

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΚΑΙ
ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΔΗΜΟΣΙΩΝ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

ΥΠΟΨΗΦΙΑ ΔΙΔΑΚΤΩΡ
ΚΑΡΑΤΖΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΣΠΑΡΤΗ 2015

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΚΑΙ
ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΔΗΜΟΣΙΩΝ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

ΥΠΟΨΗΦΙΑ ΔΙΔΑΚΤΩΡ
ΚΑΡΑΤΖΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΣΠΑΡΤΗ 2015

Copyright © ΧΡΙΣΤΙΝΑ Σ. ΚΑΡΑΤΖΑ, 2015
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών, που οδηγεί στην απόκτηση Διδακτορικού Διπλώματος του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

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

Υπογραφή:

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Παναγιώτης Πρεζεράκος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Επιβλέπων
2. Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Μέλος Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής
3. Στυλιανή Τζιαφέρη, Επίκουρος Καθηγήτρια, Μέλος Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Παναγιώτης Πρεζεράκος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
2. Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
3. Στυλιανή Τζιαφέρη, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
4. Δάφνη Καϊτελίδου, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ
5. Αντρέα Παόλα Ρόχας, Επίκουρος Καθηγήτρια
6. Γεώργιος Πανουτσόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
7. Φωτεινή Τζαβέλλα, Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στο πλαίσιο αυτής της προσπάθειας θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερος τον Αναπληρωτή Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Παναγιώτη Πρεζεράκο, για τη συμβολή του στην εκπαίδευσή μου, για την ανάθεση του θέματος, τη συμβουλευτική καθοδήγηση σε θέματα μεθοδολογίας και για τη συνεχή και ακούραστη επίβλεψή του. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τα υπόλοιπα μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής όπως και το νοσηλευτικό προσωπικό των Νοσοκομείων, που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη, δίχως τη συμβολή των οποίων η ολοκλήρωσή της θα ήταν αδύνατη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<i>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</i>	6
<i>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i>	9
<i>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</i>	12
1. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	13
1.1 Εννοιολογικό πλαίσιο – Περιγραφή του φαινομένου.....	13
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	14
1.3 Χαρακτηριστικά του εκφοβισμού	15
1.4 Αίτια εμφάνισης του εκφοβισμού.....	16
1.5 Συμπτώματα και επιπτώσεις	17
1.6 Η κατάσταση διεθνώς	22
1.7 Η κατάσταση στην Ελλάδα.....	26
1.8 Εργαλεία ποσοτικής αξιολόγησης.....	28
1.9 Εργαλεία ποιοτικής αξιολόγησης.....	32
1.10 Τρόποι αντιμετώπισης.....	35
2. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	38
2.1 Προσδιορισμός της έννοιας «Γενική Υγεία»	38
2.2 Προσδιορισμός της έννοιας «Ψυχική Υγεία»	40
2.3 Προσδιορισμός της έννοιας «Σωματική Υγεία»	44
2.4 Η σχέση Γενικής και Ψυχικής Υγείας.....	45
2.5 Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του ατόμου.....	46
2.6 Μέτρηση της κατάστασης υγείας του ατόμου	47
2.7 Εργαλεία μέτρησης γενικού επιπέδου υγείας.....	50
2.8 Το νοσηλευτικό έργο	64
2.9 Μορφές του εκφοβισμού στη Νοσηλευτική	65
2.10 Ερευνητικά δεδομένα στη Νοσηλευτική	67
2.11 Συνέπειες του εκφοβισμού στη Νοσηλευτική	76

2.12	Η σχέση μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και ψυχικής υγείας στη Νοσηλευτική 77	
2.13	Αίτια του φαινομένου στη νοσηλευτική	81
2.14	Στρατηγικές Αντιμετώπισης στη Νοσηλευτική.....	84
	ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	88
3.	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	89
3.1	Γενικά	89
3.2	Εργαλεία της Μελέτης	90
3.3	Πιλοτική μελέτη	91
3.4	Δείγμα	92
3.5	Στατιστική ανάλυση.....	94
4.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	96
4.1	Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	96
4.2	Ερωτηματολόγιο ανίχνευσης αρνητικών συμπεριφορών.....	100
4.3	Ερωτηματολόγιο γενικής υγείας	117
4.4	Παραδοχές και Περιορισμοί της μελέτης.....	125
5.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	126
5.1	Συζήτηση.....	126
5.2	Συμπεράσματα - Προτάσεις.....	139
	ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	144
	ABSTRACT	149
	BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	153
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	186
	Παράρτημα I: Ερωτηματολόγιο.....	186
	Παράρτημα II: Άδεια Εκπόνησης της Μελέτης από την 1η ΔΥΠΕ και τα.....	195
	Νοσοκομεία	195
	Παράρτημα III: Άδειες Χρήσης των Ερωτηματολογίων.....	205

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία αποτελεί μία ποσοτική συγχρονική μελέτη, που εκπονήθηκε με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού (workplace bullying) και του επιπέδου γενικής υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού, που εργάζεται σε δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας. Επιπλέον στόχοι, που απορρέουν από το σκοπό της μελέτης, είναι η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών του νοσηλευτικού προσωπικού με τις τυχόν πράξεις εκφοβισμού στο χώρο εργασίας και το επίπεδο γενικής υγείας (κυρίως ψυχικής). Ο εργασιακός εκφοβισμός, νοούμενος ως η επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά παρενόχλησης στο χώρο εργασίας, αποτελεί ένα φαινόμενο, που - παρόλο που κρατάει τις ρίζες του από πολύ παλιά- μόλις από τις τελευταίες δεκαετίες και έπειτα η επιστημονική κοινότητα άρχισε να το εξετάζει σοβαρά προκειμένου να βρει τα αίτια, τις πηγές, τις μορφές εκδήλωσης, τις επιπτώσεις στην υγεία και τους τρόπους εξάλειψής του.

Ο τομέας της Νοσηλευτικής δεν θα μπορούσε να μείνει ανεπηρέαστος από ένα τέτοιο φαινόμενο, κυρίως λόγω της φύσης της εργασίας και της συχνότητας και διάρκειας της καθημερινής επαφής με τους ασθενείς, το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον αυτών, τους συναδέλφους και τις ηγεσίες των οργανισμού υγείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό, αποτελεί ένα πολύτιμο κεφάλαιο για κάθε οργανισμό υγείας καθώς η συμβολή του στην επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών και στόχων του είναι καθοριστική. Εξάλλου, η εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών συνδέεται με την εύρυθμη λειτουργία, ανάπτυξη και αποτελεσματικότητα των οργανισμών υγείας και ταυτόχρονα επηρεάζει την επαγγελματική οντότητα και ψυχική υγεία των εργαζομένων. Στα παραπάνω, εάν προσθέσουμε το έντονα στρεσογόνο εργασιακό περιβάλλον ενός δημόσιου νοσοκομείου, τον υψηλό φόρτο εργασίας, τις εσωτερικές συγκρούσεις και το εξαντλητικό ωράριο των νοσηλευτών, όπως επανειλημμένως έχουν εντοπιστεί σε πλήθος μελετών, τότε το αντικείμενο της παρούσας μελέτης αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθίσταται επίκαιρο -λόγω των γρήγορων μεταβολών, που υφίσταται το ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας- ενώ είναι πολύ σημαντικός ο προσδιορισμός της έκτασης του φαινομένου και η στρατηγική αντιμετώπισής του.

Στη χώρα μας, το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού στο χώρο των νοσηλευτών άρχισε μόλις πρόσφατα να αποτελεί αντικείμενο έρευνας. Σε αυτό συνηγορεί το γεγονός ότι το φαινόμενο αυτό είναι ακόμη ελάχιστα αναγνωρίσιμο και παρατηρείται ελλιπής αναφορά τέτοιων γεγονότων από τους ίδιους τους εργαζόμενους, καθώς θεωρούν αυτές τις καταστάσεις φυσιολογικές και μέρος της καθημερινής εργασίας τους (Sofield & Salmond, 2003).

Υπό το πρίσμα αυτό και για την επίτευξη του σκοπού της παρούσας, η δομή της εργασίας περιλαμβάνει δύο μέρη: ένα γενικό - θεωρητικό και ένα ειδικό - ερευνητικό. Πραγματοποιήθηκε ποσοτική μελέτη για την εύρεση σχέσεων μεταξύ διαφόρων παραγόντων. Για την όσο το δυνατό πληρέστερη παράθεση ερευνητικών και θεωρητικών δεδομένων, απαραίτητων για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας με τα αποτελέσματα αντίστοιχων μελετών, αντλήθηκαν δεδομένα μετά από ενδελεχή βιβλιογραφική και αρθρογραφική αναζήτηση σε διεθνείς ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Pubmed, Scopus, Science Direct), χρησιμοποιώντας λέξεις-κλειδιά και συνδυασμό αυτών όπως: “workplace bullying in nursing”, “physical bullying”, “oral bullying”, “nursing management”, “nursing confrontation”, “coping-strategies”, χωρίς να τεθεί χρονικός περιορισμός.

Στο γενικό μέρος περιγράφονται ο ορισμός και οι θεωρητικές προσεγγίσεις του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια, το ιστορικό, τα χαρακτηριστικά, τα αίτια, τα συμπτώματα και οι επιπτώσεις του φαινομένου. Επίσης, στο ίδιο κεφάλαιο περιγράφεται η κατάσταση στην Ελλάδα και διεθνώς, οι τρόποι αντιμετώπισης του φαινομένου και τα εργαλεία αξιολόγησης του εκφοβισμού. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μία προσπάθεια προσδιορισμού των εννοιών «γενική υγεία» και «ψυχική υγεία», συσχέτιση των δύο εννοιών με αναφορά στους παράγοντες, που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου και παρουσίαση των πιο διαδεδομένων εργαλείων μέτρησης της γενικής υγείας του ατόμου. Εν συνεχεία, στο τρίτο κεφάλαιο του γενικού μέρους, αναλύεται το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού στο χώρο των νοσηλευτών και περιγράφονται αναλυτικά οι μορφές του εκφοβισμού στη νοσηλευτική, τα αίτια και οι συνέπειες του φαινομένου, η σχέση μεταξύ εκφοβισμού και ψυχικής υγείας του νοσηλευτή και τα

μέτρα αντιμετώπισης του φαινομένου όπως έχουν αναφερθεί σε άλλες επιστημονικές μελέτες. Επιπροσθέτως στο ίδιο κεφάλαιο, παρουσιάζονται ερευνητικά δεδομένα, που αντλήθηκαν, όπως προαναφέρθηκε, μέσα από ενδελεχή αναζήτηση σε διεθνείς ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων.

Στο ειδικό μέρος της μελέτης, επιχειρείται η διερεύνηση της ύπαρξης ή μη συσχέτισης μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και γενικής υγείας των νοσηλευτών, που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Μετά την ενδελεχή βιβλιογραφική αναζήτηση σε διεθνείς ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, καταλήξαμε στη χρησιμοποίηση των εργαλείων – ερωτηματολογίων NAQ-R & GHQ-12, ως τα πλέον κατάλληλα για τη μέτρηση της συχνότητας εμφάνισης πράξεων εκφοβισμού και του επιπέδου γενικής υγείας των νοσηλευτών. Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογία της περιγραφικής συγχρονικής μελέτης που πραγματοποιήθηκε σε 841 νοσηλευτές που εργάζονταν σε πέντε δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Αναπτύσσεται η στατιστική ανάλυση των δεδομένων των συμμετεχόντων στην έρευνα, η οποία αρχικά, πραγματοποιήθηκε μέσω της περιγραφικής στατιστικής ενώ στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση παραγόντων. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν διμεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις για όσες από τις ανεξάρτητες μεταβλητές βρέθηκαν κατά τις διμεταβλητές αναλύσεις ότι σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις εξαρτημένες. Στο ίδιο κεφάλαιο παρουσιάζεται επίσης η τεχνική της επιλογής του δείγματος. Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται παράθεση της αποτελεσμάτων της μελέτης. Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται συζήτηση των αποτελεσμάτων της μελέτης, ενώ η εργασία ολοκληρώνεται με τη διατύπωση των συμπερασμάτων της μελέτης και την παράθεση προτάσεων, που μπορεί να οδηγήσουν στην αντιμετώπιση του φαινομένου.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

1.1 Εννοιολογικό πλαίσιο – Περιγραφή του φαινομένου

Κάνοντας αναζήτηση στη διεθνή βιβλιογραφία παρατηρούμε ότι οι ερευνητές προσπάθησαν να ορίσουν με διάφορους τρόπους το φαινόμενο του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας (ή αλλιώς «workplace bullying»). Σύμφωνα με τους περισσότερους ορισμούς, ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας λαμβάνει χώρα, όταν κάποιος, κατ' επανάληψη για μεγάλο χρονικό διάστημα (συνήθως 6 μήνες), είναι εκτεθειμένος σε αρνητικές συμπεριφορές από ένα ή περισσότερα άτομα σε μια κατάσταση όπου για διαφορετικούς λόγους μπορεί να έχει δυσκολίες να υπερασπιστεί τον εαυτό του ενάντια σε αυτές τις ενέργειες (Salin, 2003; Zapf et al., 2003; Einarsen, 2000). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2002) ορίζει τον εκφοβισμό ως «την ηθελημένη χρήση δύναμης ή βίας, με απειλή ή με ενέργειες, κατά κάποιου με αποτέλεσμα τον «τραυματισμό» του». Οι Gary και Ruth Namie (2009) ορίζουν τον εργασιακό εκφοβισμό ως «την επαναλαμβανόμενη κακομεταχείριση, λεκτική κακοποίηση, ή συμπεριφορά η οποία είναι απειλητική, ταπεινωτική και βλάπτει την υγεία του εργαζομένου». Οι Adams και Crawford (1992) ορίζουν τον εκφοβισμό ως «τη συνεχή κριτική και προσωπική εξύβριση δημόσια ή ιδιωτικά, η οποία ταπεινώνει και εξευτελίζει το άτομο». Οι Mattice και Garman (2010) ορίζουν τον εκφοβισμό στο χώρο εργασίας ως «τη συστηματική επιθετική επικοινωνία, τη χειραγώγηση της εργασίας, και τις πράξεις που αποσκοπούν στην εξευτελισμό ή ταπείνωση ενός ή περισσότερων ατόμων δημιουργώντας μια ανθυγιεινή και αντιπαγγελματική ανισορροπία μεταξύ θύτη και στόχου, που έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση ψυχολογικών συνεπειών για τα άτομα αυτά, επιφέροντας τεράστια ζημιά στην κατώτατη γραμμή ενός οργανισμού». Η Pamela Lutgen-Sandvik (2006) ορίζει τον εκφοβισμό στο χώρο εργασίας ως «την επίμονη λεκτική και μη λεκτική επιθετικότητα στην εργασία, που περιλαμβάνει προσωπικές επιθέσεις, κοινωνικό εξοστρακισμό, και ένα πλήθος από άλλα επώδυνα μηνύματα και εχθρικές αλληλεπιδράσεις». Σύμφωνα με τον Tracy και τους συνεργάτες του (2006) ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας είναι πιο συχνά ένας «συνδυασμός της τακτικής στην οποία χρησιμοποιούνται πολυάριθμοι τύποι εχθρικής επικοινωνίας και συμπεριφοράς». Ο εκφοβισμός μπορεί να λάβει διάφορες μορφές. Διακρίνεται στον άμεσο εκφοβισμό που περιλαμβάνει επιθετικές ενέργειες, που στοχεύουν άμεσα στο στόχο, όπως, πχ πειράγματα, επίπληξη, κακές φήμες και απειλές και στον έμμεσο εκφοβισμό, ο οποίος μπορεί να λάβει τη μορφή

της κοινωνικής απομόνωσης ή απόκρυψης των αναγκαίων πληροφοριών. Ο εκφοβισμός μπορεί να σχετίζεται με την εργασία (πχ πράξεις, που δυσκολεύουν το άτομο να κάνει τη δουλειά του) ή με προσωπικά δεδομένα (πχ προσβλητικές παρατηρήσεις, πειράγματα, φήμες, αρνητική κριτική, συκοφαντία, σεξουαλική παρενόχληση, λεκτικός ακόμα και σωματικός εκφοβισμός (Adams & Crawford, 1992; Leymann, 1990; Randall, 1992). Τέλος, έχουν αναφερθεί περιστατικά όπου οι προϊστάμενοι τμημάτων βίωσαν αρνητικές συμπεριφορές από υφιστάμενους τους, οι οποίοι δρούσαν σε ομάδες (Neuman & Baron, 1997).

1.2 Ιστορική αναδρομή

Το 1976, ο ψυχίατρος Carroll Brodsky διεξήγαγε στις ΗΠΑ μια από τις πρώτες μελέτες παρενόχλησης στο χώρο της εργασίας με αναφορά καταγγελιών από εργαζομένους. Παρά την πρωτοποριακή φύση της εργασίας του, η μελέτη συνοδεύτηκε από λιγοστό ενδιαφέρον εκείνη την εποχή. Τη δεκαετία του 1980, ο Heinz Leymann, Γερμανός ψυχίατρος, ίδρυσε στη Σουηδία την πρώτη κλινική εργασίας στον κόσμο. Ο Heinz Leymann χρησιμοποίησε τον όρο «mobbing» για να περιγράψει τις αυστηρές μορφές παρενόχλησης στο χώρο εργασίας. Ο ίδιος ερεύνησε τις επιπτώσεις του εργασιακού εκφοβισμού στην υγεία και διαπίστωσε την ύπαρξη πιθανών επιπτώσεων όπως είναι η διαταραχή μετατραυματικού στρες. Το έργο του Leymann προσέλκυσε το ενδιαφέρον και άλλων σκανδιναβών ερευνητών (Björkqvist et al., 1994; Einarsen, 1999). Την ίδια δεκαετία, η Helen Cox, καθηγήτρια Νοσηλευτικής, άρχισε να μελετά τη λεκτική κακοποίηση στο χώρο της υγείας αναφέροντας διάφορα περιστατικά δολοφονιών, που σημειώθηκαν στο χώρο εργασίας. Το μελετητικό έργο της Helen Cox επηρέασε πολλούς νέους ερευνητές τις επόμενες δύο δεκαετίες (Allen & Lucerno, 1996; Baron & Neuman, 1998; Neuman & Baron, 1997; Chen & Spector, 1992). Ο όρος workplace bullying (εκφοβισμός στο χώρο εργασίας) επινοήθηκε από τη Βρετανή δημοσιογράφο Andrea Adams το 1992, η οποία έθιξε το φαινόμενο του εκφοβισμού στον εργασιακό χώρο μέσα από μία σειρά ραδιοφωνικών εκπομπών του BBC. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να προκληθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο έντονο μελετητικό ενδιαφέρον από νέους ερευνητές (Rayne, 1997; Hoel & Cooper, 2000). Σύμφωνα με τον Zapf και τους συνεργάτες του (2003)

το ενδιαφέρον αυτό σύντομα επεκτάθηκε και σε άλλες χώρες της Ευρώπης καθώς και σε άλλες γεωγραφικές ηπείρους όπως είναι η Ασία και Αφρική. Με την πάροδο του χρόνου το ακαδημαϊκό ενδιαφέρον διευρύνθηκε στη μελέτη της συναισθηματικής κακοποίησης στον εργασιακό χώρο, της αδικίας, της αγένειας και της κακομεταχείρισης (Keashly, 1998; Andersson & Pearson, 1999; Keashly, 1998). Οι Gary και Ruth Namie (2000) δημοσίευσαν ένα βιβλίο αυτοβοήθειας για το φαινόμενο αυτό και ίδρυσαν το Workplace Bullying Institute (WBI) για την υποστήριξη των θυμάτων. Το ενδιαφέρον των ερευνητών για το φαινόμενο του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας άρχισε να ανθίζει διεθνώς στις αρχές της δεκαετίας του 2000 και συνεχίζει να αυξάνεται με εντατικούς ρυθμούς αποτελώντας ένα υπαρκτό πρόβλημα στην εργασία (Sandvik & Sypheer, 2009).

1.3 Χαρακτηριστικά του εκφοβισμού

Το φαινόμενο του εκφοβισμού στον εργασιακό χώρο έχει ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία το διαφοροποιούν από άλλου είδους επιθετικές πράξεις ή ενέργειες. Σύμφωνα με τους Sandvik και Sypheer (2009) τα χαρακτηριστικά αυτά συνοψίζονται στα εξής:

Διάρκεια. Ένα χαρακτηριστικό, το οποίο διακρίνει το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού από άλλες πράξεις ή ενέργειες, είναι η μακροπρόθεσμη φύση του.

Ανισότητα ισχύος. Το φαινόμενο του εκφοβισμού χαρακτηρίζεται από ανισότητα ισχύος. Η διαφορά στην ισχύ εξαρτάται από τη διάρκεια της παρενόχλησης και από τον αριθμό των θυτών και των θυμάτων.

Επανάληψη. Το φαινόμενο του εκφοβισμού διαφέρει από άλλες αρνητικές συμπεριφορές καθώς αντιπροσωπεύει αρνητικές συμπεριφορές, που μπορεί να συμβαίνουν σε καθημερινή βάση.

Κλιμάκωση. Εφόσον δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως, το φαινόμενο του εκφοβισμού εντείνεται με την πάροδο του χρόνου.

Βλάβη. Το φαινόμενο του εκφοβισμού μπορεί να προκαλέσει πολλές αρνητικές επιπτώσεις στα θύματα όπως: ψυχικές διαταραχές, σωματικά προβλήματα, οικογενειακές συγκρούσεις και επαγγελματικά προβλήματα.

Πρόθεση. Το φαινόμενο του εκφοβισμού χαρακτηρίζεται από το στοιχείο της «πρόθεσης» από την πλευρά του θύτη, ο οποίος γνωρίζει ακριβώς τι κάνει και για ποιο λόγο το κάνει.

Εχθρικό περιβάλλον εργασίας. Ο εκφοβισμός είναι ένα φαινόμενο, το οποίο χαρακτηρίζεται από την αίσθηση του φόβου μεταξύ των εργαζομένων και ως εκ τούτου δημιουργεί εχθρικά περιβάλλοντα εργασίας αλλά και δημιουργείται μέσα από εχθρικά περιβάλλοντα εργασίας.

1.4 Αίτια εμφάνισης του εκφοβισμού

Ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας είναι ένα πολυσύνθετο κοινωνικό φαινόμενο, που εκτείνεται σε πολλά επίπεδα (O’Leary-Kelly et al., 1996; Aquino, 2000). Αρκετές μελέτες έχουν ερευνήσει τους λόγους που οι άνθρωποι προβαίνουν σε ενέργειες ή πράξεις εκφοβισμού έναντι συναδέλφων τους (Bolman & Deal, 2003). Ο Bjorkqvist και οι συνεργάτες του (1994) μελέτησαν 338 πανεπιστημιακούς υπαλλήλους, που εργάζονταν σε Πανεπιστήμιο της Φιλανδίας και είχαν βιώσει πράξεις εκφοβισμού στο χώρο εργασίας. Η μελέτη έδειξε ότι ο ανταγωνισμός για μία θέση εργασίας και το συναίσθημα του φθόνου ήταν οι δύο πιο σημαντικές αιτίες εκφοβισμού. Ο φθόνος είναι ένας σημαντικός παράγοντας, που συμβάλλει στην εμφάνιση του φαινομένου του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας, όπως έχει αποδειχθεί σε άλλες μελέτες (Einarsen, 1999; Zapf & Einarsen, 2003; Harvey & Keashly, 2003). Σύμφωνα με τους Zapf και Einarsen (2003) η έλλειψη επικοινωνίας και η αδυναμία διαχείρισης των συγκρούσεων αποτελούν βασικές αιτίες εμφάνισης του φαινομένου. Μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα εργασίας όπως η μείωση του προσωπικού (Salin, 2003; Vickers, 2001; Zapf, 1999) και η αλλαγή σε βασικές διευθυντικές θέσεις ή άλλες θέσεις εργασίας (Baron & Neuman, 1998) είναι στοιχεία, που μπορούν να προκαλέσουν τον εκφοβισμό στο χώρο εργασίας (Baron & Neuman, 1998; Hoel & Salin, 2003; Rayner, 1997; Sheehan, 1999). Όταν συμβαίνουν τέτοιου είδους οργανωτικές αλλαγές, οι εργαζόμενοι αισθάνονται ανασφάλεια, πιστεύουν ότι χάνουν τον έλεγχο ή ότι ο φόρτος εργασίας τους αυξάνονται (Harvey et al., 2006) και αυτό μπορεί να προκαλέσει εκφοβιστική συμπεριφορά στο χώρο εργασίας (Salin, 2003). Επιπλέον, οι αλλαγές στη σύνθεση του εργατικού δυναμικού είναι ένας άλλος λόγος για την

έξαρση του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας (Baron & Neuman, 1998; Harvey et al., 2007). Μελέτες έχουν δείξει ότι διαφορές στην ηλικία, τη φυλή, το φύλο, την εθνικότητα και το εκπαιδευτικό επίπεδο μπορούν επίσης να επιδεινώσουν τις συγκρούσεις και να αυξήσουν την εκφοβιστική συμπεριφορά στο χώρο εργασίας (Skogstad et al., 2007). Οι οργανωτικές αλλαγές -ιδίως οι αλλαγές σε εργασιακά καθήκοντα- και οι αλλαγές στη σύνθεση του εργατικού δυναμικού, είναι σημαντικοί παράγοντες εμφάνισης του φαινομένου (Baron & Newman, 1998; Skogstad et al., 2007; Olson et al., 2006; Salin, 2003).

1.5 Συμπτώματα και επιπτώσεις

Ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας είναι αιτία εμφάνισης ποικίλων τραυματικών συμπτωμάτων. Αρνητικές παρενέργειες όπως κλινική κατάθλιψη, άγχος, μετατραυματική διαταραχή άγχους, διαταραχή ύπνου, απώλεια συγκέντρωσης και κρίσεις πανικού έχουν αναφερθεί σε σχετικές μελέτες (Namie, 2003). Ο Hansen και οι συνεργάτες του (2006) αναφέρουν ότι τα άτομα που βιώνουν καταστάσεις εκφοβισμού στο χώρο εργασίας εμφανίζουν αυξημένη αρνητική συναισθηματικότητα - ΑΣ (Negative Affectivity- NA) η οποία προκαλείται από το άγχος, την κατάθλιψη και την χαμηλή αυτοεκτίμηση. Τα άτομα με αυξημένα επίπεδα ΑΣ κινδυνεύουν να αντιδράσουν πιο έντονα από στρεσογόνους παράγοντες όπως ο εκφοβισμός, σε σχέση με άτομα με χαμηλότερα επίπεδα ΑΣ, που αντιμετωπίζουν παρόμοιες καταστάσεις. Οι Matthiesen και Einarsen (2001) αναφέρουν ότι τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι πιο επιρρεπή σε εκφοβιστικές συμπεριφορές. Σε μελέτη του Einarsen και των συνεργατών του (1994), που διεξήχθη σε έναν οργανισμό στη Νορβηγία, το 27% υποστήριξε ότι η παρενόχληση είχε επηρεάσει αρνητικά την συνολική παραγωγικότητα του φορέα. Μελέτη των Einarsen και Raknes (1997) σε 500 άνδρες, που εργάζονταν ως εργάτες σε βιομηχανίες, αναφέρει σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της έκθεσης σε εκφοβισμό και στην ψυχική υγεία και ευεξία των εργαζομένων. Μελέτη του Einarsen και των συνεργατών του (1996) αναφέρει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έκθεσης σε εκφοβισμό και ψυχολογικών προβλημάτων (23%). Το 6% αναφέρει μυοσκελετικά προβλήματα, τα οποία θα μπορούσαν να προβλεφθούν από τις διάφορες μετρήσεις της έκθεσης σε εκφοβισμό.

Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό με αντίστοιχη μελέτη των Zapf, Knorz και Kulla (1996), η οποία έδειξε πολύ μεγάλες διαφορές μεταξύ της ψυχικής υγείας των ατόμων, που βιώνουν πράξεις εκφοβισμού στο χώρο εργασίας έναντι των ατόμων, που δεν βιώνουν ανάλογες πράξεις. Μελέτη των Finne, Knardahl και Lau (2011) την περίοδο 2004 – 2009, σε δείγμα 1.971 εργαζομένων στη Νορβηγία, έδειξε ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ του εργασιακού εκφοβισμού και της ψυχικής οδύνης.

Ο Nielsen και οι συνεργάτες του (2012) μελέτησαν αντιπροσωπευτικό δείγμα 1.775 εργαζομένων στη Νορβηγία με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του εργασιακού εκφοβισμού και της ψυχικής δυσφορίας. Το χρονικό διάστημα παρακολούθησης ήταν 2 έτη. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και ψυχικής δυσφορίας. Η ψυχική δυσφορία και οι πράξεις εκφοβισμού συνδέονται με τη θυματοποίηση.

Μελέτη του Zapf και των συνεργατών του (1995) αναφέρει ιδιαίτερα στενή σχέση μεταξύ της θυματοποίησης με τη μορφή προσωπικών επιθέσεων και της ψυχικής υγείας. Ο Lahelma και οι συνεργάτες του (2012) μελέτησαν αντιπροσωπευτικό δείγμα 6.830 δημοτικών υπαλλήλων, ηλικίας 40 έως 60 ετών, και διαπίστωσαν ότι οι πράξεις εκφοβισμού στο χώρο εργασίας μπορεί να συμβάλουν στην μετέπειτα εμφάνιση ψυχικών διαταραχών για τα θύματα. Μελέτη 949 δημοτικών υπαλλήλων (806 γυναίκες και 143 άνδρες) με μέση ηλικία 40 έτη για τις γυναίκες και 41 έτη για τους άνδρες, έδειξε ότι το φαινόμενο του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας σχετίζεται με το άγχος, την ψυχολογική πίεση και το συναίσθημα της χαμηλής αυτοπεποίθησης. Η ίδια μελέτη έδειξε ότι ο εκφοβισμός μπορεί να οδηγήσει τα θύματα σε υπνηλία, ακόμα και σε χρήση ναρκωτικών ουσιών και ηρεμηστικών (Vartia, 2001).

Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι πολλά θύματα μακροχρόνιας παρενόχλησης στον εργασιακό χώρο πάσχουν από μετατραυματική διαταραχή άγχους PTSD (Björkqvist et al., 1994). Μετατραυματική διαταραχή άγχους εμφανίζεται μετά από την εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος. Συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής άγχους είναι επαναλαμβανόμενοι εφιάλτες, έντονη ψυχολογική δυσφορία όταν έρχεται ξανά

στη μνήμη η εμπειρία αυτή, κατάθλιψη, διαταραχές πανικού κλπ. Ο ασθενής αποφεύγει καταστάσεις, που σχετίζονται με το τραύμα και σε πολλές περιπτώσεις οδηγείται σε απώλεια μνήμης του πραγματικού γεγονότος. Οι ασθενείς με μετατραυματική διαταραχή άγχους είναι επίσης υπερευαίσθητοι, έχουν προβλήματα ύπνου, παρουσιάζουν δυσκολίες στη συγκέντρωσή τους, είναι οξύθυμοι και αντιδρούν υπερβολικά σε απρόσμενα ερεθίσματα. Μελέτη των Einarsen, Matthiesen και Mikkelsen (1999) σε 102 θύματα μακροχρόνιας παρενόχλησης στο χώρο, που εργάζονταν στη Νορβηγία, αναφέρει ότι το 75% των θυμάτων εμφάνισε συμπτώματα άγχους, που υποδήλωναν μετατραυματική διαταραχή άγχους. Πέντε χρόνια μετά από τη λήξη της έκθεσης σε εκφοβισμό ποσοστό 65% των θυμάτων εμφάνισε ακόμη συμπτώματα που υποδήλωναν μετατραυματική διαταραχή άγχους. Ψυχολογικά προβλήματα εμφανίστηκαν κυρίως στις γυναίκες (21,4%) έναντι των ανδρών (12,4%). Το επίπεδο των μετατραυματικών συμπτωμάτων σχετιζόταν με την ένταξη της επιθετικής συμπεριφοράς και ιδιαίτερα εάν η συμπεριφορά αυτή ήταν ταπεινωτική και αντιληπτή από τους υπόλοιπους εργαζομένους. Παρόμοια στοιχεία αναφέρουν οι Mikkelsen και Einarsen (2001) σε μελέτη 118 θυμάτων εκφοβισμού στο χώρο που εργάζονταν στη Δανία.

Οι Niedhammer, David και Degioanni (2006) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της έκθεσης σε εργασιακό εκφοβισμό και στα συμπτώματα κατάθλιψης σε δείγμα των εργαζομένων της Γαλλίας. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 3.132 άνδρες και 4.562 γυναίκες. Κριτήριο επιλογής του δείγματος ήταν να διαθέτουν οι συμμετέχοντες εργασιακή εμπειρία τουλάχιστον 3 μηνών. Η μελέτη έδειξε ότι η έκθεση σε εκφοβισμό μπορεί να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (άγχος, κακή διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος, απώλεια ενεργητικότητας, έλλειψη ευχαρίστησης, ενοχές/τύψεις), τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης όσο πιο συχνή είναι η έκθεση, τόσο υψηλότερος είναι ο κίνδυνος εμφάνισης των συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Οι Hansen, Hogh και Persson (2011) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ του εργασιακού εκφοβισμού και της έκκρισης κορτιζόλης, ορμόνης που θεωρείται η «κατεξοχήν ορμόνη του στρες». Στη μελέτη συμμετείχαν 1.944 υπάλληλοι (1.413 γυναίκες και

531 άνδρες) από 55 οργανισμούς στη Δανία (16 ιδιωτικές επιχειρήσεις και 39 δημόσιους οργανισμούς). Κατά τη διάρκεια μιας ημέρας εργασίας, συλλέχθηκαν τρία δείγματα σιέλου: α) κατά την αφύπνιση, β) 30 λεπτά αργότερα και γ) στις 20:00 μ.μ, και τα στοιχεία αναλύθηκαν για συγκεντρώσεις κορτιζόλης. Η ψυχική υγεία αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας στοιχεία για τη σωματική και γνωστική κατάσταση, το άγχος και την καταθλιπτική διάθεση. Από τους 1.944 εργαζόμενους, ποσοστό 1,1% βίωνε συχνά πράξεις εκφοβισμού ενώ ποσοστό 7.2% βίωνε ανάλογες πράξεις περιστασιακά. Τα άτομα, που δήλωσαν θύματα συχνού εκφοβισμού, παρουσίαζαν φτωχότερη πνευματική υγεία και είχαν σε ποσοστό 24,8% χαμηλότερη κορτιζόλη στο σίελο σε σύγκριση με τα άτομα, που δεν είχαν βιώσει πράξεις εκφοβισμού. Τα άτομα, που βίωναν πράξεις εκφοβισμού περιστασιακά, παρουσίαζαν περισσότερα ψυχικά προβλήματα σε σύγκριση με τα άτομα, που δεν είχαν βιώσει πράξεις εκφοβισμού, όμως οι συγκεντρώσεις της κορτιζόλης κυμαίνονταν στα ίδια επίπεδα. Πράξεις εκφοβισμού συνέβησαν στο 78% των χώρων εργασίας (43 θέσεις εργασίας). Το φαινόμενο του συχνού εκφοβισμού εμφανίστηκε στο 21% των χώρων εργασίας. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι ο συχνός εκφοβισμός στο χώρο εργασίας σχετίζεται με χαμηλότερες συγκεντρώσεις κορτιζόλης του σιέλου, ενώ δεν παρατηρήθηκε ανάλογη συσχέτιση για τον περιστασιακό εκφοβισμό.

Οι VieL, Glasø και Einarsen (2011) διερεύνησαν το βαθμό, στον οποίο ο αυτο-χαρακτηρισμός του εργαζομένου ως θύμα εκφοβισμού μετριάξει ή όχι τη σχέση μεταξύ της έκθεσης σε εκφοβισμό και της κατάστασης υγείας του θύματος. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ανώνυμων ερωτηματολογίων αυτο-αξιολόγησης. Στη μελέτη συμμετείχαν 1.024 εργαζόμενοι, μεταξύ των οποίων οι 116 αυτο-χαρακτηρίστηκαν ως θύματα εργασιακού εκφοβισμού. Τα ευρήματα έδειξαν ότι σε περιπτώσεις χαμηλής έκθεσης, ο αυτο-χαρακτηρισμός μετριάξει τη σχέση μεταξύ της έκθεσης σε εκφοβισμό και της κατάστασης υγείας του θύματος. Αντιθέτως, σε περιπτώσεις έντονης έκθεσης σε συμπεριφορές εκφοβισμού παρατηρήθηκαν αυξημένα επίπεδα των παραπόνων για προβλήματα υγείας, ανεξάρτητα από τον αυτο-χαρακτηρισμό ή όχι των ατόμων ότι είναι θύματα πράξεων εκφοβισμού στο χώρο εργασίας. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι ο αυτο-χαρακτηρισμός ως θύμα παίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία θυματοποίησης του ατόμου και η διαρκής έκθεση σε καταστάσεις εκφοβισμού φαίνεται να έχει σημαντικές επιπτώσεις

στην υγεία του ατόμου, ανεξάρτητα από το εάν η εμπειρία είναι χαρακτηρισμένη ως εκφοβισμός ή όχι.

Σήμερα, πολλές μελέτες ποσοτικοποιούν τις επιπτώσεις για τα άτομα, που βιώνουν τον εκφοβισμό στο χώρο εργασίας (Normandale & Davies, 2002). Οι πολλές και διαφορετικές επιπτώσεις στην υγεία περιλαμβάνουν:

Σωματικές επιπτώσεις:

- Αυξημένη αρτηριακή πίεση και καρδιακές παθήσεις
- Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις
- Μειωμένη λειτουργία της μνήμης
- Στομαχικές διαταραχές και προβλήματα του εντέρου
- Δερματικά προβλήματα

Ψυχολογικές επιπτώσεις:

- Σοβαρή απώλεια της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησης
- Φόβος
- Κατάθλιψη
- Σοβαρά συμπτώματα στρες ή άγχος ή διαταραχές ύπνου
- Κρίσεις πανικού
- Δυσκολίες συγκέντρωσης
- Μειωμένη κρίση
- Λάθη και ατυχήματα στο χώρο εργασίας
- Κάπνισμα
- Υπερβολική κατανάλωση και υπερκατανάλωση τροφής

Επιπτώσεις στη συμπεριφορά:

- Επιθετικότητα
- Οξυθυμία

- Εκδικητικότητα
- Υπερευαίσθησία στην κριτική
- Αποχή από την εργασία
- Μειωμένα συναισθήματα

1.6 Η κατάσταση διεθνώς

Ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο, που επηρεάζει όλες τις χώρες, τους κλάδους οικονομίας και τους εργαζομένους. Σε παγκόσμια δημοσκόπηση, που πραγματοποιήθηκε το Μάιο του 2011 (Monster Global Pol) τέθηκε σε εργαζόμενους από όλο τον κόσμο, το ερώτημα εάν έχουν υπάρξει θύμα εκφοβισμού στο χώρο εργασίας. Από τις 16.517 απαντήσεις, που ελήφθησαν, προέκυψαν τα εξής: ποσοστό 64% των ερωτηθέντων απάντησε ότι είχε υπάρξει θύμα εκφοβισμού, είτε σωματικά, είτε μέσω επίπληξης της ποιότητας της εργασίας του, ποσοστό 36% των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά, ενώ αξιολογήθηκε ότι ποσοστό 16% των ερωτηθέντων απάντησε ότι έχει δει να συμβαίνουν πράξεις εκφοβισμού σε συναδέλφους τους. Στην ίδια μελέτη, ποσοστό 83% των ερωτηθέντων, που προέρχονταν από χώρες της Ευρώπης, ανέφερε ότι είχε υποστεί σωματική ή συναισθηματική βία στο χώρο εργασίας, ενώ αντίστοιχες πράξεις εκφοβισμού δήλωσαν ότι είχε βιώσει -σε ποσοστό 65%- οι ερωτηθέντες, που προέρχονταν από τις ΗΠΑ και σε ποσοστό 55% οι ερωτηθέντες, που προέρχονταν από την Ασία (Pinkos, 2012).

Οι πρώτες ευρωπαϊκές χώρες, που θέσπισαν νόμους κατά του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας ήταν η Σουηδία και η Γαλλία. Η Νορβηγία και η Δανία ακολούθησαν μετέπειτα το παράδειγμά τους. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει θεσπίσει μέτρα για τη διασφάλιση της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων (Οδηγία 89/391/ΕΟΚ του Συμβουλίου της 12ης Ιουνίου 1989 σχετικά με την εφαρμογή μέτρων για την προώθηση της βελτίωσης της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων κατά την εργασία). Μέσω της οδηγίας αυτής, οι εργοδότες είναι υπεύθυνοι για την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων, συμπεριλαμβανομένου και του φαινομένου της

παρενόχλησης. Αναφορά στην παρενόχληση γίνεται και στις κατευθυντήριες γραμμές της Ευρωπαϊκής Επιτροπής σχετικά με το άγχος, που συνδέεται με την εργασία, που θεσπίστηκαν το 1999. Οι εν λόγω κατευθυντήριες γραμμές παρέχουν μια επισκόπηση του ιστορικού, όσον αφορά στο εργασιακό άγχος (την έκταση του στρες, τις αιτίες του στρες, θέματα υγείας), τις προκλήσεις (ευθύνες και τις ενέργειες του εργοδότη) και τα μέτρα για την πρόληψη του εργασιακού άγχους (εργαλεία αξιολόγησης του κινδύνου, πρωτογενής πρόληψη, εκπαίδευση και κατάρτιση) (Pinkos, 2012).

Ηνωμένες Πολιτείες. Στις ΗΠΑ, το φαινόμενο του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας είναι τέσσερις φορές πιο διαδεδομένο σε σύγκριση με το φαινόμενο της σεξουαλικής παρενόχλησης (Workplace Bullying Institute, 2007). Τον Αύγουστο του 2010 το Ινστιτούτο εκφοβισμού στο χώρο εργασίας (WBI) διεξήγαγε έρευνα για το φαινόμενο του εκφοβισμού σε ενήλικους πολίτες των ΗΠΑ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ποσοστό 35% των Αμερικανών ανέφερε ότι έχει υπάρξει θύμα εκφοβισμού στο χώρο εργασίας. Από το σύνολο των ερωτηθέντων ποσοστό 64% υποστήριξε ότι πρέπει να υπάρχουν νόμοι για την προστασία των εργαζομένων από καταχρηστικές συμπεριφορές, που βλάπτουν την υγεία και διαπράττονται από τα αφεντικά και τους συναδέλφους (Tarkan, 2011; Workplace Bullying Institute, 2010). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ποσοστό μόλις 4% των ατόμων, που βίωσαν πράξεις εκφοβισμού, κατήγγειλε τα περιστατικά στον φορέα εργασίας του. Σύμφωνα με μία άλλη μελέτη του Workplace Bullying Institute (WBI), που διεξήχθη το 2008 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, ποσοστό 24% των εργοδοτών ανέφερε ότι ενώ έλαβε ενημέρωση για περιστατικό εκφοβισμού, εντούτοις δεν έλαβε κανένα μέτρο αντιμετώπισης.

Ηνωμένο Βασίλειο. Τα ευρήματα μελέτης, που διεξήχθη τον Ιούνιο του 2011 από το μεγαλύτερο οργανισμό του Ηνωμένου Βασιλείου με την επωνυμία UNISON, έδειξαν το φαινόμενο του εκφοβισμού στον εργασιακό χώρο είναι υπαρκτό πρόβλημα στη χώρα καθώς έξι στους δέκα εργαζόμενους σε όλη τη Βρετανία δήλωσαν ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών βίωσαν πράξεις εκφοβισμού ή ήταν μάρτυρες σε τέτοια περιστατικά, με την πόλη του Λονδίνου να κατέχει τα μεγαλύτερα ποσοστά θυμάτων και μαρτύρων (83%) (Pinkos, 2012). Παρόλο το μέγεθος του προβλήματος, το Ηνωμένο Βασίλειο δεν έχει θεσπίσει κάποιο ειδικό νόμο για την αντιμετώπιση του

φαινομένου αλλά στηρίζεται σε γενικούς νόμους για την ασφάλεια στο χώρο εργασίας (Harthill, 2008; Protection from Harassment Act, 1997).

Δανία. Στη Δανία το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού είναι υπαρκτό πρόβλημα. Για την αντιμετώπιση του φαινομένου έχει προταθεί από την πολιτική ηγεσία η δημιουργία μιας τηλεφωνικής γραμμής για την ανώνυμη καταγγελία τέτοιων περιστατικών στο χώρο εργασίας. Για τις σοβαρές περιπτώσεις η υπηρεσία, που παρεμβαίνει, είναι η Επιθεώρηση Εργασίας ασκώντας εσωτερικό έλεγχο (Pinkos, 2012).

Γερμανία. Σύμφωνα με τον Johnston (2010), η συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού στη Γερμανία σημειώνει αύξηση τα τελευταία χρόνια, λαμβάνοντας υπόψη και τις εκτιμήσεις των επιστημόνων σύμφωνα με τις οποίες οι εργαζόμενοι, που γίνονται καθημερινά θύματα εκφοβισμού ανέρχονται σε περίπου ενάμιση εκατομμύριο.

Σουηδία. Μία από τις πρώτες χώρες, που έκαναν το πρώτο βήμα για την νομική αντιμετώπιση του φαινομένου του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας, είναι η Σουηδία (Pinkos, 2012). Το 1993 θέσπισε ειδική νομοθεσία, μέσω του διατάγματος για την θυματοποίηση στην εργασία, η οποία ψηφίστηκε με στόχο την προστασία από τη θυματοποίηση, την επαγγελματική ασφάλεια και καλή υγεία των εργαζομένων (AFS, 1993). Το διάταγμα προβλέπει διοικητικές κυρώσεις για τους εργοδότες με στόχο την πρόληψη του φαινομένου και την επίλυση των συγκρούσεων, ενώ σε περίπτωση μη συμμόρφωσης με αυτές προβλέπει την επιβολή προστίμου ή ακόμα και φυλάκισης μέχρι και ένα έτος (AFS, 1993).

Γαλλία. Θεσπίζοντας το Νόμο Κοινωνικού Εκσυγχρονισμού το 2002, η Γαλλία εισήγαγε διατάξεις, που προβλέπουν αστικές και ποινικές κυρώσεις για την ηθική παρενόχληση (Pinkos, 2012; Code de Travail, 2002). Στο νόμο ορίζεται η ηθική παρενόχληση ως «η συμπεριφορά που έχει σκοπό να εξευτελίσει την αξιοπρέπεια του εργαζομένου και να επηρεάσει την ψυχική ή σωματική υγεία του ή να θέσει σε κίνδυνο

την σταδιοδρομία του» (Pinkos, 2012; Id. Art, 2002). Ο νόμος υποχρεώνει τους εργοδότες να λαμβάνουν μέτρα για την πρόληψη της ηθικής παρενόχλησης και τους απαγορεύει αντίποινα εις βάρος των εργαζομένων, που αναφέρουν την ηθική παρενόχληση ή που αρνούνται να είναι θύματα ηθικής παρενόχλησης (Collins, 2011; Pinkos, 2012).

Πορτογαλία. Δεν υπάρχει συγκεκριμένη νομοθεσία για το θέμα του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας στην Πορτογαλία μέχρι σήμερα. Μια ομάδα έξι μελών του πορτογαλικού Κοινοβουλίου, όλοι τους μέλη του Σοσιαλιστικού Κόμματος, κατάρτισαν ένα νομικό πλαίσιο, που αφορά στην παρενόχληση στο χώρο εργασίας και το παρουσίασαν στο Κοινοβούλιο στις 27 Ιουνίου 2000 (Assembleia da República, 2000). Το νομικό πλαίσιο περιλαμβάνει σύστημα κυρώσεων για τους θύτες πράξεων εκφοβισμού στο χώρο εργασίας. Αυτοί, που είναι υπεύθυνοι για τον εκφοβισμό, μπορεί να καταδικαστούν σε ποινή φυλάκισης τριών ετών ή σε χρηματική ποινή 2.500 ευρώ. Σε περιπτώσεις παραβάσεων της αξιοπρέπειας του εργαζομένου η ελάχιστη ποινή φυλάκιση ορίζεται στα δύο έτη ή πρόστιμο ύψους 10.000 ευρώ (Lorho και Hilp, 2001).

Βέλγιο. Το άρθρο 10 του βασιλικού διατάγματος της 13 Μαΐου 1999 αναφέρει ότι οι δημόσιοι υπάλληλοι θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με αξιοπρέπεια και ευγένεια από τους ανωτέρους, τους συναδέλφους και τους βοηθούς τους. Τους υποχρεώνει επίσης να απέχουν από οποιαδήποτε λεκτική ή μη λεκτική ενέργεια, η οποία θα μπορούσε να παραβιάσει την αξιοπρέπεια των υπαλλήλων (Lorho & Hilp, 2001). Το άρθρο 442 του Ποινικού Κώδικα ποινικοποιεί την παρενόχληση στο χώρο εργασίας, όμως δεν αποδίδει ευθύνες στον εργοδότη παρά τη λογοδοσία του (Sénat de Belgique, 1999/2000). Λόγω της αδυναμίας αυτής του Ποινικού Κώδικα έχει ξεκινήσει νομοθετική δράση για την καλύτερη προστασία κατά της παρενόχλησης στο χώρο εργασίας (Lorho & Hilp, 2001).

Καναδάς. Έρευνα που διεξήχθη το 2012 σε 552 εργαζομένους πλήρους απασχόλησης στον Καναδά έδειξε ότι το 45% των συμμετεχόντων υπήρξε τουλάχιστον μία φορά θύμα εκφοβισμού με κύριες πηγές εκφοβισμού τους συναδέλφους και τους άμεσα

προϊσταμένους, ενώ μόλις το 1/3 των θυμάτων κατήγγειλαν την πράξη στον φορέα εργασίας τους (The Workplace Bullying Institute, 2012). Το Κεμπέκ ήταν η πρώτη βορειοαμερικανική επαρχία, που θέσπισε νομοθεσία το 2004. Σύμφωνα με αυτήν κάθε εργαζόμενος έχει δικαίωμα να δουλεύει σε ένα εργασιακό περιβάλλον απαλλαγμένο από ψυχολογική παρενόχληση. Κάθε εργοδότης πρέπει να λάβει τα δέοντα μέτρα για την πρόληψη της ψυχολογικής παρενόχλησης και, κάθε φορά που αντιλαμβάνεται μια τέτοια συμπεριφορά, να βάζει ένα τέλος σε αυτή (Pinkos, 2012).

Αυστραλία. Η Victoria και το Queensland είναι οι δύο πολιτείες στην Αυστραλία, οι οποίες εφαρμόζουν κώδικα ορθής πρακτικής ειδικά για τον εργασιακό εκφοβισμό (Pinkos, 2012). Η Δυτική Αυστραλία εφαρμόζει επίσης κώδικα ορθής πρακτικής με επίκεντρο τις γενικές αρχές, που ισχύουν για την πρόληψη και τη διαχείριση της παρενόχλησης στους χώρους εργασίας (Pinkos, 2012).

Τουρκία. Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία στην Τουρκία, οι εργοδότες επί ποινή αδικήματος υποχρεούνται να προστατεύουν το προσωπικό τους από αρνητικές συμπεριφορές όπως λεκτικές ύβρεις, υποβάθμιση, ταπείνωση, εσκεμμένη απομόνωση και ψυχολογική κακοποίηση στο χώρο εργασίας (Pinkos, 2012).

1.7 Η κατάσταση στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με μελέτη, που διεξήχθη από το Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών το 2008 σε 840 κατώτερα και μεσαία στελέχη επιχειρήσεων, ποσοστό 13,2% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι βιώνει ξεκάθαρο εκφοβισμό χώρο εργασίας του, ποσοστό 47,5% δήλωσε ότι έχει βιώσει περιστασιακά τέτοιες συμπεριφορές και πράξεις, ενώ τέλος ποσοστό 39,3% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν έχει βιώσει ποτέ παρόμοιες συμπεριφορές (Galanaki & Papalexandris, 2011). Επίσης, σε μελέτη του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος Eurofound (2007), η Ελλάδα βρίσκεται στην πέμπτη θέση (μαζί με την Ισπανία) ως προς τα υψηλότερα ποσοστά παρενοχλήσεων στον εργασιακό χώρο, ενώ τις πρώτες θέσεις κατέχουν η Αυστρία και η Ιταλία. Τα

ανωτέρω στοιχεία δείχνουν ότι η κατάσταση είναι σοβαρή και στη χώρα μας, όμως το κράτος δεν έχει μεριμνήσει θεσμικά για την αντιμετώπιση του φαινομένου.

Δεν υπάρχουν διατάξεις της νομοθεσίας, που να αφορούν ειδικά στις περιπτώσεις εκφοβισμού στο χώρο εργασίας. Σύμφωνα με τον Ελληνικό Αστικό Κώδικα, η επιθετικότητα, που προέρχεται από τους εργοδότες και γενικά από πρόσωπα, που ασκούν το δικαίωμα της διοίκησης στο χώρο εργασίας πρέπει να διακρίνεται από τις περιπτώσεις της επιθετικότητας μεταξύ των υπαλλήλων της ίδιας βαθμίδας. Στην πρώτη περίπτωση, η άσκηση του δικαιώματος διοίκησης από τον εργοδότη ή από εκπροσώπους του, υπόκειται στην γενική ρήτρα του άρθρου 281 του Ελληνικού Αστικού Κώδικα σε σχέση με την κατάχρηση του δικαιώματος αυτού. Σύμφωνα με το παραπάνω άρθρο "η άσκηση του δικαιώματος απαγορεύεται αν υπερβαίνει προφανώς τα όρια, που επιβάλλουν η καλή πίστη ή τα χρηστά ήθη ή ο κοινωνικός ή οικονομικός σκοπός του δικαιώματος". Κατ' αυτή την έννοια η άσκηση του δικαιώματος με τέτοιο τρόπο (πράξη εκφοβισμού) μπορεί να επιφέρει την κήρυξη της πράξης ως άκυρη ή την αποζημίωση του θύματος. Ωστόσο, ανεξάρτητα από την προέλευση της πράξης εκφοβισμού στο χώρο εργασίας (από εργοδότη ή από συνάδελφο), μπορεί να συνιστά αδίκημα για την «προσωπικότητα». Σύμφωνα με το άρθρο 57 του Αστικού Κώδικα σχετικά με το δικαίωμα που συνδέεται με την προσωπικότητα του ατόμου «*όποιος προσβάλλεται παράνομα στην προσωπικότητά του έχει δικαίωμα να απαιτήσει να αρθεί η προσβολή και να μην επαναληφθεί στο μέλλον. Αν η προσβολή αναφέρεται στην προσωπικότητα προσώπου που έχει πεθάνει, το δικαίωμα αυτό έχουν ο σύζυγος, οι κατιόντες, οι ανιόντες, οι αδελφοί και οι κληρονόμοι του από διαθήκη. Αξίωση αποζημίωσης σύμφωνα με τις διατάξεις για τις αδικοπραξίες δεν αποκλείεται*». Το άρθρο 59 του Ελληνικού Αστικού Κώδικα ορίζει, επίσης, μέσο για την αποκατάσταση της ηθικής βλάβης ως εξής «*Στις περιπτώσεις των δύο προηγούμενων άρθρων το δικαστήριο με την απόφασή του, ύστερα από αίτηση αυτού, που έχει προσβληθεί και αφού λάβει υπόψη το είδος της προσβολής, μπορεί επιπλέον να καταδικάσει τον υπαίτιο να ικανοποιήσει την ηθική βλάβη αυτού, που έχει προσβληθεί. Η ικανοποίηση συνίσταται σε πληρωμή χρηματικού ποσού, σε δημοσίευμα, ή σε οτιδήποτε επιβάλλεται από τις περιστάσεις*». Τέλος, οι γενικές αρχές για την αποκατάσταση της προκατάληψης είναι επίσης εφαρμόσιμες. Κατά συνέπεια, οι νομικοί λόγοι για το αίτημα της αποζημίωσης που παρέχεται από το άρθρο 914:

«Όποιος ζημιώσει άλλον παράνομα και υπαίτια έχει υποχρέωση να τον αποζημιώσει», καθώς και το άρθρο 932 του Αστικού Κώδικα για την αποκατάσταση της ηθικής βλάβης «σε περίπτωση αδικοπραξίας, ανεξάρτητα από την αποζημίωση για την περιουσιακή ζημία, το δικαστήριο μπορεί να επιδικάσει εύλογη κατά την κρίση του χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης. Αυτό ισχύει ιδίως για εκείνον που έπαθε προσβολή της υγείας, της τιμής ή της αγνείας του ή στερήθηκε την ελευθερία του. Σε περίπτωση θανάτωσης προσώπου η χρηματική αυτή ικανοποίηση μπορεί να επιδικαστεί στην οικογένεια του θύματος λόγω ψυχικής οδύνης».

Τα ελληνικά δικαστήρια δεν διστάζουν να εφαρμόσουν τους κανόνες αυτούς σε μια ποικιλία περιπτώσεων, συμπεριλαμβανομένων της μη προαγωγής ενός ειδικευμένου υπαλλήλου, της αδικαιολόγητης απόλυσης ή ακόμα και της παρενόχλησης. Ωστόσο μέχρι σήμερα, δεν έχει πάει στη δικαιοσύνη συγκεκριμένη περίπτωση εκφοβισμού στο χώρο εργασίας, εκτός από μια περίπτωση σεξουαλικής παρενόχλησης το έτος 1997 (Αθήνα, Πρωτοδικείο 3623/1997). Τέλος, οι προαναφερθείσες διατάξεις δεν αποκλείουν εσωτερικές διοικητικές κυρώσεις (ιδίως στον δημόσιο τομέα, αν και στον ιδιωτικό τομέα, ο νόμος της επιχείρησης μπορεί επίσης να προβλέπει για τις εν λόγω κυρώσεις) ή ακόμη και ποινικές κυρώσεις κατά των εποπτικών αρχών των εργοδοτών, ή τους συναδέλφους για δράσεις που εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής του νόμου.

1.8 Εργαλεία ποσοτικής αξιολόγησης

Τα ερωτηματολόγια είναι η κυρίαρχη μέθοδος, που χρησιμοποιείται σε έρευνες μεγάλης κλίμακας και τα περισσότερα έχουν τη μορφή της αυτο-αναφοράς. Στην απλούστερη μορφή της, μια έρευνα μπορεί απλά να ρωτήσει τον ερωτώμενο εάν έχει βιώσει μια πράξη εκφοβισμού στο χώρο εργασίας με μονολεκτική απάντηση (ναι / όχι) (Lewis, 1999). Οι Einarsen και Skogstad (1996) έδωσαν ένα γραπτό ορισμό της παρενόχλησης, και ζήτησαν από τον ερωτώμενο, εφόσον είχε υποστεί παρενόχληση στο χώρο εργασίας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών, να απαντήσει μέσα από μία 5 ή 7βάθμια κλίμακα συχνότητας. Επιπλέον στοιχεία, που ζήτησαν, ήταν η διάρκεια της πράξης, ο αριθμός, το φύλο και η θέση των δραστών.

Στη συνέχεια αναπτύχθηκαν πιο περίτεχνα ερωτηματολόγια. Ένα ευρέως γνωστό ερωτηματολόγιο είναι του Lipt Leymann (1990), που αναπτύχθηκε στα σουηδικά, (αναθεωρημένη έκδοση Lipt-II) και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε γερμανική μετάφραση (Zarf et al., 1996). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 45 ή (με την αναθεωρημένη έκδοση) 46 χαρακτηριστικές συμπεριφορές, που συνέβησαν το τελευταίο εξάμηνο και που αντιπροσωπεύουν διάφορες πράξεις εργασιακού εκφοβισμού. Οι πράξεις κατατάσσονται σε πέντε τομείς:

- (α) δυνατότητα επικοινωνίας,
- (β) κοινωνική εικόνα,
- (γ) κοινωνικές σχέσεις,
- (δ) επαγγελματική κατάσταση, και
- (ε) υγεία του θύματος.

Οι κλίμακες, που χρησιμοποιήθηκαν, έχουν μεταβληθεί σε διάφορες μελέτες: 3 ή 4βάθμια κλίμακα σε μελέτη του Zarf και των συνεργατών του (1996) και 6βάθμια κλίμακα σε μελέτη του Dr. Klaus Niedl (1996). Σε μελέτες του Niedl περιλαμβάνονται, επίσης, μια 6βάθμια κλίμακα για τη διάρκεια της κάθε πράξης και επιπλέον μια γενική ερώτηση σχετικά με τον αριθμό, τη θέση και το φύλο των δραστών.

Οι Einarsen και Raknes (1997) ανέπτυξαν το NAQ (Negative Act Questionnaire). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 22 ερωτήσεις σχετικές με άμεσες και έμμεσες επιθέσεις ψυχολογικής βίας, που έχει βιώσει το άτομο στο χώρο εργασίας χωρίς αναφορά σε όρους όπως εκφοβισμός ή παρενόχληση. Το ερωτηματολόγιο μετράει τη συχνότητα εμφάνισης αρνητικών επεισοδίων με χρονικό ορίζοντα τους τελευταίους 6 μήνες (5βάθμια κλίμακα: 1=Ποτέ, 2=κατά καιρούς, 3=Μηνιαίως, 4=Εβδομαδιαίως, 5=καθημερινώς). Οι Einarsen και Hoel το 2001 ανέπτυξαν μία ευρέως χρησιμοποιούμενη αναθεωρημένη αγγλική έκδοση του NAQ (μετονομάστηκε σε NAQ-R), η οποία βασίστηκε σε μια αντιπροσωπευτική μελέτη σε 4.996 εργαζομένους του Ηνωμένου Βασιλείου, που προσλήφθηκαν από 70 οργανισμούς. Το NAQ - R αποτελείται από 23 ερωτήσεις, που διακρίνονται σε τρεις υποκλίμακες. Η

πρώτη αφορά στον προσωπικό εκφοβισμό (12 ερωτήσεις), η δεύτερη στο σχετιζόμενο με την εργασία εκφοβισμό (7 ερωτήσεις) και η τρίτη στο σωματικό εκφοβισμό (3 ερωτήσεις). Η 23^η ερώτηση «έχετε δεχτεί ηθική παρενόχληση στην εργασία σας;» δεν περιλαμβάνεται σε καμία από τις τρεις επιμέρους κλίμακες και οι πιθανές απαντήσεις είναι οι εξής: (α) όχι, (β) ναι, αλλά μόνο σπανίως, (γ) ναι, κατά καιρούς, (δ) ναι, μερικές φορές εβδομαδιαίως και (ε) ναι, σχεδόν καθημερινώς. Οι συμμετέχοντες καλούνται να αξιολογήσουν με τη βοήθεια μιας 5βάθμιας κλίμακας (1=ποτέ έως 5=καθημερινά) πόσο συχνά βιώνουν κάποια από τις προαναφερόμενες συμπεριφορές εκφοβισμού. Οι Einarsen και Hoel γρήγορα απέδειξαν την εγκυρότητα και αξιοπιστία του NAQ - R ως το καλύτερο εργαλείο μέτρησης της έκθεσης στον εργασιακό εκφοβισμό (2001). Το ερωτηματολόγιο τύπου NAQ και παραλλαγές αυτού χρησιμοποιείται σε πολλές μελέτες διεθνώς (Einarsen et al., 2009; Trijueque & Gomez, 2009; Vie, Glaso & Einarsen, 2010; Sandvik, Tracy & Alberts, 2007). Η υψηλότερη βαθμολογία δείχνει συχνότερη εμφάνιση πράξεων εκφοβισμού για το θύμα.

Για την αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης μεταξύ των συμμετεχόντων αναπτύχθηκε η κλίμακα Rosenberg (The Rosenberg Self-esteem Scale (RSS)) (1965) (Wylie, 1974; Crandal, 1973; Rosenberg, 1965). Αυτός ο τύπος ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις, οι 5 εκ των οποίων έχουν αρνητική διατύπωση ενώ οι άλλες 5 θετική. Χρησιμοποιείται σε 4βάθμια κλίμακα, που κυμαίνεται από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως το 4 (συμφωνώ απόλυτα) και η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 10 έως 40. Η υψηλότερη βαθμολογία δείχνει υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης.

Το ερωτηματολόγιο Work Harassment Scale - WHS περιλαμβάνει 24 ερωτήσεις. Οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν σε μία 5βάθμια κλίμακα, που κυμαίνεται από το 0 (ποτέ) έως το 4 (πολύ συχνά) πόσες φορές το τελευταίο εξάμηνο κατά τη διάρκεια της εργασίας έχουν βιώσει καταπιεστική ή/και ταπεινωτική συμπεριφορά από συναδέλφους ή τον εργοδότη τους (Björkqvist, Österman & Hjelt-Bäck, 1994; Björkqvist & Ostenzan, 1992).

Η κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας (The Narcissistic Personality Inventory (NPI)): Οι Twenge και Campbell (2009) αναφέρουν ότι το NPI είναι το πιο διαδεδομένο ερωτηματολόγιο μέτρησης της ναρκισσιστικής συμπεριφοράς. Υψηλότερες μέσες βαθμολογίες δείχνουν μεγαλύτερη ναρκισσιστικές τάσεις (Twenge et al., 2008).

Η κλίμακα θετικού συναισθήματος και αρνητικού συναισθήματος (The Positive Affect Negative Affect Schedule - PANAS) των Watson, Clark και Tellegen (1988): Μέσω αυτής της κλίμακας αξιολογείται ο συναισθηματικός παράγοντας (ο βαθμός στον οποίο αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες συναισθηματικές καταστάσεις) μέσα από δύο διακριτές διαστάσεις: το θετικό συναίσθημα και το αρνητικό συναίσθημα, τα οποία διαφοροποιούνται από τους αντίστοιχους παράγοντες προσωπικότητας, την εξωστρέφεια, το άγχος, την κατάθλιψη κλπ. Αποτελείται από δύο υποκλίμακες, όπου η μία περιλαμβάνει δέκα ερωτήσεις με διαφορετικά θετικά συναισθήματα και η άλλη δέκα ερωτήσεις με διαφορετικά αρνητικά συναισθήματα. Κάθε ερώτηση μπορεί να απαντηθεί μέσα από μία 5βάθμια κλίμακα, που κυμαίνεται από το 1 (πολύ λίγο ή καθόλου) έως το 5 (εξαιρετικά). Τα στοιχεία εντός των δύο υποκλιμάκων λαμβάνονται υπόψη κατά μέσο όρο προκειμένου να καθοριστούν τα επίπεδα αξιολόγησης. Μια υψηλότερη βαθμολογία σε κάθε μία από αυτές τις κλίμακες δείχνει μεγαλύτερο βαθμό εκδήλωσης του αντίστοιχου τύπου συναισθήματος (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

Η αναθεωρημένη κλίμακα αυτογνωσίας για μη κολεγιακούς πληθυσμούς (Revised Self-Consciousness Scale): Σύμφωνα με τους Scheier και Carver (1985), η κλίμακα αυτή είναι από τις πλέον γνωστές, που χρησιμοποιούνται σε όλο τον κόσμο. Περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις με δυνατότητα απαντήσεων μέσω 4βάθμιας κλίμακας, που κυμαίνεται από το 0 (δεν είναι καθόλου σαν εμένα) έως το 3 (όπως και εγώ). Η κλίμακα περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες: την προσωπική αυτογνωσία, τη δημόσια αυτογνωσία και το κοινωνικό άγχος. Υψηλότερες βαθμολογίες σε κάθε μία από αυτές τις κλίμακες δείχνουν υψηλότερα επίπεδα της ψυχολογικής κατάστασης των ατόμων.

Η Κλίμακα μέτρησης της αγένειας στο χώρο εργασίας (The Workplace Incivility Scale (WIS)): Σύμφωνα με τους Cortina, Magley, Williams και Langhout (2001) το εργαλείο αυτό περιλαμβάνει επτά ερωτήσεις τύπου Likert 5βάθμιας κλίμακας, που κυμαίνεται από το 1 (καθόλου) έως το 5 (πολύ συχνά) (Kain, 2008). Υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν πιο σοβαρές καταστάσεις αγενούς συμπεριφοράς στο χώρο εργασίας.

Η κλίμακα μέτρησης της αντίληψης του στρες (The Perceived Stress Scale (PSS)): Η κλίμακα μέτρησης της αντίληψης του στρες (PSS) είναι ένα εργαλείο μέτρησης του βαθμού των στρεσογόνων καταστάσεων στη ζωή ενός ατόμου. Η κλίμακα είναι 5βάθμια, τύπου Likert, περιλαμβάνει δεκατέσσερις ερωτήσεις (το περιεχόμενο των ερωτήσεων σχετίζεται με τα συναισθήματα και τις σκέψεις του ατόμου κατά την διάρκεια του τελευταίου μήνα) και οι επιλογές των απαντήσεων κυμαίνονται από 0 (ποτέ) έως το 4 (πολύ συχνά). Οι Cohen, Kamarak και Mermelstein (1983) διαπίστωσαν ότι η κλίμακα PSS είναι ιδιαίτερα αξιόπιστη.

1.9 Εργαλεία ποιοτικής αξιολόγησης

Οι άνθρωποι, που είναι θύματα εκφοβισμού στο χώρο εργασίας δεν μπορούν να αναφέρουν σε άλλους συνήθως το πρόβλημά τους και μπορεί σταδιακά να συνειδητοποιήσουν ότι η δυστυχία, που βιώνουν, προέρχεται εξαιτίας αυτού του φαινομένου, ιδίως εάν ο εκφοβισμός είναι έμμεσος ή αν το θύμα απομονώνεται κοινωνικά ή αποκλείεται (Crick & Grotpeter, 1995). Το φαινόμενο του εκφοβισμού μπορεί να αντιμετωπιστεί καλύτερα εάν το θύμα εκφοβισμού κρατά τακτικά στοιχεία, από αυτά που βιώνει. Το Trades Union Congress (TUC) (1998) παρέχει κατευθυντήριες οδηγίες και παροτρύνει τους εργαζόμενους για την καλή υγεία και την ασφάλειά τους, να καταγράφουν τα επεισόδια εκφοβισμού (ή υπόνοιες εκφοβισμού) κατά τρόπο συστηματικό και με χρονολογική σειρά. Η καταγραφή μπορεί να γίνει σε ένα ημερολόγιο αναφέροντας ποια πρόσωπα συμμετείχαν, αν υπήρχαν μάρτυρες, τι συνέβη, ποια ήταν τα συναισθήματα του θύματος, ποιο ήταν το αποτέλεσμα του επεισοδίου. Σε ενδεχόμενη συνέντευξη, το ημερολόγιο θα μπορούσε να αποτελέσει τη βάση για να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα.

Η μέθοδος της συστηματικής καταγραφής δεδομένων σε ημερολόγιο σχετικά με τα όσα έχει βιώσει το θύμα κατά τη διάρκεια της ημέρας περιγράφηκε από τους McGhee και Miell (1998). Οι συμμετέχοντες καλούνται να γράψουν τις τρεις πιο σημαντικές αλληλεπιδράσεις της κάθε ημέρας με δικά τους λόγια και να αξιολογήσουν αυτές τις αλληλεπιδράσεις σε μια κλίμακα 7 ερωτήσεων σχετικά με την ικανοποίηση, την οικειότητα, την ομοιότητα με το άλλο πρόσωπο, τη συμπάθεια και την ενσυναίσθηση. Το πλεονέκτημα των ημερολογίων είναι ότι ο ερευνητής αποκτά πρόσβαση σε πραγματικές συνθήκες ζωής και σε αυθεντικές εμπειρίες. Δεδομένου ότι οι σχέσεις χτίζονται από πολυάριθμες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ανθρώπων, η μέθοδος του ημερολογίου επικεντρώνεται σε αυτές τις μεμονωμένες ανταλλαγές και τη θέση τους στη συνολική σχέση, έτσι ώστε να μπορεί να προσδιορίσει πρότυπα συμπεριφοράς στο πέρασμα του χρόνου και να προσδιορίσει τις πτυχές, τη συχνότητα και τη διάρκεια του εκφοβισμού. Εάν οι περισσότεροι εργαζόμενοι συμφωνούσαν να διατηρούν ημερολόγια, αυτό θα διευκόλυνε τη διερεύνηση της συχνότητας εμφάνισης και των ειδών του εκφοβισμού. Ένα μειονέκτημα είναι η έλλειψη συγκρισιμότητας μεταξύ των ημερολογίων, λόγω της μη τυποποίησης της μορφής τους. Υπάρχει επίσης το πρόβλημα ότι η αλήθεια δεν μπορεί συχνά να ελεγχθεί. Μέχρι σήμερα, αυτή η μέθοδος δεν έχει εφαρμοστεί σε μεγάλο βαθμό απέναντι στο φαινόμενο του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας.

Η συνέντευξη είναι μία μέθοδος, που επικεντρώνεται κυρίως στη σχέση του ατόμου με το εργασιακό του περιβάλλον και στους τρόπους, με τους οποίους συμμετέχει σε αυτό. Σε σύγκριση με τα ερωτηματολόγια, οι συνεντεύξεις ανταποκρίνονται στη μοναδική φύση της κάθε κατάστασης εκφοβισμού. Έτσι, είναι ιδιαίτερα κατάλληλες για την εύρεση του είδους της παρενόχλησης μέσα από τις εμπειρίες του συμμετέχοντα (Rivers, 1999). Οι συνεντεύξεις μπορούν επίσης να πραγματοποιούνται σε ομάδες ατόμων με τη μορφή συζήτησης σε «στρογγυλή τραπέζη» (Liefsooghe & Olafsson, 1999).

Μία άλλη τεχνική, που εφαρμόζεται, είναι η τεχνική των κρίσιμων συμβάντων (Critical Incidents Technique (CIT)). Είναι μια μέθοδος, που αναπτύχθηκε από τον

Αμερικανό ψυχολόγο John Flanagan (Flanagan, 1954; Lewis, 1992). Αποτελείται από συγκεκριμένες διαδικασίες συλλογής παρατηρήσεων της ανθρώπινης συμπεριφοράς (συνήθως αναλυτική κατάθεση εμπειριών των συμμετεχόντων) που έχουν κρίσιμη σημασία, στη συνέχεια αποκωδικοποιούνται και καταχωρούνται ως συμβάντα τα οποία βοηθούν στην εύρεση πρακτικών λύσεων στα προβλήματα.

Τέλος, ένα διαδεδομένο μοντέλο, που εφαρμόζεται για τον καθορισμό των τρόπων, με τους οποίους οι εργαζόμενοι αντιδρούν όταν είναι δυσαρεστημένοι στο χώρο εργασίας είναι το μοντέλο EVLN. Το μοντέλο καθορίζει τέσσερις τελικές αντιδράσεις: Έξοδος (Exit) - Φωνή (Voice) - Πίστη (Loyalty) - Παραμέληση (Neglect) (Withey & Cooper, 1989):

Έξοδος. Αναφέρεται στην έξοδο από την εταιρεία ή τη μετάθεση σε άλλη μονάδα της εταιρείας προκειμένου το άτομο να βγει από τη δυσάρεστη κατάσταση. Η έξοδος προκύπτει συνήθως μετά από «γεγονότα σοκ», όπως όταν το αφεντικό συμπεριφέρεται άδικα ή πολύ άσχημα. Αυτά τα γεγονότα δημιουργούν έντονα συναισθήματα, που ενεργοποιούν τους εργαζόμενους να σκεφτούν και την αναζήτηση για μια άλλη απασχόληση.

Φωνή. Αναφέρεται σε κάθε προσπάθεια αλλαγής της κατάστασης προκειμένου το άτομο να ξεφύγει από τη δυσαρέσκεια, που νιώθει. Μπορεί να έχει τη μορφή απλών συστάσεων για τη βελτίωση της κατάστασης ή πιο επιθετικών αντιδράσεων με επίσημη κατάθεση παραπόνων. Σε ακραίες περιπτώσεις, ορισμένοι εργαζόμενοι συμμετέχουν σε αντιπαραγωγικές συμπεριφορές για να τους δοθεί προσοχή από τους εργοδότες.

Πίστη. Αναφέρεται στην πίστη του εργαζομένου για τον οργανισμό, που εργάζεται. Ο εργαζόμενος συνεχίζει να εργάζεται με όρεξη ελπίζοντας ότι η κατάσταση θα βελτιωθεί και η διοίκηση του οργανισμού θα λύσει το πρόβλημα.

Παραμέληση. Αναφέρεται στη μείωση της απόδοσης του εργαζομένου, στην πραγματοποίηση συχνών απουσιών και καθυστερήσεων και στην ενασχόληση με άλλα, εκτός εργασίας, ενδιαφέροντα. Ο εργαζόμενος κρατά μία παθητική στάση και δεν έχει καμία όρεξη για εργασία.

1.10 Τρόποι αντιμετώπισης

Ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας αναγνωρίζεται ως ένα σοβαρό ψυχοκοινωνικό φαινόμενο, που οδηγεί σε αρνητικές συνέπειες για το θύμα και τον οργανισμό (Vartia & Leka, 2011). Η προσοχή στρέφεται στην πρόληψη και τη διαχείριση του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας. Μια βασική στρατηγική πρωτογενούς πρόληψης είναι η δημιουργία μίας anti-bullying πολιτικής, που μπορεί να επιτευχθεί μέσα από αλλαγές στις αξίες, τις συμπεριφορές, τις λεκτικές εκφράσεις και τους τρόπους αλληλεπίδρασης (Duffy, 2009; Needham, 2003; Yamada, 2008; Cassitto et al., 2004). Τα απαραίτητα συστατικά μίας τέτοιας πολιτικής περιλαμβάνουν την αλλαγή νοοτροπίας στο εσωτερικό του οργανισμού, την κοινωνικοποίηση, την άριστη επικοινωνία, την αποτελεσματική εκπαίδευση του προσωπικού και κυρίως τη συνεχή προσπάθεια για την εξάλειψη αρνητικών συμπεριφορών στον εργασιακό χώρο (Harvey et al., 2006). Είναι απαραίτητο τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη και οι ηγεσίες των οργανισμών να λειτουργούν ως πρότυπα προς την κατεύθυνση αυτή, μέσα από τη σωστή συμπεριφορά τους και την καλλιέργεια πνεύματος αμοιβαίου σεβασμού (Yamada, 2008). Για την αντιμετώπιση του φαινομένου του εκφοβισμού θα πρέπει να υπάρχει γραπτή δήλωση δέσμευσης του οργανισμού, που θα ορίζει τα καθήκοντα των διευθυντών, τη διαδικασία καταγγελίας των περιστατικών και τη λήψη πειθαρχικών μέτρων (Duffy, 2009; Holme, 2006; Rayner & Lewis, 2011; Vartia & Leka, 2011).

Σε ό,τι αφορά στην επιλογή των εργαζομένων, μια βασική στρατηγική πρωτογενούς πρόληψης είναι η χρήση συστημάτων επιλογής προσωπικού ώστε να εντοπίζονται έγκαιρα τα άτομα με ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά ή κίνητρα (Blackman & Funder, 2002; Fodchuk, 2007; Gardner & Johnson, 2001; Glendinning, 2001) ή τα άτομα με επιθυμητά χαρακτηριστικά ή κίνητρα με προεξέχοντα το αίσθημα της ακεραιότητας και της συναισθηματικής νοημοσύνης (Ferris, 2009; Yamada, 2008). Παράλληλα οι διοικήσεις των οργανισμών θα πρέπει εφαρμόζουν συστήματα ανταμοιβών και κινήτρων και να υλοποιούν ενέργειες ενημέρωσης – πληροφόρησης του προσωπικού σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης του φαινομένου (Needham, 2003).

Η εφαρμογή διαδικασιών διαχείρισης των συγκρούσεων και επίλυσης διαφορών είναι απαραίτητη όταν το φαινόμενο του εκφοβισμού έχει συμβεί σε έναν οργανισμό, συμπεριλαμβανομένων των άμεσων διαπραγματεύσεων, της διαμεσολάβησης και της εκδίκασης (Fox & Stallworth, 2009). Θα πρέπει να υπάρχει η διαβεβαίωση ότι δεν θα υπάρξουν αντίποινα και περαιτέρω θυματοποίηση. Χωρίς αυτή τη διαβεβαίωση είναι απίθανο να είναι καλά τα αποτελέσματα του προγράμματος (Fox & Stallworth, 2009). Είναι αναγκαίο να ενημερωθεί το πρόσωπο, που κατηγορείται για παρενόχληση για την καταγγελία εναντίον του, ώστε να του δοθεί η ευκαιρία να δώσει τις δικές του εξηγήσεις και να παρουσιάσει τη δική του οπτική γωνία. Όλα τα περιστατικά πρέπει να είναι πλήρως και δίκαια διερευνημένα, με έμφαση στη συμπεριφορά των οικείων φυσικών προσώπων και όχι στην προσωπικότητά τους (Needham, 2003). Τα θύματα επίσης θα πρέπει να έχουν δίκαιη μεταχείριση (Rayner & Lewis, 2011). Άλλες παρεμβάσεις, που απαιτούνται για την αποτελεσματική επίλυση του προβλήματος, περιλαμβάνουν την καθοδήγηση, την παροχή συμβουλών, τη διαχείριση των επιδόσεων και την απόλυση του θύτη (νταή) (Ferris, 2004; Namie & Namie 2009; Rayner & Lewis, 2011). Παραδείγματα περιπτώσεων εκφοβισμού, που έχουν αντιμετωπιστεί πλήρως και δίκαια, είναι απαραίτητο να παρουσιάζονται στο προσωπικό ώστε να έχουν επίγνωση του προβλήματος και να αλλάξει η νοοτροπία τους σε σχέση με τον εργασιακό εκφοβισμό (Namie, 2008).

Μια προφανής στρατηγική για ένα άτομο, που έχει βιώσει τον εκφοβισμό, είναι να ζητήσει βοήθεια από τον οργανισμό, από έναν επόπτη ή τον υπεύθυνο του τμήματος ανθρωπίνων πόρων. Έρευνες έχουν δείξει ότι γενικά οι διευθυντές είναι συχνά αναποτελεσματικοί, όταν ασχολούνται με τον εκφοβισμό (Ferris, 2004). Τα θύματα συνήθως αναζητούν τη συλλογή αποδεικτικών στοιχείων, την εύρεση συμμάχων και την ανταλλαγή εμπειριών με άλλους, που έχουν βιώσει παρόμοιες καταστάσεις (Cassitto et al., 2004). Η παροχή της ομαδικής υποστήριξης, που προσφέρουν συμβουλές και τόνωση του ηθικού, αλλά και πληροφορίες σχετικά με άλλες πηγές βοήθειας, είναι πιθανό να αποδειχθούν μια αποτελεσματική επιλογή για πολλούς οργανισμούς (Holme, 2006; Lutgen-Sandvik, 2008). Οι στόχοι ανταποκρίνονται καλά σε βραχυπρόθεσμη παροχή συμβουλών, που παρέχουν υποστήριξη κατά τη διάρκεια της έρευνας και παρέμβαση από τον οργανισμό (Ferris, 2004; Lockhart, 1998). Ενώ η παροχή συμβουλών σχετικά με στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους μπορεί να έχει

κάποια αξία (Lewis et al., 2002; Rammsayer et al., 2006), είναι πιθανό να είναι κατάλληλη μόνο σε βραχυπρόθεσμες περιπτώσεις και όχι σε περιπτώσεις επίμονου εκφοβισμού. Όταν ο εκφοβισμός έχει σοβαρά ψυχολογικά αποτελέσματα, μπορεί να απαιτηθεί ψυχολογική ή ψυχιατρική θεραπεία (Groeblichhoff & Becker, 1996). Η εκπαίδευση των θυμάτων για την οικοδόμηση της ανθεκτικότητας συχνά συνίσταται μαζί με υποστηρικτικές ιστοσελίδες αντιμετώπισης της κοινωνικής απομόνωσης (Gardner & Johnson, 2001; Jackson et al., 2007), όμως τα ανωτέρω μπορούν να παρέχουν βραχυπρόθεσμη βοήθεια προς τα θύματα χωρίς όμως να επιλύουν το πρόβλημα του επίμονου εκφοβισμού.

Κατά την εξέταση της εκτεταμένης βιβλιογραφίας σχετικά με τη διαχείριση του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας, είναι προφανές ότι η αποτελεσματική πρόληψη περιλαμβάνει έναν συνδυασμό ενεργειών. Η πρόληψη κατά του εκφοβισμού εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα της ηγεσίας εντός του οργανισμού και την ανταπόκριση του τμήματος διαχείρισης ανθρώπινων πόρων απέναντι στο πρόβλημα του εκφοβισμού (Needham, 2003). Η Πολιτική είναι επίσης το κλειδί για τη δημιουργία μιας κουλτούρας, όπου ο εκφοβισμός δεν είναι αποδεκτός και ο καθένας καταλαβαίνει ποια συμπεριφορά είναι κατάλληλη ή όχι στο χώρο εργασίας (Bentley et al., 2009).

2. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

2.1 Προσδιορισμός της έννοιας «Γενική Υγεία»

Η έννοια «Γενική Υγεία» ιστορικά έχει προταθεί ως ευρωστία του φυσικού σώματος όπου όλα τα μέρη και όργανα είναι σε καλή κατάσταση (Fowler & Fowler, 1960; Thatcher, 1980). Μία άλλη διάσταση της γενικής υγείας είναι η πνευματική (Coutts και Hardy, 1985). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) στο καταστατικό του (1946) ορίζει την γενική υγεία ως «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας» και όχι απλώς την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, τονίζοντας ότι καμία από αυτές τις διαστάσεις δεν έχει προτεραιότητα έναντι της άλλης. Η έννοια της γενικής υγείας δεν αποδίδεται μόνο ιατρικά, αλλά μπορεί να συσχετιστεί και με άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, οι συνθήκες ζωής και η εργασιακή κατάσταση και για αυτό το λόγο οι αντιλήψεις για την κατάσταση της υγείας των ατόμων είναι υποκειμενικές (Wilson & Cleary, 1995). Μερικοί άνθρωποι θεωρούν τους εαυτούς τους υγιείς ενώ πάσχουν από μία ή περισσότερες ασθένειες, ενώ άλλοι θεωρούν του εαυτούς τους ως άρρωστους παρόλο που δεν υπάρχουν αντικειμενικές ενδείξεις ύπαρξης κάποιας νόσου. Οι περισσότεροι μελετητές στις ιατρικές επιστήμες στην προσπάθειά τους να προσεγγίσουν την κατάσταση γενικής υγείας των ατόμων αναφέρονται στον όρο «Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής» (health related quality of life). «Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» είναι η ικανοποίηση και η ευτυχία ενός ατόμου με τους τομείς της ζωής, στο μέτρο που επηρεάζουν ή επηρεάζονται από την «υγεία», όπως κοινωνικοί, σωματικοί (φυσικοί), ψυχολογικοί τομείς (Testa & Simonson, 1996; Bullinger, 1991; Bullinger & Hastord, 1991; Hunt, 1997; Mooney, 2006; Wood-Dauphinee, 1999). Στην έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής περιλαμβάνονται όροι, όπως η λειτουργική ικανότητα, η κατάσταση υγείας, το ευ ζειν και η λειτουργική κατάσταση του ατόμου (functional ability, health status, well being, functional status).

«Λειτουργική κατάσταση» είναι η ικανότητα ενός ατόμου να εκτελεί τις συνήθειες καθημερινές δραστηριότητες, που απαιτούνται για την κάλυψη των βασικών του αναγκών διατηρώντας την υγεία και την ευημερία του (Leidy, 1994; Wilson & Cleary, 1995). Η λειτουργική κατάσταση σχετίζεται με τις έννοιες: λειτουργική

ικανότητα και λειτουργική απόδοση. Ενώ η λειτουργική ικανότητα αντιπροσωπεύει την μέγιστη ικανότητα ενός ατόμου να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες στους φυσικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς και πνευματικούς τομείς της ζωής του, η λειτουργική απόδοση αναφέρεται στις δραστηριότητες, που οι άνθρωποι πραγματικά κάνουν κατά τη διάρκεια της καθημερινής ζωής τους (Leidy, 1994). Η λειτουργική κατάσταση μπορεί να επηρεαστεί από τη βιολογική ή φυσιολογική ανεπάρκεια, τα συμπτώματα, και τη διάθεση (Wilson & Cleary, 1995). Είναι επίσης πιθανό να επηρεάζεται από τις αντιλήψεις για την υγεία. Για παράδειγμα, ένα άτομο, το οποίο οι περισσότεροι θεωρούν ότι είναι καλά, αλλά ο ίδιος θεωρεί ότι είναι άρρωστος μπορεί να έχει χαμηλή λειτουργική απόδοση σε σχέση με τις πραγματικές ικανότητες του (Leidy, 1994).

Η «Διάθεση» αναφέρεται σε συναισθηματικές αντιδράσεις σε βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα στρεσογόνους παράγοντες όπως οι αλλαγές στην κατάσταση της υγείας (Anderson, 1995). Αυτές οι παροδικές συναισθηματικές αντιδράσεις συνήθως αντανακλώνονται στο συναίσθημα ενός ατόμου: είναι το πρόσωπο που παρουσιάζει στον κόσμο (Moody, McCormick & Williams, 1990). Η κατάθλιψη, η έξαρση, ο θυμός και το άγχος είναι παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης, που μερικές φορές συνυπάρχουν με σωματική ασθένεια και μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργική απόδοση του ατόμου, τα συμπτώματα και τις αντιλήψεις του για την υγεία και την ποιότητα της ζωής (Williams, 1990). Τα «Συμπτώματα» είναι οι αντιλήψεις (ενδείξεις) των ασθενών για «μη φυσιολογική σωματική, συναισθηματική ή νοητική κατάσταση» (Wilson & Cleary, 1995).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2001) «για όλους τους ανθρώπους η ψυχική, η σωματική και η κοινωνική υγεία είναι παράγοντες ζωτικής σημασίας, που συμπλέκονται και αλληλεξαρτώνται στενά. Καθώς η κατανόηση αυτής της σχέσης βαθαίνει, γίνεται ακόμη περισσότερο προφανές ότι η ψυχική υγεία είναι αποφασιστικής σημασίας για την εν γένει ευεξία ατόμων, κοινωνιών, χωρών». «Είναι πλέον σαφές σήμερα ότι θα ήταν λάθος να διαχωρίζονται και να αντιμετωπίζονται ξεχωριστά και αποσπασματικά τα σωματικά από τα ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα (εκτός των σοβαρών περιπτώσεων) όταν οι ασθενείς παρουσιάζονται και

απευθύνονται στις Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Γενικής Υγείας ή τα ιατρεία των Γενικών Νοσοκομείων» (Thornicroft & Tansella, 1999).

2.2 Προσδιορισμός της έννοιας «Ψυχική Υγεία»

Σύμφωνα με την Jahoda (1958) ψυχική υγεία ενός ατόμου είναι μια κατάσταση ισορροπίας που έχει τα εξής χαρακτηριστικά: (α) το άτομο έχει επίγνωση της ταυτότητάς του, (β) το άτομο είναι αυτοδύναμο, (γ) το άτομο αντιστέκεται στο στρες, (δ) το άτομο είναι ενεργητικό και δεν επηρεάζεται από κοινωνικές επιρροές, (ε) το άτομο αγαπά, εργάζεται και διασκεδάζει και (ζ) το άτομο μπορεί και επιλύει τα προβλήματά του. Σύμφωνα με βρετανικό κυβερνητικό ορισμό ψυχική υγεία είναι «η συναισθηματική και η διανοητική εκείνη κατάσταση, που επιτρέπει στα άτομα να χαίρονται τη ζωή και να αντεπεξέρχονται στις απογοητεύσεις αλλά και στις δύσκολες συνθήκες. Είναι το θετικό συναίσθημα της ψυχολογικής ευεξίας και της πίστης μας στη δική μας αξία αλλά και των άλλων» (British Health Education Authority, 1999). Υπάρχουν βέβαια και μελετητές, οι οποίοι θεωρούν ότι η ψυχική αρρώστια είναι «έργο του διαβόλου» σύμφωνα με τη δαιμονολογία, που αναπτύχθηκε στο Μεσαίωνα (5ος-16ος αιώνας) (Sadock & Sadock, 2007). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2013) ορίζει την ψυχική υγεία ως «μια κατάσταση ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει τα κανονικά άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα, και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητα». Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1993) οι ψυχικές διαταραχές περιλαμβάνουν μια ποικιλία προβλημάτων με διαφορετικά συμπτώματα και χαρακτηρίζονται από συνδυασμό σκέψεων, συναισθημάτων, συμπεριφορών και σχέσεων. Οι ψυχικές διαταραχές διακρίνονται στις εξής βασικές κατηγορίες (Kitchener & Jorm, 2002):

Καταθλιπτικές διαταραχές. Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) στην Πέμπτη έκδοσή του (DSM –IV) ορίζει τη Μείζωνα Καταθλιπτική Διαταραχή (γνωστή και ως κλινική κατάθλιψη, μείζωνα κατάθλιψη, μονοπολική διαταραχή ή απλώς κατάθλιψη) ως μία κοινή διαταραχή της διάθεσης στην ψυχολογία και την ψυχιατρική, στην οποία η καθημερινότητα ενός ατόμου διαταράσσεται από την

έντονη θλίψη, μελαγχολία ή απελπισία (Kinderman, 2013). Μελέτη του Kessler και των συνεργατών του (2003) αναφέρει ότι η κατάθλιψη είναι η δεύτερη πιο συχνή ψυχοπαθολογία στον γενικό πληθυσμό. Αντίστοιχη μελέτη του Steptoe (2006) αναφέρει ότι η κατάθλιψη είναι η πιο συνηθισμένη διαταραχή σε άτομα που πάσχουν από χρόνιες σωματικές παθήσεις. Τα συμπτώματα των καταθλιπτικών διαταραχών συνοψίζονται στα ακόλουθα (National Institute of Mental Health, 2008):

- Καταθλιπτική διάθεση
- Διαταραχή της όρεξης
- Άγχος
- Αισθήματα - σκέψεις ενοχής ή/και αδεξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Απώλεια της ευχαρίστησης
- Ανημπόρια, έλλειψη ελπίδας
- Απώλεια του ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες
- Διαταραχή τον ύπνου
- Δυσκολία στη συγκέντρωση
- Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido)
- Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας)
- Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας
- Σωματικά ενοχλήματα
- Τάσεις αυτοκτονίας
- Φυτικό (Αυτόνομο) Νευρικό Σύστημα
- Ψυχοκινητική διέγερση
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση
- Ψύχωση

Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής. Η Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής ορίζεται ως «μια επίμονη διαταραχή της διατροφής ή της σχετιζόμενης με τη διατροφή συμπεριφοράς, η οποία έχει σε σημαντικό βαθμό αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική

υγεία ή την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου» (Fairburn & Walsh, 1995). Υπάρχουν δύο κατηγορίες διαταραχών: η Ψυχογενής Βουλιμία (Russel, 1979) και η Ψυχογενής Ανορεξία (Steinhausen & Glanville, 1983).

Διαταραχές της προσωπικότητας. Οι διαταραχές της προσωπικότητας είναι μια κατηγορία ψυχικών διαταραχών, που χαρακτηρίζονται από άκαμπτα και δυσπροσαρμοστικά πρότυπα συμπεριφοράς (American Psychiatric Association, 2013; Berrios, 1993; Millon & Roger, 1996). Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / DSM-5) οι διαταραχές της προσωπικότητας διακρίνονται στις εξής επιμέρους κατηγορίες (American Psychiatric Association, 2013):

- Παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας
- Σχιζοειδής διαταραχή της προσωπικότητας
- Σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας
- Αντικοινωνική συμπεριφορά ή διαταραχή της προσωπικότητας
- Μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας
- Δραματική διαταραχή της προσωπικότητας
- Ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας
- Αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας
- Εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας
- Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας

Αγχώδεις διαταραχές. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (1994) ορίζει το άγχος ως «μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από ένα έντονο αρνητικό συναίσθημα, από σωματικά συμπτώματα έντασης και από ανησυχία για το μέλλον». Κάθε αγχώδης διαταραχή έχει διαφορετικά συμπτώματα, αλλά όλα συγκεντρώνονται γύρω από τον υπερβολικό, παράλογο φόβο και τρόμο. Οι αγχώδεις διαταραχές διακρίνονται στις εξής μορφές (Gelder, Mayou & Geddes, 2005; Barker, 2003):

- Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες
- Διαταραχή Από Οξύ Στρες

- Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση
- Αγχώδης Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες
- Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή
- Αγχώδης Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς
- Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
- Διαταραχή Πανικού Με ή Χωρίς Αγοραφοβία
- Ειδική Φοβία
- Κοινωνική Φοβία

Σωματόμορφες διαταραχές. Οι Σωματόμορφες Διαταραχές είναι ψυχικές διαταραχές, που παρουσιάζονται με τη μορφή σωματικών διαταραχών (Allena et al., 2001). Σωματικά συμπτώματα, που εμφανίζονται, μπορεί να είναι:

- Συμπτώματα πόνου
- Γαστρεντερικά συμπτώματα
- Σεξουαλικά συμπτώματα
- Ψευδονευρολογικά συμπτώματα

Διαταραχές της διάθεσης. Οι διαταραχές της διάθεσης είναι μια ομάδα διαταραχών (DSM IV TR), που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης (Sadock, 2002). Σύμφωνα με το DSM - IV, οι διαταραχές της διάθεσης κατηγοριοποιούνται στις:

- Καταθλιπτικές Διαταραχές («μονοπολική κατάθλιψη»),
- Διπολικές Διαταραχές
- Διαταραχές βασισμένες στην αιτιολογία τους
- Διαταραχές της διάθεσης Μη προσδιοριζόμενες Αλλιώς.

Διασχιστικές διαταραχές. Το βασικό χαρακτηριστικό των Διασχιστικών Διαταραχών είναι κάποια διάσπαση/διάσχιση στις συνήθως συντεθιμένες λειτουργίες της συνείδησης, της μνήμης, της ταυτότητας ή της αντίληψης του περιβάλλοντος (American Psychiatric Association, 2000). Πιστεύεται ότι προκαλούνται κυρίως από

ψυχολογικά τραύματα και διακρίνονται στις εξής κατηγορίες (American Psychiatric Association, 2000):

- Διασχιστική Αμνησία,
- Διασχιστική Φυγή, Διασχιστική Διαταραχή της Ταυτότητας,
- Διαταραχή Αποπροσωποποίησης
- Διασχιστική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Σχιζοφρένεια. Η σχιζοφρένεια είναι ένα κλινικό σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από μπερδεμένες σκέψεις και μειωμένες συναισθηματικές αντιδράσεις (Concise Medical Dictionary, 2010). Τα κοινά συμπτώματα περιλαμβάνουν ψευδαισθήσεις, όπως παρανοϊκές πεποιθήσεις, παραισθήσεις και αποδιοργάνωση της σκέψης. Τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται συνήθως στην αρχή της ενηλικίωσης και σε παγκόσμιο επίπεδο αγγίζει το 0,3 έως 0,7% (Van & Karur, 2009).

2.3 Προσδιορισμός της έννοιας «Σωματική Υγεία»

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνδέει την ποιότητα ζωής με ένα πλέγμα παραγόντων, στο οποίο η σωματική υγεία παίζει πρωτεύοντα ρόλο (Lopez, Shane & Snyder, 2003). Σωματική υγεία σημαίνει καλή υγεία του σώματος και είναι αποτέλεσμα τακτικής σωματικής δραστηριότητας, καλής διατροφής και επαρκούς ξεκούρασης. Η σωματική υγεία αποτελεί κύριο παράγοντα για το αίσθημα ευτυχίας των ανθρώπων (Pargament et al., 2005). Άλλοι παράγοντες, που συμβάλλουν στη σωματική υγεία, μπορεί να περιλαμβάνουν την αποχή από τη χρήση ναρκωτικών, την αποφυγή της κατάχρησης οινοπνεύματος, την υπεύθυνη σεξουαλική συμπεριφορά (σεξουαλική υγεία) και την ατομική υγιεινή. Συνιστώσες ευρωστίας σχετιζόμενες με την υγεία είναι οι εξής:

Καρδιαγγειακή ευρωστία. Ένα εύρωστο άτομο χαρακτηρίζεται από την καλή λειτουργία του καρδιοαναπνευστικού του συστήματος και συνήθως το άτομο αυτό ασκεί φυσική δραστηριότητα και πετυχαίνει βελτίωση του αναπνευστικού του συστήματος μέσω της αύξησης της ποσότητας του οξυγόνου, που εισπνέεται και διανέμεται στο σώμα (Donatello, 2005).

Μυική αντοχή. Ένα εύρωστο άτομο χαρακτηρίζεται από την ικανότητα επανάληψης κινήσεων για μια μακρά χρονική περίοδο χωρίς να αισθάνεται ιδιαίτερη κόπωση (Carpenter, 2007; Harper, 2012; Blakey, 1994).

Σωματική σύσταση. Ένα εύρωστο άτομο χαρακτηρίζεται από φυσιολογικό βάρος και σχετικά χαμηλό ποσοστό σωματικού λίπους (όχι όμως κάτω από ένα ελάχιστο όριο, που είναι απαραίτητο για φυσιολογική λειτουργία) (Kiebzak et al., 2000).

Ευλυγισία. Ένα εύρωστο άτομο χαρακτηρίζεται από την καλή κίνηση των αρθρώσεων του (Blakey, 1994).

Δύναμη. Ένα εύρωστο άτομο χαρακτηρίζεται από την ικανότητα να άρει ή να ελέγχει το βάρος του σώματός του και να εκτελεί μία εργασία ή να παίζει ένα παιχνίδι εφαρμόζοντας δύναμη (Van Ginkel, 1999).

2.4 Η σχέση Γενικής και Ψυχικής Υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2001) αναγνωρίζοντας τη στενή σχέση της Ψυχικής κατάστασης του ατόμου με τη γενική κατάσταση της υγείας του, προτρέπει τα ευρωπαϊκά κράτη να συνδέσουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας τη ψυχιατρική φροντίδα των ασθενών με τις υπηρεσίες γενικής υγείας με στόχο την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αναλύοντας τον προαναφερόμενο ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2013) διαφαίνεται η σχέση του ατόμου με τον ευρύτερο κοινωνικό χώρο που ζει και εργάζεται και κυρίως το γεγονός ότι η ψυχική υγεία του ατόμου επηρεάζεται και αλληλεξαρτάται από τη σχέση του με το ευρύτερο περιβάλλον (Saraceno, 2000).

Η κατάσταση ψυχικής υγείας του ατόμου επηρεάζεται από ψυχολογικούς, βιολογικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Οι Plomin et al (1994) μελέτησαν τη σχέση των γενετικών παραγόντων με την ανθρώπινη συμπεριφορά σε οικογένειες που ζουν δίδυμα και υιοθετημένα παιδιά, από όπου φαίνεται ο σημαντικός ρόλος της κληρονομικότητας σε διάφορες μορφές ψυχικών διαταραχών. Ο Coccaro και οι συνεργάτες του (1994) μελέτησαν διδύμους και αναφέρουν ότι

μορφές παρορμητικής επιθετικότητας οφείλονται σε κληρονομικά χαρακτηριστικά. Αντίστοιχα αποτελέσματα αναφέρουν μελέτες υιοθεσίας των Bohman et al (1984).

Το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, που ζει ο άνθρωπος, περικλείει σοβαρούς κινδύνους, που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση ψυχικών ασθενειών. Το άσχημο περιβάλλον εργασίας, η βία, η διάκριση των φύλων, η ανέχεια κλπ επηρεάζουν αρνητικά τη ψυχική υγεία των ατόμων. Ο Yehuda και οι συνεργάτες του (1999) μελέτησαν τη σχέση της διαταραχής του μετατραυματικού στρες (PTSD) με τραυματικά γεγονότα. Η μελέτη έδειξε ότι άτομα, που βίωσαν άσχημα γεγονότα όπως βιασμό, μαζικές καταστροφές, στρατόπεδα συγκέντρωσης, εμφάνισαν διαταραχές τύπου PTSD. Το φύλο και το άγχος σχετίζονται με το επίπεδο σοβαρότητας των διαταραχών (Moser et al., 2005). Αξίζει να σημειωθεί ότι μεγάλος αριθμός επιδημιολογικών μελετών αναφέρει υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης PTSD στο γυναικείο φύλο σε σχέση με το ανδρικό. Οι Davidson et al (1991) μελέτησαν την ψυχική κατάσταση 2.985 ατόμων στην Βόρεια Καρολίνα και διαπίστωσαν ότι σε σύγκριση με μη πάσχοντες από PTSD, τα άτομα που έπασχαν από PTSD είχαν οικογενειακό ιστορικό ψυχικών ασθενειών, χαμηλότερο βιοτικό επίπεδο, μεγαλύτερη αστάθεια στη δουλειά, είχαν βιώσει κακοποίηση στην παιδική ηλικία και χωρισμούς των γονέων πριν την ηλικία των 10 ετών. Απόπειρες αυτοκτονίας, υπέρταση και άσθμα παρατηρήθηκαν στους ασθενείς με PTSD. Ο Kessler και οι συνεργάτες του (1995) μελέτησαν 5.877 άτομα ηλικίας 15 έως 54 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι PTSD διαγνώστηκε στο 7,8% των συμμετεχόντων στη μελέτη. Το γυναικείο και διαζευγμένο φύλο επικράτησε έναντι του ανδρικού, ενώ τα τραύματα, που σχετίζονταν περισσότερο με το PTSD, ήταν οι βιασμοί και η σεξουαλική κακοποίηση των γυναικών.

2.5 Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του ατόμου

Το επίπεδο υγείας του ατόμου επηρεάζεται από παράγοντες προσωπικούς (ατομικούς) αλλά και από το γενικότερο περιβάλλον, στο οποίο ζει (κοινωνικό, οικονομικό, πολιτικό, φυσικό και πολιτιστικό). Οι παράγοντες αυτοί έχουν σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία κλπ), τον τρόπο ζωής, την προδιάθεση

του ατόμου ως προς ορισμένες ασθένειες και την κληρονομικότητα (Kalogeropoulou και Mourdoukoutas, 2009).

Μελέτη των Walker και McGlone (2013) έδειξε ότι ο κοινωνικός περίγυρος είναι ζωτικής σημασίας για την υγεία του ατόμου. Κοινωνικά στρεσογόνοι παράγοντες όπως η κακοποίηση, οι διακρίσεις και οι κακές σχέσεις μπορεί να οδηγήσουν σε εμφάνιση σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών.

Μελέτη για τις ανισοτιμίες στον τομέα υγείας, που δημοσιεύτηκε τον Αύγουστο του 1980 από το Τμήμα Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης του Ηνωμένου Βασιλείου, έδειξε ότι η κακή υγεία και ο θάνατος είναι άνισα κατανομημένοι μεταξύ του πληθυσμού της χώρας και οφείλονται σε κοινωνικές ανισότητες που επηρεάζουν την υγεία όπως είναι το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα, η απασχόληση, οι συνθήκες εργασίας και η διατροφή (Gray, 1982).

Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι η απασχόληση βελτιώνει το επίπεδο υγείας και των δύο φύλων (Ross και Chia-ling, 1995). Το αντικείμενο απασχόλησης (πχ μη επιβράβευση των προσπαθειών, προσβλητικές εκφράσεις κλπ) έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει αρνητικά τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων (Daly et al., 2002). Αντιθέτως οι κατάλληλες συνθήκες εργασίας επιδρούν θετικά ως προς το επίπεδο υγείας των εργαζομένων (European Commission, 2011).

2.6 Μέτρηση της κατάστασης υγείας του ατόμου

Σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο η υγεία είναι αποτέλεσμα καθαρά βιολογικών παραγόντων αποκλείοντας τις ψυχολογικές, περιβαλλοντικές και κοινωνικές επιρροές (Blaxter, 1990). Μεγάλος αριθμός επαγγελματιών υγείας, ιδιαίτερα στις δυτικές χώρες, διενεργούν εργαστηριακές εξετάσεις (αντικειμενική προσέγγιση) προκειμένου να εντοπίσουν ασθένειες και δεν αξιολογούν την ψυχολογική ή κοινωνική κατάσταση των ασθενών (υποκειμενική προσέγγιση). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο ένα άτομο έχει καλή υγεία όταν δεν πάσχει από κάποια νόσο ή ασθένεια και δεν νιώθει πόνο. Η

εστίασή του επικεντρώνεται σε φυσικές διεργασίες, που επηρεάζουν την υγεία όπως η βιοχημεία, η φυσιολογία και η παθολογική κατάσταση του ασθενούς. Κάθε ασθένεια έχει υποκείμενη αιτία και όταν αντιμετωπιστεί επιτυχώς ο ασθενής θα είναι σε καλό επίπεδο υγείας (Blaxter, 1990).

Ο ψυχίατρος George Libman Engel (1977) πρότεινε ένα νέο μοντέλο, το βιοψυχοκοινωνικό, προκειμένου να αξιολογήσει ολιστικά βιολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και συμπεριφορικές καταστάσεις του ασθενούς και να εντοπίσει την ασθένεια και τον τρόπο αντιμετώπισής της. Αν και στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες το βιοϊατρικό μοντέλο έχει παραμείνει η κυρίαρχη θεωρία μέτρησης της υγείας, εντούτοις, σε πολλούς τομείς της ιατρικής, συμπεριλαμβανομένης της νοσηλευτικής, της κοινωνιολογίας και της ψυχολογίας κάνουν χρήση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου (DiMatteo & Martin, 2006). Οι επιστήμονες, που υποστηρίζουν το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, θεωρούν ότι το βιοϊατρικό μοντέλο δεν λαμβάνει υπόψη όλους του παράγοντες, που επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων όπως: βιολογική κατάσταση, ψυχολογικοί παράγοντες, ευφυΐα, μνήμη, αντιλήψεις, οικογένεια, κοινωνική τάξη, περιβάλλον ασθενούς, εργασιακή κατάσταση και εισόδημα, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να διαγνωσθούν ασθένειες, οι οποίες να μην εντοπίζονται στην κλινική εξέταση, είναι όμως τόσο σοβαρές ώστε να προκαλέσουν ακόμα και ψυχοσωματικές αναπηρίες στους ασθενείς (Marks et al., 2000).

Από τα προαναφερόμενα προκύπτει το συμπέρασμα ότι η κατάσταση υγείας των ατόμων είναι μία έννοια πολυδιάστατη, η οποία δεν μπορεί να εκφραστεί μόνο με αριθμούς. Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται δείκτες, που σχετίζονται με την παρουσία ή απουσία κάποιας ασθένειας, την καθημερινή λειτουργικότητα του ασθενούς, την συναισθηματική ευεξία, την κοινωνική ευημερία και την ποιότητα ζωής. Οι δείκτες αυτοί είναι γνωστοί ως δείκτες μέτρησης της «θετικής υγείας» ή «κοινωνικής υγείας» ή της «Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής» (Bowling, 1995).

Υπάρχουν διάφοροι τύποι δεικτών μέτρησης της υγείας. Σε λειτουργικό επίπεδο οι δείκτες διακρίνονται σε διαγνωστικούς (πχ μέτρηση των τιμών της γλυκόζης), προγνωστικούς (πχ ο δείκτης HER-2, ο οποίος μπορεί να προγνώσει τον καρκίνο του μαστού) και αξιολογικούς, οι οποίοι μετρούν την εξέλιξη των καταστάσεων υγείας στο χρόνο (Tugwell & Bombardier, 1982; Arpar, 1953). Επίσης, οι δείκτες μέτρησης υγείας διακρίνονται σε γενικούς και ειδικούς (McDowell & Newell, 1996). Οι γενικοί δείκτες συνήθως χρησιμοποιούνται σε περιγραφικές επιδημιολογικές έρευνες ενώ οι ειδικοί συνήθως χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση μίας συγκεκριμένης ασθένειας ή για ένα συγκεκριμένο άτομο. Από μεθοδολογική άποψη οι δείκτες διακρίνονται σε βαθμολογικές κλίμακες και ερωτηματολόγια, σε υγειονομικούς δείκτες (health indices) και υγειονομικά πορταίτα (health profiles) και σε υποκειμενικούς και αντικειμενικούς δείκτες μέτρησης (McDowell & Newell, 1996). Οι αντικειμενικοί δείκτες είναι ουσιαστικά δείκτες νοσηρότητας και εξετάζουν κλινικά την παρουσία ή μη κάποιας νόσου. Οι δείκτες αυτοί, υπό αυτή την έννοια, δεν αντανακλώνται στην ολιστική προσέγγιση της έννοιας της γενικής υγείας, όπως αυτή ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και εξαιρούν από τη μέτρηση σημαντικές μη βιολογικές μεταβλητές, που επηρεάζουν την πορεία του ασθενή, όπως είναι η προσωπικότητα, η ψυχολογική κατάσταση, το κοινωνικό επίπεδο, το οικονομικό επίπεδο, η δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η θέληση και η δύναμη να ανταπεξέλθει σε δύσκολες καταστάσεις (Bowling, 1995).

Οι υποκειμενικοί δείκτες σχετίζονται με την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας ενός ατόμου και είναι πολύ σημαντικοί διότι μπορεί να εντοπίσουν ασθένειες, οι οποίες δεν εντοπίζονται με τη διενέργεια κλινικών εξετάσεων (Eriksson et al., 2001). Η αντίληψη για την υγεία διαφέρει από άτομο σε άτομο λόγω του ευρύτερου περιβάλλοντος και των ιδιαίτερων ατομικών χαρακτηριστικών τους, όπως προαναφέρθηκε και σε προηγούμενη ενότητα. Η αντίληψη του ατόμου σχετικά με την υγεία του δεν ταυτίζεται πάντα με το επίπεδο υγείας, το οποίο αναφέρει ότι έχει σε μια αυτοαξιολόγηση, και αυτό μπορεί να οφείλεται σε λόγους αποφυγής του κοινωνικού στιγματισμού (Sadana et al., 2000). Επομένως υπάρχει διαφορά μεταξύ του πραγματικού επιπέδου υγείας (κλινικές εξετάσεις), του επιπέδου υγείας, όπως το αντιλαμβάνεται το κάθε άτομο και του επιπέδου υγείας, που μετράται μέσα από την αυτοαξιολόγηση. Μελέτες έχουν δείξει ότι μέσα από την αντίληψη του ατόμου

σχετικά με την κατάσταση της υγείας του μπορεί να προβλεφθούν στοιχεία μελλοντικής θνησιμότητας και νοσηρότητας (Eriksson et al., 2001). Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας ενός ασθενούς και της νοσηρότητας, ενώ ταυτόχρονα το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον και η ψυχολογική – σωματική κατάσταση αντανακλώνται στον τρόπο, με τον οποίο το άτομο αξιολογεί την κατάσταση υγείας του (Idler & Benyamini, 1997; Idler & Kasl, 1991). Μελέτη του Heistaro και των συνεργατών του (2001) αναφέρει ότι η χαμηλή εκτίμηση του επιπέδου υγείας, που προσδιορίζεται από ένα νέο ή έναν ηλικιωμένο παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με τη θνησιμότητα ανεξαρτήτως ιατρικού ιστορικού.

2.7 Εργαλεία μέτρησης γενικού επιπέδου υγείας

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζεται ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ευρέως χρησιμοποιούμενων εργαλείων μέτρησης της κατάστασης γενικής υγείας των ατόμων. Διακρίνονται σε εργαλεία γενικής χρήσης (generic instruments), τα οποία χρησιμοποιούνται σε όλες τις καταστάσεις και τις νόσους και σε εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών (disease specific instruments), τα οποία αν και προσομοιάζουν στα εργαλεία γενικής χρήσης σε ό, τι αφορά στη δομή και τη χρήση, είναι σχεδιασμένα να χρησιμοποιούνται για μία συγκεκριμένη νόσο, πχ άσθμα ή ψυχολογική κατάσταση ή εξατομίκευση στα χαρακτηριστικά του ατόμου (Garratt et al., 2002; Guyatt et al., 1993; Thomas, Gill, Alvan & Feinstein, 1994).

2.7.1 Εργαλεία γενικής χρήσης (generic instruments)

Το ερωτηματολόγιο «Health Utilities Index (HUI)»: Σχεδιάστηκε ως ένα ολοκληρωμένο εργαλείο μέτρησης της κατάστασης γενικής υγείας, που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής για μία δεδομένη χρονική στιγμή. Οι μεταβλητές του επιπέδου υγείας, που χρησιμοποιεί, είναι η όραση, η ακοή, η ομιλία, η βάδιση, η επιδεξιότητα, το συναίσθημα, η γνωστική λειτουργία και ο πόνος/δυσφορία (Sloan, 1996; Torrance, 1986). Η βαθμολογία κυμαίνεται από το 0 (θάνατος) έως το 1 (τέλεια υγεία).

Το ερωτηματολόγιο «Επισκόπηση Υγείας SF-36»: Περιλαμβάνει 36 περιγραφικές ερωτήσεις γύρω από τη σωματική και τη ψυχική υγεία (γενική υγεία, σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος και πνευματική υγεία) (Garratt et al. 2002; Keller et al. 1998; Ware et al. 1998). Ανήκει στην κατηγορία των λεγόμενων γενικών επισκοπήσεων υγείας, που περιλαμβάνει ερωτηματολόγια, που λαμβάνουν υπόψη πολλές παραμέτρους και προβλήματα υγείας και χρησιμοποιούνται για μετρήσεις στο γενικό πληθυσμό (Fitzpatrick et al. 1998; Brouwer et al. 2007; Fontaine και Barofsky 2001; Garratt et al. 2002).

Το ερωτηματολόγιο «COOP Charts for Primary Care Practice». Το ερωτηματολόγιο COOP και Dartmouth Chart είναι ένα εργαλείο, που χρησιμοποιείται ευρέως από τους γιατρούς στην καθημερινή πράξη (Nelson et al., 1987). Αρχικώς αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ στα τέλη του 1980 και περιλάμβανε μόνο μία ερώτηση για κάθε μία από τις εννέα διαστάσεις που μελετά: α) υγεία, λειτουργία ή/και ποιότητα της ζωής κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, β) σωματικός πόνος, γ) καθημερινές δραστηριότητες, δ) συναισθηματική κατάσταση / συναισθήματα, ε) η φυσική κατάσταση, ζ) ποιότητα ζωής, η) κοινωνικές δραστηριότητες, θ) κοινωνική υποστήριξη, και ι) τρέχουσα γενική υγεία. Μία πρόσθετη διάσταση αξιολογεί την κατάσταση της υγεία τους ασθενούς συνολικά. Συνδυάζει τις ερωτήσεις με εικονογραφημένες κάρτες και βαθμολογημένη κλίμακα Likert (1–5). Αργότερα αφαιρέθηκαν οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής υποστήριξης και το εργαλείο αναθεωρήθηκε στις επτά διαστάσεις (Langraf και Nelson, 1992). Οι ερωτήσεις μπορούν να απαντηθούν από τους ασθενείς με δύο τεχνικές: είτε μέσω της αυτό-αξιολόγησης, είτε μέσω διενέργειας συνέντευξης.

Το ερωτηματολόγιο «Sickness Impact Profile (SIP)»: Περιλαμβάνει 136 ερωτήσεις, που συνθέτουν τις κλίμακες της σωματικής φροντίδας και κινήσεων, του βαδίσματος και της κινητικότητας, που συνιστούν τον παράγοντα της σωματικής λειτουργικότητας και τις κλίμακες της συναισθηματικής συμπεριφοράς, των κοινωνικών σχέσεων, της συμπεριφοράς σε εγρήγορση και της επικοινωνίας, που

αποτελούν τον παράγοντα της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας (Bergner et al. 1981; Haywood et al. 2005; Tian και Miranda 1995).

Το ερωτηματολόγιο «Nottingham Health Profile (NHP)»: Περιλαμβάνει 45 ερωτήσεις και χωρίζεται σε δύο μέρη. Το μέρος Α αποτελείται από 38 ερωτήσεις, που συνθέτουν τις κλίμακες της ενέργειας, της σωματικής κινητικότητας, της συναισθηματικής αντίδρασης, του πόνου, του ύπνου και της κοινωνικής απομόνωσης. Το μέρος Β αξιολογεί κατά πόσον τα προβλήματα υγείας επηρεάζουν τις παραμέτρους της σεξουαλικής ζωής, της κοινωνικής ζωής, του επαγγέλματος, της ικανότητας για εκτέλεση εργασιών στο σπίτι, των οικογενειακών σχέσεων, των κοινωνικών ενδιαφερόντων και των διακοπών (Haywood et al., 2005; Hunt et al., 1981).

Το ερωτηματολόγιο «EuroQol-EQ-5D»: Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει πέντε διαστάσεις (κινητικότητα, πόνος ή δυσφορία, αυτοεξυπηρέτηση, καθημερινές δραστηριότητες και άγχος ή κατάθλιψη) και αναπτύχθηκε από ερευνητές ώστε να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο μέτρησης βασικών παραγόντων εκτίμησης της κατάστασης γενικής υγείας των ασθενών (EuroQol group, 1990; Brazier et al., 1993). Οι ασθενείς αξιολογούν την κατάσταση γενικής υγείας τους με 3 κλίμακες (1 – κανένα πρόβλημα, 2 – μερικά προβλήματα, 3 – σοβαρά προβλήματα). Επίσης περιλαμβάνει βαθμολογημένη κλίμακα (0 - 100) σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς εκτιμούν την κατάσταση της υγείας τους σήμερα. Οι ερευνητές συνιστούν το εργαλείο αυτό για χρήση σε μέτρηση της κατάστασης γενικής υγείας των ασθενών. Οι ερωτήσεις μπορούν να απαντηθούν από τους ασθενείς με δύο τεχνικές: είτε μέσω της αυτοαξιολόγησης, είτε μέσω διενέργειας συνέντευξης. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι ευρέως γνωστό ως ένα ιδιαίτερα αξιόπιστο εργαλείο (Fitzpatrick et al., 1998; Haywood et al., 2005).

Το ερωτηματολόγιο «Euro-Quality of Life questionnaire (EuroQol-EQ-15D)»: Το ερωτηματολόγιο αυτό αν και παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με το EuroQol-EQ-5D εντούτοις διαφέρει ως προς τον αριθμό των διαστάσεων (15): κινητικότητα, όραση, ακοή, αναπνοή, ύπνος, φαγητό, ομιλία, αφόδευση, συνήθειες δραστηριότητες,

νοητικές λειτουργίες, δυσφορία και συμπτώματα, κατάθλιψη, εξάντληση, ζωτικότητα και σεξουαλική δραστηριότητα. Η κάθε μία διάσταση αξιολογείται σε πέντε επίπεδα ως εξής: κανένα πρόβλημα, λίγα προβλήματα, σημαντικά προβλήματα (Sintinen H, 1995).

Ο Δείκτης «Quality of Life»: Ο Δείκτης Ποιότητας Ζωής (QLI) αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ κατά τη δεκαετία του 1980 ως μέτρο μέτρησης της νοσηρότητας του πληθυσμού (Ferrans και Powers, 1985; Bowling, 1995). Το εργαλείο μετρά την ποιότητα ζωής σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και διαφορετικές ασθένειες (Kleinpell and Ferrans, 2002). Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία σχετίζεται με την υγεία, την οικογένεια και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ασθενούς (ψυχολογική, πνευματική, κοινωνική και οικονομική). Το ερωτηματολόγιο είναι χωρισμένο σε δύο κατηγορίες ερωτήσεων. Κάθε κατηγορία περιλαμβάνει 32 ερωτήσεις. Οι ασθενείς αξιολογούν την κατάσταση γενικής υγείας τους απαντώντας από το 1 έως το 6 (1 – πολύ δυσαρεστημένος έως 6 – πολύ ικανοποιημένος).

Ο Δείκτης Ευημερίας «The Index of Well-Being»: Ο Δείκτης αυτός χρησιμοποιεί ένα μοντέλο τριών συστατικών της υγείας (Kaplan και Anderson, 1988), το οποίο περιλαμβάνει α) την αξιολόγηση της λειτουργικότητας του ασθενούς, β) μια τιμή, που αντικατοπτρίζει τη χρησιμότητα ή τη σκοπιμότητα για κάθε λειτουργικό επίπεδο, και γ) την εκτίμηση της ασθένειας με πρόβλεψη για μελλοντικές ανάγκες σε θέματα υγείας. Χρησιμοποιείται στην αποτίμηση της τρέχουσας και μελλοντικής ανάγκης για καλή υγεία και για κάθε τύπο ασθενειών (Chen et al., 1975). Οι ερωτήσεις μπορούν να απαντηθούν από τους ασθενείς με δύο τεχνικές: είτε μέσω διενέργειας συνέντευξης (ατομικά ή ομαδικά), είτε τηλεφωνικά (McDowell & Newell, 1996).

Το ερωτηματολόγιο «Sickness impact profile (SIP)»: Αναπτύχθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Περιλαμβάνει 136 ερωτήσεις σε 12 κατηγορίες: πέντε ερωτήσεις σχετιζόμενες με την ανεξαρτησία, τρεις με τη φυσική δραστηριότητα και τέσσερις με τις ψυχολογικές διακυμάνσεις (Bergner et al., 1976; revised: Bergner et al., 1981). Πραγματοποιείται μέσω συνέντευξης. Το ποσοστό της βαθμολογίας μπορεί να υπολογιστεί για το σύνολο του δείκτη ή για κάθε τομέα, όπου το 0 είναι η άριστη

κατάσταση υγείας και το 100 η χειρότερη κατάσταση υγείας (Bergner et al. 1981; Haywood et al. 2005; Tian & Miranda 1995).

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ): Δημιουργήθηκε το 1970 από τον Goldberg (1970) και αξιολογεί κυρίως την ψυχική υγεία των ατόμων (ερωτώνται εάν έχουν βιώσει ένα συγκεκριμένο σύμπτωμα ή συμπεριφορά πρόσφατα). Είναι απλό στη χρήση του, εύκολο στη συμπλήρωση και τη βαθμολόγησή του, ενώ χρησιμοποιείται ευρέως σε πλήθος μελετών στον τομέα της ψυχικής υγείας με επιτυχία (Feyer et al., 2000; Jones et al., 2006; Stansfeld et al., 1999). Κυκλοφορεί σε τέσσερις εκδόσεις (πρώτη έκδοση: 12 ερωτήσεις, δεύτερη έκδοση: 28 ερωτήσεις, τρίτη έκδοση: 30 ερωτήσεις, τέταρτη έκδοση: 60 ερωτήσεις). Το GHQ αποτελεί ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης, χρησιμοποιείται τόσο σε αρρώστους όσο και σε υγιείς πληθυσμούς, έχει συχνά χρησιμοποιηθεί για να ερευνηθεί την ψυχική νοσηρότητα των ασθενών σε δημόσια νοσοκομεία και έχει αποδειχτεί ιδιαίτερα αξιόπιστο (Failde et al., 2000).

Το GHQ-12 αποτελεί ένα πολυδιάστατο, απλό, σύντομο και αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της ψυχικής κατάστασης των ασθενών και επικεντρώνεται σε δύο σημαντικούς τομείς: α) την αδυναμία του ασθενούς να ανταπεξέλθει σε καθημερινές δραστηριότητες και β) την εμφάνιση νέων και οδυνηρών ψυχικών εμπειριών. Ο ερωτώμενος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο με βάση την ψυχική του κατάσταση όπως την βιώνει και αισθάνεται τις τελευταίες εβδομάδες (συνήθως τον τελευταίο μήνα). Κάθε στοιχείο βαθμολογείται σε μια κλίμακα τεσσάρων σημείων (καθόλου, όχι περισσότερο από το συνηθισμένο, μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο, πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο) και δίνει μια συνολική βαθμολογία των 12 ή 36, ανάλογα με τη μέθοδο βαθμολόγησης που επιλέγεται. Η ακριβής απάντηση εξαρτάται από τη φύση της ερώτησης. Οι πιο γνωστές μέθοδοι βαθμολόγησης είναι η διτροπική (0-0-1-1) και βαθμολόγηση τύπου Likert (0-1-2-3). Μια υψηλότερη βαθμολογία δείχνει ένα μεγαλύτερο βαθμό ψυχολογικής δυσφορίας (όπως άγχος, κατάθλιψη, κοινωνική δυσλειτουργία, απώλεια της εμπιστοσύνης κλπ) (Shevlin & Adamson, 2005; Mäkikangas et al., 2006; Goldberg & Blackwell, 1970). Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του εργαλείου αυτού έχουν μελετηθεί σε διάφορες χώρες (Sánchez-López Mdel & Dresch, 2008; Werneke et al., 2000) και σε διάφορες ομάδες

ασθενών όπως σε ηλικιωμένους (Costa et al., 2006) και σε ασθενείς με ουρολογικά προβλήματα (Quek et al., 2001). Είναι ιδανικό για την εκπόνηση ερευνητικών μελετών ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο εκτίμησης της ψυχικής υγείας ασθενών στο Ηνωμένο Βασίλειο (Pevalin, 2000).

Το GHQ-28 (τύπου Likert) αποτελεί ένα εργαλείο αξιολόγησης σωματικών συμπτωμάτων, άγχους, αϋπνίας, κοινωνικής δυσλειτουργίας και σοβαρής κατάθλιψης (Goldberg, 1978). Στο GHQ-28 οι ερωτώμενοι καλούνται να συγκρίνουν τις πρόσφατες ψυχολογικές τους καταστάσεις με τη συνήθη τους κατάσταση. Για κάθε ερώτηση υπάρχουν τέσσερις δυνατότητες απάντησης (καλύτερα από ότι συνήθως, το ίδιο όπως συνήθως, χειρότερα από ότι συνήθως, πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως) και αυτή ακριβώς η ύπαρξη τεσσάρων υποκλιμάκων εντός της κάθε υποκλίμακας είναι ένα επιπλέον πλεονέκτημα του GHQ-28 έναντι των άλλων εκδόσεων (Goldberg & Hillier, 1979; Bowling, 1992). Όσο χαμηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο καλύτερη είναι η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς. Το GHQ-28 χρησιμοποιείται κυρίως στη Δυτική Ευρώπη και μελέτες αναφέρουν ότι είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών (Goldberg & Williams, 1988; Krol et al., 1994).

Το GHQ-30 αποτελεί ένα σύντομο εργαλείο, χωρίς να περιλαμβάνει την αξιολόγηση σωματικών ασθενειών, ενώ το GHQ-60 αποτελεί ένα λεπτομερές και πλήρες ερωτηματολόγιο.

Ο Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (The Katz Index of Activities of Daily Living - ADL): Ο Δείκτης Katz δημιουργήθηκε για να αξιολογήσει τη λειτουργική κατάσταση των ασθενών ως προς την ικανότητά τους να εκτελέσουν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Οι γιατροί συνήθως χρησιμοποιούν το εργαλείο αυτό για τον εντοπισμό προβλημάτων κατά την εκτέλεση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής και για να προγραμματίσουν την ανάλογη φροντίδα. Το εργαλείο περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις ως προς την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης στις εξής βασικές λειτουργίες: το μπάνιο, το ντύσιμο, την

τουαλέτα, την μεταφορά, την εγκράτεια, και τη σίτιση. Οι ασθενείς απαντούν με ναι ή όχι και προκύπτει η αντίστοιχη βαθμολογία (Katz et al., 1963).

Η Κλίμακα ευεξίας (Quality of well-being scale, QWB): Το εργαλείο αυτό μετρά την γενική υγεία του ατόμου και το επίπεδο ανικανότητάς του (υφιστάμενη κατάσταση αλλά και μελλοντική πρόγνωση) μέσα από την αξιολόγηση μιας σειράς συμπτωμάτων. Χρησιμοποιεί τρεις διαστάσεις επιπέδων υγείας: α) κινητικότητα, β) σωματική δραστηριότητα και γ) κοινωνική δραστηριότητα (Ware, 1992).

Ο Δείκτης σχετικής με την υγεία ποιότητα ζωής (Index of health-related quality of life): Το εργαλείο αυτό σχεδιάστηκε για να μετρήσει την κοινωνική, ψυχολογική και σωματική λειτουργικότητα των ασθενών. Περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις: α) την ανικανότητα, β) τη δυσανεξία και γ) τη συναισθηματική κατάσταση (Bowling, 1997).

Έτη Ζωής με Αναπηρία (Disability Adjusted Life Years – DALYs): Τα DALYs είναι δείκτες, που αθροίζουν τα χρόνια που χάνονται (YLL, Years of Life Lost) εξαιτίας πρόωμης θνησιμότητας και τα χρόνια που ζει κάποιος με αναπηρία ή νόσο (YLD, Years Lived in Disability/Disease) (Sassi, 2006).

Οι Δείκτες Ποιοτικών προσαρμοσμένων χρόνων ζωής (Quality Adjusted Life Years – QALYs): Τα QALYs είναι δείκτες μέτρησης του προσδόκιμου ζωής σε συνδυασμό με κάποιο μέτρο για την ποιότητα των ετών που απομένουν. Ο χρόνος, που πιθανώς θα περάσει ένα άτομο σε μια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας, σταθμίζεται από κάποιο σκορ χρησιμότητας που έχει προέλθει από πρότυπες αξιολογήσεις (το «1» αντιστοιχεί στην πλήρη υγεία και το «0» στο θάνατο) (Sassi, 2006).

Ο Συνοπτικός Κατάλογος Πόνου (Brief Pain Inventory - BPI): Είναι ένα εργαλείο εκτίμησης της σοβαρότητας του πόνου των τελευταίων 24 ωρών ή της τελευταίας εβδομάδας και των επιπτώσεών του στην καθημερινή λειτουργία. Χρησιμοποιείται σε ασθενείς με πόνο από χρόνιες ασθένειες ή παθήσεις όπως ο καρκίνος, η οστεοαρθρίτιδα και η οσφυαλγία, ή με πόνο από οξείες καταστάσεις όπως είναι ο

μετεγχειρητικός πόνος. Η δοκιμασία διαρκεί από 5 έως 10 λεπτά με τη μέθοδο της συνέντευξης ή της αυτοαξιολόγησης (Cleeland και Ryan, 1994).

Το ερωτηματολόγιο «McGill Pain»: Το ερωτηματολόγιο αυτό επικεντρώνεται στη μέτρηση του ανθρώπινου πόνου (Melzack, 1975). Περιλαμβάνει ερωτήσεις γύρω από τον πόνο στο σώμα (ένταση, εναλλαγές στο χρόνο, σημείο πόνου).

Το Οικογενειακό Ερωτηματολόγιο Πόνου (Family Pain Questionnaire - FPQ): Το ερωτηματολόγιο αυτό επικεντρώνεται στη μέτρηση της γνώσης και της εμπειρίας των μελών της οικογένειας γύρω από τη διαχείριση του χρόνιου καρκινικού πόνου. Περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις για τη μέτρηση των γνώσεων σχετικά με τον πόνο και 7 ερωτήσεις για την μέτρηση της αντίστοιχης εμπειρίας. Η βαθμολογία των στοιχείων κυμαίνεται από 0 «η πιο θετική έκβαση έως 10 «το πιο αρνητικό αποτέλεσμα». Χρησιμοποιείται τόσο στην κλινική πράξη όσο και στην έρευνα. Το τεστ αξιολόγησης μπορεί να γίνει είτε ταχυδρομικά είτε μέσω αυτοαξιολόγησης (Ferrell, Rhiner, Cohen και Grant, 1991).

Το Ερωτηματολόγιο Πόνου του ασθενούς (Patient Pain Questionnaire – PPQ): Το ερωτηματολόγιο αυτό επικεντρώνεται στη μέτρηση της γνώσης και της εμπειρίας των ασθενών γύρω από τη διαχείριση του χρόνιου καρκινικού πόνου. Περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις για τη μέτρηση των γνώσεων σχετικά με τον πόνο και 7 ερωτήσεις για την μέτρηση της αντίστοιχης εμπειρίας. Η βαθμολογία των στοιχείων κυμαίνεται από 0 «η πιο θετική έκβαση» έως 10 «το πιο αρνητικό αποτέλεσμα». Χρησιμοποιείται τόσο στην κλινική πράξη όσο και στην έρευνα. Το τεστ αξιολόγησης μπορεί να γίνει είτε ταχυδρομικά, είτε μέσω αυτοαξιολόγησης (Ferrell, Ferrell, Ahn και Tran, 1994).

Ο Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα Ζωής (The Spitzer Quality of Life Index - SQLI): Αποτελεί εργαλείο μέτρησης της Ποιότητας Ζωής ασθενών, που πάσχουν από καρκίνο ή άλλες ασθένειες. Καλύπτει πέντε διαστάσεις της ποιότητας της ζωής (δραστηριότητα, καθημερινή ζωή, υγεία, κοινωνική υποστήριξη και άποψη για τη

ζωή). Χρησιμοποιεί κλίμακα τριών βαθμίδων και συμπληρώνεται από τον ιατρό ή τον ίδιο τον ασθενή (Addington-Hall, MacDonald και Anderson, 1990).

Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (The Karnofski Performance Index - KPI): Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (1969) στοχεύει στην εκτίμηση της σωματικής (φυσικής) κατάστασης υγείας του ασθενούς. Περιλαμβάνει μία κλίμακα από το μηδέν (0 - θάνατος) έως το εκατό (100 – άριστη φυσική λειτουργία) (Conill et al., 1990; Mercier et al., 1992).

Το ερωτηματολόγιο World Health Organization Quality of Life: Το εργαλείο WHOQOL-BREF αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις γύρω από 4 τομείς: (1) σωματική υγεία, (2) ψυχολογική υγεία, (3) κοινωνικές σχέσεις και (4) περιβάλλον. Επίσης, περιλαμβάνει 2 ερωτήσεις, οι οποίες εκτιμούν τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (Skevington, Lotfy, O'Connell και WHOQOL Group, 2004).

2.7.2 Εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών (Disease Specific Instruments)

Το ερωτηματολόγιο «Paediatric Asthma Quality of Life»: Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται για τα παιδιά, που πάσχουν από άσθμα (Juniper et al., 1996). Περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις αναφορικά με τα συμπτώματα, τους περιορισμούς σε δραστηριότητες και τη συναισθηματική κατάσταση στις ηλικίες ασθενών 7 έως 17 ετών. Οι ερωτώμενοι καλούνται να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο σύμφωνα με τις εμπειρίες της τελευταίας εβδομάδας.

Το ερωτηματολόγιο «Asthma Quality of Life»: Το ερωτηματολόγιο αυτό επικεντρώνεται στο άσθμα και χρησιμοποιείται από τους επαγγελματίες υγείας ως ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο (Juniper et al., 1994; Juniper et al., 1992). Περιλαμβάνει 32 ερωτήσεις, που αξιολογούν τους περιορισμούς σε δραστηριότητες,

τα συμπτώματα, τη συναισθηματική κατάσταση και την έκθεση σε ερεθίσματα από το περιβάλλον.

Η Κλίμακα Νοσοκομειακού Άγχους και Κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression Scale): Το εργαλείο αυτό επικεντρώνεται στη ψυχολογική διάσταση και κυρίως στον εντοπισμό της κατάθλιψης και του άγχους (Camilleri-Brennan και Steele, 1999).

Το ερωτηματολόγιο «Impact of Weight on Quality of Life-Lite (IWQOL-Lite)»: Το ερωτηματολόγιο αποτελεί εργαλείο αυτοαξιολόγησης και επικεντρώνεται στην παχυσαρκία και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Engel et al., 2005; Kolotkin & Crosby, 2002). Περιλαμβάνει 31 ερωτήσεις αναφορικά με τη σωματική κατάσταση, την αυτοπεποίθηση, τη σεξουαλική ζωή, το δημόσιο στρες και την εργασία. Αποτελείται από κλίμακα 1 -5 (1 – never true, 2 - rarely true, 3 - sometimes true, 4 - usually true, 5 - always true). Οι ερωτώμενοι καλούνται να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο σύμφωνα με τις εμπειρίες της τελευταίας εβδομάδας.

Το ερωτηματολόγιο «Beck Depression Inventory»: Το ερωτηματολόγιο BDI περιλαμβάνει 21 ερωτήσεις σε μια κλίμακα που κυμαίνεται από 0 (δεν αισθάνομαι λυπημένος σήμερα) έως 3 (είμαι τόσο λυπημένος ή δυσαρεστημένος για το ότι δεν μπορώ να το αντέξω) (Beck, Ward, Mendelson, Mock και Erbaugh, 1961). Οι ερωτήσεις επικεντρώνονται σε συμπτώματα κατάθλιψης όπως μείωση βάρους, χαμηλή αυτοεκτίμηση, λύπη κλπ. (beck et al., 1988; Richter et al., 1998). Αναπτύχθηκε από τον Dr Aaron T Beck και σύμφωνα με τους Shean και Baldwin (2008), είναι ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της κατάθλιψης. Η μελέτη τους σε ένα τυχαίο δείγμα φοιτητών ενός κολεγίου έδειξε ότι η εφαρμοζόμενη 3βάθμια κλίμακα αξιολογεί με ακρίβεια αυτή τη συναισθηματική κατάσταση.

Το ερωτηματολόγιο «Oxford Hip Score». Το ερωτηματολόγιο αυτό επικεντρώνεται σε ασθενείς, που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ολικής αντικατάστασης

του ισχίου (McMurray et al., 1999). Περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις για τον πόνο του ισχίου σε σχέση με καθημερινές δραστηριότητες όπως περπάτημα και δουλειές στο σπίτι.

Το ερωτηματολόγιο «Shoulder Disability»: Το ερωτηματολόγιο αυτό επικεντρώνεται σε ασθενείς, που έχουν προβλήματα στον ώμο (Heijden et al., 2000). Περιλαμβάνει 16 ερωτήσεις για τον πόνο στον ώμο σε σχέση με καθημερινές δραστηριότητες όπως περπάτημα, ψώνια, δουλειές στο σπίτι.

Η Κλίμακα του Κέντρου Επιδημιολογικών Ερευνών για την Κατάθλιψη (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale): Το εργαλείο CES-D δημιουργήθηκε το 1970 από τον Lenore Radloff. Περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις μέτρησης του επιπέδου της κατάθλιψης. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη υψηλότερου επιπέδου κατάθλιψης (Radloff, 1977).

Το Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης (Social Support Questionnaire 6). Το εργαλείο SSQ-6 εστιάζει στην κοινωνική διάσταση. Περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις για τους ανθρώπους που τους παρέχουν βοήθεια ή υποστήριξη στους ασθενείς. Χρησιμοποιείται κλίμακα από το 1 έως το 6 όπου 1 «πολύ δυσαρεστημένος και 6 «πολύ ικανοποιημένος» (Sarason, Sarason, Shearin και Pierce, 1987).

Το Ερωτηματολόγιο Υγείας Παιδιών (Child Health Questionnaire - CHQ): Το εργαλείο αυτό μετρά τη γενική υγεία παιδιών από 5 έως 18 ετών (Len, Goldenberg, Ferraz, Hilário, Oliveira και Sacchetti, 1994). Το CHQ μετρά 14 μοναδικές φυσικές και ψυχοκοινωνικές έννοιες.

Το Ερωτηματολόγιο Στηθάγχης του Seattle (Seattle Angina Questionnaire – SAQ): Το εργαλείο αυτό μετρά την υγεία, που σχετίζεται με την ποιότητα της ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο. Πρόκειται για ένα αξιόπιστο εργαλείο πρόβλεψης, που παρακολουθεί το πώς οι ασθενείς νιώθουν όταν έχουν πόνους στο στήθος (στηθάγχη).

Έχει χρησιμοποιηθεί σε εκατοντάδες κλινικές μελέτες και δεκάδες χιλιάδες ασθενείς (Garratt, Hutchinson και Russell, 2001).

Το ερωτηματολόγιο Kessler Psychological Distress Scale (K10): Το εργαλείο αυτό μετρά τα επίπεδα ψυχολογικής καταπόνησης μέσα από τις εμπειρίες, που έχει βιώσει ο ασθενής τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις που αξιολογούν το άγχος, την ανησυχία και την κατάθλιψη (Kessler et al., 2002).

Η Κλίμακα Κόπωσης (Fatigue Symptom Inventory - FSI): Το εργαλείο αυτό περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις (η μία δεν βαθμολογείται) και έχει σχεδιαστεί για να αξιολογήσει πολλαπλές πτυχές της κόπωσης, συμπεριλαμβανομένων της σοβαρότητάς της, της συχνότητας, και της επιρροή της στην καθημερινή λειτουργία. Η κλίμακα έχει επικεντρωθεί κυρίως σε ασθενείς με καρκίνο, αν και έχει δοκιμαστεί και σε άλλες ομάδες ασθενών με επιτυχία (Hann, Jacobsen, Azzarello, Martin, Curran, Fields, Greenberg και Lyman, 1998).

Το ερωτηματολόγιο Ποιότητα Ζωής στην Ημικρανία (Migraine Specific Quality of Life - MSQOL): Το εργαλείο αυτό περιλαμβάνει 16 ερωτήσεις, και μετρά την επίδραση της ημικρανίας και της θεραπείας της (Jhingran, Osterhaus, Miller, Lee και Kirchdoerfer, 1998).

Το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής στα Αναπνευστικά Νοσήματα (Quality of Life in Respiratory Illness Questionnaire); Το εργαλείο QOL-RIQ αξιολογεί προβλήματα ασθενών, που σχετίζονται με προβλήματα αναπνοής, σωματικά προβλήματα, ψυχικές διαταραχές, καταστάσεις που πυροδοτούν ή επιδεινώνουν τα αναπνευστικά προβλήματα, καθημερινές και οικιακές δραστηριότητες, κοινωνική δραστηριότητα – σχέσεις – σεξουαλικότητα και γενικές δραστηριότητες (Maille, Koning και Kaptein, 1994).

Το Ερωτηματολόγιο Υγείας Γυναικών (Women's Health Questionnaire): Από το 1992 που δημοσιεύτηκε, το εργαλείο WHQ έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε

πολυεθνικές κλινικές μελέτες, σε επιδημιολογικές μελέτες, καθώς και στην αξιολόγηση παραϊατρικών θεραπειών. Ειδικότερα έχει χρησιμοποιηθεί ως μέτρο της ποιότητας της ζωής σε δοκιμές ορμονικών σκευασμάτων για γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση καθώς και σε μελέτες προληπτικών παρεμβάσεων για μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες. Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε στα αγγλικά και έχει τυποποιηθεί για γυναίκες ηλικίας 45-65 ετών. Είναι αξιόπιστο και είναι διαθέσιμο σε 27 γλώσσες. Το εργαλείο αυτό αξιολογεί τις διαστάσεις της συναισθηματικής και σωματικής υγείας, όπως η κατάθλιψη, το άγχος, προβλήματα ύπνου, σωματικά συμπτώματα, προβλήματα εμμήνου ρύσεως και σεξουαλικές διαταραχές (Hunter, 2003).

Το Όργανο Μέτρησης μέτρησης του επιπολασμού της ακράτειας ούρων και οι επιπτώσεις της στην ποιότητα ζωής (The Incontinence Quality of Life Instrument): Το εργαλείο I-QOL μελετά το πρόβλημα της ακράτειας των ούρων και τις επιπτώσεις του προβλήματος στο επίπεδο ποιότητας ζωής των ασθενών. Μπορεί να αξιοποιηθεί σε κλινικές δοκιμές και για τη φροντίδα των ασθενών (Wagner, Patrick, Bavendam, Martin και Buesching , 1996).

Το ερωτηματολόγιο «Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting»: Το εργαλείο SEIQoL-DW πραγματοποιείται σε 3 στάδια ημιδομημένης συνέντευξης: α) ο ασθενής αναφέρει τις 5 πιο σημαντικές παραμέτρους, που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής του, β) ο ασθενής βαθμολογεί τον εαυτό του στις 5 παραμέτρους και γ) αθροίζονται οι επιμέρους βαθμολογίες και πραγματοποιείται η μέτρηση της συμμετοχής των πέντε παραμέτρων στην ποιότητα ζωής του ασθενούς (O'Boyle et al., 1996).

Το ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας Ασθενών με HIV (Medical Outcomes Study HIV Health Survey): Το εργαλείο MOS-HIV είναι διαθέσιμο σε 14 γλώσσες και περιλαμβάνει 35 ερωτήσεις κατηγοριοποιημένες σε 10 διαστάσεις: (1) αντίληψη γενικής υγείας, (2) πόνος, (3) σωματική λειτουργικότητα, (4) λειτουργικότητα ρόλων, (5) κοινωνική λειτουργικότητα, (6) ενεργητικότητα – κόπωση, (7) ψυχική υγεία, (8) άγχος για την υγεία, (9) νοητική λειτουργία και Ποιότητα Ζωής και (10) μετάβαση της υγείας. Το τεστ ολοκληρώνεται σε 5 λεπτά και αποτελείται από υποκλίμακες 0

έως 100. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία, τόσο καλύτερη είναι η κατάσταση σωματικής και ψυχικής υγείας του ασθενούς με HIV (Wu, Revicki, Jacobson & Malitz, 1997).

Με αφορμή την ιακνοποίηση του σκοπού και των στόχων της μελέτης κρίθηκε περισσότερο κατάλληλη η επιλογή του GHQ-12. Τα βασικά κριτήρια για τη συγκεκριμένη επιλογή αποτέλεσαν:

1. Η ευρεία χρησιμοποίησή του σε μεγάλο πλήθος ανάλογων μελετών (Reknes et al., 2013; Needham, 2005; Sá & Fleming, 2008; Rodwell & Demir, 2012; Pai & Lee, 2011; Laschinger & Nosko, 2013; Kivimaki et al., 2003; Quine, 1999; Kivimäki, Elovainio & Vahtera, 2000; Eriksen, Tambs & Knardahl, 2006; Schreuder et al., 2012; Shevlin et al., 2005; Mäkikangas et al., 2006; Goldberg & Blackwell, 1970; Sánchez-López Mdel & Dresch, 2008; Werneke et al., 2000; Costa et al., 2006; Pevalin, 2000).
2. Η μελέτη σε διάφορες χώρες των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του (Sánchez-López Mdel & Dresch, 2008; Werneke et al., 2000).
3. Η απλή και σύντομη μορφή του.

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

2.8 Το νοσηλευτικό έργο

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών (2012) «Νοσηλευτική είναι η προστασία, προώθηση και βελτιστοποίηση της υγείας, η ικανότητα πρόληψης των ασθενειών και των τραυματισμών και ανακούφισης του πόνου μέσω της διάγνωσης και της θεραπείας της ανθρώπινης αντίδρασης, και η υπεράσπιση της φροντίδας των ατόμων, των οικογενειών, των κοινοτήτων και των πληθυσμών».

Η νοσηλευτική είναι ένα από τα πιο δύσκολα και απαιτητικά επαγγέλματα, αφού σύμφωνα με τον Bellack (1999) η νοσηλευτική είναι επάγγελμα παροχής φροντίδας και ως εκ τούτου προϋποθέτει τη διανοητική, συναισθηματική και φυσική προσπάθεια των εργαζομένων ώστε να καλυφθούν απόλυτα οι ανάγκες του ασθενούς, που περιλαμβάνουν τη γενική φροντίδα (αξιολόγηση της κατάστασης υγείας του ατόμου, διερεύνηση της ύπαρξης ή μη νοσηλευτικών προβλημάτων κλπ) και την ψυχολογική του υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του. Στις περισσότερες των περιπτώσεων ο νοσηλευτής ασκεί το επάγγελμά του σε ένα απαιτητικό περιβάλλον, με βασικό χαρακτηριστικό την έλλειψη του νοσηλευτικού δυναμικού με παράλληλη την προσπάθεια για παροχή του έργου του με αποδοτικό τρόπο, αφού η στενότητα των όρων στην υγεία γίνεται συνεχώς εντονότερη.

Αφού ο νοσηλευόμενος ασθενής έχει ανάγκη από την παρακολούθηση και φροντίδα του νοσηλευτή καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, αυτό έχει ως συνέπεια την άσκηση του νοσηλευτικού έργου σε κυλιόμενο εναλλασσόμενο 24ωρο ωράριο. Μελέτες έχουν δείξει ότι το σύστημα εργασίας με κυκλικό ωράριο μπορεί να οδηγήσει βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα τους νοσηλευτές σε μειωμένη απόδοση στην εργασία, σε διαταραχές στη διάθεση, σε αλλαγή στον τρόπο συμπεριφοράς, σε κόπωση, σε νευρικότητα, σε αυξημένο άγχος, σε εξουθένωση, σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και ευερεθιστότητα αλλά και σε σωματικές επιπτώσεις (πχ

μυοσκελετικοί πόνοι, διατροφικές διαταραχές, καρδιαγγειακά συμπτώματα κλπ) (Fitzpatrick et al., 1999; Giovanni, 1996; Poissonnet & Veron, 2000).

Ένα χαρακτηριστικό, που διακρίνει το νοσηλευτικό επάγγελμα, είναι το άγχος που βιώνουν οι επαγγελματίες κατά την εκτέλεση του έργου τους. Μελέτη των Gray-Toft και Anderson (1981) σε δείγμα 122 νοσηλευτών που εργάζονταν σε πέντε διαφορετικές μονάδες υγείας για τη διερεύνηση των αιτιών και των επιπτώσεων του στρες των νοσηλευτών στο περιβάλλον του νοσοκομείου, εντόπισε τρεις κύριες πηγές άγχους: α) τον φόρτο εργασίας, β) το αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους, και γ) την επαφή με το θάνατο. Η φύση αυτών των πηγών καθώς και η διεισδυτικότητά τους δείχνουν ότι οι παράγοντες, που συνδέονται με το νοσηλευτικό ρόλο, ιδιαίτερα των νοσηλευτών, είναι καθοριστικοί παράγοντες του στρες.

Μελέτη των Xianyu και Lambert (2006) σε 92 προϊστάμενους νοσηλευτικών τμημάτων δύο πανεπιστημιακών νοσοκομείων στην κεντρική Κίνα έδειξε ότι ο φόρτος εργασίας, η επαφή με το θάνατο και οι καθημερινές διαμάχες με τους γιατρούς ήταν οι πιο βασικές πηγές του στρες στο χώρο εργασίας, ενώ οι πιο συχνές στρατηγικές αντιμετώπισης, που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η θετική επανεκτίμηση των πραγμάτων, η κατάρτιση πλάνου επίλυσης των προβλημάτων και ο αυτο - έλεγχος.

2.9 Μορφές του εκφοβισμού στη Νοσηλευτική

Μελέτη των Hutchinson et al (2010) σε 26 επαγγελματίες νοσηλεύτες, που είχαν βιώσει πράξεις εκφοβισμού στο χώρο εργασίας στην Αυστραλία, έδειξε ότι η τυπολογία των συμπεριφορών εκφοβισμού είναι πολύπλοκη και εστιάζεται κυρίως σε: προσωπική επίθεση, διάβρωση της επαγγελματικής επάρκειας και της φήμης και επίθεση μέσα από τους ρόλους στην εργασία και τα εργασιακά καθήκοντα.

Μελέτη των Vessey et al (2009) στις Ηνωμένες Πολιτείες σε δείγμα 303 νοσηλευτών με μέση ηλικία τα 49 έτη, έδειξε ότι το 70% του δείγματος είχε βιώσει πράξεις

εκφοβισμού. Ο εκφοβισμός συνέβη πιο συχνά στην ιατρική χειρουργική (23%), στις μονάδες εντατικής θεραπείας (18%), στις μονάδες έκτακτης ανάγκης (12%), και στις μαιευτικές κλινικές (7%) εντός των τελευταίων 5 ετών ή και πιο προσφάτως (57%). Δράστες ήταν κυρίως προϊστάμενοι νοσηλευτές (24%), νοσηλευτές (17%) και γιατροί (8%). Η κύρια μορφή εκφοβισμού ήταν η δημόσια ταπείνωση των θυμάτων και η αυστηρή επίκριση τους κατά την άσκηση των καθηκόντων τους. Το άγχος και η εγκατάλειψη της θέσης εργασίας ήταν οι κύριες επιπτώσεις των πράξεων εκφοβισμού για τα θύματα.

Πολλοί άλλοι ερευνητές έχουν μελετήσει εξίσου τις μορφές εκδήλωσης του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών (Hutchinson et al., 2008; Leymann, 1996; Lewis, 2006). Οι κυριότερες μορφές του εκφοβισμού συνοψίζονται στις κάτωθι συμπεριφορές (Lewis και Orford, 2005; Hutchinson et al., 2008; Hutchinson et al., 2010; Johnson και Rea, 2009; Dellasega, 2009; Wells και Bowers, 2002; Cooper et al., 2009):

- Σωματική ή λεκτική κακοποίηση ή χυδαία γλώσσα
- Σεξουαλικά σχόλια ή παρενόχληση
- Ακατάλληλες ερωτήσεις για προσωπικά θέματα και πειράγματα
- Αδικαιολόγητη ή άκυρη κριτική, υπέρμετρη παρακολούθηση του τρόπου εργασίας του θύματος
- Αγνόηση του θύματος όταν μιλάει
- Φωνές / ταπείνωση
- Διάκριση στον τρόπο μεταχείρισης του θύματος σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας εργασίας
- Διάδοση φημών και συκοφαντία
- Χρήση υποτιμητικών ψευδωνύμων
- Αναίτιες κατηγορίες
- Ανάληψη μεγάλου φόρτου ευθυνών και εργασίας με πίεση χρόνου

- Ανάθεση καθηκόντων που δεν αρμόζουν σε επαγγελματία νοσηλευτή ή αφαίρεση αρμοδιοτήτων
- Μη πίστωση θετικού αποτελέσματος εργασίας στο θύμα και παράλληλη πίστωσή του σε άλλο συνάδελφο

2.10 Ερευνητικά δεδομένα στη Νοσηλευτική

Ακατάλληλες συμπεριφορές στο χώρο εργασίας, όπως οι πράξεις εκφοβισμού, μπορεί να επιφέρουν σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις τόσο στο επίπεδο φροντίδας και ικανοποίησης των ασθενών όσο και στο επίπεδο ασφάλειας και ευημερίας των νοσηλευτών ανεξαρτήτου ηλικίας και ετών προϋπηρεσίας (Longo, 2013). Στους χώρους των νοσοκομείων τα περισσότερα περιστατικά φυσικής βίας πηγάζουν από τους ασθενείς και τις οικογένειες και φίλους τους, ενώ σημαντικό μέγεθος μη φυσικής βίας πηγάζει από άλλα μέλη του προσωπικού (Spector et al., 2007).

Ο Farrell (1997) διεξήγαγε μελέτη σε 29 επαγγελματίες νοσηλευτές προκειμένου να διερευνήσει τις απόψεις τους σχετικά με τη φύση και την έκταση της επιθετικότητας στο κλινικό περιβάλλον. Η μελέτη έδειξε ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές ανησυχούν για την επιθετικότητα των συναδέλφων τους απέναντί τους καθώς δεν υπάρχει σεβασμός μεταξύ των εργαζομένων, επικρατεί απροθυμία αλληλοϋποστήριξης, υπάρχει λεκτική βία με αποτέλεσμα οι προσωπικές σχέσεις μεταξύ των νοσηλευτών να είναι κακές γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρά λάθη, ατυχήματα και χαμηλή απόδοση στην εργασία.

Οι Diaz και McMillin (1991) μελέτησαν τη συχνότητα του εκφοβισμού των νοσηλευτών από τους ιατρούς στο χώρο εργασίας. Η μελέτη διεξήχθη με χρήση δομημένου ερωτηματολογίου σε τυχαίο δείγμα 500 νοσηλευτριών από ένα πληθυσμό 1.722 ατόμων. Οι τέσσερις κατηγορίες που μετρήθηκαν ήταν: α) η λεκτική κακοποίηση, β) η σεξουαλική κακοποίηση, γ) οι απειλές, και δ) η σωματική

κακοποίηση. Η μελέτη έδειξε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα έχει υποστεί λεκτική κακοποίηση από το ιατρικό προσωπικό.

Οι Beckmann, Cannella και Wantland (2013) μελέτησαν το μέγεθος του επιπολασμού του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού μεταξύ των μελών του διδακτικού προσωπικού σε σχολές νοσηλευτικής σε τρεις βορειοανατολικές πολιτείες των ΗΠΑ. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε το 2010 και η μέτρηση του μεγέθους του εργασιακού εκφοβισμού έγινε με το ερωτηματολόγιο Negative Acts Questionnaire - Revised (NAQ-R). Στην έρευνα συμμετείχαν 473 μέλη ΔΕΠ. Η μελέτη έδειξε ότι ποσοστό 36% των ερωτηθέντων είχε βιώσει πράξεις εκφοβισμού με δράστες κυρίως ανώτερα διοικητικά στελέχη. Επίσης διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας των συναντήσεων μεταξύ των μελών ΔΕΠ με ανώτερα στελέχη και της έκθεσης σε πράξεις εκφοβισμού.

Μελέτη των Wells και Bowers (2002) στη Βρετανία σχετικά με την βία στο χώρο εργασίας κυρίως έδειξε ότι ποσοστό άνω του 9,5% των νοσηλευτών που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία έχουν δεχθεί τουλάχιστον μία επίθεση (με ή χωρίς τραυματισμό) σε διάστημα ενός έτους. Οι νοσηλευτές διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για εκδηλώσεις βίαιων περιστατικών από ασθενείς σε σχέση με άλλα επαγγέλματα.

Μελέτη των Bowles και Candela (2005) σχετικά με την εμπειρία 352 νοσηλευτών από την πρώτη εργασία τους όντας απόφοιτοι νοσηλευτικών σχολών έδειξε ότι ποσοστό 30% των ερωτηθέντων εγκατέλειψε τη θέση μέσα σε ένα έτος, ενώ ποσοστό 57% άφησε τη θέση του μέσα στα 2 πρώτα έτη. Οι βασικοί λόγοι και η πιο συχνή αιτία για την εγκατάλειψη της θέσης ήταν θέματα που έχουν να κάνουν με τη φροντίδα των ασθενών, όπως δυσαναλογία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών και το εξαντλητικό ωράριο.

Ο Simons (2008) διερεύνησε την εκφοβιστική συμπεριφορά μεταξύ των νοσηλευτών και τη σχέση μεταξύ της παρενόχλησης και της πρόθεσης του νοσηλευτή να

εγκαταλείπει τη θέση του. Συλλέχθηκαν στοιχεία από τυχαίο δείγμα 511 νοσηλευτών και το μέγεθος της έκθεσης σε περιστατικά παρενόχλησης μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο Negative Acts Questionnaire Revised (NAQ-R). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ποσοστό 31% των ερωτηθέντων υπήρξαν θύματα εκφοβισμού και ότι ο εκφοβισμός είναι καθοριστικός παράγοντα στην πρόθεσή τους να αποχωρήσουν από την εργασία.

Οι Johnson και Rea (2009) μελέτησαν τις εμπειρίες των νοσηλευτών σχετικά με πράξεις εκφοβισμού στο χώρο εργασίας. Συλλέχθηκαν στοιχεία από δείγμα 249 μελών ενός συνδέσμου νοσηλευτών στην Ουάσιγκτον και το μέγεθος της έκθεσης μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο Negative Acts Questionnaire Revised (NAQ-R). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ποσοστό 27,3% των ερωτηθέντων είχαν βιώσει πράξεις εκφοβισμού στο χώρο εργασίας τους τελευταίους 6 μήνες. Το 50% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι είχε πέσει θύμα εκφοβισμού από τους διευθυντές ή από προϊσταμένους νοσηλευτικών τμημάτων. Ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας συσχετίστηκε σημαντικά με την πρόθεση των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν την εργασία τους (οι νοσηλευτές, που υπήρξαν θύματα εκφοβισμού είχαν διπλάσιες πιθανότητες να εγκαταλείψουν τη θέση τους και τριπλάσιες πιθανότητες να αναφέρουν στο τμήμα διαχείρισης προσωπικού ότι είναι στα πρόθυρα να αποχωρήσουν από την εργασία τους).

Μελέτη εκτίμησης του επιπολασμού του εργασιακού εκφοβισμού στο χώρο των νοσηλευτών, έδειξε ότι ποσοστό 44% των νοσηλευτών βίωσαν ένα ή περισσότερα είδη εκφοβισμού τους τελευταίους 12 μήνες σε σύγκριση με το 35% του λοιπού προσωπικού. Ποσοστό 50% των νοσηλευτών υπήρξαν μάρτυρες πράξεων εκφοβισμού, που βίωσαν άλλοι συνάδελφοι. Οι νοσηλευτές, που ήταν θύματα εκφοβισμού ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία και σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και της τάσης φυγής (Quine, 2001).

Οι Spector, Zhou και Che (2013) μελέτησαν τη βιβλιογραφία προκειμένου να εκτιμήσουν το μέγεθος, την μορφή και την πηγή των φαινομένων εκφοβισμού στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών (πράξεις βίας, σεξουαλική παρενόχληση, λεκτική

παρενόχληση). Αντλήθηκαν στοιχεία από τις πηγές CINAHL, Medline και PsycInfo. Η μελέτη έδειξε ότι από το σύνολο των 151.347 νοσηλευτών, ποσοστό 36,4% υπέστη σωματική βία, 66,9% υπέστη μη φυσική βία, 39,7% υπέστη εκφοβισμό, 25% υπέστη σεξουαλική παρενόχληση, ενώ ποσοστό 32,7% των νοσηλευτών αναφέρουν ότι έχουν τραυματιστεί σωματικά από επίθεση. Τα ποσοστά έκθεσης ποικίλουν ανάλογα με γεωγραφική περιοχή (Αγγλόφωνες χώρες, Ασία, Ευρώπη, Μέση Ανατολή), με τα υψηλότερα ποσοστά σωματικής βίας και σεξουαλικής παρενόχλησης να εντοπίζονται στις Αγγλόφωνες χώρες, και τα υψηλότερα ποσοστά μη φυσικής βίας και εκφοβισμού στη Μέση Ανατολή. Η σωματική βία ήταν πιο διαδεδομένη σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, γηριατρικές μονάδες και δομές ψυχικής υγείας .

Ο Yildirim (2009) μελέτησε τη ψυχολογία και την απόδοση στην εργασία νοσηλευτών στην Τουρκία, που είχαν βιώσει πράξεις εκφοβισμού. Συλλέχθηκαν στοιχεία από τυχαίο δείγμα 286 νοσηλευτών και το μέγεθος της έκθεσης σε περιστατικά παρενόχλησης μετρήθηκε με ένα ερωτηματολόγιο, που περιλάμβανε πέντε μέρη: δημογραφικά στοιχεία, ψυχολογικά βίαιη συμπεριφορά, φόρτος εργασίας, οργανωτικές επιπτώσεις και κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ποσοστό 37% των ερωτηθέντων δεν είχαν ποτέ ή σχεδόν ποτέ βιώσει πράξη εκφοβισμού στο χώρο εργασίας τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ το 21% των ερωτηθέντων είχαν βιώσει τέτοιες πράξεις. Δεν εντοπίστηκαν διαφορές μεταξύ της θέσης και του μορφωτικού επιπέδου ως προς την πράξη του εκφοβισμού.

Ο Boyd (1995) μελέτησε το φαινόμενο της βίας στον εργασιακό χώρο στη δυτική επαρχία Κολούμπια του Καναδά κατά τα έτη 1982 έως 1992 από τη σκοπιά των αξιώσεων των εργαζομένων περί αποζημίωσης για τα περιστατικά βίας, που βίωσαν κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι έχει σημειωθεί σημαντική αύξηση του φαινομένου της βίας στον εργασιακό χώρο στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης και κυρίως στις μονάδες μακροχρόνιας περίθαλψης. Επίσης από τα υψηλότερα ποσοστά αξιώσεων για αποζημίωση κατείχε ο τομέας των βοηθών νοσηλευτών (2^{ος} στην κατάταξη) και ο τομέας των νοσηλευτών (6^{ος} στην κατάταξη).

Ο Johnson (2009) μελέτησε σχετική βιβλιογραφία προκειμένου να δώσει μία καλύτερη προσέγγιση και μια βαθύτερη κατανόηση του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού στο χώρο των νοσηλευτών. Η εξέταση της βιβλιογραφίας έγινε από τις εξής πηγές: CINAHL, PubMed, Pro Quest και EBSCO. Μέσα από την ανασκόπηση 17 άρθρων διαπιστώθηκε ότι ποσοστό 36,4% των νοσηλευτών είχαν βιώσει σωματική βία, 67,2% λεκτική επίθεση, 37,1% πράξεις εκφοβισμού (απειλές), 27,9% σεξουαλική παρενόχληση, 50,5% πράξεις γενικευμένης βίας.

Μελέτη της Lau (2006) με σκοπό τη διερεύνηση της βίας σε τμήματα επειγόντων περιστατικών έδειξε ότι δεν υπάρχει διαφορά ως προς το τμήμα που εργάζονται οι νοσηλευτές σε σχέση με της έκθεση τους σε πράξεις βίας. Η μελέτη έδειξε επίσης ότι οι νοσηλευτές, που εργάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, εκτίθενται συχνά σε σωματική και λεκτική κακοποίηση, γεγονός που επιβεβαιώνει αντίστοιχη μελέτη των Taylor και Rew (2011).

Οι Shields και Wilkins (2009) μελέτησαν τη σωματική και συναισθηματική κακοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από τους ασθενείς στα νοσοκομεία. Αντλήθηκαν στοιχεία από την Εθνική Έρευνα για την εργασία και την υγεία των νοσηλευτών (2005) στον Καναδά. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι ποσοστό 34% των νοσηλευτών είχε υποστεί σωματική επίθεση από ασθενή κατά το προηγούμενο έτος, ενώ ποσοστό 47% είχε υποστεί συναισθηματική κακοποίηση.

Στην Αγγλία, έρευνα της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (2009), η οποία διεξήχθη το 2008 έδειξε ότι ποσοστό 15% του προσωπικού πρώτης γραμμής έχει υποστεί σωματική βία από τους ασθενείς ή τους συγγενείς αυτών, ενώ ποσοστό 21% του προσωπικού πρώτης γραμμής έχει υποστεί εκφοβισμό, παρενόχληση και κακοποίηση από ασθενείς ή τους συγγενείς αυτών.

Μελέτη του Farrell και των συνεργατών του (2006) για τη διερεύνηση της επιθετικότητας στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών, που διεξήχθη την περίοδο Νοεμβρίου – Δεκεμβρίου 2002 σε πληθυσμό 6.326 νοσηλευτών στην Αυστραλία,

έδειξε ότι από το δείγμα, που ανταποκρίθηκε στην έρευνα (2.407 νοσηλευτές που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο), η πλειονότητα (63,5%) ανέφερε ότι είχε βιώσει πράξεις εκφοβισμού κυρίως λεκτική ή σωματική βία τις τελευταίες τέσσερις εργάσιμες εβδομάδες πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας. Θύτες ήταν πρωτίστως οι ασθενείς και οι επισκέπτες τους, και δευτερευόντως το ιατρικό προσωπικό και οι συνάδελφοι τους.

Μελέτη του Hegney και των συνεργατών του (2010) στην Αυστραλία σε πληθυσμό 3.000 από τα 29.789 μέλη της Ένωσης Νοσηλευτών, που απασχολούνται στην φροντίδα ηλικιωμένων στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, έδειξε ότι από το σύνολο των νοσηλευτών, που ανταποκρίθηκε τελικώς στην έρευνα (1.192 νοσηλευτές) το μεγαλύτερο ποσοστό, που βίωσε πράξεις εκφοβισμού, εργαζόταν σε υπηρεσίες του δημοσίου τομέα, οι δε σημαντικότεροι δράστες της βίας στο χώρο εργασίας ήταν οι ασθενείς. Η βία στο χώρο εργασίας συσχετίστηκε με το υψηλό άγχος στην εργασία. Επίσης, η αίσθηση της ασφάλειας στο χώρο εργασίας είναι αντιστρόφως ανάλογη με τη βία στο χώρο εργασίας.

Σύμφωνα με τη μελέτη του Roche και των συνεργατών του (2010) σε 21 νοσοκομεία σε δύο Πολιτείες της Αυστραλίας, αποδείχθηκε ότι περίπου το ένα τρίτο των νοσηλευτών, που συμμετείχαν στη μελέτη (38%) (N = 2.487, π=80,3 %), είχε βιώσει συναισθηματική κακοποίηση, το 14% είχε βιώσει απειλές και το 20% σωματική κακοποίηση. Τα στοιχεία αφορούσαν στην εμπειρία των νοσηλευτών κατά την τελευταία εργάσιμη εβδομάδα.

Μελέτη των Farrell και Shafiei (2012) σχετικά με τη φύση και την έκταση της επιθετικότητας στο χώρο εργασίας, συμπεριλαμβανομένου του εκφοβισμού, που βιώνουν οι νοσηλευτές και οι μαίες στη Βικτόρια της Αυστραλίας, έδειξε ότι από το σύνολο των εργαζομένων, που ανταποκρίθηκαν στη μελέτη (1.495 άτομα από σύνολο 5.000 – ποσοστό ανταπόκρισης 30%), πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες (52%) εμφάνισαν κάποια μορφή επιθετικότητας στο χώρο εργασίας. Ποσοστό 36% των συμμετεχόντων είχε βιώσει πράξεις βίας κυρίως από τους ασθενείς ή επισκέπτες/συγγενείς τους, ενώ ποσοστό 32% των συμμετεχόντων βίωσαν πράξεις

εκφοβισμού κυρίως από συναδέλφους ή από τους διευθυντές/προϊσταμένους τους. Η μελέτη έδειξε ότι το προσωπικό είναι λιγότερο ανήσυχο για τις πράξεις εκφοβισμού, που προέρχονται από τους ασθενείς σε σύγκριση με τις πράξεις εκφοβισμού, που πηγάζουν από συναδέλφους. Τα στοιχεία αφορούσαν στην εμπειρία των νοσηλευτών και των μαιών κατά τις τελευταίες τέσσερις εργάσιμες εβδομάδες.

Μελέτη του Fornés και των συνεργατών του (2011) στην Ισπανία σχετικά με τη ψυχολογική παρενόχληση στο χώρο εργασίας 285 νοσηλευτών (41 άνδρες και 244 γυναίκες), έδειξε ότι ποσοστό 18,9% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι είχε βιώσει πράξεις παρενόχλησης στο χώρο εργασίας, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για τους τελευταίους 6 μήνες. Γενικά, διαπιστώθηκαν διαφορές στον επιπολασμό της ψυχολογικής παρενόχλησης, ανάλογα με το κριτήριο που χρησιμοποιήθηκε. Η ψυχολογική παρενόχληση συσχετίζεται θετικά με την επιθυμία να εγκαταλείψουν το επάγγελμα και αρνητικά με τη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Τα αποτελέσματα δείχνουν ένα συνδυασμό διαφόρων μέτρων για την αξιολόγηση της ψυχολογικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας και τις πολιτικές μηδενικής ανοχής για την ψυχολογική κακοποίηση.

Στην Αγγλία, μελέτες έχουν δείξει μία αυξητική τάση εμφάνισης του φαινομένου του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας των νοσοκομείων. Τη διετία 2002 – 2003 καταγράφηκαν 38.000 περιστατικά παρενόχλησης του υγειονομικού προσωπικού, σημειώνοντας αύξηση σε ποσοστό 13% σε σύγκριση με έτος 2001. Οι συχνότερες πράξεις εκφοβισμού που σημειώθηκαν ήταν προσβλητικές συμπεριφορές, αρνητική κριτική και λεκτική κακοποίηση. (Edwards & O'Connell, 2007)

Σύμφωνα με μελέτη που διενήργησε το Royal College of Nursing (2008), ποσοστό 49% των νοσηλευτών είχαν παρενοχληθεί στο χώρο εργασίας 2 έως 6 φορές το χρόνο, ποσοστό 20% των νοσηλευτών είχε υποστεί κάποια μορφή επίθεσης τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια του έτους, ποσοστό 12% των νοσηλευτών δεχόταν με συχνότητα μία φορά την εβδομάδα, ενώ ποσοστό 3% ανέφερε ότι βίωνε πράξεις παρενόχλησης καθημερινά στην εργασία του.

Οι Lin και Liu (2005) διερεύνησαν το φαινόμενο του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών σε σχέση με τους ασθενείς και τα μέλη των οικογενειών τους. Στη μελέτη συμμετείχαν 205 νοσηλευτές από μία Μονάδα Υγείας στη νότια Ταϊβάν. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι ποσοστό 62% των νοσηλευτών ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν πράξεις εκφοβισμού από ασθενείς και μέλη των οικογενειών τους. Η πλειονότητα των περιπτώσεων αποτελούνταν από λεκτική βία, συμπεριλαμβανομένων των απειλών βίας από τους ασθενείς ή τις οικογένειες τους. Οι λεκτικές εκφράσεις βίας οφείλονταν κυρίως σε παρεξήγηση ή μέθη από την πλευρά των ασθενών και των οικογενειών τους, καθώς επίσης και σε προσωπικά προβλήματα στις σχέσεις των νοσηλευτών με τους γιατρούς και τους συναδέλφους τους. Περιπτώσεις σωματικής βίας, που αναφέρθηκαν και διέπραξαν ασθενείς προς νοσηλευτές, οφείλονταν σε ψυχικά νοσήματα των ασθενών.

Οι Mayer, Smith και King (1999) μελέτησαν την έκθεση σε πράξεις εκφοβισμού του προσωπικού, που εργάζεται στα τμήματα Επειγόντων Περιστατικών στην Κεντρική Φλόριντα σε σχέση με τρεις παράγοντες: τα χαρακτηριστικά του ασθενούς/δράστη, τα χαρακτηριστικά του προσωπικού/θύματος και τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας. Έγινε χρήση του ερωτηματολογίου του Mahoney (EDVQ) και ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών δεδομένων. Στη μελέτη συμμετείχαν 226 εργαζόμενοι (κυρίως νοσηλευτές) από 19 Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Η συχνότητα της σωματικής βίας αναφέρθηκε στο 42 % κατά το προηγούμενο έτος και στο 72 % κατά τη διάρκεια του τρέχοντος έτους. Η λεκτική βία λάμβανε χώρα πολύ περισσότερο στο ημερήσιο ωράριο εργασίας. Το ένα τέταρτο των συμμετεχόντων στη μελέτη ανέφερε ότι δεν είχε ολοκληρώσει κανένα μάθημα ή καμία εκπαίδευση στον τομέα της πρόληψης της βίας.

Αντίστοιχη μελέτη διενεργήθηκε σε Τμήματα Αντιμετώπισης Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών σε νοσοκομεία της Ιρλανδίας (Rose, 1997). Στη μελέτη ανταποκρίθηκαν 29 νοσηλευτές και 9 συνοδοί ασφαλείας. Η μελέτη έδειξε ότι ποσοστό 50% των συμμετεχόντων είχε δεχθεί σωματική ή λεκτική επίθεση, ποσοστό δε της τάξεως του 30% βίωσε τέτοιες πράξεις τους τελευταίους 12 μήνες. Μόνο δύο από τους 27 νοσηλευτές (οι οποίοι ήταν εκπαιδευόμενοι) δεν είχαν βιώσει καμία

πράξη βίας και επομένως δεν ανησυχούσαν για τη μελλοντική εκδήλωση σωματικής επίθεσης.

Ο Rosenthal και οι συνεργάτες του (1992) μελέτησαν το φαινόμενο της βίας στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών. Στη μελέτη συμμετείχαν 663 νοσηλευτές. Η μελέτη έδειξε ότι ποσοστό 37% των συμμετεχόντων στη μελέτη είχε βιώσει πράξεις βίας στο χώρο εργασίας. Στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία οι βίαιες πράξεις ήταν πιο συχνές, αλλά το ποσοστό των θανατηφόρων πράξεων βίας (πχ. βιασμός, χρήση μαχαιριών ή όπλων, κ.λπ.) ήταν χαμηλότερο.

Οι Whittington, Shuttleworth και Hill (1996), μελέτησαν το φαινόμενο της βίας στο προσωπικό ενός γενικού νοσοκομείου. Στην έρευνα συμμετείχαν 396 υπάλληλοι. Ποσοστό 21% των ερωτηθέντων (κυρώς νοσηλευτές) είχαν δεχθεί σωματική ή λεκτική επίθεση. Τα περισσότερα θύματα αυτών των πράξεων (ποσοστό 90%) εργάζονταν σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Παράγοντες όπως νεαρότερη ηλικία και η μικρότερη εμπειρία σχετίζονταν σημαντικά με την εμφάνιση του φαινομένου της βίας.

Ο Adib και οι συνεργάτες του (2002) διεξήγαγαν έρευνα σε εθνικό επίπεδο για την εκτίμηση του επιπολασμού και των παραγόντων εμφάνισης της βίας κατά νοσηλευτών, που εργάζονται σε διάφορα τμήματα Μονάδων Υγείας στο Κουβέιτ. Στην έρευνα συμμετείχαν 5.876 νοσηλευτές (85% γυναίκες και 15% άνδρες). Ποσοστό 48% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι είχαν βιώσει πράξεις λεκτικής βίας τους τελευταίους 6 μήνες. Πράξεις σωματικής βίας ανέφερε ποσοστό 7% των συμμετεχόντων, ενώ από αυτούς το 63% ανέφερε ότι δεν προκλήθηκε καμία σωματική βλάβη. Θύτες ήταν κυρίως οι ασθενείς που νοσηλεύονταν στις Μονάδες (51%).

Οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι για να υπάρχει η κατάλληλη οργάνωση στο χώρο εργασίας θα πρέπει να υπάρχει συνεχής έλεγχος και εξάλειψη του φαινομένου του εκφοβισμού είτε αυτό είναι σωματική παρενόχληση είτε λεκτική παρενόχληση και αφορά τους εργαζομένους (Spector et al., 2007). Η πρόληψη τέτοιων φαινομένων

μπορεί να οδηγήσει στη βελτίωση της αίσθησης ασφάλειας του προσωπικού, της ευημερίας και την αύξηση της παραγωγικότητας.

2.11 Συνέπειες του εκφοβισμού στη Νοσηλευτική

Το φαινόμενο του εκφοβισμού στη νοσηλευτική μπορεί να προκαλέσει φυσικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στα θύματα, αλλά και αρνητικές επιπτώσεις στους οργανισμούς φροντίδας των ασθενών (Broome & Williams-Evans, 2011). Ο εργασιακός εκφοβισμός μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, σε μειωμένα κίνητρα στην εργασία, σε μειωμένη συγκέντρωση, σε χαμηλή παραγωγικότητα, σε έλλειψη δέσμευσης στην εργασία και σε κακές σχέσεις με τους ασθενείς, τους διευθυντές και τους συναδέλφους (Yildirim, 2009). Μελέτη των Li και Zhang (2010) έδειξε ότι η παρενόχληση στον χώρο εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση, δυσαρέσκεια εργασίας καθώς και σε κινδύνους για την υγεία.

Συνέπειες σε προσωπικό επίπεδο. Οι συμπεριφορές εκφοβισμού, που βιώνουν οι νοσηλευτές προκαλούν στα θύματα αδυναμία, κατήφεια, συναισθηματικό πόνο, χαμηλή αυτοεκτίμηση, άγχος, κατάθλιψη και συναισθήματα απομόνωσης (Murray, 2009; Murray, 2008). Επίσης, τα θύματα μπορεί να βιώνουν συναισθήματα ενοχής, φόβου, πανικού και ανασφάλειας, ενώ σε πολλές περιπτώσεις παρουσιάζουν ψυχοσωματικά συμπτώματα όπως κατάθλιψη, κλάμα, χρόνια μετατραυματική διαταραχή άγχους, νευρικές διαταραχές, αύξηση αρτηριακής πίεσης, πονοκεφάλους, εφίδρωση, ναυτία, έμετος, διαταραχές πρόσληψης τροφής, διαταραχές του ύπνου και επαναλαμβανόμενους εφιάλτες (Hallberg & Strandmark 2006; Felblinger, 2008; Johnson, 2009; Mikkelsen & Einarsen, 2002; Leymann & Gustafsson, 1996). Σε πολλές περιπτώσεις οι πράξεις εκφοβισμού μπορεί να οδηγήσουν τα θύματα σε συμπεριφορές επιθετικότητας, ευερεθιστότητας, κατανάλωσης οινοπνεύματος, ηρεμιστικών ουσιών και καπνίσματος (Normandale & Davies, 2002).

Συνέπειες στο χώρο εργασίας. Μελέτη των Johnston, Phanhtharat και Jackson (2010) δείχνει ότι το φαινόμενο του εκφοβισμού μπορεί να δημιουργήσει και να

διατηρήσει ένα τοξικό περιβάλλον εργασίας. Μελέτες των Randle (2003), Duddle και Boughton (2007) και Johnson (2009) δείχνουν ότι οι πράξεις εκφοβισμού, που βιώνουν οι νοσηλευτές στο χώρο εργασίας, τους οδηγούν σε μειωμένη διάθεση για εργασία, σε έλλειψη συγκέντρωσης και εμφάνιση λαθών, σε συχνές απουσίες από την εργασία και κατ' επέκταση σε χαμηλά επίπεδα παραγωγικότητας και ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας. Μελέτη του Farrell (1999) δείχνει ότι οι νέοι απόφοιτοι νοσηλευτικών σχολών, που βιώνουν πράξεις εκφοβισμού στα πρώτα εργασιακά τους βήματα, αισθάνονται ανίκανοι, αόρατοι, άχρηστοι και κατώτεροι από το υπόλοιπο προσωπικό, με ό,τι αυτό συνεπάγεται. Μελέτες των Murray (2009) και Cleary, Hunt και Horsfall (2010) αναφέρουν ότι το φαινόμενο του εκφοβισμού έχει και οικονομικά επακόλουθα για τις Μονάδες Υγείας. Μεγάλος αριθμός των θυμάτων του εκφοβισμού στο νοσηλευτικό τομέα λαμβάνει πολλές ημέρες αδείας κάθε χρόνο προκειμένου να ξεφύγει προσωρινά από αυτό που βιώνει οδηγώντας τους οργανισμούς σε απώλεια κερδών από την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας δεδομένου ότι δεν έχουν την πολυτέλεια να χάνουν τους νοσηλευτές. Μελέτη του Hutchinson και των συνεργατών του (2006) έδειξε ότι ο εκφοβισμός καταστρέφει την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση των ατόμων, στα οποία απευθύνεται και τα ανάγκαζει -σε πολλές περιπτώσεις- να παραιτηθούν από την εργασία τους. Άλλες μελέτες αναφέρουν ότι ο εκφοβισμός αποτελεί κίνδυνο για την ασφάλεια των ασθενών αφού παρεμβαίνει αρνητικά στο κύριο έργο των νοσηλευτών, που είναι η φροντίδα του ασθενούς, στην ομαδική εργασία και στην επικοινωνία (Porto & Lauve, 2006; Wilson, Burke & Salas, 2005).

2.12 Η σχέση μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και ψυχικής υγείας στη Νοσηλευτική

Το νοσηλευτικό προσωπικό, ως κύριος φορέας της φροντίδας του ασθενούς, εκτελεί μια συναισθηματική και βαριά σωματική εργασία, συνήθως υπό αντίξοες συνθήκες, με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται στο εργασιακό περιβάλλον, πέραν των άλλων, πράξεις διαφόρων μορφών εκφοβισμού, προκαλώντας διάφορες ψυχικές διαταραχές, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα. Οι νοσηλευτές, που εκτίθενται σε

εργασιακό στρες, στις περισσότερες περιπτώσεις δεν αναφέρουν παράπονα για την υγεία τους εφ' όσον διαθέτουν υψηλές ικανότητες αντιμετώπισης.

Σύμφωνα με μελέτη του Schreuder και των συνεργατών του (2012) σε δείγμα 5.400 Νορβηγών και 588 Ολλανδών νοσηλευτών, η ενεργός επίλυση προβλημάτων αντιμετώπισης πράξεων εκφοβισμού συνδέθηκε με την υγεία και το εργασιακό περιβάλλον των Νορβηγών νοσηλευτών, αλλά όχι και με την υγεία και το εργασιακό περιβάλλον των Ολλανδών νοσηλευτών. Η μελέτη έδειξε ότι η παθητική αντιμετώπιση (η αποφυγή των προβλημάτων ή η προσμονή του ό,τι η κατάσταση θα αλλάξει γρήγορα) σχετίζεται με την κακή κατάσταση γενικής υγείας, την κακή ψυχική υγεία, την αίσθηση του μη ελέγχου της εργασίας και στις δυο κατηγορίες νοσηλευτών. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν επίσης ότι η βελτίωση των συνθηκών εργασίας στο νοσηλευτικό τομέα μπορεί όχι μόνο να οδηγήσει σε καλύτερη ψυχική υγεία, αλλά μπορεί επίσης να μειώσει την παθητική αντιμετώπιση παρόμοιων περιστατικών.

Μελέτη των Eriksen, Tambs και Knardahl (2006) σε δείγμα 5.076 νοσηλευτών σε νοσοκομεία της Νορβηγίας έδειξε ότι η ψυχολογική δυσφορία, που αισθάνονται οι νοσηλευτές, οφείλεται κυρίως σε πράξεις εκφοβισμού που βιώνουν στο χώρο εργασίας. Συγκρούσεις, απειλές και λεκτική ή σωματική βία είναι πράξεις που βιώνουν συχνά οι νοσηλευτές από τους ασθενείς, τους επισκέπτες και το προσωπικό (συναδέλφους και ανωτέρους) εμφανίζοντας υψηλή συσχέτιση των πράξεων αυτών με το επίπεδο της ψυχολογικής δυσφορίας. Οι εργασιακοί παράγοντες εξηγούν μόνο ένα μικρό μέρος της ψυχολογικής δυσφορίας, που διατρέχει τους νοσηλευτές.

Μελέτη των Kivimäki, Elovainio και Vahtera (2000) σε δείγμα 674 ανδρών και 4.981 γυναικών νοσηλευτών ηλικίας 19 έως 63 ετών, που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία, έδειξε ότι ποσοστό 5% των εργαζομένων ανέφερε ότι υπήρξε θύμα εκφοβισμού. Τα άτομα αυτά είχαν μεγαλύτερη μάζα σώματος και έπασχαν από χρόνιες ψυχικές ασθένειες. Οι πράξεις εκφοβισμού επηρέασαν θετικά την αύξηση του επιπολασμού των χρόνιων ασθενειών (άγχος, κατάθλιψη, burn out) σε σύγκριση με το υπόλοιπο προσωπικό.

Μελέτη της Quine (1999) για την εκτίμηση της σχέσης μεταξύ του εργασιακού εκφοβισμού και της υγείας σε μία κοινότητα 1.100 νοσηλευτών στην Αγγλία, έδειξε ότι ποσοστό 38% των εργαζομένων βίωσε μία ή περισσότερες μορφές εκφοβισμού κατά το προηγούμενο έτος, ενώ ποσοστό 42% των εργαζομένων υπήρξε μάρτυρας σε πράξεις εκφοβισμού με θύματα συναδέλφους τους. Το προσωπικό, που είχε βιώσει πράξεις εκφοβισμού, εμφάνιζε σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία και τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες, κατάθλιψης, άγχους και τάσεων φυγής από την εργασία.

Μελέτη του Kivimäki και των συνεργατών του (2003) για την εκτίμηση της έκθεσης σε πράξεις εργασιακού εκφοβισμού ως παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης σε 5.432 νοσηλευτές (601 άνδρες και 4.831 γυναίκες ηλικίας 18 έως 63 ετών) που εργάζονταν σε νοσοκομεία, έδειξε ότι, μεταξύ άλλων, ότι η σχέση μεταξύ παρατεταμένου εκφοβισμού και κατάθλιψης ήταν σημαντική. Τα αποτελέσματα της μελέτης αποδεικνύουν ότι ο εκφοβισμός είναι ένας αιτιολογικός παράγοντας για την εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας.

Μελέτη των Laschinger και Nosko (2013) για την εξέταση της σχέσης μεταξύ της έκθεσης στον εργασιακό εκφοβισμό και στη διαταραχή μετα-τραυματικού στρες, σε δείγμα 1.205 νοσηλευτών των νοσοκομείων, έδειξε ότι ο εκφοβισμός μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση συμπτωμάτων μετα-τραυματικού στρες, μια πολύ σοβαρή διαταραχή της ψυχικής υγείας.

Μελέτη των Pai και Lee (2011) για τον προσδιορισμό των παραγόντων κινδύνου και των επιπτώσεων για την ψυχική υγεία από την έκθεση των νοσηλευτών σε πράξεις διαφόρων μορφών βίας (σωματική βία, λεκτική κακοποίηση, ηθική παρενόχληση και σεξουαλική παρενόχληση) σε μονάδες υγείας της Ταϊβάν, έδειξε ότι από τους 521 νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα, 102 (19,6%) δήλωσαν ότι είχαν υποστεί σωματική βία, 268 (51,4%) είχαν υποστεί λεκτική κακοποίηση, 155 (29,8%) είχαν βιώσει απειλές και 67 (12,9%) είχαν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση . Πολλαπλές αναλύσεις έδειξαν ότι η ηλικία κάτω των 30 ετών και το άγχος αύξησαν τις

πιθανότητες της λεκτικής κακοποίησης, ενώ ο εκφοβισμός συνδέθηκε με το άγχος. Το νυκτερινό ωράριο εργασίας αύξησε τις πιθανότητες εμφάνισης της σεξουαλικής παρενόχλησης, ενώ η πιο σοβαρή ψυχολογική βλάβη ήταν το μετα τραυματικό στρες.

Μελέτη των Rodwell και Demir (2012) για την εκτίμηση των ψυχολογικών επιπτώσεων του εκφοβισμού σε 441 νοσηλευτές, που εργάζονται σε νοσοκομεία και μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων στη Αυστραλία, έδειξε ότι για τους νοσηλευτές του νοσοκομείου, η ψυχολογική καταπόνηση είναι η κύρια επίπτωση του εκφοβισμού, ενώ η κατάθλιψη ήταν ο βασικός αντίκτυπος για τους νοσηλευτές φροντίδας ηλικιωμένων. Οι νοσηλευτές φροντίδας ηλικιωμένων, που εργάζονταν με πλήρη απασχόληση και είχαν βιώσει πράξεις εκφοβισμού, εμφάνισαν υψηλότερα σκορ ψυχολογικής δυσφορίας, σε σύγκριση με τους εργαζομένους με μειωμένο ωράριο. Η αρνητική συναισθηματική διάθεση ήταν ένας σημαντικός παράγοντας, που επηρέασε τα αποτελέσματα της μελέτης και στις δύο κατηγορίες. Η μελέτη αποδεικνύει ότι ο εργασιακός εκφοβισμός έχει αρνητικές συνέπειες για την ψυχική υγεία των νοσηλευτών. Τα αποτελέσματα ενισχύουν την άποψη ότι οι νοσηλευτές είναι μια καταπιεσμένη ομάδα υψηλού κινδύνου για έκθεση σε εκφοβισμό και επιβεβαιώνουν την εγγενή φύση της αρνητικής συναισθηματικότητας στη διαδικασία εκφοβισμού, τονίζοντας τη σημασία του είδους της απασχόλησης ιδιαίτερα για τους νοσηλευτές φροντίδας ηλικιωμένων.

Μελέτη των Sá και Fleming (2008) για τη διερεύνηση τόσο του επιπολασμού του εκφοβισμού στο νοσηλευτικό προσωπικό, που εργάζεται σε νοσοκομεία της Πορτογαλλίας, όσο και της σχέσης μεταξύ των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ψυχικής υγείας και των νοσηλευτών, που έχουν βιώσει πράξεις εργασιακού εκφοβισμού, έδειξε ότι από το δείγμα 107 νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα, ποσοστό 13% των συμμετεχόντων υπήρξε θύμα εκφοβισμού κατά τους τελευταίους έξι μήνες. Τα τρία πιο κοινά είδη της εκφοβιστικής συμπεριφοράς που βίωσαν οι νοσηλευτές ήταν η εκτέλεση εργασιών εκτός των αρμοδιοτήτων τους, η εκτέλεση ασήμαντων εργασιών και η έκθεση σε υπερβολικά υψηλό φόρτο εργασίας. Ο εκφοβισμός προκάλεσε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής

εξάντλησης ενώ παράλληλα επέφερε συχνότερα προβλήματα ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τους νοσηλευτές, οι οποίοι δεν είχαν βιώσει ανάλογες πράξεις.

Ο Needham και οι συνεργάτες του (2005) έκαναν μια συστηματική ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας μεταξύ των ετών 1983 έως 2003 μέσα από γνωστές βάσεις δεδομένων (Medline, CINAHL, PsychINFO και PSYINDEX) προκειμένου να καταγράψουν τις επικρατέστερες μη σωματικές επιπτώσεις νοσηλευτών – θυμάτων εκφοβισμού που προέρχονταν από διάφορες χώρες και εργάζονταν σε διάφορους τομείς της νοσηλευτικής. Οι επικρατέστερες αντιδράσεις των θυμάτων ήταν ο θυμός, ο φόβος, το άγχος, η εμφάνιση συμπτωμάτων μετα-τραυματικού στρες, η ενοχή, η αυτο-ενοχοποίηση και η ντροπή.

Προοπτική μελέτη των Reknes και των συνεργατών του (2013) στη Νορβηγία σχετικά με την διερεύνηση της έκθεσης 1.582 νοσηλευτών σε συμπεριφορές εκφοβισμού σε σχέση με την αρχική εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας (άγχος, κατάθλιψη, κόπωση) (2008-2009) και την εξέλιξή τους ένα χρόνο αργότερα (2010), έδειξε ότι η έκθεση σε συμπεριφορές εκφοβισμού συσχετίζεται σημαντικά με την ηλικία, το φύλο, τη νυκτερινή εργασία και το φόρτο εργασίας και την μετέπειτα αύξηση των συμπτωμάτων του άγχους, της κατάθλιψης και της κόπωσης. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ένα φαύλο κύκλο όπου οι πράξεις εκφοβισμού στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών επηρεάζουν και επιδεινώνουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας.

2.13 Αίτια του φαινομένου στη νοσηλευτική

Σύμφωνα με τον Rucker (2008) το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού στο χώρο της υγείας μπορεί να οφείλεται στα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων (όπως η προσωπικότητα, οι προσωπικές εμπειρίες και η ωριμότητα), στο εργασιακό περιβάλλον ή ακόμα και σε οργανωτικούς παράγοντες (οργανωτική δομή).

Οι Anderson και Parish (2003), μελέτησαν τη σχέση μεταξύ του θύματος και των χαρακτηριστικών βίας στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών. Στην έρευνα συμμετείχαν 90 Ισπανίδες νοσηλεύτριες, που έκαναν την εξάσκησή τους στο Τέξας. Μεταβλητές όπως η ηλικία των νοσηλευτών, το κλινικό περιβάλλον εργασίας, τα έτη προϋπηρεσίας και το επίπεδο βασικής εκπαίδευσης δεν βρέθηκε να σχετίζονται με τη βία. Τα βιώματα της παιδικής ηλικίας και το φύλο φαίνεται ότι αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση διαφόρων μορφών βίας (λεκτικής και σωματικής) στο χώρο των νοσηλευτών.

Μελέτη των Cooper και Swanson (2002) έδειξε ότι η ολοένα αυξανόμενη επιθετικότητα στη συμπεριφορά των νοσηλευτών, μπορεί να οφείλεται σε ψυχικά προβλήματα, που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, στην κατάχρηση αλκοόλ, στη χρήση ναρκωτικών ουσιών και στο γυναικείο φύλο (λόγω της καθολικής υπεροχής του στο νοσηλευτικό επάγγελμα).

Μελέτη της Salin (2003) έδειξε ότι οι κακές κτιριακές υποδομές (ανεπάρκεια κλινών, έλλειψη αναλώσιμου υλικού, έλλειψη φωτισμού, έλλειψη μέτρων ασφαλείας), η υποστελέχωση, η πολυκοσμία στο χώρο των νοσοκομείων καθώς και η καθημερινή επαφή των νοσηλευτών με ασθενείς και τις οικογένειες τους, όπου παρατηρούνται συχνά προστριβές, μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού. Αναφορικά με το τελευταίο, δηλαδή τη βίαιη συμπεριφορά των ασθενών στα νοσοκομεία, μελέτες δείχνουν ότι παράγοντες, που μπορεί να την προκαλέσουν, είναι η ηλικία, το ιστορικό του ασθενούς, η ψυχική κατάσταση του ασθενούς, η κατάχρηση ουσιών, η στέρηση ουσιών, η κοινωνική απομόνωση, η ενδοοικογενειακή βία, η ανεπαρκής ασφάλεια, ο συνωστισμός και η αίσθηση της ελλιπούς φροντίδας (Camerino et al., 2007; Mercer, 2007; Whelan, 2008).

Μελέτη των Henry και Ginn (2002) έδειξε ότι το ωράριο εργασίας (βραδινή βάρδια), ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η έλλειψη εκπαίδευσης του προσωπικού, οι κατ' οίκον επισκέψεις σε ασθενείς και το ήδη συναισθηματικά επιβεβαρυμένο εργασιακό περιβάλλον μπορεί να οδηγήσει το νοσηλευτικό προσωπικό σε πράξεις εκφοβισμού.

Αποτελέσματα μελετών έχουν δείξει ότι μία πιθανή αιτία της εμφάνισης του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού είναι ο τρόπος εκπαίδευσης των νοσηλευτών. Φοιτητές Νοσηλευτικής στη Μεγάλη Βρετανία ανέφεραν ότι είχαν βιώσει πράξεις εκφοβισμού από τους νοσηλευτές/εκπαιδευτές τους και ότι έχουν πολλές πιθανότητες να φέρονται με τον ίδιο τρόπο μελλοντικά στους δικούς τους εκπαιδευόμενους (Randle, 2003; Curtis, Bowen & Reid, 2006).

Το νοσηλευτικό προσωπικό βιώνει σε μεγάλο βαθμό το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης λόγω της εμφάνισης του στρες και της έντασης που μπορεί να πηγάζουν από το βεβαρημένο φόρτο εργασίας, και την έλλειψη πόρων (Bakker et al., 2000). Τα συμπτώματα άγχους και οι στιγμές έντασης στο χώρο εργασίας πέραν του ό,τι μειώνουν την ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών, επιπροσθέτως μειώνουν το επίπεδο ικανοποίησης και το ενδιαφέρον του νοσηλευτικού προσωπικού για την εργασία του (Boumans & Landeweerd, 1996). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη ενός μηχανισμού άμυνας από τον νοσηλευτή ο οποίος δημιουργεί ακούσια μία απρόσωπη σχέση με τον ασθενή, που μπορεί να μετατραπεί γρήγορα σε αρνητική σχέση με όλα τα φυσικά επακόλουθα (Arnold, Cooper & Robertson, 1995). Όλα αυτά σε συνδυασμό με τη σταδιακή μείωση των εγγραφών στις νοσηλευτικές σχολές και την έλλειψη αναγνώρισης, που αισθάνονται οι νοσηλευτές για τις δεξιότητες και τις ικανότητές τους, μπορεί οδηγήσουν, πέρα από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Baumann et al., 2002) και σε πράξεις εκφοβισμού είτε μεταξύ νοσηλευτών και διοίκησης, είτε μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών / οικογενειών είτε μεταξύ των ίδιων των συναδέλφων (Huston, 2003).

Οι Strandmark και Hallberg (2007) αναφέρουν ότι μέσα στον οργανισμό παρατηρούνται μακροχρόνιες διαμάχες για την εξουσία, που απορρέουν από τη σύγκρουση των αξιών γενόμενες από τις υφιστάμενες οργανωτικές συνθήκες και το στυλ της ηγεσίας. Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού. Καναδική μελέτη του Laschinger και των συνεργατών του (2010) αναφέρει πράξεις εκφοβισμού, που βίωσαν νέοι πτυχιούχοι νοσηλευτές από μεγαλύτερους και πιο έμπειρους νοσηλευτές, που οφείλονταν ως επί το πλείστον στην ανάγκη για εξουσία.

Μελέτη του Hoqh και των οι συνεργατών του (2011) αναφέρει ότι νοσηλευτές από μη δυτικές χώρες, που προσλαμβάνονταν να εργαστούν σε μονάδες υγείας δυτικών χωρών, είχαν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν πράξεις εκφοβισμού, ιδιαίτερα κατά το πρώτο έτος της εργασίας τους ως εκπαιδευόμενοι. Αντίστοιχη μελέτη του Allan και των συνεργατών του (2009) αναφέρει περιστατικά νοσηλευτών από το εξωτερικό, που εργάζονταν σε νοσοκομεία του Ηνωμένου Βασιλείου και βίωσαν πράξεις ρατσισμού και εκφοβισμού από συναδέλφους τους κατά την εργασία τους.

Το αίσθημα της έλλειψης υποστήριξης από τη διοίκηση του οργανισμού, που βιώνουν οι νοσηλευτές, συνδέεται στενά με την εμφάνιση του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού (Huntington et al., 2011).

Τα τελευταία χρόνια, ο νοσηλευτής κατέχει πιο ενεργό ρόλο και λαμβάνει περισσότερες πρωτοβουλίες κατά την άσκηση των καθηκόντων του σε αντίθεση με παλαιότερα, όπου υπήρχε απόλυτη υπακοή στις υποδείξεις του ιατρού και δεν υπήρχαν περιθώρια αμφισβητήσεων σε σχέση με τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών φροντίδα ασθενών (Jasmine, 2009; Jinks & Bradley, 2003).

2.14 Στρατηγικές Αντιμετώπισης στη Νοσηλευτική

Στη διεθνή βιβλιογραφία προτείνονται διάφοροι τρόποι αντιμετώπισης του φαινομένου του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών. Σύμφωνα με τον Gaffney και τους συνεργάτες του (2012) τόσοι οι προϊστάμενοι των νοσηλευτικών τμημάτων όσο και οι νοσηλευτές οφείλουν να διασφαλίσουν ότι οι πράξεις τους είναι σύμφωνες με την αξία της συνεργασίας, της αλληλοϋποστήριξης, της σωστής οργάνωσης και του αμοιβαίου σεβασμού στο χώρο εργασίας. Οι προϊστάμενοι από την μεριά τους θα πρέπει συνεργάζονται με τους νοσηλευτές, ώστε να είναι σε θέση να εντοπίσουν τέτοιες αρνητικές συμπεριφορές και βεβαίως να δώσουν τις λύσεις στα προβλήματα, που παρουσιάζονται, ενώ οι νοσηλευτές θα πρέπει να φανερώνουν το πρόβλημα, που αντιμετωπίζουν, και να μην το κρύβουν.

Σύμφωνα με τους Broome και Williams-Evans (2011) οι στρατηγικές για την αντιμετώπιση του εκφοβισμού περιλαμβάνουν την εκπαίδευση, την ανάπτυξη κωδικών συμπεριφοράς αποδεκτών στο χώρο εργασίας καθώς και μια πολιτική μηδενικής ανοχής στο πρόβλημα. Επίσης, η καλή ψυχική υγεία διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στο να βοηθήσει τους νοσηλευτές να επιστρέψουν στο φυσικό τους ρόλο, που δεν είναι άλλος από τη φροντίδα των ασθενών. Οι Cleary, Hunt και Horsfall (2010) αναφέρουν ότι οι διοικήσεις και οι διευθυντές πρέπει να ακολουθήσουν μια αρμονική προσέγγιση και να εργαστούν από κοινού για την πρόληψη κάθε μορφής εκφοβισμού.

Οι Jackson, Firtko και Edenborough (2007) ανασκόπησαν τη σχετική βιβλιογραφία (περίοδος αναφοράς 1996-2006) για τη διερεύνηση της έννοιας της ανθεκτικότητας ως μια στρατηγική για την αντιμετώπιση αντιξοοτήτων στο χώρο εργασίας και τον προσδιορισμό των στρατηγικών για την ενίσχυση της προσωπικής ανθεκτικότητας στο νοσηλευτικό προσωπικό. Χρησιμοποιώντας πηγές δεδομένων όπως CINAHL, EBSCO, Medline και Pubmed, συγκέντρωσαν χρήσιμα στοιχεία και διαπίστωσαν ότι ανθεκτικότητα είναι η ικανότητα ενός ατόμου να προσαρμοστεί θετικά στις αντιξοότητες και μπορεί να εφαρμοστεί για την οικοδόμηση προσωπικών δυνάμεων σε νοσηλευτές μέσω στρατηγικών όπως η δημιουργία θετικής σκέψης, η καλλιέργεια επαγγελματικών σχέσεων, η διατήρηση θετικότητας, η ανάπτυξη συναισθηματικής αντίληψης, η επίτευξη ισορροπίας ζωής και πνευματικότητας. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι οι νοσηλευτές μπορούν να συμμετέχουν ενεργά στην ανάπτυξη και την ενίσχυση της δικής τους προσωπικής ανθεκτικότητας ώστε να μειώσουν την ευπάθειά τους στις αντιξοότητες στο χώρο εργασίας και έτσι να βελτιώσουν το συνολικό επίπεδο της υγειονομικής περίθαλψης, όντας κύριος μοχλός φροντίδας των ασθενών. Η ανθεκτικότητα πρέπει να ενσωματωθεί στη νοσηλευτική εκπαίδευση και η επαγγελματική υποστήριξη θα πρέπει να ενθαρρυνθεί μέσω προγραμμάτων εργασιακής καθοδήγησης, με παράλληλη μείωση του υπερβάλλοντος φόρτου εργασίας και της έλλειψης αυτονομίας, καταστάσεων, που χαρακτηρίζουν το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Οι Jackson et al (2010) μελέτησαν τις συνέπειες της καταγγελίας των επεισοδίων στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών. Δεκαοκτώ συμμετέχοντες με άμεση εμπειρία στις καταγγελίες συμμετείχαν στη μελέτη, η οποία διεξήχθη μέσω ποιοτικής έρευνας (αφήγηση). Τα ευρήματα της μελέτης υποδεικνύουν την ανάγκη να προωθηθεί ένα κλίμα, στο οποίο οι νοσηλευτές να νιώθουν ασφαλείς να εγείρουν τις ανησυχίες τους σχετικά με τη φροντίδα του ασθενούς ή τις οργανωτικές αδικίες και να εξαλείφουν την υπάρχουσα αντίληψη ότι η καταγγελία δυσλειτουργιών είναι μια αρνητική πράξη, που τροφοδοτείται από τάσεις εκδίκησης ή ζήλεια.

Οι Mackintosh et al (2010) διερεύνησαν τις επιπτώσεις του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας στις γυναίκες, που εργάζονται στον τομέα της υγείας. Μέσω διεξαγωγής προσωπικών συνεντεύξεων με 21 γυναίκες διαπίστωσαν ότι είναι σημαντικό να εξεταστούν τα αίτια του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης καθώς και οι πραγματικές πράξεις εκφοβισμού ώστε τα θύματα να μπορέσουν να προσαρμοστούν στις αλλαγές και να υιοθετήσουν μια νέα στάση εργασίας αντιστέκοντας σθεναρά σε τέτοια άσχημα φαινόμενα. Οι επαγγελματίες, που κατέχουν υψηλότερες θέσεις στον οργανισμό θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τα σημάδια, που μπορεί να υποδηλώνουν ότι ένα άτομο είναι θύμα εκφοβισμού, όπως το άγχος και η κατάθλιψη ή η επιθυμία για εγκατάλειψη της θέσης εργασίας (Quine, 2001). Οι νοσηλευτές, που αισθάνονται ότι είναι θύματα πράξεων εκφοβισμού, θα πρέπει να ενθαρρυνθούν να μιλούν με τους συναδέλφους και τους ανωτέρους τους αντί να στηρίζονται στους φίλους και την οικογένειά τους. Αν αυτές οι ανησυχίες δεν αντιμετωπίζονται με ευαισθησία, τα θύματα μπορεί να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους και να μην ξαναασχοληθούν με αυτό (Vessey et al , 2009).

Όπως και σε πολλά άλλα επαγγέλματα, έτσι και η νοσηλευτική έχει στο εσωτερικό της επαγγελματίες, που δυσφημίζουν το επάγγελμα, τη στιγμή που οι περισσότεροι νοσηλευτές εργάζονται με αξιοθαύμαστη αποτελεσματικότητα και θέληση. Φαινόμενα εκφοβισμού στο εργασιακό περιβάλλον έχουν αντίκτυπο τόσο στους ίδιους τους νοσηλευτές όσο και στον οργανισμό, που εργάζονται. Μελετητές προτείνουν την εφαρμογή πολιτικών χρηματικής ή ηθικής ανταμοιβής σε επαγγελματίες, που εργάζονται με ομαδικό πνεύμα, χωρίς προβλήματα

συμπεριφοράς, αποκλείοντας από το εργατικό δυναμικό άτομα, που δημιουργούν τέτοιου είδους προβλήματα (Goldberg, 2006).

Οι DeMarco, Roberts και Chandler (2005) μελέτησαν την περίπτωση μείωσης των αρνητικών συμπεριφορών στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών με την αξιοποίηση συγγραφικών ομάδων. Η πιλοτική δοκιμή έδειξε ότι μέσω της συγγραφικής ομάδας, αναπτύχθηκε το αίσθημα της αλληλοϋποστήριξης μεταξύ των νοσηλευτών και κυρίως τους δόθηκε η δυνατότητα να μιλήσουν ανοιχτά για σημαντικά θέματα, που τους απασχολούν. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η συγγραφική ομάδα θα μπορούσε να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο από τους εκπαιδευτικούς με στόχο την ενθάρρυνση των νοσηλευτών να υποστηρίζει ο ένας τον άλλο και κυρίως να αναφέρουν το πρόβλημα, που αντιμετωπίζουν στην εργασία τους, και να μην σιωπούν.

Μελέτη της Griffin (2004) για τον πλευρικό εκφοβισμό των νεοεισερχόμενων νοσηλευτών στην αγορά εργασίας, δηλαδή τις πράξεις εκφοβισμού που παρατηρούνται μεταξύ των εργαζομένων, που ανήκουν στο ίδιο επίπεδο ιεραρχίας, έδειξε ότι η εκπαίδευση στη γνώση και προστασία από τέτοιες καταστάσεις μπορεί να προλάβει το πρόβλημα και επίσης μπορεί να βοηθήσει τα θύματα να το αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά.

Τη σημασία της εκπαίδευσης των νοσηλευτών στην γνώση και αντιμετώπιση του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού τονίζει και η Hutchinson (2009). Μέσω της γνώσης μπορεί να ενισχυθεί το αίσθημα κοινής ευθύνης και της οικοδόμησης των σχέσεων, αλλά και να αναπτυχθούν κανόνες στο χώρο εργασίας, με βάση τις αρχές της δικαιοσύνης.

Η συστηματική έρευνα για την αντιμετώπιση, την πρόληψη και την αντιμετώπιση του προβλήματος του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας αποτελεί επίσης ένα χρήσιμο εργαλείο για την σταδιακή εξάλειψη του φαινομένου (Lowenstein, 2013). Ο απώτερος στόχος της έρευνας θα πρέπει να είναι η πλήρης κατανόηση του φαινομένου και η εύρεση λύσεων (Johnson, 2009).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

3.1 Γενικά

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της ύπαρξης ή μη συσχέτισης μεταξύ του εργασιακού εκφοβισμού και της γενικής (κυρίως ψυχικής υγείας) των νοσηλευτών, που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της χώρα μας καθώς και η εύρεση ή μη στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ αυτών και διαφόρων δημογραφικών παραγόντων.

Η συμπεριφορά εργασιακού εκφοβισμού μετρήθηκε με τη νεότερη έκδοση του Ερωτηματολογίου Αρνητικών Ενεργειών (Negative Acts Questionnaire, NAQ-R) (Einarsen & Hoel, 2001), ύστερα από παραχώρηση της σχετικής άδειας από τον συντάκτη του (Παράρτημα III). Η κλίμακα αυτή έχει σχεδιαστεί για να μετρά το επίπεδο έκθεσης των εργαζομένων στον εργασιακό εκφοβισμό. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 23 ερωτήματα, που διακρίνονται σε τρεις ενότητες. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αξιολογήσουν με τη βοήθεια μιας 5βάθμιας κλίμακας (από 1=ποτέ έως 5=καθημερινά) πόσο συχνά βιώνουν κάποια από τις προαναφερόμενες συμπεριφορές εκφοβισμού από έναν άλλο εργαζόμενο.

Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε επίσης το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire – GHQ-12), Η κλίμακα αυτή δημιουργήθηκε από τον Goldberg το 1970, και χρησιμοποιείται κυρίως για την αξιολόγηση του επιπέδου ψυχικής υγείας (Hankins, 2008; Banks et al., 2008). Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε ύστερα από εξασφάλιση της σχετικής άδειας από την GL Assessment, η οποία έχει τα πνευματικά δικαιώματα για το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο (Παράρτημα III). Αποτελείται από 12 ερωτήματα. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αξιολογήσουν, με τη βοήθεια μιας 4βάθμιας κλίμακας, την κατάσταση της γενικής υγείας τους, έτσι όπως αυτοί οι ίδιοι την αντιλαμβάνονται.

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 841 εργαζόμενοι από το νοσηλευτικό προσωπικό των παρακάτω Νοσοκομείων:

- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»
- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»
- Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

3.2 Εργαλεία της Μελέτης

Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Αρνητικών Συμπεριφορών

Το ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Αρνητικών Συμπεριφορών - ΑΑΣ (Negative Acts Questionnaire) αποτελείται από 23 στοιχεία, τα οποία δημιουργούν τις εξής τρεις επιμέρους κλίμακες:

(α) Προσωπικός εκφοβισμός: στοιχεία 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 17 και 20. Η συνολική βαθμολογία λαμβάνει τιμές από 12 έως 60 (Παράγοντας - Factor 1).

(β) Εκφοβισμός ως προς την εργασία: στοιχεία 1, 3, 14, 16, 18, 19 και 21. Η συνολική βαθμολογία λαμβάνει τιμές από 7 έως 35 (Παράγοντας - Factor 2).

(γ) Σωματικός εκφοβισμός: στοιχεία 8, 9 και 22. Η συνολική βαθμολογία λαμβάνει τιμές από 3 έως 15 (Παράγοντας - Factor 3).

Οι απαντήσεις στα στοιχεία του ερωτηματολογίου είναι σε μορφή πενταβάθμιας κλίμακας Likert: (α) Ποτέ = 1, (β) Κατά καιρούς = 2, (γ) Μηνιαίως = 3, (δ) Εβδομαδιαίως = 4 και (ε) Καθημερινώς = 5

Η συνολική βαθμολογία σε κάθε κλίμακα προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στα στοιχεία της κλίμακας. Υψηλότερες βαθμολογίες δηλώνουν περισσότερο αρνητική συμπεριφορά.

Το 23^ο στοιχείο του ερωτηματολογίου («έχετε δεχτεί ηθική παρενόχληση στην εργασία σας;») δεν συμπεριλαμβάνεται σε καμία από τις τρεις επιμέρους κλίμακες και οι πιθανές απαντήσεις είναι οι εξής: (α) όχι, (β) ναι, αλλά μόνο σπανίως, (γ) ναι, κατά καιρούς, (δ) ναι, μερικές φορές εβδομαδιαίως και (ε) ναι, σχεδόν καθημερινώς.

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για το ερωτηματολόγιο ήταν 0,92 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου.

Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire) αποτελείται από 12 ερωτήσεις. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου είναι σε μορφή τετραβάθμιας κλίμακας Likert: (α) περισσότερο από ό,τι συνήθως ή καθόλου = 0, (β) το ίδιο όπως συνήθως ή όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως = 1, (γ) λιγότερο από ό,τι συνήθως ή μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως = 2, (δ) πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως ή πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως = 3.

Η συνολική βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις του. Υψηλότερες βαθμολογίες δηλώνουν χειρότερη γενική υγεία. Η συνολική βαθμολογία λαμβάνει τιμές από 0 έως 36.

3.3 Πιλοτική μελέτη

Αρχικά έγινε διγλωσσική μετάφραση των δύο ερωτηματολογίων (από την αγγλική γλώσσα στην ελληνική και από την ελληνική και πάλι στην αγγλική) από τρεις (3) νοσηλευτές, που γνωρίζουν άριστα την ελληνική και αγγλική γλώσσα. Στη συνέχεια τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε πενήντα (50) νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών, οι οποίοι εργάζονταν στα προαναφερόμενα νοσοκομεία, ώστε να μετρηθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα όψεως των συγκεκριμένων ερευνητικών εργαλείων. Η αξιοπιστία μετρήθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's alpha, ο οποίος βρέθηκε να είναι ίσος με 0,81 για το NAQ και 0,89 για το GHQ-12. Τα αποτελέσματα αυτά κατέδειξαν την εξαιρετική εσωτερική συνέπεια των ερευνητικών εργαλείων.

Προκειμένου να εκτιμηθεί η εγκυρότητα όψεως επιλέχθηκε ένα δείγμα ευκολίας, το οποίο αποτελείτο από εικοσιδύο (22) νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών, οι οποίοι, με τη διαδικασία της συνέντευξης, εξέφρασαν τις απόψεις τους σχετικά με τη σαφήνεια των στοιχείων των ερωτηματολογίων όσο και με τυχόν δυσκολίες, που αντιμετώπισαν κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Τα ελάχιστα σχόλια, που έγιναν εκ μέρους τους, συμπεριλήφθηκαν στην τελική μορφή των ερωτηματολογίων.

3.4 Δείγμα

Για την εκπόνηση της μελέτης το συνολικό ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε 1.000 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών, οι οποίοι εργάζονται στα παρακάτω αναφερόμενα Νοσοκομεία:

- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» (διανομή 250 ερωτηματολογίων)
- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» (διανομή 230 ερωτηματολογίων)
- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» (διανομή 120 ερωτηματολογίων)
- Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (διανομή 180 ερωτηματολογίων)
- Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» (διανομή 220 ερωτηματολογίων)

Η επιλογή των ανωτέρω νοσοκομείων έγινε λαμβάνοντας υπόψη τα εξής:

- ✓ Έχουν ομοειδή συνάρτηση παραγωγής
- ✓ Διαθέτουν πολυάριθμο νοσηλευτικό προσωπικό
- ✓ Παρουσιάζουν υψηλή νοσηλευτική κίνηση
- ✓ Λειτουργούν και ειδικά νοσηλευτικά τμήματα (ΜΕΘ, Χειρουργεία, κλπ).

Για τη διεξαγωγή της μελέτης εφαρμόστηκε η μέθοδος του δείγματος ευκολίας. Ο μελετώμενος πληθυσμός (N=841) αποτελούνταν από νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών, που εργάζονταν κυρίως σε μονάδες εντατικής θεραπείας, παθολογικά τμήματα, τμήματα επειγόντων περιστατικών, πνευμονολογικά τμήματα, νοσηλευτικές διευθύνσεις και χειρουργεία των προαναφερόμενων δημοσίων Νοσοκομείων. Το συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης των συμμετεχόντων στη μελέτη ανήλθε σε 84,10% ενώ τα ποσοστά ανταπόκρισης από το κάθε Νοσοκομείο είχαν ως εξής: «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» 78,8%, «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ 86,52%, «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» 85,00%, «ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ» 78,89% και «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» 91,36%. Η συλλογή των στοιχείων της μελέτης πραγματοποιήθηκε εντός χρονικού διαστήματος τεσσάρων μηνών (Μάιος 2013 έως και Αύγουστος 2013).

Μετά την επιλογή των Νοσοκομείων προέλευσης του δείγματος, για τη διεξαγωγή της μελέτης εξασφαλίστηκε η έγκριση διεξαγωγής της από τη Διοίκηση της 1ης Υγειονομικής περιφέρειας Αττικής (Παράρτημα II), μετά από υποβολή γραπτού αιτήματος της ερευνήτριας και του επιβλέποντος Καθηγητή. Στο σχετικό αίτημα έγινε επισύναψη του ερευνητικού πρωτοκόλου.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν προσωπικά από την ερευνήτρια. Η αρχική παράδοση συνοδεύτηκε από προφορική περιγραφή του σκοπού της μελέτης και παροχή επιπρόσθετων διευκρινήσεων σε ορισμένες περιπτώσεις.

Για να ενισχυθεί η ανωνυμία, παρασχέθηκαν ειδικά κατασκευασμένα κυτία σε μορφή κάλπης, όπου αναγραφόταν ο τίτλος της μελέτης. Στα κυτία αυτά οι συμμετέχοντες μπορούσαν να τοποθετήσουν το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιό τους νοιώθοντας ασφαλείς για την εμπιστευτικότητα στη διαχείριση των ατομικών τους απόψεων. Η παραλαβή των ερωτηματολογίων έγινε τμηματικά μετά από επισκέψεις σε εβδομαδιαία βάση.

3.5 Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών. Βρέθηκε πως οι ποσοτικές μεταβλητές ακολουθούσαν την κανονική κατανομή.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient).

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 . Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 για τάση.

Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ποσοτική μεταβλητή και >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν διχοτόμος μεταβλητή και >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη

διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση (multivariate logistic regression) με το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι λόγοι των odds (odds ratios), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Το τμήμα εργασίας δεν χρησιμοποιήθηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή, εξαιτίας του μεγάλου εύρους των πιθανών απαντήσεων και του εξαιρετικά μικρού αριθμού παρατηρήσεων σε αρκετές απαντήσεις.

Τα έτη προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο και τα έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο εργασίας τη στιγμή της μελέτης είχαν υψηλή συσχέτιση ($r=0,9$, $p<0,001$) και για τον λόγο αυτόν επιλέχθηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή να χρησιμοποιηθούν τα «έτη προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο».

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 841 συμμετέχοντες. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 40,1 έτη ($\pm 8,4$), το 84,7% ήταν γυναίκες, το 53,7% ήταν έγγαμοι, το 56,7% είχαν παιδιά, το 51% ήταν απόφοιτοι ΑΤΕΙ, ο μέσος αριθμός ετών προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο ήταν 16,1 ($\pm 8,9$), το 86,8% δήλωσαν πως στηρίζονται επαρκώς από το οικογενειακό τους περιβάλλον και το 84,8% δήλωσαν πως στηρίζονται επαρκώς από το φιλικό τους περιβάλλον.

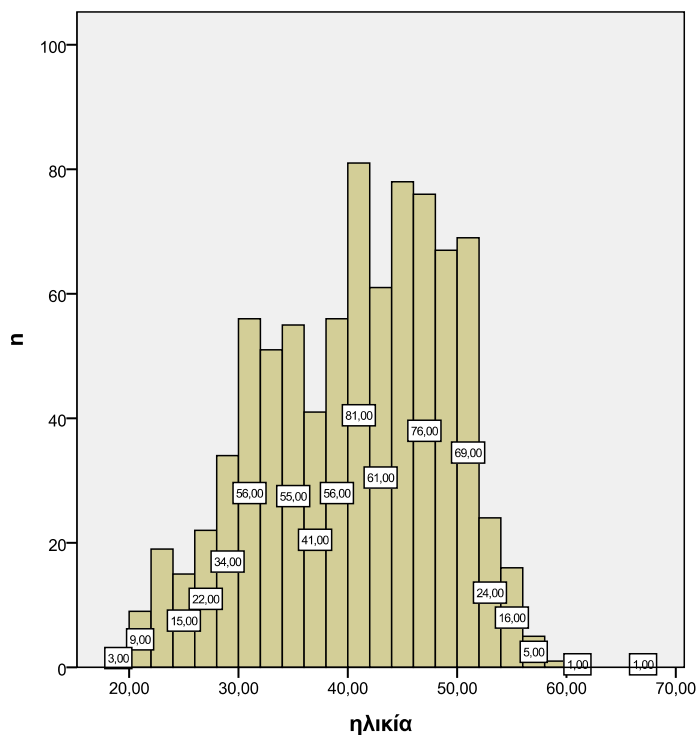
Στις Εικόνες 1, 2 και 3 παρουσιάζονται τα ιστογράμματα απολύτων συχνοτήτων της ηλικίας, των ετών προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο και των ετών προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο εργασίας τη στιγμή της μελέτης.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

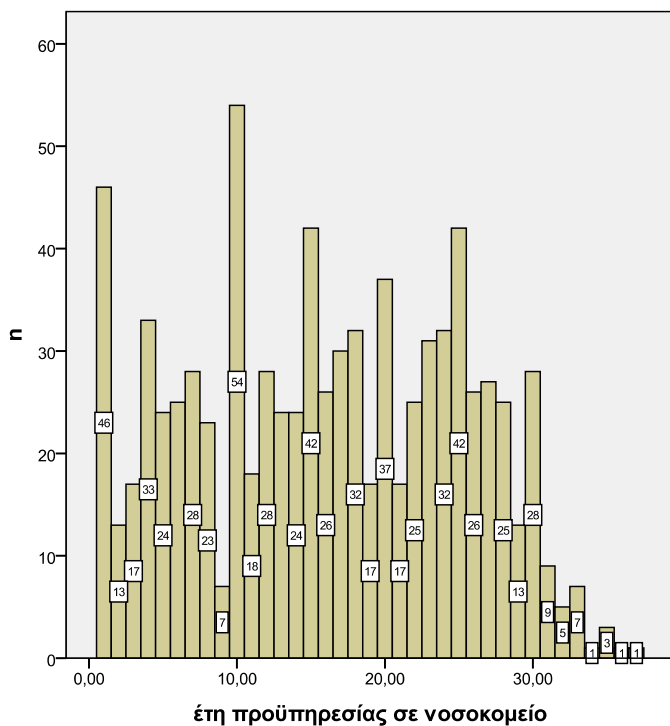
Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο	
• Άντρες	129 (15,3)
• Γυναίκες	712 (84,7)
Ηλικία	40,1 (8,4) ^α
Οικογενειακή κατάσταση	
• Έγγαμοι	452 (53,7)
• Άγαμοι	313 (37,2)
• Διαζευγμένοι	65 (7,7)
• Χήροι	11 (1,3)
Παιδιά	
• Ναι	364 (43,3)
• Όχι	477 (56,7)
Αριθμός παιδιών	1,1 (1,1) ^α
Εκπαιδευτικό επίπεδο	

• Απόφοιτοι διετούς εκπαίδευσης	274 (32,6)
• Απόφοιτοι ΑΤΕΙ	429 (51,0)
• Απόφοιτοι Πανεπιστημίου	51 (6,1)
• Κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος	87 (10,3)
Έτη προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο	16,1 (8,9) ^α
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο	14,1 (9,5) ^α
Στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον	
• Ναι	731 (86,9)
• Όχι	110 (13,1)
Στήριξη από το φιλικό περιβάλλον	
• Ναι	713 (84,8)
• Όχι	128 (15,2)

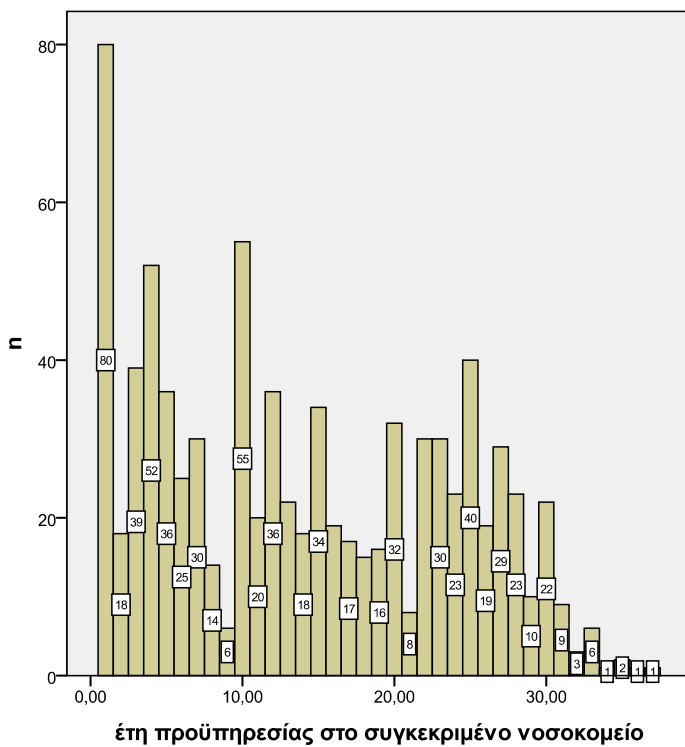
^α Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)



Εικόνα 1. Ιστογράμμα απόλυτων συχνοτήτων της ηλικίας.



Εικόνα 2. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων των ετών προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο.



Εικόνα 3. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων των ετών προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο εργασίας τη στιγμή της μελέτης.

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται το τμήμα εργασίας των συμμετεχόντων. Το 14% των συμμετεχόντων εργάζονταν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, το 12,5% σε παθολογικό τμήμα, το 9,9% σε τμήμα επειγόντων περιστατικών, το 8,6% σε πνευμονολογικό τμήμα, το 6,3% σε χειρουργικό τμήμα, το 5,8% στη νοσηλευτική διεύθυνση και το 5,7% σε χειρουργείο.

Πίνακας 2. Το τμήμα εργασίας των συμμετεχόντων

Τμήμα εργασίας	N (%)
Μονάδα εντατικής θεραπείας	118 (14,0)
Χειρουργείο	48 (5,7)
Παθολογικό	105 (12,5)
Τμήμα επειγόντων περιστατικών	83 (9,9)
Αναισθησιολογικό	18 (2,1)
Ογκολογικό	11 (1,3)
Ωτορρινολαρυγγολογικό	6 (0,7)
Εγκαυμάτων	2 (0,2)
Νεφρολογικό	22 (2,6)
Ορθοπαιδικό	19 (2,3)
Πνευμονολογικό	72 (8,6)
Νοσηλευτική διεύθυνση	49 (5,8)
Χειρουργικό	53 (6,3)
Τακτικά εξωτερικά ιατρεία	29 (3,4)
Αλλεργιολογικό	2 (0,2)
Ακτινολογικό	16 (1,9)
Καρδιολογικό	38 (4,5)
Αιματολογικό	19 (2,3)
Μονάδα αυξημένης φροντίδας	34 (4,0)
Αιμοδυναμικό	5 (0,6)
Νευρολογικό	14 (1,7)
Τεχνητός νεφρός	25 (3,0)
Γαστρεντερολογικό	7 (0,8)

Ουρολογικό	35 (4,2)
Γυναικολογικό	11 (1,3)

4.2 Ερωτηματολόγιο ανίχνευσης αρνητικών συμπεριφορών

Η συνολική μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο ανίχνευσης αρνητικών συμπεριφορών NAQ-R ήταν 37,9, η τυπική απόκλιση ήταν 12,8, η διάμεσος ήταν 35, η ελάχιστη τιμή ήταν 22 και η μέγιστη τιμή ήταν 105. Το 23^ο στοιχείο του ερωτηματολογίου δεν περιλαμβάνεται σε καμία από τις τρεις επιμέρους κλίμακες.

4.2.1 Ηθική Παρενόχληση

Το 69,8% των συμμετεχόντων δήλωσαν πως δεν δέχτηκαν ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας τους τελευταίους 6 μήνες, το 17,2% δήλωσαν πως δέχτηκαν σπανίως, το 9,9% δήλωσαν πως δέχτηκαν κατά καιρούς, το 2% δήλωσαν πως δέχτηκαν μερικές φορές εβδομαδιαίως και το 1,1% δήλωσαν πως δέχτηκαν σχεδόν καθημερινώς.

Πίνακας 3. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το εάν δέχτηκαν παρενόχληση στο χώρο εργασίας τους τελευταίους 6 μήνες.

Ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας τους τελευταίους 6 μήνες	N (%)
Όχι	587 (69,8)
Ναι, αλλά μόνο σπανίως	145 (17,2)
Ναι, κατά καιρούς	83 (9,9)
Ναι, μερικές φορές εβδομαδιαίως	17 (2,0)
Ναι, σχεδόν καθημερινώς	9 (1,1)

Συσχετίσεις

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις της διμεταβλητής ανάλυσης ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και στην ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας τους τελευταίους 6 μήνες.

Πίνακας 4. Συσχετίσεις της διμεταβλητής ανάλυσης ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και στην ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας τους τελευταίους 6 μήνες.

Χαρακτηριστικό	Ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας τους τελευταίους 6 μήνες		Τιμή p
	Όχι	Ναι	
Φύλο			0,24 ^α
• Άντρες	94 (72,9)	35 (27,1)	
• Γυναίκες	493 (69,2)	219 (30,8)	
Ηλικία ^β	40,1 (8,5)	39,9 (8,4)	0,7 ^γ
Οικογενειακή κατάσταση			0,001^α
• Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	250 (64,3)	139 (35,7)	
• Έγγαμοι	337 (74,6)	115 (25,4)	
Παιδιά			<0,001^α
• Όχι	231 (63,5)	133 (36,5)	
• Ναι	356 (74,6)	121 (25,4)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0,045^δ
• Απόφοιτοι διετούς εκπαίδευσης	211 (77,0)	63 (23,0)	
• Απόφοιτοι ΑΤΕΙ	283 (66,0)	146 (34,0)	
• Απόφοιτοι Πανεπιστημίου	33 (64,7)	18 (35,3)	
• Κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος	60 (69,0)	27 (31,0)	
Έτη προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο ^β	16,4 (9,2)	15,3 (8,2)	0,1^γ
Στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον			<0,001^α

• Ναι	526 (72,0)	205 (28,0)	
• Όχι	61 (55,5)	49 (44,5)	
Στήριξη από το φιλικό περιβάλλον			0,05^α
• Ναι	507 (71,1)	206 (28,9)	
• Όχι	80 (62,5)	48 (37,5)	

Οι τιμές εκφράζονται ως η (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος χ^2

^β Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

^γ Έλεγχος t

^δ Έλεγχος χ^2 για τάση

Στη διμεταβλητή ανάλυση, βρέθηκαν σημαντικές σχέσεις στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο, τα έτη προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο, τη στήριξη από το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον και την ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας τους τελευταίους 6 μήνες. Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας τους τελευταίους 6 μήνες.

	Λόγος των odds	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον λόγο των odds	Τιμή p
Υπαρξη παιδιών σε σχέση με την απουσία παιδιών	1,69	1,26 έως 2,28	0,001
Μη στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον σε σχέση με τη στήριξη	2,06	1,36 έως 3,11	0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αυτοί, που είχαν παιδιά, υπέστησαν συχνότερα ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας σε σχέση με αυτούς, που δεν είχαν παιδιά.
- Αυτοί που δήλωσαν πως δεν στηρίζονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον υπέστησαν συχνότερα ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν πως στηρίζονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον.
- Οι παραπάνω 2 μεταβλητές ερμηνεύουν το 4% της μεταβλητότητας της ηθικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας τους τελευταίους 6 μήνες.

4.2.2 Κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός»

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για την κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός» ήταν 0,88 γεγονός, που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια.

Περιγραφικά αποτελέσματα

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στα 12 στοιχεία της κλίμακας «προσωπικός εκφοβισμός».

Στην Εικόνα 4 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των 12 στοιχείων της κλίμακας «προσωπικός εκφοβισμός».

Η κατάταξη των 12 στοιχείων κατά φθίνουσα σειρά, ξεκινώντας από το στοιχείο με τη μεγαλύτερη μέση τιμή, δηλαδή από το στοιχείο με την πιο αρνητική συμπεριφορά ήταν η εξής:

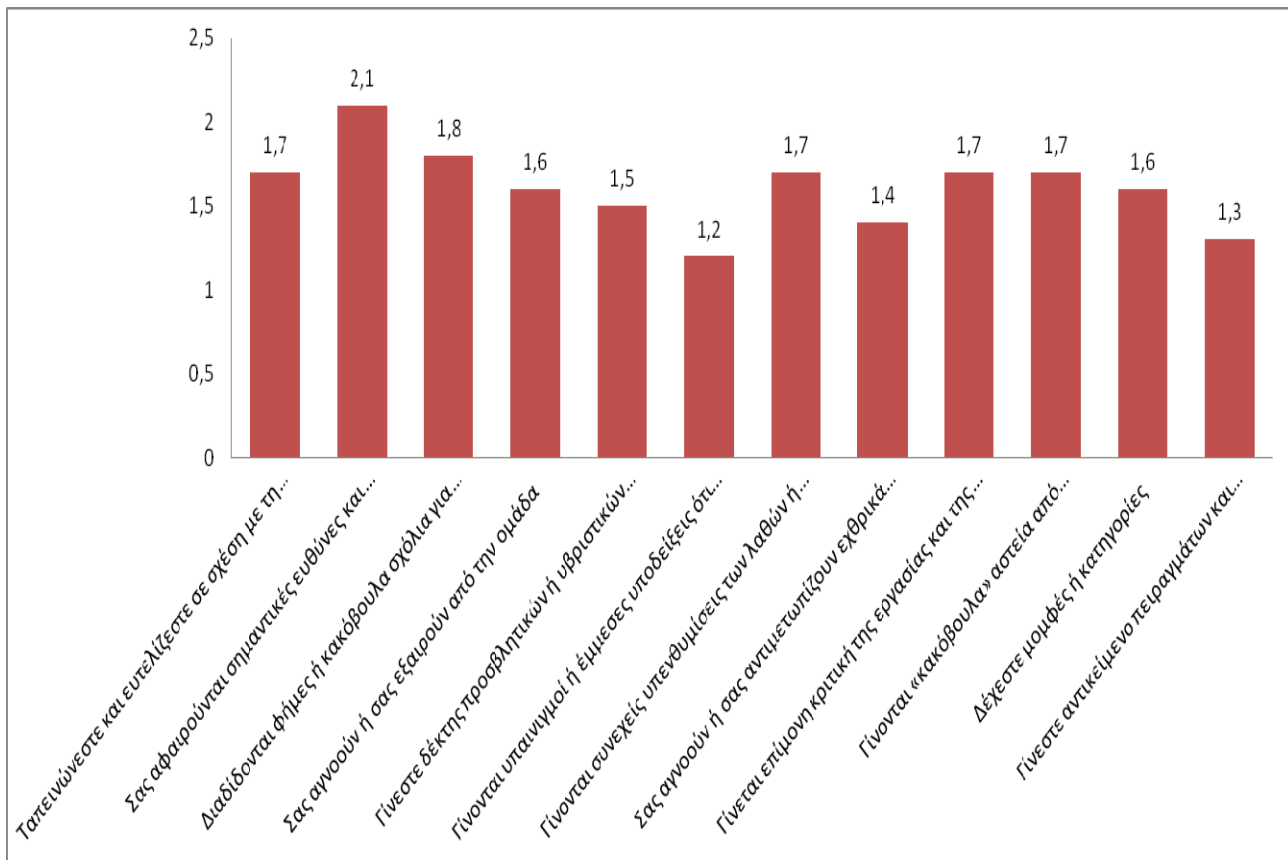
- Σας αφαιρούνται σημαντικές ευθύνες και αντικαθίστανται από λιγότερο σημαντικά ή δυσάρεστα καθήκοντα (μέση τιμή=2,1).
- Διαδίδονται φήμες ή κακόβουλα σχόλια για εσάς (μέση τιμή=1,8).
- Ταπεινώνεστε και ευτελίζεστε σε σχέση με τη δουλειά σας (μέση τιμή=1,7).
- Γίνονται συνεχείς υπενθυμίσεις των λαθών ή σφαλμάτων σας (μέση τιμή=1,7).

- Γίνεται επίμονη κριτική της εργασίας και της προσπάθειάς σας (μέση τιμή=1,7).
- Γίνονται «κακόβουλα» αστεία από ανθρώπους, με τους οποίους δεν συνεργάζεστε καλά (μέση τιμή=1,7).
- Σας αγνοούν ή σας εξαιρούν από την ομάδα (μέση τιμή=1,6).
- Δέχετε μομφές ή κατηγορίες (μέση τιμή=1,6).
- Γίνεστε δέκτης προσβλητικών ή υβριστικών σχολίων σε σχέση με το άτομό σας (πχ. συνήθειες και υπόβαθρο), τις στάσεις σας ή την προσωπική σας ζωή (μέση τιμή=1,5).
- Σας αγνοούν ή σας αντιμετωπίζουν εχθρικά όταν πλησιάζετε (μέση τιμή=1,4).
- Γίνεστε αντικείμενο πειραγμάτων και σαρκασμού χωρίς όρια (μέση τιμή=1,3).
- Γίνονται υπαινιγμοί ή έμμεσες υποδείξεις ότι πρέπει να παραιτηθείτε από τη δουλειά (μέση τιμή=1,2).

Πίνακας 6. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στα 12 στοιχεία της κλίμακας «προσωπικός εκφοβισμός».

Στοιχείο	Απάντηση					Μέση τιμή (Τυπική Απόκλιση)
	Ποτέ N (%)	Κατά καιρούς N (%)	Μηνιαίως N (%)	Εβδομαδιαίως N (%)	Καθημερινώς N (%)	
Ταπεινώνεστε και ευτελίζεστε σε σχέση με τη δουλειά σας	450 (53,5)	294 (35,0)	33 (3,9)	30 (3,6)	34 (4,0)	1,7 (1,0)
Σας αφαιρούνται σημαντικές ευθύνες και αντικαθίστανται από λιγότερο σημαντικά ή δυσάρεστα καθήκοντα	327 (38,9)	317 (37,7)	66 (7,8)	71 (8,4)	60 (7,1)	2,1 (1,2)
Διαδίδονται φήμες ή κακόβουλα σχόλια για εσάς	333 (39,6)	421 (50,1)	32 (3,8)	19 (2,3)	36 (4,3)	1,8 (0,9)
Σας αγνοούν ή σας εξαιρούν από την ομάδα	451 (53,6)	338 (40,2)	22 (2,6)	17 (2,0)	13 (1,5)	1,6 (0,8)
Γίνεστε δέκτης προσβλητικών ή υβριστικών σχολίων σε σχέση με το άτομό σας (πχ. συνήθειες και υπόβαθρο), τις στάσεις σας ή την προσωπική σας ζωή	523 (62,2)	272 (32,3)	19 (2,3)	14 (1,7)	13 (1,5)	1,5 (0,8)
Γίνονται υπαινιγμοί ή έμμεσες	720 (85,6)	103 (12,2)	10 (1,2)	4 (0,5)	4 (0,5)	1,2 (0,5)

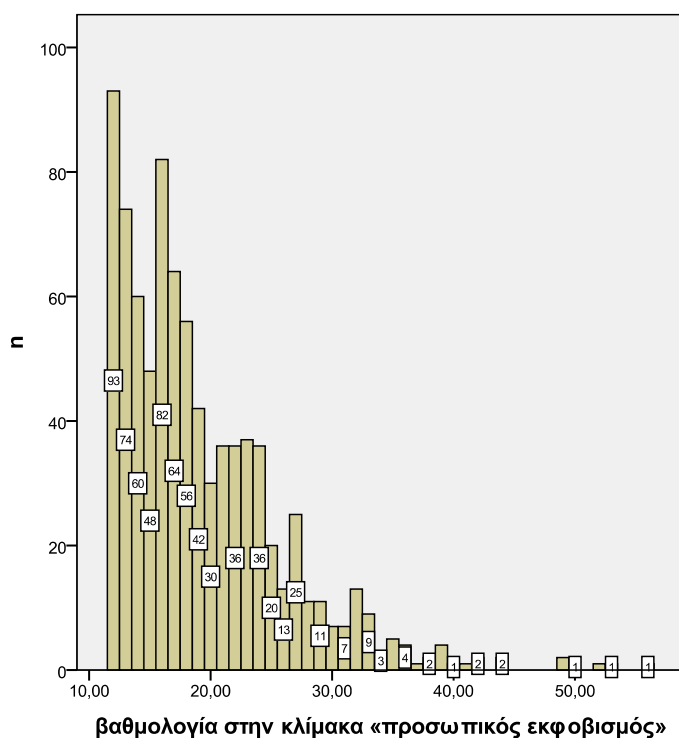
υποδείξεις ότι πρέπει να παραιτηθείτε από τη δουλειά						
Γίνονται συνεχείς υπενθυμίσεις των λαθών ή σφαλμάτων σας	383 (45,5)	372 (44,2)	46 (5,5)	24 (2,9)	16 (1,9)	1,7 (0,8)
Σας αγνοούν ή σας αντιμετωπίζουν εχθρικά όταν πλησιάζετε	563 (66,9)	250 (29,7)	13 (1,5)	7 (0,8)	8 (1,0)	1,4 (0,7)
Γίνεται επίμονη κριτική της εργασίας και της προσπάθειάς σας	409 (48,6)	320 (38,0)	54 (6,4)	34 (4,0)	24 (2,9)	1,7 (1,0)
Γίνονται «κακόβουλα» αστεία από ανθρώπους, με τους οποίους δεν συνεργάζεστε καλά	400 (47,6)	364 (43,3)	33 (3,9)	24 (2,9)	20 (2,4)	1,7 (0,9)
Δέχεστε μομφές ή κατηγορίες	429 (51,0)	350 (41,6)	33 (3,9)	15 (1,8)	14 (1,7)	1,6 (0,8)
Γίνεστε αντικείμενο πειραγμάτων και σαρκασμού χωρίς όρια	638 (75,9)	164 (19,5)	16 (1,9)	9 (1,1)	14 (1,7)	1,3 (0,7)
Συνολική μέση τιμή (τυπική απόκλιση)						1,6 (0,6)



Εικόνα 4. Ραβδόγραμμα των μέσων τιμών των 12 στοιχείων της κλίμακας «προσωπικός εκφοβισμός».

Βαθμολογία

Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός» ήταν 19,3, η τυπική απόκλιση ήταν 6,8, η διάμεσος ήταν 17, η ελάχιστη τιμή ήταν 12 και η μέγιστη τιμή ήταν 56 (Εικόνα 5).



Εικόνα 5. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στην κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός».

Συσχετίσεις

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις της διμεταβλητής ανάλυσης ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στην κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός».

Πίνακας 7. Συσχετίσεις της διμεταβλητής ανάλυσης ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στην κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός».

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία στην κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός»	Τιμή p
Φύλο		0,8 ^α
• Άντρες	19,1 (7,4) ^β	
• Γυναίκες	19,4 (6,7) ^β	
Ηλικία	-0,04 ^γ	0,21 ^γ
Οικογενειακή κατάσταση		
• Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	19,9 (7,3) ^β	0,02^α
• Έγγαμοι	18,8 (6,2) ^β	
Παιδιά		<0,001^α
• Όχι	20,4 (7,6) ^β	

• Ναι	18,5 (5,9) ^β	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,08^δ
• Απόφοιτοι διετούς εκπαίδευσης	18,8 (6,2) ^β	
• Απόφοιτοι ΑΤΕΙ	19,4 (6,4) ^β	
• Απόφοιτοι ΑΕΙ	18,6 (7,4) ^β	
• Κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος	20,9 (9,3) ^β	
Έτη προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο ^β	-0,06 ^γ	0,06^γ
Στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον		0,01^α
• Ναι	19,1 (6,7) ^β	
• Όχι	20,9 (7,0) ^β	
Στήριξη από το φιλικό περιβάλλον		0,003^α
• Ναι	19,0 (6,7) ^β	
• Όχι	21,1 (7,2) ^β	

^α Έλεγχος t

^β Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

^γ Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^δ Ανάλυση διασποράς

Στη διμεταβλητή ανάλυση, βρέθηκαν σημαντικές σχέσεις στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο, τα έτη προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο, τη στήριξη από το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον και τη βαθμολογία στην κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός». Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 8.

Πίνακας 8. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός».

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον συντελεστή b	Τιμή p
Μη ύπαρξη παιδιών σε σχέση με την ύπαρξη παιδιών	1,89	0,98 έως 2,81	<0,001
Μη στήριξη από το φιλικό περιβάλλον σε σχέση με τη στήριξη	2,06	0,80 έως 3,32	0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αυτοί που δεν είχαν παιδιά είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός» σε σχέση με αυτούς που είχαν παιδιά.
- Αυτοί που δήλωσαν πως δεν στηρίζονται από το φιλικό τους περιβάλλον είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός» σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν πως στηρίζονται από το φιλικό τους περιβάλλον.
- Οι παραπάνω 2 μεταβλητές ερμηνεύουν το 3% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός».

4.2.3 Κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία»

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για την κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία» ήταν 0,82, γεγονός που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια.

Περιγραφικά αποτελέσματα

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στα 7 στοιχεία της κλίμακας «εκφοβισμός ως προς την εργασία».

Στο Εικόνα 6 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των 7 στοιχείων της κλίμακας «εκφοβισμός ως προς την εργασία».

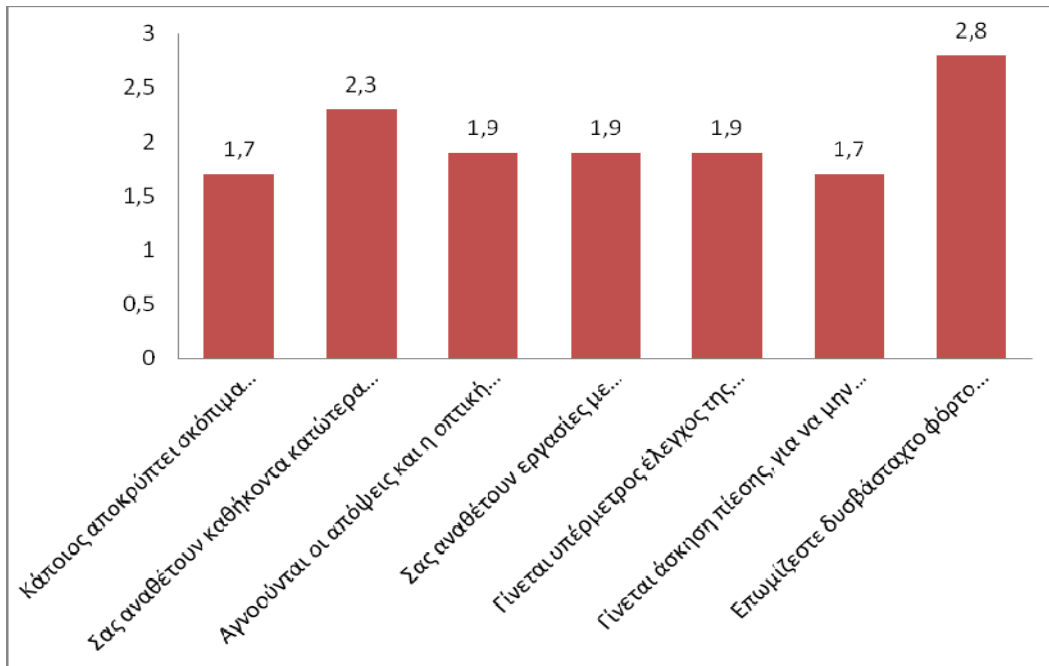
Η κατάταξη των 7 στοιχείων κατά φθίνουσα σειρά, ξεκινώντας από το στοιχείο με τη μεγαλύτερη μέση τιμή, δηλαδή από το στοιχείο με την πιο αρνητική συμπεριφορά ήταν η εξής:

- Επωμίζεστε δυσβάσταχτο φόρτο εργασίας (μέση τιμή=2,8).
- Σας αναθέτουν καθήκοντα κατώτερα του επιπέδου των αρμοδιοτήτων σας (μέση τιμή=2,3).
- Αγνοούνται οι απόψεις και η οπτική σας σε σχέση με κάποιο θέμα (μέση τιμή=1,9).
- Σας αναθέτουν εργασίες με παράλογους ή ανέφικτους στόχους με περιορισμένα χρονικά περιθώρια (μέση τιμή=1,9).
- Γίνεται υπέρμετρος έλεγχος της δουλειάς σας (μέση τιμή=1,9).
- Κάποιος αποκρύπτει σκόπιμα πληροφορίες που επηρεάζουν την απόδοσή σας (μέση τιμή=1,7).

- Γίνεται άσκηση πίεσης, για να μην διεκδικείτε αυτά που δικαιούστε (πχ. αναρρωτική άδεια, άδεια για διακοπές, έξοδα μετακίνησης) (μέση τιμή=1,7).

Πίνακας 9. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στα 7 στοιχεία της κλίμακας «εκφοβισμός ως προς την εργασία».

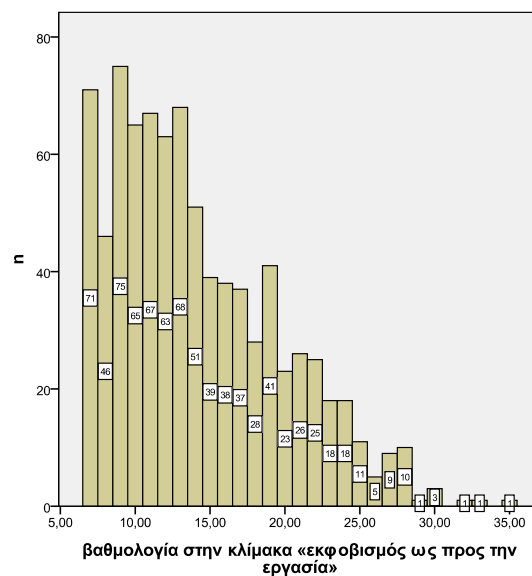
Στοιχείο	Απάντηση					Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)
	Ποτέ N (%)	Κατά καιρούς N (%)	Μηνιαίως N (%)	Εβδομαδιαίως N (%)	Καθημερινώς N (%)	
Κάποιος αποκρύπτει σκόπιμα πληροφορίες που επηρεάζουν την απόδοσή σας	437 (52,0)	307 (36,5)	54 (6,4)	24 (2,9)	19 (2,3)	1,7 (0,9)
Σας αναθέτουν καθήκοντα κατώτερα του επιπέδου των αρμοδιοτήτων σας	275 (32,7)	322 (38,3)	48 (5,7)	74 (8,8)	122 (14,5)	2,3 (1,4)
Αγνοούνται οι απόψεις και η οπτική σας σε σχέση με κάποιο θέμα	311 (37,0)	413 (49,1)	59 (7,0)	36 (4,3)	22 (2,6)	1,9 (0,9)
Σας αναθέτουν εργασίες με παράλογους ή ανέφικτους στόχους με περιορισμένα χρονικά περιθώρια	434 (51,6)	248 (29,5)	43 (5,1)	81 (9,6)	35 (4,2)	1,9 (1,1)
Γίνεται υπέρμετρος έλεγχος της δουλειάς σας	336 (40,0)	348 (41,4)	71 (8,4)	39 (4,6)	47 (5,6)	1,9 (1,1)
Γίνεται άσκηση πίεσης, για να μην διεκδικείτε αυτά που δικαιούστε (πχ. αναρρωτική άδεια, άδεια για διακοπές, έξοδα μετακίνησης)	430 (51,1)	322 (38,3)	44 (5,2)	18 (2,1)	27 (3,2)	1,7 (0,9)
Επωμίξετε δυσβάσταχτο φόρτο εργασίας	173 (20,6)	306 (36,4)	52 (6,2)	104 (12,4)	206 (24,5)	2,8 (1,5)
Συνολική μέση τιμή (τυπική απόκλιση)						2,0 (0,8)



Εικόνα 6. Ραβδόγραμμα των μέσων τιμών των 7 στοιχείων της κλίμακας «εκφοβισμός ως προς την εργασία».

Βαθμολογία

Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία» ήταν 14,2, η τυπική απόκλιση ήταν 5,5, η διάμεσος ήταν 13, η ελάχιστη τιμή ήταν 7 και η μέγιστη τιμή ήταν 35 (Εικόνα 7).



Εικόνα 7. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία».

Συσχετίσεις

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις της διμεταβλητής ανάλυσης ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία».

Πίνακας 10. Συσχετίσεις της διμεταβλητής ανάλυσης ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία».

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία»	Τιμή p
Φύλο		0,16^a
• Άντρες	13,6 (5,2) ^β	
• Γυναίκες	14,3 (5,6) ^β	
Ηλικία	-0,02 ^γ	0,7 ^γ
Οικογενειακή κατάσταση		
• Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	14,5 (5,9) ^β	0,11^a
• Έγγαμοι	13,9 (5,1) ^β	
Παιδιά		0,003^a
• Όχι	14,9 (6,0) ^β	
• Ναι	13,7 (5,0) ^β	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,05^δ
• Απόφοιτοι διετούς εκπαίδευσης	13,6 (5,5) ^β	
• Απόφοιτοι ΑΤΕΙ	14,5 (5,3) ^β	
• Απόφοιτοι Πανεπιστημίου	13,6 (5,8) ^β	
• Κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος	15,1 (6,1) ^β	
Έτη προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο ^β	-0,04 ^γ	0,21 ^γ
Στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον		<0,001^a
• Ναι	13,9 (5,4) ^β	
• Όχι	16,0 (6,0) ^β	
Στήριξη από το φιλικό περιβάλλον		0,002^a

• Ναι	13,9 (5,4) ^β	
• Όχι	15,6 (6,1) ^β	

^αΈλεγχος t

^β Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

^γ Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^δ Ανάλυση διασποράς

Στη διμεταβλητή ανάλυση, βρέθηκαν σημαντικές σχέσεις στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα στο φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο, τη στήριξη από το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον και τη βαθμολογία στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία». Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 11.

Πίνακας 11. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία».

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον συντελεστή b	Τιμή p
Μη ύπαρξη παιδιών σε σχέση με την ύπαρξη παιδιών	1,16	0,41 έως 1,90	0,002
Μη στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον σε σχέση με τη στήριξη	2,04	0,95 έως 3,13	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αυτοί που δεν είχαν παιδιά είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία» σε σχέση με αυτούς που είχαν παιδιά.
- Αυτοί που δήλωσαν πως δεν στηρίζονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία» σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν πως στηρίζονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον.
- Οι παραπάνω 2 μεταβλητές ερμηνεύουν το 3% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία».

4.2.4 Κλίμακα «σωματικός εκφοβισμός»

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για την κλίμακα «σωματικός εκφοβισμός» ήταν 0,7 γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια.

Περιγραφικά αποτελέσματα

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στα 3 στοιχεία της κλίμακας «σωματικός εκφοβισμός».

Στο Εικόνα 8 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των 3 στοιχείων της κλίμακας «σωματικός εκφοβισμός».

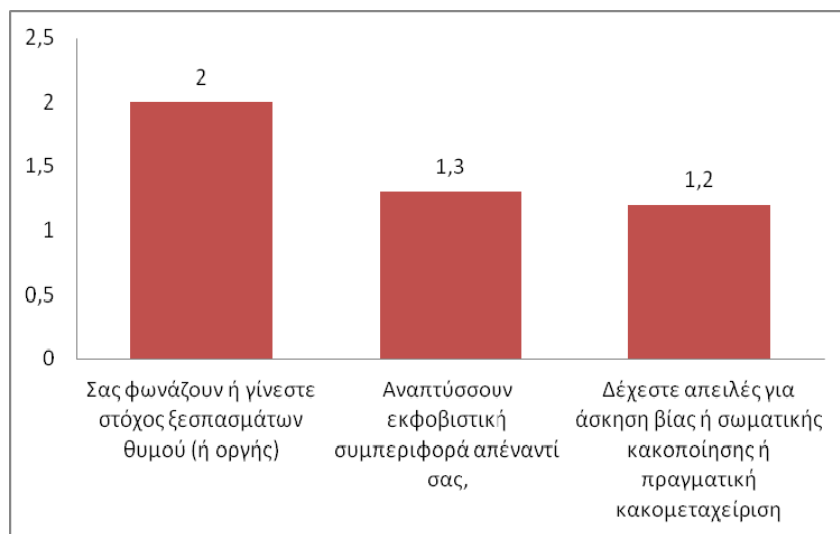
Η κατάταξη των 3 στοιχείων κατά φθίνουσα σειρά, ξεκινώντας από το στοιχείο με τη μεγαλύτερη μέση τιμή, δηλαδή από το στοιχείο με την πιο αρνητική συμπεριφορά ήταν η εξής:

- Σας φωνάζουν ή γίνεστε στόχος ξεσπασμάτων θυμού (ή οργής) (μέση τιμή=2).
- Αναπτύσσουν εκφοβιστική συμπεριφορά απέναντί σας, όπως να είστε δακτυλοδεικτούμενος, να εισβάλουν στον προσωπικό σας χώρο, να σας σπρώχνουν, να σας κλείνουν/μπλοκάρουν το δρόμο (μέση τιμή=1,3).
- Δέχετε απειλές για άσκηση βίας ή σωματικής κακοποίησης ή πραγματική κακομεταχείριση (μέση τιμή=1,3).
-

Πίνακας 12. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στα 3 στοιχεία της κλίμακας «σωματικός εκφοβισμός».

Στοιχείο	Απάντηση					Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)
	Ποτέ N (%)	Κατά καιρούς N (%)	Μηνιαίως N (%)	Εβδομαδιαίως N (%)	Καθημερινώς N (%)	
Σας φωνάζουν ή γίνεστε στόχος ξεσπασμάτων θυμού (ή οργής)	282 (33,5)	418 (49,7)	69 (8,2)	38 (4,5)	34 (4,0)	2,0 (1,0)
Αναπτύσσουν εκφοβιστική συμπεριφορά απέναντί σας, όπως να είστε δακτυλοδεικτούμενος, να εισβάλουν στον προσωπικό	692 (82,3)	114 (13,6)	16 (1,9)	10 (1,2)	9 (1,1)	1,3 (0,7)

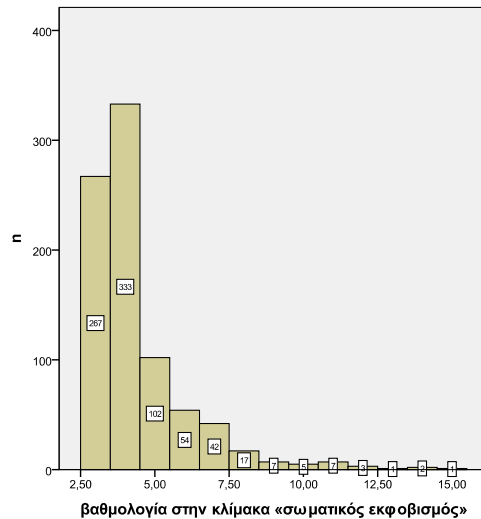
σας χώρο, να σας σπρώχνουν, να σας κλείνουν/μπλοκάρουν το δρόμο						
Δέχετε απειλές για άσκηση βίας ή σωματικής κακοποίησης ή πραγματική κακομεταχείριση	743 (88,3)	74 (8,8)	13 (1,5)	6 (0,7)	5 (0,6)	1,2 (0,5)
Συνολική μέση τιμή (τυπική απόκλιση)						1,5 (0,6)



Εικόνα 8. Ραβδόγραμμα των μέσων τιμών των 3 στοιχείων της κλίμακας «σωματικός εκφοβισμός».

Βαθμολογία

Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα «σωματικός εκφοβισμός» ήταν 4,4, η τυπική απόκλιση ήταν 1,7, η διάμεσος ήταν 4, η ελάχιστη τιμή ήταν 3 και η μέγιστη τιμή ήταν 15 (Εικόνα 9).



Εικόνα 9. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στην κλίμακα «σωματικός εκφοβισμός».

Συσχετίσεις

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις της διμεταβλητής ανάλυσης ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στην κλίμακα «σωματικός εκφοβισμός».

Πίνακας 13. Συσχετίσεις της διμεταβλητής ανάλυσης ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στην κλίμακα «σωματικός εκφοβισμός».

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία στην κλίμακα «σωματικός εκφοβισμός»	Τιμή p
Φύλο		0,9 ^α
• Άντρες	4,4 (2,0) ^β	
• Γυναίκες	4,4 (1,6) ^β	
Ηλικία	-0,01 ^γ	0,8 ^γ
Οικογενειακή κατάσταση		
• Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	4,5 (1,8) ^β	0,14^α
• Έγγαμοι	4,3 (1,5) ^β	
Παιδιά		0,07^α
• Όχι	4,5 (1,9) ^β	
• Ναι	4,3 (1,5) ^β	

Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,25 ^δ
• Απόφοιτοι διετούς εκπαίδευσης	4,3 (1,6) ^β	
• Απόφοιτοι ΑΤΕΙ	4,4 (1,7) ^β	
• Απόφοιτοι ΑΕΙ	4,0 (1,3) ^β	
• Κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος	4,5 (2,1) ^β	
Έτη προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο ^β	-0,02 ^γ	0,6 ^γ
Στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον		0,5 ^α
• Ναι	4,4 (1,7) ^β	
• Όχι	4,4 (1,6) ^β	
Στήριξη από το φιλικό περιβάλλον		0,16^α
• Ναι	4,3 (1,7) ^β	
• Όχι	4,5 (1,7) ^β	

^α Έλεγχος t

^β Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

^γ Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^δ Ανάλυση διασποράς

Στη διμεταβλητή ανάλυση, βρέθηκαν σημαντικές σχέσεις στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών και το φιλικό περιβάλλον και τη βαθμολογία στην κλίμακα «σωματικός εκφοβισμός». Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση. Στην περίπτωση αυτή, κανένα δημογραφικό χαρακτηριστικό δεν σχετιζόταν με τη βαθμολογία στην κλίμακα «σωματικός εκφοβισμός».

4.3 Ερωτηματολόγιο γενικής υγείας

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας ήταν 0,9 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια.

Περιγραφικά αποτελέσματα

Στους Πίνακες 14 και 15 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στα 12 στοιχεία του ερωτηματολογίου γενικής υγείας.

Στην Εικόνα 10 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των 12 στοιχείων του ερωτηματολογίου γενικής υγείας. Η συνολική μέση τιμή ήταν 1,0 (0,5).

Η κατάταξη των 12 στοιχείων κατά φθίνουσα σειρά, ξεκινώντας από το στοιχείο με τη μεγαλύτερη μέση τιμή, δηλαδή από το στοιχείο με την χειρότερη υγεία ήταν η εξής:

- Έχετε αισθανθεί να βρίσκεστε συνεχώς κάτω από πίεση; (μέση τιμή=1,6).
- Μπορείτε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σας; (μέση τιμή=1,4).
- Χάλασε καθόλου ο ύπνος σας επειδή είχατε ανησυχίες στο μυαλό σας; (μέση τιμή=1,3).
- Αισθάνεστε στεναχωρημένος-η ή μελαγχολικός-η; (μέση τιμή=1,2).
- Καταφέρνετε να αντιμετωπίσετε τα προβλήματά σας; (μέση τιμή=1,1).
- Σε γενικές γραμμές αισθάνεστε ευτυχισμένος-η; (μέση τιμή=1,1).
- Έχετε αισθανθεί πως δεν θα μπορούσατε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες σας; (μέση τιμή=1,1).
- Τα καταφέρνετε να συγκεντρωθείτε σε οτιδήποτε κάνετε; (μέση τιμή=1).
- Έχετε αισθανθεί ικανός-ή να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα; (μέση τιμή=0,9).
- Αισθάνεστε ότι είστε χρήσιμος-η; (μέση τιμή=0,8).
- Έχετε χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό σας; (μέση τιμή=0,6).
- Σκέφτεστε πως δεν αξίζετε τίποτα; (μέση τιμή=0,4).

Πίνακας 14. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου γενικής υγείας.

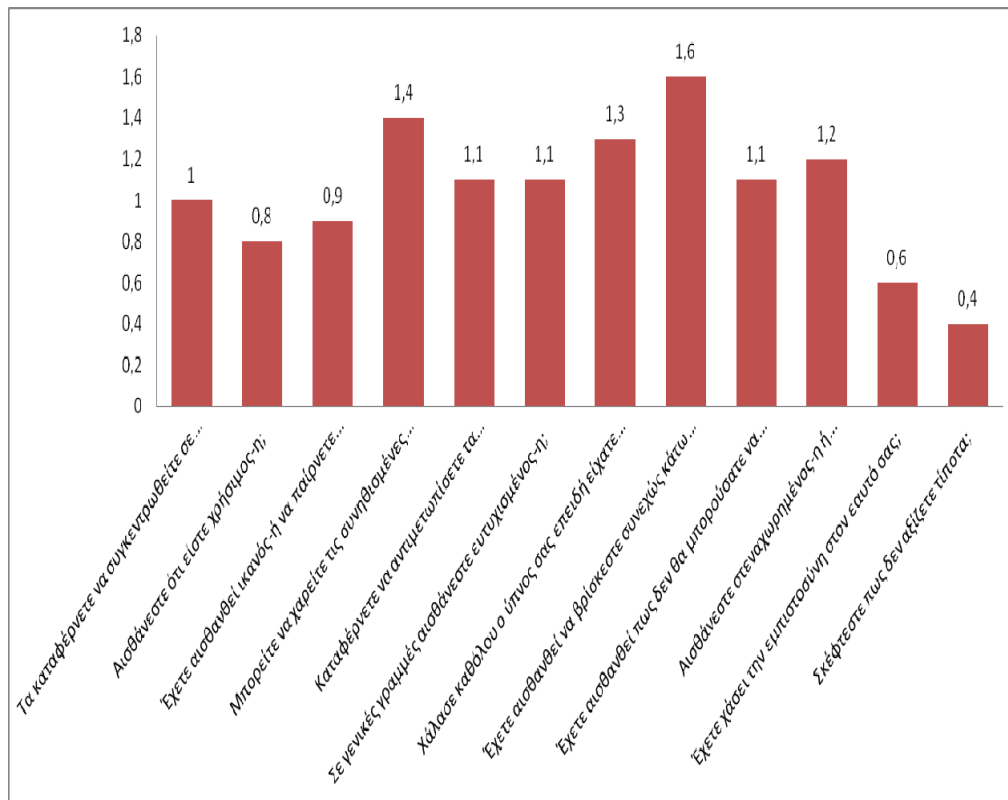
Ερώτηση	Απάντηση				Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)
	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως N (%)	Το ίδιο όπως συνήθως N (%)	Λιγότερο απ' ό,τι συνήθως N (%)	Πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως	

				N (%)	
Τα καταφέρνετε να συγκεντρωθείτε σε οτιδήποτε κάνετε;	161 (19,1)	513 (61,0)	141 (16,8)	26 (3,1)	1,0 (0,7)
Αισθάνεστε ότι είστε χρήσιμος-η;	239 (28,4)	509 (60,5)	74 (8,8)	19 (2,3)	0,8 (0,7)
Έχετε αισθανθεί ικανός-ή να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;	223 (26,5)	515 (61,2)	86 (10,2)	17 (2,0)	0,9 (0,7)
Μπορείτε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σας;	82 (9,8)	440 (52,3)	246 (29,3)	73 (8,7)	1,4 (0,8)
Καταφέρνετε να αντιμετωπίσετε τα προβλήματά σας;	130 (15,5)	524 (62,3)	157 (18,7)	30 (3,6)	1,1 (0,7)
Σε γενικές γραμμές αισθάνεστε ευτυχισμένος-η;	148 (17,6)	518 (61,6)	125 (14,9)	50 (5,9)	1,1 (0,7)

Πίνακας 15. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου γενικής υγείας.

Ερώτηση	Απάντηση				Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)
	Καθόλου N (%)	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως N (%)	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως N (%)	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως N (%)	
Χάλασε καθόλου ο ύπνος σας επειδή είχατε ανησυχίες στο μυαλό σας;	174 (20,7)	370 (44,0)	207 (24,6)	90 (10,7)	1,3 (0,9)
Έχετε αισθανθεί να βρίσκεστε συνεχώς κάτω από πίεση;	77 (9,2)	380 (45,2)	219 (26,0)	165 (19,6)	1,6 (0,9)
Έχετε αισθανθεί πως δεν θα μπορούσατε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες σας;	222 (26,4)	401 (47,7)	163 (19,4)	55 (6,5)	1,1 (0,8)
Αισθάνεστε στεναχωρημένος -η ή μελαγχολικός-η;	184 (21,9)	364 (43,3)	202 (24,0)	91 (10,8)	1,2 (0,9)
Έχετε χάσει την εμπιστοσύνη	457 (54,3)	267 (31,7)	86 (10,2)	31 (3,7)	0,6 (0,8)

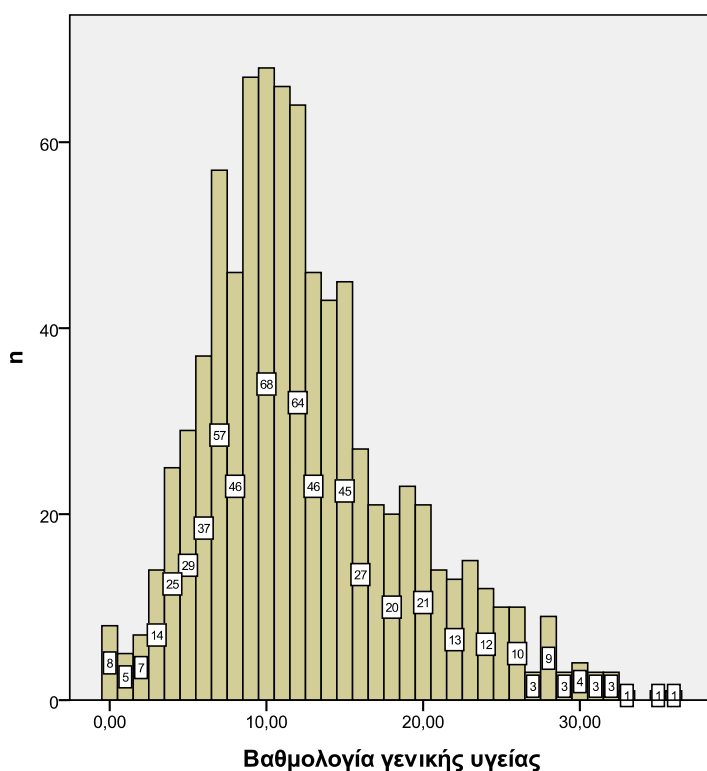
στον εαυτό σας;					
Σκέφτεστε πως δεν αξίζετε τίποτα;	568 (67,5)	207 (24,6)	50 (5,9)	16 (1,9)	0,4 (0,7)



Εικόνα 10. Οι μέσες τιμές των 12 στοιχείων του ερωτηματολογίου γενικής υγείας.

Βαθμολογία

Η μέση βαθμολογία γενικής υγείας ήταν 12,5 βαθμοί, η τυπική απόκλιση ήταν 6,4, η διάμεσος ήταν 11, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 36 (Εικόνα 11). Από το σύνολο του πληθυσμού (N=841), βαθμολογία κάτω από 12 βαθμούς (≤ 12) σημείωσαν 493 άτομα (58,6%), ενώ βαθμολογία πάνω από 13 βαθμούς (> 13) σημείωσαν 348 άτομα (41,4%).



Εικόνα 11. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας γενικής υγείας.

Συσχετίσεις

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις της διμεταβλητής ανάλυσης ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία γενικής υγείας.

Πίνακας 16. Συσχετίσεις της διμεταβλητής ανάλυσης ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία γενικής υγείας.

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία γενικής υγείας	Τιμή p
Φύλο		0,01^a
• Άντρες	11,2 (6,4) ^β	
• Γυναίκες	12,7 (6,3) ^β	
Ηλικία	0,04 ^γ	0,21 ^γ
Οικογενειακή κατάσταση		
• Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	12,7 (6,9) ^β	0,4 ^a
• Έγγαμοι	12,3 (5,9) ^β	
Παιδιά		0,4 ^a
• Όχι	12,7 (6,8) ^β	

• Ναι	12,3 (6,0) ^β	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,6 ^δ
• Απόφοιτοι διετούς εκπαίδευσης	12,5 (6,6) ^β	
• Απόφοιτοι ΑΤΕΙ	12,6 (6,3) ^β	
• Απόφοιτοι Πανεπιστημίου	11,3 (5,9) ^β	
• Κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος	12,6 (6,3) ^β	
Έτη προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο ^β	0,01 ^γ	0,8 ^γ
Στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον		<0,001 ^α
• Ναι	11,9 (6,1) ^β	
• Όχι	16,5 (7,0) ^β	
Στήριξη από το φιλικό περιβάλλον		<0,001 ^α
• Ναι	11,9 (6,2) ^β	
• Όχι	15,8 (6,5) ^β	

^α Έλεγχος t

^β Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

^γ Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^δ Ανάλυση διασποράς

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις της διμεταβλητής ανάλυσης ανάμεσα στις βαθμολογίες στις κλίμακες «προσωπικός εκφοβισμός», «εκφοβισμός ως προς την εργασία» και «σωματικός εκφοβισμός» και τη βαθμολογία γενικής υγείας.

Πίνακας 17. Συσχετίσεις της διμεταβλητής ανάλυσης ανάμεσα στις βαθμολογίες στις κλίμακες «προσωπικός εκφοβισμός», «εκφοβισμός ως προς την εργασία» και «σωματικός εκφοβισμός» και τη βαθμολογία γενικής υγείας.

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία γενικής υγείας	Τιμή p
Βαθμολογία στην κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός»	0,39 ^α	<0,001 ^α
Βαθμολογία στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την	0,47 ^α	<0,001 ^α

εργασία»		
Βαθμολογία στην κλίμακα «σωματικός εκφοβισμός»	0,29 ^α	<0,001 ^α

^α Συντελεστής συσχέτισης Pearson

Στη διμεταβλητή ανάλυση, βρέθηκαν σημαντικές σχέσεις στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα στο φύλο, τη στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον, τη στήριξη από το φιλικό περιβάλλον, τις βαθμολογίες στις κλίμακες «προσωπικός εκφοβισμός», «εκφοβισμός ως προς την εργασία» και «σωματικός εκφοβισμός» και τη βαθμολογία γενικής υγείας. Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 18.

Πίνακας 18. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γενικής υγείας.

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον συντελεστή b	Τιμή p
Μη στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον σε σχέση με τη στήριξη	2,64	1,36 έως 3,92	<0,001
Μη στήριξη από το φιλικό περιβάλλον σε σχέση με τη στήριξη	1,76	0,56 έως 2,95	<0,001
Βαθμολογία στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία»	0,51	0,44 έως 0,58	0,004

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αυτοί που δήλωσαν πως δεν στηρίζονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία γενικής υγείας σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν πως στηρίζονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Επομένως αυτοί που δήλωσαν πως στηρίζονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον, είχαν καλύτερη γενική υγεία.
- Αυτοί που δήλωσαν πως δεν στηρίζονται από το φιλικό τους περιβάλλον είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία γενικής υγείας σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν πως

στηρίζονται από το φιλικό τους περιβάλλον. Επομένως αυτοί που δήλωσαν πως στηρίζονται από το φιλικό τους περιβάλλον, είχαν καλύτερη γενική υγεία.

- Αύξηση της βαθμολογίας στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας γενικής υγείας. Επομένως, περισσότερο αρνητικό περιβάλλον αναφορικά με τον «εκφοβισμό ως προς την εργασία» σχετίζονταν με χειρότερη γενική υγεία.
- Οι παραπάνω 3 μεταβλητές ερμηνεύουν το 26% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας γενικής υγείας.

4.4 Παραδοχές και Περιορισμοί της μελέτης

Οι παραδοχές που ίσχυαν κατά την εκπόνηση της παρούσας μελέτης ήταν οι ακόλουθες:

- οι συμμετέχοντες στη μελέτη απάντησαν με ειλικρίνεια,
- οι συμμετέχοντες στη μελέτη εξέφρασαν την προσωπική τους και μόνο άποψη.

Όσον αφορά στους περιορισμούς της παρούσας μελέτης επισημαίνουμε τα εξής:

Λόγω του ό,τι η μελέτη είναι συγχρονική αποτύπωσε την κατάσταση σχετικά με τον εργασιακό εκφοβισμό μόνο για την περίοδο συλλογής των δεδομένων. Εάν συνυπολογίσουμε και το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες στη μελέτη εργάζονταν μόνο σε νοσοκομεία της Αθήνας τότε καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η γενίκευση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με επιφύλαξη. Για τους λόγους αυτούς προτείνεται η επανάληψη της μελέτης σε διαφορετικούς χρόνους και με διαφορετικούς ερευνητικούς πληθυσμούς.

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1 Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της ύπαρξης ή μη συσχέτισης μεταξύ του εργασιακού εκφοβισμού και της γενικής υγείας των νοσηλευτών, που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η έκθεση των νοσηλευτών σε πράξεις εκφοβισμού και αρνητικές συμπεριφορές, συσχετίζεται με χειρότερη γενική υγεία.

Η συζήτηση που ακολουθεί επιδιώκει να ερμηνεύσει τα ευρήματα της μελέτης και να διερευνήσει τις πιθανές σχέσεις, που ανέκυψαν με τα θεωρητικά και εμπειρικά δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Από την ανάλυση συσχετίσεων που διενεργήθηκε για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του μελετώμενου πληθυσμού με κάθε μία από τις κλίμακες βσθμολογίας «προσωπικός εκφοβισμός», «εκφοβισμός ως προς την εργασία», «σωματικός εκφοβισμός» και «γενική υγεία», προέκυψαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στην ύπαρξη ή μη παιδιών και στη στήριξη ή μη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον στις περισσότερες κλίμακες.

Κατά τη διμεταβλητή ανάλυση, όσες από τις ανεξάρτητες μεταβλητές βρέθηκε ότι σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις εκάστοτε εξαρτημένες μεταβλητές πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση τα αποτελέσματα της οποίας συνοψίζονται στον Πίνακα 19:

Πίνακας 19. Αποτελέσματα Πολυμεταβλητής Γραμμικής Παλινδρόμησης

	Ηθική παρενόχληση τους τελευταίους 6 μήνες (NAQ – Question 23)	Κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός» (NAQ – Factor 1)	Κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία» (NAQ – Factor 2)	Κλίμακα «σωματικός εκφοβισμός» (NAQ – Factor 3)	Κλίμακα γενικής υγείας (GHQ-12)
Μη ύπαρξη παιδιών σε σχέση με την ύπαρξη παιδιών	Υπαρξη παιδιών (>) μέση βαθμολογία*	Μη ύπαρξη παιδιών (>) μέση βαθμολογία*	Μη ύπαρξη παιδιών (>) μέση βαθμολογία*	-	-
Μη στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον σε σχέση με τη στήριξη	Μη στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον (>) μέση βαθμολογία*	-	Μη στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον (>) μέση βαθμολογία*	-	Η μη στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον σχετιζόταν με χειρότερη γενική υγεία*
Μη στήριξη από το φιλικό περιβάλλον σε σχέση με τη στήριξη	-	Μη στήριξη από το φιλικό περιβάλλον (>) μέση βαθμολογία*	-	-	Η μη στήριξη από το φιλικό περιβάλλον σχετιζόταν με χειρότερη γενική υγεία*
Βαθμολογία στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία»	-	-	-	-	Αύξηση της βαθμολογίας στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία» σχετιζόταν με χειρότερη γενική υγεία*
$\rho < 0,001^*$					

Για τη μέτρηση του επιπέδου έκθεσης των νοσηλευτών σε πράξεις εργασιακού εκφοβισμού και αρνητικών συμπεριφορών έγινε χρήση του ερωτηματολογίου Negative Acts Questionnaire – Revised (Einarsen και Hoel, 2001).

Η συνολική μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο ανίχνευσης αρνητικών συμπεριφορών NAQ-R, βασισμένη στις απαντήσεις των νοσηλευτών επί των 22 από τις 23 ερωτήσεις ήταν 37,9 μονάδες. Σε μελέτη του Carter και των συνεργατών του (2013) σε δείγμα 2.950 νοσηλευτών δημόσιων νοσοκομείων στις ΗΠΑ για τη μέτρηση του επιπολασμού και των επιπτώσεων του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας, η συνολική μέση βαθμολογία στο NAQ-R ήταν χαμηλότερη (27,5 μονάδες). Ο Yun και οι συνεργάτες του (2014) μελέτησαν τη σχέση μεταξύ του εργασιακού περιβάλλοντος και των πράξεων εκφοβισμού σε δείγμα 134 νοσηλευτών, που εργάζονταν σε μονάδες εντατικής θεραπείας πέντε νοσοκομείων στην Κορέα, με χρήση του NAQ-R, και αναφέρουν ποσοστό 17,2%. Ακόμα υψηλότερα ποσοστά αναφέρουν ο Nam και οι συνεργάτες του (2010) μελετώντας δείγμα 190 νοσηλευτών (ποσοστό θυμάτων εκφοβισμού 19,5%), και οι Purpora, Blegen και Stotts (2012) μελετώντας δείγμα 175 νοσηλευτών (ποσοστό θυμάτων εκφοβισμού 21,1%). Οι Giorgi, Arenas και Leon-Perez (2011) μελέτησαν δείγμα 3.000 εργαζομένων από διάφορα επαγγέλματα στην Ιταλία και αναφέρουν ποσοστό 15,2% (Giorgi, Arenas & Leon-Perez, 2011). Αντίστοιχη μελέτη στην Ισπανία αναφέρει ποσοστό 14% (Gonzalez, Trijueque & Gomez, 2010). Παρατηρώντας τα ποσοστά των δύο μελετών σε Ιταλία και Ισπανία, συμπεραίνουμε ότι οι νοσηλευτές σε σχέση με άλλα επαγγέλματα είναι πιο πιθανό να γίνουν θύματα του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας.

Μελετώντας τη συχνότητα βίωσης πράξεων ηθικής παρενόχλησης το τελευταίο εξάμηνο (NAQ - Question 23), διαπιστώθηκε ότι περίπου το ένα τρίτο των νοσηλευτών, που συμμετείχαν στη μελέτη, είχε βιώσει κάποιας μορφής ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας τους τελευταίους 6 μήνες. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα αποτελέσματα αντίστοιχων μελετών σε νοσηλευτικό προσωπικό, που έκαναν χρήση του ίδιου εργαλείου. Για παράδειγμα, οι Beckmann, Cannella και Wantland (2013) μελέτησαν τον επιπολασμό του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού μεταξύ 473 μελών ΔΕΠ σε σχολές νοσηλευτικής σε τρεις βορειοανατολικές πολιτείες των ΗΠΑ και αναφέρουν ποσοστό 36%, μελέτη του Simons (2008) σε δείγμα 511 νοσηλευτών αναφέρει ποσοστό 31%, ενώ οι Johnson και Rea (2009) μελετώντας το μέγεθος του επιπολασμού του εργασιακού εκφοβισμού σε 249 μέλη ενός συνδέσμου νοσηλευτών στην Ουάσιγκτον αναφέρουν ποσοστό 27,3%. Οι Beckmann, Cannella και Wantland (2013) μελέτησαν 473 μέλη διδακτικού προσωπικού σε σχολεία ή κολέγια νοσηλευτικής και αναφέρουν μεγαλύτερο ποσοστό ηθικής παρενόχλησης τους τελευταίους 6 μήνες (36%). Ο Yun και οι συνεργάτες του (2014)

αναφέρουν πολύ μεγαλύτερο ποσοστό ηθικής παρενόχλησης τους τελευταίους 6 μήνες (94%), γεγονός που φανερώνει τις δύσκολες συνθήκες εργασίας για τους νοσηλευτές στις ΜΕΘ των δημόσιων νοσοκομείων της Κορέας.

Η «οικογενειακή κατάσταση» και η «ηθική παρενόχληση» δεν είχαν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τους στο τελικό μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Από το σύνολο των 254 ατόμων, που δήλωσαν ότι είχαν βιώσει πράξεις ηθικής παρενόχλησης, οι περισσότεροι ανήκαν στην κατηγορία «διαζευγμένοι/άγαμοι/χήροι». Σημαντική συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της ηθικής παρενόχλησης στο χώρο των εργαζομένων αναφέρεται σε μελέτη του Alterman και των συνεργατών του (2013), η οποία έδειξε επιπροσθέτως ότι τα υψηλότερα ποσοστά θυμάτων ηθικής παρενόχλησης εντοπίζονται σε διαζευγμένους ή εν διαστάσει εργαζομένους σε σύγκριση με τους έγγαμους, τους χήρους και τους άγαμους εργαζομένους.

Το «εκπαιδευτικό επίπεδο» και η «ηθική παρενόχληση» δεν είχαν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τους στο τελικό μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Άλλες μελέτες αναφέρουν την ύπαρξη σημαντικής στατιστικής συσχέτισης μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και της εκδήλωσης πράξεων ηθικής παρενόχλησης (Smith, 2011; Skogstad, Matthiesen & Einarsen, 2007; Alterman et al., 2013).

Τα «έτη προϋπηρεσίας στο νοσοκομείο» και η «ηθική παρενόχληση» δεν είχαν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τους στο τελικό μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας, θύματα εκφοβισμού είναι κυρίως νοσηλευτές με αρκετή εμπειρία στην τρέχουσα μονάδα εργασίας. Στη βιβλιογραφία υπάρχει πλήθος μελετών, που αναφέρουν σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας στον τομέα εργασίας και στην εκδήλωση πράξεων ηθικής παρενόχλησης. Παρόλο που οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν ότι πράξεις εργασιακού εκφοβισμού βιώνουν κυρίως οι νεότεροι και πιο άπειροι νοσηλευτές (McKenna et al., 2003; Vessey et al., 2009; Laschinger et al., 2010), εντούτοις υπάρχουν μελέτες που επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα της παρούσας (Stelmaschuk, 2010; Johnson και Rea, 2009).

Με την εφαρμογή της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της «ύπαρξης ή μη ύπαρξης παιδιών» και της «ηθικής παρενόχλησης» ($p < 0,001$). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας οι νοσηλευτές, που είχαν παιδιά, βίωναν συχνότερα πράξεις ηθικής παρενόχλησης σε σχέση με τους μη έχοντες. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα πρόσφατης μελέτης, που εκπονήθηκε στη Βραζιλία από τον Fontes και τους συνεργάτες του (2013). Το δείγμα αποτελείτο από 199 νοσηλευτές, που εργάζονταν στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα και η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η ύπαρξη παιδιών αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση πράξεων εκφοβισμού με θύμα το γονέα.

Με την εφαρμογή της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της «στήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον» και της «ηθικής παρενόχλησης». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας οι νοσηλευτές, που δεν είχαν στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον, γίνονταν πιο συχνά θύματα πράξεων ηθικής παρενόχλησης σε σχέση με τους έχοντες. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των θυμάτων όπως η έλλειψη φίλων και η κοινωνική απομόνωση έχει βρεθεί ότι σχετίζονται με την εμφάνιση πράξεων εκφοβισμού στο χώρο εργασίας (Coyne et al., 1999; Cowie et al., 2002).

Μελέτες έχουν δείξει ότι η κοινωνική απομόνωση, που προκαλείται από την απουσία στήριξης από το φιλικό περιβάλλον και την ενδοοικογενειακή βία, μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση της συχνότητας εμφάνισης πράξεων εργασιακού εκφοβισμού (Salin, 2003; Camerino et al., 2007; Mercer, 2007; Whelan, 2008). Τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας γίνονται αμέσως αντιληπτά από τους θύτες καθώς είναι άτομα ευάλωτα και επιρρεπή σε πράξεις ηθικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας. Αυτό συμβαίνει γιατί το θύμα της ενδοοικογενειακής βίας τραυματίζεται ψυχικά από τις πράξεις βίας, που δέχεται στο σπίτι από το σύζυγο ή το γονέα και τα ψυχικά του όρια παραβιάζονται από τις επανειλημμένες επιθέσεις του θύτη. Η κατάσταση αυτή αφαιρεί όλη την ενέργεια του θύματος να αντισταθεί στις επιθέσεις στον εργασιακό χώρο και ο θύτης δεν αφήνει την ευκαρία να πάει χαμένη. Ο θύτης επιλέγει να επιτεθεί ξαφνικά, όταν το θύμα είναι πολύ αδύναμο. Δυστυχώς, το θύμα της ενδοοικογενειακής βίας και του εκφοβισμού είναι πολύ πιθανό να κλειστεί στον εαυτό

του, να κρατήσει τον πόνο για τον εαυτό του με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την ψυχική υγεία του (Namie & Namie, 2011).

Από την ανάλυση συσχετίσεων, που διενεργήθηκε για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του μελετώμενου πληθυσμού και της κλίμακας «προσωπικός εκφοβισμός», τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η «οικογενειακή κατάσταση», το «εκπαιδευτικό επίπεδο», τα «έτη προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο» και η κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός» δεν είχαν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τους στο τελικό μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, παρόλο που στη διμεταβλητή ανάλυση είχαν στατιστική σημασία. Με την εφαρμογή της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της «ύπαρξης ή μη ύπαρξης παιδιών» και της «στήριξης ή μη στήριξης από το φιλικό περιβάλλον» σε σχέση με την κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός» ($p < 0,001$). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας, τα άτομα που δεν είχαν παιδιά είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός» σε σχέση με τους έχοντες. Το εύρημα αυτό διαφέρει από τα αποτελέσματα της μελέτης του Fontes και των συνεργατών του (2013), που αναφέρει ότι τα παιδιά συμβάλλουν στην εμφάνιση του εκφοβισμού ($OR=15,02$) και αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι στις περισσότερες μελέτες στο χώρο των νοσηλευτών, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων, που συμμετέχουν στις μελέτες, είναι γυναίκες, που είναι παντρεμένες και έχουν παιδιά (Fontes et al., 2013). Το αποτέλεσμα της παρούσας πιθανόν να δικαιολογείται από το γεγονός ότι από το σύνολο των συμμετεχόντων στη μελέτη, το μεγαλύτερο ποσοστό (56,7%) δήλωσε ότι δεν είχε παιδιά.

Επίσης, άλλες μελέτες αναφέρουν ότι οι νέες σε ηλικία νοσηλεύτριες είχαν περισσότερες πιθανότητες να είναι θύματα εκφοβισμού στο χώρο εργασίας (Griffin, 2004; McKenna et al., 2003). Ωστόσο, στην παρούσα μελέτη η ηλικία δεν βρέθηκε να σχετίζεται με πράξεις εκφοβισμού.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας τα άτομα, που δεν στηρίζονται από το φιλικό περιβάλλον, είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός» σε

σχέση με τους έχοντες. Όπως προαναφέρθηκε, μελέτες συμφωνούν με το εύρημα αυτό (Salin, 2003; Camerino et al., 2007; Mercer, 2007; Whelan, 2008).

Στην κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός» η συνολική μέση τιμή συχνότητας εμφάνισης αρνητικών συμπεριφορών σε προσωπικό επίπεδο ήταν $1,60 \pm 0,60$. Ο Yun και οι συνεργάτες του (2014) αναφέρουν μεγαλύτερη μέση τιμή ($1,71 \pm 0,69$). Στην παρούσα μελέτη, οι αρνητικές πράξεις, που εμφάνισαν τις μεγαλύτερες μέσες τιμές, ήταν η «αφαίρεση σημαντικών ευθυνών και η ανάθεση λιγότερων σημαντικών ή δυσάρεστων καθηκόντων» (μέση τιμή = 2,1), η «διάδοση φημών ή κακόβουλων σχολίων για το θύμα» (μέση τιμή = 1,8), η «ταπείνωση και εξευτελισμός» (μέση τιμή = 1,7), η «συνεχής υπενθύμιση των λαθών» (μέση τιμή = 1,7), η «κριτική της εργασίας και της προσπάθειας» (μέση τιμή = 1,7) και τα «κακόβουλα» αστεία» (μέση τιμή = 1,7). Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τα αποτελέσματα αντίστοιχων ερευνών στο νοσηλευτικό προσωπικό (Lewis & Orford, 2005; Hutchinson et al., 2008; Hutchinson et al., 2010; Johnson & Rea, 2009; Dellasega, 2009; Cooper et al., 2009).

Από την ανάλυση συσχετίσεων, που διενεργήθηκε για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του μελετώμενου πληθυσμού και της κλίμακας «εκφοβισμός ως προς την εργασία», τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το «φύλο», η «οικογενειακή κατάσταση», το «εκπαιδευτικό επίπεδο», η «στήριξη από το φιλικό περιβάλλον» και η κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία» δεν είχαν σημαντική στατιστική σχέση μεταξύ τους στο τελικό μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, παρόλο που στη διμεταβλητή ανάλυση είχαν στατιστική σημασία. Με την εφαρμογή της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της «ύπαρξης ή μη ύπαρξης παιδιών» και της «στήριξης ή μη στήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον» σε σχέση με την κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία» ($p < 0,001$). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας, τα άτομα που δεν είχαν παιδιά είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία» σε σχέση με τους έχοντες. Επίσης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας τα άτομα, που δεν στηρίζονται από το οικογενειακό περιβάλλον, είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία» σε σχέση με τους έχοντες. Τα προαναφερόμενα ευρήματα συμφωνούν

με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών, όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενες παραγράφους της παρούσας ενότητας.

Στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία» η συνολική μέση τιμή της συχνότητας εμφάνισης αρνητικών συμπεριφορών σε προσωπικό επίπεδο ήταν $2,00 \pm 0,80$. Ο Yun και οι συνεργάτες του (2014) αναφέρουν μικρότερη μέση τιμή ($1,89 \pm 0,65$). Η αρνητική πράξη εκφοβισμού, που εμφάνισε τη μεγαλύτερη μέση τιμή, ήταν ο «επωμισμός δυσβάσταχτου φόρτου εργασίας» (μέση τιμή = 2,8). Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι νοσηλευτές, που εργάζονται υπό συνθήκες υψηλότερης πίεσης εργασίας λόγω υπερβολικού φόρτου εργασίας, βιώνουν πράξεις εκφοβισμού πιο συχνά σε σχέση με τα άτομα, που εργάζονται υπό συνθήκες χαμηλότερης πίεσης εργασίας. Οι Muala και Bin Ali (2012) μελέτησαν τη σχέση μεταξύ της ζήτησης εργασίας και του εργασιακού εκφοβισμού σε δείγμα 562 νοσηλευτών, που εργάζονταν σε πέντε μεγάλα δημόσια νοσοκομεία στην Ιορδανία. Η μελέτη έδειξε ότι ο φόρτος εργασίας δημιουργούσε πίεση στους εργαζομένους και αυτή η πίεση παρουσίαζε στατιστικά σημαντική σχέση με τον εργασιακό εκφοβισμό, επιβεβαιώνοντας τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας. Ο Yildirim (2009) μελέτησε δείγμα 286 νοσηλευτών με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και φόρτου εργασίας και τα αποτελέσματα της μελέτης συμφωνούν επίσης με τα αποτελέσματα της παρούσας. Επίσης, άλλες μελέτες, που εξέτασαν τη σχέση μεταξύ του φόρτου εργασίας και του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού, επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα της παρούσας (Yan et al., 2014; Samir et al., 2012; Agervold, 2009; Zapf, 1999; Baillien et al., 2011). Στην ίδια κλίμακα, οι αρνητικές πράξεις, που εμφάνισαν τις αμέσως μεγαλύτερες μέσες τιμές, ήταν η «ανάθεση καθηκόντων κατώτερων του επιπέδου των αρμοδιοτήτων» (μέση τιμή = 2,3), η «αγνόηση των απόψεων και της οπτικής του ατόμου σε σχέση με κάποιο θέμα» (μέση τιμή = 2,1), η «ανάθεση εργασιών με παράλογους ή ανέφικτους στόχους και με περιορισμένα χρονικά περιθώρια» (μέση τιμή = 2,1) και ο «υπέρμετρος έλεγχος της δουλειάς του ατόμου» (μέση τιμή = 2,1). Μεγάλος αριθμός μελετών έχει καταγράψει αντίστοιχα αποτελέσματα (Yan et al., 2014; Reknes et al., 2013; Sá & Fleming, 2008; Vogelwohl et al., 2013).

Από την ανάλυση συσχετίσεων, που διενεργήθηκε για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του μελετώμενου πληθυσμού και της κλίμακας «σωματικός

εκφοβισμός», τα αποτελέσματα έδειξαν ότι κανένα δημογραφικό χαρακτηριστικό δεν σχετίζονταν με τη βαθμολογία στην κλίμακα «σωματικός εκφοβισμός».

Στην κλίμακα «σωματικός εκφοβισμός» η συνολική μέση τιμή συχνότητας εμφάνισης αρνητικών συμπεριφορών σε προσωπικό επίπεδο ήταν $1,50 \pm 0,60$. Ο Yun και οι συνεργάτες του (2014) αναφέρουν μικρότερη μέση τιμή ($1,27 \pm 0,48$). Η αρνητική πράξη εκφοβισμού, που εμφάνισε τη μεγαλύτερη μέση τιμή, ήταν «οι φωνές και τα ξεσπάσματα θυμού (οργής)» (μέση τιμή = 2,0). Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι νοσηλευτές βιώνουν περισσότερο φωνές και ξεσπάσματα θυμού (ή οργής) και λιγότερο σωματική βία. Μελέτη των Spector, Zhou και Che (2013) επιβεβαιώνει το εύρημα αυτό καθώς σε δείγμα 151.347 νοσηλευτών η λεκτική βία βρέθηκε ότι η κυρίαρχη μορφή μεταξύ των διαφόρων μορφών σωματικού εκφοβισμού (ποσοστό μη φυσικής βίας 66,9%). Αντίστοιχα αποτελέσματα έχει δείξει πλήθος μελετών στο χώρο των νοσηλευτών (Farrell, 1997; Diaz & McMillin, 1991; Johnson, 2009; Lau, 2006; Taylor & Rew, 2011; Shields & Wilkins, 2009; Farrell et al., 2006; Roche et al., 2010; Edwards & O'Connell, 2007; Lin & Liu, 2005; Adib, et al., 2002). Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι το χαμηλό ποσοστό σωματικής βίας, που βρέθηκε στην παρούσα μελέτη, μπορεί να δικαιολογείται από το γεγονός ότι η βία μεταξύ των νοσηλευτών μπορεί να μην αναφέρεται, τουλάχιστον, επίσημα (Snyder et al., 2007; Samir et al., 2012). Για παράδειγμα, μελέτη του El-Gilany και των συνεργατών του (2010) έδειξε ότι οι γυναίκες της Μέσης Ανατολής εμφανίζονται αρκετά διστακτικές να παραδεχθούν ότι υπέστησαν σεξουαλική παρενόχληση κατά την εργασία.

Η μέτρηση της γενικής υγείας των νοσηλευτών πραγματοποιήθηκε με το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας GHQ-12 (Goldberg, 1978). Κάθε ερώτηση βαθμολογήθηκε με την 4-βάθμια κλίμακα τύπου Likert. Η συνολική βαθμολογία υπολογίστηκε σύμφωνα με τη μέθοδο GHQ Likert (0, 1, 2, 3) και κυμαίνεται από 0 έως 36 βαθμούς. Τιμές της συνολικής βαθμολογίας μεγαλύτερες του 12 (cut-off point > 12) θεωρούνται οριακές για κακή γενική υγεία (κατάθλιψη, άγχος, απνία, χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, πιθανή ψυχιατρική διαταραχή, κοινωνική δυσλειτουργία, κλπ) (del Pilar Sanchez-Lopez & Dresch, 2003). Ο Goldberg και οι συνεργάτες του (1997) όρισαν τις εξής βαθμολογικές κλίμακες: 1-10 «χαμηλά επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας (low psychological distress)», 11-12 «φυσιολογικά επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας (typical)», 13-15 «επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας ανώτερα

του φυσιολογικού (more than typical) », 16-20 «στοιχεία ψυχολογικής δυσφορίας (evidence of psychological distress)» και 20-άνω «σοβαρή ψυχολογική δυσφορία (severe distress)» (Goldberg et al. 1997). Αντίστοιχα, με τη διτροπική μέθοδο βαθμολόγησης (0, 0, 1, 1) η βαθμολογία στο GHQ-12 κυμαίνεται από 0 έως 12 βαθμούς με οριακές τιμές μεγαλύτερες του 3 (cut-off point>3) (Goldberg, 1978; Tzeng et al., 2009).

Στην παρούσα μελέτη, η μέση βαθμολογία γενικής υγείας ήταν 12,5 μονάδες. Η τιμή θεωρείται οριακή (cut-off point>12) και δείχνει ότι οι νοσηλευτές εμφάνιζαν οριακή επιβάρυνση της ψυχικής τους υγείας με προεξάρχουσες εκδηλώσεις το άγχος (μέση τιμή = 1,6), την αϋπνία (μέση τιμή = 1,4) και την κακή διάθεση (μέση τιμή = 1,3). Τα 3/5 των νοσηλευτών συγκέντρωσαν βαθμολογία κάτω από 12 βαθμούς (≤ 12) στοιχείο που δείχνει ότι τα άτομα αυτά δεν υπέφεραν από συμπτώματα ψυχολογικής δυσφορίας. Αντίθετα, τα 2/5 των νοσηλευτών σημείωσαν βαθμολογία πάνω από 13 βαθμούς (> 13) στοιχείο που δείχνει ότι τα άτομα αυτά υπέφεραν από συμπτώματα ψυχολογικής δυσφορίας. Μελέτη του Carter και των συνεργατών του (2013) σε παρόμοιο δείγμα νοσηλευτών (852 άτομα), με χρήση του εργαλείου GHQ-12, έδειξε ότι ποσοστό 29,9% του προσωπικού υπέφερε από συμπτώματα ψυχικής διαταραχής καθώς σημείωσε υψηλή βαθμολογία (cut-off point>3). Μελέτη του Suzuki και των συνεργατών του (2004) σε δείγμα 4.407 νοσηλευτών, που εργάζονταν σε 8 μεγάλα δημόσια νοσοκομεία στην Ιαπωνία και χρησιμοποιήθηκε το ίδιο εργαλείο (GHQ-12), έδειξε ότι οι νοσηλευτές εμφάνιζαν σημαντική επιβάρυνση της γενικής υγείας (η μέση βαθμολογία γενικής υγείας ήταν 5,42 μονάδες με οριακή τιμή > 3 , ενώ ποσοστό 68,8% των νοσηλευτών σημείωσε βαθμολογία > 4).

Τα συμπτώματα του άγχους, της αϋπνίας και της κατάθλιψης στο χώρο των νοσηλευτών έχουν εντοπιστεί σε πλήθος μελετών επιβεβαιώνοντας τα αποτελέσματα της παρούσας (Leiter & Harvie, 1996; Borrill et al., 1996; Thomas, 1997; Eldevik et al., 2013; Flo et al., 2012; Bjelland et al., 2002; Geiger-Brown, Trinkoff, Rogers, 2011; Bjorvatn et al., 2012; Boey, 1999).

Από την ανάλυση συσχετίσεων, που διενεργήθηκε για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του μελετώμενου πληθυσμού, των τριών κλιμάκων του NAQ-R και του επιπέδου «γενική υγεία», τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το «φύλο», η

κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός» και η κλίμακα «σωματικός εκφοβισμός» δεν είχαν σημαντική στατιστική σχέση μεταξύ τους στο τελικό μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, παρόλο που στη διμεταβλητή ανάλυση είχαν στατιστική σημασία. Αναφορικά με το φύλο, παρότι δεν διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση με το επίπεδο γενικής υγείας, αξίζει να αναφερθεί ότι εκ των συμμετεχόντων στην έρευνα, οι γυναίκες συγκέντρωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία σε σχέση με τους άνδρες (μέση τιμή = 12,7 έναντι 11,2). Το εύρημα αυτό δείχνει ότι το γυναικείο φύλο εμφάνισε χειρότερα επίπεδα γενικής υγείας, στοιχείο που έχει αναφερθεί σε διάφορες μελέτες του χώρου των νοσηλευτών (Ludermir, 2008). Για παράδειγμα, μελέτη του Saavedra και των συνεργατών του (2012) σε δείγμα 98 νοσηλευτών και 98 νοσηλευτριών, ηλικίας 22 έως 56 ετών, που εκπονήθηκε με σκοπό την διερεύνηση της ύπαρξης ή μη διαφοράς στο επίπεδο γενικής υγείας μεταξύ των δύο φύλων, με χρήση του εργαλείου GHQ-12, έδειξε ότι οι γυναίκες εμφάνισαν χειρότερο επίπεδο γενικής υγείας σε σχέση με τους άνδρες.

Με την εφαρμογή της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της «στήριξης ή μη στήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον», της «στήριξης ή μη στήριξης από το φιλικό περιβάλλον», και της κλίμακας «εκφοβισμός ως προς την εργασία» σε σχέση με το επίπεδο γενικής υγείας ($p < 0,001$). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας, τα άτομα, που δήλωσαν πως δεν στηρίζονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον, είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία γενικής υγείας σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν πως στηρίζονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον (μέση τιμή = 16,5 έναντι 11,9). Ο Boey (1999) χρησιμοποίησε το εργαλείο GHQ-12 για να εξετάσει το επίπεδο γενικής υγείας 1.043 νοσηλευτών που εργάζονταν σε τρία μεγάλα δημόσια νοσοκομεία στη Σιγκαπούρη σε σχέση με την προσωπικότητά τους και τη στήριξη της οικογένειας. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν, μεταξύ άλλων, ότι οι νοσηλευτές, που είχαν μεγαλύτερη υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον, εμφάνισαν λιγότερα αρνητικά συναισθήματα και καλύτερο επίπεδο γενικής υγείας, επιβεβαιώνοντας τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Η στήριξη από την οικογένεια μπορείς επίσης να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα μείωσης του εργασιακού άγχους, βελτίωσης της ψυχικής υγείας και αύξησης του επιπέδου ικανοποίησης από την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Boey, 1998; Burke & Greenglass, 2001). Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, τα άτομα που δεν είχαν στήριξη από το φιλικό περιβάλλον, εμφάνισαν χειρότερο επίπεδο γενικής υγείας σε σχέση με τα άτομα, που είχαν στήριξη από το φιλικό

περιβάλλον (μέση τιμή = 15,8 έναντι 11,9). Άλλες μελέτες τονίζουν τη σημασία της υποστήριξης από τους φίλους για την μείωση του εργασιακού άγχους των νοσηλευτών (Cooper, 1998; Woodhead, Northrop & Edelstein, 2014).

Σύμφωνα με τα προαναφερόμενα, από την ανάλυση συσχετίσεων, που διενεργήθηκε προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία» και στο επίπεδο γενικής υγείας των νοσηλευτών ($p < 0,001$). Αύξηση της βαθμολογίας στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία» σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας γενικής υγείας. Επομένως, περισσότερο αρνητικό περιβάλλον αναφορικά με τον «εκφοβισμό ως προς την εργασία» σχετιζόταν με χειρότερη γενική υγεία. Στη μελέτη του Yan και των συνεργατών του (2014) οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι βίωσαν συχνότερα πράξεις εκφοβισμού, που σχετίζονται με την εργασία (work-related bullying) σε σχέση με τις άλλες μορφές εκφοβισμού επιβεβαιώνοντας τα αποτελέσματα της παρούσας. Στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι τα είδη του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με τη χώρα και το αντικείμενο εργασίας, όμως σε γενικές γραμμές, ο «εκφοβισμός ως προς την εργασία» συνδέεται πιο συχνά με την εμφάνιση του φαινομένου του εκφοβισμού σε σχέση με τον προσωπικό εκφοβισμό (Yan et al., 2014). Μελέτη της συχνότητας εμφάνισης πράξεων εργασιακού εκφοβισμού σε δείγμα 303 νοσηλευτών, που εργάζονταν σε νοσοκομεία στις ΗΠΑ, συμφωνεί με τα αποτελέσματα της παρούσας καθώς κατέγραψε σημαντικά επίπεδα άγχους, τα οποία οφείλονταν στο φαινόμενο του εκφοβισμού και αντιμετωπίζονταν, μεταξύ άλλων, μέσω της στήριξης των θυμάτων από τους φίλους και την οικογένεια (Vessey et al., 2009). Μελέτη του Kwok και των συνεργατών του (2006) σε δείγμα 420 νοσηλευτών, που εργάζονταν στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Χονγκ Κονγκ, με σκοπό τον προσδιορισμό του επιπολασμού και της φύσης των πράξεων εκφοβισμού στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών και των τρόπων αντιμετώπισης του φαινομένου, έδειξε ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές, που είχαν υποστεί λεκτική κακοποίηση, έτειναν να εμπιστευθούν τους φίλους και τα μέλη της οικογένειας καθώς αυτό τους έκανε να αισθάνονται καλύτερα.

Σε μελέτη του Carter και των συνεργατών του (2013), με χρήση των ίδιων εργαλείων με της παρούσας (NAQ-R και GHQ-12), διαπιστώθηκε η σημαντική συσχέτιση μεταξύ του εργασιακού εκφοβισμού και του επιπέδου γενικής υγείας των νοσηλευτών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, ο εκφοβισμός συσχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα της ψυχικής υγείας, μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία και αυξημένη τάση εγκατάλειψης της θέσης

εργασίας. Σε μελέτη του Arcangeli και των συνεργατών του (2014), με χρήση επίσης των ίδιων εργαλείων, όπου παρομοίως έγινε χρήση των εργαλείων NAQ-R και GHQ-12, τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης μορφών εκφοβισμού στο χώρο εργασίας, χωρίς καμία αξιοσημείωτη συσχέτιση με το φύλο ή άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η επικράτηση των αρνητικών ενεργειών ήταν αξιοσημείωτη, κυρίως σε σχέση με τη θέση εργασίας. Η μελέτη έδειξε ότι η παρενόχληση στο χώρο εργασίας μπορεί να επηρεάσει τη ψυχική υγεία των νοσηλευτών επιβεβαιώνοντας τα αποτελέσματα της παρούσας. Η θετική στατιστική συσχέτιση μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και γενικής (κυρίως ψυχικής) υγείας των νοσηλευτών έχει αποδειχθεί σε πλήθος μελετών, όπως έχει αναλυθεί στο θεωρητικό μέρος της παρούσας (Reknes et al., 2013; Needham, 2005; Sá & Fleming, 2008; Rodwell & Demir, 2012; Pai & Lee, 2011; Laschinger & Nosko, 2013; Kivimaki et al., 2003; Quine, 1999; Kivimäki, Elovainio & Vahtera, 2000; Eriksen, Tambs & Knardahl, 2006; Schreuder et al., 2012).

5.2 Συμπεράσματα - Προτάσεις

Με την παρούσα μελέτη εξετάστηκε αφενός το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού στο χώρο της Νοσηλευτικής και αφετέρου η πιθανή επίδραση του εκφοβισμού στην γενική υγεία των νοσηλευτών και των βοηθών τους. Πρόκειται για μία πρωτότυπη μελέτη στη χώρα μας, δεδομένου ότι είναι η πρώτη φορά, που επιχειρείται να διερευνηθούν οι έννοιες του εκφοβισμού και της γενικής υγείας συνδυαστικά. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προσφέρουν πρόσθετα εμπειρικά δεδομένα για τη μελέτη του εργασιακού εκφοβισμού των νοσηλευτών στο δημόσιο τομέα και συμβάλλουν στη συζήτηση της επίδρασης των αρνητικών συμπεριφορών στη γενική υγεία των νοσηλευτών. Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο μελέτης και προβληματισμού για περαιτέρω ενασχόληση των δύο εννοιών και των μεταξύ τους σχέσεων σε ερευνητικό επίπεδο και να διερευνηθούν πιο λεπτομερώς οι μορφές του εκφοβισμού προκειμένου να φανεί εάν και ποιες από αυτές παίζουν σημαντικό ρόλο στην υγεία των νοσηλευτών.

Το κύριο συμπέρασμα της παρούσας εργασίας είναι ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού και της γενικής υγείας των νοσηλευτών, που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Η μελέτη έδειξε ότι από το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού, που συμμετείχε στη μελέτη, το ένα τρίτο αυτών είχε υποστεί ηθική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο τους τελευταίους έξι μήνες.

Σε προσωπικό επίπεδο, η αφαίρεση σημαντικών ευθυνών και αντικατάσταση από λιγότερο σημαντικά ή δυσάρεστα καθήκοντα ήταν η πράξη εκφοβισμού που βίωσαν συχνότερα τα θύματα τους τελευταίους έξι μήνες, καθώς περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες δήλωσαν ότι βίωσαν την πράξη αυτή. Δεύτερη σε συχνότητα ήταν η διάδοση φημών ή κακόβουλων σχολίων, καθώς πάνω από το ένα τρίτο των συμμετεχόντων στη μελέτη δήλωσε επίσης ότι βίωσε την πράξη αυτή τους τελευταίους έξι μήνες.

Ως προς την εργασία, το συντριπτικό ποσοστό των νοσηλευτών (πάνω από τα τρία τέταρτα) δήλωσε ότι βίωσε συχνότερα την πράξη επωμισμού δυσβάσταχτου φόρτου εργασίας, ενώ η αμέσως συχνότερη πράξη, που υπέστησαν τα θύματα, ήταν η ανάθεση καθηκόντων

κατώτερων του επιπέδου των αρμοδιοτήτων τους (περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές δήλωσαν ότι βίωσαν την πράξη αυτή).

Σε σωματικό επίπεδο, περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές δήλωσαν ότι οι φωνές και τα ξεσπάσματα θυμού (οργής) ήταν η πράξη, που βίωσαν συχνότερα τους τελευταίους έξι μήνες.

Σε ό,τι αφορά στο ρόλο των δημογραφικών παραγόντων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εργασιακή θέση, έτη προϋπηρεσίας στο νοσοκομείο, εκπαιδευτικό επίπεδο) στην εμφάνιση του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού δεν βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντικός σε κάποια από τις τρεις κλίμακες εκφοβισμού («προσωπικός εκφοβισμός», «εκφοβισμός ως προς την εργασία» και «σωματικός εκφοβισμός»). Ωστόσο, η ύπαρξη παιδιών σε σχέση με τη μη ύπαρξη και η υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον σε σχέση με τη μη υποστήριξη βρέθηκε ότι σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού. Συμπερασματικά, τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού, που είχαν παιδιά και υποστηρίζονταν από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον, βίωσαν τους τελευταίους έξι μήνες λιγότερο συχνά αρνητικές συμπεριφορές. Αξίζει να αναφερθεί ότι κανένα δημογραφικό χαρακτηριστικό δεν σχετιζόταν με τη βαθμολογία στην κλίμακα «σωματικός εκφοβισμός».

Ως προς το επίπεδο γενικής υγείας, το ένα πέμπτο των νοσηλευτών δήλωσε ότι αισθάνεται ότι βρίσκεται συνεχώς κάτω από πίεση πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως, ενώ το ένα δέκατο των νοσηλευτών δήλωσε ότι δεν είχε ποιοτικό ύπνος επειδή είχε ανησυχίες πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως. Το συναίσθημα της στεναχώριας ή μελαγχολία διαπιστώθηκε επίσης σε ικανοποιητικό αριθμό συμμετεχόντων στη μελέτη (στο ένα δέκατο των συμμετεχόντων). Η μέση βαθμολογία γενικής υγείας ήταν 12,5 μονάδες. Η τιμή θεωρείται οριακή (cut-off point>12) και δείχνει ότι οι νοσηλευτές εμφάνιζαν οριακή επιβάρυνση της ψυχικής τους υγείας με προεξάρχουσες εκδηλώσεις το άγχος, την αϋπνία και την κακή διάθεση.

Σε ό,τι αφορά στο ρόλο των δημογραφικών παραγόντων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, παιδιά, εργασιακή θέση, έτη προϋπηρεσίας στο νοσοκομείο, εκπαιδευτικό επίπεδο) στην κατάσταση γενικής υγείας των συμμετεχόντων δεν βρέθηκε να είναι σημαντικός. Ωστόσο, η υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον σε σχέση με τη μη υποστήριξη φαίνεται ότι σχετίζεται σημαντικά με το επίπεδο γενικής υγείας των συμμετεχόντων. Συμπερασματικά, οι συμμετέχοντες, που υποστηρίζονταν από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον, εμφάνισαν καλύτερο επίπεδο γενικής υγείας.

Τέλος, αναφορικά με την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και γενικής υγείας των νοσηλευτών, η μελέτη έδειξε ότι αύξηση της βαθμολογίας στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία» σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας γενικής υγείας, που σημαίνει ότι περισσότερο αρνητικό περιβάλλον αναφορικά με τον «εκφοβισμό ως προς την εργασία» σχετιζόταν με χειρότερη γενική υγεία των συμμετεχόντων.

Με βάση τα ευρήματα της παρούσας εργασίας, μπορεί να συναχθεί το συμπέρασμα ότι ο εκφοβισμός έχει ένα ευρύ φάσμα αρνητικών και επιζήμιων συναισθηματικών, ψυχολογικών, και σωματικών επιπτώσεων για τους νοσηλευτές επιβεβαιώνοντας ευρήματα άλλων ανάλογων μελετών στο χώρο των νοσηλευτών (Felblinger, 2008; Yildirim & Yildirim, 2007; Edwards & O'Connell, 2007), οι οποίες με τη σειρά τους προκαλούν αρνητικές επιπτώσεις στους οργανισμούς υγείας (Ahmed, 2012).

Σε ερευνητικό επίπεδο, λαμβάνοντας υπόψη τα ευρήματα της παρούσας εργασίας, προτείνεται η μελλοντική διεξαγωγή μελετών στο χώρο των νοσηλευτών και των βοηθών τους, που θα είναι εστιασμένες στα δημογραφικά χαρακτηριστικά «ύπαρξη ή μη παιδιών», «υποστήριξη ή μη από το φιλικό περιβάλλον» και «υποστήριξη ή μη από το οικογενειακό περιβάλλον» για να επιβεβαιωθεί η σημαντική στατιστική συσχέτιση που βρέθηκε στην παρούσα εργασία μεταξύ των προαναφερόμενων, του εργασιακού εκφοβισμού και του επιπέδου γενικής υγείας των νοσηλευτών. Επίσης, σε ένα τόσο πολύπλοκο φαινόμενο, όπως είναι ο εργασιακός εκφοβισμός, θα ήταν χρήσιμη η συλλογή δεδομένων επιπροσθέτως μέσω διεξαγωγής προσωπικών συνεντεύξεων ώστε να επιτρέπεται στον ερευνητή να αποφύγει να επιβάλει ή να υποβάλει στον ερωτώμενο τις απαντήσεις και παράλληλα να καταγράψει

αντιλήψεις, στάσεις, συμπεριφορές, απόψεις, γνώσεις, συναισθήματα αλλά και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Όπως αναφέρθηκε στο θεωρητικό μέρος της παρούσας, ο εκφοβισμός είναι ένα φαινόμενο, στο οποίο εμπλέκονται τα θύματα, που βιώνουν τις αρνητικές συμπεριφορές, οι θύτες, που πράττουν αρνητικές συμπεριφορές και οι μάρτυρες, οι οποίοι παρατηρούν τις αρνητικές συμπεριφορές. Επομένως θα πρέπει να συλλεχθούν στοιχεία σχετικά με τις πηγές του φαινομένου, τα ατομικά στοιχεία και τις αντιδράσεις των εμπλεκομένων και το επίπεδο ενημέρωσης των υπευθύνων των τμημάτων των νοσοκομείων ώστε να εντοπιστούν οι πραγματικές αιτίες του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας διότι μόνο με την κατανόηση των βαθύτερων αιτιών του εργασιακού εκφοβισμού θα καταστεί δυνατή η εξάλειψη του φαινομένου. Επίσης θα ήταν χρήσιμη η εξέταση της σχέσης μεταξύ του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών και της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών νοσηλευτικής φροντίδας.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι μπορεί να υπάρχουν πολλές αιτίες για την εκδήλωση πράξεων εκφοβισμού στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών και ως εκ τούτου οι επαγγελματίες υγείας (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί κλπ), οι νομικοί σύμβουλοι, οι σύμβουλοι υγείας και οι τοπικοί φορείς και οργανώσεις θα πρέπει να δώσουν μεγαλύτερη προσοχή στο πρόβλημα ώστε να καταλάβουν γιατί συμβαίνει αυτό και να μπορέσουν να βρουν τους τρόπους να το αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά. Οι ηγεσίες των οργανισμών δεν θα πρέπει να ξεχνούν ότι οι νοσηλευτές εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο έκθεσης σε πράξεις εκφοβισμού λόγω της φύσης του επαγγέλματος και επομένως πρέπει να λαμβάνουν μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου. Η εκπαίδευση του προσωπικού και των προϊστάμενων των τμημάτων καθώς και των φοιτητών, μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων, είναι πολύ σημαντική, ώστε να γνωρίζουν πώς να αντιμετωπίσουν τυχόν προβλήματα εργασιακής παρενόχλησης (λεκτικές και μη λεκτικές τεχνικές αντιμετώπισης, τήρηση έντυπου αρχείου συχνότητας εμφάνισης αρνητικών συμπεριφορών κλπ). Η ευαισθητοποίηση και πληροφόρηση των εργαζομένων σχετικά με το φαινόμενο, μέσω ενημερωτικών εκδηλώσεων και έντυπου ή ηλεκτρονικού ενημερωτικού υλικού μπορεί να συνεισφέρει στην αποφυγή των εχθρικών συμπεριφορών, που προκαλούν την παρενόχληση και στην ενίσχυση της ομαλής συνύπαρξης και συνεργασίας τους στο εργασιακό τους περιβάλλον. Η Πολιτεία επίσης θα πρέπει να ασκεί πολιτικές αντιμετώπισης του φαινομένου, μέσω νομοθετικών παρεμβάσεων ακολουθώντας το παράδειγμα χωρών όπως τη Σουηδία και τη Νορβηγία, οι οποίες έχουν συμπεριλάβει στο νομικό τους πλαίσιο ειδικά άρθρα για την αντιμετώπιση του φαινομένου.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΚΑΙ
ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΔΗΜΟΣΙΩΝ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Χριστίνα Σ. Καρατζά

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Είναι γεγονός ότι οι νοσηλευτές, βιώνουν συχνά πράξεις εργασιακού εκφοβισμού και αρνητικές συμπεριφορές, που μεταφράζονται σε προσωπικό, λεκτικό, ακόμη και σωματικό εκφοβισμό. Ο εργασιακός εκφοβισμός στο νοσηλευτικό χώρο μπορεί να πηγάζει από προϊσταμένους, από συναδέλφους, αλλά και από ασθενείς και συγγενείς ή φίλους αυτών. Το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει κυρίως την ψυχική υγεία του ατόμου. Στην ελληνική βιβλιογραφία δεν υπάρχει καμία έρευνα σε ικανοποιητικό δείγμα που να μελετά την σχέση μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και επιπέδου γενικής υγείας των νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της χώρας.

Σκοπός: Η διερεύνηση της ύπαρξης ή μη συσχέτισης μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και γενικής υγείας σε νοσηλευτικό προσωπικό ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε ποσοτική συγχρονική μελέτη για την εύρεση σχέσεων μεταξύ διαφόρων παραγόντων. Η συχνότητα εμφάνισης πράξεων εκφοβισμού μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο ανίχνευσης αρνητικών συμπεριφορών (Negative Acts Questionnaire NAQ-R) που αποτελείται από 23 ερωτήσεις. Η χαμηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης αρνητικών συμπεριφορών με χρονικό ορίζοντα τους τελευταίους 6 μήνες. Το επίπεδο γενικής υγείας των νοσηλευτών μετρήθηκε με το

ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (general health questionnaire GHQ-12) που αποτελείτο από 12 ερωτήσεις. Η χαμηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει καλύτερο επίπεδο γενικής υγείας (κυρίως ψυχικής) τον τελευταίο μήνα. Για τη χρήση των ερωτηματολογίων εξασφαλίστηκαν οι σχετικές άδειες. Δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 841 νοσηλευτές (N=841), που εργάζονταν σε πέντε ελληνικά δημόσια νοσοκομεία και το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 84,10%. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 40,1 έτη, το 84,7% ήταν γυναίκες, το 53,7% ήταν έγγαμοι, το 56,7% είχαν παιδιά, το 51% ήταν απόφοιτοι ΑΤΕΙ και ο μέσος αριθμός ετών προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο ήταν 16,1. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν το χρονικό διάστημα από Μάιο έως και Αύγουστο 2013. Η ανάλυση των απαντήσεων των εργαζομένων, αρχικά, πραγματοποιήθηκε με την περιγραφική στατιστική. Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 . Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 για τάση. Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ποσοτική μεταβλητή και >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression). Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p. Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η έκθεση του νοσηλευτικού προσωπικού σε πράξεις εκφοβισμού, συσχετίστηκε με χειρότερη γενική υγεία (κυρίως

ψυχική). Η μέση βαθμολογία γενικής υγείας ήταν 12,5 μονάδες και έδειξε ότι οι νοσηλευτές εμφάνιζαν οριακή επιβάρυνση της ψυχικής τους υγείας με προεξάρχουσες εκδηλώσεις το άγχος (μέση τιμή = 1,6), την αϋπνία (μέση τιμή = 1,4) και την κακή διάθεση (μέση τιμή = 1,3) (cut-off point >12) επιβεβαιώνοντας τα αποτελέσματα αντίστοιχων μελετών. Ποσοστό 58,6% των νοσηλευτών συγκέντρωσαν βαθμολογία κάτω από 12 βαθμούς (≤ 12) στοιχείο που δείχνει ότι τα άτομα αυτά δεν υπέφεραν από συμπτώματα ψυχολογικής δυσφορίας. Αντίθετα, ποσοστό 41,4% των νοσηλευτών σημείωσαν βαθμολογία πάνω από 13 βαθμούς (>13) στοιχείο που δείχνει ότι τα άτομα αυτά υπέφεραν από συμπτώματα ψυχολογικής δυσφορίας. Ποσοστό 30% των νοσηλευτών δήλωσαν ότι είχαν βιώσει πράξεις εκφοβισμού στο χώρο εργασίας κατά τους τελευταίους έξι μήνες. Η συνολική μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο ανίχνευσης αρνητικών συμπεριφορών NAQ-R ανήλθε σε 37,9 μονάδες, ήταν υψηλότερη σε σύγκριση με αντίστοιχες μελέτες και έδειξε ότι οι νοσηλευτές βίωναν συχνά πράξεις εκφοβισμού κατά την εργασία. Από την ανάλυση συσχετίσεων που διενεργήθηκε για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του μελετώμενου πληθυσμού και των κλιμάκων «προσωπικός εκφοβισμός», «εκφοβισμός ως προς την εργασία», «σωματικός εκφοβισμός» και «γενική υγεία» τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μεταβλητές «φύλο», «οικογενειακή κατάσταση», «εκπαιδευτικό επίπεδο», «ηλικία» και «έτη προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο» είχαν σημαντική συσχέτιση με τις προαναφερόμενες κλίμακες στη διμεταβλητή ανάλυση, αλλά δεν διατήρησαν τη στατιστική σημαντικότητά τους στην πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Με την εφαρμογή της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης διαπιστώθηκε: (α) στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της «ύπαρξης ή μη ύπαρξης παιδιών», της «στήριξης ή μη στήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον», της «στήριξης ή μη στήριξης από το φιλικό περιβάλλον» και της «ηθικής παρενόχλησης» ($p < 0,001$), (β) στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της «ύπαρξης ή μη ύπαρξης παιδιών» και της «στήριξης ή μη στήριξης από το φιλικό περιβάλλον» σε σχέση με την κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός» ($p < 0,001$) – Αυτοί που δεν είχαν παιδιά είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός» σε σχέση με αυτούς που είχαν παιδιά. Επίσης αυτοί που δήλωσαν πως δεν στηρίζονται από το φιλικό τους περιβάλλον είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα «προσωπικός εκφοβισμός» σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν πως στηρίζονται από το φιλικό τους περιβάλλον, (γ) στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της «ύπαρξης ή μη ύπαρξης παιδιών» και της «στήριξης ή μη στήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον» σε σχέση με την κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία» ($p < 0,001$) - Αυτοί που δεν είχαν παιδιά είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα

«εκφοβισμός ως προς την εργασία» σε σχέση με αυτούς που είχαν παιδιά. Επίσης αυτοί που δήλωσαν πως δεν στηρίζονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία» σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν πως στηρίζονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον, (δ) στατιστικά μη σημαντική σχέση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του μελετώμενου πληθυσμού και της κλίμακας «σωματικός εκφοβισμός», (ε) στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της «στήριξης ή μη στήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον», της «στήριξης ή μη στήριξης από το φιλικό περιβάλλον», και της κλίμακας «εκφοβισμός ως προς την εργασία» σε σχέση με το επίπεδο γενικής υγείας ($p < 0,001$) - Αυτοί που δήλωσαν πως δεν στηρίζονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία γενικής υγείας σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν πως στηρίζονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Επομένως αυτοί που δήλωσαν πως στηρίζονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον, είχαν καλύτερη γενική υγεία. Επίσης αυτοί που δήλωσαν πως δεν στηρίζονται από το φιλικό τους περιβάλλον είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία γενικής υγείας σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν πως στηρίζονται από το φιλικό τους περιβάλλον. Επομένως αυτοί που δήλωσαν πως στηρίζονται από το φιλικό τους περιβάλλον, είχαν καλύτερη γενική υγεία, (στ) στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία» και στο επίπεδο γενικής υγείας των νοσηλευτών ($p < 0,001$) - Αύξηση της βαθμολογίας στην κλίμακα «εκφοβισμός ως προς την εργασία» σχετίστηκε με αύξηση της βαθμολογίας γενικής υγείας.

Συμπεράσματα: Ο εκφοβισμός αποτελεί υπαρκτό πρόβλημα στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών στη χώρα μας. Οι επιπτώσεις που βιώνουν οι νοσηλευτές είναι σημαντικές και επηρεάζουν κυρίως την ψυχική τους υγεία με κυρίαρχα συμπτώματα το άγχος, την αϋπνία και την κακή διάθεση. Περισσότερο αρνητικό περιβάλλον που πηγάζει κυρίως από αρνητικές συμπεριφορές «ως προς την εργασία» μπορεί να συσχετιστεί με χειρότερη γενική υγεία. Προτείνεται να γίνει περαιτέρω έρευνα ώστε να προσδιοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τον εκφοβισμό στο νοσηλευτικό προσωπικό και να συλλεχθούν στοιχεία σχετικά με τις πηγές του φαινομένου, τα ατομικά στοιχεία και τις αντιδράσεις των εμπλεκόμενων καθώς και το επίπεδο ενημέρωσης των ανώτερων στελεχών, ώστε να εντοπιστούν οι πραγματικές αιτίες του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας και να καταστεί δυνατή η εξάλειψη του φαινομένου. Εκπαιδευτικά προγράμματα, ενέργειες ευαισθητοποίησης και πληροφόρησης καθώς και νομοθετικές παρεμβάσεις θα μπορούσαν να βοηθήσουν προς αυτή την κατεύθυνση.

Λέξεις – Κλειδιά: εκφοβισμός, νοσηλευτική, ηθική παρενόχληση, λεκτική κακοποίηση, σωματική κακοποίηση, γενική υγεία

UNIVERSITY OF PELOPONNESE
FACULTY OF HUMAN MOVEMENT AND QUALITY OF LIFE SCIENCES
DEPARTMENT OF NURSING

Christina S. Karatza

ABSTRACT

Introduction: It is a fact that nurses, they often experience workplace bullying and negative behaviors that translate into personal, verbal, and even physical bullying. The workplace bullying in the nursing sector may stem from supervisors, from colleagues, but also from patients and relatives or friends of those. The phenomenon of workplace bullying is an important factor that primarily affects the mental health of the individual. In Greek literature there is no research to a satisfactory sample to study the relationship between workplace bullying and general health status of nurses working in public hospitals in the country.

Aim: To investigate the relationship between workplace bullying and general health on nurses working in Greek public hospitals.

Methodology: It is a quantitative research for finding relationships between different actors. The incidence of workplace bullying measured by the Negative Acts Questionnaire–Revised (NAQ-R) consisting of 23 questions. The lower score indicates a lower incidence of negative behavior with a time horizon of the past six months. The general health status of nurses was measured by the general health questionnaire (GHQ-12), which consisted of 12 questions. The lower score indicates better general health status (particularly mental) last month. For the use of the questionnaires were secured such licenses. Sample consisted of 841 nurses (N = 841) who worked in five Greek public hospitals and the response rate was 84.10%. The data were collected in a period from May to August 2013. The analysis of the responses of workers, initially held by descriptive statistics. The categorical variables were presented as absolute (n) and relative (%) frequencies, while quantitative variables were presented as mean, standard deviation, median, minimum value and maximum value. To investigate the existence of relationship between a quantitative variables and a dichotomous variable used control t (student's t-test), and to investigate the existence of relationship between a quantitative variable and a categorical variable with > 2 bands used by the analysis of variance

(analysis of variance). To investigate the existence of relationship between two quantitative variables follow the normal distribution was used the correlation coefficient of Pearson (Pearson's correlation coefficient). To investigate the existence of relationship between two categorical variables control used χ^2 . To investigate the existence of relationship between a categorical variable and an ordinal variable used for controlling χ^2 voltage. If the dependent variable was quantitative variable > 2 independent variables resulted in significant levels of 0,2 ($p < 0,2$) in the bivariate analysis, applied to multiple linear regression (multivariate linear regression). In this case, the methodology of multiple linear regression with the backward delete variables (backward stepwise linear regression). Regarding the multiple linear regression, presented the coefficients b (coefficients' beta), the corresponding 95% confidence intervals and p -values. The two-sided significance level was set equal to 0.05. Data analysis was performed with SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Results: The results showed that exposure of nurses to workplace bullying, was associated with worse overall health (especially mental). The mean overall health score was 12.5 points and showed that nurses had marginal burden of mental health with the prominent events anxiety (mean = 1.6), insomnia (mean = 1.4) and bad mood (mean = 1,3) (cut-off point > 12), confirming the results of relevant studies. Percentage 58.6% of nurses gathered score less than 12 points (≤ 12) to evidence that these individuals did not suffer from psychological distress symptoms. Conversely, rate 41.4% of the nurses recorded score over 13 points (> 13) to evidence that these people suffered from psychological distress symptoms. 30% of nurses said they had experienced harassment at work over the last six months. The total average rating Negative Acts Questionnaire–Revised amounted to 37.9 points, was higher compared with similar studies and showed that nurses often experienced harassment at work. From the analysis of correlations carried out to investigate the relationship between demographic characteristics of the studied population and the scales “Person-related bullying”, “Work-related bullying”, “Physically intimidating bullying” and “general health”, results showed that the variables “sex”, “marital status”, “level of education”, “age” and “years of service in hospital” had significant correlation with the above ranges in the bivariate analysis, but did not retain statistical significance in the multiple linear regression. By applying multiple linear regression was found: (a) a statistically significant relationship between the “existence or non-existence of children”, the “support or non-support of the family environment”, the “support or non-support from friendly environment” and “bullying” ($p < 0.001$), (b) a statistically significant relationship between the “existence or non-existence of children” and

“support or non-support from friendly environment” in relation to the scale “Person-related bullying” ($p < 0.001$) - Those who had no children were rated on a scale “Person-related bullying” compared with those who had children. Also those who said they are not supported by their friendly environment were rated on a scale “Person-related bullying” in relation to those who said they supported by their friendly environment, (c) a statistically significant relationship between the “existence or non-existence of children” and “support or non-support of the family” in relation to the scale “Work-related bullying” ($p < 0.001$) - Those who had no children were rated on a scale “Work-related bullying” with respect to those who have had children. Also those who said they are not backed by the family environment had been rated on the scale “Work-related bullying” compared to those who said they supported by their family environment, (d) non-significant relationship between demographic characteristics the studied population and the scale “Physically intimidating bullying”, (e) a statistically significant relationship between the “support or non-support of the family environment” the “support or non-support from friendly environment” and scale “Work-related bullying” in relation to the general health status ($p < 0.001$) - Those who said they are not supported by the family environment had greater overall health score compared to those who said they supported by their family environment. Therefore those who said they supported by their family, had better overall health. Also those who said they are not supported by their friendly environment were more general health score compared to those who said they supported by their friendly environment. Therefore those who said they supported by their friendly environment, had better overall health, (f) a statistically significant relationship between the level “Work-related bullying” and the general health status of nurses ($p < 0.001$) - Increase in score scale “Work-related bullying” was associated with an increase in overall health score.

Conclusions: Bullying is a real problem in the workplace of nurses in our country. The effects experienced by nurses is important and mainly affect their mental health symptoms with sovereign stress, insomnia and bad mood. More negative environment that stems mainly from negative behaviors 'on the job' can be associated with worse overall health. Proposed to further research to identify the factors that influence bullying in nursing staff and to collect data on the sources of the phenomenon, the individual elements and reactions involved and the level of awareness among senior management, to identify the actual causes of bullying at work and to enable the elimination of the phenomenon. Educational programs, awareness and information campaigns and legislative interventions could help in this direction.

Key - words: bullying, nursing, harassment, verbal abuse, physical abuse, general health

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1 Adams, A., και Crawford, N. (1992). *Bullying at work: How to confront and overcome it*. London: Virago Press.
- 2 Addington-Hall, M., MacDonald, D., Anderson, R. (1990). Can the Spitzer Quality of Life Index help to reduce prognostic uncertainty in terminal care? *British Journal of Cancer*, 62(4):695-9.
- 3 Adib, Al-Shatti, Kamal, El-Gerges, Al-Raqem. (2002). Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. *International Journal of Nursing Studies*, 39 (4): 469-478.
- 4 Agervold, M. (2009). The significance of organizational factors for the incidence of bullying. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(3): 267-276.
- 5 Ahmed, AS. (2012). Verbal and physical abuse against Jordanian nurses in the work environment. *East Mediterr Health J*,18:318–24.
- 6 Allan HT, Cowie H, Smith P. (2009). Overseas nurses' experiences of discrimination: a case of racist bullying? *Journal of Nursing Management*; 17: 898-906.
- 7 Allen, R. E., και Lucerno, M. A. (1996). Beyond resentment: Exploring organizationally targeted insider murder. *Journal of Management Inquiry*, 5(2), 86-103.
- 8 Allena, L. A., Woolfolkb, R. L. Lehrera, P. M., Garaa, M. A., Escobara, J. I. (2001). Cognitive behavior therapy for somatization disorder: a preliminary investigation. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 53–62.
- 9 Alterman T1, Luckhaupt SE, Dahlhamer JM, Ward BW, Calvert GM. (2013). Job insecurity, work-family imbalance, and hostile work environment: prevalence data from the 2010 National Health Interview Survey. *Am J Ind Med*, 56 (6): 660-669.
- 10 American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: 4th ed.* Washington.
- 11 American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR (4th ed.)*. American Psychiatric Press, 543. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 646–649.
- 12 Anderson C, Parish M. (2003). Report of workplace violence by Hispanic nurses. *J Transcult Nurs*, 14 (3): 237-43.

- 13 Anderson KL. (1995). The effect of chronic obstructive pulmonary disease on quality
of life. *Res Nurs Health*, 18, 547-556.
- 14 Andersson, L. M., και Pearson, C. (1999). Tit for tat? The spiraling effect of incivility
in the workplace. *Academy of Management Review*, 24(3), 454- 471.
- 15 Apgar, V. (1953). A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant.
Anesth Analg, 32:260–267.
- 16 Arcangeli, G, Giorgi G, Ferrero C, Mucci N and Cupelli V.(2014). Prevalence of
workplace bullying in a population of nurses of three Italian hospitals. *G Ital Med Lav
Ergon*, 36(3):181-5.
- 17 Arnold J. Cooper C.L. και Robertson I.T. (1995). *Work Psychology: Understanding
human behaviour in the work place*. 2nd ed, Pitman, London.
- 18 Article be found at: <http://www.dw-world.de/dw/article/0,,5150735,00.html>.
- 19 Assembleia da República. (2000). Projecto de Lei No 252/VIII.
- 20 Baillien, E., De Cuyper, N., & De Witte, H. (2011). Job autonomy and workload as
antecedents of workplace bullying: A two-wave test of Karasek's Job Demand Control
Model for targets and perpetrators. *Journal of occupational and Organizational
Psychology*, 84(1): 191-208.
- 21 Bakker A.B., Killmer C.H., Siegriest J. και Schaufeli W.B. (2000). Effort-reward
imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31:884-891.
- 22 Banks MH, Clegg CW, Jackson PR, Kemp NJ, Stafforg EM, Wall TC. The use of the
General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies.
J Occup Organ Psychol. 2011; 53(3): 187-194 doi: 10.1111/j.2044-
8325.1980.tb00024.x
- 23 Barker P. (2003). *Psychiatric and mental health nursing: the craft of caring*. London:
Arnold. Retrieved 17 December 2010.
- 24 Baron, R. A., και Neuman, J. H. (1998). Workplace aggression - the iceberg beneath
the tip of workplace violence: Evidence on its forms, frequency and targets. *Public
Administration Quarterly*, 21(4), 446-464.
- 25 Baumann A., O'Brien-Pallas A., Armstrong-Stassen M., Blythe J., Bourbonnais R.,
Cameron S., Irvine-Doran D., Kerr M., McGill Hall L., Vezina M., Butt M. και Ryan
L. (2002). *Commitment and Care: The Benefits of a Healthy Workplace for Nurses,
Their Patients and the System*. A Policy Synthesis, Ottawa, ON: Canadian Health

Services Research Foundation.

26 Beck, A. T., Steer, R.A., και Garbin, M.G. (1988) Psychometric properties of the Beck
Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology
Review*, 8(1), 77-100.

27 Beckmann CA, Cannella BL, Wantland D.(2013). Faculty perception of bullying in
schools of nursing. *J Prof Nurs*, 29(5): 287-94.

28 Bellack J.P. (1999). Emotional intelligence: a missing ingredient. *Journal of Nursing
Education*, 38(1):3-4.

Bentley T, Catley B, Cooper-Thomas H, Gardner D, O’Driscoll M, Trenberth L.
29 (2009). *Understanding Stress and Bullying in New Zealand Workplaces*. Final report
to OH&S Steering Committee,

30 Bergner M, Bobbitt A, Carter B και Gibson S. (1981). The Sickness Impact Profile:
Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19: 787-804.

31 Bergner M, Bobbitt RA, Kressel S, et al. (1976) The Sickness Impact
Profile:conceptual formulation and methodology for the development of a health status
measure. *International Journal of Health Service*; 6: 393-415.

32 Berrios, E. (1993). European views on personality disorders: a conceptual
history. *Comprehensive Psychiatry* 34 (1): 14–30.

33 Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. (2002). The validity of the Hospital
Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom*, 52: 69–77.

34 Björkqvist, K., Österman, K., Lagerspetz, K.M.J. (1994). Sex differences in covert
aggression among adults. *Aggressive Behavior*, 20, 27-33.

35 Björkqvist, K., Osterman, K., Hjelt-Back, M. (1994). Aggression among university
employees. *Aggressive Behavior*, 20(2), 173-184.

36 Björkqvist, K, Ostenzan, K. (1992). *Work Harassment Scale*. Abo Academy
University, Turku, Finland.

37 Bjorvatn B, Dale S, Hogstad-Erikstein R, Fiske E, Pallesen S, et al. (2012). Self-
reported sleep and health among Norwegian hospital nurses in intensive care units.
Nurs Crit Care, 17: 180–188.

38 Blackman, M. C., & Funder, D. C. (2002). Effective interview practices for accurately
assessing counterproductive traits. *International Journal of Selection and
Assessment*, 10, 109e116.

- 39 Blakey, P. (1994). *Stretching Without Pain*. Canada: Twin Eagles Educational και
Healing Institute.
- 40 Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. London, New York: Routledge.
- Boey K.W. (1998). Coping and family relationships in stress resistance: A study of job
41 satisfaction of nurses in Singapore. *International Journal of Nursing Studies*, 35: 353-
361.
- 42 Boey KW. (1999). Distressed and stress resistant nurses. *Issues Ment Health Nurs*,
20(1):33-54.
- Bohman M, Cloninger C R, von Knoring A, Sigvardsson S, (1984). An adoption study
43 of somatoform disorders: III. Cross-fostering analysis and genetic relationship to
alcoholism and criminality. *Arch Gen Psychiatry* 41: 872-878.
- 44 Bolman, L. G., και Deal, T. E. (2003). *Reframing organizations: Artistry, choice, and
leadership* (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Borrill, C. S., Wall, T. D. and West, M. A. (1996). *Mental Health of the Workforce of
45 the NHS Trusts, Phase 1: Final Report*. Sheffield/Leeds: Institute of Work Psychology,
University of Sheffield, and Department of Psychology, University of Leeds.
- Boumans N.P.G. και Landeweerd J.A. (1996). A Dutch study of effects of primary
46 nursing on job characteristics and organizational processes. *Journal of Advanced
Nursing*, 24:16-23.
- 47 Bowles, C., και Candela, L. (2005). First job experiences of recent R.N. graduates
improving the work environment. *Journal of Nursing Administration*, 35, 130–137.
- 48 Bowling A. (1992). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*.
Open University Press: Milton Keynes. Philadelphia.
- 49 Bowling A. (1995) *Measuring Disease*. Open University Press, Buckingham.
- 50 Bowling, A. (1997). *Measuring Health. A review of quality of life measurements
scales*. Open University Press, UK, 1997Open University Press.
- 51 Boyd, N. (1995). Violence in the workplace in British Columbia: a preliminary
investigation. *Canadian Journal of Criminology* 37, 491–519.
- 52 Brazier JE, Jones N, Kind P. (1993) Testing the validity of the EuroQol and comparing
it with the SF-36 Health Survey questionnaire. *Quality of Life Research*; 2:169-180.
- 53 British Health Education Authority. *Positive Steps 2000: Surviving the New
Millennium*, 1999.

- 54 Brodsky, C. (1976). *The harassed worker*. Lexington, MA: D.C. Health and Company.
- 55 Broome BS, Williams-Evans S. (2011). Bullying in a caring profession: reasons, results, and recommendations. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 49 (10): 30-5.
- 56 Brouwer M, Schilder M, Stel F, Rovers M, Veenhoven H, Grobbee E, Sanders M και Maille R. (2007). Reliability and validity of functional health status and health-related quality of life questionnaires in children with recurrent acute otitis media. *Quality of Life Research*, 16, 1357-1373.
- 57 Bullinger, M. (1991). Quality of life: definition, conceptualization and implications-a methodological view. *Theoretical Surgery*, 6, 143-148.
- 58 Bullinger, M., και Hasford, J. (1991). Evaluating quality of life measures in German clinical trials. *Controlled Clinical Trials*, 12, 915-1055.
- 59 Burke R.J. and Greenglass E.R. (2001) Hospital restructuring stressors, work-family concerns and psychological well-being among nursing staff. *Community, Work and Family*, 4:49-62.
- 60 Camerino, D., Estry- Behar, M., Conway, P., Hejden, B., Hasselhorn, H. (2007). Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study.
- 61 Camilleri-Brennan J, Steele R. (1999). Measurement of quality of life in surgery. *J R Coll Surg Edinb*, 44:252-259.
- 62 Care Quality Commission. (2009). National survey of NHS staff 2008. Available at <http://www.nhsstaffsurveys.com/Page/1021/Past-Results/Historical-Staff-Survey-Results/>. Accessed October 12, 2013.
- 63 Carpenter, A. (2007). *Muscle*. Anatomy Words. Retrieved October 3, 2012.
- 64 Carter M, Thompson N, Crampton P, Morrow G, Burford B, Gray C and Illing J. (2013). Workplace bullying in the UK NHS: a questionnaire and interview study on prevalence, impact and barriers to reporting. *BMJ Open*, 3(6): e002628.
- 65 Cassitto, M. G., Fattorini, E., Gilloli, R., Rengo, C. και Gonik, V. (2004). *Raising Awareness of Psychological Harassment at Work. Protecting Workers' Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- 66 Catherine R and Chia-ling Wu. (1995). The Links Between Education and Health. *American Sociological Review*, 60:5, 719-745.
- 67 Chen M et al. (1975). Social indicators or health planning and policy analysis. *Policy*

Sciences, 6, 71-89.

68 Chen, P. Y., και Spector, P. E. (1992). Relationships of work stressors with aggression,
withdrawal, theft and substance use: An exploratory study. *Journal of Occupational
and Organizational Psychology*, 65(3), 177-184.

69 Cleary M, Hunt GE, Horsfall J. (2010). Identifying and addressing bullying in nursing.
Issues Ment Health Nurs, 31: 331 - 335.

70 Cleeland S, Ryan M. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory.
Ann Acad Med Singapore 23(2): 129-138.

71 Coccaro F, Bergeman S, McClearn R. (1993). Heritability of irritable impulsiveness: A
study of twins reared together and apart. *Psychiatry Research*, 48:229-242.

72 Code de Travail [C. Trav.] art. L. I22 – 49 (Fr.).

73 Cohen, S., Kamarck, T. και Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived
stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24: 385-396.

74 Concise Medical Dictionary. (2010). Schizophrenia. Oxford University Press.

75 Conill C, Verger E, Salamero M.(1990). Performance status assessment in cancer
patients. *Cancer*,15;65(8):1864-6.

76 Cooper C.L. (1998). *Theories of Organizational Stress*. Oxford: Oxford University
Press.

77 Cooper M, Walker T, Winters K, Williams R, Askew R, Robinson C. (2009). Nursing
students' perceptions of bullying behaviours by classmates. *Issues Educ Res*,10:212-
226.

78 Cooper, C.L., Swanson, N. (2002). *Workplace Violence in the Health Sector: State of
the Art*. ILO, Geneva.

79 Cortina, L. M., Magley, V. J., Williams, J., και Langhout, R. (2001). Incivility in the
workplace: Incidence and impact. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6:64-
80.

80 Costa, E., Barreto, S.M., Uchoa, E., Firma, J.O.A., Lima-Costa, M.F., Prince, M.
(2006). Is the GDS-30 better than the GHQ-12 for screening depression in elderly
people in the community? The Bambui Health Aging Study (BHAS). *International
Psychogeriatrics*, 18 (3): 493-503.

81 Coutts, L. C , και Hardy L. K. (1985). *Teaching for health: The nurse as health
educator*. London: Churchill Livingstone.

- 82 Cowiea H, Naylor P, Riversb I, Smithc P and Pereira b. (2002). Measuring workplace
bullying. *Aggression and Violent Behavior*, 7: 33 – 51.
- Coyne I, Seigne E and Randall P. (1999). Personality traits as predictors of workplace
83 bully – victim status. In: *Proceedings of the British Psychological Society.
Occupational Psychology Conference*, 193 – 198.
- Crandal, R. (1973). The measurement of self-esteem and related constructs, Pp. 80-82
84 in J.P. Robinson και P.R. Shaver (Eds), *Measures of social psychological attitudes.*
Revised edition. Ann Arbor: ISR.
- Crawford, N. (2001). Organisational responses to workplace bullying. InN. Tehrani
85 (Ed.), *Building a culture of respect: Managing bullying at work* (pp.21-31). London:
Taylor και Francis.
- 86 Crick, N. R., και Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender, and social-
psychological adjustment. *Child Development*, 66, 710-722.
- 87 Curtis, J, Bowen, I και Reid, A. (2006). You have no credibility: nursing students'
experiences of horizontal violence. *Nurse Education in Practice*, 7 (3), 156-163.
- 88 Daly C, Duncan J, McDonough P, Williams R. (2002). Optimal indicators of
socioeconomic status for health research. *Am J Public Health*, 92(7):1151-7.
- 89 Davidson, J. R. T., Hughes, D., Blazer, D. G., και George, L. K. (1991). Post-traumatic
stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological Medicine*,
21, 713–721.
- 90 Dellasega A. (2009). Bullying among nurses. *Am J Nurs*, 109:52-58.
- 91 DeMarco RF, Roberts SJ, Chandler GE. (2005). The use of a writing group to enhance
voice and connection among staff nurses. *J Nurses Staff Dev*, 21 (3): 85–90.
- 92 Diaz AL, McMillin JD. (1991). A definition and description of nurse abuse. *West J
Nurs Res*, 13(1):97-109.
- 93 DiMatteo και Martin. (2006). *Introduction to health psychology*. Greek letters, Athens.
- 94 Donatello, R. (2005). *Health, The Basics*. San Francisco: Pearson Education, Inc.
- 95 Duddle M, Boughton M. (2007). Intraprofessional relations in nursing. *J Adv Nurs*,
59:29 - 37.
- 96 Duffy, M. (2009). Preventing workplace mobbing and bullying with effective
organizational consultation, policies and legislation. *Consulting Psychology Journal:
Practice and Research*, 61, 242-262.

- 97 Edwards SL, O'Connell CF. (2007). Exploring bullying: Implications for nurse
educators. *Nurse Education in Practice*, 7:26–35.
- Einarsen S, Hoel H. (2001). The Negative Acts Questionnaire: Development,
98 validation and revision of a measure of bullying at work. In: Paper presented at the
10th European Congress on Work and Organizational Psychology. Prague 2001.
- Einarsen S., Raknes B.I., Matthiesen S.B.M. and Hellestøy O.H. (1996). Bullying at
99 work and its relationships with health complaints - moderating effects of social support
and personality', *Nordisk Psykologi*, Vol. 48, pp. 116-37.
- Einarsen, S. (1999). The nature and causes of bullying at work. *International Journal of*
100 *Manpower*, 20(1/2), 16-27.
- Einarsen, S. (2000). Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian
101 approach. *Aggress Violent Behav*, 5:379–401.
- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., και Cooper, C. L.(2003). The concept of bullying at
102 work. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf και C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and emotional
abuse in the workplace: International perspectives in research and practice*.(pp. 3-30).
London: Taylor και Francis.
- Einarsen, S., Matthiesen, S. B. και Mikkelsen, E. G. (1999). Tiden leger alle sår?
103 Senvirkninger av mobbing i arbeidslivet. Bergen: Department of Psychosocial Science,
University of Bergen.
- Einarsen, S., Raknes, B.I., Matthiesen, S.B., και Hellestøy, O.H. (1994). Mobbing og
104 personkonflikter: Helsefarlig samspill på arbeidsplassen. *Bullying and personified
conflicts: Health-endangering interaction at work*.Bergen, Norway: Sigma Forlag.
- Einarsen, S., και Raknes, B. I. (1997). Harassment in the workplace and the
105 victimization of men. *Violence and Victims*, 12, 247-263.
- Eldevik MF, Flo E, Moen BE, Pallesen S, Bjorvatn B. (2013). Insomnia, Excessive
106 Sleepiness, Excessive Fatigue, Anxiety, Depression and Shift Work Disorder in Nurses
Having Less than 11 Hours in-Between Shifts. *PLoS ONE*, 8(8): e70882.
- El-Gilany A, El-Wehady A, Amr M. (2010). Violence against primary health care
107 workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *J. of Interpersonal, Violence*, 25: 716–734.
- Engel G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.
108 *Science* 196 (4286): 129–136.
- Erika C. Collins. (2011). Workplace Bullying: a Global Issue. *New York Law Journal*,
109 Oct. 24, 2011.

- 110 Eriksen W, Tambs K, Knardahl S. (2006). Work factors and psychological distress in
nurses' aides: a prospective cohort study, *BMC Public Health*, 28 (6):290.
- Eriksson I., Unden A. L., Elofsson S., (2001). Self- rated health. Comparisons between
111 three different measures. Results from a population study. *International Journal of
Epidemiology*, 30: 326- 333.
- European Commission, (2011). *Reducing health inequalities in the European Union*.
112 Luxembourg, The Publications Office of the European Union, 3-11.
- European Foundation For the Improvement of Living and Working Conditions (2007).
113 *Violence, bullying and harassment in the workplace*. Ireland.
- European Foundation For The Improvement of Living and Working Conditions
114 *Report: Foundation Findings: Physical and psychological violence at the workplace*,
September 2010.
- Failde I, Ramos I, Fernandez-Palacin F. (2000). Comparison between the GHQ-28 and
115 SF-36 (MH 1-5) for the assessment of the mental health in patients with ischaemic
heart disease. *Eur J Epidemiol*, 16 (4): 311-6.
- Fairburn G, Walsh T. (1995). Atypical eating disorders. In Brownell KD, Fairburn CG
116 (eds): *Eating disorders and Obesity: A comprehensive Textbook*. New York: Guildford
Press, 135.
- Farrell, A. (1999). Aggression in clinical settings: Nurses' views – a follow-up study. *J*
117 *Adv Nurs* 1999, 29:532–541.
- Farrell, G.A., Bobrowski, C., Bobrowski, P.(2006). Scoping workplace aggression in
118 nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing* 55 (6), 778–
787.
- Farrell, GA (1997) Aggression in clinical settings: nurses' views. *Journal of Advanced*
119 *Nursing* 25 (3), 501-508.
- Felblinger, D. (2008). Incivility and bullying in the workplace and nurses ' shame
120 respons es. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 3 7(2), 234-242.
- Ferrans CE, Powers MJ. (1985) *Quality of Life Index: development and psychometric*
121
- Ferrell R, Ferrell B, Ahn C, Tran K. (1994). Pain Management for Elderly Patients
122 with Cancer at Home. *Cancer*, 74(7):2139-2146.
- Ferrell R, Rhiner M, Cohen M, Grant M. (1991). Pain as a Metaphor for Illness. Part I:
123 *Impact of Cancer Pain on Family Caregivers*. *Oncology Nursing Forum*, 18(8):1303-

1309.

Ferris, P. (2004). A Preliminary Typology of Organisational Response to Allegations
124 of Workplace Bullying: See no Evil, Hear no Evil, Speak no Evil. *British Journal of
Guidance & Counselling*, 32(3), 389-395.

Ferris, P. (2009). The Role of the Consulting Psychologist in the Prevention, Detection
125 and Correction of Bullying and Mobbing in the Workplace. *Consulting Psychology
Journal: Practice and Research*, 61(3), 169-189.

Feyer A, Herbison P, Williamson A, Silva I, Mandryk J, Hendrie L, Hely M. (2000).
126 The role of physical and psychological factors in occupational low back pain: a
prospective cohort study. *Occup Environ Med*, 57 (2): 116–120.

Finne LB, Knardahl S, Lau B. (2011). Workplace bullying and mental distress - a
127 prospective study of Norwegian employees. *Scand J Work Environ Health*. 2011, 37
(4): 276-87.

Fitzpatri R, Davey C, Buxton J και Jones R . (1998). Evaluating patient based outcome
128 measures for use in clinical trials. *Health Technology Assessment (Electronic
Version)*.

Fitzpatrick J, While A, Roberts J. (1999). Shift work and its impact upon nurse
129 performance: current knowledge and research issues. *J Adv Nurs*, 29:18–27.

Fitzpatrick R, Davey C, Buxton J, Jones R. (1998). Evaluating patient-based outcome
130 measures for use in clinical trials. *Health Technol Assess*, 1-74.

Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51,
131 327–358.

Flo E, Pallesen S, Mageroy N, Moen BE, Gronli J, et al. (2012). Shift work disorder in
132 nurses – assessment, prevalence and related health problems. *PLoS One* 7: e33981.

Fodchuk, K. M. (2007). Work environments that negate counterproductive behaviors
133 and foster organizational citizenship: research-based recommendations for managers.
Psychologist Manager Journal, 10, 27e46.

Fontaine R και Barofsky I. (2001). Obesity and health-related quality of life:Review.
134 *Obesity Reviews*, 2, 173-182.

Fontes KB(1), Santana RG, Peloso SM, Carvalho MD. (2013). Factors associated with
135 bullying at nurses' workplaces. *Rev Lat Am Enfermagem*, 21 (3): 758-64.

136 Fornés J, Cardoso M, Castelló JM, Gili M. (2011). Psychological harassment in the

- nursing workplace: an observational study. *Arch Psychiatr Nurs*, 25(3):185-94.
- 137 Fowler, H. W., και Fowler, F. G. (1951 reprinted in 1960). *The concise Oxford dictionary of current English*, (4th ed.) . London, England: Oxford University.
- 138 Fox, S., Stallworth, L. E. (2009). Building a framework for two internal organizational approaches to resolving and preventing workplace bullying: alternative dispute resolution and training. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 61, 220e241.
- 139 Gaffney DA, Demarco RF, Hofmeyer A, Vessey JA, Budin WC. (2012). Making things right: nurses' experiences with workplace bullying-a grounded theory. *Nurs Res Pract*.
- 140 Galanaki, E., Papalexandris, N. (2011). Exploring Workplace Bullying in Greece: Frequency of occurrence and handling of measurement issues, under the light of previous research findings at the international level. *European Academy of Management 2011 Conference: Management Culture in the 21st Century*, Tallinn, Estonia, June 1-4, 2011. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1831425>.
- 141 Gardner, S., Johnson, P. R. (2001). The Leaner, Meaner Workplace: Strategies for Handling Bullies at Work. *Employment Relations Today*, 28(2), 23-36.
- 142 Garratt A, Schmid L, Mackin Tosh A και Fitzpatri R. (2002). Quality of life measurement: Bibliographic study of patient assessed health outcomes measures. *British Medical Journal* 324, 1417-1423.
- 143 Garratt, A. M., Hutchinson, A., και Russell, I. (2001). The UK version of the Seattle Angina Questionnaire (SAQ- UK): Reliability, validity and responsiveness. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 907–915.
- 144 Geiger-Brown J, Trinkoff A, Rogers VE. (2011). The impact of work schedules, home, and work demands on self-reported sleep in registered nurses. *J Occup Environ Med*, 53: 303–307.
- 145 Gelder M, Mayou R, Geddes J. (2005). *Psychiatry*. 3rd ed. Oxford. New York. Oxford University Press, 75.
- 146 Giorgi G., Arenas A., and Leon-Perez J. M. (2011). An operative measure of workplace bullying: the negative acts questionnaire across Italian companies. *Industrial Health*, 49(6): 686e695.
- 147 Giovanni C. (1996). The impact of shift and night work on health. *Appl Ergonom*, 27:9–16.

- 148 Glendinning, P. M. (2001). Workplace bullying: curing the cancer of the American
workplace. *Public Personnel Management*, 30, 269.
- 149 Goldberg D, Williams P. (1988). A user's guide to the General Health
Questionnaire. NFER NELSON Publishing company Ltd. Windsor.
- 150 Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O and Rutter C.
(1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in
general health care. *Psychological Medicine*, 27: 191–197.
- 151 Goldberg DP, Hillier VF. (1979). A scaled version of the General Health
Questionnaire. *Psychol Med*, 9:139-45.
- 152 Goldberg DP. (1978). Manual of the general health questionnaire. NFER Publishing.
- 153 Goldberg E. (2006). Fight social bullying. *Men in Nursing*, 6:41–45.
- 154 Goldberg, D. P., Blackwell, B. (1970). Psychiatric illness in general practice: A
detailed study using a new method of case identification. *BMJ: British Medical
Journal*, 2(5707), 439-443.
- 155 Goldberg, D.P. (1978) Manual of the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-
Nelson.
- 156 Gonzalez Trijueque D., and Grana Gomez J. L. (2010). Workplace bullying:
Prevalence and descriptive analysis in a multi-occupational sample. *Psychology in
Spain*, 14(1), 15e21.
- 157 Gray M. (1982). Inequalities in health. *The Black Report: a summary and comment.*
Int J Health Serv. 12(3):349-80.
- 158 Gray T.P, Anderson G.J. (1981). Stress among hospital nursing staff: its causes and
effects, *Soc. Sci. Med*, 15 (5): 639-647.
- 159 Griffin M. (2004). Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: An
intervention for newly licensed nurses. *J Contin Educ Nurs*, 35 (6): 257–263.
- 160 Groeblichhoff, D., Becker, M. (1996). A Case Study of Mobbing and the Clinical
Treatment of Mobbing Victims. *European Journal of Work & Organizational
Psychology*, 5(2), 277.
- 161 Guyatt H , Feeny H και Patri L. (1993) Measuring health-related quality of life. *Annals
of Internal Medicine*, 118, 622-629.
- 162 Hallberg M, Strandmark K.(2006). Health consequences of workplace bullying:
Experiences from the perspective of employees in the public service sector. *Int J Qual*

Studies ,1:109–119.

163 Hankins M, (2008). The factor structure of the twelve item General Health
Questionnaire (GHQ-12): the result of negative phrasing? *Clin Pract Epidemiol Ment*
Health. 2008; 4: 10. Published online 2008 Apr 24. doi: 10.1186/1745-0179-4-10
PMCID: PMC2373289.

164 Hann DM, Jacobsen PB, Azzarello LM, Martin SC, Curran SL, Fields KK, Greenberg
H, Lyman G. (1998). Measurement of fatigue in cancer patients: development and
validation of the Fatigue Symptom Inventory. *Qual Life Res*. 1998 May;7(4):301-10.

165 Hansen ÅM, Høgh A, Persson R. (2011). Frequency of bullying at work, physiological
response, and mental health. *J Psychosom Res*, 70 (1): 19-27.

166 Hansen, A., Høgh, A., Persson, R., Karlson, B., Garde, A., και Orbaek, P. (2006).
Bullying at work, health outcomes and physiological stress response. *Journal of*
Psychosomatic Research, 60 (1): 63-72.

167 Happell, B. (2008). Putting all the pieces together: exploring workforce issues in
mental health nursing. *Contemporary Nurse* 29, 43–52.

168 Harper, D. (2012). Muscle. *Online Etymology Dictionary*. Retrieved October 3, 2012.

169 Harvey, M., D. Treadway, et al. (2006). Bullying in global organizations: A reference
point perspective. *Journal of World Business* 41(2): 190-202.

170 Harvey, M., Treadway, D., Heames J.(2007). The occurrence of bullying in global
organizations: A model and issues associated with social/emotional contagion. *Journal*
of Applied Social Psychology 37 (11), 2576-2599.

171 Harvey, S., και Keashly, L. (2003b). Rumination: A psychological mechanism for
transmitting and maintaining the effect of emotional abuse at work. *Proceedings of the*
American Society for Business and the Behavioral Sciences, 10, 593–601.

172 Haywood L, Garratt M και Fitzpatri R. (2005). Quality of life in older people: A
structured review of generic self-assessed health instruments. *Quality of Life Research*,
14, 1651-1668.

173 Hegney, D., Tuckett, A., Parker, D., Eley, R.M. (2010). Workplace
violence:differences in perceptions of nursing work between those exposed and those
not exposed: a cross-sector analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 16 (2),
188–202.

- 174 Heistaro S., Jousilahti P., Lahelma E., Vartiainen E., Puska P., (2001), “Self- rated
health and mortality: a long- term prospective study in eastern Finland”, *Journal of
Epidemiology and Community Health*, 55: 227- 232.
- 175 Henry J, Ginn GO. (2002). Violence prevention in healthcare organizations within a
total quality management framework. *J Nurs Adm*, 32:479–486.
- 176 Hoel, H., και Cooper, C. L. (2000). *Destructive conflict and bullying at work.*
Manchester: University of Manchester Institute of Science and Technology (UMIST).
- 177 Hoel, H., και Salin, D. (2003). Organisational antecedents of workplace bullying. In S.
Einarsen, H. Hoel, D. Zapf και C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and emotional abuse in
the workplace: International perspectives in research and practice* (pp. 203-218).
London: Taylor και Francis.
- 178 Hogh A, Hoel H, Carneiro IG. (2011). Bullying and employee turnover among
healthcare workers: a three-wave prospective study. *Journal of nursing management*,
19(6):742-51.
- 179 Holme, C. A. (2006). Impact not Intent. *Industrial & Commercial Training*, 38(5), 242-
247.
- 180 <http://www.tuc.org.uk/workplace/tuc-19681-f0.cfm#tuc-19681-18>.
- 181 http://www.unison.org.uk/asppresspack/pressrelease_view.asp?id=2334.
- 182 Hunt M, Mckenn P, Mceven J, Williams J και Papp E. (1981). The Nottingham Health
Profile: subjective health status and medical consultations. *Social Science and
Medicine*, 15, 221-229.
- 183 Hunt M. (1997). The problem of quality of life. *Quality of Life Research*, 6, 205-212.
- 184 Hunter M. (2003). The Women’s Health Questionnaire (WHQ): Frequently Asked
Questions (FAQ). *Health Qual Life Outcomes*, 1:41.
- 185 Huntington A, Gilmour J, Tuckett A, Neville S, Wilson D, Turner C. (2011). Is
anybody listening? A qualitative study of nurses' reflections on practice. *Journal of
Clinical Nursing*, 20(9-10):1413-22.
- 186 Hutchinson M, Jackson D, Wilkes L, Vickers H. (2008). A new model of bullying in
the nursing workplace: Organizational characteristics as critical antecedents. *ANS Adv
Nurs Sci*, 31:E60–E71.
- 187 Hutchinson M, Vickers MH, Jackson D, Wilkes L. (2006). They stand you in a corner;
you are not to speak: nurses tell of abusive indoctrination in work teams dominated by

- bullies. *Contemporary Nurse*, 21: 228-238.
- 188 Hutchinson M. (2009). Restorative approaches to workplace bullying: Educating nurses
towards shared responsibility. *Contemp Nurse*, 32 (1-2): 147–155.
- 189 Hutchinson M, Vickers MH, Wilkes L, Jackson D. (2010). A typology of bullying
behaviours: the experiences of Australian nurses. *J Clin Nurs*, 19:2319-2328.
- Idler E. L. 122-51. One measure that employers must take is preparing a written
190 document displaying workplace rules, which includes a provision prohibiting moral
harassment. Id. art. L. 122-34.
- Idler E. L., Benyamini Y., (1997), “Self- rated health and mortality: a review of
191 twenty- seven community studies”, *Journal of Health and Societal Behavior*, 38:21-
37.
- 192 Idler E. L., Kasl S., (1991), “Health perceptions and survival: do global evaluations of
health status really predict mortality? ”, *Journal of Gerontology*, 46: 55- 65.
- 193 International Council of Nurses (ICN). (2006). Position Statement: Abuse and violence
against nursing personnel, Geneva, Switzerland.
- Jackson D, Firtko A, Edenborough M. (2007). Personal resilience as a strategy for
194 surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal
of Advanced Nursing*, 60 (1): 1-9.
- Jackson D, Peters K, Andrew S, Edenborough M, Halcomb E, Luck L, Salamonson Y,
195 Weaver R, Wilkes L. (2010). Trial and retribution: a qualitative study of
whistleblowing and workplace relationships in nursing. *Contemp Nurse*, 36 (1-2): 34-
44.
- 196 Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. Basic Books, New
York.
- 197 Jasmine, T. (2009). Art, science, or both? Keeping the care in nursing. *Nursing Clinics
of North America*, 44(4), 415-421.
- JH Neuman nad RA Baron (1997). Aggression in the workplace. RA Giacalone, J
198 Greenberg (Eds.), *Antisocial behavior in organizations*, Sage Publications, London,
37–67.
- Jhingran, P., Osterhaus, J. T., Miller, D. W., Lee, J. T., και Kirchdoerfer, L. (1998).
199 Development and validation of the Migraine-Specific Quality of Life
Questionnaire. *Headache*, 38(4), 295–302.
- 200 Jinks, A. M., and Bradley, E. (2003). Angel, handmaiden, battleaxe or whore? A study

- which examines changes in newly recruited student nurses' attitudes to gender and nursing stereotypes. *Nurse Education Today*, 24(2), 121-127.
- 201 Johnson L and Rea E. (2009). Workplace bullying: concerns for nurse leaders. *J Nurs Adm*, 39:84-90.
- 202 Johnson L.(2009). Review article: International perspectives on workplace bullying among nurses: A review. *Int Nurs Rev*, 56 (1): 34–40.
- 203 Johnson, S. (2009). International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. *International Nursing Review* 56, 34–40.
- 204 Johnson, S., και Rea, R. E. (2009). Workplace bullying:Concerns for nurse leaders. *The Journal of Nursing Administration*, 39, 84–90.
- 205 Johnston M, Phantharath P, Jackson BS. (2010). The bullying aspect of workplace violence in nursing. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2010; 32(4):36 - 42.
- 206 Johnston V. (2010). Germany Workplace bullying trial begins. *Deutsche Welle*. Available at: <http://www.dw.de/workplace-bullying-trial-begins/a-5150735-1>. Accessed September 30, 2013.
- 207 Jones M, Rona RJ, Hooper R, Wessley S. (2006). The burden of psychological symptoms in UK Armed Forces. *Occup Med (Lond)*, 56 (5): 322-8. Epub 2006 May 23.
- 208 Jorgensen Huston, C. (2003). Quality health care in an era of limited resources: Challenges and opportunities. *Journal of Nursing Care Quality*, 18(4), 1-12.
- 209 Juniper F, Guyatt H, Epstein S, Ferrie J, Jaeschke R, Hiller K. (1992). Evaluation of impairment of health-related quality of life in asthma: development of a questionnaire for use in clinical trials. *Thorax*, 47: 76-83.
- 210 Juniper F, Guyatt H, Feeny H, Ferrie J, Griffith E. (1996). Townsend M. Measuring quality of life in children with asthma. *Qual Life Res*, 5: 35 -46.
- 211 Juniper F, Guyatt H, Willan A, Griffith E. (1994). Determining a minimal important change in a disease-specific quality of life instrument. *J Clin Epidemiol*, 47: 81-87.
- 212 Kain J. (2008). The relationship between workplace incivility and strain: Equity sensitivity as a moderator. Unpublished Thesis, Bowling Green State University.
- 213 Kaj Björkqvist, Karin Österman, Monika Hjelt-Bäck (1994). Aggression among university employees. *Aggressive Behavior*, 20:173–184.
- 214 Kalogeropoulou M, Mourdoukoutas P. (2009). *Health Services. Organisation and Management, Efficiency, Quality*. Volume II, Klidarithmos, Athens.

- 215 Kaplan RM, Anderson JP. (1988) A General Health Policy Model: update and applications. *Health Service Research*; 23: 203-235.
- Aquino K. (2000). Structural and Individual Determinants of Workplace
216 Victimization: The Effects of Hierarchical Status and Conflict Management Style. *Journal of Management* 26: 171-193.
- 217 Katz T, Ford B, Mosowitz W, Jackson A, Jaffe W. (1963). Studies of illness in the aged. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*: 185: 914-919.
- 218 Keashly, L. (1998). Emotional abuse in the workplace: Conceptual and empirical issues. *Journal of Emotional Abuse*, 1(1), 85 – 117.
- Keashly, L., και Nowell,B.L.(2003).Conflict, conflict resolution and bullying. In S. Einarsen, H. Hoel, . apf και C.L. Cooper (Eds.),*Bullying and emotional abuse in the*
219 *workplace: International perspectives in research and practice.*(pp.339-358).London: Taylor και Francis.
- Keller D, Ware E, Bentler M, Aaronson K, Alonso J, Apolone G, Bjorner B, Brazier J, Bullinger M, Kaasa S, Leplege A, Sullivan M και Gande B. (1998). Use of structural
220 equation modelling to test the construct validity of the SF-36 health survey in ten countries: Results from the IQOLA project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51,1179-1188.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ,
221 Walters EE, Wang PS. (2003).The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*,289:3095-3105.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., και Nelson, C. B. (1995).
222 Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, .et al. (2002). Short screening scales to monitor
223 population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-956.
- 224 Kiebzak M, Leamy J, Pierson M, Nord H, Zhang Y. (2000). Measurement precision of body composition variables using the lunar DPX-L densitometer. *J Clin Densitom.*
- 225 Kinderman P. (2013). Explainer: what is the DSM?. *The Conversation Australia*. The Conversation Media Group.
- 226 Kitchener A, Jorm F. (2002). Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*, 2:10

- 227 Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J. (2000). Workplace bullying and sickness
absence in hospital staff. *Occup Environ Med*, 57 (10):656-60.
- Kivimäki M, Virtanen M, Vartia M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Järvinen L.
228 (2003). Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression.
Occup Environ Med, 60 (10): 779-83.
- 229 Kleinpell RM, Ferrans CE. (2002) Quality of life of elderly patients after treatment in
the ICU. *Research in Nursing and Health*; Jun. 25(3): 212-21.
- Krol B, Sanderman R, Moum T, Suurmeijer T, Doeglas D, Krijnen W, Robinson I,
230 Briançon S, Bjelle A, Heuvel van den W. (1994). A comparison of the General Health
Questionnaire-28 between patients with rheumatoid arthritis from The Netherlands,
France, Sweden, and Norway. *Eur J Psychol Assess*, 10:93-101.
- Kwok RP, Law YK, Li KE, Ng YC, Cheung MH, Fung VK, Kwok KT, Tong JM, Yen
231 PF, Leung WC. (2006). Prevalence of workplace violence against nurses in Hong
Kong. *Hong Kong Med J*, 12 (1): 6-9.
- Landgraf JM, Nelson EC. (1992) Dartmouth COOP primary care network. Summary
232 of the WONCA/COOP international health assessment field trial. *Australian Family
Physician*; 21: 255-269.
- 233 Laschinger HK, Grau AL, Finegan J, Wilk P. (2010). New graduate nurses'
experiences of bullying and burnout in hospital settings. *J Adv Nurs*, 66 (12):2732-42.
- 234 Lau, J.B., Magarey, J. (2006). Review of research methods used to investigate violence
in the emergency department. *Accident and Emergency Nursing* 14, 111–116.
- 235 Leidy NK. (1994). Functional status and the forward progress of merry-go-rounds:
Toward a coherent analytical framework. *Nurs Res*, 43, 196-202.
- 236 Leiter M. P. and Harvie P. L. (1996). Burnout among mental health workers: a review
and a research agenda. *International Journal of Social Psychiatry*, 42:90–101.
- 237 Len C, Goldenberg J, Ferraz MB, Hilário MO, Oliveira LM, Sacchetti S. (1994).
Crosscultural reliability of the Childhood Health Assessment Questionnaire. *J
Rheumatol*, 21(12):2349-52.
- 238 Lewis A. (2006). Nurse bullying: Organizational considerations in the maintenance
and perpetration of health care bullying cultures. *J Nurs Manag*, 14:52–58.
- 239 Lewis E, Orford J. (2005). Women's experiences of workplace bullying: Changes in
social relationships. *J Commun Appl Psychol*, 15:29–27.

- 240 Lewis E. (2006). Recognition of workplace bullying: A qualitative study of women
targets in the public sector. *J Commun ApplPsychol*, 16:119–135.
- 241 Lewis, C. (1992). *Employee selection*. Cheltenham: Stanley Thornes.
- Lewis, J., Coursol, D. & Herting Wahl, K. (2002). Addressing Issues of Workplace
242 Harassment: Counseling the Targets. *Journal of Employment Counseling*, 39(3),
109-116.
- 243 Leymann H, Gustafsson A.(1996). Mikkelsen G, Einarsen S.(2002). Hallberg M,
Strandmark K.(2006).
- 244 Leymann H, Gustafsson A.(1996). Mobbing at work and the development of post-
traumatic stress disorders. *Eur J Work Organ Psychol*, 5:251–275.
- 245 Leymann H. (1996). The content and development of mobbing at work. *Eur J Work
Organ Psychol* ,5:165–184.
- 246 Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and
Victims*, 5(1), 119-126.
- Leymann, H., και Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the development of
247 post-traumatic stress disorders. *European Journal of Work and Organizational
Psychology*, 5(3), 251-275.
- 248 Li Y-X, Zhang L.(2010). Relationship of workplace bullying with job burnout, job
satisfaction and health in nurses.*Chinese Mental Health Journal*, 24: 625-628, 632.
- Liefooghe, A. P. D., και MacKenzie - Davey, K. (2001). Accounts of workplace
249 bullying: The role of the organization. *European Journal of Work and Organizational
Psychology*, 10(4), 375-392.
- 250 Liefooghe, A., και Olafsson, R. (1999). “Scientists” and “amateurs”: mapping the
bullying domain. *International Journal of Manpower*, 20, 39–49.
- 251 Lin YH, Liu HE. (2005). The impact of workplace violence on nurses in South
Taiwan. *Int J Nurs Stud*, 42 (7): 773-8.
- 252 Lockhart, K. (1998). Experience from a Staff Support Service. *Journal of Community
and Applied Social Psychology*, 7(3), 193-198.
- 253 Longo, J. (2013). Bullying and the older nurse. *J Nurs Manag*, 21(7):950-5.
- 254 Lopez, Shane J., Snyder, C. R. (2003). Positive psychological assessment. *A
Handbook of Models and Measures*. American Psychological Association.
- 255 Lorho F, Hilp U. (2001). Bullying at work. *SOCI 108*, August 2001, EN (original).

- 256 Lowenstein LF. (2013). Bullying in nursing and ways of dealing with it. *Nurs Times*,
109 (11): 22-5.
- 257 Ludermir AB. (2008). Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades.
Physis, 18 (3):451-67.
- 258 Lutgen - Sandvik, P. (2006). Take this job and ... Quitting and other forms of
resistance to workplace bullying. *Communication Monographs*, 73(4), 406-433.
- 259 Lutgen - Sandvik, P., Tracy, S.J., και Alberts, J. K. (2007). Burned by bullying in the
American workplace: Prevalence, perception, degree, and impact. *Journal of
Management Studies*, 44(6), 837-862
- 260 Lutgen - Sandvik, P., και McDermott, V. (2008). The constitution of employee-
abusive organizations: A communication flows theory. *Communication Theory*,18(2),
304-333.
- 261 Lutgen Sandvik, P.(2003). The communicative cycle of employee emotional abuse:
Generation and regeneration of workplace mistreatment. *Management Communication
Quarterly*, 16 (4), 471-501.
- 262 Lutgen Sandvik, P.(2008b).Intensive remedial identity work: Responses to workplace
bullying trauma and stigma. *Organization*, 15(1), 97-119.
- 263 Lutgen-Sandvik, P., Tracy, S. J., και Alberts, J. K. (2007). Burned by bullying in the
American workplace: Prevalence, perception, degree, and impact. *Journal of
Management Studies*, 44(6), 837-862.
- 264 Macintosh J, Wuest J, Gray MM, Cronkhite M. (2010).
Workplace bullying in health care affects the meaning of work. *Qual Health Res*, 20
(8): 1128-41. Epub 2010 May 12.
- 265 Maille AR, Koning CJM, Kaptein AA. (1994). Developing a quality-of-life
questionnaire for patients with respiratory illness. *Monaldi Arch Chest Dis*, 49:76-8.
- 266 Mäkikangas A, Feldt T, Kinnunen U, Tolvanen A, Kinnunen ML, Pulkkinen L.
(2006). The factor structure and factorial invariance of the 12-item General Health
Questionnaire (GHQ-12) across time: evidence from two community-based samples.
Psychol Assess, 18 (4): 444-51.
- 267 Marks, D. et al. (2000). *Health Psychology: theory, research and practice*. London:
Sage.
- 268 Matthiesen, S., και Einarsen, S. (2001). MMPI-2 configurations among victims of
bullying at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10, 467-

- 269 Mattice, C.M., και Garman, K. (2010). Proactive Solutions for Workplace Bullying:
Looking at the Benefits of Positive Psychology. Retrieved 2013-04-18.
- 270 Mayer, B.W., Smith, F., King, C. (1999). Factors associated with victimization of
personnel in emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*, 25 (5): 361-366.
- 271 McDowell, I., Newell, C. (1996). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and
Questionnaires*. (2nd edition). New York, Oxford: Oxford University Press.
- 272 McGhee, P. and Miell, D. 1988. Relationships, social networks and social interaction:
an exploration in diary methodologies in Miell, D. (ed.) *Doing Social Psychology*.
Milton Keynes: Open University.
- 273 McKenna, B., Smith, N., Poole, S., and Coverdale, J. (2003). Horizontal violence:
Experiences of Registered Nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced
Nursing*, 42 (1): 90-96.
- 274 McMurray R, Heaton J, Sloper P, Nettleton S. (1999). Measurement of patient
perceptions of pain and disability in relation to total hip replacement: The place of the
Oxford hip score in mixed methods. *Qual Health Care*, 8:228–33.
- 275 Melzack R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring
methods. *Pain* 1 (3): 277–99.
- 276 Mercer, M. (2007). *The Dark Side of the Job: Violence in the Emergency Department*.
- 277 Mercler M, Schraub S, Bransfield B, Fournier A. (1992). Acceptance and differential
perceptions of quality of life measures in a French oncology setting. *Quality of Life
Research*: 1: 53-61.
- 278 Michael Sheehan, (1999). Workplace bullying: responding with some emotional
intelligence. *International Journal of Manpower*, Vol. 20 Iss: 1/2, pp.57 – 69.
- 289 Mikkelsen G, Einarsen S.(2002). Basic assumptions and symptoms of post-traumatic
stress among victims of bullying at work. *Eur J Work Organ Psychol*, 11:87–111.
- 280 Mikkelsen, E. G. και Einarsen, S. (2001). Bullying in Danish worklife: Prevalence and
health correlates. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10, 393-
414.
- 281 Millon, T, Roger D. (1996). *Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond*. New
York: John Wiley και Sons, Inc, 226.

- Moody L, McCormick K, Williams A. (1990). Disease and symptom severity,
282 functional status, and quality of life in chronic bronchitis and emphysema. *J Behav
Med*, 13, 297-306.
- Mooney A. (2006). Quality of life: Questionnaires and questions. *Journal of Health
283 Communication*, 11, 327-341.
- Moser J, Hajcaka G, Simons R, Foa E.(2005). Posttraumatic stress disorder symptoms
284 in trauma-exposed college students: The role of trauma-related cognitions, gender, and
negative affect. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 1039–1049.
- Muala and Bin Ali. (2012). The relationship between job demand and workplace
285 bullying: study among jordanian nurses. 2nd Annual Summit on Business and
Enterepreneurial Studies, (2nd ASBES 2012).
- Murray J. (2008a). No more nurse abuse. Let's stop paying the emotional, physical,
286 and financial costs of wo rkplace abuse. *American Nurse Today*, 3(7), 17-19.
- Murray J. (2009). Workplace bullying in nursing: a problem that can't be ignored.
287 *Medsurg Nurs*,18:273-276.
- Nachreiner, N.M., Gerberich, S.G., McGovern, P.M., Church, T.R., Hansen, H.E.,
288 Geisser, M.S., Ryan A. (2005). Relation between policies and work related assault:
Minnesota Nurses' Study. *Occupational και Environmental Medicine*, 62 (10): 675–
681.
- Nam, W., Kim, J., Kim, Y., Koo, J., & Park, C. (2010). The reliability and validity of
289 the negative acts questionnaire-revised (NAQ-R) for nurses for the assessment of
workplace bullying. *Korean Journal of Occupational and Environment Medicine*, 22(2):
129-139
- 290 Namie G and Namie R. (2001). *Excerpts from The Bully-Free Workplace*. Wiley .
- 291 Namie G. , Namie R., (2009). *The Bully at Work: What You Can Do to Stop the Hurt
and Reclaim Your Dignity on the Job*. Sourcebooks.
- 292 Namie, G. (2003). *Workplace Bullying: Escalated Incivility*. *Ivey Business Journal
Online*, 1- 6.
- 293 Namie, G., και Namie, R. (2000). *The bully at work: What you can do to stop the hurt
and reclaim your dignity on the job*. Naperville, IL: Sourcebooks.
- 294 National Institute of Mental Health. (2008). *Depression*. NIH publication No. 08
3561, revised 2008.

- 295 Needham, A.W.(2003).Workplace bullying: The costly business secret. Auckland:
Penguin Books.
- 296 Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R.J., Fischer, J.E., Dassen, T. (2005). Non-
somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of
Advanced Nursing*, 49: 283–296.
- 297 Nelson EC, Wasson J, Kirk J, et al. (1987) Assessment of function in routine clinical
practice: description of the COOP Chart method and preliminary findings. *Journal of
Chronic Disease*; 40(suppl 1): 55S-63S.
- 298 Neuman, J. H., και Baron, R. A. (1997). Aggression in the workplace. In R. A.
Giacalone και J. Greenberg (Eds.), *Antisocial behavior in organizations* (pp. 37-67).
Thousand Oaks, CA: Sage.
- 299 Niedhammer I, David S, Degioanni S. (2006). Association between workplace
bullying and depressive symptoms in the French working population. *J Psychosom
Res*, 61 (2): 251-9.
- 300 Nielsen MB, Hetland J, Matthiesen SB, Einarsen S. (2012). Longitudinal relationships
between workplace bullying and psychological distress. *Scand J Work Environ Health*,
38 (1): 38-46.
- 301 Nolan P, Smojkis M. (2003). The mental health of nurses in the UK. *Advances in
Psychiatric Treatment*, 9 (5): 374-379.
- 302 Normandale S, Davies J. (2002). Bullying at work. *Community Practitioner*, 75:474–
477.
- 303 O’Boyle CA, Browne J, Hickey A, et al. (1996). Schedule for the Evaluation of
Individual Quality of Life (SEIQoL): A Direct Weighting procedure for Quality of
Life domains (SEIQoL-DW). *Administration Manual*. Dublin, Royal College of
Surgeons in Ireland.
- 304 O’Leary-Kelly, A. M., Griffin, R. W., και Glew, D. J. (1996). Organization-motivated
aggression: A research framework. *Academy of Management Review*, 21: 225–253.
- 305 Olson B. J, Nelson D. L, Parayitam S.2006. *Journal : Leadership και Organization
Development*, 27(5): 384-398.
- 306 Pai HC, Lee S. (2011). Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses
in Taiwan. *J Clin Nurs*, 20 (9-10): 1405-12.
- 307 Pamela Lutgen-Sandvik (2006). *Take This Job and ...: Quitting and Other Forms of
Resistance to Workplace Bullying*. *Communication Monographs*. 73 (4): 406-433.

- Pargament K, Magyar G, Benore E, Mahoney A. (2005). Sacrilege: A Study of Sacred
308 Loss and Desecration and Their Implications for Health and Well-Being in a
Community Sample. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 44 (1), 59-78.
- Pevalin, D.J. (2000). Multiple applications of the GHQ-12 in a general population
309 sample: an investigation of long-term retest effects. *Social Psychiatry and Psychiatric
Epidemiology*, 35 (11): 508 -12.
- Pinkos E. (2012). *Workplace Bullying: A Global Health and Safety Issue*. Ellen Cobb,
310 Esq. The Isosceles Group Boston, MA United States of America.
- Plomin R, Owen M J, McGaffin P, (1994). The genetic basis of complex human
311 behaviors. *Science* 264: 1733-1739.
- Poissonnet CM, Veron M. (2000). Health effects of work schedules in healthcare
312 professions. *J Clin Nurs*, 9:13-23.
- Porto G, Lauve R. (2006). Disruptive clinical behavior: a persistent threat to patient
313 safety. *Patient Safety and Quality Healthcare*. Available
at: <http://www.psqh.com/julaug06/disruptive.html>. Accessed September 29, 2013.
- 314 Protection from Harassment Act, 1997, c. 40, §1 (Eng.).
- Purpora C., Blegen M. A., & Stotts N. A. (2012). Horizontal violence among hospital
315 staff nurses related to oppressed self or oppressed group. *Journal of Professional
Nursing*, 28(5): 306e314.
- 316 Quek, K.F., Low, W.Y., Razack, A.H., & Loh, C.S. (2001). Reliability and validity of
the General Health Questionnaire (GHQ-12) among urological patients: A Malaysian
study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55 (5): 509-513.
- 317 Quine L. (1999). Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire
survey. *BMJ*, 318: 288–32.
- 318 Quine L. (2001). Workplace bullying in nurses. *Journal of Health Psychology*, 6 (1):
73-84.
- 319 Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self report depression scale for research in the
general population. *Applied Psychological Measurement*, 1: 385-401.
- Rammsayer, T., Stahl, J., Schmiga, K. (2006). Basic Personality Dimensions and
320 StressRelated Coping Strategies in Victims of Workplace Bullying. *Zeitschrift fur
Personalpsychologie*, 5(2), 41-52.
- 321 Randall, T. (1992). Abuse at work drains people, money, and medical workplace not

- immune. *JAMA*, 267:1439–1440.
- 322 Randle J. (2003). Bullying in the nursing profession. *J Adv Nurs*, 43:395 - 401.
- 323 Rayner, C. (1997). The incidence of workplace bullying. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 7(1), 199-208.
- 324 Rayner, C., Hoel, H., και Cooper, C. L. (2002). *Workplace bullying: What we know, who is to blame, and what can we do?* London: Taylor και Francis.
- 325 Rayner, C., & Lewis, D. (2011). Managing workplace bullying: the role of policies. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (2nd ed.). (pp. 327e340) Boca Raton, FL: CRC Press.
- 326 Reknes I, Pallesen S, Magerøy N, Moen BE, Bjorvatn B, Einarsen S. (2013). *Int J Nurs Stud*, (13) 00199 – 5.
- 327 Richter, P., Werner, J., et al. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology* 31(3): 160-168.
- 328 Rivers, I. (1999). *The psycho-social correlates and long-term implications of bullying at school for gay, lesbian and bi-sexual adults*. Unpublished PhD Thesis, University of Surrey Roehampton.
- 329 Roche, M., Diers, D., Duffield, C., Catling-Paull, C. (2010). Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42 (1), 13–22.
- 330 Rocker, C. (2008). Addressing Nurse-to-Nurse Bullying to Promote Nurse Retention. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 13.
- 331 Rodwell J, Demir D. (2012). Psychological consequences of bullying for hospital and aged care nurses. *Int Nurs Rev*, 59 (4): 539-46.
- 332 Rose, M. (1997). A survey of violence toward nursing staff in one large Irish Accident and Emergency Department. *Journal Emergency Nursing*, 23 (3): 214–219.
- 333 Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- 334 Rosenthal, T.L., Edwards, N.B., Rosenthal, R.H., Ackerman, B.J. (1992). Hospital violence: site, severity, and nurses' preventive training. *Issues Mental Health Nursing*, 13 (4), 349-356.
- 335 Royal College of Nursing. (2000). *Working well survey*. RCN, London.

- 336 Russel G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psych. Med.*, 9, 429-448.
- 337 Sá L, Fleming M. (2008). Bullying, burnout, and mental health amongst Portuguese nurses. *Issues Ment Health Nurs*, 29 (4): 411-26.
- 338 Sadana R., Mathers C., Lopez A., Murray C., Iburg K., (2000), “Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status”, World Health Organization, Geneva, (GPE Discussion Paper Series: No 15).
- 339 Sadock, B, Sadock, V. (2002). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (9th ed.). Lippincott Williams και Wilkins.
- 340 Sadock, J, Sadock, A. (2007). *Synopsis of Psychiatry, Tenth Edition*, Lippincott Williams και Wilkins, Philadelphia, USA, 284: 12-13.
- 341 Salin, D. (2003). Bullying and organisational politics in competitive and rapidly changing work environments. *International Journal of Management and Decision Making*, 4 (1), 35-46.
- 342 Salin, D. (2003). Ways of explaining workplace bullying: a review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment. *Human Relations*, 56 (10):1213–1232.
- 343 Samir N, Mohamed R, Moustafa E, Abou Saif H. (2012). Nurses' attitudes and reactions to workplace violence in obstetrics and gynaecology departments in Cairo hospitals. *East Mediterr Health J*, 18 (3):198-204.
- 344 Sánchez-López Mdel P, Dresch V. (2003). The 12-item general health questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4): 839-843.
- 345 Sánchez-López Mdel P, Dresch V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20 (4): 839-43.
- 346 Saraceno B. (2000). La fine dell' internamento. *ETAS*, 106.
- 347 Sarason, I.G., Sarason, B.R., Shearin, E.N., και Pierce, G.R. (1987). A brief measure of social support: Practical and Theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.
- 348 SaSaavedra, A.I., Sánchez-López M.P., Cuéllar-Flores I. (2012). P-1459 - Mental health of nurses: there are differences between men and women?. *European*

Psychiatry.

- 349 Sassi F. (2006). Calculating QALYs, comparing QALY and DALY calculations.
Health Policy Plan 21(5):402-408.
- 350 Scheier, M. F., και Carver, C. S. (1985). The Self-Consciousness Scale: A revised
version for use with general populations. *Journal of Applied Social Psychology*, 15:
687-699.
- 351 Schreuder JA, Roelen CA, Groothoff JW, van der Klink JJ, Magerøy N, Pallesen S,
Bjorvatn B, Moen BE. (2012). Coping styles relate to health and work environment of
Norwegian and Dutch hospital nurses: a comparative study. *Nurs Outlook*, 60 (1): 37-
43.
- 352 Sénat de Belgique. 1999/2000. Proposition de loi relative au harcèlement moral par la
dégradation délibérée des conditions de travail, 2-419/1, p. 4.
- 353 Shevlin M, Adamson G. (2005). Alternative factor models and factorial invariance of
the GHQ-12: a large sample analysis using confirmatory factoranalysis. *Psychol
Assess*, 17 (2): 231-6.
- 354 Simons, S. (2008). Workplace bullying experienced by Massachusetts registered
nurses and the relationship to intention to leave the organization. *Advances in Nursing
Science*, 31, E48–E49.
- 355 Sintonen H. (1995). The 15-D instrument of health-related quality of life. Feasibility,
reliability and validity of its valuation system. Working paper 42. National Centre for
Health Program Evaluation, Melbourne.
- 356 Skevington SM, Lotfy M, O’Connell KA, WHOQOL Group. (2004). The World
Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric
properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL
group. *Qual Life Res*, 13:299–310.
- 357 Skogstad A., Matthiesen S.B. and Einarsen S. (2007). Organizational changes.
International Journal of Organizational Theory and Behaviour, 10 (1): 58–94.
- 358 Sloan A.(1996). *Valuing health care*. Cambridge University Press, Cambridge.
- 359 Smith J. (2011). *Bullying in the nursing workplace: a study of perioperative nurses*. A
doctoral management dissertation. University of Phoenix.
- 360 Snyder, L.A., Chen, P.Y., and Vacha-Haase, T. (2007). The underreporting gap in
aggressive incidents from geriatric patients against certified nursing

- assistants. *Violence and Victims*, 22: 367–379.
- 361 Sofield L, Salmond SW. (2003). Workplace violence. A focus on verbal abuse and
intent to leave the organization. *Orthop Nurs*, 22:274–283.
- 362 Spector P, Zhou Z, Che Z. (2013). Nurse exposure to physical and nonphysical
violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal
of Nursing Studies*, 51 (1), 72–84.
- 363 Spector, E., Coulter, L., Stockwell, G., Matz, W. (2007). Perceived violence climate: a
new construct and its relationship to workplace physical violence and verbal
aggression, and their potential consequences. *Work και Stress* 21, 117–130.
- 364 Spector, P. E. (1975). Relationships of organizational frustrations with reported
behavioral reactions of employees. *Journal of Applied Psychology*, 60(5), 635-637.
- 365 Spence Laschinger HK, Nosko A. (2013). Exposure to workplace bullying and post-
traumatic stress disorder symptomology: the role of protective psychological
resources. *J Nurs Manag*.
- 366 Stale Einarsen. (1999). The nature and causes of bullying at work. *International Journal
of Manpower*, pp.16 – 27.
- 367 Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG. (1999). Work characteristics predict
psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occup Environ
Med*, 56 (5): 302-7.
- 368 Steinhausen H.C. και Glanville K. (1983). Follow studies of anorexia nervosa. A
review of research findings. *Psychol. Medicine*, 13, 239-249.
- 369 Stelmaschuk, S. (2010). Workplace bullying and emotional exhaustion among
registered nurses and non-nursing, unitbased staff. USA: The Ohio State University.
- 370 Steptoe A. (2006). *Depression and Physical Illness*. Cambridge, Cambridge University
Press.
- 371 Strandmark, M. και Hallberg, L. R. (2007). The origin of workplace bullying:
experiences from the perspective of bully victims in the public service sector. *Journal
of nursing management*, 15(3), 332.
- 372 Harthill S. (2008). *Bullying in the Workplace: Lessons From the United Kingdom*.
Minnesota Journal of International Law. 17, 247.
- 373 Swedish National Board of Occupational Safety and Health, Ordinance of the Swedish
National Board of Occupational Safety and Health containing Provisions on measures

- against Victimization at Work, AFS 1993:17.
- 374 Tarkan, L. (2001). Bullying at Work: A National Epidemic? MoneyWatch.
- 375 Taylor, J.L., Rew, L. (2011). A systematic review of the literature: workplace violence
in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing* 20, 1072–1085.
- 376 Testa MA, Simonson DC. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *N Eng J
Med.* 334:835–840.
- 377 Thatcher, S. (1980). *The new Webster encyclopedic dictionary of the English language.*
New York, NY: Avenel.
- 378 The American Nurses Association. (2012). What is Nursing? Inc.
- 379 The EuroQol Group. (1990) EuroQol: a new facility for the measurement of
healthrelated quality of life. *Health Policy*; 16:199-208.
- The Workplace Bullying Institute (WBI) wrote the survey and commissioned Zogby
International to collect data for the second representative study of all adult Americans
380 on the topic of workplace bullying. It may be found at
<http://www.workplacebullying.org/research/WBI-NatlSurvey2010.html>.
- 381 The Workplace Bullying Institute (WBI). (2007). U.S. Workplace Bullying Survey.
September, 2007.
- 382 The Workplace Bullying Institute (WBI). (2008). How employers and co-workers
respond to workplace bullying. Labor day 2008 Survey.
- 383 The Workplace Bullying Institute (WBI). (2012). Canadian Workplace Bullying
Survey Results. September 1st, 2012
- 384 Thomas M. Gill, MD; Alvan R. Feinstein, MD. (1994). A Critical Appraisal of the
Quality of Quality-of-Life Measurements. *JAMA*, 272 (8):619-626.
- 385 Thomas, B. (1997). Management strategies to tackle stress in mental health
nursing. *Mental Health Care*, 1:15–16.
- 386 Thornicroft, G. και Tansella, M. (1999). *The Mental Health Matrix: A Manual to
Improve Services* . Cambridge: Cambridge University Press.
- 387 Tian M και Miranda R. (1995). Quality of life after intensive care with the sickness
impact profile. *Intensive Care Medicine*, 21, 422-428.
- 388 Torrance W. (1986). Measurement of health state utilities for economic appraisal: A
review. *J Health Econ*, 5:1–30.
- 389 Tracy, S. J., Lutgen - Sandvik, P., και Alberts, J. K. (2006). Nightmares, demons and

- slaves: Exploring the painful metaphors of workplace bullying. *Management Communication Quarterly*, 20 (2),148-185.
- 390 Tugwell P, Bombardier C. (1982). A methodologic framework for developing and selecting endpoints in clinical trials. *J Rheumatol*, 9:758–762.
- 391 Tzeng D, Chung W, Fan P, Lung F and Yang C. (2009). Psychological distress, quality of life and their correlations among military health care workers in Taiwan. *Industrial Health*, 47 (6): 626-634.
- 392 Van der Heijden GJ, Leffers P, Bouter LM.(2000). Shoulder disability questionnaire design and responsiveness of a functional status measure. *J Clin Epidemiol*, 53:29–38.
- 393 Van Ginkel, A. (1999). *General Principles of Human Power*. Greenwood Publishing Group.
- 394 Van J, Kapur S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374(9690):635–45.
- Vartia and Leka, (2011). Interventions for the prevention and management of bullying at work. S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, C.L. Cooper (Eds.), *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (2nd ed.), CRC Press, Boca Raton, FL, 359–379.
- 395 Vartia, M. (2001). Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 27(1), 63-69.
- 396 Vessey JA, Demarco RF, Gaffney DA, Budin WC. (2009). Bullying of staff registered nurses in the workplace: a preliminary study for developing personal and organizational strategies for the transformation of hostile to healthy workplace environments. *J Prof Nurs*, 25 (5): 299-306.
- 397 Vickers M.H. (2001). Bullying as Unacknowledged Organizational Evil: A Researcher's Story. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 13, 205 – 217.
- 398 Vie TL, Glasø L, Einarsen S. (2011). Health outcomes and self-labeling as a victim of workplace bullying. *J Psychosom Res*, 70 (1): 37-43. Epub 2010 Sep 18.
- 399 Vogelpohl DA, Rice SK, Edwards ME, Bork. (2013). New graduate nurses' perception of the workplace: have they experienced bullying? *J Prof Nurs*, 29 (6): 414-22.
- 400 Wagner TH, Patrick DL, Bavendam TG, Martin ML, Buesching DP. (1996). Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure. *Urology*, 47:67-71.
- 401

- 402 Walker C, McGlone P. (2013). The social brain: Neurobiological basis of affiliative
behaviours and psychological well-being. *Neuropeptides*, 47(6):379-393.
- 403 Ware E, Kosins M, Gande B, Aaronson K, Apolone G, Bech P, Brazier J, Bullinger M,
Kaasa S, Leplege A, Prieto L και Sullivan M. (1998). The factor structure of the SF-36
health survey in 10 countries: Results from the IQOLA project. *Journal of Clinical
Epidemiology*, 51, 1159-1165.
- 404 Ware E. (1992). Measures for a new era of health assessment. In: Stewart AL, Ware JE
(eds) *Measuring, functioning and well-being*. Duke University Press, London.
- 405 Watson, David; Clark, Lee A.; Tellegen, Auke, (1988). Development and validation of
brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of
Personality and Social Psychology*, 54:1063-1070.
- 406 Wells J, Bowers L. (2002). How prevalent is violence towards nurses working in
general hospitals in the UK. *J Adv Nurs*, 39 (3): 230–240
- 407 Werneke, U., Goldberg, P., Yalcin, I., Ustun, B.T. (2000). The stability of the factor
structure of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 30 (4): 823-
829.
- 408 Whelan, T. (2008). The Escalating Trend of Violence Toward Nurses.
- 409 Whittington, R., Shuttleworth, S., Hill, L. (1996). Violence to staff in a General
hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 24 (2): 326-333.
- 410 WHO (1946). International Health Conference, New York.
- 411 WHO (2001). Report on global health. Mental health: new understanding, new hope.
- 412 Wilson IB, Cleary PD. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of
life. *JAMA*:59-65.
- 413 Wilson, K. A., Burke, C. S., και Salas, E. (2005). Promoting healthcare safety through
training high reliability teams. *Quality and Safety in Healthcare*, 14, 303-309.
- 414 Withey, M., και Cooper, W. (1989). Predicting exit, voice, loyalty and neglect.
Administrative Science Quarterly, 34, 521–539.
- 415 Wood – Dauphiness S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: From
where have we come and where are we going. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52,
355-363.
- 416 Woodhead EL, Northrop L, Edelstein B. (2014). Stress, Social Support, and Burnout
Among Long-Term Care Nursing Staff. *J Appl Gerontol*.

- 417 World Health Organisation. (2013). Mental Health: Strengthening Our Response (Fact
sheet No. 220).
- 418 World Health Organization (WHO). (1993). The ICD-10 Classification of Mental and
Behavioral Disorders, W.H.O Publications, Geneva, 45.
- 419 World Health Organization. (2001). The world health report 2001 - Mental Health:
New Understanding, New Hope.
- 420 World Health Organization. (2002). Framework Guidelines for addressing workplace
violence in the health sector. WHO, Geneva.
- 421 Wu AW, Revicki DA, Jacobson D, Malitz FE. (1997). Evidence for reliability, validity
and usefulness of the Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV). *Qual
Life Res*, 6(6):481-93.
- 422 Wylie, R. C. (1974). The self-concept. Revised edition. Lincoln, Nebraska: University
of Nebraska Press.
- 423 Xianyu Y, Lambert VA. (2006). Investigation of the relationships among workplace
stressors, ways of coping, and the mental health of Chinese head nurses. *Nurs Health
Sci*, 8 (3): 147-55.
- 424 Yamada, D. C. (2008). Workplace Bullying and Ethical Leadership. Legal Studies
Research Paper Series. Boston, Massachusetts: Suffolk University Law School.
- 425 Yıldırım A, Yıldırım D. (2007). Mobbing in the workplace by peers and managers:
Mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its
effect on nurses. *J Clin Nurs*, 16:1444–53.
- 426 Yıldırım, D. (2009). Bullying among nurses and its effects. *International Nursing
Review*, 56 (4), 504 - 511.
- 427 Yun S, Kang J, Lee Y and Yi Y. (2014). Work Environment and Workplace Bullying
among Korean Intensive Care Unit Nurses. *Asian Nursing Research*, 8: 219e225.
- 428 Zapf, D. (1999). Organisational, work group related and personal causes of
mobbing/bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20: 70-85.
- 429 Zapf, D., Knorz, C. and Kulla, M. (1995). Causes, coping, and consequences of
various mobbing factors at work. 7th European Congress of Work and Organisational
Psychology, Hungary.
- 430 Zapf, D., και Einarsen, S. (2003). Individual antecedents of bullying. In S. Einarsen, H.
Hoel, D. Zapf και C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace:
International perspectives in research and practice* (pp. 165-184). London: Taylor και

Francis.

Zapf, Dieter, Carmen Knorz, Matthias Kulla (1996). On the relationship between
431 mobbing factors, job content, social work environment, and health outcomes.
European Journal of Work and Organizational Psychology. 5:2, pp. 215-237.

Zapf, S. Einarsen, H. Hoel, M. Vartia. (2003). Empirical findings on bullying in the
432 workplace. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, C.L. Cooper (Eds.) (2003). Bullying and
emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice
Taylor and Francis. London, 103–126.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα I: Ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οι παρακάτω συμπεριφορές θεωρούνται ως παραδείγματα αρνητικών συμπεριφορών στο χώρο εργασίας. Τους τελευταίους έξι μήνες, πόσο συχνά έχετε υποστεί τις ακόλουθες αρνητικές πράξεις από συνάδελφο.

Παρακαλώ συμπληρώστε τον αριθμό που ανταποκρίνεται καλύτερα στις εμπειρίες που βιώσατε το τελευταίο εξάμηνο.

1	2	3	4	5
ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	ημερησίως καθημερινώς

1) Κάποιος αποκρύπτει σκόπιμα πληροφορίες που επηρεάζουν την απόδοσή σας.

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

2) Ταπεινώνεστε και ευτελίζεστε σε σχέση με τη δουλειά σας.

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

3) Σας αναθέτουν καθήκοντα κατώτερα του επιπέδου των αρμοδιοτήτων σας.

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

4) Σας αφαιρούνται σημαντικές ευθύνες και αντικαθίστανται από λιγότερο σημαντικά ή δυσάρεστα καθήκοντα.

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

5) Διαδίδονται φήμες ή κακόβουλα σχόλια για εσάς.

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

6) Σας αγνοούν ή σας εξαιρούν από την ομάδα.

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

7) Γίνεστε δέκτης προσβλητικών ή υβριστικών σχολίων σε σχέση με το άτομό σας (πχ συνήθειες και υπόβαθρο), τις στάσεις σας ή την προσωπική σας ζωή.

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

8) Σας φωνάζουν ή γίνεστε στόχος ξεσπασμάτων θυμού (ή οργής).

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

9) Αναπτύσσουν εκφοβιστική συμπεριφορά απέναντί σας, όπως να είστε δακτυλοδεικτούμενος, να εισβάλουν στον προσωπικό σας χώρο, να σας σπρώχνουν, σας κλείνουν/μπλοκάρουν το δρόμο.

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

10) Γίνονται υπαινιγμοί ή έμμεσες υποδείξεις ότι πρέπει να παραιτηθείτε από τη δουλειά.

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

11) Γίνονται συνεχείς υπενθυμίσεις των λαθών ή σφαλμάτων σας.

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

12) Σας αγνοούν ή σας αντιμετωπίζουν εχθρικά όταν πλησιάζετε.

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

13) Γίνεται επίμονη κριτική της εργασίας και της προσπάθειάς σας.

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

14) Αγνοούνται οι απόψεις και η οπτική σας σε σχέση με κάποιο θέμα.

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

15) Γίνονται «κακόβουλα» αστεία από ανθρώπους, με τους οποίους δεν συνεργάζεστε καλά.

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

16) Σας αναθέτουν εργασίες με παράλογους ή ανέφικτους στόχους με περιορισμένα χρονικά περιθώρια.

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

--	--	--	--	--

17) Δέχεστε μομφές ή κατηγορίες.

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

18) Γίνεται υπέρμετρος έλεγχος της δουλειάς σας.

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

19) Γίνεται άσκηση πίεσης, για να μην διεκδικείτε αυτά που δικαιούστε (πχ αναρρωτική άδεια, άδεια για διακοπές, έξοδα μετακίνησης).

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

20) Γίνεστε αντικείμενο πειραγμάτων και σαρκασμού χωρίς όρια.

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

21) Επωμίζεστε δυσβάσταχτο φόρτο εργασίας.

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

22) Δέχεστε απειλές για άσκηση βίας ή σωματικής κακοποίησης ή πραγματική κακομεταχείριση.

ποτέ	κατά καιρούς	μηνιαίως	εβδομαδιαίως	καθημερινώς

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

Χρησιμοποιώντας τον ανωτέρω ορισμό, παρακαλώ δηλώστε εάν έχετε δεχτεί παρενόχληση στο χώρο εργασίας τους τελευταίους 6 μήνες.

- | | | |
|----|---------------------------------|--------------------------|
| 1. | Όχι | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Ναι, αλλά μόνο σπανίως | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Ναι, κατά καιρούς | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Ναι, μερικές φορές εβδομαδιαίως | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Ναι, σχεδόν καθημερινώς | <input type="checkbox"/> |

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σε καθεμία από τις παρακάτω 12 ερωτήσεις σημειώστε στην κλίμακα την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο. Σκεφθείτε πώς ήσασταν **κατά τον τελευταίο μήνα**.

ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ:

	Καλύτερα απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
1. Τα καταφέρνετε να συγκεντρωθείτε σε οτιδήποτε κάνετε;				

	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
2. Χάλασε καθόλου ο ύπνος σας επειδή είχατε ανησυχίες στο μυαλό σας;				

	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
3. Αισθάνεστε ότι είστε χρήσιμος-η;				

	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
4. Έχετε αισθανθεί ικανός-ή να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;				

	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
5. Έχετε αισθανθεί να βρίσκεστε συνεχώς				

κάτω από πίεση;				
------------------------	--	--	--	--

	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
6. Έχετε αισθανθεί πως δε θα μπορούσατε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες σας;				

	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
7. Μπορείτε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σας;				

	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
8. Καταφέρνετε να αντιμετωπίσετε τα προβλήματά σας;				

	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
9. Αισθάνεστε στεναχωρημένος-η ή μελαγχολικός-η;				

	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
10. Έχετε χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό σας;				

	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
--	---------	---------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

			ότι συνήθως	
11. Σκέφτεστε πως δεν αξίζετε τίποτα;				

	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
12. Σε γενικές γραμμές αισθάνεστε ευτυχισμένος-η;				

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Νοσοκομείο εργασίας:

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. Πόσα παιδιά έχετε;

5. Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο:

MSc./Ph.D

ΠΕ

ΤΕ

ΔΕ

6. Πόσα έτη εργάζεστε σε νοσοκομείο;

8. Πόσα έτη εργάζεστε στο συγκεκριμένο νοσοκομείο;

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

Ναι Όχι

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

Ναι Όχι

Παράρτημα II: Άδεια Εκπόνησης της Μελέτης από την 1η ΔΥΠΕ και τα
Νοσοκομεία

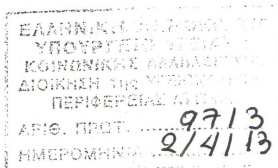
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Δι
Σ.Μ.



Σπάρτη, 1 Απριλίου 2013

Προς: κο Βασίλειο Κοντοζαμάνη
Διοικητή 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής.

Θέμα: Αίτηση άδειας διεξαγωγής έρευνας

Αξιότιμε Διοικητά,

Η κα Χριστίνα Καρατζά, υποψήφια διδάκτορας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, στο πλαίσιο των συμβατικών της ακαδημαϊκών υποχρεώσεων για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής με τίτλο: «**Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και γενικής υγείας σε νοσηλευτικό προσωπικό δημόσιων νοσοκομείων**», προτίθεται να διεξάγει το ερευνητικό μέρος σε τέσσερα Νοσοκομεία της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής:

1. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»,
2. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»,
3. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ», και
4. Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ».

Η επίβλεψη της ανωτέρω εργασίας, γίνεται από τον συνυπογράφοντα, μέλος ΔΕΠ (Επίκουρο Καθηγητή) του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Διεύθυνση : Ορθίας Αρτέμιδος και Πιλαταιών, 23100 Σπάρτη
Τηλέφωνο : 27310-89720/89722 Fax : 27310-89721

Η συγκεκριμένη έρευνα θα διεξαχθεί μέσω δομημένου ερωτηματολογίου το οποίο απευθύνεται στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των προαναφερόμενων Νοσοκομείων ευθύνης σας. Η λήψη των δεδομένων θα γίνει από ανεξάρτητο, από το Νοσοκομείο, ερευνητή (την ίδια τη φοιτήτρια) και απαιτείται ολιγόλεπτη συμμετοχή τους. Για την πληρέστερη ενημέρωσή σας, επισυνάπτουμε το ερευνητικό πρωτόκολλο.

Δεσμευόμαστε, ότι με την ολοκλήρωση της εργασίας, θα σας καταθέσουμε ανάτυπο αυτής, ώστε να το αξιοποιήσετε όπως κρίνετε.

Ευελπιστούμε ότι λόγω του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος του θέματος, θα έχουμε την άδειά σας για τη διεξαγωγή της έρευνας στα συγκεκριμένα Νοσοκομεία ευθύνης σας.

Τα τηλέφωνα επικοινωνίας της υποψηφίας διδάκτορας είναι: 6937 097 553 και η ηλεκτρονική της διεύθυνση: c-kar@hotmail.com

Σας ευχαριστούμε, εκ των προτέρων, για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση,



Παναγιώτης Πρεζεράκος
Επίκουρος Καθηγητής
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου



Χριστίνα Καρατζά
Υποψήφια διδάκτορας

Συνημμένα: Δύο (2)

1. Ερευνητικό Πρωτόκολλο
2. Ερωτηματολόγιο

Διεύθυνση : Ορθίας Αρτέμιδος και Πλαταιών, 23100 Σπάρτη
Τηλέφωνο : 27310-89720/89722 Fax : 27310-89721



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1^{ης} ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤ. ΠΑΡΟΧ. ΥΠΗΡ. ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ.ΑΛΛΗΛ.
Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας
& Κοιν. Αλληλεγγύης
Ταχ. Δ/ση: Ζαχάρωφ 3,
Ταχ. Κώδικας: 115 21, Αθήνα
Πληροφορίες : Ι. Μπουραζοπούλου
Τηλ. 213 - 2010485
Fax: 210 - 6457042
E-mail: hm.hr@ypatt.gr

Αθήνα 8-α-13
Αριθ. Πρωτ. 10293

✓ **Προς :** - κ. Παν. Πρεζεράκο, Επικ. Καθηγητή

Τμήμα Νοσηλευτικής
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
Ταχ.Δ/ση: Ορθίας Αρτέμιδος &
Πλαταιών, 23100 Σπάρτη

Κοιν: - κ. Χρ.Καρατζά, υποψήφια διδάκτωρ

Τμήμα Νοσηλευτικής
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
Ταχ.Δ/ση: Ορθίας Αρτέμιδος &
Πλαταιών, 23100 Σπάρτη

- **Τους Διοικητές των Νοσοκομείων**

Γ.Ν.Α. Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ
κ. Γ.Παπαδόπουλο
Γ.Ν.Α. Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ – ΟΘΑΛΜΙΑ-
ΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ – ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ
κ.Μ.Θεοδώρου
Γ.Ν.Ν.Θ.Α. Η ΣΩΤΗΡΙΑ
κ. Καρα Μαρία
Γ.Ν.Α. ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ
κ. Ιωαν.Πετρόχειλο

ΘΕΜΑ Έγκριση διεξαγωγής επιστημονικής έρευνας

Σχετ. Την από 1/4/2013 επιστολή σας

Σε απάντηση της ανωτέρω επιστολής σας, σας ενημερώνουμε ότι κάνουμε δεκτό το αίτημά σας για διεξαγωγή έρευνας από την κ. Χριστίνα Καρατζά, υποψήφια διδάκτωρ του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, στο πλαίσιο εκπόνησης διδακτορικής διατριβής με τίτλο «Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και γενικής υγείας σε νοσηλευτικό προσωπικό δημοσίων νοσοκομείων».

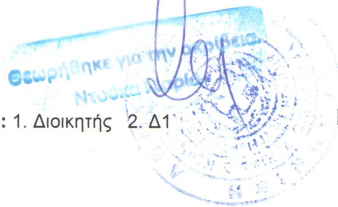
Οι Διοικητές των Νοσοκομείων στους οποίους κοινοποιείται το παρόν, συνοδευόμενο από το ερευνητικό πρωτόκολλο και το ερωτηματολόγιο που θα διακινήσει η κ. Καρατζά, τα οποία επισυνάπτονται για έγκριση, παρακαλούνται να διευκολύνουν την διεξαγωγή της έρευνας, με τρόπο ώστε να μην παρακωλυθεί η λειτουργία των Τμημάτων του Νοσοκομείου.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

Συν: 13 σελίδες

Εσωτερική Διανομή: 1. Διοικητής 2. Δ1

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΚΟΝΤΟΖΑΜΑΝΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»



"Η ΣΩΤΗΡΙΑ"
1903

ΑΘΗΝΑ: 16-4-14
Ε.Σ. ΑΡ. ΠΡΩΤ. ΕΞΕΡΧ: 344

Λ. Μεσογείων 152, 11527
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ:
ΤΗΛ./FAX: 210 7757156, εσωτ. 3401

Ιωάννης Ντάνος

Προς,
τη Διοίκηση
του Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

Το Επιστημονικό Συμβούλιο εισηγείται την έγκριση της έρευνας, στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής, με τίτλο: «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ», η οποία θα πραγματοποιηθεί από την υποψήφια διδάκτορα ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΚΑΡΑΤΖΑ υπό την επίβλεψη του Επίκουρου Καθηγητή κ. Πρεζεράκου.

Η έρευνα αφορά στη συλλογή δεδομένων με τη χρήση ερωτηματολογίου που απευθύνεται στο νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκόμου μας. Καθ' όλη τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων θα διατηρηθούν η ανωνυμία, το απόρρητο και η εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων και δεν θα επιβαρυνθεί το Νοσοκομείο μας με οιονδήποτε τρόπο.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΙΩΑΝΝΗΣ ΝΤΑΝΟΣ
ΠΝΕΥΜΟΛΟΓΟΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ
Γ.Ν.Ν.Θ.Α.

ΙΩΑΝΝΗΣ ΝΤΑΝΟΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»



"Η ΣΩΤΗΡΙΑ"

Αθήνα: 10/7/14
Αριθμ. Πρωτ.: 23012

Λ. Μεσογείων 152, 11527

**ΤΜΗΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ &
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ΡΟΠΟΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΤΗΛ: 210 7770487, ΕΣΩΤ:3651

FAX: 210 7788055

E-mail:synekp@sotiria.gr

**ΠΡΟΣ: Την κ. ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΚΑΡΑΤΖΑ
ΗΡΟΔΟΤΟΥ 27
ΚΟΛΩΝΑΚΙ Τ.Κ. 106 73**

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

- ↓ Επιστημονικό Συμβούλιο
- ↓ Διευθύντρια Ιατρικής
Υπηρεσίας
- ↓ Προϊσταμένη Νοσηλευτικής
Διεύθυνσης

ΘΕΜΑ: «Έγκριση ερευνητικής εργασίας»

**ΣΧΕΤ: Το υπ` αριθμ. 11/11-6-14 (θέμα 2^ο) απόσπασμα
πρακτικών του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου
μας**

Σας γνωρίζουμε ότι το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας (Συνεδρίαση 11/11-6-14, θέμα 2^ο) μετά από θετική εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας (υπ` αριθμ. πρωτ. 12823/16-4-14 έγγραφο Επιστημονικού Συμβουλίου) ενέκρινε την ερευνητική εργασία, στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής με τίτλο: «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ», η οποία θα πραγματοποιηθεί από εσάς υπό την επίβλεψη του Επίκουρου Καθηγητή κ. Πρεζεράκου

Επιπροσθέτως καθ` όλη την συλλογή των ερευνητικών δεδομένων θα διατηρηθούν η ανωνυμία, το απόρρητο και η εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων, χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο με οιονδήποτε τρόπο.

Η ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΒΑΣΙΛΙΚΗ - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΓΚΟΓΚΟΖΩΤΟΥ



ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

ΕΥΘΥΜΙΟΣ ΠΑΝΟΥ

2

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
Γ.Ν.Α. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
Λ.ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 154 11527
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ
Πληρ.: Ειρ.Τόλη
Τηλ.:2132032158

Αθήνα 13/5/14

Αρ. Πρωτ. 12104

ΠΡΟΣ

κ. Χριστίνα Καρατζά
Ηροδότου 27, Κολωνάκι 106
73

Θέμα: «Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής μελέτης».

Σε απάντηση της 25180/30-1-2014 αιτήσεως σας, σας γνωρίζουμε ότι το Επιστημονικό Συμβούλιο στην αριθμ. 5^η /10-4-2014 τακτική συνεδρίαση του, ομόφωνα ενέκρινε την διανομή ερωτηματολογίου στα πλαίσια της διπλωματικής σας εργασίας με θέμα: «Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και γενικής υγείας σε νοσηλευτικό προσωπικό δημοσίων νοσοκομείων.».

Με το εν λόγω θέμα είναι σύμφωνη και η Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κ. Γ. Νταβώνη, δεδομένου ότι το Νοσοκομείο δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά και υπό την προϋπόθεση της τήρησης και της προστασίας των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων.

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ

ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ ΑΡΓΥΡΩ

Κοινοποίηση:
Τμήμα Γραμματείας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ Ε.Ε.Σ.

Γ.Ν.Α. «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ.
Αρ. Πρωτ.: 6672
Ημερ.: 12/3/14

Αθήνα 10 Μαρτίου 2014

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
Αρ. Πρωτ.: 87

ΠΡΟΣ
ΤΟΝ ΠΡΟΕΔΡΟ ΤΟΥ Δ.Σ

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου, αφού έλαβε υπόψη την αίτηση της κ.Καρατζά Χριστίνας, Νοσηλεύτριας, για έγκριση διανομής ερωτηματολογίου στα πλαίσια της εκπόνησης διδακτορικής διατριβής, με τίτλο «Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και γενικής υγείας σε νοσηλευτικό προσωπικό Δημόσιων Νοσοκομείων», εισηγείται θετικά.
Η έρευνα απευθύνεται σε νοσηλευτές.
Απαραίτητα θα ενημερώνετε το Επιστημονικό Συμβούλιο για την πρόοδο και την περαίωση της εργασίας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ Ε.Ε.Σ.
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Η. ΠΟΥΛΙΑΣ

Η. ΠΟΥΛΙΑΣ

Κοινοποιήσεις

- Γρ. Διοικητή
- Γρ. Αναπλ. Διοικητή

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ ΕΕΣ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΔΙΟΙΚ. ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
Αριθ. Πρωτ. 10098.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΛΑΟΠΟΔΗΣ
ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ 7^{ης} ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ

Στην Αθήνα, σήμερα 3 Απριλίου 2014 ημέρα Πέμπτη και ώρα 13.00 συνήλθε το Διοικητικό Συμβούλιο υπό την προεδρία του Προέδρου του Δ.Σ. κ. Βασιλείου Λαοπόδη στο οποίο παρευρέθησαν ο Διοικητής και μέλος κ. Ιωάννης Πετρόχειλος, τα μέλη Βασίλειος Παπαντωνίου, Μαρία Κομμά, Μαρία Φράγκου και Λεωνίδα Δημητρόπουλος.

Ο Αντιπρόεδρος του Δ.Σ. κ. Κωνσταντίνος Μπιλιάνης και τα μέλη Δημήτριος Παπαπετρόπουλος και Νικόλαος Μπουρμπούλης, απουσίαζαν λόγω κωλύματος που είχαν γνωστοποιήσει στη Γραμματεία του Διοικητικού Συμβουλίου.

Ακόμα παρευρέθησαν μετά από σχετική πρόσκληση ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας κ. Λεωνίδα Ζωγάνας, ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου κ. Ηρακλής Πούλιος και η Γραμματέας του Δ.Σ. Μαρία Πήλιουρα.

Θ έ μ α 69^ο : Αίτηση της κ. Καρατζά Χριστίνας, Νοσηλεύτριας, για έγκριση διανομής ερωτηματολογίου στα πλαίσια της εκπόνησης διδακτορικής διατριβής, με τίτλο «Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και γενικής υγείας σε νοσηλευτικό προσωπικό Δημόσιων Νοσοκομείων».

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου έχοντας υπόψη:

- 1) Την αίτηση της κ. Καρατζά Χριστίνας, Νοσηλεύτριας, για έγκριση διανομής ερωτηματολογίου στα πλαίσια της εκπόνησης διδακτορικής διατριβής, με τίτλο «Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και γενικής υγείας σε νοσηλευτικό προσωπικό Δημόσιων Νοσοκομείων».
- 2) Την εισήγηση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Αποφασίζει

Ομόφωνα την έγκριση του ανωτέρω διανομής ερωτηματολογίου.

Η έρευνα απευθύνεται σε νοσηλευτές.

Απαραίτητα θα ενημερώνετε το Επιστημονικό Συμβούλιο για την πρόοδο και την περαίωση της εργασίας.

Επικυρώνεται άμεσα η παρούσα απόφαση λόγω του κατεπείγοντος
ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ
ΕΠΙΣΤ. ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΑΘΗΝΑ 14 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2014
ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ Δ.Σ.

ΓΡ. ΠΡΟΕΔΡΟΥ
ΓΡ. ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΥ
ΓΡ. ΔΙΟΙΚΗΤΗ
ΓΡ. ΑΝΑΠΛ. ΔΙΟΙΚΗΤΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΤΜ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
«Γ.Ν.Α.Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» Ν.Π.Δ.Δ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ-
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ: 27-02-2014
ΑΡΙΘΜ.ΠΡΩΤ. 33

Προς:
το ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΘΕΜΑ: Διδακτορική Διατριβή της κ. ΚΑΡΑΤΖΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑΣ

Το ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ – ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ στην 2^η Τακτική Συνεδρίαση της 26-2-2014 συζήτησε και εγκρίνει, ομόφωνα, την Διεξαγωγή της διδακτορικής διατριβής με τίτλο: «Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και γενικής υγείας σε νοσηλευτικό προσωπικό δημοσίων νοσοκομείων». . της κ. Καρατζά Χριστίνας.

Σημειώνεται ότι η μελέτη αυτή θα πραγματοποιηθεί χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου, καθώς θα διεξαχθεί μέσω ερωτηματολογίου.

Ο Πρόεδρος του Ε.Σ



Καθ.Α.Σκουτέλης

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η Υ.ΠΕ. Αττικής
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ-ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
Γ.Ν.Α. «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ της 3^{ης}/ 14.3.2014 Συνεδρίασης

ΘΕΜΑ 10^{ον} : Έγκριση διδακτορικής διατριβής

ΣΧΕΤΙΚΑ:1.- Την αρ.πρωτ.157/14.3.2014 αίτηση της φοιτήτριας Νοσηλευτικής κ. Χριστίνας Καρατζά

Κατά την **3η/ 14.3.2014** συνεδρίαση, του Επιστημονικού Συμβουλίου
παρόντες ήσαν:

1. Δημόπουλος Αθανάσιος-Μελέτιος.- Καθ/τής-Δ/ντής Θεραπευτικής Κλινικής
2. Μιχόπουλος Σπυρίδων.- Δ/ντής Γαστρεντερολογικού τμήματος
- 3.Νταή Σπάρτη – Επμ.Β΄. Ακτιν/κού Έργαστηρίου
- 4.- Ρούση Αλεξάνδρα-Φυσικός Ιατρικής, τμήματος Β΄ Ακτινοθεραπευτικό
5. Καλλέρης Νικόλαος, ΤΕ Μαιευτικής

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα,

ΟΜΟΦΩΝΑ

Εισηγείται προς έγκριση χορήγηση αδείας διανομής ερωτηματολογίου στο νοσηλευτικό προσωπικό των τμημάτων στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής με τίτλο « Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και γενικής υγείας σε νοσηλευτικό προσωπικό δημοσίων νοσοκομείων» , στη φοιτήτρια Νοσηλευτικής Παν/μίου Πελοποννήσου κ. Χριστίνα Καρατζά.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ**

Καθηγητής Μ.Α.Δημόπουλος
Δ/ντης Θεραπευτικής Κλινικής
του Πανεπιστημίου Αθηνών
στο Νοσοκομείο « ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

Παράρτημα III: Άδειες Χρήσης των Ερωτηματολογίων

A. Χορήγηση αδειάς χρήσης του Negative Acts Questionnaire

> -----Original Message-----

> From: Ståle Einarsen

> Sent: Thursday, May 03, 2012 4:36 PM

> To: panprez@otenet.gr

> Subject: Negative Acts Questionnaire

> Importance: Low

>

> Dear Dr. Prezerakos

>

> Thank you for your interest in the Negative Acts Questionnaire. I have attached the English version of the NAQ, a SPSS database for data treatment, psychometric properties of the questionnaire and the articles suggested on our website. Please use the Einarsen, Hoel and Notelaers article (2009) in Work and Stress as your reference to the scale.

>

> We hereby grant you the permission to use the scale on the condition that you follow our terms for users found in the work file attached to this mail and as stated in your previous mail. Please fill this in and return to us to confirm this. Unfortunately, we do not have a Greek version. Please use backtranslation procedures when you translate and do send us the Greek version with the backtranslation.

>

> One of our terms is that you send us your data on the NAQ with some demographical data (Gender, age and type of organisation/sector) when the data is collected. Please provide us with these data as soon as you have gathered your data. These will then be added to our large Global database which now contains some 50.000 respondents from over 50 countries. Please send them as soon as your data is collected. A SPSS database is attached to this mail in the Naqinfo file.

>

> If you have any questions, we will of course do our best to answer them.

>

> In case of problems with opening the rar-file? Please have look at this

> guide: <http://www.tech-pro.net/howto-open-rar-file.html>

>

> I wish you the very best with your study.

>

> Best regards,

> Professor Ståle Einarsen

> Bergen Bullying Research Group

To Whom It May Concern,

If you are interested in using the Negative Acts Questionnaire in your research you are welcome to use this scale in your research as long as you agree with the following terms:

1. That you give us a short description of your research project, and some information about yourself (workplace/institution, education/title). Please provide the following information;

Dissertation Title/working title: Workplace Bullying experienced by greek nurses and its connection with the intention to leave the hospital.

Purpose: Our purpose is to analyze the phenomenon of the workplace bullying among the nursing staff in the public, greek health organizations

Personal information: Christina Karatza RN, MSc, PhD candidate,
e-mail: c-kar@hotmail.com

University Information:University of Peloponnese, Department of Nursing, Sparta, Greece

Supervisor information and contact details:Panagiotis Prezerakos RN, MSc, PhD
Assistant Professor in the Department of Nursing at the University of Peloponnese in Sparta
Greece, e-mail: panprez@otenet.gr

2. That you provide us with the NAQ data (only the NAQ data, not any other data you collect) after you have finished your study, including demographic data and response rate. These data must compatible with SPSS.

Please state;

We will gladly provide you with only the NAQ data we collect, including demographic data and response rate. These data will be compatible with SPSS.

3. That the use of the NAQ is for research purposes only (non- profit).

The use of the NAQ is for research purposes only.

4. That each permission is for one project only.

This permission is only for one project.

5. That you provide us with any translation of the questionnaire you may do, and that such translation must be done in a professional sound manner with back translation.

We will provide you with the greek translation of the NAQ, as a result of using the the backtranslation system.

B. Χορήγηση αδείας χρήσης του General Health Questionnaire-12

Subject: Permissions Granted
Date: Tue, 5 Feb 2013 16:09:43 +0000
From: permissions@gl-assessment.co.uk
To: c-kar@hotmail.com

Dear Christina

Please find attached your countersigned document together with the GHQ-12 Template.

Regards

Permissions Team / GL Assessment

From: Xristina Karatza [mailto:c-kar@hotmail.com]
Sent: 05 February 2013 13:26
To: Permissions
Subject: FW: Bank Receipt

Good Morning

I have completed the payment since friday . When can I have the Questionnaire?
with regards Christina Karatza PhD candidate

Transaction code: WINBREM3066490740845
Trade Date: 31/1/2013

Date of completion: 01/02/2013
Value Date: 05/02/2013
Currency and amount: GBP 360

(Three hundred and sixty pounds sterling)
Data holder:
Account. Beneficiary:

Type of Account: IBAN
Beneficiary Name: GRANADA LEARNING LTD.
Bank / BIC: BARCLAYS BANK PLC
(ALL U.K. OFFICES)
1 CHURCHILL PLACE LONDON
BARCGB22XXX

Information for Beneficiary:
CHRISTINA KARATZA
CUSTOMER ORDER NUMBER CK1801
GRENADA ORDER NUMBER 924181
PERMISSIONS - PROF SIR D GOLDBERG

Subject: RE: Permission to use the General Health Questionnaire
Date: Mon, 29 Oct 2012 14:58:16 +0000
From: permissions@gl-assessment.co.uk
To: c-kar@hotmail.com

Please find attached all the necessary forms and information you need to acquire a Licence to use GHQ-12
Regards
Permissions

From: Kristina Karatza [mailto:c-kar@hotmail.com]
Sent: 26 October 2012 18:40
To: Permissions
Subject: Permission to use the General Health Questionnaire
Good evening. I would like to use the GHQ-12.
Thank you in advance for all your help.
Regards
Christina Karatza

Subject: RE: Permission to use the General Health Questionnaire
Date: Wed, 3 Oct 2012 15:33:21 +0100
From: permissions@gl-assessment.co.uk
To: c-kar@hotmail.com
Dear Kristina Karatza
Please could you advise which level GHQ you will be requiring and we can then send you the correct forms and information
Regards
Permissions

From: Kristina Karatza [mailto:c-kar@hotmail.com]
Sent: 03 October 2012 12:16
To: Permissions
Subject: Permission to use the General Health Questionnaire

This email was Anti Virus checked by Astaro Security Gateway. <http://www.astaro.com> This email, including any attachment, is private and confidential. It should not be read, copied, disclosed or otherwise used by any person other than the intended recipient(s). If you have received this email in error, please notify the sender immediately. Email transmission cannot be guaranteed to be secure or error free. We do not accept liability for any errors or omissions in the contents of this message which arise as a result of email transmission. If verification is required please request a hard copy version. GL Education Group Limited, Registered in England. Registration Number: 02603456. Registered Office: 9th Floor East, 389 Chiswick High Road, London, W4 4AL

GHQ12 Permission Information

Administrations of GHQ12 are purchased in advance - per administration/use.

Price is scaled according to the amount required, and does not include VAT (if applicable).

Commercial fees

Cost per administration/use;	0-1000 @ £0.55 each
	0-2500 @ £0.50 each
	2500 + @ £0.45 each

Non-commercial fees

Cost per administration/use;	0-1000 @ £0.30 each
	0-2500 @ £0.25 each
	2500 + @ £0.20 each

Action Plan

IMPORTANT: YOU MUST BE REGISTERED WITH CUSTOMER SERVICES BEFORE SUBMITTING YOUR USER AGREEMENT TO PERMISSIONS

1. **Registration** - Firstly, someone directly involved in the study must register with us and also provide proof of qualification in order to use GHQ12. They will receive a *qualification code* and *reader number* (if you are already registered, please go to point 2) otherwise, fill in the attached **Customer Registration form** and return it by fax;

Fax no. 0845 601 5358 FAO "GL Assessment Customer Services"

Queries, customer.services@gl-assessment.co.uk Tel.0845 602 1937

Please make sure that you have received your *reader number* and *qualification code* from Customer Services before you proceed to point 2.

IMPORTANT:

WE ONLY ACCEPT TYPED WORD DOC. USER AGREEMENT FORMS SENT BY EMAIL

2. When registration is complete, please **type** your details into the **User Agreement form**, keeping this as a Word doc. Then **print** out page 4 of the User Agreement and **sign** the relevant section, **scan** it, then send this **and** the Word doc User Agreement to Permissions as email attachments to permissions@gl-assessment.co.uk

Please ensure that the Agreement is typed, your signature is scanned, you already have your qualification code and reader number, and also have added a study title which refers specifically to your study eg; including date and study group details.

Postal– alternatively, complete the Agreement as stated above, and we will send you two signed hard copies by return post for you to countersign. You will then need to return one copy to; **Permissions, GL Assessment, Freepost London 16517, Swindon, SN2 8DR**

.N.B: If your organisation has a legal department that checks the agreement prior to it being signed, please notify Permissions of any changes that may be required prior to signing.

3. Permissions will then print and countersign your copy of the Permission Agreement, scan and email it by return (unless sent by post).

You will need this if you require language translations of the GHQ12 (see point 7).

4. **GHQ12 pdf – English Language only.** You will receive your GHQ12 pdf by email attachment from permissions@gl-assessment.co.uk

Please note that you will also require a GHQ manual, purchased separately:

5. The **GHQ manual** is only available in the English language. The manual needs to be purchased in the hard copy format through GL Assessment customer services; it costs £85 plus shipping costs. GL Assessment customer services can be contacted on +44 (0) 845 602 1937 or customer.services@gl-assessment.co.uk
6. **Invoice** - Customer Services will send you an invoice for your permission agreement fee, contactable on 0845 602 1937 or customer.services@gl-assessment.co.uk
7. **Translations – MAPI Research Trust** Contact@mapi-trust.org distribute translations of GHQ12 on our behalf. When you have received your countersigned Permission Agreement from Permissions, scan this to Mapi in order to receive your GHQ12 translations.

Please note that Mapi will require you to fill in a form for your translations and in most situations charge a fee for the translation. Please check with Mapi whether they have the required language translation in stock or if a new translation request is necessary.

The translation fee paid to Mapi is in addition to the copyright fee paid to us. Please contact Mapi at Contact@mapi-trust.org for translation fee details.

FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

I work for a company and I want translations of the scale, do I pay GL Assessment and Mapi separately?

Yes, the copyright fee attributable to GL Assessment is separate to the translation fee attributable to Mapi. Please visit the Mapi website for all details of translations.

I'm a research student, my translations of the scale from Mapi are free.

Do I have to pay a copyright fee to GL Assessment?

Yes. Copyright law is applicable in all instances, and a fee is charged for use of the scale, payable to GL Assessment.

Do I need permission to use hard copies of the scale purchased via customer services?

Please note that if you purchase the license to use the GHQ12 via Permissions, you do not need to purchase hard copies of the scale. Permissions will send an electronic file which you use to reproduce the scale when you are sent your license. If you have already purchased hard copies of the scale through customer services, you are not required to purchase the license to use the scale as well; by purchasing the hard copies of the scale through customer services, you are in effect purchasing a license to use the scale. You do not need both.

Do I need a credit account?

You can choose to pay by invoice, or alternatively you can pay by credit card. If you pay by invoice, you will also need to complete and return the attached Application for Credit Account. If you pay by credit card, you do not need a credit account.

Special Invoicing Requirements

For example, if a purchase order must be sent to us first, or additional information such as a purchase order or department number need to appear on the invoice, etc., please notify as shown below;

If your invoice department is UK based, please notify Customer Services contactable on 0845 602 1937 or customer.services@gl-assessment.co.uk

Currency

Please note that GL Assessment only accepts payment in Sterling.

Note 1. Licensee's Name	This is the contracting party for the permission agreement. Please ensure the Licensee is authorised to sign contracts on behalf of your organisation.
Note 2. Vat Number	This is only applicable to EU countries. If you do not include your VAT number, and are based in the EU, you will be charged VAT at 15% on your invoice.
	If the invoice needs to be sent to someone other than the Licensee

	<p>without a reader code and qualification number.</p> <p>If the Licensee for the study is different to that of the registered user, please provide the name of the registered user along with the reader code and qualification number</p>
<p>Note 5.</p> <p>University Course and Supervisor's Name/Supervisor's GL Reader Code / qualification code</p>	<p>Complete only if you are an undergraduate student and not qualified to register with GL Assessment yourself. Your supervisor must register and sign an agreement on your behalf.</p>
<p>Note 6. Details of project</p>	<p>Ensure you include study title, project title, name of study group.</p>
<p>Note 7. Total number of Administrations</p>	<p>Administrations mean the number of times the scale is to be used not the number of participants in the study i.e. test to be administered 3 times to 50 participants = 150 administrations.</p> <p>If the study is international it should include the total number of administrations, whatever number of countries/languages involved</p>
<p>Note 8. General</p>	<p>Please note that the permission comes into effect on receipt by GL Assessment of the payment in full within thirty days and the return of a counter-signed copy of the permission agreement within thirty days.</p> <p>For the GHQ, the permission fee includes a copy of the scale(s) in their original language (UK English) only.</p>

<p>Note 9. Translations of the GHQ</p>	<p>The GHQS are distributed in their translated forms by the MAPI Research Trust.</p> <p>For all queries re. availability and status of translations, please contact Mapi Research Trust in France at Contact@mapi-trust.org Tel: +33 472 13 65 75</p> <p>Please note that further costs, in addition to those charged by GL Assessment for the use of the scale(s), may be charged by the MAPI Research Trust when obtaining the translations of the scale. You must liaise directly with the MAPI Research Trust regarding translations and any additional associated fees.</p> <p>Each new translation must undergo a full linguistic validation process by Mapi Research Institute, according to standard recognized methodology of translation, as described in Acquadro C, Conway K; Giroudet C, Mear I. Linguistic Validation Manual for Patient-Reported Outcomes (PRO) Instruments. Mapi Research Institute, 2004.</p>
--	--

GL Assessment Permissions Invoice Details

Please **type** your details and return this form via **email** to: permissions@gl-assessment.co.uk

Date	
Licensee's full name Licensee's title (e.g. Mr, Mrs, Dr etc)	
Licensee's <u>FULL</u> postal address	
Licensee's telephone number	
Licensee's email address	
Licensee's fax number	

GL Reader Code	
GL Qualification Code	
Details of where to send invoice to	
VAT number for invoice <i>if applicable</i>	
Payment by credit card	By fax on 0845 601 5358 or phone 0845 602 1937
Name of GL Assessment product	
Details of permission required <i>e.g. name of study</i>	
Number of administrations	
Cost per administration	
Fee for permission £50 administration fee if order under £50	

Re: Payment of Invoices electronic transfer

Please find below our bank details, as requested.

Bank Sort Code: 20-78-98

Bank Account Number: 10435317

Bank Account Name: Granada Learning Ltd.

Bank Name and Address: Barclays Bank Plc

Media Banking Centre

PO Box 4WA

27 Soho Square

London

W1D 3QR

Swift Code: BARCGB22

IBAN number: GB32 BARC 2078 9810 4353 17

Tel: 01793 516347

Fax 0845 601 5357

Email: creditcontrol@granadalearning.com

VAT Reg. GB 811 5417 59

Company Registration: 02603456

Any queries, please ring the credit control department on **01793 516347**.

Yours sincerely

GL Assessments



INVOICE TO:
Account No 128805
Prof Panagiotis Prezerakos

Nursing Department
University of Peloponnese
28 Erithrou Stavrou & Kariotaki
Street
TRIPOLIS
22100
Greece

DELIVER TO:
Account No 128805
Christina Karatza
PhD Candidate

University of Peloponnese
28 Erithrou Stavrou & Kariotaki Street
TRIPOLIS
22100
Greece

PRO FORMA

Our Order Number 924181
Order Date 18 January 2013

Order Processed By sandieg
Customer Order Number CK1801

Qty	Reference	Product	Platform	Unit Price	Disc %age	VAT %age	Final Price
1	23303	Permissions - Prof Sir D Goldberg - 50% - Inc VAT	n/a	£300.00	0	20.0	£360.00
<p>Permission is for 1000 administrations of the GHQ-12 for use in the study: "Workplace Bullying and General Health: Anempirical study of NHS hospitals nursing personnel".</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; opacity: 0.5;">This is a Pro Forma Invoice</p>							

Total £300.00
Discount £0.00
VAT £60.00

Final Price £360.00

Payment Accepted via Cheque, Credit Card or BACS.
Cheques made payable to GL Education Group Ltd
BACS: Barclays Bank Plc A/c No: 10435317 Sort Code: 20-78-98
Bank Swift Code: BARCGB22 (for international use)

VAT No. GB 811 5417 59

Please send payment and all payment enquiries to:
GL Distribution Service, Credit Control
Unit 28 - Bramble Road
Techno Trading Estate
Swindon Wilts UK SN2 8HB
Tel: 01793 516 347 Fax: 0845 601 5357

All other enquiries to:
GL Education Ltd, Customer Services
Unit 28 - Bramble Road
Techno Trading Estate
Swindon Wilts UK SN2 8HB
Tel: 0845 602 1937 Fax: 0845 601 5358

GL EDUCATION GROUP LTD
VAT No: GB 811 5417 59 REGISTERED NO: 0203496 ENGLAND AND WALES
REGISTERED OFFICE: 3rd Floor, East 395 Chiswick High Road, London W6 4AL, UK
This sale is subject to GL Education Group Standard Terms and Conditions.