505>

Undre S, Sevdalis N, Healey A N. et al Teamwork in the operating room: cohesion or confusion? J Eval Clin Pract 2006.12182–189.

Verloo, M. (2007). Multiple meanings of gender equality critical frame analysis of gender policies in Europe. Central European University Press.

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.

Vogelpohl DA, Rice SK, Edwards ME, et al. New graduate nurses’ perception of the workplace: Have they experienced bullying? J Professional Nurs. 2013; 29(6):414–422.

Walrafen, N., Brewer M.K., & Mulvenon, C., 2012. Sadly Caught Up in the Moment: An Exploration of Horizontal Violence. *Nursing Economics*, 30 (1).

Weaver, K.B., 2013. The effects of horizontal violence and bullying on new nurse retention. *Journal for Nurses in Professional Development*, 29 (3), pp. 138–142.

Weber DO. (2004). Poll results: doctors’ disruptive behavior disturbs physician leaders. *Physician Exec.* 30(5):6-14.

Wei CY, Chiou ST, Chien LY, Huang N. Workplace violence against nurses - Prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2016 Abr; 56:63-70.

- White, Smith, Koss, & Figueredo. (2000). Physical and Mental Health Effects of Intimate Partner Violence for Men and Women. *American Journal of Preventive Medicine*.24, 4), pp. 260-268.
- Wisniewski D, Silva ES, Évora YDM, Matsuda LM. The professional satisfaction of the nursing team vs. Work conditions and relations: a relational study. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 Set [cited 2016 May 25]; 24(3):850-8.
- Woelfle, C, Y., & McCaffrey, R. (2007). Nurse on nurse. *Nursing Forum*, 42(3), 123-131.
- World Health Organization (2012) ‘Intimate partner violence’, Understanding and addressing violence against women, pp. 1–12.
- Wright W, Khatri N. Bullying among nursing staff: Relationship with psychological/behavioral responses of nurses and medical errors. *Health Care Management Review*. 2015; 40(2):139–147.
- Xing K, Jiao ML, Ma HK, Qiao H, Hao YH, Li Y, et al. Physical violence against general practitioners and nurses in Chinese Township Hospitals: a cross-sectional survey. *Plos one* [Internet]. 2015 Nov [cited 2016 May 25]; 10(11):e0142954.
- Yousef, M. (1999). A study of absenteeism and turnover among hospitals nurses. Unpublished Master’ thesis. Higher Institute of Public Health. Alexandria University ; 26-31.

### **Ελληνική Βιβλιογραφία**

- Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης - Συμβούλιο της Ευρώπης, Εγχειρίδιο σχετικά με την ευρωπαϊκή νομοθεσία κατά των

διακρίσεων, Λουξεμβούργο, Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (2010).

Παπαδοπούλου Δ. (2009). Βία στο Χώρο Εργασίας του Νοσηλευτικού Προσωπικού. *Νοσηλευτική*, 48(4): 379–387.

Παπαθανασίου Μ. (2005). Αδημοσίευτες Σημειώσεις. Τμήμα Ψυχολογίας. Θεσ/νίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
6<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ –  
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης  
Τηλέφωνο : 2613 – 600578  
Fax : 2610 – 430790

ΠΑΤΡΑ 30/07/2018

Αριθμ. Πρωτ. 30500

ΠΡΟΣ  
κ. Γιαννακούλη Αναστασία –  
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια – υπάλληλο του  
Γ.Ν.Αργολίδας Ν.Μ.Αργους

**Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων**

Σχετ: - Το από 27/07/2018 αίτημά σας

- Η υπ' αριθμ. 24/2018 Απόφαση της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα

Σε απάντηση της παραπάνω αίτησης, εγκρίνουμε να συλλέξετε ερευνητικά δεδομένα στο Γ.Ν.Αργολίδας – Ν.Μ.Ναυπλίου και στο Γ.Ν.Κορίνθου, στο πλαίσιο της διπλωματικής σας εργασίας με θέμα: «Λεκτική βία στο χειρουργείο: Μελέτη περίπτωσης 3 γενικών νοσοκομείων της περιφέρειας Πελοποννήσου», με την επισήμανση ότι θα τηρηθούν τα προβλεπόμενα στην υπ' αριθμ. 24/2018 Απόφαση της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και τις προϋποθέσεις ότι δεν θα επιβαρυνθούν οικονομικά τα νοσοκομεία, δεν θα παρακαλυφεί η ομαλή λειτουργία τους και θα τηρηθούν οι θεμελιώδεις κανόνες ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:  
Γ.Ν. ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ – Ν.Μ. ΝΑΥΠΛΙΟΥ  
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ



ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Δ. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
6<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΙΟΥ  
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ  
ΤΜΗΜΑ: ΓΡΑΦΕΙΟ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ &  
ΕΡΕΥΝΑΣ  
Ταχ. Κώδικας: 201 31  
Πληροφορίες: Στάικας Χ.  
Τηλέφωνο : 2741361513  
Fax: 27410-20525  
E-mail: antifymatikc@gmail.com

Βαθμός Ασφαλείας  
Καρνώνας: 30/11/2018  
Αρ. Πρωτ.: 33483  
(Βαθμός προτεραιότητας)

ΠΡΟΣ:  
Όπως ο πίνακας αποδεκτών

**ΘΕΜΑ:** «Κοινοποίηση εγγράφου».

Σχετ. : α) αριθμ. 30500/30-07-2018 έγγραφο της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ

Σας κοινοποιούμε το πιο πάνω (α) σχετ. έγγραφο της 6<sup>ης</sup> Υ.Π.Ε. Πελοποννήσου-Ιονίων Νήσων-Ηπείρου και Δυτ. Ελλάδας, σχετικά με τη διεξαγωγή μελέτης στο πλαίσιο της διακωμμάτικής σας εργασίας με θέμα «Λεκτική βία στο χειρουργείο: Μελέτη περίπτωσης 3 γενικών νοσοκομείων της περιφέρειας Πελοποννήσου», προκειμένου να λάβετε γνώση

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΜΙΧΑΗΛ ΣΑΒΒΑΝΟΣ

Ακριβές Αντίγραφο

Η Πάτη της Γραμμάτισας

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ

1. ΠΑΡΗΛΑΒΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ -Μεταπτυχ. Φυσήτρια-  
Υπαλληλο ΓΝ Άργου

ΚΟΙΝΗ: Διοικήτρια

Δ/ντης Ιατρικής Υπηρεσίας

Δ/ντης – Υπ/ντρια Διοικητικής – Οικονομικής Υπηρεσίας

Δ/ντρια-Υποδ/ντριας Ν.Υ.

Γρ. Συνεχιζόμενης Εκπ/σης & Έρευνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
6<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ –  
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης  
Τηλέφωνο : 2613 - 600578  
Fax : 2610 - 430790

ΠΑΤΡΑ 30/07/2018

Αριθμ. Πρωτ. 30500

ΠΡΟΣ  
κ. Γιαννακούλη Αναστασία –  
Μεταπτυχ. φοιτήτρια – υπόλληλο του  
Γ.Ν.Αργολίδας Ν.Μ.Αργούς

**Θέμα: Σχετικό με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων**

Σχετ: - Το από 27/07/2018 αίτημά σας

- Η υπ' αριθμ. 24/2018 Απόφαση της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα

Σε απάντηση της παραπάνω αίτησης, εγκρίνουμε να συλλέξετε ερευνητικά δεδομένα στο Γ.Ν.Αργολίδας – Ν.Μ.Ναυπλίου και στο Γ.Ν.Κορίνθου, στο πλαίσιο της διπλωματικής σας εργασίας με θέμα: «*Λεκτική βία στο χειρουργείο: Μελέτη περίπτωσης 3 γενικών νοσοκομείων της περιφέρειας Πελοποννήσου*», με την επισήμανση ότι θα τηρηθούν τα προβλεπόμενα στην υπ' αριθμ. 24/2018 Απόφαση της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και τις προϋποθέσεις ότι δεν θα επιβαρυνθούν οικονομικά τα νοσοκομεία, δεν θα παρακωλυθεί η ομαλή λειτουργία τους και θα τηρηθούν οι θεμελιώδεις κανόνες ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΚΑΤΑΚΟΜΜΕΝ:  
Γ.Ν. ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ – Ν.Μ. ΝΑΥΠΛΙΟΥ  
Γ.Ν.ΚΟΡΙΝΘΟΥ

ΔΕΛΦΙΝΙΔΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ  
Η ΤΡΕΥΣΥΝΗΣ ΤΗΝ ΠΑΤΡΙΔΑ  
  
Κατσοπούλου Μαρία

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Δ. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
 6<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ  
 ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΙΟΥ  
 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΛΙΔΟΣ  
 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΝΑΥΠΛΙΟΥ  
 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ: 8281  
 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: 21/12/2018

Ναύπλιο 20/12/2018

Προς  
 Την κ.Α. Γιαννικοπούλη  
 Νοσηλεύτριας Ν.Μ. Αργούς

Θέμα: Απάντητικό έγγραφο

Σε απάντηση του υπό αριθμό εγγράφου σας 6369/22/1018 σε σχέση με την ανέλιξη στοιχείων από την Νοσηλευτική Μονάδα Ναυπλίου που προτίθεστε να ενταχίσει στο πλαίσιο της Διδακματικής σας εργασίας στο Μεταπτυχιακό Προγραμμα με θέμα "Λεκτική Βία Στο Χειρουργείο, από το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, σας γνωρίζουμε ότι:

Το Ε.Σ της Ν.Μ. Ναυπλίου στην 5<sup>η</sup> έκτακτη συνεδρίαση της 20/12/18, συζήτησε το αίτημα σας και ομόφωνα αποφασίστηκε, βεβαιά, περί της διενέργειας της συλλογής των ερευνητικών στοιχείων στην Νοσήτη Μονάδα Ναυπλίου.

Παρακαλούμε δε στο Δ. Σ. του Γεν. Νοσοκομείου Αργολίδας για την τελική έγκριση της εργασίας αυτής.

Εκ του Επιστημονικού Συμβουλίου

Η Πρόεδρος

ΓΕΝ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΑΥΠΛΙΟΥ  
 Dr. ΣΑΛΕΣΙΩΤΟΥ Ι. ΒΑΣΙΛΙΚΗ  
 ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΘΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ  
 ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Ε.Ε.Υ.  
 ΑΝΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Dr. Β. Σαλεσιώτου

Πνευμονολόγος-Θυματολόγος  
 Σέφρα Διευθύντρια



Από την υπ' αριθ. 1<sup>η</sup>/2019 πράξη ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ  
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ

Ημερομηνία 08-01-2019 ημέρα Τρίτη και ώρα 14:00

ΠΑΡΟΝΤΑ ΜΕΛΗ οι κ.κ

Πρόεδρος : Φλώγου Αγγελική, Διοικήτρια Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας  
Αντιπρόεδρος : Φαραντος Γεώργιος, Αναπληρωτής Διοικητής Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας  
Μέλος : Καυλεντιανός Γεώργιος  
Μέλος : Κωσάκης Προκόπης  
Μέλος : Κλησιάρης Αντώνιος  
Μέλος : Χρονόπουλος Κων/νος, Δ/ντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ν.Μ. Άργους  
Μέλος : Μπαμπής Γεώργιος, Εκπρόσωπος Ιατρών Γ.Ν. Αργολίδας  
Μέλος : Γεωργίου Κωνσταντίνα, Δ/ντρια Διοικητικής-Οικονομικής Υπηρεσίας Ν.Μ. Άργους  
Μέλος : Λεβεντογιάννη Βασιλική, Εκπρόσωπος Εργαζομένων πλην Ιατρών Γ.Ν. Αργολίδας

Γραμματέας: Αλεξάνδρα Μπαρούσαλη, Κλάδου ΔΕ Διοικητικού Γ.Ν. Αργολίδας

Μετά τη διαπίστωση της νόμιμης απαρτίας το Διοικητικό Συμβούλιο εισέρχεται στη συζήτηση των θεμάτων.

#### ΘΕΜΑ 8<sup>ο</sup> : Έγκριση διακίνησης ερωτηματολογίου

Τίθεται υπόψη του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Ν. Αργολίδας:

1. Η υπ' αρ. πρωτ. 15960/24-12-2018 Αίτηση της κα Αναστασία Γιαννακούλη
2. Το υπ' αρ. πρωτ. 8281/21-12-2018 έγγραφο Επιστημονικού Συμβουλίου Ν.Μ. Ναυπλίου, σχετικά με τη διεξαγωγή έρευνας με τη χρήση ερωτηματολογίου στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας, με τίτλο «ΛΕΚΤΙΚΗ ΒΙΑ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ: ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΤΡΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΕΟΥ», του μεταπτυχιακού προγράμματος από το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών επιστημών, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Κατεύθυνση «Θεσμοί και Πολιτικές της Υγείας».

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας, αφού έλαβε υπ' όψη:

- Όλα τα ανωτέρω
- Τις αρμοδιότητες του Δ.Σ. σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81/4-4-2005/τεύχος Α όπως τροποποιήθηκε και ισχύει
- Την υπ' αριθ. Α2Β/Γ.Π. 53472/13-07-2016 (ΦΕΚ 385/18-7-2016/τεύχος ΥΟΔΔ) Υπουργική Απόφαση περί διορισμού Διοικητή στο Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας
- Την υπ' αριθ. Α2Β/Γ.Π. 65070/31-8-2016 (ΦΕΚ 474/12-9-2016/τεύχος ΥΟΔΔ) Υπουργική Απόφαση περί διορισμού Αναπληρωτή Διοικητή στο Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας
- Την υπ' αριθ. Α4β/Γ.Π. 77773/28-11-2018 (ΦΕΚ 712/ΥΟΔΔ/30-11-2018) απόφαση Υπουργείου Υγείας περί ορισμού μελών Διοικητικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας
- Την υπ' αριθ. Υ4α/κυκ. 91432/25-7-2011 (ΦΕΚ 2012/τ.Β'/9-9-2011) απόφαση του Υπουργού Υγείας κτ Κοινωνικής Αλληλεγγύης περί καθορισμού αρμοδιοτήτων του Ενιαίου Συλλογικού Οργάνου Διοίκησης και μετά διαλογική συζήτηση των μελών του

#### ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΟΜΟΦΩΝΑ

1. Εγκρίνει τη διακίνηση ερωτηματολογίου, από την κα Γιαννακούλη Αναστασία, εφόσον τηρηθούν οι κανόνες ηθικής και επιστημονικής δεοντολογίας, τα ερωτηματολόγια διακινηθούν ανώνυμα και χωρίς να παρακωλύεται η ομολή λειτουργία του Νοσοκομείου.
2. Να αναρτηθεί η παρούσα στη διαύγεια.

Το πρακτικό αυτό συντάχθη «ε, αναγνώσθηκε & βεβαιώθηκε.

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ

Ο ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ

Ακριβές απόσπασμα

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Η Γραμματέας του Διοικητικού Συμβουλίου

ΑΔΑ: ΩΝ6Α4690Β4-562





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
6<sup>η</sup> ΥΠΕΙΘΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -  
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΡΓΟΥΣ  
Κορίνθος 191 - 23 200  
Τηλ: 27510-24455  
FAX: 27510-24644

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πληροφορίες : Αικατερίνη Γαμβρούλα  
Τηλ: 2751360350  
e-mail: epistimoniko@gna.gr

Αρμος 5/9/2018  
Αρ. Πρ. 50 ΕΞ *chpx*

ΠΡΟΣ

Αναστασία Γιαννικούλη  
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

καιν: Διοικήτρια Γ.Ν. Αργολίδας

**Θέμα: Έγκριση διακίνησης ερωτηματολογίου**

Το Επιστημονικό Συμβούλιο εξέτασε το αίτημα σας, για διεξαγωγή έρευνας με τη χρήση ερωτηματολογίου στα πλαίσια εκκίνησης της διπλωματικής εργασίας, με τίτλο «ΛΕΚΤΙΚΗ ΒΙΑ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ: ΜΕΛΕΤΗ 3 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ».

Το αίτημα υποβάλλεται στα πλαίσια καταβολής μεταπτυχιακού προγράμματος από το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Κατεύθυνση « Θεσμοί και Πολιτικές της Υγείας». Το αίτημα εγκρίνεται εφόσον τηρηθούν οι κανόνες ηθικής και επιστημονικής δεοντολογίας, τα ερωτηματολόγια διακινηθούν ανώνυμα και δεν παρεκκλιθεί η ομαλή λειτουργία του Νοσοκομείου.

Η Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου

  
Αικατερίνη Γαμβρούλα

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ  
 ΕΝΙΑΙΟ ΣΥΛΛΟΓΙΚΟ ΟΡΓΑΝΟ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
 ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ  
 Από την υπ' αριθ. 90<sup>η</sup>/2018 πράξη ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ  
 ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ  
 Ημερομηνία 26-09-2018 ημέρα Τετάρτη και ώρα 14:00  
 ΠΑΡΟΝΤΑ ΜΕΛΗ ο.ε.κ.

Πρόεδρος : Φλώκου Αγγελική, Διοικήτρια Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας  
 Αντιπρόεδρος : Φαράντος Γεώργιος, Αναπληρωτής Διοικητής Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας  
 Μέλος : Τσιτσάκος Σπυρίδων, Αναπληρωματικό Μέλος  
 Μέλος : Κωστάκης Προκόπης  
 Μέλος : Κλησιάρης Αντώνιος  
 Μέλος : Χρονόπουλος Κων/νος, Δ/ντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ν.Μ. Άργους  
 Μέλος : Δρούλια Μαρία, Εκπρόσωπος Εργαζομένων πλήν Ιατρών Γ.Ν. Αργολίδας  
 Μέλος : Μπιμπής Γεώργιος, Εκπρόσωπος Ιατρών Γ.Ν. Αργολίδας

Γραμματέας: Γεωργία Δέμου, Κλάδου ΠΕ Διοικητικού Γ.Ν. Αργολίδας

Εκλήθη το τακτικό μέλος κ. Καυεντιανός Γεώργιος, αλλά λόγω αδυναμίας παράστασής του, εκλήθη το αναπληρωματικό μέλος αυτού.

Μετά τη διαπίστωση της νόμιμης απαρτίας το Διοικητικό Συμβούλιο εισέρχεται στη συζήτηση των θεμάτων.

#### ΘΕΜΑ 19<sup>ο</sup> : Έγκριση διακίνησης ερωτηματολογίου

Τίθεται υπόψη του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Ν. Αργολίδας:

1. Η υπ' αρ. πρωτ. 8998/27-7-2018 Αίτηση της κα Αναστασία Γιαννακούλη
2. Το υπ' αρ. πρωτ. 50 ΕΣ/5-9-2018 έγγραφο Επιστημονικού Συμβουλίου,

σχετικά με τη διεξαγωγή έρευνας με τη χρήση ερωτηματολογίου στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας, με τίτλο «ΛΕΚΤΙΚΗ ΒΙΑ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ: ΜΕΛΕΤΗ ΤΡΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ», του μεταπτυχιακού προγράμματος από το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών επιστημών, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Κατεύθυνση «Θεσμοί και Πολιτικές της Υγείας».

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας, έπειτα από διαλογική συζήτηση των μελών του και αφού έλαβε υπ' όψη:

- ❖ Όλα τα ανωτέρω
- ❖ Τις αρμοδιότητες του Δ.Σ. σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81/4-4-2005/τεύχος Α') όπως τροποποιήθηκε και ισχύει
- ❖ Την υπ' αριθ. Α28/Γ.Π. 53472/13-07-2016 (ΦΕΚ 385/18-7-2016/τεύχος ΥΟΔΔ) Υπουργική Απόφαση περί διαρισμού Διοικήτριας στο Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας
- ❖ Την υπ' αριθ. Α28/Γ.Π. 65070/31-8-2016 (ΦΕΚ 474/12-9-2016/τεύχος ΥΟΔΔ) Υπουργική Απόφαση περί διαρισμού Αναπληρωτή Διοικητή στο Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας
- ❖ Την υπ' αριθ. Α2β/Γ.Π. 20838/21-9-2016 (ΦΕΚ 512/ΥΟΔΔ/28-9-2016) απόφαση Υ.Υ. περί ορισμού μελών Δ.Σ. του Γ.Ν. Αργολίδας όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. Α2β/Γ.Π. 72735/3-10-2016 (ΦΕΚ 531/ΥΟΔΔ/10-10-2016) απόφαση Υπουργού Υγείας
- ❖ Την υπ' αριθ. Υ4α/δικ. 91432/25-7-2011 (ΦΕΚ 2012/τ.Β'/9-9-2011) απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης περί καθορισμού αρμοδιοτήτων του Ενιαίου Συλλογικού Οργάνου Διοίκησης

#### ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΟΜΟΦΩΝΑ

Εγκρίνει τη διακίνηση ερωτηματολογίου εφόσον τηρηθούν οι κανόνες ηθικής και επιστημονικής δεοντολογίας, τα ερωτηματολόγια διακινηθούν ανώνυμα και χωρίς να παρακωλύεται η ομαλή λειτουργία του Νοσοκομείου.

Το πρακτικό αυτό συντάχθηκε, αναγνώσθηκε & βεβαιώθηκε.

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ο ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ

Ακριβές απόσπασμα  
 Η Γραμματέας του Διοικητικού Συμβουλίου

Γεωργία Δέμου

ΤΑ ΜΕΛΗ

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

• Re: ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Επιστέγες★

Στις 25 Ιουλίου 2018 - 8:31 μ.μ. ο χρήστης Konstantakopoulos, George <[george.konstantakopoulos@iccl.ac.uk](mailto:george.konstantakopoulos@iccl.ac.uk)> έγραψε:  
Καλησπέρα κα Γιαννακούλη,

Με ευχαρίστησή μου να χρησιμοποιήσετε τα ερωτηματολόγια, στη μετάφραση που παρουσιάζεται στο άρθρο μου στην Ψυχιατρική, που σας επισυνάπτω.

Οι ψυχομετρικές ιδιότητες των εργαλείων σε γενικό ελληνικό πληθυσμό, πρόκειται να αναλυθούν και να δημοσιευθούν σύντομα. Συνεπώς πριν ολοκληρώσετε τη συγγραφή της εργασίας, ξαναστείλτε μου email να σας ενημερώσω σχετικά. Αν δεν υπάρχει νεότερη σχετική δημοσίευση, σας παρακαλώ να παραπέμπετε στο επισυναπτόμενο.

Καλή συνέχεια με την εργασία σας!

ΓΚ

---

**From:** ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΗ <[giannanast@gmail.com](mailto:giannanast@gmail.com)>

**Sent:** 25 July 2018 07:31:02

**To:** Konstantakopoulos, George; [gekonst@otenet.gr](mailto:gekonst@otenet.gr)

**Subject:** ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Καλημέρα σας

Ονομάζομαι Γιαννακούλη Αναστασία.

είμαι φοιτήτρια στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών <<Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας>> του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Στα πλαίσια της εκπόνησης της Διπλωματικής μου Εργασίας με θέμα: <<Λεκτική βία στο χειρουργείο: Μελέτη περίπτωσης 3 Γενικών Νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου>> με επιβλέπουσα καθηγήτρια την κα Γέιτονα.

αιτούμαι να μου αποστείλετε και να μου χορηγήσετε άδεια χρήσης των ερωτηματολογίων **PHQ-2 (Patient Health Questionnaire 2)** και **GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder)** για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης.

Σκοπός της Διπλωματικής Εργασίας είναι η διερεύνηση της ύπαρξης λεκτικής βίας στο χώρο του Χειρουργείου σε τρία Γενικά Νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου.

Για την επίτευξη του στόχου της μελέτης θα διεξαχθεί έρευνα στους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς και νοσηλευτές) που εργάζονται στο χώρο του Χειρουργείου σε τρία Γενικά Νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου.

Ειδικότερα, η έρευνα θα διεξαχθεί στα εξής Νοσοκομεία:

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ/ Ν.Μ. ΑΡΓΟΥΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ/ Ν.Μ.ΝΑΥΠΛΙΟΥ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων

Με εκτίμηση

[giannanast@mail.yahoo.com](mailto:giannanast@mail.yahoo.com)...



Από: **Konstantinia Karathanasi** <k.karathanasi@gmail.com>  
Ημερομηνία: 23 Ιουλίου 2018 - 8:59 μ.μ.  
Θέμα: Re: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου  
Προς: ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΗ <giannanast@gmail.com>

Κυρία Γιαννακούλη,

με χαρά μου σας δίνω την έγκριση για χρήση του ερωτηματολογίου **Verbal Abuse Scale (VAS)** για τη διεξαγωγή της μελέτης σας για την οποία σας εύχομαι κάθε επιτυχία.  
Παράκληση όπως με το τέλος της έρευνάς σας μου αποστείλετε και τα αποτελέσματα αυτής.

Με εκτίμηση,

Στις 23 Ιουλίου 2018 - 7:40 μ.μ., ο χρήστης ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΗ <giannanast@gmail.com> έγραψε:

Καλησπέρα σας,  
Ονομάζομαι Γιαννακούλη Αναστασία,  
είμαι φοιτήτρια στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών <<Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας>> του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.  
Στα πλαίσια της εκπόνησης της Διπλωματικής μου Εργασίας με θέμα : <<Λεκτική βία στο χειρουργείο: Μελέτη περίπτωσης 3 Γενικών Νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου>>, με επιβλέπουσα καθηγήτρια την κα Γείτονα, αιτούμαι να μου αποστείλετε και να μου χορηγήσετε άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου **Verbal Abuse Scale (VAS)**, για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης.  
Σκοπός της Διπλωματικής Εργασίας είναι η διερεύνηση της ύπαρξης λεκτικής βίας στο χώρο του Χειρουργείου σε τρία Γενικά Νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου.  
Η έρευνα θα διεξαχθεί στους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς και νοσηλευτές) που εργάζονται στο χώρο του Χειρουργείου σε τρία Γενικά Νοσοκομεία

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ΄



### ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

#### ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

#### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

#### ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αξιότιμοι συνάδελφοι,

Το παρόν ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιηθεί για την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας μου με θέμα «*Λεκτική βία στο χειρουργείο. Μελέτη περίπτωσης 3 γενικών νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου*». Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει την ύπαρξη λεκτικής βίας μεταξύ των εργαζομένων στον χώρο του χειρουργείου. Τα νοσοκομεία που θα λάβουν μέρος στην έρευνα είναι: Γενικό Νοσοκομείο Άργους, Γενικό Νοσοκομείο Ναυπλίου, Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου.

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς αυτής.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται **ανώνυμα** και απαιτεί 5- 10 λεπτά από τον πολύτιμο χρόνο σας. Η συμβολή σας είναι σημαντική για την διεξαγωγή της έρευνας.

Με εκτίμηση,

Γιαννακούλη Αναστασία

## Ατομικά Στοιχεία

1. Φύλο: <input type="checkbox"/>	Άνδρας <input type="checkbox"/>	Γυναίκα <input type="checkbox"/>
2. Ηλικία.....		
3. Βαθμίδα εκπαίδευσης:	ΠΕ <input type="checkbox"/>	ΤΕ <input type="checkbox"/> ΔΕ <input type="checkbox"/>
4. Κάτοχος μεταπτυχιακών τίτλων:	Μεταπτυχιακό <input type="checkbox"/>	Διδακτορικό <input type="checkbox"/>
5. Ειδικότητα:	Ιατρός <input type="checkbox"/>	Νοσηλεύτης <input type="checkbox"/>
6. Χειρουργείο που εργάζεστε:		
7. Έτη εμπειρίας σε Νοσοκομείο.....		

1. Το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

2. Ποια η εργασιακή σχέση σας με τον υβριστή;

1. άμεσος προϊστάμενος	6. συγγενής ασθενούς
2. άλλος ανώτερος	7. ο ίδιος ο ασθενής
3. άμεσα υφιστάμενος	8. επισκέπτης
4. άλλος κατώτερος	9. άλλος (παρακαλώ αναφέρετε ποιος)

3. Πόσο συχνά θεωρείτε ότι οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια;

1. Ποτέ	5. Μια φορά τη βδομάδα.
2. Μια φορά το χρόνο	6. Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως
3. Περισσότερες από 1 φορά ετησίως	7. Καθημερινά
4. Μια φορά το μήνα	

4. Θεωρείτε ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

5. Πόσο συχνά γίνετε εσείς αποδέκτης λεκτικής βίας;



1. Ποτέ	5. Μια φορά τη βδομάδα.
2. Μια φορά το χρόνο	6. Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως
3. Περισσότερες από 1 φορά ετησίως	7. Καθημερινά
4. Μια φορά το μήνα	

**6. Πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς;**

1. Καθόλου	5. Πολύ.
2. Σχεδόν καθόλου	6. Πάρα πολύ
3. Λίγο	7. Εξαιρετικά
4. Αρκετά	

**7. Ποιο ήταν το είδος της λεκτικής βίας της οποίας γίνετε αποδέκτης;**

Παρακαλώ βαθμολογήστε ταυτόχρονα τη συχνότητα και τη σοβαρότητα της λεκτικής βίας με **1 τη λιγότερο σοβαρή και 5 τη σοβαρότερη** και εφόσον επιθυμείτε προσθέστε άλλο είδος λεκτικής βίας της οποίας γίνετε αποδέκτης.

ΕΙΔΟΣ ΛΕΚΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ	Πόσο συχνά					Πόσο σοβαρή				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Βίαιος θυμός										
2. Συγκατάβαση										
3. Προσβολή συγκεκαλυμμένη σε αστείο										
4. Αδιαφορία										
5. Ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση										
6. Επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών										
7. Έντονη κριτική										
8. Απόρριψη, αποδοκιμασία										
9. Απειλή										
10. Σεξουαλική παρενόχληση										

**8. Ποιες ήταν οι πρώτες σκέψεις σας όταν γίνατε αποδέκτης της λεκτικής επίθεσης; Εφόσον επιθυμείτε προσθέστε και άλλες σκέψεις**

	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Αρκετά</b>	<b>Πολύ</b>	<b>Πάρα πολύ</b>
1. Τι χαζός!					
2. Δεν αξίζω να μου συμπεριφέρονται έτσι					
3. Μπορώ να το αντέξω					
4. Δεν είχε κανένα δικαίωμα					
5. Δεν έκανα κάτι κακό					
6. Θα βρω τον μπελά μου γι' αυτό					
7. Γιατί δεν μπορώ να κάνω κάτι σωστό όταν εργάζομαι με τον/την .....					
8. Δεν έχει μεγάλη σημασία					
9. Δεν ξέρω πώς να το χειριστώ					
10. Αυτό πιθανώς μπορεί να με πληγώσει					
11. Μάλλον εγώ φταίω Θα πρέπει να έκανα κάποιο λάθος					
12. δεν είχα ποτέ πρόβλημα με κανέναν άλλον					
13. Γιατί είμαι μονίμως εγώ που του/της δημιουργώ πρόβλημα? Δεν φωνάζει σε κανέναν άλλο					
14. Γιατί τον/την αφήνω να με αναστατώνει τόσο πολύ ώστε να κλαίω?					
15.....					

**9. Με ποια συμπεριφορά διαχειριστήκατε το επεισόδιο; Εφόσον επιθυμείτε προσθέστε και άλλα είδη συμπεριφοράς**

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
1. Προσπάθησα να δω την κατάσταση με προοπτική.					
2. Ζήτησα βοήθεια και υποστήριξη από άλλους.					
3. Προσπάθησα να ξεκαθαρίσω πιθανή παρανόηση.					
4. Βρήκα θετικές ασχολίες που μείωσαν την ένταση μου.					
5. Μιλώ στον εαυτό μου με καθησυχαστικό τρόπο.					
6. Μιλώ απευθείας στον γιατρό για το επεισόδιο.					
7. Δεν μιλάω με τον υβριστή γιατρό.					
8. Αποστασιοποιούμαι από την κατάσταση.					
9. Κρατώ τα αισθήματα για τον εαυτό μου.					
10. Βρήκα αμφιλεγόμενες ασχολίες που μειώνουν το άγχος μου					
11. Τείνω να κατηγορώ τον εαυτό μου.					
12. Έχω ευσεβείς πόθους ότι όλα θα βελτιωθούν.					
13. Προσπάθησα να δω την κατάσταση με χιούμορ					
14.....					
15.....					

**10.Βαθμολογήστε τη σοβαρότητα της συνέπειας της λεκτικής σας κακοποίησης**  
(παρακαλώ δώστε βαθμολογία για όλα τα είδη συνέπειας λεκτικής βίας και εφόσον επιθυμείτε προσθέστε και άλλες συνέπειες)

	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Αρκετά</b>	<b>Πολύ</b>	<b>Πάρα πολύ</b>
1. Επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδερφο.					
2. Επιδείνωση των σχέσεων με άτομα εκτός του εργασιακού περιβάλλοντος.					
3. Επιδείνωση της σχέσης με το υπόλοιπο προσωπικό.					
4. Μείωση της εμπιστοσύνης και υποστήριξης στον χώρο εργασίας.					
5. Μειωμένη αυτοεκτίμηση.					
6.Μειωμένη εμπιστοσύνη στον εαυτό σου.					
7.Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία.					
8. Μειωμένη απόδοση και ανταπόκριση στις επαγγελματικές απαιτήσεις (αύξηση λαθών).					
9. Επιβάρυνση της υγείας.					
10. Μείωση του αισθήματος άνεσης/ευεξίας στον χώρο εργασίας.					
11. Μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία					
12. Αύξηση των ωρών αποχής από την εργασία.					
13. Διαμαρτυρία των υπολοίπων εργαζομένων αφού επωμίζονται την αποχή του λεκτικά κακοποιημένου συναδέλφου					
14.....					
15.....					

**11.Τι νιώσατε μετά την εμπειρία της λεκτικής βίας και σε τι βαθμό; Εφόσον επιθυμείτε προσθέστε και άλλα συναισθήματα που νιώσατε και βαθμολογήστε τα αντίστοιχα**

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
1. Απογοήτευση, Απελπισία.					
2. Θυμό.					
3. Αηδία.					
4. Ντροπή και εξευτελισμό.					
5. Λύπη.					
6. Ανήμπορος/η.					
7. Αδύναμος/η.					
8. Σοκ και έκπληξη.					
9. Μπερδεμένος/η.					
10. Υπεύθυνος/η.					
11. Απειλή.					
12. Σύγχυση.					
13. Ήττα.					
14. Αδιάφορος/η.					
15. Φόβος					
16. Απομόνωση					
17. Παρεξηγημένος/η					
18. Μη υποστήριξη					
19.....					
20.....					

<b>Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησαν τα παρακάτω προβλήματα;</b>	<b>Καθόλου</b>	<b>Μερικές ημέρες</b>	<b>Περισσότερες από τις μισές ημέρες</b>	<b>Σχεδόν κάθε ημέρα</b>
Είχατε μικρό ενδιαφέρον για δραστηριότητες ή λίγη ευχαρίστηση από δραστηριότητες				
Νιώσατε πεσμένος(η), καταθλιμμένος(η) ή απελπισμένος				
Νιώσατε νευρικός (ή), αγχωμένος (η) ή ευερέθιστος				
Δεν μπορούσατε να σταματήσετε ή να ελέγξετε το άγχος σας				

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ !!**