



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**«Σχέση μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και ποιότητας  
ζωής σε νοσοκομειακούς εργαζόμενους»**

**ΣΤΑΜΕΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**

**ΓΑΛΑΝΗΣ ΠΕΤΡΟΣ**

**ΛΙΒΑΔΕΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2018**



# **ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ**

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
**«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

**Σχέση μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και ποιότητας ζωής σε  
νοσοκομειακούς εργαζόμενους**

**ΣΤΑΜΕΛΟΣ  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ**

Επιβλέπων Καθηγητής

**ΓΑΛΑΝΗΣ ΠΕΤΡΟΣ**

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά τον καθηγητή μου κ. Πέτρο Γαλάνη για την άψογη συνεργασία μας, καθώς και για τη συμβολή του στο σχεδιασμό και την εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στα παιδιά μου Παναγιώτα και Περικλή καθώς και στη σύζυγο μου Πολύμνια, για την αμέριστη συμπαράστασή τους σε κάθε μου εγχείρημα.

Επίσης, νοιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω τους συναδέλφους μου εργαζόμενους στο Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς, που συμμετείχαν εθελοντικά στην μελέτη καθώς και το συνάδελφο Χαλάτση Χρήστο για τη συμβολή και την συμπαράστασή του για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Σκοπό της παρούσας εργασίας, αποτελεί η καταγραφή της ενδεχόμενης εμφάνισης του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού σε επαγγελματίες υγείας, και η διερεύνηση της συσχέτισης του εκφοβισμού, με την σωματική και την ψυχική υγεία των ατόμων. Ως επιμέρους στόχοι της έρευνας τέθηκαν, η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την εκδήλωση του εργασιακού εκφοβισμού, η έκταση του φαινομένου σε σχέση με δημογραφικά, εκπαιδευτικά ή εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος. Τέλος διατυπώθηκαν προτάσεις για την αντιμετώπιση, την αποφυγή και την πρόληψη των εκφοβιστικών φαινομένων στον εργασιακό χώρο.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε ποσοτική και ποιοτική μελέτη σε δείγμα 143 εργαζομένων, με μέση ηλικία τα 44,1 έτη. Η συχνότητα εμφάνισης εργασιακού εκφοβισμού μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο ανίχνευσης αρνητικών συμπεριφορών (NAQ-R), που αποτελείται από 25 ερωτήσεις, στο οποίο η χαμηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης αρνητικών συμπεριφορών. Το επίπεδο υγείας μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο Επισκόπηση Υγείας (SF-12). Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA), ενώ για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκαν οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών με κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson, ενώ για μη παραμετρικές σχέσεις, εφαρμόζεται ο δείκτης Spearman. Στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

**Αποτελέσματα:** Στην έρευνα αναδείχτηκε ότι το 13,3%, των ερωτηθέντων αποτελεί συχνό θύμα εκφοβισμού και σπανίως το 28,0%. Οι ερωτηθέντες που είχαν πέσει θύμα εκφοβισμού, ανέφεραν ότι δέχονται φαινόμενα εκφοβισμού σε μεγάλο ποσοστό, από ανώτερα στελέχη του οργανισμού. Επίσης αναδείχτηκε ότι το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, η μεγάλη ηλικία και τα περισσότερα έτη υπηρεσίας, σχετίζεται με περισσότερο εργασιακό εκφοβισμό. Τέλος, όσο περισσότερο εργασιακό εκφοβισμό βιώνουν οι συμμετέχοντες, τόσο χειρότερη ήταν η φυσική τους και ψυχική τους υγεία, γεγονός που εξαρτάται και από το φύλο και τα έτη υπηρεσίας. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνονται με αντίστοιχες μελέτες, της διεθνούς και της Ελληνικής βιβλιογραφίας.

**Συμπεράσματα:** Ο εργασιακός εκφοβισμός αποτελεί ένα υπαρκτό ζήτημα, που επηρεάζει την ψυχική και τη σωματική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Η παρούσα δημοσιονομική κρίση που διανύει η χώρα, με δεδομένα την υψηλή ανεργία, την εργασιακή ανασφάλεια και τις χαμηλές αποδοχές, δημιουργεί τις προϋποθέσεις για να αρχίσει ο διάλογος, για τους τρόπους αντιμετώπισης των εκφοβιστικών πρακτικών, στους χώρους εργασίας. Η εφαρμογή ενός διαφορετικού οργανωσιακού μοντέλου των δομών, η προώθηση από τους αρμόδιους σχεδιασμού πολιτικών υγείας, μιας απαράβατης εργατικής νομοθεσίας, η ένταξη της επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας στην εκπαίδευση και η λήψη αμέσων μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου θα συμβάλει στην εξάλειψή του, ώστε να βελτιωθεί η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα των υγειονομικών δομών.

**Λέξεις - Κλειδιά:** εργασία - εργασιακός εκφοβισμός - ποιότητα ζωής - παράγοντες υγείας - παράγοντες υγείας των επαγγελματιών υγείας - γενική υγεία.

## ABSTRACT

**Aim:** The purpose of this paper is to record the possible occurrence of the phenomenon of occupational intimidation in health professionals and to investigate the correlation of intimidation with the physical and mental health of individuals. Individual research objectives were to investigate the factors related to the manifestation of work-related bullying, the extent of the phenomenon in relation to the demographic, educational or labor characteristics of the sample. Finally, proposals were made to address, prevent and avoid bullying in the workplace.

**Material and method:** A quantitative and qualitative study was performed on a sample of 143 workers, with an average age of 44.1 years. The incidence of workplace bullying was measured with the negative behavior detection questionnaire (NAQ-R), consisting of 25 questions, in which the lowest rating indicates a lower incidence of negative behaviors. The health level was measured with the Health Survey SF-12 v2(Greek version). For the comparison of quantitative variables, parametric analysis of dispersion analysis (ANOVA) was used, while for the description of the qualitative variables, absolute (N) and the relative (%) frequencies were used. The Pearson correlation coefficient was used to investigate the relationship between two quantitative variables with normal distribution, while for non-parametric relationships the Spearman index was used. In the bivariate analysis, multiple linear regression was applied. Data analysis was performed using the SPSS 19.0 statistical program

**Results:** The survey found that 13.3% of respondents are frequent victims of bullying and rarely 28.0%. Respondents who have been bullied reported that they have been intimidated at a high rate by higher-profile executives of the organization. It also emerged that the high educational level, the older age and the more years of service, are associated with more workplace bullying. At last, the more intimidation at work experienced by the participants, the worse their physical and mental health were, which also depends on gender and years of service. The results are confirmed by corresponding studies of the international and Greek bibliography.

**Conclusions:** Workplace bullying is an actual issue that affects the mental and physical health of health professionals. The current fiscal crisis in the country, given the high unemployment rate, job insecurity and low earnings, creates the conditions to start a debate on how to deal with intimidating practices at workplaces. The implementation of a different organizational model of structures, the promotion by health policy designers,

an inalienable labor law, the integration of occupational safety and health into education, and taking measures to prevent and tackle the phenomenon will help to eradicate it, so that the efficiency and effectiveness of health structures improve.

**Key words:** work-workplace bullying –intimidation-quality of life - health factors - health factors of health professionals - general health.



## Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT .....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	12
ΜΕΡΟΣ Α:ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ .....	15
1.1 Ορισμός της εργασίας – Σύντομη περιγραφή.....	15
1.2 Η σημασία της εργασίας στη ζωή ενός ανθρώπου .....	15
1.3 Παρακίνηση και υποκίνηση εργαζομένων .....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	21
2.1 Εννοιολογικό πλαίσιο .....	21
2.2 Ιστορική αναδρομή.....	22
2.3 Μορφές εκφοβισμού.....	24
2.4 Κύρια αίτια εμφάνισης του φαινομένου .....	28
2.5 Χαρακτηριστικά του εκφοβισμού.....	32
2.6 Συμπτώματα και επιπτώσεις του φαινομένου.....	33
2.7 Τρόποι αντιμετώπισης του φαινομένου.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ .....	38
3.1 Η.Π.Α.....	39
3.2 Ηνωμένο Βασίλειο .....	39
3.3 Σουηδία.....	40
3.4 Δανία .....	40
3.5 Γερμανία .....	41
3.6 Γαλλία.....	41
3.7 Βέλγιο .....	42
3.8 Καναδάς.....	42
3.9 Αυστραλία .....	42
3.10 Τουρκία.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ .....	44
4.1 Η κατάσταση του φαινομένου στην Ελλάδα .....	44
4.2 Νομοθεσία .....	46

4.3 Εκφοβισμός μεταξύ επαγγελματιών υγείας.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ .....	53
5.1. Εννοιολογική προσέγγιση - Ορισμός της ποιότητας ζωής .....	53
5.2. Η αλληλεπίδραση υγείας και ποιότητας ζωής .....	55
5.3 Ιστορική ανάδρομη της ποιότητας ζωής.....	57
5.4. Προσδιοριστικοί παράγοντες ποιότητας ζωής.....	59
5.5. Σχέση εργασίας και υγείας .....	62
5.6. Εργασιακοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία.....	64
5.6.1 Χημικοί παράγοντες .....	64
5.6.2 Φυσικοί και βιολογικοί παράγοντες .....	65
5.6.3. Ψυχοκοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες.....	65
5.7 Επιπτώσεις της εργασίας στην υγεία των εργαζομένων.....	66
5.8. Η ποιότητα της εργασιακής και προσωπικής ζωής .....	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	69
6.1 Εισαγωγή .....	69
6.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των επαγγελματιών υγείας .....	70
6.2.1. Έκθεση σε χημικούς παράγοντες.....	70
6.2.2. Έκθεση σε φυσικούς παράγοντες .....	72
6.2.3. Έκθεση σε βιολογικούς παράγοντες.....	74
6.2.4. Υγειονομικοί παράγοντες .....	75
6.2.5. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες .....	76
6.3. Εργασιακό στρες και επαγγελματική εξουθένωση.....	76
6.4 Άλλοι ψυχοσωματικοί παράγοντες.....	81
6.4.1 Βία .....	81
6.4.2 Κυκλιόμενο ωράριο .....	83
6.5 Εργαλεία μέτρησης του επίπεδου υγείας-ποιότητας ζωής .....	83
6.5.1 Sickness Impact Profile .....	84
6.5.2 General Health Questionnaire.....	84
6.5.3 Nottingham Health Profile.....	84
6.5.4 The SF-36 Health Survey .....	85
6.5.5 Short form 12 (SF-12) .....	85
6.6 Μέτρηση της υγείας και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής.....	86
6.7 Προβλήματα στη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας Ζωής.....	89

Μέρος Β' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	91
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	91
7.1 Σχεδιασμός της έρευνας .....	91
7.2 Σκοπός της έρευνας .....	91
7.3 Ερευνητικά ερωτήματα.....	92
7.4 Επιλογή δείγματος και συλλογή δεδομένων.....	92
7.5 Ερευνητικά εργαλεία και περιγραφή τους.....	94
7.6 Ηθικά ζητήματα.....	96
7.7 Πιλοτική έρευνα .....	97
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	98
8.1 Στατιστική ανάλυση .....	98
8.2 Αποτελέσματα .....	100
8.3.1 Εργασιακός εκφοβισμός.....	101
8.3.2 Ποιότητα ζωής.....	108
8.4 Συζήτηση .....	115
8.5 Περιορισμοί της έρευνας .....	121
8.6 Προτάσεις .....	122
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	124
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΙΚΩΝΩΝ .....	124
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	124
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ .....	125
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....	126
Βιβλιογραφία .....	131

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αφορμή για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος, αποτέλεσε η επιδείνωση των εργασιακών σχέσεων, ιδιαίτερα στη σημερινή δημοσιονομική επιτήρηση που διανύει η χώρα. Το γεγονός αυτό, συνοδεύεται με έκρηξη της ανεργίας, έντονη εργασιακή ανασφάλεια, χαμηλές αποδοχές και τραγική αύξηση του εργασιακού εκφοβισμού, τόσο στον ιδιωτικό, όσο και στο δημόσιο τομέα. Έτσι, είναι επιθυμητό να δοθεί μια εικόνα, γύρω από την επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά παρενόχλησης στο χώρο εργασίας, που αφορά την παροχή υγειονομικής φροντίδας και την επίδρασή της στην ποιότητα ζωής και κατ' επέκταση στην προσωπική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού, παρόλο που εμφανίζεται από πολύ παλιά, μόλις τις τελευταίες δεκαετίες άρχισε η επιστημονική κοινότητα να το εξετάζει σοβαρά, ώστε να βρεθούν τα ακριβή αίτια, οι μορφές εκδήλωσης, οι επιπτώσεις, που παρουσιάζει στην υγεία και οι τρόποι εξάλειψής του.

Στην Ελλάδα έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες τα τελευταία χρόνια, που περιγράφουν το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού, μάλιστα αποτελεί ακόμη μη αναγνωρίσιμο πρόβλημα με ελλιπείς αναφορές από τους εργαζόμενους, γιατί θεωρούν ότι οι καταστάσεις αυτές αποτελούν φυσιολογικό μέρος της εργασίας τους (Sofield et al., 2003). Για την προσέγγιση του όρου χρησιμοποιήθηκε τόσο ο όρος mobbing όσο και ο όρος bullying ή η ψυχολογική ή ηθική παρενόχληση, και αρκετές φορές η ψυχολογική τρομοκρατία ή ο εργασιακός εκφοβισμός. Η παρούσα μελέτη, χρησιμοποιεί τον όρο «Εργασιακή Παρενόχληση» (Bjorkqvist et al., 1994) που καθιερώθηκε από την Γαλλίδα ψυχίατρο Μ. F. Hirigoyen η οποία μελέτησε τις διαστάσεις του φαινομένου και έδωσε την αφορμή για την νομοθετική αντιμετώπιση του στην Γαλλία (Hirigoyen, 2009). Ο όρος αυτός καθιερώθηκε σε πολλές γαλλόφωνες χώρες και υιοθετήθηκε και από θεσμικά όργανα της Ε.Ε..

Η παρούσα εργασία διαρθρώνεται σε δύο μέρη, ένα θεωρητικό και ένα ερευνητικό. Για την πληρέστερη παράθεση θεωρητικών δεδομένων, απαραίτητων για την εννοιολογική προσέγγιση του ζητήματος, αντλήθηκαν δεδομένα μετά από ενδελεχή βιβλιογραφική ανασκόπηση και αναζήτηση σε βάσεις δεδομένων ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας και σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Pubmed, Scopus, Science Direct), χρησιμοποιώντας λέξεις - κλειδιά και συνδυασμό αυτών όπως: εργασία,

εργασιακός εκφοβισμός - ποιότητα ζωής - παράγοντες υγείας - παράγοντες υγείας των επαγγελματιών υγείας, χωρίς να τεθεί χρονικός περιορισμός.

Στο ερευνητικό μέρος πραγματοποιήθηκε ποσοτική και ποιοτική μελέτη, για την εύρεση σχέσεων μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και ποιότητας ζωής. Στη παρούσα εργασία επιχειρείται η διερεύνηση της συσχέτισης, μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και γενικής υγείας των επαγγελματιών υγείας, που εργάζονται σε δημόσια δευτεροβάθμια υγειονομική δομή. Μετά την ενδελεχή βιβλιογραφική αναζήτηση, ώστε να εντοπιστούν τα κατάλληλα εργαλεία στη συγκεκριμένη έρευνα, ανιχνεύτηκαν και χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια NAQ-R και GHQ-12, ως τα πιο κατάλληλα για τη μέτρηση του φαινομένου εκφοβισμού και του επιπέδου της γενικής υγείας. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 143 εργαζομένων και η στατιστική ανάλυση αναπτύσσεται μέσω περιγραφικής στατιστικής και ανάλυση παραγόντων, με διμεταβλητές και πολυμεταβλητές

Συγκεκριμένα η μελέτη αποτελείται οκτώ κεφάλαια. Στο 1<sup>ο</sup> Κεφάλαιο γίνεται μια εισαγωγή στο θέμα της εργασίας και στη σημασία της για τον άνθρωπο. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στις έννοιες της υποκίνησης και παρακίνησης των εργαζομένων. Στο 2<sup>ο</sup> Κεφάλαιο γίνεται προσέγγιση του φαινομένου της παρενόχλησης στο χώρο εργασίας. Περιγράφεται το φαινόμενο καθώς και τα χαρακτηριστικά, τα συμπτώματα και οι τρόποι αντιμετώπισης. Στο 3<sup>ο</sup> Κεφάλαιο αναφέρεται η διεθνής εμπειρία του εργασιακού εκφοβισμού Στο 4<sup>ο</sup> Κεφάλαιο αναλύεται η Ελληνική εμπειρία του φαινομένου της παρενόχλησης, αναφέρεται η ισχύουσα νομοθεσία και καταγράφονται τα μέχρι τώρα δεδομένα, που ανιχνεύτηκαν στους επαγγελματίες υγείας. Στο 5<sup>ο</sup> Κεφάλαιο αναλύεται το εννοιολογικό πλαίσιο της ποιότητας ζωής, αναφέρονται οι παράγοντες που την επηρεάζουν, καθώς και τις επιπτώσεις τις εργασίας στην υγεία των επαγγελματιών υγείας. Στη συνέχεια, στο 6<sup>ο</sup> Κεφάλαιο, αναλύονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα και διεθνώς, καθώς και τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής. Στο 7<sup>ο</sup> Κεφάλαιο αναφέρεται η μεθοδολογία της έρευνας, η επιλογή του δείγματος, ο τρόπος που αντλήθηκαν τα πρωτογενή στοιχεία, η ανάλυση της σχετικής βιβλιογραφίας, καθώς και τα ηθικά ζητήματα. Στο 8<sup>ο</sup> Κεφάλαιο περιγράφονται και αναλύονται στατιστικά, τα πρωτογενή στοιχεία της παρούσης έρευνας, τα αποτελέσματα της έρευνας, πραγματοποιείται 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.

## ΜΕΡΟΣ Α: ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

#### 1.1 Ορισμός της εργασίας – Σύντομη περιγραφή

Εργασία αποκαλείται κάθε ανθρώπινη δραστηριότητα, που ασκείται με στόχο τη δημιουργία ενός χρήσιμου αποτελέσματος. Μπορεί να είναι είτε χειρωνακτική, είτε πνευματική, δεν αποκλείεται δε να συνδυάζει και τα δύο. Το αποτέλεσμα της είναι η δημιουργία, μέσω της οποίας το άτομο έχει κατορθώσει να διακριθεί από τα υπόλοιπα όντα γύρω του και να παράγει πολιτισμό.

Η εργασία αποτελεί τον σημαντικότερο προσδιοριστικό παράγοντα της ταυτότητας και του αυτοσεβασμού του ατόμου, που αναδεικνύει την αξία, την προσωπική ικανοποίηση, τη δημιουργικότητα και τη συναισθηματική πληρότητα κάθε εργαζόμενου ανθρώπου (Χατζηδάκη, 2010).

#### 1.2 Η σημασία της εργασίας στη ζωή ενός ανθρώπου

Η σημασία της εργασίας αποδεικνύεται καθημερινά εφόσον αποτελεί βασικό θέμα συζήτησης και προβληματισμού για το άτομο. Επηρεάζει την συναισθηματική του κατάσταση, την αντίληψη του εαυτού του και την εκτίμηση που λαμβάνει από τους γύρω του.

Σε μία σύγχρονη κοινωνία και οικονομία η εργασία επιδρά ως ένας σημαντικός παράγοντας ανάπτυξης και εξέλιξης. Περιλαμβάνει ένα πλέγμα παραγόντων (υλικά μέσα, εκπαίδευση αμοιβή τιμωρίες, κανονισμούς, ανθρώπινες σχέσεις, λήψη αποφάσεων), που καθορίζουν τόσο την εργασιακή απόδοση στην αύξηση της παραγωγικότητας όσο και την ικανοποίηση του εργαζομένου.

Ο Freud που θεωρείται ο πατέρας της ψυχολογίας, σε σχέση με την έννοια της εργασίας και τη σημασία της στη ζωή του ανθρώπου, αναφέρει ότι βασικές παράμετροι για τη

φυσιολογική λειτουργία ενός ατόμου αποτελούν η συνύπαρξη δύο βασικών ικανοτήτων: της Αγάπης και Εργασίας, που εγγυώνται την μέγιστη ψυχική ισορροπία του ατόμου, και επιτυγχάνουν την αυτοπραγμάτωσή του, δηλαδή την ικανότητά του να εκφράζεται σύμφωνα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του (να γίνεται αυτό που μπορεί να είναι) (Καλούδη, 2013). Η εργασία δεν αποτελεί απλά ένα μέσο για τη βιολογική επιβίωση, ενός ατόμου, αλλά ένα βασικό συστατικό που κατοχυρώνει την αποδοχή του ατόμου από τον κοινωνικό περίγυρο και ταυτόχρονα το διαφοροποιεί από αυτόν, γεγονός που αποτελεί ζητούμενο στις σύγχρονες κοινωνίες για την εκπλήρωση των αναγκών του ατόμου. που μέσω της εργασίας αναδεικνύει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, τις ικανότητες και τις δεξιότητές του. Ταυτόχρονα αναδεικνύει τις αδυναμίες και τη διαφορετικότητά του μέσα από τη διαδικασία των εργασιακών συνδιαλλαγών με το κοινωνικό σύνολο, και τελικά εξελίσσεται κοινωνικά. Δεν είναι τυχαίες οι ψυχολογικές επιπτώσεις που μπορεί να προκαλέσει στο άτομο η παρατεταμένη ανεργία, μια ξαφνική απόλυση, ή ακόμα και η συνταξιοδότηση, όπου εμφανίζονται ψυχοσωματικά προβλήματα, απώλεια της αυτοπεποίθησής του χάνει τον έλεγχο της ζωής του και βιώνει συναισθήματα που οδηγούν σε καταθλιπτικές συμπεριφορές και σε κάποιες περιπτώσεις στον κοινωνικό αποκλεισμό. Επομένως, η εργασία λειτουργεί και θεραπευτικά και αξιοποιείται σε ψυχοθεραπευτικές μεθόδους (εργασιοθεραπεία), αφού το άτομο έρχεται σε επαφή με άλλους ανθρώπους, αναλαμβάνει καθήκοντα, παρατηρεί, μαθαίνει και χειρίζεται τα προβλήματα ξεχνώντας τις δυσκολίες που ενδέχεται να βιώνει (Καλούδη, 2013).

### 1.3 Παρακίνηση και υποκίνηση εργαζομένων

Υποκίνηση, στον εργασιακό χώρο ορίζεται *«η εσωτερική διαδικασία ώθησης της συμπεριφοράς του ανθρώπου προς τους στόχους, των οποίων η υλοποίηση έχει ως συνέπεια την ικανοποίηση των αναγκών του και την ανάδειξη της σπουδαιότητάς του»* (Μπουραντάς, 2002).

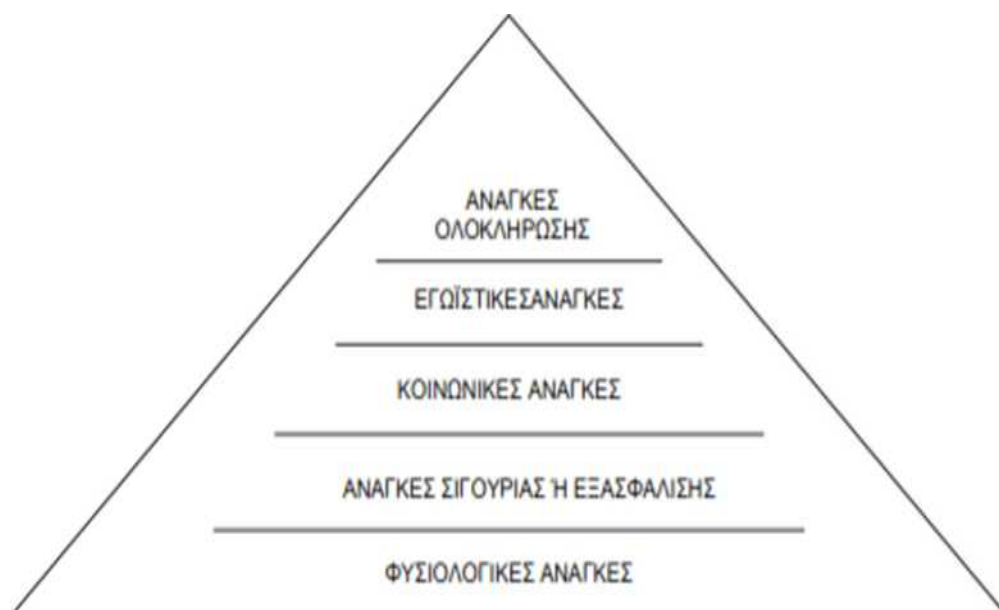
Η πρώτη ολοκληρωμένη θεωρία υποκίνησης εργαζομένων διατυπώθηκε το 1943 από τον Abraham Maslow, ο οποίος ιεραρχώντας τις ανθρώπινες ανάγκες, προσδιόρισε τις ανάγκες των εργαζομένων οι οποίες όταν εκπληρωθούν οδηγούν στην ικανοποίηση και



ταξινομήσε τις ανάγκες του ανθρώπου σε πέντε βασικές κατηγορίες (Μπουραντάς, 2002):

- Φυσιολογικές ανάγκες: πρόκειται για τις βασικές ανάγκες του ανθρώπου οι οποίες συνδέονται με την ύπαρξη του και είναι οι πρώτες που ο άνθρωπος προσπαθεί να ικανοποιήσει.
- Ανάγκες ασφάλειας: πρόκειται για την ανάγκη του ανθρώπου να νιώθει αίσθημα σιγουριάς που απορρέει από την ανάγκη της αυτοσυντήρησής του υιοθετώντας τη διασφάλιση μόνιμης εργασίας, κατοικίας, κ.τ.λ.
- Κοινωνικές ανάγκες: πρόκειται για την ανάγκη του ανθρώπου να ανήκει σε κοινωνικές ομάδες, να αισθάνεται αποδεχτός και να αναπτύσσει φιλικές σχέσεις, ώστε να νιώσει αγάπη και στοργή.
- Ανάγκες αναγνώρισης ή εκτίμησης: πρόκειται για ανάγκες οι οποίες σχετίζονται με το «εγώ» του ατόμου, όπως τη φήμη, το κύρος, την εκτίμηση, το σεβασμό, την επιτυχία, την ανεξαρτησία, την ελευθερία, κ.λπ.
- Ανάγκες ολοκλήρωσης: προσεγγίζουν τις ανάγκες του ανθρώπου οι οποίες σχετίζονται με την ικανοποίηση των οραμάτων και των προσδοκιών του έτσι ώστε να αγγίξει το ιδανικό πρότυπο.

Οι παραπάνω ανάγκες είναι ιεραρχημένες σε μία πυραμίδα, που αρχικά είναι αναγκαίο να ικανοποιηθούν οι ανάγκες της βάσης και στη συνέχεια διαδοχικά προς τα επάνω οι υπόλοιπες ανάγκες (Μπουραντάς 2002) (Εικόνα 1).



**Εικόνα 1: Ιεράρχηση των αναγκών κατά Maslow (Πηγή: Μπουραντάς 2002)**

Βέβαια στη διαδικασία αυτή εγείρονται και οι εγωιστικές ανάγκες για αναγνώριση, απόκτηση κύρους, σεβασμού, εκτίμησης, και άσκηση επιρροής στους υπόλοιπους ανθρώπους του κοινωνικού συνόλου (Μπουραντάς, 2002). Απώτερος στόχος είναι ουσιαστικά η ικανοποίηση των αναγκών αυτοπραγμάτωσης και της κοινωνικής ολοκλήρωσης, ώστε οι επιθυμίες να ακολουθούν τη διαδοχική πορεία της πυραμίδας από τη βάση προς την κορυφή. Οι άνθρωποι δηλαδή, εκπληρώνουν τις επιθυμίες της κατώτερης κατηγορίας αρχικά, για να καταφέρουν να αισθανθούν και να ικανοποιήσουν τις ανάγκες του επόμενου επίπεδου (Δικαίος, 1999).

Μια δεύτερη θεωρία υποκίνησης εργαζομένων, διατυπώνεται στο τέλος της δεκαετίας του '50 από τον Frederick Herzberg, ο οποίος ανέπτυξε την θεωρία των δύο παραγόντων και κατέληξε σε δύο κατηγορίες:

- Στους παράγοντες υγιεινής ή διατήρησης Οι παράγοντες υγιεινής ή διατήρησης δεν υποκινούν τους εργαζόμενους για την αύξηση απόδοσής τους, ωστόσο είναι χρήσιμοι ούτως ώστε να μην προκαλείται δυσαρέσκεια, έτσι καθίσταται ανέφικτη η εφαρμογή μεθόδων υποκίνησης. Οι παράγοντες αυτοί αναφέρονται ως παράγοντες υγιεινής, επίβλεψης, εποπτείας, εργασιακές συνθήκες, διαπροσωπικές σχέσεις, αμοιβής και κύρος του οργανισμού.
- Στους παράγοντες παρακίνησης, που υποκινούν τους εργαζόμενους σε σχέση με την επίτευξη στόχων, την εξέλιξη, το αντικείμενο εργασίας, την υπευθυνότητα και την αναγνώριση προσπάθειας και είναι αυτοί που ενεργοποιούν τους εργαζόμενους στην αύξηση της απόδοσής τους.

Το 1963 αναπτύχθηκε μια νέα θεωρία, αυτή της ισοτιμίας, από τον ψυχολόγο Stayce Adams, που διατύπωσε ότι οι εργαζόμενοι συγκρίνουν τις απολαβές τους και τη δική τους συνεισφορά σε σχέση με τις απολαβές και τη συνεισφορά των συναδέλφων τους. Στην περίπτωση που ο εργαζόμενος θεωρεί ότι οι απολαβές του είναι περισσότερες από τη συνεισφορά του, τότε υποκινείται να εργαστεί περισσότερο, προκειμένου να εξισορροπηθεί η διαφορά αυτή. Έτσι ο Adams ανέπτυξε τη θεωρία της δικαιοσύνης, βασιζόμενος στην αρχή της ισότητας και υιοθέτησε την άποψη πως η ύπαρξη αισθήματος αδικίας από τον εργαζόμενο, δεν ευνοεί την υποκίνησή του και έτσι η συμπεριφορά του μεταβάλλεται επιδρώντας άμεσα στην αποδοτικότητα (Μπουραντάς, 2002).

Ο Victor Vroom το 1964, διατύπωσε την άποψη, ότι οι άνθρωποι μπορεί να υποκινηθούν, εάν πιστεύουν ότι η προσπάθεια τους θα έχει αντίκρισμα και θα αποδώσει τα επιθυμητά για αυτούς αποτελέσματα. Δηλαδή οι άνθρωποι αρχικά, θα επιλέγουν τα αποτελέσματα που προτιμούν, και τελικά θα ανταποκρίνονται εργασιακά μόνο αν πιστεύουν ότι θα λάβουν τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα (Koontz, 2006). Η θεωρία των προσδοκιών, όπως αναπτύχθηκε από τον Victor Vroom στηρίζεται στις έρευνες των ψυχολόγων Kurt Lewin και Edward Jorlman (Μπουραντάς, 2002).

Το 1971, ο David McClelland ανέπτυξε τη θεωρία των επίκτητων αναγκών των ανθρώπων, που λαμβάνουν μέσα από την κοινωνία και το περιβάλλον τους. Ο David McClelland διατύπωσε την άποψη ότι οι ανάγκες που έχει ένας εργαζόμενος είναι τρεις:

1. Η ανάγκη για την επίτευξη στόχων (achievement)
2. Η ανάγκη για τη δημιουργία δεσμών (affiliation)
3. Η ανάγκη για απόκτηση δύναμης (power)

Κάθε εργαζόμενος έχει ανάγκη να εκπληρώνει και τις τρεις παραπάνω ανάγκες και η διαφορά έγκειται στο διαφορετικό βαθμό που χρειάζεται να εκπληρώσει τις ανάγκες αυτές. David McClelland Business Drive and National Achievement', Harvard Business Review, July-August 1962, pp. 99-112

Το 1972 ο Alderfer Clayton πρότεινε μια θεωρία που μοιάζει με τη θεωρία του Maslow, μειώνοντας όμως τον αριθμό των αναγκών από πέντε σε τρεις, ως ακολούθως:

- Η ανάγκη της ύπαρξης που έχει σχέση με την επιβίωση και την ευημερία του ανθρώπου και είναι οι αντίστοιχες φυσιολογικές ανάγκες του Maslow.
- Η ανάγκη για σχέσεις που περιλαμβάνει τις κοινωνικές ανάγκες του Maslow εμπερικλείοντας την ανάγκη που νιώθει ο άνθρωπος για να ανήκει σε μια ομάδα να εκτιμά και να εκτιμάται από τους άλλους, να γίνεται αποδεκτός, να προσφέρει αλλά και να απολαμβάνει αγάπη.
- Η ανάγκη της ανάπτυξης, που επιζητά την πραγματοποίηση και την επιτυχία των αρμοδιοτήτων και των στόχων των εργαζομένων. Στη θεωρία του Maslow είναι οι ανάγκες της αναγνώρισης και της ολοκλήρωσης (Alderfer 1972).

Ο Maslow και ο Alderfer συμφώνησαν ότι οι ανικανοποίητες ανάγκες αποτελούν κίνητρα και πως όταν εκπληρωθούν οι κατώτερες ανάγκες, μόνο τότε μπορούν να

επιτευχθούν οι ανάγκες ανώτερου επιπέδου. Ο Alderfer πιστεύει ότι οι ανάγκες ανώτερου επιπέδου γίνονται πιο ενδιαφέρουσες και σημαντικές όταν ικανοποιούνται. Πιστεύει επίσης ότι η διάψευση της ικανοποίησης μιας ανάγκης ανώτερου επιπέδου πιθανόν να στρέψει την προσοχή των εργαζομένων σε μια ανάγκη κατώτερου επιπέδου (Θεοδωράτος, 1999). Έτσι ο Alderfer δεν δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην ιεράρχηση των αναγκών, διατυπώνοντας την άποψη πως ένα άτομο μπορεί να παρακινείται ταυτόχρονα από πολλές ανάγκες ή και από καμία, θεωρώντας ότι η απόλυτη ιεραρχία της πυραμίδας του Maslow δεν ισχύει, αφού η ιεράρχηση των αναγκών είναι υποκειμενική υπόθεση και επηρεάζεται από εξωγενείς παράγοντες του περιβάλλοντος που δραστηριοποιείται το άτομο (Ζαβλανός, 2002).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στο σύγχρονο δυτικό κόσμο του καταναλωτισμού, η ανάγκη για εξασφάλιση των στοιχειωδών μέσα από την εργασία, έχει μετατραπεί σε απληστία και σε ακόρεστη δίψα για εξουσία, μετατρέποντας τον εργασιακό χώρο ως μέσο ή πεδίο επιβολής δύναμης. Αυτή η ανάγκη για επιβολή οδηγεί πολλές φορές σε απάνθρωπες συμπεριφορές και βλαπτικές τακτικές, στη ψυχοσύνθεση του ατόμου που δέχεται αυτή τη μορφή επίθεσης. Από χώρο δημιουργίας, ο εργασιακός χώρος μετατρέπεται σε «αρένα», όπου επικρατεί ο δυνατότερος και ισχυρότερος. Έτσι τα τελευταία σαράντα περίπου χρόνια εμφανίζεται το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού με βλαπτικές συνέπειες τόσο στον άνθρωπο, όσο και στους οργανισμούς στους οποίους εμφανίζεται, με τελικό αποδεκτή την ίδια την κοινωνία (Κυθραιώτη 2014).

### 2.1 Εννοιολογικό πλαίσιο

Ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας (workplace bullying) αναγνωρίζεται ως ένα σημαντικό πρόβλημα σε όλο τον κόσμο και αρκετά ερευνητικά άρθρα έχουν δημοσιευτεί από δημοσιογράφους, ακαδημαϊκούς, συνδικάτα και κυβερνήσεις, υπογραμμίζοντας τη σημασία του φαινομένου, στον εργασιακό χώρο, αλλά και στον κοινωνικό τομέα. Η έρευνα ξεκίνησε από τις σκανδιναβικές και αγγλοσαξονικές χώρες, αλλά επεκτάθηκε σύντομα σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο Heinz Leymann θεωρείται ένας από τους πρώτους ερευνητές που διεξήγαγε μια σειρά από μελέτες στη Σουηδία (Leymann, 1990, 1996; Leymann & Gustafsson, 1996) και εισήγαγε τη σημασία και τις επιπτώσεις της παρενόχλησης στο χώρο εργασίας. Το ενδιαφέρον για το θέμα αυτό επεκτάθηκε και σε άλλες σκανδιναβικές χώρες, όπως τη Νορβηγία, από τον Stale Einarsen, ο οποίος έχει μέχρι σήμερα δημοσιεύσει πολλές μελέτες, όπου τονίζεται η σημασία του εκφοβισμού στους χώρους εργασίας (Einarsen et al. 1994; Einarsen et al., 2009). Άλλες ευρωπαϊκές χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γερμανία, η Αυστρία και η Δανία ακολούθησαν την ερευνητική διαδικασία, καθώς και χώρες όπως η Αυστραλία και οι Ηνωμένες Πολιτείες (Serafeimidou et al. 2016).

Αρχικά οι ερευνητές προσπάθησαν να ορίσουν με διάφορους τρόπους το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού ή αλλιώς «workplace bullying». Ο εκφοβισμός υφίσταται στο χώρο εργασίας, όταν κάποιος παρενοχλείται, θίγεται, αποκλείεται κοινωνικά και προσβάλλεται η προσωπικότητά του ή η δουλειά του.

Οι Adams και Crawford (Adams et al. 1992) ορίζουν τον εκφοβισμό ως *«τη συνεχή κριτική και προσωπική εξύβριση δημόσια ή ιδιωτικά, η οποία ταπεινώνει και εξευτελίζει το άτομο»*. Σύμφωνα με τους περισσότερους ερευνητές, ο εργασιακός εκφοβισμός λαμβάνει χώρα όταν κάποιος για μεγάλο χρονικό διάστημα (που χρονικά ορίζεται συνήθως στους 6 μήνες) και κατ' επανάληψη, είναι εκτεθειμένος σε αρνητικές συμπεριφορές από ένα ή περισσότερα άτομα, και βρίσκεται σε κατάσταση όπου δεν μπορεί ή δυσκολεύεται να υπερασπιστεί τον εαυτό του ή να εναντιωθεί σε αυτές τις ενέργειες (Salin, 2001) (Zapf, 1999). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει τον εκφοβισμό ως *«την ηθελημένη χρήση δύναμης ή βία, με απειλή ή με ενέργειες κατά κάποιου, με αποτέλεσμα τον «τραυματισμό» του»* (WHO, 2003). Η Lutgen-Sandvik (2008) 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»* (Sandvik 2008).

Ωστόσο, η παρενόχληση στο χώρο εργασίας είναι ένα θέμα που απασχολεί έντονα την κοινή γνώμη, μιας και παρατηρείται συνεχόμενη αύξηση του φαινομένου και μελετάται όλο και πιο εντατικά από την επιστημονική κοινότητα τα τελευταία χρόνια.

## 2.2 Ιστορική αναδρομή

Η εργασιακή παρενόχληση θεωρείται ένα φαινόμενο που υφίσταται εδώ και πολλά χρόνια, που όμως αρχικά δεν είχε εντοπιστεί η ύπαρξή του και οι διαστάσεις του, αλλά κυρίως δεν είχαν εκτιμηθεί οι συνέπειές του. Μια από τις πρώτες μελέτες παρενόχλησης στο χώρο της εργασίας, πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ το 1976, από τον ψυχίατρο Carroll Brodsky, ο οποίος διεξήγαγε την ερευνά μετά από αναφορά καταγγελιών από εργαζομένους. Παρά την πρωτοποριακή φύση της εργασίας του, η μελέτη δεν

συνοδεύτηκε από το ανάλογο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας εκείνη την εποχή (Brodsky, 1976).

Η συστηματική μελέτη και η συνειδητοποίηση της έκτασης του προβλήματος, άρχισε στις αρχές τις δεκαετίας του '80, αρχικά στις Σκανδιναβικές χώρες και εν συνεχεία σε πολλές χώρες της Ευρώπης, τις ΗΠΑ, τον Καναδά, την Αυστραλία κ.α. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι αποτελεί ένα πολύ καλά «κρυμμένο» φαινόμενο μέσα στους χώρους εργασίας, δυσκολεύοντας τους επιστήμονες στον εντοπισμό του και στην εννοιολογική του προσέγγιση (Oiwues, 1993).

Από τους πρώτους που ασχολήθηκαν με την έρευνα του φαινομένου ήταν ο Γερμανός ψυχίατρος Heinz Leymann, που ίδρυσε στη Σουηδία την πρώτη «κλινική εργασίας» στον κόσμο την δεκαετία του 1980. Χρησιμοποίησε τον όρο «mobbing» από το ρήμα «to mob» που σημαίνει επιτίθειμαι, ενοχλώ για να περιγράψει τις ακραίες μορφές παρενόχλησης στο χώρο εργασίας (Leymann, 1990). Ωστόσο, ο όρος αυτός είχε χρησιμοποιηθεί αρχικά από τον ιατρό K. Lorenz, ζωολόγο και ηθικολόγο (Νόμπελ Ιατρικής 1973), στην προσπάθειά του να διερευνήσει την επιθετική συμπεριφορά στο ζωικό βασίλειο και συγκεκριμένα για να περιγράψει την συσπείρωση μιας ομάδας ζώων, με σκοπό να το εκφοβίσουν ένα άλλο ζώο διαφορετικού είδους το οποίο αισθάνονταν ως απειλή και να προσδιορίσει τις διάφορες μορφές επιθετικότητας σε αγέλες ζώων, απέναντι σε ένα ή περισσότερα μέλη, με σκοπό την εκδίωξή τους από αυτή, (Τσιάμα, 2013).

Ο Leyman ερεύνησε τις επιπτώσεις του εργασιακού εκφοβισμού στην υγεία των ανθρώπων και μάλιστα διαπίστωσε την ύπαρξη πιθανών επιπτώσεων, όπως η διαταραχή της προσωπικότητας, το μετατραυματικό στρες κ.α. έτσι το έργο του Leymann προσέελκυσε το ενδιαφέρον και άλλων Σκανδιναβών ερευνητών ώστε να ασχοληθούν με το φαινόμενο (Bjorkqvist, et al., 1994). Την ίδια δεκαετία μια καθηγήτρια Νοσηλευτικής, η Cox, ξεκίνησε να μελετά τη λεκτική κακοποίηση στο χώρο των υγειονομικών υπηρεσιών, αναφέροντας διάφορα περιστατικά δολοφονιών, που σημειώθηκαν σε νοσοκομειακούς χώρους. Η σοβαρότητα του γεγονότος αυτού, επηρέασε πολλούς νέους ερευνητές τις επόμενες δύο δεκαετίες (Τσιάμα, 2013).

Ο όρος «workplace bullying» (εκφοβισμός στο χώρο εργασίας) επινοήθηκε αρχικά από τη Βρετανή δημοσιογράφο Andrea Adams, το 1992, η οποία ασχολήθηκε με το φαινόμενο του εκφοβισμού στον εργασιακό χώρο, με μία σειρά ραδιοφωνικών εκπομπών που πραγματοποίησε στο BBC (Τσιάμα, 2013). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να δημιουργηθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο έντονο μελετητικό ενδιαφέρον από νέους ερευνητές (Rayner , et al., 2002), που σύντομα το ενδιαφέρον αυτό επεκτάθηκε και σε άλλες χώρες της Ευρώπης, καθώς και σε άλλες γεωγραφικές ηπείρους όπως είναι η Ασία και Αφρική (Τσιάμα, 2013). Έτσι με την πάροδο του χρόνου, το ακαδημαϊκό ενδιαφέρον διευρύνθηκε, γεγονός που αποτυπώθηκε σε μελέτες της συναισθηματικής κακοποίησης στον εργασιακό χώρο, της αγένειας, της κακομεταχείρισης και της αδικίας (Keashly, 1998).

Οι Gary και Ruth Namie, το 2000, δημοσίευσαν ένα βιβλίο αυτοβοήθειας για το φαινόμενο αυτό και ίδρυσαν το Ινστιτούτο Εργασιακού Εκφοβισμού (Workplace Bullying Institute WBI) για την υποστήριξη και αποκατάσταση των θυμάτων (Τσιάμα, 2013). Επιπροσθέτως το ερευνητικό ενδιαφέρον για την διερεύνηση του φαινομένου 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 εργασιακό και κοινωνικό πρόβλημα (Τσιάμα, 2013).

### 2.3 Μορφές εκφοβισμού

Ο εκφοβισμός μπορεί να λάβει διάφορες μορφές και αρχικά διακρίνεται σε δυο μεγάλες κατηγορίες:

- Στον άμεσο εκφοβισμό, που περιλαμβάνει επιθετικές ενέργειες με απευθείας υποτίμηση και χειραγώγηση μόνο του θύματος, που αποτελεί τον άμεσο στόχο. Οι ενέργειες αυτές περιλαμβάνουν ακόμη πειράγματα, επίπληξη, απομόνωση, κακές φήμες ύβρεις, απειλές, υπονόμηση της εικόνας του θύματος, υποβάθμιση της εργασιακής απόδοσης κ.ά.
- Στον έμμεσο εκφοβισμό, κατά τον οποίο ο θύτης χρησιμοποιεί το θύμα, προκειμένου να εκφοβίσει έμμεσα το υπόλοιπο προσωπικό ώστε να του υποταθεί.



Αυτό μπορεί να συμβεί με τη μορφή της κοινωνικής απομόνωσης ή την απόκρυψη αναγκαίων πληροφοριών.

Ο εκφοβισμός μπορεί να σχετίζεται είτε με την εργασία και εμφανίζεται με πράξεις που δυσκολεύουν το άτομο να κάνει τη δουλειά του, είτε με προσωπικά δεδομένα όπως προσβλητικές παρατηρήσεις, αρνητική κριτική, φήμες, πειράγματα, συκοφαντία λεκτικός και σωματικός εκφοβισμός, σεξουαλική παρενόχληση κ.ά. (Adams et al., 1992) (Leymann, 1990) (Randall, 1997). Βεβαία ο εργασιακός εκφοβισμός δεν έχει διακρίσεις ανάλογα με την εργασιακή διαστρωμάτωση, γι' αυτό έχουν αναφερθεί περιστατικά όπου προϊστάμενοι ή στελέχη οργανισμών βίωσαν αρνητικές συμπεριφορές από υφιστάμενους τους, οι οποίοι δρούσαν σε ομάδες (Τσιάμα, 2013).

Μια διαφορετική ομαδοποίηση των εκφοβιστικών συμπεριφορών, επιχειρήθηκε από τους Rayner και Hoel, οι οποίοι τις κατηγοριοποιούν ως εξής:

1. Απειλές σχετικές με την επαγγελματική θέση, όπου περιλαμβάνουν δημόσια ταπείνωση, αδιαφορία για την γνώμη του εργαζομένου, καθώς και κατηγορίες για μειωμένη απόδοση.
2. Προσωπικές απειλές, όπως η λεκτική βία, υποτιμητικά σχόλια με αναφορές στην ηλικία ή τις συνήθειες του θύματος.
3. Απομόνωση του θύματος, σε επαγγελματικό και κοινωνικό επίπεδο, με την απόκρυψη, πληροφοριών οι οποίες μπορεί να είναι χρήσιμες για την επαγγελματική εξέλιξη του θύματος.
4. Εργασιακή εξάντληση του θύματος, εξαιτίας της υπερβολικής πίεσης και των μικρών χρονικών ορίων για την ολοκλήρωση των εργασιών που του ανατίθενται.
5. Αποσταθεροποίηση του θύματος, μετά από την αφαίρεση ευθυνών ή την ανάθεση ανούσιων καθηκόντων και την υπενθύμιση ότι θα αποτύχει (Rayner et al. 1997).

Ενώ ο Zapf με εμπειρικά και θεωρητικά στοιχεία της εκφοβιστικής συμπεριφοράς, προχώρησε στην καταγραφή πέντε βασικών τύπων του ζητήματος:

1. Εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία, που προέρχεται από την αλλαγή εργασιακών καθηκόντων του θύματος, κάποια από τα οποία μπορεί να είναι δύσκολο να εκτελεστούν.

2. Εκφοβισμός σχετιζόμενος με την κοινωνική απομόνωση του θύματος και της περιορισμένης επικοινωνίας του.
3. Εκφοβισμός σχετιζόμενος με τις επιθέσεις που αφορούν στην προσωπική ζωή του θύματος και περιλαμβάνουν προσβλητικά σχόλια και τη γελοιοποίηση.
4. Εκφοβισμός σχετιζόμενος με τις λεκτικές απειλές, τις ταπεινώσεις σε δημόσιο χώρο, τις φωνές, καθώς και διάφορα επικριτικά σχόλια.
5. Εκφοβισμός σχετιζόμενος με τη διάδοση φημών (Einarsen et al. 2003).

Ανάλογα με την ιεραρχική θέση του θύτη στο χώρο εργασίας, ορίζονται τρεις κατηγορίες εργασιακής παρενόχλησης.

1. Την Κατιούσα ή Κάθετη: Είναι η παρενόχληση από τον προϊστάμενο στον υφιστάμενο. Εμπεριέχει την έννοια της κατάχρησης εξουσίας που έχει κάποιος λόγω θέσης και αναπτύσσει αυθαίρετη συμπεριφορά, η οποία αντιβαίνει τους κανόνες δικαίου (Ferrari 2004). Ένας προϊστάμενος ο οποίος απαιτεί «τυφλή υποταγή», βάζει στόχο ένα άτομο το οποίο ως προσωπικότητα δεν συμβιβάζεται με αυτή την απαίτηση και δεν αποδέχεται τον αυταρχικό τρόπο συμπεριφοράς. *«Η ικανότητά του να αντιστέκεται στην εξουσία, παρά τις πιέσεις, τον καθιστά στόχο»* (Hirigoyen 2009). Στη συγκεκριμένη ανισότιμη σχέση, είναι δύσκολη η διάκριση ανάμεσα στις καταχρηστικές συμπεριφορές και στα προνόμια των ιεραρχικά ανωτέρων.
2. Την Οριζόντια: Αποτελεί την παρενόχληση μεταξύ συναδέλφων της ίδιας βαθμίδας και μπορεί να οφείλεται σε λόγους όπως τα αισθήματα φθόνου που κάποιος νιώθει εις βάρος ενός άλλου, οι προσωπικές αντιπάθειες, ακραίες συγκρούσεις και ανταγωνισμοί κ.ά. (Hirigoyen 2009, Ferrari 2004). Συνήθως ο στόχος είναι ομάδα ατόμων, και οι επιθετικές τακτικές είναι αμοιβαίες αρχικά και συνεχίζονται μέχρι η μία πλευρά να αποδυναμωθεί και η άλλη να πάρει το προβάδισμα δύναμης (Leymann 1996). Παρατηρείται σε χώρους έντονα ανταγωνιστικούς, έχει μεταδοτικό χαρακτήρα και δημιουργεί ένα φαύλο κύκλο καταστάσεων με κίνδυνο γενικευμένης κρίσης για την επιχείρηση (Hirigoyen 2009).
3. Την Ανιούσα: Αποτελεί την παρενόχληση που ασκείται από υφιστάμενο ή ομάδα υφισταμένων σε προϊστάμενο (Κοΐνης και συν., 2016). Είναι σπανιότερη από τις άλλες μορφές ηθικής παρενόχλησης και εμφανίζεται, σε περιπτώσεις όπου δεν

υπάρχει αναγνώριση στο πρόσωπο του προϊσταμένου (Ferrari 2004). Αυτό συμβαίνει όταν υπάρχει αμφισβήτηση για τις συνθήκες αξιολόγησης και προαγωγής στο εσωτερικό του οργανισμού. Η κατάσταση επιβαρύνεται, εάν η διοίκηση δεν έχει ξεκάθαρους στόχους και έλλειψη αναγνώρισης (Hirigoyen 2009).

Στην συγκεκριμένη περίπτωση οι συμμετέχοντες αποδέχονται παθητικά ή ενεργητικά την κατάσταση αυτή, για να καλύψουν προσωπικές ή εργασιακές αδυναμίες και ανεπάρκειες (Khoo, 2010).

Στον προσδιορισμό του εκφοβισμού χρησιμοποιούνται επίσης διάφοροι όροι, ανάλογα με τα πολιτισμικά πρότυπα, τις συνήθειες κάθε χώρας και τον επιστημονικό κλάδο που επιχειρεί να προσεγγίσει τα φαινόμενα βίαιων συμπεριφορών (κοινωνιολογία, νομική ψυχολογία, ιατρική, διαχείριση ανθρωπίνου δυναμικού κ.ο.κ.).

Αποδίδεται επιστημονικά με όρους, όπως:

- Bullying» (Olwues 1993) (Salin, 2001) (Einarsen et al. 1996)
- Mobbing» (Leymann 1990) (Zapf 1999)
- «Psychological terror» (Ψυχολογική Τρομοκρατία) (Leymann 1996)
- «Harassment» (Παρενόχληση) (Brodsky, 1976)
- «Work Harassment» (Εργασιακή Παρενόχληση) (Bjorkqvist et al., 1994)
- «Moral Harassment» (Ηθική Παρενόχληση) (Hirigoyen 2009)
- «Emotional abuse» (Συναισθηματική βία/κακοποίηση) (Keashly 1998)
- «Scapegoating» (Αποδιοπομπαίος τράγος, Εξιλαστήριο θύμα) (Vartia 2002)
- «Workplace incivility» (Εργασιακή Εχθρότητα) (Andersson et al. 1999)
- «Abusive Supervision» (Καταχρηστική Εργασιακή Εποπτεία) (Tepper 2000)
- «Victimization» (Εργασιακή Εξαπάτηση) (Notelaers 2010)

Επίσης εκφράσεις όπως «Harassment Psychology» (Ψυχολογία παρενόχλησης), «Workplace Aggression» (Εργασιακή επιθετικότητα), «Bossing» (Πειράγματα), «Εκφοβισμός», «Psychological violence» (Ψυχολογική βία), κ.ά. αποτυπώνουν και συμπληρώνουν την εννοιολογική προσέγγιση του ζητήματος.

Κατά τον Leymann τις έρευνες αυτές ο όρος bullying αποτυπώνει περισσότερο τις σχέσεις μεταξύ ανηλίκων, ενώ ο όρος mobbing χαρακτηρίζει τις σχέσεις μεταξύ ενηλίκων. Επίσης ο όρος bullying υιοθετείται στην αγγλοσαξονική βιβλιογραφία και ερευνά, ενώ ο όρος mobbing στη Σκανδιναβική.

Μερικοί από τους όρους αυτούς χρησιμοποιούνται με το ίδιο περιεχόμενο, ενώ κάποιιο επιστήμονες χρησιμοποιούν εναλλακτικά σε μελέτες παραπάνω από έναν όρους, για να περιγράψουν το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης. Για το λόγο αυτό, δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός. Ωστόσο, ανεξάρτητα από την χώρα προέλευσης, υπάρχει από κοινού συμφωνία των ερευνητών, ότι στις έρευνές τους, αναφέρονται στο ίδιο φαινόμενο, που αφορά την εργασιακή βία και του αποδίδουν κοινά χαρακτηριστικά (Einarsen et al. 1996) (Salin 2001).

## 2.4 Κύρια αίτια εμφάνισης του φαινομένου

Ο ορισμός που έδωσε ο Leymann (1996) περιγράφει την ψυχολογική τρομοκρατία ή mobbing στον χώρο της εργασίας, ως μία κατάσταση κοινωνικής αλληλεπίδρασης, όπου ένα ή περισσότερα άτομα στοχεύουν να φέρουν ένα άλλο άτομο σε θέση αδυναμίας, χρησιμοποιώντας πολλούς και ποικίλους τρόπους οι οποίοι έχουν εχθρικό χαρακτήρα. Για να θεωρηθεί ότι οι εχθρικές συμπεριφορές πληρούν τα χαρακτηριστικά της ηθικής παρενόχλησης, πρέπει να εμφανίζονται συχνά, συστηματικά και για μεγάλο χρονικό διάστημα (πάνω από έξι μήνες). Το άτομο που γίνεται στόχος μίας τέτοιας επιθετικής τακτικής, διατρέχει τον κίνδυνο να βρεθεί μόνο και αποδυναμωμένο, αδυνατώντας να στηρίξει και να υπερασπιστεί τον εαυτό του. Επισημαίνει ότι οι συνθήκες αυτές μπορεί να οδηγήσουν τον εργαζόμενο σε πλήρη περιθωριοποίηση εντός του εργασιακού περιβάλλοντος (Leymann 1996).

Η Lutgen-Sandvik (2008), τονίζει τον επίμονο χαρακτήρα των επιθετικών συμπεριφορών και διευκρινίζει ότι η επιθετικότητα μπορεί να εκδηλώνεται με λεκτικούς όσο και με μη λεκτικούς τρόπους καθώς και ότι μπορεί να εκφέρεται τόσο άμεσα και ανοιχτά, όσο και έμμεσα. Αναφέρεται επίσης σε μία μορφή έμμεσου και μη λεκτικού τρόπου επιθετικής συμπεριφοράς, που είναι η προσπάθεια κοινωνικής απομόνωσης του

εργαζόμενου μέσα στο χώρο εργασίας, αναδεικνύοντας την υπαινικτική και ύπουλη μορφή που μπορεί να έχουν κάποιες μορφές επίθεσης και τονίζει το συναισθηματικό τραυματισμό του ατόμου που τις υφίσταται: « *To bullying είναι μία επίμονη, λεκτική και μη λεκτική επιθετικότητα στην εργασία, η οποία περιλαμβάνει προσωπικές επιθέσεις, κοινωνικό αποκλεισμό και μία πληθώρα από οδονηρά μηνύματα και εχθρικές συμπεριφορές*» (Lutgen-Sandvik 2008).

Οι Keashly and Jagatic (2003) ονομάζουν το ίδιο φαινόμενο «συναισθηματική βία» (emotional abuse) και διευκρινίζουν ότι δεν αποκλείεται, σε κάποιες περιπτώσεις, ένα από τα μέσα που θα χρησιμοποιηθούν να είναι και η σωματική βία (Keashly et al. 2003). Κατά τους Bjorkqvist et al (1994), η σωματική επίθεση σημειώνεται σε περιπτώσεις όπου η ένταση του φαινομένου έχει φτάσει σε προχωρημένο στάδιο (Einarsen 1999). Σημαντικό στοιχείο του συγκεκριμένου ορισμού είναι η ανάδειξη του σκοπού και των συνεπειών της επίθεσης, που είναι να χάσει ο εργαζόμενος την πίστη στον εαυτό του και στις ικανότητές του: «...αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών ενός οργανισμού που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες εχθρικές, λεκτικές και μη λεκτικές, συχνά όχι σωματικές συμπεριφορές, οι οποίες κατευθύνονται εναντίον ενός ατόμου (ή ομάδας ατόμων), με σκοπό να το κάνουν να αισθανθεί ανεπαρκή, σαν άνθρωπος και σαν εργαζόμενος» (Tsiama 2013).

Ο Einarsen (1999) επισημαίνει τη δυσκολία που έχει το θύμα να προστατέψει τον εαυτό του, ενισχύοντας την αδυναμία του και αναφέρει τις δύο πηγές που μπορεί να προέρθει η ηθική παρενόχληση: α) μεταξύ ομοιόβαθμων συναδέλφων και β) από προϊστάμενο σε υφιστάμενο. Αναδεικνύει τον τραυματικό χαρακτήρα που έχει μία τέτοια εμπειρία, καθώς και την πιθανότητα εμφάνισης σοβαρών ψυχολογικών συνεπειών. «*To bullying εμφανίζεται όταν ένας εργαζόμενος υφίσταται συστηματικά επιθετικές συμπεριφορές από έναν ή περισσότερους συναδέλφους ή ανώτερους στην ιεραρχία, για μακρύ χρονικό διάστημα, αντιμετωπίζοντας δυσκολία να υπερασπιστεί τον εαυτό του ή να ξεφύγει από την κατάσταση. Αυτές οι συμπεριφορές καταλήγουν να σημαδέψουν το θύμα και μπορεί να προκαλέσουν ακόμη και σοβαρά ψυχολογικά τραύματα*» (Einarsen 1999).

Άλλες έρευνες αναφέρουν τον επαναλαμβανόμενο και επίμονο χαρακτήρα των αρνητικών ενεργειών και τονίζουν ότι κατά την εξέλιξη του φαινομένου, η σχέση μεταξύ του θύτη και του στόχου ή των στόχων, παίρνει τη άμορφη διώκτη-στόχου,

προσθέτοντας στις συνέπειες την εμφάνιση εχθρικού περιβάλλοντος στο χώρο εργασίας (Einarsen et al. 1996) (Vartia 2002).

Οι Einarsen et.al. (2003) προσθέτουν στις μορφές επιθετικών συμπεριφορών την προσβολή της προσωπικότητας και της εργασιακής απόδοσης του ατόμου, καθώς και την κλιμακωτά αυξανόμενη ένταση του φαινομένου, που οδηγεί σε σταδιακή αποδυνάμωση του στόχου. Διευκρινίζουν ταυτόχρονα, ότι περιστασιακές συγκρούσεις μεταξύ ατόμων δεν θεωρούνται ηθική παρενόχληση και ότι η ύπαρξη διαφοράς ισχύος αποτελεί συστατικό στοιχείο του φαινομένου (Einarsen, et al. 2003).

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2002) στον ορισμό που δίνει, προσθέτει ότι για να χαρακτηριστεί μία συμπεριφορά ως ηθική παρενόχληση, πρέπει να θεωρηθεί αδικαιολόγητη με βάση λογικά κριτήρια, λαμβάνοντας υπόψη τις συνθήκες κατά τις οποίες λαμβάνει χώρα η συμπεριφορά αυτή. Αναδεικνύει το στοιχείο της δυσμενούς μεταχείρισης του εργαζομένου και την κατάχρηση εξουσίας εκ μέρους ενός ατόμου ή ομάδας ατόμων επισημαίνοντας ότι ακόμα και ένα σύστημα εργασίας μπορεί να λειτουργήσει ως μέσο παρενόχλησης. Έτσι ορίζει *«Ως παρενόχληση στον χώρο εργασίας ορίζεται η επαναλαμβανόμενη, αδικαιολόγητη συμπεριφορά προς ένα εργαζόμενο, ή μία ομάδα εργαζομένων, που προκαλεί κινδύνους για την υγεία και την ασφάλειά του»* (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, 2002). Στον ορισμό αυτό, αδικαιολόγητη συμπεριφορά υποτελή το σύνολο των συνθηκών που ένα λογικό άτομο, θεωρεί δυσμενή μεταχείριση, υπονόμηση, ταπείνωση ή απειλή (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, 2002). Ενώ ως «συμπεριφορά» νοούνται οι ενέργειες ατόμου ή ομάδας ατόμων, που ενδέχεται να περιλαμβάνεται κατάχρηση εξουσίας, καθώς και το σύστημα εργασίας που χρησιμοποιείται. Επίσης αναφέρει ότι στους «κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια» περιλαμβάνεται ο κίνδυνος για την ψυχική και σωματική υγεία του εργαζομένου και η παρενόχληση ενέχει συχνά το στοιχείο της αθέμιτης χρήσης ή κατάχρησης εξουσίας, από την οποία τα θύματα ενδέχεται να αδυνατούν να προστατευθούν (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία 2002).

Ο Ευρωβουλευτής Giovanni Pittella σε γραπτή ερώτησή του το 2000 προς την Επιτροπή Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων, σχετικά με τις προθέσεις της Ευρωπαϊκής

Ένωσης για την αντιμετώπιση του φαινομένου στον Ευρωπαϊκό χώρο, επισημαίνει ότι η ηθική παρενόχληση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο, με το οποίο ο εργαζόμενος μπορεί να οδηγηθεί σε παραίτηση από την εργασία του (Tsiama 2013).

Ένα από τα βασικά στοιχεία της ηθικής παρενόχλησης είναι ο δυσδιάκριτος χαρακτήρας της, που οφείλεται στο γεγονός ότι οι εχθρικές συμπεριφορές εκφράζονται, κυρίως, με έμμεσους τρόπους. Πρόκειται δηλαδή, για μία επιθετική τακτική που περιλαμβάνει επανειλημμένες ψυχολογικές ή άλλου τύπου και βαθμού επιθέσεις, που υλοποιούνται με διαρκείς και αδικαιολόγητες επικρίσεις, συκοφαντίες και ανάθεση άχαρων ή υποτιμητικών καθηκόντων, ο οποίος σταδιακά μπορεί να αποσταθεροποιήσει το στόχο (Hirigoyen, 2009). Τα άτομα που υιοθετούν μία τέτοια τακτική, επιλέγουν συμπεριφορές συγκεκριμένης επιθετικότητας, ώστε να είναι αδύνατο να αποκαλυφθεί η ταυτότητά τους ή να μπορούν εύκολα να αρνηθούν τις αρνητικές προθέσεις των συμπεριφορών τους (Bjorkqvist et al. 1994), που υποσκάπτουν τις εργασιακές πρακτικές του θύματος (Adams et al. 1992). Η τακτική αυτή είναι πολύ πιθανό να τον οδηγήσει σε πλήρη αποδυνάμωση της προσωπικότητας του εργαζόμενου περιθωριοποιώντας τον στο χώρο εργασίας, με κατάληξη ακόμα και την απομάκρυνση από το επαγγελματικό περιβάλλον. Για το λόγο αυτό χαρακτηρίζεται ως «διαβρωτική» εμπειρία, που κλιμακώνεται σταδιακά προς το χειρότερο (Lutgen- Sandvik 2008).

Σε αρκετές περιπτώσεις, η ηθική παρενόχληση εμφανίζεται, όταν υπάρχει προκατάληψη εις βάρος ενός εργαζόμενου, που βασίζεται σε κάποιας μορφής διαφορά που το άτομο αυτό παρουσιάζει σε σχέση με τους υπόλοιπους και έχει άλλη αντιμετώπιση, είτε από την διοίκηση είτε από τους συναδέλφους του. Οι διαφορές αυτές μπορεί να αφορούν την καταγωγή, το φύλο, τις θρησκευτικές ή πολιτικές πεποιθήσεις, την ηλικία, κάποια σωματική αναπηρία κ.ο.κ.. Επίσης έντονες διαφορές του εργαζόμενου, που αφορούν την εμφάνισή κάποιων χαρακτηριστικών έντονης προσωπικότητάς, την οικονομική του κατάσταση, τις ικανότητές του, τις σπουδές του, το μισθός του, την υπηρεσιακή του εξέλιξη, συχνά δημιουργούν προκατάληψη και φθόνο εις βάρος του (Hirigoyen 2009).

Συχνά αναφέρεται ως περίπτωση διαφοράς που μπορεί να οδηγήσει σε προκατάληψη εις βάρος ενός εργαζόμενου, αποτελεί ο διαφορετικός βαθμός ευσυνειδησίας, συνέπειας και τυπικότητας, που αυτός επιδεικνύει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, ο οποίος

μπορεί να «ξεβολέψει» το εργασιακό περιβάλλον από μακροχρόνια παγιωμένες και βολικές τακτικές (Einarsen 1999).

Οι επιπτώσεις του κλίματος εκφοβισμού είναι μεταδοτικές, καθώς το στρες που βιώνουν τα άτομα, μεταφέρεται στο περιβάλλον και γίνεται πηγή έντασης και για τους υπόλοιπους συναδέλφους τους (Leymann 1996).

Αξίζει να σημειωθεί ότι, στις περισσότερες περιπτώσεις που το άτομο-στόχος αναδείξει το πρόβλημα και διαμαρτυρηθεί, αυτοί που του επιτίθενται προσπαθούν να διαστρεβλώσουν την πραγματικότητα και να αντιστρέψουν την εικόνα, παρουσιάζοντας το θύμα, ως άτομο με «δύσκολο» χαρακτήρα ή χαρακτηρίζοντάς το ως ψυχολογικά ασταθές. Επιχειρούν δε, να εμφανίσουν τον τρόπο αντίδρασής του ως απόδειξη της προβληματικής προσωπικότητάς του. Η τακτική αυτή, διαστρέβλωσης της πραγματικότητας από πλευράς του θύτη, διαχωρίζεται από τις περιπτώσεις όπου υπάρχει πραγματικά ψευδής επίκληση παρενόχλησης από την πλευρά του υποτιθέμενου θύματος. Η ύπαρξη τέτοιων περιπτώσεων δεν πρέπει να αποτελεί δικαιολογία για την μη αναγνώριση του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης (Hirigoyen, 2009) (Leymann, 1996).

## 2.5 Χαρακτηριστικά του εκφοβισμού

Το φαινόμενο του εκφοβισμού στον εργασιακό χώρο έχει ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία το διαφοροποιούν από άλλου είδους επιθετικές πράξεις ή ενέργειες, τα οποία σύμφωνα με τη Lutgen-Sandvik (2008) συνοψίζονται στα εξής:

➤ **Διάρκεια:** Ένα χαρακτηριστικό, το οποίο διακρίνει το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού από άλλες ενέργειες στο εργασιακό χώρο, είναι η μακροπρόθεσμη φύση του. Δηλαδή οι κακοπροαίρετες ενέργειες πραγματοποιούνται με μεγάλη συχνότητα (τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα) και για μεγάλο χρονικό διάστημα (τουλάχιστον έξι μήνες), ενώ η παρατεταμένη παραμονή σε αυτές τις αγχωτικές καταστάσεις προκαλούν τη σωματική, πνευματική και ηθική εξάντληση του ατόμου-στόχου (Kho 2010).



- **Ανισότητα ισχύος:** Το φαινόμενο του εκφοβισμού χαρακτηρίζεται από ανισότητα ισχύος, όταν το άτομο αισθάνεται σε πολύ μειονεκτική θέση στην άσκηση παρενοχλήσεων στο εσωτερικό του οργανισμού και εξαρτάται από τη διάρκεια της εργασιακής παρενόχλησης και από τον αριθμό των θυτών και των θυμάτων.
- **Επανάληψη:** Το φαινόμενο του εκφοβισμού διαφέρει από άλλες αρνητικές συμπεριφορές καθώς αντιπροσωπεύει αρνητικές επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, σε τακτά χρονικά διαστήματα, 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: σωματικά προβλήματα, ψυχικές διαταραχές, 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, στοχεύοντας στην αποδυνάμωση του θύματος.
- **Εχθρικό περιβάλλον εργασίας:** Ο εκφοβισμός είναι ένα φαινόμενο, το οποίο χαρακτηρίζεται από την αντίληψη του φόβου μεταξύ των εργαζομένων διαφόρων βαθμίδων και ως εκ τούτου δημιουργεί εχθρικό περιβάλλον εργασίας αλλά και δημιουργείται μέσα από αυτά (Lutgen-Sandvik 2008).

## 2.6 Συμπτώματα και επιπτώσεις του φαινομένου

Υπάρχουν πολλές μελέτες οι οποίες καταγράφουν τις επιπτώσεις των ατόμων που βιώνουν εκφοβισμό στο χώρο εργασίας. Τα θύματα του εργασιακού εκφοβισμού εμφανίζουν:

- **Σωματικές επιπτώσεις** όπως αυξημένη αρτηριακή πίεση, καρδιακές παθήσεις, μειωμένη λειτουργία της μνήμης, στομαχικές διαταραχές, δερματικά προβλήματα κ.ά.
- **Ψυχολογικές επιπτώσεις** που καταγράφονται ως χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, στρες, κρίσεις πανικού, δυσκολία συγκέντρωσης, φοβίες κ.ά.

- **Επιπτώσεις συμπεριφοράς** όπως επιθετικότητα, εκδικητικότητα, οξυθυμία, αποχή από εργασία, υπερευαισθησία στην κριτική κ.ά.

Σε μελέτη που διεξήχθη στη Νορβηγία, σε εργαζόμενους ενός οργανισμού, το 27% υποστήριξε ότι η παρενόχληση είχε επηρεάσει αρνητικά την παραγωγικότητα του φορέα (Einarsen et al. 1996). Επιπροσθέτως, αναφέρθηκε σημαντική εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων μεταξύ των εργαζομένων (23%) καθώς και εμφάνιση μυοσκελετικών προβλημάτων (6%). Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με αντίστοιχη μελέτη των Zapf, Knorz & Kulla (1996), η οποία έδειξε πολύ μεγάλες διαφορές μεταξύ της ψυχικής υγείας των ατόμων που βιώνουν πράξεις εκφοβισμού στο χώρο εργασίας έναντι εκείνων που δεν βιώνουν ανάλογες πράξεις (Zapf et al. 1996).

Ο Hansen και οι συνεργάτες του σε έρευνα που δημοσίευσαν τα 2006 ανέφεραν ότι τα άτομα που βίωσαν καταστάσεις εκφοβισμού στο χώρο εργασίας είχαν χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη από τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους τους και ταυτόχρονα ανέφεραν αύξηση των σωματοποιημένων επιπτώσεων, όπως κατάθλιψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση, άγχος, αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης και ταυτόχρονα αρνητική συναισθηματικότητα (Negative Affectivity), που είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να αντιδράσουν εντονότερα από στρεσογόνους παράγοντες, σε σχέση με άτομα με χαμηλότερα επίπεδα αρνητικής συναισθηματικότητας (Hansen et al. 2006).

Επιπλέον, σύμφωνα με τα ευρήματα μιας άλλης μελέτης, ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας αποτελεί αιτία εμφάνισης ποικίλων τραυματικών συμπτωμάτων. Αρνητικές παρενέργειες όπως κλινική κατάθλιψη, άγχος, μετατραυματική διαταραχή άγχους, απώλεια συγκέντρωσης, διαταραχή ύπνου και κρίσεις πανικού έχουν αναφερθεί σε σχετικές μελέτες (Namie 2007).

Επιπροσθέτως οι Matthiesen και Einarsen ανέφεραν ότι τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι πιο επιρρεπή σε εκφοβιστικές συμπεριφορές (Matthiesen et al. 2010).

## 2.7 Τρόποι αντιμετώπισης του φαινομένου

Ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας αναγνωρίζεται ως ένα σοβαρό ψυχικό και κοινωνικό φαινόμενο, που ανεγείρει αρνητικές συνέπειες για τα θύματα και τους οργανισμούς (Vartia et al. 2011). Η αντιμετώπιση του φαινομένου στρέφεται στην πρόληψη και τη διαχείριση των εκφοβιστικών συμπεριφορών στο χώρο εργασίας. Μια αρχική στρατηγική πρωτογενούς πρόληψης είναι η δημιουργία μίας anti-bullying πολιτικής, που επιτυγχάνεται με αλλαγές στις αξίες, τις συμπεριφορές, τις λεκτικές εκφράσεις και τους τρόπους αλληλεπίδρασης (Duffy. 2009; Needham, 2003; Yamada. 2008; Cassitto et al.. 2004). Μία τέτοια πολιτική περιλαμβάνει την αλλαγή νοοτροπίας στο εσωτερικό του οργανισμού, την άριστη επικοινωνία, την κοινωνικοποίηση, την αποτελεσματική εκπαίδευση του προσωπικού και κυρίως την αέναη προσπάθεια για την εξάλειψη αρνητικών συμπεριφορών στον εργασιακό χώρο (Harvey et al.. 2006). Επίσης είναι απαραίτητο τα ανώτερα στελέχη και οι ηγεσίες των οργανισμών, να λειτουργούν ως πρότυπα προς αυτή την κατεύθυνση, μέσα από τη σωστή συμπεριφορά τους και την καλλιέργεια πνεύματος αμοιβαίου σεβασμού (Yamada. 2008). Για την αντιμετώπιση του εκφοβισμού θα πρέπει να υπάρχει γραπτή δήλωση δέσμευσης του οργανισμού, που θα ορίζει τη διαδικασία καταγγελίας των περιστατικών και τη λήψη πειθαρχικών μέτρων (Duffy. 2009; Holme, 2006; Rayner et al. 2011; Vartia et al. 2011).

Υπό αυτό το πρίσμα, η επιλογή των εργαζομένων, αποτελεί μια βασική στρατηγική πρωτογενούς πρόληψης και υλοποιείται με τη χρήση συστημάτων επιλογής προσωπικού, ώστε να εντοπίζονται έγκαιρα τα ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά ή κίνητρα των ατόμων που πρόκειται να προσληφθούν (Blackman et al. 2002; Fodchuk, 2007; Gardner et al. 2001, Glendinning. 2001), ώστε να προβιβάζονται άτομα με επιθυμητά χαρακτηριστικά, με προεξέχον το αίσθημα της ακεραιότητας και της συναισθηματικής νοημοσύνης (Ferris 2009; Yamada 2008). Παράλληλα οι οργανισμοί θα πρέπει εφαρμόζουν συστήματα κινήτρων και ανταμοιβών και να υλοποιούν προγράμματα 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, σε περιόδους άμεσων διαπραγματεύσεων, διαμεσολάβησης ή εκδίκασης κάποιου εργατικού

ζητήματος (Fox et al. 2009). Θα πρέπει να υπάρχει η διαβεβαίωση ότι δεν θα υπάρξουν αντίποινα και περαιτέρω στοχοποίηση, ώστε να ανταποκριθούν τα αποτελέσματα του προγράμματος διαχείρισης συγκρούσεων, στη λειτουργία του οργανισμού (Fox et al. 2009). Επομένως είναι αναγκαίο να ενημερωθεί το πρόσωπο, που κατηγορείται για παρενόχληση, ώστε να του δοθεί η ευκαιρία να δώσει τις δικές του εξηγήσεις και να παρουσιάσει τη δική του οπτική γωνία, με την προϋπόθεση ότι όλα τα περιστατικά πρέπει να είναι πλήρως και δίκαια διερευνημένα, με έμφαση στη συμπεριφορά όχι στην προσωπικότητα των εμπλεκομένων (Needham 2003). Εξασφαλίζεται έτσι η δίκαιη και ίση μεταχείριση θυτών και θυμάτων, χωρίς εκδικητικές αντιλήψεις (Rayner & Lewis, 2011). Άλλες παρεμβάσεις, που απαιτούνται για την αποτελεσματική επίλυση του προβλήματος, περιλαμβάνουν την παροχή συμβουλών, την καθοδήγηση, τη διαχείριση των επιδόσεων και την απόλυση του θύτη (Ferris, 2004, Namie et al. 2009, Rayner et al. 2011). Παραδείγματα περιπτώσεων εκφοβισμού, που έχουν αντιμετωπιστεί πλήρως και δίκαια, πρέπει να παρουσιάζονται δημόσια 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 βιώνει τον εκφοβισμό, είναι να μπορεί ζητήσει βοήθεια από έναν επόπτη ή τον υπεύθυνο του τμήματος ανθρωπίνων πόρων, που έχουν οριστεί από τον οργανισμό (Ferris 2004). Τα θύματα συνήθως αναζητούν την εύρεση συμμάχων, τη συλλογή αποδεικτικών στοιχείων 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 την αντιμετώπιση του άγχους, μπορεί να έχει αξία (Lewis et al. 2002, Rammsayer et al. 2006) και πιθανότατα να είναι κατάλληλη μόνο σε βραχυπρόθεσμες περιπτώσεις και όχι σε περιπτώσεις επίμονου εκφοβισμού. Σε σοβαρά ψυχολογικά αποτελέσματα, μπορεί να απαιτηθεί ψυχιατρική ή ψυχολογική αντιμετώπιση (Groeblichhoff et al. 1996). Η εκπαίδευση των θυμάτων, συχνά συνίσταται μαζί με υποστηρικτικές ιστοσελίδες

αντιμετώπισης της κοινωνικής απομόνωσης (Gardner et al. 2001, Jackson et al. 2007), παρέχοντας βραχυπρόθεσμη βοήθεια προς τα θύματα, χωρίς όμως να επιλύουν το πρόβλημα του επίμονου εκφοβισμού.

Είναι γεγονός ότι η διαχείριση του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας και η αποτελεσματική πρόληψη, περιλαμβάνει έναν συνδυασμό ενεργειών, που εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα της ηγεσίας και την ανταπόκριση του τμήματος διαχείρισης ανθρώπινων πόρων, απέναντι στο πρόβλημα του εκφοβισμού (Needham 2003). Η νομοθετική κατοχύρωση κανόνων επίσης, είναι το κλειδί για τη δημιουργία μιας εργασιακής κουλτούρας, όπου ο εκφοβισμός δεν είναι αποδεκτός και ο καθένας υιοθετεί την κατάλληλη συμπεριφορά στο χώρο εργασίας (Bentley et al. 2009).

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο, που εμφανίζεται και απασχολεί όλες τις χώρες, καθώς και διάφορους κλάδους της οικονομικής δραστηριότητας. Σε μια παγκόσμια δημοσκόπηση, που πραγματοποιήθηκε το Μάιο του 2011, (Monster Global Poll 2011) και απευθύνθηκε σε εργαζόμενους από όλο τον κόσμο και διαφορετικών ειδικοτήτων, όπου ερωτήθηκαν για το εάν έχουν υπάρξει θύμα εκφοβισμού στο χώρο εργασίας, από τις 16.517 απαντήσεις που δόθηκαν, προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα:

- Το 64% των συμμετεχόντων απάντησε ότι υπήρξε θύμα εκφοβισμού, είτε μέσω επίπληξης της ποιότητας της εργασίας του, είτε σωματικά.
- Το 36% των συμμετεχόντων απάντησε αρνητικά.
- Το 16% των συμμετεχόντων απάντησε ότι έχει παρατηρήσει να συμβαίνουν πράξεις εκφοβισμού σε συναδέλφους τους.

Στην ίδια μελέτη, το 83% των συμμετεχόντων που προέρχονταν από χώρες της Ευρώπης, απάντησε ότι είχε υποστεί σωματική ή συναισθηματική βία στο χώρο εργασίας, ενώ το 65% των συμμετεχόντων που προέρχονταν από τις Η.Π.Α. και το 55% εκείνων, που προέρχονταν από την Ασία, δήλωσαν ότι βίωσαν αντίστοιχες πράξεις εκφοβισμού (Monster Global Poll 2011).

Οι πρώτες ευρωπαϊκές χώρες, που θεσμοθέτησαν κατά του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας ήταν η Σουηδία και η Γαλλία και ακολούθησαν η Νορβηγία και η Δανία. Το 1989 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει θεσπίσει μέτρα για τη διασφάλιση της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων (Οδηγία 89/391/ΕΟΚ). Μέσω της οδηγίας αυτής, υπεύθυνοι για την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων, συμπεριλαμβανομένου και του φαινομένου της παρενόχλησης, είναι οι εργοδότες. Αναφορά στην εργασιακή παρενόχληση γίνεται και στις κατευθυντήριες γραμμές της Ευρωπαϊκής Επιτροπής σχετικά με το εργασιακό άγχος, που θεσπίστηκαν το 1999, οι οποίες παρέχουν μια επισκόπηση του ιστορικού, τις προκλήσεις και τα μέτρα για την πρόληψή του (Pinkos 2012).

### 3.1 Η.Π.Α.

Στις Η.Π.Α., το φαινόμενο του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας είναι πολύ πιο διαδεδομένο σε σύγκριση με το φαινόμενο της σεξουαλικής παρενόχλησης (Namie, 2007). Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του Workplace Bullying Institute (2017), στην τελευταία έρευνα που διεξήχθη, το 19% των Αμερικανών ανέφερε ότι έχει υπάρξει θύμα εκφοβισμού στο χώρο εργασίας, ενώ 19% των εργαζομένων, ανέφερε ότι έχει γίνει μάρτυρας φαινομένων εργασιακού εκφοβισμού και το 63% απάντησε ότι γνωρίζει για την ύπαρξη του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού. Το διάστημα που διεξήχθη η έρευνα, το εργατικό δυναμικό των Η.Π.Α. αντιστοιχούσε σε 161.616.000 εργαζόμενους και σύμφωνα με εκτιμήσεις σχεδόν 30.000.000 Αμερικάνων έχουν υποστεί στο παρελθόν ή τώρα εργασιακό εκφοβισμό και 30.000.000 ακόμη έχουν γίνει μάρτυρες του φαινομένου. Τα στοιχεία αυτά υποδηλώνουν ότι το φαινόμενο εργασιακού εκφοβισμού αποτελεί μορφή επιδημίας στη χώρα (Namie 2017).

Έτσι στις Ηνωμένες Πολιτείες δεν υπάρχει νομοθεσία κατά του εργασιακού εκφοβισμού, ωστόσο 30 πολιτείες έχουν ξεκινήσει διαδικασίες με τη δημιουργία του Ινστιτούτο Εργασιακού Εκφοβισμού (Workplace Bullying Institute) και την υλοποίηση μιας καμπανίας για την υγεία, στους χώρους εργασίας (the Healthy Workplace Campaign).

### 3.2 Ηνωμένο Βασίλειο

Τον Ιούνιο 2011 διεξήχθη μια μελέτη από το UNISON, το μεγαλύτερο οργανισμό ανθρώπινου δυναμικού του Ηνωμένου Βασιλείου, έδειξε ότι το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού είναι υπαρκτό πρόβλημα στη χώρα, καθώς έξι στους δέκα εργαζόμενους σε όλη τη Βρετανία δήλωσαν ότι βίωσαν πράξεις εκφοβισμού, κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών ή ήταν μάρτυρες σε τέτοια περιστατικά, με το Λονδίνου να κατέχει τα μεγαλύτερα ποσοστά θυμάτων και μαρτύρων (83%) (Pinkos, 2012). Επιπλέον, σε τελευταία έρευνα το 2015 μεταξύ αστυνομικών υπαλλήλων σε Μ. Βρετανία, Σκωτία και Ουαλία αναφορικά με τον εργασιακό εκφοβισμό, έδειξε ότι 6% των συμμετεχόντων, θεωρεί ότι ο εργασιακός εκφοβισμός αποτελεί πολύ σοβαρό

πρόβλημα στον εργασιακό χώρο, 20% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι ο εργασιακός εκφοβισμός αποτελεί ένα σχετικά σοβαρό πρόβλημα, το 36% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι ο εργασιακός εκφοβισμός αποτελεί ασήμαντο πρόβλημα στον εργασιακό χώρο, ενώ το 38% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι ο εργασιακός εκφοβισμός δεν αποτελεί πρόβλημα. Ωστόσο, το 53% των αστυνομικών της μελέτης, δηλώνει ότι έχει υποστεί εργασιακό εκφοβισμό και το 59% έχει γίνει μάρτυρες περιστατικών εργασιακού εκφοβισμού (UNISON, 2015).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο δεν υπάρχει σχετική νομοθεσία για τον εργασιακό εκφοβισμό, παρά μόνο για την παρενόχληση σχετιζόμενη με το φύλο, την ηλικία, τη φυλή, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις κ.ο.κ.

### 3.3 Σουηδία

Η Σουηδία ήταν από τις χώρες, που έκαναν το πρώτο βήμα για την νομική αντιμετώπιση των εκφοβιστικών συμπεριφορών στο χώρο εργασίας. Το 1993 ψηφίστηκε ειδική νομοθεσία, για την θυματοποίηση στην εργασία, η οποία στοχεύει στην προστασία των εργαζομένων από τις συνέπειες του εκφοβισμού, την επαγγελματική ασφάλεια και την καλή σωματική και ψυχική υγεία (AFS). Ο νόμος προβλέπει διοικητικές κυρώσεις στους εργοδότες που δεν λαμβάνουν μετρά προφύλαξης του προσωπικού ευθύνης τους, στοχεύοντας στην πρόληψη του φαινομένου και την επίλυση των συγκρούσεων, ενώ σε περίπτωση μη συμμόρφωσης με το νόμο, προβλέπει την επιβολή προστίμου ή ακόμα και φυλάκισης, μέχρι και ένα έτος (Pinkos, 2012).

### 3.4 Δανία

Στη Δανία το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού θεωρείται σημαντικό και υπαρκτό πρόβλημα. Αποτέλεσε μία από τις πρώτες ευρωπαϊκές χώρες, που θέσπισαν νόμους κατά του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας. Για την αντιμετώπιση του φαινομένου έχει προταθεί και καθιερωθεί η δημιουργία μιας τηλεφωνικής γραμμής για την ανώνυμη καταγγελία περιστατικών εργασιακής παρενόχλησης, ενώ στα σοβαρά περιστατικά παρεμβαίνει η Επιθεώρηση Εργασίας ασκώντας εσωτερικό έλεγχο στους οργανισμούς (Pinkos 2012).



### 3.5 Γερμανία

Στη Γερμανία, τα τελευταία χρόνια, η συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού σημειώνει σημαντική αύξηση. Αξιοσημείωτος είναι ο χαρακτηρισμός «möglichmacher» που αναφέρεται στα άτομα, που ενώ αντιλαμβάνονται φαινόμενα εκφοβισμού, δεν αντιδρούν και συνεχίζουν την εργασία τους κοιτάζοντας αλλού. Τα άτομα αυτά θεωρούνται ότι επιδεικνύουν μεγάλη ανευθυνότητα, γιατί αφενός επιτρέπουν να συμβαίνουν περιστατικά εκφοβισμού, αφετέρου συμμετέχουν με μια σιωπηλή συμπαράσταση, σε αυτόν που ασκεί τον εκφοβισμό και επομένως συνεχίζουν τη διαίωνηση του φαινομένου (Wolmerath 2011). Το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Σχέσεων της Γερμανίας υποχρεώνει τους εργοδότες στην προστασία των εργαζομένων τους και παράλληλα έχει θεσπίσει νόμους προστασίας των εργαζομένων από τον εργασιακό εκφοβισμό και από περιστατικά διακρίσεων (Bundesministerium für Arbeit und Soziales).

### 3.6 Γαλλία

Στη Γαλλία το 2002 θεσπίστηκε ο Νόμος Κοινωνικού Εκσυγχρονισμού, όπου εισήγαγε διατάξεις που προβλέπουν αστικές και ποινικές κυρώσεις, σε αυτούς που ασκούν ηθική παρενόχληση σε χώρους εργασίας (Pinkos 2012). Στο νόμο αυτό επίσης, ορίζεται η έννοια της ηθικής παρενόχλησης, 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» (Paragraph 1 of Code du Travail). Βάσει του νόμου αυτού, οι εργοδότες είναι υποχρεούμενοι να λαμβάνουν μέτρα για την πρόληψη της ηθικής παρενόχλησης, χωρίς αντίποινα εις βάρος των εργαζομένων, που είναι μάρτυρες και αναφέρουν γεγονότα παρενόχλησης ή που αρνούνται να είναι θύματα ηθικής παρενόχλησης (Pinkos 2012).

### 3.7 Βέλγιο

Στο Βέλγιο, όπως και στη Γαλλία, από το 2002 υφίσταται νόμος, όπου ορίζει την ηθική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο και δίνει έμφαση στην ευθύνη του εργοδότη για την εφαρμογή προληπτικών μέτρων αντιμετώπισης του εργασιακού εκφοβισμού και προσφέρει ένα σύνολο μέτρων προστασίας στα θύματα, καθώς και μέσα για να ενεργήσουν εναντίον των δραστών (Pinkos 2012).

### 3.8 Καναδάς

Το Κεμπέκ ήταν η πρώτη επαρχία που νομοθέτησε το 2004, ότι κάθε εργαζόμενος έχει δικαίωμα να εργάζεται σε περιβάλλον, χωρίς ψυχολογική παρενόχληση και κάθε εργοδότης πρέπει να λαμβάνει όλα τα απαραίτητα μέτρα για την πρόληψη της και την καταστολή της ψυχολογικής παρενόχλησης. Ουσιαστικά ο εργοδότης όταν αντιλαμβάνεται μια τέτοια συμπεριφορά, είναι υπεύθυνος να βάζει ένα τέλος σε αυτήν (Pinkos, 2012). Άλλωστε σε έρευνα που διεξήχθη στον Καναδά σε 552 εργαζομένους πλήρους απασχόλησης, το 2012, έδειξε ότι το 45% των ερωτηθέντων υπέπεσε τουλάχιστον μία φορά θύμα εκφοβισμού, με κύριους θύτες εκφοβισμού τους άμεσα προϊσταμένους και τους συναδέλφους, ενώ μόλις το 1/3 των θυμάτων κατήγγειλε την πράξη στον εργοδοτικό φορέα τους (The Workplace Bullying Institute 2012).

### 3.9 Αυστραλία

Στην Αυστραλία, σε δύο πολιτείες, τη Victoria και το Queensland, εφαρμόζεται ένας κώδικας ορθής πρακτικής για τον εργασιακό εκφοβισμό. Η Δυτική Αυστραλία εφαρμόζει επίσης κώδικα ορθής πρακτικής, με γενικές αρχές που ισχύουν για την πρόληψη και τη διαχείριση της παρενόχλησης στους χώρους εργασίας, όπου αντιμετωπίζεται το πρόβλημα με εσωτερικούς κανονισμούς σε κάθε εργασιακό οργανισμό (Pinkos 2012). Σε περίπτωση που το πρόβλημα δεν λυθεί στο εσωτερικό του εργασιακού χώρου, τότε επεμβαίνει η Επιτροπή Δίκαιης Εργασίας, που έχει θεσμοθετηθεί, για να χειριστεί το θέμα (Fair Work Commission).

### 3.10 Τουρκία

Στην Τουρκία, το 2011, έχει θεσπιστεί νόμος, όπου οι εργοδότες είναι υπεύθυνοι και υποχρεούνται να προστατεύουν το προσωπικό τους από αρνητικές συμπεριφορές, όπως ταπείνωση, υποβάθμιση, λεκτικές ύβρεις, εσκεμμένη απομόνωση και ψυχολογική κακοποίηση στο χώρο εργασίας (Pinkos 2012).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

### 4.1 Η κατάσταση του φαινομένου στην Ελλάδα

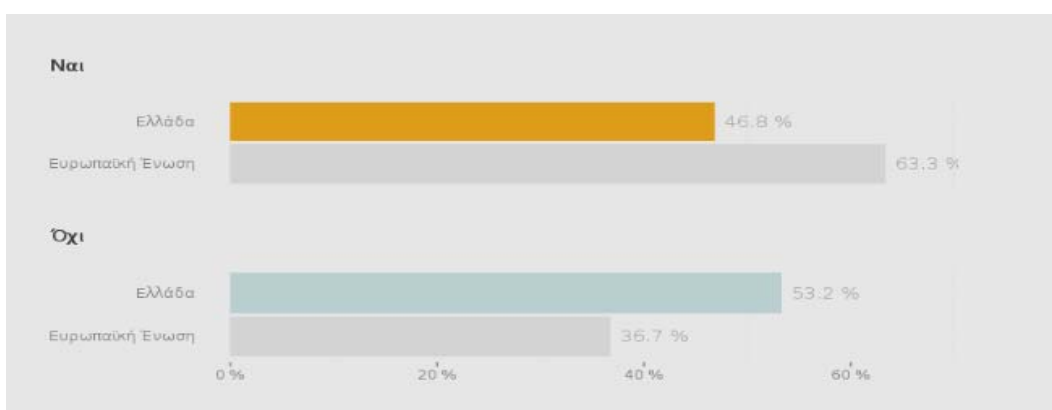
Η Ελλάδα βρίσκεται στην 5η θέση μαζί με την Ισπανία, με τα υψηλότερα ποσοστά εργασιακών παρενοχλήσεων, σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη από το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα Eurofound, το 2007, ενώ τις πρώτες θέσεις κατέχουν η Αυστρία και η Ιταλία. Τα στοιχεία της έρευνας δείχνουν ότι η κατάσταση για τη χώρα μας είναι ιδιαίτερα σοβαρή, αν συνυπολογιστεί το γεγονός, ότι το κράτος δεν έχει μεριμνήσει νομοθετικά για την αντιμετώπιση του φαινομένου (Eurofound 2007).

Επιπλέον, σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2008 σε 840 κατώτερα και μεσαία στελέχη διαφόρων επιχειρήσεων, έδειξε ότι το 13,2% των ερωτηθέντων, δηλώνει ότι έχει βιώσει εκφοβισμό στο χώρο εργασίας σε μεγάλη συχνότητα, το 47,5% έχει βιώσει περιστασιακά εκφοβιστικές συμπεριφορές και πρακτικές, ενώ το 39,3% των ερωτηθέντων, δήλωσε ότι δεν έχει βιώσει ποτέ βίαιες εργασιακές συμπεριφορές (Galanaki & Papalexandris 2011).

Μια άλλη μελέτη, που δημοσιεύθηκε το 2010, διερεύνησε την ψυχολογική παρενόχληση (mobbing) στο χώρο εργασίας και συμμετείχαν 783 εργαζόμενοι από τον ευρύτερο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, αναδείχθηκε ότι, σε ένα (1) από τους τρεις (3) εργαζόμενους ανατέθηκαν ανούσια καθήκοντα ή κατώτερα των ικανοτήτων τους και διαδίδονταν συκοφαντίες και φήμες εις βάρος τους, ένας (1) στους τέσσερις (4) δέχθηκε διαρκή αμφισβήτηση των αποφάσεών του και έντονη κριτική στην εργασία του. Ένα 5% δήλωσε, πως βίωνε σε καθημερινή ή εβδομαδιαία βάση, εχθρικές συμπεριφορές και παρενοχλούνταν ψυχολογικά στον εργασιακό χώρο (Μακρυγιάννη και συν. 2010).

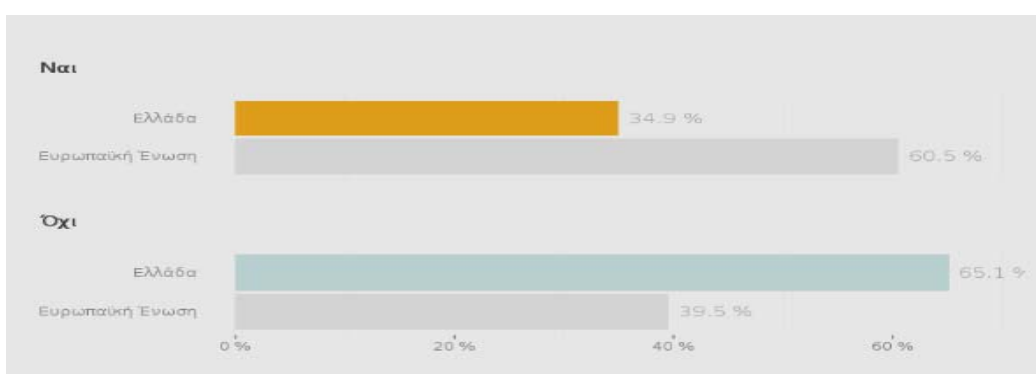
Επίσης σε μια Ευρωπαϊκή έρευνα, που διερευνά τον τρόπο διαχείρισης των κινδύνων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων, στους εργασιακούς χώρους της Ευρώπης, για λογαριασμό διαφόρων επιχειρήσεων σε σχέση με τους νέους και τους αναδυόμενους κινδύνους, αναφέρει στα αποτελέσματα του 2014 (ESENER-2) τη θέση των ελληνικών οργανισμών, απέναντι στους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους και τη διαχείρισή τους, αλλά και τις διαδικασίες, που ακολουθούνται, για την αντιμετώπιση

του εκφοβισμού, στο εσωτερικό των επιχειρήσεων, σε σχέση με τα υπόλοιπα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στην έρευνα αυτή τέθηκε το ερώτημα, εάν οι επιχειρήσεις στην Ελλάδα διαθέτουν επαρκή πληροφόρηση, σχετικά με τους ψυχικούς και κοινωνικούς κινδύνους, που συμπεριλαμβάνονται στους επαγγελματικούς κινδύνους. Το 53,2% των ερωτηθέντων απάντησε, ότι δεν είναι επαρκώς πληροφορημένο για τους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους και επομένως αγνοεί τις επιπτώσεις τους. Σε αντίθεση με την Ευρωπαϊκή Ένωση, το 63,3% λαμβάνει επαρκή πληροφόρηση και προφυλάσσεται από τους κινδύνους αυτούς (Εικόνα 2).



**Εικόνα 2** Η επαρκής πληροφόρηση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων στην εκτίμηση επαγγελματικού κινδύνου; (ESENER- 2, 2015).

Σε άλλη ερώτηση της έρευνας, αν υπάρχει εσωτερική διαδικασία για την αντιμετώπιση πιθανών περιπτώσεων εκφοβισμού ή παρενόχλησης στις επιχειρήσεις, το 34,9% των ερωτηθέντων εργαζομένων στην Ελλάδα απάντησε θετικά, σε αντίθεση με το σύνολο των Ευρωπαϊκών Χωρών, που η θετική απάντηση φθάνει το 60,5% (Εικόνα 3).



**Εικόνα 3:** Η ύπαρξη διαδικασιών για την αντιμετώπιση φαινομένων εκφοβισμού, σε επιχειρήσεις που απασχολούν 20 και πλέον εργαζομένους (ESENER-2, 2015)

Το σύνολο των στοιχείων της συγκεκριμένης έρευνας, οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι στις ελληνικές επιχειρήσεις, αγνοείται ή υποβαθμίζεται η σοβαρότητα του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού, αφού δεν παρέχουν σαφή πληροφόρηση για τους παράγοντες που προκαλούν εκφοβισμό, αλλά και για τις αρνητικές επιπτώσεις στο εργασιακό περιβάλλον, που δημιουργούνται από αυτό. Τα ποσοστά που αφορούν την εκτίμηση των εκφοβιστικών συμπεριφορών στην εργασία, την πρόληψη και την αντιμετώπιση, είναι σαφώς χαμηλότερα, από αυτά που επικρατούν συνολικά στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Βέβαια, η άγνοια για την ύπαρξη ή όχι του εργασιακού εκφοβισμού, δεν συνεπάγεται ότι δεν είναι υπαρκτή η εμφάνισή του σε εργασιακούς χώρους στη Ελλάδα (Σπανός 2017).

## 4.2 Νομοθεσία

Στην χώρα μας, απουσιάζουν οι νομοθετικές διατάξεις, που να αφορούν τις περιπτώσεις εργασιακού εκφοβισμού. Σύμφωνα με τον Αστικό Κώδικα του Ελληνικού δικαίου, η επιθετικότητα, που προέρχεται από τους εργοδότες και γενικά από πρόσωπα που ασκούν διοίκηση 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 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 εκφοβιστικές συμπεριφορές, μπορεί να επιφέρει την κήρυξη των διοικητικών πρακτικών και των πεπραγμένων ως άκυρων, αξιώνοντας ακόμη και την αποζημίωση του θύματος (Τσιάμα, 2013).

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 Α.Κ., σχετικά με το δικαίωμα που συνδέεται με την προσωπικότητα του ατόμου, το οποίο αναφέρει: *«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» (Tsiama 2013).*

Στο άρθρο 59 του Αστικού Κώδικα ορίζεται το 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» (Tsiama 2013).

Επίσης, στο άρθρο 914 του Αστικού Κώδικα αναφέρονται οι γενικές αρχές για την αποκατάσταση της ηθικής βλάβης και το αίτημα της αποζημίωσης: «Όποιος ζημιώσει άλλον παράνομα και υπαίτια έχει υποχρέωση να τον αποζημιώσει» και στο άρθρο 932 του Α.Κ. αναφέρεται η 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» (Tsiama 2013).

Τέλος σύμφωνα με το Νόμο 3304 του 2005, στον τομέα της απασχόλησης και της εργασίας, θα πρέπει να εφαρμόζεται η αρχή της ίσης μεταχείρισης, ανεξαρτήτως εθνικής ή φυλετικής καταγωγής, αναπηρίας, ή ηλικίας, θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, που αποτελεί συμμόρφωση με τις Ευρωπαϊκές Οδηγίες (2000/43, 2000/78 και 2002/73). Στις οδηγίες αυτές, η παρενόχληση γενικά και η σεξουαλική παρενόχληση ειδικότερα, αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες, που δημιουργούν συνθήκες διακρίσεων μεταξύ των εργαζομένων στους χώρους εργασίας (Σπυριδάκης 2009). Είναι βεβαία έκδηλο ότι η εν λόγω νομοθεσία δεν εστιάζει και δεν επεκτείνεται σε κάθε

παρενοχλητική συμπεριφορά, την οποία μπορεί να υποστεί το άτομο στον χώρο εργασίας του (Κωνσταντινίδης 2010)

Τα ελληνικά δικαστήρια εφαρμόζουν τους κανόνες αυτούς σε ποικίλες περιπτώσεις, όπως της μη προαγωγής ενός ειδικευμένου υπαλλήλου ή ακόμη και για την αδικαιολόγητη απόλυση. Ωστόσο μέχρι σήμερα, δεν έχει εκδικαστεί κάποια συγκεκριμένη περίπτωση εκφοβισμού στο χώρο εργασίας, εκτός από μια υπόθεση παρενόχλησης σεξουαλικού χαρακτήρα, το 1997 (Πρωτοδικείο Αθηνών, αριθ. αγωγής 3623/1997). Τέλος, οι προαναφερθείσες διατάξεις δεν αποκλείουν εσωτερικές διοικητικές κυρώσεις (ιδίως στο δημόσιο τομέα, με την διενέργεια Ένορκης Διοικητικής Εξέτασης) ή ακόμη και ποινικές κυρώσεις, κατά των αρχών που εποπτεύουν την εργασία, των εργοδοτών ή των συναδέλφων, για δράσεις που εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής του νομικού πλαισίου (Tsiama 2013).

#### 4.3 Εκφοβισμός μεταξύ επαγγελματιών υγείας

Όπως αναφέρει ο Rowell (2005), ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας έχει αυξηθεί ιδιαίτερος στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας και είναι τέσσερις φορές πιο διαδεδομένος σε αυτόν τον τομέα, από τη σεξουαλική παρενόχληση. Σύμφωνα με τα ευρήματα αυτά, οι ιατροί και οι νοσηλευτές αποτελούν θύματα εχθρότητας και βίαιων συμπεριφορών, στο χώρο εργασίας (Du Hart 2001). Τα ποσοστά βίας κατά των ιατρών είναι 16,2 ανά 1000 ιατρούς και των νοσηλευτών 12,9 ανά 1000 νοσηλευτών που εργάζονται σε δομές υγείας. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το 52% των εργαζομένων που απασχολούνται σε μία συγκεκριμένη θέση εργασίας, στο χώρο της υγείας έχουν βιώσει κάποιο είδος επιθετικής συμπεριφοράς στην εργασία, ενώ το 39% των εργαζόμενων στην κοινωνική φροντίδα έχουν αντιμετωπίσει παρόμοιες συμπεριφορές, καθώς και το 25% των εργαζόμενων παροχής άλλων υπηρεσιών υγείας (Ege 2002).

Άλλες μελέτες μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, έχουν τεκμηριώσει ότι οι νοσηλευτές (Carr et al. 1994, Farrell 1999, Quine 2001) και οι ειδικευόμενοι ιατροί (Quine 2002) βιώνουν υψηλά επίπεδα εκφοβισμού. Μια τέτοια μελέτη, μίας κοινοτικής ένωσης υγείας στη Μεγάλη Βρετανία, το 1996, αναφέρει ότι το 38% των εργαζομένων είχαν βιώσει έναν ή περισσότερους τύπους εκφοβισμού μέσα στην προηγούμενη χρονιά (Quine



1999). Οι θύτες του εκφοβισμού στο χώρο της υγείας συνήθως εντοπίζονται μεταξύ των συναδέλφων, προϊσταμένων νοσηλευτών, ιατρών, ασθενών και συνοδών των ασθενών (Birman 1999). Από τους Mayhen και Chappell (2001a) προκρίνεται η άποψη ότι οι νοσηλευτές μπορεί να είναι πιο ευάλωτοι στον εκφοβισμό για τους εξής λόγους:

- Κυρίως οι απασχολούμενοι στο νοσηλευτικό επάγγελμα είναι γυναίκες,
- Καταπιέζονται από τους ιατρούς, τους διοικητές και τους συναδέλφους νοσηλευτές με περισσότερα χρόνια εργασίας,
- Ενδέχεται να αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως αδύναμους.

Οι λόγοι αυτοί επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση, σε επαγγέλματα όπως οι νοσηλευτές, που έχουν συνεχή επαφή με τους ασθενείς-πελάτες και μπορεί να βιώσουν ανεπάρκεια λόγω του εκφοβισμού, γεγονός που επιδρά στην αποδοτικότητά τους (Birman 1999). Επίσης μια ακόμη συνέπεια της εργασιακής βίας, είναι η ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Einarsen, Mathieson et al. 1998).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο δημόσιο τομέα έδειξε ότι, από τους 311 συμμετέχοντες, οι 155 είχαν δεχθεί κάποιας μορφής εκφοβισμό τον τελευταίο χρόνο στον οργανισμό όπου εργάζονταν. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ αυτών που ανέφεραν ότι είχαν δεχθεί εκφοβισμό και σε αυτούς που δεν είχαν δεχθεί, αναφορικά με το φύλο, την ηλικία ή τις αρμοδιότητες που τους είχαν ανατεθεί. Από τους συμμετέχοντες, όσων η εργασία εμπλέκεται κατά κύριο λόγο πρόσωπο με πρόσωπο εργασία με τους ασθενείς, ήταν μιάμιση φορά περισσότερο πιθανό να αναφερθεί ότι υπέστησαν εκφοβισμό, σε σχέση με αυτούς που δεν εμπλέκονται άμεσα, σε αυτού του είδους την εξυπηρέτηση. Αναφορικά με το χρόνο εργασίας και το ποσοστό εκφοβισμού που αναφέρθηκε, τα αποτελέσματα έχουν ως εξής: το 29% από τους ερωτηθέντες, εργάζεται λιγότερο από 12 μήνες, το 63% από το προσωπικό εργάζεται ένα με δυο χρόνια στον οργανισμό, το 53% από τους εργαζόμενους είχαν δυο με πέντε χρόνια εργασίας και το 50% από αυτούς εργάζονται πάνω από πέντε χρόνια (Rutherford et al. 2004).

Σε άλλη μελέτη σχετικά με τον εκφοβισμό μεταξύ επαγγελματιών υγείας, αντληθήκαν δεδομένα από την πέμπτη Ευρωπαϊκή έρευνα για τις συνθήκες εργασίας (Eurofound - European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, European Working Conditions Survey, 2010) και χρησιμοποιήθηκε ένα σύνολο 284 υγειονομικών υπαλλήλων, το ποιο απαρτίζονταν από ιατρούς (66,9%), νοσηλευτικό προσωπικό και μαίες (21,5%), και παραϊατρικό προσωπικό (11,6%) που προέρχονταν τόσο από τον δημόσιο (67,6%), όσο και από τον ιδιωτικό τομέα (32,4%). Το 60,9% αποτελείται από γυναίκες και το 39,1% από άνδρες, με μέση ηλικία των ερωτηθέντων τα 44,1 έτη. Στα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας αναφέρεται ότι, το 41,2% των επαγγελματιών υγείας, δήλωσαν ότι βιώνουν εκφοβισμό ή παρενόχληση στην εργασία τους, σε τακτά χρονικά διαστήματα και από το προσωπικό αυτό το 11,3% ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 88,7% πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι η πιθανότητα να θεωρήσει κάποιος τον εαυτό του ως θύμα εκφοβισμού είναι μικρότερο μεταξύ των νεότερων και λιγότερο μορφωμένων, ενώ το ποσοστό του εκφοβισμού αυξάνει στους πιο μορφωμένους υπαλλήλους, που είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τις εργασιακές τους συνθήκες, εξαιτίας των υψηλών προσδοκιών και την έλλειψη ευκαιριών εξέλιξης εντός των δόμων που εργάζονται. Συμπερασματικά η μελέτη αναδεικνύει ότι, οι ατομικές και οργανωσιακές μεταβλητές θεωρούνται αξιόπιστες για την ανάπτυξη συγκεκριμένων συμπεριφορών, όπως ο εργασιακός εκφοβισμός. Κάθε ατομική ή συσχετιζόμενη με την εργασία μεταβλητή, που μετρά τη πιθανότητα εργασιακού εκφοβισμού, έχει διαφορετικό βαθμό επίδρασης (Ariza-Montes et al. 2013). Συνεπώς, στην συγκεκριμένη έρευνα οι μεταβλητές με τη μεγαλύτερη επιρροή στον εργασιακό εκφοβισμό ήταν, το επίπεδο μόρφωσης, και συνεπακόλουθα η προσδοκία ανάπτυξης εργασιακής σταδιοδρομίας.

Ιδιαίτερη σημασία στον εργασιακό εκφοβισμό μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, έδωσε και η μελέτη των Dewity et al. (2009), όπου αναφέρει ότι το 53% των νοσηλευτών που ρωτήθηκαν, ανέφερε τον επιπολασμό του εκφοβισμού, ως συχνό ή πολύ συχνό φαινόμενο στο χώρο εργασίας. Παρομοίως, μια ακόμη έρευνα αποδεικνύει ότι το 48% των νοσηλευτών, παραδέχεται ότι δέχθηκε εργασιακό εκφοβισμό τους τελευταίους έξι μήνες, με το 35% των ερωτηθέντων, να αναφέρει ότι το βιώνουν σε εβδομαδιαία βάση και το 28% ότι δέχονται εκφοβισμό σε καθημερινή βάση (Etienne 2014). Μεταξύ των νέων νοσηλευτών, τα ποσοστά του εκφοβισμού είναι ακόμη πιο

σημαντικά, όπου το 72% των νέων νοσηλευτών αναφέρει ότι δέχθηκε εκφοβισμό τον τελευταίο μήνα (Berry et al. 2012).

Οι θύτες του νοσηλευτικού εκφοβισμού είναι συχνότερα άνθρωποι μέσα από τον ίδιο το νοσηλευτικό τομέα, κάτι που αποδεικνύεται από μελέτη, η οποία κατηγοριοποιεί τους δράστες σύμφωνα με τα παρακάτω ποσοστά: 24% ανώτεροι νοσηλευτές, 17% προϊστάμενοι νοσηλευτές, 15% συνάδελφοι νοσηλευτές, και 14% διευθυντές νοσηλευτικής υπηρεσίας (Vessey et al. 2009). Σε παρόμοια έρευνα, το 50% των νοσηλευτών που ανέφεραν, ότι δέχθηκαν εκφοβισμό ενοχοποίησαν τους διευθυντές ως θύτες, το 25% τους προϊσταμένους νοσηλευτές και το 38% τους συναδέλφους τους (Johnson et al. 2009). Σε πιο πρόσφατη μελέτη, το 63% των θυτών εντοπίζεται στους ανώτερους νοσηλευτές, με το 44% να είναι συνάδελφοι νοσηλευτές και το 19% να αφορά άτομα σε θέσεις ευθύνης, όπως διευθυντής νοσηλευτικής υπηρεσίας, προϊστάμενος, υπεύθυνος (Berry et al. 2012).

Η ζοφερή εικόνα αναφορικά με την εχθρότητα που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στους οργανισμούς υγείας οφείλεται στη φύση της εργασίας, η οποία περιλαμβάνει αλληλεπιδράσεις μεταξύ ποικίλων ομάδων, όπως συναδέλφων, εποπτικών αρχών, ασθενών, επισκεπτών, και άλλων.

Αντίθετα με πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, ο εργασιακός εκφοβισμός στην Ελλάδα έχει ελάχιστα μελετηθεί, όπως αναφέρουν σε πρόσφατη ανασκοπική μελέτη, οι Serafeimidou και Dimou (2016). Μία από τις πρώτες ερευνητικές προσπάθειες, πραγματοποιήθηκε σε ένα πολύ μικρό δείγμα 70 ατόμων, που εργάζονταν σε ένα δημόσιο νοσοκομείο καθώς και 30 ατόμων που απασχολούνταν σε μια ιδιωτική κλινική των Χανίων (Μακράκης 2009). Στην έρευνα αυτή καταγράφηκε, ότι το ποσοστό των εργαζόμενων που δέχθηκαν εκφοβισμό ή έγιναν μάρτυρες εκφοβισμού στον δημόσιο τομέα ήταν 12,5% και στον ιδιωτικό τομέα ήταν 10,5%. Επίσης σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δημόσια νοσοκομεία της Δυτικής Ελλάδας, το ποσοστό εργασιακού εκφοβισμού που μετρήθηκε, έφθασε το 71% των συμμετεχόντων, οι οποίοι ανέφεραν ότι εμφάνισαν αρκετά ψυχοσωματικά συμπτώματα (Bakerella et al. 2013).

Επίσης σε άλλη έρευνα, που πραγματοποιήθηκε σε επτά δημόσια γενικά νοσοκομεία της Αθήνας, με στόχο την εύρεση πιθανής άσκησης φυσικής, ψυχολογικής, λεκτικής και

σεξουαλικής βίας από συγγενείς, συνοδούς και επισκέπτες ασθενών σε επαγγελματίες υγείας, με ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από το τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, βρέθηκε ότι το 76,8% των επαγγελματιών υγείας, που συμμετείχαν είχαν υποστεί ψυχολογική και το 80,8% λεκτική βία, από συνοδούς των ασθενών (Koukia et al. 2013). Τέλος, για τη διερεύνηση του συνδρόμου της εργασιακής παρενόχλησης στο νοσηλευτικό προσωπικό, σε δύο δημόσια νοσοκομεία του νομού Ηρακλείου, αναδείχθηκε σημαντικό ποσοστό εκφοβιστικών συμπεριφορών. Κατά την έρευνα αυτή το 52,6% των ερωτηθέντων απάντησε αν έχει πέσει θύμα εργασιακής παρενόχλησης, ενώ το 47,4% απάντησε όχι, όπως επίσης το 39,8% των συμμετεχόντων απάντησε ότι στο εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών υπάρχουν άτομα ή «κλίκες» που τους επικρίνουν, τους ειρωνεύονται, τους βρίζουν ή/και τους εκφοβίζουν ενώ το 60,2% αρνήθηκε ότι υπάρχουν τέτοια άτομα στο εργασιακό περιβάλλον (Παπαδάκη και συν. 2007).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

### 5.1. Εννοιολογική προσέγγιση - Ορισμός της ποιότητας ζωής

Την τελευταία δεκαετία, αναπτύχθηκε ένα έντονο ενδιαφέρον μεταξύ των πολιτικών και κοινωνικών επιστημών, για την έρευνα των ζητημάτων που αφορούν την ποιότητα ζωής των ανθρώπων και για την ανάπτυξη μεθοδολογιών, οι οποίες θα στοχεύουν στη μέτρησή της (Yfantopoulos 2001a). Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος, που έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε διαφορετικά πεδία εφαρμοσμένων ερευνών, που έχουν μετρήσει και καταγράψει τις επιπτώσεις της. Είναι πολύ δύσκολο να διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός της ποιότητας ζωής. Κάθε επιστημονικός κλάδος αντιλαμβάνεται με διαφορετική οπτική την έννοια. Έτσι οι κλινικοί γιατροί εξετάζουν τις φυσικές διαστάσεις της, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους, οι οποίοι δίνουν έμφαση στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας αναδεικνύοντας το γεγονός ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί αδιαμφισβήτητα μία πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια (Υφαντόπουλος 2003), που περιλαμβάνει προσωπικές προτιμήσεις, εμπειρίες, αντιλήψεις και στάσεις σχετικά με φιλοσοφικές, πολιτιστικές, πνευματικές, ψυχολογικές, οικονομικές, πολιτικές και διαπροσωπικές διαστάσεις της καθημερινής ζωής (Yfantopoulos 2001c).

Ποιότητα ζωής (Quality of life) ή Ευημερία (Well being) ή Καλή Ζωή (Good Life) είναι όροι που βρίσκονται στο επίκεντρο του διεθνούς ενδιαφέροντος και κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί, ανάλογα με την οπτική γωνία, υπό την οποία κάθε μελετητής αντιμετωπίζει το ζήτημα.

Κατά τον Freud, η ευτυχία πηγάζει από τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου, που αναπτύσσει μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Άλλοι μελετητές αναφέρουν, ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό της κοινωνίας και προσδιορίζει τις προϋποθέσεις, που πρέπει να πληροί το άτομο, για να είναι ευτυχισμένο (McCall 1975).

Πιο πρόσφατες εννοιολογικές προσεγγίσεις σχετικά με την ποιότητα ζωής, την ορίζουν *«ως τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, καθώς και την ικανότητά*

του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του», διαχωρίζοντάς την από τις συνθήκες διαβίωσης ή τις συνθήκες της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, αποδίδοντας στην έννοια της ποιότητας ζωής μια ευρύτητα, με αναφορές στη γενική ευημερία των ατόμων που ζουν σε μία κοινωνία, απαλλαγμένη από καταναλωτικά πρότυπα και το εισόδημα (Bowling 1997).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η έννοια της ποιότητας ζωής, είναι συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους, υπό το πρίσμα των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας, στην οποία ζουν και δραστηριοποιούνται (THE WHOQOL GROUP 1995).

Ορισμένοι συγγραφείς την ερμηνεύουν ως τη δυνατότητα διάθεσης πόρων, προς κάλυψη των κοινωνικών αναγκών, σε συνδυασμό με όρους που σχετίζονται με την κοινωνία και το περιβάλλον, δηλαδή στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης, προς τις απαραίτητες συνθήκες, που εξασφαλίζουν την ευτυχία, σε μία δεδομένη κοινωνία ανθρώπων ή περιοχή (McCall 1975).

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

Στους παραπάνω ορισμούς της ποιότητας ζωής, παρατηρείται ένας διαχωρισμός μεταξύ των «αντικειμενικών» και «υποκειμενικών» παραμέτρων. Ωστόσο, η αναγκαιότητα του συνδυασμού των δύο αυτών παραμέτρων, οδηγεί στη διατύπωση ότι «η ποιότητα ζωής ορίζεται ως το να είναι η καλή ζωή και αξιολογείται με κριτήρια υποκειμενικά αλλά και αντικειμενικά, που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών» (Zautra, Goodhart 1979, Baker et al. 1982).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η ποιότητα ζωής έχει αναδεχθεί, ως ένας σημαντικός δείκτης στην κοινωνική προστασία και διεθνείς οργανισμοί όπως ο ΟΟΣΑ έχει εκπονήσει μία

σειρά από κανόνες σχετικών με την ποιότητα ζωής, που περιλαμβάνονται ζητήματα, όπως η υγεία, ο έλεγχος στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών, η εργασία και η ποιότητα της εργασιακής ζωής (Bowling 1997). Η Ευρωπαϊκή Ένωση, έχει δημιουργήσει το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την Κοινωνική Ποιότητα και εισήγαγε την έννοια της κοινωνικής ποιότητας, όπου ορίζεται ο βαθμός, που οι πολίτες είναι ικανοί να συμμετέχουν στην κοινωνική και οικονομική ζωή της κοινότητας, σε συνθήκες που ενισχύουν την προσωπική ευεξία και ευημερία (Yfantopoulos 2001b).

## 5.2. Η αλληλεπίδραση υγείας και ποιότητας ζωής

*«Ο άνθρωπος, ως βιοψυχοκοινωνικό ον, επιχειρεί, στη διάρκεια της ζωής του, να κατασκευάσει μία γέφυρα, να δημιουργήσει μία διασύνδεση μεταξύ ενός βαθύτερου εσωτερικού κόσμου και ενός ευρύτερου εξωτερικού κόσμου. Η ανθρώπινη ζωή είναι λειτουργικά δομημένη και οργανωμένη σε επίπεδα, η οποία, αρχόμενη από τα οργανικά μόρια και τα κύτταρα, ακολούθως μέσω του οργανισμού και του εαυτού και εν συνεχεία μέσω των σχέσεων του εαυτού με τους άλλους (άμεσο και ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον), ολοκληρώνεται τελικά στη σχέση της με τον κόσμο στο σύνολό του (κοινωνία και βίοςφαιρα). Κάθε επίπεδο προσδιορίζεται και χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο συστατικών στοιχείων, ποσοτικών και ποιοτικών. Για να εκφράσει πλήρως η ανθρώπινη ζωή την υπόστασή της, πρέπει να υπάρχει σε κάθε επίπεδο, επαρκής ποσότητα και ποιότητα των συστατικών της στοιχείων. Όλα τα επίπεδα θεωρούνται εξ' ορισμού ότι έχουν ίση βαρύτητα και σημασία για τη ζωή ενός ανθρώπου (λειτουργική αλληλεξάρτηση)» (Σαρρής 2001).*

Σήμερα, είναι αποδεκτό ότι η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, που διέπεται τόσο από τις αρχές της καθολικότητας όσο και της εξατομίκευσης αλλά και της ικανοποίησης των αναγκών του σύγχρονου κοινωνικού ατόμου. Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της υγείας και της ποιότητας ζωής αφορούν όχι μόνο τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ευημερίας αλλά και τη σωματική και ψυχοκοινωνική ευεξία του ανθρώπου, με μείζονος σημασίας τη συσχέτιση αλληλεξαρτώμενων παραγόντων και παραμέτρων της προσωπικής και κοινωνικής ζωής,

όπως η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή, η ηθική, η αυτοεκτίμηση και η αυτοπραγμάτωση του κάθε ανθρώπου (Rokeach 1973, Andrews, Whitney 1974. Campell et al. 1976).

Επιπροσθέτως, η υγεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ευημερίας, συμβάλλοντας στη βελτίωση της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης μίας χώρας και επηρεάζεται από παράγοντες όπως, το εισόδημα, ο τρόπος διανομής του πλούτου, η διατροφή, οι κλιματολογικές συνθήκες, ο τρόπος ζωής, το εκπαιδευτικό, και πολιτιστικό επίπεδο, οι κοινωνικές σχέσεις, οι συνθήκες εργασίας, η ποιότητα κατοικίας, η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης (Θεοδώρου, και συν. 1997).

Η κατηγοριοποίηση των προσδιοριστικών παραγόντων, που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής ατόμων ή του γενικού πληθυσμού, μπορεί να πραγματοποιηθεί ως εξής (Σαρρής 2001):

- Κοινωνικοοικονομική δομή της κοινωνίας: Αναφέρεται στον τρόπο παραγωγής, τις σχέσεις παραγωγής, τον καταμερισμό εργασία, την κοινωνική διαστρωμάτωση.
- Οικονομικοπολιτικοί παράγοντες: Περιλαμβάνει παράγοντες που αφορούν την κοινωνική και οικονομική ευημερία, τον τύπο διανομής το εισόδημα, τον προγραμματισμό, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.
- Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες: Σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, τα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, την αστική ή αγροτική διάρθρωση, τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες.
- Ψνχοκοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: Αφορούν τα ήθη και έθιμα, τα επίπεδα αλφαριθμητισμού, την ποιότητα του εκπαιδευτικού συστήματος, τις συνήθειες, την νοοτροπία, την κοινωνική συμπεριφορά και την υιοθέτηση κοινωνικών ρόλων.
- Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες: Περιλαμβάνει το επίπεδο μόλυνσης του περιβάλλοντος και το βαθμό προστασίας των οικοσυστημάτων.



- Γεωφυσικοί παράγοντες: Αφορούν το φυσικό πλούτο, τις πρώτες ύλες, την αγροτική παραγωγικότητα και τις κλιματολογικές συνθήκες.
- Δημογραφικοί παράγοντες: Περιλαμβάνουν το ρυθμός εξέλιξης του πληθυσμού, την αστική και αγροτική πυκνότητα, την εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, τη σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κλπ.
- Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες: Σχετίζονται με το επίπεδο και την εξέλιξη των υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.

### 5.3 Ιστορική ανάδρομη της ποιότητας ζωής

Η έννοια της ποιότητας ζωής αναλύθηκε επίσης από τον Αριστοτέλη, ο οποίος προσδιόρισε την λέξη «ευδαιμονία», που μεταξύ άλλων την χαρακτηρίζει ως το «τέλειο και αυτάρκες αγαθό», που αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου. Άλλωστε διατύπωσε ότι *«οι περισσότεροι σχεδόν συμφωνούν και παραδέχονται ότι το σπουδαιότερο αγαθό είναι η ευδαιμονία και θεωρούν πως η ποιότητα ζωής (ευ ζην) και η ευημερία (ευ πράττειν) είναι το ίδιο πράγμα με την ευδαιμονία»* (Αριστοτέλης 1993).

Στη σύγχρονη κοινωνία, ο όρος «ποιότητα ζωής» πρωτοεμφανίστηκε στις Η.Π.Α. τη δεκαετία του '50 και ταυτίζεται με την έννοια του βιοτικού επιπέδου, καθώς προσδιόριζε την καταναλωτική κοινωνία και την ιδιοκτησία ακινήτων, ηλεκτρικών συσκευών, αυτοκινήτων κ.ά., αλλά αργότερα προστέθηκαν και ο ελεύθερος χρόνος και δραστηριότητες όπως οι διακοπές. Εν συνεχεία το 1960 διευρύνθηκε ακόμη περισσότερο ο όρος, περιλαμβάνοντας την υγεία, την ευεξία, την παιδεία και τη βιομηχανική ανάπτυξη (Fallowfield, 1990). Στις δεκαετίες '60 και '70 κοινωνιολόγοι, φιλόσοφοι και πολιτικοί επιστήμονες, ξεκίνησαν να επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση των προβλημάτων, που προκύπτουν από τις ανισότητες κατανομής των οικονομικών πόρων και αφορούν το γενικό «ευ ζην» της κοινωνίας, σε συνάρτηση με τις ανησυχίες για αύξηση του πληθυσμού και σε σύγκριση με το ρυθμό ανάπτυξης των φτωχών χωρών (Katsching 1997).

Επίσης στη Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων που διατυπώθηκε στα Παρίσι το 1948, από την συνδιάσκεψη των Ηνωμένων Εθνών, καλύπτει την έννοια της ποιότητας ζωής στο αρ. 3, που αναφέρει *«Κάθε άτομο έχει δικαίωμα στη ζωή, την ελευθερία και την προσωπική του ασφάλεια»* και το αρ. 25 παράγραφος 1 *«Καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίσει στον ίδιο και στην οικογένεια του υγεία και ευημερία, και ειδικότερα τροφή, ρουχισμό, κατοικία, ιατρική περίθαλψη όπως και τις απαραίτητες κοινωνικές υπηρεσίες. Έχει ακόμα δικαίωμα σε ασφάλιση για την ανεργία, την αρρώστια, την αναπηρία, τη χηρεία, τη γεροντική ηλικία, όπως και για όλες τις άλλες περιπτώσεις που στερείται τα μέσα της συντήρησής του, εξαιτίας περιστάσεων ανεξαρτήτων της θέλησής του.»* (Νάκου, 2001). Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) με διάφορες διακηρύξεις και συμβάσεις αναγνωρίζει και προωθεί τη σημασία της ποιότητας ζωής για τον άνθρωπο, όπως στη Διάσκεψη των Ηνωμένων Εθνών για το Περιβάλλον και την Ανάπτυξη (UNCED), το 1993, γνωστή ως η Διάσκεψη Κορυφής του Ρίο ντε Τζανέιρο της Γης (UN EARTH SUMMIT, 1993), όπου δηλώνει στην Αρχή 1: *«Οι άνθρωποι βρίσκονται στο επίκεντρο των προβληματισμών για μια αειφόρο ανάπτυξη. Δικαιούνται μια ζωή υγιεινή και παραγωγική στην αρμονία με τη φύση»* και στην Αρχή 8 όπου αναφέρεται ο σκοπός επίτευξης: *«...ανώτερης ποιότητας ζωής για όλους τους ανθρώπους»* (UN EARTH SUMMIT 1993).

Ο όρος ποιότητα ζωής εισήχθη ως τίτλος στην βιβλιογραφική βάση δεδομένων (database) της Εθνικής Βιβλιοθήκης των Η.Π.Α Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System) το 1975 και έκτοτε σηματοδότησε το ερευνητικό ενδιαφέρον μιας αφθονίας εργασιών, μελετών, συνεδρίων και εκδόσεων ειδικών τευχών.

Στη χώρα μας, ο όρος «ποιότητα ζωής» είναι σχετικά νέος, ωστόσο τείνει να ενσωματωθεί στο σχεδιασμό και εφαρμογή των πολιτικών οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης που εφαρμόζονται σε εθνικό επίπεδο, ακολουθώντας τα Ευρωπαϊκά πρότυπα και τις Οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η έννοια της ποιότητας ζωής αφορά την κάλυψη των συνολικών αναγκών ενός πληθυσμού ή ενός ατόμου που αποτελεί ένα ανθρώπινο χαρακτηριστικό για την αναζήτηση μιας καλύτερης ζωής (Νάκου 2001).

Η ποιότητα ζωής λόγω του ότι αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και έχει πλούσιο περιεχόμενο απαιτεί αφενός την προσέγγιση πολλαπλών διαστάσεων και αφετέρου την

εκτίμηση της κάθε διάστασης με πολλαπλές ερωτήσεις εκτίμησης (Υφαντόπουλος και συν. 2001).

#### 5.4. Προσδιοριστικοί παράγοντες ποιότητας ζωής

Όπως αναφέρθηκε, σύμφωνα με την ιδρυτική διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας η υγεία «αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου η απόλαυση των υψηλότερων εφικτών προτύπων υγείας, χωρίς φυλετικές, θρησκευτικές, πολιτικές, οικονομικές ή κοινωνικές διακρίσεις» (WHO, 1974). Το 1975, ο ΠΟΥ ήρθε να αποσαφηνίσει τον προσδιορισμό του όρου «υγεία» και προτείνει έναν θετικό ορισμό, ο οποίος έβαζε στο επίκεντρο τον ίδιο τον άνθρωπο. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό «υγεία είναι η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και όχι μόνο η απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας» (Russell 1975) ο οποίος αποδίδεται καλύτερα σε μορφή διαγράμματος:



Εικόνα 4 Αποτύπωση υγείας και ασθένειας (Πηγη Wilson & Glaros 1994)

Με βάση το σχήμα η υγεία έχει δύο βασικές διαστάσεις, μια θετική και μια αρνητική. και αποτυπώνει ξεκάθαρα, ότι υπάρχουν βαθμίδες υγείας και ότι είναι δυνατή η μετάβαση από τη μία βαθμίδα στην άλλη (Catford 1983).

Από τα παραπάνω καθίσταται σαφές το πόσο διαφορετική μπορεί να γίνει η θεώρηση της έννοιας της ποιότητας της ζωής για τον κάθε άνθρωπο ξεχωριστά, καθώς η έκφρασή

της διέπεται από υποκειμενικά κριτήρια και παράγοντες. Οι κυριότεροι από τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής είναι οι ακόλουθοι (Σαρρής 2001):

- Οικονομικοί παράγοντες
- Πολιτικοί παράγοντες.
- Κοινωνικοί παράγοντες.
- Πολιτισμικοί παράγοντες.
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες.
- Ατομικοί ψυχολογικοί παράγοντες.
- Δημογραφικοί παράγοντες.
- Υγειονομικοί παράγοντες.

Στη σύγχρονη εποχή, με την αφθονία αγαθών και του πλούτου, σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, υπάρχει έκδηλο το ενδιαφέρον των μελετητών για την έννοια της ποιότητας ζωής και το πώς αυτή μπορεί να επιτευχθεί, θέτοντας ως προϋπόθεση για την επίτευξη υψηλού επιπέδου ποιότητας ζωής, αποτελεί η υγεία του ατόμου, που αναγνωρίζεται ως η σημαντικότερη επιθυμητή κατάσταση ύπαρξης (Rokeach, 1973). Έτσι η υγεία αναγνωρίζεται, ως ένας από τους παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής (Σαρρής και συν 2001). Βεβαία στην προσπάθεια διαχωρισμού της γενικής τοποθέτησης, που αφορά την υγεία και για να περιοριστεί το εύρος της έννοιας ποιότητας ζωής, χρησιμοποιείται στην επιστημονική έρευνα, ο όρος «*Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής*» (Health Related Quality of Life).

Ακόμη μια πληθώρα από επιμέρους παράγοντες μπορούν να προσδώσουν επίσης ποιοτικά χαρακτηριστικά στη ζωή των ατόμων. Τέτοιοι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ενός ατόμου είναι τα εξής: (Σαρρής και συν. 2001).

- Διατροφικές συνήθειες και τρόπος ζωής
- Σωματικές αναπηρίες και χρόνια νοσήματα
- Εκπαίδευση και επιμόρφωση
- Κοινωνικοοικονομική και ανθρώπινη ανάπτυξη
- Κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών
- Άγχος για την ασθένεια ή το θάνατο
- Βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης

- Ποιότητα διαθέσιμης ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης
- Κλίμα και γεωφυσικές συνθήκες του τόπου διαμονής
- Διαταραχή η όχι της οικολογικής ισορροπίας
- Οικιστικό περιβάλλον διαβίωσης
- Προσαρμοστικότητα στις νέες συνθήκες
- Πολιτιστικές συνήθειες
- Θρησκευτικές πεποιθήσεις
- Βαθμός εμπιστοσύνης των κοινωνικών σχέσεων
- Χαρακτηριστικά κοινωνικών επαφών
- Επάγγελμα και περιβάλλον εργασίας - εργασιακό stress
- Παραγωγικές διαδικασίες και εργασιακός αποκλεισμός
- Εισόδημα και τρόπος διανομής του πλούτου

Παρά το εύρος της εννοιολογικής προσέγγισης του όρου της ποιότητας ζωής, παρατηρείται ένας διαχωρισμός μεταξύ των «αντικειμενικών» και των «υποκειμενικών» παραμέτρων. Η αντικειμενική διάσταση αναφέρεται στην ικανοποίηση του ατόμου, που αντλείται σε σχέση με τις πολιτισμικές και κοινωνικές απαιτήσεις (υλική ευημερία, κοινωνική θέση, σωματική ευεξία). Η υποκειμενική διάσταση, αναφέρεται στην αίσθηση ικανοποίησης και στην ευημερία που αντλούν τα άτομα από το περιβάλλον. Άρα, η αντικειμενική διάσταση εκφράζει το βαθμό λειτουργικότητας και τη συμπεριφορά του ατόμου και η υποκειμενική διάσταση την ευεξία του ατόμου και τη δική του αντίληψη της κατάστασής του (Νάκου 2001).

Επίσης, σύμφωνα με τον Eurofound, η ποιότητα ζωής είναι μια έννοια που σχετίζεται με την οικονομική ευημερία σε κοινωνικό πλαίσιο και η οποία έχει 6 κύρια πεδία μελέτης:

- Απασχόληση και εργασία
- Συνολικό ατομικό εισόδημα
- Οικογενειακή ζωή και οικογένεια
- Κοινωνική Ζωή
- Ιατρική περίθαλψη και ασφάλιση υγείας
- Εκπαίδευση και γνώση (Rova, 2009).

## 5.5. Σχέση εργασίας και υγείας

Η σχέση εργασίας με την υγεία, μελετήθηκε αρχικά από τον Ιπποκράτη, που περιγράφει ειδικές παθολογικές καταστάσεις, σε εργαζόμενους σε ορυχεία, από επιδράσεις του μολύβδου, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται περιστατικά τοξίκωσης. Αργότερα, στις αρχές του 18ου αιώνα, ο ιταλός τοξικολόγος Bernardino Ramazzini (1633-1741) έθεσε τις βάσεις της σύγχρονης βιομηχανικής τοξικολογίας, ενώ ο Άγγλος γιατρός Percival Pott (1714-1788) περιέγραψε για πρώτη φορά περιστατικά επαγγελματικού καρκίνου στα τέλη του 18ου αιώνα. Επιπροσθέτως η επίδραση του επαγγέλματος στη θνησιμότητα, μελετήθηκε για πρώτη φορά στην Αγγλία το 1841, από τον William Farr, ο οποίος κατέγραψε αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας στους εργάτες ορυχείων. Σήμερα, παρά την εξάλειψη των «πρωτόγονων» συνθηκών εργασίας των περασμένων αιώνων, στις αναπτυγμένες χώρες, η εργασία συνεχίζει να επιδρά ποικιλοτρόπως στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού (Τούντας 2007).

Είναι κοινά αποδεκτό ότι η εργασία επηρεάζει την υγεία άμεσα και έμμεσα. Στις άμεσες επιδράσεις, η εργασία μπορεί να έχει είτε ήπιες και άτυπες επιδράσεις στην υγεία, προκαλώντας ποικίλα συμπτώματα, επηρεάζοντας το γενικότερο αίσθημα ευεξίας, είτε σοβαρές βλαπτικές επιδράσεις, που αφορούν συγκεκριμένη παθολογική οντότητα, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών νόσων. Σε άλλες περιπτώσεις, η εργασία εμφανίζεται ως παράγοντας που επιβαρύνει τη φυσιολογία του ατόμου, ή επιδεινώνει υπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις. Εκτιμάται ότι ένα ποσοστό μεταξύ 40 και 50% του παγκόσμιου πληθυσμού εκτίθεται σήμερα, σε επαγγελματικούς κινδύνους (International Labour Organization. 2011). Με τις έμμεσες επιδράσεις, η εργασία επηρεάζει την υγεία, διαμορφώνοντας σε μεγάλο βαθμό το εισόδημα και όσο πιο υψηλό είναι το εισόδημα, τόσο καλύτερη είναι η υγεία. Άλλωστε η πρόληψη είναι προνόμιο των εχόντων, ενώ οι φτωχοί διατηρούν τα πρωτεία στην κατανάλωση φάρμακων, αφού αδυνατούν να πληρώσουν εξειδικευμένο γιατρό και καλού επιπέδου παροχή φροντίδας υγείας (Σουλιώτης, 2006). Τα άτομα με χαμηλό ή μηδενικό εισόδημα, όχι μόνο δεν κάνουν χρήση των προληπτικών υπηρεσιών υγείας, αλλά καταφεύγουν στα νοσοκομεία όταν η κατάστασή τους είναι ήδη επιβαρημένη, παρουσιάζοντας τα υψηλότερα ποσοστά ημερών νοσηλείας σε νοσοκομεία και θανάτων εντός νοσοκομείου (Χρυσάκης 2005).

Επίσης ελλιπή χρήση των υπηρεσιών υγείας κάνουν πληθυσμιακές ομάδες, που αντιμετωπίζουν υψηλό κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού, όπως οι μετανάστες, τα άτομα με αναπηρία, οι χρόνια πάσχοντες. Στα άτομα η κακή υγεία, επιδρά αρνητικά στο εισόδημα και στην ικανότητα προς εργασία, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, που συντηρεί και αναπαράγει τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Κατά τους δύο τελευταίους αιώνες, η παραγωγική διαδικασία παρουσίασε τεράστια ανάπτυξη, κάτω από την επίδραση των τεχνολογικών επιτευγμάτων και της επιστήμης, μεταβάλλοντας ταχύτητα τόσο το σύνολο των μεθόδων παραγωγής και οργάνωσης της εργασίας όσο και τις εργασιακές σχέσεις, οδηγώντας στη διαμόρφωση ενός εξαιρετικά σύνθετου και πολύπλοκου εργασιακού περιβάλλοντος.

Κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα, οι εργαζόμενοι στον τομέα παροχής υπηρεσιών αυξήθηκαν αλματωδώς καθώς επίσης, μεγάλωσε εντυπωσιακά ο αριθμός των εργαζόμενων γυναικών (International Labour Organization. 2011), γεγονός τα οποία ανέδειξαν ένα καινούργιο φάσμα κινδύνων για την υγεία.

Το περιεχόμενο της εργασίας αλλάζει με την εκβιομηχάνιση της παραγωγής και στη θέση των εξειδικευμένων χειρωνακτών, έχουμε ειδικές μηχανές και ανειδίκευτους εργάτες. Η σύγχρονη βιομηχανία υιοθετεί αρχές επιστημονικής οργάνωσης της εργασίας του Taylor (scientific management), επιδιώκοντας την αύξηση της παραγωγικότητας κι τελικό στόχο την αύξηση των κερδών. Όμως η διαδικασία αυτή αυξάνει την πιθανότητα ατυχημάτων, ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων, εργασιακές συγκρούσεις, ενώ ακολουθεί το φαινόμενο του απουσιασμού, όπου όλο και περισσότεροι εργαζόμενοι απουσιάζουν από την εργασία τους (Βελονάκης, 1990). Επιπροσθέτως η χρήση της τεχνολογίας επιτείνει τον κατακερματισμό και την αυτοματοποίηση της εργασίας, που γίνεται μονότονη και πιο απαιτητική (International Labour Organization, 2011).

## 5.6. Εργασιακοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία

Στο σύγχρονο εργασιακό περιβάλλον ένα πλήθος ποικίλων παραγόντων σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με την υγεία των εργαζομένων και προσδιορίζονται σε χημικούς, φυσικούς, βιολογικούς, αλλά και εργονομικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς.

### 5.6.1 Χημικοί παράγοντες

Οι χημικές ουσίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόοδο και την ευημερία του ανθρώπινου είδους στη σύγχρονη κοινωνία. Η παγκόσμια παραγωγή χημικών ουσιών έχει αυξηθεί από 1 εκατομμύριο τόνους το 1930, σε 400 εκατομμύρια τόνους τα τελευταία χρόνια για να εξυπηρετήσει τις σύγχρονες ανάγκες του ανθρώπου (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Γενική Διεύθυνση Συνθηκών και Υγιεινής της εργασίας. 2003). Η αύξηση αυτή της παραγωγή χημικών ουσιών, σε ποσότητα αλλά και σε ποιότητα, αύξησε με γεωμετρική πρόοδο την εμφάνιση προβλημάτων υγείας των εργαζομένων, που εκτίθενται σε αυτές. Αυτό συμβαίνει γιατί, οι επικίνδυνες χημικές ουσίες υπάρχουν στους περισσότερους χώρους εργασίας, ακόμη και εκτός χημικής βιομηχανίας. Παραδείγματα αποτελούν ο αμιάντος στα κτίρια, τα καυσαέρια, οι διαλύτες στη μεταλλουργική βιομηχανία, και τα παρασιτοκτόνο στο γεωργικό τομέα, που απειλούν την ανθρώπινη υγεία (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2003). Λόγω της τεράστιας έκτασης του προβλήματος, είναι δύσκολο να βρεθούν στατιστικές για τις επικίνδυνες χημικές ουσίες και τι μπορούν να προκαλέσουν στους ζώντες οργανισμούς (Θεοδοσίου και Ρήγας. 2003). Όμως είναι γνωστό, ότι περίπου 32 εκατομμύρια εργαζόμενοι στην Ευρωπαϊκή Ένωση, εκτίθενται σε καρκινογόνους παράγοντες ετησίως. Σε έρευνα αναφέρεται ότι ποσοστό 22% εργαζομένων, αναφέρει ότι εισπνέει ατμούς, καπνό και ποσοστό 16% των ερωτηθέντων αναφέρει ότι χειρίζεται επικίνδυνες ουσίες, σκόνες τουλάχιστον κατά το ένα τέταρτο του συνολικού χρόνου εργασίας τους (European Agency for Safety and Health at Work. 2009). Στην ίδια έρευνα έχουν προσδιοριστεί περίπου 100.000 χημικές ουσίες, 50 φυσικοί παράγοντες, 200 βιολογικοί παράγοντες και 20 αντενδεικνυόμενες εργονομικές συνθήκες εργασίας, καθώς και σημαντικός αριθμός φυσικών επιβαρύνσεων, που συνδέονται με ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα (European Agency for Safety and Health at Work, 2009).



### **5.6.2 Φυσικοί και βιολογικοί παράγοντες**

Οι φυσικοί παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος που πιθανό να επιδρούν βλαπτικά στην υγεία των ανθρώπων, είναι οι ακτινοβολίες (υπεριώδης και ιονίζουσα ακτινοβολία), ο θόρυβος, το μικροκλίμα που επικρατεί στους χώρους εργασίας, ο φωτισμός, ο εξαερισμός, κ.ά. Επίσης οι βιολογικοί παράγοντες που επιβαρύνουν την υγεία των εργαζομένων, περιλαμβάνουν διάφορους μικροοργανισμούς (βακτηρίδια, ιούς, μύκητες), οι οποίοι βρίσκονται στο εργασιακό περιβάλλον και μπορούν να προκαλέσουν ένα ευρύ φάσμα νοσημάτων.

### **5.6.3. Ψυχοκοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες**

Τέλος, οι ψυχοκοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες θεωρούνται σημαντικές πηγές προβλημάτων, τόσο για τη σωματική, όσο και για την ψυχική υγεία των εργαζομένων και αφορούν τις εργασιακές σχέσεις, την κοινωνική αξιολόγηση της εργασίας, το ρυθμό της εργασίας, την υπερωριακή απασχόληση κ.ά.. Η συνεχής μεταβολή της οργάνωσης της παραγωγής και των εργασιακών σχέσεων, υπό το βάρος της παγκοσμιοποίησης και των νεοφιλελευθέρων οικονομικών πολιτικών, οδηγεί σε διαρκή μεταβολή και εμπλουτισμό του εργασιακού περιβάλλοντος, με νέα δεδομένα, για τα οποία δεν είναι ακόμη εξακριβωμένη η συνολική τους επίδραση στην υγεία. Εκτιμάται ότι για τους περισσότερους εργαζόμενους και κυρίως για τους εργαζόμενους γραφείου, η κοινωνική οργάνωση του σύγχρονου εργασιακού περιβάλλοντος, αποτελεί τον πιο ισχυρό παράγοντα ψυχοσωματικής επίδρασης. Η νέα οικονομική οργάνωση, που βασίζεται στην εξατομικευμένη τεχνολογία της πληροφορίας, τεμαχίζει την εργασία και διαιρεί την κοινωνία και επίσης ο περιορισμένος έλεγχος της εργασίας από την πλευρά των εργαζομένων, η μειωμένη κοινωνική υποστήριξη από τους διευθυντές, τους προϊσταμένους και τους συναδέλφους και η εντατικοποίηση της παραγωγής, συνιστούν σοβαρές απειλές για την υγεία και οδηγούν σε εργασιακό στρες και επαγγελματική εξουθένωση.

## 5.7 Επιπτώσεις της εργασίας στην υγεία των εργαζομένων

Οι επιπτώσεις της εργασίας στην υγεία των εργαζομένων αφορούν, κυρίως, δύο μεγάλες κατηγορίες προβλημάτων.

- Τα εργατικά ατυχήματα
- Τα επαγγελματικά νοσήματα

Οι εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization, 2011) και του Διεθνούς Οργανισμού Εργασίας (International Labour Organization, 2011), αναφέρουν ότι ετησίως καταγράφονται πάνω από δυο εκατομμύρια θάνατοι εργαζόμενων, που οφείλονται σε εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές νόσους, με αυξητική τάση στο μέγεθος αυτό, λόγω της ταχείας βιομηχανοποίησης αναπτυσσόμενων χωρών και των μειωμένων μέτρων ασφάλειας που λαμβάνονται. Επιπρόσθετα καταγράφηκαν περίπου 268 εκατομμύρια εργατικά ατυχήματα, χωρίς θάνατο, που είχαν ως αποτέλεσμα τουλάχιστον τριήμερη αποχή από την εργασία, καθώς και 160 εκατομμύρια εργαζόμενων που νόσησαν με νέες ασθένειες που σχετίζονται με την εργασία. Επίσης ο Διεθνής Οργανισμός Εργασίας εκτιμά, ότι τα εργατικά ατυχήματα και οι ασθένειες που προκύπτουν από αυτά, ευθύνονται για την απώλεια περίπου 4% του παγκόσμιου ακαθάριστου εθνικού προϊόντος λόγω καταβολής νοσηλίων, αποζημιώσεων και απουσίας από την εργασία. Στις χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κάθε χρόνο καταγράφονται σχεδόν 10 εκατομμύρια περιπτώσεις εργατικών ατυχημάτων, σε σύνολο περίπου 120 εκατ. εργαζομένων (International Labour Organization, 2011).

Σημαντικές είναι επίσης και οι άμεσες ή έμμεσες οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις των επαγγελματικών παθήσεων και των εργατικών ατυχημάτων. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το άμεσο κόστος των επαγγελματικών ατυχημάτων και παθήσεων (δαπάνες περίθαλψης, επιδόματα, αποζημιώσεις, πρόωρες συντάξεις) υπολογίζεται ότι ξεπερνά τα 30 δισ. δολάρια το χρόνο, ενώ το έμμεσο κόστος από χαμένες ώρες εργασίας, διοικητικές δαπάνες, ζημιές στον εξοπλισμό, καθώς και από τα ψυχολογικά προβλήματα του εργαζόμενου και του περιβάλλοντός του, είναι σημαντικά μεγαλύτερο, αλλά και πολύ δύσκολο να υπολογιστεί με οικονομικά κριτήρια (Τούντας, 2007).

## 5.8. Η ποιότητα της εργασιακής και προσωπικής ζωής

Η εργασία αποτελεί ένα από τα ύψιστα αγαθά στη ζωή του ανθρώπου, καθώς και συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα κατά το οποίο το κράτος έχει υποχρέωση απέναντι στους πολίτες του, να εξασφαλίζει, να προστατεύει και να διαφυλάττει το δικαίωμά στην εργασία, ενώ παράλληλα υποχρεούται να παρέχει ασφάλεια στον εργασιακό χώρο, πράγμα που, δυστυχώς, σήμερα δε συμβαίνει σε μεγάλο βαθμό. Η φύση της εργασίας, οι συνθήκες κάτω από τις οποίες εκτελείται, η ασφάλεια που παρέχει και η εξασφάλιση πόρων μέσω αυτής, προσδιορίζουν το βιολογικό και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο διαβίωσης και τελικά, το επίπεδο υγείας και ευημερίας του ανθρώπου (Ρίζος 2011).

Επιπλέον, ο νέος παγκόσμιος οικονομικός ανταγωνισμός, μεταμόρφωσε το εργασιακό περιβάλλον και απαιτεί πλέον αφοσιωμένους εργαζόμενους, σε μια εποχή όπου η εργασιακή αφοσίωση αναμφισβήτητα περνάει κρίση, αφού οι εργαζόμενοι χάνουν την εμπιστοσύνη τους σε οργανισμούς, που μειώνουν συνεχώς τον αριθμό των υπαλλήλων τους. Συγχρόνως όλο και περισσότερα επαγγέλματα, όπως αυτά της υγείας, είναι αρκετά κουραστικά, που επιβαρύνουν την υγεία του εργαζόμενου και οδηγεί στην εξασθένηση του ανθρώπινου οργανισμού, ο οποίος γίνεται επιρρεπής στις ασθένειες, με τελικό αποτέλεσμα την υποβάθμιση της προσωπικής ζωής του ατόμου (Ρίζος, 2011).

Από την άλλη, κυριαρχεί η άποψη ότι κάθε φορά που ο εργαζόμενος απασχολείται με κάποιο προσωπικό ζήτημα, ακόμα και υγείας, μειώνεται η εργασιακή του απόδοση και ο οργανισμός ζημιώνεται. Έτσι τα ζητήματα εργασιακής και προσωπικής ζωής, παραπέμπονται στο τμήμα ανθρωπίνων πόρων κάθε οργανισμού, όπου τα προβλήματα αντιμετωπίζονται συνήθως μέσω προγραμμάτων ευέλικτων ωραρίων, εργασίας από το σπίτι, ψυχολογικής υποστήριξης κ.λ.π. Τέτοια όμως προγράμματα βοηθούν ένα μικρό αριθμό υπαλλήλων, να βρει αρμονία ανάμεσα στην εργασιακή ζωή και στην υγεία του, καθώς δεν επηρεάζουν τη νοοτροπία της εταιρείας ούτε αλλάζουν ριζικά τις αντιλήψεις όσων διευθύνουν μια επιχείρηση. Τα τελευταία ωστόσο χρόνια έχει παρατηρηθεί, ότι ένας μικρός αλλά συνεχώς αυξανόμενος αριθμός διευθυντών, προσεγγίζουν το ζήτημα «εργασία και προσωπική ζωή» ως μη αντιμαχόμενες έννοιες, αλλά ως συμπληρωματικές προτεραιότητες, υιοθετώντας μια φιλοσοφία αμοιβαίου κέρδους, που όπως φαίνεται από

διάφορες έρευνες, ο νέος τρόπος προσέγγισης αποδίδει οφέλη, τόσο στους οργανισμούς, όσο και στους εργαζόμενους, οι οποίοι αρχίζουν να διεκδικούν την Ποιότητα στην προσωπική και την εργασιακή τους ζωή (Friedman, 1991).

Έρευνες αποδεικνύουν ότι ένας ευτυχισμένος εργαζόμενος, είναι πολύ παραγωγικός και διακρίνεται από πίστη και αφοσίωση (Greenhaus et al., 1987). Έχει αποδειχθεί ότι η ποιότητα της εργασιακής ζωής, μπορεί να έχει σημαντική επιρροή στη συμπεριφορά των εργαζομένων, όπως είναι η εργασιακή ικανοποίηση, η συμμετοχή, η προσπάθεια που καταβάλλεται και η πρόθεση εγκατάλειψής της εργασίας και αναζήτησης μίας άλλης και η προσωπική αποξένωση απομακρύνονται. Σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι η υγεία και η ευημερία των εργαζομένων μπορεί να προκαλέσει συνέπειες στον εργασιακό χώρο, όπως την εμφάνιση απουσιών, τη μειωμένη παραγωγικότητα και απόδοση, τη μειωμένη ποιότητα υπηρεσιών και προϊόντων, την υψηλή αποζημίωση, τη δαπανηρή ασφάλιση υγείας και άμεσα ιατρικά έξοδα (Danna, K et.al 1999).

Υποστηρίζεται ότι η ποιότητα της ζωής των εργαζομένων, επηρεάζει σημαντικά την εργασιακή τους απόδοση και το βαθμό αφοσίωσης στους οργανισμούς όπου απασχολούνται, συμπεριλαμβανομένων και των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης (Gifford et al. 2002). Έτσι η υψηλή ποιότητα εργασιακής ζωής οδηγεί σε προσέλκυση νέων εργαζομένων και διατηρεί το υπάρχον εργατικό δυναμικό, γι' αυτό και οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης αναζητούν τρόπους αύξησης της ποιότητας εργασιακής ζωής, ώστε να επιτύχουν την πρόσληψη, στελέχωση και διατήρηση ικανών ατόμων (Lees et al. 2005, Καλαϊτζίδου 2013).

Υπό το πρίσμα αυτό, όλο και περισσότερο στις μέρες μας γίνεται λόγος για ποιότητα στην εργασιακή ζωή, που αποτελεί προϋπόθεση για ποιότητα στην προσωπική ζωή, που δεν βασίζεται σε μια συγκεκριμένη θεωρία, ούτε απαιτεί μία συγκεκριμένη τεχνική για εφαρμογή, αλλά πρωταρχικός σκοπός είναι η αλλαγή κλίματος, ώστε με τη συμβολή του ανθρώπου, της τεχνολογίας και του οργανισμού, να υπάρξει μια αρμονική εργασιακή ζωή (Luthans 1995, Ρίζος 2011).

### 6.1 Εισαγωγή

Στην προσπάθεια να περιοριστεί το εύρος της έννοιας «Ποιότητα Ζωής», ώστε να είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί στην επιστημονική έρευνα, όλοι οι μελετητές επικεντρώνονται στον τομέα της υγείας, δηλαδή αναφέρονται στη συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (health related quality of life). Ως συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής γενικά αναγνωρίζεται *«η απάντηση του ατόμου στην επίδραση που έχει η νόσος πάνω στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του, απάντηση η οποία επηρεάζει το βαθμό στον οποίο μπορεί το άτομο να νιώθει ικανοποίηση με τις συνθήκες της ζωής του»* (Υφαντόπουλος και συν. 2001).

Γενικά θεωρείται ότι η ποιότητα ζωής είναι έννοια που περιλαμβάνει τρεις κύριες διαστάσεις:

1. Τη σωματική διάσταση: Περιλαμβάνει την προσωπική εκτίμηση της δυσκολίας των καθημερινών δραστηριοτήτων, την αντίληψη του εαυτού ως υγιούς ή ασθενούς, την ικανοποίηση με την υγεία.
2. Τη συναισθηματική διάσταση: Περιλαμβάνει την ευτυχία, τον αυτοσεβασμό, την ικανοποίηση από τη ζωή.
3. Την κοινωνική διάσταση: Περιλαμβάνει την οικογενειακή, την κοινωνική και την επαγγελματική προσαρμογή του ατόμου.

Από τις μέχρι σήμερα μελέτες αποδεικνύεται ότι νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό, είναι από τα πιο επιβαρυνόμενες επαγγελματικές ομάδες στο χώρο της υγείας. Αυτό συμβαίνει κυρίως λόγω των ιδιαιτεροτήτων της εργασίας τους, δηλαδή πολλές ώρες εργασίας, πολύωρη ορθοστασία, κυκλική βάρδια, που καταπονούν το σώμα, με αποτέλεσμα την κόπωση και την εξάντληση. Η εργασία που εκ των πραγμάτων καλούνται να εκτελέσουν οι Νοσηλευτές, αλλά και όλο το παραϊατρικό προσωπικό, έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται με ποικίλα προβλήματα, που επηρεάζουν τη σωματική και

πνευματική υγεία του ανθρώπου, λόγω οργανικών διαταραχών, εξ αιτίας της νυχτερινής εργασίας και της περιορισμένης ή ανύπαρκτης ξεκούρασης του οργανισμού (Barrau-Baumstarck et al., 2009).

## 6.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των επαγγελματιών υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας ασκούν ένα δύσκολο και απαιτητικό λειτούργημα με αρκετές ιδιαιτερότητες. Αρχικά παρέχουν υγειονομική φροντίδα σε νοσηλευόμενους ασθενείς σε 24ωρη βάση, με κυλιόμενα ωράρια, και βάρδιες, με αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι αυτοί να παρουσιάζουν διαταραχές του βιορυθμού, που μπορεί μακροπρόθεσμα να επηρεάσει την υγεία τους. Επίσης η μεγάλη έλλειψη υγειονομικού προσωπικού στα νοσοκομεία με μικρή αναλογία νοσηλευτών-ασθενών, συνεπάγεται αυξημένο φόρτο εργασίας, με αποτέλεσμα αυξημένο εργασιακό στρες και επαγγελματική εξουθένωση, αλλά και αυξημένη επίπτωση σε μυοσκελετικές παθήσεις.

Επιπλέον, εργάζονται σε ιδιαίτερα ανθυγιεινό περιβάλλον, σε χώρους με αυξημένο μικροβιακό φορτίο και μεγάλη πιθανότητα επαφής με μολυσματικούς παράγοντες και άμεσο κίνδυνο νόσησης. Επομένως πολλοί φυσικοί και χημικοί παράγοντες στον εργασιακό χώρο, μπορεί να τους επηρεάσουν ψυχικά και σωματικά.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των επαγγελματιών υγείας και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής τους, όπως έχει μελετηθεί από τη διεθνή και την Ελληνική βιβλιογραφία.

### 6.2.1. Έκθεση σε χημικούς παράγοντες

Οι χημικοί παράγοντες που απασχολούν περισσότερο τους επαγγελματίες υγείας και έρχονται σε συχνή επαφή, είναι τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα (Σουρτζή και συν 2004), τα αναισθητικά αέρια (Heavner 2003), οι παράγοντες αποστείρωσης όπως το οξείδιο του αιθυλενίου και οι αλδεΐδες (Rideout et al., 2005), το latex (Agarwal et al. 2002) και τα υλικά καθαρισμού (Vecchio et al. 2003).

Διάφορες εργασίες αναφέρονται στους χημικούς παράγοντες στους οποίους εκτίθενται οι επαγγελματίες υγείας στο εργασιακό περιβάλλον. Οι έρευνες αυτές υποστηρίζουν ότι, η συχνή επαφή των υγειονομικών υπαλλήλων με νοσοκομειακές χημικές ουσίες καθημερινής χρήσης, αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του στήθους στις γυναίκες (Snedeker 2006). Άλλες μελέτες αναφέρουν ότι τα περισσότερα χημικά μπορούν να επιδρούν στην ελάττωση της αναπαραγωγικής ικανότητας ανδρών και γυναικών και οι ερευνητές προτείνουν, την μείωση του χρόνου έκθεσης του προσωπικού σε αποδεδειγμένα καρκινογόνους χημικούς παράγοντες (Chalupka et al. 2010). Βέβαια για τα περισσότερα χημικά, δεν έχουν γίνει έρευνες για την επίδραση τους στην υγεία των εργαζόμενων. Επομένως αγνοώντας τις ακριβείς επιδράσεις τους, δεν μπορεί να τεθεί και ένα προστατευτικό νομικό πλαίσιο των εργαζόμενων (Beitler 2010).

Επίσης μελετηθήκαν πιθανοί αλλεργιογόνοι παράγοντες και παράγοντες ερεθισμού σε επαγγελματίες υγείας και βρεθήκαν ότι κύριες αιτίες ερεθισμού και αλλεργιών αποτελούν τα χημικά, τα παράγωγα αίματος, τα φαγητά τα διάφορα αντικείμενα, οι αερομεταδιδόμενες ασθένειες, η ποιότητα αέρα και τα γάντια latex (Alamgir et al. 2008)

Βέβαια πρέπει να επισημανθεί, το έλλειμμα γνώσης, σε σχέση με την επαγγελματική έκθεση σε επικίνδυνα για την υγεία φάρμακα, επομένως είναι αναγκαία η καταγραφή επιβλαβών χημικών ουσιών, καθώς και η χρήση ειδικού και ανθεκτικού εξοπλισμού για να αποφευχθούν οι δυσάρεστες συνέπειες (Massoomi et al. 2008). Άλλωστε στα νοσοκομεία που απουσιάζουν πρωτόκολλα ασφαλείας και διαδικασίες κατά ISO 9001, αυξήθηκαν τα περιστατικά καρκινογένεσης, αναιμιών, διαταραχών γλυκόζης αίματος και δυσλειτουργίες θυρεοειδούς, συμπεραίνοντας ότι το επίπεδο υγιεινής και ασφάλειας, αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την προάσπιση και προαγωγή της υγείας των υγειονομικών υπαλλήλων, που χειρίζονται επικίνδυνες χημικές ουσίες. Επομένως είναι αναγκαία η άμεση εφαρμογή πρωτοκόλλων ασφαλείας και η ενδεδειγμένη εκπαίδευση του προσωπικού, ώστε να επιτευχτεί η προστασία της υγείας του (Tompra et al. 2006). Βέβαια, το ενδιαφέρον για τις επιπτώσεις στην υγεία των υγειονομικών σε χημικούς παράγοντες, έχει ξεκινήσει αρκετές δεκαετίες πριν, εξαιτίας των ανησυχητικών ευρημάτων, λαμβάνοντας νομοθετικά μέτρα και θεσπίζοντας αυστηρούς κανονισμούς (Π.Δ. 338/2001). Παρόλα αυτά το ζήτημα εξακολουθεί να υπάρχει, αφού σύμφωνα με τα ευρήματα μίας μελέτης εκτίμησης της επικινδυνότητας, σε ελληνικά νοσοκομεία, οι χημικοί παράγοντες εξακολουθούν να απασχολούν το προσωπικό (Τζιαφέρη, 2006) και

επομένως πρέπει να συνεχιστεί η μελέτη των επιπτώσεων, ώστε να διασφαλιστεί η μείωση των επιπτώσεών τους, στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό.

### **6.2.2. Έκθεση σε φυσικούς παράγοντες**

Πολύ σημαντικοί στην πρόκληση οργανικών βλαβών είναι και οι φυσικοί παράγοντες στο χώρο της υγείας. Η έκθεση σε ακτινοβολία είναι ένας σοβαρός κίνδυνος στα ακτινοδιαγνωστικά και ακτινοθεραπευτικά τμήματα, καθώς η δημιουργία κυτταρικών μεταλλάξεων είναι αποδεδειγμένη. Γι' αυτό και έχουν υιοθετηθεί αυστηροί κανόνες ασφαλείας.

Σε μελέτες αναφέρονται οι κίνδυνοι έκθεσης σε ακτινοβολία, κατά τη χρήση της φλουοροσκοπίας (fluoroscopy), που αποτελεί μια διαγνωστική μέθοδο, που εκθέτει σε ακτινοβολία γιατρούς, νοσηλευτές και ασθενείς. Κατά την παρουσίαση της χρήσιμης αυτής διαγνωστικής μεθόδου, υπογραμμίζεται η σημασία να τονιστούν τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν, για μεγαλύτερη προστασία από την ακτινοβολία (Fink 2009). Βέβαια σε άλλες έρευνες αναφέρεται ότι η διαγνωστική ακτινολογία και η ακτινοθεραπεία, αποτελεί πολύτιμο εργαλείο στη μάχη κατά του καρκίνου, αλλά εξαιτίας των κινδύνων που ελλοχεύουν, ο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που συμμετέχει σε τέτοιες θεραπευτικές διαδικασίες, πρέπει να γνωρίζει άριστα τα θέματα ασφαλείας και να τα εφαρμόζει με ευλάβεια (Hart 2006).

Επίσης οι Jefferies et al. (1993) διερεύνησαν την αντίληψη ασθενών και νοσηλευτών για τον κίνδυνο έκθεσης σε ακτινοβολία από ραδιενεργό κοβάλτιο, βρέθηκε ότι η δόση ραδιενέργειας που έλαβαν οι συμμετέχοντες ήταν πολύ κάτω από τα όρια έκθεσης, αν και η αντίληψη ήταν ότι η ακτινοβολία ήταν ιδιαίτερα υψηλή (Jefferies et al. 1993). Όμως όταν η Richardson (2010) μελέτησε την έκθεση σε ακτινοβολία επαγγελματιών υγείας, βρήκε ότι οι επαγγελματίες υγείας, αλλά και οι ασθενείς, συχνά λαμβάνουν μεγαλύτερες ποσότητες ακτινοβολίας, από τις επιτρεπόμενες, κατά τη διάρκεια διαγνωστικών εξετάσεων και πρότεινε την άμεση αναθεώρηση των πρωτοκόλλων ασφαλείας και την προσεκτική καταγραφή των επιπέδων έκθεσης των εργαζομένων (Richardson L. 2010).



Ένας άλλος φυσικός παράγων επιβλαβής για την υγεία του υγειονομικού προσωπικού είναι ο θόρυβος, όπου σε μελέτη ερευνήθηκαν τα επίπεδα θορύβου σε μονάδα εντατικής θεραπείας, με πεντάλεπτες καταγραφές θορύβου για τρεις συνεχόμενες μέρες και βρέθηκε ότι η μέγιστη τιμή θορύβου ήταν 80 dB και ελάχιστη 50 dB, η μέση τιμή ήταν 56,42 dB με την πρωινή βάρδια να έχει περισσότερο θόρυβο από την απογευματινή και τη βραδινή βάρδια. Σύμφωνα με τα μέχρι τώρα δεδομένα για τις επιπτώσεις του θορύβου, οι τιμές που καταγράφηκαν αποτελούν κίνδυνο για την ψυχοσωματική υγεία των εργαζομένων όχι όμως για το όργανο της ακοής. Επομένως σωστά επισημάνθηκε, ότι τα επίπεδα θορύβου ήταν υψηλά και αυτό μπορεί να επηρεάζει μακροπρόθεσμα την ψυχοσωματική υγεία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών (Christensen 2007). Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε και η μελέτη των Ryherd et al. (2008) που κατέγραψαν την ηχορύπανση σε νευρολογική ΜΕΘ.

Επίσης σε πιλοτική μελέτη, σχετικά με τα επίπεδα θορύβου σε μονάδες εντατικής θεραπείας στην Αυστραλία, όπου καταγράφηκαν τα ενοχλητικά επίπεδα θορύβου των μηχανημάτων, βρέθηκαν ότι τα επίπεδα θορύβου ξεπερνούσαν τα προτεινόμενα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας όρια (μέση τιμή θορύβου 56,22 +/- 2,46 db), κάτι που προκαλεί διαταραχές ύπνου (Elliott et al. 2010). Άλλη μελέτη αποδεικνύει ότι ο θόρυβος αποτελεί ένα περιβαλλοντικό στρεσογόνο παράγοντα, που έχει ψυχοσωματικές επιδράσεις. Το σώμα αντιδρά στο θόρυβο με τον ίδιο τρόπο που αντιδρά στο άγχος και έχει αθροιστική επίδραση στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι με την πάροδο του χρόνου μπορεί να αντιμετωπίσουν προβλήματα υγείας (Choiniere 2010).

Στη χώρα μας μετρήθηκε ο θόρυβος που δημιουργείται στα χειρουργεία νοσοκομείων, με σκοπό να διαπιστωθεί το μέγεθος της ηχορύπανσης και η προέλευσή της. Στην έρευνα συμμετείχαν εννέα δημόσια νοσοκομεία με συνολικά 43 χειρουργικά τραπέζια στα όποια μετρήθηκε το επίπεδο θορύβου κατά τη διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης και καταγράφηκαν τιμές θορύβου που άγγιζαν τα 84.7 dB. Οι άνθρωποι, τα εργαλεία, τα μηχανήματα και η κτιριακή υποδομή οι ήταν οι κύριες αιτίες της ηχορύπανσης, ενώ οι τιμές που καταγράφηκαν ήταν ιδιαίτερα υψηλές, ειδικά για χώρους όπου απαιτείται υψηλή συγκέντρωση και προσοχή. Παρ' όλα αυτά τα επίπεδα βρίσκονται κάτω από τα όρια (85dB) που θεωρούνται βλαπτικά για το όργανο της ακοής (Tsiou et al. 2008).

### 6.2.3. Έκθεση σε βιολογικούς παράγοντες

Οι βιολογικοί παράγοντες κινδύνου, είναι γνωστό ότι αποτελούν μέρος της καθημερινής ρουτίνας των επαγγελματιών υγείας, αφού το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό υπάγεται στις ομάδες υψηλού κινδύνου, λόγω της καθημερινής έκθεσης σε παράγωγα του ανθρώπινου σώματος, τα όποια συνεπικουρούμενα από τον κίνδυνο τραυματισμού από μολυσμένα αιχμηρά αντικείμενα, έρχεται σε άμεση επαφή με μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως ηπατίτιδες Β και C και ιό του AIDS (Vecchio et al. 2003).

Σε μια αναδρομική μελέτη, με σκοπό τον προσδιορισμό της συχνότητας και του τύπου των βιολογικών παραγόντων κινδύνου, εκτιμήθηκαν παράλληλα τα προστατευτικά μέτρα που λαμβάνονται, καθώς και μετρά ανοσοπροφύλαξης σε επαγγελματίες υγείας χειρουργικών τμημάτων. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα χειρουργικά τμήματα του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Kaunas στην Λιθουανία, με την μέθοδο ανώνυμων ερωτηματολογίων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι περισσότερο από το μισό ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (51.4%), είχε τραυματιστεί από μολυσμένα βιολογικά υλικά, ποσοστό 62,1% των νοσηλευτών εκτέθηκαν άμεσα σε βιολογικά υγρά και ποσοστό 39,6% εκτέθηκαν και τραυματίστηκαν με βιολογικά υγρά. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο τραυματισμός ήταν στα χέρια και επίσης σε ποσοστό 63% υπήρξε έκθεση υγιούς δέρματος σε βιολογικά υγρά και σε ποσοστό 20% ματιών σε βιολογικά υγρά. Το 35,1% των επαγγελματιών υγείας τραυματίστηκε κατά τη διάρκεια καθαρισμού και προετοιμασίας των εργαλείων και το 72,3% από τρύπημα βελόνας και το σημαντικότερο, η πλειοψηφία των ερωτώμενων δεν ήταν εμβολιασμένοι για ηπατίτιδα (Gailiene et al. 2009)

Ακόμη, σε άλλη μελέτη έγινε προσπάθεια να ανιχνευθεί, αν τα επαγγελματικά ατυχήματα με βιολογικά υγρά, έχουν σχέση με το αυξημένο εργασιακό άγχος των νοσηλευτών. Έτσι μελέτησαν 99 νοσηλευτές που είχαν ατύχημα με μολυσμένο βιολογικό υγρό, όμως δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση άγχους και επαγγελματικών ατυχημάτων αυτού του είδους (Dalarosa et al. 2009).

Η χρήση γαντιών και μασκών αποτελεί ασφαλές μέσο προστασίας από ασθένειες που μεταδίδονται αερογενώς ή με την επαφή, ενώ για ιογενείς παθήσεις όπως η ηπατίτιδα Β. θα πρέπει να υπάρχει εμβολιαστική κάλυψη.

#### 6.2.4. Υγειονομικοί παράγοντες

Επιδημιολογικές και εργαστηριακές μελέτες έχουν αποδείξει, ότι οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία εκτίθενται σε πολλούς υγειονομικούς παράγοντες, που συμβάλλουν ή προκαλούν την εμφάνιση μυοσκελετικών νοσημάτων, αποτελώντας σήμερα ένα από τα πλέον συνήθη προβλήματα υγείας σχετιζόμενα με την εργασία (Lagerstrom et al. 1999).

Ερευνητές που μελέτησαν τα μυοσκελετικά προβλήματα, που αντιμετωπίζουν νοσηλευτές μεγάλης ηλικίας σε νοσοκομεία, με κυλιόμενα ωράρια, απέδειξαν ότι ο ανεπαρκής ύπνος και η ευθύνη σωματικού χειρισμού των ασθενών, ήταν οι αίτιες που αναφέρθηκαν για την εμφάνιση μυοσκελετικών προβλημάτων. Πιο συχνά προβλήματα που αναφέρθηκαν ήταν πόνοι στην πλάτη, την μέση, τον αυχένα και τους ώμους (Cameron et al. 2008). Οι παράγοντες κινδύνου που προκαλούν μυοσκελετικά νοσήματα σε νοσηλευτές ερευνήθηκαν στην Ταϊβάν, όπου χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο για την συλλογή δεδομένων και συμμετείχαν 5.269 νοσηλευτές. Στα αποτελέσματα αναδείχτηκε ότι η πιο συχνές ενοχλήσεις ήταν πόνοι στη μέση, ακολούθως στα πόδια, στους ώμους και στον αυχένα. Ως παράγοντες κινδύνου εντοπίστηκαν η πολύωρη ορθοστασία, το σκύψιμο στα κρεβάτια των ασθενών, το σήκωμα βάρους και το συχνό δίπλωμα του καρπού κατά την προετοιμασία φάρμακων και την νοσηλεία (Hou et al 2006).

Στη χώρα μας, σχετική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε μεγάλο νοσοκομείο της Αθήνας, με αριθμό δείγματος 407 νοσηλευτές και ανέδειξε ότι ο επιπολασμός της οσφυαλγίας στον πληθυσμό αυτό άγγιζε το 63%, για χρονικό διάστημα των δυο εβδομάδων και το 67% για διάστημα έξι μηνών αντίστοιχα. Παράγοντες που ενοχοποιήθηκαν ήταν η μετακίνηση βαρέων αντικειμένων (36%), η μετακίνηση ασθενών στα αμαξίδια (32%) ή στο κρεβάτι (29%), η παροχή βοήθειας στον ασθενή εκτός κρεβατιού (24%) και το σκύψιμο για την ανύψωση αντικειμένων από το πάτωμα (24%). Το 54% των νοσηλευτών του νοσοκομείου, είχαν ζητήσει κάποια στιγμή ιατρική συμβουλή για τον πόνο στη μέση. Το 65% των ερωτώμενων αναγκάστηκε να διακόψει την εργασία του εξαιτίας της νόσου. Επιπλέον παρατηρήθηκε μεταβολή στη συμπεριφορά των νοσηλευτριών απέναντι στους ασθενείς, που συνεχώς χειροτέρευε (Vasileiadou et al. 1995).

Σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κρήτης και συμμετείχαν 470 μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού, τεσσάρων γενικών νοσοκομείων εντοπίστηκε ότι η συχνότητα των διαταραχών ήταν 37,5% για την οσφυϊκή χώρα, 30,1% για τα άνω άκρα/αυχένα και 15,1% για τα κάτω άκρα, ενώ το 88,6% των νοσηλευτών αντιλαμβάνονταν τη νοσηλευτική εργασία σωματικά επίπονη και το 53,1% υποστήριξε ότι η εργονομία των θαλάμων ήταν απαράδεκτη. Από αυτή τη μελέτη, προέκυψε το συμπέρασμα ότι η άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος δημιουργεί και επιδεινώνει τις μυοσκελετικές διαταραχές (Κακαβελάκης και συν. 2001).

Τα προληπτικά μέτρα που έχουν προταθεί, αφορούν κυρίως την βελτίωση της εργονομίας του χώρου εργασίας, την αρτιότερη οργάνωση της εργασίας και την συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού. Σχετική νομοθεσία επιβάλλει την πρόληψη των μυοσκελετικών νοσημάτων, ως βασικό καθήκον κάθε εργοδοτικού φορέα (Π.Δ. 397/1994), διότι αποτελούν σημαντικό πρόβλημα που εμφανίζεται σε υψηλή συχνότητά και σε άτομα που διανύουν την πιο παραγωγική ηλικία, με συνέπεια να επιφέρουν υψηλό κόστος στον εργοδότη, στα ασφαλιστικά ταμεία και στον εργαζόμενο (Μέλλου και συν 2003).

#### **6.2.5. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες αποτελούν σήμερα τους σημαντικότερους παράγοντες υγείας, που είναι ιδιαίτερα συχνοί στο υγειονομικό χώρο και γι αυτό το λόγο γίνεται εκτενέστερη αναφορά στη επομένη ενότητα στο εργασιακό στρες, την επαγγελματική εξουθένωση, τη βία και το κυκλικό ωράριο που αποτελούν αναπόσπαστες πτυχές της άσκησης του ιατρονοσηλευτικού επαγγέλματος.

### **6.3. Εργασιακό στρες και επαγγελματική εξουθένωση**

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας, τόσο στην Ελλάδα, όσο και διεθνώς, είναι ότι υπάρχει λιγιστό προσωπικό, για τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες για νοσηλεία πολλών ασθενών, με αποτέλεσμα ιδιαίτερα αυξημένο φόρτο εργασίας, γεγονός που οδηγεί σε εργασιακό στρες των εργαζόμενων και όταν το εργασιακό στρες γίνει χρόνια, συμβάλλει στην εμφάνιση του φαινομένου

της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ως επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται η σωματική και ψυχική εξάντληση, όπου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον του και τα θετικά του αισθήματα για τους ασθενείς, παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία του και αναπτύσσει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του (Maslach 1982).

Αρχικά υπήρξε σύγχυση σχετικά με τη σχέση στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας. Το στρες αναφέρεται στην προσωπική κόπωση που επηρεάζει τη ζωή του εργαζομένου, αλλά όχι απαραίτητα και την εργασία του. Ενώ η εξουθένωση, είναι ένα σύνδρομο με αρνητικές συμπεριφορές και συναισθήματα του ατόμου για την εργασία του, στα πλαίσια του επαγγελματικού ρόλου που αναλαμβάνει. Είναι μια διαδικασία που εξελίσσεται σταδιακά, μέσα από υποκειμενικές εμπειρίες που καταλήγουν σε πρακτικά και συναισθηματικά προβλήματα για τους εργαζόμενους. Τα ατομικά χαρακτηριστικά και οι συνθήκες εργασίας αποτελούν παράγοντες, που συμβάλλουν στην εκδήλωση στρες και εξουθένωσης στους εργαζόμενους, οι οποίοι στη συνέχεια νοσούν (Murofuse et al. 2005).

Σε μελέτη χρησιμοποιήθηκαν προγνωστικοί δείκτες ψυχικής και σωματικής υγείας, σε επαγγελματίες υγείας, για να ανιχνευτούν οι στρεσογόνοι παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος και οι τρόποι αντιμετώπισης του άγχους. Χρησιμοποιήθηκε ένας συνδυασμός μεταβλητών (δημογραφικά χαρακτηριστικά, μέθοδοι αντιμετώπισης άγχους, ψυχολογία εργαζόμενου) προκειμένου να προσδιοριστούν οι προγνωστικοί δείκτες ψυχοσωματικής υγείας. Το δείγμα αποτελούσαν 480 επαγγελματίες υγείας και σύμφωνα με τα ευρήματα, οι συχνότεροι στρεσογόνοι παράγοντες ήταν ο φόρτος εργασίας και η αντιμετώπιση του ασθενούς τελικού σταδίου που θα καταλήξει σε σύντομο διάστημα. Οι προγνωστικοί δείκτες ψυχοσωματικής υγείας, σχετίζονταν με τον τρόπο που αντιμετωπίζει ο εργαζόμενος το άγχος, και τα εργασιακά προβλήματα, τις συγκρούσεις με συναδέλφους, το αβέβαιο της θεραπείας του ασθενούς, το φόρτο εργασίας, την ψυχοσύνθεση του εργαζόμενου, καθώς και τη διαθεσιμότητα κοινωνικού υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Άλλοι δείκτες που συσχετίστηκαν με το εργασιακό στρες, ήταν η ηλικία και η πιθανότητα αποχώρησης από την επαγγελματική τους δραστηριότητα τους επόμενους 12 μήνες (Lambert et al. 2007).

Άλλη μελέτη προσπαθεί να ανιχνεύσει τους παράγοντες που συμβάλλουν στο εργασιακό στρες νοσηλευτών και πραγματοποιήθηκε στην Ισλανδία σε επαγγελματίες υγείας που

εργάζονται εντός και εκτός νοσοκομείου. Η μελέτη έγινε με τυχαία επιλογή δείγματος και τη χρήση ερωτηματολογίου, που στάλθηκαν σε 522 νοσηλευτές. Σύμφωνα με την έρευνα, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές εντός νοσοκομείου βίωναν πολύ περισσότερο στρες, εξαιτίας της έλλειψης προσωπικού, του αντικειμένου εργασίας, της ανεπαρκούς εκπαίδευση και, της έλλειψης επαγγελματικής ψυχολογικής υποστήριξης, σε σχέση με τους συναδέλφους τους που εργάζονταν εκτός νοσοκομείου (Sveinsdottir et al. 2006).

Επίσης το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ογκολογικών νοσοκομείων και τμημάτων, έχουν γίνει συχνά αντικείμενο μελέτης, εξαιτίας του είδους των ασθενών που νοσηλεύουν. Έτσι σε εργασία που ασχολήθηκε με το στρες και την αντιμετώπισή του, σε νοσηλευτές ογκολογικών μονάδων, βρέθηκε ότι οι κύριοι στρεσογόνοι παράγοντες ήταν ο θάνατος των ασθενών σε ποσοστό 28,6%, οι επείγουσες καταστάσεις σε ποσοστό 16,9%, οι προβληματικές σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών (15,5%) και τα οργανωτικά προβλήματα στην ογκολογική μονάδα (15,5%), όπως η προετοιμασία ασθενών και φαρμάκων, τα ωράρια επίσκεψης των ασθενών κ.ά. (Rodrigues et al. 2008).

Αντίστοιχη μελέτη σε μονάδα εντατικής θεραπείας, αναφέρει ότι το υγειονομικό προσωπικό εργάζεται με αυξημένους ρυθμούς, χειρίζεται μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας και νοσηλεύει ασθενείς με σύνθετες ανάγκες. Στην έρευνα αυτή το στρες προερχόταν κυρίως από τους πιεστικούς ρυθμούς εργασίας, την έλλειψη προσωπικού, τη βαρύτητα των ασθενών, το γεγονός ότι το τμήμα είναι «κλειστό» και άλλα. Το συμπέρασμα της μελετητής ήταν, ότι χωρίς επαρκές νοσηλευτικό προσωπικό, με καλή ψυχοσωματική ισορροπία δεν μπορεί να βελτιωθεί η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας (Hays et al. 2006).

Επίσης το μεγαλύτερο εργασιακό άγχος ανιχνεύεται σε επαγγελματίες υγείας, που έχουν αποφοιτήσει πρόσφατα και βρίσκονται στο πρώτο τρίμηνο της εργασίας τους. Μάλιστα αποτελεί και παράγοντα παραίτησης, αυτής της κατηγορίας εργαζομένων. Σύμφωνα με μελέτη οι νεοδιοριζόμενοι επαγγελματίες υγείας, είχαν βιώσει στρεσογόνες συνθήκες κατά την εργασία τους και το 31,5% δήλωνε πρόθεση παραίτησης. Το μεγαλύτερο άγχος καταγράφηκε τον πρώτο μήνα εργασίας και η μεγαλύτερη τάση παραίτησης το δεύτερο μήνα. Η ομάδα αυτή των εργαζομένων είχε βιώσει τα μεγαλύτερα επίπεδα άγχους. Το μεγαλύτερο άγχος προερχόταν από τα εργασιακά καθήκοντα και τις διαπροσωπικές σχέσεις στο εργασιακό περιβάλλον. Οι ερευνητές και οι συμμετέχοντες

στη μελέτη, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι προϊστάμενοι και γενικότερα η νοσηλευτική διοίκηση, πρέπει να βοηθούν τους νεοεισερχόμενους νοσηλευτές στην εργασιακή προσαρμογή και να δημιουργούν εποικοδομητικές διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων (Yeh et al. 2009).

Επομένως, η επαγγελματική εξουθένωση έχει σχέση με την επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας, με μεγαλύτερη πιθανότητα εξουθένωσης να παρουσιάζουν το περισσότερο δυσαρεστημένο προσωπικό (Renzi et al. 2005 Happel et al 2003). Επιπροσθέτως η παρακολούθηση των εργαζόμενων από κλινικούς ψυχολόγους, οδηγεί στη μείωση του εργασιακού στρες, την επαγγελματική εξουθένωση και αυξάνει παράλληλα την επαγγελματική ικανοποίηση (Hytkas 2005).

Σύμφωνα με τα ευρήματα εκτεταμένος μελέτης, με δείγμα συνολικά 2.290 επαγγελματίες υγείας, κατά την οποία συσχετίστηκε η επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με προσωπικούς και επαγγελματικούς παράγοντες, βρέθηκε ότι ποσοστό 41,6% γιατρών και νοσηλευτών, παρουσίαζαν υψηλό επίπεδο συναισθηματικής κόπωσης και κατέφυγαν σε κατανάλωση ηρεμιστικών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Οι εργαζόμενοι που παρουσίαζαν έντονη εργασιακή απαισιοδοξία, είχαν και μεγαλύτερη μείωση της επαγγελματικής τους ικανοποίησης. Το συμπέρασμα της μελέτης ήταν, ότι απαιτείται ψυχολογική στήριξη των εργαζομένων και οργανωσιακή αναδιάρθρωση του εργασιακού χώρου, για να επιτευχθεί μείωση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (Grau et al. 2005). Επιπροσθέτως η επαγγελματική εξουθένωση και το στρες, εκτός από το εργασιακό περιβάλλον, έχουν άμεση σχέση με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και μάλιστα κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, μπορεί να λειτουργήσουν ως δείκτες πρόβλεψης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Fenga et al. 2007).

Ως παράγοντες λοιπόν που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση αποτελούν οι συνολικές ώρες εργασίας, το κυλιόμενο ωράριο, το τμήμα εργασίας, οι κακές σχέσεις με ανώτερους, η αίσθηση ότι δεν τους ταιριάζει η εργασία τους, το άγχος για το μέλλον, τα προσωπικά προβλήματα και οι οικονομικές δυσκολίες (Ilhan et al. 2008). Επίσης το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, συσχετίστηκε θετικά με τα μειωμένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και στρες, ενώ το νεότερο προσωπικό παρουσίασε μεγαλύτερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Wu et al. 2007). Ακόμη, όταν ο

εργαζόμενος σε υγειονομικούς χώρους, είναι επαρκώς αφοσιωμένος στη δουλειά του και δεν απασχολείται με αλλότρια καθήκοντα, αυξάνει σημαντικά και θετικά την επαγγελματική ικανοποίησή του και μειώνεται το εργασιακό στρες που βιώνει (Lu et al. 2007).

Οι προτάσεις που διατυπώθηκαν διεθνώς για την αντιμετώπιση του στρες και της εργασιακής εξουθένωσης, ήταν η πρόσβαση του προσωπικού σε ψυχοσωματικά υποστηρικτικά συστήματα, η κλινική επίβλεψη των εργαζομένων, η καλλιέργεια ενός εργασιακού κλίματος με ελευθερία έκφρασης των συναισθημάτων, καθώς και η εκμάθηση διαχείρισης του θυμού (Dickinson et al. 2008). Επίσης σημαντική είναι η κοινωνική υποστήριξη, που πρέπει να λαμβάνουν οι επαγγελματίες υγείας, καθώς και η κοινωνική αναγνώριση στο δύσκολο έργο τους, κάτι που σήμερα δεν παρουσιάζει επάρκεια και χρήζει βελτίωσης (Mann et al. 2005, Jenkins et al. 2004).

Στη Ελλάδα το επαγγελματικό στρες έχει μελετηθεί αρχικά, σε νοσηλευτές ογκολογικών τμημάτων νοσοκομείων και ανιχνεύθηκαν οι παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης και τέθηκαν οι βασικές αρχές μελέτης για τους μελλοντικούς ερευνητές του εργασιακού στρες και της εξουθένωσης (Papadatou et al. 1994). Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες λοιπόν, σε διάφορα κλινικά τμήματα νοσοκομείων, έδειξαν ότι και στη χώρα μας οι αιτιολογικοί παράγοντες που προκαλούν επαγγελματική εξουθένωση είναι ίδιοι με αυτούς που έχουν αναγνωριστεί διεθνώς, όπως ο φόρτος εργασίας λόγω έλλειψης προσωπικού, η μειωμένη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, το πιεστικό περιβάλλον εργασίας κ.ά. (Ουζούνη 2005, Καρανικόλα και συν. 2008). Ακόμη αναδείχτηκε η σημασία των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της ψυχικής ανθεκτικότητας, ως παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση ή μη της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας γενικών νοσοκομείων (Papadatou et al. 1994).

Επίσης σε μια ερευνητική της εργασία που πραγματοποιήθηκε σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, υπήρξαν τα ακόλουθα συμπεράσματα: *«Τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ φαίνεται ότι βιώνουν ήπια επίπεδα άγχους. Ιδιαίτερα ανησυχητικό εύρημα αποτελεί η ένταση των συμπτωμάτων αγχώδους διάθεσης, διαταραχών ύπνου, υπερέντασης, μυοσκελετικών και γνωστικών διαταραχών. Επίσης, η εμφάνιση των συγκεκριμένων συμπτωμάτων φαίνεται να σχετίζεται με τις συνθήκες στελέχωσης που*



*επικρατούν στις ΜΕΘ» (Κορομπέλη 2004), που υποδηλώνει την ύπαρξη οργανωτικών προβλημάτων στη εσωτερική λειτουργία των τμημάτων των Ελληνικών νοσοκομείων, αφού απουσιάζει η ύπαρξη συγκεκριμένου καθηκοντολόγιου.*

Επιπροσθέτως, τα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, ανιχνεύτηκαν σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, σε μονάδες εντατικής θεραπείας και σε ψυχιατρικά τμήματα, με τις γυναίκες νοσηλεύτριες να έχουν αυξημένη βαθμολογία στην κλίμακα του Beck, για το αίσθημα απελπισίας και κατάπτωσης, σε σύγκριση με τους άνδρες νοσηλευτές, εμφανίζοντας ακόμη και συμπτώματα κατάθλιψης. Σε αυτό συμβάλλουν, η έλλειψη ευκαιριών για εκπαίδευση και η απουσία ανατροφοδότησης, επιβαρύνοντας επιπλέον το πρόβλημα (Κοπανιτσάνου 2005).

Σε πρόσφατη μελέτη σε μεγάλο αριθμό νοσηλευτών, σε νοσοκομεία της Αθήνας και της επαρχίας, βρέθηκε ότι το 34% των εργαζομένων εμφάνισε υψηλή συναισθηματική εξάντληση, ενώ το 44% υψηλή αποπροσωποποίηση και το 60% χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από προσωπικά επιτεύγματα. Οι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία της περιφέρειας εμφάνιζαν υψηλότερα ποσοστά αποπροσωποποίησης. Το προσωπικό που εργάζονταν σε χειρουργικό τομέα, εμφάνισαν χαμηλότερο μέσο όρο συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, σε σχέση με τους εργαζόμενους του παθολογικού ή του εργαστηριακού τομέα, με σημαντική στατιστική διαφορά (Νούλα και συν. 2010).

## 6.4 Άλλοι ψυχοσωματικοί παράγοντες

### 6.4.1 Βία

Ένας άλλος σημαντικός ψυχοκοινωνικός παράγοντας επαγγελματικού κινδύνου για τους επαγγελματίες υγείας, που επιδεινώνει το εργασιακό στρες, είναι η σωματική βία. Σε σχετική βιβλιογραφία βρέθηκε ότι τα περιστατικά βίας εναντίων του υγειονομικού προσωπικού αυξήθηκαν την τελευταία δεκαετία (Ventura-Madangeng et al. 2009). Κατ' αρχήν διερευνήθηκε η βία που ασκούν ασθενείς σε νοσηλευτές επειγόντων περιστατικών στην Αυστραλία και αναγνωρίστηκε ότι η επαγγελματική ομάδα που

δέχεται επιθέσεις ασθενών, σε ένα νοσοκομείο, είναι οι νοσηλευτές. Επίσης διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές των επειγόντων και αυτοί που πραγματοποιούν διαλογή ασθενών (triage), δέχονταν πολύ συχνά λεκτική και σωματική βία, σε σημείο που την αντιλαμβάνονται ως πτυχή της δουλειάς τους με αποτέλεσμα να μην αναφέρουν τις περισσότερες φορές τα περιστατικά βιαιοπραγίας (Pich et al. 2011).

Ανησυχητικά είναι τα ευρήματα μιας άλλης έρευνας, σύμφωνα με την οποία, το 25% των αμερικανών νοσηλευτών στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, βίωσαν σωματική βία, περισσότερες από 20 φορές τα τελευταία τρία χρόνια και περίπου 20% ανέφερε ότι δέχτηκε λεκτική βία, πάνω από 200 φορές κατά την ίδια περίοδο (Gacki-Smith et al. 2010).

Δυστυχώς αποτελεί ζοφερή πραγματικότητα τα περιστατικά βίας και επιθετικότητας σε νοσηλευτές από ασθενείς ή συνοδούς ασθενών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τις παραιτήσεις έμπειρων νοσηλευτών από τη μια και την αδυναμία προσέλκυσης νέων, ικανών, επαγγελματιών υγείας. Εκείνο που προτείνεται ως λύση στο πρόβλημα, είναι αλλαγή της νοοτροπίας των υπευθύνων, που θεωρούν ότι η άσκηση βίας και επιθετικότητας στο χώρο της παροχής φροντίδας υγείας, είναι μέρος της εργασίας που επέλεξε το προσωπικό. Επισημαίνεται επίσης, η ανάγκη εφαρμογής ολοκληρωμένο μέτρων προστασίας της σωματικής ασφάλειας και ακεραιότητας των επαγγελματιών υγείας (Chapman et al. 2006).

Στη χώρα μας έχουν γίνει σχετικές μελέτες για την βία στον εργασιακό χώρο υγειονομικού προσωπικού (Μαστροκόστας και συν. 2005.). Λεκτική βία, φαίνεται να έχει υποστεί σχεδόν το σύνολο του προσωπικού, που εργάζεται σε υγειονομικές δομές, ενώ σε ψυχιατρικά τμήματα ή σε τμήματα επειγόντων περιστατικών. Πολύ συχνή είναι και η σωματική βία, εύρημα που συμφωνεί και με διεθνείς μελέτες. Αποτελεσματικότερος τρόπος για τη μείωση των επιπτώσεων της βίας στο προσωπικό, αποτελεί η αρτιότερη εκπαίδευση εντός της υπηρεσίας, σε τεχνικές διαχείρισης της βίας (Ραφτόπουλος και συν. 2003).

#### 6.4.2 Κυλιόμενο ωράριο

Η εργασία σε βάρδιες, είναι στη φύση των επαγγελματιών υγείας, αφού η νοσηλευτική φροντίδα πραγματοποιείται σε 24ωρη βάση. Η επίδραση του κυλιόμενου ωραρίου στην υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων σε υγειονομικές δομές, προκαλεί διαταραχή στη συγχρονισμένη σχέση, ανάμεσα στο εσωτερικό ρολόι του ανθρώπινου οργανισμού και του περιβάλλοντος. Η διαταραχή αυτή οδηγεί σε διαταραχές ύπνου, αυξημένα ατυχήματα και κοινωνική απομόνωση, καθώς και αλλαγές στη φυσιολογία του οργανισμού, όπως διακυμάνσεις στη θερμοκρασία του σώματος, διαταραχές στα επίπεδα των ορμονών και μεταβολές στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Ως λύση στο ζήτημα του κυλιόμενου ωραρίου αποτελεί, ο εγκλιματισμός και η προσαρμογή των εσωτερικών ρυθμών του οργανισμού με την εργασία, η ανάπαυση, ο καλός ύπνος την ημέρα και να συμβαδίζουν τα ωράρια με τις κοινωνικές και οικογενειακές υποχρεώσεις. Επίσης είναι αναγκαίο να αποφεύγονται οι συνεχόμενες νυχτερινές βάρδιες (Berger et al. 2006).

Στη χώρα μας υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια, για την επίδραση του κυκλικού ωραρίου στην υγεία των επαγγελματιών υγείας, όπως φαίνεται από δημοσιευμένες μελέτες, με ευρήματα να αναδεικνύουν ότι κυρίως επιβαρύνονται οι γυναίκες και η ποιότητα της κοινωνικής και οικογενειακής ζωής και λιγότερο η σωματική και ψυχική υγεία του ανδρικού προσωπικού (Κορομπέλη και συν. 2006, Κορομπέλη και συν. 2007, Korombeli et al. 2009).

#### 6.5 Εργαλεία μέτρησης του επίπεδου υγείας-ποιότητας ζωής

Τα τελευταία χρόνια δημιουργήθηκαν αρκετά εργαλεία μέτρησης του επιπέδου υγείας των ανθρώπων, που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής του, που κάποια από αυτά είναι τα εξής:

### **6.5.1 Sickness Impact Profile**

Το Sickness Impact Profile (SIP) πρωτοδημοσιεύτηκε το 1981 στην αναθεωρημένη και τελική του μορφή από τους Bergner et al. (1981). Αναφέρεται σε 136 θέματα, απαιτεί 20 με 30 λεπτά για να συμπληρωθεί και διατίθεται σε διάφορες γλώσσες. Αποτελείται από δυο περιοχές μελέτης, της ψυχολογικής και της σωματικής υγείας, με 12 υποκατηγορίες, που σχετίζονται με την κινητικότητα, την αυτοεξυπηρέτηση, την κοινωνική συμπεριφορά, την επικοινωνία, τη συναισθηματική συμπεριφορά, τον ύπνο και τη ξεκούραση, τη διατροφή και άλλα. Θεωρείται αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης, και χρησιμοποιείται κυρίως σε ασθενείς πληθυσμούς, ιδιαίτερα σε ασθενείς που πάσχουν από μυοσκελετικά προβλήματα,, όπως στένωση σπονδυλικού σωλήνα, δισκοπάθειες, αυχεναλγίες, οστεοπόρωση, αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα και άλλες.

### **6.5.2 General Health Questionnaire**

Το General Health Questionnaire (GHQ) αποτελεί ένα εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής, που σχετίζεται με το επίπεδο υγείας των εργαζόμενων, που αναπτύχθηκε το 1978 και έχει κυρίως σχεδιαστεί για την ανίχνευση ψυχιατρικής νοσηρότητας, σε μια κοινότητα (Goldberg 1978). Έχει μεταφραστεί σε 38 γλώσσες καθώς και στα ελληνικά από τους Garyfallos et al. (1991).

### **6.5.3 Nottingham Health Profile**

Το Nottingham Health Profile (NHP) δημοσιεύτηκε το 1981 και αναπτύχθηκε από τους Hunt et al. Αποτελείται από 38 αντικείμενα, κατηγοριοποιημένα σε 6 κατηγορίες και απαιτεί για να συμπληρωθεί περίπου 10 λεπτά. Επίσης είναι διαθέσιμο σε διάφορες γλώσσες και συμπληρώνεται τόσο από τον ίδιο τον ερωτώμενο, όσο και υπό μορφή συνέντευξης από ειδικό. Κάθε αντικείμενο αξιολογείται και βαθμολογείται σε μια κλίμακα από 0 έως 100 και στο τέλος βγαίνει μια μέση τιμή, που αντικατοπτρίζει τον

δείκτη υγείας. Έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες του μυοσκελετικού συστήματος, με ασθενείς που έπασχαν από οστεοπόρωση, οσφυαλγίες κ.ά (Hunt et al. 1981). Το NHP είναι μεταφρασμένο και σταθμισμένο στα ελληνικά από τους Vidalis and Sigelakis (2001), σε έρευνα που έγινε στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

#### **6.5.4 The SF-36 Health Survey**

Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 αποτελείται από 36 ερωτήσεις, που προέρχονται από μια αποθεματική πηγή 149 ερωτήσεων. Η πηγή αυτή σχηματίστηκε από την αξιολόγηση διαφορετικών οργάνων και αναγκών μέτρησης της ποιότητας ζωής. Το SF-36 χρησιμοποιείται σε μελέτες για την ποιότητα ζωής γενικού πληθυσμού ή σε ομάδες ασθενών που αναζητείται η εκτίμηση της σωματικής και της ψυχικής υγείας. Το SF-36 δημοσιεύτηκε το 1992, από τους Ware και Sherbourne και εξελίχθηκε περαιτέρω τα έτη 1993 και 1994. Απαιτεί 5 με 10 λεπτά χρόνο για να συμπληρωθεί και διαιρείται σε 8 κατηγορίες ψυχικής και σωματικής υγείας, που είναι οι εξής: επίπεδο σωματικών λειτουργιών, περιορισμοί λόγω σωματικών προβλημάτων, σωματικός πόνος, κοινωνική συμπεριφορά, περιορισμοί λόγω συναισθηματικών προβλημάτων, ψυχική υγεία, ζωτικότητα και γενικό επίπεδο υγείας (Ware et al. 1992). Το SF-36 έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες, μεταξύ άλλων και την ελληνική. Ακόμη έχουν αναπτυχθεί και δύο σύντομες εκδοχές του το SF-12 και το SF-6D.

#### **6.5.5 Short form 12 (SF-12)**

Το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε ως μία σύντομη εναλλακτική επιλογή του SF-36, με σκοπό να χρησιμοποιηθεί σε πιο εκτεταμένες μελέτες, που επικεντρώνονται μόνο σε δύο συνοπτικές κλίμακες, την σωματική και την ψυχική υγεία, αντί του συνόλου των κλιμάκων του SF-36 (Δημητρόπουλος και συν. 2008). Το ερωτηματολόγιο SF-12 περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις και συνδυάζει δύο διαστάσεις, τη φυσική και τη διανοητική υγεία, υπολογίζοντας όμως τις τέσσερις διαστάσεις του SF-36 με δύο στοιχεία

(σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία) και τις υπόλοιπες τέσσερις με ένα στοιχείο (σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα και κοινωνική λειτουργικότητα). Τα δώδεκα αυτά στοιχεία χρησιμοποιούνται στον υπολογισμό της σωματικής και ψυχολογικής υγείας, μέσω ενός αλγόριθμου που προέκυψε εμπειρικά από τα πληθυσμιακά δεδομένα των Ηνωμένων Πολιτειών (Ware et al. 1995). Έκτοτε, το SF-12 χρησιμοποιείται ευρέως στη μελέτη της κατάστασης υγείας του γενικού πληθυσμού, αλλά και των νοσολογικών ομάδων (Johnson et al. 1998, Haywood et al. 2002) και αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο με αποδεδειγμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα (Ware et al. 1996)

## 6.6 Μέτρηση της υγείας και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής

Η μέτρηση της υγείας αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για τον προσδιορισμό και την κατανόηση των προβλημάτων της δημόσιας υγείας, τον προγραμματισμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα ενισχύει τη δυνατότητα εφαρμογής διεθνών συγκριτικών μελετών (Murray et al. 1996, Ovretveit 2001).

Το ενδιαφέρον που δείχνουν οι σύγχρονες κοινωνίες για την υγεία, οφείλεται στις δημογραφικές αλλαγές, αλλά και το συνεχώς αυξανόμενο κόστος για τη διατήρηση ή βελτίωση της «καλής υγείας», γεγονός που επιβάλλει την ανάγκη δημιουργίας μέτρων αξιολόγησής της. Οι κυριότεροι λόγοι που επιβάλλουν την αποτίμηση της υγείας ενός πληθυσμού, είναι οι πιο κάτω:

- **Επιδημιολογικοί λόγοι:** Ενισχύουν την παρακολούθηση της φυσικής πορείας και της εξέλιξης των νόσων σε ένα σύνολο ατόμων.
- **Ιατρικοί & δεοντολογικοί λόγοι:** Αποτιμούν τα μέσα που χρησιμοποιούνται για τη διαχείριση των νόσων και την αποτελεσματικότητα των θεραπειών.
- **Οικονομικοί λόγοι:** Βοηθούν στην εκτίμηση και αξιολόγηση των αναγκών σε οικονομικούς πόρους, την ορθολογική τους διάθεση και το σχεδιασμό των υγειονομικών υπηρεσιών.

- Ερευνητικοί λόγοι: Διερευνούν την αποτελεσματικότητα παλαιών ή νέων θεραπειών και τις βελτιώνουν.
- Ακαδημαϊκοί λόγοι: Καταξιώνουν τους επαγγελματίες υγείας, που ασχολούνται με την ποιότητα ζωής.

Για πολλές δεκαετίες, οι υγειονομικές εκτιμήσεις ενός πληθυσμού και η μέτρηση της υγείας του, γίνονταν μέσω δεικτών με βάση το βιοϊατρικό μοντέλο. Οι δείκτες αυτοί μετρούν τις αρνητικές πλευρές της φυσικής κατάστασης και απαιτούν ηλικιακή διαστρωμάτωση, προκειμένου να συγκριθούν (Ιωαννίδη και συν. 1999).

Τα μετρούμενα μεγέθη για την αποτύπωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής είναι τα εξής:

- Δείκτες θνησιμότητας: Πρόκειται για ποσοστά μέτρησης αποθανόντων από κάποια αιτία σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο, σε σχέση με κάποια μονάδα μεγέθους του πληθυσμού (π.χ. σε 1.000 άτομα). Περιλαμβάνουν το μέσο όρο ζωής, το προσδόκιμο επιβίωσης, την νεογενική θνησιμότητα και τους δείκτες θνησιμότητας ανά ασθένεια ή κατηγορία ασθενών.
- Νοσοκομειακοί δείκτες. Αναφέρονται σε δείκτες διάθεσης και χρήσης υγειονομικών πόρων, που προκύπτουν από τις παροχές διαφόρων υπηρεσιών υγείας, όπως τις ετήσιες εισαγωγές ασθενών, τον αριθμό χειρουργικών επεμβάσεων, τις ημέρες νοσηλείας κ.ά.
- Δείκτες νοσηρότητας. Διακρίνονται στους δείκτες επιπολασμού, που εκφράζουν τη συχνότητα εμφάνισης μιας νόσου, σε ορισμένη χρονική στιγμή και είναι κατάλληλοι στην καταγραφή χρόνιων νόσων και στους δείκτες επίπτωσης, που αναφέρονται στην συχνότητα εμφάνισης νέων περιστατικών μίας νόσου, σε ορισμένη χρονική περίοδο και είναι κατάλληλοι κυρίως για την εκτίμηση των αναγκών και την αντιμετώπιση λοιμωδών νοσημάτων μικρής διάρκειας (Δημητρόπουλος και συν 2008).

Οι κλασικοί δείκτες μπορεί να καταγράψουν τις επιπτώσεις και τη διάρκεια των ασθενειών, βασίζονται όμως σε απολογιστικά στοιχεία των υγειονομικών μονάδων και δεν αποδίδουν την πραγματική διάσταση που έχουν στη ζωή των ασθενών, τις ασθένειες

και οι επιπλοκές τους. Οι δείκτες αυτοί, δεν δίνουν αξιοποιήσιμα στοιχεία για την εκτίμηση των κοινωνικών αποτελεσμάτων μιας νόσου ή της θεραπείας και δεν αξιολογούν την οπτική γωνία του ασθενούς. Παράλληλα, οι οριακές μεταβολές στους δείκτες θνησιμότητας και ο προβληματισμός για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, η γήρανση του πληθυσμού, οι ανισότητες στην υγεία που συνεχώς διευρύνονται και το αυξανόμενο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών, στρέφουν το ενδιαφέρον για την αποτίμηση των παραγόμενων υγειονομικών εκροών, στην αναζήτηση νέων εργαλείων μέτρησης της υγείας των χρηστών (Σαρρής και συν. 2002). Ο σχεδιασμός και η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, πρέπει να λαμβάνει υπόψη τους κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, που καθορίζουν τη χρήση των υπηρεσιών και την ανταπόκριση των χρηστών σε αυτές. Σήμερα, απαιτούνται νέοι δείκτες, που να μη καταγράφουν μόνο την αρνητική πλευρά της υγείας, αλλά και τις θετικές διαστάσεις, δηλαδή την ψυχική, τη συναισθηματική και την κοινωνική ευεξία. Οι κλινικές πράξεις πρέπει να βασίζονται στην ωφελιμότητα της παρεχόμενης θεραπευτικής στρατηγικής (Rapkin et al. 2004). Η σύγχρονη ιατρική κοινότητα, πρέπει να επικεντρώνεται όχι μόνο στο αποτέλεσμα των ιατρικών πράξεων, αλλά και στις επιπτώσεις των θεραπευτικών μεθόδων στο σύνολο της ζωής του ασθενούς (Υφαντόπουλος και συν. 2001). Τα νέα αυτά εργαλεία θα πρέπει να συμβάλουν στη λήψη κλινικών αποφάσεων, αλλά και στην επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενή.

Έτσι διαμορφώνεται το πλαίσιο, στο οποίο τοποθετείται η μελέτη για την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, που καθορίζεται αφενός με η προσωπική εμπειρία ενός ατόμου για τη ζωή, και αφετέρου η εκτίμηση των εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του (αντικειμενική διάσταση (Υφαντόπουλος και συν. 2001) Οι νεότερες προσεγγίσεις ανέπτυξαν μεθόδους, που δεν περιορίζονται στη στατική μέτρηση με δείκτες, αλλά δυναμικές και πολυπαραγοντικές αναλύσεις. Οι πρώτες απόπειρες μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, επιχείρησαν να εκτιμήσουν τη γενική κατάσταση υγείας πληθυσμιακών ομάδων και τη λειτουργικότητα των ατόμων. Οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν αφορούσαν το επίπεδο υγείας, τις χρόνιες παθήσεις, το βαθμό ενεργητικότητας, την ικανοποίηση με τη φυσική κατάσταση, την αισθηματική κατάσταση, το βαθμό επιτυχίας, την αναπηρία, και τις κοινωνικές επαφές (Segovia et al. 1989). Σήμερα, η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής γίνεται με τη χρήση ειδικών ερωτηματολογίων, τα οποία



πληρούν κριτήρια αξιοπιστίας, εγκυρότητας, και ειδικότητας (Roset et al. 2001). Τα ερωτηματολόγια αυτά στην ουσία αποτελούν τυποποιημένα μοντέλα για τη μέτρηση δεικτών υγείας, που μπορούν να εκφραστούν με συνδυασμό υποκειμενικής και αντικειμενικής πραγματικότητας (Ιωαννίδη κ.ά. 1999). Πριν τη χρήση τους, τα όργανα αυτά θα πρέπει να προσαρμοστούν γλωσσικά και πολιτιστικά, ώστε να έχουν σταθμιστεί στο γενικό πληθυσμό μίας χώρας (Κοντοδημόπουλος και συν. 2004, Παππά και συν. 2006, Υφαντόπουλος 2001).

## 6.7 Προβλήματα στη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας Ζωής

Ο όρος σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, όπως αναφέρθηκε, αποτελεί μία πλούσια αλλά και αφηρημένη έννοια και ενέχει πολλαπλές και αλληλοεπιδρώμενες διαστάσεις που δυσχεραίνουν και περιπλέκουν την εκτίμηση και τη μέτρησή της. Λόγω αυτής της ιδιαιτερότητας, η μέτρηση μπορεί να πραγματοποιηθεί με πολλούς τρόπους, ανάλογα με τους στόχους της έρευνας και μπορεί να απαιτούνται περισσότερα από ένα ερωτηματολόγια ή όργανα μέτρησης (Υφαντόπουλος και συν. 2001).

Η προσέγγιση επίσης, δεν είναι δυνατό να γίνεται με τη διατύπωση μίας μόνο ερώτησης, γιατί περιορίζεται το εύρος και το βάθος της υπό εξέταση διάστασης και το αποτέλεσμα της μέτρησης πιθανότατα να μην εκφράζει αυτό που επιζητείται, να μην είναι έγκυρο ή και να συγχέεται με άλλες διαστάσεις. Η επιλογή των οργάνων μέτρησης, πρέπει να περιλαμβάνουν πολλαπλές ερωτήσεις για κάθε μία διάσταση της ποιότητας ζωής. Η επικέντρωση σε συγκεκριμένες διαστάσεις της ποιότητας ζωής, αποδίδουν μια πληρέστερη και ακριβέστερη εκτίμησή της, δημιουργώντας όμως πιθανά προβλήματα συγκρισιμότητας των μετρήσεων (Υφαντόπουλος και συν. 2001).

Ένα άλλο μειονέκτημα αυτών των οργάνων μέτρησης, είναι ότι όταν αυτά έχουν επινοηθεί για γενική χρήση, δεν μπορούν να εκτιμήσουν ειδικές κατηγορίες ασθενών. Για να επιτευχτεί αυτό, θα πρέπει να εμπλουτιστούν με μετρήσεις επί μέρους θεμάτων της ποιότητας ζωής, που αφορούν ειδικές καταστάσεις των ασθενών, του συγκεκριμένου πληθυσμού μελέτης ή να αντιστοιχιστούν με άλλα νοσολογικά ερωτηματολόγια, τα όποια απαιτούν τη χρήση των γενικών ερωτηματολογίων. Γι' αυτό, συχνά απαιτείται παράλληλη χρήση των δύο ειδών ερωτηματολογίων για την

διασφάλιση στοιχείων που θα επιτρέπουν συγκρίσεις, τόσο στο ευρύτερο φάσμα ασθενειών και ασθενών, όσο και μεταξύ μικρών διαφοροποιήσεων των παραγόντων της συγκεκριμένης ασθένειας (Fenny et al. 2002).

Η επιλογή των κατάλληλων πηγών συλλογής δεδομένων και πληροφοριών, παίζει σημαντικό ρόλο στην έκβαση της μέτρησης. Αυτές οι πηγές μπορεί να είναι οι ίδιοι οι ασθενείς, οι οικογένειές τους, οι επαγγελματίες υγείας, οι ιατρικοί φάκελοι κ.ά. Είναι γενικά παραδεκτό, ότι οι ίδιοι οι άρρωστοι εκφράζουν μία υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής τους, ενώ οι επαγγελματίες υγείας εκφράζουν πιο αντικειμενικούς όρους της ποιότητας ζωής των αρρώστων (Υφαντόπουλος και συν. 2001). Η διάκριση μεταξύ υποκειμενικών και αντικειμενικών μετρήσεων είναι ιδιαίτερα σημαντική για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής (Evans et al. 1985). Η επιλογή της κατάλληλης πηγής πληροφοριών εξαρτάται επίσης, από την εννοιολογική προσέγγιση με την οποία διερευνάται η ποιότητα ζωής, καθώς και από το διαθέσιμο χρόνο και κόστος της έρευνας (Υφαντόπουλος και συν. 2001). Ακόμη σημαντικό είναι να συσχετιστούν οι υποκειμενικές και αντικειμενικές εκτιμήσεων, προκειμένου η έρευνα να αιτιολογήσει μια συνολική μέτρηση της λειτουργικότητας του ασθενούς. Στην χρήση πολλαπλών πηγών πληροφόρησης, θα πρέπει να δοθεί προσοχή στο συγκριτικό μέτρο, με το οποίο αξιολογείται η κατάσταση της υγείας ή η ποιότητα ζωής ενός ατόμου. Ο συνηθέστερος τρόπος συλλογής πληροφοριών είναι το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, η προσωπική συνέντευξη και η τηλεφωνική έρευνα, που ο καθένας έχει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά του (Crombie 1996). Ο συνδυασμός περισσότερων του ενός τρόπων συλλογής στοιχείων, αποδίδει περισσότερα οφέλη και παρουσιάζει λιγότερα προβλήματα, εφόσον το επιτρέπουν οι χρονικοί και οικονομικοί περιορισμοί (Υφαντόπουλος και συν. 2001).

### 7.1 Σχεδιασμός της έρευνας

Αρχικά στο σχεδιασμό της μελέτης επιβάλλεται να πραγματοποιηθεί ο σχεδιασμός του αντικείμενου, δηλαδή της μορφής που πρέπει να έχει η μελέτη και ο σχεδιασμός της μεθόδου, δηλαδή του περιεχομένου της μελέτης. Ως αντικείμενο ορίζεται το τελικό αποτέλεσμα της έρευνας, δηλαδή η ποσότητα και το είδος της πληροφορίας, που αυτή παρέχεται εμπειρικά. Το αντικείμενο των μελετών είναι μια συνάρτηση συχνότητας, που ορίζεται ως η συχνότητα εμφάνισης (επίπτωση- ποσοστό, επίπτωση-πυκνότητα. επιπολασμός) μιας έκβασης, σε σχέση μ' έναν προσδιοριστή ή ένα σύνολο προσδιοριστών (Γαλάνης & Σπάρος 2012).

Στην παρούσα έρευνα, η μελετώμενη έκβαση, ήταν η συχνότητα του εργασιακού εκφοβισμού σε εργαζόμενους στο χώρο της υγείας και η ποιότητα ζωής όπως γίνεται αντιληπτή από τους εργαζόμενους αυτούς. Το μέτρο συχνότητας που υπολογίστηκε, ήταν ο επιπολασμός του εργασιακού εκφοβισμού σε δημόσιο νοσοκομείο και η ποιότητα ζωής του προσωπικού του.

Το αντικείμενο της παρούσας μελέτης είναι η περιγραφική σχέση του εργασιακού εκφοβισμού με την ποιότητα ζωής σε υγειονομικούς υπαλλήλους. Μελετήθηκαν χαρακτηριστικά (προσδιοριστές) των εργαζομένων, τα οποία πιθανολογείται ότι σχετίζονται με τον εργασιακό εκφοβισμό και την αντιλαμβανόμενη κατάσταση της υγείας τους, στην καθημερινή εργασιακή δραστηριότητα.

### 7.2 Σκοπός της έρευνας

Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο την καταγραφή, και ανάλυση της ενδεχόμενης εμφάνισης του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού μεταξύ επαγγελματιών υγείας, που εργάζονται σε δημόσια δομή παροχής Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως και

τη διερεύνηση της σχέσης του φαινομένου της παρενόχλησης, με την σωματική και την ψυχική υγεία των συμμετεχόντων, στο χώρο της υγείας.

Ως επιμέρους στόχοι της έρευνας τέθηκαν, η άμεση και έμμεση καταγραφή της ύπαρξης του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού μεταξύ των επαγγελματιών υγείας σε δημόσια δομή Δευτεροβάθμιας περίθαλψης, καθώς και η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την εκδήλωση του φαινομένου, δηλαδή των πηγών προέλευσης του εκφοβισμού. Επίσης η παρουσίαση της έκτασης του φαινομένου σε κάθε υποκατηγορία του δείγματος όπως, φύλο, ηλικιακή ομάδα, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, επαγγελματική ιδιότητα και έτη εργασιακής εμπειρίας. Τέλος η διερεύνηση της γενικής υγείας των συμμετεχόντων που δέχονται εκφοβισμό, άμεσα ή έμμεσα και η διατύπωση προτάσεων για την αντιμετώπιση, την αποφυγή και την πρόληψη των εκφοβιστικών φαινομένων στον εργασιακό χώρο και την αναδιάρθρωση των εργασιακών σχέσεων.

### 7.3 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στην έρευνα αυτή, ήταν αρχικά η ανίχνευση συσχέτισης μεταξύ του εκφοβισμού και προσωπικής εκτίμησης του εκφοβισμού από τους επαγγελματίες υγείας και η εκτιμώμενη διαφοροποίηση εργασιακού εκφοβισμού σε σχέση με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, τα έτη εργασίας και την επαγγελματική ιδιότητα. Επίσης ζητούμενο αποτέλεσε η ανάδειξη των πηγών εκφοβισμού, στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας στον δημόσιο τομέα, αλλά και η ανίχνευση πιθανής σχέσης μεταξύ του επιπέδου γενικής υγείας των εργαζομένων και του έμμεσα εκτιμώμενου εκφοβισμού, όσο και της προσωπικής εκτίμησης του εκφοβισμού, σε δημόσιο νοσοκομειακό χώρο.

### 7.4 Επιλογή δείγματος και συλλογή δεδομένων

Η έρευνα εστιάστηκε αποκλειστικά σε μια επαρχιακή δομή Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πραγματοποιήθηκε διεύρυνση του δείγματος πέρα από το νοσηλευτικό προσωπικό, που κατά κύριο λόγο μελετάται στις έρευνες, στο σύνολο των

επαγγελματιών, που εργάζονται στο χώρο της υγείας, κάτι που προέκυψε από την ανάγκη συσχέτισης του φαινομένου εκφοβισμού και της ποιότητας ζωής με την επαγγελματική ιδιότητα. Για τη διανομή των ερωτηματολογίων επιλέχθηκε το Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς, που παρέχει υπηρεσίες υγείας μέσω των εξωτερικών ιατρείων του, των κλινικών παθολογικού και χειρουργικού τομέα, το τμήμα ημερήσιας νοσηλείας, τα διαγνωστικά εργαστήρια, τη μονάδα τεχνητού νεφρού, των επειγόντων περιστατικών κ.ά.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας και τη διανομή ερωτηματολογίων στους εργαζόμενους λήφθηκε η σχετική άδεια από την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου. Για το λόγο αυτό κατατέθηκε αναλυτικό σχέδιο της έρευνας και πραγματοποιήθηκε ενημέρωση των διευθυντών και προϊσταμένων των τμημάτων που επρόκειτο να συμμετάσχουν στην έρευνα αναφορικά με το αντικείμενο της μελέτης, τα ερευνητικά εργαλεία και τα ερευνητικά ερωτήματα, που επρόκειτο να ανιχνευτούν.

Η διαδικασία διανομής των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατά τους μήνες Ιούλιο, Αύγουστο 2017, στους χώρους εργασίας του κάθε συμμετέχοντα, από τον ερευνητή προσωπικά, σε εκτυπωμένη μορφή. Κατά τη διανομή, ακολουθούσε ταυτόχρονα προσωπική επεξήγηση των αντικείμενων της έρευνας και τον τρόπο με τον οποίο καλούνταν ο κάθε εργαζόμενος να απαντήσει στα ερωτηματολόγια, κάνοντας ιδιαίτερη μνεία στην ανωνυμία και στην εθελοντική φύση της συμμετοχής, όσο και στην ανάγκη συμπλήρωσης όλων των ερωτήσεων. Κατά την διάρκεια της πληροφόρησης, σε πολλές περιπτώσεις, ο ερευνητής κλήθηκε να εξηγήσει διεξοδικά τα ερωτήματα και να αποσαφηνίσει τον ορισμό του εκφοβισμού στους συμμετέχοντες. Τα ερωτηματολόγια συνοδεύονταν από γραπτή πληροφόρηση για το θέμα, το σκοπό της έρευνας τον συγγραφέα καθώς και τον επιβλέποντα καθηγητή. Την ευθύνη για τη συλλογή και τη φύλαξη των ερωτηματολογίων είχε ο προϊστάμενος/νη κάθε τμήματος.

Τα τμήματα του νοσοκομείου, που ανταποκρίθηκαν και συμμετείχαν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν τα εξής: εξωτερικά ιατρεία, τμήμα επειγόντων περιστατικών, τμήμα αξονικού τομογράφου, ακτινολογικό τμήμα, μικροβιολογικό εργαστήριο, τμήμα τεχνητού νεφρού, αιμοδοσία, γραμματεία εξωτερικών ιατρείων, γραμματεία επειγόντων, νοσηλευτική υπηρεσία, γραφείο κίνησης, διοικητική υπηρεσία,

παθολογική κλινική, χειρουργική κλινική, τμήμα χειρουργείων, αναισθησιολογικό τμήμα, τεχνική υπηρεσία, μαιευτική κλινική, τμήμα αποστείρωσης.

## 7.5 Ερευνητικά εργαλεία και περιγραφή τους

Το ερωτηματολόγιο της μέτρησης στην παρούσα εργασία, δομείται αρχικά από ένα εισαγωγικό κείμενο, το οποίο ενημερώνει τους συμμετέχοντες σχετικά με τον φορέα και το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, στο οποίο συμμετέχει ο συγγραφέας, παρέχοντας πληροφορίες για το θέμα που ερευνάται, αναφέροντας ζητήματα δεοντολογίας και εθελοντικής συμμετοχής. Επίσης αποτελείται από δύο κύρια ερευνητικά εργαλεία το ερωτηματολόγιο ανίχνευσης αρνητικών συμπεριφορών Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) και το General Health Questionnaire-12 (GHQ-12).

Αναλυτικά, το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου, αποτελείται από ερωτήσεις που καθορίζουν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων όπως, το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την επαγγελματική ιδιότητα, τα έτη συνολικής υπηρεσίας και τα χρόνια εργασίας, στο τμήμα που απασχολούνται κατά τη διάρκεια πραγματοποίησης της έρευνας.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει το Ερωτηματολόγιο ανίχνευσης αρνητικών συμπεριφορών Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) το οποίο έχει δημιουργηθεί από τους Einarsen et al. το 2009 και αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης και οι επιλογές των απαντήσεων ακολουθούν την κλίμακα Likert. Έχει δημιουργηθεί για τη μέτρηση της συχνότητας, της έντασης και του επιπολασμού του εκφοβισμού, στον εργασιακό χώρο και δεν αποτελεί ένα διαγνωστικό εργαλείο. Το ερωτηματολόγιο Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) περιλαμβάνει μια σειρά 22 ερωτήσεων, που ανιχνεύουν τις άμεσες και έμμεσες πτυχές του εκφοβισμού και περιλαμβάνει ερωτήσεις που ερμηνεύουν τον εκφοβισμό που συνδέεται με την εργασία, τον εκφοβισμό που συνδέεται με το άτομο και τη σωματική κακοποίηση αντίστοιχα (Einarsen et al. 2009). Περιλαμβάνει ερωτήσεις εύκολες και σύντομες στην ανάγνωση, διευκολύνοντας τις νοητικές απαιτήσεις των ερωτηθέντων, κάνοντας την τεχνική εφαρμογή του ερωτηματολογίου αρκετά εύκολη. Επιπροσθέτως είναι ένα

κατανοητό, σύντομο και έγκυρο μέσο, με ερωτήσεις χωρίς αναφορά στους όρους «εκφοβισμός» ή «παρενόχληση», ακόμη και αυτή που αναφέρεται στη σεξουαλική παρενόχληση (Arvey & Cavanaugh 1995). Η συμπλήρωσή του βασίζεται στην αυτοαξιολόγηση, που παρέχει μια πιο αντικειμενική εκτίμηση της έκθεσης σε συμπεριφορές εκφοβισμού, σε σχέση με προσεγγίσεις αυτοεπισήμανσης, που μειώνουν την ανάγκη των ερωτηθέντων για γνωστική και συναισθηματική επεξεργασία των πληροφοριών. Δίνει έμφαση σε εμπειρίες που βίωσαν οι συμμετέχοντες στο τελευταίους 6 μήνες εργασίας, (Arvey & Cavanaugh 1995) και με τη χρήση αυτού του σχετικά σύντομου χρονικού διαστήματος, επιτυγχάνεται η μέτρηση των εν εξελίξει εμπειριών, αποφεύγοντας πιθανές στρεβλώσεις ή μεροληψίες των απαντήσεων που θα δοθούν (Hoel, Rayner, & Cooper, 1999). Η αποτύπωση της έκθεσης σε μια σειρά από αρνητικές συμπεριφορές, που συμβαίνουν περιοδικά για ένα χρονικό διάστημα, πρέπει να συνοδεύεται από την καταγραφή του θύτη και του θύματος. Αυτό μπορεί να ξεπεραστεί με την ενσωμάτωση της 23<sup>ης</sup> ερώτησης, κατά την οποία οι ερωτηθέντες αρχικά ενημερώνονται με έναν ορισμό του εκφοβισμού, πριν ερωτηθούν αν οι ίδιοι αντιλαμβάνονται ως θύματα εκφοβισμού ή όχι. Επίσης οι επόμενες δύο ερωτήσεις του χρησιμοποιούμενου ερωτηματολογίου, δίνουν πληροφορίες. από ποιο άτομο δέχεται το θύμα εκφοβισμό και τον αριθμό και το φύλο των θυτών.

Επιπροσθέτως ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha για τις 22 ερωτήσεις του NAQ-R στις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί κυμαίνεται μεταξύ 0,87 και 0,93, υποδηλώνοντας άριστη εσωτερική συνοχή και αποτελεί ένα έγκυρο δείκτη μέτρησης της έκθεσης στον εργασιακό εκφοβισμό, με τρεις παράγοντες που σχετίζονται με την απόδοση στην εργασία, τον εκφοβισμό που στοχεύει το άτομο και την σωματική κακοποίηση (Einarsen et al., 2009).

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από το Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας SF-12 (Short form 12), Το SF-12 είναι παραλλαγή του SF-36, που δημοσιεύτηκε το 1992, από τους Ware και Sherbourne και εξελίχθηκε περαιτέρω τα έτη 1993 και 1994. Απαιτεί 5 με 10 λεπτά χρόνο για να συμπληρωθεί και διαιρείται σε 8 κατηγορίες ψυχικής και σωματικής υγείας, που είναι οι εξής: επίπεδο σωματικών λειτουργιών, περιορισμοί λόγω σωματικών προβλημάτων, σωματικός πόνος, κοινωνική συμπεριφορά, περιορισμοί λόγω συναισθηματικών προβλημάτων, ψυχική υγεία, ζωτικότητα και γενικό επίπεδο υγείας (Ware et al. 1992). Η επιλογή του SF-12 έχει ως

σκοπό την ανίχνευση των ψυχικών διαταραχών, δίνοντας έμφαση στους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία του ερωτηθέντα, χωρίς να απαιτεί πολύ χρόνο, που είναι πολύτιμος σε εργαζόμενους δόμων υγείας. Ενδιαφέρεται για το επίπεδο της υγείας των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια των τελευταίων εβδομάδων, χρησιμοποιώντας κλίμακα τύπου 0 έως 3 (Likert) που εκτείνεται από «Καθόλου», «όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως», «μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως», «πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως», είτε «περισσότερο απ' ότι συνήθως», «το ίδιο όσο συνήθως», «ακόμη λιγότερο απ' ότι συνήθως», «πολύ λιγότερο από συνήθως» και διερευνά ένα ορισμένο είδος συμπεριφοράς ή σύμπτωμα. Οι μεγαλύτερες τιμές, στο άθροισμα των απαντήσεων, αντικατοπτρίζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα (Karpetis, 2015).

## 7.6 Ηθικά ζητήματα

Για την επίλυση ζητημάτων δεοντολογίας, κατατέθηκε αναλυτικό σχέδιο της έρευνας προς το νοσοκομείο, που ανέφερε τη διασφάλιση της συναίνεσης, της ανωνυμίας και της προστασίας, των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων στην έρευνα (Ν. 2472/1997, περί Προστασίας του Ατόμου από την Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων), καθώς επίσης δόθηκε η δυνατότητα στους συμμετέχοντες, να διακόψουν τη συμμετοχή τους σε οποιοδήποτε στάδιο διεξαγωγής της.

Ακόμη, δόθηκε έντυπο συναίνεσης του συμμετέχοντα στην έρευνα που αναφέρει ρητά τη διασφάλιση της ανωνυμίας στην έρευνα και την προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, σύμφωνα με το νόμο Ν. 2472/1997, περί Προστασίας του Ατόμου από την Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων, καθώς και ότι η συμμετοχή στην έρευνα συνεπάγεται ότι οι πληροφορίες θα είναι ανώνυμες.



## 7.7 Πιλοτική έρευνα

Στην πορεία εκπόνησης μιας ερευνητικής μελέτης, παρουσιάζονται απρόβλεπτα προβλήματα, που κυμαίνονται από ασήμαντα έως πολύ σοβαρά, ώστε ο ερευνητής να διακόψει την έρευνα. Για να αποφευχθεί αυτό, ο ερευνητής διενεργεί μιας μικρής κλίμακας πιλοτική έρευνα, ώστε να επετεύχθη η κατανόηση των ερωτήσεων και των οδηγιών του ερωτηματολογίου, να αφαιρεθούν ή να αλλαχτούν διαφορούμενες λέξεις ή εκφράσεις, να ελέγξει αν τα δεδομένα που συλλέγονται μπορούν να αναλυθούν, ικανοποιώντας τους στόχους της μελέτης και τέλος να γίνει εμφανής ο χρόνος και ο ρυθμός των απαντήσεων.

Ως δείγμα στην πιλοτική αυτή έρευνα επιλέχθηκαν τρεις εργαζόμενοι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, καθώς και δυο προϊστάμενοι και ένα διευθυντικό στέλεχος. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε και διαπιστώθηκε η καταλληλότητα των εργαλείων μέτρησης, αφού έγιναν μικρές διορθώσεις.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα δεδομένα που αντλήθηκαν για το σκοπό της έρευνας από τα ερωτηματολόγια, ήταν ποιοτικά και ποσοτικά. Ποιοτικά είναι τα δεδομένα που δεν επιδέχονται μέτρηση, όπως το φύλο, το επάγγελμα το επίπεδο μόρφωσης, κλπ, ενώ ποσοτικά αυτά που μπορούν να μετρηθούν με τη βοήθεια κάποιας κλίμακας, όπως για παράδειγμα ο αριθμός θυτών, τα έτη υπηρεσίας κτλ (Κατσάνος και Αβούρης, 2008). Τα ποσοτικά δεδομένα είναι συνεχή (continuous) ενώ τα ποιοτικά δεδομένα οργανώνονται ως ονομαστικές (nominal data) και ταξινομημένες κατηγορίες (ordinal data).

### 8.1 Στατιστική ανάλυση

Στην στατιστική ανάλυση που ακολουθεί, οι ποσοτικές μεταβλητές περιγράφονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος και ενδοτεταρτημοριακό εύρος, ενώ για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκαν οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες. Για τη διερευνητική σύγκριση μιας ποσοτικής μεταβλητής με κανονική κατανομή, σε σχέση με μια διχοτόμο μεταβλητή, μεταξύ δυο ομάδων, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Student's t-test, ενώ, για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής, που δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney (Mann-Whitney test).

Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA), που αποτελεί τη φυσική επέκταση της διαδικασίας ελέγχου του μέσου όρου ενός ή δύο πληθυσμών. Η συγκεκριμένη τεχνική επιτρέπει να εξεταστεί η επίδραση περισσότερων από μία μεταβλητών, στους υπό εξέταση πληθυσμούς. Η διαδικασία ANOVA στηρίζεται (όπως και ο έλεγχος t) στην κανονικότητα των δεδομένων και πριν εφαρμοσθεί, θα πρέπει να εξετάζεται αν υπάρχουν σοβαρές αποκλίσεις από την κανονικότητα. Επίσης στη συγκεκριμένη έρευνα, για αποκλίσεις από την κανονικότητα,

χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές στατιστικές διαδικασίες, όπως το κριτήριο Kruskal-Wallis.

Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson. Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r$ , είναι ο καταλληλότερος παραμετρικός στατιστικός δείκτης, προκειμένου να αξιολογηθεί αν υπάρχει συνάφεια μεταξύ δύο μεταβλητών. Με τον όρο παραμετρικός αναφερόμαστε σε μια σειρά στατιστικών δεικτών, που ικανοποιούν συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Αν αυτές οι προϋποθέσεις "απουσιάζουν", τότε γίνεται χρήση μη παραμετρικών στατιστικών δεικτών. Για τη διερεύνηση μη παραμετρικών σχέσεων, εφαρμόζεται ο δείκτης Spearman, που δεν επηρεάζεται από την τήρηση ή "καταπάτηση" των προϋποθέσεων. Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης ( $r$ ) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5.

Επίσης χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis), η οποία αποτελεί φυσική επέκταση του συντελεστή συσχέτισης, με τη διάφορα ότι χρησιμοποιείται για την πρόβλεψη των τιμών ορισμένων μεταβλητών και παρέχει τη δυνατότητα συνεκτίμησης περισσότερων από δύο ανεξάρτητων μεταβλητών. Τα πιο ρεαλιστικά ερευνητικά μοντέλα χρησιμοποιούν περισσότερες από μια ανεξάρτητες μεταβλητές (multiple linear regression). Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) και χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων, που σχετίζονται με τις διαστάσεις εκφοβισμού και ποιότητας ζωής, από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης ( $\beta$ ) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE).

Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0 (Statistical Package for Social Sciences).

## 8.2 Αποτελέσματα

Ο συνολικός αριθμός των ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν για την έρευνα ήταν 200, εκ των οποίων επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 143 ερωτηματολόγια με συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης (response rate) 71,5%. Το δείγμα των 143 ατόμων παρουσίαζε μέση ηλικία τα 44,1 έτη, με τυπική απόκλιση (TA) 10,5 έτη. Στον Πίνακα 1 δίνονται δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

		N	%
<b>Φύλο</b>	Άνδρες	42	29,4
	Γυναίκες	101	70,6
<b>Ηλικία (μέση τιμή)</b>		44,1 (10,5)	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγαμοι	26	18,3
	Έγγαμοι	98	69,0
	Διαζευγμένοι	13	9,2
	Χήρος-αι	5	3,5
<b>Επάγγελμα</b>	Διοικητικός υπάλληλος	31	21,7
	Ιατρός	32	22,4
	Νοσηλεύτης/τρια	41	28,7
	Άλλο	39	27,3
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	Πτυχίο Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	52	36,4
	Πτυχιούχος Α-ΤΕΙ	44	30,8
	Πτυχιούχος ΑΕΙ	29	20,3
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού Διπλώματος	15	10,5
	Κάτοχος Διδακτορικού Διπλώματος	3	2,1
<b>Έτη συνολικής υπηρεσίας, μέση τιμή (TA)</b>		16,4 (10,4)	
<b>Έτη εργασίας στο τμήμα που εργάζεστε, μέση τιμή (TA)</b>		9,6 (8,6)	

**Πίνακας 1: Δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία συμμετεχόντων**

Το 70,6% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και το 29,4% ήταν άνδρες. Επίσης, το 69,0% των συμμετεχόντων ήταν παντρεμένοι. Το 28,7% των συμμετεχόντων ήταν νοσηλεύτες, το 22,4% ιατροί, το 21,7% διοικητικοί υπάλληλοι και το 27,1% ασκούσε κάποιο άλλο επάγγελμα, όπως τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων ραδιολόγοι κτλ. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες είχαν πτυχίο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με το ποσοστό να φτάνει το 36,4%, το 30,8% ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ και το 20,3% απόφοιτοι Α.Ε.Ι.. Ο μέσος αριθμός ετών συνολικής προϋπηρεσίας ήταν 16,4 έτη (TA=10,4 έτη) και στο παρόν τμήμα ήταν 9,6 έτη (TA=8,6 έτη).

### 8.3.1 Εργασιακός εκφοβισμός

Στον Πίνακα 2 δίνονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις που αφορούν στον εργασιακό εκφοβισμό που βίωναν.

	Ποτέ	Σπάνια	Μια φορά ανά μήνα	Μια φορά ανά εβδομάδα	Κάθε μέρα
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1) Σας αποκρύπτονται πληροφορίες που επηρεάζουν την απόδοσή σας	51 (35,7)	65 (45,5)	15 (10,5)	2 (1,4)	10 (7,0)
2) Εξευτελιζέστε ή γελοιοποιείστε σχετικά με τη δουλειά σας	82 (57,3)	46 (32,2)	7 (4,9)	6 (4,2)	2 (1,4)
3) Σας ανατίθεται δουλειά ξεκάθαρα κατώτερη του επιπέδου ικανοτήτων σας	37 (25,9)	58 (40,6)	28 (19,6)	10 (7)	10 (7,0)
4) Σημαντικές περιοχές ευθύνης σας, σας αφαιρούνται ή αντικαθίστανται με τετριμμένα ή ασήμαντα καθήκοντα	51 (35,7)	58 (40,6)	19 (13,3)	8 (5,6)	7 (4,9)
5) Φήμες και κουτσομπολιά διαδίδονται για σας	43 (30,1)	62 (43,4)	17 (11,9)	8 (5,6)	13 (9,1)
6) Εξαιρείστε ή αποκλείετε από διαδικασίες και κοινωνικά γεγονότα	66 (46,2)	55 (38,5)	14 (9,8)	1 (0,7)	7 (4,9)
7) Προσβλητικά ή επιθετικά σχόλια για εσάς (π.χ. συνήθειες ή παρελθόν) και την προσωπική σας ζωή	66 (46,2)	56 (39,2)	7 (4,9)	9 (6,3)	5 (3,5)
8) Σας φωνάζουν ή γίνεστε στόχος αγανάκτησης ή θυμού	53 (37,1)	61 (42,7)	17 (11,9)	7 (4,9)	5 (3,5)
9) Εκφοβιστική συμπεριφορά, όπως εισβολή στον προσωπικό σας χώρο, σπρώξιμο, κλείσιμο περάσματος κ.ά.	92 (64,3)	41 (28,7)	7 (4,9)	2 (1,4)	1 (0,7)
10) Υπόνοιες ή σημάδια από άλλους ότι θα έπρεπε να παρατήσετε τη δουλειά σας	98 (68,5)	31 (21,7)	10 (7)	3 (2,1)	1 (0,7)
11) Σας υπενθυμίζονται συνεχώς τα λάθη και οι παραλείψεις σας	45 (31,5)	69 (48,3)	20 (14)	5 (3,5)	4 (2,8)
12) Σας αγνοούν ή γίνονται επιθετικοί εναντίον σας όταν επιχειρείτε να τους προσεγγίσετε	74 (51,7)	54 (37,8)	8 (5,6)	3 (2,1)	4 (2,8)
13) Συνεχής κριτική της δουλειάς και της προσπάθειας σας	47 (32,9)	60 (42)	18 (12,6)	9 (6,3)	9 (6,3)
14) Η γνώμη και οι απόψεις σας αγνοούνται	49 (34,3)	59 (41,3)	20 (14)	7 (4,9)	8 (5,6)
15) Γίνεστε αποδέκτες φαρσών-αστειών από άτομα που δεν σας συμπαθούν	89 (62,2)	43 (30,1)	6 (4,2)	3 (2,1)	2 (1,4)
16) Σας δίνονται καθήκοντα με παράλογους ή αδύνατους στόχους ή/και προθεσμίες.	74 (51,7)	49 (34,3)	16 (11,2)	3 (2,1)	1 (0,7)
17) Γίνονται ψευδείς ισχυρισμοί σε βάρος σας	64 (44,8)	61 (42,7)	15 (10,5)	3 (2,1)	0 (0)
18) Η δουλειά σας παρακολουθείται και ελέγχεται υπερβολικά	50 (35)	59 (41,3)	18 (12,6)	8 (5,6)	8 (5,6)
19) Λέγεστε πίεση να μην απαιτήσετε κάτι το οποίο δικαιούστε (π.χ. άδειες, άδεια ασθένειας, έξοδα ταξιδιού)	69 (48,3)	57 (39,9)	13 (9,1)	4 (2,8)	0 (0)
20) Λέγεστε υπερβολικά πειράγματα και σαρκασμό	89 (62,2)	42 (29,4)	8 (5,6)	3 (2,1)	1 (0,7)
21) Εκτίθεστε σε μη διαχειρίσιμο φόρτο εργασίας	64 (44,8)	52 (36,4)	17 (11,9)	6 (4,2)	4 (2,8)
22) Σωματική κακοποίηση ή απειλές βίας	119 (83,2)	18 (12,6)	3 (2,1)	2 (1,4)	1 (0,7)

**Πίνακας 2: Στοιχεία που αφορούν στον εργασιακό εκφοβισμό που βίωναν οι συμμετέχοντες**

Το 9,1% των συμμετεχόντων είχαν κάθε μέρα φήμες και κουτσομπολιά που διαδίδονταν για αυτούς. Επίσης, στο 7,0% των συμμετεχόντων τους αποκρύπτονταν καθημερινά πληροφορίες που επηρεάζουν την απόδοσή τους και τους αναθετόταν καθημερινά δουλειά ξεκάθαρα κατώτερη του επιπέδου ικανοτήτων τους.

Στον Πίνακα 3 δίνονται στοιχεία που αφορούν στη συχνότητα με την οποία έχουν πέσει θύματα εκφοβισμού οι συμμετέχοντες στην εργασία τους.

		N	%
<b>23. Έχετε πέσει θύμα εκφοβισμού στην εργασία σας;</b>	Ποτέ	84	58,7
	<b>Σπάνια</b>	40	28,0
	<b>Μια φορά ανά μήνα</b>	12	8,4
	<b>Μια φορά ανά εβδομάδα</b>	2	1,4
	<b>Κάθε μέρα</b>	5	3,5
<b>Αν η απάντησή σου στην προηγούμενη ερώτηση ήταν «Ναι», παρακαλώ δηλώστε από ποιον δεχτήκατε εκφοβισμό</b>	Από τον άμεσο προϊστάμενό μου	15	24,6
	Από άλλους προϊσταμένους/διευθυντές στον οργανισμό	18	29,5
	Από συναδέλφους	12	19,7
	Από υφιστάμενους	3	4,9
	Από συνοδούς/ασθενείς/εκπαιδευόμενους κλπ	16	26,2
	Από άλλους	9	14,8
<b>Παρακαλώ δηλώστε τον αριθμό και το φύλο των δραστών, μέση τιμή (ΤΑ) διάμεσος (ενδ. εύρος)</b>	Άνδρες	6,6 (19,0)	1 (1 - 2)
	Γυναίκες	5,5 (15,7)	2 (1 - 3)

**Πίνακας 3: Στοιχεία που αφορούν στη συχνότητα με την οποία έχουν πέσει θύματα εκφοβισμού οι συμμετέχοντες στην εργασία τους**

Το 58,7% των συμμετεχόντων δεν έχει πέσει ποτέ θύμα εκφοβισμού στην εργασία του και το 28,0% πέφτει σπάνια. Από εκείνους που είχαν πέσει θύμα εκφοβισμού, το 29,5% το είχε βιώσει από κάποιον άλλο προϊστάμενο/διευθυντή στον οργανισμό και το 24,6% από τον άμεσο προϊστάμενό τους. Ο διάμεσος αριθμός αντρών δραστών ήταν 1 (1 - 2) και γυναικών δραστών ήταν 2 (1 - 3).

Στον Πίνακα 4 δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις εργασιακού εκφοβισμού. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερο εκφοβισμό.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (ΤΑ)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)
<b>Εργασιακός εκφοβισμός</b>	11,0	45,0	21,3 (7,0)	21 (16 - 26)
<b>Προσωπικός εκφοβισμός</b>	11,0	38,0	18,2 (6,0)	17 (13 - 22)
<b>Αυτοαναφορά εκφοβισμού</b>	1,00	5,00	1,63 (0,95)	1 (1 - 2)

**Πίνακας 4: Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις εργασιακού εκφοβισμού**

Η βαθμολογία στη διάσταση «Εργασιακός εκφοβισμός» κυμαινόταν από 11 έως 45 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 21,3 μονάδες (TA=7,0 μονάδες) και η βαθμολογία στη διάσταση «Προσωπικός εκφοβισμός» κυμαινόταν από 11 έως 38 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 18,2 μονάδες (TA=6,0 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση «Αυτοαναφορά εκφοβισμού» κυμαινόταν από 1 έως 5 με τη διάμεση τιμή να είναι 1 μονάδα (1-2 μονάδες).

Στον Πίνακα 5 δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις «Εργασιακός εκφοβισμός» και «Προσωπικός εκφοβισμός» ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία τους.

		Εργασιακός εκφοβισμός		P	Προσωπικός εκφοβισμός		P
		Μέση τιμή	TA		Μέση τιμή	TA	
<b>Φύλο</b>	Άντρες	21,6	7,8	0,803*	17,6	5,5	0,485*
	Γυναίκες	21,2	6,7		18,4	6,2	
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι	21,7	8,2	0,740*	17,4	6,0	0,255*
	Ναι	21,3	6,5		18,6	5,9	
<b>Επάγγελμα</b>	Διοικητικός υπάλληλος	19,9	6,5	0,256**	17,0	5,4	0,203**
	Ιατρός	22,5	7,1		18,7	5,7	
	Νοσηλεύτρια	22,5	6,9		19,6	6,9	
	Άλλο	20,4	7,4		17,3	5,3	
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	Πτυχίο Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	19,6	5,8	<b>0,034**</b>	16,6	4,7	<b>0,030**</b>
	Πτυχιούχος Α-ΤΕΙ	21,4	7,2		18,6	6,2	
	Πτυχιούχος ΑΕΙ/ Κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού Διπλώματος	23,2	7,7		19,6	6,6	

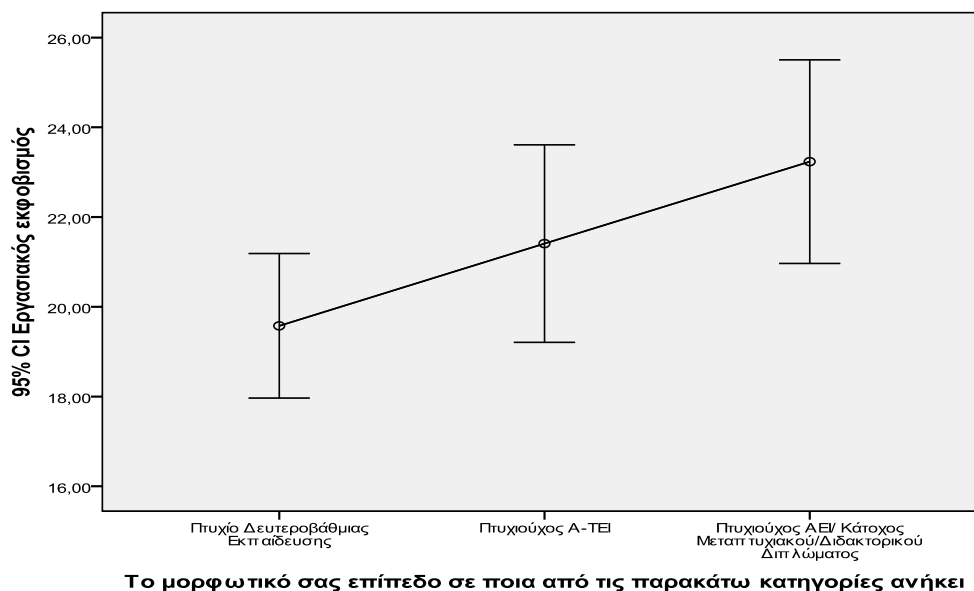
**Πίνακας 5: Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις «Εργασιακός εκφοβισμός» και «Προσωπικός εκφοβισμός» ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία τους.**

\*Student's t-test \*\*ANOVA

Οι βαθμολογίες στις διαστάσεις «Εργασιακός εκφοβισμός» και «Προσωπικός εκφοβισμός» διέφεραν σημαντικά μόνο ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι πτυχιούχοι ΑΕΙ και οι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις αυτές, υποδηλώνοντας περισσότερο εργασιακό και

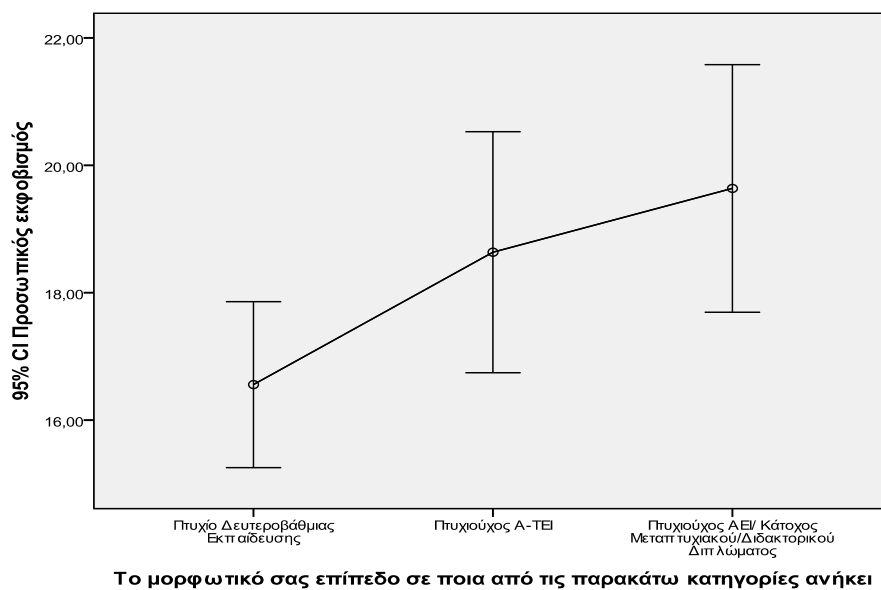
προσωπικό εκφοβισμό, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ( $p=0,029$  και  $p=0,030$  αντίστοιχα).

Στο Γράφημα 1 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εργασιακός εκφοβισμός» ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.



**Γράφημα 1: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εργασιακός εκφοβισμός» ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο**

Στο Γράφημα 2 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προσωπικός εκφοβισμός» ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.



**Γράφημα 2 Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προσωπικός εκφοβισμός» ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.**



Στον Πίνακα 6 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson των διαστάσεων «Εργασιακός εκφοβισμός» και «Προσωπικός εκφοβισμός» με την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας.

		Εργασιακός εκφοβισμός	Προσωπικός εκφοβισμός
<b>Ηλικία</b>	r	-0,04	0,05
	P	0,616	0,530
<b>Έτη συνολικής υπηρεσίας</b>	r	0,08	0,16
	P	0,372	0,054
<b>Έτη εργασίας στο τμήμα που εργάζεστε</b>	r	0,14	0,17
	P	0,090	<b>0,040</b>

**Πίνακας 6: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson των διαστάσεων «Εργασιακός εκφοβισμός» και «Προσωπικός εκφοβισμός» με την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας.**

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της διάστασης «Εργασιακός εκφοβισμός» με την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων. Αντιθέτως, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Προσωπικός εκφοβισμός» με τα έτη εργασίας στο παρόν τμήμα. Οπότε, όσο περισσότερα έτη εργάζονταν στο παρόν τμήμα οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερο προσωπικό εκφοβισμό δέχονταν.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εργασιακός εκφοβισμός» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία. Με τη μέθοδο της διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του Πίνακα 7.

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Το μορφωτικό σας επίπεδο σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει</b>	Πτυχίο Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (αναφ.)			
	Πτυχιούχος Α-ΤΕΙ	1,83	1,42	0,198
	Πτυχιούχος ΑΕΙ/ Κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού Διπλώματος	3,66	1,39	<b>0,010</b>

**Πίνακας 7: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εργασιακός εκφοβισμός» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.**

- συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup>τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Μόνο το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται με τη βαθμολογία στη διάσταση «Εργασιακός εκφοβισμός». Συγκεκριμένα, οι πτυχιούχοι ΑΕΙ και οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού Διπλώματος είχαν κατά 3,66 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερο εργασιακό εκφοβισμό, από τους συμμετέχοντες που ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Ο συντελεστής προσδιορισμού ( $R^2$ ) του παραπάνω μοντέλου ήταν 0,03. Οπότε το εκπαιδευτικό επίπεδο εξηγεί το 3% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στη διάσταση «Εργασιακός εκφοβισμός».

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σας εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προσωπικός εκφοβισμός» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία. Με τη μέθοδο της διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του Πίνακα 8.

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Το μορφωτικό σας επίπεδο σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει</b>	Πτυχίο Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (αναφ.) (αναφ.)			
	Πτυχιούχος Α-ΤΕΙ	2,26	1,19	0,060
	Πτυχιούχος ΑΕΙ/ Κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού Διπλώματος	2,82	1,18	<b>0,018</b>
<b>Έτη εργασίας στο τμήμα που εργάζεστε</b>		0,11	0,06	<b>0,050</b>

**Πίνακας 8: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας σας εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προσωπικός εκφοβισμός» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.**

<sup>+</sup> συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup> τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων και τα έτη εργασίας στο παρόν τμήμα βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Προσωπικός εκφοβισμός». Συγκεκριμένα:

- Οι πτυχιούχοι ΑΕΙ και οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού Διπλώματος είχαν κατά 2,82 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερο προσωπικό εκφοβισμό, από τους συμμετέχοντες που ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

- Όσο περισσότερα έτη εργάζονταν στο παρόν τμήμα οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερο προσωπικό εκφοβισμό δέχονταν.

Ο συντελεστής προσδιορισμού ( $R^2$ ) του παραπάνω μοντέλου ήταν 0,05. Οπότε το εκπαιδευτικό επίπεδο και τα έτη εργασίας εξηγούν το 5% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στη διάσταση «Προσωπικός εκφοβισμός»

Στον Πίνακα 9 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αυτοαναφορά εκφοβισμού» ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία τους.

		Αυτοεκτίμηση εκφοβισμού		P
		Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
<b>Φύλο</b>	Άνδρες	1,4 (0,63)	1 (1 - 2)	0,165*
	Γυναίκες	1,72 (1,05)	1 (1 - 2)	
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι	1,61 (1,06)	1 (1 - 2)	0,408*
	Ναι	1,64 (0,91)	1 (1 - 2)	
<b>Επάγγελμα</b>	Διοικητικός υπάλληλος	1,68 (0,98)	1 (1 - 2)	0,508**
	Ιατρός	1,53 (0,98)	1 (1 - 2)	
	Νοσηλεύτης/τρια	1,83 (1,16)	1 (1 - 2)	
	Άλλο	1,46 (0,6)	1 (1 - 2)	
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	Πτυχίο Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	1,56 (0,83)	1 (1 - 2)	0,927**
	Πτυχιούχος Α-ΤΕΙ	1,61 (0,97)	1 (1 - 2)	
	Πτυχιούχος ΑΕΙ/ Κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού Διπλώματος	1,72 (1,08)	1 (1 - 2)	

**Πίνακας 9: των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αυτοαναφορά εκφοβισμού» ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία τους**

\*Mann-Whitney test \*\*Kruskal-Wallis test

Δεν βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αυτοαναφορά εκφοβισμού» ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία. Στον πίνακα 10 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman της διάστασης «Αυτόαναφορά εκφοβισμού» με την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας.

		<b>Αυτοαναφορά εκφοβισμού</b>
<b>Ηλικία</b>	<b>r</b>	-0,01
	<b>P</b>	0,884
<b>Έτη συνολικής υπηρεσίας</b>	<b>r</b>	0,08
	<b>P</b>	0,317
<b>Έτη εργασίας στο τμήμα που εργάζεστε</b>	<b>r</b>	0,09
	<b>P</b>	0,292

**Πίνακας 10:** Συντελεστές συσχέτισης του Spearman της διάστασης «Αυτοαναφορά εκφοβισμού» με την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της διάστασης «Αυτοαναφορά εκφοβισμού» με την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σας εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αυτοαναφορά εκφοβισμού» και ως ανεξάρτητες μεταβλητές, τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία, αλλά δεν βρέθηκε κανένας παράγοντας που να σχετίζεται ανεξάρτητα με αυτήν.

### 8.3.2 Ποιότητα ζωής

Στον Πίνακα 11 περιγράφονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις συνοπτικές κλίμακες φυσικής και ψυχικής υγείας

	<b>Ελάχιστη τιμή</b>	<b>Μεγίστη τιμή</b>	<b>Μέση τιμή</b>	<b>TA</b>
<b>Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας</b>	20,6	64,3	48,5	9,7
<b>Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας</b>	21,1	60,2	43,1	9,0

**Πίνακας 11:** Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις συνοπτικές κλίμακες φυσικής και ψυχικής υγείας

Η βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας κυμαινόταν από 20,6 μέχρι 64,3 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 48,5 μονάδες (TA=9,7 μονάδες). Επίσης, η βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας κυμαινόταν από 21,1 μέχρι 60,2 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 43,1 μονάδες (TA=9,0 μονάδες).

Στον Πίνακα 12 δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις συνοπτικές κλίμακες φυσικής και ψυχικής υγείας ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία τους.

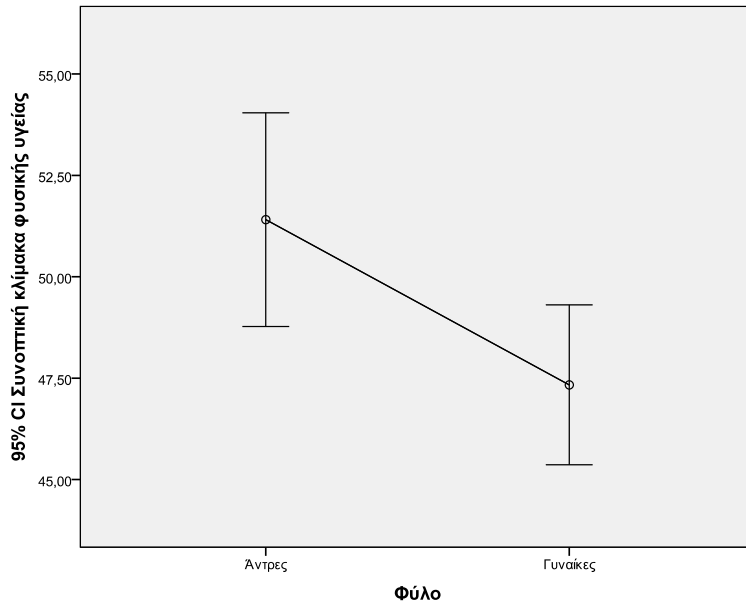
		Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας		P	Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας		P
		Μέση τιμή	TA		Μέση τιμή	TA	
<b>Φύλο</b>	Ανδρες	51,4	8,5	<b>0,022*</b>	41,4	10,6	0,147*
	Γυναίκες	47,3	10,0		43,8	8,3	
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι	48,7	10,2	0,830*	43,8	9,4	0,491*
	Ναι	48,4	9,5		42,7	8,8	
<b>Επάγγελμα</b>	Διοικητικός υπάλληλος	48,2	10,2	<b>0,024**</b>	43,3	8,6	0,897**
	Ιατρός	49,0	10,0		43,0	9,7	
	Νοσηλεύτης\τρια	45,3	10,0		42,3	7,7	
	Άλλο	51,8	7,8		43,9	10,3	
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	Πτυχίο Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	47,9	10,4	0,341**	43,9	9,6	0,760**
	Πτυχιούχος Α-ΤΕΙ	50,3	7,7		42,9	8,8	
	Πτυχιούχος ΑΕΙ/ Κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού Διπλώματος	47,5	10,5		42,6	8,9	

**Πίνακας 12: Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις συνοπτικές κλίμακες φυσικής και ψυχικής υγείας ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία τους.**

\*Student's t-test \*\*ANOVA

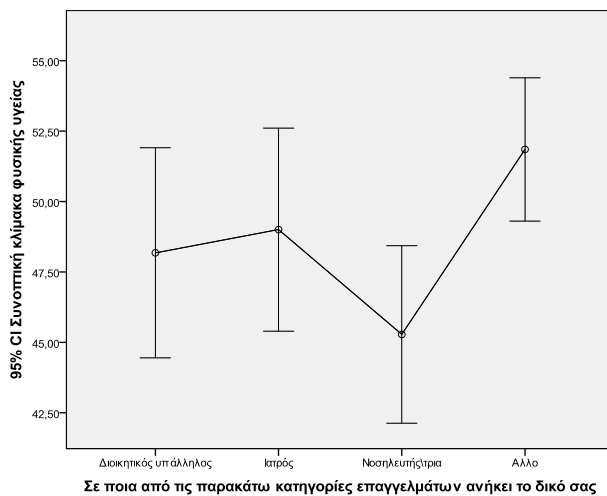
Οι άντρες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας, που υποδηλώνει καλύτερη φυσική υγεία, σε σύγκριση με τις γυναίκες. Επίσης, υπήρξε σημαντική διαφορά στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας ανάλογα με το επάγγελμα των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι νοσηλεύτες είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη φυσική υγεία, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που έκαναν «άλλο» επάγγελμα ( $p=0,016$ ). Η βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας δεν βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στο Γράφημα 3 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας ανάλογα με το φύλο τους.



**Γράφημα 3: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας ανάλογα με το φύλο τους.**

Στο Γράφημα 4 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας ανάλογα με το επάγγελμά τους.



**Γράφημα 4: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας ανάλογα με το επάγγελμά τους.**

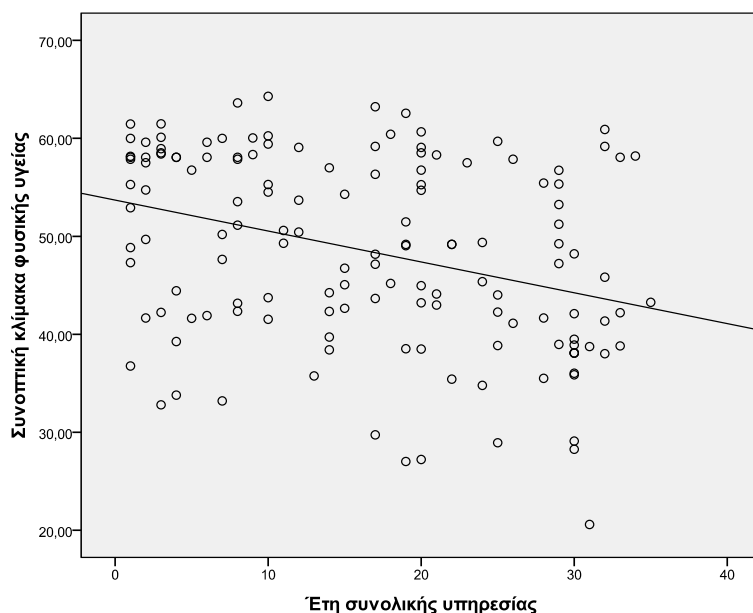
Στον Πίνακα 13 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson των βαθμολογιών στις συνοπτικές κλίμακες φυσικής και ψυχικής υγείας με την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας.

		Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας	Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας
<b>Ηλικία</b>	r	-0,22	-0,03
	P	<b>0,008</b>	0,711
<b>Έτη συνολικής υπηρεσίας</b>	r	-0,34	-0,07
	P	<b>&lt;0,001</b>	0,411
<b>Έτη εργασίας στο τμήμα που εργάζεστε</b>	r	-0,21	-0,02
	P	<b>0,013</b>	0,844

**Πίνακας 13:** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson των βαθμολογιών στις συνοπτικές κλίμακες φυσικής και ψυχικής υγείας με την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας με την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων. Συνεπώς, όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες και όσο περισσότερα έτη εργάζονταν είτε συνολικά είτε στο παρόν τμήμα τόσο χειρότερη ήταν η φυσική τους υγεία. Επίσης, δεν βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά η ψυχική υγεία με την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων.

Στο Γράφημα 5 δίνεται η συσχέτιση της συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας των συμμετεχόντων με τα έτη συνολικής προϋπηρεσίας τους.



**Γράφημα 5:** Συσχέτιση της συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας των συμμετεχόντων με τα έτη συνολικής προϋπηρεσίας τους.

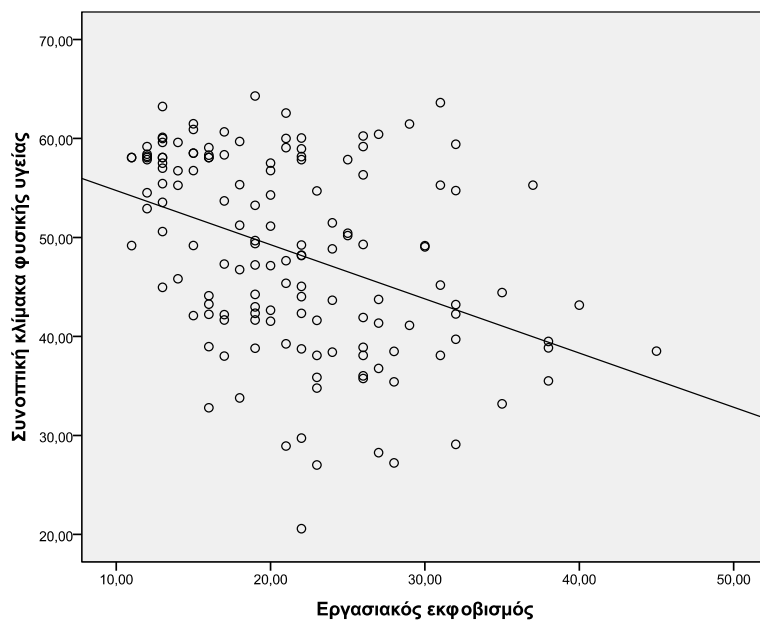
Στον Πίνακα 14 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson των βαθμολογιών στις συνοπτικές κλίμακες φυσικής και ψυχικής υγείας με τις διαστάσεις εκφοβισμού.

		Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας	Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας
Εργασιακός εκφοβισμός	r	-0,40	-0,47
	P	<0,001	<0,001
Προσωπικός εκφοβισμός	r	-0,39	-0,47
	P	<0,001	<0,001
Αυτοεκτίμηση εκφοβισμού	r	-0,29	-0,32
	P	<0,001	<0,001

**Πίνακας 14:** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson των βαθμολογιών στις συνοπτικές κλίμακες φυσικής και ψυχικής υγείας με τις διαστάσεις εκφοβισμού.

Τόσο η συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας όσο και η συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας βρέθηκαν να σχετίζονται αρνητικά σημαντικά με όλες τις διαστάσεις εργασιακού εκφοβισμού. Συνεπώς, όσο περισσότερο εργασιακό εκφοβισμό είχαν βιώσει οι συμμετέχοντες τόσο χειρότερη ήταν η φυσική τους και ψυχική τους υγεία.

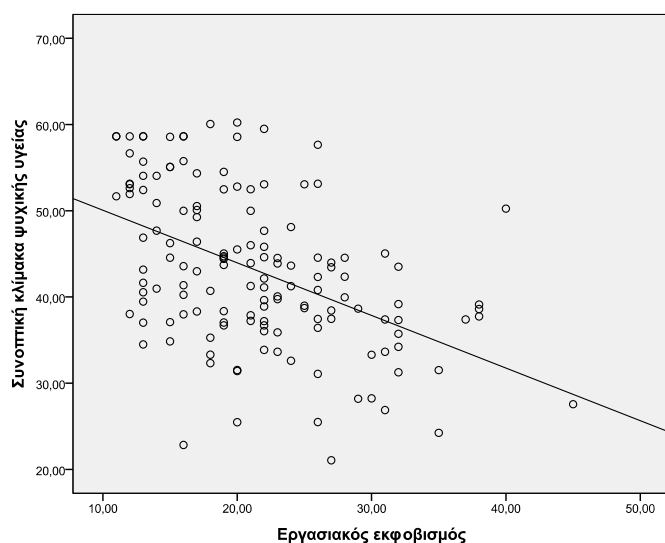
Στο Γράφημα 6 δίνεται η συσχέτιση της συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας των συμμετεχόντων με τη διάσταση «Εργασιακός εκφοβισμός».



**Γράφημα 6:** Συσχέτιση της συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας των συμμετεχόντων με τη διάσταση «Εργασιακός εκφοβισμός».

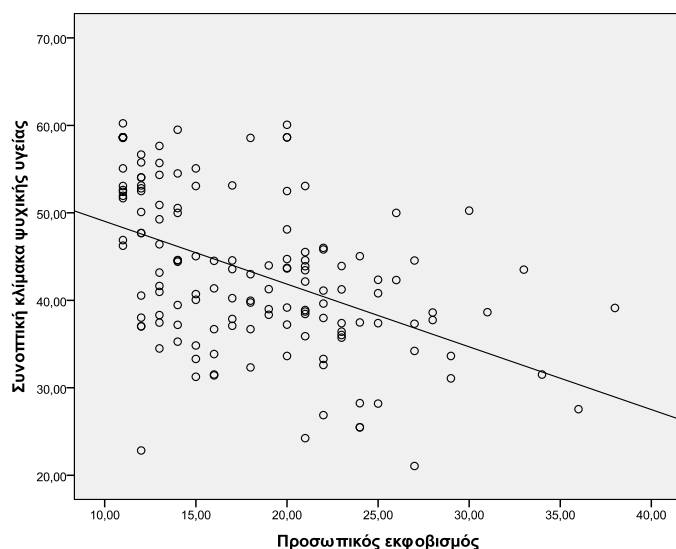


Στο Γράφημα 7 δίνεται η συσχέτιση της συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων με τη διάσταση «Εργασιακός εκφοβισμός».



**Γράφημα 7:** Συσχέτιση της συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων με τη διάσταση «Εργασιακός εκφοβισμός».

Στο Γράφημα 8 δίνεται η συσχέτιση της συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων με τη διάσταση «Προσωπικός εκφοβισμός».



**Γράφημα 8:** Συσχέτιση της συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων με τη διάσταση «Προσωπικός εκφοβισμός».

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σας εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας

και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία. Με τη μέθοδο της διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Άνδρες (αναφ.)			
	Γυναίκες	-4,20	1,52	0,006
<b>Έτη συνολικής υπηρεσίας</b>		-0,29	0,07	<0,001
<b>Εργασιακός εκφοβισμός</b>		-0,52	0,10	<0,001

**Πίνακας 15: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας σας εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.**

<sup>+</sup> συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup> τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Το φύλο, τα έτη συνολικής εργασίας και η βαθμολογία στη διάσταση «Εργασιακός εκφοβισμός» βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν κατά 4,20 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη φυσική υγεία, σε σύγκριση με τους άντρες.
- Όσο περισσότερα έτη εργάζονταν συνολικά οι συμμετέχοντες τόσο χειρότερη ήταν η φυσική τους υγεία.
- Όσο περισσότερο εργασιακό εκφοβισμό βίωναν οι συμμετέχοντες τόσο χειρότερη ήταν η φυσική τους υγεία.

Ο συντελεστής προσδιορισμού ( $R^2$ ) του παραπάνω μοντέλου ήταν 0,28. Οπότε το φύλο, τα έτη εργασίας και η βαθμολογία στη διάσταση «Εργασιακός εκφοβισμός» εξηγούν το 28% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σας εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία. Με τη μέθοδο της διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του Πίνακα 16.

	$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
Εργασιακός εκφοβισμός	-0,34	0,16	0,033
Προσωπικός εκφοβισμός	-0,39	0,19	0,041

**Πίνακας 16: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.**

<sup>+</sup> συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup> τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Οι βαθμολογίες στις διαστάσεις «Εργασιακός εκφοβισμός» και «Προσωπικός εκφοβισμός» βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερο εργασιακό εκφοβισμό βίωναν οι συμμετέχοντες τόσο χειρότερη ήταν η ψυχική τους υγεία.
- Όσο περισσότερο προσωπικό εκφοβισμό βίωναν οι συμμετέχοντες τόσο χειρότερη ήταν η ψυχική τους υγεία.

Ο συντελεστής προσδιορισμού ( $R^2$ ) του παραπάνω μοντέλου ήταν 0,24. Οπότε οι διαστάσεις «Εργασιακός εκφοβισμός» και «Προσωπικός εκφοβισμός» εξηγούν το 24% της μεταβλητότητας της συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας.

## 8.4 Συζήτηση

Στη μελέτη αυτή, εξετάστηκε το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού, και η ποιότητα ζωής στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης και συγκεκριμένα σε δομή Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Τα δεδομένα προήλθαν από 143 συμμετέχοντες, με ποσοστό ανταπόκρισης 71,5%. Στην παρούσα έρευνα, η πλειονότητα των ερωτώμενων ήταν οι γυναίκες. Οι επαγγελματικές ιδιότητες των ερωτώμενων, που είχαν τη μεγαλύτερη συχνότητα κατανομής, ήταν νοσηλευτές και ιατροί. Με βάση το φύλο, οι γυναίκες απασχολούνται κυρίως ως νοσηλεύτριες και οι άνδρες ως ιατροί. Η διαμόρφωση της ηλικιακής κατανομής, είχε μέση τιμή 44,1 έτη, που σημαίνει ότι αρκετοί επαγγελματίες υγείας ήταν μέσης ηλικίας και υπάρχει αρκετά χαμηλός αριθμός νέων εργαζόμενων. Σχεδόν το 60% των συμμετεχόντων κατείχε πτυχίο τριτοβάθμιας

εκπαίδευσης, με μικρό σχετικά ποσοστό εργαζόμενων να κατέχει μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο σπουδών.

Η καταγραφή της ύπαρξης του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, διενεργήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου NAQ-R, από το βαθμολογικό άθροισμα των 22 ερωτήσεων του NAQ-R, που αφορούν την πιθανή εμπειρία των συμμετεχόντων σε εκφοβιστικές συμπεριφορές. Στην έρευνα αναδείχτηκε ότι το 13,3%, έχει πέσει θύμα εκφοβισμού, τουλάχιστον μια φορά ανά μηνά, το 28,0% του προσωπικού έχει πέσει σπάνια θύμα εκφοβισμού, ενώ το 58,7% των συμμετεχόντων δεν έχει πέσει ποτέ θύμα εκφοβισμού στην εργασία του. Δηλαδή περίπου το 41% των εργαζομένων έχει αντιμετωπίσει κάποια στιγμή στην εργασιακή του σταδιοδρομία εκφοβιστικές συμπεριφορές. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνεται από την μελέτη του Ege το 2002, όπου αναφέρει ότι στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το 52% των εργαζομένων που απασχολούνται σε μία συγκεκριμένη θέση εργασίας, στο χώρο της υγείας έχουν βιώσει κάποιο είδος επιθετικής συμπεριφοράς στην εργασία τους. Μια άλλη μελέτη, στη Μεγάλη Βρετανία, το 1996, αναφέρει ότι το 38% των εργαζομένων σε μια κοινοτική ένωση υγείας, είχαν βιώσει έναν ή περισσότερους τύπους εκφοβισμού μέσα σε ένα χρόνο (Quine 1999).

Σε άλλη μελέτη που διερεύνησε την ύπαρξη πράξεων εκφοβισμού στο εργασιακό περιβάλλον, σε δείγμα 134 νοσηλευτών, που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας πέντε νοσοκομείων στην Κορέα, με χρήση του NAQ-R, αναφέρουν ότι το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας, που δήχθηκα εργασιακό εκφοβισμό ήταν 17,2% (Yun et al. 2014). Υψηλότερα είναι τα ποσοστά που ανίχνευσαν οι Nam et al. το 2010, μελετώντας δείγμα 190 νοσηλευτών, όπου τα θύματα εκφοβισμού ανέρχονται σε 19,5%. Επίσης σε άλλη μελέτη των Purpora, et al. (2012), σε δείγμα 175 νοσηλευτών το ποσοστό θυμάτων εκφοβισμού ήταν 21,1%. Σε άλλη έρευνα, μελετήθηκε δείγμα 3.000 εργαζομένων από διάφορα επαγγέλματα στην Ιταλία και βρέθηκε ότι το 15,2% των ερωτηθέντων είχε βιώσει εργασιακό εκφοβισμό (Arenas & Leon-Perez. 2011). Σε αντίστοιχη μελέτη στην Ισπανία το ποσοστό ήταν 14% (Gonzalez et al. 2010). Επίσης σε πρόσφατη μελέτη στην Ελλάδα, που διενεργήθηκε σε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, έδειξε ότι 17,4% των ερωτώμενων είχε πέσει θύμα εκφοβισμού, ενώ το 26,2% των ερωτώμενων ήταν περιστασιακό θύμα εκφοβισμού (Σπανός 2017).

Στην παρούσα εργασία, από τους ερωτηθέντες που είχαν πέσει θύμα εκφοβισμού, το 29,5% αναφέρει ότι δέχεται εκφοβιστικές συμπεριφορές, από κάποιον προϊστάμενο ή διευθυντή του οργανισμού και το 24,6% από τον άμεσο προϊστάμενό τους. Δηλαδή οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο δέχονται φαινόμενα εκφοβισμού σε μεγάλο ποσοστό, από ανώτερα στελέχη όντος του οργανισμού. Το αποτέλεσμα αυτό αρχικά συμφωνεί την έρευνα των Hoel et al. (2001) κατά την οποία αυτοί που παρενοχλούν είναι συνήθως άτομα υψηλών ιεραρχικά βαθμίδων, μάλιστα το 48,8% των θυμάτων ανέφεραν ότι έγιναν στόχος παρενόχλησης από τους προϊσταμένους τους, το 36,7% από ομοιόβαθμους συναδέλφους, το 6,7% από υφιστάμενους και το 7,8% από πελάτες. Σε άλλη μελέτη, το αναφερόμενο ποσοστό των εργαζόμενων που παρενοχλούνταν από τους ιεραρχικά ανώτερους, ήταν 58%, το 29% παρενοχλούνταν τόσο από προϊσταμένους, όσο και από συναδέλφους και σε ποσοστό 12% η παρενόχληση προερχόταν από τους συναδέλφους (Hirigoyen et al. 2002). Σε αντίστοιχη μελέτη του Vessey et al. το 2009, αναφέρεται ότι οι θύτες του νοσηλευτικού εκφοβισμού, είναι συχνότερα άνθρωποι μέσα από τον ίδιο το νοσηλευτικό τομέα, με ποσοστά: 24% ανώτεροι νοσηλευτές, 17% προϊστάμενοι νοσηλευτές, 15% συναδέλφοι νοσηλευτές, και 14% διευθυντές νοσηλευτικής υπηρεσίας. Σε παρόμοια έρευνα από τον Johnson et al. το 2009, αναφέρεται ότι το 50% των νοσηλευτών που δέχθηκαν εκφοβισμό, ενοχοποιούν τους διευθυντές ως θύτες, το 25% τους προϊσταμένους νοσηλευτές, ενώ το 38% τους συναδέλφους τους. Επίσης σε πρόσφατη μελέτη από τον Berry et al. το 2012, ανιχνεύτηκε ότι το 63% των θυτών εντοπίζεται στους ανώτερους νοσηλευτές, με το 44% να είναι συναδέλφοι νοσηλευτές και το 19% να αφορά άτομα σε θέσεις ευθύνης, όπως διευθυντής νοσηλευτικής υπηρεσίας, προϊστάμενος, υπεύθυνος. Στη μελέτη της Sauer (2013), ως πιο συχνές πηγές εκφοβισμού αναφέρονται, οι προϊσταμένες νοσηλεύτριες (16,5%), οι ιατροί (14,8%), οι ασθενείς (13,7%) και οι υφιστάμενοι (12,1%). Το ίδιο έδειξε και έρευνα που πραγματοποιήθηκε στους επαγγελματίες υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) στο Ηνωμένο Βασίλειο από τη Carter et al. (2013). Ο λόγος που μπορεί να συμβαίνει αυτό το γεγονός, είναι ότι η επαφή με την ασθένεια, τον πόνο και τον θάνατο, επηρεάζει τους επαγγελματίες υγείας που αντιδρούν κυνικά ακόμη και βίαια (Saridi, 2013). Επίσης, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν, ότι η ιεραρχία ενισχύει την κατάχρηση εξουσίας και συνεπώς την εργασιακή παρενόχληση εις βάρος απλών υπαλλήλων (Κατραμάδου 2005).

Επιπροσθέτως η παρούσα έρευνα ανέδειξε ότι μόνο το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, σχετίζεται με τη βαθμολογία στη διάσταση «Εργασιακός εκφοβισμός». Συγκεκριμένα, οι πτυχιούχοι ΑΕΙ και οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού Διπλώματος είχαν κατά 3,66 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερο εργασιακό εκφοβισμό, από τους συμμετέχοντες που ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι όσο μεγαλύτερο είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζομένων, τόσο περισσότερο προσωπικό εκφοβισμό βιώνουν, σε σχέση με τους εργαζόμενους που άνηκαν σε κατώτερη βαθμίδα εκπαίδευσης. Η σχέση μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και εκπαιδευτικού επιπέδου, αναδεικνύεται στη μελέτη των Skogstad et al., το 2007, που αναφέρει ότι όσο μεγαλύτερο είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζομένων σε ένα οργανισμό, τόσο επιδεινώνονται οι συγκρούσεις και αυξάνεται η εκφοβιστική συμπεριφορά. Σημαντική στατιστική συσχέτιση, μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και της εκδήλωσης εργασιακού εκφοβισμού αναδείχτηκε και στη μελέτη του Smith, (2011), κατά την οποία οι συμμετέχοντες με εκπαιδευτικό επίπεδο τριτοβάθμιας τεχνολογικής εκπαίδευσης, δέχονται περισσότερο εκφοβισμό σε σχέση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και η μελέτη των Alterman et al., (2013), που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α. βασισμένη σε έκθεση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Βέβαια στην Ελλάδα έρευνες που εξέτασαν τη συγκεκριμένη σχέση, δεν κατέγραψαν σημαντική στατιστική σχέση μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και εκπαιδευτικό επίπεδο (Καρατζά 2015).

Επίσης στην παρούσα εργασία, τα έτη εργασίας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Προσωπικός εκφοβισμός» και συγκεκριμένα, όσο περισσότερα έτη εργάζονταν στο παρόν τμήμα οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερο προσωπικό εκφοβισμό δέχονταν. Η διαπίστωση αυτή συμφωνεί με μελέτες, που αναφέρουν σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας στον τομέα εργασίας και στην εκδήλωση πράξεων εργασιακού εκφοβισμού, όπως η μελέτη των Johnson et al. το 2009. Το ίδιο ανέδειξε και η μελέτη του Stelmaschuk, το 2010. Βέβαια πολλές μελέτες αναφέρουν, ότι οι πράξεις εργασιακού εκφοβισμού, βιώνεται κυρίως από νεότερους και πιο άπειρους νοσηλευτές (McKenna et al., 2003, Griffin 2004, Vessey et al. 2009; Laschinger et al. 2010). Επιπροσθέτως σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι τα έτη προϋπηρεσίας είχαν υψηλή συσχέτιση ( $r=0,9$ ,  $p<0,001$ ) ως ανεξάρτητη μεταβλητή και ότι θύματα εκφοβισμού είναι κυρίως νοσηλευτές με αρκετή

εμπειρία. στην τρέχουσα μονάδα εργασίας (Καρατζά 2015). Τέλος οι Anderson και Parish (2003), μελέτησαν τη σχέση μεταξύ του θύματος και των χαρακτηριστικών βίας στο χώρο εργασίας και συμμετείχαν 90 νοσηλεύτριες στην Ισπανία, κατέγραψαν ότι η ηλικία των νοσηλευτών και τα έτη προϋπηρεσίας δεν σχετίζονται με τη βία.

Στη συνέχεια της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση, έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αυτοαναφορά εκφοβισμού» και σαν ανεξάρτητες μεταβλητές, τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία, αλλά δεν βρέθηκε κανένας παράγοντας που να σχετίζεται ανεξάρτητα με αυτήν. Το αποτέλεσμα επιβεβαιώνεται από πρόσφατη μελέτη, στην οποία πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση του εργασιακού εκφοβισμού και των δημογραφικών στοιχείων και βρέθηκε, ότι δεν υπήρχε σημαντική στατιστική σχέση μεταξύ τους στο τελικό μοντέλο της (Καρατζά 2015).

Στο δεύτερο σημαντικό ερώτημα της παρούσας μελέτης, δηλαδή αν υπάρχει σχέση του εργασιακού εκφοβισμού με την ποιότητα ζωής και κατ' επέκταση της γενικής υγείας των εργαζομένων, προέκυψε ότι, τόσο η συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας, όσο και η συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας, βρέθηκαν να σχετίζονται αρνητικά σημαντικά με όλες τις διαστάσεις εργασιακού εκφοβισμού. Συνεπώς, όσο περισσότερο εργασιακό εκφοβισμό είχαν βιώσει οι συμμετέχοντες, τόσο χειρότερη ήταν η φυσική τους και ψυχική τους υγεία. Σε μελέτη των Burnes & Pope (2007) που διενεργήθηκε σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας του NHS (National Health System) και του ιδιωτικού τομέα, τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι το φαινόμενο του εκφοβισμού συνοδεύεται από επιθετικότητα και αρνητική επίδραση στη υγεία των εργαζομένων με επιπτώσεις στη σωστή λειτουργία των δόμων υγείας. Σε άλλη έρευνα που διενεργήθηκε, παρατηρήθηκε ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και ψυχικής υγείας των επαγγελματιών υγείας ( $r = 0,632$ ), δηλαδή ο εκφοβισμός σχετίζεται με την κακή ψυχική υγεία των εργαζομένων, και αντίστροφα (Σπανός 2017). Μελέτη του Carter et al. (2013) σε δείγμα νοσηλευτών, διαπιστώθηκε η συσχέτιση μεταξύ του εργασιακού εκφοβισμού και του επιπέδου γενικής υγείας των νοσηλευτών, όπου ο εκφοβισμός συσχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής υγείας, μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία και αύξηση της τάσης εγκατάλειψης από τη θέση εργασίας. Το ποσοστό του προσωπικού υπέφερε από συμπτώματα ψυχικής διαταραχής ήταν 29,9%. Επίσης μελέτη σε δείγμα 4.407 νοσηλευτών, που πραγματοποιήθηκε στην Ιαπωνία, έδειξε ότι οι

νοσηλευτές εμφάνιζαν σημαντική επιβάρυνση της γενικής υγείας τους (Suzuki et al. 2004). Ακόμη σε άλλη μελέτη, που καταγράφει την συχνότητα εμφάνισης πράξεων εργασιακού εκφοβισμού σε νοσηλευτές, που εργάζονταν σε νοσοκομεία στις ΗΠΑ, ανέδειξε την εμφάνιση σημαντικών επιπέδων άγχους, που οφείλονταν στο φαινόμενο του εκφοβισμού και αντιμετωπίζονταν, μεταξύ άλλων, μέσω της στήριξης των θυμάτων από το οικείο περιβάλλον (Vessey et al. 2009). Μελέτη του Kwok et al. (2006) σε δείγμα 420 νοσηλευτών, έδειξε στους περισσότερους νοσηλευτές, που είχαν υποστεί λεκτική ή άλλου είδους κακοποίηση, επιβαρύνθηκε η ψυχική τους υγεία και αναζήτησαν «βοήθεια» από φίλους και τα μέλη της οικογένειας, καθώς αυτό τους έκανε να αισθάνονται καλύτερα. Όπως αναφέρεται σε άλλη έρευνα, οι επιπτώσεις στη ψυχική υγεία του εργαζόμενου είναι το έντονο άγχος, η έντονη δυσφορία, η απώλεια αυτοελέγχου, η μελαγχολία, η κατάθλιψη, η δυσκολία επικοινωνίας, οι διαταραχές της προσωπικότητας, οι φοβίες, οι αυτοκτονικές τάσεις και τα συναισθήματα αποτυχίας, μοναξιάς, απογοήτευσης, ανικανότητας και παραίτησης (Saridi 2013).

Επίσης στην παρούσα μελέτη το φύλο, τα έτη συνολικής εργασίας και η βαθμολογία στη διάσταση «Εργασιακός εκφοβισμός», βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας. Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε, ότι οι γυναίκες είχαν κατά 4,20 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη φυσική υγεία, σε σύγκριση με τους άντρες. Το συμπέρασμα αυτό αναδεικνύεται και στη μελέτη της Καρατζά (2015), όπου αναφέρεται από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, οι γυναίκες συγκέντρωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία σε σχέση με τους άνδρες και έτσι το γυναικείο φύλο εμφάνιζε χειρότερα επίπεδα γενικής υγείας. Το γεγονός αυτό έχει αναφερθεί σε άλλες μελέτες του υγειονομικού χώρου, όπως η μελέτη του Saavedra et al. (2012) που διενεργήθηκε σε δείγμα 98 νοσηλευτών και 98 νοσηλευτριών. Η εργασία αυτή διερεύνησε την ύπαρξη ή μη διαφοράς στο επίπεδο γενικής υγείας μεταξύ των δύο φύλων και έδειξε ότι οι γυναίκες παρουσίαζαν χειρότερο επίπεδο γενικής υγείας σε σχέση με τους άνδρες. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και η έρευνα του Ludermir (2008). Η μελέτη των Mackintosh et al (2010) για τις επιπτώσεις του εργασιακού εκφοβισμού σε γυναίκες, που εργάζονται στο χώρο της υγείας, κατέληξε στην επιβάρυνση της φυσικής υγείας και μέσω της έρευνας κατέληξαν, ότι είναι σημαντικό να εξεταστούν τα αίτια της εργασιακής παρενόχλησης, ώστε τα θύματα να μπορέσουν να αντισταθούν σε τέτοια φαινόμενα και να υιοθετήσουν μια νέα στάση εργασίας. Τέλος σε έρευνα σε γυναίκες επαγγελματίες υγείας, εργαζόμενες σε νοσοκομείο, βρέθηκε



συσχέτιση των μυοσκελετικών πόνων με ψυχολογικούς παράγοντες (Μουστάκα και συν. 2010, Edvin et al 1996).

Αναφορικά με τα έτη υπηρεσίας, στη παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι όσο περισσότερα έτη εργάζονταν συνολικά οι συμμετέχοντες, τόσο χειρότερη ήταν η φυσική τους υγεία. Η διαπίστωση αυτή συμφωνεί με έρευνα στον Ελλαδικό χώρο, όπου καταγράφηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας και της σωματικής λειτουργικότητας. Οι επαγγελματίες υγείας με <5 έτη προϋπηρεσίας εμφάνισαν καλύτερη σωματική υγεία, ενώ οι νοσηλευτές με >15 έτη προϋπηρεσίας εμφάνισαν σωματική καταπόνηση (Μπελλάλη και συν 2007). Βεβαία αρκετές μελέτες δεν ανιχνεύουν στατιστική σημαντική συσχέτιση με τα έτη υπηρεσίας και την σωματική καταπόνηση (Καρατζά 2015, Σπανός 2017)

Τέλος η διαπίστωση της παρούσας εργασίας, ότι όσο περισσότερο προσωπικό εκφοβισμό βίωναν οι συμμετέχοντες, τόσο χειρότερη ήταν η ψυχική τους υγεία, επιβεβαιώνεται από αρκετές μελέτες στο χώρο της υγείας και οι οποίες έχουν προαναφερθεί (Yan et al., 2014, Vessey et al. 2009, Kwok et al. 2006, Carter et al. 2013).

## 8.5 Περιορισμοί της έρευνας

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε σε δείγμα επαγγελματιών υγείας σε δημόσιο επαρχιακό νοσοκομείο και συνεπώς τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν για το σύνολο των εργαζομένων στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδος. Επίσης, το κύριο ερευνητικό εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε για την καταγραφή του εκφοβισμού, το NAQ-R, έχει δημιουργηθεί από Νορβηγούς επιστήμονες και οι τιμές ορίων, έχουν διαμορφωθεί με χρήση δείγματος από τη συγκεκριμένη χώρα. Πρέπει λοιπόν να επισημανθεί, ότι μπορεί να μην είναι πλήρως εφαρμόσιμες σε χώρες όπως η Ελλάδα με διαφορετικές εργασιακές αντιλήψεις και πολιτισμικές αναφορές, οπότε ίσως απαιτείται περαιτέρω μελέτη για να καθιερωθεί πλήρως η μέθοδος (Nielsen et al. 2012).

## 8.6 Προτάσεις

Στη σημερινή εποχή, ο μεγαλύτερος επιβαρυντικός παράγοντας, που δημιουργεί έκρηξη των φαινομένων του εργασιακού εκφοβισμού στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, είναι η παρατεταμένη οικονομική κρίση. Η παρούσα κοινωνικοοικονομική περίοδος της χώρας, με δεδομένα την υψηλή ανεργία, την εργασιακή ανασφάλεια και τις χαμηλές αποδοχές, δημιουργεί τις προϋποθέσεις για να αρχίσει ο διάλογος, για τους τρόπους αντιμετώπισης των εκφοβιστικών πρακτικών, στους χώρους εργασίας. Έτσι οι φορείς υγειονομικής περίθαλψης, πρέπει να μεριμνήσουν για την αλλαγή του πυραμιδικού συστήματος οργάνωσης, το οποίο ευνοεί τη κατάχρηση εξουσίας από τους ιεραρχικά ανώτερους και δημιουργεί τις συνθήκες για προβατικές συμπεριφορές. Ίσως η εφαρμογή ενός διαφορετικού οργανωσιακού μοντέλου, όπως των κυκλικών ομάδων, που να βασίζεται σε κυκλικό οργανόγραμμα των δομών, μπορεί να βελτιώσει την επικοινωνία και τις σχέσεις των επαγγελματιών υγείας, να συμβάλει στη μετάδοση «μηνυμάτων» μέσα από καινοτόμα κανάλια επικοινωνίας, να βοηθήσει στην αρτιότερη εργασιακή απόδοση και να βελτιώσει τελικά την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των υγειονομικών δομών.

Επιπλέον, βασική προϋπόθεση για την μείωση των φαινομένων εκφοβισμού, είναι η προώθηση από τους αρμόδιους σχεδιασμού πολιτικών υγείας, μιας απαράβατης εργατικής νομοθεσίας, η οποία θα οδηγήσει στην εφαρμογή ενός εργασιακού καθηκοντολόγιου. Επίσης είναι αναγκαίος ο νομοθετικός σχεδιασμός αντιμετώπισης φαινομένων βίας, εκφοβισμού και παρενόχλησης στον εργασιακό χώρο, ο οποίος θα υιοθετεί στρατηγικές πρόληψης και διαχείρισης, με αυστηρούς κανόνες ασφαλείας για προστασία όλων των εργαζομένων (Koukia et al. 2013).

Στον τομέα αυτό η πολιτεία οφείλει να μεριμνήσει, για την ένταξη της επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας στην εκπαίδευση με συστηματική διδασκαλία, καθιερώνοντας ένα υγιή εργασιακά τοπίο στην καθημερινότητα των πολιτών. Η εφαρμογή τέτοιων αντιλήψεων μπορεί να επιφέρει μακροχρόνια, σημαντική μείωση της ύπαρξης του φαινομένου του εκφοβισμού, επιτυγχάνοντας κοινωνική ισότητα και συνοχή.

Επίσης, είναι χρήσιμη η συλλογή δεδομένων, μέσω παρόμοιων ερευνών στο χώρο των επαγγελματιών υγείας, ώστε να καταγράφουν οι συμπεριφορές, οι αντιλήψεις, οι

στάσεις, οι απόψεις, οι γνώσεις και τα συναισθήματα του υγειονομικού προσωπικού. Μόνο με την κατανόηση των βαθύτερων αιτιών του εργασιακού εκφοβισμού, θα καταστεί δυνατή η εξάλειψη του φαινομένου, ώστε να βελτιωθεί τόσο η ποιότητα όσο και η ποσότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

Ακόμη οι ηγεσίες των δομών περίθαλψης, δεν πρέπει να αγνοούν ότι τα επαγγέλματα υγείας, εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο έκθεσης σε πράξεις εκφοβισμού και επομένως πρέπει να λαμβάνουν μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου. Η εκπαίδευση του προσωπικού, μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων, η πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση των εργαζομένων σχετικά με το φαινόμενο, μέσω ενημερωτικών εκδηλώσεων, πρέπει να αποτελέσει αρμοδιότητά τους, ώστε να αποφευχθούν εχθρικές συμπεριφορές, που προκαλούν την παρενόχληση, ενισχύοντας την ομαλή συνύπαρξη και συνεργασία.

Τέλος, για την εκδήλωση πράξεων εκφοβισμού στο χώρο εργασίας των επαγγελματιών υγείας, οι τοπικοί φορείς, οι σύμβουλοι υγείας οι κοινωνικοί επιστήμονες, οι νομικοί σύμβουλοι, και οι επαγγελματικές οργανώσεις, θα πρέπει να ανιχνεύσουν τις αιτίες που δημιουργούν το πρόβλημα, ώστε να βρουν τρόπους αποτελεσματικότερης αντιμετώπισής του.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΙΚΩΝΩΝ

Εικόνα 1: Ιεράρχηση των αναγκών κατά Maslow (Πηγή: Μπουραντάς 2002) .....	17
Εικόνα 2 <i>Η επαρκής πληροφόρηση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων στην εκτίμηση επαγγελματικού κινδύνου; (ESENER- 2, 2015).</i> .....	45
Εικόνα 3: <i>Η ύπαρξη διαδικασιών για την αντιμετώπιση φαινομένων εκφοβισμού, σε επιχειρήσεις που απασχολούν 20 και πλέον εργαζομένους (ESENER-2, 2015)</i> .....	45
Εικόνα 4 Αποτύπωση υγείας και ασθένειας (Πηγη Wilson & Glaros 1994) .....	59

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία συμμετεχόντων .....	100
Πίνακας 2: Στοιχεία που αφορούν στον εργασιακό εκφοβισμό που βίωναν οι συμμετέχοντες.....	101
Πίνακας 3: Στοιχεία που αφορούν στη συχνότητα με την οποία έχουν πέσει θύματα εκφοβισμού οι συμμετέχοντες στην εργασία τους .....	102
Πίνακας 4: Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις εργασιακού εκφοβισμού .....	102
Πίνακας 5: Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις «Εργασιακός εκφοβισμός» και «Προσωπικός εκφοβισμός» ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία τους. ....	103
Πίνακας 6: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson των διαστάσεων «Εργασιακός εκφοβισμός» και «Προσωπικός εκφοβισμός» με την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας. ....	105
Πίνακας 7: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας σας εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εργασιακός εκφοβισμός» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία. ....	105
Πίνακας 8: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας σας εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προσωπικός εκφοβισμός» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία. ....	106
Πίνακας 9: των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αυτοαναφορά εκφοβισμού» ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία τους.....	107
Πίνακας 10: Συντελεστές συσχέτισης του Spearman της διάστασης «Αυτοαναφορά εκφοβισμού» με την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας.....	108
Πίνακας 11: Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις συνοπτικές κλίμακες φυσικής και ψυχικής υγείας .....	108

Πίνακας 12: Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις συνοπτικές κλίμακες φυσικής και ψυχικής υγείας ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία τους.....	109
Πίνακας 13: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson των βαθμολογιών στις συνοπτικές κλίμακες φυσικής και ψυχικής υγείας με την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας.....	111
Πίνακας 14: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson των βαθμολογιών στις συνοπτικές κλίμακες φυσικής και ψυχικής υγείας με τις διαστάσεις εκφοβισμού. ....	112
Πίνακας 15: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας σας εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία... ..	114
Πίνακας 16: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας σας εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία. ..	115

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εργασιακός εκφοβισμός» ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.....	104
Γράφημα 2 Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προσωπικός εκφοβισμός» ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.....	104
Γράφημα 3: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας ανάλογα με το φύλο τους. ....	110
Γράφημα 4: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας ανάλογα με το επάγγελμά τους. ....	110
Γράφημα 5: Συσχέτιση της συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας των συμμετεχόντων με τα έτη συνολικής προϋπηρεσίας τους. ....	111
Γράφημα 6: Συσχέτιση της συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας των συμμετεχόντων με τη διάσταση «Εργασιακός εκφοβισμός». ....	112
Γράφημα 7: Συσχέτιση της συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων με τη διάσταση «Εργασιακός εκφοβισμός». ....	113
Γράφημα 8: Συσχέτιση της συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων με τη διάσταση «Προσωπικός εκφοβισμός». ....	113

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αγαπητοί Συμμετέχοντες,

Στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος του Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου, Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας, διεξάγεται η παρούσα μελέτη με τίτλο: «Σχέση μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και ποιότητας ζωής σε νοσοκομειακούς εργαζόμενους».

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη. Δεν θα αναφέρετε προσωπικά σας στοιχεία στο ερωτηματολόγιο και οι απαντήσεις σας θα είναι εμπιστευτικές, δεν θα δημοσιοποιηθούν, αλλά θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Παρακαλούμε να συμπληρώσετε τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια και προσοχή.

Αν έχετε οποιαδήποτε απορία για το νόημα τους, μην διστάσετε να απευθυνθείτε στον επιβλέποντα την εργασία ερευνητή. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και για τα 10-15 λεπτά που θα χρειαστείτε για την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

Γαλάνης Πέτρος

Επιβλέπων Καθηγητής

Σταμέλος Κωνσταντίνος

Μεταπτυχιακός Φοιτητής

**ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: Δημογραφικά στοιχεία** (Απαντήστε βάζοντας ένα X στο αντίστοιχο κουτάκι)

**Φύλο:**

Άνδρας	<input type="checkbox"/>
Γυναίκα	<input type="checkbox"/>

**Ηλικία:** .....

**Οικογενειακή κατάσταση:**

Ανύπαντρος-η	<input type="checkbox"/>
Παντρεμένος-η	<input type="checkbox"/>
Διαζευγμένος-η	<input type="checkbox"/>
Χήρος-α	<input type="checkbox"/>

**Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες επαγγελματιών ανήκει το δικό σας;**

Διοικητικός υπάλληλος	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------

Ιατρός	
Νοσηλεύτης/τρια	
Άλλο	

**Το μορφωτικό σας επίπεδο σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει;**

Πτυχίο Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	
Πτυχιούχος Α-ΤΕΙ	
Πτυχιούχος ΑΕΙ	
Κάτοχος Μεταπτυχιακού Διπλώματος	
Κάτοχος Διδακτορικού Διπλώματος	

**Έτη συνολικής υπηρεσίας:**

**Έτη εργασίας στο τμήμα που εργάζεστε:**

### **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: Καταγραφή αρνητικών συμπεριφορών στον εργασιακό χώρο.**

Σημειώστε πόσο συχνά έχετε υποστεί κάθε μια από τις παρακάτω συμπεριφορές τον τελευταίο χρόνο. Κυκλώστε τον αριθμό που εκφράζει περισσότερο την συχνότητα με την οποία έχετε υποστεί την κάθε συμπεριφορά

	1	2	3	4	5
	Ποτέ	Σπάνια	Μια φορά ανά μήνα	Μια φορά ανά εβδομάδα	Κάθε μέρα
1) Σας αποκρύπτονται πληροφορίες που επηρεάζουν την απόδοσή σας	1	2	3	4	5
2) Εξευτελιζέστε ή γελοιοποιείτε σχετικά με τη δουλειά σας	1	2	3	4	5
3) Σας ανατίθεται δουλειά ξεκάθαρα κατώτερη του επιπέδου ικανοτήτων σας	1	2	3	4	5
4) Σημαντικές περιοχές ευθύνης σας, σας αφαιρούνται ή αντικαθίστανται με τετριμμένα ή ασήμαντα καθήκοντα	1	2	3	4	5
5) Φήμες και κουτσομπολιά διαδίδονται για σας	1	2	3	4	5
6) Εξαιρείστε ή αποκλείετε από διαδικασίες και κοινωνικά γεγονότα	1	2	3	4	5
7) Προσβλητικά ή επιθετικά σχόλια για εσάς (π.χ. συνήθειες ή παρελθόν) και την προσωπική σας ζωή	1	2	3	4	5
8) Σας φωνάζουν ή γίνεστε στόχος αγανάκτησης ή θυμού	1	2	3	4	5
9) Εκφοβιστική συμπεριφορά, όπως εισβολή στον προσωπικό σας χώρο, σπρώξιμο, κλείσιμο περάσματος κ.ά.	1	2	3	4	5
10) Υπόνοιες ή σημάδια από άλλους ότι θα έπρεπε να παρατήσετε τη δουλειά σας	1	2	3	4	5
11) Σας υπενθυμίζονται συνεχώς τα λάθη και οι παραλείψεις σας	1	2	3	4	5
12) Σας αγνοούν ή γίνονται επιθετικοί εναντίον σας όταν επιχειρείτε	1	2	3	4	5

να τους προσεγγίσετε					
13) Συνεχής κριτική της δουλειάς και της προσπάθειας σας	1	2	3	4	5
14) Η γνώμη και οι απόψεις σας αγνοούνται	1	2	3	4	5
15) Γίνεστε αποδέκτες φαρσών-αστειών από άτομα που δεν σας συμπαθούν	1	2	3	4	5
16) Σας δίνονται καθήκοντα με παράλογους ή αδύνατους στόχους ή/και προθεσμίες.	1	2	3	4	5
17) Γίνονται ψευδείς ισχυρισμοί σε βάρος σας	1	2	3	4	5
18) Η δουλειά σας παρακολουθείται και ελέγχεται υπερβολικά	1	2	3	4	5
19) Δέχετε πίεση να μην απαιτήσετε κάτι το οποίο δικαιούστε (π.χ. άδειες, άδεια ασθένειας, έξοδα ταξιδιού)	1	2	3	4	5
20) Δέχετε υπερβολικά πειράγματα και σαρκασμό	1	2	3	4	5
21) Εκτίθεστε σε μη διαχειρίσιμο φόρτο εργασίας	1	2	3	4	5
22) Σωματική κακοποίηση ή απειλές βίας	1	2	3	4	5

### 23. Έχετε πέσει θύμα εκφοβισμού στην εργασία σας;

Ως εκφοβισμός ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία ένα ή περισσότερα άτομα γίνονται αποδέκτες αρνητικών συμπεριφορών από έναν ή περισσότερους δράστες και κατά την οποία ο/οι αποδέκτης/ες των αρνητικών συμπεριφορών έχουν δυσκολία ως προς το να προστατέψουν τον εαυτό τους. Η ατομική - ένας προς έναν - αντιπαράθεση εμπίπτει στον ορισμό του εκφοβισμού.

Έχοντας υπόψη τον παραπάνω ορισμό σας παρακαλούμε υποδείξετε τον βαθμό στον οποίο έχετε υποστεί εκφοβισμό στην εργασία σας κατά το διάστημα των τελευταίων 6 μηνών.

- Καθόλου
- Σπάνια
- Μια φορά ανά μήνα
- Μια φορά ανά εβδομάδα
- Κάθε μέρα

### 24. Αν η απάντησή σου στην προηγούμενη ερώτηση ήταν «Ναι», παρακαλώ δηλώστε από ποιον δεχτήκατε εκφοβισμό:

- Από τον άμεσο προϊστάμενό μου
- Από άλλους προϊσταμένους/διευθυντές στον οργανισμό
- Από συναδέλφους
- Από υφιστάμενους
- Από συνοδούς/ασθενείς/εκπαιδευόμενους κλπ
- Από άλλους

### 25. Παρακαλώ δηλώστε τον αριθμό και το φύλο των δραστών:

Αριθμός



Άνδρες δράστες .....

Γυναίκες δράστες .....

### ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ: Η υγεία και η ευημερία σας

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας.

Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε με **X** το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

#### 1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

- Άριστη
- Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Κακή

#### 2. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία			
Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια			

#### 3. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
Καταφέρνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε					
Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας					

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νοιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
Καταφέρνεται λιγότερα από όσα θα θέλατε					
Κάνετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ό,τι συνήθως					

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά

6. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;					
Είχατε πολύ ενεργητικότητα;					
Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;					

7. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα;

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου

*Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας!*

## Βιβλιογραφία

Adams A. with Crawford N. (1992), *Bullying at work: How to confront and overcome it*, London, Virago.

Agarwal S, Gawkrödger DJ. (2002). Latex allergy: a health care problem of epidemic proportions. *Eur J Dermatol*.

Alamgir H, Yu S, Chavoshi N, Ngan K. (2008). Potential allergy and irritation incidents among health care workers. *AAOHN J*.

Alderfer C. (1972), *Existence, Relatedness and Growth: Human Needs in Organizational Settings*, New York: Free Press.

Alterman TI, 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.

Anderson C, Parish M. (2003). Report of workplace violence by Hispanic Transcult Nurs, 14 (3): 237-43.

Andersson L. M. and Pearson C. M. (1999), "Tit for tat? The spiraling effect of incivility in the workplace", *Academy of Management Review*. 24, 452-471.

Andrews F, Whitney S B. (1974). *Social Indicators of Well-being: Americans' Perceptions of Life Quality*. New York: Plenum Press.

Arvey, R.D., & Cavanaugh, M.A. (1995). Using surveys to assess the prevalence of sexual harassment: some methodological problems. *Journal of Social Issues*, 51(1), 39\_52

Bakerella, P., Giagou, E., and K. Mprachantini, (2013), "The effect of "mobbing syndrome" to the nurses' professional job", 6th National Scientific and Professional Nursing Conference, Leukada, Greece.

Barrau-Baumstarck K, Rebeschini E, Dalivoust G, Durand-Bruguerolle D, Gazazian G, Martin F (2008). Shiftwork and quality of life among critical care nurses and paramedical personnel. *Presse Med.*

Beitler GV. (2010). Unrecognized health effects of chemicals. *AAOHN J.*

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

Berger AM, Hobbs BB. (2006). Impact of shift work on the health and safety of nurses and patients. *Clin J Oncol Nurs.*

Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. (1981). The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care.*

Berry, P. A., Gillespie, G. L., Gates, D., & Schafer, J. (2012). Novice nurse productivity following workplace bullying. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 80e87.

Bjorkqvist K., Osterman K. and Hjelt-Back M. (1994), "Aggression among university employees", *Aggressive Behaviour*, 20(3), 173-184.

Blackman, M. C.. & Funder, D. C. (2002). Effective interview practices for accurately assessing counterproductive traits. *International Journal of Selection and Assessment*, 10, 109e 116.

Bowling. A. (1997). *Measuring Health. A review of quality of life measurements scales.* Open University Press. UK. 1997 Open University Press.

Brodsky C.M. (1976), *The harassed worker*, Toronto, Ontario, Canada: Lexington Books, DC Health.

Bumes, B. & Pope, R. (2007) "Negative behaviours in the workplace: A study of two Primary Care Trusts in the NHS", *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 20 Iss: 4, pp.285 - 303

Cameron SJ, Armstrong-Stassen M. Kane D. Moro FB. (2008). Musculoskeletal problems experienced by older nurses in hospital settings. Nurs Forum.

Campbell A, Converse P E, Rodgers W L. (1976). The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions. New York: Russell Sage Foundation.

Carter, M., Thompson. N., Cramptom, P., Morrow, G., Burford, B., Gray, C., Illing, J. (2013). Workplace bullying in the UK NHS: a questionnaire and interview study on prevalence, impact, and barriers to reporting. British Medical Journal, 3(6), 26-28

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.

Catford J., (1983), Positive health indicators- Towards a new information base for health promotion, Community Medicine, Jul;5, (2):125-132.

Chalupka S, Chalupka AN. (2010). The impact of environmental and occupational exposures on reproductive health. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.

Chapman R. Styles I. (2006). An epidemic of abuse and violence: nurse on the front line. Accid Emerg Nurs.

Choiniere DB. (2010). The effects of hospital noise. Nurs Adm Q.

Christensen M. (2007). Noise levels in a general intensive care unit: a descriptive study. Nurs Crit Care.

Crombie IK. Research in health care: Design, conduct and interpretation of health services research. Wiley, New York. 1996.

Dalarosa MG, Lautert L. (2009). Accidents with biological materials among nurses in a training hospital: case-control study. Rev Gaucha Enferm.

Danna, K. & Griffin, R.W. (1999). Health and well-being in the workplace: a review and synthesis of the literature. Journal of Management, 25(3), 357-384.

David McClelland (1962) Business Drive and National Achievement', Harvard Business Review, July-August 1962, pp. 99-112

Dickinson T, Wright KM (2008). Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literature review. Br J Nurs.

Duffy. M. (2009). Preventing workplace mobbing and bullying with effective organizational consultation, policies and legislation. Consulting Psychology Journal: Practice and Research. 61. 242-262.

Edvin, B. & Reidar, J (1996). Work-related stress and musculoskeletal pain among female hospital staff. Work & Stress, 10,(4), 309-321.

Ege H. IL Mobbing in Italia. Introduzione el Mobbing Culturale, Bologna: Pitagora Editrice 1997.

Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL (2003). The concept of bullying at work. In Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL (eds) Bullying and Emotional Abuse in the Workplace Taylor & Francis Group, London, New York,:1-30

Einarsen S., Raknes B. I. and Matthiesen S. B. (1994), "Bullying and harassment at work and their relationships to work environment quality: An exploratory study", European Work and Organizational Psychologist, 4(4), 381-401.

Einarsen, S., Hoel, H. & Notelaers, G. (2009) Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised, Work & Stress, 23:1, 24-44.

Einarsen, S., Raknes. B.I., Matthiesen. S.B., Hellesoy, O.H. , (1994). Mobbing og Horde Personkonflikter: Heisefarlig Samspill pa Arbeidsplassen. (Bullying and Interpersonal Conflict: Interaction at Work with Negative Implications for Health); Sigma Forlag: Bergen. Norway.

Einarsen, S.; Skogstad, A., (1996). Bullying at work: Epidemiological findings in public and private organizations. European Journal of Work, Organization and Psychology, 5:2, 185-201

Einarsen. S. (1999). The nature and causes of bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20(1/2), 16-27.

Elliott RM, McKinley SM. Eager D. (2010). A pilot study of sound levels in an Australian adult general intensive care unit. *Noise Health*.

Eurofound (2007), Fourth European Working Conditions Survey, Luxembourg: Publication office of the European Union.

European Agency for Safety and Health at Work, (2009). Expert forecast on emerging chemical risks related to occupational safety and health. Factsheet 84. Belgium.

Evans RW, (1985), Manninen DL, Garrisson LP, et al. The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Engl J Med*; 312:553-559

Fallowfield, L. (1990). Human horizons series. The quality of life: The missing measurement in health care.: Souvenir Press. London

Fenga C, Faranda M. Aragona M, Micali E, Di Nola C, Trimarchi G. Grimi B. Cacciola A (2007). Burnout and occupational stress in nurses. *Med Lav*.

Fenny D. Commentary on Jack Dowie “Decision validity should determine whether a generic or condition-specific HRQOL measure is used in healthcare decisions & rdquo”. *Health Economics* 2002; 11(1):13-16.

Ferrari E. (2004), “Raising awareness on women victims of mobbing, The Italian contribution”. Daphne programme, European Commission.

Ferris, P. (2004). A Preliminary Typology of Organisational Response to Allegations 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 and Correction of Bullying and Mobbing in the Workplace. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 61(3), 169-189.

Fink GE. (2009). Radiation safety in fluoroscopy for neuraxial injections. *AANA J*.

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

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.

Gacki-Smith J. Juarez AM. Boyett L, Homeyer C. Robinson L, MacLean SL. (2010). Violence against nurses working in US emergency departments. *J Healthc Prot Manage*.

Gailiene G, Genenkiene R. (2009). Professional biological risk factors of health care workers. *Medicina (Kaunas)*.

Gardner, S., Johnson, P. R. (2001). The Leaner. Meaner Workplace: Strategies for Handling Bullies at Work. *Employment Relations Today*, 28(2), 23-36.

Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, Moutzoukis C, Alagiozidou E. Mala D, Garyfallos A (1991). Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand*.

Gifford BD, Zammuto RF, Goodman EA (2002), The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life. *Journal of healthcare management American College of Healthcare Executives*; 2002 Jan-Feb 47(1) 13-25.

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.

Glendinning. P. M. (2001). Workplace bullying: curing the cancer of the American workplace. *Public Personnel Management*. 30. 269.

Goldberg DP. Oldehinkel T, Ormel J (1998). Why GHQ threshold varies from one place to another. *Psychol Med*.



Goldberg, D. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudesley Monograph 21. Oxford: Oxford University Press.

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.

Grau A, Suner R, Garcia MM (2005). Bum-out syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors. *Gac Sanit*.

Greenhaus, J., Bedian, A. and Mossholder, K. (1987), "Work Experiences, Job Performances, and Feelings of Personal and Family Well Being", *Journal of Vocational Behavior*, 31(2), 200-215.

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.

Groeblinghoff, D., Becker, M. (1996). A Case Study of Mobbing and the Clinical

Groeblinghoff, 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.

Hansen. A., Hogh, 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.

Happell B. Martin T, Pinikahana J. (2003). Burnout and job satisfaction: a comparative study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service, nt *J Ment Health Nurs*.

Hart S. (2006). Ionising radiation: promoting safety for patients, visitors and staff. *Nurs Stand*.

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

Hays MA, All AC, Mannahan C, Cuaderes E, Wallace D. (2006). Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses. *Dimens Crit Care Nurs*.

Haywood KL, Garratt AM, Dziedzic K, et al. Generic measures of health-related quality of life in ankylosing spondylitis: reliability, validity and responsiveness. *Reumatology* 2002; 41:1380-1387.

Heavner JE. (2003). Toxicity of anaesthetics. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*.

Hirigoyen M.F. (2002), Ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας. (Μετάφραση Σιγάλα Ασπασία), εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα

Hirigoyen M.F. (2009), Ηθική παρενόχληση: Η Διαστροφική Βία στην Καθημερινή ζωή, Αθήνα, Πατάκης (1η έκδοση 2000).

Hoel H, Cooper CL, Faragher B. (2001) The experience of bullying in Great Britain: The impact of organizational status. *Eur J Work Organ Psychol*;10:443-465).

Hoel. H., Rayner, C.. & Cooper, C.L. (1999). Workplace bullying. In C.L. Cooper & I.T. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (pp. 195\_230). Chichester: John Wiley & Sons.

Holme, C. A. (2006). Impact not Intent. *Industrial & Commercial Training*, 38(5), 242-247.

Hou JY, Shiao JS. (2006). Risk factors for musculoskeletal discomfort in nurses. *J Nurs Res*.

Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. (1981). The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med A*.

Hyrkas K. (2005). Clinical supervision, burn-out. and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Issues Mental Health Nurs*.

Ilhan MN, Durukan E, Taner E, Maral I, Bumin MA. (2008). Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. *J Adv Nurs*.

International Labour Organization (2011). Retrieved Dec 22, 2017, from <http://www.International Labour Organization/Statistics and databases/ Labour statistics>.

Jackson D, Firtko A, Edenborough M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 60 (1): 1-9.

Jefferies P, Clemmet RS. Turner JR. (1993). Radiation hazards during cobalt 60 plaque therapy for choroidal melanoma. *Aust N Z J Ophthalmol*.

Jenkins R. Elliott P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses mental health settings. *J Adv Nurs*.

Johnson JA, Coons SJ. (1998), Comparison of the EQ-5D and SF-12 in an adult US sample. *Qual Life Res*; 7:155-166.

Johnson, S. L., & Rea, R. E. (2009). Workplace bullying: Concerns for nurse leaders. *The Journal of Nursing Administration*, 39(2), 84e90.

Karpctis, G. (2015) Psychological distress among mental health social workers, *European Journal of Social Work*, 18:5, 745-755

Katsching, H. (1997). How useful is the concept of quality of life in Psychiatry? In *quality of life in Mental Disorders*, 3-16.

Keashly L. (1998), "Emotional abuse in the workplace: Conceptual and empirical issues", *Journal of Emotional Abuse*, 1(1), 85-117.

Keashly L. and Jagatic K. (2003), "By any other name american perspectives on workplace bullying", in Einarsen S., Hoel H., Zapf D., and Cooper C.L. (edsj, *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice*, 31-61, London: Taylor Francis.

Koontz H., Weihrich H. (2006) *Essentials of Management: An International Perspective*, Tata McGraw-Hill Education, New Delhi.

Korombeli A, Sourtzi P, Tzavara C, Velonakis E. (2009). Rotating shift-related changes in hormone levels in ICU nurses and correlates with shiftwork related problems. *J Adv Nurs*.

Koukia, E., Mangoulia, P., Gonis, N., and T. Katostaras, (2013). "Violence against health care staff by patient's visitor in general hospital in Greece: Possible causes and economic crisis", *Open Journal of Nursing*, 3, 21-27.

Kwok RP, Law YK, Li KE, Ng YC, Cheung MH, Fung VK, Kwok KT, Tong JM, Yen PF, Leung WC. (2006). Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med J*.12 (1): 6-9.

Lagerstrom M, Hagberg M. (1999). Prevention of musculoskeletal disorders in nursing work. In Haaselhorn et al. *Occupational Health for Health Care Workers. A practical guide*. Amsterdam.

Lambert VA, Lambert CE, Petrini M, Li XM, Zhang YJ . (2007). Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. *Nurs Health Sci*.

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.

Lees M, Kearns S. Florida: Longwood Publishing; 2005. *Improving work life quality: A diagnostic approach model*. Health care quarterly online case study.

Lewis, J., Coursol, D. & Herting Wahl, K. (2002). Addressing Issues of Workplace Harassment: Counseling the Targets. *Journal of Employment Counseling*. 39(3), 109-116.

Leymann H, Gustafsson A.(1996). Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. *Eur J Work Organ Psychol*, 5:251-275.

Leymann H. (1996), "The content and development of mobbing at work", *European Journal of Work and Organisational Psychology*, 5,165-184.

Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims*, 5(1), 119-126.

Lockhart, K. (1998). Experience from a Staff Support Service. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 7(3), 193-198.

Lu K.Y, Chang LC, Wu HL. (2007). Relationships between professional commitment, job satisfaction, and work stress in public health nurses in Taiwan. *J Prof Nurs*.

Ludermir AB. (2008). Desigualdades de classe e genero e saude mental nas cidades. *Physis*, 18 (3):451-67.

Lutgen - Sandvik, P., και McDermott. V. (2008). The constitution of employee- abusive organizations: A communication flows theory. *Communication Theory*. 18(2), 304-333.

Luthans, F.,(1995), *Organizational Behavior*, 7th edition, International edition, McGraw Hill

Macintosh J, Wuest J, Gray MM, Cronkhite M. (2010). 1 Workplace bullying in health care affects the meaning of work. *Qual Health Res*, 20 (8): 1128-41. Epub 2010 May 12.

Mann S. Cowburn J (2005). Emotional labour and stress within mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*.

Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. Prentice Hall Inc., New Jersey.

Massoomi FF, Neff B. Pick A, Danekas P. (2008). Implementation of a safety program for handling hazardous drugs in a community hospital. *Am J Health Syst Pharm*.

McCall St. (1975), *Quality of Life, Social Indicators Research*, Springer, Vol. 2, No. 2 (Sep., 1975), pp. 229-248

McKenna, B. G., Smith, N. A., Poole, S. J., & Coverdale, J. H. (2003). Horizontal violence: Experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 90e96.

Murofuse NT, Abranches SS, Napoleao AA (2005). Reflections on stress and burnout and their relationship with nursing. *Rev Lat Am Enfermagem*.

Murray CJL, Lopez AD, (1996) editors. In: The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press

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.

Needham. A.W.(2003).Workplace bullying: The costly business secret. Auckland: Penguin Books.

Nielsen, M.B., Matthiesen, S.B., and S. Einarsen (2010). "The Impact of Methodological Moderators on Prevalence Rates of Workplace Bullying. A Meta- Analysis," Journal of Occupational and Organizational Psychology, 83, 955-979.

Nielsen, M.B.; Hetland, J.; Matthiesen, S.B.; Einarsen, S. (2012). Longitudinal relationships between workplace bullying and psychological distress. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 38, 38-46.

Notelaers G. (2010), "Workplace bullying: A risk control perspective", doctoral dissertation, University of Bergen.

Olweus D. (1993), Bullying at school: what we know and what we can do, Oxford: Blackwell.

Ovretveit J. (2001), Quality evaluation and indicator comparison in health care. International J of Health Planning and Management;16 :229-241.

Papadatou D., Anagnostopoulos F, Monos D. (1994). Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. Br J Med Psychol.

Papalexandris N., Galanaki E. (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, Athens University of Economics and Business, Athens.

Pich J, Hazelton M, Sundin D. Kable A (2011). Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study. Int Emerg Nurs.

Pinkos E. (2012). *Workplace Bullying: A Global Health and Safety Issue*. Ellen Cobb. Esq. The Isosceles Group Boston, MA United States of America.

Purpora C., Blegen M. A., & Stotts N. A. (2012). Horizontal violence among hospital staff nurses related to oppressed self or oppressed group. *Journal of Professional Nursing*, 28(5): 306e314.

Rammsayer, T., Stahl, J., Schmiga, K. (2006). Basic Personality Dimensions and StressRelated Coping Strategies in Victims of Workplace Bullying. *Zeitschrift fur Personalpsychologie*, 5(2), 41-52.

Randall P. E. (1997), *Adult bullying: Perpetrators and victims*, London: Routledge.

Rapkin B, Schwartz C., (2004), Toward a theoretical model of quality of life appraisal: implications of findings from studies of response shift. *Health and Quality of Life Outcomes*; 2:14-18.

Rayner. C. (1997). The incidence of workplace bullying. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 7(1), 199-208.

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.

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.

Renzi C, Tabolli S, Ianni A, Di Pietro C, Puddu P. (2005). Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *J Eur Acad Dermatol Venereol*.

Richardson L. (2010). Radiation exposure and diagnostic imaging. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*

Rideout K, Teschke K, Dimich-Ward H, Kennedy SM. (2005). Considering risks to healthcare workers from glutaraldehyde alternatives in high-level disinfection. *J Hosp Infect*.

Rodrigues AB, Chaves EC., (2008), Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. *Rev Lat Am Enfermagem*.

Rokeach J. (1973). *The Nature of Human Values*. New York: Free Press/Macmillan.

Roset M, Herdman M, Badia X, et al. (2001), Uses and applications of health-related quality of life measures. The state of play in Spain. *Archive of Hellenic Medicine*; 18(2):131-136.

Russell R. (1975), *Health education*, National Education Association, Washington DC,

Ryherd EE, Wayne KP, Ljungkvist L. (2008). Characterizing noise and perceived work environment in a neurological intensive care unit. *J Acoust Soc Am*.

Salin D. (2001), "Prevalence and forms of bullying among business professionals: A comparison of two different strategies for measuring bullying", *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), 425-441.

Saridi, M. (2013). Mobbing in the workplace. Effects mobbing in health care systems. *Hellenic Journal of Nursing Science*, 6 (4), 36 - 48

SaSaavedra, A.I., Sanchez-Lopez M.P., Cuellar-Flores I. (2012). P-1459 - Mental health of nurses: there are differences between men and women?. *European Psychiatry*.

Sauer Penny A. Ph.D. Does Resilience Mediate the Effects of Bullying in Nurses? (2013) Directed by Dr. Susan Letvak. 158 pp. Available at: [http://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/Sauer\\_uncg\\_0154D\\_11044.pdf](http://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/Sauer_uncg_0154D_11044.pdf) Accessed at: 20/11/2017.

Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Soc Sci Med* 1989; 29:761-768.



Serafeimidou & Dimou (2016). «Workplace bullying with special emphasis in the Greek public sector - a review article». 11th MIBES Conference - Heraklion, Crete, Greece, 454-473

Skogstad A., Matthiesen S.B. and Einarsen S. (2007). Organizational changes. *International Journal of Organizational Theory and Behaviour*, 10(1): 58-94.

Smith J. (2011). *Bullying in the nursing workplace: a study of perioperative nurses*. A doctoral management dissertation. University of Phoenix.

Snedeker SM. (2006). Chemical exposures in the workplace: effect on breast cancer risk among women. *AAOHN J*.

Sofield L, Salmond SW. (2003). Workplace violence. A focus on verbal abuse and intent to leave the organization. *Orthop Nurs*, 22:274-283.

Stelmaschuk, S. (2010). *Workplace bullying and emotional exhaustion among registered nurses and non-nursing, unitbased staff*. USA: The Ohio State University.

Sveinsdottir H. Biering P. Ramel A. (2006). Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*.

Tepper B.J. (2000), "Consequences of abusive supervision". *Academy of Management Journal*, 43(2), 178-190.

The Workplace Bullying Institute (WBI). (2012). *Canadian Workplace Bullying Survey Results*. September 1st, 2012

Tompa A, Jakab M, Biro A, Magyar B. Fodor Z, Klupp T, Major J. (2006). Chemical safety and health conditions among Hungarian hospital nurses. *Acad Sci*.

Tsiamas, M.C. (2013). *The phenomenon of Moral / Psychological Harassment at Work: a conceptual approach*, National Institute of Employment and Human Resources, 9, 4-27.

Tsiou C, Efthymiatis G, Katostaras T. (2008). Noise in the operating rooms of Greek hospitals. *Acoust Soc Am*.

THE WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Social Science and Medicine*: 41: 1403-1409.

UN Earth Summit, (1993), Agenda 21, The United Nations Programme of Action from Rio, UN, New York,

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.

Vartia M. (2002), "Workplace bullying - A study on the work environment, well-being and health", *People and Work Research Reports* 56, Finnish Institute of Occupational Health, University of Helsinki, Department of Psychology.

Vartia, M.; Hyyti, J. (2002). Gender differences in workplace bullying among prison officers. *European Journal of Work Organization and Psychology*, 11, 113-126.

Vasiliadou A, Karvountzis GG, Soumilas A, Roumeliotis D, Theodosopoulou E. (1995). Occupational low-back pain in nursing staff in a Greek hospital. *J Adv Nurs*.

Vecchio D, Sasco AJ, Cann Cl. (2003). Occupational risk in health care and research. *Am J Ind Med*.

Ventura-Madangeng J, Wilson D. (2009). Workplace violence experienced by registered nurses: a concept analysis. *Nurs Prax N Z*.

Vessey, J. A., DeMarco, R. F., Gaffney, D. A., & Budin. W. C. (2009). Bullying of staff registered nurses in the workplace: a preliminary study for developing personal and organizational strategies for the transformation of hostile to healthy workplace environments. *Journal of Professional Nursing*, 25(5), 299e306.

Vidalis, A., Sigelakis, M. (2000). Validation and adaptation of Nottingham Health Profile questionnaire in Greek people. *Heppokratia J*.

Ware JE Jr, Sherbourne CD. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*.

Ware JE, Kosinski M, Keller SD (1995). How to score SF-12 physical and mental health summary scales. 2nd edition. Boston, MA: the Health Institute.

Ware JE, Kosinski M, Keller SD (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of Scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*; 34:220-233.

WHO (World Health Organization) (1974), The constitution of the World Health Organization, *WHO Chronicles*, 1: 29, Geneva.

Wilson B. & Glaros T. (1994), *Managing Health Promotion Programs*, Human Kinetics, University of Virginia

World Health Organization (2003), Raising awareness of psychological harassment at work, *Protecting Worker's Health Series*, No 4, Geneva,

World Health Organization (2011). Retrieved Dec 2017, from [http://www.WorldHealthOrganization/Data and Statistics](http://www.WorldHealthOrganization/DataandStatistics).

Wu S, Zhu W, Wang Z, Wang M, Lan Y. (2007). Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *J Adv Nurs*.

Yamada, D. C. (2008). *Workplace Bullying and Ethical Leadership*. Legal Studies Research Paper Series. Boston, Massachusetts: Suffolk University Law School.

Yeh MC, Yu S. (2009). Job stress and intention to quit in newly-graduated nurses during the first three months of work in Taiwan. *J Clin Nurs*.

Yfantopoulos J. (2001a). The "Social" Quality of Life. *Archives of Hellenic Medicine*: 18: 108-113

Yfantopoulos J. (2001b). Quality of Life and QALYs in the measurement of health. *Archives of Hellenic Medicine*: 18: 114-130.

Yfantopoulos J. (2001c). Health-Related Quality of Life. Archives of Hellenic Medicine: 19: 131-146.

Yildinm A, Yildinm 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.

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.

Zapf D. (1999), "Organisational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work", International Journal of Manpower, 20, 70-85.

Zapf. D., Knorz C. and Kulla M. (1996), "On the relationship between mobbing factors and job content, the social work environment and health outcomes", European Journal of Work and Organizational Psychology, 5, 215-37.

Zautra, A., & Goodhart, D. (1979). Quality of life indicators: a review of the literature. Community Mental Health Review, 4(1).

Αλουμανής Π. (2002). Επιθεώρηση Κοινωνικής Ασφάλισης. Αθήνα: ΙΚΑ

Αριστοτέλης, Άπαντα Ηθικά Ευδήμεια, τομ. 6, επιμ. Μανδηλαράς Βασίλης, εισαγ. μτφρ. σχόλια Μεταφραστική Ομάδα Κάκτου, εκδ. Κάκτος, Αθήνα 1993.

Βελονάκης Μ. (1990). Υγεία και Εργασία/ Ιατρική της Εργασίας. Αθήνα.

Γαλάνης ΠΑ, Σπάρος ΛΔ. (2012) Κλινική και Επιδημιολογική Έρευνα. Βασικές έννοιες. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.

Δημητρόπουλος Χ, Ντάγανου Μ., Αλεξιάδης Γ. Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής Από τη θεωρία στην Πράξη,(2008) Πρόσβαση στις 24/11/2017 από [http://www.iatrikionline.gr/Respiratory\\_49/5.pdf](http://www.iatrikionline.gr/Respiratory_49/5.pdf)

Δικαίος Κ, Κουτούζης Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Μ. (1999), Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (OSHA) (2002), Παρενόχληση στον χώρο εργασίας, Δελτίο Τεχνικών Στοιχείων 23, Bilbao,

Ζαβλανός Μ. (2002), Οργανωτική Συμπεριφορά, Εκδόσεις Σταμούλη Α.Ε., Αθήνα.

Θεοδοσίου Γ, Ρήγας Φ. (2003). Μελέτη εφαρμογής της κοινοτικής οδηγίας 98/24/ΕΚ για χημικούς παράγοντες στον χώρο εργασίας. Αθήνα.

Θεοδωράτος Ε. (1999), Οργάνωση και Διοίκηση Επιχειρήσεων Τόμος Α' , Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα.

Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. (1997). Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Αθήνα: (έκδ. ιδίων συγγραφέων).

Ιωαννίδη Ε, Λοπατατζίδης Α, Μάντη Π (1999). Δημόσια υγεία - επιδημιολογία. Στο: Εκδόσεις ΕΑΠ. Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Τόμος Α, Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές. Πάτρα,: 59-134.

Κακαβελάκης Κ, Βαρδάκη Χ. Ανυφαντή Κ. (2001). Μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσηλευτικό προσωπικό. Νοσηλευτική.

Καλαϊτζίδου Κ. Ε.(2013), Μελέτη Διερεύνησης της Σχέσης Μεταξύ του Στρες, της Ποιότητας της Εργασιακής Ζωής και της Πρόθεσης Αναζήτησης Εργασίας στο Εξωτερικό σε Εργαζόμενους Νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ., κατά τη Διάρκεια της Οικονομικής Κρίσης, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.

Καλούδη Ε. (2013), Η σημασία της εργασίας για τον Άνθρωπο, Ιονίου Πανεπιστημίου, Κέρκυρα.

Καρανικόλα Μ. Παπαθανάσογλου Ε, Σταθοπούλου Χ, Παναγιωτοπούλου Φ (2008). Παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους στους Έλληνες νοσηλευτές επείγουσας φροντίδας. Νοσηλεία και Έρευνα.

Καρατζά Χ. (2015), Διερεύνηση της Σχέσης μεταξύ Εργασιακού Εκφοβισμού και Γενικής Υγείας σε Νοσηλευτικό Προσωπικό Δημόσιων Νοσοκομείων, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη.

Κατραμάδου Ε. Το σύνδρομο των δημοσίων υπηρεσιών: Το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης. Δημόσιος Τομέας (216) 2005.

Κατσάνος Χ, Αβούρης Ν. (2008). Στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης πειραματικών δεδομένων συνεργασίας . Στο Ν. Αβούρης, Χ. Καραγιαννίδης, Β. Κόμης (Επιμέλεια Έκδοσης) Συνεργατική τεχνολογία, συστήματα, και μοντέλα συνεργασίας για εργασία, μάθηση, κοινότητες πρακτικής και δημιουργία γνώσης. Αθήνα. Εκδόσεις Κλειδάριθμος.

Κοϊνης Α., Βελονάκης Ε., Τζαβέλλα Φ., Τζιαφέρη Σ. (2016), Η Επίδραση του Φαινομένου Mobbing (Ηθική Παρενόχληση) στην Ποιότητα Ζωής των Επαγγελματιών Υγείας, Το Βήμα του Ασκληπιού, 15 (4):380-393

Κοντοδημόπουλος Ν, Φραγκούλη Δ, Παππά Ε, et al (2004). Στατιστικοί έλεγχοι της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του Ελληνικού SF-36. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής; 21(5):451-462.

Κοπανιτσάνου Π. (2005). Επαγγελματικοί κίνδυνοι στο νοσοκομείο. Ανασκόπηση των Ελληνικών μελετών. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Ε.Κ.Π.Α. Τμήμα Νοσηλευτικής.

Κορομπέλη Α. (2004) Γιατί οι ΜΕΘ είναι στρεσογόνες; Πρακτικά 2ου Επιστημονικού Συμποσίου επείγουσας και εντατικής Νοσηλευτικής, Βόλος.

Κορομπέλη Α, Κτενάς Ε, Κικεμένη Α. (2006). Κυκλικό ωράριο: επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών. Νοσηλευτική.

Κορομπέλη Α, Νούσης Χ, Σουρτζή Π. (2007). Η συσχέτιση της ποιότητας του ύπνου με την οικογενειακή ζωή και τη χρόνια κόπωση σε νοσηλευτές που εργάζονται κυκλικό εναλλασσόμενο ωράριο. Νοσηλεία και Έρευνα.

Κυθραιώτη Θ. (2014), “Workplace Mobbing/ Bullying” – Ηθική Παρενόχληση στο Εργασιακό Χώρο με Θύματα Εργαζόμενες Γυναίκες, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία.

Κωνσταντινίδης Μ. (2010) Εργασιακή παρενόχληση: Μια πρόταση έρευνας & παρέμβασης κοινωνικής εργασίας Στο Η πρόληψη συμφέρει όλους Εισήγηση στο πρώτο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΛΙΝΥΑΕ, Αθήνα.

Μακράκης, Χ. (2009). Ηθική Παρενόχληση στον Εργασιακό Χώρο: Εξετάζοντας το Παράδειγμα ενός Ιδιωτικού κι ενός δημοσίου Νοσοκομείου στα Χανιά. Προπτυχιακή διπλωματική εργασία. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης.

Μακρυγιάννη, Δ. & Κουλιεράκης, Γ. (2010). Το σύνδρομο ψυχολογικής – ηθικής παρενόχλησης (mobbing) στο χώρο εργασίας. *Ψυχολογία*, 17(2), 140-155.

Μαστροκόστας Α, Γκριζιώτη Μ, Βασιλείου Β, Παπουτσάκης Σ, Μπένος Α (2005): Η βία ως επαγγελματικός κίνδυνος στους νοσηλευτές των Τμημάτων Επειγόντων της Θεσσαλονίκης. *Νοσηλευτική*.

Μέλλου Κ. Σουρτζή Π. (2003). Πρόληψη των επαγγελματικών μυοσκελετικών παθήσεων στο χώρο του νοσοκομείου. *Νοσηλευτική*.

Μουστάκα Ε., Ζάντος Ι., Κωνσταντινίδης Θ.Κ., (2010), Εκφάνσεις του Εργασιακού Αγχους στην Ψυχική και την Σωματική Υγεία (Έρευνα σε Νοσηλευτικό Προσωπικό), Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη.

Μπελλάλη Θ., Κοντοδημόπουλος Ν., Καλαφάτη Μ., Νιάκας Δ. (2007), Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* . 24 (Συμπλ 1): 75-84

Μπουραντάς Δ. (2002), Μάνατζμεντ, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.

Νάκου Σ. (2001), Η Εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής στο Χώρο της Υγείας- Εφαρμογές στην Παιδιατρική, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (3): 254-266

Νούλα Μ. Μουχάκη Σ, Αργυροπούλου Δ, Υφαντή Ε, Κυριακίδου Β, Τσιρίγκα Σ, Γκεσούλη Ε. (2010). Η επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών σε νοσοκομεία των Αθηνών και της επαρχίας. *Interscientific Health Care*.

Ουζούνη Χ (2005): Διερευνητική μελέτη των παραγόντων που προκαλούν στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρικών μονάδων. *Νοσηλευτική*.

Π.Δ. 338/2001. Προστασία της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων κατά την εργασία από κινδύνους οφειλόμενους σε χημικούς παράγοντες. ΦΕΚ 227/Α/9.10.2001.

Π.Δ. 397/1994 - Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας κατά την χειρωνακτική διακίνηση φορτίων που συνεπάγεται κίνδυνο ιδίως για τη ράχη και την οσφυϊκή χώρα των εργαζομένων σε συμμόρφωση προς την οδηγία του Συμβουλίου 90/269/ΕΟΚ

Παππά Ε, Κοντοδημόπουλος Ν, Νιάκας Δ. (2006) Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας του SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του Ελληνικού αστικού πληθυσμού. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής; 23(2):159-166

Ραφτόπουλος Β. Σώλου Ε. (2003). Η βία προς το νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρείων. Νοσηλευτική.

Ρίζος Ν. (2011), Η Επίδραση της Φυσικής Δραστηριότητας κατά τη Διάρκεια της Εργασία στην Ποιότητα Ζωής των Εργαζόμενων σε Νοσοκομειακό Περιβάλλον, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τρίκαλα.

Σαρρής Μ, Χρυσάκης Μ, Σούλης Σ (2002) Ανισότητες στην υγεία. Μια κριτική προσέγγιση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής; 19(6):672-687.

Σαρρής Μ. (2001), Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Σουλιώτης Κ. (2006). Πολιτική και οικονομία της υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Σουρτζή Π. Βελονάκης Ε. (2004). Η χημειοθεραπεία ως επαγγελματικός κίνδυνος για τους νοσηλευτές. Νοσηλευτική.

Σπανός Ε. (2017), Το Φαινόμενο του Εκφοβισμού («Bulling») Μεταξύ Επαγγελματιών Υγείας. Σύγκριση Δημόσιας και Ιδιωτικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.

Σπυριδάκης Μ. (2009), Εξουσία και παρενόχληση στην εργασία, Εκδόσεις Διόνικος. Αθήνα.

Τζιαφέρη Σ. (2006). Εκτίμηση της επικινδυνότητας του επαγγελματικού κινδύνου στο χώρο του νοσοκομείου. Διδακτορική Διατριβή. Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ.



Τούντας Γ. (2007). Εργασία και υγεία. ΙΑΣΠΙΣ Ιδεώδες Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής.

Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (2003), Γενική Διεύθυνση Συνθηκών και Υγιεινής της εργασίας.

Υφαντόπουλος Γ. (2001), Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα με τη μέθοδο του EQ-15D. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3):279-287.

Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ. (2001), Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18 (3):218-229

Χατζηδάκη Α. (2010), Παράγοντες Παρακίνησης και Ικανοποίησης Νεοπροσλαμβανόμενων Εργαζομένων- Εφαρμόζοντας το Νέο Ψυχολογικό Συμβόλαιο, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Χρυσάκης Μ. (2005), Τάσεις διαφοροποίησης των ανισοτήτων πρόσβασης στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1984-2000. ΕΚΚΕ- Ινστιτούτο Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα