



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

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ**  
**ΠΟΛΙΤΙΚΗ**

**Ειδίκευση: ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ**  
**ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΛΕΚΤΙΚΗ ΒΙΑ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΟΥΣ.**  
**ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**  
**ΚΟΡΙΝΘΟΥ.**

**ΓΚΟΤΣΗ ΣΟΦΙΑ**

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Επιβλέπων: Σουλιώτης Κυριάκος  
Μέλος: Γείτονα-Κοντούλη Μαρία  
Μέλος: Τόσκα Αικατερίνη

Κόρινθος, Αύγουστος 2021

**Αφιερωμένη στους γονείς μου**  
για την ηθική στήριξη και την αμέριστη συμπαράσταση  
καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Ευχαριστίες:

Η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία έχει εκπονηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών: Οικονομία Διοίκηση και Πολιτικές Υγείας του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής της Σχολής Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, η οποία επισφραγίζει την πολυετή πορεία των σπουδών μου και συνδυάζει δυο ιδιαίτερα ενδιαφέροντα επιστημονικά πεδία, της κοινωνικής πολιτικής και της υγείας, τα οποία έχουν στο επίκεντρο τον άνθρωπο.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Κυριάκο Σουλιώτη, Αναπληρωτή Καθηγητή Πολιτικής Υγείας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, για την καθοδήγησή του στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Ιδιαίτερα, ευχαριστώ την κα Τόσκα Αικατερίνη για την πολύτιμη βοήθεια και υποστήριξη στην πραγματοποίηση αυτής της εργασίας.

Θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθώ στην τέως Διευθύνουσα του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου κα Σαρίδη Μαρία, τόσο για την βοήθεια που μου παρείχε κατά την διάρκεια της συγγραφής της συγκεκριμένης εργασίας, όσο για την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπό μου, δίνοντάς μου την ευκαιρία να παρακολουθήσω το εν λόγω Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα.

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες .....	3
Περίληψη .....	8
Abstract.....	10
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Βία και Επιθετικότητα στο Χώρο Εργασίας .....	14
1.1. Ορισμός της βίας και ορισμός της επιθετικότητας.....	14
1.2. Θεωρίες επιθετικότητας.....	15
1.3. Τύποι βίας και επιθετικότητας .....	18
1.3.1. Φυσική Βία.....	19
1.3.2. Λεκτική Βία.....	19
1.3.3. Σεξουαλική Παρενόχληση.....	20
1.4. Κύκλος επιθετικότητας .....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Το Ζήτημα της Βίας στο Χώρο της Υγειονομικής Περίθαλψης .....	23
2.1 Το Ζήτημα της Βίας στον Εργασιακό Χώρο .....	23
2.2. Το Ζήτημα της Βίας στο Τομέα της Υγείας.....	24
2.3. Παράγοντες Κινδύνου για τη Βία στα Επείγοντα Περιστατικά .....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Υπό-αναφορά Κρουσμάτων Βίας, Επιπτώσεις και Στρατηγικές Αντιμετώπισης .....	29
3.1. Υπό-αναφορά Κρουσμάτων Βίας.....	29
3.2. Επιπτώσεις Βίας .....	30
3.2.1. Συνέπειες στην Υγεία.....	31
3.2.2. Κοινωνικές Συνέπειες .....	31
3.2.3. Οργανωσιακές Συνέπειες .....	31
3.3. Στρατηγική και Πρόληψη .....	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	34
4.1. Σκοπός Έρευνας .....	34
4.2. Μεθοδολογία Έρευνας.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	37
5.1. Αποτελέσματα Ιατρών .....	37
5.2. Σύγκριση Αποτελεσμάτων με Κοινωνικοδημογραφικά και Εργασιακά Χαρακτηριστικά .....	44
5.3. Αποτελέσματα Νοσηλευτών .....	51
5.4. Σύγκριση Αποτελεσμάτων με Κοινωνικοδημογραφικά και Εργασιακά Χαρακτηριστικά .....	59
5.5. Σύγκριση Αποτελεσμάτων λεκτικής βίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών.....	63
ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	65
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	71

## Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικά και Εργασιακά Χαρακτηριστικά Ιατρών.....	37
Πίνακας 2: Το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων;.....	38
Πίνακας 3: Πόσο συχνά θεωρείτε ότι οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια;.....	38
Πίνακας 4: Θεωρείτε ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του;.....	39
Πίνακας 5: Πόσο συχνά γίνετε εσείς αποδέκτης λεκτικής βίας;.....	39
Πίνακας 6: Πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς;.....	40
Πίνακας 7: Συναίσθημα άγχους ή κατάθλιψης.....	43
Πίνακας 8. Λεκτική βία σε σύγκριση με φύλο- Ιατροί.....	44
Πίνακας 9. Λεκτική βία σε σύγκριση με ηλικιακή ομάδα- Ιατροί.....	47
Πίνακας 10. Λεκτική βία σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης- Ιατροί.....	49
Πίνακας 11. Λεκτική βία σε σύγκριση με έτη προϋπηρεσίας- Ιατροί.....	50
Πίνακας 12: Κοινωνικοδημογραφικά και Εργασιακά Χαρακτηριστικά Νοσηλευτών.....	51
Πίνακας 13: Το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων;.....	52
Πίνακας 14: Πόσο συχνά θεωρείτε ότι οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια;.....	53
Πίνακας 15: Θεωρείτε ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του;.....	53
Πίνακας 16: Πόσο συχνά γίνετε εσείς αποδέκτης λεκτικής βίας;.....	53
Πίνακας 17: Πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς;.....	54
Πίνακας 18: Συναίσθημα άγχους και κατάθλιψης.....	59
Πίνακας 19. Λεκτική βία σε σύγκριση με φύλο - Νοσηλευτές.....	60
Πίνακας 20. Λεκτική βία σε σύγκριση με ηλικιακή ομάδα - Νοσηλευτές.....	60
Πίνακας 21. Λεκτική βία σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης - Νοσηλευτές.....	61
Πίνακας 22. Λεκτική βία σε σύγκριση με έτη προϋπηρεσίας - Νοσηλευτές.....	62

Πίνακας 23. Σύγκριση Αποτελεσμάτων λεκτικής βίας με ειδικότητα δείγματος..... 63

## **Περιεχόμενα Διαγραμμάτων**

Διάγραμμα 1: Ποια η εργασιακή σχέση σας με τον υβριστή; .....	38
Διάγραμμα 2: Ποιο ήταν το είδος της λεκτικής βίας της οποίας γίνατε αποδέκτης ως προς τη συχνότητα; .....	40
Διάγραμμα 3: Ποιο ήταν το είδος της λεκτικής βίας της οποίας γίνατε αποδέκτης ως προς τη σοβαρότητα;.....	41
Διάγραμμα 4: Ποιες ήταν οι πρώτες σκέψεις σας όταν γίνατε αποδέκτης της λεκτικής επίθεσης;.....	41
Διάγραμμα 5: Με ποια συμπεριφορά διαχειριστήκατε το επεισόδιο;.....	42
Διάγραμμα 6: Βαθμολογήστε τη σοβαρότητα της συνέπειας της λεκτικής σας κακοποίησης. ....	42
Διάγραμμα 7: Τι νιώσατε μετά την εμπειρία της λεκτικής βίας και σε τι βαθμό;.....	43
Διάγραμμα 8: Ποια η εργασιακή σχέση σας με τον υβριστή; .....	52
Διάγραμμα 9: Ποιο ήταν το πιο συχνό είδος της λεκτικής βίας της οποίας γίνατε αποδέκτης; .....	54
Διάγραμμα 10: Ποιο ήταν το πιο σοβαρό είδος της λεκτικής βίας της οποίας γίνατε αποδέκτης; .....	55
Διάγραμμα 11: Ποιες ήταν οι πρώτες σκέψεις σας όταν γίνατε αποδέκτης της λεκτικής επίθεσης;.....	56
Διάγραμμα 12: Με ποια συμπεριφορά διαχειριστήκατε το επεισόδιο; Εφόσον επιθυμείτε προσθέστε και άλλα είδη συμπεριφοράς.....	57
Διάγραμμα 13: Βαθμολογήστε τη σοβαρότητα της συνέπειας της λεκτικής σας κακοποίησης.....	58
Διάγραμμα 14: Τι νιώσατε μετά την εμπειρία της λεκτικής βίας και σε τι βαθμό; ....	58

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης εκτίθενται συχνά σε λεκτική βία που μπορεί να οδηγήσει σε απογοήτευση και απελπισία. Η βία κατά επαγγελματιών στον τομέα της υγείας επηρεάζει την απόδοσή τους και, κατά συνέπεια, τη φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς και στις οικογένειές τους.

**Σκοπός:** Σκοπός της διπλωματικής είναι η διερεύνηση της ύπαρξης λεκτικής βίας στους νοσηλευτές και ιατρούς που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου.

**Μεθοδολογία:** Για την επίτευξη του στόχου της μελέτης διεξήχθη έρευνα σε νοσηλευτές και ιατρούς που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου. Το δείγμα της μελέτης αποτελέσαν οι νοσηλευτές και ιατροί του νοσοκομείου. Το τελικό δείγμα της έρευνας ήταν 185 νοσηλευτές με ποσοστό ανταπόκρισης 92,5% και 60 ιατροί με ποσοστό ανταπόκρισης 80%. Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της αυτοσυμπλήρωσης από τους εργαζόμενους. Τα εργαλεία που επιλέχθηκαν για τη συγκεκριμένη μελέτη ήταν: Το Verbal Abuse Scale, ως εργαλείο για την αξιολόγηση της λεκτικής βίας στο εργασιακό περιβάλλον και το Patient Health Questionnaire- 2 για την ανίχνευση της κατάθλιψης και το Generalized Anxiety Disorder- 2 για την ανίχνευση του άγχους. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα S.P.S.S. 25.

**Αποτελέσματα:** Το 71,7% του ιατρικού προσωπικού και το 81,6% του νοσηλευτικού προσωπικού δήλωσε ότι το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων. Το 26,7% των ιατρών και 31,9% των νοσηλευτών απάντησε ότι άλλος ανώτερος ήταν ο υβριστής συνήθως. Το 38,4% των ιατρών και 52,4% των νοσηλευτών δήλωσε ότι το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς ήταν πολύ εξαιρετικά αγχωτικό. Η έντονη κριτική και η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών αναφέρθηκαν από το δείγμα ως τα πιο συχνά είδη της λεκτικής βίας. Οι πρώτες σκέψεις που αναφέρθηκαν από το δείγμα ήταν ότι δεν αξίζουν να του συμπεριφέρονται έτσι. Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας απάντησε ότι η συμπεριφορά με την οποία διαχειρίστηκε το επεισόδιο ήταν να προσπαθήσει να ξεκαθαρίσει την πιθανή παρανόηση. Το δείγμα ανέφερε ότι συνέπειες της λεκτικής κακοποίησης ήταν η επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδελφο και ότι έπειτα από την εμπειρία της λεκτικής βίας, ένιωθε κυρίως απογοήτευση - απελπισία. Το 82,4% των ιατρών και το 81,6% των νοσηλευτών δεν



αισθάνονται άγχος, όπως επίσης και το 91% των ιατρών και 90,8% των νοσηλευτών δεν αισθάνονται κατάθλιψη.

**Συμπεράσματα:** Πρέπει να ληφθούν μέτρα ώστε η βία στο χώρο εργασίας στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης να αντιμετωπιστεί και να μειωθεί σωστά. Αυτά περιλαμβάνουν την εκπαίδευση ιατρών και νοσηλευτών για την αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών και την ενίσχυση της συνεργασίας με τις αρχές επιβολής νόμου.

## **Abstract**

**Introduction:** Healthcare workers are often exposed to verbal violence that can lead to frustration and despair. Violence against health professionals affects their performance and, consequently, the care provided to patients and their families.

**Aim:** The aim of this study is to investigate the existence of verbal violence against nurses and physicians working at the General Hospital of Corinth.

**Methodology:** In order to achieve the goal of the study, a survey was conducted on nurses and physicians working at the General Hospital of Corinth. The sample of the research was 185 nurses with a response rate of 92.5% and 60 physicians with a response rate of 80%. The collection of questionnaires was carried out by the method of self-completion by employees. The questionnaire selected for this study were: The Verbal Abuse Scale as a tool for assessing verbal violence in the workplace and the Patient Health Questionnaire-2 for detecting depression and the Generalized Anxiety Disorder-2 for detecting stress. The statistical program S.P.S.S. was used for data analysis. 25.

**Results:** 71.7% of the medical staff and 81.6% of the nursing staff stated that the episode of verbal violence took place in the presence of others. 26.7% of physicians and 31.9% of nurses answered that another senior was usually the abuser. 38.4% of physicians and 52.4% of nurses stated that the fact of violent verbal behavior was extremely stressful. Intense criticism and blame and accusations were cited by the sample as the most common types of verbal violence. The first thoughts mentioned by the sample were that they do not deserve to be treated like that. The majority of health professionals responded that the behavior with which they managed the episode was to try to clear up the possible misunderstanding. The sample reported that the consequences of verbal abuse were the deterioration of the relationship with the colleague and that after the experience of verbal violence, they felt mainly frustration - despair. 82.4% of physicians and 81.6% of nurses do not feel anxious, as well as 91% of physicians and 90.8% of nurses do not feel depressed.

**Conclusions:** Measures must be taken to properly address and reduce workplace violence in the healthcare system. These include training doctors and nurses to deal with such incidents and strengthening cooperation with law enforcement.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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 την βία ως περιστατικά που συνεπάγονται κατάχρηση, απειλή ή επίθεση στις συνθήκες εργασίας. Το φαινόμενο αυτό έχει τεκμηριωθεί για αρκετά χρόνια και αναπτύσσεται σε μεγάλο βαθμό σε παγκόσμιο επίπεδο (Abdellah et al. 2017, Cannanò et al. 2017, Ramacciati et al. 2015, Rippon 2000).

Ο όρος επιθετικότητα δεν σημαίνει μόνο επιθετικότητα με αυστηρά την φυσική έννοια, αλλά και όλες εκείνες τις καταστάσεις στις οποίες το άτομα «θύμα» υφίσταται σεξουαλική παρενόχληση, επιθετικότητα ή λεκτικό εκφοβισμό (Chappell & Martino, 2006). Επιπλέον, δεν εννοείται επιθετικότητα μόνο από τους ασθενείς ή τις οικογένειές τους, αλλά και από συναδέλφους και άλλο προσωπικό γενικότερα.

Το 2001, η 3<sup>η</sup> έκδοση ευρωπαϊκής έρευνας για τις συνθήκες εργασίας τόνισε ότι μεταξύ του εργατικού πληθυσμού της Ευρώπης το ποσοστό των ατόμων που είχαν υποστεί μια πράξη σωματικής βίας ήταν περίπου 4%. Στην Έρευνα Ευρωπαϊκών Συνθηκών Εργασίας (European Working Conditions Surveys -EWCS) που πραγματοποιήθηκε το 2015, το ποσοστό των ευρωπαίων εργαζομένων που αναφέρουν ότι πρέπει να «χειρίζονται θυμωμένους πελάτες / ασθενείς / μαθητές» είναι κατά μέσο όρο 16%, με ποσοστά που κυμαίνονται από 3% έως 4% στη Δανία, Φινλανδία και Νορβηγία, 30% στην Ισπανία και 37% στην Αλβανία. Αυτός ο δείκτης αυξάνεται από το 2010. Το ποσοστό των εργαζομένων με αυτό το πρόβλημα διπλασιάστηκε μεταξύ 2010 και 2015 (Sixth European Working Conditions Survey: 2015).

Σύμφωνα με έκθεση του Occupational Safety and Health Administration (Διοίκηση Ασφάλειας και Υγείας στην Εργασία) (OSHA 2016), το ποσοστό τραυματισμών ως αποτέλεσμα της βίας που υπέστη την περίοδο μεταξύ 2002 και 2013 είναι κατά μέσο όρο ήταν 4 φορές υψηλότερο στους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης από αυτό των εργαζομένων σε άλλους τομείς. Για την αντιμετώπιση του φαινομένου της βίας στον τομέα της υγείας, το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (ILO) από κοινού με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (ICN), τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ξεκίνησαν το 2000 ένα πρόγραμμα για την πρόληψη της βίας στους

εργαζόμενους στον τομέα της υγείας (ΠΟΥ). Το OSHA εξέδωσε τις "Οδηγίες για την πρόληψη της βίας στο χώρο εργασίας στην υγειονομική περίθαλψη" το 2015 (OSHA 2016).

Στην πραγματικότητα, οι επιθέσεις στο χώρο εργασίας είναι επίσης μία από τις κύριες αιτίες εγκατάλειψης από το υγειονομικό προσωπικό (Celik et al. 2007, Gates et al. 2011, Hillbrand et al.1996, Hunter et al.1992). Οι νοσηλευτές και οι κοινωνικοί λειτουργοί διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επιθετικότητας από άλλες κατηγορίες εργαζομένων, καθώς βρίσκονται σε άμεση επαφή με τον ασθενή και με την οικογένεια του. Μεταξύ αυτών, το προσωπικό των ψυχιατρικών θαλάμων (Magnavita & Heroniemi 2012), εκείνο της επείγουσας ιατρικής και εκείνο της υπηρεσίας ασθενοφόρων (Magnavita 2014, Martini et al. 2012) φαίνεται να είναι το πιο εκτεθειμένο σε βία. Μόνο λίγα περιστατικά των επιθέσεων αναφέρονται στη δημόσια ασφάλεια ή στα εσωτερικά όργανα της υπηρεσίας υγείας, για πολλά άτομα η επιθετικότητα εξακολουθεί να θεωρείται αναπόσπαστο μέρος της εργασίας (Centers for Disease Control and Prevention 1996,) αν και υπάρχει σημαντικός αρνητικός αντίκτυπος στην παραγωγικότητα και ψυχική υγεία του θύματος με ταυτόχρονη αύξηση των επιπέδων επαγγελματικού στρες (Magnavita 2014).

Οι πράξεις βίας στο χώρο εργασίας απαιτούν την εφαρμογή κατάλληλων πρωτοβουλιών πρόληψης και προστασίας όχι μόνο για τις επιπτώσεις στην υγεία στον ίδιο τον εργαζόμενο αλλά και το κόστος που σχετίζεται με το φαινόμενο και τις επιπτώσεις στην ποιότητα της περίθαλψης. Σκοπός της διπλωματικής είναι η διερεύνηση της ύπαρξης λεκτικής βίας στους νοσηλευτές και ιατρούς που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου.

### **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 και ορισμός της επιθετικότητας, βασικές θεωρίες επιθετικότητας και τύποι όπως φυσική βία, λεκτική βία, σεξουαλική παρενόχληση και ο κύκλος επιθετικότητας.

Στο κεφάλαιο 2 περιγράφεται το ζήτημα της βίας στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα γίνεται αναφορά στο ζήτημα της βίας στον εργασιακό

χώρο γενικά, στον τομέα της υγείας και στους παράγοντες κινδύνου για τη βία στα επείγοντα περιστατικά.

Στο κεφάλαιο 3 παρουσιάζεται η υπό-αναφορά κρουσμάτων βίας, οι επιπτώσεις και στρατηγικές αντιμετώπισης αυτών. Κάποιες από τις συνέπειες στις οποίες γίνεται εκτενή αναφορά είναι οι συνέπειες στην υγεία των εργαζομένων, οι κοινωνικές και οργανωσιακές συνέπειες και ολοκληρώνεται το κεφάλαιο με τη στρατηγική και πρόληψη.

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 στις υπηρεσίες υγείας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Βία και Επιθετικότητα στο Χώρο Εργασίας**

### **1.1. Ορισμός της βίας και ορισμός της επιθετικότητας**

Μέχρι σήμερα, για το θέμα της βίας κατά των εργαζομένων στο χώρο εργασίας, δεν υπάρχουν κοινοί ορισμοί. Σε γενικές γραμμές περιλαμβάνει ένα μεγάλο μέρος συμπεριφορών και ταξινομείται σε φυσικά γεγονότα που απειλούν την ασφάλεια του ατόμου και σε γεγονότα μη φυσικά που περιλαμβάνουν φαινόμενα λεκτικής βίας ή σεξουαλικής παρενόχλησης (Acik et al. 2008).

Το National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH - Εθνικό Ινστιτούτο Ασφάλειας και Υγείας στην Εργασία) ορίζει τη βία στο χώρο εργασίας ως «οποιαδήποτε σωματική επίθεση, απειλητική συμπεριφορά ή λεκτική κακοποίηση που συμβαίνει στο χώρο εργασίας». Οι πράξεις βίας συνίστανται στις περισσότερες περιπτώσεις σε γεγονότα με μη θανατηφόρο αποτέλεσμα, δηλαδή επιθετικότητα ή απόπειρα επιθετικότητας, σωματική ή λεκτική, όπως αυτή που πραγματοποιείται με τη χρήση προσβλητικής γλώσσας (NIOSH 2002).

Ορισμένοι συγγραφείς δηλώνουν ότι είναι «η απόπειρα ή η πραγματική άσκηση από ένα άτομο κάθε δύναμης για να βλάψει έναν εργαζόμενο, συμπεριλαμβανομένης οποιασδήποτε απειλητικής δήλωσης ή συμπεριφοράς που δίνει στον εργαζόμενο έναν εύλογο λόγο να πιστεύει ότι βρίσκεται σε κίνδυνο κατά τη διάρκεια της άσκησης της εργασίας του» (Adib et al. 2002). Επίσης μπορεί να είναι «οποιαδήποτε κατάσταση κατά την οποία κακοποιούνται οι εργαζόμενοι, απειλούνται ή δέχονται επίθεση κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής, λεκτικής και ψυχολογικής κακοποίησης, της απειλητικής ή εκφοβιστικής συμπεριφοράς, καθώς και της σεξουαλικής παρενόχλησης ή της επιθετικότητας» (Alberta Health and Wellness 2000). Είναι επίσης «οποιοδήποτε περιστατικό κατάχρησης, απειλής ή επίθεσης στο προσωπικό σε περιστάσεις που σχετίζονται με την εργασία τους [...] συμπεριλαμβανομένης μιας σιωπηρής ή ρητής πρόκλησης για την υγεία, την ευεξία ή την ασφάλεια τους» (Almvik & Woods 2003).

Είναι πρώτα από όλα απαραίτητο να γίνει κατανοητή η σημασία της "επιθετικότητα" διαφοροποιώντας την από την έννοια της "βίας", η οποία επίσης συχνά θεωρείται συνώνυμο. Στην πραγματικότητα, οι δύο όροι υποδηλώνουν δύο διαφορετικές στιγμές και συνθήκες. Μπορεί κανείς να είναι επιθετικός και βίαιος,

αλλά μπορεί επίσης να είναι επιθετικός και μη βίαιος. Το επιθετικό και μη βίαιο άτομο ελέγχει τις παρορμήσεις του και σπάνια καταφεύγει στη βία. Η βία μπορεί να οριστεί ως πράξη εναντίον άλλου με πρόθεση να προκαλέσει πόνο ή τραυματισμό.

Η επιθετικότητα, από την άλλη πλευρά, είναι μια αυθόρμητη ώθηση, μια εκδήλωση της ζωτικής δύναμης. Ο όρος «επιθετικότητα» χρησιμοποιείται γενικά με διπλή έννοια. Η πρώτη περίπτωση, που υπάρχει στο ψυχαναλυτικό πεδίο, υποδηλώνει «το σύνολο των τάσεων που λαμβάνουν χώρα σε πραγματικές ή φανταστικές συμπεριφορές που αποσκοπούν να βλάψουν, να εξαναγκάσουν ή να ταπεινώσουν τον άλλο, ή μέρη του εαυτού του». Στη δεύτερη περίπτωση, ωστόσο, που αναφέρεται στην ετυμολογία του όρου (από το λατινικό «aggredior» που σημαίνει «πορεία προς τα εμπρός»), δηλώνει μια τάση που αποσκοπεί στην αυτό-επιβεβαίωση. Στην αρχαία ελληνική σκέψη, η επιθετικότητα είχε ακόμη και θετική σημασία, με την έννοια του θάρρους στη μάχη.

## 1.2. Θεωρίες επιθετικότητας

Ένας μεγάλος θεωρητικός της ανθρώπινης επιθετικότητας ήταν ο Thomas Hobbes, σύμφωνα με τον οποίο ο θυμός ενεργοποιείται όταν ένα άτομο αισθάνεται ότι έχει περιφρονηθεί από τον συνάνθρωπό του και γίνεται επιθετική συμπεριφορά όταν το απαξιωμένο πλέον άτομο κινείται από την επιθυμία εκδίκησης εναντίον του ατόμου που του προκάλεσε το αίσθημα αυτό (Stangor et al. 2014). Η βλάβη του άλλου είναι μια ιδιαιτερότητα του ανθρώπου που συνοψίζεται στο περίφημο κατασκευάσμα *homo homini lupus*. Για τον Deater-Deckard η επιθετικότητα αντιστοιχεί στον θυμό που εξαπολύεται όταν κάποιος υφίσταται βλάβη που προκαλείται από άλλο άτομο (Liu et al. 2013) ενώ για τον Schopenhauer η επιθετικότητα είναι ενδημική για τον άνθρωπο και είναι παρούσα σε όλα τα είδη ζώων (Bischler 1939).

Κατά τη διάρκεια του εικοστού αιώνα διατυπώθηκαν διάφορες υποθέσεις στον ψυχολογικό τομέα σχετικά με τη γένεση της επιθετικότητας. Σύμφωνα με την ηθολογική θεωρία που εξέφρασε ο Lorenz, η επιθετικότητα προκύπτει από ένα ένστικτο του ανθρώπου, δηλαδή μια εσωτερική ώθηση, που δημιουργεί και κατευθύνει τις επιθετικές συμπεριφορές του. Αυτή η εσωτερική δύναμη

ενεργοποιείται από πολύ συγκεκριμένα στοιχεία, όπως η υπεράσπιση αυτού που κατέχει σε υλικό, συναισθηματικό και ηθικό επίπεδο, ο αγώνας για εξουσία, η ανάγκη οργάνωσης του περιβάλλοντος που λαμβάνουν χώρα οι δραστηριότητες της ζωής του. Όλα αυτά γίνονται με σκοπό να διασφαλίσει το άτομο ένα μέλλον για τον εαυτό του και για εκείνους που έχουν την ίδια γενετική κληρονομιά (Stangor et al. 2014).

Η ίδια τάση κίνησης βρίσκεται στις θεωρίες του Freud. Για τον Freud, η επιθετικότητα έχει ενστικτώδη προέλευση, συνδεδεμένη με το ένστικτο του θανάτου, το οποίο, μαζί με το ένστικτο της ζωής, συνυπάρχει στο ίδιο άτομο. Προκειμένου το άτομο να διατηρήσει την ακεραιότητά του, η επιθετικότητα πρέπει να κατευθύνεται προς τα έξω, κατά προτίμηση μέσω της διοχέτευσής του σε κοινωνικά αποδεκτές δραστηριότητες, όπως αυτές που χαρακτηρίζουν τις αντιπαλότητες μεταξύ ομάδων μέσα σε έναν κοινωνικό σύνολο (Bischler 1939).

Σύμφωνα με τη θεωρία της απογοήτευσης, που αναπτύχθηκε από τους Dollard & Miller (1939), υπάρχει ένας μηχανισμός απογοήτευσης στη βάση της επιθετικότητας. Για το λόγο αυτό, το άτομο αισθάνεται αυτό το συναίσθημα όταν συναντά εμπόδια στο δρόμο του που δυσχεραίνουν την επίτευξη των στόχων που έχει θέσει. Η επιθετικότητα υφίσταται εκθετική αύξηση ως συνάρτηση της προσέγγισης του στόχου. Με άλλα λόγια, όσο περισσότερο το άτομο πρόκειται να επιτύχει τον στόχο του και διακόπτεται από αυτή την άποψη, τόσο αυξάνεται η επιθετικότητα του. Συνήθως αυτή η συναισθηματική κατάσταση δεν προσανατολίζεται προς τους ανθρώπους που προκάλεσαν την απογοήτευση, αλλά προς τα άτομα που, λόγω των προσωπικών τους χαρακτηριστικών (π.χ. μεγαλύτερη αδυναμία ή λιγότερη δύναμη), προσφέρονται ως «εύκολοι στόχοι» για να γίνουν αντικείμενο επιθετικών συμπεριφορών. Σύμφωνα με αυτό το κατασκεύασμα, επιπλέον, για να έχει το άτομο πρόσβαση σε βίαιη συμπεριφορά, πρέπει να βιώνεται σε ένα περιβάλλον που είναι εξαιρετικά τυποποιημένο με αυτήν την έννοια.

Υποθέτοντας ότι, είτε υπάρχει έμφυτη επιθετική ώθηση είτε όχι, η ενεργοποίησή της σχεδόν πάντα διεγείρεται από κάποια μορφή ταλαιπωρίας από την πλευρά του υποκειμένου. Είναι σημαντικό να διακρίνουμε μια επιθετικότητα «βιολογικής» φύσης, που κινητοποιείται από τον επείγοντα χαρακτήρα μιας ανάγκης που γίνεται αντιληπτή ως απειλή μέσα στο σώμα. Το πιο απλό και χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι αυτό του πεινασμένου ατόμου ή του ατόμου που νιώθει πόνο. Ένα λίγο πιο σύνθετο παράδειγμα θα μπορούσε να είναι η επιθετική συμπεριφορά που



προέρχεται από ένα αίσθημα ενοχής. Εάν η πρακτική χρησιμότητα της βιολογικής επιθετικότητας είναι άμεσα κατανοητή (θέτοντας μια συμπεριφορά που εξαλείφει την αιτία του πόνου), η λειτουργία της συμβολικής επιθετικότητας δεν είναι τόσο σαφής, καθώς δεν επισημαίνεται ρητά η πρακτική χρησιμότητα της ίδιας. Από αυτή την άποψη, ο Bleichmar (NIOSH 2002) επιβεβαιώνει ότι «εάν στον άνθρωπο η επιθετικότητα μπορεί να αποτελέσει αμυντική κίνηση ενάντια σε ψυχικά βάσανα που προκαλούνται από τις αισθήσεις ενοχής ή από διωκτικές φαντασιώσεις, είναι επειδή μέσω αυτής το υποκείμενο είναι σε θέση να αναδιαρθρώσει την αναπαράσταση του εαυτού του και του άλλου. Αυτό μας εισάγει σε μια διάσταση στην οποία κάθε συναισθηματική κατάσταση δεν είναι έκφραση *per se*, αλλά χρησιμοποιείται ως μέσο "για" κάτι: δηλαδή, μια μορφή επικοινωνίας και δράσης». Επομένως, η επιθετικότητα μπορεί να γίνει το εργαλείο, ενίοτε προνομιακό μέσο από την οπτική γωνία του χρήστη της επιθετικότητας, το οποίο χρησιμοποιείται για να προσπαθήσει το άτομο αυτό να αναγκάσει τον ίδιο του τον εαυτό να δει τον χαρακτήρα του, την υπόληψη του ή άλλα στοιχεία του εγώ του με έναν συγκεκριμένο τρόπο.

Υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις για τη διαχείριση της επιθετικής συμπεριφοράς που προτείνει η ψυχιατρική παγκόσμια βιβλιογραφία και στη συνέχεια προσαρμόζονται ή εφαρμόζονται άμεσα σε περιοχές υψηλού κινδύνου. Σε γενικές γραμμές, αυτές οι προσεγγίσεις περιλαμβάνουν προληπτικά μέτρα, κλιμάκωση, στρατηγικές επικοινωνίας και παραδοσιακές μεθόδους, όπως στένωση, καταστολή και απομόνωση (Whittington & Shuttleworth 1996). Για παράδειγμα, υπάρχουν ορισμένες μελέτες που αφορούν παρεμβάσεις που επηρεάζουν την οργανωτική πρακτική με σκοπό την αλλαγή της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Μια πρώτη μελέτη περιλαμβάνει μια νομοθετική αλλαγή, δηλαδή την εισαγωγή του νόμου ασφάλειας νοσοκομείων, ο οποίος αναγκάζει τα νοσοκομεία να δημιουργήσουν συστήματα και διαδικασίες που αυξάνουν τα μέτρα φυσικής ασφάλειας των νοσοκομείων (Peek-Asa et al. 2002).

Μία άλλη μελέτη αφορά τη χρήση βελτιωμένων εντύπων αναφοράς, συμπληρωμένων με δεδομένα και άλλες πληροφορίες, καθώς και την παροχή ανατροφοδότησης στο προσωπικό που αναφέρει περιστατικό βίας ή επιθετικότητας (Gray 2006). Μια άλλη μελέτη που διεξήχθη από τον Cecil Deans διερευνά την πραγματική χρησιμότητα ενός μονοήμερου προγράμματος κατάρτισης για νοσηλευτές προκειμένου να βελτιώσει τις γνώσεις και τις δεξιότητες σχετικά με το

φαινόμενο της επιθετικότητας. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι ένα πρόγραμμα κατάρτισης έχει πολλές θετικές επιπτώσεις που αυξάνουν τις δεξιότητες των νοσηλευτών στη διαχείριση επιθετικών γεγονότων. Με μια απλή βασική εκπαίδευση, οι νοσηλευτές μπορούν να είναι καλύτερα προετοιμασμένοι για να χειριστούν βίαιες ή δυνητικά βίαιες καταστάσεις, καταφέροντας να μειώσουν τη συχνότητα επιθετικών επεισοδίων κατά 50% (Rowett et al. 1992).

### **1.3. Τύποι βίας και επιθετικότητας**

Η διεθνής βιβλιογραφία για το θέμα της επιθετικότητας τονίζει τις ανησυχητικές διαστάσεις του φαινομένου, το οποίο τείνει να παραμένει υποτιμημένο λόγω της χαμηλής τάσης για αναφορά βίας.

Η βιβλιογραφία περιγράφει επίσης τις κοινές εκδηλώσεις βίας και επιθετικότητας, δείχνοντας πώς η λεκτική κακοποίηση είναι η πιο κοινή μορφή επιθετικότητας σε κάθε ιατρικό θάλαμο. Η λεκτική κακοποίηση περιλαμβάνει τις ακόλουθες μορφές, με σειρά επικράτησης: προσβλητική γλώσσα, φωνές, απειλές, εκφοβισμό, παρενόχληση και εκφράσεις θυμού (Stewart et al. 2013). Οι σωματικές επιθέσεις μπορεί να έχουν τη μορφή κτυπήματος, γρατζουνίσματος, κλωτσιών, χαστουκιών, έκθεση σε αίμα ή άλλα υγρά του σώματος (Yassi 1994). Οι χειρότερες συνέπειες των σωματικών επιθέσεων μπορεί να περιλαμβάνουν τραύματα, ρήξεις και κατάγματα (Jenkins et al. 1998). Σε μια μελέτη σε δέκα ευρωπαϊκές χώρες, η σωματική βία βρέθηκε να επικρατεί στους ψυχιατρικούς θαλάμους, τα γηροκομεία και κατά την φροντίδα στο σπίτι.

Οι χρήστες της επιθετικής συμπεριφοράς είναι συνήθως οι ίδιοι οι ασθενείς που λαμβάνουν τη θεραπεία και λιγότερο συχνά συγγενείς ή άλλα κοντινά τους πρόσωπα. Επιπλέον, η σωματική βία συνδέεται συχνά με ασθενείς που έχουν καταναλώσει αλκοόλ, ή συνδέεται με προβλήματα στην επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών (Kamchuchat et al. 2008).

Επίσης, δεν πρέπει να αγνοούμε ότι κάποιες φορές, η βία μπορεί να προέρχεται και από μέλη του θεραπευτικού προσωπικού, όπως για παράδειγμα γιατρούς και νοσοκόμες (Duncan et al. 2001). Οι Sofield & Salmond (2003) στην έρευνα τους βρήκαν ότι οι γιατροί είναι υπεύθυνοι για το υψηλότερο ποσοστό

λεκτικής κακοποίησης προς τους νοσηλευτές, ακολουθούμενοι από ασθενείς και συγγενείς ασθενών. Φυσικά, χρήστες επιθετικής συμπεριφοράς μπορούν να είναι και οι ίδιοι οι νοσηλευτές προς τους συναδέλφους τους. Αυτό είναι πιο πιθανό να συμβεί από γυναίκες νοσηλεύτριες ηλικίας μεταξύ 30 και 49 ετών, με πολλά χρόνια προϋπηρεσίας και εμπειρίας (McKenna et al. 2003).

Πιο αναλυτικά, στη βιβλιογραφία εντοπίζονται 3 κύριοι τύποι βίας (φυσική βία, λεκτική βία και σεξουαλική παρενόχληση).

### **1.3.1. Φυσική Βία**

Η πρώτη μορφή βίας αφορά τη φυσική βία. Η φυσική βία ορίζεται ως «η σκόπιμη χρήση βίας από ένα άτομο έναντι άλλου, χωρίς νόμιμη αιτιολόγηση, με αποτέλεσμα σωματική βλάβη ή δυσφορία του ατόμου» (American Association of Colleges of Nursing 2000). Μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα του φαινομένου λαμβάνεται από έναν πιο λεπτομερή ορισμό που το εξηγεί ως «η σκόπιμη χρήση φυσικής δύναμης όπως το ξύσιμο, το σπρώξιμο, το σπρώξιμο, η ρίψη αντικειμένων, το δάγκωμα, το τράβηγμα των μαλλιών, το χαστούκι, η γροθιά, το χτύπημα και η χρήση όπλα όπως πιστόλια, μαχαίρια και άλλα» (Anderson & Parish 2003).

### **1.3.2. Λεκτική Βία**

Μία άλλη μορφή βίας αποτελεί η λεκτική βία. Η λεκτική βία πλαισιώνεται ως «η χρήση ακατάλληλων λέξεων που προκαλούν αγωνία ή που αποτελούν απειλή» (Appelbaum 2006). Πιο ακριβής είναι ο ορισμός όπου επισημαίνει ότι η λεκτική κακοποίηση είναι «σκληρή ή υβριστική γλώσσα, λεκτική παρακράτηση με αποτέλεσμα σωματική βλάβη ή επίθεση σε πιο προσωπικά χαρακτηριστικά όπως είναι η ηλικία, η φυλή, η εθνικότητα ή ο σεξουαλικός προσανατολισμός». Είναι μια κοινή και παγκόσμια μορφή ψυχολογικής κακοποίησης (Aydin et al. 2010). Κάποιοι συγγραφείς περιλαμβάνουν σε αυτή τη μορφή βίας και την τηλεφωνική κατάχρηση. Αυτός ο τύπος βίας περιλαμβάνει κραυγές, προσβολές, κριτικές και έντονες κατηγορίες μέσω της χρήσης της τηλεφωνικής συσκευής (Ayrançi et al. 2006). Άλλοι συγγραφείς, από την άλλη πλευρά, τον εξετάζουν χωριστά, λαμβάνοντας υπόψη τον

αριθμό των εκφοβισμών και των απειλών που υφίστανται μέσω της τηλεφωνικής συσκευής πριν τον εντάξουν ως μορφή λεκτικής βίας.

### **1.3.3. Σεξουαλική Παρενόχληση**

Τέλος, μία άλλη μορφή βίας αφορά τη σεξουαλική παρενόχληση. Η σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο της εργασίας είναι νομοθετικά θεσμοθετημένη και απαγορευμένη τόσο στην ελληνική νομοθεσία όσο και σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Στην Ελληνική νομοθεσία, η σεξουαλική παρενόχληση εμπίπτει στο πεδίο ρύθμισης τόσο του αστικού, όσο και του ποινικού δικαίου. Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 3 του Ν. 3896/2010, η σεξουαλική παρενόχληση θεωρείται η διάκριση λόγω φύλου, η οποία απαγορεύεται ρητώς. Επιπλέον, το άρθρο 337 του Ποινικού Κώδικα ορίζει ρητά την προσβολή της γενετήσιας αξιοπρέπειας ως ποινικό αδίκημα, ενώ στην παράγραφο 6 του ίδιου άρθρου προβλέπεται ότι, όποιος προβαίνει σε σεξουαλική παρενόχληση εκμεταλλευόμενος την εργασιακή θέση του παθόντος, τιμωρείται με φυλάκιση από ένα έως τρία έτη και χρηματική ποινή τουλάχιστον 1.000 ευρώ. Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει επίσης καλύψει το συγκεκριμένο ζήτημα όπου, με την Οδηγία 76/207/ΕΟΚ, τονίζει την υποχρέωση πρόνοιας του εργοδότη και την ανάγκη προστασία του εργαζομένου.

### **1.4. Κύκλος επιθετικότητας**

Πολλοί συγγραφείς προτείνουν ότι υπάρχει ένας κύκλος επιθετικότητας. Ο κύκλος της επιθετικότητας, ως ένα σχέδιο, αναπτύχθηκε στον ψυχιατρικό τομέα, και αφορά τις φάσεις που συμβαίνουν και αναπτύσσονται συνήθως κατά τη διάρκεια ενός επιθετικού επεισοδίου, και είναι δυνατόν να κατανοήσουμε την προέλευσή του μέσω της παρατήρησης συμπεριφορών που ορίζονται ως προ-βίαιες, προειδοποιητικές μιας πιθανής πράξης επιθετικότητας.

Στην πραγματικότητα, υπάρχει μια περίοδος κατά την οποία ο δυνητικός επιτιθέμενος εκδηλώνει αύξηση της έντασης με επακόλουθη αύξηση του θυμού. Στη συνέχεια γίνεται ανθεκτικός στην εξουσία και στη συνέχεια γίνεται αντιπαράθεση και μερικές φορές βίαιος. Κατά τη διάρκεια αυτού του κύκλου ορισμένες τυπικές προ-βίαιες συμπεριφορές είναι απτές, εκ των οποίων έξι από αυτές είναι οι πιο συχνές. Αυτές είναι η σύγχυση, η ευερεθιστότητα, η αναστάτωση, οι σωματικές και οι λεκτικές απειλές και οι εκδηλώσεις θυμού σε αντικείμενα. Άλλες κόκκινες σημαίες

είναι οι προκλητικές ή θυμωμένες συμπεριφορές, το περπάτημα μπρος -πίσω, η ομιλία με έντονη φωνή, η τεταμένη στάση και οι συχνές αλλαγές θέσης. Για το λόγο αυτό, ορισμένοι συγγραφείς πιστεύουν ότι η λεκτική κακοποίηση συχνά δεν είναι παρά το προοίμιο της σωματικής βίας, υποστηριζόμενη επίσης από το γεγονός ότι οι δύο μορφές συχνά συνυπάρχουν (Bureau of Labor Statistics 2002).

Πιο συγκεκριμένα, για τη διαχείριση πιθανών καταστάσεων «κρίσης» με τον πιο σωστό και ασφαλή τρόπο χρησιμοποιώντας τις προσεγγίσεις που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη υπό-ενότητα, είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε τον λεγόμενο κύκλο επιθετικότητας. Συνοπτικά, ένας κύκλος επιθετικότητας βασίζεται σε δύο έννοιες: τη διέγερση και την κλιμάκωση.

Αρχικά, η διέγερση είναι η κατάσταση της ψυχοκινητικής ενεργοποίησης που αποτελεί τη βάση κάθε πράξης επιθετικότητας και η οποία χαρακτηρίζεται από συναισθηματικές, σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές, όπως η ενεργοποίηση του καρδιαγγειακού συστήματος, του ενδοκρινικού συστήματος και του κεντρικού νευρικού συστήματος, ιδίως το λιμπικό σύστημα. Έτσι, ο οργανισμός προετοιμάζει το σώμα του και τον εαυτό του ώστε να πολεμήσει και αντισταθεί. Έπειτα, η κλιμάκωση είναι το σύνολο των παρεμβάσεων απευαισθητοποίησης που στοχεύουν να περιορίσουν τη φυσιολογική συμπεριφορική ανάπτυξη του κύκλου της επιθετικότητας.

Ο κύκλος της επιθετικότητας αποτελείται από πέντε φάσεις: τη φάση ενεργοποίησης ή τον παράγοντα ενεργοποίησης, τη φάση κλιμάκωσης, την κρίσιμη φάση, τη φάση αποκατάστασης και τη φάση της κατάθλιψης μετά την κρίση της επιθετικότητας. Θα ήταν σκόπιμο για κάθε εργαζόμενο στον τομέα της υγείας να μπορεί να αναγνωρίζει άμεσα τις διάφορες φάσεις, διότι σε κάθε μία από αυτές υπάρχει ένδειξη της συγκεκριμένης τεχνικής παρέμβασης που πρέπει να υιοθετηθεί.

Στην πρώτη φάση, με τον παράγοντα ενεργοποίησης ή τη φάση ενεργοποίησης, ξεκινά η απόκλιση από την βασική ψυχοκινητική, η οποία έχει διάφορες αιτίες, όπως μια αναστολή που προκαλείται από την πρόσληψη ουσιών, την παρουσία προκλητικών παραγόντων (αληθών ή τεκμαρτών) όπως είναι οι προσβολές, ο χλευασμός ή η εμφάνιση άλλων αγχωτικών γεγονότων. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης, η εκλογικευμένη παρέμβαση αντιπροσωπεύεται από την αναγνώριση του

συγκεκριμένου παράγοντα που έχει ενεργοποιήσει αυτή τη φάση και την προσπάθεια αφαίρεσής του.

Κατά τη φάση της κλιμάκωσης, η απόκλιση από τη βασική γραμμή γίνεται έντονη και η ανάγκη για έγκαιρες παρεμβάσεις γίνεται επείγουσα, ενώ η αδιαφορία μπορεί να προκαλέσει αντίθετα από τα επιθυμητά αποτελέσματα και να βοηθήσει στην ενίσχυση των παραγόντων που ενεργοποίησαν την επιθετικότητα του ατόμου. Η παρέμβαση στη φάση της κλιμάκωσης θα πρέπει να αποσκοπεί στην έναρξη διαπραγμάτευσης με τον ασθενή. Ο εργαζόμενος στο χώρο της υγείας θα πρέπει να χρησιμοποιήσει τις λεγόμενες διεκδικητικές τεχνικές για τη μείωση της επιθετικής συμπεριφοράς, οι οποίες στοχεύουν στην ανάκτηση της σχέσης με τον συνομιλητή. Ο κύριος στόχος είναι η μετατροπή του περιεχομένου της βίας και της απειλής σε διαλεκτικές εκφράσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν προοδευτικά ως μέσο διαπραγμάτευσης. Σε αυτή τη φάση είναι απαραίτητη η εισαγωγή μιας μορφής επικοινωνίας που να είναι άμεση, συγκεκριμένη και να έχει θετική χροιά, να ενεργεί δηλαδή με τρόπο μη κριτικό και μη επιθετικό.

Στην κρίσιμη φάση, επιτυγχάνεται η μέγιστη απόκλιση από τη βασική γραμμή. Προφανώς αυτό είναι ένα σημείο στο οποίο πάντα πρέπει να επιχειρείται η αποφυγή του και η καταστολή του συμβάντος επιθετικότητας, αλλά εάν το προσωπικό υγείας βρεθεί αντιμέτωπο με αυτήν τη φάση τότε θα πρέπει να επικεντρωθεί πλέον όχι στην εκλογίκευση του χρήστη της επιθετικότητας αλλά στην ασφάλεια και στη μείωση των συνεπειών. Με άλλα λόγια, σε αυτό το σημείο, οι λογικές απαντήσεις δεν είναι πλέον δυνατές και οι μόνες επιλογές είναι ο περιορισμός, η απόδραση και η αυτοπροστασία.

Η κρίσιμη φάση ακολουθείται από εκείνη της αποκατάστασης κατά την οποία υπάρχει σταδιακή επιστροφή στην αρχική γραμμή, αλλά είναι μια λεπτή κατάσταση, επειδή οι άκαιρες παρεμβάσεις, που στοχεύουν σε πολύ πρώιμες προσπάθειες για την επεξεργασία του επεισοδίου, θα μπορούσαν να προκαλέσουν εκ νέου έξαρση της κρίσης. Επομένως, κατά την αντιμετώπιση του θα πρέπει να αποφεύγονται οι προσπάθειες συζήτησης του περιστατικού με τον ασθενή.

Στη τελευταία φάση, τη φάση της κατάθλιψης μετά την κρίση της επιθετικότητας, αισθήματα ενοχής, ντροπής ή τύψεων μπορεί να εμφανιστούν στον

χρήστη της βίας. Αυτή είναι λοιπόν η φάση στην οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν και να γίνουν τυχόν συγκρίσεις και συζητήσεις σχετικά με το περιστατικό.

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να διευκρινιστεί πώς η επιθετική συμπεριφορά σπάνια συνδέεται στενά με μια συγκεκριμένη ψυχιατρική παθολογία. Γενικά, η τάση για επιθετική συμπεριφορά αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του χαρακτήρα ενός ατόμου, άρα βελτιώνεται ελάχιστα μέσω μιας μεμονωμένης παρέμβασης στη νοσηρή εικόνα. Είναι επομένως απαραίτητο να εκπαιδευτεί το προσωπικό υγείας στους τρόπους διαχείρισης των καταστάσεων κρίσης χωρίς όμως να περιμένει αισιόδοξα ότι θα μπορέσει να τις αντιμετωπίσει περιορίζοντας τες σε αυστηρά θεραπευτικές παρεμβάσεις (Tardiff 1992, Maier et al. 1995).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Το Ζήτημα της Βίας στο Χώρο της Υγειονομικής Περίθαλψης**

### **2.1 Το Ζήτημα της Βίας στον Εργασιακό Χώρο**

Όταν μιλάμε για βία στο χώρο εργασίας, εννοούμε εκείνες τις καταστάσεις στις οποίες οι εργαζόμενοι δέχονται σωματική επίθεση, εκφοβίζονται λεκτικά ή ψυχολογικά, ή ακόμη και απειλείται η ζωή τους (Smith 2002). Αυτό είναι ένα αυξανόμενο πρόβλημα σε όλα τα εργασιακά περιβάλλοντα, ειδικά σε εκείνους τους τομείς όπου η επαφή με το κοινό είναι συχνότερη. Επομένως, το φαινόμενο αυτό συναντάται ιδιαίτερα συχνά στις δημόσιες διοικήσεις, τις υπηρεσίες κοινωνικής βοήθειας και σε όλων των ειδών τα ιδρύματα υγείας (νοσοκομεία, κλινικές, ιατρεία κλπ.).

Το φαινόμενο είναι δύσκολο να προσδιοριστεί τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά. Απαιτούνται πολλές μελέτες για να διευκρινιστεί ποιοι εργαζόμενοι είναι πιο επιρρεπείς σε επιθετικότητα στο χώρο της εργασίας τους (Winstanley & Whittington 2004). Κάθε εργαζόμενος στον τομέα της υγείας μπορεί να είναι θύμα βίας, όπως για παράδειγμα οι γιατροί, οι νοσοκόμες, οι κοινωνικοί λειτουργοί, και κάθε άλλος υπάλληλος στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Παρόλα αυτά οι εργαζόμενοι οι οποίοι διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο είναι αυτοί που βρίσκονται

σε άμεση επαφή με τον ασθενή και πρέπει να διαχειρίζονται σχέσεις που χαρακτηρίζονται από έντονη συναισθηματική κατάσταση τόσο από τον ίδιο τον ασθενή όσο και από τα μέλη της οικογένειας, τα οποία βρίσκονται σε κατάσταση απογοήτευσης, ευπάθειας και απώλειας ελέγχου (Kwok et al. 2006).

Ο κίνδυνος να υποστεί ένας εργαζόμενος μια πράξη βίας από έναν χρήστη υγειονομικών υπηρεσιών αποτελεί ένα γεγονός ιδιαίτερης σημασίας λόγω των συνεπειών μιας τέτοιας πράξης. Στην πραγματικότητα, η βία στο χώρο εργασίας μπορεί να έχει επιβλαβείς επιπτώσεις, όχι μόνο από φυσική άποψη, αλλά και στην ψυχολογική, γνωστική, συναισθηματική και συμπεριφορική ευημερία αυτών που την υποφέρουν. Σημαντική από αυτή την άποψη είναι μια μελέτη του 2006 η οποία δείχνει ότι ορισμένες νοσοκόμες, μετά τη βία που υπέστησαν, εφάρμοσαν διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως καταναλωτικές τάσεις, διαφυγή στα θεία μέσω προσευχών ή ακόμη παρουσίασαν εκδικητικές τάσεις. Μετά τη λεκτική και σωματική βία που υπέστη μία νοσοκόμα της έρευνας, δήλωσε ότι έκανε απόπειρα αυτοκτονίας (Kwok et al. 2006).

Επιπλέον, πρέπει να προστεθεί ότι οι πράξεις βίας έχουν αρνητικό αντίκτυπο όχι μόνο στους εργαζόμενες στο χώρο της υγείας αλλά και στο κόστος της δημόσιας υγείας και την οργανωτική αποτελεσματικότητα. Αυτό συμβαίνει γιατί οι πράξεις βίας παρεμβαίνουν στην παροχή ποιοτικής φροντίδας και βλάπτουν την αξιοπρέπεια των επαγγελματιών υγείας και την αυτοπεποίθησή τους. Για να διασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών, πρέπει να εξασφαλιστεί τόσο ένα ασφαλές εργασιακό περιβάλλον όσο και ο σεβασμός προς τους νοσηλευτές. Επομένως, οι πράξεις βίας στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν ενδείξεις καταστάσεων κινδύνου ή ευπάθειας που απαιτούν την υιοθέτηση στρατηγικών αντιμετώπισης από τους υπεύθυνους για την κατάλληλη πρόληψη και προστασία των εργαζομένων.

## **2.2. Το Ζήτημα της Βίας στο Τομέα της Υγείας**

Σήμερα, η αύξηση των περιστατικών βίας κατά των εργαζομένων στον τομέα της υγείας είναι τέτοια που απαιτεί μεγαλύτερη σαφήνεια και προσοχή προκειμένου να προληφθεί, αναγνωρισθεί και αντιμετωπιστεί έγκαιρα ο δυνητικά επιθετικός ασθενής.



Μέχρι τώρα η βία συμπεριφορά ενός ατόμου είχε ελάχιστο επιστημονικό ενδιαφέρον, καθώς συχνά αναγνωριζόταν ως μία απλώς συμπτωματική εκδήλωση ψυχιατρικής παθολογίας και ως εκ τούτου όσοι εκδήλωναν αυτά τα προβλήματα αντιμετωπίζονταν από υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Δυστυχώς, τα τελευταία χρόνια, οι επιθετικές συμπεριφορές προς τους νοσηλευτές και το υγειονομικό προσωπικό έχουν αυξηθεί σημαντικά και οι κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες που πρέπει να ανταποκριθούν για να τις περιορίσουν και να τις αντιμετωπίσουν είναι απροετοίμαστες, ειδικά λόγω της ανεπάρκειας των δομών και των διαθέσιμων μέσων.

Ένα άλλο θεμελιώδες πρόβλημα είναι ότι προς το παρόν δεν έχουν αναπτυχθεί συγκεκριμένες και κοινές μέθοδοι και εργαλεία για τη διαχείριση επιθετικών ασθενών από το υγειονομικό προσωπικό. Η απουσία μιας κοινής μεθόδου, στην πραγματικότητα, αφήνεται στην ικανότητα και την εμπειρία που αποκτούνται σταδιακά στον τομέα της υγείας από μεμονωμένους νοσηλευτές, οι οποίοι αναλαμβάνουν χωρίς τη θέληση τους την ευθύνη διαχείρισης και επίλυσης του επιθετικού επεισοδίου. Αυτό ενέχει τον κίνδυνο μιας παρέμβασης που, λόγω ελλιπούς κατάρτισης για τέτοια περιστατικά, δεν είναι πάντα επαρκής και ενίοτε μάλιστα μπορεί να είναι και αντιπαραγωγική (Jansen et al. 2005). Για παράδειγμα, η συναισθηματική εμπλοκή των εργαζομένων στον τομέα της υγείας σε ένα επεισόδιο επιθετικότητας μπορεί να επηρεάσει τις δεξιότητές τους στην επίλυση προβλημάτων και να αυξήσει τον κίνδυνο λαθών.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι επιθετικές συμπεριφορές έχουν έμμεση επίπτωση και στην ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, καθώς οι νοσηλευτές και ιατροί τείνουν να αφιερώνουν λιγότερο χρόνο κατά την φροντίδα σε επιθετικούς ασθενείς, ή το κάνουν λιγότερο πρόθυμα με ότι αυτό συνεπάγεται για τον ουσιαστικό χρόνο που αφιερώνουν. Επιπλέον, η ελλιπής κατάρτιση έχει σαν αποτέλεσμα το υγειονομικό προσωπικό να συνεχίζει να εκτίθενται στον ίδιο κίνδυνο που τους οδήγησε στις προηγούμενες εμπειρίες επιθετικότητας.

Το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης εκτίθεται σε πολλούς παράγοντες που είναι επιβλαβείς τόσο για την υγεία όσο και για την ασφάλεια, συμπεριλαμβανομένης της εμπειρίας βίας που μπορεί να συνίσταται σε λεκτική ή / και σωματική επίθεση ή εγκληματικό συμβάν άλλου είδους που μπορεί να οδηγήσει

σε τραυματισμούς, ακόμη και σοβαρούς, μέχρι και τον θάνατο (Catlette 2005). Στην πραγματικότητα, έχει υπολογιστεί ότι ένα άτομο που εργάζεται στον τομέα της υγείας είναι περίπου 16 φορές πιο εκτεθειμένο σε αυτόν τον κίνδυνο από οποιονδήποτε άλλο εργαζόμενο σε άλλους εργασιακούς χώρους (Cooper & Swanson 2002). Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές ταξινομούνται ως η κατηγορία που κινδυνεύει περισσότερο με 3 φορές μεγαλύτερη ευαισθησία από άλλους επαγγελματίες, με ιδιαίτερη έμφαση σε εκείνους που λειτουργούν στα επείγοντα περιστατικά (Crabbe et al. 2002).

Εκτιμάται ότι περίπου το 70% των νοσηλευτών βιώνουν βία καθημερινά, κυρίως λόγω της στενής επαφής τους με ασθενείς και συγγενείς κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Αυτή η εγγύτητα που έχει η νοσοκόμα με τον ασθενή και η στενή σχέση που δημιουργείται μεταξύ των δύο οντοτήτων εκθέτει επίσης αυτήν την επαγγελματική φιγούρα σε έντονο κίνδυνο εμφάνισης μορφών σεξουαλικής παρενόχλησης (Crilly et al. 2004).

### **2.3. Παράγοντες Κινδύνου για τη Βία στα Επείγοντα Περιστατικά**

Τα δωμάτια έκτακτης ανάγκης προσδιορίζονται ως χώροι εργασίας που είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε επεισόδια βίας από χρήστες έναντι του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης εξαιτίας ενός σύνθετου συνόλου διαφορετικών παραγόντων κινδύνου με βάση την τοποθεσία και το μέγεθος της εγκατάστασης, καθώς και το είδος της παρεχόμενης περίθαλψης (Deans 2004).

Οι παράγοντες που ενδέχεται να ενεργοποιήσουν τη βία εντοπίζονται στη βιβλιογραφία ως οι ακόλουθοι:

- Η 24ωρη προσβασιμότητα σε αυτήν την υπηρεσία με μεγάλο αριθμό άμεσων ημερήσιων εγγραφών χωρίς την προηγούμενη μεσολάβηση οποιουδήποτε ειδικού.

- Η απροσδόκητη φύση της νόσου που ωθεί τον χρήστη σε αυτό το μέρος να εμφανίσει εκδηλώσεις, πέρα από τις σωματικές εκδηλώσεις (τραύμα, πόνος, δυσφορία), που λαμβάνουν ψυχολογικές διαστάσεις (ένταση, στρες, θυμός, φόβος αρνητικών αποτελεσμάτων όπως ο θάνατος) καθώς και αισθήματα απώλειας, θλίψης και σύγχυσης (Design Council working in partnership with the Department of Health 2011). Η βία μπορεί να εξαπολυθεί εδώ καθώς συμβαίνουν καταστάσεις με υψηλό

συναισθηματικό περιεχόμενο όπου οι τιμές του άγχους είναι υψηλές με επακόλουθο την αποδυνάμωση της σκέψης και της επικοινωνιακής συμπεριφοράς (Di Martino 2002).

- Το περιβάλλον που χαρακτηρίζεται συχνά από στενούς χώρους, από την έλλειψη απορρήτου που απαιτείται, από τον εγγενή δυναμισμό του και από τη συχνή έλλειψη προσωπικού ασφαλείας ή από την ανεπαρκή προετοιμασία του. Επιπλέον, πρέπει να ληφθεί υπόψη το συχνά έντονο τεχνολογικά περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από πίεση χρόνου και αβεβαιότητα (Dragon 2006).

- Οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής, που προσδιορίζονται ως ένας από τους κύριους παράγοντες ενεργοποίησης βίαιης και/ ή επιθετικής συμπεριφοράς (Drummond et al. 1989, Echternacht 1999).

- Η διαχείριση ασθενών με ψυχικά προβλήματα που είναι πιο ευάλωτοι σε αυτού του είδους τα περιστατικά, αποτελώντας έτσι μια από τις κατηγορίες με τον μεγαλύτερο κίνδυνο βίας (Emergency Nurses Association 2006).

Άλλοι παράγοντες που ενδέχεται να ενεργοποιήσουν τη βία προσδιορίζονται από τα χαρακτηριστικά των νοσηλευτών που εργάζονται στους χώρους των επειγόντων περιστατικών. Στην πραγματικότητα, οι νοσηλευτές καλούνται να συνδέονται και να συνάπτουν σχέσεις με ευάλωτα άτομα. Πρέπει να τους φροντίζουν ως παροδικούς και πολυπολιτισμικούς χρήστες και καλούνται επίσης να ασκήσουν το επάγγελμά τους διατηρώντας την ισορροπία μεταξύ της ανάγκης να δοθούν προτεραιότητες στις παρεμβάσεις που πραγματοποιούν, να δράσουν γρήγορα στο προφίλ διαγνωστικής-θεραπευτικής βοήθειας και να εγγυηθούν μια ποιοτική ανταπόκριση υγειονομικής περίθαλψης διατηρώντας πάντα υψηλό επίπεδο εξανθρωπισμό της φροντίδας.

Επιπλέον, όπως ειπώθηκε ήδη σε προηγούμενη ενότητα, το φαινόμενο της βίας έναντι του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης δεν επηρεάζει μόνο το υποβοηθούμενο άτομο, αλλά επεκτείνεται και στα μέλη της οικογένειας και τους φροντιστές, οι οποίοι μερικές φορές αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη διαχείριση του θυμού, του φόβου ή της απογοήτευσής τους (Erickson & Williams-Evans 2000).

Ο συνδυασμός αυτών των παραγόντων και των αλληλεπιδράσεών τους δυσχεραίνει την ανθρώπινη συμπεριφορά και επηρεάζει την προσωπική ικανότητα

όλων να ελέγχουν τη συμπεριφορά και τα συναισθήματά τους οδηγώντας σε επεισόδια ακραίας σωματικής βίας (Eslamian et al. 2010).

Η παράδοξη πτυχή του φαινομένου της επιθετικότητας στα επείγοντα είναι ότι ο βίαιος χρήστης επωφελείται από αυτό σε βάρος άλλων ασθενών, λόγω της τάσης του προσωπικού να τον επισκέπτεται το συντομότερο δυνατό για να κρατήσει την επιθετική συμπεριφορά σε καταστολή. Ένα άλλο ανησυχητικό φαινόμενο που παρατηρείται σε αυτή τη ρύθμιση είναι ότι οι επιθετικοί χρήστες τείνουν, με έναν ορισμένο τρόπο, να "ενεργοποιήσουν" άλλα άτομα σε αναμονή. Σε ένα πλαίσιο που μπορεί να είναι πολύ αγχωτικό, η δυσανεξία και η δυσφορία ενός ατόμου μπορούν στην πραγματικότητα να επηρεάσουν με αρνητικό τρόπο εκείνους που βιώνουν την ίδια κατάσταση και να αντιδράσουν εξίσου με επιθετική συμπεριφορά (Farrell et al. 1999).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Υπό-αναφορά Κρουσμάτων Βίας, Επιπτώσεις και Στρατηγικές Αντιμετώπισης**

### **3.1. Υπό-αναφορά Κρουσμάτων Βίας**

Μπροστά σε επεισόδια βίας που υπέστησαν και αναφέρθηκαν, η βιβλιογραφία αναφέρει επίσης το φαινόμενο της υπό-αναφοράς ως πρόβλημα σημαντικής συνέπειας (Farrell et al. 2006). Υπάρχει έλλειψη ακριβών και εξαντλητικών στατιστικών δεδομένων για την πραγματική διάχυση και σοβαρότητα του προβλήματος, πιθανώς η δυσκολία του να εκτιμηθεί η έκταση του προβλήματος έγκειται στο γεγονός ότι παρουσιάζεται έλλειψη αναφοράς των επιθετικών γεγονότων. Αυτό εν μέρει δικαιολογείται λόγω των κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την αναφορά ενός τέτοιου περιστατικού. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας συχνά θεωρούν τη βία ως μέρος της εργασίας τους (Gerbetich et al. 2007).

Μια άλλη πτυχή του προβλήματος είναι ότι οι νοσοκόμες είναι λιγότερο πιθανό να αναφέρουν τις επιθέσεις που υπέστησαν, εκτός εάν πρόκειται για σοβαρές σωματικές επιθέσεις. Οι λόγοι που κρύβονται πίσω από αυτό το γεγονός είναι ότι συχνά η κατάσταση κατά την οποία ένας ασθενής συμπεριφέρεται με επιθετικό τρόπο δικαιολογείται λόγω του σωματικού πόνου που βιώνει, και επομένως, τέτοιες συμπεριφορές τείνουν να θεωρούνται ως πιθανός κίνδυνος που συνδέεται με τη φύση του επαγγέλματος του νοσηλευτή. Ένας άλλος λόγος που εξηγεί την μη αναφορά των επιθετικών συμβάντων είναι επίσης η πεποίθηση ότι η καταγγελία της βίας δεν εξυπηρετεί στην επίλυση του προβλήματος, αλλά περιορίζεται μόνο σε χάσιμο χρόνου για την αναφορά του περιστατικού (Crilly et al. 2004).

Σε μια ιταλική μελέτη που διεξήχθη το 2013 (σε σχέση με τα προηγούμενα τρία χρόνια) στην Περούτζια, προκύπτει ότι το 62,9% των επιτιθέμενων δεν ανέφερε καμία βία που υπέστη. Στο διεθνές πεδίο, εκτιμάται ότι το 20% των περιπτώσεων δεν αναφέρονται στο 90% (Fernandes et al. 1999). Οι περισσότερες νοσοκόμες δεν έχουν αναφέρει ποτέ ή αναφέρουν σπάνια τη βία που υπέστησαν, ίσως ως αποτέλεσμα της συνήθειας ή της ομαλοποίησης αυτών των πράξεων στο χώρο εργασίας, θεωρώντας τον κίνδυνο επιθετικής συμπεριφοράς ως έμμεσο στο επάγγελμα τους (Ferns 2005 A).

Συχνά δημιουργείται ένα αίσθημα ανοχής στον εργαζόμενο στον τομέα της υγείας, μεγαλύτερο εάν ο ασθενής έχει παθολογίες που τον επηρεάζουν ή μειώνουν την ικανότητα κατανόηση και επιθυμία. Αυτό μπορεί να συμβεί λόγω ουσιών όπως είναι το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά, που μπορούν επίσης να είναι παράγοντες που θα ενισχύσουν τα περιστατικά βίας. Υπάρχει λοιπόν μια τάση από τους νοσηλευτές να δικαιολογούν τον ασθενή για τον πόνο ή την εκφυλιστική του παθολογία ή για το γεγονός ότι πιστεύεται ότι δεν ήθελε πραγματικά να ενεργήσει επιθετικά (Ferns 2005 B) ή επειδή στο τέλος μετά από επικοινωνία με τον βίαιο χρήστη επιλύθηκε το συμβάν (Frontier Economics Ltd. 2013). Υπάρχει λοιπόν ένα είδος ενσυναίσθησης απέναντι στον επιθετικό ασθενή ή μέλος της οικογένειας που εμποδίζει την έναρξη της καταγγελίας. Ως εκ τούτου, το θύμα τείνει να θεωρήσει ότι μια επιθετικότητα που υπέστη κατά τη διάρκεια της εργασίας είναι λιγότερο σοβαρή από την κατάσταση υγείας που βιώνει ο χρήστης της υγειονομικής περίθαλψης (Gacki-Smith et al. 2009).

Επομένως, είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η πραγματική διάσταση του προβλήματος και πιστεύεται ότι τα περισσότερα από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από μελέτες σε χώρες σε όλο τον κόσμο είναι μόνο η κορυφή του παγόβουνου δεδομένης αυτής της σημαντικής παρουσίας υπό-αναφοράς που κρύβει την έκταση του φαινόμενου (Gamble & Brennan 2000).

Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι η αποτυχία αναφοράς ή αναφοράς επεισοδίων βίας που υπέστη το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να συνδέεται με το γεγονός ότι σε πολλά πλαίσια δεν υπάρχει καθόλου ένα εργαλείο αναφοράς των περιστατικών αυτών (Gates et al. 2011).

### **3.2. Επιπτώσεις Βίας**

Η βιβλιογραφία μας λέει ότι μετά από επεισόδια βίας οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας αναφέρουν μειωμένη απόδοση εργασίας για το υπόλοιπο της εργάσιμης εβδομάδας φοβούνται τους ασθενείς. Η εργασιακή ικανοποίηση μειώνεται, οι απουσίες και οι μεταθέσεις αυξάνονται (Fernandes et al. 2003). Επιπλέον, μετά από εμπειρίες σωματικής και λεκτικής επιθετικότητας, πολύ συχνά οι νοσηλευτές αναφέρουν συναισθήματα θυμού, απογοήτευσης, δυσπιστίας, ανασφάλειας και ντροπής, που σχετίζονται με κάποια αποτελέσματα όπως αναδρομές, αϋπνία και, σε σοβαρές περιπτώσεις, κατάθλιψη (Atawneh et al. 2003).

### **3.2.1. Συνέπειες στην Υγεία**

Τα πρώτα αποτελέσματα που προκύπτουν από κρούσματα επιθετικότητας είναι παρατηρήσιμα στην υγεία των θυμάτων τα οποία, σχεδόν αναπόφευκτα, μετά από ένα χρονικό διάστημα, μεταβάλλονται με εκδηλώσεις στη νευροψυχική σφαίρα.

Μερικά πρώιμα ψυχοσωματικά συμπτώματα μπορεί να είναι ο πονοκέφαλος, η ταχυκαρδία, ο οστεοαρθρικός πόνος, η μυαλγία και οι διαταραχές της ισορροπίας. Τα συμπτώματα μπορεί επίσης να είναι και συναισθηματικά, όπως άγχος, ένταση, διαταραχές του ύπνου ή της διάθεσης, ή ακόμα τα συμπτώματα μπορεί να είναι και συμπεριφορικά, όπως η ανορεξία, η βουλιμία, η κατανάλωση ποτού, η εξάρτηση από τα ναρκωτικά κλπ. Εάν το αρνητικό ερέθισμα είναι διαρκές, τα συμπτώματα που περιγράφονται μπορούν να λάβουν και ψυχιατρικές αντιδράσεις, όπως η διαταραχή προσαρμογής και η μετατραυματική διαταραχή από στρες (Cooper & Payne 1988).

### **3.2.2. Κοινωνικές Συνέπειες**

Οι κοινωνικές συνέπειες μπορεί να είναι καταστροφικές, καθώς η εμμονή ψυχοφυσικών διαταραχών οδηγεί σε ολοένα και περισσότερες παρατεταμένες απουσίες από την εργασία, με ολοένα και πιο έντονο το «σύνδρομο επιστροφής στην εργασία», μέχρι που σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε παραίτηση ή ακόμη και σε απόλυση. Η απώλεια της αυτοεκτίμησης και του κοινωνικού ρόλου οδηγεί σε ανασφάλεια, δυσκολίες σύναψης προσωπικών ή φιλικών σχέσεων και, για τις πιο προχωρημένες ηλικιακές ομάδες, την αδυναμία εξεύρεσης νέων θέσεων εργασίας. Το ζήτημα της βίας στο χώρο εργασίας μεταφέρεται ως δυσφορία μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον με επιπτώσεις στην επιτυχία των διαπροσωπικών σχέσεων (βλ. περιπτώσεις χωρισμών και διαζυγίων, διαταραχές στην ψυχοφυσική ανάπτυξη των παιδιών και διαταραχές στις κοινωνικές σχέσεις) (Cooper & Payne 1988).

### **3.2.3. Οργανωσιακές Συνέπειες**

Στις συνέπειες στην υγεία του προσωπικού και τις κοινωνικές συνέπειες προστίθενται και οι συνέπειες σε οργανωσιακό επίπεδο. Το κόστος των συνεπειών του εκφοβισμού δεν αφορά μόνο τις μεμονωμένες περιπτώσεις των ατόμων που γίνονται λήπτες της επιθετικής συμπεριφοράς, αλλά αντανακλάται γενικότερα σε επίπεδο οργανισμού, όσον αφορά τις χαμένες ώρες εργασίας, την επιδείνωση της ποιότητας της εργασίας, της παραγωγικότητας, την αύξηση των δαπανών πρόωρης συνταξιοδότησης, την πολιτικής αναπηρίας και υγειονομικής περίθαλψης κλπ. Ο θήτης γίνεται αντιπαραγωγικός, ένα βάρος για την κοινωνία, για την οικογένεια και για τον εαυτό του (Swedish National Board of Occupational Safety and Health 1993).

### **3.3. Στρατηγική και Πρόληψη**

Όπως συμβαίνει σχεδόν σε όλα τα ζητήματα, έτσι και εδώ, η πρόληψη παραμένει η καλύτερη στρατηγική αντιμετώπισης. Για το σκοπό αυτό, η πρόληψη απαιτεί τη δημιουργία μιας εργασιακής κουλτούρας στην οποία οι άνθρωποι θα αντιμετωπίζονται με σεβασμό από ανώτερους και συναδέλφους, όπου η εργασία αναγνωρίζεται ως πλεονέκτημα και όπου η σύγκρουση αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά.

Ο πιο πρόσφατος προσανατολισμός πρόληψης κινείται προς την κατεύθυνση μιας κουλτούρας με μηδενική ανοχή απέναντι στη βία από την πρώτη μέρα/ενδεχόμενο περιστατικό. Εκτός από τη βοήθεια των νέων προσλήψεων μέσω τον οποίο θα γίνονται κατανοητές οι πολιτικές και διαδικασίες συμπεριφοράς για τη διαχείριση και την αναφορά επιθέσεων, αυτή η εκπαίδευση θα πρέπει να περιλαμβάνει και τα μέσα για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος. Η εκπαίδευση θα πρέπει επίσης να επισημάνει τα συστήματα που εφαρμόζει ο οργανισμός για τους υπαλλήλους που ενδεχομένως βιώσουν επιθετικότητα, όπως τα διαθέσιμα συστήματα αναφοράς, την παροχή αποφόρτισης (π.χ. μέσω συναντήσεων μεταξύ του προσωπικού), συστήματα ανταμοιβής που δημιουργούν και διατηρούν ένα θετικό περιβάλλον κλπ. Σε γενικές γραμμές, είναι απαραίτητο ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα που θα μπορεί να υποστηρίξει όλους τους εργαζομένους. Αυτό το πρόγραμμα πρέπει να περιλαμβάνει την υποχρεωτική εκπαίδευση για ενσυναίσθηση, διαχείριση θυμού, σωστή επικοινωνία, διαχείριση συγκρούσεων κ.α. με στόχο να ενισχύσει και να προωθήσει τη δημιουργία ενός υγιούς περιβάλλοντος (Menendez 2012, Powley 2013).



Το πρόβλημα της επιθετικότητας είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο που από μόνο του μια φορά πρέπει να του επιτεθεί με πολύπλοκες μεθόδους. Η στήριξη μόνο στις επίσημες πολιτικές της εταιρείας δεν μπορεί να είναι μια στρατηγική που θα κερδίσει, όπως επαναλαμβάνουν η Jacqueline Pich et al. (2011) στην έρευνα τους. Η μελέτη τους υπογραμμίζει συγκεκριμένα την ανάγκη για μέτρα ασφαλείας, όπως συστήματα συναγερμού και την ενεργή παρουσία μιας υπηρεσίας εσωτερικής επιτήρησης και ασφάλειας, και ειδική εκπαίδευση για νοσοκόμες για την πρόληψη και τη διαχείριση επιθέσεων. Εκτός από τη στοχοθετημένη εκπαίδευση των νοσοκόμων, σύμφωνα με ανάλυση από τους Hodge και Marshall, συνιστώμενες παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τη χρήση τεχνικών μείωσης, αλλά και τη χρήση φυσικών ή φαρμακολογικών μέτρων συγκράτησης και απομόνωσης (Hodge et al. 2007).

Τέλος, οι Hodgson et al. (2004) στο ερωτηματολόγιο της έρευνα τους συμπεριέλαβαν κάποιες ερωτήσεις μόνο για επαγγελματίες υγείας που είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό σεμινάριο για τη διαχείριση του επιθετικού χρήστη. Οι ερωτήσεις εκείνες αφορούσαν τη διερεύνηση της αποτελεσματικής αποτελεσματικότητας αυτού του μέσου. Σήμερα η κατάρτιση αντιμετωπίζεται συνήθως ως πανάκεια για όλα τα οργανωτικά προβλήματα: στην πραγματικότητα είναι πολύ απίθανο οι υλικές, περιβαλλοντικές και πολιτιστικές δυσκολίες να επιλυθούν μόνο μέσω εκπαίδευσης, αλλά είναι επίσης αλήθεια ότι, η εκπαίδευση από μόνη της μπορεί να λύσει μόνο ένα μέρος του προβλήματος. Μόνο εάν συνοδεύεται από οργανωτικά και περιβαλλοντικά μέτρα, η εκπαίδευση μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη και μείωση επιθετικών γεγονότων σε σημαντικό βαθμό.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **4.1. Σκοπός Έρευνας**

Σκοπός της διπλωματικής είναι η διερεύνηση της ύπαρξης λεκτικής βίας στους νοσηλευτές και ιατρούς που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου.

#### **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 σε νοσηλευτές και ιατρούς που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου. Αρχικά ζητήθηκε σχετική άδεια από την Διοίκηση του νοσοκομείου, προκειμένου να εγκριθεί το πρωτόκολλο της παρούσας μελέτης .

Το δείγμα της μελέτης αποτελέσαν οι νοσηλευτές και ιατροί του νοσοκομείου. Σύμφωνα με τα στοιχεία του νοσοκομείου, οι νοσηλευτές που εργάζονται ήταν συνολικά 200 άτομα και 75 ιατροί. Το τελικό δείγμα της έρευνας ήταν 185 νοσηλευτές με ποσοστό ανταπόκρισης 92,5% και 60 ιατροί με ποσοστό ανταπόκρισης 80%. Η συλλογή των

ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της αυτοσυμπλήρωσης από τους εργαζόμενους.

### **Εργαλεία έρευνας**

Τα εργαλεία που 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.

### **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 ερωτήσεων της λεκτικής βίας. Επίσης, στοχεύοντας στη σημαντικότητα των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανεξαρτησίας των μεταβλητών. Οι μεταβλητές ακολουθούσαν κανονική κατανομή και έτσι επιλέχθηκαν τα παραμετρικά τεστ. 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. Αποτελέσματα Ιατρών

Η πλειοψηφία του δείγματος των ιατρών ήταν άνδρες (61,7%). Το 51,5% άνηκε στην ηλικιακή ομάδα <40 ετών, το 50% κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο. Το 18,3% εργαζόταν στον χειρουργικό τομέα και το 50% είχε εργασιακή εμπειρία <10 έτη.

**Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικά και Εργασιακά Χαρακτηριστικά Ιατρών**

	Αριθμός	Ποσοστό
<b>Φύλο</b>		
Άνδρας	37	61,7
Γυναίκα	23	38,3
<b>Ηλικιακή ομάδα</b>		
<40 ετών	31	51,5
>41 ετών	29	48,5
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>		
ΠΕ	25	41,7
Μεταπτυχιακό	30	50,0
Διδακτορικό	5	8,3
<b>Τμήμα Εργασίας</b>		
Αναισθησιολογικό	4	6,7
Καρδιολογική	5	8,3
Μαιευτική	4	6,7
ΜΕΘ	3	5,0
Ουρολογική	3	5,0
Παθολογική	10	16,7
ΤΕΠ	10	16,7
Χειρουργικός Τομέας	11	18,3
Μονάδα COVID	10	16,7
<b>Έτη εμπειρίας σε Νοσοκομείο</b>		
<10 έτη	30	50
<11 έτη	30	50

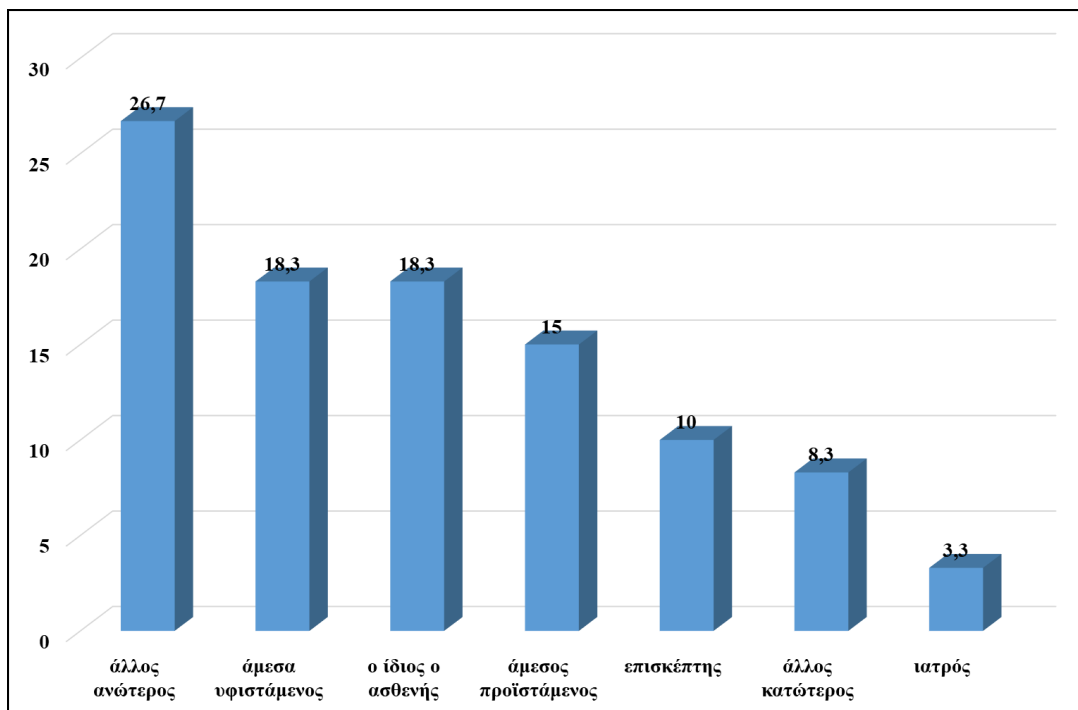
Το 71,7% των ιατρών δήλωσε ότι το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων, ενώ το 28,3% απάντησε αρνητικά.

**Πίνακας 2: Το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων;**

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
OXI	17	28,3
NAI	43	71,7

Το 26,7% των ιατρών απάντησε ότι άλλος ανώτερος ήταν ο υβριστής του συνήθως, το 18,3% ο άμεσα προϊστάμενος και το ίδιο ποσοστό ασθενής.

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



Το 28,3% των ιατρών δήλωσε ότι μια φορά την εβδομάδα οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια.

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

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
Ποτέ	1	1,7

Μια φορά το χρόνο	7	11,7
Περισσότερες από 1 φορά ετησίως	13	21,7
Μια φορά το μήνα	9	15,0
Μια φορά τη βδομάδα	17	28,3
Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως	10	16,7
Καθημερινά	3	5,0

Το 56,7% θεωρεί ότι ο υβριστής δε γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του, ενώ το 43,3% απάντησε ότι το γνωρίζει.

**Πίνακας 4: Θεωρείτε ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του;**

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
OXI	34	56,7
NAI	26	43,3

Το 38,3% των ιατρών δήλωσε ότι έχει γίνει αποδέκτης λεκτικής βίας μια φορά την εβδομάδα.

**Πίνακας 5: Πόσο συχνά γίνετε εσείς αποδέκτης λεκτικής βίας;**

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
Ποτέ	1	1,7
Μια φορά το χρόνο	5	8,3
Περισσότερες από 1 φορά ετησίως	11	18,3
Μια φορά το μήνα	10	16,7
Μια φορά τη βδομάδα	23	38,3
Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως	7	11,7
Καθημερινά	3	5,0

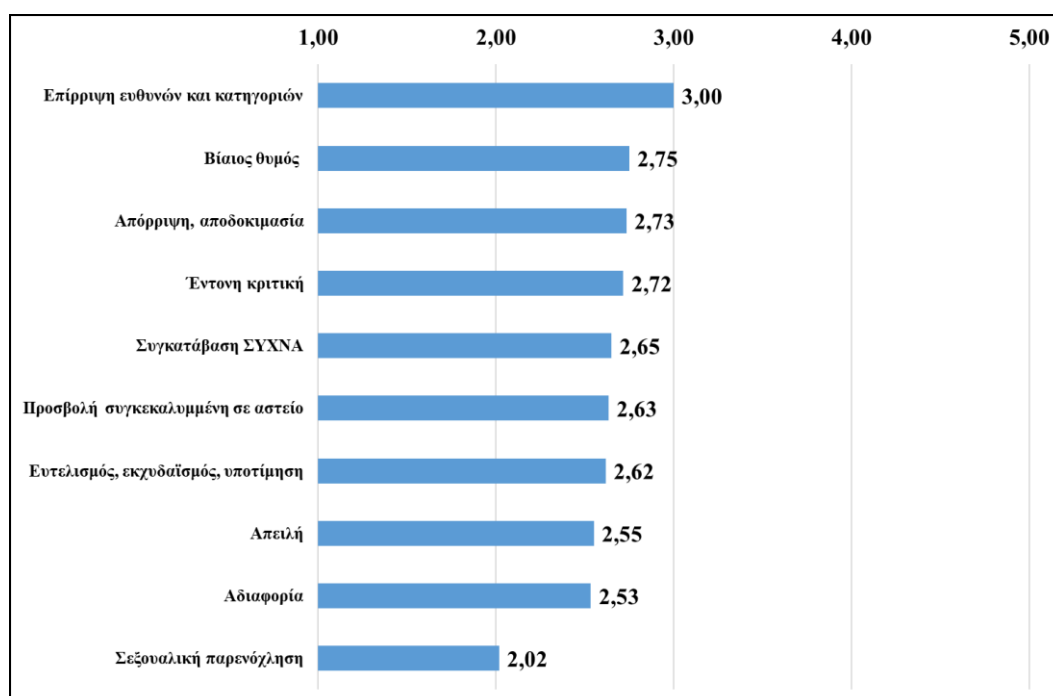
Το 38,4% του δείγματος δήλωσε ότι το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς ήταν πολύ/πάρα πολύ/ εξαιρετικά αγχωτικό.

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

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
Καθόλου	1	1,7
Σχεδόν καθόλου	8	13,3
Λίγο	17	28,3
Αρκετά	11	18,3
Πολύ	13	21,7
Πάρα πολύ	9	15,0
Εξαιρετικά	1	1,7

Η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών αναφέρθηκε από το δείγμα των ιατρών ως το πιο συχνό είδος λεκτικής βίας της οποίας έγιναν αποδέκτες.

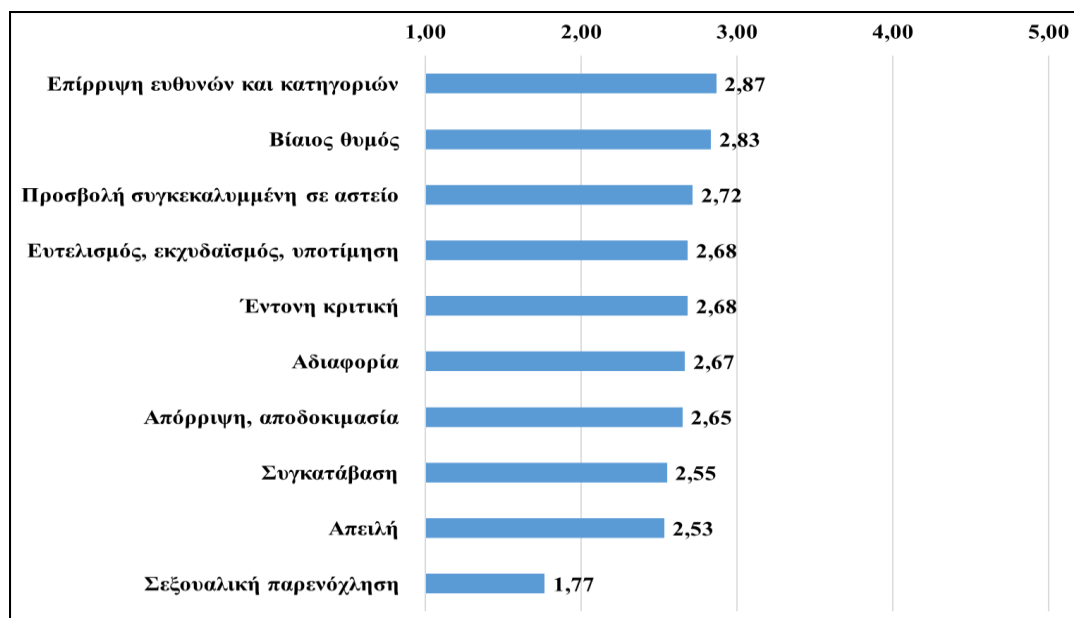
**Διάγραμμα 2: Ποιο ήταν το είδος της λεκτικής βίας της οποίας γίνετε αποδέκτης ως προς τη συχνότητα;**





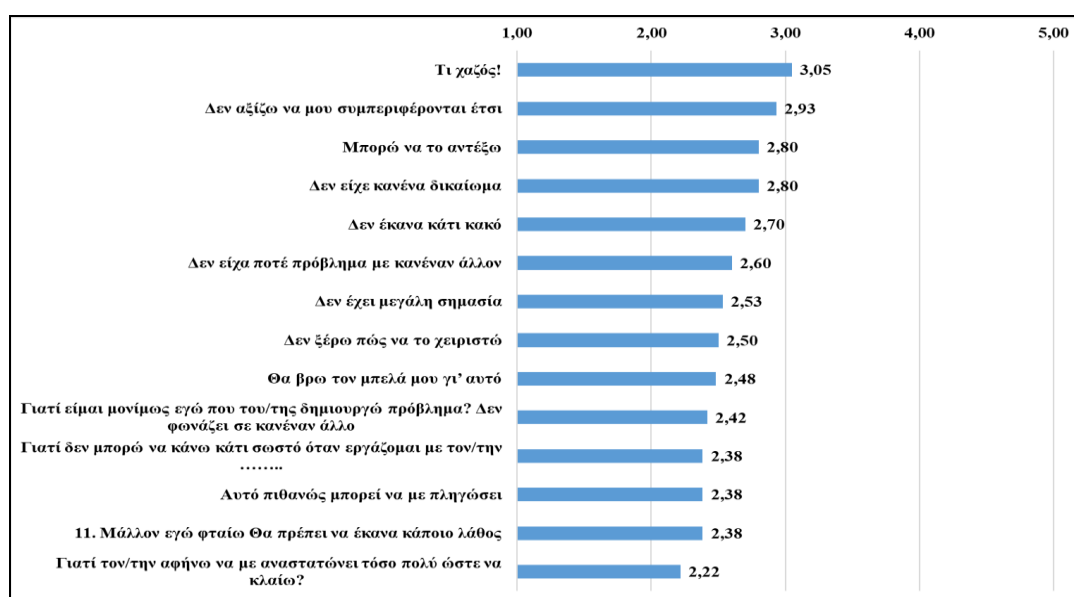
Επίσης, η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών και ο βίαιος θυμός αναφέρθηκαν από το δείγμα των ιατρών ως τα πιο σοβαρά είδη λεκτικής βίας της οποίας έγιναν αποδέκτες.

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



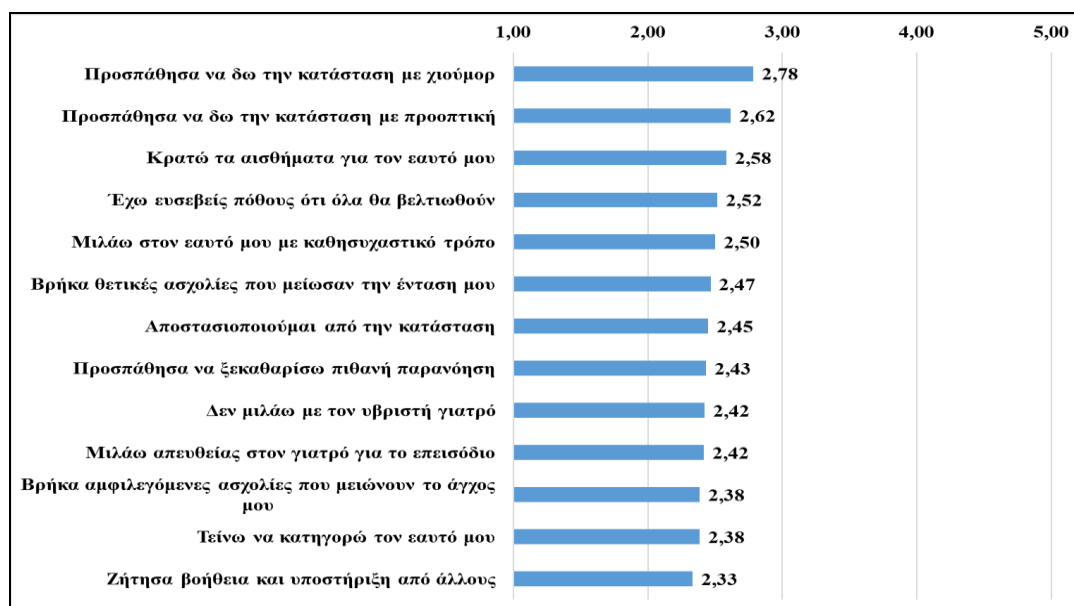
Οι πρώτες σκέψεις που αναφέρθηκαν από το δείγμα των ιατρών όταν έγιναν αποδέκτες της λεκτικής επίθεσης ήταν ότι: α) Τι χαζός! Και β) δεν αξίζω να μου συμπεριφέρονται έτσι.

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



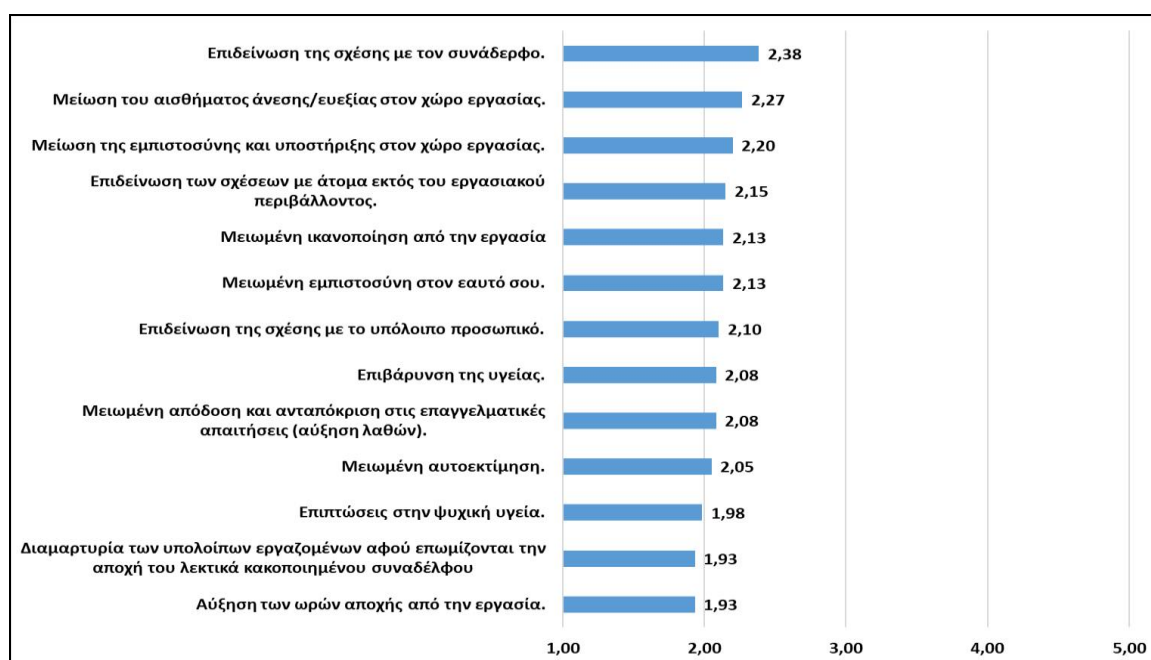
Η πλειοψηφία των ιατρών απάντησε ότι η συμπεριφορά με την οποία διαχειρίστηκε το επεισόδιο ήταν: α) να προσπαθήσει να δει την κατάσταση με χιούμορ και β) να προσπαθήσει να δει την κατάσταση με προοπτική.

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



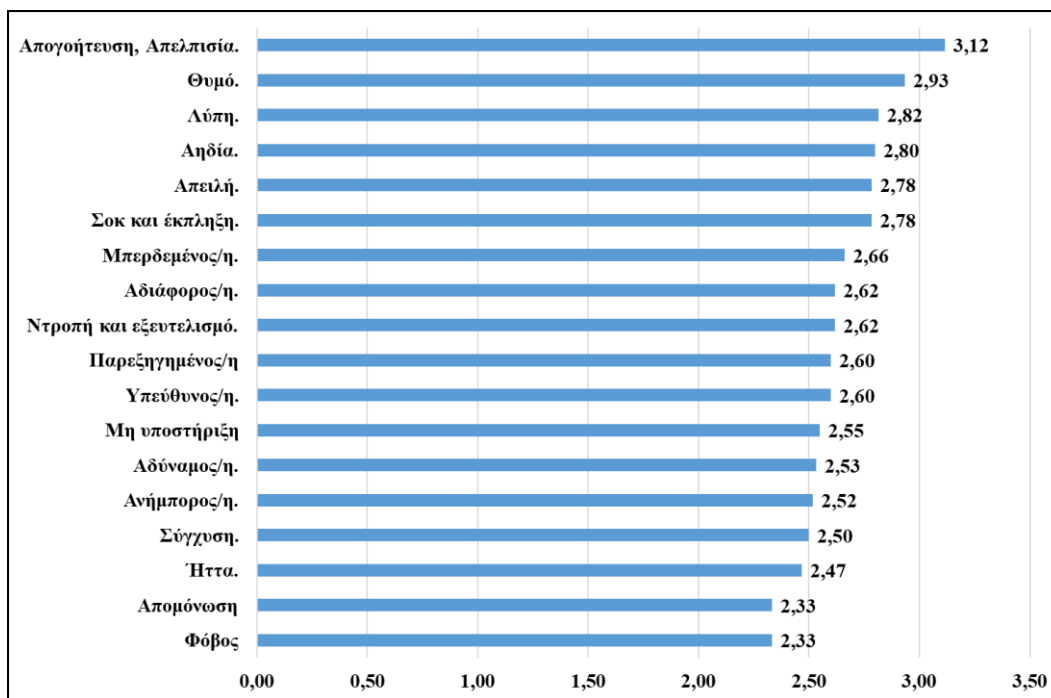
Οι ιατροί ανέφεραν ότι συνέπειες της λεκτικής κακοποίησης ήταν η επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδελφο και η μείωση του αισθήματος άνεσης/ ευεξίας στον χώρο εργασίας.

**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 απογοήτευση, απελπισία και θυμό.

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



Το 82,4% και το 91% των ιατρών δεν αισθάνονται άγχος ή κατάθλιψη αντίστοιχα.

**Πίνακας 7: Συναίσθημα άγχους ή κατάθλιψης**

	Αριθμός	Ποσοστό
<b>Άγχος</b>		
OXI	202	82,4
NAI	43	17,6
<b>Κατάθλιψη</b>		
OXI	223	91,0
NAI	22	9,0

## 5.2. Σύγκριση Αποτελεσμάτων με Κοινωνικοδημογραφικά και Εργασιακά Χαρακτηριστικά

Στην παρούσα ενότητα πραγματοποιείται σύγκριση των ερωτήσεων της λεκτικής βίας με τα κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των ιατρών και συγκεκριμένα με το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, την εκπαίδευση και τα έτη προϋπηρεσίας.

### • Φύλο

Οι γυναίκες ιατροί φαίνεται να δέχονται πιο συχνά σεξουαλική παρενόχληση από τους άνδρες ιατρούς. Επίσης, οι γυναίκες ιατροί έχουν υψηλότερα συναισθήματα ενοχής όταν γίνονται αποδεκτές λεκτικής βίας και συνήθως συμπεριφορά τους είναι να ζητήσουν βοήθεια από κάποιον άλλον ή να ξεκαθαρίσουν την πιθανή παρανόηση. Ακόμη, οι συνέπειες από την λεκτική βία είναι σημαντικότερες στις γυναίκες ιατρούς και ειδικότερα βαθμολόγησαν υψηλότερα την επιδείνωση των σχέσεων, την μείωση της εμπιστοσύνης και την αύξηση των ωρών αποχής από την εργασία. Τέλος, οι γυναίκες ιατροί νιώθουν περισσότερο θυμό, αηδία, ντροπή και εξευτελισμό, λύπη, απειλή, ήττα, φόβος και απομόνωση.

**Πίνακας 8. Λεκτική βία σε σύγκριση με φύλο- Ιατροί**

	Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	P value
Σεξουαλική παρενόχληση	Άνδρας	37	1,76	0,89	0,003
	Γυναίκα	23	2,43	0,66	
Σεξουαλική παρενόχληση (σοβαρότητα)	Άνδρας	37	1,51	0,77	0,002
	Γυναίκα	23	2,17	0,72	
Αυτό πιθανώς μπορεί να με πληγώσει	Άνδρας	37	2,19	0,94	0,026
	Γυναίκα	23	2,70	0,63	
Γιατί είμαι μονίμως εγώ που του/της δημιουργώ πρόβλημα? Δεν φωνάζει σε κανέναν άλλο	Άνδρας	37	2,22	0,98	0,036
	Γυναίκα	23	2,74	0,81	

Γιατί τον/την αφήνω να με αναστατώνει τόσο πολύ ώστε να κλαίω?	Άνδρας	37	1,86	0,95	0,001
	Γυναίκα	23	2,78	1,00	
Ζήτησα βοήθεια και υποστήριξη από άλλους.	Άνδρας	37	2,08	0,72	0,001
	Γυναίκα	23	2,74	0,75	
Προσπάθησα να ξεκαθαρίσω πιθανή παρανόηση.	Άνδρας	37	2,27	0,84	0,001
	Γυναίκα	23	2,70	0,76	
Μιλώ απευθείας στον γιατρό για το επεισόδιο.	Άνδρας	37	2,19	0,88	0,011
	Γυναίκα	23	2,78	0,80	
Δεν μιλάω με τον υβριστή γιατρό.	Άνδρας	36	2,19	0,89	0,012
	Γυναίκα	23	2,78	0,80	
Αποστασιοποιούμαι από την κατάσταση.	Άνδρας	37	2,27	0,80	0,042
	Γυναίκα	23	2,74	0,92	
Βρήκα αμφιλεγόμενες ασχολίες που μειώνουν το άγχος μου	Άνδρας	37	2,14	0,75	0,002
	Γυναίκα	23	2,78	0,80	
Τείνω να κατηγορώ τον εαυτό μου.	Άνδρας	37	2,11	0,77	0,011
	Γυναίκα	23	2,83	0,72	
Έχω ευσεβείς πόθους ότι όλα θα βελτιωθούν.	Άνδρας	37	2,30	0,91	0,019
	Γυναίκα	23	2,87	0,87	
Επιδείνωση των σχέσεων με άτομα εκτός του εργασιακού περιβάλλοντος.	Άνδρας	37	1,92	0,86	0,018
	Γυναίκα	23	2,52	1,04	
Επιδείνωση της σχέσης με το υπόλοιπο προσωπικό.	Άνδρας	37	1,89	0,94	0,034
	Γυναίκα	23	2,43	0,95	
Μείωση της εμπιστοσύνης και υποστήριξης στον χώρο εργασίας.	Άνδρας	37	2,00	0,88	0,027
	Γυναίκα	23	2,52	0,85	
Μειωμένη εμπιστοσύνη	Άνδρας	37	1,95	0,88	0,042

στον εαυτό σου.	Γυναίκα	23	2,43	0,90	
Αύξηση των ωρών αποχής από την εργασία.	Άνδρας	37	1,70	0,74	0,009
	Γυναίκα	23	2,30	0,97	
Απογοήτευση, Απελπισία.	Άνδρας	37	2,92	1,01	0,038
	Γυναίκα	23	3,43	0,73	
Θυμό	Άνδρας	37	2,68	0,88	0,005
	Γυναίκα	23	3,35	0,83	
Αηδία	Άνδρας	37	2,41	0,86	0,001
	Γυναίκα	23	3,43	0,79	
Ντροπή και εξευτελισμό	Άνδρας	37	2,41	0,86	0,018
	Γυναίκα	23	2,96	0,82	
Λύπη.	Άνδρας	37	2,57	0,93	0,012
	Γυναίκα	23	3,22	0,95	
Απειλή	Άνδρας	37	2,54	1,02	0,013
	Γυναίκα	23	3,17	0,78	
Ήττα	Άνδρας	37	2,22	1,03	0,011
	Γυναίκα	23	2,87	0,76	
Φόβος	Άνδρας	37	2,14	0,95	0,022
	Γυναίκα	23	2,65	0,57	
Απομόνωση	Άνδρας	37	2,14	0,86	0,025
	Γυναίκα	23	2,65	0,83	

• **Ηλικιακή ομάδα**

Οι ιατροί ηλικία >41 ετών συναντούν συνήθως την επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών ως είδος λεκτικής βίας και την έντονη κριτική σε σύγκριση με τους νεότερους ιατρούς. Αντίθετα, οι ιατροί <40 ετών συναντούν συνήθως σεξουαλική παρενόχληση. Επίσης οι νεότεροι σε ηλικία τείνουν να αναφέρουν γιατί αφήνουν τον υβριστή να τους αναστατώνει τόσο πολύ ώστε να κλαίνει. Οι συνέπειες από την λεκτική βία είναι σημαντικότερες στις νέους ιατρούς και ειδικότερα βαθμολόγησαν υψηλότερα την μειωμένη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, την μείωση του αισθήματος άνεσης/ευεξίας στον χώρο εργασίας και την μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία. Τέλος, οι νεότεροι σε ηλικία ιατροί αισθάνονται περισσότερο θυμό, αηδία, ντροπή και εξευτελισμό, μπερδεμένοι, απομόνωση και μη υποστήριξη μετά από ένα επεισόδιο λεκτικής βίας σε σύγκριση με τους μεγαλύτερους σε ηλικίας ιατρούς.

**Πίνακας 9. Λεκτική βία σε σύγκριση με ηλικιακή ομάδα- Ιατροί**

	Ηλικία	N	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	P value
Επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών	<40 ετών	31	2,65	0,80	0,002
	>41 ετών	29	3,38	0,98	
Επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών (σοβαρότητα)	<40 ετών	31	2,55	0,85	0,011
	>41 ετών	29	3,21	1,08	
Έντονη κριτική	<40 ετών	31	2,35	0,88	0,003
	>41 ετών	29	3,10	0,98	
Σεξουαλική παρενόχληση	<40 ετών	31	2,26	0,82	0,026
	>41 ετών	29	1,76	0,87	
Σεξουαλική παρενόχληση (σοβαρότητα)	<40 ετών	31	1,97	0,87	0,046
	>41 ετών	29	1,55	0,69	
Γιατί τον/την αφήνω να με αναστατώνει τόσο πολύ ώστε να κλαίω?	<40 ετών	31	2,55	0,99	0,011
	>41 ετών	29	1,86	1,03	

Μειωμένη εμπιστοσύνη στον εαυτό σου.	<40 ετών	31	2,39	0,88	0,024
	>41 ετών	29	1,86	0,88	
Μείωση του αισθήματος άνεσης/ευεξίας στον χώρο εργασίας.	<40 ετών	31	2,52	0,89	0,035
	>41 ετών	29	2,00	0,96	
Μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία	<40 ετών	31	2,39	1,02	0,034
	>41 ετών	29	1,86	0,83	
Απογοήτευση, Απελπισία.	<40 ετών	31	3,42	0,81	0,009
	>41 ετών	29	2,79	0,98	
Θυμό.	<40 ετών	31	3,16	0,86	0,046
	>41 ετών	29	2,69	0,93	
Αηδία.	<40 ετών	31	3,10	0,91	0,013
	>41 ετών	29	2,48	0,95	
Ντροπή και εξευτελισμό.	<40 ετών	31	2,84	0,82	0,043
	>41 ετών	29	2,38	0,90	
Μπερδεμένος/η.	<40 ετών	30	2,97	0,85	0,011
	>41 ετών	29	2,34	0,97	
Απομόνωση	<40 ετών	31	2,61	0,80	0,009
	>41 ετών	29	2,03	0,87	
Μη υποστήριξη	<40 ετών	31	2,81	0,95	0,042
	>41 ετών	29	2,28	1,03	



• **Επίπεδο εκπαίδευσης**

Όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης των ιατρών μειώνεται ο ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση (σοβαρότητα) και η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών ως είδος της λεκτικής βίας. Επίσης όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης μειώνεται η επιβάρυνση της υγείας ως συνέπεια λεκτικής βίας.

**Πίνακας 10. Λεκτική βία σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης- Ιατροί**

		N	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	P value
Ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση (σοβαρότητα)	ΠΕ	25	3,38	0,98	0.034
	Μεταπτυχιακό	30	2,65	0,80	
	Διδακτορικό	5	2,55	0,85	
Επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών	ΠΕ	25	3,21	1,08	0.020
	Μεταπτυχιακό	30	3,10	0,98	
	Διδακτορικό	5	2,35	0,88	
Επιβάρυνση της υγείας	ΠΕ	25	2,55	0,99	0.018
	Μεταπτυχιακό	30	1,86	1,03	
	Διδακτορικό	5	1,55	0,69	

• Έτη προϋπηρεσίας

Όσο αυξάνουν τα έτη προϋπηρεσίας αυξάνει και η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών, η έντονη κριτική και η απειλή ως είδος λεκτικής βίας. Αντίθετα, οι ιατροί με λιγότερα έτη προϋπηρεσίας νιώθουν μειωμένη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους έπειτα από το επεισόδιο λεκτικής βίας.

**Πίνακας 11. Λεκτική βία σε σύγκριση με έτη προϋπηρεσίας- Ιατροί**

	έτη	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών	<10 έτη	30	2,67	0,80	0.006
	>11 έτη	30	3,33	0,99	
Επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών (σοβαρότητα)	<10 έτη	30	2,60	0,86	0.041
	>11 έτη	30	3,13	1,11	
Έντονη κριτική	<10 έτη	30	2,33	0,88	0.002
	>11 έτη	30	3,10	0,96	
Απειλή	<10 έτη	30	2,30	0,88	0.044
	>11 έτη	30	2,80	1,00	
Μειωμένη εμπιστοσύνη στον εαυτό σου.	<10 έτη	30	2,37	0,93	0.046
	>11 έτη	30	1,90	0,84	

### 5.3. Αποτελέσματα Νοσηλευτών

Η πλειοψηφία του δείγματος των νοσηλευτών ήταν γυναίκες (81,6%). Το 51,4% άνηκε στην ηλικιακή ομάδα 41 και άνω ετών, το 35,1% είχαν ολοκληρώσει την πανεπιστημιακή εκπαίδευση και το 34,6% τεχνολογική εκπαίδευση. Το 52,4% εργαζόταν στο νοσοκομείο <10 έτη. Επίσης, το 16,8% εργαζόταν σε μονάδα Covid 19 και το 14,6% στα ΤΕΠ.

**Πίνακας 12: Κοινωνικοδημογραφικά και Εργασιακά Χαρακτηριστικά Νοσηλευτών**

	Αριθμός	Ποσοστό
<b>Φύλο</b>		
Άνδρας	34	18,4
Γυναίκα	151	81,6
<b>Ηλικιακή ομάδα</b>		
<40 ετών	90	48,6
>41 ετών	95	51,4
<b>Βαθμίδα εκπαίδευσης</b>		
ΔΕ	8	4,3
ΤΕ	64	34,6
ΠΕ	65	35,1
Μεταπτυχιακό	46	24,9
Διδακτορικό	2	1,1
<b>Έτη εμπειρίας σε Νοσοκομείο</b>		
<10 έτη	97	52,4
>10 έτη	88	47,6
<b>Τμήμα εργασίας</b>		
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	6	3,2
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	12	6,5
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ	12	6,5
ΜΕΘ	18	9,7
ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	10	5,4
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	15	8,1
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	7	3,8
ΤΕΠ	27	14,6
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	16	8,6

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	18	9,7
ΨΥΧΙΑΡΙΚΗ	13	7,0
COVID	31	16,8

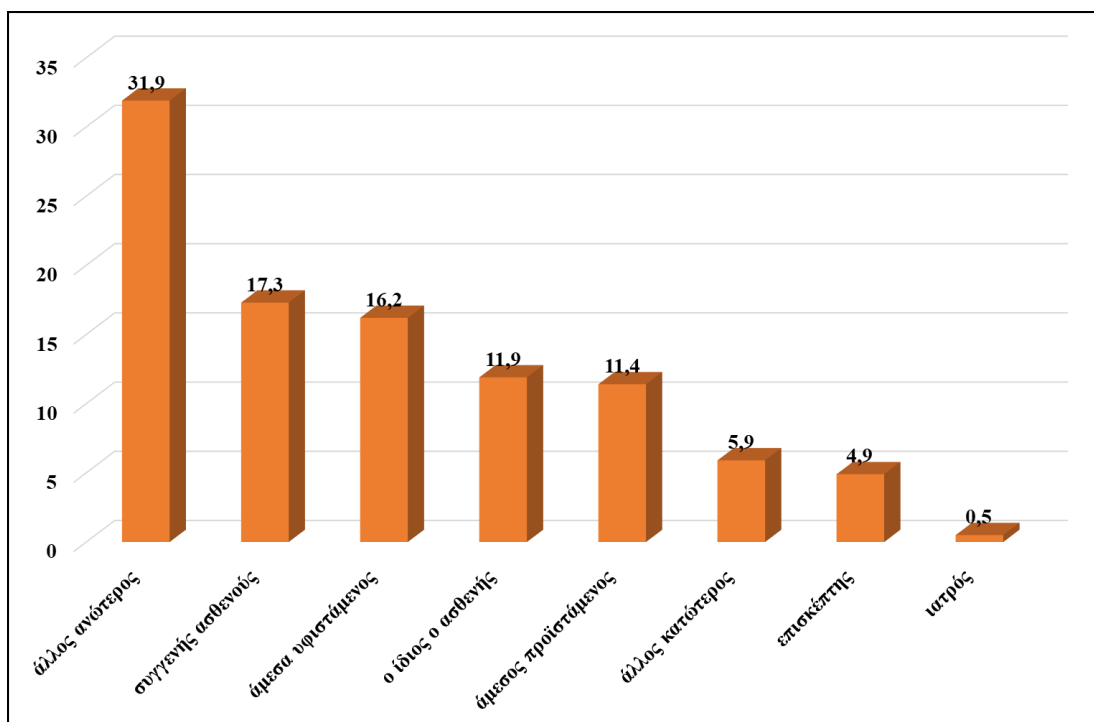
Το 81,6% του νοσηλευτικού προσωπικού δήλωσε ότι το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων.

**Πίνακας 13: Το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων;**

	Αριθμός	Ποσοστό
OXI	34	18,4
ΝΑΙ	151	81,6

Το 31,9% του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησε ότι άλλος ανώτερος ήταν ο υβριστής συνήθως.

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



Το 21,1% του νοσηλευτικού προσωπικού δήλωσε ότι μια φορά το χρόνο οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια.

Το 18,9% απάντησε περισσότερες από 1 φορά την εβδομάδα και το ίδιο ποσοστό καθημερινά.

**Πίνακας 14: Πόσο συχνά θεωρείτε ότι οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια;**

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
Ποτέ	5	2,7
Μια φορά το χρόνο	39	21,1
Περισσότερες από 1 φορά ετησίως	24	13,0
Μια φορά το μήνα	22	11,9
Μια φορά τη βδομάδα	35	18,9
Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως	25	13,5
Καθημερινά	35	18,9

Το 68% του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρεί ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του.

**Πίνακας 15: Θεωρείτε ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του;**

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
OXI	59	32
NAI	124	68

Το 27% του νοσηλευτικού προσωπικού δήλωσε ότι έχει γίνει αποδέκτης λεκτικής βίας μια φορά το χρόνο και το 26,5% περισσότερες από 1 φορά ετησίως.

**Πίνακας 16: Πόσο συχνά γίνετε εσείς αποδέκτης λεκτικής βίας;**

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
Ποτέ	3	1,6
Μια φορά το χρόνο	50	27,0
Περισσότερες από 1 φορά ετησίως	49	26,5
Μια φορά το μήνα	27	14,6
Μια φορά τη βδομάδα	23	12,4
Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως	20	10,8

Καθημερινά	13	7,0
------------	----	-----

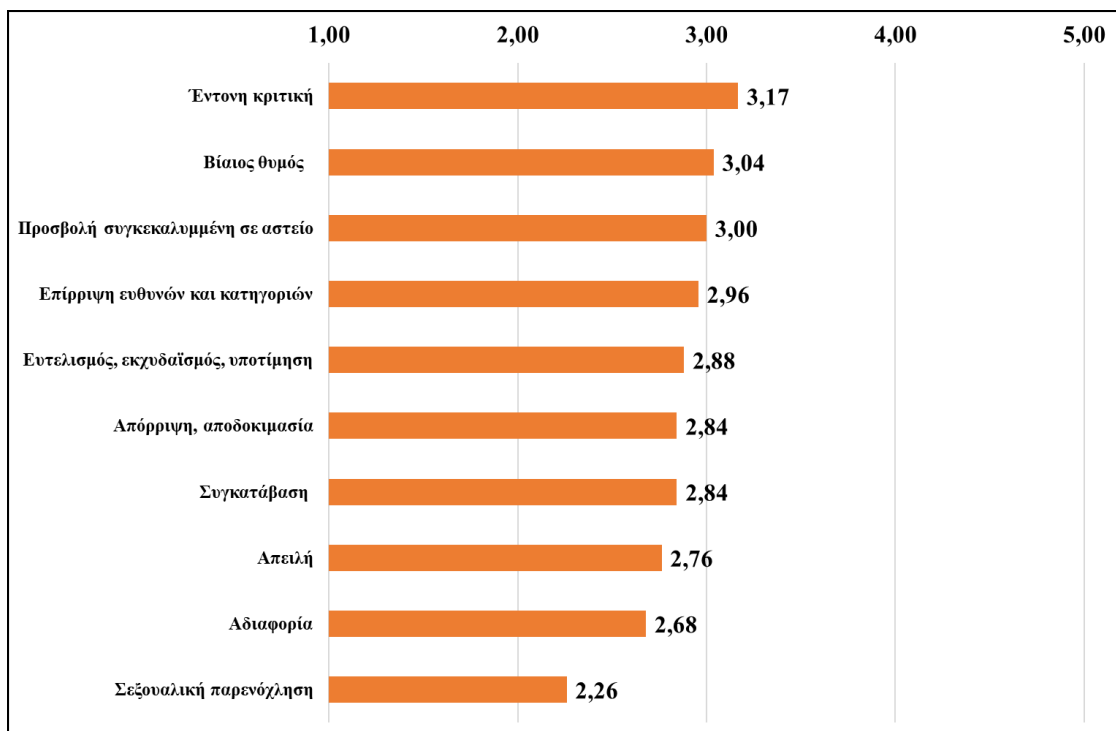
Η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού (52,4%) δήλωσε ότι το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς ήταν πολύ/πάρα πολύ/ εξαιρετικά αγχωτικό.

**Πίνακας 17: Πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς;**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου	2	1,1
Σχεδόν καθόλου	23	12,4
Λίγο	30	16,2
Αρκετά	33	17,8
Πολύ	39	21,1
Πάρα πολύ	42	22,7
Εξαιρετικά	16	8,6

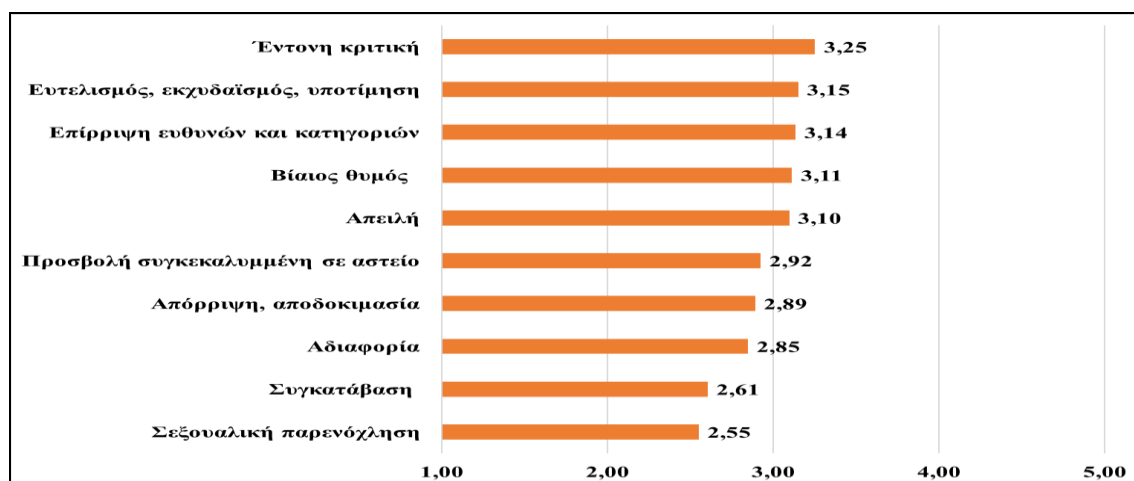
Η έντονη κριτική και ο βίαιος θυμός αναφέρθηκαν από το δείγμα των νοσηλευτών ως τα πιο συχνά είδη της λεκτικής βίας της οποίας έγιναν αποδέκτες.

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



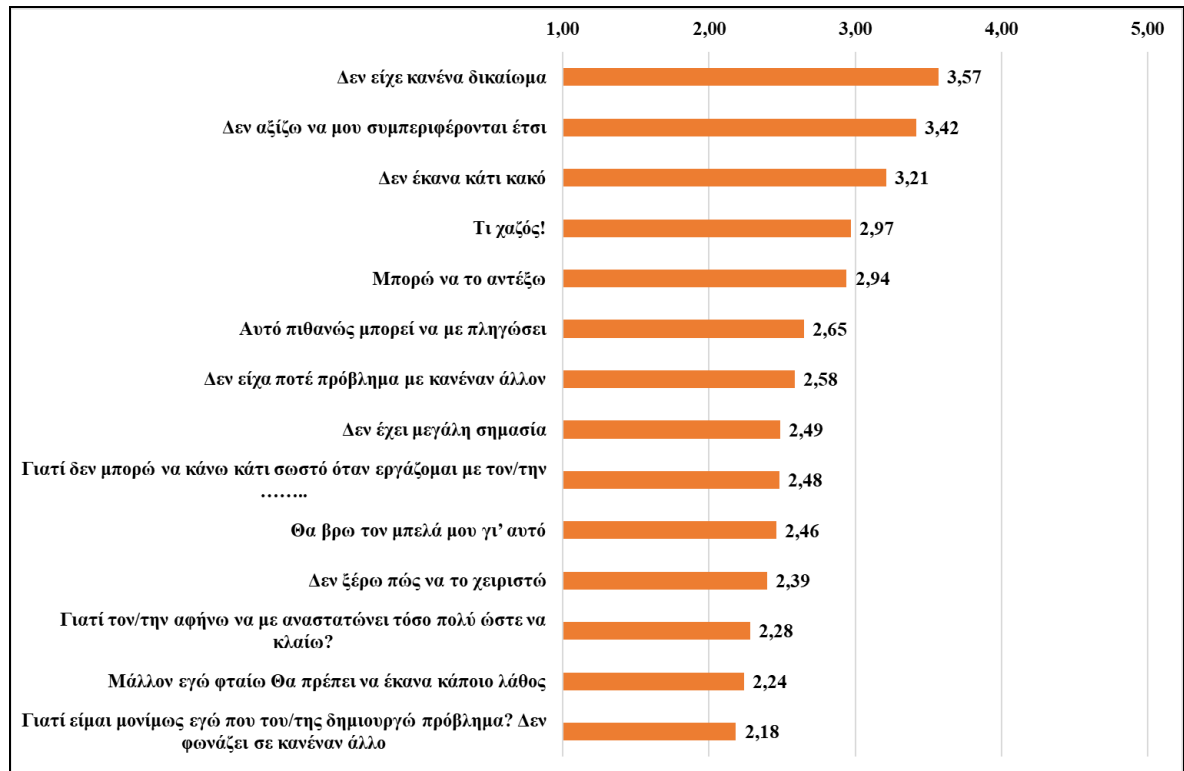
Η έντονη κριτική και ο ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση αναφέρθηκαν από το δείγμα των νοσηλευτών ως τα πιο σοβαρά είδη της λεκτικής βίας της οποίας έγιναν αποδέκτες.

**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) Δεν είχε κανένα δικαίωμα και β) Δεν αξίζω να μου συμπεριφέρονται έτσι.

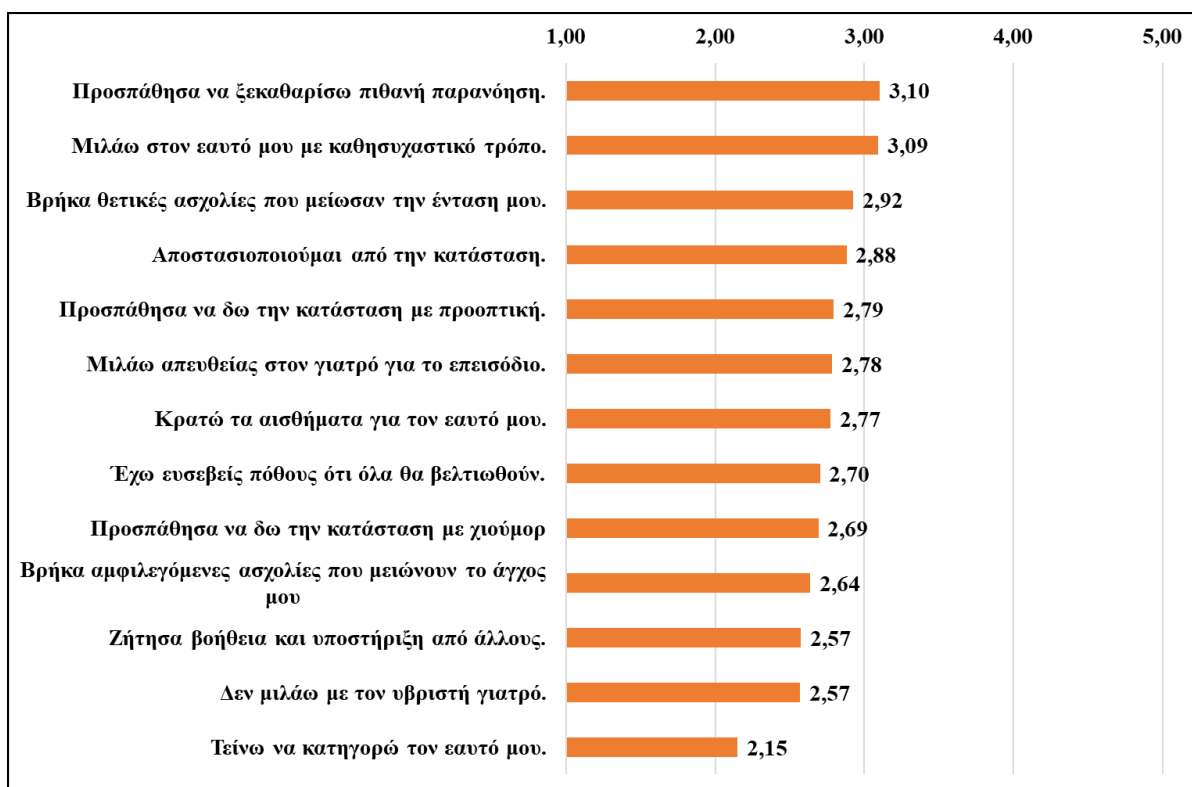
**Διάγραμμα 11: Ποιες ήταν οι πρώτες σκέψεις σας όταν γίνατε αποδέκτης της λεκτικής επίθεσης;**



Η πλειοψηφία των νοσηλευτών απάντησε ότι η συμπεριφορά με την οποία διαχειρίστηκε το επεισόδιο ήταν: α) να προσπαθήσει να ξεκαθαρίσει την πιθανή παρανόηση και β) να καθησυχάσει τον εαυτό του.

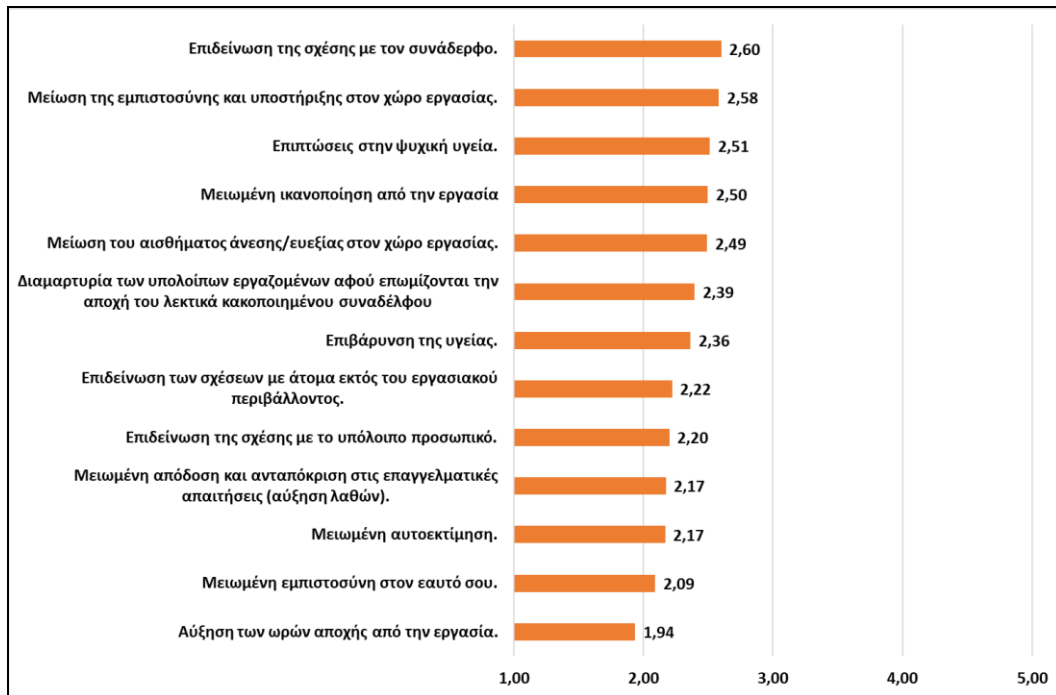


**Διάγραμμα 12: Με ποια συμπεριφορά διαχειριστήκατε το επεισόδιο; Εφόσον επιθυμείτε προσθέστε και άλλα είδη συμπεριφοράς**



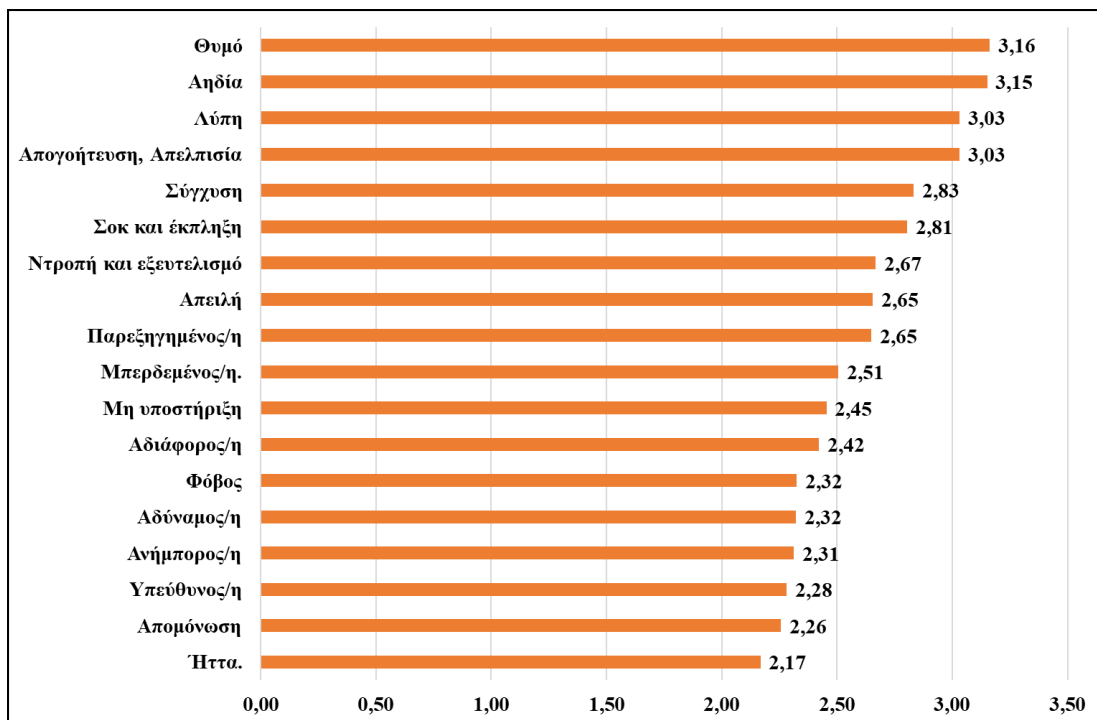
Το νοσηλευτικό προσωπικό ανέφερε ότι συνέπειες της λεκτικής κακοποίησης ήταν η επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδελφο, η μείωση της εμπιστοσύνης και υποστήριξης στον χώρο εργασίας και οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία.

**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, λύπη και απογοήτευση - απελπισία.

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



Το 81,6% και το 90,8% των νοσηλευτών/τριών δεν αισθάνονται άγχος ή κατάθλιψη αντίστοιχα.

**Πίνακας 18: Συναίσθημα άγχους και κατάθλιψης**

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
<b>Άγχος</b>		
OXI	151	81,6
NAI	34	18,4
<b>Κατάθλιψη</b>		
OXI	168	90,8
NAI	17	9,2

#### **5.4. Σύγκριση Αποτελεσμάτων με Κοινωνικοδημογραφικά και Εργασιακά Χαρακτηριστικά**

Στην παρούσα ενότητα πραγματοποιείται σύγκριση των ερωτήσεων της λεκτικής βίας με τα κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών και συγκεκριμένα με το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, την εκπαίδευση και τα έτη προϋπηρεσίας.

- **Φύλο**

Οι άνδρες νοσηλευτές έχουν γίνει πιο συχνά αποδέκτες λεκτικής βίας σε σύγκριση με τις γυναίκες. Έπειτα από το επεισόδιο της λεκτικής βίας οι άνδρες νιώθουν περισσότερες ενοχές από τις γυναίκες, προσπαθούν να δουν την κατάσταση με προοπτική ή να ξεκαθαρίσουν πιθανή παρανόηση ή την δουν με χιούμορ. Αντίθετα, οι γυναίκες αναφέρουν υψηλότερες επιπτώσεις στην ψυχική υγεία έπειτα από ένα επεισόδιο λεκτικής βίας.

**Πίνακας 19. Λεκτική βία σε σύγκριση με φύλο - Νοσηλευτές**

	Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Πόσο συχνά γίνετε εσείς αποδέκτης λεκτικής βίας;	Ανδρας	34	4,21	1,92	0.042
	Γυναίκα	151	3,58	1,52	
Μάλλον εγώ φταίω Θα πρέπει να έκανα κάποιο λάθος	Ανδρας	34	2,59	1,13	0.030
	Γυναίκα	150	2,16	1,01	
Προσπάθησα να δω την κατάσταση με προοπτική.	Ανδρας	34	3,12	0,81	0.040
	Γυναίκα	151	2,72	1,05	
Προσπάθησα να ξεκαθαρίσω πιθανή παρανόηση.	Ανδρας	34	3,44	0,93	0.028
	Γυναίκα	151	3,03	1,00	
Προσπάθησα να δω την κατάσταση με χιούμορ	Ανδρας	34	3,12	1,09	0.011
	Γυναίκα	151	2,60	1,07	
Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία.	Ανδρας	34	2,18	0,90	0.041
	Γυναίκα	151	2,59	1,08	

**• Ηλικιακή ομάδα**

Οι νοσηλευτές ηλικία >41 ετών συναντούν συνήθως την απόρριψη, αποδοκιμασία ως είδος λεκτικής βίας και την έντονη κριτική σε σύγκριση με τους νεότερους νοσηλευτές. Επίσης, οι νοσηλευτές ηλικία >41 ετών αναφέρουν ότι μπορούν να αντέξουν περισσότερο έπειτα από ένα επεισόδιο λεκτικής βίας. Αντίθετα, οι νοσηλευτές ηλικία <40 ετών αναστατώνονται περισσότερο και νιώθουν απογοήτευση, απελπισία σε σύγκριση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία.

**Πίνακας 20. Λεκτική βία σε σύγκριση με ηλικιακή ομάδα - Νοσηλευτές**

	Ηλικία	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Απόρριψη, αποδοκιμασία	<40 ετών	90	2,67	1,09	0.040
	>41 ετών	95	3,01	1,16	
Απόρριψη, αποδοκιμασία (σοβαρότητα)	<40 ετών	90	2,72	1,12	0.041
	>41 ετών	94	3,05	1,06	

Μπορώ να το αντέξω	<40 ετών	90	2,76	1,06	0.024
	>41 ετών	95	3,12	1,09	
Γιατί τον/την αφήνω να με αναστατώνει τόσο πολύ ώστε να κλαίω?	<40 ετών	90	2,47	1,12	0.018
	>41 ετών	95	2,11	0,93	
Απογοήτευση, Απελπισία.	<40 ετών	90	2,88	1,03	0.042
	>41 ετών	95	3,18	0,98	

• **Επίπεδο εκπαίδευσης**

Όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών μειώνεται η προσβολή συγκεκριμένη σε αστείο ως είδος λεκτικής βίας. Επίσης, όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών, αυξάνεται και το ότι προσπαθούν να δουν την κατάσταση με χιούμορ.

**Πίνακας 21. Λεκτική βία σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης - Νοσηλευτές**

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Προσβολή συγκεκριμένη σε αστείο (σοβαρότητα)	ΔΕ	65	3,38	0,74	0.043
	ΤΕ	64	3,16	1,16	
	ΠΕ	8	2,87	1,19	
	Μεταπτυχιακό	46	2,72	0,98	
	Διδακτορικό	2	1,50	0,71	
Προσπάθησα να δω την κατάσταση με χιούμορ	ΔΕ	65	2,00	1,41	0.014
	ΤΕ	64	2,48	1,04	
	ΠΕ	8	2,38	0,92	
	Μεταπτυχιακό	46	2,63	1,02	
	Διδακτορικό	2	3,15	1,15	

• Έτη προϋπηρεσίας

Οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη εργασιακή προϋπηρεσία θεωρούν ότι έχουν γίνει αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα πιο συχνά, σε σύγκριση με τους νοσηλευτές με μικρότερη εργασιακή προϋπηρεσία. Επίσης, οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη εργασιακή προϋπηρεσία αναφέρουν ότι μπορούν να αντέξουν περισσότερο ένα επεισόδιο λεκτικής βίας, σε με τους νοσηλευτές με μικρότερη εργασιακή προϋπηρεσία. Αντίθετα, οι νοσηλευτές με μικρότερη εργασιακή προϋπηρεσία αναστατώνονται περισσότερο από την λεκτική βία, νιώθουν μειωμένη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, φόβο και απομόνωση, έπειτα από ένα επεισόδιο λεκτικής βίας.

**Πίνακας 22. Λεκτική βία σε σύγκριση με έτη προϋπηρεσίας - Νοσηλευτές**

	Έτη προϋπηρεσίας	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Πόσο συχνά θεωρείτε ότι οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια;	<10 έτη	97	3,98	1,90	0.001
	>11 έτη	88	4,85	1,74	
Μπορώ να το αντέξω	<10 έτη	97	2,75	1,00	0.013
	>11 έτη	88	3,15	1,15	
Γιατί τον/την αφήνω να με αναστατώνει τόσο πολύ ώστε να κλαίω?	<10 έτη	97	2,46	1,08	0.012
	>11 έτη	88	2,08	0,96	
Μειωμένη εμπιστοσύνη στον εαυτό σου.	<10 έτη	97	2,24	1,05	0.045
	>11 έτη	88	1,93	1,00	
Φόβος	<10 έτη	97	2,46	0,91	0.038
	>11 έτη	88	2,17	1,00	
Απομόνωση	<10 έτη	97	2,40	0,91	0.028
	>11 έτη	87	2,09	0,98	

## 5.5. Σύγκριση Αποτελεσμάτων λεκτικής βίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών

Οι νοσηλευτές θεωρούν ότι έχουν γίνει πιο συχνά αποδέκτες λεκτικής βίας και ένιωσαν υψηλότερο άγχος, σε σύγκριση με τους ιατρούς. Επίσης, οι νοσηλευτές έχουν συναντήσει πιο συχνά προσβολή συγκεκριμένη σε αστείο, ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση, έντονη κριτική και σεξουαλική παρενόχληση ως είδος λεκτικής βίας. Οι νοσηλευτές αναφέρουν περισσότερο ότι δεν αξίζουν να τους συμπεριφέρονται έτσι ή δεν έχει ο υβριστής κανένα δικαίωμα, σε σύγκριση με τους ιατρούς. Το νοσηλευτικό προσωπικό προσπαθεί περισσότερο να ξεκαθαρίσει πιθανή παρανόηση. Επίσης, οι νοσηλευτές θεωρούν περισσότερο ότι ως συνέπεια της λεκτικής βίας επέρχεται η μείωση της εμπιστοσύνης και υποστήριξης στον χώρο εργασίας, οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και η μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία. Τέλος, έπειτα από ένα επεισόδιο λεκτικής βίας οι νοσηλευτές νιώθουν περισσότερο αηδία, σύγχυση και ήττα, σε σύγκριση με τους ιατρούς.

**Πίνακας 23. Σύγκριση Αποτελεσμάτων λεκτικής βίας με ειδικότητα δείγματος**

	Ειδικότητα	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Πόσο συχνά γίνετε εσείς αποδέκτης λεκτικής βίας;	Ιατρός	60	3,70	1,61	0.004
	Νοσηλευτής	185	4,37	1,37	
Πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς;	Ιατρός	60	3,97	1,40	0.024
	Νοσηλευτής	185	4,48	1,56	
Προσβολή συγκεκριμένη σε αστείο	Ιατρός	60	2,63	0,88	0.024
	Νοσηλευτής	185	3,00	1,15	
Ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση (σοβαρότητα)	Ιατρός	60	2,68	0,91	0.004
	Νοσηλευτής	185	3,15	1,14	
Έντονη κριτική	Ιατρός	60	2,72	0,99	0.006
	Νοσηλευτής	185	3,17	1,11	
Έντονη κριτική (σοβαρότητα)	Ιατρός	60	2,68	0,95	0.001
	Νοσηλευτής	185	3,25	1,11	
Σεξουαλική παρενόχληση	Ιατρός	60	1,77	0,81	0.001

(σοβαρότητα)	Νοσηλευτής	185	2,55	1,32	
Δεν αξίζω να μου συμπεριφέρονται έτσι	Ιατρός	60	2,93	0,99	0.004
	Νοσηλευτής	185	3,42	1,17	
Δεν είχε κανένα δικαίωμα	Ιατρός	60	2,80	1,04	0.001
	Νοσηλευτής	185	3,57	1,19	
Προσπάθησα να ξεκαθαρίσω πιθανή παρανόηση.	Ιατρός	60	2,43	0,83	0.001
	Νοσηλευτής	185	3,10	1,00	
Μείωση της εμπιστοσύνης και υποστήριξης στον χώρο εργασίας.	Ιατρός	60	2,20	0,90	0.010
	Νοσηλευτής	184	2,58	1,02	
Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία.	Ιατρός	60	1,98	0,91	0.001
	Νοσηλευτής	185	2,51	1,06	
Μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία	Ιατρός	60	2,13	0,96	0.019
	Νοσηλευτής	185	2,50	1,06	
Αηδία.	Ιατρός	60	2,80	0,97	0.025
	Νοσηλευτής	185	3,15	1,07	
Σύγχυση.	Ιατρός	60	2,50	0,85	0.038
	Νοσηλευτής	185	2,83	1,14	
Ήττα.	Ιατρός	60	2,47	0,98	0.043
	Νοσηλευτής	185	2,17	0,99	



## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το δείγμα των ιατρών φάνηκε ότι 7 στους 10 ιατρούς έγιναν αποδέκτες λεκτικής βίας παρουσία άλλων. Χαμηλότερο ήταν το ποσοστό σε αντίστοιχη έρευνα των Nevo et al. (2019) όπου αναφέρει ότι το 59% των ιατρών είχαν εκτεθεί σε τουλάχιστον μία πράξη λεκτικής κακοποίησης κατά το προηγούμενο έτος, όπως επίσης και παλαιότερη έρευνα των Carmi-Pluz et al. (2005), με το ίδιο ποσοστό έκθεσης σε λεκτική κακοποίηση από 56 σε 59%. Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι οι περιπτώσεις βίας σε νοσοκομεία είναι συχνότερες λόγω των υψηλότερων επιπέδων άγχους που συνοδεύουν μια επίσκεψη στο νοσοκομείο, στην βιβλιογραφία παρατηρούνται επίσης αυξημένα ποσοστά και στην γενικούς ιατρούς στο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ). Ακόμη μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από την κινεζική ιατρική ένωση ιατρών το 2014 έδειξε ότι πάνω από το 70% των ιατρών υπέστη λεκτική κακοποίηση ή σωματικό τραυματισμό κατά την εργασία του (Yang et al. 2019).

Σε παγκόσμιο επίπεδο η βιβλιογραφία αναφέρει ότι στη Γερμανία, το 23% των ιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχει βιώσει σοβαρή επιθετικότητα ή βία (Vorderwülbecke et al. 2015). Στην Ισπανία, σημειώθηκε αύξηση του μεγέθους του φαινομένου τα τελευταία χρόνια (Serrano Vicente et al. 2019). Στις ΗΠΑ, το 70-74% των επιθέσεων στο χώρο εργασίας συμβαίνουν σε περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης (OSHA 2015). Στην Ιταλία, το 50% των ιατρών δέχτηκαν προφορική επίθεση και το 4% σωματικά δέχθηκε επίθεση (FNOMCeO 2019).

Συνήθως ο υβριστής ήταν άλλος ανώτερος και η πλειοψηφία του δείγματος θεωρεί ότι ο υβριστής δε γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του. Σχετικά με την συχνότητα της λεκτικής βίας σχεδόν 4 στους 10 ιατρούς γίνεται αποδέκτης μια φορά την εβδομάδα και νιώθουν ότι αυτή η συμπεριφορά είναι πολύ αγχωτική. Η βία στο χώρο εργασίας έχει επιπτώσεις πέραν της άμεσης σωματικής βλάβης. Σε μια μελέτη που διεξήχθη στην Κίνα, η βία στο χώρο εργασίας συσχετίστηκε με ένα αίσθημα αυξημένου ψυχολογικού στρες, εξάντλησης και κατάθλιψης, τα οποία είχαν αρνητική επίδραση στην ποιότητα του ύπνου και της υγείας γενικά (Sun et al. 2017). Παρομοίως στην μελέτη των Nevo et al. (2019) το 42,1% των ιατρών στην ΠΦΥ ανέφεραν ότι ένιωθαν ότι η βία είχε αρνητική επίδραση σε άλλες πτυχές της ζωής τους, και χαμηλότερο ήταν το ποσοστό των νοσοκομειακών ιατρών 22,5%.

Ως προς το είδος της λεκτικής βίας η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών αναφέρθηκε ως συχνός είδος αλλά και ο βίαιος θυμός ως σοβαρό είδος. Η ψυχολογική βία είναι επτά φορές πιο πιθανό να συμβεί σε σύγκριση με την σωματική βία (Lanza et al. 2006). Οι συνέπειες της ψυχολογικής βίας εναντίον επαγγελματιών υγείας είναι εξίσου ή πιο σοβαρές από αυτές της σωματικής βίας. Περιλαμβάνουν μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία, αυξημένο εργασιακό άγχος και χειρότερα αποτελέσματα στη φροντίδα των ασθενών (Li et al. 2018).

Η πρώτη αντίδραση από τους ιατρούς ήταν η υποτίμηση του υβριστή και ότι δεν αξίζουν τέτοια συμπεριφορά. Σχετικά με την διαχείριση, οι περισσότεροι ιατροί τείνουν να δουν την κατάσταση με χιούμορ. Ωστόσο συνέπεια του επεισοδίου της λεκτικής βίας είναι η επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδελφο. Τα συναισθήματα των ιατρών ήταν κυρίως απογοήτευση και θυμό.

Επιπλέον, σύμφωνα με τα αποτελέσματα από το δείγμα των νοσηλευτών 8 στους 10 νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες λεκτικής βίας παρουσία άλλων. Άλλες έρευνες αναφέρουν χαμηλότερα ποσοστά λεκτικής βίας. Για παράδειγμα έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αίγυπτο έδειξε ότι λεκτική κακοποίηση βίωσε το 60,2% των νοσηλευτών σε ΤΕΠ και το 42,9% των νοσηλευτών σε άλλες κλινικές (Abou-ElWafa et al. 2015). Ο επιπολασμός της λεκτικής βίας που αναφέρθηκε σε άλλη μελέτη ήταν χαμηλότερος από την παρούσα και συγκεκριμένα ήταν 37,1% (Ahmed 2012).

Ο κύριος υβριστής του του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν άλλος ανώτερος. Αυτό συμφωνεί και με αντίστοιχη έρευνα των Al-Shamlan et al. (2017) όπου αναφέρει ότι τα μέλη του προσωπικού τεκμηριώθηκαν επίσης ως σημαντικές πηγές λεκτικής κακοποίησης. Αυτό είναι ένα ανησυχητικό ζήτημα, καθώς οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας πρέπει να εργάζονται σε ένα ασφαλές και ζεστό περιβάλλον. Επίσης, σε άλλες μελέτες έχει δειχθεί ότι οι περισσότεροι δράστες λεκτικής κακοποίησης ήταν ασθενείς και συγγενείς τους (ALBashtawy 2013, Al-Turki 2016, Mohamed 2002, Jiao 2015).

Οι νοσηλευτές είναι συνήθως τα πρώτα άτομα που οι ασθενείς και οι οικογένειές τους συναντιούνται. Επομένως, συχνά κατηγορούνται για καθυστερημένη ή ανεπαρκή φροντίδα. Οι ασθενείς συχνά φοβούνται ότι ο ιατρός μπορεί να αρνηθεί τη φροντίδα και τη θεραπεία τους αν κατηγορούν τους ιατρούς. Στην πραγματικότητα, οι νοσηλευτές γίνονται «σάκος του μποξ» (Lin & Liu 2005). Σε αυτό το πλαίσιο μια προηγούμενη μελέτη ανέφερε ότι οι νοσηλευτές σε σύγχρονες χώρες, αντιμετωπίζουν βαρύ φόρτο εργασίας, συγκρούσεις με άλλους επαγγελματίες,

περιορισμένη κλινική αυτονομία, ένα μη υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον, και συναισθήματα ανεπάρκειας (Al-Ma'aitah 1999). Αυτές οι συνθήκες συμβάλλουν στη δυσαρέσκεια, στην εξουθένωση και στο υψηλό ποσοστό κύκλου εργασιών των νοσηλευτών.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι οι νοσηλευτές γίνονται αποδέκτες λεκτικής βίας μια φορά τη βδομάδα και περισσότερο και το γεγονός αυτό είναι πολύ αγχωτικό. Περίπου 7 στους 10 πιστεύουν ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του. Αντίστοιχη έρευνα αναφέρει ότι η πλειονότητα των νοσηλευτών μετά από έκθεση σε λεκτική κακοποίηση νιώθουν άγχος και κόπωση (Al-Shamlan et al. 2017).

Ως προς το είδος της λεκτικής βίας η έντονη κριτική και ο βίαιος θυμός αναφέρθηκαν ως συχνά είδη αλλά και ο ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση ως σοβαρό είδος. Η πρώτη αντίδραση από τους νοσηλευτές ήταν ότι δεν έχει κανένα δικαίωμα ο υβριστής και δεν αξίζουν τέτοια συμπεριφορά.

Σχετικά με την διαχείριση, οι περισσότεροι νοσηλευτές τείνουν να ξεκαθαρίσουν την πιθανή παρανόηση. Ωστόσο συνέπεια του επεισοδίου της λεκτικής βίας είναι η επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδελφο. Τα συναισθήματα των νοσηλευτών ήταν κυρίως θυμό, αηδία, λύπη. Επίσης, η έρευνα των Al-Shamlan et al. 2017 έδειξαν ότι πάνω από τους μισούς νοσηλευτές που κακοποιήθηκαν λεκτικά δήλωσαν ότι είχε αντίκτυπο στην ποιότητα της δουλειάς τους, και μάλιστα είχαν σκεφτεί να παραιτηθούν από το νοσηλευτικό επάγγελμα. Η λεκτική βία έχει αναγνωριστεί ότι οδηγεί σε αυξημένο άγχος για θύματα, μεγαλύτερο αριθμό λαθών, συμβάλλοντας σε μειωμένη αίσθηση χαλάρωσης και ευεξίας στο περιβάλλον εργασίας, καθώς και χαμηλό ηθικό και ικανοποίηση από την εργασία (Pejić 2005, Abu Airub 2007, Camerino 2008, Celebioglu 2010). Τέλος τόσο οι ιατροί όσο και οι νοσηλευτές δεν αισθάνονται άγχος ή κατάθλιψη κατά πλειοψηφία.

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας είναι 16 φορές πιο πιθανό να βιώσουν βία στην εργασία τους από άλλους επαγγελματίες και τα νοσοκομεία είναι μερικά από τα κύρια μέρη όπου συμβαίνει (Li et al. 2018, Shea et al. 2017). Άλλες δομές είναι οι αίθουσες έκτακτης ανάγκης, πολυκλινικές και γηριατρικές μονάδες (Mento et al. 2020).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τόσο στους ιατρούς όσο και στους νοσηλευτές, το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και τα έτη προϋπηρεσίας αποτελούν σημαντικούς παράγοντες έχουν διαφορά στα επεισόδια λεκτικής βίας, στο

τρόπο αντιμετώπισης και στις πιθανές συνέπειες. Ειδικότερα, οι γυναίκες ιατροί και άνδρες νοσηλευτές έχουν γίνει πιο συχνά αποδέκτες λεκτικής βίας. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ιατροί και νοσηλευτές και αυτοί με περισσότερη εργασιακή εμπειρία συναντούν συνήθως την απόρριψη, αποδοκιμασία ως είδος λεκτικής βίας και την έντονη κριτική, ωστόσο αναφέρουν ότι μπορούν να την αντέξουν. Όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης των ιατρών και νοσηλευτών διαχειρίζονται την λεκτική βία με περισσότερη αδιαφορία και δεν επηρεάζεται η ψυχική τους υγεία.

Υπάρχει μια σχέση μεταξύ των εμπειριών της ζωής και της ανάπτυξης μιας καλύτερης ανταπόκρισης αντιμετώπιζοντας τις δυσκολίες και τις αβεβαιότητες της κλινικής πρακτικής (Levites 2018). Η επαγγελματική εμπειρία μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο αντιμετώπισης καταστάσεων σύγκρουσης και διαπροσωπικών σχέσεων, όπως αποδεικνύεται από άλλες μελέτες, οι οποίες διαπίστωσαν ότι οι επαγγελματίες με μεγαλύτερο χρόνο εργασιακής εμπειρίας είχαν λιγότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν βία στο χώρο εργασίας τους, επειδή μπορεί να έχουν καλύτερες δεξιότητες διαχείριση συγκρούσεων με ασθενείς (Xie et al. 2021). Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε με γενικούς ιατρούς και νοσηλευτές έδειξαν ότι οι νεότεροι άνθρωποι είναι πιο πιθανό να υποστούν βία στην εργασία. Ως συνέπεια του εύρους ηλικίας τους, είναι αυτοί με λιγότερη εμπειρία υπηρεσίας (Li et al. 2018). Μελέτες έχουν βρει τον ίδιο συσχετισμό μεταξύ της υπερφόρτωσης της εργασίας και της βίας στο εργασιακό περιβάλλον (Almeida et al. 2017, Vasconcellos et al. 2012). Αυτό μπορεί να ευνοήσει το αυξημένο επαγγελματικό άγχος και να μειωθεί ποιότητα φροντίδας ασθενών (Silva et al. 2014). Έτσι, μπορεί να προκύψουν συγκρούσεις που αφορούν ασθενείς και / ή τις οικογένειές τους (Almeida et al. 2017). Μια άλλη μελέτη δείχνει τον υψηλό φόρτο εργασίας ως παράγοντα που κάνει τους επαγγελματίες λιγότερο ανεκτικούς το ένα προς το άλλο (Simões et al 2020).

Αξίζει να αναφερθούν κάποιοι περιορισμοί στην παρούσα μελέτη. Πρώτον, βασίζεται σε ένα δείγμα ευκολίας ιατρών και νοσηλευτών. Η μελέτη διεξήχθη σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή της Ελλάδας, επομένως τα αποτελέσματά της μπορεί να μην είναι γενικευμένα σε όλο την χώρα. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν αναδρομικά και βασίστηκαν στην ανάμνηση υποκειμενικών εμπειριών.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η βία στο χώρο εργασίας είναι ένα σημαντικό ζήτημα που επηρεάζει τους ιατρούς και νοσηλευτές. Οι συνέπειες της βίας κατά των επαγγελματιών υγείας μπορεί να είναι πολύ σοβαρές: θάνατοι ή απειλητικοί για τη ζωή τραυματισμοί, μειωμένο εργασιακό ενδιαφέρον, δυσαρέσκεια στην εργασία, περισσότερες ημέρες άδειας, μειωμένη λειτουργική εργασία, κατάθλιψη, διαταραχή μετατραυματικού στρες, μείωση των ηθικών αξιών, αυξημένη πρακτική της αμυντικής ιατρικής. Η βία στο χώρο εργασίας σχετίζεται άμεσα με υψηλότερη συχνότητα εξάντλησης, χαμηλότερη ασφάλεια ασθενούς και περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Η εργασία σε απομακρυσμένες περιοχές υγειονομικής περίθαλψης, η έλλειψη προσωπικού, το συναισθηματικό ή ψυχικό άγχος των ασθενών ή των επισκεπτών, η ανεπαρκής ασφάλεια και η έλλειψη προληπτικών μέτρων έχουν αναγνωριστεί ως βασικοί παράγοντες βίας κατά των επαγγελματιών υγείας.

Σε δημόσια νοσοκομεία, ο ανεπαρκής χρόνος που αφιερώνεται στους ασθενείς και επομένως η ανεπαρκής επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, των μεγάλων χρόνων αναμονής και του υπερπληθυσμού στους χώρους αναμονής, η έλλειψη εμπιστοσύνης στους επαγγελματιών υγείας ή στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, δυσαρέσκεια για τη θεραπεία ή τη φροντίδα που παρέχεται, ο βαθμός επαγγελματισμού του προσωπικού, και οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες των ασθενών και των οικογενειών για την επιτυχία της θεραπείας θεωρείται ότι συμβάλλουν στην βία είτε λεκτική η σωματική και ψυχολογική. Πράγματι, σε δημόσια νοσοκομεία σε όλο τον κόσμο, οι ελλείψεις προσωπικού εμποδίζουν τους επαγγελματίες υγείας πρώτης γραμμής να αντιμετωπίσουν επαρκώς τις απαιτήσεις των ασθενών.

### Προτάσεις

Οι επαγγελματίες υγείας παγκοσμίως υποστηρίζουν γενικά αυστηρότερους νόμους, αλλά οι αυστηρότερες κυρώσεις από μόνες τους είναι απίθανο να λύσουν το πρόβλημα. Είναι σημαντικό ότι δεν υπάρχουν στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για την πρόληψη της επιθετικότητας εναντίον των ιατρών και νοσηλευτών

Τα μέτρα ασφαλείας υποστηρίζονται εδώ και χρόνια και πρέπει να ληφθούν για τη διασφάλιση ιδιαίτερα των πιο επικίνδυνων υπηρεσιών. Πρώτον, οι ελλείψεις

προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία παγκοσμίως, πρέπει να αντιμετωπιστούν και να αυξηθεί η χρηματοδότηση για την πρόσληψη περισσότερων γιατρών και νοσηλευτών. Ως εκ τούτου, η διάρκεια κάθε συνάντησης ασθενούς θα αυξανόταν, ιδίως σε δημόσια νοσοκομεία, επιτρέποντας στους ιατρούς να αναπτύξουν μια ουσιαστική σχέση με τον ασθενή. Δεύτερον, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης και τα πανεπιστήμια θα πρέπει να βελτιώσουν σημαντικά τις δεξιότητες επικοινωνίας των σημερινών και των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας για τη μείωση των μη ρεαλιστικών προσδοκιών ή της παρανόησης των ασθενών και των οικογενειών. Τρίτον, οι επαγγελματιών υγείας που καταγγέλλουν οποιαδήποτε λεκτική ή σωματική βία πρέπει να υποστηρίζονται πλήρως από τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό θα μείωνε το τεράστιο ζήτημα της υπο-αναφοράς της βίας στο χώρο εργασίας. Πρέπει να διοργανώνονται σεμινάρια για τους επαγγελματιών υγείας για να μάθουν πώς να εντοπίζουν πρώιμα σημάδια ότι κάποιος μπορεί να γίνει βίαιος, πώς να διαχειρίζεται επικίνδυνες καταστάσεις και πώς να προστατεύεται.

Όλοι οι εργαζόμενοι έχουν το δικαίωμα να είναι ασφαλείς στη δουλειά τους, και οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη δεν αποτελούν εξαίρεση. Η ιδέα ότι η βία είναι εγγενής στο έργο των ιατρών και των νοσηλευτών, ειδικά σε ορισμένα τμήματα, πρέπει να καταπολεμηθεί. Πρέπει να ληφθούν επείγοντα μέτρα για να διασφαλιστεί η ασφάλεια όλων στο εργασιακό περιβάλλον τους και πρέπει να διατεθούν οι απαραίτητοι πόροι. Σε αντίθετη περίπτωση, θα επιδεινωθεί η φροντίδα που χρησιμοποιούν για την παροχή και τελικά θα επηρεάσει αρνητικά ολόκληρο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Abdellah RF, Salama KM. Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt. *Pan African Medical Journal*. 2017;26:21.
- Abou-ElWafa HS, El-Gilany AH, Abd-El-Raouf SE, Abd-Elmouty SM, El-Sayed Rel-S. Workplace violence against emergency versus non-emergency nurses in Mansoura University Hospitals, Egypt. *J Interpers Violence*. 2015;30:857–72.
- Abu Airub RF, Khalifa MF, Habbib MB. Workplace violence among Iraqi hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 2007, 39:281–288
- Acik Y, Deveci SE, Gunes G, Gulbayrak C, Dabak S, Saka G et al. *Experience of workplace violence during medical specialty training in Turkey*. *Occupational Medicine*, 2008, 58: 361-6.
- Adib SM, Al-Shatti AK, Kamal S, El-Gerges N, Al-Raqem M. *Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait*. *International Journal of Nursing Studies*, 2002, 39: 469-78.
- Ahmed, A. S. (2012). Verbal and physical abuse against Jordanian nurses in the work environment. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 18 (4), 318-324, 2012.
- ALBashtawy M. Workplace violence against nurses in emergency departments in Jordan. *Int Nurs Rev*. 2013;60:550–5.
- Alberta Health and Wellness. *Abuse in the workplace: a program development guide for health care organization*. Edmonton, Alberta (Canada), Alberta Health and Wellness, 2000.
- Al-Ma'aitah R et al. Effect of gender and education on quality of nursing work life of Jordanian nurses. *Nursing and Health Care Perspectives*, 1999, 20:88–94.
- Almeida NR, Bezerra Filho JG, Marques LA. Analysis of the scientific production on violence at work in hospital services. *Rev Bras Med Trab*. 2017;15(1):101–12.
- Almeida NR, Bezerra Filho JG, Marques LA. Analysis of the scientific production on violence at work in hospital services. *Rev Bras Med Trab*. 2017;15(1):101–12.

- Almvik R, Woods P. *Short term risk prediction: the Broset violence checklist*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2003, 10: 231-8.
- Al-Shamlan, N. A., Jayaseeli, N., Al-Shawi, M. M., & Al-Joudi, A. S. (2017). Are nurses verbally abused? A cross-sectional study of nurses at a university hospital, Eastern Province, Saudi Arabia. *Journal of family & community medicine*, 24(3), 173.
- Al-Turki N, Afify AA, AlAteeq M. Violence against health workers in family medicine centers. *J Multidiscip Healthc*. 2016;9:257–66.
- American Association of Colleges of Nursing. *Position statement. Violence as a public health problem*. Journal of Professional Nursing, 2000, 16: 63-9.
- Anderson C, Parish M. *Report of workplace violence by Hispanic nurses*. Journal of Transcultural Nursing, 2003, 14: 237-43.
- Appelbaum PS. *Violence and mental disorders: Data and public policy*. The American Journal of Psychiatry, 2006, 163 (8): 1319-21.
- Atawneh et al. Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *British Journal of Nursing* 2003; 12, 102-107.
- Aydin B, Kartal M, Midik O, Buyukakkus A. *Violence against general practitioners in Turkey*. Journal of Interpersonal Violence, 2010, 24: 1980-95.
- Ayranci U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. *Identification of violence in Turkish health care setting*. Journal of Interpersonal Violence, 2006, 21: 276-98.
- Becattini et al. Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana. Aniarti, atti XXVI Congresso Nazionale ANIARTI 2007; 535-541
- Bischler W. (1939) Schopenhauer and Freud: A Comparison, *The Psychoanalytic Quarterly*, 8:1, 88-97, DOI: [10.1080/21674086.1939.11925378](https://doi.org/10.1080/21674086.1939.11925378)
- Bonamici E. Prevenire e gestire il comportamento aggressivo. 2013 II
- Bureau of Labor Statistics. *National census of fatal occupational injuries, 1993- 2002*. Washington, DC: US Department of Labor, 2002.



- Camerino D et al. Work- related factors and violence among nursing staff in the European next study: a longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 2008, 45:35–50.
- Cannavò M, Fusaro N, Colaiuda F, et al. Studio preliminare sulla presenza e la rilevanza della violenza nei confronti del personale sanitario dell'emergenza. *Clin Ter.* 2017;168:99–112.
- Carmi-Iluz T, Peleg R, Freud T, Shvartzman P. Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observational study. *BMC Health Serv Res.* 2005;5:54–9
- Catlette M. *A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers.* *Journal of Emergency Nursing*, 2005, 31: 519-25.
- Celebioglu A. Violence experienced by Turkish nursing students in clinical settings: their emotions and behaviors. *Nurse Education Today*, 2010, 2:30–38.
- Celik SS, Celik Y, Ağırbaş I, et al. Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *Int Nurs Rev Ti*, 2007;54:359–366.
- Centers for Disease Control and Prevention/NIOSH Currentintelligence bulletin 57: Violence in the workplace 1996 [www. cdc.gov/niosh/violcont.html](http://www.cdc.gov/niosh/violcont.html).
- Chappell D, Di Martino V. 3rd ed. Geneva: International Labour Office; 2006. Violence at work.
- Cooper C, Swanson N. *Forthcoming working paper: Workplace violence in the health sector- State of the art.* Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002.
- Cooper, C.I., Payne, R. (eds) *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*, J. Wiley & Sons, New York, 1988.
- Crabbe J, Alexander DA, Klein S, Walker S, Sinclair J. *Dealing with violent and aggressive patients: At what cost to nurses?.* *Irish Journal of Psychologic Medicine*, 2002, 19 (4): 121-4.
- Crilly, J, Chaboyer, W, & Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident & Emergency Nursing* 2004; 12 (2), 67-73.

- Dal Pozzo M. Prevenzione e gestione degli atti di violenza nei confronti del personale infermieristico. [www.ipasvife.it](http://www.ipasvife.it) 06/10/2012. Web 06/07/2015.
- Deans C. *The effectiveness of a training program for Emergency Department nurses in managing violent situations*. Australian Journal of Advanced Nurses, 2004, 21 (4): 17-22.
- Design Council working in partnership with the Department of Health. *Reducing violence and aggression in A&E. Through a better experience*. London, 2011.
- Dollard, J., Miller, N. E., Doob, L. W., Mowrer, O. H., & Sears, R. R. (1939). *Frustration and aggression*. Yale University Press. <https://doi.org/10.1037/10022-000>
- Dragon N. *Pressure rising against violence*. Australian Nursing Journal, 2006, 14 (5): 21-4.
- Drummond D, Sparr F, Gordon G. *Hospital violence reduction among high-risk patients*. The Journal of American Medical Association, 1989, 261 (17): 2531-4.
- Duncan et al. Nurses experience of violence in Alberta and British Columbia hospitals. Canadian Journal of Nursin Research 2001; 32, 57-78.
- Echternacht M. *Potential for violence toward psychiatric nursing students: Risk reduction techniques*. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 1999, 37: 36-9.
- Emergency Nurses Association. *Emergency Nurses Association position statement: violence in the Emergency care setting*. Des Planes (IL), The Association, 2006.
- Erickson L, Williams-Evans SA. *Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults*. Journal of Emergency Nursing, 2000, 26 (3): 210-5.
- Eslamian J, Fard SH, Tavalok K, Yazdani M. *The effect of Angers management by nursing staff on violence rate against the in the emergency unit*. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 2010, 15 (Special Issue): 337-42.
- Fabri P, Gattafoni L, Morigi M. Un problema emergente:le aggressioni nei servizi sanitari. L'infermiere, Anno LVI, n.4 luglio-agosto 2012.

- Farrell GA, Bobrowski C, Bobrowski P. *Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study*. Journal of Advanced Nursing, 2006, 55: 778-87.
- Fernandes CMB, Bouthilette FM, Raboud JM, Bullock L, Moore CF, Christenson JM, Grafstein E, Rae S, Ouellet L, Gillrie C, Way M. *Violence in the Emergency Department: A survey of health care workers*. Canadian Medical Association Journal, 1999, 161 (10): 1245-8.
- Ferns T (A). *Terminology, stereotypes and aggressive dynamics in the accident and ED*. Accident Emergency Nursing, 2005, 13: 238-46.
- Ferns T. (B) *Violence in the accident and ED: An international perspective*. Accident and Emergency Nursing, 2005, 13: 180-5.
- FNOMCeO Un medico su due ha subito aggressioni. I dati preliminari dello studio FNOMCEO. Rome (2019). Available from: <https://portale.fnomceo.it/un-medico-su-due-ha-subito-aggressioni-i-dati-preliminari-dello-studio-fnomceo/>
- Frontier Economics Ltd. *Reducing violence and aggression in A&E: Through a better experience. An impact evaluation for the design council*. London, November 2013.
- Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L. *Violence against nurses working in US Emergency Departments*. The Journal of Nursing Administration, 2009, 39 (7/8): 340-9.
- Gates DM, Gillespie GL, Succop P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nurs Econ*. 2011;29:59–66.
- Gerberich SG, Ryan AD, McGovern PM. Minnesota Nurses' Study: perceptions of violence and the work environment. *Industrial Health* 2007, 45; 672-78 .
- Gray L. Reporting incidents of workplace violence in the emergency department: how a new reporting form improved staff compliance in documenting incidents. In School of Nursing and Midwifery. Curtin University of Technology, Perth, Western Australia 2006; p.65.
- Hillbrand M, Foster HG, Spitz RT. Characteristics and cost of staff injuries in a forensic hospital. *Psychiatric Services (Washington D.C.)* 1996;47:1123–1125

- Hodge et al. Violence and aggression in the emergency department: a critical care perspective. *Australian Critical Care* 2007; 20: 61-67.
- Hodgson et al. Violence in healthcare facilities: lesson from the Veterans Health Administration. *Journal of occupational and environmental medicine* 2004; 46, 1158-1165.
- [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/activities/workplace/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/en/)
- Hunter M, Carmel H. The cost of staff injuries from inpatient violence. *Hosp Community Psychiatry*. 1992;43:586–588.
- Jacqueline Pich et al. Patient related violence at triage: a qualitative descriptive study. *International Emergency Nursing* 2011;19:12-19.
- Jansen G.J. et al. Staff attitudes towards aggression in health care: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing*, 2005; 12, 3-13.
- Jenkins et al. Violence and verbal abuse against staff in accident and emergency departments: a survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland. *Journal of Accident and Emergency Medicine* 1998; 15, 262-265.
- Jiao M, Ning N, Li Y, Gao L, Cui Y, Sun H, et al. Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: A cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2015;5:e006719.
- Kamchuchat et al. Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in southern Thailand. *J.Occup. Health* 2008; 50: 201-207.
- Kwok et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal* 2006; 12 (1): 6-9.
- Lanza ML, Zeiss RA, Rierdan J. Non-physical violence: a risk factor for physical violence in health care settings. *AAOHN J*. 2006;54(9):397–402. pmid:17001838
- Levites MR, Almeida LBM. A incerteza e suas repercussões: como se sentem os jovens médicos perante a incerteza em sua prática profissional. *Archivos Med Fam*. 2018;20(4):59–74.
- Li P, Xing K, Qiao H, Fang H, Ma H, Jiao M, et al. Psychological violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: incidence and implications. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):117. pmid:29871642

- Li P, Xing K, Qiao H, Fang H, Ma H, Jiao M, et al. Psychological violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: incidence and implications. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):117. pmid:29871642
- Lin Y, Liu H. The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 2005, 42:773–778.
- Liu J, Lewis G, Evans L. Understanding aggressive behaviour across the lifespan. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013 Mar;20(2):156-68. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01902.x. Epub 2012 Apr 4. PMID: 22471771; PMCID: PMC3411865.
- Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2012;12:108.
- Magnavita N. Workplace Violence and Occupational Stress in Healthcare Workers: A Chicken-and-Egg Situation—Results of a 6-Year Follow-up Study. *J Nurs Scholarship*. 2014;46:366–376. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- Maier GJ et al. Managing countertransference reactions to aggressive patients. In: Eichelman et al. *Patient violence and the clinician*. Washington DC: American Psychiatric Association Press, 1995
- Martini A, Fantini S, D'Ovidio MC, et al. Risk assessment of aggression toward emergency health care workers. *Occupational Medicine*. 2012;62:223–225.
- McKenna et al. Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 42, 90-96 III
- Menendez CC. Workplace violence: Impact, causes and prevention. *Work* 2012; 42(1):15
- Mento C, Silvestri MC, Bruno A, Muscatello MRA, Cedro C, Pandolfo G, et al. Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggress Violent Behav*. 2020;51:101381.
- Mohamed AG. Work-related assaults on nursing staff in Riyadh, Saudi Arabia. *J Family Community Med*. 2002;9:51–6.

- National Institute for Occupational Safety and Health: Violence –occupational hazard in Hospitals. April 2002.
- Nevo, T., Peleg, R., Kaplan, D. M., & Freud, T. (2019). Manifestations of verbal and physical violence towards doctors: a comparison between hospital and community doctors. *BMC health services research*, 19(1), 1-7.
- Occupational Safety and Health Administration Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers (OSHA, 3148-04R). Washington, DC: OSHA; (2015)
- OSHA <https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>
- Peek-Asa C, Cubbin L, Hubbell K. Violent events and security programs in California Emergency Departments before and after the 1993 Hospital Security Act. *J Emerg Nurs* 2002;28(5):420-6.
- Pejic AR. Verbal abuse: a problem for pediatric nurses. *Pediatric Nursing*, 2005, 31:271–279.
- Powley D. Reducing violence and aggression in the emergency department. *Emergency nurse* 2013; 21(4):26.
- Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B. Violence against nurses in the triage area: An Italian qualitative study. *Int Emerg Nurs*. 2015;23:274–280.
- Rippon TJ. Aggression and violence in health care professions. *J Adv Nurs*. 2000;31:452–460.
- Rowett C et al. *Managing violence at work*. Slough: NFER-Nelson, 1992
- Serrano Vicente MI, Fernández Rodrigo MT, Satústegui Dordá PJ, Urcola Pardo F. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. [Aggression to health care personnel in Spain: a systematic review]. *Rev Esp Salud Publica*. (2019) 93:e201910097.
- Shea T, Sheehan C, Donohue R, Cooper B, De Cieri H. Occupational violence and aggression experienced by nursing and caring professionals. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49(2):236–43. pmid:27905189

- Silva IV, Aquino EML, Pinto ICM. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(10):2112–22. pmid:25388314
- Simões MRL, Barroso HH, de-Azevedo DSDS, Duarte ACM, Barbosa REC, Fonseca GC, et al. Workplace violence among municipal health care workers in Diamantina, Minas Gerais, Brazil, 2017. *Rev Bras Med Trab*. 2020;18(1):82–90. pmid:32783008
- Sixth European Working Conditions Survey: 2015  
<https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-european-working-conditions-survey-2015>
- Smith MH. Vigilance ensures a safer work environment. *Nurs Manage*. 2002;33(11):18-9, 56.
- Sofield L & Salmond SW .Workplace violence. A focus on verbal abuse and intent to leave the organization. *Orthopedic Nursing* 2003; 22, 274-283.
- Stangor Ch., Jhangiani R., Tarry H. Principles of Social Psychology – 1<sup>st</sup> International Edition. (2014) available at  
[http://scholar.google.be/scholar\\_url?url=https://scholar.archive.org/work/trferpb6ejgpzkmo7rhqxyfoly/access/wayback/https://opentextbc.ca/socialpsychology/open/download%3Ftype%3Dpdf&hl=en&sa=X&ei=bQUJYcTuJ8qSy9YP76-h6AI&scisig=AAGBfm3twGFrqkWPti41czDW-APZgeHMLA&nossl=1&oi=scholar](http://scholar.google.be/scholar_url?url=https://scholar.archive.org/work/trferpb6ejgpzkmo7rhqxyfoly/access/wayback/https://opentextbc.ca/socialpsychology/open/download%3Ftype%3Dpdf&hl=en&sa=X&ei=bQUJYcTuJ8qSy9YP76-h6AI&scisig=AAGBfm3twGFrqkWPti41czDW-APZgeHMLA&nossl=1&oi=scholar) **accessed on 10 July 2021**
- Stewart D. et al. Inpatient verbal aggression: content, targets and inpatient characteristics. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2013; 20, 236-243.
- Sun T, Gao L, Li F, Shi Y, Xie F, Wang J, et al. Workplace violence, psychological stress, sleep quality and subjective health in Chinese doctors: a large cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017;7:e017182.
- Swedish National Board of Occupational Safety and Health: Victimization at Work, Ordinance (ASF 1993:17).
- Tardiff K. The current state of psychiatry in the treatment of violent patients. *Archives of General Psychiatry* 1992; 49-493.

- Vasconcellos IRR, Griep RH, Lisboa MTL, Rotenberg L. Violence in daily hospital nursing work. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(spe2):40–7.
- Vorderwülbecke F, Feistle M, Mehring M, Schneider A, Linde K. Aggression and violence against primary care physicians - a nationwide questionnaire survey. *Dtsch Arztebl Int.* (2015) 112:159–65. 10.3238/arztebl.2015.0159
- Whittington R, Shuttleworth S, Hill L. Violence to staff in a general hospital setting. *J Adv Nurs* 1996;24(2):326-33.
- Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: Variation among professions and departments. *J Clin Nurs.* 2004;13(1):3-10.
- Xie XM, Zhao YJ, An FR, Zhang QE, Yu HY, Yuan Z, et al. Workplace violence and its association with quality of life among mental health professionals in China during the COVID-19 pandemic. *J Psychiatr Res.* 2021;(135):228–93. pmid:33516081
- Yang SZ, Wu D, Wang N, Hesketh T, Sun KS, Li L, et al. . Workplace violence and its aftermath in China's health sector: implications from a cross-sectional survey across three tiers of the health system. *BMJ Open.* (2019) 9:e031513. 10.1136/bmjopen-2019-031513
- Yassi A. Assault and abuse of health care workers in a large teaching hospital. *Canadian Medical Association Journal* 1994; 151, 1273-1279.