



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση των αρνητικών συμπεριφορών στον εργασιακό χώρο. Διερεύνηση στο διοικητικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αθανασία Λιάγκου

Τριμελής επιτροπή

Κυριάκος Σουλιώτης, Επιβλέπων Καθηγητής

Μαρία Σαρίδη, Επίκουρη Καθηγήτρια

Κατερίνα Τόσκα, Επίκουρη Καθηγήτρια

Κόρινθος, Μάιος 2023

Copyright © Σια Λιάγκου , 2023.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν την συγγραφέα και μόνο.

Ευχαριστίες

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Κυριάκο Σουλιώτη, ο οποίος με τις επιστημονικές του γνώσεις και συμβουλές υπήρξε πολύτιμος αρωγός για την ολοκλήρωση του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επίκουρη καθηγήτρια Μαρία Σαρίδη για την συνεχή βοήθεια και τις παρατηρήσεις της κατά την εκπόνηση της παρούσας εργασίας, καθώς και την επίκουρη καθηγήτρια Κατερίνα Τόσκα για την βοήθεια της.

Παράλληλα, ευχαριστώ θερμά όλους τους συναδέλφους μου στην διοικητική υπηρεσία του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου για την προθυμία τους και την συμμετοχή τους στην έρευνα, την καλή μου συνάδελφο Νατάσα Αλωνιστιώτη η οποία με παρότρυνε να παρακολουθήσω το συγκεκριμένο μεταπτυχιακό, καθώς και τους συμφοιτητές και τις συμφοιτήτριές μου για τη συνεργασία που είχαμε κατά τη διάρκεια της φοίτησής μας.

Τέλος, ευχαριστώ από καρδιάς τον σύζυγο μου για την στήριξη, την υπομονή και την κατανόηση που επέδειξε σε όλη την διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος και τα παιδιά μου για το μοναδικό νόημα που δίνουν στην ζωή μου.

*Θα ήθελα να αφιερώσω την παρούσα εργασία
στα παιδιά μου και τον σύζυγό μου.*

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας αποτελούν καθοριστικό παράγοντα της σωματικής και ψυχικής υγείας των ατόμων, ιδιαιτέρως σε περιβάλλοντα όπως στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης όπου υπάρχει έντονη η παρουσία στρεσογόνων παραγόντων. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, τα άτομα που βιώνουν αρνητικές συμπεριφορές στην εργασία παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης, εργασιακής απόδοσης, αποτελεσματικότητας και κινήτρων, ενώ ταυτόχρονα επηρεάζεται σημαντικά και η ποιότητα της ζωής τους.

Σκοπός και στόχοι: Βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης των αρνητικών συμπεριφορών στον εργασιακό χώρο και συγκεκριμένα στο διοικητικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου. Επιμέρους στόχοι είναι ο εντοπισμός της φύσης και της συχνότητας με την οποία παρατηρούνται αρνητικές συμπεριφορές και η συσχέτιση των αρνητικών συμπεριφορών με δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά.

Υλικό και μέθοδος: Η παρούσα μελέτη είναι μια περιγραφική, μη πειραματική έρευνα, καθώς διεξήχθη με τη χορήγηση ερωτηματολογίων αυτό-συμπλήρωσης σε δείγμα ευκολίας. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την χρήση ερωτηματολογίων και η ανάλυση τους με την χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS-25. Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Negative Acts Questionnaire, το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF και στοιχεία για την καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 97 διοικητικοί εργαζόμενοι του νοσοκομείου Κορίνθου.

Αποτελέσματα: Περισσότεροι από τους μισούς διοικητικούς εργαζόμενους έχουν υποστεί αρνητικές συμπεριφορές με τον 1 στους 4 να αποτελεί θύμα σοβαρών αρνητικών συμπεριφορών. Ο εργασιακός εκφοβισμός ($\mu=2,1$) καταγράφεται ως η διάσταση αρνητικών συμπεριφορών με την υψηλότερη συχνότητα συγκριτικά με τον προσωπικό ($\mu=1,7$) και τον σωματικό ($\mu=1,7$) εκφοβισμό. Το εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων φαίνεται να καθορίζει τόσο την συχνότητα εμφάνισης αρνητικών συμπεριφορών ($p=0,022$), όσο και τις επιμέρους διαστάσεις του προσωπικού ($p=0,041$) και εργασιακού ($p=0,030$) εκφοβισμού, ενώ το φύλο αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τον προσωπικό εκφοβισμό ($p=0,021$). Επιπλέον προκύπτει ότι η ποιότητα ζωής στους διοικητικούς εργαζόμενους του νοσοκομείου βρίσκεται σε μέτρια επίπεδα ($\mu=64,8$), με την ηλικία ($p=0,042$) να αποτελεί καθοριστικό

παράγοντα. Επιβεβαιώνεται η αρνητική σχέση των αρνητικών συμπεριφορών και συγκεκριμένα του προσωπικού ($r=-0.233$, $p=0.027$) και του σωματικού εκφοβισμού ($r=-0.299$, $p=0.003$) με την σωματική υγεία των εργαζομένων.

Συμπεράσματα: Η έρευνα επιβεβαιώνει τα σημαντικά ποσοστά αρνητικών συμπεριφορών που παρατηρούνται στον χώρο του νοσοκομείου, με κυρίαρχη διάσταση τον εργασιακό εκφοβισμό. Το εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων φαίνεται ότι καθορίζει την συχνότητα εμφάνισης αρνητικών συμπεριφορών στον χώρο εργασίας. Μάλιστα από την έρευνα προκύπτει ότι η εκδήλωση τέτοιων συμπεριφορών στον χώρο εργασίας έχει αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ατόμων -η οποία στο συγκεκριμένο δείγμα βρέθηκε να είναι σε μέτρια επίπεδα- και συγκεκριμένα στην σωματική υγεία.

Λέξεις κλειδιά: Αρνητικές συμπεριφορές στην εργασία, Ποιότητα ζωής, Διοικητικοί εργαζόμενοι νοσοκομείου, Mobbing

Abstract

Background: Negative behaviors in the workplace are a determining factor in the physical and mental health of individuals, particularly in environments such as healthcare settings where there is a strong presence of stressors. According to the literature, people who experience negative behaviors at work show low levels of job satisfaction, work performance, effectiveness and motivation, while at the same time, their quality of life is significantly affected.

Purpose: The main purpose of this research is to investigate the psycho-emotional burden of negative behaviors in the workplace and specifically in the administrative staff of the Corinth General Hospital. Other goals are to identify the nature and frequency with which negative behaviors are observed and to correlate negative behaviors with demographic and occupational characteristics.

Material and Methods: The present study is a descriptive, non-experimental research as it was conducted by administering self-administered questionnaires to a convenience sample. The data was collected using questionnaires and analyzed using the SPSS-25 statistical package. The Negative Acts Questionnaire scale, the WHOQOL-BREF questionnaire and data to record the demographic characteristics of the sample were used. The final sample of the research was 97 administrative workers of the Corinth hospital.

Results: More than half of administrative workers have experienced negative behaviors with 1 in 4 being the victim of serious negative behaviors. Workplace bullying ($\mu=2.1$) is recorded as the dimension of negative behaviors with the highest frequency compared to personal ($\mu=1.7$) and physical ($\mu=1.7$) bullying. The educational level of individuals seems to determine both the frequency of occurrence of negative behaviors ($p=0.022$), as well as the individual dimensions of personal ($p=0.041$) and work ($p=0.030$) bullying, while gender is a determining factor for personal bullying ($p=0.021$). In addition, it appears that the quality of life of the administrative workers of the hospital is at moderate levels ($\mu=64.8$), with age ($p=0.042$) being a determining factor. The negative relationship between negative attitudes, specifically of staff ($r=-0.233$, $p=0.027$) and physical bullying ($r=-0.299$, $p=0.003$) with employees' physical health is confirmed.

Conclusions: The research confirms the significant percentages of negative behaviors observed in the hospital area, with occupational bullying as the dominant dimension.

The educational level of individuals appears to determine the incidence of negative behaviors in the workplace. The research shows that the manifestation of such behaviors in the workplace harms the quality of life of individuals -which in this particular sample was found to be at moderate levels- and specifically in physical health.

Keywords: Negative acts at the workplace, Quality of life, Hospital administrative workers, Mobbing

Πίνακας περιεχομένων

Εισαγωγή	1
Κεφάλαιο 1: Αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας	3
1.1 Ορισμός των αρνητικών συμπεριφορών (mobbing).....	3
1.2 Σύντομη ιστορική αναδρομή του όρου mobbing	3
1.3 Στοιχεία και τύποι αρνητικών συμπεριφορών.....	4
1.4 Συνέπειες των αρνητικών συμπεριφορών για το άτομο και τον οργανισμό	6
1.5 Παρεμβάσεις για την πρόληψη ή τη μείωση των αρνητικών συμπεριφορών χώρο εργασίας.....	8
1.6 Νομοθετικό πλαίσιο σχετικά με τις αρνητικές συμπεριφορές στην εργασία	9
1.7 Μέτρηση των αρνητικών συμπεριφορών στον χώρο εργασίας	11
Κεφάλαιο 2: Ποιότητα ζωής.....	13
2.1 Ορισμός και εννοιολογικό πλαίσιο	13
2.2 Η μέτρηση της ποιότητας ζωής στην διεθνή βιβλιογραφία	16
2.3 Ποιότητα της εργασιακής ζωής.....	18
2.4 Αρνητικές συμπεριφορές στην εργασία και επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής.....	19
Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία	21
3.1 Εισαγωγή	21
3.2 Σκοπός και στόχοι.....	21
3.3 Υλικά και μέθοδος	21
3.4 Ηθική και δεοντολογία.....	24
3.5 Στατιστική Ανάλυση	24
Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα	25
4.1 Περιγραφική στατιστική.....	25
4.1.1 Περιγραφή του δείγματος.....	25
4.1.2 Αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας	29
4.1.3 Ποιότητα ζωής.....	33
4.2 Επαγωγική στατιστική	41
4.2.1 Έλεγχοι κανονικότητας	42
4.2.2 Διερεύνηση συσχετίσεων για τις αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας	42
4.2.3 Διερεύνηση συσχετίσεων για την ποιότητα ζωής.....	48
4.2.4 Συσχετίσεις ανάμεσα στις αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας και την ποιότητα ζωής των ατόμων.....	54
Κεφάλαιο 5: Συζήτηση και Συμπεράσματα.....	57
5.1 Συζήτηση.....	57

5.2 Συμπεράσματα	61
5.3 Προτάσεις.....	62
5.4 Περιορισμοί της έρευνας	63
Βιβλιογραφία	64
Παράρτημα Α: Ερευνητικά εργαλεία	71
Παράρτημα Β: Άδεια έγκρισης διεξαγωγής έρευνας.....	83

Κατάλογος εικόνων

Εικόνα 1: Το εννοιολογικό μοντέλο των Wilson & Cleary για την Ποιότητα Ζωής	15
--	----

Κατάλογος γραφημάτων

Γράφημα 1: Φύλο	27
Γράφημα 2: Ηλικία.....	27
Γράφημα 3: Οικογενειακή κατάσταση	27
Γράφημα 4: Ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης.....	27
Γράφημα 5: Έτη εργασίας σε νοσοκομείο	28
Γράφημα 6: Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο	28
Γράφημα 7: Πόσο καλή ή κακή είναι η υγεία σας;.....	28
Γράφημα 8: Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας το τελευταίο διάστημα;.....	28
Γράφημα 9: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων NAQ-R.....	31
Γράφημα 10: Έχετε δεχτεί ηθική παρενόχληση στην εργασία σας;.....	33
Γράφημα 11: Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;.....	34
Γράφημα 12: Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;.....	34
Γράφημα 13: Στοιχεία 3-9 του ερωτηματολογίου WHOQOL.....	35
Γράφημα 14: Στοιχεία 10-15 του ερωτηματολογίου WHOQOL	36
Γράφημα 15: Στοιχεία 16-25 του ερωτηματολογίου WHOQOL.....	38
Γράφημα 16: “Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;”.....	38
Γράφημα 17: Στοιχείο N1 του ερωτηματολογίου WHOQOL “Πόσο καλή είναι και πόσο πολύ καλύπτει τις ανάγκες σας η διατροφή σας;”.....	39
Γράφημα 18: Στοιχεία N2, N3 και N4 του ερωτηματολογίου WHOQOL.....	40

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά	25
Πίνακας 2: Οι απαντήσεις στο NAQ-R	29
Πίνακας 3: Στατιστικά μέτρα για κάθε κατηγορία παρενόχλησης	32
Πίνακας 3.1: Χαρακτηρισμός συμμετεχόντων σύμφωνα με την αυτό-	

αναφορική προσέγγιση και το κριτήριο των Notelaers & Eninarsen	32
Πίνακας 4: Στοιχεία 3-9 του ερωτηματολογίου WHOQOL	34
Πίνακας 5: Στοιχεία 10-15 του ερωτηματολογίου WHOQOL.....	36
Πίνακας 6: Στοιχεία 16-25 του ερωτηματολογίου WHOQOL.....	37
Πίνακας 7: Στατιστικά μέτρα των επιμέρους διαστάσεων του WHOQOL.....	40
Πίνακας 8: Στατιστικά μέτρα του συνολικού σκορ του WHOQOL.....	41
Πίνακας 9: Στατιστικά μέτρα ποιότητας ζωής και γενική κατάσταση της υγείας	41
Πίνακας 10: Έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov–Smirnov συνεχών μεταβλητών	42
Πίνακας 11: Συσχετίσεις ανάμεσα στον προσωπικό εκφοβισμό και τις ανεξάρτητες μεταβλητές.....	43
Πίνακας 12: Συσχετίσεις ανάμεσα στον σωματικό εκφοβισμό και τις ανεξάρτητες μεταβλητές.....	44
Πίνακας 13: Συσχετίσεις ανάμεσα στον εργασιακό εκφοβισμό και τις ανεξάρτητες μεταβλητές.....	45
Πίνακας 13.1: Συσχετίσεις ανάμεσα στον συνολικό μέσο σκορ NAQ-R και τις ανεξάρτητες μεταβλητές.....	47
Πίνακας 14: Συσχετίσεις ανάμεσα στην σωματική υγεία και τις ανεξάρτητες μεταβλητές	48
Πίνακας 15: Συσχετίσεις ανάμεσα στην ψυχική υγεία και τις ανεξάρτητες μεταβλητές	49
Πίνακας 16: Συσχετίσεις ανάμεσα στις κοινωνικές σχέσεις και τις ανεξάρτητες μεταβλητές.....	51
Πίνακας 17: Συσχετίσεις ανάμεσα στο περιβάλλον και τις ανεξάρτητες μεταβλητές.....	52
Πίνακας 18: Συσχετίσεις ανάμεσα στη ποιότητα ζωή και τις ανεξάρτητες μεταβλητές.....	53
Πίνακας 19: Πίνακας συσχετίσεων ανάμεσα στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων NAQ-R και WHOQOL	55

Εισαγωγή

Οι περισσότεροι άνθρωποι οπουδήποτε στον κόσμο, αφιερώνουν το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους –εκτός του χρόνου ύπνου- στον χώρο εργασίας τους. Η εργασία παρέχει οικονομικά οφέλη και συντελεί στην ολοκλήρωση των ατόμων σε επίπεδο ψυχικό, κοινωνικό και πολιτισμικό. Ταυτόχρονα ωστόσο, οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν μια σειρά κινδύνων στον χώρο εργασίας, που προκαλούνται από παράγοντες βιολογικούς, φυσικούς, διαπροσωπικούς και άλλους (Salin, 2015). Συνεπώς, το εργασιακό περιβάλλον, η φύση της εργασίας και οι διαπροσωπικές σχέσεις στα πλαίσια αυτής, διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο τόσο στην υγεία όσο και την ποιότητα ζωής των ατόμων (Marmot & Wilkinson, 2006).

Όπως προκύπτει από την βιβλιογραφία, ένας από τους πλέον καθοριστικούς παράγοντες της ψυχικής και συναισθηματικής επιβάρυνσης των ατόμων στον χώρο εργασίας είναι οι αρνητικές συμπεριφορές που αντιμετωπίζουν και προέρχονται από άλλα άτομα (Chirico et al., 2019). Το φαινόμενο των αρνητικών συμπεριφορών στον χώρο εργασίας, έχει διερευνηθεί σε χώρους εργασίας γενικά αλλά και σε συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες όπως είναι οι επαγγελματίες υγείας π.χ. γιατροί, νοσηλευτές και διοικητικό προσωπικό μονάδων υγείας (Harlos & Axelrod, 2008). Αν και συχνά αυτά τα φαινόμενα αντιμετωπίζονται με δυσπιστία ή υποτιμούνται (Κοϊνης και συν., 2016), η βιβλιογραφία αναφέρει ότι *“άτομα που εκτίθενται σε μακροχρόνιο και επίμονο εκφοβισμό ή παρενόχληση στο χώρο εργασίας σημειώνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση”* (Einarsen et al., 2009) και *“υποφέρουν από κοινωνική απομόνωση, στιγματισμό και κακή προσαρμογή”* (Johnson, 2009), εμφανίζοντας επίσης *“επιθετικότητα, άγχος, κατάθλιψη ή συμπτώματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη”* (Hutchinson et al., 2010). Επιπλέον, πολλά από τα άτομα που υφίστανται επίμονες αρνητικές συμπεριφορές, παρουσιάζουν συμπτώματα μετατραυματικού στρες (MacIntosh et al., 2010) ενώ έχουν σημειωθεί μέχρι και απόπειρες αυτοκτονίας (Yildirim & Yildirim, 2010).

Τα άτομα τα οποία υφίστανται αρνητικές συμπεριφορές στην εργασία παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης, εργασιακής απόδοσης, κινήτρων και αποτελεσματικότητας, ενώ επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους καθώς οι σχέσεις τους με άλλα άτομα γίνονται «τοξικές», γεγονός που βρίσκει εφαρμογή τόσο

στον χώρο εργασίας όσο και στα πλαίσια του φιλικού και οικογενειακού τους περιβάλλον (Johnston et al., 2010). Επιπρόσθετα, αρκετές μελέτες δείχνουν ότι τα αυξημένα επίπεδα παρενόχλησης που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας στο χώρο εργασίας, οδηγούν σε προβλήματα συγκέντρωσης, μειωμένη επιθυμία για εργασία, συχνές απουσίες από την εργασία και κατά συνέπεια καταγράφονται χαμηλότερα επίπεδα παραγωγικότητας (Johnson, 2009). Τέλος, η σημαντικά αυξημένη συχνότητα αρνητικών συμπεριφορών στον τομέα της υγείας σε σύγκριση με άλλα εργασιακά περιβάλλοντα, οφείλεται στην παρουσία πολλών παραγόντων που προκαλούν επιπλέον πίεση και στρες στους χώρους που παρέχεται υγειονομική περίθαλψη (Abdellah & Salama, 2017).

Η παρούσα μελέτη, έχει ως σκοπό την διερεύνηση της ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης των αρνητικών συμπεριφορών στον εργασιακό χώρο. Πιο συγκεκριμένα θα διερευνήσει τις επιπτώσεις των αρνητικών συμπεριφορών στην ποιότητα ζωής για το διοικητικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου. Για την επίτευξη του παραπάνω σκοπού, η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη, το θεωρητικό (κεφάλαια 1 - 2) και το ερευνητικό (κεφάλαια 3 – 5). Πιο συγκριμένα, το κεφάλαιο 1 παρουσιάζει το θεωρητικό υπόβαθρο των αρνητικών συμπεριφορών στον χώρο εργασίας ενώ το κεφάλαιο 2 πραγματεύεται ζητήματα σχετικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων. Στο 3 κεφάλαιο παρατίθεται η μεθοδολογία της έρευνας, στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν ενώ τέλος στο πέμπτο κεφάλαιο διενεργείται η συζήτηση των αποτελεσμάτων.

Κεφάλαιο 1: Αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας

1.1 Ορισμός των αρνητικών συμπεριφορών (mobbing)

Οι αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας ή ηθική παρενόχληση που αποδίδεται στα αγγλικά με τον όρο “mobbing”, αναφέρεται σε περιπτώσεις όπως είναι η λεκτική παρενόχληση, η χρήση επιθετικών εκφράσεων, ο σαρκασμός, η συκοφαντία ή η κοινωνική απομόνωση που στοχεύουν επανειλημμένα ένα συγκεκριμένο άτομο σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (Einarsen, 2000). Ο όρος mobbing, ουσιαστικά προσδιορίζει σαφώς ένα εργασιακό πλαίσιο, για αυτό και χρησιμοποιείται συχνότερα όταν αναφέρεται σε αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας σε σχέση με τους όρους παρενόχληση ή bullying (Minařova, 2020). Το mobbing είναι η συστηματική επιθετικότητα που απευθύνεται σε ένα άτομο ή μια ομάδα ατόμων και διαφέρει από μεμονωμένες, προσωρινές διαπροσωπικές συγκρούσεις (Hoel et al., 1999). Η παρατεταμένη έκθεση σε επίμονες αρνητικές συμπεριφορές τις οποίες το άτομο δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει, είναι ένα κύριο χαρακτηριστικό του mobbing (Einarsen, 2000).

Οι αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας περιλαμβάνουν “κοινωνική απομόνωση του ατόμου, παραβίαση της ιδιωτικής του ζωής, έκθεση σε λεκτική βία και απειλές. Οι δραστηριότητες αυτές μπορεί να προέρχονται από τη διοίκηση του χώρου εργασίας, ανώτερα στελέχη, συναδέλφους στην ίδια ή ακόμα και σε υφιστάμενη θέση” (Hoel et al., 1999). Ο Leymann (1990) υποστηρίζει ότι για να θεωρηθεί ορθή η χρήση του όρου mobbing απαιτείται έκθεση σε παρενόχληση μία φορά την εβδομάδα για τουλάχιστον 6 μήνες (Leymann, 1996). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) θεωρεί το mobbing στον χώρο εργασίας ως ένα πολύ-παραγοντικό ζήτημα δημόσιας υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο με ιδιαίτερα επιβλαβή αποτελέσματα (Krug et al., 2002).

1.2 Σύντομη ιστορική αναδρομή του όρου mobbing

Σε βόρειες Ευρωπαϊκές χώρες όπου δημοσιεύθηκαν για πρώτη φορά πραγματείες για αυτό το ζήτημα, προτιμάται ο όρος mobbing που προέρχεται από την αγγλική λέξη «mob» η οποία μεταφράζεται στα Ελληνικά ως συμμορία (Salmivalli,

2010). Στις μεσογειακές χώρες, υιοθετήθηκε αρχικά ο όρος “ηθική παρενόχληση στην εργασία” ενώ στην χώρα μας, παρατηρείται ότι χρησιμοποιούνται πιο συχνά οι όροι «ψυχολογική βία» (Μιχαήλ, 2016) και «παρενόχληση» (Μακρυγιάννη & Κουλιεράκης, 2010) αντί για την χρήση του όρου mobbing προκειμένου να προσδιορίσουν αυτού του είδους τις συμπεριφορές στον χώρο εργασίας.

Ο όρος mobbing, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1958 από τον Αυστριακό μελετητή Konrad Lorenz για να ορίσει τη μορφή συμπεριφοράς που υιοθετούν τα ασθενέστερα ζώα προκειμένου να εκφοβίσουν και να αποκρούσουν τους ισχυρούς αντιπάλους τους. Μόλις το 1976 ο Brodsky αναφέρεται στον «παρενοχλημένο εργάτη», σε μια μελέτη όπου είχε ως κίνητρο έναν νόμο για τις συνθήκες εργασίας στη Σουηδία, που έθετε το πλαίσιο της σωματικής εξάντλησης, του υπερβολικού φόρτου εργασίας, των ωρών εργασίας και των μονότονων εργασιών. Την ίδια περίπου περίοδο, ο Σουηδός γιατρός Paul Heinemann χρησιμοποίησε τον όρο «mobbing» για να περιγράψει μια σειρά δραστηριοτήτων, συμπεριλαμβανομένου του εκφοβισμού και της βίας που παρατήρησε μεταξύ των παιδιών (Agevall, 2008). Στη δεκαετία του 1980 ο Σουηδός ψυχολόγος Heinz Leymann χρησιμοποίησε τον όρο «mobbing» για να προσδιορίσει τις μη βίαιες συγκρούσεις στο χώρο εργασίας. Ο Leymann περιγράφει το mobbing ως *“εχθρική και ανήθικη επικοινωνία που κατευθύνεται με συστηματικό τρόπο από ένα ή περισσότερα άτομα κυρίως προς ένα άτομο, καθιστώντας το άτομο αβοήθητο και ανυπεράσπιστο και υποβάλλοντας το εν λόγω άτομο στην κατάσταση στην οποία βρίσκεται εξαναγκάζοντας το μέσω επίμονης παρενόχλησης”* (Leymann, 1996).

Ωστόσο, ήταν το 1990 όταν το Συνέδριο για την Υγιεινή και την Υγεία στην Εργασία που πραγματοποιήθηκε στο Αμβούργο εισήγαγε τον όρο mobbing και τον όρισε ως ακραία παρενόχληση στο χώρο εργασίας ή ως την κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο ασκεί ακραία ψυχολογική βία, επαναλαμβανόμενη και συστηματική για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ένα ή περισσότερα άτομα στο χώρο εργασίας (Trujillo et al., 2007).

1.3 Στοιχεία και τύποι αρνητικών συμπεριφορών

Δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί με ακρίβεια μια κατάσταση αρνητικών συμπεριφορών, εκφοβισμού ή mobbing στον χώρο εργασίας, καθώς δεν υπάρχει

σαφής συναίνεση από όλους τους ερευνητές στο τι συνίσταται μια τέτοια κατάσταση. Σε κάθε περίπτωση ωστόσο, προκειμένου να θεωρηθεί ως αρνητική συμπεριφορά θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη 3 βασικά στοιχεία (Matthiesen & Einarsen, 2010):

- Η αρνητική συμπεριφορά προσδιορίζεται πάντα ως προς την επίδραση της στο θύμα και όχι σύμφωνα με την πρόθεση του θύτη.
- Υπάρχει σαφής συνέπεια για το άτομο που δέχεται την αρνητική συμπεριφορά.
- Η συμπεριφορά του ατόμου από το οποίο προέρχεται η αρνητική συμπεριφορά είναι συνεχής και επαναλαμβανόμενη.

Ως προς τον τύπο των αρνητικών συμπεριφορών στον χώρο εργασίας, το mobbing διακρίνεται ως παρενόχληση στον χώρο εργασίας σύμφωνα είτε με την ιεραρχική θέση ή είτε ανάλογα με τον σκοπό που λαμβάνει χώρα η παρενόχληση (Duffy et al., 2014). Ανάλογα με την ιεραρχική θέση, το mobbing μπορεί να είναι:

- Οριζόντιο

Αυτό το είδος mobbing χαρακτηρίζεται επειδή το άτομο που παρενοχλεί και το θύμα βρίσκονται στην ίδια ιεραρχική βαθμίδα. Δηλαδή, τείνει να εμφανίζεται ανάμεσα σε συναδέλφους και οι επιπτώσεις για το θύμα μπορεί να είναι καταστροφικές, ιδιαίτερα σε ψυχολογικό επίπεδο. Οι λόγοι που εμφανίζεται αυτός ο τύπος παρενόχλησης στο χώρο εργασίας μπορεί είναι πολλοί και διάφοροι, αν και μεταξύ των πιο συνηθισμένων είναι να εξαναγκάσει έναν εργαζόμενο να συμμορφωθεί με ορισμένους κανόνες, οι προσωπικές διαφορές ή εχθρότητες, η επίθεση στον πιο αδύνατο για λόγους κυριαρχίας ή ακόμα και από έλλειψη εργασίας και ανία.

- Κάθετο

Ο κάθετος εκφοβισμός στο χώρο εργασίας λαμβάνει αυτό το όνομα επειδή είτε ο το άτομο που παρενοχλεί ή εκφοβίζει βρίσκεται σε ανώτερο επίπεδο από το θύμα είτε βρίσκεται σε κατώτερο επίπεδο από το θύμα. Κατά συνέπεια, υπάρχουν δύο τύποι κάθετου mobbing: αύξον και φθίνον. Το αύξον εμφανίζεται όταν ένας εργαζόμενος ανώτερου επιπέδου ιεραρχικά, δέχεται επίθεση από έναν ή περισσότερους υφισταμένους του, ενώ το φθίνον συμβαίνει όταν ένας υπάλληλος κατώτερου επιπέδου ιεραρχικά δέχεται ψυχολογική παρενόχληση από έναν ή περισσότερους υπαλλήλους που καταλαμβάνουν ανώτερες θέσεις.

Επιπλέον, ανάλογα με τους στόχους που σκοπεύει να επιτύχει το άτομο ή η ομάδα ατόμων που ασκούν παρενόχληση, το mobbing μπορεί να ταξινομηθεί ως:

- Στρατηγικό

Αποτελεί ένα είδος φθίνουσας ή «θεσμικής» παρενόχλησης. Χαρακτηρίζεται έτσι επειδή το mobbing είναι μέρος της στρατηγικής του οργανισμού και ο στόχος είναι συνήθως το άτομο να παραιτηθεί ή να ακυρώσει τη σύμβασή του οικειοθελώς.

- Διοικητικό

Αυτός ο τύπος mobbing προέρχεται από την διοίκηση του οργανισμού, για παράδειγμα για να απαλλαγεί από έναν εργαζόμενο που δεν είναι πολύ υποχωρητικός, για να φτάσει σε καταστάσεις εργασιακής σκλαβιάς ή για να καταλήξει σε έναν εργαζόμενο που συμμορφώνεται με τις προσδοκίες της διοίκησης. Εκτός των παραπάνω, αυτός ο τύπος παρενόχλησης στο χώρο εργασίας μπορεί να προκαλείται προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η παραγωγικότητα του οργανισμού με την χρήση του φόβου, καθώς παρατηρούνται συστηματικές απειλές για απόλυση για κάθε περίπτωση εργαζομένου που δεν συμμορφώνεται με τους εργασιακούς στόχους.

- Πειθαρχικό

Αυτό το είδος mobbing χρησιμοποιείται για να καταλάβει το άτομο ότι πρέπει να «μπει στο καλούπι» καθώς σε διαφορετική περίπτωση θα τιμωρηθεί. Με αυτόν τον τρόπο, όχι μόνο εμφυσιέται φόβος στα άτομα που τον υφίστανται, αλλά επίσης αποτελεί παράδειγμα για τους άλλους εργαζόμενους σχετικά με το τι θα μπορούσε να τους συμβεί, δημιουργώντας ένα εργασιακό περιβάλλον στο οποίο κανείς δεν τολμά να αντικρούσει τους ιεραρχικά ανώτερους. Το πειθαρχικό, χρησιμοποιείται επίσης εναντίον ατόμων τα οποία λαμβάνουν συστηματικά αναρρωτικές άδειες, εγκύων γυναικών και όλων εκείνων που καταγγέλλουν για οποιονδήποτε λόγο τον οργανισμό που εργάζονται.

1.4 Συνέπειες των αρνητικών συμπεριφορών για το άτομο και τον οργανισμό

Οι αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας είναι ένα διάχυτο πρόβλημα που έχει αρνητικό αντίκτυπο τόσο στους οργανισμούς όσο και τους εργαζόμενους τους. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, αρνητικές συμπεριφορές βιώνουν περίπου το 15% του εργατικού δυναμικού παγκοσμίως (Nielsen & Einarsen, 2018) με σαφείς ενδείξεις επιβλαβών επιπτώσεων στην υγεία, την ευημερία (Hogh et al., 2011) και την οργανωτική παραγωγικότητα (Kline & Lewis, 2018) και έχει περιγραφεί ως ένα το

σοβαρότερο πρόβλημα για τους εργαζόμενους από όλα τα άλλα είδη άγχους μαζί (Zapf et al., 2011). Παρόλα αυτά, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι οργανισμοί δεν αντιμετωπίζουν επαρκώς το πρόβλημα (Mannix-McNamara et al., 2017). Ενώ ο επιπολασμός και οι επιπτώσεις στην υγεία και την ποιότητα ζωής έχουν διερευνηθεί εκτενώς, είναι λιγότερα γνωστές οι αιτίες γιατί οι οργανισμοί δεν διαχειρίζονται το πρόβλημα επαρκώς και ποια είναι τα εμπόδια για την αποτελεσματική πρόληψη ή βελτίωση του φαινομένου (Coetzee & van Dyk, 2018).

Μελέτες δείχνουν ότι η υγεία, η ευημερία και η ποιότητα ζωής των ατόμων που εκτίθενται σε mobbing στο χώρο εργασίας επηρεάζονται αρνητικά. Από αναφορές των ίδιων των θυμάτων παρατηρείται αυξημένη συχνότητα εμφάνισης άγχους, κατάθλιψης, προβλημάτων ύπνου, ευερεθιστότητας, απώλειας συγκέντρωσης και σωματικών διαταραχών (Nielsen et al., 2012). Έχει υποστηριχθεί ότι το mobbing θα μπορούσε να οδηγήσει σε διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) αφού τα άτομα που εκτίθενται σε mobbing εμφανίζουν συμπτώματα όπως είναι η αναβίωση της εμπειρίας, η αποφυγή και η αυξημένη διέγερση (Kreiner et al., 2008). Το mobbing στο χώρο εργασίας είναι μια συγκεκριμένη μορφή βίας η οποία οδηγεί σε σωματικά, ψυχολογικά αλλά και κοινωνικοοικονομικά προβλήματα, όπως μείωση της παραγωγικότητας του ατόμου στο χώρο εργασίας, η αποφυγή της εργασίας και φθάνει μέχρι την παραίτηση ή την απόλυση (Hogh et al., 2011).

Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι στα άτομα που υφίστανται παρατεταμένα αρνητικές συμπεριφορές εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα εργασιακό άγχος, που ενδέχεται να καταλήξει σε σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς και άγχος που προέρχεται από την επίδραση των νέων τεχνολογιών. Αυτό αντανακλά ότι το πρόβλημα του mobbing μπορεί να επηρεάσει προοδευτικά το άτομο από την αποσταθεροποίηση των συναισθημάτων του μέχρι το σημείο να σωματοποιηθεί το υπερβολικό άγχος με αποτέλεσμα να εμφανιστούν ασθένειες όπως είναι τα αυτοάνοσα νοσήματα (Maslach & Leiter, 2016).

Αν και ο εργαζόμενος που υφίσταται mobbing επηρεάζεται άμεσα και μάλιστα με διάφορους τρόπους όπως αναφέρθηκε, οι αρνητικές συμπεριφορές δημιουργούν προβλήματα και για τον οργανισμό. Ακόμα και αν ο οργανισμός διέπεται από ορθές πολιτικές και σωστή οργανωτική κουλτούρα, μπορεί να επηρεαστεί, με τις σημαντικότερες συνέπειες που αναφέρονται να είναι η επιδείνωση του εργασιακού περιβάλλοντος, η αυξημένη συχνότητα αδειών και απουσιών από την εργασία που δημιουργεί επιπλέον όγκο εργασίας για το εναπόμειναν προσωπικό, ενώ

συνδυαστικά όλα τα παραπάνω δύναται να οδηγήσουν σε εργατικά ατυχήματα και τις συνέπειες που αυτά επιφέρουν (Hodgins et al., 2020).

1.5 Παρεμβάσεις για την πρόληψη ή τη μείωση των αρνητικών συμπεριφορών χώρο εργασίας

Οι καταστατικοί χάρτες αξιοπρέπειας στην εργασία (dignity-at-work charters) όπως αυτοί αποκαλούνται, είναι οι πιο κοινές οργανωτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των αρνητικών συμπεριφορών, του εκφοβισμού ή mobbing στο χώρο εργασίας. Συνήθως περιέχουν μια δήλωση δέσμευσης για την προστασία των εργαζομένων από βλάβες λόγω εκφοβισμού, ορίζουν τι είναι αρνητικές συμπεριφορές και εκφοβισμός, δίνουν παραδείγματα συμπεριφορών που συνιστούν εκφοβισμό και περιγράφουν τα βήματα που θα ληφθούν όταν ληφθεί καταγγελία για κάποιο τέτοιο περιστατικό. Αυτό συνήθως περιλαμβάνει μια άτυπη προσέγγιση που επιτρέπει σε ένα εξουσιοδοτημένο άτομο να αντιμετωπίσει το θέμα με τον φερόμενο δράστη για να εξακριβώσει εάν αυτό μπορεί να αποκλιμακωθεί με αυξημένη επίγνωση του πως η συμπεριφορά του επηρέασε άλλο μέλος του προσωπικού και εάν αυτό αποτύχει, τότε γίνεται επίσημα επίκληση των διαδικασιών που έχουν οριστεί από τον οργανισμό (Rayner & Lewis, 2020).

Παρόλο που οι χάρτες Dignity-at-Work παρέχουν ορατά πρότυπα για τη διαπροσωπική συμπεριφορά, σηματοδοτούν την αναγνώριση ότι οι αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας είναι ανήθικες και υπογραμμίζουν τα δικαιώματα των εργαζομένων να μην εκτίθενται σε αυτές, η αποτελεσματικότητά τους είναι αμφίβολη. Η αδύναμη σχέση μεταξύ των πολιτικών ενάντια στις αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας και των επιπέδων εκφοβισμού είναι πιθανό να οφείλεται στο ότι οι πολιτικές για την αξιοπρέπεια στην εργασία συνιστούν μια “σύνθετη παρέμβαση” (Cambell et al., 2000), δηλαδή, υπάρχουν πολλοί συναφείς παράγοντες. Η ύπαρξη της πολιτικής είναι απαραίτητη προϋπόθεση, αλλά τα ζητήματα εφαρμογής είναι ζωτικής σημασίας, όπως προσδιορίζονται σε αρκετές μελέτες (Hodgins & Mannix McNamara, 2017).

1.6 Νομοθετικό πλαίσιο σχετικά με τις αρνητικές συμπεριφορές στην εργασία

Με τον νόμο 4808/2021, κυρώθηκε στην χώρα μας με νόμο η σύμβαση με τίτλο “Για την εξάλειψη της βίας και της παρενόχλησης στον κόσμο της εργασίας” που υιοθετήθηκε από τη Συνδιάσκεψη της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας στην 108η Σύνοδο της Γενεύης, 21 Ιουνίου 2019 (Νόμος 4808/2021). Για τους σκοπούς της σύμβασης, διευκρινίστηκε ότι ο όρος “βία και παρενόχληση” στον κόσμο της εργασίας αναφέρεται σε “*μια σειρά από απαράδεκτες μορφές συμπεριφοράς και πρακτικές, ή απειλές αυτών, είτε εκδηλώνονται μεμονωμένα ή κατ’ επανάληψη, που αποσκοπούν, οδηγούν, ή ενδέχεται να οδηγήσουν σε σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική ή οικονομική βλάβη και περιλαμβάνει και την έμφυλη βία και παρενόχληση*”. Η Σύμβαση έχει ως σκοπό την προστασία των εργαζόμενων και άλλων ατόμων στον χώρο της εργασίας, συμπεριλαμβανομένων των υπαλλήλων, όπως αυτοί ορίζονται από την εθνική νομοθεσία, καθώς και εργαζόμενα άτομα ανεξάρτητα από το καθεστώς σύμβασης που έχουν και ισχύει καθολικά σε όλους τους τομείς σε ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, στην επίσημη, στην άτυπη οικονομία, στις αστικές και τις αγροτικές περιοχές.

Με την υιοθέτηση της σύμβασης, το Ελληνικό κράτος δεσμεύτηκε για:

- i. Νομοθέτηση που θα απαγορεύει την βία και της παρενόχληση,
- ii. Διαβεβαίωση για τις πολιτικές οι οποίες θα αντιμετωπίσουν επαρκώς τη βία και την παρενόχληση,
- iii. Υιοθέτηση ολιστικής στρατηγικής για την εφαρμογή μέτρων, την πρόληψη και την καταπολέμηση της βίας και παρενόχλησης,
- iv. Ίδρυση ή περαιτέρω ενίσχυση των ελεγκτικών μηχανισμών για την παρακολούθηση και την επιβολή ποινών,
- v. Νομική ενίσχυση για τα άτομα τα οποία επιθυμούν να προβούν σε επίσημη καταγγελία,
- vi. Πρόβλεψη ποινών για τους δράστες,
- vii. Έμφαση στην ανάπτυξη εργαλείων, την εκπαίδευση, την κατάρτιση και την ευαισθητοποίηση και
- viii. Εξασφάλιση ότι οι έλεγχοι σε περιπτώσεις βίας και παρενόχλησης θα διενεργηθούν μέσω των αρμοδίων αρχών όπως είναι η επιθεώρηση εργασίας.

Επιπλέον, σχετικά με την διαχείριση των καταγγελιών που παραβαίνουν τα παραπάνω, *“κάθε εργοδότης, καθώς και κάθε άλλο πρόσωπο που ασκεί το διευθυντικό δικαίωμα ή εκπροσωπεί τον εργοδότη, υποχρεούται να παραλαμβάνει, να διερευνά και να διαχειρίζεται κάθε καταγγελία ή σχετική αναφορά επιδεικνύοντας μηδενική ανοχή στη βία και παρενόχληση, με εμπιστευτικότητα και με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια”*.

Τέλος, οι οργανισμοί στους οποίους εργάζονται περισσότερα από είκοσι άτομα, έχουν την υποχρέωση να υιοθετήσουν πολιτική για την πρόληψη και την καταπολέμηση της βίας και της παρενόχλησης στην εργασία. Η πολιτική αυτή θα πρέπει να αναφέρεται με ξεκάθαρο τρόπο η μηδενική ανοχή σε αυτές τις συμπεριφορές και να διευκρινίζονται τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των εργαζομένων και του εργοδότη για την πρόληψη και αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών ή μορφών συμπεριφοράς.

Η πολιτική αυτή θα πρέπει να ακολουθείται από πολιτική για την προώθηση της ισότητας ευκαιριών και την καταπολέμηση των διακρίσεων και να:

- Είναι σε θέση να εκτιμήσει τους κινδύνους βίας και παρενόχλησης στην εργασία,
- Να λαμβάνει συγκεκριμένα μέτρα για την πρόληψη, τον έλεγχο, τον περιορισμό και την αντιμετώπιση των κινδύνων της παρενόχλησης στην εργασία και ταυτόχρονα να παρακολουθεί στενά τέτοια φαινόμενα,
- Να προωθεί δράσεις για την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των εργαζομένων,
- Πληροφορεί για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις όλων των μερών ανάλογα με το επίπεδο της ευθύνης, σε περίπτωση εκδήλωσης τέτοιων περιστατικών, καθώς και για τη διαδικασία που θα πρέπει να ακολουθηθεί,
- Ορίζει ένα πρόσωπο ως σύνδεσμο για ολόκληρο τον οργανισμό, το οποία θα είναι αρμόδιο για την καθοδήγηση και την ενημέρωση των εργαζομένων σχετικά με την πρόληψη και την αντιμετώπιση της βίας και παρενόχλησης στην εργασία,
- Προστατεύει την απασχόληση και να υποστηρίζει τα άτομα τα οποία έχουν αναγνωριστεί ως θύματα, με κάθε δυνατό τρόπο.

1.7 Μέτρηση των αρνητικών συμπεριφορών στον χώρο εργασίας

Υπάρχουν δύο κύριες προσεγγίσεις για τη μέτρηση της έκθεσης σε αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας, οι οποίες βασίζονται και οι δύο σε αυτό-αναφορές. Όσον αφορά την πρώτη προσέγγιση, μια μέθοδος αυτό-επισήμανσης διερευνά τον βαθμό στον οποίο ένας ερωτώμενος ισχυρίζεται ότι έχει δεχτεί εκφοβισμό μέσα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο, χρησιμοποιώντας ένα μέτρο ενός συγκεκριμένου στοιχείου (Nielsen et al., 2011). Αυτή η προσέγγιση φαίνεται να έχει υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου εάν παρουσιαστεί στους ερωτηθέντες ένας ακριβής και εύκολος στην κατανόηση θεωρητικός ορισμός της έννοιας των αρνητικών συμπεριφορών. Ωστόσο, η μέθοδος αυτό-επισήμανσης έχει επίσης ορισμένα ελαττώματα, καθώς δεν προσφέρει καμία εικόνα για τη φύση των εμπλεκόμενων συμπεριφορών. Καθώς οι άνθρωποι μπορεί να έχουν διαφορετικά προσωπικά όρια για να χαρακτηρίσουν τους εαυτούς τους ως θύμα, η μέθοδος αυτό-επισήμανσης περιλαμβάνει μια πολύ υποκειμενική προσέγγιση στην οποία η προσωπικότητα, οι συναισθηματικοί παράγοντες και οι γνωστικοί παράγοντες μπορεί να εμφανίζονται ως πιθανές προκαταλήψεις (Nielsen et. al., 2011).

Υπό το πρίσμα αυτών των ελλείψεων, η μέθοδος της εμπειρικής συμπεριφοράς έχει προταθεί ως εναλλακτική προσέγγιση (Nielsen et al., 2011). Σε αυτήν, ανεξάρτητα από την ετικέτα που βάζουν οι ερωτηθέντες στις δικές τους εμπειρίες, καλούνται να αναφέρουν, μέσα σε μια δεδομένη χρονική περίοδο, πόσο συχνά έχουν εκτεθεί σε διάφορους τύπους αρνητικών κοινωνικών συμπεριφορών που είναι χαρακτηριστικές για καταστάσεις εκφοβισμού και εάν αυτές συμβαίνουν επανειλημμένα με την πάροδο του χρόνου. Για το σκοπό αυτό, έχουν αναπτυχθεί διαφορετικές κλίμακες όπως το Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT; Leymann, 1990), το Ερωτηματολόγιο Negative Acts (NAQ/NAQ-R; Einarsen et al., 2009), το EAPA-T (J Escartín et al., 2010), οι οποίες έχουν χρησιμοποιηθεί σε μια σειρά μελετών. Ωστόσο, ο Nielsen (2011) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το NAQ-R φαίνεται να είναι μακράν το πιο χρήσιμο και ταυτόχρονα περισσότερο χρησιμοποιούμενο εργαλείο στην βιβλιογραφία.

Το NAQ-R αποτελείται από 22 αντικείμενα τα οποία προσάρμοσαν το NAQ από την αρχική Σκανδιναβική έκδοση του στην Αμερικανό-Αγγλοσαξονική κουλτούρα. Τα στοιχεία NAQ-R καλύπτουν διαφορετικούς τύπους αρνητικής συμπεριφοράς: όπως ο προσωποκεντρικός εκφοβισμός ο οποίος

συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής απομόνωσης, μετράται με 12 στοιχεία, 7 στοιχεία αφορούν ζητήματα εκφοβισμού που σχετίζονται με την εργασία και ο σωματικός εκφοβιστικός μετράται με 3 στοιχεία. Η εμπειρική έρευνα έχει δείξει ότι οι σωματικές μορφές επιθετικότητας μπορεί να διαφέρουν από τον εκφοβισμό στο χώρο εργασίας. Επιπλέον, μελέτες που χρησιμοποίησαν την μέθοδο Ανάλυσης Λανθανουσών Τάξεων (LCA) έχουν αναδείξει αφενός ότι τα άτομα - στόχοι εκφοβισμού στο χώρο εργασίας δύσκολα αναφέρουν πράξεις σωματικής επιθετικότητας, ενώ αφετέρου τα άτομα - στόχοι σωματικής επιθετικότητας σπάνια αναφέρουν συμπεριφορές εκφοβισμού (Reknes et al., 2017).

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι στη θεμελιώδη εργασία τους σχετικά με την αρχική κλίμακα NAQ, οι Einarsen & Raknes (1997) χρησιμοποίησαν την μέθοδο της Ανάλυσης των Κύριων Συνιστωσών (PCA) για να διερευνήσουν τις διαστάσεις της κλίμακας. Έτσι, διαχώρισαν την κοινωνική απομόνωση από τον προσωποκεντρικό εκφοβισμό και τον εκφοβισμό που σχετίζεται με την εργασία. Σχετικά με αυτό, μελέτες έχουν δείξει ότι οι στόχοι του εκφοβισμού διαφέρουν από άλλες κατηγορίες, όχι μόνο σε σχέση με τη συχνότητα των αναφερόμενων αρνητικών πράξεων αλλά και σε σχέση με το είδος των αρνητικών πράξεων που αναφέρθηκαν (Notelaers et al., 2006). Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα τα οποία φάνηκε να αποτελούν στόχο αρνητικών συμπεριφορών ανέφεραν συχνότερα συμπεριφορές που σχετίζονται με τον κοινωνικό αποκλεισμό. Η σημασία του κοινωνικού αποκλεισμού ως κύριο μέρος της φαινομενολογίας του εκφοβισμού έρχεται στο προσκήνιο, καθώς η κοινωνική απομόνωση αυτή καθαυτή εκλαμβάνεται ως σοβαρός κοινωνικός παράγοντας άγχους (Williams, 2007). Μάλιστα, χρησιμοποιώντας σαρώσεις Λειτουργικής Απεικόνισης Μαγνητικού Συντονισμού (fMRI) του εγκεφάλου των ατόμων, ερευνητές απέδειξαν ότι η απόρριψη και ο σωματικός πόνος έχουν παρόμοια εγκεφαλική επίδραση, όχι μόνο ως προς το ότι είναι και οι δύο παράγοντες οδυνηροί αλλά και στο ότι μοιράζονται μια κοινή σωματο-αισθητική αναπαράσταση (Kross et al., 2011).

Κεφάλαιο 2: Ποιότητα ζωής

2.1 Ορισμός και εννοιολογικό πλαίσιο

Αν και η έννοια της ποιότητας ζωής χρησιμοποιείται ευρέως για μεγάλο χρονικό διάστημα, δεν υπάρχει ένας καθολικός ορισμός ενώ και το εννοιολογικό μοντέλο της απουσιάζει (Bowling, 2001). Αυτή η έλλειψη ορισμού καθιστά δύσκολο τον προσδιορισμό για το ποιες βασικές πτυχές της ποιότητας ζωής είναι οι πιο σημαντικές για την αξιολόγηση της παγκοσμίως (Moons et al., 2006). Οι ορισμοί της ποιότητας ζωής είναι πολυάριθμοι και ασυνεπείς όσο και οι μέθοδοι για την αξιολόγησή της. Αυτοί οι ορισμοί συχνά τονίζουν συστατικά διαφορετικών εννοιών, όπως η ευτυχία, η ευημερία και η ικανοποίηση από τη ζωή, ενώ συνήθως συνδέουν επίσης την ποιότητα ζωής με την υγεία (Fayers & Machin, 2015). Έτσι, κατά την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, έχουν χρησιμοποιηθεί συχνά διαφορετικές μεταβλητές χωρίς εννοιολογικό μοντέλο (Haywood et al., 2004). Το εννοιολογικό μοντέλο είναι σημαντικό επειδή χρησιμεύει ως μέσο συσχέτισης εννοιών σε ένα ορθολογικό σχήμα λόγω της συνάφειάς τους με ένα κοινό θέμα (Polit & Beck, 2004). Επομένως, η αποσαφήνιση ενός ορισμού και ενός εννοιολογικού μοντέλου είναι απαραίτητη στην έρευνα για την ποιότητα ζωής.

Με βάση τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για την υγεία, που ήταν μία από τις πρώτες δηλώσεις που αναγνώρισαν τη σημασία των τριών διαστάσεων -σωματική, ψυχική και κοινωνική- στο πλαίσιο της νόσου, η Ομάδα Αξιολόγησης Ποιότητας Ζωής του ΠΟΥ όρισε την ποιότητα ζωής ως: *“η αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξιών στα οποία ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους. Είναι μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται με πολύπλοκο τρόπο από τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις, τις προσωπικές πεποιθήσεις και τη σχέση τους με τα κύρια χαρακτηριστικά του περιβάλλοντός του”* (Whoqol Group, p. 1405).

Αυτός ο ορισμός είναι υποκειμενικός και περιέχει βασικά στοιχεία, συμπεριλαμβανομένων των φυσικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών πεδίων. Έτσι, η ποιότητα ζωής θεωρείται πολυδιάστατη, όπου τα

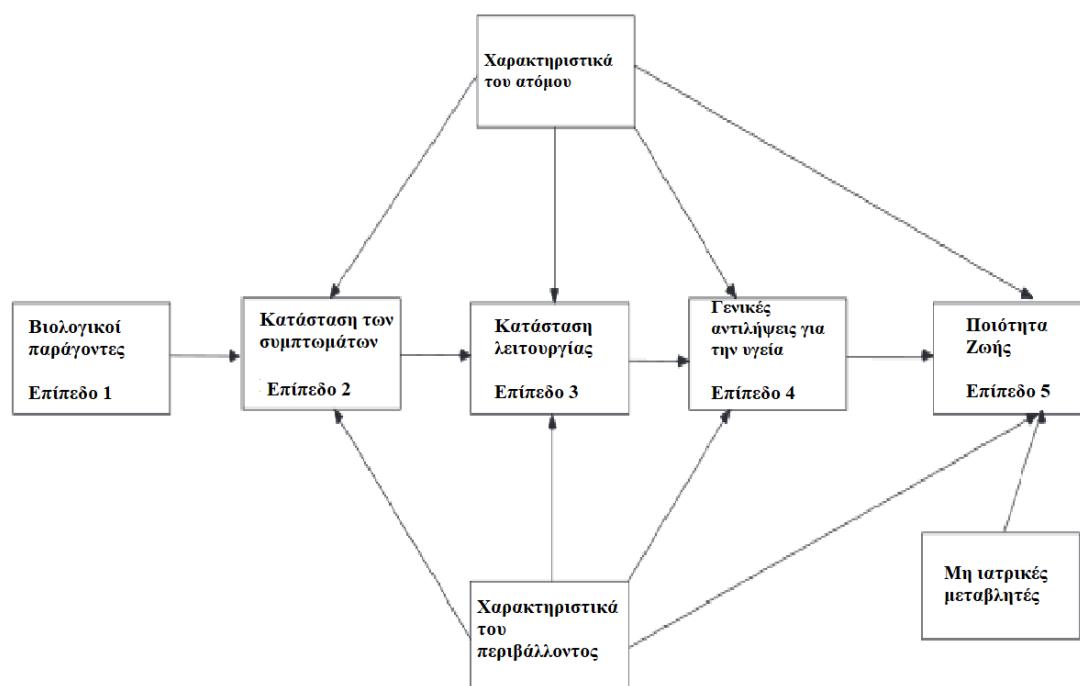
μέρη της επηρεάζουν το ένα το άλλο καθώς και τη συνολική τους διαμόρφωση. Αυτή η δυναμική φύση της ποιότητας ζωής, θέτει περαιτέρω προκλήσεις μέτρησης. Η ποιότητα ζωής αποτελείται από θετικές και αρνητικές εμπειρίες και επιδράσεις. Η αυτοαντίληψη για τη ζωή δύναται να αλλάξει με το πέρασμα του χρόνου ως απάντηση σε γεγονότα ζωής και υγείας, καθώς και σε εμπειρίες του ατόμου. Για παράδειγμα, συνειδητά ή ασυνείδητα, οι άνθρωποι μπορεί να προσαρμοστούν σε επιδεινούμενες συνθήκες, είτε σε σχέση με την υγεία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση ή άλλους παράγοντες. Το κάνουν αυτό γιατί θέλουν να αισθάνονται όσο το δυνατόν καλύτερα για τον εαυτό τους. Συνολικά, αυτός ο ορισμός αντικατοπτρίζει μια ατομική υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής που επηρεάζεται με πολύπλοκους τρόπους από ένα ευρύ φάσμα παραγόντων (Brown et al., 2004).

Οι Wilson & Cleary (1995) προσφέρουν ένα εννοιολογικό μοντέλο όπου διαφορετικοί τύποι μεταβλητών αλληλεπιδρούν, συμπεριλαμβανομένης μιας συνολικής αξιολόγησης της ποιότητας ζωής. Θεωρούν την ποιότητα ζωής ως την υποκειμενική αντίληψη που σχετίζεται με το πόσο ευτυχισμένο και ικανοποιημένο είναι το άτομο με τη ζωή του στο σύνολό του. Αν και το μοντέλο τους δεν βασίζεται σε συγκεκριμένο ορισμό της ποιότητας ζωής, υποστηρίζουν ότι το μοντέλο τους αποτελείται από έναν συνδυασμό δύο παραδειγμάτων: του βιολογικού και του κοινωνιολογικού. Τα άτομα βιώνουν βιολογικές, φυσιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνιολογικές αλλαγές. Το μοντέλο Wilson & Cleary (WCM) έχει χρησιμοποιηθεί συχνά στη νοσηλευτική έρευνα, καθώς και σε άλλες έρευνες στον τομέα της υγείας (Ulvik et al., 2008).

Το WCM υποθέτει μια ταξινόμηση των αποτελεσμάτων των ασθενών σύμφωνα με πέντε επίπεδα: «βιολογικές και φυσιολογικές μεταβλητές, κατάσταση συμπτωμάτων, λειτουργική κατάσταση, γενικές αντιλήψεις για την υγεία και συνολική ποιότητα ζωής» (Wilson & Cleary, 1995). Αυτά τα επίπεδα εμφανίζονται σε μια συνέχεια με τις βιολογικές μεταβλητές στο ένα άκρο, με πιο σύνθετα και ολοκληρωμένα μέτρα αντίληψης για την υγεία και τη συνολική ποιότητα ζωής στο άλλο άκρο. Το πρώτο επίπεδο περιλαμβάνει βιολογικές-φυσιολογικές μεταβλητές και παραδοσιακές κλινικές μεταβλητές (π.χ. ιατρικές διαγνώσεις), καθώς και φυσιολογικές εξετάσεις (π.χ. εργαστηριακές μεταβλητές). Το δεύτερο επίπεδο, η κατάσταση των συμπτωμάτων, ορίζεται ως η αντίληψη μιας μη φυσιολογικής φυσικής, συναισθηματικής ή γνωστικής κατάστασης. θεωρείται σημαντικός καθοριστικός παράγοντας λειτουργίας. Το τρίτο επίπεδο, η κατάσταση λειτουργίας,

είναι η ικανότητα εκτέλεσης συγκεκριμένων καθορισμένων εργασιών. Το τέταρτο επίπεδο αναφέρεται σε μια υποκειμενική υγεία που ενσωματώνει όλες τις προηγούμενες έννοιες (π.χ. γενικές αντιλήψεις για την υγεία), αντιπροσωπεύοντας μια ολοκλήρωση της κατάστασης των συμπτωμάτων, της λειτουργικής κατάστασης και των βιολογικών μεταβλητών. Το πέμπτο επίπεδο ποιότητας ζωής, θεωρείται ως η υποκειμενική βαθμολογία της αντίληψης της ευτυχίας και της ικανοποίησης στη ζωή του ατόμου στο σύνολό του. Κάθε ένα από τα επίπεδα, εκτός από το βιολογικό επίπεδο, επηρεάζεται από ατομικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά. Μη ιατρικές μεταβλητές, όπως πολιτικοί, θρησκευτικοί και πολιτισμικοί παράγοντες, θεωρείται επίσης ότι επηρεάζουν τη συνολική ποιότητα ζωής κάποιου. Σύμφωνα με την κατάσταση των συμπτωμάτων του WCM και τη λειτουργική κατάσταση, η γενική αντίληψη για την υγεία χρησιμεύει ως μεσολαβητές στη συνολική ποιότητα ζωής (Εικόνα 1).

Εικόνα 1: Το εννοιολογικό μοντέλο των Wilson & Cleary για την Ποιότητα Ζωής



Πηγή: Wilson & Cleary (1995), Απόδοση στα Ελληνικά από την ερευνήτρια

Συνοψίζοντας, τόσο ο ορισμός του ΠΟΥ όσο και το WCM θεωρούν την ποιότητα ζωής ως υποκειμενικό φαινόμενο. Επιπλέον, ο ορισμός του ΠΟΥ θεωρεί ότι η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια βασικών στοιχείων. Επίσης, το WCM μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εννοιολογικό μοντέλο που συνδέει σχετικές έννοιες μαζί με την ποιότητα ζωής.

2.2 Η μέτρηση της ποιότητας ζωής στην διεθνή βιβλιογραφία

Η ποιότητα ζωής εμφανίζεται συχνά ως σημείο συζήτησης στην ιατρική βιβλιογραφία και οι ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει ένα σύνολο προσεγγίσεων, μεθόδων και εργαλείων αξιολόγησης για τη μέτρηση της μεταξύ των πληθυσμών. Αν και τα κριτήρια που εφαρμόζονται για να αξιολογήσουν την ποιότητα ζωής μπορεί να διαφέρουν, οι Coons et al. (2000) παρατήρησαν ότι καμία αξιολόγηση δεν έχει καθολικά καλύτερη απόδοση από οποιαδήποτε άλλη. Η κατάλληλη μέθοδος για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής θα πρέπει να καθορίζεται με βάση την συγκεκριμένη μελέτη, λαμβάνοντας υπόψη τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού (π.χ. ηλικία, κατάσταση υγείας, γλώσσα και πολιτισμικά χαρακτηριστικά) καθώς και το περιβάλλον στο οποίο πραγματοποιείται η αξιολόγηση (π.χ. επίσκεψη ρουτίνας σε γιατρό). Ο Theofilou (2013) πρότεινε ότι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής θα πρέπει επίσης να λάβει υπόψη την κλίμακα της έρευνας και τα χαρακτηριστικά του ίδιου του εργαλείου αξιολόγησης. Μεταβλητές όπως ο χρόνος που απαιτείται για την ολοκλήρωση ενός εργαλείου αξιολόγησης ή ο χρόνος που έχουν διαθέσιμο τα υποκείμενα για να συμμετάσχουν σε μια μελέτη μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στα αποτελέσματα. Θα πρέπει επίσης να εξετάζεται εάν ένα δεδομένο όργανο έχει σχεδιαστεί για αυτό-συμπλήρωση ή εάν είναι πιο επιθυμητό για τα υποκείμενα να ολοκληρώσουν μια αξιολόγηση υπό την επίβλεψη του ερευνητή.

Τα σημαντικότερα εργαλεία που φαίνεται να χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής στην διεθνή βιβλιογραφία με τα βασικά χαρακτηριστικά τους παρουσιάζονται παρακάτω:

- *Κλίμακα Ποιότητας Ζωής (QOLS) που δημιουργήθηκε από τον Flanagan (1978)*
- Μέτρηση ποιότητας ζωής από την οπτική γωνία ενός ασθενούς που βοηθά επίσης στον προσδιορισμό του αντίκτυπου της παροχής υγειονομικής περίθαλψης σε καταστάσεις όπου η θεραπεία δεν είναι δυνατή.
- Προσαρμοσμένο για χρήση σε ομάδες χρόνιων ασθενειών
- Ερωτηματολόγιο 15 στοιχείων
- Μετρά την ποιότητα ζωής στη βάση πέντε εννοιολογικών τομέων (υλική και σωματική ευημερία, σχέσεις με άλλους ανθρώπους, κοινωνικές δραστηριότητες, προσωπική ανάπτυξη και ολοκλήρωση, ψυχαγωγία)

- *Ερωτηματολόγιο SF-36 από τους Ware & Sherbourne (1992)*
 - ο Υποκειμενικό μέτρο λειτουργικής υγείας και ευεξίας
 - ο Παρακολουθεί την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία σε συγκεκριμένους πληθυσμούς, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα ασθενειών και καταστάσεων υγείας
 - ο Ερωτηματολόγιο 36 στοιχείων
 - ο Μετρά την ποιότητα ζωής σε οκτώ τομείς (σωματική λειτουργία, ποσότητα περιορισμών που προκαλούνται από σωματικά προβλήματα, σωματικός πόνος, γενικές αντιλήψεις για την υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργία, περιορισμοί που δημιουργούνται από συναισθηματικά προβλήματα, ψυχική υγεία).

- *WHOQOL-BREF από WHOQOL Group (1998)*
 - ο Υποκειμενικό μέτρο για την ποιότητα ζωής που δίνει πρωταρχική σημασία στις αντιλήψεις ενός ατόμου
 - ο Σχεδιασμένο με σκοπό να χρησιμοποιηθεί ως διαπολιτισμική αξιολόγηση
 - ο Ερωτηματολόγιο 26 στοιχείων
 - ο Αξιολογεί την ποιότητα ζωής πολυδιάστατα μεταξύ τεσσάρων τομέων (σωματική υγεία, ψυχολογικός, κοινωνικές σχέσεις, περιβαλλοντικός)

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η επιλογή του οργάνου για μια δεδομένη μελέτη θα πρέπει να περιλαμβάνει εξέταση του είδους της έρευνας που διεξάγεται καθώς και των χαρακτηριστικών των υποκειμένων της μελέτης. Τα δύο πρώτα όργανα που αναφέρθηκαν παραπάνω -το QOLS και το SF-36- διαθέτουν στοιχεία ειδικά για ασθένειες που χρησιμοποιούνται συχνά για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής σε άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες. Καθώς τα άτομα με χρόνιες ασθένειες αντιμετωπίζουν μοναδικές προκλήσεις και περιορισμούς σε σύγκριση με εκείνους που είναι υγιείς, αυτά τα εργαλεία αποτελούν την κατάλληλη επιλογή για τη μέτρηση των προτεραιοτήτων και των προτύπων για την ποιότητα ζωής αυτού του πληθυσμού (Chaturvedi & Muliya, 2016). Αντίθετα, η γενική έκδοση του WHOQOL-BREF θεωρείται το πιο κατάλληλο εργαλείο για την μέτρηση της ποιότητας ζωής στον γενικό πληθυσμό και για τον λόγο αυτόν έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην βιβλιογραφία μέχρι σήμερα (Malibary et al., 2019).

2.3 Ποιότητα της εργασιακής ζωής

Στον 21ο αιώνα, η παγκοσμιοποίηση έχει ωθήσει την οικονομία να εξελιχθεί προς τις υπηρεσίες και τις τεχνολογίες της πληροφορίας, καθιστώντας έτσι τους εργαζόμενους ως το πιο πολύτιμο περιουσιακό στοιχείο για κάθε οργανισμό. Ο Walton στο μοντέλο του τόνισε ότι η ποιότητα της εργασιακής ζωής (QWL) είναι μια κρίσιμη πτυχή για τη διάσωση των ανθρώπινων και περιβαλλοντικών αξιών που έχουν αγνοηθεί λόγω της τεχνολογικής προόδου της οικονομικής ανάπτυξης και της παραγωγικότητας της οικονομίας (Sabonete et al., 2021). Η ποιότητα εργασιακής ζωής είναι ταυτόχρονα στόχος αλλά και συνεχής διαδικασία για την επίτευξή της, ενώ ο οργανισμός πρέπει να δεσμευτεί ως προς την ποιότητα εργασιακής ζωής για να βελτιώσει το εργασιακό περιβάλλον και ως αποτέλεσμα την παραγωγικότητα του (Leitão et al., 2019).

Στην μελέτη τους για τον επανασχεδιασμό της εργασίας, οι Hackman & Oldhams (1980) ανέφεραν τα εννοιολογικά στοιχεία της ποιότητας της εργασιακής ζωής σε σχέση με τη σύνδεση για το εργασιακό περιβάλλον και τις προσωπικές ανάγκες των εργαζομένων. Το εργασιακό περιβάλλον που ικανοποιούσε τις προσωπικές ανάγκες των εργαζομένων θεωρήθηκε ότι παρέχει ένα θετικό αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης που θα οδηγήσει σε μια εξαιρετική ποιότητα της εργασιακής ζωής. Το εργασιακό περιβάλλον πρέπει να είναι ευνοϊκό γιατί είναι το μέρος όπου οι εργαζόμενοι θα εργάζονται και θα περνούν τον περισσότερο χρόνο της ημέρας τους. Μάλιστα κατέληξαν ότι εργαζόμενοι προσπαθούν να εργαστούν σκληρά για να ολοκληρώσουν το έργο τους ανεξάρτητα από τον φόρτο εργασίας όταν διαπιστώσουν ότι το εργασιακό τους περιβάλλον είναι ευχάριστο για αυτούς. Επιπρόσθετα, εάν οι μισθοί τους είναι καλύτεροι με καλές παροχές που εκπληρώνουν τις προσωπικές ανάγκες των ατόμων, θα παραμείνουν πιστοί στον οργανισμό στοιχείο κρίσιμο για την ομαλή λειτουργία του.

Στην πραγματικότητα, η ιεραρχία των αναγκών του Maslow τόνισε την σημασία της κατανόησης των αναγκών ενός ατόμου, τις οποίες κατηγοριοποίησε σε φυσιολογικές ανάγκες, σε ανάγκες ασφάλειας, συμμετοχής και αγάπης, εκτίμησης και αυτοπραγμάτωσης (McLeod, 2007). Σύμφωνα με το μοντέλο αναγκών, πρέπει να ικανοποιηθούν οι χαμηλότερες ανάγκες της ιεραρχίας για να προχωρήσουμε στο επόμενο επίπεδο. Οι Rethinam & Ismail (2008) ανέφεραν ότι η ποιότητα της εργασιακής ζωής έχει ομοιότητες με την ιεραρχία των αναγκών του Maslow καθώς

κάθε άτομο διαφέρει και αυτό που είναι σημαντικό για ορισμένους εργαζόμενους μπορεί να μην είναι σημαντικό για κάποιους άλλους.

Η ποιότητα της εργασιακής ζωής μπορεί να συνοψιστεί ως μια ευρεία έννοια που περιλαμβάνει επαρκή και δίκαιη αμοιβή, κοινωνική ένταξη, ασφαλείς και υγιείς συνθήκες εργασίας που επιτρέπουν σε ένα άτομο να βελτιώσει και να χρησιμοποιήσει όλες τις δεξιότητές του και αποτελεί μια πτυχή της ποιότητας ζωής (QOL). Οι Royuela et al. (2008) απέδειξαν στην μελέτη τους ότι η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής σχετίζεται με την ποιότητα ζωής και θεωρείται ως αναπόσπαστο μέρος της. Μάλιστα στην έρευνα τους, όλα τα στοιχεία της ποιότητας της εργασιακής ζωής αποδείχθηκαν ότι σχετίζονται με τη συνολική ποιότητα ζωής των εργαζομένων.

2.4 Αρνητικές συμπεριφορές στην εργασία και επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής

Οι αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας, αποφέρουν πολύ σημαντικές επιπτώσεις οι οποίες συνδέονται με μια σειρά προβλημάτων για το άτομο που υφίσταται τις συμπεριφορές αυτές οι επιπτώσεις των οποίων ποικίλουν καθώς καταγράφεται από χαμηλή αυτό-εκτίμηση του ατόμου (Randle, 2003) μέχρι απόπειρες αυτοκτονίας (Castronovo et al., 2016). Τόσο στην Ελληνική όσο και την διεθνή βιβλιογραφία, έχουν αναφερθεί επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων, ψυχολογικά προβλήματα αλλά και προβλήματα στην ομαλή λειτουργία των οργανισμών στο πλαίσιο των οποίων λαμβάνουν χώρα οι αρνητικές συμπεριφορές (Kim et al., 2019).

Η συνεχής έκθεση σε αγχωτικές καταστάσεις που προκαλούνται από τις αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο υπέρτασης και καρδιακών παθήσεων (Sauer & McCoy, 2017) και μπορεί να οδηγήσει όχι μόνο σε σωματικά προβλήματα όπως για παράδειγμα η σωματική δυσφορία, κόπωση και στηθάγχη (Hamblin et al., 2016), αλλά και σε προβλήματα ψυχικής υγείας όπως άγχος, κατάθλιψη και διαταραχή μετατραυματικού στρες (Tee et al., 2016). Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει ότι οι αρνητικές συμπεριφορές στο χώρο εργασίας μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα που σχετίζονται με την εργασία, όπως είναι η μείωση της εργασιακής ικανοποίησης, η μείωση της παραγωγικότητας, η κακή

απόδοση στην εργασία, η εξουθένωση και η αυξημένη πρόθεση αλλαγής εργασίας (Glasø et al., 2012). Επιπρόσθετα, έχουν επίδραση όχι μόνο στα άτομα που τις υφίστανται από πρώτο χέρι αλλά και σε όσους είναι μάρτυρες των συμπεριφορών αυτών, καθώς βιώνουν παρόμοιες σωματικές και ψυχολογικές διαταραχές (Cardoso et al., 2016). Συνολικά, οι αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας αυξάνουν την εναλλαγή μεταξύ των εργαζομένων και λειτουργούν ως παράγοντας που διαταράσσει την πρόοδο των οργανισμών (Laschinger et al., 2012). Τέλος, όταν ο οργανισμός στον οποίο αναφέρονται οι αρνητικές συμπεριφορές πρόκειται για μονάδα παροχής φροντίδας υγείας, τα φαινόμενα των αρνητικών συμπεριφορών δύναται να απειλήσουν και την ασφάλεια των ασθενών, καθώς παρατηρείται μειωμένη ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και γενικότερης εξυπηρέτησης προς τους ασθενείς (MacIntosh et al., 2010).

Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία

3.1 Εισαγωγή

Η παρούσα μελέτη, με τίτλο “Η ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση των αρνητικών συμπεριφορών στον εργασιακό χώρο. Διερεύνηση στο διοικητικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου” διενεργήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών “Οικονομία, Διοίκηση και Πολιτική Υγείας”, του τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Η έρευνα υλοποιήθηκε από την μεταπτυχιακή φοιτήτρια Αθανασία Λιάγκου, με εισηγητή τον Καθηγητή του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Κυριάκο Σουλιώτη.

3.2 Σκοπός και στόχοι

Βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης των αρνητικών συμπεριφορών στον εργασιακό χώρο και συγκεκριμένα στο διοικητικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου.

Επιπλέον, ως επιμέρους στόχοι καθορίστηκαν:

- Ο εντοπισμός της φύσης και της συχνότητας με την οποία παρατηρούνται αρνητικές συμπεριφορές στο χώρο εργασίας του διοικητικού προσωπικού του γενικού νοσοκομείου
- Η συσχέτιση των αρνητικών συμπεριφορών στον χώρο εργασίας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων.

3.3 Υλικά και μέθοδος

Η παρούσα μελέτη είναι μια περιγραφική, μη πειραματική έρευνα, καθώς διεξήχθη με τη χορήγηση ερωτηματολογίων αυτό-συμπλήρωσης σε δείγμα ευκολίας. Πληθυσμό - στόχο της έρευνας αποτέλεσαν οι διοικητικοί εργαζόμενοι του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου. Ο συνολικός αριθμός του πληθυσμού - στόχου είναι 114 εργαζόμενοι, στο σύνολο των οποίων διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια. Από αυτά, συγκεντρώθηκαν συμπληρωμένα 97, δηλαδή το ποσοστό απόκρισης έφθασε το

85,1%. Το διάστημα της συλλογής των ερωτηματολογίων ήταν περίπου 3 μήνες και πιο συγκεκριμένα από 09/01/2023 έως 07/04/2023.

Ερευνητικά εργαλεία

Προκειμένου η έρευνα να επιτύχει τους σκοπούς και τους στόχους που τέθηκαν, ως ερευνητικά εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν τα κάτωθι:

- Η κλίμακα Negative Acts Questionnaire (Einarsen et al., 2009)
- Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF (Saxena et al., 2001)
- Ερωτήματα για την καταγραφή των βασικών δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος

Ολόκληρο το ερωτηματολόγιο της έρευνας παρατίθεται στο παράρτημα Α της παρούσας μελέτης.

Η ελληνική εκδοχή της κλίμακας NAQ – R (Negative Acts Questionnaire – Revised), η οποία περιλαμβάνει 23 προτάσεις και σταθμίστηκε στον ελληνικό πληθυσμό από τους Kakoulakis et al. (2015).

Το εργαλείο προτρέπει τον συμμετέχοντα να βασιστεί σε προσωπικές του εμπειρίες από τον εργασιακό του χώρο κατά τους τελευταίους 6 μήνες και να δηλώσει στις 22 πρώτες ερωτήσεις τη συχνότητα με την οποία δέχθηκε μια συμπεριφορά. Οι απαντήσεις σε αυτές δίνονται σε μια πενταβάθμια κλίμακας Likert (όπου 1 = ποτέ και 5 = κάθε μέρα). Συνεπώς, όσο υψηλότερη η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερη θεωρείται η συχνότητα αντιμετώπισης αρνητικών συμπεριφορών στον εργασιακό χώρο για την περίοδο αναφοράς.

Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου, διατηρεί τις επιμέρους διαστάσεις όπως αυτές δημιουργήθηκαν από τους κατασκευαστές. Τα 22 στοιχεία του ερωτηματολογίου, κατηγοριοποιούνται ως εξής (Einarsen et al., 2009):

- ο Προσωπικός Εκφοβισμός (2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 20)
- ο Σωματικός Εκφοβισμός (8, 9, 22)
- ο Εργασιακός Εκφοβισμός (1, 3, 14, 16, 18, 19, 21)

Η 23η ερώτηση αφορά το ενδεχόμενο και τη συχνότητα με την οποία ο ερευνώμενος έχει καταστεί θύμα bullying στην εργασία του. Οι απαντήσεις είναι ταξινομημένες σε πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert (1 = Καθόλου, 5 = Κάθε μέρα).

Η άδεια χρήσης του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου λήφθηκε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου από τον κ. Χαρίλαο Κακουλάκη, έναν από τους συγγραφείς της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου στις 19/12/2022.

Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF όπως αυτό προσαρμόστηκε στην ελληνική γλώσσα από τους Ginieri et al. (2008) και αποτελείται από 30 στοιχεία συνολικά. Το εργαλείο διερευνά πώς το ίδιο το άτομο αξιολογεί την ποιότητα της ζωής του και την κατάσταση της υγείας του. Η κατασκευή του διερευνά σημαντικές διαστάσεις της ζωής, όπως είναι οι προσωπικές σχέσεις, η σωματική και ψυχική υγεία, η εργασία και το περιβάλλον, οι οποίες καθορίζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου. Το συνολικό σκορ για την ποιότητα ζωής μετράται από το σκορ του στοιχείου G1 ενώ η κατάσταση της υγείας από το σκορ του στοιχείου G2. Οι επί μέρους διαστάσεις υπολογίζονται με βάση τα σκορ που σημειώνουν τα άτομα σε συγκεκριμένα στοιχεία του ερωτηματολογίου έπειτα από την εφαρμογή τύπων όπως αυτοί έχουν επισημανθεί από τους κατασκευαστές:

- *Σωματική υγεία* (9 στοιχεία), υπολογίζεται από τη μέση τιμή του “PHYS=[(6-Q3) + (6-Q4) + (Q10) + (Q15) + (Q16) + (Q17) + (Q18)] * 4”
- *Ψυχική υγεία* (6 στοιχεία), υπολογίζεται από τη μέση τιμή του “PSYCH=[(Q5) + (Q6) + (Q7) + (Q11) + (Q19) + (6 - Q26)]* 4”
- *Κοινωνικές σχέσεις* (5 στοιχεία), υπολογίζεται από τη μέση τιμή του “SOCIAL=[(Q20) + (Q21) + (Q22) + (N3)] * 4”
- *Περιβάλλον* (8 στοιχεία), υπολογίζεται από τη μέση τιμή του “ENVIR=[(Q8) + (Q9) + (Q12) + (Q13) + (Q14) + (Q23) + (Q24) + (Q25)] * 4”

Ακολούθως, προκειμένου τα αποτελέσματα να είναι συγκρίσιμα με την αρχική έκδοση του ερωτηματολογίου (WHOQOL-100), γίνεται μετατροπή των σκορ από την κλίμακα 1-5 στην κλίμακα 0-100, μέσω των παρακάτω τύπων:

$$\text{Σωματική υγεία} = (\text{PHYS}-4) * (100/16).$$

$$\text{Ψυχική υγεία} = (\text{PSYCH}-4) * (100/16).$$

$$\text{Κοινωνικές σχέσεις} = (\text{SOCIAL}-4) * (100/16).$$

$$\text{Περιβάλλον} = (\text{ENVIR}-4) * (100/16)$$

Η άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου λήφθηκε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου από την κα. Μαρία Κοκκώση, μια από τους συγγραφείς της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου στις 29/11/2022.

Τέλος, χρησιμοποιήθηκαν 13 επιπλέον ερωτήματα για την καταγραφή των βασικών δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος (φύλο, ηλικία, έτη προϋπηρεσίας, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση), καθώς επίσης και

ερωτήματα σχετικά με την στήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον και τέλος την γενική κατάσταση της υγείας.

3.4 Ηθική και δεοντολογία

Η έρευνα διενεργήθηκε σε συνέχεια της λήψης της σχετικής άδειας, έπειτα από αίτημα της ερευνήτριας στο επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου Κορίνθου και η σχετική έγκριση επισυνάπτεται στο παράρτημα Β, στο τέλος της εργασίας. Στα πλαίσια της ερευνητικής δεοντολογίας ακολουθήθηκαν όλα τα απαραίτητα μέτρα προκειμένου να διασφαλιστεί η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα όπως αυτά προβλέπονται από τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία των Δεδομένων (GDPR). Επιπλέον εφαρμόστηκε η αρχή της ελεύθερης και οικειοθελούς αποχώρησης από την έρευνα για τους συμμετέχοντες που το επιθυμούσαν. Προκειμένου να συμπεριληφθούν στην έρευνα, τα άτομα που συμμετείχαν ήταν απαραίτητο να ενημερωθούν για τον σκοπό της μελέτης. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική για όλα τα άτομα που περιλαμβάνονταν στον πληθυσμό – στόχο. Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από την έρευνα, θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την επίτευξη του ερευνητικού σκοπού της παρούσας μελέτης

3.5 Στατιστική Ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια, πραγματοποιήθηκε με την χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics Version 25. Για την καλύτερη παρουσίαση των αποτελεσμάτων, αρχικά γίνεται χρήση μέτρων περιγραφικής στατιστικής ώστε να παρουσιασθούν οι υπό διερεύνηση μεταβλητές. Ακολούθως, με την χρήση μεθόδων επαγωγικής στατιστικής διερευνήθηκαν οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν. Πιο συγκεκριμένα, οι έλεγχοι που χρησιμοποιήθηκαν κατά την διερεύνηση συσχετίσεων ήταν ο έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov–Smirnov, ο έλεγχος Pearson correlation coefficient (r) και οι μη παραμετρικοί έλεγχοι Kruskal – Wallis test και Mann – Whitney test. Όλοι οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p=0,05$.

Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα

4.1 Περιγραφική στατιστική

Στην παρούσα ενότητα, γίνεται χρήση μεθόδων περιγραφικής στατιστικής προκειμένου να παρουσιαστούν τα χαρακτηριστικά του δείγματος που αποτελείται από 97 διοικητικούς εργαζόμενους του γενικού νοσοκομείου Κορίνθου, καθώς και οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στα ερωτηματολόγια των αρνητικών συμπεριφορών και της ποιότητας ζωής.

4.1.1 Περιγραφή του δείγματος

Στον πίνακα 1, παρουσιάζονται τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος και οι απαντήσεις του σε ερωτήματα σχετικά με την στήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον καθώς και με την γενική κατάσταση της υγείας (τα γραφήματα 1-8 που έπονται, παρουσιάζουν επίσης τα σημαντικότερα από τα χαρακτηριστικά του δείγματος). Από εκεί φαίνεται ότι σχεδόν 7 στους 10 συμμετέχοντες είναι γυναίκες, η μέση ηλικία του δείγματος είναι τα 48 έτη, σχεδόν 6 στους 10 είναι έγγαμοι, περισσότεροι από 7 στους 10 έχουν τέκνα ενώ οι 8 στους 10 διαμένουν μαζί με άλλα άτομα. Οι μισοί διοικητικοί εργαζόμενοι έχουν ως ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης την δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ εργάζονται κατά μέσο όρο για 13,6±10 έτη σε νοσοκομείο και κατά μέσο όρο 12±9,5 έτη στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Επιπρόσθετα, η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος θεωρεί ότι στηρίζεται επαρκώς τόσο από την οικογένεια και σε ελαφρώς μικρότερο βαθμό από το φιλικό περιβάλλον. Τέλος, σχεδόν 6 στους 10 δηλώνουν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι καλή ή πολύ καλή ενώ οι 3 στους 10 δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα.

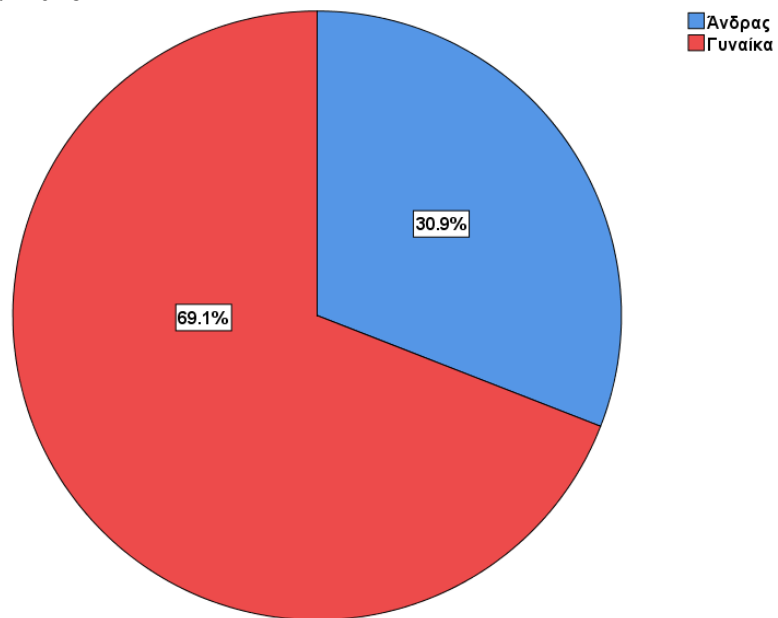
Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Χαρακτηριστικό	N (%)
“Φύλο”	
• Άνδρας	30 (30.9 %)
• Γυναίκα	67 (69.1%)
“Ηλικία”	48.0 (8.3) ^a
“Οικογενειακή κατάσταση”	

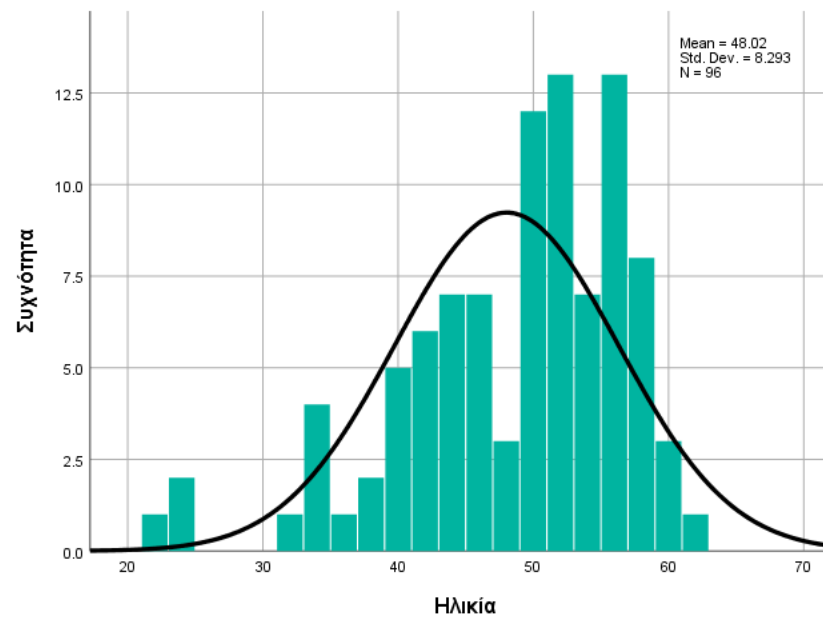
• Έγγαμος/η	56 (57.7%)
• Άγαμος/η	25 (25.8%)
• Διαζευγμένος/η	14 (14.4%)
• Σε Διάσταση – Χήρος/α	2 (2.1%)
“Τέκνα”	
• Ναι	70 (72.9%)
• Όχι	26 (27.1%)
“Διαμονή”	
• Μόνος	19 (20.2%)
• Με άλλους	75 (79.8%)
“Ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης”	
• Δευτεροβάθμια	51 (52.6%)
• ΑΕΙ - ΤΕΙ	35 (36.1%)
• Μεταπτυχιακό	10 (10.3%)
• Διδακτορικό	1 (1%)
“Έτη εργασίας σε νοσοκομείο”	13.6 (10.0) ^α
“Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο”	12.0 (9.5) ^α
“Πιστεύετε ότι το οικογενειακό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;”	57 (56,4%)
• Ναι	93 (95.9%)
• Όχι	4 (4.1%)
“Πιστεύετε ότι το φιλικό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;”	
• Ναι	83 (85,6%)
• Όχι	14 (14.4%)
“Πόσο καλή η κακή είναι η υγεία σας;”	
• Πολύ κακή	8 (8.2%)
• Κακή	6 (6.2%)
• Ούτε κακή ούτε καλή	27 (27.8%)
• Καλή	35 (36.1%)
• Πολύ καλή	21 (21.6%)
“Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας το τελευταίο διάστημα;”	
• Ναι	29 (29.9%)
• Όχι	68 (70.1%)

^α Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

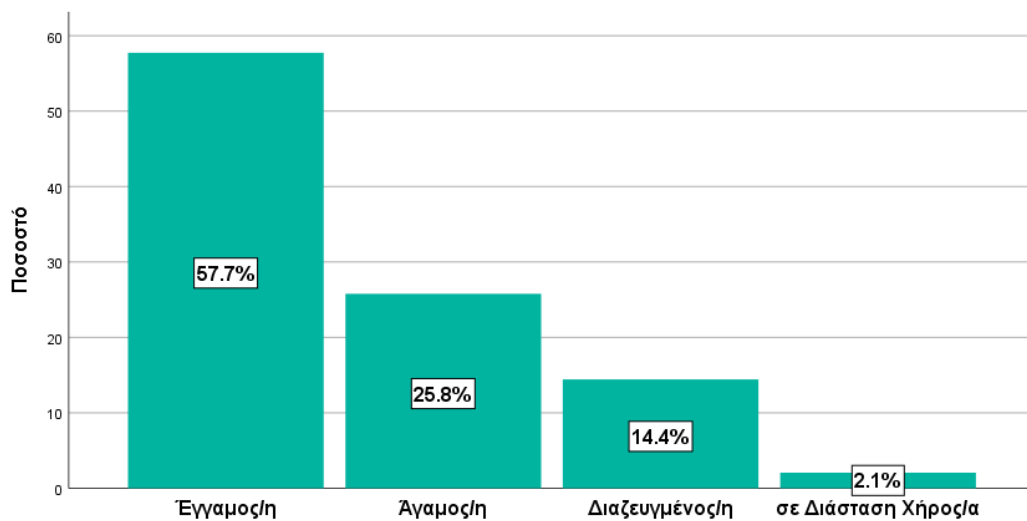
Γράφημα 1: Φύλο



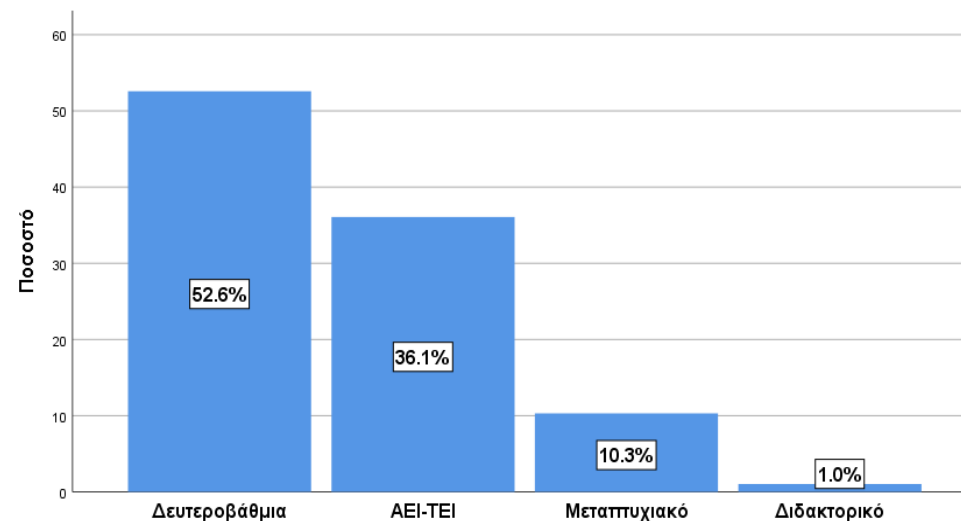
Γράφημα 2: Ηλικία



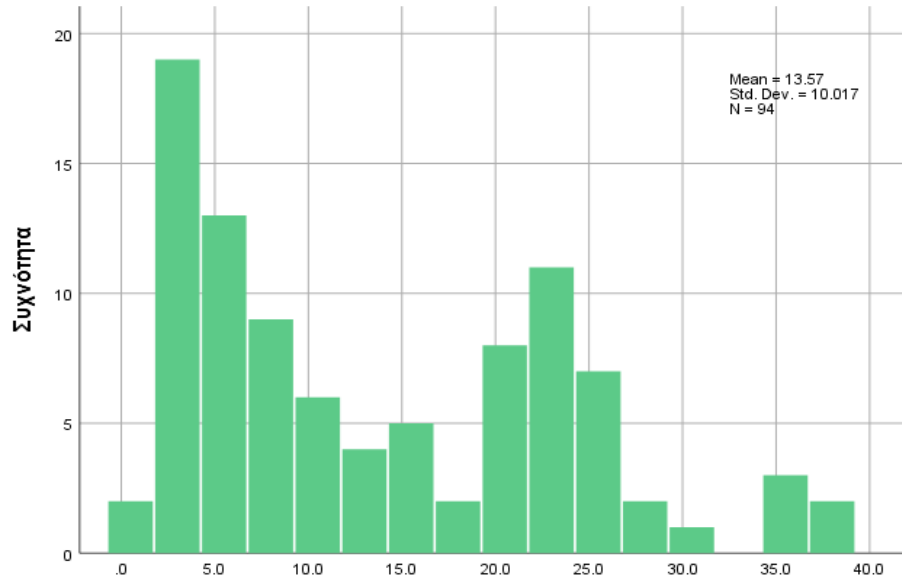
Γράφημα 3: Οικογενειακή κατάσταση



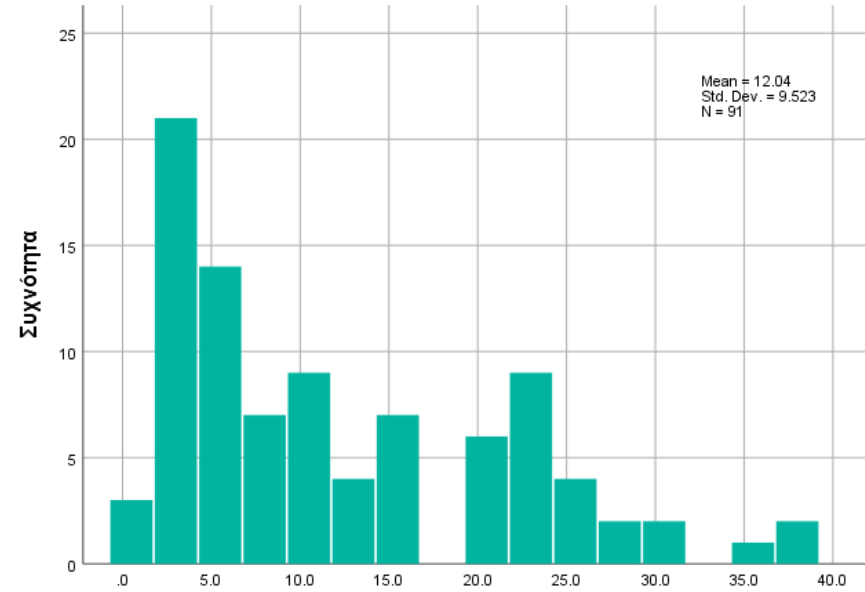
Γράφημα 4: Ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης



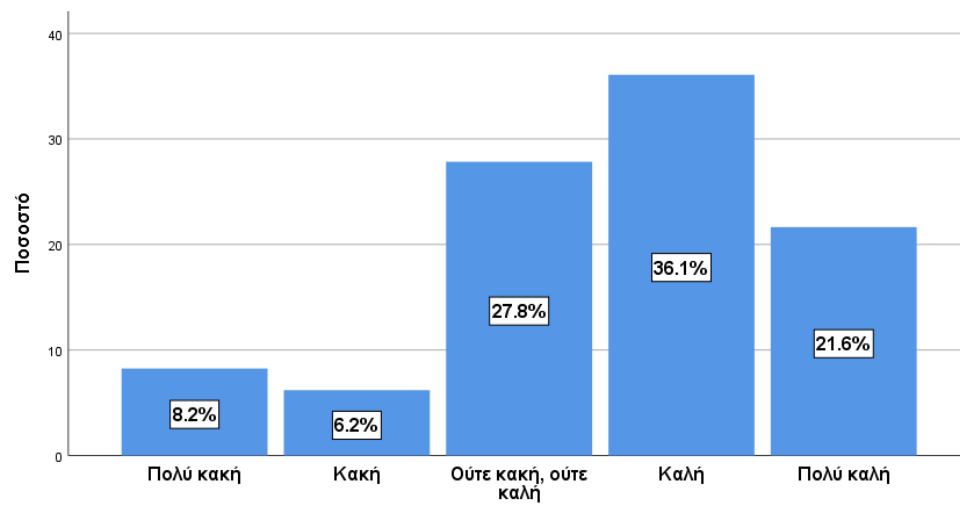
Γράφημα 5: Έτη εργασίας σε νοσοκομείο



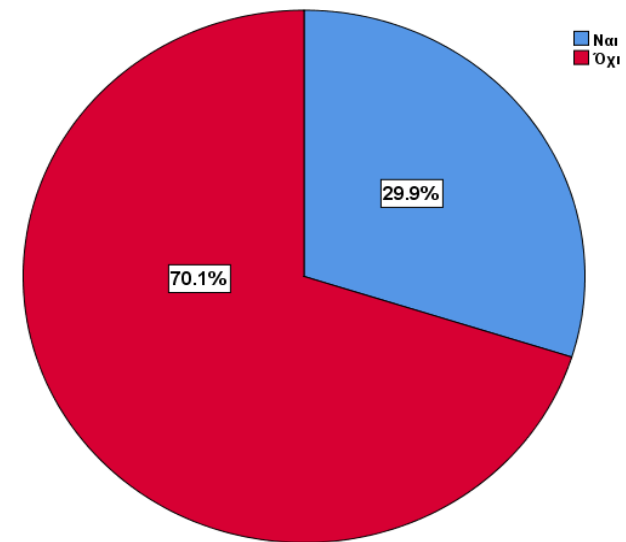
Γράφημα 6: Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο



Γράφημα 7: Πόσο καλή ή κακή είναι η υγεία σας;



Γράφημα 8: Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας το τελευταίο διάστημα;



4.1.2 Αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας

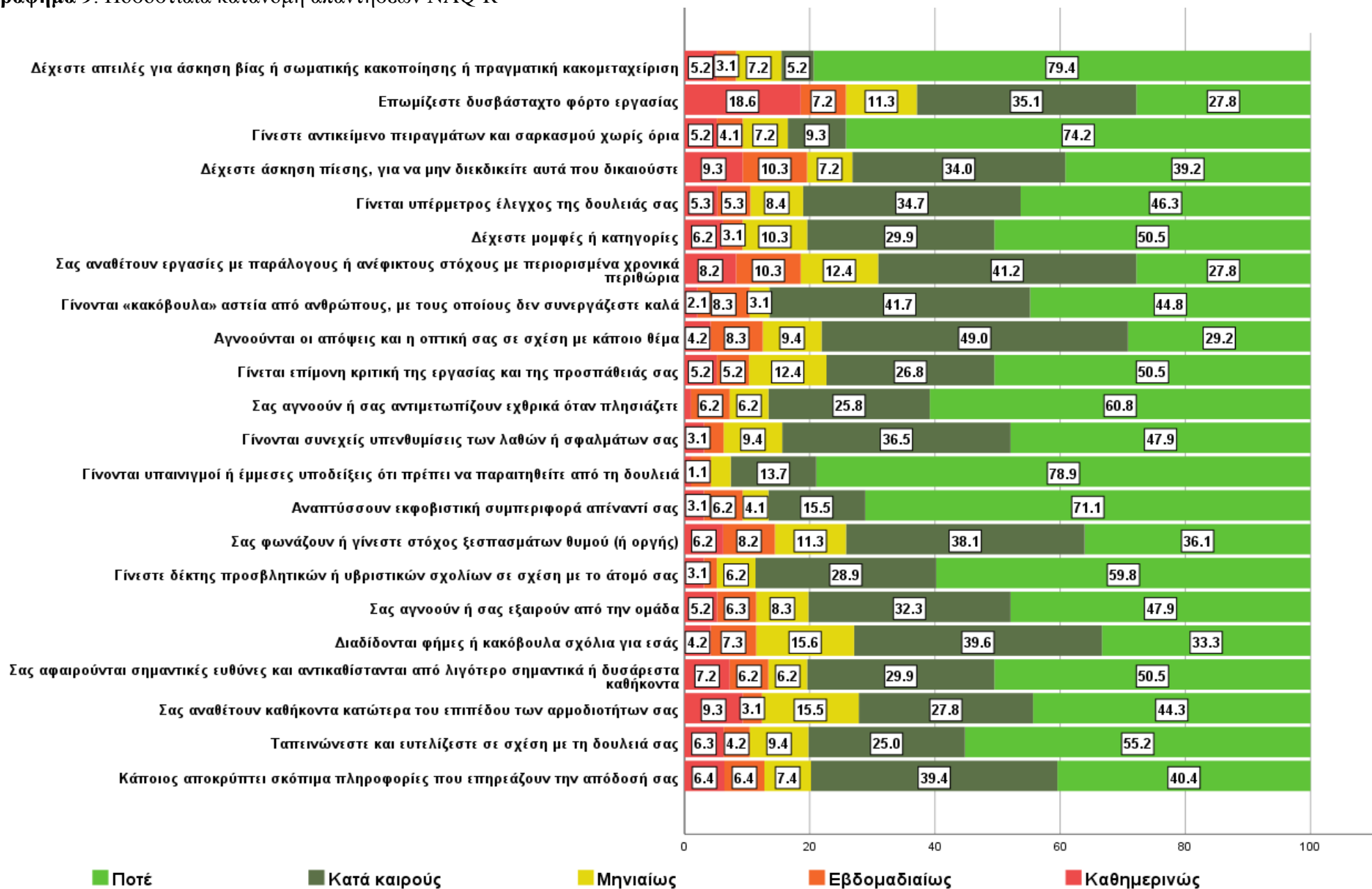
Ο πίνακας 2 (και το γράφημα 9), παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων του δείγματος στα 22 στοιχεία του ερωτηματολογίου που αφορούν τις αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας (NAQ-R).

Πίνακας 2: Οι απαντήσεις στο NAQ-R

Στοιχεία NAQ-R	Ποτέ	Κατά καιρούς	Μηνιαία	Εβδομαδιαία	Καθημερινά
“Κάποιος αποκρύπτει σκόπιμα πληροφορίες που επηρεάζουν την απόδοσή σας”	40.4%	39.4%	7.4%	6.4%	6.4%
“Ταπεινώνεστε και ευτελίζεστε σε σχέση με τη δουλειά σας”	55.2%	25.0%	9.4%	4.2%	6.3%
“Σας αναθέτουν καθήκοντα κατώτερα του επιπέδου των αρμοδιοτήτων σας”	44.3%	27.8%	15.5%	3.1%	9.3%
“Σας αφαιρούνται σημαντικές ευθύνες και αντικαθίστανται από λιγότερο σημαντικά ή δυσάρεστα καθήκοντα”	50.5%	29.9%	6.2%	6.2%	7.2%
“Διαδίδονται φήμες ή κακόβουλα σχόλια για εσάς”	33.3%	39.6%	15.6%	7.3%	4.2%
“Σας αγνοούν ή σας εξαιρούν από την ομάδα”	47.9%	32.3%	8.3%	6.3%	5.2%
“Γίνεστε δέκτης προσβλητικών ή υβριστικών σχολίων σε σχέση με το άτομό σας”	59.8%	28.9%	6.2%	2.1%	3.1%
“Σας φωνάζουν ή γίνεστε στόχος ξεσπασμάτων θυμού (ή οργής)”	36.1%	38.1%	11.3%	8.2%	6.2%
“Αναπτύσσουν εκφοβιστική συμπεριφορά απέναντί σας”	71.1%	15.5%	4.1%	6.2%	3.1%
“Γίνονται υπαινιγμοί ή έμμεσες υποδείξεις ότι	78.9%	13.7%	3.2%	3.2%	1.1%

πρέπει να παραιτηθείτε από τη δουλειά”					
“Γίνονται συνεχείς υπενθυμίσεις των λαθών ή σφαλμάτων σας”	47.9%	36.5%	9.4%	3.1%	3.1%
“Σας αγνοούν ή σας αντιμετωπίζουν εχθρικά όταν πλησιάζετε”	60.8%	25.8%	6.2%	6.2%	1.0%
“Γίνεται επίμονη κριτική της εργασίας και της προσπάθειάς σας”	50.5%	26.8%	12.4%	5.2%	5.2%
“Αγνοούνται οι απόψεις και η οπτική σας σε σχέση με κάποιο θέμα”	29.2%	49.0%	9.4%	8.3%	4.2%
“Γίνονται κακόβουλα αστεία από ανθρώπους, με τους οποίους δεν συνεργάζεστε καλά”	44.8%	41.7%	3.1%	8.3%	2.1%
“Σας αναθέτουν εργασίες με παράλογους ή ανέφικτους στόχους με περιορισμένα χρονικά περιθώρια”	27.8%	41.2%	12.4%	10.3%	8.2%
“Δέχετε μομφές ή κατηγορίες”	50.5%	29.9%	10.3%	3.1%	6.2%
“Γίνεται υπέρμετρος έλεγχος της δουλειάς σας”	46.3%	34.7%	8.4%	5.3%	5.3%
“Δέχετε άσκηση πίεσης, για να μην διεκδικείτε αυτά που δικαιούστε”	39.2%	34.0%	7.2%	10.3%	9.3%
“Γίνεστε αντικείμενο πειραγμάτων και σαρκασμού χωρίς όρια”	74.2%	9.3%	7.2%	4.1%	5.2%
“Επωμίζεστε δυσβάσταχτο φόρτο εργασίας”	27.8%	35.1%	11.3%	7.2%	18.6%
“Δέχετε απειλές για άσκηση βίας ή σωματικής κακοποίησης ή πραγματική κακομεταχείριση”	79.4%	5.2%	7.2%	3.1%	5.2%

Γράφημα 9: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων NAQ-R



Ακολουθώντας τις οδηγίες των κατασκευαστών του ερωτηματολογίου και με βάση τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, υπολογίστηκε το σκορ για 3 διακριτές κατηγορίες παρενόχλησης (προσωπικός, σωματικός και εργασιακός εκφοβισμός). Τα βασικά στατιστικά μέτρα του σκορ κάθε κατηγορίας καθώς και του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου αρνητικών συμπεριφορών, παρουσιάζονται στον πίνακα 3. Από εκεί φαίνεται ότι το συνολικό μέσο σκορ του NAQ-R ανέρχεται σε $\mu=1,79\pm 0,77$ (με εύρος τιμών από 1 – ποτέ έως 5 – καθημερινώς). Από τις επιμέρους κατηγορίες, υψηλότερη τιμή σημειώνεται στον εργασιακό εκφοβισμό ($\mu=2,09\pm 0,92$), ενώ ακολουθεί ο προσωπικός εκφοβισμός ($1,72\pm 0,85$) και ο σωματικός εκφοβισμός ($\mu=1,71\pm 0,98$).

Πίνακας 3: Στατιστικά μέτρα για κάθε κατηγορία παρενόχλησης

	Προσωπικός Εκφοβισμός	Σωματικός εκφοβισμός	Εργασιακός εκφοβισμός	Μέσο σκορ NAQ-R
Μέση τιμή	1.72	1.71	2.09	1.79
Τυπικό σφάλμα μέσου	0.089	0.099	0.096	0.082
Διάμεσος τιμή	1.4	1.3	1.7	1.5
Τυπική απόκλιση	0.85	0.98	0.92	0.77
Διακύμανση	0.72	0.96	0.84	0.59

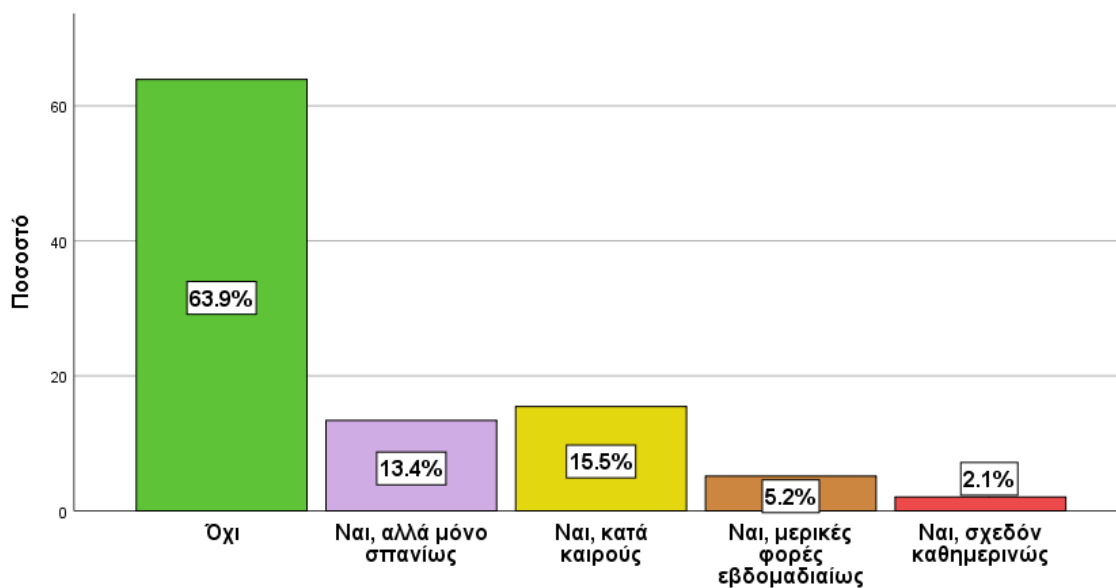
Ακόμα, ο πίνακας 3.1 παρουσιάζει τον χαρακτηρισμό των συμμετεχόντων σύμφωνα με την αυτό-αναφορική προσέγγιση και το κριτήριο των Notelaers & Eninarsen (Nielsen et al., 2011) όπου με βάση την αναθεωρημένη έκδοση του NAQ ταξινομεί τους συμμετέχοντες με βάση το αν θεωρούνται ως θύματα mobbing. Με βάση αυτό το κριτήριο, το 24,1% του δείγματος είναι θύμα mobbing ενώ το 31,1% έχει υποστεί mobbing μερικές φορές.

Πίνακας 3.1: Χαρακτηρισμός συμμετεχόντων σύμφωνα με την αυτό-αναφορική προσέγγιση και το κριτήριο των Notelaers & Eninarsen (NAQ-R 22)

Χαρακτηρισμός ως προς το mobbing	%
“Είναι θύμα mobbing (NAQ Score > 44)”	24,1
“Έχει υποστεί mobbing μερικές φορές (NAQ Score 33 έως 44)”	31,1
“Δεν έχει υποστεί mobbing (NAQ Score < 33)”	44,8

Τέλος, επιπλέον των παραπάνω στοιχείων, το ερωτηματολόγιο NAQ-R περιλαμβάνει και ένα ερώτημα το οποίο ερωτά ευθέως τους συμμετέχοντες εάν έχουν δεχθεί ηθική παρενόχληση. Ως ηθική παρενόχληση ορίζεται “μία κατάσταση κατά την οποία ένα ή περισσότερα άτομα επιμόνως και για μεγάλο χρονικό διάστημα υφίστανται αρνητικές πράξεις από έναν ή περισσότερους ανθρώπους στο χώρο εργασίας με αποτέλεσμα ο στόχος ή θύμα της παρενόχλησης να μη δύναται να υπερασπιστεί τον εαυτό του απέναντι σε αυτές τις πράξεις”. Συνεπώς δεν αναφέρεται σε μεμονωμένα περιστατικά που συνέβησαν. Οι απαντήσεις στο ερώτημα αυτό παρουσιάζονται στο γράφημα 10 και από εκεί φαίνεται ότι σχεδόν 4 στους 10 εργαζόμενους έχουν δεχθεί ηθική παρενόχληση, με ποσοστό άνω του 5% να δέχεται παρενόχληση μερικές φορές εβδομαδιαίως ενώ ένα ποσοστό άνω το 2% δέχεται ηθική παρενόχληση σχεδόν καθημερινώς.

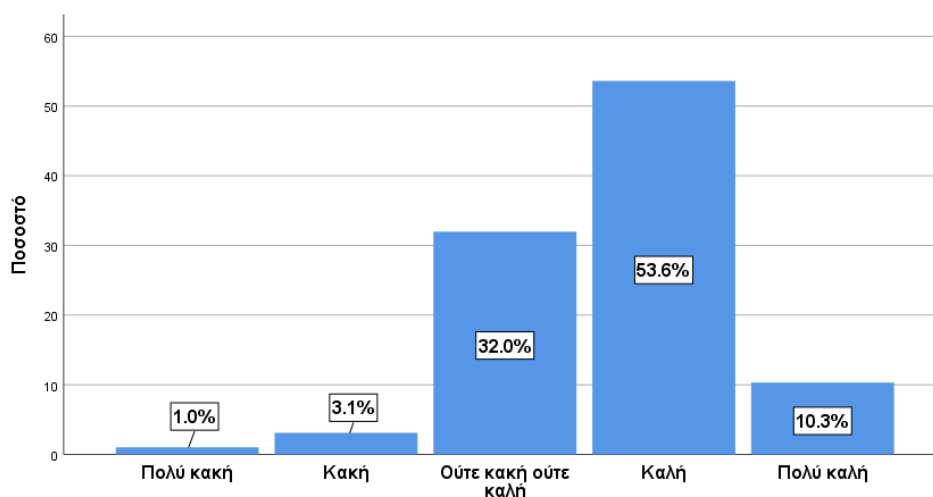
Γράφημα 10: Έχετε δεχτεί ηθική παρενόχληση στην εργασία σας;



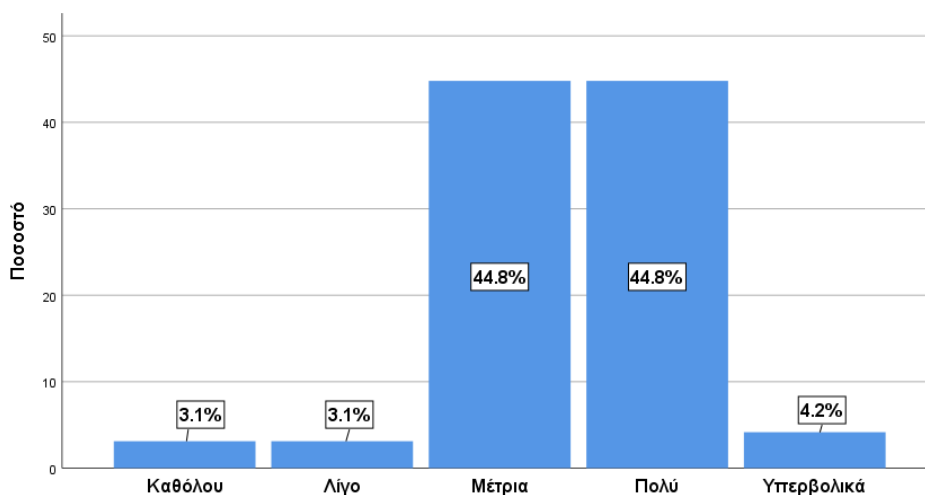
4.1.3 Ποιότητα ζωής

Το γράφημα 11, παρουσιάζει τις απαντήσεις του δείγματος όταν ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να βαθμολογήσουν την ποιότητα ζωής τους γενικά, ενώ το γράφημα 12 όταν ρωτήθηκαν πόσο ικανοποιημένοι είναι με την υγεία τους. Σχετικά με την ποιότητα ζωής, περισσότεροι από 6 στους 10 βαθμολογούν ως καλή ή πολύ καλή την ποιότητα ζωής τους. Όσον αφορά την υγεία, σχεδόν 1 στους 2 εμφανίζεται πολύ ή υπερβολικά ικανοποιημένος από αυτήν.

Γράφημα 11: Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;



Γράφημα 12: Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;



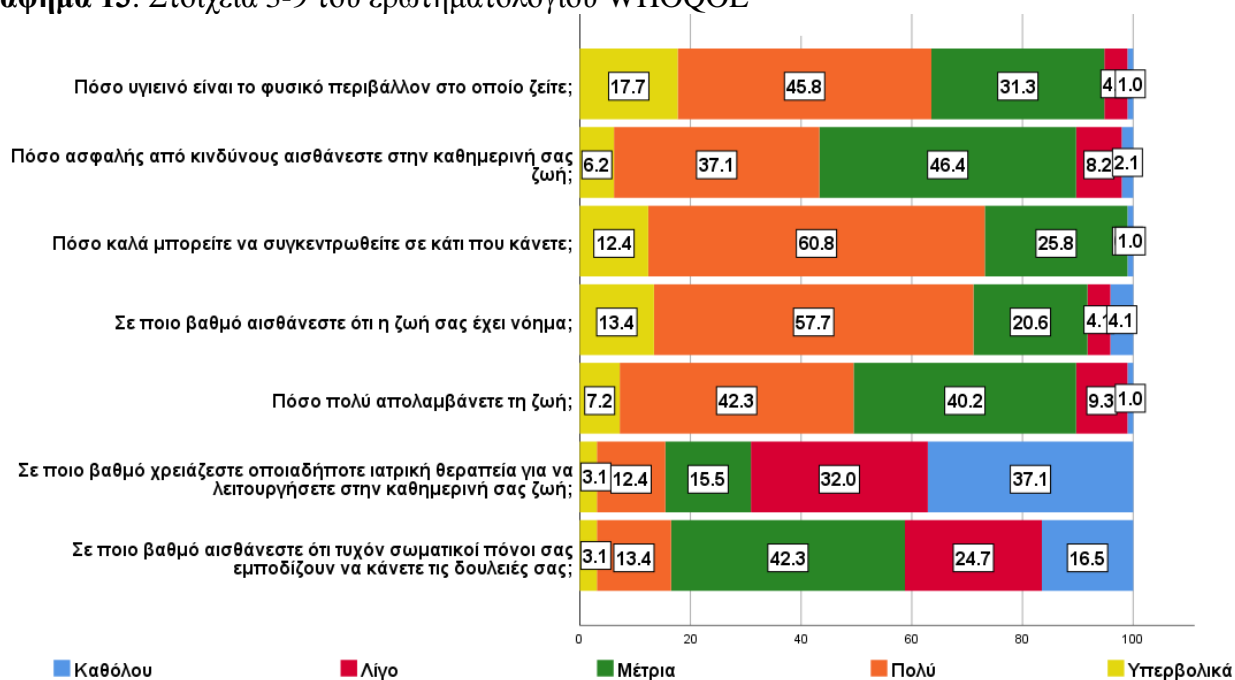
Ο πίνακας 4 (και το γράφημα 13), παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων στα ερωτήματα 3-9 του ερωτηματολογίου της ποιότητας ζωής τα οποία εξετάζουν σε ποιόν βαθμό το άτομο βιώνει μια κατάσταση.

Πίνακας 4: Στοιχεία 3-9 του ερωτηματολογίου WHOQOL

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
“Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;”	16.5%	24.7%	42.3%	13.4%	3.1%
“Σε ποιο βαθμό	37.1%	32.0%	15.5%	12.4%	3.1%

χρειάζεστε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή;					
“Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;”	1.0%	9.3%	40.2%	42.3%	7.2%
“Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;”	4.1%	4.1%	20.6%	57.7%	13.4%
“Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι;”	1.0%	0.0%	25.8%	60.8%	12.4%
“Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή ζωή;”	2.1%	8.2%	46.4%	37.1%	6.2%
“Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;”	1.0%	4.2%	31.3%	45.8%	17.7%

Γράφημα 13: Στοιχεία 3-9 του ερωτηματολογίου WHOQOL

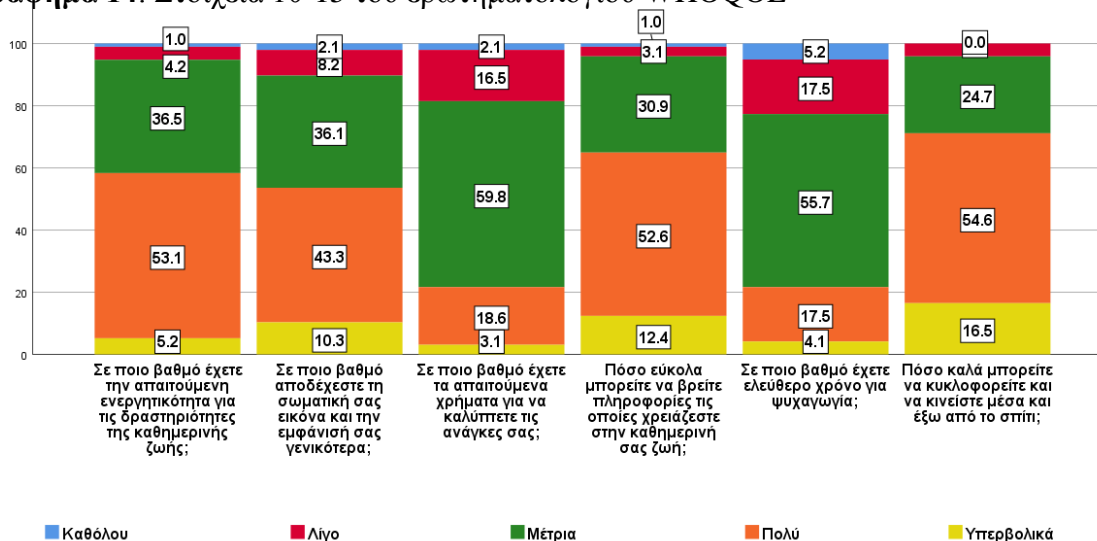


Ο πίνακας 5 (και το γράφημα 14), παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων στα ερωτήματα 10-15 του ερωτηματολογίου της ποιότητας ζωής τα οποία εξετάζουν σε ποιόν βαθμό το άτομο έχει τη δυνατότητα ή ικανότητα να βιώνει μια κατάσταση με το συγκεκριμένο τρόπο που περιγράφεται στην ερώτηση.

Πίνακας 5: Στοιχεία 10-15 του ερωτηματολογίου WHOQOL

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
“Σε ποιο βαθμό έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;”	1.0%	4.2%	36.5%	53.1%	5.2%
“Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας;”	2.1%	8.2%	36.1%	43.3%	10.3%
“Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες;”	2.1%	16.5 %	59.8%	18.6%	3.1%
“Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;”	1.0%	3.1%	30.9%	52.6%	12.4%
“Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;”	5.2%	17.5 %	55.7%	17.5%	4.1%
“Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;”	0.0%	4.1%	24.7%	54.6%	16.5%

Γράφημα 14: Στοιχεία 10-15 του ερωτηματολογίου WHOQOL

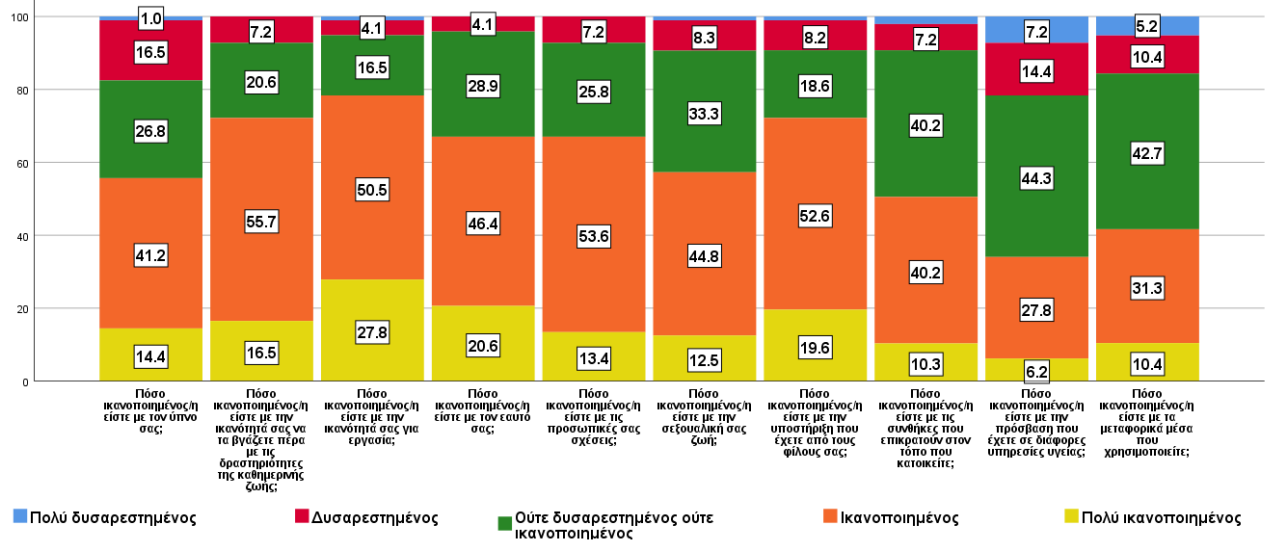


Ο πίνακας 6 (και το γράφημα 15), παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων στα ερωτήματα 16-25 του ερωτηματολογίου της ποιότητας ζωής τα οποία εξετάζουν πόσο ικανοποιημένο νιώθει το άτομο με διάφορες πλευρές της ζωής του κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες.

Πίνακας 6: Στοιχεία 16-25 του ερωτηματολογίου WHOQOL

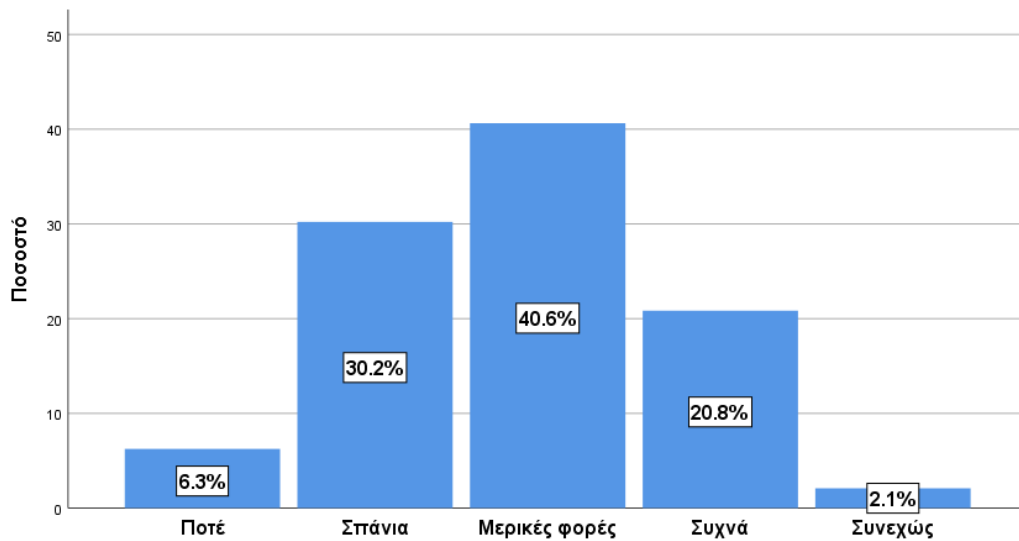
	Πολύ δυσανε στημέν ος	Δυσανε στημέν ος	Ούτε δυσανεστη μένος ούτε ικανοποιημ ένος	Ικανο ποιημ ένος	Πολύ ικανοπ οιημέν ος
“Πόσο ικανοποιημένος είστε με τον ύπνο σας;”	1.0%	16.5%	26.8%	41.2%	14.4%
“Πόσο ικανοποιημένος είστε με την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;”	0.0%	7.2%	20.6%	55.7%	16.5%
“Πόσο ικανοποιημένος είστε με την ικανότητά σας για εργασία;”	1.0%	4.1%	16.5%	50.5%	27.8%
“Πόσο ικανοποιημένος είστε με τον εαυτό;”	0.0%	4.1%	28.9%	46.4%	20.6%
“Πόσο ικανοποιημένος είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;”	0.0%	7.2%	25.8%	53.6%	13.4%
“Πόσο ικανοποιημένος είστε με την σεξουαλική σας ζωή;”	1.0%	8.3%	33.3%	44.8%	12.5%
“Πόσο ικανοποιημένος είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;”	1.0%	8.2%	18.6%	52.6%	19.6%
“Πόσο ικανοποιημένος είστε με τις συνθήκες που επικρατούν στον τόπο που κατοικείτε;”	2.1%	7.2%	40.2%	40.2%	10.3%
“Πόσο ικανοποιημένος είστε με την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;”	7.2%	14.4%	44.3%	27.8%	6.2%
“Πόσο ικανοποιημένος είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;”	5.2%	10.4%	42.7%	31.3%	10.4%

Γράφημα 15: Στοιχεία 16-25 του ερωτηματολογίου WHOQOL



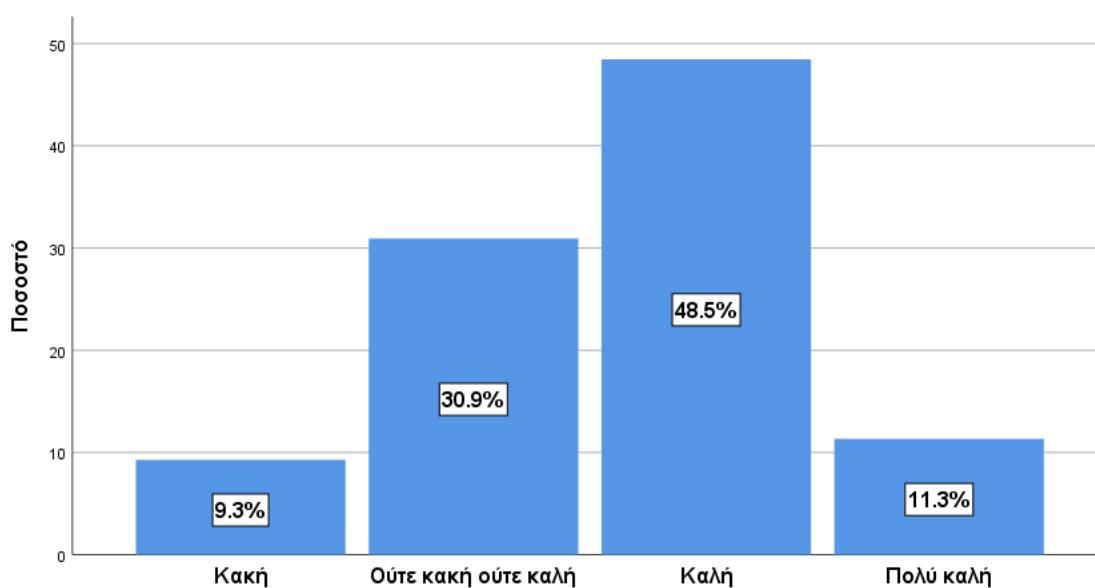
Το γράφημα 16, παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων στο στοιχείο 26 του ερωτηματολογίου WHOQOL που εξετάζει πόσο συχνά νιώθουν τα άτομα ορισμένα συναισθήματα τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι λίγο περισσότεροι από 1 στους 3 συμμετέχοντες απάντησε ότι έχει αρνητικά συναισθήματα ποτέ ή σπάνια, ενώ περισσότεροι από 1 στους 5 απάντησε συχνά ή συνεχώς.

Γράφημα 16: “Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;”

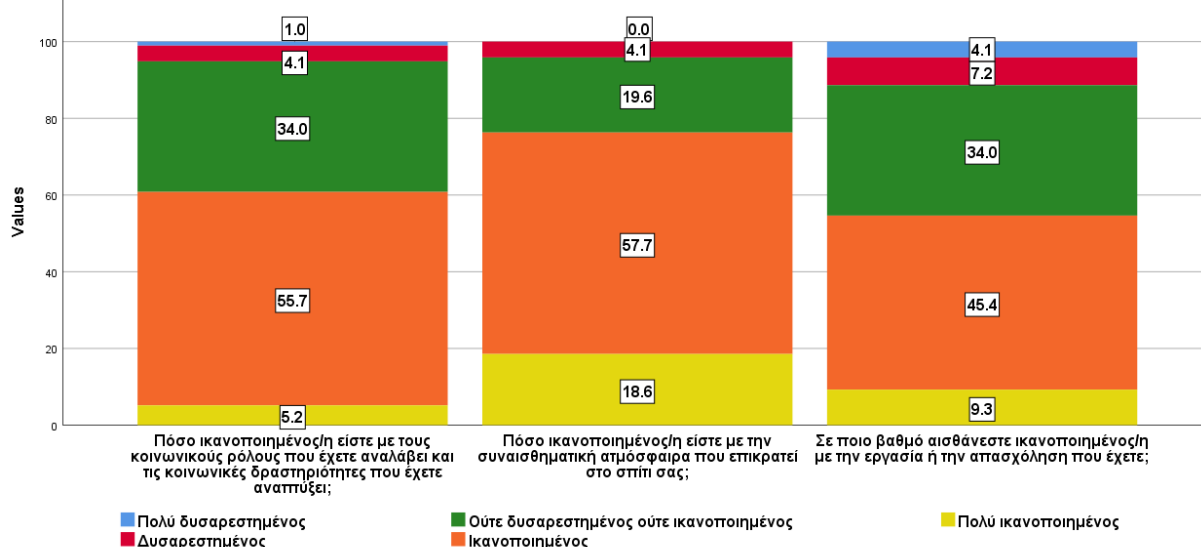


Η τελευταία ομάδα ερωτήσεων του WHOQOL εξετάζουν πόσο ικανοποιημένο νιώθει το άτομο με συγκεκριμένες πλευρές της ζωής του όπως η διατροφή, η συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι, κ.α. κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων. Τα γραφήματα 17 και 18 παρουσιάζουν την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων. Σχετικά με την διατροφή, σχεδόν 6 στους 10 απάντησαν ότι η διατροφή τους είναι καλή ή πολύ καλή ενώ 1 στους 10 απάντησε ότι η διατροφή του είναι κακή. Επιπλέον περισσότεροι από 6 στους 10 δηλώνουν ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι με τους κοινωνικούς ρόλους που έχουν αναλάβει και τις κοινωνικές δραστηριότητες έχουν αναπτύξει. Ακόμα 3 στους 4 δηλώνουν ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι τους. Τέλος, μόλις λίγο περισσότεροι από τους μισούς δηλώνουν ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι με την εργασία ή την απασχόληση που έχουν.

Γράφημα 17: Στοιχείο N1 του ερωτηματολογίου WHOQOL “Πόσο καλή είναι και πόσο πολύ καλύπτει τις ανάγκες σας η διατροφή σας;”



Γράφημα 18: Στοιχεία N2, N3 και N4 του ερωτηματολογίου WHOQOL



Ακολουθώντας, με βάση τις οδηγίες των κατασκευαστών του ερωτηματολογίου, υπολογίστηκε το σκορ των επιμέρους διαστάσεων (σωματική υγεία, ψυχική υγεία, κοινωνικές σχέσεις, περιβάλλον), καθώς και το σκορ για την ποιότητα ζωής και της γενικής κατάστασης της υγείας. Οι επιμέρους διαστάσεις υπολογίστηκαν στην κλίμακα 0-100 της αρχικής έκδοσης του ερωτηματολογίου WHOQOL-100 προκειμένου να είναι εφικτή η σύγκριση των αποτελεσμάτων με έρευνες ανεξαρτήτως της έκδοσης του WHOQOL που έχουν χρησιμοποιήσει.

Στον πίνακα 7, παρουσιάζονται τα βασικά στατιστικά μέτρα των αποτελεσμάτων από τα σκορ των επιμέρους διαστάσεων στην κλίμακα 0-100.

Πίνακας 7: Στατιστικά μέτρα των επιμέρους διαστάσεων του WHOQOL

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Σωματική υγεία	25.0	100.0	68.0	14.61
Ψυχική υγεία	25.0	91.7	64.6	12.24
Κοινωνικές σχέσεις	16.7	100.0	67.8	16.91
Περιβάλλον	14.3	100.0	59.9	13.86

Ο πίνακας 8 περιλαμβάνει τα βασικά στατιστικά μέτρα του συνολικού σκορ από το ερωτηματολόγιο της ποιότητας ζωής, με την μέση τιμή να ανέρχεται σε $\mu=64,84 \pm 11,85$, η διάμεσος τιμή ισούται με $m=64,43$, την ελάχιστη τιμή που καταγράφηκε να είναι $\min=23,8$ και την μέγιστη να είναι $\max=96,1$. Σημειώνεται ότι

η κλίμακα εξάγει μία συνολική βαθμολογία ως το μέσο άθροισμα των βαθμών της κάθε διάστασης με τις υψηλότερες τιμές να υποδεικνύουν υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής.

Πίνακας 8: Στατιστικά μέτρα του συνολικού σκορ του WHOQOL

Μέση τιμή	64.84
Τυπική απόκλιση	11.85
Διάμεσος τιμή	64.43
Ελάχιστη τιμή	23.8
Μέγιστη τιμή	96.13

Τέλος, ο πίνακας 9 παρουσιάζει τα βασικά στατιστικά μέτρα του σκορ το σκορ για την ποιότητα ζωής και της γενικής κατάστασης της υγείας. Η ποιότητα ζωής σημειώνει μέση τιμή $\mu=3,7\pm 0,74$ ενώ η γενική κατάσταση της υγείας σημειώνει μέση τιμή $\mu=3,4\pm 0,77$.

Πίνακας 9: Στατιστικά μέτρα ποιότητας ζωής και γενική κατάσταση της υγείας

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος τιμή
“Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;”	3.7	0.74	4.0
“Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;”	3.4	0.76	3.0

4.2 Επαγωγική στατιστική

Στην παρούσα ενότητα, γίνεται χρήση μεθόδων επαγωγικής στατιστικής προκειμένου να διερευνηθούν οι συσχετίσεις ανάμεσα στις διαστάσεις των αρνητικών συμπεριφορών και της ποιότητας ζωής, με τις ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας οι οποίες θεωρούνται τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των 97 διοικητικών εργαζομένων του νοσοκομείου Κορίνθου. Αρχικά, λαμβάνει χώρα έλεγχος κανονικότητας για όλες τις συνεχείς μεταβλητές της έρευνας. Ακολούθως, παρουσιάζονται οι έλεγχοι συσχετίσεων για τις διαστάσεις των αρνητικών συμπεριφορών, της ποιότητας ζωής καθώς και οι μεταξύ τους σχέσεις.

4.2.1 Έλεγχοι κανονικότητας

Για κάθε συνεχή μεταβλητή της έρευνας, θα πρέπει να είναι γνωστό εάν ακολουθεί ή όχι την κανονική κατανομή. Αυτό είναι αναγκαίο ώστε στην συνέχεια κατά την διερεύνηση των συσχετίσεων και με βάση τη θεωρία της στατιστικής επιστήμης, να επιλεγεί ο κατάλληλος έλεγχος για κάθε περίπτωση συνεχούς μεταβλητής. Ο πίνακας 10, παρουσιάζει τα αποτελέσματα του ελέγχου κανονικότητας που πραγματοποιήθηκε. Από εκεί φαίνεται ότι η μοναδική συνεχής μεταβλητή η οποία ακολουθεί την κανονική κατανομή είναι το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου της ποιότητας ζωής ($p=0.200 > 0.05$).

Πίνακας 10: Έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov–Smirnov συνεχών μεταβλητών

Συνεχής μεταβλητή έρευνας	Statistic	Sig.
Ηλικία	0.135	.001
Έτη εργασίας σε νοσοκομείο	0.158	.000
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο	0.163	.000
Μέσο σκορ NAQ-R	0.166	.000
Προσωπικός Εκφοβισμός	0.187	.000
Σωματικός εκφοβισμός	0.285	.000
Εργασιακός εκφοβισμός	0.160	.000
Σωματική υγεία (κλίμακα 0-100)	0.106	.033
Ψυχική υγεία (κλίμακα 0-100)	0.137	.001
Κοινωνικές σχέσεις (κλίμακα 0-100)	0.124	.005
Περιβάλλον (κλίμακα 0-100)	0.112	.018
Συνολικό σκορ ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής	0.069	.200*

4.2.2 Διερεύνηση συσχετίσεων για τις αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας

Αρχικά, ως εξαρτημένες μεταβλητές θα θεωρηθούν οι τρεις διαστάσεις του ερωτηματολογίου των αρνητικών συμπεριφορών (προσωπικός εκφοβισμός, σωματικός εκφοβισμός και εργασιακός εκφοβισμός). Στον πίνακα 11, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διερεύνησης συσχετίσεων με εξαρτημένη μεταβλητή τον προσωπικό εκφοβισμό και τις ανεξάρτητες μεταβλητές, δηλαδή τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος, καθώς και την στήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον.

Πίνακας 11: Συσχετίσεις ανάμεσα στον προσωπικό εκφοβισμό και τις ανεξάρτητες μεταβλητές

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέσο σκορ	Τυπική απόκλιση	P value
Φύλο			0.021^a
• Άνδρας	1.99	0.97	
• Γυναίκα	1.60	0.77	
Ηλικία		-0.35*	0.741 ^b
Οικογενειακή κατάσταση			0.630 ^c
• Έγγαμος/η	1.78	0.90	
• Άγαμος/η	1.68	0.87	
• Διαζευγμένος/η	1.60	0.67	
• Σε Διάσταση – Χήρος/α	1.42	0.35	
Τέκνα			0.243 ^a
• Ναι	1.79	0.93	
• Όχι	1.55	0.59	
Διαμονή			0.312 ^a
• Μόνος	1.89	0.92	
• Με άλλους	1.66	0.83	
Ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης			0.041^c
• Δευτεροβάθμια	1.76	0.86	
• ΑΕΙ - ΤΕΙ	1.53	0.77	
• Μεταπτυχιακό	1.87	0.51	
• Διδακτορικό	4.58	-	
Έτη εργασίας σε νοσοκομείο		0.127*	0.234 ^b
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		0.094*	0.389 ^b
Πιστεύετε ότι το οικογενειακό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;			0.221 ^a
• Ναι	1.71	0.85	
• Όχι	2.14	0.70	
Πιστεύετε ότι το φιλικό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;			0.111
• Ναι	1.68	0.84	
• Όχι	1.97	0.93	

^a Mann-Whitney test, ^b Pearson correlation, ^c Kruskal Wallis test

*Pearson correlation coefficient

Από την διερεύνηση των συσχετίσεων που παρουσιάζει ο πίνακας 11, φαίνεται ότι προκύπτουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στον προσωπικό εκφοβισμό με το φύλο ($p=0,021$) και το επίπεδο εκπαίδευσης ($p=0,041$). Πιο συγκεκριμένα, σχετικά με το φύλο οι άντρες σημειώνουν υψηλότερο μέσο σκορ προσωπικού εκφοβισμού ($\mu=1,99\pm 0,77$) σε σύγκριση με τις γυναίκες. Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, τα άτομα με μεταπτυχιακό ($\mu=1,87\pm 0,51$) εμφανίζουν το υψηλότερο μέσο σκορ προσωπικού εκφοβισμού (εξαιρουμένης της κατηγορίας διδακτορικού η οποία περιλαμβάνει μόνο ένα άτομο στο δείγμα), ενώ οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ΑΕΙ – ΤΕΙ εμφανίζουν το χαμηλότερο μέσο σκορ ($\mu=1,53\pm 0,51$).

Ακολούθως, στον πίνακα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διερεύνησης συσχετίσεων με εξαρτημένη μεταβλητή τον σωματικό εκφοβισμό και τις ανεξάρτητες μεταβλητές, δηλαδή τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά καθώς και την στήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον.

Πίνακας 12: Συσχετίσεις ανάμεσα στον σωματικό εκφοβισμό και τις ανεξάρτητες μεταβλητές

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέσο σκορ	Τυπική απόκλιση	P value
Φύλο			0.089 ^a
• Άνδρας	1.94	1.12	
• Γυναίκα	1.61	0.90	
Ηλικία		-0.71 [*]	0.489 ^b
Οικογενειακή κατάσταση			0.552 ^c
• Έγγαμος/η	1.80	1.06	
• Άγαμος/η	1.68	1.00	
• Διαζευγμένος/η	1.40	0.53	
• Σε Διάσταση – Χήρος/α	1.83	1.18	
Τέκνα			0.445 ^a
• Ναι	1.75	1.04	
• Όχι	1.55	0.72	
Διαμονή			0.661 ^a
• Μόνος	1.82	1.04	
• Με άλλους	1.65	0.95	

Ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης			0.168 ^c
• Δευτεροβάθμια	1.69	0.95	
• ΑΕΙ - ΤΕΙ	1.63	0.99	
• Μεταπτυχιακό	1.87	0.71	
• Διδακτορικό	4.67	-	
Έτη εργασίας σε νοσοκομείο	0.044*		0.672 ^b
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο	-0.024*		0.820 ^b
Πιστεύετε ότι το οικογενειακό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;			0.701 ^a
• Ναι	1.72	1.00	
• Όχι	1.50	0.33	
Πιστεύετε ότι το φιλικό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;			0.183 ^a
• Ναι	1.70	0.98	
• Όχι	1.87	0.99	

a Mann-Whitney test, b Pearson correlation, c Kruskal Wallis test

*Pearson correlation coefficient

Από την διερεύνηση των συσχετίσεων που παρουσιάζει ο πίνακας 12, δεν εμφανίζεται κάποια στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στον σωματικό εκφοβισμό και τις ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας. Συνεπώς ο σωματικός εκφοβισμός δεν φαίνεται να εξαρτάται από αυτά τα χαρακτηριστικά.

Ακολουθως, στον πίνακα 13 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διερεύνησης συσχετίσεων με εξαρτημένη μεταβλητή τον εργασιακό εκφοβισμό και τις ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας.

Πίνακας 13: Συσχετίσεις ανάμεσα στον εργασιακό εκφοβισμό και τις ανεξάρτητες μεταβλητές

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέσο σκορ	Τυπική απόκλιση	P value
Φύλο			
• Άνδρας	2.21	0.98	0.425 ^a
• Γυναίκα	2.04	0.89	
Ηλικία	-0.007*		0.950 ^b
Οικογενειακή κατάσταση			
• Έγγαμος/η	2.20	0.93	0.407 ^c

• Άγαμος/η	1.88	0.80	
• Διαζευγμένος/η	2.07	1.10	
• Σε Διάσταση – Χήρος/α	1.86	0.40	
Τέκνα			
• Ναι	2.16	0.97	0.315 ^a
• Όχι	1.92	0.76	
Διαμονή			
• Μόνος	2.13	0.79	0.425 ^a
• Με άλλους	2.06	0.95	
Ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης			
• Δευτεροβάθμια	2.01	0.86	0.030^c
• ΑΕΙ - ΤΕΙ	2.01	0.96	
• Μεταπτυχιακό	2.80	0.92	
• Διδακτορικό	-	-	
Έτη εργασίας σε νοσοκομείο	0.185*		0.085 ^b
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο	0.094*		0.094 ^b
Πιστεύετε ότι το οικογενειακό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;			
• Ναι	2.09	0.93	0.425 ^a
• Όχι	2.21	0.58	
Πιστεύετε ότι το φιλικό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;			
• Ναι	2.08	0.96	0.250 ^a
• Όχι	2.20	0.68	

^a Mann-Whitney test, ^b Pearson correlation, ^c Kruskal Wallis test

*Pearson correlation coefficient

Από την διερεύνηση των συσχετίσεων που παρουσιάζει ο πίνακας 13, προκύπτει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στον εργασιακό εκφοβισμό και το επίπεδο εκπαίδευσης ($p=0,030$). Φαίνεται ότι τα άτομα με μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών ($\mu=2,80\pm 0,92$) σημειώνουν σημαντικά υψηλότερο σκορ στον εργασιακό εκφοβισμό σε σύγκριση με τα άτομα δευτεροβάθμιας ($\mu=2,01\pm 0,86$) και τριτοβάθμιας ($\mu=2,01\pm 0,96$) εκπαίδευσης.

Κλείνοντας την τρέχουσα υπό-ενότητα, ο πίνακας 13.1 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της διερεύνησης συσχετίσεων με εξαρτημένη μεταβλητή το συνολικό μέσο σκορ του ερωτηματολογίου των αρνητικών συμπεριφορών στην εργασία.

Πίνακας 13.1: Συσχετίσεις ανάμεσα στον συνολικό μέσο σκορ NAQ-R και τις ανεξάρτητες μεταβλητές

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέσο σκορ	Τυπική απόκλιση	P value
Φύλο			0.138 ^a
• Άνδρας	1.96	0.86	
• Γυναίκα	1.71	0.72	
Ηλικία		-0.015*	0.890 ^b
Οικογενειακή κατάσταση			0.448 ^c
• Έγγαμος/η	1.87	0.83	
• Άγαμος/η	1.64	0.66	
• Διαζευγμένος/η	1.75	0.77	
• Σε Διάσταση – Χήρος/α	1.61	0.48	
Τέκνα			0.295 ^a
• Ναι	1.84	0.82	
• Όχι	1.66	0.63	
Διαμονή			0.542 ^a
• Μόνος	1.82	0.66	
• Με άλλους	1.75	0.79	
Ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης			0.022^c
• Δευτεροβάθμια	1.84	0.86	
• ΑΕΙ - ΤΕΙ	1.58	0.60	
• Μεταπτυχιακό	2.16	0.58	
• Διδακτορικό	-	-	
Έτη εργασίας σε νοσοκομείο		0.165*	0.131 ^b
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		0.080*	0.476 ^b
Πιστεύετε ότι το οικογενειακό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;			0.244 ^a
• Ναι	1.77	0.77	
• Όχι	2.14	0.59	
Πιστεύετε ότι το φιλικό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;			0.144 ^a
• Ναι	1.77	0.81	
• Όχι	1.88	0.48	

^a Mann-Whitney test, ^b Pearson correlation, ^c Kruskal Wallis test

*Pearson correlation coefficient

Από την διερεύνηση των συσχετίσεων που παρουσιάζει ο πίνακας 13.1, προκύπτει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο συνολικό μέσο σκορ του NAQ-R και το επίπεδο εκπαίδευσης ($p=0,022$). Πιο συγκεκριμένα, προκύπτει και πάλι ότι τα άτομα με μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών ($\mu=2,16\pm 0,58$) σημειώνουν σημαντικά υψηλότερο μέσο σκορ στο ερωτηματολόγιο των αρνητικών συμπεριφορών σε σύγκριση με τα άτομα δευτεροβάθμιας ($\mu=1,84\pm 0,86$) και τριτοβάθμιας ($\mu=1,58\pm 0,60$) εκπαίδευσης.

4.2.3 Διερεύνηση συσχετίσεων για την ποιότητα ζωής

Στον πίνακα 14, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διερεύνησης συσχετίσεων με εξαρτημένη μεταβλητή την σωματική υγεία και τις ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας.

Πίνακας 14: Συσχετίσεις ανάμεσα στην σωματική υγεία και τις ανεξάρτητες μεταβλητές

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέσο σκορ	Τυπική απόκλιση	P value
Φύλο			0.589 ^a
• Άνδρας	68.93	13.56	
• Γυναίκα	67.53	15.14	
Ηλικία		-0.172 [*]	0.095 ^b
Οικογενειακή κατάσταση			0.680 ^c
• Έγγαμος/η	68.75	14.29	
• Άγαμος/η	67.26	15.72	
• Διαζευγμένος/η	67.35	15.40	
• Σε Διάσταση – Χήρος/α	58.93	7.58	
Τέκνα			0.842 ^a
• Ναι	68.06	14.84	
• Όχι	68.29	14.22	
Διαμονή			0.848 ^a
• Μόνος	69.17	12.50	
• Με άλλους	68.29	14.64	
Ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης			0.245 ^c
• Δευτεροβάθμια	67.79	13.43	

• ΑΕΙ - ΤΕΙ	67.65	14.15	
• Μεταπτυχιακό	73.41	20.45	
• Διδακτορικό	39.29	-	
Έτη εργασίας σε νοσοκομείο	-0.092*		0.383 ^b
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο	-0.063*		0.552 ^b
Πιστεύετε ότι το οικογενειακό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;			0.518 ^a
• Ναι	68.05	14.84	
• Όχι	66.07	8.50	
Πιστεύετε ότι το φιλικό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;			0.798 ^a
• Ναι	67.94	14.74	
• Όχι	68.11	14.32	

a Mann-Whitney test, b Pearson correlation, c Kruskal Wallis test

*Pearson correlation coefficient

Από την διερεύνηση των συσχετίσεων που παρουσιάζει ο πίνακας 14, δεν εμφανίζεται κάποια στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην σωματική υγεία και τις ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας.

Ο πίνακας 15, παρουσιάζει τα αποτελέσματα της διερεύνησης συσχετίσεων με εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχική υγεία και τις ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας.

Πίνακας 15: Συσχετίσεις ανάμεσα στην ψυχική υγεία και τις ανεξάρτητες μεταβλητές

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέσο σκορ	Τυπική απόκλιση	P value
Φύλο			0.674 ^a
• Άνδρας	65.09	13.61	
• Γυναίκα	64.37	11.70	
Ηλικία	-0.198*		0.045^b
Οικογενειακή κατάσταση			0.530 ^c
• Έγγαμος/η	66.52	10.72	
• Άγαμος/η	61.46	15.51	
• Διαζευγμένος/η	62.80	10.52	

• Σε Διάσταση – Χήρος/α	60.42	20.62	
Τέκνα			0.902 ^a
• Ναι	64.76	12.09	
• Όχι	64.83	12.56	
Διαμονή			0.296 ^a
• Μόνος	61.40	14.36	
• Με άλλους	65.77	11.65	
Ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης			0.335 ^c
• Δευτεροβάθμια	64.42	11.11	
• ΑΕΙ - ΤΕΙ	65.12	12.58	
• Μεταπτυχιακό	67.50	11.25	
• Διδακτορικό	25.00	-	
Έτη εργασίας σε νοσοκομείο	-0.072*		0.492 ^b
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο	-0.071*		0.508 ^b
Πιστεύετε ότι το οικογενειακό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;			0.761 ^a
• Ναι	64.63	12.47	
• Όχι	63.54	5.24	
Πιστεύετε ότι το φιλικό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;			0.613 ^a
• Ναι	64.79	12.72	
• Όχι	63.39	9.27	

α Mann-Whitney test, b Pearson correlation, c Kruskal Wallis test

*Pearson correlation coefficient

Από την διερεύνηση των συσχετίσεων που παρουσιάζει ο πίνακας 15, παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ψυχική υγεία και την ηλικία του ατόμου ($p=0,045$). Η σχέση αυτή είναι ασθενής και αρνητική ($r=-198$), δηλαδή όσο μεγαλύτερη η ηλικία τόσο χαμηλότερο το σκορ στην διάσταση της ψυχικής υγείας.

Στον πίνακα 16, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διερεύνησης συσχετίσεων με εξαρτημένη μεταβλητή τις κοινωνικές σχέσεις και τις ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας.

Πίνακας 16: Συσχετίσεις ανάμεσα στις κοινωνικές σχέσεις και τις ανεξάρτητες μεταβλητές

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέσο σκορ	Τυπική απόκλιση	P value
Φύλο			
• Άνδρας	66.94	21.16	0.760 ^a
• Γυναίκα	68.18	14.76	
Ηλικία		-0.054*	0.606 ^b
Οικογενειακή κατάσταση			
• Έγγαμος/η	70.09	15.95	0.481 ^c
• Άγαμος/η	63.19	18.04	
• Διαζευγμένος/η	69.05	15.13	
• Σε Διάσταση – Χήρος/α	50.00	35.36	
Τέκνα			
• Ναι	68.45	17.31	0.594 ^a
• Όχι	66.00	16.30	
Διαμονή			
• Μόνος	65.79	18.82	0.429 ^a
• Με άλλους	68.58	15.76	
Ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης			
• Δευτεροβάθμια	66.50	17.04	0.244 ^c
• ΑΕΙ - ΤΕΙ	70.59	15.52	
• Μεταπτυχιακό	70.00	13.72	
• Διδακτορικό	16.67	-	
Έτη εργασίας σε νοσοκομείο		0.037*	0.723 ^b
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		-0.011*	0.919 ^b
Πιστεύετε ότι το οικογενειακό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;			
• Ναι	68.30	16.72	0.182 ^a
• Όχι	56.25	19.69	
Πιστεύετε ότι το φιλικό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;			
• Ναι	69.11	17.00	0.023^a
• Όχι	60.12	14.68	

^a Mann-Whitney test, ^b Pearson correlation, ^c Kruskal Wallis test

*Pearson correlation coefficient

Από την διερεύνηση των συσχετίσεων που παρουσιάζει ο πίνακας 16, παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις κοινωνικές σχέσεις και την στήριξη του ατόμου από το φιλικό περιβάλλον ($p=0,023$). Τα άτομα που δηλώνουν ότι έχουν στήριξη από το φιλικό περιβάλλον ($\mu=69,11\pm 17,00$) σημειώνουν σημαντικά υψηλότερο μέσο σκορ συγκριτικά με τα άτομα που δηλώνουν ότι δεν έχουν στήριξη από το φιλικό περιβάλλον ($\mu=60,12\pm 14,68$).

Στον πίνακα 17, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διερεύνησης συσχετίσεων με εξαρτημένη μεταβλητή το περιβάλλον και τις ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας.

Πίνακας 17: Συσχετίσεις ανάμεσα στο περιβάλλον και τις ανεξάρτητες μεταβλητές

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέσο σκορ	Τυπική απόκλιση	P value
Φύλο			
• Άνδρας	59.05	19.03	0.878 ^a
• Γυναίκα	60.33	10.85	
Ηλικία	-0.197*		0.047^b
Οικογενειακή κατάσταση			
• Έγγαμος/η	60.78	14.73	0.901 ^c
• Άγαμος/η	58.57	13.72	
• Διαζευγμένος/η	58.93	7.38	
• Σε Διάσταση – Χήρος/α	60.71	35.36	
Τέκνα			
• Ναι	59.52	14.82	0.809 ^a
• Όχι	60.86	11.32	
Διαμονή			
• Μόνος	59.21	15.07	0.848 ^a
• Με άλλους	60.23	13.90	
Ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης			
• Δευτεροβάθμια	58.40	14.41	0.087 ^c
• ΑΕΙ - ΤΕΙ	62.23	10.10	
• Μεταπτυχιακό	64.64	14.23	
• Διδακτορικό	14.29	-	
Έτη εργασίας σε νοσοκομείο	0.055*		0.605 ^b

Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο	0.071*		0.507 ^b
Πιστεύετε ότι το οικογενειακό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;			0.723 ^a
• Ναι	59.97	14.06	
• Όχι	58.93	9.45	
Πιστεύετε ότι το φιλικό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;			0.044^a
• Ναι	60.93	14.11	
• Όχι	54.08	11.02	

α Mann-Whitney test, b Pearson correlation, c Kruskal Wallis test

*Pearson correlation coefficient

Από την διερεύνηση των συσχετίσεων που παρουσιάζει ο πίνακας 17, παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο περιβάλλον και την ηλικία του ατόμου ($p=0,047$). Η σχέση αυτή είναι ασθενής και αρνητική ($r=-0,197$), δηλαδή όσο μεγαλύτερη η ηλικία τόσο χαμηλότερο το σκορ στην διάσταση του περιβάλλοντος. Επιπλέον, εμφανίζεται στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην διάσταση της ποιότητας ζωής που αφορά το περιβάλλον και την στήριξη από το φιλικό περιβάλλον των ατόμων ($p=0,044$). Τα άτομα που δηλώνουν ότι έχουν στήριξη από το φιλικό τους περιβάλλον ($\mu=60,93\pm 14,11$) σημειώνουν σημαντικά υψηλότερο μέσο σκορ συγκριτικά με τα άτομα που δηλώνουν ότι δεν έχουν στήριξη από το φιλικό περιβάλλον ($\mu=54,08\pm 11,02$).

Στον πίνακα 18, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διερεύνησης συσχετίσεων με εξαρτημένη μεταβλητή το συνολικό επίπεδο ποιότητας ζωής. Από την διερεύνηση των συσχετίσεων, εμφανίζεται στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και την ηλικία. Η σχέση αυτή είναι ασθενής και αρνητική, δηλαδή όσο μικρότερη η ηλικία του ατόμου τόσο καλύτερη η ποιότητα ζωής του.

Πίνακας 18: Συσχετίσεις ανάμεσα στη ποιότητα ζωή και τις ανεξάρτητες μεταβλητές

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέσο σκορ	Τυπική απόκλιση	P value
Φύλο			0.708 ^a
• Άνδρας	64.74	14.09	
• Γυναίκα	64.89	10.79	
Ηλικία	-0.197*		0.042^b
Οικογενειακή κατάσταση			0.754 ^c

• Έγγαμος/η	66.48	11.19	
• Άγαμος/η	61.69	13.71	
• Διαζευγμένος/η	64.53	9.24	
• Σε Διάσταση – Χήρος/α	57.51	24.73	
Τέκνα			
• Ναι	65.19	12.22	0.897 ^a
• Όχι	61.10	11.03	
Διαμονή			
• Μόνος	63.89	13.04	0.865 ^a
• Με άλλους	65.46	11.40	
Ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης			
• Δευτεροβάθμια	64.12	11.01	0.225 ^c
• ΑΕΙ - ΤΕΙ	66.07	10.72	
• Μεταπτυχιακό	69.08	13.06	
• Διδακτορικό	23.81	-	
Έτη εργασίας σε νοσοκομείο		-0.013*	0.905 ^b
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		-0.022*	0.842 ^b
Πιστεύετε ότι το οικογενειακό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;			
• Ναι	65.01	12.05	0.357 ^a
• Όχι	61.20	5.78	
Πιστεύετε ότι το φιλικό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;			
• Ναι	65.46	12.40	0.131 ^a
• Όχι	61.43	7.59	

α Mann-Whitney test, b Pearson correlation, c Kruskal Wallis test

*Pearson correlation coefficient

4.2.4 Συσχετίσεις ανάμεσα στις αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας και την ποιότητα ζωής των ατόμων

Η τελευταία αυτή υπό-ενότητα στην στατιστική συμπερασματολογία, παρουσιάζει τις σχέσεις ανάμεσα στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου των αρνητικών συμπεριφορών και τις αντίστοιχες διαστάσεις από το ερωτηματολόγιο της ποιότητας ζωής. Ο πίνακας 19, αποτελεί έναν πίνακα συσχετίσεων, όπου παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα σε όλες τις διαστάσεις των δύο ερωτηματολογίων, όπως αυτές υπολογίζονται με την χρήση του κατάλληλου ελέγχου Pearson Correlation Coefficient. Επιπλέον, ο πίνακας περιλαμβάνει και τον συντελεστή συσχέτισης r , για τις υπό εξέταση μεταβλητές, προκειμένου να αποδοθεί η κατεύθυνση (θετική ή αρνητική) και η ένταση (ασθενής, μέτρια, ισχυρή) ανάμεσα στις σχέσεις.

Πίνακας 19: Πίνακας συσχετίσεων ανάμεσα στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων NAQ-R και WHOQOL

		Προσωπικός Εκφοβισμός	Σωματικός εκφοβισμός	Εργασιακός εκφοβισμός	Σωματική υγεία	Ψυχική υγεία	Κοινωνικές σχέσεις
1. Προσωπικός Εκφοβισμός	“Pearson Correlation”	1	0.893**	0.849**	-0.233*	-0.165	-0.107
	“Sig. (2-tailed)”		0.000	0.000	0.027	0.121	0.315
2. Σωματικός εκφοβισμός	“Pearson Correlation”	0.893**	1	0.777**	-0.299**	-0.128	-0.071
	“Sig. (2-tailed)”	0.000		0.000	0.003	0.215	0.494
3. Εργασιακός εκφοβισμός	“Pearson Correlation”	0.849**	0.777**	1	0.027	0.098	0.017
	“Sig. (2-tailed)”	0.000	0.000		0.801	0.357	0.876
4. Σωματική υγεία	“Pearson Correlation”	-0.233*	-0.299**	0.027	1	0.715**	0.480**
	“Sig. (2-tailed)”	0.027	0.003	0.801		0.000	0.000
5. Ψυχική υγεία	“Pearson Correlation”	-0.165	-0.128	0.098	0.715**	1	0.586**
	“Sig. (2-tailed)”	0.121	0.215	0.357	0.000		0.000
6. Κοινωνικές σχέσεις	“Pearson Correlation”	-0.107	-0.071	0.017	0.480**	0.586**	1
	“Sig. (2-tailed)”	0.315	0.494	0.876	0.000	0.000	
7. Περιβάλλον	“Pearson Correlation”	-0.058	-0.001	0.108	0.410**	0.544**	0.548**
	“Sig. (2-tailed)”	0.592	0.990	0.312	0.000	0.000	0.000

**”Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)”

*”Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)”

Από τον πίνακα 19 προκύπτουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις, οι οποίες είναι οι εξής:

- Η διάσταση του προσωπικού εκφοβισμού συσχετίζεται θετικά και ισχυρά με τις δύο άλλες διαστάσεις του ερωτηματολογίου, τον σωματικό εκφοβισμό ($p=0.000$, $r=0.893$) και τον εργασιακό εκφοβισμό ($p=0.000$, $r=0.849$). Δηλαδή όσο υψηλότερο σκορ σημειώνεται σε κάθε μια από αυτές τις διαστάσεις, τόσο υψηλότερο το σκορ και των άλλων δύο διαστάσεων.
- Ο σωματικός εκφοβισμός παρουσιάζει θετική και ισχυρή σχέση με τον εργασιακό εκφοβισμό ($p=0.000$, $r=0.548$).
- Επιπλέον, η διάσταση του προσωπικού εκφοβισμού από τις αρνητικές συμπεριφορές συσχετίζεται και με την διάσταση της σωματικής υγείας ($p=0.027$) από το ερωτηματολόγιο της ποιότητας ζωής. Η μεταξύ τους σχέση είναι αρνητική και ασθενής ($r=-0.233$), δηλαδή όσο υψηλότερο το σκορ στην διάσταση του προσωπικού εκφοβισμού, τόσο χαμηλότερο το σκορ στην διάστασης της σωματικής υγείας.
- Ακόμα, η διάσταση του σωματικού εκφοβισμού, συσχετίζεται με την διάσταση της σωματικής υγείας του ερωτηματολογίου της ποιότητας ζωής ($p=0.003$). Η σχέση αυτή είναι επίσης αρνητική και ασθενής ($r=-0.299$), δηλαδή όσο υψηλότερο το σκορ στην διάσταση του σωματικού εκφοβισμού, τόσο χαμηλότερο το σκορ στην διάστασης της σωματικής υγείας.
- Όλες οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής συσχετίζονται μεταξύ τους. Έτσι η σωματική υγεία εμφανίζει θετική και ισχυρή σχέση με την ψυχική υγεία ($p=0.000$, $r=0.715$), θετική και μέτρια σχέση με τις κοινωνικές σχέσεις ($p=0.000$, $r=0.480$) και θετική και μέτρια σχέση με το περιβάλλον ($p=0.000$, $r=0.410$).
- Η ψυχική υγεία εμφανίζει θετική και μέτρια σχέση με τις κοινωνικές σχέσεις ($p=0.000$, $r=0.586$) και το περιβάλλον ($p=0.000$, $r=0.544$).
- Τέλος, οι κοινωνικές σχέσεις εμφανίζουν θετική και μέτρια σχέση με το περιβάλλον ($p=0.000$, $r=0.548$).

Κεφάλαιο 5: Συζήτηση και Συμπεράσματα

5.1 Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 97 άτομα, τα οποία είναι διοικητικοί εργαζόμενοι του νοσοκομείου Κορίνθου, προκειμένου να διερευνηθούν οι αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας και οι επιπτώσεις τους στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος, οι συμμετέχοντες εργάζονται στον ίδιο φορέα κατά μέσο όρο για $\mu = 12 \pm 9,5$ έτη και στην πλειοψηφία τους δηλώνουν ότι έχουν καλή κατάσταση υγείας ενώ σχεδόν 1 στους 3 να αναφέρει κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα.

Από την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν κατά την διενέργεια της έρευνας, αποτυπώνονται μέτρια επίπεδα αρνητικών συμπεριφορών στους διοικητικούς εργαζόμενους του νοσοκομείου συγκριτικά με άλλες μελέτες. Πιο συγκεκριμένα, προκύπτει ότι το 24,1% του δείγματος είναι θύμα σοβαρών αρνητικών συμπεριφορών ενώ το 31,1% χαρακτηρίζεται ως θύμα περιστασιακών αρνητικών συμπεριφορών. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ιαπωνία, σε δείγμα 1.152 επαγγελματιών υγείας, το ποσοστό των ατόμων που υπολογίστηκε ότι έχουν υποστεί σοβαρές αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας ήταν μικρότερο από αυτό της παρούσας μελέτης καθώς ανήλθε σε 18,5% (Yokoyama et al., 2016). Αντίθετα, υψηλότερη συχνότητα αρνητικών συμπεριφορών καταγράφηκε σε αντίστοιχη έρευνα που διερεύνησε το φαινόμενο του mobbing στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, καθώς το 41,3% των συμμετεχόντων αναφέρεται ως θύμα σοβαρού mobbing, ενώ το 27,5% ως θύμα περιστασιακού mobbing (Κατσουνάκης και συν., 2018).

Σύμφωνα με την αξιολόγηση του βαθμού αναγνώρισης των αρνητικών συμπεριφορών που υφίστανται τα άτομα με βάση τον ορισμό της ηθικής παρενόχλησης στην εργασία που δόθηκε στα πλαίσια της έρευνας, συχνές αρνητικές συμπεριφορές (δηλαδή συχνότερα από εβδομαδιαία βάση) αναφέρει ότι υφίσταται το 7,3% του δείγματος, ενώ μόλις το 63,9% δηλώνει ότι δεν έχει υποστεί ποτέ κάποια αρνητική συμπεριφορά στον χώρο εργασίας. Στην έρευνα των Κατσουνάκη και συν. (2018) τα

αντίστοιχα ποσοστά που καταγράφηκαν ήταν 6,3% και 56,3%. Πρόσφατη μελέτη που διερεύνησε τις αρνητικές συμπεριφορές σε επαγγελματίες υγείας των νοσοκομείων ΑΧΕΠΑ και Ιπποκράτειο της Θεσσαλονίκης, σε δείγμα 194 ατόμων το ποσοστό των διοικητικών εργαζομένων που ανέφεραν ότι βιώνουν συχνά αρνητικές συμπεριφορές στην εργασία ανήλθε σε 6,3% ενώ το 43,8% ανέφερε ότι δεν έχει υποστεί ποτέ αρνητικές συμπεριφορές (Δελόγλου, 2022). Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε για το bullying στο εργασιακό χώρο σε δείγμα 206 εργαζομένων από τυχαία δειγματοληψία σε όλη την χώρα, συχνές αρνητικές συμπεριφορές αναφέρθηκαν από το 29,3% ενώ το 45,1% ανέφερε ότι δεν έχει υποστεί ποτέ αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας (Τσαπαρέλης, 2019).

Η μέση τιμή του σκορ που σημείωσαν οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα στο ερωτηματολόγιο των αρνητικών συμπεριφορών ανέρχεται σε $\mu=1,79\pm 0,77$. Σε μια συστηματική ανασκόπηση και μετά-ανάλυση των δεδομένων από τους Serafin et al. (2020), σε δείγμα 2.284 εργαζομένων σε νοσοκομεία που προήλθαν από 7 μελέτες από την περιοχή της Ευρώπης και της Ασίας, η μέση τιμή του NAQ-r που παρατηρήθηκε ήταν ελαφρώς χαμηλότερη από αυτήν της παρούσας έρευνας και ανήλθε σε $\mu=1,55$ (95% CI 1,51 – 1,60). Επιπλέον, σε άλλη αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 129 εργαζόμενους (διοικητικό προσωπικό και νοσηλευτές) του νοσοκομείου Γρεβενών, το αποτέλεσμα του συνολικού σκορ ήταν παραπλήσιο με αυτό της παρούσας έρευνας και υπολογίστηκε σε $\mu=1,80 \pm 0,72$ (Χάρμπη, 2021).

Ακολουθώντας, στις 3 ξεχωριστές κατηγορίες παρενόχλησης του ερωτηματολογίου NAQ-R, η μέση τιμή υπολογίστηκε σε $\mu=1,72 \pm 0,85$ για τον προσωπικό εκφοβισμό, $\mu=1,71 \pm 0,98$ για τον σωματικό εκφοβισμό και $\mu=2,09 \pm 0,92$ για τον εργασιακό εκφοβισμό. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 841 εργαζόμενους 5 δημόσιων νοσοκομείων της 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής, τα αποτελέσματα ήταν ελαφρώς βελτιωμένα σε σύγκριση με την παρούσα μελέτη καθώς οι μέσοι όροι στις κατηγορίες παρενόχλησης υπολογίστηκαν σε $\mu=1,6 \pm 0,6$ για τον προσωπικό εκφοβισμό, $\mu=1,5 \pm 0,6$ για τον σωματικό εκφοβισμό και $\mu=2,0 \pm 0,8$ για τον εργασιακό εκφοβισμό (Karatza et al., 2016). Ακόμα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 324 κλινικούς νοσηλευτές στην Κορέα, οι μέσες τιμές για κάθε κατηγορία παρενόχλησης ανήλθαν σε $\mu=1,85 \pm 0,90$ για τον προσωπικό εκφοβισμό, $\mu=2,37 \pm 1,04$ για τον σωματικό εκφοβισμό και $\mu=1,44 \pm$

0,57 για τον εργασιακό εκφοβισμό (Kim et al., 2019). Επιπρόσθετα, στην έρευνα της Χάρμπη (2020) οι επιμέρους τιμές για κάθε κατηγορία ήταν ελαφρώς υψηλότερες από αυτές της παρούσας μελέτης και συγκεκριμένα $\mu=1,73 \pm 0,73$ για τον προσωπικό εκφοβισμό και $\mu=2,46 \pm 1,2$ για τον εργασιακό εκφοβισμό.

Από την διερεύνηση των συσχετίσεων, στην παρούσα έρευνα προκύπτει ότι καθοριστικός παράγοντας για την διαμόρφωση του συνολικού μέσου σκορ των αρνητικών συμπεριφορών είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων, καθώς τα άτομα με ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης (μεταπτυχιακό) σημειώνουν σημαντικά υψηλότερο σκορ στο ερωτηματολόγιο των αρνητικών συμπεριφορών. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των (Yokoyama et al.), 2016, όπου καταγράφηκε ότι τα άτομα με μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών δέχονται bullying σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα άτομα χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου. Η ίδια έρευνα και σε αντίθεση με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, εμφανίζει επίσης ως καθοριστικούς παράγοντες την οικογενειακή κατάσταση καθώς και τα έτη εργασίας σε νοσοκομείο και τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Εντύπωση προκαλεί η απουσία συσχέτισης μεταξύ των ατόμων που εκτίθενται σε αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας και του φύλου, εύρημα ωστόσο που επιβεβαιώνει τον προϋπάρχουσα βιβλιογραφία. Αν και πλήθος μελετών στη βιβλιογραφία παρουσιάζουν ότι τα 2 στα 3 θύματα αρνητικών συμπεριφορών στην εργασία είναι γυναίκες (Alfano et al., 2012), δεν έχει αποδειχθεί ότι το φύλο αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στην έκθεση του ατόμου σε αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας (Stamarski et al., 2015).

Όσον αφορά τις επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου των αρνητικών συμπεριφορών, καθοριστικούς παράγοντες για τον προσωπικό εκφοβισμό φαίνεται ότι αποτελούν το φύλλο και το επίπεδο εκπαίδευσης, για τον εργασιακό εκφοβισμό το επίπεδο εκπαίδευσης ενώ δεν εμφανίζονται συσχετίσεις με τον προσωπικό εκφοβισμό. Η έρευνα των Karatza et al., (2016) επιβεβαιώνει την σχέση μεταξύ προσωπικού εκφοβισμού και εκπαιδευτικού επιπέδου, δεν συμβαίνει το ίδιο ωστόσο με το φύλλο. Αντίθετα, άλλοι παράγοντες που φαίνεται να συσχετίζονται είναι η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη τέκνων, τα έτη προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο, καθώς και η στήριξη από το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον. Επιπρόσθετα, στην ίδια έρευνα ως

καθοριστικοί παράγοντες του εργασιακού εκφοβισμού εμφανίζονται το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη τέκνων, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η στήριξη από το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον. Ακόμα, ο σωματικός εκφοβισμός συσχετίζεται με την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη τέκνων και την στήριξη από το φιλικό περιβάλλον. Φαίνεται δηλαδή ότι ο μόνος κοινός παράγοντας ανάμεσα στις δύο μελέτες εντοπίζεται στο εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζομένων.

Συνεχίζοντας την συζήτηση με τα ευρήματα που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής, τα σκορ του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF τυποποιήθηκαν στην ευρέως αποδεκτή κλίμακα σκορ 0-100 όπου οι μεγαλύτερες βαθμολογίες αντιπροσωπεύουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, η συνολική ποιότητα ζωής εμφανίζεται σε μέτρια επίπεδα καθώς η μέση τιμή υπολογίστηκε σε $\mu=64,84 \pm 11,85$. Παρόμοιο σκορ συνολικής ποιότητας ζωής εμφανίστηκε και σε πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 668 νοσηλευτές που εργάζονταν σε δημόσια νοσοκομεία στην Πολωνία κατά την διάρκεια της πανδημίας του Covid-19, καθώς το μέσο σκορ που σημειώθηκε ανήλθε σε $\mu=65,74 \pm 13,12$ (Tomaszewska et al., 2023).

Ως καθοριστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής στην παρούσα μελέτη εμφανίζεται μόνο η ηλικία του ατόμου με αρνητική συσχέτιση. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με τα αντίστοιχα ευρήματα που παρουσιάστηκαν σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 196 εργαζόμενους σε δομές υγείας στην Μαλαισία (Woon et al., 2021). Διαφέρει ωστόσο από τα αντίστοιχα ευρήματα της έρευνας των Tomaszewska et al., (2023), όπου σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν καθοριστικό παράγοντα της συνολικής ποιότητας ζωής αποτελεί το εκπαιδευτικό επίπεδο.

Στις επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου της ποιότητας ζωής, στην παρούσα έρευνα, η σωματική υγεία σημείωσε μέσο σκορ $\mu=68 \pm 14,61$, η ψυχική υγεία $\mu=64,6 \pm 12,24$, οι κοινωνικές σχέσεις $\mu=67,8 \pm 19,91$ και το περιβάλλον $\mu=59,9 \pm 13,86$. Τα αποτελέσματα αυτά, εμφανίζονται καλύτερα για την διάσταση της σωματικής υγείας και χειρότερα για όλες τις υπόλοιπες διαστάσεις συγκριτικά με την μελέτη των Tomaszewska et al., (2023). Στην εν λόγω μελέτη, οι επιμέρους διαστάσεις σημείωσαν μέσα σκορ $\mu=62,12 \pm 14,94$ στην σωματική υγεία, $\mu=67,24 \pm 14,53$ στην ψυχολογική υγεία, $\mu=69,77 \pm 17,09$ στις κοινωνικές σχέσεις και $\mu=63,84 \pm 13,92$ στο περιβάλλον.

Προκειμένου να είναι πιο κατανοητή η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, τα εκτιμώμενα όρια των διαστάσεων της ποιότητας ζωής στον γενικό πληθυσμό είναι $\mu=73,5 \pm 18,1$ για την σωματική υγεία, $\mu=70,6 \pm 14,0$ για την ψυχολογική υγεία, $\mu=71,5 \pm 18,2$ για τις κοινωνικές σχέσεις και $\mu=75,1 \pm 13,0$ για το περιβάλλον (Hawthorne et al., 2006).

Επιπρόσθετα, από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν φαίνεται να υπάρχουν καθοριστικοί παράγοντες για την σωματική υγεία, η ψυχική υγεία συσχετίζεται αρνητικά με την ηλικία, η στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τις κοινωνικές σχέσεις, ενώ τέλος η ηλικία και η στήριξη από το φιλικό περιβάλλον καθορίζουν το επίπεδο της ποιότητας ζωής όσον αφορά την διάσταση του περιβάλλοντος. Τα ευρήματα αυτά δεν επιβεβαιώνουν τα αντίστοιχα ευρήματα από την έρευνα των Tomaszewska et al., (2023) όπου η ηλικία φαίνεται να αποτελεί καθοριστικό για την σωματική υγεία και τις κοινωνικές σχέσεις ενώ το επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίζεται και με τις τέσσερις διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

Τέλος, η παρούσα έρευνα ανέδειξε την συσχέτιση ανάμεσα στις δύο διαστάσεις των αρνητικών συμπεριφορών που αφορούν τον προσωπικό και τον σωματικό εκφοβισμό με την διάσταση της σωματικής υγείας της ποιότητας ζωής. Οι σχέση αυτή είναι αρνητική και συμφωνεί με τα ευρήματα από πλήθος ερευνών όπως για παράδειγμα την πρόσφατη μελέτη των Islam et al. (2021) σε δείγμα 314 νοσηλευτών η οποία επιβεβαίωσε την επίπτωση των αρνητικών συμπεριφορών στο χώρο εργασίας στην υγεία και την ευημερία των εργαζόμενων.

5.2 Συμπεράσματα

Στην παρούσα έρευνα διερευνήθηκε η συχνότητα, η βαρύτητα και οι επιπτώσεις των αρνητικών συμπεριφορών στον χώρο εργασίας. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την προϋπάρχουσα βιβλιογραφία καθώς σημειώθηκαν σημαντικά ποσοστά αρνητικών συμπεριφορών στον χώρο του νοσοκομείου. Περισσότεροι από τους μισούς διοικητικούς εργαζόμενους έχουν υποστεί αρνητικές συμπεριφορές με τον 1 στους 4 να αποτελεί θύμα σοβαρών αρνητικών συμπεριφορών. Ο εργασιακός εκφοβισμός ($\mu=2,1$) καταγράφεται ως η διάσταση αρνητικών συμπεριφορών με την υψηλότερη συχνότητα συγκριτικά με τον προσωπικό ($\mu=1,7$) και τον σωματικό ($\mu=1,7$) εκφοβισμό. Το εκπαιδευτικό επίπεδο των

ατόμων φαίνεται να καθορίζει τόσο την συχνότητα εμφάνισης αρνητικών συμπεριφορών ($p=0,022$), όσο και τις επιμέρους διαστάσεις του προσωπικού ($p=0,041$) και εργασιακού ($p=0,030$) εκφοβισμού, ενώ το φύλο αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τον προσωπικό εκφοβισμό ($p=0,021$). Επιπλέον από τα ευρήματα της έρευνας προκύπτει ότι η ποιότητα ζωής στους διοικητικούς εργαζόμενους του νοσοκομείου βρίσκεται σε μέτρια επίπεδα ($\mu=64,8$), με την ηλικία ($p=0,042$) να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα. Τέλος, η μελέτη επιβεβαιώνει την αρνητική σχέση ανάμεσα στην εκδήλωση αρνητικών συμπεριφορών στον χώρο εργασίας και την επίπτωση τους στην σωματική υγεία των εργαζομένων (προσωπικός εκφοβισμός $r=-0.233$ / $p=0.027$ και σωματικός εκφοβισμός $r=-0.299$ / $p=0.003$).

5.3 Προτάσεις

Το φαινόμενο των αρνητικών συμπεριφορών στον χώρο εργασίας και ιδιαίτερα στον χώρο του νοσοκομείου αποτελεί πολύ σοβαρό ζήτημα το οποίο χρίζει άμεσης αντιμετώπισης από τους αρμόδιους χάραξης πολιτικών υγείας. Αποδεικνύεται ότι η εμφάνιση τέτοιων συμπεριφορών έχει επίπτωση στην σωματική και την ψυχική υγεία των εργαζομένων γεγονός που επιφέρει αρνητικό αντίκτυπο -ειδικά σε χώρους υψηλής έντασης εργασίας- στην εργασία των ατόμων που υπέστησαν αυτές τις συμπεριφορές. Συνεπώς απαιτείται ένα ολιστικό σχέδιο δράσης που θα συνεισφέρει στην ανάπτυξη της κατάλληλης οργανωτικής κουλτούρας, στην συνεχή εκπαίδευση όλων των εμπλεκόμενων μερών, στην επαγρύπνηση για τον έλεγχο τέτοιων συμπεριφορών, στην άμεση αναγνώριση τους και την λήψη μέτρων ταχείας αποκατάστασης για κάθε περιστατικό που αναφέρεται ή υποπίπτει στην αντίληψη της διοίκησης.

Ταυτόχρονα, κάθε δομή οφείλει να έχει τα θεσμικά εκείνα όργανα για την διερεύνηση τέτοιων ζητημάτων τα οποία μάλιστα θα πρέπει να αποτελούν πυλώνες εκτίμησης και εμπιστοσύνης μέσα στον οργανισμό, ώστε όλοι να είναι γνωρίζουν ότι κάθε περιστατικό θα διερευνηθεί με εχεμύθεια και αντικειμενικότητα. Τέλος, απαιτούνται νομοθετικές ρυθμίσεις για την προστασία των εργαζομένων από αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας, στα πρότυπα άλλων Ευρωπαϊκών χωρών. Σε κάθε περίπτωση πάντως, η ευαισθητοποίηση για ζητήματα μη αποδεκτών συμπεριφορών και η

εξειδικευμένη εκπαίδευση τόσο των εργαζομένων όσο και της διοίκησης, θα πρέπει να αποτελούν άμεση προτεραιότητα για την αντιμετώπιση του φαινομένου των αρνητικών συμπεριφορών.

5.4 Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα μελέτη υπόκειται σε μια σειρά περιορισμών που καθιστούν μη ασφαλή την γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο του διοικητικού προσωπικού των μονάδων υγείας. Βασικό περιορισμό αποτελεί το μέγεθος του δείγματος, καθώς μεγαλύτερο δείγμα το οποίο θα συμπεριελάμβανε επιπλέον δομές υγείας της περιοχής (π.χ. κέντρα υγείας, TOMY κ.α.) θα είχε περισσότερο αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα για το σύνολο του πληθυσμού - στόχου. Επιπλέον, η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο της αυτό-συμπλήρωσης, γεγονός που πιθανόν να οδήγησε σε λανθασμένη συμπλήρωση απαντήσεων λόγω δυσκολίας κατανόησης ορισμένων στοιχείων του ερωτηματολογίου, ενώ το ενδεχόμενο των μη ειλικρινών απαντήσεων αποτελεί επίσης ενδεχόμενο. Ακόμα, ο περιορισμένος χρόνος που διαθέτουν οι διοικητικοί εργαζόμενοι του δημόσιου νοσοκομείου προκειμένου να συμμετάσχουν σε έρευνες που απαιτούν την συμπλήρωση ερωτηματολογίου και οι συνθήκες της πίεσης χρόνου κάτω από της οποίες καλούνται να συμμετάσχουν αποτελούν επιπρόσθετο περιορισμό. Τέλος, σημαντικό τροχοπέδη κατά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων αποτέλεσαν οι ελλειπείς γνώσεις του προσωπικού σχετικά με τον ορισμό των αρνητικών συμπεριφορών και της ηθικής παρενόχλησης στην εργασία, γεγονός που επιβεβαιώνει την ανάγκη εκπαίδευσης στα ζητήματα αυτά.

Βιβλιογραφία

Abdellah, R. F., & Salama, K. M. (2017). Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt. *Pan African medical journal*, 26(1), 1-8.

Agevall, O. (2008). *The career of mobbing: emergence, transformation, and utilisation of a new concept*. Institutionen för samhällsvetenskap, Växjö universitet.

Alfano, V., Ramaci, T., Landolfi, A., Lo Presti, A., & Barattucci, M. (2021). Gender patterns in mobbing victims: differences in negative act perceptions, MMPI personality profile, perceived quality of life, and suicide risk. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 2192.

Bowling, A. (2001). *Measuring disease* (pp. 23-68). Buckingham: Open University Press.

Brown, J., Bowling, A., & Flynn, T. (2004). Models of quality of life: A taxonomy, overview and systematic review of the literature. European Forum on Population Ageing Research.

Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *Bmj*, 321(7262), 694-696.

Cardoso, M., Fornés-Vives, J., & Gili, M. (2016). Implications of psychological harassment on witnesses: An observational study in nursing staff. *Enfermería Global*, 15(2), 313-323.

Castronovo, M. A., Pullizzi, A., & Evans, S. (2016). Nurse bullying: A review and a proposed solution. *Nursing outlook*, 64(3), 208-214.

Chaturvedi, S. K., & Muliya, K. P. (2016). The meaning in quality of life. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 3, 47-49.

Chirico, F., Heponiemi, T., Pavlova, M., Zaffina, S., & Magnavita, N. (2019). Psychosocial risk prevention in a global occupational health perspective. A descriptive analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(14), 2470.

Coetzee, M., & van Dyk, J. (2018). Workplace bullying and turnover intention: Exploring work engagement as a potential mediator. *Psychological reports*, 121(2), 375-392.

Coons, S. J., Rao, S., Keininger, D. L., & Hays, R. D. (2000). A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*, 17, 13-35.

Duffy, M., Duffy, M. P., & Sperry, L. (2014). *Overcoming mobbing: A recovery guide for workplace aggression and bullying*. Oxford University Press.

- Einarsen, S. (2000). Harassment and bullying at work: A review of the Scandinavian approach. *Aggression and violent behavior*, 5(4), 379-401.
- Einarsen, S., & Raknes, B. I. (1997). Harassment in the workplace and the victimization of men. *Violence and victims*, 12(3), 247-263.
- Einarsen, S., Hoel, H., & Notelaers, G. (2009). Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work & stress*, 23(1), 24-44.
- Escartín, J., Rodríguez-Carballeira, Á., Gómez-Benito, J., & Zapf, D. (2010). Development and validation of the workplace bullying scale EAPA-T. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 519-539.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2015). *Quality of life: the assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes*. John Wiley & Sons.
- Flanagan, J. C. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American psychologist*, 33(2), 138.
- Glasø, L., & Notelaers, G. (2012). Workplace bullying, emotions, and outcomes. *Violence and victims*, 27(3), 360-377.
- Hackman, J. R., Hackman, R. J., & Oldham, G. R. (1980). *Work redesign* (Vol. 2779). Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Hamblin, L. E., Essenmacher, L., Ager, J., Upfal, M., Luborsky, M., Russell, J., & Arnetz, J. (2016). Worker-to-worker violence in hospitals: Perpetrator characteristics and common dyads. *Workplace health & safety*, 64(2), 51-56.
- Harlos, K. P., & Axelrod, L. J. (2008). Work mistreatment and hospital administrative staff: Policy implications for healthier workplaces. *Healthcare Policy*, 4(1), 40.
- Hawthorne, G., Herrman, H., & Murphy, B. (2006). Interpreting the WHOQOL-BREF: Preliminary population norms and effect sizes. *Social indicators research*, 77, 37-59.
- Haywood, K. L., Garratt, A. M., Schmidt, L. J., Mackintosh, A., & Fitzpatrick, R. (2004). Health status and quality of life in older people: a review, National Centre for Health Outcomes Development.
- Hodgins, M., & Mannix McNamara, P. (2017). Bullying and incivility in higher education workplaces: Micropolitics and the abuse of power. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 12(3), 190-206.
- Hodgins, M., Lewis, D., MacCurtain, S., McNamara, P., Hogan, V., & Pursell, L. (2020). "... A bit of a joke": Policy and workplace bullying. *SAGE Open*, 10(2), 2158244020934493.
- Hoel, H., Rayner, C., Cooper, C. L., & Robertson, I. T. (1999). Workplace bullying. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. 1999;14:195–230.
- Hogh, A., Mikkelsen, E. G., & Hansen, A. M. (2011). Individual consequences of workplace bullying/mobbing. *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice*, 107, 128.

- Hutchinson, M., Wilkes, L., Jackson, D., & Vickers, M. H. (2010). Integrating individual, work group and organizational factors: Testing a multidimensional model of bullying in the nursing workplace. *Journal of Nursing management*, *18*(2), 173-181.
- Islam, T., Ali, M., Jamil, S., & Ali, H. F. (2021). How workplace bullying affects nurses' well-being? The roles of burnout and passive avoidant leadership. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, (ahead-of-print).
- Johnson, S. L. (2009). International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. *International nursing review*, *56*(1), 34-40.
- Johnston, M., Phanhtarath, P., & Jackson, B. S. (2009). The bullying aspect of workplace violence in nursing. *Critical Care Nursing Quarterly*, *32*(4), 287-295.
- Karatzas, C., Zyga, S., Tziaferi, S., & Prezerakos, P. (2016). Workplace bullying and general health status among the nursing staff of Greek public hospitals. *Annals of general psychiatry*, *15*(1), 1-7.
- Kim, Y., Lee, E., & Lee, H. (2019). Association between workplace bullying and burnout, professional quality of life, and turnover intention among clinical nurses. *PLoS one*, *14*(12), e0226506.
- Kline, R., & Lewis, D. (2019). The price of fear: estimating the financial cost of bullying and harassment to the NHS in England. *Public money & management*, *39*(3), 166-174.
- Kreiner, B., Sulyok, C., & Rothenhäusler, H. B. (2008). Does mobbing cause posttraumatic stress disorder? Impact of coping and personality. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, *22*(2), 112-123.
- Kross, E., Berman, M. G., Mischel, W., Smith, E. E., & Wager, T. D. (2011). Social rejection shares somatosensory representations with physical pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *108*(15), 6270-6275.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, *360*(9339), 1083-1088.
- Laschinger, H. K. S., Wong, C. A., & Grau, A. L. (2012). The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, *49*(10), 1266-1276.
- Leitão, J., Pereira, D., & Gonçalves, Â. (2019). Quality of work life and organizational performance: Workers' feelings of contributing, or not, to the organization's productivity. *International journal of environmental research and public health*, *16*(20), 3803.
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and victims*, *5*(2), 119-126.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European journal of work and organizational psychology*, *5*(2), 165-184.
- MacIntosh, J., Wuest, J., Gray, M. M., & Cronkhite, M. (2010). Workplace bullying in health care affects the meaning of work. *Qualitative Health Research*, *20*(8), 1128-1141.

- Malibary, H., Zagzoog, M. M., Banjari, M. A., Bamashmous, R. O., & Omer, A. R. (2019). Quality of Life (QoL) among medical students in Saudi Arabia: a study using the WHOQOL-BREF instrument. *BMC medical education*, *19*(1), 1-6.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (2006). *Social Determinants of Health*, Oxford: Oxford University Press.[Google Scholar].
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry*, *15*(2), 103-111.
- Matthiesen, S. B., & Einarsen, S. (2010). Bullying in the workplace: Definition, prevalence, antecedents and consequences. *International Journal of Organization Theory & Behavior*, *13*(2), 202-248.
- McLeod, S. (2007). Maslow's hierarchy of needs. *Simply psychology*, *1*(1-18).
- McNamara, P. M., Fitzpatrick, K., MacCurtain, S., & O'Brien, M. (2018). Workplace bullying and redress procedures: Experiences of teachers in Ireland. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*.
- Minárová, M., Benčíková, D., Malá, D., & Smutný, F. (2020). Mobbing in a workplace and its negative influence on building quality culture. In *SHS Web of Conferences* (Vol. 74, p. 05014). EDP Sciences.
- Moons, P., Budts, W., & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *International journal of nursing studies*, *43*(7), 891-901.
- Nielsen, M. B., & Einarsen, S. V. (2018). What we know, what we do not know, and what we should and could have known about workplace bullying: An overview of the literature and agenda for future research. *Aggression and violent behavior*, *42*, 71-83.
- Nielsen, M. B., Hetland, J., Matthiesen, S. B., & Einarsen, S. (2012). Longitudinal relationships between workplace bullying and psychological distress. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 38-46.
- Nielsen, M. B., Notelaers, G., & Einarsen, S. (2011). Measuring exposure to workplace bullying. *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice*, *2*, 149-174.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Randle, J. (2003). Bullying in the nursing profession. *Journal of advanced nursing*, *43*(4), 395-401.
- Rayner, C., & Lewis, D. (2020). Managing workplace bullying: The role of policies. In *Bullying and harassment in the workplace* (pp. 497-519). CRC Press.
- Reknes, I., Notelaers, G., Magerøy, N., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Moen, B. E., & Einarsen, S. (2017). Aggression from patients or next of kin and exposure to bullying behaviors: a conglomerate experience?. *Nursing research and practice*, 2017.
- Rethinam, G. S., & Ismail, M. (2008). Constructs of quality of work life: a perspective of information technology professionals. *European journal of social sciences*, *1*.

- Royuela, V., López-Tamayo, J., & Suriñach, J. (2009). Results of a quality of work life index in Spain. A comparison of survey results and aggregate social indicators. *Social indicators research*, *90*, 225-241.
- Sabonete, S. A., Lopes, H. S. C., Rosado, D. P., & Reis, J. C. G. D. (2021). Quality of work life according to Walton's model: Case study of the higher institute of defense studies of Mozambique. *Social Sciences*, *10*(7), 244.
- Salin, D. (2015). Risk factors of workplace bullying for men and women: The role of the psychosocial and physical work environment. *Scandinavian journal of psychology*, *56*(1), 69-77.
- Salmivalli, C. (2010). Bullying and the peer group: A review. *Aggression and violent behavior*, *15*(2), 112-120.
- Sauer, P. A., & McCoy, T. P. (2017). Nurse bullying: Impact on nurses' health. *Western journal of nursing research*, *39*(12), 1533-1546.
- Serafin, L., Sak- Dankosky, N., & Czarkowska- Pączek, B. (2020). Bullying in nursing evaluated by the Negative Acts Questionnaire- Revised: A systematic review and meta- analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *76*(6), 1320-1333.
- Stamarski, C. S., & Son Hing, L. S. (2015). Gender inequalities in the workplace: the effects of organizational structures, processes, practices, and decision makers' sexism. *Frontiers in psychology*, *6*, 1400.
- Tee, S., Özçetin, Y. & Russell-Westhead, M. (2016). Workplace violence experienced by nursing students: A UK survey. *Nurse education today*, *41*, 30-35.
- Theofilou, P. (2013). Quality of life: definition and measurement. *Europe's journal of psychology*, *9*(1).
- Tomaszewska, K., Majchrowicz, B., Snarska, K., & Guzak, B. (2023). Psychosocial Burden and Quality of Life of Surveyed Nurses during the SARS-CoV-2 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(2), 994.
- Trujillo Flores, M. M., Valderrabano Almegua, M. D. L. L., & Hernández Mendoza, R. (2007). Mobbing: history, causes, effects and proposal for a model for Mexican organisations. *Innovar*, *17*(29), 71-92.
- Ulvik, B., Nygård, O., Hanestad, B. R., Wentzel-Larsen, T., & Wahl, A. K. (2008). Associations between disease severity, coping and dimensions of health-related quality of life in patients admitted for elective coronary angiography—a cross sectional study. *Health and quality of life outcomes*, *6*, 1-12.
- Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.
- Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, *41*(10), 1403-1409.

WHOQoL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46(12), 1569-1585.

Williams, K. D. (2007). Ostracism. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 425-452.

Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *Jama*, 273(1), 59-65.

Woon, L. S. C., Mansor, N. S., Mohamad, M. A., Teoh, S. H., & Leong Bin Abdullah, M. F. I. (2021). Quality of life and its predictive factors among healthcare workers after the end of a movement lockdown: the salient roles of COVID-19 stressors, psychological experience, and social support. *Frontiers in psychology*, 12, 652326.

Yildirim, D., & Yildirim, A. (2010). Mobbing behaviors encountered by health science faculties staff and their responses to them. *Turkiye klinikleri tip bilimleri dergisi*, 30(2).

Yokoyama, M., Suzuki, M., Takai, Y., Igarashi, A., Noguchi- Watanabe, M., & Yamamoto- Mitani, N. (2016). Workplace bullying among nurses and their related factors in Japan: a cross- sectional survey. *Journal of clinical nursing*, 25(17-18), 2478-2488.

Zapf, D., Escartín, J., Scheppa-Lahyani, M., Einarsen, S. V., Hoel, H., & Vartia, M. (2020). Empirical findings on prevalence and risk groups of bullying in the workplace. In *Bullying and harassment in the workplace* (pp. 105-162). CRC Press.

Δελόγλου, Σ. (2022). Διερεύνηση της σχέσης του εργασιακού εκφοβισμού (ηθική παρενόχληση ή σύνδρομο mobbing) και της ποιότητας ζωής των εργαζομένων σε δύο Ελληνικά γενικά δημόσια νοσοκομεία. (Διπλωματική εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο).

Κατσουνάκη, Ν., Κιαουρτζή, Ε., & Μανουσάκη, Ε. (2018). 'Διερεύνηση του φαινομένου mobbing στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 11, 29-42.

Κοϊνης, Α., Σαρίδη, Μ., Τζιαφέρη, Σ.. (2016). Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας. *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou*, 15(4).

Μακρυγιάννη, Δ., & Κουλιεράκης, Γ. (2010). Το σύνδρομο ψυχολογικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας. *Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society*, 17(2), 140-155.

Μιχαήλ, Μ. (2016). *Η βία στο χώρο εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού* (Doctoral dissertation, Πρόγραμμα Δημόσιας Διοίκησης, Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης, Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφου).

Νόμος 4808/2021, *Κύρωση της Σύμβασης 187 της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας για το Πλαίσιο Προώθησης της Ασφάλειας και της Υγείας στην Εργασία*, Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Α 101/2021)

Τσαπαρέλης, Γ. (2019). *Το bullying στο εργασιακό πλαίσιο στην Ελλάδα στα χρόνια της κρίσης* (Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών).

Χάρμπη, Δ. (2021). Το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης και εκφοβισμού (mobbing) στο νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό του γενικού νοσοκομείου Γρεβενών. Διπλωματική εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο).

Παράρτημα Α: Ερευνητικά εργαλεία



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
Οικονομία -Διοίκηση και Πολιτικές Υγείας

Αξιότιμοι συνάδελφοι,

Το παρόν ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιηθεί για την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας μου με θέμα "Η ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση των αρνητικών συμπεριφορών στον εργασιακό χώρο. Διερεύνηση στο διοικητικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου"

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται **ανώνυμα** και απαιτεί περίπου από 5 λεπτά από τον χρόνο σας. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς αυτής. Η συμβολή σας είναι σημαντική για την διεξαγωγή της έρευνας.

Με εκτίμηση,

Η ερευνήτρια Σία Λιάγκου

e-mail: sialiagou@gmail.com

Ερωτηματολόγιο

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

Άνδρας Γυναίκα

2. Ποια είναι η ηλικία σας; (σε έτη)

3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Έγγαμος/η Άγαμος/η

Διαζευγμένος/η σε Διάσταση Χήρος/α

4. Έχετε παιδιά; Ναι Όχι

5. Ζείτε Μόνος Με άλλους

7. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε;

Δευτεροβάθμια ΑΕΙ-ΤΕΙ

Μεταπτυχιακό Διδακτορικό

8. Πόσα έτη εργάζεστε σε νοσοκομείο;

9. Πόσα έτη εργάζεστε στο συγκεκριμένο νοσοκομείο;

10. Πιστεύετε ότι το οικογενειακό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;

Ναι Όχι

11. Πιστεύετε ότι το φιλικό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;

Ναι Όχι

12. Πόσο καλή είναι η υγεία σας;

Πολύ κακή Κακή Ούτε κακή, ούτε καλή

Καλή Πολύ καλή

13. Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας το τελευταίο διάστημα;

Ναι Όχι

Οδηγίες:

Οι παρακάτω συμπεριφορές θεωρούνται ως παραδείγματα αρνητικών συμπεριφορών **στο χώρο εργασίας**. Τους τελευταίους **6 μήνες**, παρακαλώ να αναφέρετε, πόσο συχνά έχετε υποστεί τις ακόλουθες αρνητικές πράξεις από κάποιο συνάδελφο/-ους. Στις ερωτήσεις που ακολουθούν, κυκλώστε τον αριθμό που ανταποκρίνεται καλύτερα στις εμπειρίες που βιώσατε το τελευταίο εξάμηνο. Υπάρχουν 5 δυνατές απαντήσεις σχετικά με τη συχνότητα έκθεσης σε αρνητικές πράξεις.

1 = «ποτέ», 2 = «κατά καιρούς», 3 = «μηνιαίως», 4 = «εβδομαδιαίως», 5 = «καθημερινώς»

1. Κάποιος αποκρύπτει σκόπιμα πληροφορίες που επηρεάζουν την απόδοσή σας.	1	2	3	4	5
2. Ταπεινώνεστε και ευτελίζεστε σε σχέση με τη δουλειά σας.	1	2	3	4	5
3. Σας αναθέτουν καθήκοντα κατώτερα του επιπέδου των αρμοδιοτήτων σας.	1	2	3	4	5
4. Σας αφαιρούνται σημαντικές ευθύνες και αντικαθίστανται από λιγότερο σημαντικά ή δυσάρεστα καθήκοντα.	1	2	3	4	5
5. Διαδίδονται φήμες ή κακόβουλα σχόλια για εσάς.	1	2	3	4	5
6. Σας αγνοούν ή σας εξαιρούν από την ομάδα.	1	2	3	4	5
7. Γίνεστε δέκτης προσβλητικών ή υβριστικών σχολίων σε σχέση με το άτομό σας (π.χ. συνήθειες και υπόβαθρο), τις στάσεις σας ή την προσωπική σας ζωή.	1	2	3	4	5
8. Σας φωνάζουν ή γίνεστε στόχος ξεσπασμάτων θυμού (ή οργής).	1	2	3	4	5
9. Αναπτύσσουν εκφοβιστική συμπεριφορά απέναντί σας, όπως να είστε δακτυλοδεικτούμενος, να εισβάλλουν στο προσωπικό σας χώρο, να σας σπρώχνουν, σας κλείνουν/μπλοκάρουν το δρόμο.	1	2	3	4	5

1 = «ποτέ», 2 = «κατά καιρούς», 3 = «μηνιαίως», 4 = «εβδομαδιαίως», 5 = «καθημερινώς»

10. Γίνονται υπαινιγμοί ή έμμεσες υποδείξεις ότι πρέπει να παραιτηθείτε από τη δουλειά.	1	2	3	4	5
11. Γίνονται συνεχείς υπενθυμίσεις των λαθών ή σφαλμάτων σας.	1	2	3	4	5
12. Σας αγνοούν ή σας αντιμετωπίζουν εχθρικά όταν πλησιάζετε.	1	2	3	4	5
13. Γίνεται επίμονη κριτική της εργασίας και της προσπάθειάς σας.	1	2	3	4	5
14. Αγνοούνται οι απόψεις και η οπτική σας σε σχέση με κάποιο θέμα.	1	2	3	4	5
15. Γίνονται «κακόβουλα» αστεία από ανθρώπους, με τους οποίους δεν συνεργάζεστε καλά.	1	2	3	4	5
16. Σας αναθέτουν εργασίες με παράλογους ή ανέφικτους στόχους με περιορισμένα χρονικά περιθώρια.	1	2	3	4	5
17. Δέχετε μομφές ή κατηγορίες.	1	2	3	4	5
18. Γίνεται υπέρμετρος έλεγχος της δουλειάς σας.	1	2	3	4	5
19. Δέχετε άσκηση πίεσης, για να μην διεκδικείτε αυτά που δικαιούστε (π.χ. αναρρωτική άδεια, άδεια για διακοπές, έξοδα μετακίνησης).	1	2	3	4	5
20. Γίνεστε αντικείμενο πειραγμάτων και σαρκασμού χωρίς όρια	1	2	3	4	5
21. Επωμίζεστε δυσβάσταχτο φόρτο εργασίας.	1	2	3	4	5
22. Δέχετε απειλές για άσκηση βίας ή σωματικής κακοποίησης ή πραγματική κακομεταχείριση.	1	2	3	4	5

23. Έχετε δεχτεί ηθική παρενόχληση στην εργασία σας; (Ορίζουμε ως ηθική παρενόχληση μία κατάσταση κατά την οποία ένα ή περισσότερα άτομα επιμόνως και για μεγάλο χρονικό διάστημα υφίστανται αρνητικές πράξεις από έναν ή περισσότερους ανθρώπους στο χώρο εργασίας με αποτέλεσμα ο στόχος/το θύμα της παρενόχλησης να μη δύναται να υπερασπιστεί τον εαυτό του απέναντι σε αυτές τις πράξεις. Δεν αναφερόμαστε σε μεμονωμένα περιστατικά που συνέβησαν και ως εκ τούτου δε θα τα ορίσουμε ως ηθική παρενόχληση).

Χρησιμοποιώντας τον παραπάνω ορισμό, παρακαλώ κυκλώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

- 1 (Όχι)
- 2 (Ναι, αλλά μόνο σπανίως)
- 3 (Ναι, κατά καιρούς)
- 4 (Ναι, μερικές φορές εβδομαδιαίως)
- 5 (Ναι, σχεδόν καθημερινώς)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνά το πώς **εσείς αξιολογείτε την ποιότητα της ζωής σας και την κατάσταση της υγείας σας**. Το περιεχόμενό του αναφέρεται σε σημαντικές διαστάσεις της ζωής, όπως π.χ. οι προσωπικές σχέσεις, η σωματική και ψυχική υγεία, η εργασία, το περιβάλλον κτλ., οι οποίες καθορίζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου.

Παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις**. Εάν δεν είστε σίγουρος-η για την απάντησή σας σε κάποια ερώτηση, μπορείτε **να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι σας αντιπροσωπεύει καλύτερα**. Πολλές φορές, η καταλληλότερη απάντηση είναι η πρώτη που σκεφτήκατε να δώσετε.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί, θα θέλαμε οι απαντήσεις που θα δώσετε σε κάθε ερώτηση να αναφέρονται στις **τελευταίες δύο εβδομάδες**.

Παράδειγμα ερώτησης:

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
Έχετε από τους άλλους τη συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	1	2	3	4	5

Για να απαντήσετε στην ερώτηση αυτή, παρακαλούμε να σημειώσετε **σε κύκλο** τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους **τις δύο τελευταίες εβδομάδες**. Για παράδειγμα, ας δούμε τα δύο άκρα της κλίμακας: Εάν κρίνετε ότι έχετε υποστήριξη σε **απόλυτα ικανοποιητικό βαθμό**, θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 5** που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Απόλυτα”**. Εάν εκτιμάτε ότι δεν έχετε σε **καθόλου ικανοποιητικό βαθμό** την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 1**, που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Καθόλου”**.

Παρακαλούμε να διαβάσετε τις δύο παρακάτω ερωτήσεις και να αξιολογήσετε το **πώς νιώθετε για την ποιότητα ζωής σας στο σύνολό της και για την κατάσταση της υγείας σας** τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντησή σας και σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
1	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό βιώνετε μια κατάσταση (π.χ. σωματικό πόνο). Παρακαλούμε οι απαντήσεις σας να αναφέρονται στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
3	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό χρειάζεστε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή;(πχ. φάρμακα, αιμοκάθαρση, κλπ.)	1	2	3	4	5
5	Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
7	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5
8	Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
9	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο **βαθμό έχετε τη δυνατότητα ή ικανότητα να βιώνετε μια κατάσταση με το συγκεκριμένο τρόπο που περιγράφεται στην ερώτηση** (π.χ. αν έχετε τη δυνατότητα ή ικανότητα να βρείτε πληροφορίες σε ένα θέμα που σας ενδιαφέρει, όπως οι διακοπές, η εκπαίδευση, η υγεία, η εργασία κ.α.). Οι απαντήσεις σας χρειάζεται να αναφέρονται στις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
10	Σε ποιο βαθμό έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
11	Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα;	1	2	3	4	5
12	Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
13	Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
14	Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
15	Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο **ικανοποιημένος/η** νιώθετε με **διάφορες πλευρές της ζωής σας** τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
16	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
17	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
18	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
19	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
20	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσ- ρεστημένος/ η	Δυσarre- στημένος/ η	Ούτ ε δυσarreστη- μένος/η ούτε	Ικανοποι- ημένος/η	Πολύ ικανο- ποιημένος/η
21	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5
22	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
23	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις συνθήκες που επικρατούν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5
24	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
25	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει **πόσο συχνά νιώθετε ορισμένα συναισθήματα** τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικέ ς	Συχνά	Συνεχώς
26	Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με συγκεκριμένες πλευρές της ζωής σας όπως η διατροφή, η συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι, κ.α. κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
N1	Πόσο καλή και πόσο πολύ καλύπτει τις ανάγκες σας η διατροφή σας;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσα- ρεστημένος/ η	Δυσारे- στημένος/η	Ούτ ε δυσαρεστη- μένος/η	Ικανοποι- ημένος/η	Πολύ ικανο- ποιημένος/η
N2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τους κοινωνικούς ρόλους που έχετε αναλάβει και τις κοινωνικές δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει;	1	2	3	4	5
N3	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;	1	2	3	4	5
N4	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις προσδοκίες σας)	1	2	3	4	5

Παράρτημα Β: Άδεια έγκρισης διεξαγωγής έρευνας