

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Διερεύνηση της επίδρασης των περιστατικών βίας κατά του προσωπικού στο κλίμα ασφάλειας μιας δομής ψυχικής υγείας

Ελένη Γλούφτση

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος

Ιούνιος, 2015

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**Διερεύνηση της επίδρασης των περιστατικών βίας
κατά του προσωπικού
στο κλίμα ασφάλειας μιας δομής ψυχικής υγείας**

Ελένη Γλούφτση

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος

Θεσσαλονίκη, Ιούνιος, 2015

Ευχαριστίες	6
Ελληνική περίληψη	7
Αγγλική περίληψη	8
Πίνακες, γραφήματα, διαγράμματα	9
Εισαγωγή.....	12

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1. Το πρόβλημα της εργασιακής βίας στον Τομέα Υγείας.....	17
1.1. Θεωρητική προσέγγιση εργασιακής βίας.....	17
1.1.2. Ορισμοί εργασιακής βίας.....	17
1.1.3. Μορφές βίας στο εργασιακό περιβάλλον.....	19
1.1.4. Ταξινόμηση της βίας.....	20
1.1.4.1. Τυπολογία βίας του NIOSH/OSHA.....	20
1.1.4.2. Ταξινόμηση των τύπων βίας από τον ΠΟΥ & τον ILO.....	21
1.2. Επιπολασμός - Επιδημιολογία της βίας προς το νοσηλευτικό προσωπικό.....	22
1.3. Συνέπειες της βίας.....	26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

2. Οργανωσιακή κουλτούρα.....	32
2.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός.....	32
2.1.1. Κουλτούρα και κλίμα ασφάλειας.....	35
2.2. Σημασία μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας στους οργανισμούς υγείας.....	37
2.3. Εργαλεία αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας.....	39

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

3. Μεθοδολογία.....	44
3.1. Σκοπός.....	44

3.2. Αναγκαιότητα – σημασία της έρευνας.....	44
3.3. Σχεδιασμός μελέτης –Υλοποίηση	46
3.3.1. Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης.....	46
3.3.2. Πληθυσμός αναφοράς – επιλογή δείγματος.....	46
3.3.3. Εργαλεία συλλογής δεδομένων.....	47
3.3.4. Πιλοτική μελέτη.....	48
3.4. Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	49
3.5. Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου.....	51
3.5.1. Εισαγωγικό – Γενικό Μέρος.....	51
3.5.2. Α΄ Μέρος : Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια.....	52
3.5.3. Β΄ & Γ΄ Μέρος: Σωματική βία και λεκτική κακοποίηση.....	54
3.6. Δεοντολογικά ζητήματα έρευνας.....	56
3.7. Στατιστική ανάλυση και επεξεργασία δεδομένων.....	57
3.8. Cronbach’s alpha.....	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

4. Αποτελέσματα.....	59
4.1. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία του ερευνητικού πληθυσμού.....	59
4.2. Εξέταση εργασιακών παραμέτρων των συμμετεχόντων.....	61
4.3. Επίδραση του περιβάλλοντος εργασίας στην ευεξία του προσωπικού.....	65
4.4. Πεποιθήσεις του προσωπικού για την ασφάλεια στο εργασιακό του περιβάλλον.....	66
4.4.1. Πεποιθήσεις για την ασφάλεια στην εργασία τους και για τη βία από ασθενείς.....	67
4.5. Αποτελέσματα μετρήσεων της κλίμακας στάσεων προς την ασφάλεια.....	70
4.5.1. Συσχέτιση στάσεων του προσωπικού προς την ασφάλεια με τα ατομικά χαρακτηριστικά και τη δομή που υπηρετούν.....	76
4.5.2. Διερεύνηση συσχέτισης μεταξύ των στάσεων ασφάλειας, άγχους & κόπωσης.....	77
4.5.3. Συσχετίσεις μεταξύ των συνεχών μεταβλητών του δείγματος.....	78
4.6. Περιστατικά σωματικής βίας του προσωπικού και σχέση με τη στάση του προς την ασφάλεια.....	80
4.7. Περιστατικά λεκτικής κακοποίησης του προσωπικού και σχέση με τη στάση του προς την ασφάλεια.....	87
4.8. Παράμετροι που σχετίζονται με τη στάση του προσωπικού προς την ασφάλεια	94

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

5. Συζήτηση.....	103
6. Συμπεράσματα.....	116
6.1. Περιορισμοί της μελέτης.....	117
6.2. Εφαρμογές μελέτης.....	118
7. Βιβλιογραφία	119
8. Παραρτήματα	
8.1. Παράρτημα 1. Ερωτηματολόγιο (SAQ & WHO).....	136
8.2. Παράρτημα 2. Δομές ΨΥ που συμμετείχαν ανά ποσοστό ανταπόκρισης.....	143
8.3. Παράρτημα 3. Άδεια διεξαγωγής έρευνας.....	144

Ευχαριστίες

Πρώτα απ' όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τον Δρα Βασίλειο Ραφτόπουλο που δέχθηκε να είναι ο επιβλέπων καθηγητής μου, για τη συμμετοχή του σε όλη τη διαδικασία δημιουργίας του τελικού ερωτηματολογίου, αλλά -κυρίως- για την σταθερή ενθάρρυνση, καθοδήγηση και ασφάλεια που μου παρείχε από την πρώτη στιγμή της επιλογής του θέματος έως τη τελευταία.

Τη Διοίκηση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου, την 3η Υγειονομική Περιφέρεια και το Επιστημονικό Συμβούλιο, που μου επέτρεψαν τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης.

Όλες τις προϊστάμενες των κλινικών και τις επιστημονικά υπεύθυνες των κοινοτικών δομών του νοσοκομείου, που στήριξαν με θέρμη αυτή την προσπάθεια, όπως επίσης και τους διευθυντές των κλινικών οι οποίοι δέχθηκαν χωρίς δισταγμό να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο λειτουργώντας ως πρότυπα για το υπόλοιπο προσωπικό.

Επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους συναδέλφους μου για τη θερμή τους ανταπόκριση στο κάλεσμά μου να συμμετάσχουν στη μελέτη και ιδιαίτερα για την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν καταθέτοντας τις σκέψεις και τις εμπειρίες τους.

Την οικογένειά μου και πιο πολύ απ' όλους τον Φοίβο για την ατέλειωτη υπομονή και κατανόηση που επέδειξε σε όλη αυτή την προσπάθεια, η οποία αρκετές φορές του στέρησε προσωπικές επιλογές.

Επίσης, την αδερφή μου Μαρία για την άνευ όρων συμμετοχή της σε αυτή την προσπάθεια και ιδιαίτερα στη συλλογή της ελληνικής βιβλιογραφίας, αλλά και τη φίλη μου Ελένη η οποία ήταν αφορμή να ξεκινήσω αυτό το μεταπτυχιακό και το στήριγμά μου σε όλες τις δύσκολες στιγμές που μεσολάβησαν κατά τη διάρκειά του.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ασφάλεια του επαγγελματικού περιβάλλοντος αποτελεί δείκτη ποιότητας της εργασίας, ο οποίος αποκτά πρόσθετη σημασία στις δομές ψυχικής υγείας όπου οι εργαζόμενοι εκτίθενται σε υψηλότερο κίνδυνο εξαιτίας περιστατικών επιθετικής συμπεριφοράς των πασχόντων.

Σκοπός: Η διερεύνηση της σχέσης των περιστατικών βίας των πασχόντων με τη στάση του προσωπικού υγείας προς το κλίμα ασφάλειας στο χώρο εργασίας τους.

Δείγμα και Μεθοδολογία: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 361 επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαφόρων ειδικοτήτων από 28 δημόσιες δομές Ψυχικής Υγείας που κλήθηκαν να απαντήσουν στο ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο «Ερωτηματολόγιο των Στάσεων για την Ασφάλεια»- SAQ (Ελληνική έκδοση) και το ερωτηματολόγιο του ΠΟΥ «Workplace Violence in the Health Sector», κατά το μέρος που αφορούσε τη σωματική και λεκτική βία.

Αποτελέσματα: Επιστράφηκαν διακόσια ογδόντα εννιά πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια, εκ των οποίων ήταν έγκυρα τα 280 (ποσοστό ανταπόκρισης 77,7%). Στην πλειοψηφία τους οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ήταν γυναίκες ηλικίας 40-50 ετών. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου 12μήνου, 51,8% του προσωπικού είχε εμπειρία λεκτικής κακοποίησης και σε ποσοστό 11,7% ήταν θύμα σωματικής επίθεσης από ασθενή. Οι πεποιθήσεις του προσωπικού για το κλίμα ασφάλειας και τη βία διέφεραν ανά φύλο κι επαγγελματική ιδιότητα ($\chi^2=17,245$, $p=0,016$), ενώ σχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με το περιβάλλον εργασίας τους ($p<0,001$) και το άγχος ($p=0,001$), ωστόσο δε σχετίστηκαν ούτε με την ηλικία ούτε με την επαγγελματική τους εμπειρία. Υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις στάσεις ασφάλειας του προσωπικού ανάμεσα σε όσους ήταν θύματα βίας ($p<0,01$) ή μάρτυρες ($p=0,03$), σε σύγκριση με το προσωπικό που δεν είχε παρόμοιες εμπειρίες, σε όλους τους παράγοντες του SAQ και πρωτίστως στους παράγοντες των συνθηκών εργασίας (θύματα: 59,18 μη θύματα: 66,84 $p<0,001$), του κλίματος ασφάλειας (θύματα: 77,74 μη θύματα: 83,49 $p=0,003$) και της ομαδικής συνεργασίας (θύματα: 71,67 μη θύματα: 75,66 $p=0,008$).

Συμπεράσματα: Τα κρούσματα βίας κατά του προσωπικού επηρέασαν την στάση προς την ασφάλεια τόσο των άμεσων όσο και των έμμεσων θυμάτων της (μάρτυρες), θέτοντας σημαντικά ζητήματα ποιότητας της εργασίας στις δομές ψυχικής υγείας και κυρίως στα ενδονοσοκομεικά περιβάλλοντα όπου οι εργαζόμενοι είναι πιο εκτεθειμένοι στην επιθετικότητα των ασθενών.

Λέξεις – Κλειδιά: εργασιακή βία, κλίμα ασφάλειας, προσωπικό, δομές ψυχικής υγείας, SAQ

Summary

Background: A safe work environment is an indicator of the work quality. This indicator gains additional importance in mental health facilities, where staff may be exposed to higher risk due to incidents of the aggressive behavior of the patients.

Aim : Exploring the relationship between incidents of violence suffers with the attitude of mental health professionals to the safety climate in their workplace.

Sample and Methods: The participants were 361 mental health professionals of various specialties, who came from 28 public mental health settings, were asked to respond to the anonymous and self-completed “Safety Attitudes Questionnaire” – SAQ (Greek version) and to WHO’s questionnaire “Workplace Violence in the Health Sector” at the part which was referring to physical violence and verbal abuse.

Results: Two hundred eighty-nine fully completed questionnaires were returned, of which 280 were valid (response rate 77.7%). The majority of mental health professionals were women aged 40-50 years old. During the last 12 months, 51.8% of the staff had had verbal abuse experiences and 11.7% had been victims of physical assault from patients. Staff’s opinions about safety and violence varied by sex and professional status ($\chi^2 = 17.245$, $p = 0.016$) and were statistically correlated with their work environment ($p = < 0.001$) and anxiety ($p = 0.001$), however they were not correlated either with their age or their professional experience. Statistically, there were significant differences in mental health professionals’ attitudes about safety among those who had been victims of violent acts ($p = < 0.01$) or witnesses ($p = 0.03$), in comparison with the staff who had no similar experiences. Those differences were found in all SAQ factors and primarily in the factors concerning working conditions (victims: 59,18 not victims: 66,84 $p = < 0,001$), safety climate (victims: 77,74 not victims: 83,49 $p = 0.003$) and teamwork (victims: 71,67 not victims: 75,66 $p = 0.008$).

Conclusions: Violent instances against staff members, affected the attitude of both direct and indirect victims (witnesses) towards safety climate, posing significant issues regarding the quality of working life in mental health facilities and especially in inpatient settings where workers are more exposed to patients’ aggression.

Keywords: workplace violence, safety climate, staff, mental health facilities, SAQ

IV. ΠΙΝΑΚΕΣ, ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ		
Αριθμ. Πίν.	Τίτλος Πίνακα	Αριθμ. Σελ.
A	Τυπολογία της βίας στην υγειονομική περίθαλψη, κατά NIOSH (1994)	20
B	Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των δημοφιλέστερων εργαλείων μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας	41
1	Δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία διερευνώμενου πληθυσμού, ανά φύλο	59
2	Παράμετροι εργασιακής κατάστασης των εργαζομένων και πεποιθήσεις για την ποιότητα συνεργασίας τους, ανά φύλο	62
3	Συνέπειες της εργασίας στην ευημερία των εργαζομένων, ανά φύλο	65
4	Αντίληψη ασφάλειας των επαγγελματιών Ψ.Υ ανά φύλο, σχετιζόμενη με τα περιστατικά βίας από ασθενείς	66
5α	Απαντήσεις ερευνητικού πληθυσμού στη κλίμακα των στάσεων για την ασφάλεια (SAQ)	70
5β	Αξιολόγηση δείγματος με βάση το Μέσο Όρο και την Τιμή Απόκλισης στους παράγοντες του SAQ, ανά φύλο	74
5γ	Συγκριτικά αποτελέσματα βαθμολογικής κατάταξης των εργαζομένων ανά επαγγελματική ιδιότητα στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου SAQ που εμφάνισαν στατιστικά σημαντική διαφορά	75
6	Συγκριτικά αποτελέσματα βαθμολογικής κατάταξης των εργαζομένων ανά μονάδα ψυχικής υγείας στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου SAQ	76
7	Συσχετίσεις μεταξύ των συνεχών μεταβλητών	78
8α	Περιπτώσεις μαρτυρίας περιστατικών σωματικής βίας, ανά χώρο εργασίας	80
8β	Συχνότητα μαρτυρίας περιστατικών σωματικής βίας, ανά χώρο εργασίας	81
9α	Περιπτώσεις σωματικής επίθεσης ανά χώρο εργασίας (%)	82
9β	Διερεύνηση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες στα θύματα της σωματικής βίας	83

10α	Αποτελέσματα σύγκρισης της επίδρασης των εργαζομένων στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου SAQ, σε σχέση με το αν ήταν μάρτυρες σωματικής βίας ή όχι	84
10β	Αποτελέσματα σύγκρισης μέσω όρων των εργαζομένων στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου SAQ, σε σχέση με το αν δέχτηκαν σωματική επίθεση ή όχι.	85
11α	Περιπτώσεις μαρτυρίας περιστατικών λεκτικής κακοποίησης ανά χώρο εργασίας	87
11β	Συχνότητα μαρτυρίας περιστατικών λεκτικής κακοποίησης ανά χώρο εργασίας	88
12α	Περιπτώσεις λεκτικής κακοποίησης των ερωτηθέντων ανά χώρο εργασίας	89
12β	Συχνότητα συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες στα θύματα της λεκτικής κακοποίησης από ασθενείς	92
13α	Αποτελέσματα σύγκρισης μέσω όρων των εργαζομένων στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου SAQ, σε σχέση με το αν ήταν μάρτυρες λεκτικής κακοποίησης ή όχι.	92
13β	Αποτελέσματα σύγκρισης μέσω όρων των εργαζομένων στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου SAQ, σε σχέση με το αν βίωσαν λεκτική κακοποίηση ή όχι.	92
14α	Παράμετροι στατιστικού μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης για τον παράγοντα επαγγελματικής ικανοποίησης	95
14β	Παράμετροι στατιστικού μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης για τον παράγοντα της ομαδικής εργασίας	96
14γ	Παράμετροι στατιστικού μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης για τον παράγοντα του κλίματος ασφάλειας	97
14δ	Παράμετροι στατιστικού μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης για τον παράγοντα της αντίληψης για τη διοίκηση	98
14ε	Παράμετροι στατιστικού μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης για τον παράγοντα συνθηκών εργασίας	99
14ζ	Παράμετροι στατιστικού μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης για τον παράγοντα αναγνώρισης στρες	100
14η	Παράμετροι στατιστικού μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης για την συνολική βαθμολογία της κλίμακας στάσεων	101
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ		
1	Γραφική αναπαράσταση πληθυσμού συμμετεχόντων ανά επαγγελματική ιδιότητα	61

2	Γραφική αναπαράσταση του ερευνητικού πληθυσμού ανά χώρο εργασίας	61
3	Γραφική αναπαράσταση των πεποιθήσεων του προσωπικού για την ασφάλεια	67
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ		
1	Γραφική αναπαράσταση της αίσθησης ασφάλειας σε σχέση με την επαγγελματική ιδιότητα των εργαζομένων και το φύλο τους.	68
2	Γραφική αναπαράσταση της ανησυχίας των εργαζομένων για τη βία ανά φύλο	69
3	Γραφική αναπαράσταση της αντίληψης των εργαζομένων για την ασφάλεια των ασθενών της κλινικής/δομής τους ανάλογα με το φύλο	71
4	Γραφική αναπαράσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών ΨΥ ανά φύλο	77
5	Γραφική αναπαράσταση των επιπέδων άγχους του προσωπικού σε σχέση με την εμπειρία της βίας	86
6	Γραφική αναπαράσταση αισθήματος εξάντλησης του προσωπικού σε σχέση με τις εμπειρίες βίας	86
7	Γραφική αναπαράσταση των επιπέδων άγχους του προσωπικού σε σχέση με την εμπειρία της λεκτικής κακοποίησης	94
8	Συσχέτιση συναισθηματικής εξάντλησης με την εμπειρία λεκτικής κακοποίησης	94

Εισαγωγή

Σύμφωνα με τη θεωρία του Maslow (1954) για την ερμηνεία και πρόγνωση της συμπεριφοράς, οι ανθρώπινες ανάγκες ιεραρχούνται σε πέντε επίπεδα μιας πυραμίδας, όπου η ικανοποίηση της μιας ανάγκης κινητοποιεί το άτομο να καλύψει την αμέσως επόμενη, έως ότου μέσα από μια εξελικτική διαδικασία φθάσει στην αυτοπραγμάτωση (Ραγιά, 2009). Εργαλείο για την επίτευξη όλων αυτών των αναγκών αποτελεί η εργασία η οποία, παράλληλα, αντικατοπτρίζει μια νόρμα της σύγχρονης κοινωνίας δεδομένης της σημασίας της στην προαγωγή της ευημερίας των ατόμων και στη διατήρηση της κοινωνικής ομοιόστασης. Εντούτοις, η ευεργετική ή μη επίδραση της εργασίας για τα άτομα, τις επιχειρήσεις και την κοινωνία καθορίζεται σημαντικά από την ποιότητά της, η οποία αποτιμάται με συγκεκριμένα κριτήρια (δομής, διαδικασίας, αποτελεσμάτων) και αποτυπώνεται σε αντίστοιχους «δείκτες» (Donabedian, 1988).

Βασικός δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας της εργασίας, ο οποίος ενσωματώνει χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος (συνθήκες εργασίας) και χαρακτηριστικά των εργαζομένων (υγεία, ικανοποίηση) είναι η ασφάλεια της εργασίας (European Commission, 2008), η οποία αναφέρεται στις δομές και διαδικασίες ενός οργανισμού που αποσκοπούν στη προστασία των εργαζομένων του από τον κίνδυνο βλάβης της υγείας τους εξαιτίας επαγγελματικών κινδύνων και ασθενειών που οφείλονται σε μη ασφαλείς πράξεις και προβλέψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες (The Joint Commission 2012). Σήμερα, έχει πλέον αναγνωριστεί ότι τα ελλείμματα ποιότητας της εργασίας μπορεί να έχουν πολλαπλές επιπτώσεις μεταξύ των οποίων ανθρώπινα δράματα, απώλεια των οικονομικών πόρων των επιχειρήσεων, σημαντικό κόστος σε βάρος των θεμελιωδών συστημάτων οργάνωσης και κοινωνικής προστασίας μιας χώρας (Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2002), ενώ μπορεί να ευθύνονται ακόμη και για εκτεταμένες ή/και μακροχρόνιες βλάβες στο οικοσύστημα (πχ Chernobyl, 1986).

Ως εκ τούτου, ερευνητές, διεθνείς φορείς και ειδικοί στην ασφάλεια (WHO, OSHA, EU-OSHA κλπ), πολιτικοί ηγέτες και διοικήσεις των οργανισμών προσανατολίζονται στην αναζήτηση και υιοθέτηση κατάλληλων στρατηγικών πρόληψης και αποτελεσματικής διαχείρισης των επαγγελματικών κινδύνων και ασθενειών, με στόχο τη «βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας στην εργασία» (Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2007), λαμβάνοντας υπ' όψη τις εξελίξεις στην εργασία και την εμφάνιση νέων κινδύνων, ιδίως ψυχοκοινωνικού χαρακτήρα.

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία ανάμεσα στους «τρέχοντες και αναδυόμενους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους» (EU-OSHA, 2014) των εργαζομένων του τομέα υγείας-τρόφιας της Ευρώπης είναι ο κίνδυνος της ασφάλειας, οι οποίοι τον καθιστούν στην 1^η θέση ως προς την έκθεση των επαγγελματιών υγείας σε όλες τις μορφές βίας, ξεπερνώντας ακόμη και παραδοσιακά επικίνδυνους τομείς εργασίας όπως αυτούς της δημόσιας διοίκησης και άμυνας. Η βία κατά των επαγγελματιών υγείας αποτελεί μείζον πρόβλημα για τη δημόσια υγεία παγκοσμίως (WHO, 1995) και εξίσου σοβαρό κίνδυνο με αυτούς των ναρκωτικών, του αλκοόλ και του AIDS (WHO, 2005), δεδομένου ότι μπορεί να οδηγήσει σε «ισόβια ασθένεια» ιδιαίτερα τις γυναίκες (WHO, 2014). Μολονότι η βία στον τομέα υγείας δεν είναι καινούργιο φαινόμενο, καθώς λόγω των πολλαπλών συνεπειών της απασχολεί τη διεθνή επιστημονική κοινότητα τουλάχιστον από τη δεκαετία του '90 (Aquilina, 1991· Cooper and Swanson, 1995· Elliott, 1997· Hewitt and Levin, 1997), μόλις πρόσφατα άρχισε να εντάσσεται στις πολιτικές για την ασφάλεια των εργαζομένων η οποία προσεγγίζεται πια ως προϊόν «συνέργειας» με την ασφάλεια των ασθενών (The Joint Commission, 2012· Riehle, Braun & Hafiz, 2013).

Παρά το γεγονός ότι κανένας εργαζόμενος του τομέα υγείας δεν είναι απόλυτα ασφαλής από τα περιστατικά βίας των ασθενών, οι επαγγελματίες υγείας διατρέχουν 16 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο από τους άλλους εργαζόμενους στην υγειονομική φροντίδα (Elliott, 1997). Πιο ευάλωτο στις επιθέσεις των ασθενών είναι το προσωπικό των νοσοκομείων που βρίσκεται στη πρώτη γραμμή και ιδιαίτερα οι νοσηλεύτες και γιατροί των μονάδων εντατικής ψυχιατρικής νοσηλείας/ «Οξέων» (Ραφτόπουλος και Σώλου, 2003· Mc Phaul and Lipscomb, 2004· Nijman et al, 2005· Chen et al, 2008· Chen et al, 2010· Anderson and West, 2011· Kowalekno et al, 2012· Dack et al, 2013· Lanktot & Guay 2014) και των μονάδων «Ψυχιατροδικαστικής» (De Jong and Nijman, 2007· Ros et al, 2013). Αντίστοιχα, σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα πιο εκτεθειμένοι στον κίνδυνο της βίας από ασθενείς είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί (Cooper and Swanson, 1995· EU-OSHA 2014), οι επισκέπτες ψυχικής υγείας και οι κοινοτικοί ψυχιατρικοί νοσηλεύτες.

Η βία προς το προσωπικό ψυχικής υγείας προέρχεται από μια μειοψηφία ασθενών (El-Badri and Mellsoy, 2006· Bowers et al, 2011a) και εκφράζεται με τη μορφή της λεκτικής κακοποίησης και σπανιότερα με ενεργό σωματική επίθεση. Συχνότερα εκδηλώνεται από ασθενείς που νοσηλεύονται ακούσια, αυτό όμως δε σημαίνει ότι όλοι οι ακούσια νοσηλεύόμενοι είναι επικίνδυνοι για την ασφάλεια του προσωπικού, καθώς η ψυχική διαταραχή δεν είναι «ούτε αναγκαία, ούτε ικανή αιτία επιθετικότητας» (Stuart, 2003). Απεναντίας, η εκδήλωση της

επιθετικότητας των ασθενών μοιάζει να αποτελεί το αντικαθρέφτισμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ περιστασιακών, περιβαλλοντικών και οργανωσιακών παραγόντων (Cal/OSHA, 1998· Owen et al, 1998· Leather, 2001· Σκαραγκάς, 2002· Camerino et al, 2008 · Van der Helm and Stams, 2012· Bronkhorst et al, 2014).

Μολονότι η έντονη υποαναφορά της εργασιακής βίας από ασθενείς προς το προσωπικό (Gerson, 2001· Krug et al, 2002· Chen et al, 2010· Gifford and Anderson, 2010 · Leka & Jain, 2010 · EU-OSHA, 2011) εμποδίζει την ακριβή αποτύπωση του φαινομένου, τα διαθέσιμα στοιχεία αποκαλύπτουν διαφορές στον επιπολασμό της βίας τόσο σε επίπεδο χωρών, όσο και σε επίπεδο οργανισμών, ακόμη και μεταξύ των τμημάτων και δομών εντός του ίδιου οργανισμού (WHO, 2005· Camerino, 2008· Estrin-Behar et al, 2008· Bowers et al, 2011b). Οι διαφορές αυτές οφείλονται στην ανυπαρξία ενός κοινά αποδεκτού ορισμού για τη βία, στο διαφορετικό τύπο, τρόπο και χρόνο μέτρησης, αλλά και στην κουλτούρα ασφάλειας που υιοθετούν τα άτομα, οι οργανισμοί και η κοινωνία (EU-OSHA, 2010). Εντούτοις, η σταθερή αλλά ανοδική πορεία των συμβάντων της βίας στον τομέα υγείας, διεθνώς, (CDC, 2014· EU-OSHA, 2014) αναδεικνύει τη σοβαρότητα αυτής της απειλής, η οποία κατά τους Gonzalez, Cockburn & Irastorza (2009) ακόμη και σήμερα σε ορισμένες χώρες -μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα- υποτιμάται και δεν εντάσσεται στις άμεσες προτεραιότητες των κυβερνήσεων ή και των οργανισμών, πιθανά εξαιτίας των ανύπαρκτων ή ελλιπών δεδομένων για την επιβλαβή συμπεριφορά των ασθενών και για την “κουλτούρα” ασφάλειας των οργανισμών υγείας.

Δεδομένου ότι η κουλτούρα ασφάλειας επηρεάζει όλες τις πτυχές της εργασίας κι επομένως έχει άμεσο αντίκτυπο στην υγεία και την ευημερία των εργαζομένων (Privitera et al, 2005· Caldwell et al, 2006· Gerson et al, 2007· Μπελλάλη και συν, 2007· Aytac & Dursun, 2011· Schablon et al, 2012· Σταθάκη Μ, 2013· Bronkhorst et al, 2014· Τανανάκη, 2014), στην έκβαση των ασθενών (Arnetz & Arnetz, 2001· Παυλίδης και συν, 2003· ORCaB, 2009· Mardon et al, 2010· Riehle et al, 2013), αλλά και στην επιτυχία των οργανισμών (Ito et al, 2001· Anderson & West, 2011· Aytac & Dursun, 2011· AbuAlRub, Gharaibeh & Basharayeh 2012), τα τελευταία χρόνια ολοένα και περισσότεροι οργανισμοί υγείας ενδιαφέρονται για τη μέτρηση της κουλτούρας ασφάλειας που καθοδηγεί τις συμπεριφορές του προσωπικού τους. Ωστόσο, η αποτύπωση της κουλτούρας ασφάλειας μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από τη μοναδική “μετρήσιμη συνιστώσα” της (Colla et al, 2005) που είναι το “κλίμα” ασφάλειας, το οποίο αντανακλά τις πεποιθήσεις των εργαζομένων για το νόημα-σημασία των πολιτικών και διαδικασιών που ισχύουν στον οργανισμό τους για τη διαχείριση της ασφάλειας.

Στα πλαίσια αυτά, η παρούσα έρευνα, η οποία διεξήχθη την Άνοιξη του 2015, με δείγμα

280 εργαζόμενους σε 28 υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενός δημόσιου ψυχιατρικού νοσοκομείου της Βορείου Ελλάδας, αποσκοπεί στη διερεύνηση της επίδρασης της βίας των ασθενών κατά του προσωπικού στο κλίμα ασφάλειας μιας δομής ψυχικής υγείας. Κίνητρο για τη διεξαγωγή της ήταν η διεύρυνση της επιστημονικής γνώσης στο συγκεκριμένο ερευνητικό πεδίο -καθώς δεν υπάρχει αντίστοιχη μελέτη σε πανελλαδικό επίπεδο- αλλά και το προσωπικό ενδιαφέρον του ερευνητή για τη βελτίωση της ποιότητας εργασίας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και κατ' επέκταση τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στους ασθενείς.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που απαντά αυτή η μελέτη συνοψίζονται στα εξής: 1) ποια είναι η στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την ασφάλεια, με βάση τους παράγοντες του SAQ (ομαδική εργασία, επαγγελματική ικανοποίηση, κλίμα ασφάλειας, αντίληψη για τη διοίκηση, εργασιακές συνθήκες και αναγνώριση του stress); 2) Αν, ναι, η στάση του προσωπικού προς την ασφάλεια σχετίζεται με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του ή τη δομή που υπηρετεί; 3) Ποιος είναι ο επιπολασμός της σωματικής και λεκτικής βίας στις συγκεκριμένες δομές ψυχικής υγείας και, εάν/ναι, σε ποιο βαθμό επηρεάζει τη στάση των εργαζομένων προς την ασφάλεια της εργασίας;

Το Γενικό Μέρος της έρευνας περιλαμβάνει δυο διακριτές ενότητες -κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι θεωρητικές έννοιες της εργασιακής βίας (ορισμοί, ταξινόμηση), ο επιπολασμός της βίας στον τομέα υγείας και οι συνέπειές της, ενώ στο δεύτερο κεφάλαιο αποσαφηνίζονται οι έννοιες της οργανωσιακής κουλτούρας, οι διαφορές μεταξύ της κουλτούρας ασφάλειας και του κλίματος ασφάλειας και αναδεικνύεται η σημασία που έχει η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας και παρουσιάζονται τα εργαλεία μέτρησής του.

Το Ειδικό Μέρος αφορά στη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για τη διεξαγωγή της μελέτης και στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων, με ανάλυσή τους στη βάση των ερευνητικών ερωτημάτων συμπεριλαμβανομένης της συζήτησης, των συμπερασμάτων και των περιορισμών της μελέτης.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Το πρόβλημα της βίας στον Τομέα Υγείας

1.1. Θεωρητική προσέγγιση της βίας

Η ποικιλία στους διαθέσιμους ορισμούς και τους τύπους της βίας, επέτρεψαν -μεταξύ άλλων- διαφοροποιήσεις μεταξύ των ερευνητών ως προς την ερμηνεία και τη χρήση των κριτηρίων μέτρησής της, οι οποίοι είτε προσέγγιζαν τη βία μονομερώς -ως ακούσια σωματική ή σεξουαλική επαφή του θύματος με το θύτη αγνοώντας τις απειλές- (Flanerry, Hanson & Penk, 1995) είτε εστιαζόταν μόνο σε ορισμένες διαστάσεις της. Το γεγονός αυτό είχε σαν συνέπεια να καθίσταται δυσχερής η σύγκριση των διαθέσιμων δεδομένων κι, ως εκ τούτου, προβληματική η γνώση για την ακριβή έκταση του φαινομένου της βίας στον κόσμο (WHO, 2014). Επομένως, η αποσαφήνιση των βασικών εννοιών γύρω από τη βία αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σημασία, αφενός για τη κατανόηση του προβλήματος και αφετέρου για τη βελτίωση της ευαισθητοποίησης όλων των εμπλεκομένων στους τομείς της πρόληψης και της αποτελεσματικής διαχείρισης της βίας, όπου κι αν αυτή εμφανίζεται.

1.1.2. Ορισμοί Εργασιακής βίας

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ορίζει την επαγγελματική βία ως «*συμβάντα όπου τα άτομα κακοποιούνται, απειλούνται ή τους επιτίθενται σε συνθήκες σχετιζόμενες με την εργασία τους, συμπεριλαμβανομένης της μετάβασης από και προς την εργασία τους, οι οποίες εμπεριέχουν ρητή ή σιωπηρή πρόκληση για την ασφάλεια, την ευημερία και την υγεία τους*» (σελ 16) (EU-OSHA, 2010). Αυτό που αξίζει να επισημανθεί σε αυτόν τον ορισμό της εργασιακής βίας είναι το γεγονός ότι διευρύνεται το πεδίο της προστασίας των εργαζομένων πολύ πέρα από το άμεσο επαγγελματικό τους περιβάλλον, καθώς λαμβάνει υπ' όψη του κάθε βλαπτική ενέργεια που

σχετίζεται με την επαγγελματική ταυτότητα του εργαζομένου ακόμη κι αν συμβεί κατά τη διαδρομή από και προς την εργασία του, σε χώρο ιδιοκτησίας ενός άλλου ατόμου (πχ το σπίτι ενός ασθενή) ή ακόμα και στο οικιακό του περιβάλλον αν εκεί εκτίθεται σε κίνδυνο λόγω της εργασίας του (γιατρός, αστυνομικός, δικαστικός, δικηγόρος κλπ). Επιπρόσθετα, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή -μέσα από αυτό τον ορισμό- αναγνωρίζει όλες τις μορφές της εργασιακής βίας που μπορεί να υποστεί ένας εργαζόμενος, με μοναδικό κριτήριο το αρνητικό αντίκτυπο στην ασφάλεια, την υγεία και την ευημερία του. Επομένως, ως βίαιη πράξη λογίζεται κάθε μορφής επιθετική ενέργεια ανεξάρτητα από την ένταση (μπορεί να πρόκειται και για ήπια συμβάντα προσβολής της αξιοπρέπειας του εργαζόμενου) και την συχνότητα εμφάνισής της και άσχετα από το πρόσωπο από το οποίο μπορεί να προέλθει καθώς μπορεί να είναι γνωστός, άγνωστος, ασθενής/πελάτης ή συνεργάτης.

Το Εθνικό Ινστιτούτο Επαγγελματικής Ασφάλειας και Υγείας/NIOSH των ΗΠΑ (1996) στο δικό του ορισμό για την εργασιακή βία, αναφέρεται στις *«βίαιες ενέργειες, συμπεριλαμβανομένων των σωματικών επιθέσεων και των απειλών για επίθεση, που κατευθύνονται προς ένα άτομο την ώρα της εργασίας του ή του καθήκοντος»* (CDC, 2014). Εντούτοις, δε φαίνεται να λαμβάνει υπ' όψη του τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες μεταξύ των διαφόρων κοινωνιών σε σχέση με την ερμηνεία της βίας, οι οποίες μπορεί να υπάρχουν ακόμη και στο εσωτερικό της ίδιας χώρας (επί παραδείγματι, πράξεις τιμής όπως η «βεντέτα» στη Κρήτη, στη Μακεδονία ή/και τη Θεσσαλία ερμηνεύονται αποκλειστικά ως εγκληματικές ενέργειες). Επίσης, ο ορισμός του NIOSH δε προσδιορίζει με σαφήνεια εάν -πέραν των απειλών- ενσωματώνει τις υπόλοιπες μορφές της ψυχολογικής βίας όπως η λεκτική κακοποίηση, η παρενόχληση κλπ.

Το κενό αυτό φαίνεται να καλύπτει απόλυτα ο ορισμός του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας/ILO (2003) ο οποίος συνδυάζει τα βασικά σημεία των ορισμών του ΠΟΥ και του NIOSH κι ως εκ τούτου θεωρεί ως εργασιακή βία *«κάθε πράξη, συμβάν ή συμπεριφορά που αποκλίνει από την εύλογη επαφή, κατά την οποία το άτομο καθίσταται θύμα επίθεσης, απειλείται, βλάπτεται, τραυματίζεται κατά τη διάρκεια αυτών ή ως άμεση συνέπεια της εργασίας του»* (Chapell & Di Martino, 2006). Κατ' επέκταση ο ILO αναφέρεται σε όλες τις μορφές της εργασιακής βίας (σωματική και ψυχολογική) όπου και αν αυτές εκδηλωθούν, με γνώμονα την κοινωνική ερμηνεία της βίας από κάθε πολιτισμό και την σχέση της με την επαγγελματική ιδιότητα του εργαζομένου.

1.1.3. Μορφές βίας στο εργασιακό περιβάλλον

Οι WHO, ILO, ICN και PSI σε κοινή τους συνεργασία για τη μείωση της επίπτωσης και των αρνητικών συνεπειών της βίας στους εργαζόμενους του τομέα της υγείας (WHO, 2002a· WHO, 2003) αποδέχθηκαν επίσημα τον ορισμό της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την εργασιακή βία, αλλά και τους ορισμούς του ΠΟΥ (WHO, 1995) για την ερμηνεία των μορφών βίας –στη συγκεκριμένη περίπτωση από ασθενείς- ως ακολούθως:

- ✓ *Σωματική βία (physical violence)* : Είναι η «*χρήση σωματικής δύναμης ενάντια σε ένα άλλο άτομο ή ομάδα, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε σωματική, σεξουαλική, ή ψυχολογική βλάβη*» (WHO, 2002a). Μπορεί να περιλαμβάνει παροπλισμό, σπρώξιμο, τσίμπημα, δάγκωμα, χαστούκι, κλωτσιά, ξυλοδαρμό, μαχαίρωμα και πυροβολισμό.
- ✓ *Ψυχολογική βία (psychological violence)*: Ορίζεται ως «*η εκ προθέσεως χρήση δύναμης, συμπεριλαμβανομένης της απειλής για σωματική βία, ενάντια σε ένα άλλο άτομο ή ομάδα, που μπορεί να οδηγήσει σε βλάβη στη σωματική, ψυχική, διανοητική, ηθική και κοινωνική τους ανάπτυξη*» (WHO, 2002a). Η συνηθέστερη μορφή ψυχολογικής βίας από ασθενείς είναι η λεκτική κακοποίηση (verbal abuse), η οποία αναφέρεται σε υποτιμητική ή/και εξευτελιστική συμπεριφορά προς τον εργαζόμενο, ως δείγμα έλλειψης σεβασμού για την αξία και τη ταυτότητά του μέσα από ενέργειες όπως ειρωνεία, βωμολοχίες, απειρές χειρονομίες, μορφασμοί, προσβλητικά σχόλια κλπ (WHO, 1995).

Σωματική και ψυχολογική βία δεν είναι πάντοτε απόλυτα διακριτές μεταξύ τους αλλά συχνά επικαλύπτονται (WHO, 1995· NIOSH, 2002· WHO, 2002a· APNA, 2008· EU-OSHA, 2014). Επιπλέον, η βλάβη του προσωπικού συνεπεία της λεκτικής κακοποίησης μπορεί να είναι απόρροια ενός ισχυρού και μεμονωμένου συμβάντος ή/και επαναλαμβανόμενων ήπιων περιστατικών, η αρνητική επίδραση των οποίων αθροίζεται στο χρόνο και τα μετατρέπει σε ισχυρά, προκαλώντας ορισμένες φορές βλάβες πολύ πιο σοβαρές από αυτές που έπονται μιας σωματικής επίθεσης (Flannery et al, 1995· WHO·2002a· WHO, 2002b), εντούτοις τα ήπια συμβάντα δεν αναγνωρίζονται πάντα ως βίαια από τους επαγγελματίες υγείας. Πράγματι, σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία, έρευνα στην Ιρλανδία ανέδειξε ότι ενώ όλοι οι επαγγελματίες υγείας αναγνώρισαν τη σωματική βία, την λεκτική κακοποίηση την αντιλήφθηκαν 8 στους 10, την σεξουαλική βία οι μισοί και μόλις το 40% του προσωπικού αντιλήφθηκε την επιθετική ενέργεια ενός ασθενή ως υποτίμηση ή διάκριση (EU-OSHA, 2010).

1.1.4. Ταξινόμηση της Βίας

Όπως συμβαίνει και με τους ορισμούς για την εργασιακή βία, η ταξινόμησή της έχει αποτυπωθεί στη βιβλιογραφία με διάφορες παραλλαγές, που μάλλον προκαλούν σύγχυση και αβεβαιότητα (EU-OSHA, 2010) παρά εξυπηρετούν το σκοπό τους, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις σύγκρισης και σύνθεσης της πληροφόρησης για τη βία. Για το λόγο αυτό, παρουσιάζονται οι πιο αντιπροσωπευτικές ταξινομήσεις των τύπων εργασιακής βίας και ειδικότερα του National Institute for Occupational Safety and Health/NIOSH και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας/ΠΟΥ, οι οποίες -με βάση τη συχνότητα χρήσης τους- είναι οι πλέον αποδεκτές από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα.

1.1.4.1 Τυπολογία βίας του NIOSH/OSHA

Κατά το NIOSH/OSHA (Cal/OSHA, 1995· CDC, 2014) η εργασιακή βία διακρίνεται σε τέσσερις τύπους (πίνακας Α), ανάλογα με το προφίλ και το κίνητρο του επιτιθέμενου /δράστη και τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των επαγγελματικών χώρων.

Πίνακας Α

Τυπολογία της βίας στην υγειονομική περίθαλψη, κατά NIOSH (1994)

ΤΥΠΟΣ ΒΙΑΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
I Εγκληματική ενέργεια	Προέρχεται από άτομο άσχετο με την επιχείρηση ή τον εργαζόμενο το οποίο προβαίνει στην εγκληματική ενέργεια με κίνητρο τη ληστεία/κλοπή, ωστόσο ενέχει τον κίνδυνο τραυματισμού ή/ και ανθρωποκτονίας (85%) του θύματος ή του δράστη.
II Πελάτης - Ασθενής	Ο αυτουργός της βίας έχει έννομη σχέση με την υπηρεσία υγείας μέσα από την ιδιότητά του ως πελάτης/ασθενής, θύματα του οποίου είναι οι άμεσοι φροντιστές του. Μολονότι αποτελεί το συχνότερο τύπο εργασιακής βίας σπάνια οδηγεί σε ανθρωποκτονία (3%)
III Εργαζόμενου προς εργαζόμενο	Ο θύτης έχει κάποια σχέση απασχόλησης με τον πληγέντα χώρο, ως νυν ή τέως συνεργάτης ενός εργαζόμενου, τον οποίο απειλεί ή του επιτίθεται μέσα στο εργασιακό του περιβάλλον, με συνέπεια το σοβαρό τραυματισμό του θύματος ή/και την ανθρωποκτονία (7%). Συνήθως έχουν την μορφή της οριζόντιας λεκτικής κακοποίησης (μεταξύ ομοιόβαθμων) ή της

	κάθετης δηλαδή από τον ανώτερο ιεραρχικά προς τον κατώτερο ή/και αντίστροφα. Στην πλειοψηφία τους αυτουργοί αυτού του τύπου βίας είναι οι γιατροί και θύματά τους το νοσηλευτικό προσωπικό (APNA, 2008).
IV Προσωπική σχέση	Ο αυτουργός συνδέεται προσωπικά με τον εργαζόμενο/θύμα του με την ιδιότητα του τρέχοντος ή του τέως συζύγου/συντρόφου, του συγγενή, του φίλου ή του συνεργάτη. Κατά βάση πρόκειται για επέκταση της ενδοοικογενειακής βίας στο εργασιακό περιβάλλον του θύματος ή για συνεργάτη του θύματος που θεωρεί ότι αδικήθηκε, ωστόσο σε ένα ποσοστό 5% καταλήγει σε ανθρωποκτονία.
Πηγή: Cal/OSHA, 1995· CDC/NIOSH, 2014	

1.1.4.2. Ταξινόμηση των τύπων βίας από τον ΠΟΥ και τον ILO

Ο ΠΟΥ υιοθετεί μια γενικότερη ταξινόμηση της βίας (WHO, 2003) ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του δράστη/αυτουργού, με τα κίνητρό του αλλά και με τους χώρους που διαπράττονται οι ενέργειες βίας. Στα πλαίσια αυτά ο ΠΟΥ διαχωρίζει τη βία σε:

- ✓ *Αυτοκατευθυνόμενη βία*: Αναφέρεται στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ενός ατόμου (επιτυχημένες ή μη απόπειρες αυτοκτονίας) και την κακοποίηση εαυτού μέσα από πράξεις όπως ο αυτό-ακρωτηριασμός, η κατάχρηση τοξικών ουσιών ή αλκοόλ, το κάπνισμα, η παχυσαρκία κλπ.
- ✓ *Διαπροσωπική*: Διαχωρίζεται σε ενδοοικογενειακή και κοινωνική βία, ανάλογα με την κοινωνική σχέση μεταξύ δράστη και θύματος και το περιβάλλον στο οποίο διενεργείται η εγκληματική πράξη. Η εργασιακή βία από ασθενείς εντάσσεται στην υποομάδα της «κοινωνικής» βίας, η οποία κατά βάση εκδηλώνεται σε κοινωφελή ιδρύματα, με θύματα μέλη του προσωπικού που μπορεί οι ασθενείς να γνωρίζουν ή να έχουν κάποια σχέση, όμως δεν αποκλείεται να είναι και άγνωστοι μεταξύ τους.
- ✓ *Συλλογική βία* : Υποκατηγορίες της είναι η κοινωνική βία (εγκλήματα μίσους, τρομοκρατία), η πολιτική βία (κρατική βία πχ σε περιπτώσεις δικτατορίας, πολέμου) και η οικονομική βία (συγκρότηση καρτέλ, στέρηση πρόσβασης ομάδων σε βασικές οικονομικές πράξεις κλπ). Μπορεί να εμπλέκονται άτομα, μεγάλες οργανωμένες ομάδες ή/και το κράτος, με πρόθεση να αποκομίσουν οφέλη.

Ένας διαφορετικός τύπος ταξινόμησης της εργασιακής βίας είναι αυτός του Διεθνούς International Labour Office /ILO (Διεθνές Γραφείο Εργασίας) των ΗΠΑ, το οποίο διακρίνει την εργασιακή βία σε «εσωτερική» όταν αφορά σε επιθετικά συμβάντα μεταξύ των διαφόρων εργαζομένων ενός οργανισμού και σε «εξωτερική» όταν εμπλέκονται και ξένα -προς το άμεσο εργασιακό περιβάλλον- άτομα όπως ασθενείς/πελάτες, επισκέπτες κλπ (Chapell & Di Martino, 2006).

Συνοψίζοντας τα παραπάνω θα λέγαμε ότι ο τύπος ταξινόμησης του NIOSH είναι πιο ευρύς, καθώς αναδεικνύει τον επαγγελματικό κίνδυνο με βάση το προφίλ και το κίνητρο του δράστη/αυτουργού των εγκλημάτων εργασιακής βίας, απ' όπου προκύπτουν και τα πιο ευάλωτα ανά τύπο περιβάλλοντα. Από την άλλη, η ταξινόμηση του ΠΟΥ είναι πολύ πιο σαφής δεδομένου ότι επικεντρώνεται στη μορφή της σχέσης μεταξύ θύματος και θύτη, ενώ ο ILO προσδιορίζει την εργασιακή βία με βάση το περιβάλλον όπου εμφανίζεται.

1.2 Επιπολασμός - Επιδημιολογία της βίας προς το νοσηλευτικό προσωπικό

Η πραγματική κατάσταση, διεθνώς, για τον επιπολασμό της βίας στον υγειονομικό τομέα είναι άγνωστη, γεγονός που οφείλεται σε ένα ευρύ φάσμα εμποδίων τα οποία -πέρα από τη ασυμφωνία στους ορισμούς και τη ταξινόμηση της βίας- σχετίζονται με τους ερευνητές, τους επαγγελματίες υγείας, ακόμη και με τα στοιχεία των επίσημων φορέων. Σε αυτά τα εμπόδια υπάγονται η ποικιλία χρήσης των διαθέσιμων εργαλείων μέτρησης της βίας από τους ερευνητές που καθιστά δυσχερή τη σύγκριση των αποτελεσμάτων τους, αλλά και τα προβλήματα εγκυρότητας που εμφανίζει ο μισός περίπου αριθμός των ερευνών (Sign et al, 2014), με συνέπεια τα αποτελέσματά τους να είναι ανακριβή και αναξιόπιστα. Το βασικότερο όμως εμπόδιο στη γνώση για την εργασιακή βία είναι η στάση υποαναφοράς που τηρούν οι επαγγελματίες υγείας, εξαιτίας μιας αρνητικής οργανωσιακής κουλτούρας που επιρρίπτει ευθύνες για τα λάθη μόνο στα άτομα όπως επίσης και των πεποιθήσεων των εργαζομένων ότι η βία είναι αποδεκτή ως ένα εγγενές χαρακτηριστικό του χώρου εργασίας ή του επαγγέλματός τους (Jones & Lyneham, 2001). Επιπλέον, οι ασαφείς ή ανύπαρκτες πολιτικές αναφοράς των συμβάντων βίας σε ορισμένους οργανισμούς υγείας, τα αισθήματα αυτομομφής του προσωπικού για την επιθετική συμπεριφορά των ασθενών (Gerson, 2001· Antonius et al, 2010· Chen et al, 2010· Gifford and Anderson, 2010·

Wolf, Delao & Perhats, 2014), όπως επίσης και οι διαφοροποιήσεις στην ποιότητα στοιχείων των αστυνομικών πηγών μεταξύ των μεγάλων αστικών κέντρων και της επαρχίας (EU-OSHA, 2010) θέτουν φραγμούς στην αντικειμενική εικόνα της βίας.

Εντούτοις, η βιβλιογραφική ανασκόπηση αποκαλύπτει αφενός ότι κύρια πηγή της βίας προς τους επαγγελματίες υγείας είναι οι ασθενείς (Aquilina, 1991· Owen, 1998· Ραφτόπουλος και Σώλου, 2003· Mc Phaul & Lipscomb, 2004· Nijman et al, 2005· Chen et al, 2009· Anderson and West, 2011· Kowalekno et al, 2012· Lanktot & Guay, 2014) κι αφετέρου ότι υπάρχουν διαφορές στον επιπολασμό της εργασιακής βίας τόσο σε επίπεδο χωρών, όσο μεταξύ οργανισμών ακόμη και μεταξύ τμημάτων εντός του ίδιου οργανισμού. (Cooper and Swanson, 2001· Di Martino, 2002· Camerino, 2008· Estrin-Behar et al, 2008· Bowers et al, 2011). Το γεγονός αυτό αναδεικνύει πόσο σύνθετο και πολύπλοκο είναι το φαινόμενο της βίας στον τομέα υγείας, καθώς πρόκειται για το τελικό απόσταγμα της δυναμικής αλληλεπίδρασης παραγόντων μεταξύ ασθενών-επαγγελματιών υγείας-οργανισμών και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος (Owen et al, 1998· Leather, 2001· Di Martino, 2002· Σκαραγκάς, 2002· Camerino et al, 2008· Van der Helm and Stams, 2012· Bronkhorst et al, 2014).

Η διαφοροποίηση στα επίπεδα και τις μορφές της εργασιακής βίας ανά τον κόσμο μπορεί να εξηγηθεί από τη θεωρία της “συμβολικής διάδρασης” του Blumer (1962) η οποία -όπως αναφέρεται στο βιβλίο του Porter- υποστηρίζει ότι κάθε ανθρώπινη αλληλεπίδραση διαμεσολαβείται από τη χρήση συμβόλων. Ως εκ τούτου, η αντίδραση των ατόμων στη συμπεριφορά των άλλων δεν αποτελεί άμεση απάντηση στην συγκεκριμένη τους πράξη, αλλά στην ερμηνεία (νόημα) που της αποδίδουν, η οποία -ως μια κοινωνική δημιουργία- μπορεί να αναθεωρείται και να αναπροσαρμόζεται (Porter, 2009).

Συγκεκριμένα, το νόημα που αποδίδουν οι επαγγελματίες υγείας στη βία των ασθενών εξαρτάται από τα «γνωσθήματα» (Ogden, 2000) που έχουν για τη βία με βάση τις προσωπικές τους εμπειρίες, την κουλτούρα ασφάλειας του οργανισμού ή/και τις επικρατούσες κοινωνικές νόρμες για την αποδοχή ή μη της βίας στο υγειονομικό περιβάλλον. Κατά τους Luck, Jackson and Usher (2007) η ερμηνεία που αποδίδεται στη βία από το προσωπικό καθορίζεται από την αντιλαμβανομένη αιτία πρόκλησης του συμβάντος, η οποία σχετίζεται σημαντικά με το βαθμό που τα θύματα προσωποποιούν το περιστατικό της βίας από και από τους ελαφρυντικούς παράγοντες με τους οποίους συνδέουν το συμβάν. Έτσι, μπορεί να εξηγηθεί γιατί ορισμένοι επαγγελματίες υγείας θεωρούν αναμενόμενη την επιθετικότητα των νοσηλευομένων (Bilgin & Buzlou, 2006), γιατί κάποιοι φοβούνται τους ψυχικά ασθενείς (Anderson & West, 2011· Scott et al, 2011· Goode, Melby & Rayan, 2014) ή γιατί οι ασθενείς και το προσωπικό ερμηνεύουν με

διαφορετικό τρόπο τα αίτια και τη συμπεριφορά της βίας (Παυλίδης και συν, 2002) με αποτέλεσμα κατά τον Duxbury (2002) την εκδήλωση αντιδραστικών επιθετικών συμβάντων από την πλευρά των ασθενών και αντίστοιχα τη συχνή ή μη χρήση απομόνωσης ή/και σωματικού περιορισμού των ασθενών από μέρους του προσωπικού.

Αναφορικά με τις διαφοροποιήσεις στον επιπολασμό της βίας κατά των επαγγελματιών ομάδων και σε σχέση με τις μορφές εμφάνισής της σε επίπεδο χωρών, οι Bowers et al (2011) κατέληξαν ότι η σωματική βία από ασθενείς είναι υψηλότερη στη Σουηδία και την Αγγλία και χαμηλότερη στη Γερμανία και το Ισραήλ. Θύματά της ήταν κατά 80% μέλη νοσηλευτικού προσωπικού και κατά 40% γιατροί (Bowers et al, 2011a). Αντίστοιχα, οι Ukprong et al (2011) βρήκαν παρόμοια αναλογία σωματικής βίας έναντι των νοσηλευτών στη Νιγηρία (82,3%) όμως 17,7% προς τους γιατρούς. Οι Camerino et al (2008) εκτιμούν πως κατά μέσο όρο 9,9% του νοσηλευτικού προσωπικού της Ευρώπης εκτίθεται συχνά στη βία από ασθενείς, ποσοστό το οποίο αυξάνεται όταν προσεγγιστεί σε επίπεδο δομών ψυχικής υγείας, όπου επί παραδείγματι η Γαλλία βρίσκεται στην υψηλότερη θέση με 13,2% με πολύ σημαντική διαφορά από τη 2η κατά σειρά Σλοβακία (6,9%), την Πολωνία (1,4%) και την Ολλανδία (1,5%) που αποτελεί ασφαλέστερη χώρα σε σχέση με τον κίνδυνο της βίας από τους ασθενείς. Την σοβαρή επιδημιολογική επιβάρυνση των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών που εργάζονται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο της Ελλάδας αναδεικνύουν οι Ραφτόπουλος και Σώλου (2003), οι οποίοι διαπίστωσαν πως 94,2% του νοσηλευτικού προσωπικού δέχθηκε σωματική βία και 93,1% εξ αυτών ήταν θύματα λεκτικής κακοποίησης κατά τη διάρκεια της καριέρας τους.

Προσεγγίζοντας τις διαφορές στην επικινδυνότητα μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών ομάδων σε σχέση με τους μη θανατηφόρους τραυματισμούς, έρευνα των Brown & Burns (2013) διαπίστωσε ότι από το 1,7 εκατομμύριο περιστατικά εργασιακής βίας ετησίως που συνέβησαν στις ΗΠΑ κατά την 7ετία μεταξύ 1993-1999, η αναλογία των θυμάτων μη θανατηφόρου τραυματισμού ανά συμβάν ήταν 22:1.000 για τους νοσηλευτές, 8:1.000 για τις άλλες ειδικότητες και μόλις 2:1.000 για τους εργαζόμενους των άλλων βιομηχανιών.

Συγκεκριμένοι κλινικοί χώροι καθιστούν πιο ευάλωτη την ασφάλεια του προσωπικού. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και ιδιαίτερα τα ενδονοσοκομειακά περιβάλλοντα όπως τα Τμήματα Επειγόντων Ψυχιατρικής και οι μονάδες εντατικής ψυχιατρικής περίθαλψης /«Οξέα» (Aquilina, 1996· OSHA, 1998· Owen et al, 1998· Vincent et al, 1998· Privitera, 2005· Estrin-Behar et al, 2008· Bowers et al, 2011b· Ado et al, 2012). Η υψηλή επικινδυνότητα σε αυτούς τους χώρους συνδέεται με τη διαχείριση έντονα αναστατωμένων ή/και διαταραγμένων ψυχικά ασθενών, που πιθανά να χρειάζονται προστασία από τον κίνδυνο να

βλάβουν τον εαυτό τους ή τους άλλους, γεγονός το οποίο και αποτελεί ένδειξη για την ακούσια νοσηλεία τους (Ν.2071/1992). Ο μεγαλύτερος κίνδυνος για την ασφάλεια του νοσηλευτικού προσωπικού σχετίζεται με την ανάγκη για σωματική επαφή με τον ασθενή κατά τη διάρκεια της παρεχόμενης φροντίδας (ενέσιμο, ατομική υγιεινή), με τη τήρηση των ιατρικών εντολών για χημικό ή σωματικό περιορισμό των ασθενών και με τη χρήση ορίων στη συμπεριφορά των ασθενών μέσα από την άρνηση εκπλήρωσης επιθυμίας ή απαίτησής τους (Whittington & Wykes, 1996). Κατά τους Fazel et al (2010), ο κίνδυνος βλάβης του προσωπικού από ασθενείς μπορεί να 4πλασιαστεί σε περιπτώσεις συνοσηρότητας, όπως επί παραδείγματι η πιθανότητα των διπολικών ασθενών να διαπράξουν εγκληματική πράξη σε φάση μανίας από έναν μέσο όρο 4,9% (3,4% είναι η πιθανότητα για το γενικό πληθυσμό) ανέρχεται στο 21,3% όταν συνυπάρχει κατάχρηση ουσιών.

Επίσης, ανάμεσα στα πλέον επικίνδυνα ψυχιατρικά περιβάλλοντα για την εκδήλωση επαναληπτικής επιθετικής συμπεριφοράς από πλευράς των ασθενών προς το προσωπικό, εντάσσονται και τα τμήματα «ψυχιατροδικαστικής». Σχετική ανασκόπηση των Bowers et al (2011) ανέδειξε ότι το 54% των ασθενών των τμημάτων ψυχιατροδικαστικής ήταν υπόλογοι για πάνω από ένα συμβάν βίας, σε σύγκριση με τους νοσηλευόμενους στις κλινικές Οξέων όπου το ποσοστό αυτό ήταν 44,9%. Εντούτοις, η συχνότητα εκδήλωσης των βίαιων συμβάντων σε ένα τμήμα ψυχιατροδικαστικής είναι ανεξάρτητη από τη χρήση περιοριστικών μέτρων των ασθενών όπως η απομόνωση (Ching et al, 2010), αλλά σχετίζεται θετικά με το επίπεδο της υποστήριξης που λαμβάνουν οι ασθενείς από το προσωπικό (Ros et al, 2013) και, γενικότερα, με την καλλιέργεια ενός «ανοιχτού» κλίματος στο εσωτερικό της μονάδας το οποίο ευνοεί τις θετικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ασθενών και του προσωπικού (Van der Helm et al, 2011). Συγκεκριμένα, οι νοσηλευόμενοι στα τμήματα ψυχιατροδικαστικής είναι ακαταλόγιστοι εγκληματίες (όχι απαραίτητα ανθρωποκτόνοι) οι οποίοι -με βάση τον Ποινικό Κώδικα- απαλλάχθηκαν από την ποινή φυλάκισης λόγω της ψυχικής τους διαταραχής, αλλά υποχρεούνται να νοσηλεύονται-«φυλάσσονται σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα», συχνά εφόρου ζωής (Ποινικός Κώδικας, άρθρο 65). Σε ορισμένες χώρες τα τμήματα αυτά λειτουργούν σε νοσοκομεία των φυλακών, όμως στην Ελλάδα όλοι οι ποινικοί ασθενείς νοσηλεύονται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Εν κατακλείδι, το φαινόμενο της εργασιακής βίας από τους ασθενείς αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα στο χώρο της Υγείας και ιδιαίτερα του νοσηλευτικού προσωπικού, που υπηρετεί στα ΤΕΠ, στα τμήματα Οξέων και Ψυχιατροδικαστικής, ενώ μόνο ένας μικρός ασθενών είναι υπόλογος για τις επιθέσεις κατά των επαγγελματιών υγείας. Μολονότι τα συμβάντα βίας είναι συχνότερα στα ενδονοσοκομειακά ψυχιατρικά περιβάλλοντα δε σημαίνει ότι η ψυχική διαταραχή

συνιστά προϋπόθεση για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς. Αντίθετα, η αυξημένη επικινδυνότητα που εμφανίζεται στις υπηρεσίες και δομές ψυχικής υγείας, αποτελεί το αντικαθρέφτισμα μια σύνθεσης περιβαλλοντικών και κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν δυναμικά με τη ψυχοπαθολογία του ασθενή και που μεταβάλλονται στη διάρκεια του χρόνου. Γι' αυτό, τόσο η ευαισθητοποίηση των εργαζομένων απέναντι στο φαινόμενο της εργασιακής βίας όσο και των διοικήσεων για τον σχεδιασμό στρατηγικών πρόληψης και αποτελεσματικής διαχείρισής της, μπορεί να παίξουν καθοριστικό ρόλο προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας της εργασίας και ταυτόχρονα της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στους ασθενείς.

1.3. Συνέπειες της βίας

Η βία των ασθενών προς το προσωπικό συνδέεται με μια ποικιλία επιπτώσεων για τα θύματά της, τους οργανισμούς και τη κοινωνία. Στα πλαίσια αυτά μπορεί η επιθετικότητα των ασθενών να προκαλέσει στους επαγγελματίες υγείας σωματικά προβλήματα όπως τραυματισμούς (σπανιότερα και θάνατο), αναπηρίες, ανικανότητες, μυοσκελετικές διαταραχές, πόνο, υπέρταση, καρδιοπάθειες, μεταβολικό σύνδρομο κλπ (Happell et al, 2002· Gerberich et al, 2004· Gerson et al 2007· Lanctot & Guay, 2014· Kitenech & Hamdam, 2015). Επίσης τα θύματα της βίας μπορεί να υποφέρουν από ψυχολογικά προβλήματα τα οποία συχνά παραμένουν και μετά την επιστροφή τους στην εργασία. Σε αυτά συγκαταλέγονται το αρνητικό στρες (distress), η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές -με προεξάρχουσα τη διαταραχή μετατραυματικού στρες- η επαγγελματική εξουθένωση, η απώλεια της αυτοεκτίμησης και της επαγγελματικής σιγουριάς και η μειωμένη αποδοτικότητα και ικανοποίηση από τη σχέση του θύματος με τον ασθενή. Επιπλέον, η εμπειρία της βίας προς το προσωπικό μπορεί να συνοδεύεται από άλλες αρνητικές επιπτώσεις όπως μεταβολή της συμπεριφοράς του θύματος βίας και κατάχρηση αλκοόλ, καπνού ή/και ναρκωτικών, διαταραχή της σχέσης του με την οικογένεια, τους φίλους ή/και τους συνεργάτες, αλλά και με εμπειρίες στιγματισμού και διάκρισης (Murphy & Scoenborn, 1987· Leather, 2001· WHO, 2002· WHO, 2014). Οι Di Martino et al (2003) υποστηρίζουν ότι οι σωματικές βλάβες του θύματος εξαρτώνται από τη σοβαρότητα της επίθεσης κι αντίστοιχα η έκταση των ψυχολογικών συνεπειών σχετίζεται με την αντίληψη του ατόμου για το συμβάν όπως και με τις προσωπικές στρατηγικές που χρησιμοποιεί για τη διαχείριση προβλημάτων παρόμοιας σοβαρότητας.

Αντίστοιχες είναι και οι συνέπειες για τους οργανισμούς που φιλοξενούν τη βία, με βασικότερες εξ αυτών την απώλεια εξειδικευμένου προσωπικού εξαιτίας της εκούσιας αποχώρησής του υπό τον κίνδυνο για την ασφάλεια και την υγεία του, τις ανεπιτυχείς προσλήψεις, τα νομικά ζητήματα (αξιώσεις θυμάτων βίας, αποζημιώσεις κλπ), τη κακή φήμη, τις μειωμένες επενδύσεις και τα ελλείμματα ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με έμμεσο αντίκτυπο στην εθνική οικονομία και την κοινωνία (Arnetz & Arnetz, 2001· Ito et al, 2001· Jackson et al, 2002· Bilgin & Buzlu, 2006· Estryn-Behar et al, 2007· ORCaB, 2009· Bowers et al, 2011a· Gates et al, 2011· AbualRub et al, 2012). Γι' αυτό και ο ΠΟΥ αντιμετωπίζει τη βία στον τομέα υγείας ως μείζον ζήτημα για τη δημόσια υγεία, ενώ και ο ILO ανάγει τη σημασία της στο ίδιο επίπεδο με τα σοβαρά λοιμώδη νοσήματα όπως το Aids/HIV, οι εξαρτήσεις από τα ναρκωτικά και το αλκοόλ (WHO, 2003· WHO, 2005).

Πιο συγκεκριμένα, η σωματική βία αποτελεί την 4η αιτία μη θανατηφόρου τραυματισμού των εργαζομένων στα νοσοκομεία των ΗΠΑ, θύματα της οποίας -σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία του Bureau of Labor Statistics- στην πλειοψηφία τους είναι άνδρες, νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών, ηλικίας 35-44 ετών (BLS,2014a· CDC, 2014), επιβεβαιώνοντας το πόρισμα της Gould ότι η νοσηλευτική είναι το επάγγελμα που εκτίθεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο (Gould, 2000). Τον υψηλό κίνδυνο των νοσηλευτών ψυχικής υγείας να γίνουν θύματα μη θανατηφόρων εγκληματικών πράξεων, αποκαλύπτει έρευνα του Department of Justice των ΗΠΑ η οποία υπολόγισε ότι κατά το χρονικό διάστημα 1993-1999 η αναλογία τους στις διάφορες επαγγελματικές ομάδες ετησίως ήταν: 16.2:1000 γιατροί, 21.9:1000 νοσηλευτικό προσωπικό γενικότερα και 68.2 συμβάντα ανά 1000 επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όταν όλα τα επαγγέλματα αντιμετώπιζαν το κίνδυνο αυτό σε μια αναλογία 12.6:1000 (OSHA, 2004).

Εντούτοις, δεν εκλείπουν συμβάντα που οδήγησαν σε σοβαρούς τραυματισμούς απειλητικούς για τη ζωή των θυμάτων, ακόμη και στο θάνατο όπως αποκαλύπτει μελέτη των Kelen et al (2012) η οποία διαπίστωσε ότι στα νοσοκομεία των ΗΠΑ την περίοδο μεταξύ 2000-2011 σημειώθηκαν 91 πυροβολισμοί από ασθενείς (το 29% στα ΤΕΠ), οι οποίοι σε ποσοστό 3% οδήγησαν στο θανατηφόρο τραυματισμό γιατρών και σε ποσοστό 5% στο θάνατο μελών του νοσηλευτικού προσωπικού. Όμως, όπως επισημαίνει ο ΠΟΥ οι θανατηφόροι τραυματισμοί δεν αποτελούν παρά μόνο το ορατό αποτέλεσμα από την «άκρη του παγόβουνου», στο υπόλοιπο σώμα του οποίου βρίσκονται τα θύματα της μη θανατηφόρας βίας, που -ιδιαίτερα όταν είναι γυναίκες- βιώνουν μια «ισόβια ασθένεια» (WHO, 2014).

Η υποαναφορά της βίας, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα των συμβάντων (Owen,1998), αποτελεί κοινή στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας διεθνώς, είτε διότι δεν καταλογίζουν

στον ασθενή υπαιτιότητα για τις πράξεις του είτε εξαιτίας του φόβου για αντίποινα» (Privitera et al, 2005) ή ακόμη και ενόψει πεποιθήσεων πως το δικονομικό σύστημα θα απαλλάξει τον αυτουργό/ψυχικά ασθενή από ενδεχόμενη καταδίκη, λόγω της ασθένειάς του (Kumar et al, 2006· Wolf et al, 2014). Κατ' επέκταση η μη αναφορά των συμβάντων επιθετικότητας στερεί από τα θύματά της τη δυνατότητα να λάβουν κοινωνική υποστήριξη από συναδέλφους τους, η οποία θα μπορούσε να λειτουργήσει «εξισοροπητικά» στην αρνητική εμπειρία της βίας (Van Emmerik, Euwema & Bakker, 2007).

Εκτιμώντας το ετήσιο οικονομικό κόστος της βίας μόνο για το 2,1% των τραυματισμών των νοσηλευτών που αναφέρθηκαν στις ΗΠΑ, οι Speroni et al (2014) αναφέρουν ότι δαπανήθηκαν 94.150\$, εκ των οποίων τα 78.924 για τη θεραπεία των θυμάτων και 15.232\$ για την αποζημίωσή τους. Ωστόσο, το κόστος της βίας μπορεί να είναι ακόμη μεγαλύτερο σε κάποιες χώρες με υψηλότερο επιπολασμό της βίας, όπως στη Νιγηρία, όπου σύμφωνα με την έρευνα των Ukpong et al (2011) από το 33,3% των επαγγελματιών υγείας που ήταν θύματα σωματικής βίας των ασθενών, εννέα στα δέκα χρειάστηκαν ιατρική περίθαλψη για τα τραύματά τους.

Πέρα, όμως, από το εθνικό κόστος η βία επηρεάζει άμεσα την παραγωγική ικανότητα των οργανισμών. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Bureau of Labor Statistics, το 2013 χάθηκαν στις ΗΠΑ - εξαιτίας των θανατηφόρων επαγγελματικών τραυματισμών και ασθενειών- 41.450 ημέρες εργασίας μόνο για τους εργαζόμενους του κλάδου των βοηθών νοσηλευτών του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (BLS, 2014b). Ενδεικτικά αναφέρεται επίσης ότι κατόπιν έρευνας του BLS για την περίοδο 2003-2012 οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται στην 3^η υψηλότερη θέση αναφορικά με τους τραυματισμούς στην εργασία, αμέσως μετά τους αστυνομικούς και τους πυροσβέστες (Wiatrowski, 2014). Παρόμοια είναι και τα στοιχεία από τις συνθήκες εργασίας στην Ευρώπη. Οι Parent-Thirion et al (2007) στη 5^η Ευρωπαϊκή έρευνα σε σχέση με την εργασιακή βία καταδεικνύουν ότι ο τομέας υγείας κατέχει την 1^η θέση στην Ευρώπη των 27, με σημαντική διαφορά ακόμη και από τον τομέα δημόσιας διοίκησης και άμυνας, γεγονός που οδηγεί σε απώλεια κατά μέσον όρο 6 έως 15 ημερών απουσίας των θυμάτων από την εργασία τους. Προς τη κατεύθυνση της απώλειας παραγωγικότητας και η τελευταία έκδοση του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Υγεία για την Ασφάλεια στην Εργασία η οποία αναφέρει ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο -μόνο μεταξύ 2012 έως 2013- χάθηκαν 4.600.000 ημέρες εργασίας στον τομέα υγείας εξ αιτίας αυτοαναφερόμενης επαγγελματικής ασθένειας, ενώ το 27% των επαγγελματιών υγείας στη Γερμανία δυσκολεύεται να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις της εργασίας του, με το 40% εξ αυτών να αποδίδει αυτή του τη δυσκολία στη συναισθηματική εξάντληση (EU-OSHA, 2014).

Αν, πλέον του κόστους των τραυματισμών, συνυπολογιστούν οι χρόνιες βλάβες στη

σωματική και ψυχική υγεία των θυμάτων συνεπεία των υψηλών επιπέδων stress που συνοδεύουν τις εμπειρίες της βίας (Lekka & Jain, 2010), τότε καθίσταται σαφές ότι το κόστος της βίας είναι πολύ μεγαλύτερο και ενδεχομένως απίθανο να μετρηθεί. Μια γενική εικόνα για το οικονομικό κόστος του εργασιακού στρες συνεπεία της βίας προσφέρει η μελέτη των Bejean et al (2005), οι οποίοι εκτιμώντας το κόστος του επαγγελματικού στρες στη Γαλλία διαπίστωσαν ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η κατάθλιψη και οι μυοσκελετικές παθήσεις συνεπεία του εργασιακού άγχους είχαν ως συνέπεια την ασθένεια 339.000 ατόμων και το θάνατο έως 3.600 ατόμων, επιβαρύνοντας οικονομικά τις συνολικές δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης της χώρας κατά 14,4 έως 22,2% στερώντας αντίστοιχους πόρους από τον πληθυσμό της χώρας. Κατ' επέκταση το κόστος της βίας δεν είναι άμεσα οικονομικό, αλλά σχετίζεται με τη ψυχοσωματική υγεία και ευημερία των θυμάτων της. Η Σταθάκη (2013), διερευνώντας την επίδραση του επαγγελματικού άγχους στην υγεία των νοσηλευτών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, βρήκε ότι το εργασιακό άγχος είχε ως συνέπεια τη σωματική εξάντληση και τον πόνο στη ράχη/αυχένα των νοσηλευτών, ενώ σχετίστηκε αρνητικά με την ευεξία του προσωπικού και την κατανάλωση καπνού, η οποία – μεταξύ άλλων- ενέχει κινδύνους για καρδιαγγειακά νοσήματα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και καρκίνο. Οι Μουστάκα και συν (2010) διαπίστωσαν πως τα επίπεδα του άγχους που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό στην εργασία του δε διαφοροποιούνται μεταξύ των νοσοκομείων της πρωτεύουσας και της περιφέρειας, γεγονός που επιτρέπει την εικασία ότι το ίδιο συμβαίνει και με τους επαγγελματίες που υπηρετούν σε δομές ψυχικής υγείας.

Τις συμπεριφορές ουσιοεξάρτησης του προσωπικού (κατάχρηση καπνού, αλκοόλ, ναρκωτικών ουσιών) συνεπεία του στρες αναδεικνύουν και οι Sullivan & Decker (2008), οι οποίοι θεωρούν το στρες υπεύθυνο για την απρόσωπη παροχή φροντίδας στους ασθενείς (απάθεια, έλλειψη ενδιαφέροντος και αδιαφορία) και για τα μειωμένα κίνητρα για εργασία, με συνέπειες τις συγκρούσεις μεταξύ των εργαζομένων και τα χαμηλά επίπεδα ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Noble & Rodger, 1989· Παυλίδης και συν, 2002· Privitera et al, 2005· McCaughey et al, 2011). Την υψηλή σημασία της θετικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ασθενών και προσωπικού για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας ανέδειξε και η έρευνα με τίτλο ORCaB (2009) στην οποία μετείχε και η Ελλάδα. Μολονότι, χαμηλά στους δείκτες κουλτούρας ασφάλειας σε σύγκριση με τις άλλες χώρες, το 40% των Ελλήνων ομοίως με τους υπόλοιπους ευρωπαίους πιστεύει ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ επαγγελματιών υγείας-ασθενών είναι «η μόνη σημαντική πτυχή της φροντίδας».

Οι Shablon et al (2012) στη πανεθνική έρευνά τους στη Γερμανία, με σκοπό τη μελέτη των επιπτώσεων της βίας στους επαγγελματίες υγείας, εκτίμησαν πως το 1/3 των εργαζομένων ένιωσε

σοβαρό στρες μετά την εμπειρία της βίας. Πιο ακριβείς ως προς τις συνέπειες του άγχους στην παραγωγικότητα και τη προσωπική ευημερία των εργαζομένων, οι Gates, Gillespie & Succop (2011) βρήκαν ότι μετά από συμβάν σωματικής βίας το 94% των νοσηλευτών των ΤΕΠ είχε τουλάχιστον ένα σύμπτωμα αυτής της διαταραχής και το 17% εξ αυτών είχε σημαντική πιθανότητα να πάσχει από μετατραυματική αγχώδη διαταραχή (PTSD). Σε αυτά τα συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται επαναλαμβανόμενες, ενοχλητικές σκέψεις, μνήμες ή εικόνες του συμβάντος, αποφυγή σκέψεων ή συζήτησης για το συμβάν προκειμένου το θύμα να αποφύγει δυσάρεστα συναισθήματα και ψυχοκινητική επιτάχυνση, όπως και η κατάσταση έντονης εγρήγορσης ή επιφυλακής (WHO, 2003). Εντούτοις, πριν εμφάνιση της PTSD, συχνά μεσολαβεί μια περίοδος άρνησης των θυμάτων, που αφορά σε ασυνείδητο αμυντικό μηχανισμό των ατόμων όταν τα εσωτερικά τους αποθέματα δεν επαρκούν για την αντιμετώπιση μιας στρεσογόνου κατάστασης, η οποία ωστόσο είναι και αναπόφευκτη. Στη φάση αυτή, όπου το στρες γίνεται αντιληπτό από τα θύματα ως ένας «ογκόλιθος» καθ' όσον τα συμβάντα - «ψηφίδες» συσσωρεύτηκαν στο χρόνο (Rice, 2005), τα θύματα της βίας μπορεί να βιώσουν διάφορα επώδυνα συναισθήματα μεταξύ των οποίων θυμός ή οργή, λύπη ή θλίψη, απογοήτευση, αυτοαμφισβήτηση, ενοχή, απογοήτευση, ανασφάλεια και καχυποψία (Arnetz and Arnetz, 2001· ILO et al, 2005· Kitaneh & Hamdam, 2012· Scablon et al, 2012· Lanktot & Guay, 2014).

Επιπλέον, τα θύματα-επαγγελματίες υγείας μπορεί να νοιώσουν λιγότερη ικανοποίηση από τη σχέση τους με τον ασθενή γεγονός που επηρεάζει άμεσα την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, ενώ δεν αποκλείεται να αντιμετωπίσουν φαινόμενα διάκρισης, στιγματισμού, ακόμη και συγκρούσεων στον εργασιακό τους χώρο (Di Martino, 2002). Το αίσθημα φόβου για την προσωπική τους ασφάλεια (Arnetz & Arnetz, 2001· Trinkoff et al, 2008· Scot et al, 2011) είναι συχνό μεταξύ των θυμάτων και μπορεί να επεκταθεί προς όλους τους ασθενείς (Jackson, Clare & Mannix, 2002) όσο και στη κοινωνική τους ζωή. Οι Lanctot & Guay (2014) στην ανασκόπηση τους για τις συνέπειες της βίας περιγράφουν ότι 10-90% των θυμάτων ένοιωσαν λιγότερο ασφαλείς, ενώ σε μια αναλογία 4,3-73% βίωσε φόβο και εξέφρασε έντονη αγωνία για τη λήψη πρόσθετων μέτρων ασφάλειας από τον οργανισμό.

Η αρνητική επίδραση της βίας στην ποιότητα των οργανισμών υγείας μπορεί, επίσης, να είναι συνέπεια φθορών στον εξοπλισμό ή/και τις υποδομές του οργανισμού οι οποίες μπορεί να εμποδίσουν τη συνέχιση της φροντίδας (WHO, 2005). Επιπλέον, οι Estrin- Behar et al (2008) ανέδειξαν ότι τα αυξημένα και τα μέτρια επίπεδα της εργασιακής βίας σχετίζονται με μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού και με τη πρόθεση αποχώρησής του από το οργανισμό ή/και το επάγγελμα. Κατά συνέπεια ο οργανισμός θα κληθεί μαζί με την απώλεια

εξειδικευμένου προσωπικού να αντιμετωπίσει και τη μείωση του κύρους του ανάμεσα στους εργαζόμενους και στη κοινωνία. Οι νοσηλευτές Ψ.Υ αποτελούν τον κλάδο που οδηγείται συχνότερα σε εκούσια αποχώρηση εξαιτίας της βίας από ασθενείς. Πράγματι, σχετική έρευνα που έκαναν στην Ιαπωνία οι Ito et al (2001) σε δείγμα 1.494 νοσηλευτών από 27 ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας, διαπίστωσαν πως το 44% εξ' αυτών είχε πρόθεση να εγκαταλείψει τη δουλειά του, εκ των οποίων το 89% εξαιτίας του αντιλαμβανόμενου κινδύνου από τις επιθέσεις των ασθενών.

Επομένως, το πρόβλημα της βίας έχει τόσο διευρυμένο κόστος για όλους του εμπλεκόμενους (θύματα, ασθενείς, οργανισμοί, κοινωνία) που όχι μόνο δεν πρέπει να υποτιμάται κατά τον σχεδιασμό των πολιτικών για την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων, αλλά απεναντίας επιβάλλει τη λήψη μέτρων πρόληψης και αποτελεσματικής διαχείρισής της.

2. Οργανωσιακή Κουλτούρα

Η οργανωσιακή «κουλτούρα» στην πορεία των χρόνων άρχισε να ταυτίζεται από την επιστημονική κοινότητα με την έννοια του οργανωσιακού «κλίματος» με αποτέλεσμα να επικρατεί σύγχυση ως προς το σαφή προσδιορισμό αυτών των δυο εννοιών, μολονότι -κατά τον Denison (1996)- πρόκειται για δυο «θεμελιωδώς διαφορετικά και μη επικαλυπτόμενα φαινόμενα», τα οποία βασίζονται σε διαφορετικές θεωρίες, μεθόδους και επιστημολογίες. Στα πλαίσια αυτά, είναι σημαντικό να αποσαφηνιστούν οι συγκεκριμένες ορολογίες, προκειμένου να γίνει κατανοητή η σημασία τους για την ποιότητα της εργασίας.

2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός

Η λέξη κουλτούρα (από το λατινικό cultura) είναι συνώνυμη της έννοιας «πολιτισμός» (Μπαμπινιώτης, 1998) που αντιπροσωπεύει την παιδεία, δηλαδή την πνευματική καλλιέργεια και παράδοση μιας κοινωνίας. Εντούτοις, στην Ελλάδα ορισμένες φορές χρησιμοποιείται υποτιμητικά για να υποδηλώσει τη σοβαροφάνεια και την επίδειξη της πνευματικής ανωτερότητας από μέρους ενός ατόμου (Βικιπαίδεια).

Κατά τον Shein (1985) η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ένα μοντέλο βασικών παραδοχών των μελών ενός οργανισμού, οι οποίες δημιουργήθηκαν στη πορεία της εξέλιξής του στο χρόνο, αντικατοπτρίζοντας τις επιτυχημένες προσπάθειες των εργαζομένων να προσαρμοστούν στο εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού (νόρμες και αξίες της κοινωνίας) και να προάγουν την εσωτερική του ολοκλήρωση. Κατ' επέκταση, οι παραδοχές αυτές θεωρούνται ως ισχύουσες διαχρονικά και ως εκ τούτου διδάσκονται στα νέα μέλη του οργανισμού ως «ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης και αίσθησης για αυτά τα προβλήματα». Στα πλαίσια της ενασχόλησής του με την ανάπτυξη των κοινωνικών συστημάτων, ο Shein διέκρινε την κουλτούρα ενός οργανισμού: α)

στις «νόρμες-τεχνουργήματα»/ norms-artifacts που αντικατοπτρίζουν τις συμπεριφορές των μελών με βάση τους άγραφους, ηθικούς κανόνες που ισχύουν και οι οποίοι εκφράζονται μέσω των δομών και των διαδικασιών του, β) στις «αξίες και πεποιθήσεις που υιοθετούν»/espoused values and beliefs οι εργαζόμενοι του οργανισμού (φιλοσοφία, στόχοι και στρατηγικές) και γ) στις «υφιστάμενες βασικές παραδοχές»/basic underlying assumptions που αντιπροσωπεύουν τις πεποιθήσεις, τις αντιλήψεις, τις σκέψεις και συναισθήματα των εργαζομένων για την ανθρώπινη φύση, την αλήθεια, το περιβάλλον και τη πραγματικότητα του οργανισμού (Shein, 1985).

Ο Μπουραντάς (2002) ορίζει την οργανωσιακή κουλτούρα ως ένα «*σύστημα κοινών αξιών, πιστεύω, βασικών παραδοχών, σημασιών και άτυπων κανόνων, το οποίο ως κοινό νοητικό πλαίσιο αναφοράς συνδέει τους ανθρώπους, προσδιορίζοντας το πώς σκέφτονται, συμπεριφέρονται, τι κάνουν, πως το κάνουν και γιατί το κάνουν*».

Το οργανωσιακό κλίμα κατά τους Schneider, Ehrhart & Macey (2013) δημιουργείται στους οργανισμούς μέσα από μια διαδικασία κοινωνικής πληροφόρησης ανάμεσα στα μέλη τους, η οποία βασίζεται στο νόημα που αποδίδουν στις πολιτικές, στις διαδικασίες και στις πρακτικές που βιώνουν, όπως επίσης και στις συμπεριφορές που παρατηρούν ότι επιβραβεύονται, υποστηρίζονται ή/και θεωρούνται αναμενόμενες. Από την άλλη πλευρά, η οργανωσιακή κουλτούρα αντανάκλα τις σιωπηρές αξίες, τις πεποιθήσεις και τις παραδοχές που καθοδηγούν τις συμπεριφορές των εργαζομένων. Αυτές -ως η ασυνείδητη πλευρά του οργανισμού- βασίζονται στα συμπεράσματα από τις εμπειρίες κοινωνικοποίησης των μελών του στο χρόνο, οι οποίες ενσωματώνουν μύθους, ιστορίες και παρατηρήσεις συμπεριφορών -ειδικά των ηγετών- που αποδείχθηκαν χρήσιμες και επιτυχείς.

Στα πλαίσια της καλύτερης κατανόησης της οργανωσιακής κουλτούρας αναπτύχθηκαν θεωρητικές προσεγγίσεις για τον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν το σχηματισμό της κουλτούρας ενός οργανισμού. Ο Pettigrew θεωρεί καθοριστική την επίδραση που ασκείται από τον ιδρυτή του, ο Selznick την αποδίδει στη «αρχή της αυτοκίνησης», οι Blake & Mouton υποστηρίζουν ότι ο σχηματισμός της κουλτούρας είναι προϊόν αλληλεπίδρασης μεταξύ του οργανισμού και εργαζομένων κι αντίστοιχα ο Kilman θεωρεί ότι η κουλτούρα δομείται γύρω από τα «κρίσιμα περιστατικά». Ίσως όμως η πιο ολοκληρωμένη άποψη είναι αυτή του Shein ο οποίος ερμηνεύει τον σχηματισμό της οργανωσιακής κουλτούρας συνθέτοντας τα θεωρητικά μοντέλα της ψυχοδυναμικής θεωρίας (δυναμική των ομάδων), της θεωρίας της ηγετικής συμπεριφοράς και τη θεωρία της μάθησης (Μπουραντάς, 2002).

Αναγνωρίζοντας τη σημασία της οργανωσιακής συμπεριφοράς των εργαζομένων για τη

βιωσιμότητα και την αποδοτικότητα των οργανισμών, οι Robbins et al (2014) επικεντρώθηκαν στην ανάλυση μιας ποικιλίας συμπεριφορών των εργαζομένων όπως οι απουσίες από την εργασία, η παραγωγικότητα, οι αποχωρήσεις (εκούσια ή ακούσια μόνιμη αποχώρηση από τον οργανισμό), η αντικοινωνική συμπεριφορά (βία), η επαγγελματική ικανοποίηση (θετικό συναίσθημα του εργαζόμενου για τη δουλειά του ως προϊόν της θετικής αντίληψης για τα χαρακτηριστικά της εργασίας του), η οργανωσιακή συμπεριφορά των εργαζομένων (μπορεί να μην αποτελεί πάντα μέρος των τυπικών επαγγελματικών τους υποχρεώσεων αλλά να αποσκοπεί στη προαγωγή της αποτελεσματικής λειτουργίας του οργανισμού), η αποδοτικότητα των εργαζομένων (επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος με το μικρότερο δυνατό κόστος) και η διοίκηση (σελ 18-21).

Σε κάθε οργανισμό αναπτύσσονται υποκουλτούρες (διοίκησης, ασφάλειας κλπ), οι οποίες μπορεί να έχουν εντελώς διαφορετικά χαρακτηριστικά μεταξύ τους, ωστόσο εφόσον είναι ισχυρές και συμβατές με την οργανωσιακή αλλά και την εξωτερική κουλτούρα, οι υποκουλτούρες αυτές ενθαρρύνουν την αφοσίωση των μελών τους βελτιώνοντας την αποτελεσματικότητα ολόκληρου του οργανισμού. Αυτό συμβαίνει γιατί η οργανωσιακή κουλτούρα λειτουργεί ως ένας συνδετικός κρίκος ανάμεσα στα μέλη της που προάγει τη μεταξύ τους επικοινωνία, την συνοχή και την αλληλοϋποστήριξη κατά την αντιμετώπιση πολύπλοκων προβλημάτων παρέχοντας, ταυτόχρονα, νόημα και κατεύθυνση στην δράση της συγκεκριμένης ομάδας των εργαζομένων.

Ωστόσο, η οργανωσιακή κουλτούρα μπορεί να μην είναι πάντοτε παραγωγική. Απεναντίας μπορεί να λειτουργήσει καταστροφικά για έναν οργανισμό, όταν δεν ενθαρρύνει την αφοσίωση των μελών της και κυρίως όταν αντικατοπτρίζει ξεπερασμένα ή ακατάλληλα πρότυπα συμπεριφοράς, δημιουργώντας ένα «χάσμα» (Μπουραντάς, 2002) ανάμεσα στη κουλτούρα του οργανισμού και στις κοινωνικές νόρμες και αξίες. Επίσης, μια παθολογική κουλτούρα μπορεί να οδηγήσει σε αντίσταση των μελών της στις αλλαγές και να καταστεί εμπόδιο στην εφαρμογή στρατηγικών βελτίωσης του οργανισμού, ωθώντας τον στην παρακμή υπό το φόβο των εργαζομένων για τη μεταβολή του status quo.

Στον τομέα υγείας της Ελλάδας η οργανωσιακή κουλτούρα έχει μια μικτή μορφή ανάμεσα στο μοντέλο των «εσωτερικών διαδικασιών» του Quinn (the hierarchy culture) και του «πύργου του Eiffel» του Trompenaars (1994), το οποίο αναπαριστά το γραφειοκρατικό σύστημα. Κύριο χαρακτηριστικό της κουλτούρας των οργανισμών υγείας στην Ελλάδα είναι η ιεραρχία, η οποία προσδιορίζει σαφή και διακριτά όρια και ρόλους ανάμεσα στα μέλη του οργανισμού, με την ανώτερη εξουσία να ασκεί ρόλο μέντορα και -παράλληλα- ελεγκτή για τα κατώτερα επίπεδα της ιεραρχίας, που αναμένεται να υπακούν στις εντολές των προϊσταμένων τους. Σε αυτό τον τύπο οργανωσιακής κουλτούρας η δημιουργία των κανονισμών αποσκοπεί στην ομαλή λειτουργία του

οργανισμού, μέσα από τη πρόβλεψη και τον έλεγχο της συμπεριφοράς του προσωπικού η, δε, δύναμη των ατόμων πηγάζει από την εξουσία που τους προσδίδει η θέση τους στην ιεραρχία. Κατά συνέπεια, κάθε αλλαγή επέρχεται με καθυστέρηση και δυσκολία. (Παρασκευά, 2009).

Εντούτοις, ακόμη και σε τέτοια περιβάλλοντα, η ιδιαίτερη λειτουργία των δομών ψυχικής υγείας, ευνοεί τη δημιουργία υποκουλτούρων οι οποίες λειτουργούν στα πρότυπα του μοντέλου της «θεραπευτικής ομάδας» (αντίστοιχο αυτού των «ανθρώπινων πόρων» του Queen) και του «θεραπευτικού περιβάλλοντος». Τα στοιχεία που ξεχωρίζουν σε αυτό τον τύπο της οργανωσιακής κουλτούρας είναι η ισότιμη συμμετοχή όλων στη λήψη των αποφάσεων, η αλληλοϋποστήριξη, η αλληλοσυμπλήρωση των ρόλων με τρόπο που δε λειτουργεί σε βάρος της επαγγελματικής αυτονομίας και οι αγαστές κοινωνικές σχέσεις μεταξύ των μελών της ομάδας βασισμένες στο σεβασμό και στην αμοιβαία εμπιστοσύνη, στη βάση του οράματος για την επιτυχία της συγκεκριμένης δομής. Εδώ η ιεραρχία έχει κυρίως το ρόλο του μέντορα και επιδιώκει την δημιουργία και την διατήρηση του υψηλού ηθικού της ομάδας.

2.1.1. Κουλτούρα & κλίμα ασφάλειας

Κουλτούρα και κλίμα ασφάλειας είναι δυο όροι που χρησιμοποιούνται εναλλακτικά στη βιβλιογραφία, ωστόσο πρόκειται για δυο ξεκάθαρες και διαφορετικής σημασίας έννοιες -όπως επεσήμανε και ο Shein- με το κλίμα ασφάλειας να αποτελεί «υποσύνολο» (The Health Foundation, 2010) της κουλτούρας ασφάλειας.

Η κουλτούρα ασφάλειας, έγινε δημοφιλής σαν όρος μετά την πυρηνική καταστροφή του Chernobyl και μέσα από την επίσημη αναφορά του International Atomic Energy Agency (Διεθνής Οργανισμός Ατομικής Ενέργειας), η οποία προσδιόρισε την κουλτούρα ασφάλειας ως *«μια σύνθεση των χαρακτηριστικών και στάσεων των οργανισμών και των ατόμων που αποδεικνύει ότι, ως μια απόλυτη προτεραιότητα, τα ζητήματα της πυρηνικής ασφάλειας τυγχάνουν της προσοχής που δικαιολογεί η σημασία τους»* (σελ 4). Τα χαρακτηριστικά αυτά εμπερικλείουν προσωπική αφοσίωση, σκέψη ασφάλειας και στάση εγγενούς αμφισβήτησης, υπό τη φιλοσοφία ότι οι ακόμη και οι καλύτερες πρακτικές μπορεί να φανούν αναποτελεσματικές αν εφαρμόζονται μηχανικά (IAEA, 1991).

Λίγο αργότερα, το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ (Institute of Medicine/IOM, 2001) προέβη σε έκκληση – πρόσκληση προς τα συστήματα υγείας να αλλάξουν την οπτική της κουλτούρας ασφάλειας και από παθολογική & τιμωρητέα (όπου τα λάθη των επαγγελματιών υγείας αντιμετωπίζονται ως προσωπικές αποτυχίες), να τη μετατρέψουν σε μια θετική κουλτούρα όπου τα λάθη γίνονται αντιληπτά ως ευκαιρία βελτίωσης του οργανισμού και πρόληψης βλάβης

(Nieva & Sorra, 2003). Χρονικά, από εκείνη τη στιγμή μέχρι και σήμερα εκδηλώθηκε έντονο ενδιαφέρον από την πλευρά των ερευνητών και των φορέων υγείας και ασφάλειας για τον ορισμό της κουλτούρας ασφάλειας και τα χαρακτηριστικά που διέπει μια υγιή - θετική κουλτούρα, ενώ σταδιακά δημιουργήθηκαν διάφορα εργαλεία για την αξιολόγησή της.

Κατά τον IOSH (2014) η κουλτούρα ασφάλειας είναι ένα δομημένο σύνολο από *«κοινές αξίες (τι είναι σημαντικό) και πεποιθήσεις (πως δουλεύουν τα πράγματα εδώ), οι οποίες αλληλεπιδρούν με την οργανωσιακή δομή και τα συστήματα ελέγχου ώστε να παράγουν συμπεριφορικά πρότυπα»*. Δηλαδή, η κουλτούρα ασφάλειας είναι ένα κράμα της αντίληψης των ατόμων για την ασφάλεια του επαγγελματικού τους χώρου (κλίμα ασφάλειας), της συμπεριφοράς ασφάλειας που υιοθετούν, αλλά και των πολιτικών και διαδικασιών που εφαρμόζει ο οργανισμός.

Ο Denison (1996) επιχειρώντας να κάνει κατανοητή τη διαφορά μεταξύ της οργανωσιακής κουλτούρας και του οργανωσιακού κλίματος προσδιόρισε το κλίμα ως μια «κατάσταση» της οργάνωσης η οποία συνδέεται με τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές των μελών της κι επομένως -ως κατάσταση- το κλίμα είναι προσωρινό, υποκειμενικό κι επιδέχεται χειρισμού από άτομα του οργανισμού με εξουσία και επιρροή. Σε αντίθεση με το κλίμα, η κουλτούρα αντικατοπτρίζει το εξελιγμένο «πλαίσιο» εντός του οποίου ενσωματώνεται η κατάσταση. Υπό αυτή την έννοια η κουλτούρα ασφάλειας αποτελεί τον πυρήνα της ασφάλειας του οργανισμού που επιτρέπει την ανάπτυξη του κλίματος ασφάλειας ανάλογα με τη σύνθεση των μελών της εκάστοτε ομάδας και τις επιρροές από την ηγεσία της, γι' αυτό και το κλίμα ασφάλειας μπορεί να μεταβληθεί στο χρόνο.

Στην βαθύτερη κατανόηση της διαφοράς μεταξύ κουλτούρας και κλίματος ασφάλειας βοηθά η πρόταση του Cooper, η οποία υιοθετήθηκε από την Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας του Ηνωμένου Βασιλείου (Health & Safety Executive/HSE), όπου ο ορισμός της κουλτούρας ασφάλειας ενσωματώνει τη συμπεριφορά των εργαζομένων (τι κάνουν) και τη περιστασιακή κατάσταση του οργανισμού (τι έχει). Για την ακρίβεια ο HSE (2005) θεωρεί ότι το κλίμα ασφάλειας εκφράζει τα *«ψυχολογικά χαρακτηριστικά»* των εργαζομένων (πως νοιώθουν) σε σχέση με την ασφάλεια στο εσωτερικό του οργανισμού όπου εργάζονται και τα οποία αφορούν στις στάσεις, τις αξίες και τις αντιλήψεις των εργαζομένων για την ασφάλεια. Στα πλαίσια αυτά ανέπτυξε έναν από τους πλέον δημοφιλείς ορισμούς που θεωρεί ότι: *«κουλτούρα ασφάλειας ενός οργανισμού είναι το προϊόν των ατομικών και ομαδικών αξιών, νοοτροπιών, ικανοτήτων και συμπεριφορών που καθορίζουν την αφοσίωση, το στυλ και την εμπειρία της Διοίκησης Υγιεινής και Ασφάλειας ενός οργανισμού»* (HSE, 2005).

Εν κατακλείδι, η κουλτούρα ασφάλειας έχει πρακτική έννοια καθώς αναφέρεται στο ύψος και την επάρκεια των πολιτικών που εφαρμόζει ο οργανισμός (μέτρα, δομές και διαδικασίες) προκειμένου να αντεπεξέλθει στους κινδύνους της υγείας και της ασφάλειας του προσωπικού και των πελατών του, ενώ το κλίμα ασφάλειας αντανακλά την συναισθηματική/διανοητική διάσταση που αντιπροσωπεύει η έννοια της ασφάλειας για τους εργαζόμενους, στη βάση της οποίας καθορίζουν και τη συμπεριφορά τους.

2.2. Σημασία μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας στους οργανισμούς υγείας

Μολονότι τα δεδομένα του κλίματος ασφάλειας συλλέγονται σε ατομικό επίπεδο, η ανάλυσή τους προσεγγίζεται συλλογικά, αποκαλύπτοντας τη ταύτιση ή μη των αντιλήψεων και των στάσεων του προσωπικού προς τα ζητήματα της ασφάλειας. Με τον τρόπο αυτό σταθμίζεται η δύναμη που έχει η κουλτούρα ασφάλειας που χαρακτηρίζει το συγκεκριμένο προσωπικό ανάλογα με το επίπεδο της ιεραρχίας, της επαγγελματικής του ιδιότητας και της μονάδας που υπηρετεί κλπ (Flin et al, 2006). Ως εκ τούτου, το βασικότερο πλεονέκτημα της μέτρησης του κλίματος ασφάλειας είναι η διάγνωση της κουλτούρας ασφάλειας που υφίσταται τη στιγμή της αξιολόγησής της (Nieva & Sorra, 2003· Flin et al, 2006), ως η παράμετρος που προσδιορίζει τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη του οργανισμού διαχειρίζονται τα ζητήματα της ασφάλειας στον επαγγελματικό τους χώρο. Δεν αρκεί να παρέχονται μέσα ασφάλειας στο προσωπικό από τους εργοδότες (γάντια, εμβολιασμοί κλπ), αλλά πρέπει να εφαρμόζονται, ενώ -αντίστοιχα- ένα λάθος που δεν αντιμετωπίζεται με την πρώτη εμφάνισή του θα μετατραπεί σε πιο επικίνδυνο όταν πιθανότατα θα ξανασυμβεί (Robbins et al, 2014). Κατ' επέκταση, μέσα από τη ρεαλιστική γνώση του κλίματος ασφάλειας, οι managers μπορούν να προβούν σε αποτελεσματικές παρεμβάσεις αλλαγής τροχιάς της κουλτούρας ασφάλειας ανάλογα με τις ανάγκες του προσωπικού (πχ προγράμματα ενδυνάμωσης, υποκίνησης) ή/και στο σχεδιασμό αποτελεσματικών συστημάτων ασφάλειας (πχ κουμπιά πανικού, υπηρεσίες security) με βάση τους διαφοροποιημένους κινδύνους υγείας και ασφάλειας που διέπουν την εκάστοτε κλινική ή δομή ψυχικής υγείας.

Είναι γεγονός ότι η κουλτούρα ασφάλειας συνδέεται άμεσα με την ασφάλεια, την υγεία και την ευημερία όχι μόνο των εργαζομένων αλλά και των ασθενών (Ito et al, 2001 · Jackson et al,

2002· Nieva & Sorra, 2003· Geiger-Brown et al, 2004· Bilgin & Buzlu, 2006· The Joint Commission, 2008· Mardon et al, 2010· Riehle et al, 2013). Τη διαπίστωση αυτή ανέδειξε από πολύ νωρίς το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ στο «Err is Human» (σελ 20) επισημαίνοντας ότι *«η ασφάλεια των εργαζομένων συνδέεται στενά με την ασφάλεια των ασθενών. Αν οι εργαζόμενοι είναι ασφαλείς στη δουλειά τους, θα είναι ασφαλείς και οι ασθενείς»* (IOM, 1991). Επομένως, η συστηματική μέτρηση του κλίματος ασφάλειας μπορεί να συντελέσει στην προαγωγή της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων, με άμεσο θετικό αντίκτυπο στην αποδοτικότητα του οργανισμού και στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στους πελάτες/ ασθενείς.

Επιπλέον, τα αποτελέσματα από την αξιολόγηση των πεποιθήσεων του προσωπικού για το κλίμα ασφάλειας ενός οργανισμού -αν ερμηνευθούν σε επίπεδο ομάδας ή οργάνωσης όπως πρότεινε ο Zohar (2000)- επιτρέπουν να διαπιστωθεί η επίδραση που ασκεί στον σχηματισμό της κουλτούρας ασφάλειας ο προϊστάμενος ή/και τα ανώτερα στελέχη της ομάδας ή του οργανισμού. Επιπρόσθετα, η γνώση για την ύπαρξη αποτελεσμάτων ενός θετικού κλίματος ασφάλειας μπορεί να αξιοποιηθεί από την διοίκηση, καθώς αφενός αντισταθμίζει την επίδραση ενός κακού νοσοκομειακού κλίματος κι αφετέρου όσο πιο ισχυρή είναι η δύναμη του κλίματος ασφάλειας τόσο μεγαλύτερη προγνωστική ικανότητα έχει σε σχέση με τις πρακτικές που υιοθετούνται για την ασφάλεια των ασθενών (Zohar et al, 2007).

Δεδομένου ότι η κουλτούρα ασφάλειας ενός οργανισμού γίνεται «ορατή» (Nieva & Sorra, 2003) μέσα από τη συμπεριφορά των εργαζομένων τους, η μέτρηση του κλίματος ασφάλειας, έχει εξέχουσα σημασία για τη διοίκηση καθώς της δίνει τη δυνατότητα να βελτιώσει την παραγωγικότητα του οργανισμού, σε συνδυασμό με τη διασφάλιση της υγείας και της ευημερίας των εργαζομένων. Ένα σημαντικό πλεονέκτημα που προσφέρει η γνώση της εσωτερικής κουλτούρας ασφάλειας του οργανισμού είναι το γεγονός ότι επιτρέπει να εντοπιστούν εύκολα οι δομές και διαδικασίες που χρήζουν αλλαγής και παράλληλα παρέχει τη δυνατότητα στη διοίκηση να αναγνωρίσει την έκταση και τη ποικιλομορφία των ικανοτήτων και δεξιοτήτων που διαθέτει το ανθρώπινο δυναμικό της, στη βάση των οποίων μπορεί να τις ενδυναμώσει και να σχεδιάσει πολιτικές βελτίωσης της ποιότητας ασφάλειας της εργασίας, με θετικό αντίκτυπο στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στους πελάτες της.

Πέρα όμως από τη σημασία της αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας, την εκτίμηση των απαιτούμενων παρεμβάσεων για την αλλαγή τροχιάς της υιοθετούμενης κουλτούρας ασφάλειας προς την κατεύθυνση βελτίωσης της παραγωγικής ικανότητας των οργανισμών, η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας προσφέρει τη δυνατότητα της συγκριτικής αξιολόγησης μεταξύ των διαφορετικών τμημάτων ενός οργανισμού ή/και άλλων οργανισμών όμοιας λειτουργίας. Επίσης, η

συστηματική μέτρηση της κουλτούρας ασφάλειας βοηθά τη διοίκηση να αναγνωρίσει την επίδραση των αλλαγών που εφαρμόστηκαν, αφού μπορεί να παρέχει δεδομένα πριν και μετά την εισαγωγή των αλλαγών (Nieva and Sorra, 2003· Colla et al, 2005· Sexton et al, 2011).

Τέλος, αλλά εξίσου σημαντική παράμετρος για τη συστηματική αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας είναι η τήρηση της νομοθεσίας. Πιο συγκεκριμένα, υπό την οδηγία - πλαίσιο 89/391/ΕΟΚ τα κράτη-μέλη της ΕΟΚ δεσμεύθηκαν να θεσπίσουν κατάλληλη νομοθεσία για την προστασία των εργαζομένων από επαγγελματικές ασθένειες και ατυχήματα (Δάϊκου και Δήμου, 2001· ΕΛΙΝΥΑΕ, 2014). Στα πλαίσια αυτά, στην Ελλάδα, με το Νόμο 1568/1985 (ΦΕΚ 177Α/85) περί «Υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων» (Ν. 1568/18-10-1985) ρυθμίζονται τόσο τα βασικά δικαιώματα των εργαζομένων όσο και οι υποχρεώσεις των εργοδοτών, ενώ ορίζονται όργανα ελέγχου τήρησης της νομοθεσίας, ποινικές και διοικητικές κυρώσεις για τυχόν παραβάσεις. Στα πλαίσια αυτά συντάχθηκε οδηγός κατάταξης των επιχειρήσεων σε κατηγορίες, ανάλογα με το βαθμό επικινδυνότητας τους μέσα από το Π.Δ 298/88 και το Ν. 3850/2010 (Δάϊκου και Δήμου, 2001), ο οποίος αναπροσαρμόζεται ανάλογα με την αλλαγή των κινδύνων που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι των επιχειρήσεων στη διάρκεια του χρόνου. Από το 1994 και μετά θεσπίστηκαν οι «ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας... των εργαζόμενων κατά την εργασία τους» (ΦΕΚ 220Α/19-12-1994), καθώς και «μέτρα για τη βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας» τους (ΦΕΚ 11^Α/18-1-1996), όπου ορίζεται η ευθύνη του εργοδότη για την προστασία της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων στην επιχείρησή του, από την οποία «δεν απαλλάσσεται ούτε όταν οι εργαζόμενοι δεν τηρούν τις υποχρεώσεις τους, ούτε όταν αναθέτει καθήκοντα προστασίας και πρόληψης» σε άλλα αρμόδια άτομα και φορείς (Π.Δ 17/1996). Τέλος, με το «κοινοτικό χάρτη των θεμελιωδών δικαιωμάτων των εργαζομένων» σε ολόκληρη την Ευρώπη προστατεύεται το κοινωνικό δικαίωμα όλων των εργαζομένων «σε υγιεινές, ασφαλείς και αξιοπρεπείς συνθήκες εργασίας» (Άρθρο 31), για τον έλεγχο των οποίων έχει συσταθεί από το 1999 το «Σώμα Επιθεωρητών Εργασίας».

2.3. Εργαλεία αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας

Υπό το πρίσμα της υψηλής σημασίας που έχει η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας για τη βελτίωση της ποιότητας της εργασίας, των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αλλά και της κοινωνικής ευημερίας και ομοιόστασης, από το 2000 η Agency for Health Research and Quality/AHRQ των ΗΠΑ «χρηματοδότησε πάνω από εκατό ερευνητικές υποτροφίες και συμβάσεις ερευνών για την ασφάλεια των ασθενών» (Nieva & Sorra, 2003), με σκοπό την

ανάπτυξη εργαλείων αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας στους οργανισμούς υγείας. Ως αποτέλεσμα αυτής της πρωτοβουλίας της AHRQ, μέχρι σήμερα έχουν δημιουργηθεί διεθνώς τουλάχιστον 52 διαφορετικά εργαλεία είτε για εφαρμογή σε συγκεκριμένα κλινικά πλαίσια όπως το “Patient Safety in Anesthesia” είτε για πιο ευρεία εφαρμογή από όλες τις βαθμίδες περίθαλψης. Σύμφωνα με το «The Health Foundation» (2011) ανάμεσα στα πιο δημοφιλή εργαλεία μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας με βάση τη χρήση τους από τους ερευνητές είναι το Safety Attitudes Questionnaire /SAQ, το Hospital Survey on Patient Safety Culture/ HSPSC, το Manchester Patient Safety Culture Assessment/MPSCA και το Safety Climate Survey/SCS, καθένα εκ των οποίων έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα (πίνακας Β).

Ωστόσο, όπως τονίζουν οι Nieva & Sorra (2003) κατά την αξιόπιστη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας στους οργανισμούς υγείας απαιτείται να ακολουθείται μια συγκεκριμένη «κριτική» διαδικασία, η οποία πρέπει να εμπερικλείει:

- ✓ τη «συμμετοχή των βασικών συντελεστών» που επηρεάζονται από το υπό μελέτη πεδίο (γιατροί, νοσηλευτές η/και ασθενείς),
- ✓ την «επιλογή του κατάλληλου ερευνητικού εργαλείου» βάση κριτηρίων καταλληλότητας πχ τομείς όπου θα αξιολογηθεί η κουλτούρα, τύπος προσωπικού που αναμένεται να συμμετάσχει στην έρευνα, το συγκεκριμένο πλαίσιο για το οποίο σχεδιάστηκε το εργαλείο μέτρησης, όπως επίσης και τα αποδεικτικά στοιχεία εγκυρότητας και αξιοπιστίας του.
- ✓ την «χρήση αποτελεσματικών διαδικασιών συλλογής των δεδομένων» που αναφέρεται στην επιστημονικά βασισμένη μεθοδολογία μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας ώστε να προσφέρει το πλεονέκτημα γενίκευσης των αποτελεσμάτων αλλά και στις ενέργειες για την πρόληψη της προκατάληψης των δεδομένων (πχ αντίστροφες ερωτήσεις του SAQ).
- ✓ την «ανατροφοδότηση» (feedback) των δεδομένων σε όσους συμμετείχαν, κυρίως στις περιπτώσεις πρόθεσης μετασχηματισμού της κουλτούρας και εισαγωγής αλλαγών.

Μολονότι πρόκειται για εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας σε σχέση με την έκβαση των ασθενών, εφαρμόστηκαν διεθνώς και από βιομηχανίες μεταποίησης, κατασκευών και offshores εταιρίες (Mearns, Whitaker & Flin, 2003), δεδομένου ότι η στάση του προσωπικού προς την ασφάλεια συνδέεται άμεσα με την υγεία και την ευημερία τους (Griffin & Neal, 2000· Zohar, 2000).

Πίνακας Β

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των δημοφιλέστερων εργαλείων μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας

Εργαλείο	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ)	<p>Εκτιμά την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών,</p> <p>Εντοπίζει αλλαγές στο χρόνο & το βαθμό επίδρασής τους στη κλινική πρακτική</p> <p>Διερευνά την κουλτούρα ασφάλειας σε επίπεδο ατόμων, τμημάτων & οργανισμών</p> <p>Διαθέτει ιστοσελίδα για τη πληροφόρηση στελεχών & τη συγκριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των ερευνών</p> <p>Συνδυάζεται και με άλλα εργαλεία μέτρησης</p> <p>Μεταφρασμένο σε άλλες γλώσσες</p>	<p>Υπάρχουν ερωτήσεις που στερούνται εγκυρότητας & αξιοπιστίας, ενώ καθιστούν αδύνατη τη γενίκευσή τους</p>
Safety Attitudes Questionnaire (Sexton et al)	<p>Κατασκευάστηκε με βάση το FMAG & επιστημονικά δεδομένα</p> <p>Σύντομο και εύκολο στη χρήση του</p> <p>Ενδείκνυται για χρήση σε όλα τα υγειονομικά πλαίσια</p> <p>Το πιο διαδεδομένο στη χρήση του εργαλείο, διεθνώς</p> <p>Αυστηρά επικυρωμένο και πλήρως εγκεκριμένο για σύγκριση στάσεων μεταξύ διαφορετικών τύπων προσωπικού</p> <p>Είναι το μόνο που επιτρέπει την άμεση συσχέτιση των αποτελεσμάτων με την έκβαση των ασθενών (άρα και του προσωπικού)</p> <p>Επιτρέπει τη παρακολούθηση των αλλαγών στο χρόνο</p>	<p>Μέτρια ποσοστά ανταπόκρισης</p> <p>Εντοπίζει διαφορές στην στάση μεταξύ των διαφορετικών ειδικοτήτων του προσωπικού, αλλά όχι γιατί συμβαίνουν</p>

<p>Manchester Patient Safety Culture Assessment / (MapSaf)</p>	<p>Δυνητική χρήση σε πολλά και διαφορετικά κλινικά πλαίσια</p> <p>Εκτιμά την κουλτούρα ασφάλειας σε επίπεδο ομάδων & οργανισμών.</p> <p>Ενισχύει τα αντανακλαστικά ασφάλειας των ομάδων απέναντι στην ασφάλεια</p> <p>Αποκαλύπτει διαφορές πεποιθήσεων μεταξύ των ομάδων προσωπικού</p> <p>Αναδεικνύει την εικόνα της ώριμης κουλτούρας ασφάλειας</p> <p>Υποστηρίζει αλλαγές στο χρόνο, σηματοδοτώντας τομείς που χρήζουν βελτίωσης</p> <p>Μετρά την ωριμότητα του οργανισμού σε ζητήματα ασφάλειας οργάνωσης</p> <p>Εντοπίζει τη στάση του προσωπικού, σε πολλά επίπεδα ασφάλειας</p> <p>Διαθέτει έκδοση για ψυχιατρικό περιβάλλον</p>	<p>Λίγες δημοσιευμένες έρευνες κι επομένως δυσχέρεια συγκριτικής αξιολόγησης των αποτελεσμάτων</p> <p>Σχεδιάστηκε για χρήση στο Ηνωμένο Βασίλειο, αλλά δεν ενδείκνυται απόλυτα για άλλες χώρες</p> <p>Η απάντηση ορισμένων ερωτήσεων απαιτεί πολύ χρόνο.</p>
<p>Safety Climate Survey/Institute for Healthcare Improvement -USA</p>	<p>Σχεδιάστηκε για τη μέτρηση της στάσης ασφάλειας του προσωπικού 1^{ης} γραμμής</p> <p>Μετρά μεταβολές στο χρόνο πριν και μετά την εισαγωγή των αλλαγών</p> <p>Εντοπίζει διαφορές στις πεποιθήσεις μεταξύ διαφορετικών ομάδων προσωπικού</p> <p>Έχει καλή εγκυρότητα & αξιοπιστία</p> <p>Υψηλά ποσοστά ανταπόκρισης</p> <p>Εύκολο στη χρήση του</p>	<p>Πιθανή μη ανταπόκριση στις σημερινές συνθήκες λόγω παλαιότητάς του</p> <p>Εφαρμογή μόνο σε νοσοκομειακό περιβάλλον</p> <p>Αβέβαιη η μεταφορά του σε άλλα περιβάλλοντα πλην της Β. Αμερικής</p>
<p>Πηγή: The Health Foundation, 2011</p>		

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3. Μεθοδολογία

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην συγκεκριμένη έρευνα περιγράφει τον σκοπό για τον οποίο αναπτύχθηκε, την αναγκαιότητα και τη σημασία της για τη διεύρυνση της γνώσης στο συγκεκριμένο πεδίο, τα χαρακτηριστικά του ερευνητικού πληθυσμού, τον σχεδιασμό και τη πιλοτική εφαρμογή της, την διαδικασία συλλογής των δεδομένων και τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, όπως επίσης τα δεοντολογικά ζητήματα που σχετίζονται με την έρευνα, την στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων, αλλά και την τεκμηρίωση της αξιοπιστίας των ερευνητικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν.

3.1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης των περιστατικών βίας των πασχόντων με τη στάση του προσωπικού υγείας για προς το κλίμα ασφάλειας στο χώρο εργασίας τους. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού, τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν συνοψίζονται στα εξής: 1) ποια είναι η στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την ασφάλεια με βάση τους παράγοντες του SAQ (ομαδική εργασία, επαγγελματική ικανοποίηση, κλίμα ασφάλειας, αντίληψη για τη διοίκηση, εργασιακές συνθήκες και αναγνώριση του stress); 2) Αν, ναι, η στάση προς την ασφάλεια σχετίζεται με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του ερευνητικού πληθυσμού ή τη δομή που υπηρετεί; 3) Ποιος είναι ο επιπολασμός της σωματικής και λεκτικής βίας στις συγκεκριμένες δομές ψυχικής υγείας και, εάν/ναι, σε ποιο βαθμό επηρεάζει την στάση των εργαζομένων προς την ασφάλεια της εργασίας;

3.2. Αναγκαιότητα - σημασία της έρευνας

Η ασφάλεια των εργαζομένων έχει αναγνωριστεί ως ένα ζήτημα μείζονος σημασίας για την υγεία και την ευημερία τους και ταυτόχρονα για τη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας

υγείας. Μολονότι, σε πολλές χώρες έχουν ληφθεί σημαντικές πρωτοβουλίες για τη προστασία του προσωπικού από επαγγελματικούς κινδύνους και ασθένειες, στην Ελλάδα ο ψυχοκοινωνικός κίνδυνος της βίας στον τομέα υγείας έχει υποτιμηθεί, όπως διαπιστώνεται από το γεγονός ότι οι πολιτικές πρωτοβουλίες για την ασφάλεια των εργαζομένων επικεντρώθηκαν κυρίως στην προστασία τους από φυσικούς και εργονομικούς κινδύνους. Ομοίως, εξαιρετικά περιορισμένο είναι και το ενδιαφέρον των ερευνητών για το πρόβλημα της βίας, ακόμη κι όταν πρόκειται για περιβάλλοντα όπως αυτά των ψυχιατρικών νοσοκομείων, όπου είναι κοινά παραδεκτό ότι οι εργαζόμενοι εκτίθενται συχνότερα στις επιθέσεις από ασθενείς, σε σύγκριση με το προσωπικό των άλλων υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας (Nijman et al, 2005 · Camerino et al, 2008· Anderson & West, 2011· Ros, 2013· EU-OSHA, 2014· Lanktot & Guay 2014). Συγκεκριμένα, μόνο μια μελέτη -πανελλαδικά- διερεύνησε τη «βία προς το νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρείων» (Ραφτόπουλος και Σώλου, 2003) κι άλλη μια προσέγγισε το πρόβλημα της «επιθετικότητας στο ψυχιατρείο» υπό το πρίσμα της συγκριτικής αποτύπωσης της άποψης του προσωπικού και των ασθενών γύρω από τη διαχείριση της βίας και τις συνέπειές της (Παυλίδης και συν, 2002).

Επομένως, βασικό κίνητρο για την επιλογή της συγκεκριμένης ερευνητικής περιοχής ήταν το επιστημονικό ενδιαφέρον του ερευνητή για διάγνωση της κουλτούρας ασφάλειας των συγκεκριμένων δομών ψυχικής υγείας και παράλληλα η απόκτηση της γνώσης γύρω από την πραγματική κατάσταση της βίας στις δομές ψυχικής υγείας, με την προσδοκία να ληφθούν κατάλληλα μέτρα ασφάλειας για την προστασία των εργαζομένων από τον κίνδυνο της βίας από ασθενείς και ιδιαίτερα του νοσηλευτικού προσωπικού που είναι η πλέον εκτεθειμένη επαγγελματική ομάδα στις επιθέσεις των ασθενών που φροντίζει (Chappell and Di Martino, 2003· Gassito et al, 2003 · Bilgin & Buzlu, 2006· APNA, 2008· BLS, 2013· Chen WC et al, 2010· Wolf et al, 2014).

Ίσως ακόμα και η επιθυμία του ερευνητή, η ενεργός συμμετοχή των εργαζομένων στην συγκεκριμένη μελέτη να αποτελέσει το έναυσμα για την ευαισθητοποίησή τους έναντι του συγκεκριμένου ψυχοκοινωνικού κινδύνου και να εντείνει τις προσπάθειές τους στο επίπεδο της πρόληψης. Από την άλλη, η ανάδειξη της κουλτούρας ασφάλειας μπορεί να λειτουργήσει ως ένα χρήσιμο εργαλείο για την αποτελεσματική διανομή των πόρων ασφάλειας από την πλευρά της διοίκησης με βάση τις πραγματικές ανάγκες ή/και στην ανάληψη κατάλληλων πρωτοβουλιών με στόχο την αλλαγή των πτυχών της κουλτούρας ασφάλειας που χρήζουν βελτίωσης.

3.3. Σχεδιασμός μελέτης – Υλοποίηση

3.3.1 Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης

Για τους σκοπούς της έρευνας επιλέχθηκε ένα δημόσιο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο στη Βόρεια Ελλάδα, το οποίο έχει μακρά παράδοση στη παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας (από το 1917) κι επίσης διαθέτει ένα εκτεταμένο δίκτυο υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας όπου απασχολείται ο μεγαλύτερος αριθμός των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, τουλάχιστον στην συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή.

Η έρευνα διεξήχθη κατά τη χρονική περίοδο από τα τέλη Φεβρουαρίου ως τα μέσα Μαρτίου του 2015, με σκοπό να αποφευχθεί ενδεχόμενη ψυχολογική φόρτιση των εργαζομένων από τις εορτές των Χριστουγέννων και του Πάσχα που θα μπορούσε να επηρεάσει την ρεαλιστικότητα των αποτελεσμάτων, αλλά και να περιοριστούν οι πιθανότητες απουσίας σημαντικού μέρους του προσωπικού με κανονική άδεια.

3.3.2 Πληθυσμός αναφοράς – Επιλογή δείγματος

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν εργαζόμενοι υπάλληλοι του νοσοκομείου οι οποίοι -κατά τη χρονική περίοδο της μελέτης- υπηρετούσαν σε 28 κλινικές και δομές του ως ακολούθως:

- ✓ 5 Τμήματα «Οξέων» - βραχείας νοσηλείας ψυχικά ασθενών
- ✓ 6 ενδονοσοκομειακές και κοινοτικές μονάδες εξαρτήσεων από ουσίες και τυχερά παιγνίδια
- ✓ 1 Τμήμα Ψυχοδικαστικής για την ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών που διέπραξαν εγκλήματα αλλά κρίθηκαν από το δικαστήριο ως ακαταλόγιστοι, λόγω της ψυχικής νόσου
- ✓ Τακτικά και Επείγοντα Εξωτερικά Ιατρεία Ψυχιατρικής
- ✓ Ε.Ι Ειδικοτήτων (παθολογικά, καρδιολογικά, νευρολογικά κλπ) και Παθολογική κλινική
- ✓ 5 Οικοτροφεία και 1 Ξενώνας
- ✓ 3 Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής
- ✓ 4 «Άλλες κοινοτικές δομές» (2 μονάδες ψυχοκοινωνικής στήριξης αστικού τύπου, μονάδα επανένταξης και μονάδα μερικής νοσηλείας)

Ειδικότερα, ο συνολικός πληθυσμός της μελέτης προήλθε από τους 800 περίπου εργαζόμενους του ψυχιατρικού νοσοκομείου, εκ των οποίων οι 131 υπάλληλοι της ιατρικής υπηρεσίας (πέρα από τους γιατρούς υπάγονται και όλες οι «παραϊατρικές ειδικότητες» όπως ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές κλπ) και οι 306 υπάλληλοι που ανήκουν διοικητικά στη νοσηλευτική υπηρεσία.

Τα κριτήρια που τέθηκαν για την επιλογή του υπό έρευνα πληθυσμού ήταν:

- α) Να είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας του νοσοκομείου οι οποίοι εργάζονται άμεσα με τους ψυχικά ασθενείς και να αποτελούν μέλος της διεπιστημονικής ομάδας της κλινικής ή της δομής που υπηρετούν.
- β) Να εργάζονται στην συγκεκριμένη κλινική ή δομή τουλάχιστον κατά το προηγούμενο 12μηνο, χωρίς να έχουν κάνει χρήση μακρόχρονης άδειας κατά το διάστημα αυτό (αναρρωτική, εκπαιδευτική, ανατροφής παιδιού κλπ)
- γ) Να έχουν την ικανότητα αποτελεσματικής επικοινωνίας (έγγραφης και προφορικής) στην ελληνική γλώσσα και
- δ) Να επιθυμούν να συμμετάσχουν στην έρευνα

3.3.3 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο σχεδιάστηκε για να διερευνήσει το συγκεκριμένο ερευνητικό θέμα, μέσα από κλειστού τύπου ερωτήσεις οι οποίες ήταν διχοτομικές (ναι - όχι) ή/και πολλαπλών επιλογών, ενώ ορισμένες επέτρεπαν την αξιολόγηση μέσα από μια δεκάβαθμη κλίμακα με άριστα το δέκα. Στο ερωτηματολόγιο, ενσωματώθηκαν δυο άλλα σταθμισμένα ως προς την εγκυρότητα και αξιοπιστία τους ερευνητικά εργαλεία και συγκεκριμένα του Safety Altitudes Questionnaire/SAQ (Sexton et al, 2006) και το ερωτηματολόγιο του ΠΟΥ με τίτλο «Workplace Violence in the Health Sector» (WHO, 2003) κατά το μέρος που αφορούσε στην σωματική βία και στην λεκτική κακοποίηση, καθώς πρόκειται για διεθνώς αναγνωρισμένα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται τουλάχιστον επί μια δεκαετία. Η πλήρης έκδοση του SAQ (Labour 57-item) έχει μεταφραστεί ήδη στα Ελληνικά από τους Raftopoulos et al (2011) διατηρώντας υψηλή εσωτερική εγκυρότητα που κυμαίνεται από 0,93 για τη πλήρη έκδοσή της (64 ερωτήσεις) και 0,86 για την σύντομη έκδοση των 30 ερωτήσεων.

Πριν τη χρήση του τελικού ερωτηματολογίου ζητήθηκε η συγκατάθεση του κ. Ραφτόπουλου για το SAQ και ενημερώθηκαν ηλεκτρονικά οι δημιουργοί του.

3.3.4 Πιλοτική μελέτη

Με στόχο την προκαταρκτική εκτίμηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου αλλά και τον έγκαιρο προσδιορισμό τυχόν λαθών ή παραλείψεων (Γαλάνης, 2013), δεκαπέντε ημέρες πριν την τελική διανομή του ερωτηματολογίου προηγήθηκε πιλοτική μελέτη (pilot study) σε 30 εφημερεύοντες νοσηλευτές και γιατρούς των ΤΕΠ Ψυχιατρικής και ενός τμήματος Οξέων, οι οποίοι για ευνόητους λόγους αποκλείστηκαν από το τελικό δείγμα. Κατά τη φάση αυτή εντοπίστηκε ένα λάθος στη διάταξη των προτεινόμενων επιλογών απάντησης (το «συμφωνώ» είναι ισχυρότερο από το «συμφωνώ κάπως») το οποίο διορθώθηκε και έγιναν κάποιες παρεμβάσεις στην απόσταση των ερωτήσεων ώστε να είναι πιο ελκυστική η εικόνα του ερωτηματολογίου. Όμως, το κυριότερο πρόβλημα που διαπιστώθηκε ήταν το ζήτημα του χρόνου που απαιτούσε η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Για την ακρίβεια φάνηκε ότι ο συνδυασμός των δυο πρωτότυπων ερωτηματολογίων ήταν δυσλειτουργικός, καθώς η συμπλήρωσή τους (8 σελίδες) απαιτούσε τουλάχιστον 36 λεπτά, γεγονός που ενείχε τον κίνδυνο να εγκαταλειφθεί η προσπάθεια συμπλήρωσής του, τουλάχιστον από τους εργαζόμενους στα τμήματα με υψηλότερο φόρτο εργασίας και εντονότερη έλλειψη προσωπικού.

Κατ' επέκταση, τρεις συγκεκριμένες ερωτήσεις από το ερωτηματολόγιο του ΠΟΥ, οι οποίες δεν εμπίπτουν στο άμεσο ενδιαφέρον της παρούσας έρευνας, χρειάστηκε να παραληφθούν. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται οι ερωτήσεις 1.4, 1.5 και 1.6 που αναφέρονται στον ακριβή προσδιορισμό της τοποθεσίας, του χρόνου και της ημέρας της εβδομάδας που διεξήχθη το συμβάν της σωματικής βίας. Αντίστοιχα, οι ερωτήσεις που επιλέχθηκαν στο «ερωτηματολόγιο των στάσεων για την ασφάλεια» εμπερικλείονται στη πρωτότυπη έκδοση του SAQ-Short Form, με εξαίρεση την ερώτηση Νο 1 που αναφέρεται στην ικανοποίηση από τα έσοδα η οποία αφαιρέθηκε ως μη έχουσα χρησιμότητα την συγκεκριμένη χρονική στιγμή, καθώς λόγω της οικονομικής κρίσης και της συνεπακόλουθης μείωσης των μισθών πιθανολογήθηκε ότι θα επηρεάσει σχεδόν το σύνολο των απαντήσεων προς την κατεύθυνση «διαφωνώ» έως «διαφωνώ απόλυτα». Τρεις ερωτήσεις (33-35) ενσωματώθηκαν στο γενικό μέρος του ερωτηματολογίου, επιτρέποντας την άντληση της αντίστοιχης πληροφόρησης μέσα από τις πιο κατάλληλες για το ψυχιατρικό περιβάλλον δηλώσεις όπως «οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπ' όψη σε αυτή την κλινική/δομή» και «η διαπροσωπική επικοινωνία είναι περισσότερο φιλική παρά τυπικά ιεραρχική». Τέλος, δεδομένης της μεγάλης ανησυχίας του προσωπικού για το μέλλον του νοσοκομείου (κατάργηση, συγχώνευση κλπ) και κατ' επέκταση για το μέλλον της καριέρας τους, οι δηλώσεις μέσω των οποίων ανιχνεύεται η αντίληψη του προσωπικού για τα λάθη (No 8 & 9) αντικαταστάθηκαν από άλλες πανομοιότυπης έννοιας, αλλά θετικά διατυπωμένες δηλώσεις όπως:

«η ασφάλεια των ασθενών ενισχύεται ως μια προτεραιότητα σε αυτή την κλινική/δομή» και «όλα τα σημαντικά ζητήματα μεταφέρονται πολύ καλά κατά τη διάρκεια αλλαγής της βάρδιας».

Το τελικό ερωτηματολόγιο αποτελείτο από 6 σελίδες, με μέσο απαιτούμενο χρόνο απάντησης τα 21 λεπτά. Για να αποφευχθούν φαινόμενα παραποίησης της συνολικής εικόνας του κλίματος ασφάλειας μιας δομής ψυχικής υγείας από συμμετέχοντες που εργάζονται part-time σε διάφορες κλινικές ή δομές του νοσοκομείου (λόγω του ότι μπορεί να μην είναι απόλυτα ενήμεροι της κουλτούρας ασφάλειας), οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι εργοθεραπευτές και οι ψυχολόγοι που εξυπηρετούν επιπρόσθετα ανάγκες ασθενών και άλλης κλινικής ή δομής για 1-2 ημέρες την εβδομάδα (πρακτική που εφαρμόστηκε πρόσφατα), προβλέφθηκε να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο στον επαγγελματικό χώρο όπου ξοδεύουν τον περισσότερο εργασιακό τους χρόνο (Sorra and Nieva, 2004)

3.4. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Σε ουδέτερο χώρο του νοσοκομείου (αμφιθέατρο), πριν τη διανομή των ερωτηματολογίων ορίστηκε συνάντηση του ερευνητή με όλες τις προϊστάμενες των κλινικών και τη μεθεπόμενη ημέρα με όλους τους επιστημονικά υπευθύνους των κοινοτικών δομών, ώστε εάν κάποιος έλλειπε την μια ημέρα να είχε την δυνατότητα να παραστεί την άλλη. Στις συναντήσεις αυτές αφού ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας, δεσμεύθηκαν να μεταφέρουν την πληροφόρηση που έλαβαν στο προσωπικό ευθύνης τους. Ακολούθως, έγιναν προσωπικές συναντήσεις του ερευνητή με όλους τους διευθυντές και συντονιστές διευθυντές των κλινικών -στον δικό τους επαγγελματικό χώρο- κατά την οποία τους ζητήθηκε να υποστηρίξουν την συγκεκριμένη προσπάθεια. Η επικοινωνία με τους διευθυντές ιατρούς των ΚΨΥ έγινε τηλεφωνικά ή/και με ηλεκτρονική αλληλογραφία, αφενός λόγω της γεωγραφικής απόστασης μεταξύ τους και από το χώρο εργασίας του ερευνητή κι αφετέρου λόγω του περιορισμένου ελεύθερου χρόνου τους ανάμεσα στα προγραμματισμένα ραντεβού τους με τους ασθενείς.

Ίσως το γεγονός ότι δεν έχει γίνει άλλη έρευνα που να αφορά τόσο άμεσα το ζήτημα της ασφάλειας στο περιβάλλον του ψυχιατρικού νοσοκομείου, ήταν ο παράγοντας που επηρέασε θετικά τις ηγεσίες των τμημάτων και δομών, καθώς με δική τους πρωτοβουλία ανέλαβαν να διανείμουν τα ερωτηματολόγια στους υπαλλήλους και να τα φυλάξουν υπεύθυνα έως την επιστροφή τους στον ερευνητή. Παράλληλα, διαβεβαιώθηκαν ότι σε οποιαδήποτε δυσκολία ή

διευκρίνιση τυχόν αποριών των εργαζομένων υπήρχε η δυνατότητα της ελεύθερης πρόσβασης στο γραφείο του ερευνητή ή/και της τηλεφωνικής επικοινωνίας, σε χρόνο που διευκόλυνε τους εργαζόμενους.

Έτσι ως τις 20 Φεβρουαρίου του 2014 διανεμήθηκαν 361 ερωτηματολόγια στις κλινικές και δομές ψυχικής υγείας του νοσοκομείου, ανάλογα με τον αριθμό των εργαζομένων τους που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής και μέχρι τις 11 Μαρτίου είχαν επιστραφεί συμπληρωμένα τα 289, εκ των οποίων ήταν έγκυρα τα 280 (ποσοστό συμμετοχής 77,77%). Εντυπωσιακό ήταν το γεγονός ότι στην πλειοψηφία τους οι εργαζόμενοι ανεξαρτήτως ειδικότητας δέχθηκαν με ενθουσιασμό το ερωτηματολόγιο και πρόθυμα διέθεσαν τον ελεύθερο χρόνο τους για να το συμπληρώσουν. Ωστόσο, ένας εργαζόμενος ανέφερε τον προβληματισμό του για το ενδεχόμενο άρσης της ανωνυμίας του μέσα από την επαγγελματική του ιδιότητα και το φύλο, δεδομένου ότι ήταν ο μόνος στο συγκεκριμένο χώρο, οπότε του προτάθηκε εναλλακτικά, αν πράγματι επιθυμεί να συμμετέχει, να μην συμπληρώσει τα συγκεκριμένα πεδία.

Για την παρακολούθηση της διανομής των ερωτηματολογίων συντάχθηκε πίνακας με όλα τα τμήματα και τις δομές (Παράρτημα 2), ο οποίος παρείχε πληροφόρηση στον ερευνητή για τον ακριβή αριθμό των ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν και το πρόσωπο αναφοράς που είχε αναλάβει την ευθύνη διανομής τους στους ενδιαφερόμενους και της παράδοσής τους όταν συμπληρωθούν. Έτσι, σε κάθε επιστροφή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων αφαιρούνταν ο αντίστοιχος αριθμός από το σύνολο της αντίστοιχης κλινικής/δομής. Ακολουθούσε αρίθμηση των επιστρεφόμενων ερωτηματολογίων και άμεση τοποθέτηση με την επιστροφή τους στον ειδικό φάκελο όπου ταξινομούνταν με βάση τις προβλεπόμενες κατηγορίες για τους επαγγελματικούς χώρους.

Ο συγκεκριμένος τρόπος διανομής των ερωτηματολογίων επιλέχθηκε διότι υπερτερούσε από πλευράς πλεονεκτημάτων. Από τη μια η προσωπική επικοινωνία του ερευνητή με το προσωπικό φάνηκε να ενισχύει την προθυμία των εργαζομένων για συμμετοχή, καθώς παρείχε τη δυνατότητα πληροφόρησης για τους σκοπούς της έρευνας και της άρσης τυχόν επιφυλάξεων από μέρους τους, δεδομένου ότι η φήμη για απολύσεις του προσωπικού ή για τη κατάργηση του συγκεκριμένου νοσοκομείου βαραίνει όλους τους εργαζόμενους στο χώρο εδώ και τουλάχιστον ένα χρόνο. Από την άλλη αποφεύχθηκε το κόστος διανομής και συλλογής των εργαλείων κι επιπλέον η ενεργός εμπλοκή της «ηγεσίας» της εκάστοτε κλινικής ή δομής ψυχικής υγείας φάνηκε να λειτουργεί ως πρότυπο για την συμμετοχή περισσότερων μελών του προσωπικού ευθύνης της.

3.5 Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου

Στην συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο, αυτοσυμπληρούμενο, ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείτο από τρία ευδιάκριτα μέρη (Παράρτημα 1) και συγκεκριμένα από το γενικό-εισαγωγικό μέρος, το ερωτηματολόγιο των στάσεων για την ασφάλεια (Α΄ Μέρος) και το ερωτηματολόγιο για τη σωματική και ψυχολογική βία (Β΄ Μέρος).

3.5.1. Εισαγωγικό - Γενικό Μέρος

Το εισαγωγικό - γενικό μέρος εμπεριείχε 27 κλειστού τύπου ερωτήσεις οι οποίες παρείχαν βασική πληροφόρηση ως προς τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, την επαγγελματική τους ιδιότητα και την εμπειρία, αλλά και τη μονάδα που υπηρετούσαν. Μέσα από μια δεκάβαθμη κλίμακα από 0 έως 10, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αξιολογήσουν αυθόρμητα τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην κλινική/δομή τους («πόσο θα βαθμολογούσατε την ποιότητα των υπηρεσιών στην κλινική σας;») ή του νοσοκομείου -στην περίπτωση που είχαν δηλώσει ότι πριν την απασχόληση στο παρόν νοσηλευτικό ίδρυμα είχαν εργαστεί σε άλλο νοσοκομείο - («παρακαλώ βαθμολογείστε αυτό το νοσοκομείο, σε σχέση με τα άλλα που εργαστήκατε»).

Σε αυτό το τμήμα του ερωτηματολογίου εντάχθηκαν γενικά διατυπωμένες ερωτήσεις μέσω των οποίων αξιολογήθηκε η αντίληψη των εργαζομένων για το επίπεδο της προσωπικής τους ασφάλειας («πόσο ασφαλείς νοιώθετε στη κλινική/δομή σας;») και της ασφάλειας των ασθενών («πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στην κλινική/δομή σας;»). Η επαγγελματική κόπωση ανιχνεύθηκε με τις διχοτομικού τύπου ερωτήσεις (ναι /όχι) «αισθάνεστε κάπου μια γενικότερη κόπωση;» ή/και «πόσο συχνά αισθάνεστε κουρασμένος;», αλλά και μέσω της συμφωνίας με τη δήλωση «τελειώνοντας το ωράριό μου νοιώθω τόσο κουρασμένος ψυχικά και σωματικά που δεν έχω όρεξη για τίποτε», η οποία βαθμολογήθηκε μέσα από μια 6βαθμη κλίμακα από συμφωνώ απόλυτα έως διαφωνώ απόλυτα.

Παράλληλα, σε αυτό το τμήμα του ερωτηματολογίου -πέρα από την αυτοαξιολόγηση του άγχους- διερευνήθηκαν οι πεποιθήσεις των συμμετεχόντων για την βία και η στάση τους απέναντι στη καταγραφή των βίαιων συμβάντων, μέσα από τις ερωτήσεις: «η βία είναι αναπόσπαστο κομμάτι της εργασίας μου με τους ψυχικά ασθενείς», «έχετε καταγράψει κάποιο

συμβάν στον εργασιακό σας χώρο;» και «γενικότερα, πιστεύετε ότι η αναφορά των συμβάντων βίας πρέπει να είναι : εθελοντική, υποχρεωτική, δεν χρειάζεται». Δηλώσεις όπως πχ «αν υπήρχε ανάγκη θα συνιστούσα σε κάποιο γνωστό ή συγγενή μου να νοσηλευθεί στη συγκεκριμένη κλινική» χρησιμοποιήθηκαν ως ένδειξη για την συγχρονική εγκυρότητα περιεχομένου του ερωτηματολογίου (Ραφτόπουλος και Θεοδοσοπούλου, 2002)

3.5.2. Α΄ Μέρος : Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια - SAQ

Το Α΄ Μέρος περιελάμβανε το «Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια» -Safety Attitudes Questionnaire/SAQ των Sexton et al (2006), το οποίο επιλέχθηκε με κριτήριο την ιδιότητά του να «εκμαιεύει» τις συμπεριφορές των συμμετεχόντων σε σχέση με την ασφάλεια (κουλτούρα ασφάλειας), προσεγγίζοντάς της μέσα από έξι παράγοντες, που εκτιμούν το «κλίμα ομαδικής εργασίας», την «επαγγελματική ικανοποίηση», τις «εργασιακές συνθήκες», το «κλίμα ασφάλειας», την «αντίληψη για τη διοίκηση» και την «αναγνώριση του stress». Στην έρευνα μας χρησιμοποιήθηκαν 35 λήμματα τα οποία κατανεμήθηκαν στους έξι παράγοντες ως ακολούθως: Επαγγελματική Ικανοποίηση/Ε.Ι: 5 λήμματα, Κλίμα Ομαδικής Εργασίας/Κ.Ο.Ε: 6 λήμματα, Κλίμα Ασφάλειας/Κ.Α: 8 λήμματα, Αντίληψη για τη Διοίκηση/Α.Δ: 5 λήμματα, Συνθήκες Εργασίας/Σ.Ε: 6 λήμματα και Αναγνώριση Στρες/Α.Σ: 5 λήμματα.

Οι απαντήσεις σε κάθε επιμέρους ερώτηση βαθμολογήθηκαν μέσα από μια 5βαθμη κλίμακα Likert από «διαφωνώ απόλυτα» έως «συμφωνώ απόλυτα» και αντιστοιχίστηκαν - σύμφωνα με τις οδηγίες των δημιουργών τους- σε μια εκατοστιαία κλίμακα με σκορ 0-100%, ως εξής: Διαφωνώ απόλυτα: 0%, Διαφωνώ κάπως: 25%, Ουδέτερος: 50%, Συμφωνώ κάπως: 75%, Συμφωνώ απόλυτα: 100%. Αντίστροφης έννοιας ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκαν ως αντίμετρο για την προκατάληψη που είναι συχνή σε τέτοιες έρευνες (Nieva & Sorra, 2003) κι έλαβαν αντίστροφη βαθμονόμηση, όπου η δήλωση «συμφωνώ απόλυτα» βαθμολογήθηκε με μηδέν (0) και αντίστοιχα η δήλωση «διαφωνώ απόλυτα» -η οποία στην συγκεκριμένη περίπτωση εκφράζει απόλυτη συμφωνία- βαθμολογήθηκε με εκατό (100). Υψηλότερο σκορ αναπαριστούσε την θετική αντίληψη των εργαζομένων ως προς την αντιπροσωπευτικότητα της ερώτησης, με τις δηλώσεις «συμφωνώ κάπως» και «διαφωνώ κάπως» για κάθε μια από τις ερωτήσεις να υπολογίζονται ως θετικό ποσοστό για τον αντίστοιχο παράγοντα του SAQ (Deilkas & Hofoss, 2008).

Αναλυτικότερα, οι ερωτήσεις του Α΄ Μέρους της Έρευνας κατανεμήθηκαν με βάση τους παράγοντες του SAQ ως ακολούθως:

Παράγοντες SAQ	Αριθμός ερωτήσεων (*αντίστροφες)	Σύνολο ερωτήσεων
Ομαδική εργασία- Ο.Ε (Teamwork climate)	5,9,12,17,30,33	6
Επαγγελματική ικανοποίηση-Ε.Ι (Job Satisfaction)	2,8,15,25,29	5
Κλίμα ασφάλειας - Κ.Α (Safety Climate)	4,11,13,16,20*,22,26*,31	8
Συνθήκες εργασίας – Σ.Ε (Working Conditions)	1,3,6,7,24,34	6
Αντίληψη για την διοίκηση - Α.γ.Δ (Perceptions of Management)	10,18,19,21,28	5
Αναγνώριση stress –Α.Σ (Stress Recognition)	14,23,27*,32,35	5

Κατά τις Nieva and Sorra (2003) βασικό τμήμα της διαδικασίας εκτίμησης της κουλτούρας ασφάλειας είναι η επιλογή του κατάλληλου ερευνητικού εργαλείου η οποία πρέπει να γίνεται με τα κριτήρια: της καταλληλότητας, τους τομείς όπου θα αξιολογηθεί η κουλτούρα ασφάλειας, τον τύπο του προβλεπόμενου ερευνητικού δείγματος, το περιβάλλον για το οποίο αναπτύχθηκε το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης, όπως επίσης και με βάση το κριτήριο της διαθεσιμότητας των αποδεικτικών στοιχείων για την εγκυρότητα και αξιοπιστία του εργαλείου.

Στα πλαίσια αυτά η επιλογή SAQ θεωρήθηκε ως η πλέον κατάλληλη διότι πληροί όλα τα παραπάνω κριτήρια. Πράγματι, πρόκειται για εργαλείο με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, ικανοποιητική δομική εγκυρότητα, αυστηρά επικυρωμένο ως προς την εσωτερική συνοχή, με υψηλή αξιοπιστία και έχει σχεδιαστεί για εφαρμογή σε όλες τις κλινικές περιοχές (Sexton et al, 2006). Για την ακρίβεια, για την κατασκευή του SAQ χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία του παραδοσιακού FMAG (ευρέως χρησιμοποιούμενο για την εκτίμηση της κουλτούρας ασφάλειας στις αερογραμμές) που είχαν εφαρμογή σε κλινικά περιβάλλοντα και από τη θεωρία του «εννοιολογικού μοντέλου ποιότητας» του Donabedian, ενώ λήφθηκε υπ' όψη η δουλειά των Vincent et al (1998) για την εκτίμηση των κινδύνων ασφάλειας και αξιοποιήθηκε η τεχνογνωσία των ειδικών στην ιατρική περίθαλψη με τους οποίους συνεργάστηκαν οι Sexton et al για την κατασκευή του SAQ (Sexton et al, 2006· Donabedian, 1998· Vincent, Taylor-Adams & Stanhope, 1998).

Το SAQ έχει εφαρμοστεί για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας του προσωπικού σε πάνω από 1.300 νοσοκομεία και μεταφράστηκε σε τουλάχιστον οκτώ γλώσσες (Νορβηγικά,

Γερμανικά, Ελληνικά, Τούρκικα, Κινέζικα, Σουηδικά, Πορτογαλικά και Αλβανικά), γεγονός που προσφέρει διευρυμένες δυνατότητες για την συγκριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Επιπλέον είναι απλό, κατανοητό και μπορεί εύκολα να συμπληρωθεί από οποιονδήποτε χωρίς βοήθεια ή επεξηγήσεις, ενώ προβλέποντας τυχόν προκατάληψη του ερωτώμενου πληθυσμού στα δεδομένα ενσωματώνει αντίστροφης έννοιας ερωτήσεις. Τέλος, η σύνδεση της κουλτούρας ασφάλειας με την ασφάλεια του επαγγελματικού περιβάλλοντος και τις αντίστοιχες συμπεριφορές των εργαζομένων (Varonen V & Mattila M, 2000· Siu et al, 2003· Mearns, Whitaker & Flin, 2003· Cooper and Philips, 2004) δεν άφηγε κανέναν ενδοιασμό ότι η χρήση του SAQ ήταν η καλύτερη επιλογή για την επίτευξη των στόχων της συγκεκριμένης έρευνας.

3.5.3 Ερωτηματολόγιο Β´ & Γ´ Μέρος: Σωματική βία και Λεκτική Κακοποίηση

Στο Β´ και Γ´ Μέρος του Ερωτηματολογίου περιελήφθησαν ερωτήσεις που αναφέρονται στις εμπειρίες σωματικής βίας των εργαζομένων και ερωτήσεις για τις εμπειρίες από περιστατικά λεκτικής κακοποίησης τους στο χώρο της εργασίας τους. Αποτελούν αντίστοιχα τμήματα από το 14σέλιδο ερωτηματολόγιο για τη διερεύνηση της βίας των ILO, ICN, WHO και PSI (WHO, 2003) με τίτλο “Workplace Violence in the Health Sector/Country Case Studies Research Increments”, το οποίο αφορά σε όλες τις δυνητικές μορφές εργασιακής βίας. Από αυτό χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις του B:PV/Physical Workplace Violence (σελ 6,7) για την σωματική βία και οι ερωτήσεις του CI:VA/Psychological Workplace Violence-Verbal Abuse (σελ 8,9) που αναφέρονται στην λεκτική κακοποίηση.

Η γλωσσική επικύρωση της μετάφρασης έγινε με την τεχνική της μετάφρασης – επαναμετάφρασης (Hilton and Skrutkowski, 2002· Sperber, 2004). Για την ακρίβεια, τόσο οι ορισμοί που χρησιμοποιήθηκαν όσο και το ερωτηματολόγιο αρχικά μεταφράστηκαν στα Ελληνικά από δυο ανεξάρτητους ερευνητές οι οποίοι είχαν άριστη γνώση της Αγγλικής γλώσσας, χωρίς ωστόσο να ερμηνευθούν αυτολεξεί διότι ελλόχευε ο κίνδυνος να αλλοιωθεί το νόημα της εκάστοτε ερώτησης αλλά ταυτόχρονα με τρόπο πλήρους απόδοσης του περιεχομένου τους (Raftopoulos et al, 2011). Κατόπιν, ένας ψυχίατρος που εργαζόταν επί χρόνια στο Λονδίνο και μια Νοσηλεύτρια-απόφοιτη Αγγλικής Φιλολογίας, μετέφρασαν το ερωτηματολόγιο από τα Ελληνικά στα Αγγλικά, διαδικασία που αποκάλυψε πλήρη ταύτιση μεταξύ του πρωτότυπου και του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου από την Ελληνική στην Αγγλική γλώσσα, διασφαλίζοντας την ορθή χρήση του.

Πριν την έναρξη των ερωτήσεων, αποδόθηκαν πλήρως οι ορισμοί των μορφών της εργασιακής βίας για να αποφευχθεί το εμπόδιο τυχόν προσωπικών εκτιμήσεων των συμμετεχόντων περί του τι συνιστά βία, αλλά και για την σαφή διευκρίνιση του ποιες ενέργειες των ασθενών είναι πράγματι βίαιες. Με τον τρόπο αυτό θεωρήθηκε ότι μπορεί να αποτυπωθεί καλύτερα η πραγματική κατάσταση για τη βία στις κλινικές και δομές του ψυχιατρικού νοσοκομείου.

Ο χρονικός ορίζοντας μέτρησης των εμπειριών βίας ήταν το τελευταίο 12μηνο, σε συμφωνία με τον χρόνο που χρησιμοποιήθηκε το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο του ΠΟΥ (WHO, 2003), ώστε να διευκολυνθεί η συγκριτική ικανότητα των αποτελεσμάτων στον ίδιο χώρο ή/και σε άλλους χώρους ακόμη και με αποτελέσματα από το εξωτερικό. Οι δυο μορφές βίας εκτιμήθηκαν μέσα από πολλές κοινές δίτιμες ερωτήσεις οι οποίες (Ναι/Όχι) που διερευνούν τις άμεσες και τις έμμεσες («μάρτυρας») εμπειρίες βίας των θυμάτων, τον δυνητικό τραυματισμό τους, την απομάκρυνση από την υπηρεσία λόγω τραυματισμού και τις αντιλήψεις για τη πιθανότητα πρόληψης του συμβάντος βίας. Στο ζήτημα της πηγής της βίας δόθηκαν τέσσερις επιλογές : «ασθενής», «συγγενής/φίλος του ασθενή», «προσωπικό» «άλλος» και αυτό διότι οποιαδήποτε ενσωμάτωση των αυτουργών σε μια κατηγορία και ιδιαίτερα του ασθενή με το «συγγενή ή φίλο» θα αλλοίωνε τα συμπεράσματα, δεδομένου ότι δεν θα επέτρεπε τον προσδιορισμό εάν ο υπόλογος της εργασιακής βίας ήταν ο ίδιος ο ασθενής ή άλλο συγγενικό του πρόσωπο.

Οι στάσεις των συμμετεχόντων προσεγγίστηκαν με ερωτήσεις που αντιπροσώπευαν όλες τις πιθανές αντιδράσεις του θύματος, οπότε ο συμμετέχων στην έρευνα κλήθηκε να τσεκάρει όλες εκείνες που είχαν εφαρμογή από τον ίδιο κατά τη διάρκεια του συμβάντος βίας. Επί παραδείγματι, το θύμα της βίας μπορεί να είπε στο άτομο «να μην το ξανακάνει» , αλλά παράλληλα να «μοιράστηκε την εμπειρία του με συνάδελφο», να ζήτησε «βοήθεια από την υπηρεσία» ή/και να «κατέγραψε το συμβάν σε ειδικό έντυπο για τα ατυχήματα».

Ωστόσο μίας και μόνης επιλογής ήταν η ερώτηση «ποιες ήταν οι επιπτώσεις για αυτόν που σας επιτέθηκε;» (λεκτικά ή σωματικά) η οποία συμπεριέλαβε όλες τις δυνητικές συνέπειες για τον αυτουργό της βίας/ασθενή οι οποίες ήταν: «καμία», «λεκτική προειδοποίηση», «διακοπή θεραπείας/πειθαρχικό εξιτήριο», «σωματικός περιορισμός» (πρακτική που συναντάται περισσότερο στην Ευρώπη, σε σύγκριση με τις ΗΠΑ και την Αυστραλία όπου χρησιμοποιείται περισσότερο η απομόνωση), «αναφορά στην αστυνομία», «δίωξη από τη δικαιοσύνη», «δε γνωρίζω» και «άλλη» η οποία επέτρεπε την δυνατότητα προσδιορισμού από τον συμμετέχοντα στην έρευνα.

Επίσης, μέσα από το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο υπήρξε η δυνατότητα να διερευνηθεί η στάση του προσωπικού έναντι της αναφοράς των βίαιων συμβάντων και οι πεποιθήσεις του για τα εμπόδια αναφοράς, μέσα από την επιλογή «δεν ήταν σημαντικό», «φοβήθηκα αρνητικές επιπτώσεις», «ντράπηκα», «το θεώρησα ανώφελο», «ένοιωσα ενοχή», «δεν ήξερα που να το αναφέρω» και «άλλο».

3.6. Δεοντολογικά ζητήματα της έρευνας

Αρχικά, το ερευνητικό πρωτόκολλο κατατέθηκε συνημμένα στο έγγραφο αίτημα του ερευνητή προς στο Επιστημονικό Συμβούλιο του συγκεκριμένου ψυχιατρικού νοσοκομείου, προκειμένου για την αποδοχή διεξαγωγής της ερευνητικής διαδικασίας στις κλινικές και τις δομές ψυχικής υγείας που άπτονται της αρμοδιότητάς του. Κατόπιν, προωθήθηκε υπηρεσιακά στο Διοικητή του νοσοκομείου και από εκεί στην αντίστοιχη Υγειονομική Περιφέρεια, οπότε μετά και τη τελική έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας κατέστη δυνατή η χρήση του. Η χρήση των δυο πιο ευρέως χρησιμοποιημένων ερωτηματολογίων έγινε κατόπιν συγκατάθεσης του Δρα Ραφτόπουλου για το μέρος του ερωτηματολογίου που αφορούσε στο SAQ, ενώ παράλληλα ενημερώθηκαν ηλεκτρονικά και οι δημιουργοί του οι οποίοι πρότειναν τη χρήση του SAQ-Short-Form. Ενόψει της χρήσης του ερωτηματολογίου του ΠΟΥ συμπληρώθηκε η προβλεπόμενη φόρμα στην ιστοσελίδα του ΠΟΥ για την άδεια αναπαραγωγής του υλικού. Ωστόσο, στην απάντησή τους ενημέρωσαν πως «δεν απαιτείται άδεια εφόσον το υλικό χρησιμοποιείται σε έρευνα, ιδιωτική μελέτη ή μη εμπορικό έγγραφο περιορισμένης κυκλοφορίας (ακαδημαϊκή διατριβή) και με την προϋπόθεση ότι θα πρέπει να γίνεται κατάλληλη αναφορά της πηγής στο κείμενο (πηγή, τίτλος, έτος)».

Η ανωνυμία των συμμετεχόντων διασφαλίστηκε μέσα από κίτρινο αδιαφανή φάκελο που συνόδευε κάθε ερωτηματολόγιο, ενώ προστατεύθηκε το δικαίωμα της ελεύθερης βούλησης των εργαζομένων να επιλέξουν αν επιθυμούν ή όχι να συμμετέχουν στην έρευνα, μέσα από τη δυνατότητα να υπογράψουν σε προβλεπόμενο σημείο (πριν την έναρξη των ερωτήσεων) του ερωτηματολογίου. Τέλος η αρίθμηση των ερωτηματολογίων αμέσως μετά την παραλαβή τους και η ταξινόμηση στην κατάλληλη κατηγορία δεν αποκάλυπτε κανένα στοιχείο για το ακριβές τμήμα ή την κλινική των συμμετεχόντων στην έρευνα.

3.7. Στατιστική ανάλυση και επεξεργασία δεδομένων

Για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν τα προγράμματα IBM Statistical Package for Social Sciences -SPSS 20 για Windows (Nie, Hull & Bent, 2011), ενώ οι μέθοδοι που εφαρμόστηκαν ανάλογα με την επιδιωκόμενη σύγκριση ήταν οι παρακάτω:

Περιγραφική στατιστική: Για κάθε μεταβλητή που εξετάστηκε υπολογίστηκαν -μέσω του στατιστικού προγράμματος- τα συνήθη στατιστικά μέτρα, δηλαδή ο μέσος όρος-διάμεσος (mean), το εύρος τιμών (range), το τυπικό λάθος του μέσου όρου (standard error/SE) και η τυπική απόκλιση (standard deviation/SD). Ο έλεγχος της κανονικότητας έγινε με τη δοκιμασία Kolmogorov - Smirnov. Σε περίπτωση που η μεταβλητή δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες ανάλυσης (Leech et al, 2005).

Συσχέτιση R: Οι συσχετίσεις είναι μέτρα γραμμικής συσχέτισης, το δε βαθμό συσχέτισης μεταξύ δυο μεταβλητών αναπαριστά ο συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient). Σημειώνεται ότι δύο μεταβλητές μπορεί να συσχετίζονται απόλυτα, ωστόσο αν η σχέση τους δεν είναι γραμμική τότε ο συντελεστής συσχέτισης δεν αποτελεί την κατάλληλη δοκιμασία για τον υπολογισμό τους. Στην παρούσα μελέτη, ο υπολογισμός του συντελεστή συσχέτισης χρησιμοποιήθηκε ως ενδεικτικός για την ύπαρξη σχέσεων μεταξύ των μεμονωμένων μεταβλητών, οι οποίες μελετήθηκαν περαιτέρω με πολυπλοκότερες στατιστικές μεθόδους.

Συντελεστής προσδιορισμού R^2 : Δηλώνει το ποσοστό της μεταβλητότητας που μπορούμε να εξηγηθεί σε μία μεταβλητή όταν η άλλη μεταβλητή είναι ήδη γνωστή. Ο συντελεστής προσδιορισμού αποτελεί το τετράγωνο του συντελεστή συσχέτισης (Leech, Barrett and Morgan, 2005) και χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη ως δείκτης μεγέθους των διαφορών, η ένταση των οποίων χαρακτηρίζεται ως χαμηλή όταν οι τιμές είναι μικρότερες του 0.12, μέση σε τιμές χαμηλότερες του 0.25, σημαντική όταν οι τιμές είναι μικρότερες του 0.5 και πολύ σημαντική όταν οι τιμές υπερβαίνουν το 0.5 (Cohen J, 1988).

Δοκιμασία χ^2 (chi-square): Διερευνά την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών. Δηλαδή, με αυτήν ελέγχουμε αν οι συχνότητες που υπολογίζονται στο δείγμα (ο πίνακας συχνοτήτων) μοιάζει με το θεωρητικό πίνακα συχνοτήτων που θα προέκυπτε αν μία μεταβλητή είχε την ίδια κατανομή σε δύο πληθυσμούς.

Δοκιμασία Mann-Whitney και Kruskal-Wallis: Πρόκειται περί μη παραμετρικής δοκιμασίας σύγκριση των διαφορετικών επιπέδων μίας μεταβλητής, η οποία κατανέμεται στα εν λόγω επίπεδα

χωρίς να ακολουθεί τη κανονική κατανομή. Ειδικότερα, η δοκιμασία Mann-Whitney αφορά στη σύγκριση μεταξύ δύο επιπέδων (π.χ σύγκριση μεταξύ των βιολογικών φύλων) ενώ η δοκιμασία Kruskal-Wallis αποτελεί γενίκευση για n επίπεδα.

Γραμμική Παλινδρόμηση (linear- regression): Μας επιτρέπει να σχηματίσουμε ένα μοντέλο για να εξηγήσουμε τη -γραμμική- εξάρτηση μιας μεταβλητής που αποκαλείται «εξαρτημένη μεταβλητή» /dependent variable με μία ή περισσότερες μεταβλητές, οι οποίες αναπαριστούν τις «ανεξάρτητες μεταβλητές»/independent variables. Η γραμμική παλινδρόμηση περιγράφεται από την εξίσωση $y = a + bx$, όπου y είναι η εξαρτημένη μεταβλητή, το x η ανεξάρτητη μεταβλητή και το b ο συντελεστής κλίσης ή εξάρτησης (regression coefficient). Το a παριστάνει την τιμή του y , όταν το x ισούται με μηδέν ($x=0$) προσδιορίζει το σημείο από το οποίο αρχίζει η γραμμή της εξαρτήσεως και ο συντελεστής κλίσεως ή εξαρτήσεως b καθορίζει την μεταβολή της μεταβλητής y για κάθε μονάδα της μεταβλητής x . Στην παρούσα έρευνα η συγκεκριμένη μέθοδος χρησιμοποιήθηκε για να εντοπιστεί ο συνδυασμός των σημαντικότερων ανεξαρτήτων μεταβλητών που περιγράφουν τις τιμές των επιμέρους παραγόντων του SAQ και τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας των στάσεων του προσωπικού προς την ασφάλεια.

3.8. Cronbach's alpha

Η εξέταση της εσωτερικής συνοχής των χρησιμοποιηθέντων ερευνητικών εργαλείων διενεργήθηκε με τον υπολογισμό του συντελεστή alpha του Cronbach. Ο συντελεστής αυτός βασίστηκε στη μέση συσχέτιση κάθε ερώτησης μιας κλίμακας με κάθε άλλη ερώτηση και τυπικά εξειδικεύθηκε ανά παράγοντα της κλίμακας. Η τροποποιημένη κλίμακα SAQ έδωσε πολύ καλή τιμή αξιοπιστίας στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας καθώς έχει τιμή Cronbach's alpha 0,866 και γενικά ικανοποιητικές τιμές στους επιμέρους παράγοντες. Πιο αναλυτικά, η Επαγγελματική Ικανοποίηση είχε τιμή 0.804, η Ομαδική Εργασία τιμή ίση με 0.772, το Κλίμα Ασφάλειας 0.758, η Αντίληψη για τη Διοίκηση τιμή ίση με 0.709, οι Συνθήκες Εργασίας 0.607 και τέλος η Αναγνώριση του Στρες τιμή ίση με 0.678.

Κεφάλαιο IV

4. Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα της μελέτης παρουσιάζονται με βάση τα ερωτήματα που τέθηκαν σε σχέση με τη διερεύνηση των περιστατικών βίας κατά του προσωπικού στις δομές ψυχικής υγείας και τα οποία αναλύθηκαν ήδη.

4.1. Κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία του ερευνητικού πληθυσμού

Τον πληθυσμό αυτής της μελέτης αποτέλεσαν 280 επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας (ΨΥ), εκ των οποίων οι 84 είναι άνδρες (30%) και οι 196 γυναίκες (70%). Ακολούθως (πίνακας 1), παρουσιάζονται οι κοινωνικο-δημογραφικές παράμετροι του δείγματος της μελέτης όπως η ηλικιακή ομάδα, η οικογενειακή κατάσταση, το καθεστώς απασχόλησης και η επαγγελματική του ιδιότητα. Η ηλικιακή ομάδα -με βάση τη γνώση του συγκεκριμένου χώρου από τον ερευνητή - διαχωρίστηκε ανά δεκαετία, πλην των ηλικιών μεταξύ 40-55 όπου προσεγγίστηκαν ανά 5ετία, για μεγαλύτερη ακρίβεια. Όπου N είναι το μέγεθος του πληθυσμού και με το σύμβολο (%) αναπαριστάται η ποσοστιαία του αναλογία τους ανά φύλο

Πίνακας 1

Δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία διερευνώμενου πληθυσμού, ανά φύλο

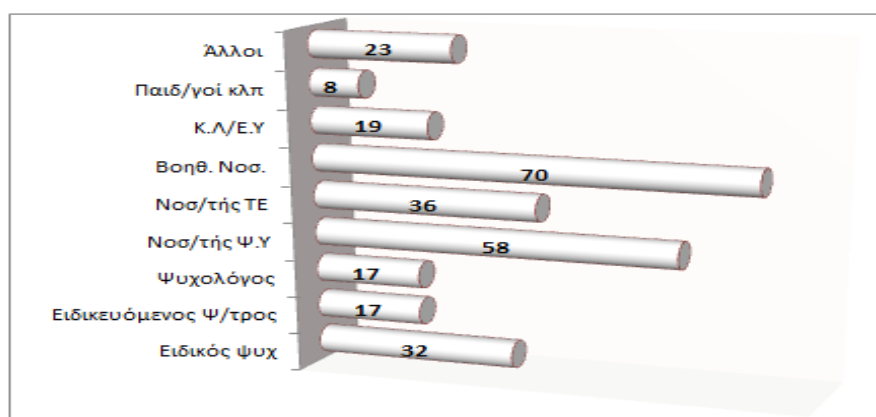
Μεταβλητή	Άνδρες	N	%	Γυναίκες	N	%
Ηλικιακή ομάδα	20-29 έτη	-	-	20-29 έτη	2	1
	30-39 έτη	14	16,7	30-39 έτη	40	20,4
	40-45 έτη	21	25	40-45 έτη	34	17,3
	46-50 έτη	22	26,2	46-50 έτη	85	43,4
	51-55 έτη	14	16,7	51-55 έτη	21	10,7

	56-60 έτη	8	9,5	56-60 έτη	7	3,6
	> 60 ετών	4	4,8	> 60 ετών	1	0,5
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμοι	13	15,5	Άγαμες	24	12,2
	Έγγαμοι	61	72,6	Έγγαμες	145	74
	Διαζευγμένοι	8	9,5	Διαζευγμένες	21	10,7
	Χηρεύσαντες	1	1,2	Χηρεύουσες	3	1,5
	Σε συμβίωση	1	1,2	Σε συμβίωση	1	0,5
Υπαλληλική σχέση	Μόνιμος	56	66,7	Μόνιμος	148	75,5
	Αορίστου χρόνου	14	16,7	Αορίστου χρόνου	40	20,4
	Συμβασιούχος	14	16,7	Συμβασιούχος	6	3,1
Επαγγελματική Ιδιότητα	Ειδικός Ψυχίατρος	20	23,8	Ειδικός ιατρός	12	6,1
	Ειδικευόμενος Ψυχίατρος	11	13,1	Ειδικευόμενος ιατρός	6	3,1
	Ψυχολόγος	3	3,6	Ψυχολόγος	14	7,1
	Νοσηλεύτης Ψ.Υ	9	10,7	Νοσηλεύτης Ψ.Υ	49	25
	Νοσηλεύτης Τ.Ε	8	9,5	Νοσηλεύτης Τ.Ε	28	14,3
	Βοηθός Νοσηλεύτη	16	19	Βοηθός Νοσηλεύτη	54	27,6
	Κοινωνικός λειτουργός / Επισκέπτης Υγείας	2	2,4	Κοινων. λειτουργός / Επισκέπτης υγείας	17	8,7
	Παιδαγωγός / λογοθεραπευτής / εργοθεραπευτής	5	6	Παιδαγωγός / λογοθεραπευτής / εργοθεραπευτής	3	1,5
Άλλη	10	11,9	Άλλη	13	6,6	

Εξετάζοντας τα συγκριτικά αποτελέσματα μεταξύ των φύλων με τη χρήση των δοκιμασιών Pearson's chi-square (χ^2), προκύπτει ότι οι γυναίκες τείνουν να είναι μικρότερης ηλικίας από τους άνδρες ($p=0,004$). Επίσης οι γυναίκες έχουν συχνότερα μόνιμη σχέση εργασίας ($p<0,001$) στο νοσοκομείο, ανήκουν πιο συχνά στο νοσηλευτικό προσωπικό από ότι στο ιατρικό, και υπεραντιπροσωπεύονται στην ομάδα των κοινωνικών λειτουργών/επισκεπτριών υγείας. Τα ευρήματα είναι σύμφωνα με τη τυπική εικόνα στο ΕΣΥ και δεν αξιολογούνται.

4.2 Εξέταση εργασιακών παραμέτρων των συμμετεχόντων

Τα χαρακτηριστικά των επαγγελματικών παραμέτρων του πληθυσμού που ερευνήθηκε παρουσιάζονται αναλυτικά ανά επαγγελματική ειδικότητα και ανά χώρο απασχόλησης (γραφήματα 1 και 2). Η διαφοροποίηση που εμφανίζεται στην αναλογία μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων, όσο και στη κατανομή του προσωπικού στις ενοδονοσοκομειακές υπηρεσίες (κλινικές) και στις εξωνοσοκομειακές σχετίζεται με τη φιλοσοφία οργάνωσης και λειτουργίας του νοσοκομείου η οποία βασίζεται στις ειδικές ανάγκες των ασθενών και γενικότερα στις ανάγκες ψυχικής υγείας του πληθυσμού της Κεντρικής Μακεδονίας.



Γράφημα 1. Γραφική αναπαράσταση του πληθυσμού των συμμετεχόντων ανά επαγγελματική κατηγορία



Γράφημα 2. Συγκριτική απεικόνιση του πληθυσμού έρευνας με βάση τον ειδικό χώρο απασχόλησής του στις δομές ψυχικής υγείας

Ακολούθως (πίνακας 2) παρουσιάζονται αναλυτικά όλα τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την επαγγελματική κατάσταση των υπαλλήλων και τις πεποιθήσεις του για την ποιότητα, ταξινομημένα ανά φύλο.

Πίνακας 2

Παράμετροι εργασιακής κατάστασης των συμμετεχόντων στη μελέτη, ανά φύλο και πεποιθήσεις για την ποιότητα συνεργασίας τους

Μεταβλητή	Άνδρες	N	%	Γυναίκες	N	%
Συνολικός χρόνος άσκησης του επαγγέλματος	1 έτος	-	-	1 έτος	2	1,0
	2-5 έτη	11	13,1	2-5 έτη	2	1,0
	6-10 έτη	11	13,1	6-10 έτη	23	11,7
	11-20 έτη	27	32,1	11-20 έτη	77	39,3
	21-30 έτη	30	35,7	21-30 έτη	86	43,9
	> 30 ετών	5	6	> 30 ετών	6	3,1
Συνολική εμπειρία στο παρόν νοσοκομείο	1 έτος	2	2,4	1 έτος	4	2,0
	2-5 έτη	14	16,7	2-5 έτη	12	6,1
	6-10 έτη	19	22,6	6-10 έτη	35	17,9
	11-20 έτη	20	23,8	11-20 έτη	69	35,2
	21-30 έτη	26	31	21-30 έτη	75	38,3
	> 30 ετών	3	3,6	> 30 ετών	1	,5
Έχετε εργαστεί σε άλλο νοσοκομείο;	Ναι	46	54,8	Ναι	95	48,5
	Όχι	38	45,2	Όχι	101	51,5
Αν, ναι, συγκρίνετε αυτό το Νοσοκομείο σε σχέση με τα άλλα Νοσοκομεία		46	M.O 6,71		92	M.O 7,85
Αριθμός εργαζομένων που είναι παρόντες τον περισσότερο εργασιακό σας χρόνο (>50%)	Κανένας	2	2,4	Κανένας	6	3,1
	1 έως 2 άτομα	30	35,7	1 έως 2 άτομα	95	48,5
	3 έως 5 άτομα	23	27,4	3 έως 5 άτομα	49	25,0
	6 έως 10 άτομα	19	22,6	6 έως 10 άτομα	28	14,3
	> 10 άτομα	10	11,9	> 10 άτομα	18	9,2
Μονάδα που υπηρετείτε την παρούσα χρονική στιγμή	Οξέων	33	39,3	Οξέων	36	18,4
	Εξαρτήσεων	16	19,0	Εξαρτήσεων	28	14,3
	Ψυχιατροδικαστικό	9	10,7	Ψυχιατροδικαστικό	15	7,7
	E.I Ψυχιατρικά / ΤΕΠ	1	1,2	E.I Ψυχιατρικά / ΤΕΠ	7	3,6
	Παθολογική και E.I ειδικοτήτων	7	8,3	Παθολογική & E.I Ειδ/των	22	11,2
	Οικοτροφείο / Ξενώνας	10	11,9	Οικοτροφείο / Ξενώνας	47	24,0
	Κ.Ψ.Υ	5	6,0	Κ.Ψ.Υ	17	8,7
	Άλλη κοινοτική δομή	3	3,6	Άλλη κοινοτική δομή	23	11,7

Μεταβλητή	Άνδρες	N	%	Γυναίκες	N	%
Εργασιακή εμπειρία στην παρούσα μονάδα / κλινική	1 έτος	10	11,9	1 έτος	33	16,8
	2 έως 5 έτη	19	22,6	2 έως 5 έτη	39	19,9
	6 έως 10 έτη	29	34,5	6 έως 10 έτη	74	37,8
	11 έως 20 έτη	19	22,6	11 έως 20 έτη	40	20,4
	21 έως 30 έτη	6	7,1	21 έως 30 έτη	7	3,6
	31 έως 35 έτη	1	1,2	31 έως 35 έτη	1	,5
Η εργασία στη συγκεκριμένη μονάδα ήταν δικής σας επιλογής;	Ναι	43	51,2	Ναι	104	53,1
	Όχι	41	48,8	Όχι	92	46,9
Παρακαλώ, βαθμολογείστε την ποιότητα υπηρεσιών της μονάδας όπου υπηρετείτε	7-8	47	55,9	7-8	74	37,7
	9-10	25	29,8	8-10	111	56,7
Ικανοποίηση από την ποιότητα συνεργασίας με το νοσηλευτικό προσωπικό	7-8	38	45,2	7-8	85	30,4
	9-10	40	47,6	9-10	177	63,3
Ικανοποίηση από την ποιότητα συνεργασίας με τους γιατρούς	7-8	32	38,1	7-8	63	32,2
	9-10	39	46,4	9-10	116	59,2
«Αν υπήρχε ανάγκη θα συνιστούσα σε κάποιο γνωστό/συγγενή μου να νοσηλευθεί σε αυτή τη κλινική/δομή»	Συμφωνώ απόλυτα	26	31,0	Συμφωνώ απόλυτα	77	39,3
	Συμφωνώ	26	31,0	Συμφωνώ	75	38,3
	Συμφωνώ κάπως	17	20,2	Συμφωνώ κάπως	33	16,8
	Διαφωνώ κάπως	6	7,1	Διαφωνώ κάπως	5	2,6
	Διαφωνώ	7	8,3	Διαφωνώ	4	2,0
	Διαφωνώ απόλυτα	0	-	Διαφωνώ απόλυτα	2	1,0

Εξετάζοντας τα αποτελέσματα συγκριτικά μεταξύ των δυο φύλων με τη χρήση του T-Test το οποίο εκτιμά αν οι μέσες τιμές μεταξύ των δυο ομάδων έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους (Raftopoulos et al, 2011) με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.05, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες τείνουν να έχουν ασκήσει το επάγγελμα τους ένα ικανό χρονικό διάστημα συχνότερα από τους άνδρες (t-test=2.04, p=0,42). Επιπλέον, οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη εμπειρία στο Ψ.Ν (t-test=1.99, p= 0,047) και υπηρετούν συχνότερα σε οικοτροφεία/ξενώνες ή άλλες κοινοτικές δομές (t-test=4.37, p=0,00) σε σύγκριση με τα τμήματα οξέων ή εξαρτήσεων.

Επίσης, συγκρίνοντας τις απαντήσεις στις συνεχείς μεταβλητές με τη χρήση της μη-

παραμετρικής δοκιμασίας Mann-Whitney προκύπτει ότι οι γυναίκες τείνουν να έχουν καλύτερη άποψη για το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο σε σύγκριση με τα άλλα νοσοκομεία όπου εργάστηκαν στο παρελθόν ($Z=2,105$, $p=0,035$), βαθμολογούν υψηλότερα την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην κλινική/δομή τους ($Z=4,271$, $p<0,001$) και είναι πιο ικανοποιημένες από τη συνεργασία τους με το νοσηλευτικό ($Z=3,239$, $p=0,001$) και το ιατρικό προσωπικό ($Z=2,787$, $p=0,005$). Εντούτοις, οι άνδρες είναι εκείνοι που συχνότερα θα συνιστούσαν σε κάποιο γνωστό ή συγγενή τους να νοσηλευθεί στη κλινική/δομή όπου εργάζονται ($Z=2,205$, $p=0,027$).

4.3. Επίδραση του περιβάλλοντος εργασίας στην ευεξία του προσωπικού

Η υγεία και η ευημερία των εργαζομένων προσεγγίστηκε ανά φύλο με βάση τα επίπεδα του εργασιακού άγχους, της κόπωσης και της εξάντλησης (πίνακας 3).

Πίνακας 3

Συνέπειες της εργασίας στην ευημερία των εργαζομένων, ανά φύλο

Μεταβλητή	Άνδρες (n=84)	N	%	Γυναίκες (n=195)	N	%
Αισθάνεστε ότι το επάγγελμά σας αποτελεί πηγή άγχους για σας;	Ναι	52	61,9	Ναι	126	64,3
	Όχι	31	36,9	Όχι	69	35,2
Αισθάνεστε κάπου μια γενικότερη κόπωση;	Ναι	47	56,0	Ναι	113	57,7
	Όχι	36	42,9	Όχι	83	42,3
Αν ναι, πόσο θα βαθμολογούσατε το άγχος σας;		47	M.O 8,42		113	M.O 7,87
Πόσο συχνά αισθάνεστε κουρασμένοι;	Πολύ σπάνια	7	8,3	Πολύ σπάνια	15	7,7
	Σπάνια	32	38,1	Σπάνια	99	50,5
	Συχνά	37	44,0	Συχνά	61	31,1
	Πολύ συχνά	8	9,5	Πολύ συχνά	21	10,7
«Τελειώνοντας το ωράριό μου νοιώθω τόσο κουρασμένος ψυχικά και σωματικά που δεν έχω όρεξη για τίποτε»	Συμφωνώ απόλυτα	5	6,0	Συμφωνώ απόλυτα	12	6,1
	Συμφωνώ	17	20,2	Συμφωνώ	43	21,9
	Συμφωνώ κάπως	9	10,7	Συμφωνώ κάπως	37	18,9
	Διαφωνώ κάπως	17	20,2	Διαφωνώ κάπως	42	21,4
	Διαφωνώ	31	36,9	Διαφωνώ	53	27,0
	Διαφωνώ απόλυτα	5	6,0	Διαφωνώ απόλυτα	9	4,6

Δεν ανευρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων σε αυτές τις μεταβλητές ($p=0,54$) εκτός από ότι οι άνδρες αισθάνονται συχνότερα κουρασμένοι σε σύγκριση με τις γυναίκες ($p=0,33$) αλλά οι γυναίκες εμφανίζουν συγκριτικά μεγαλύτερη αδυναμία να

εκπληρώσουν τις κοινωνικές τους υποχρεώσεις μετά το πέρας του ωραρίου τους ($p=0,17$) καθώς περίπου οι μισές συμφωνούν με τη δήλωση «όταν τελειώνει το ωράριό μου νοιώθω τόσο κουρασμένη σωματικά και ψυχικά που δεν έχω όρεξη για τίποτε».

4.4. Πεποιθήσεις προσωπικού για την ασφάλεια στο εργασιακό του περιβάλλον

Στον πίνακα που ακολουθεί παρατίθενται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων ανά φύλο, στις ερωτήσεις που σχετίζονται με την αίσθηση ασφάλειας και με τις εμπειρίες των περιστατικών βίας στον εργασιακό τους χώρο.

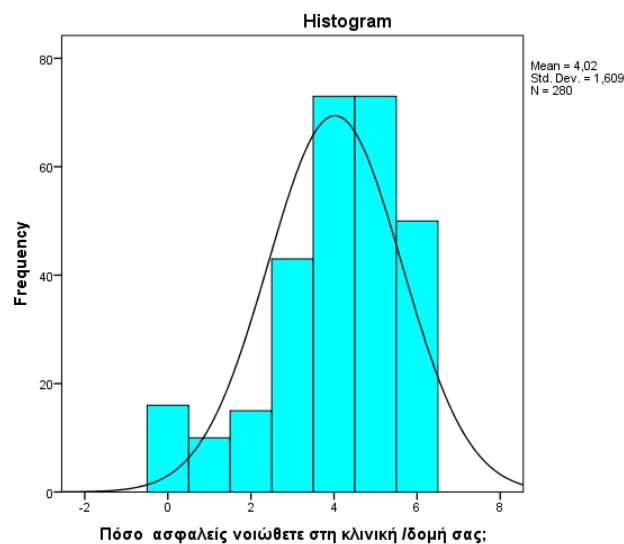
Πίνακας 4

Αίσθηση ασφάλειας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ανά φύλο, σχετιζόμενη με τα περιστατικά βίας από ασθενείς

Μεταβλητή	Ανδρες	N	%	Γυναίκες	N	%
Πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο τμήμα σας;	7-8	38	45,2	7-8	85	43,3
	9-10	33	39,2	9-10	95	48,5
Πόσο ασφαλείς νοιώθετε στη κλινική /δομή σας; ($p=0,00$)	7-8	31	36,9	7-8	85	43,3
	9-10	36	42,8	9-10	87	44,4
Η βία είναι αναπόσπαστο μέρος της εργασίας μου με τους ψυχικά ασθενείς	Ναι	30	35,7	Ναι	88	44,9
	Όχι	54	64,3	Όχι	108	55,1
Πόσο ανησυχείτε για τη βία στον εργασιακό σας χώρο;	Μέτρια	31	36,9	Μέτρια	84	42,9
	Πολύ έως Πάρα πολύ	22	26,2	Πολύ έως Πάρα πολύ	38	19,4
Έχετε καταγράψει κάποιο συμβάν βίας στον εργασιακό σας χώρο;	Ναι	57	67,9	Ναι	134	68,4
	Όχι	27	32,1	Όχι	62	31,6

Αν ναι, ήταν στα πλαίσια πειθαρχίας σε κάποιους κανόνες;	Ναι	41	48,8	Ναι	80	40,8
	Όχι	19	22,6	Όχι	55	28,1
Γενικότερα, πιστεύετε ότι η αναφορά συμβάντων των βίας πρέπει να είναι	Εθελοντική	10	11,9	Εθελοντική	14	7,1
	Υποχρεωτική	66	78,6	Υποχρεωτική	170	86,7
	Δε χρειάζεται	8	9,5	Δε χρειάζεται	8	4,1

Δεν ανευρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων σε αυτές τις μεταβλητές, εκτός από το γεγονός ότι οι άνδρες νοιώθουν λιγότερο ασφαλείς στην κλινική/δομή τους ($p=0,18$) και ότι οι γυναίκες αποδέχονται συχνότερα τη βία ως εγγενές χαρακτηριστικό της εργασίας τους με τους ψυχικά ασθενείς ($p=0,38$). Ενδεικτικά παρουσιάζεται η γραφική απεικόνιση (γράφημα 3) των απαντήσεων όλων των εργαζομένων στην ερώτηση «πόσο ασφαλείς νοιώθετε στη κλινική/δομή σας;»



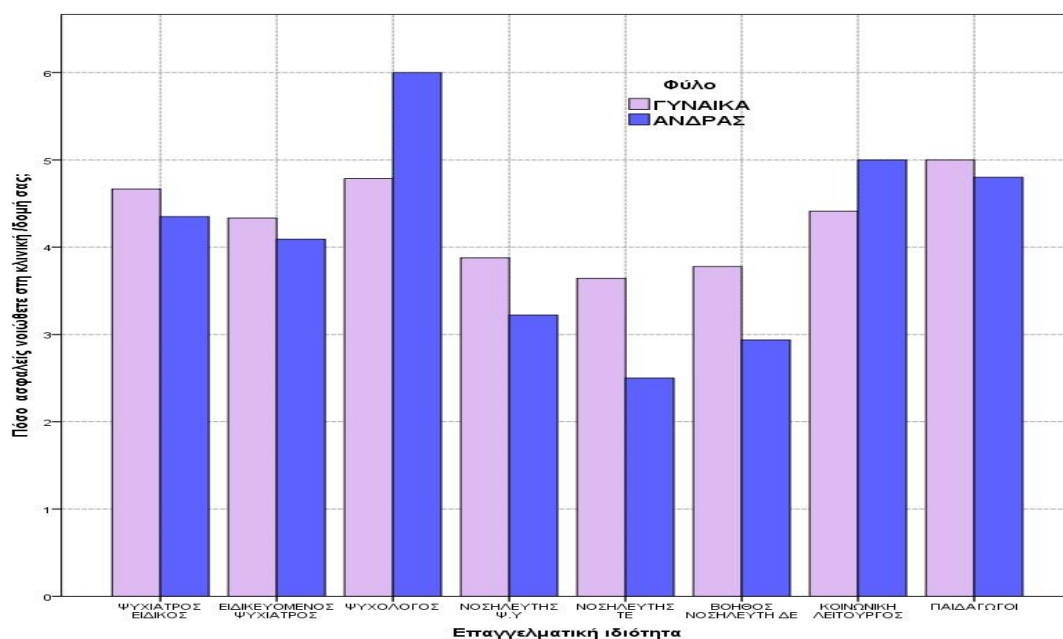
Γράφημα 3. Γραφική αναπαράσταση των πεποιθήσεων του προσωπικού για την ασφαλείά του

4.4.1 Πεποιθήσεις των εργαζομένων για την ασφάλεια στην εργασία τους και για τη βία από ασθενείς

Εξετάστηκαν οι ανησυχίες των εργαζομένων για τη βία στον εργασιακό τους χώρο καθώς και το πόσο ασφαλείς νιώθουν οι ίδιοι στη κλινική/δομή που εργάζονται, λαμβάνοντας υπόψη την ειδικότητά τους. Και στις δύο περιπτώσεις σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές

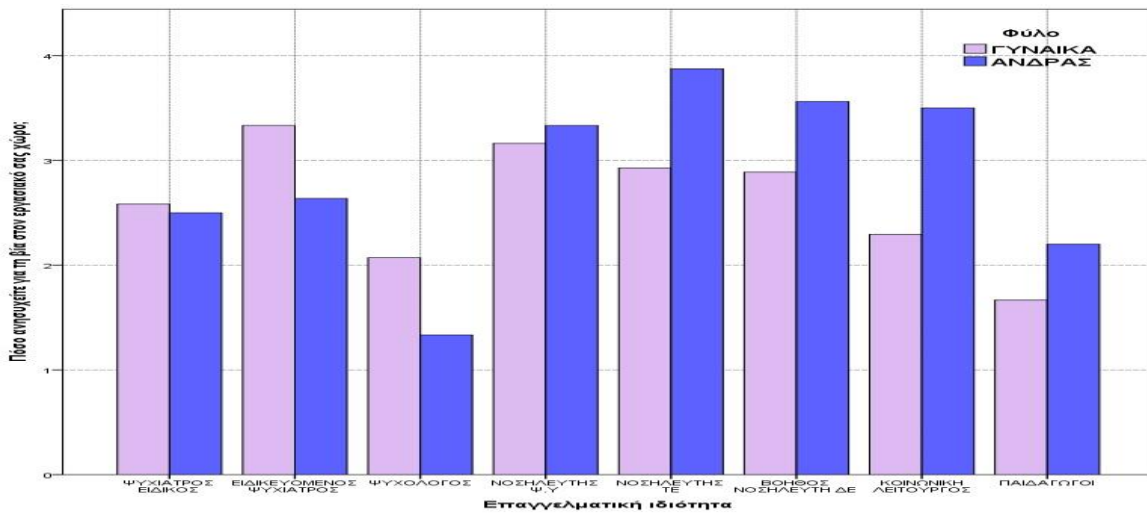
($p=0,001$ και $p=0,019$). Επίσης ζητήθηκε η εκτίμηση των εργαζομένων ως προς την ασφάλεια των ασθενών στη κλινική/τμήμα τους. Και εδώ υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τμημάτων ($p=0,001$). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται παραστατικά στα διαγράμματα 1,2 και 3 που ακολουθούν, με επιπλέον κριτήριο ανάλυσης τη διάκριση ανά φύλο.

Στο πρώτο διάγραμμα (διάγραμμα 1) διακρίνεται ότι η ομάδα των ανδρών ψυχολόγων είναι αυτή που αισθάνεται τη μεγαλύτερη ασφάλεια, ενώ αίσθημα μειωμένης ασφάλειας βιώνουν οι άνδρες νοσηλευτές Τ.Ε, βοηθοί νοσηλευτές Δ.Ε και νοσηλευτές Ψ.Υ, ενώ οι γυναίκες του νοσηλευτικού κλάδου είναι αυτές που νοιώθουν λιγότερο ασφαλείς σε σύγκριση τις υπόλοιπες εργαζόμενες.



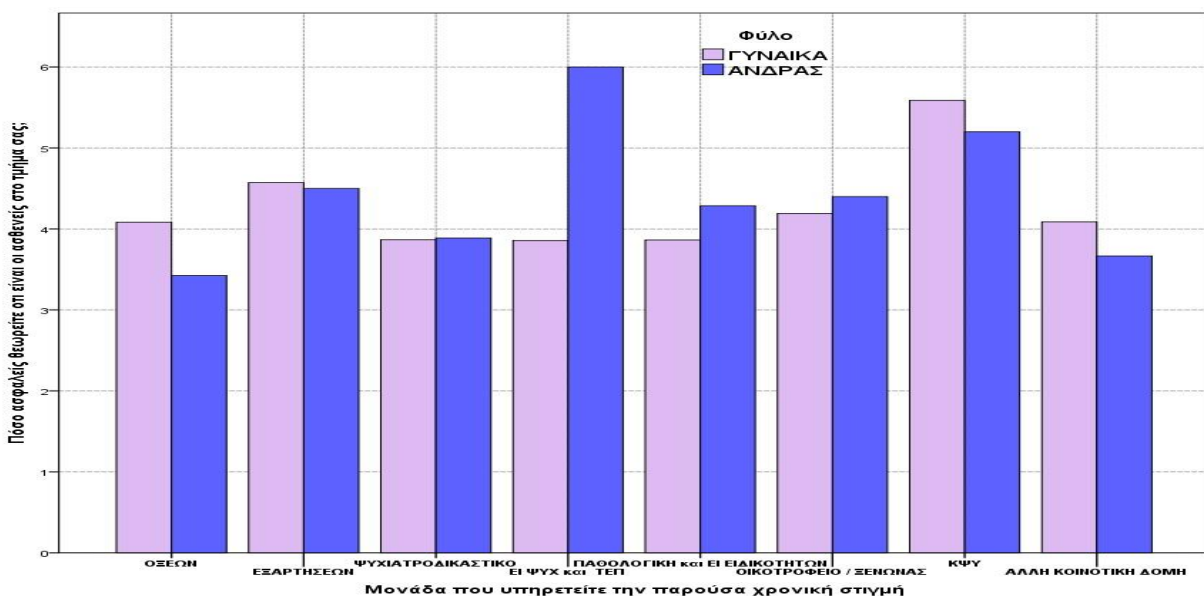
Διάγραμμα 1. Γραφική αναπαράσταση της αίσθησης ασφάλειας σε σχέση με την επαγγελματική ομάδα των εργαζομένων και το φύλο τους.

Προσεγγίζοντας την ανησυχία των εργαζομένων για το ζήτημα της ασφάλειας εντός του τμήματος που υπηρετούν (διάγραμμα 2) με βάση την ειδικότητα και το φύλο τους, τα αποτελέσματα δείχνουν οι ψυχολόγοι -και δη οι άνδρες- είναι εκείνοι που ανησυχούν λιγότερο για τη βία. Αντίστροφα, οι άνδρες νοσηλευτές Τ.Ε, οι βοηθοί νοσηλευτών Δ.Ε και οι νοσηλευτές Ψ.Υ ανήκουν στις ομάδες με την μεγαλύτερη ανησυχία για τον κίνδυνο της βίας ($p=0,011$). Εντούτοις, υψηλό αίσθημα ανησυχίας παρουσιάζουν και οι κοινωνικοί λειτουργοί/επισκέπτες υγείας.



Διάγραμμα 2. Γραφική αναπαράσταση της ανησυχίας των εργαζομένων για τη βία ανά φύλο και επαγγελματική ιδιότητα

Τέλος, αναλύθηκαν τα δεδομένα για τυχόν διαφοροποιήσεις στις πεποιθήσεις των εργαζομένων για την ασφάλεια των ασθενών σε σχέση με τον τομέα απασχόλησής τους και συγκεκριμένα με βάση την απασχόλησή τους σε ενδονοσοκομειακές μονάδες/κλινικές (διάγραμμα 3) ή σε δομές ψυχικής υγείας που λειτουργούν στην κοινότητα ($p=0,015$). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι στα Κ.Ψ.Υ και οι εργαζόμενοι των ΤΕΠ / Ε.Ι Ψυχιατρικής κατά την συγκεκριμένη περίοδο της μέτρησης του κλίματος ασφάλειας εξέφρασαν τη πεποίθηση ότι οι ασθενείς είναι πλέον ασφαλείς στην υπηρεσία τους. Λιγότερο ασφαλείς γίνονται αντιληπτοί από το προσωπικό οι νοσηλευόμενοι στις κλινικές Οξέων και στο Ψυχοιατροδικαστικό τμήμα.



Διάγραμμα 3. Γραφική αναπαράσταση της αντίληψης των εργαζομένων για την ασφάλεια των ασθενών της κλινικής/δομής τους ανάλογα με το φύλο.

4.5. Αποτελέσματα μετρήσεων της κλίμακας «Στάσεων προς την Ασφάλεια» (SAQ)

Ακολουθώς παρουσιάζονται τα ευρήματα από τις ερωτήσεις στη κλίμακα στάσεων προς την ασφάλεια, διαχωρισμένα ανά φύλο. Παρατίθενται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των μέσων όρων, όπως επίσης και ο βαθμός της συμφωνίας («συμφωνώ κάπως/συμφωνώ απόλυτα») και διαφωνίας των εργαζομένων («διαφωνώ κάπως/διαφωνώ απόλυτα») σε κάθε ερώτηση του SAQ (Πίνακας 5α). Μεγαλύτεροι μέσοι όροι υποδηλώνουν μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας με τη κάθε πρόταση, με τη μονάδα (1) να αντικατοπτρίζει την ελάχιστη βαθμολογία τη μονάδα και το πέντε (5) τη μέγιστη βαθμολογία.

Πίνακας 5α

Απαντήσεις ερευνητικού πληθυσμού στη κλίμακα των στάσεων για την ασφάλεια (SAQ)

Ερώτηση (* αντίστροφες ερωτήσεις)	Άνδρες		Γυναίκες		M.O Συμφωνίας %
	M.O	T.A	M.O	T.A	
1 Τα υψηλά επίπεδα εργασίας είναι σύνηθες φαινόμενο σε αυτή τη κλινική/δομή	3,58	1,174	3,88	1,013	66,1
2 Μου αρέσει η δουλειά μου	4,39	0,881	4,53	0,727	90,7
3 Οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπ' όψη σε αυτή τη κλινική	3,96	0,981	4,29	0,807	84,3
4 Θα ένιωθα ασφαλής, ως ασθενής, αν νοσηλευόμουν σε αυτή τη κλινική	3,96	1,076	4,23	0,978	78,2
5 Γιατροί και νοσηλευτές δουλεύουν μαζί ως μια καλά συντονισμένη ομάδα	3,92	1,089	4,18	0,988	78,9
6 Αυτό το νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού	3,4	1,163	3,57	1,192	56,1

7	Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για διαγνωστικές/θεραπευτικές αποφάσεις μου είναι διαθέσιμες σε καθημερινή βάση	3,78	1,18	4,29	0,911	79,6
8	Όταν εργάζεσαι σε αυτό το νοσοκομείο είναι σα να είσαι μέλος μιας μεγάλης οικογένειας	3,58	1,204	3,75	1,095	62,9
9	Η διαπροσωπική επικοινωνία είναι περισσότερο φιλική, παρά τυπικά ιεραρχική	4,21	0,837	4,22	0,864	88,2
10	Η Διοίκηση του νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες	2,67	1,134	2,78	1,134	26,4
11	Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοσή μου στην εργασία	3,09	1,188	3,61	1,139	54,3
12	Κατά την αντιμετώπιση επείγοντος περιστατικού μπορώ να προβλέψω τις επόμενες ενέργειες του υπόλοιπου προσωπικού	3,77	0,961	3,85	0,833	75,4
13	Η ασφάλεια των ασθενών ενισχύεται συνεχώς ως μια προτεραιότητα σε αυτή τη κλινική/δομή	3,95	0,993	4,21	0,952	80,7
14	Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια της καθημερινής φροντίδας των ασθενών	3,01	1,266	2,97	1,249	43,6
15	Αυτό το νοσοκομείο είναι καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος	3,74	1,077	3,77	1,026	67,9
16	Όλα τα σημαντικά ζητήματα μεταφέρονται πολύ καλά κατά τη διάρκεια αλλαγής της βάρδιας	4,2	0,875	4,33	0,865	83,6
17	Οι διαφωνίες επιλύονται κατάλληλα (πχ όχι ποιος έχει δίκιο, αλλά τι είναι καλύτερο για τον ασθενή)	3,85	1,07	4,23	0,801	81,8
18	Η Διοίκηση του Νοσοκομείου δε διακινδυνεύει (εν γνώσει της) την ασφάλεια των ασθενών	3,55	1,206	3,77	1,066	63,9
19	Τα επίπεδα προσωπικού αυτής της κλινικής/δομής είναι ικανοποιητικά για τη φροντίδα αυτού του αριθμού ασθενών	2,76	1,502	2,69	1,38	36,8

20	Το προσωπικό συχνά αγνοεί τους κανόνες ή τις κατευθυντήριες οδηγίες που ισχύουν σε αυτή τη κλινική/δομή	1,84	1,006	1,68	0,959	7,1*
21	Το Νοσοκομείο προάγει την ομαδική εργασία και συνεργασία ανάμεσα στο προσωπικό του	3,24	1,228	3,47	1,114	53,2
22	Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω για την ασφάλεια των ασθενών	3,92	0,96	4,25	0,75	83,2
23	Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός όταν είμαι κουρασμένος	3,95	1,171	3,79	1,13	76,4
24	Σε αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζεται με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό	2,86	1,204	2,86	1,238	31,4
25	Το ηθικό είναι υψηλό σε αυτή τη κλινική/δομή	3,73	1,165	3,81	1,04	67,1
26	Σε αυτή τη κλινική/δομή είναι δύσκολο να μιλήσω αν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα με τη φροντίδα ασθενών	1,95	1,097	1,65	0,904	7,5*
27	Τα πολύ ψηλά επίπεδα του φόρτου εργασίας με ενεργοποιούν και βελτιώνουν την απόδοσή μου	2,7	1,159	3,01	1,206	37,5*
28	Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για σημαντικά ζητήματα που συμβαίνουν στο Νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου	3,1	1,188	3,31	1,177	47,5
29	Είμαι περήφανος που εργάζομαι σε αυτό το νοσοκομείο	3,83	0,955	3,84	1,005	62,5
30	Είναι εύκολο για το προσωπικό αυτής της κλινικής/δομής να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι	4,33	0,826	4,46	0,794	90,7
31	Η εργασιακή κουλτούρα αυτής της κλινικής/δομής διευκολύνει τη μάθηση μέσα από τα λάθη των άλλων	3,7	1,015	4	0,933	70
32	Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη, όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες	4,05	1,063	4,08	0,989	81,1

	στην εργασία μου					
33	Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς	4,19	0,702	4,41	0,714	88,9
34	Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς.	3,3	1,106	3,42	1,147	48,6
35	Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών	3,33	1,343	3,2	1,321	53,2

Κατά την ανάλυση του παραπάνω πίνακα διαπιστώθηκε ότι παρατηρήθηκε υψηλός βαθμός συμφωνίας ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς τη βαθμονόμηση των επιμέρους ερωτήσεων αλλά, γενικότερα, οι γυναίκες έτειναν να αποδίδουν μεγαλύτερη βαθμολογία από τους άνδρες. Ο μεγαλύτερος βαθμός συμφωνίας ανάμεσα στα δυο φύλα παρατηρήθηκε στις δηλώσεις που σχετιζόταν με τη γενική αίσθηση ικανοποίησης από την εργασία (2) και τη διαπροσωπικής επικοινωνίας (30, 9, 16, 33, 32, 26).

Αντίστροφα, ο μικρότερος βαθμός συμφωνίας παρατηρήθηκε στις δηλώσεις περί αγνότητας των κανόνων της κλινικής από το προσωπικό (20) και στα θέματα γενικότερης διοίκησης και στελέχωσης του νοσοκομείου (10, 19, 24). Επισημαίνεται ότι η ερώτηση N. 20 ήταν αντίστροφης έννοιας οπότε η μη συμφωνία σε αυτή τη δήλωση εκλαμβάνεται ως θετικό αποτέλεσμα για την ασφάλεια, δηλαδή στην πραγματικότητα οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι τηρούνται οι κατευθυντήριες γραμμές και οι κανόνες που τίθενται στη κλινική/δομή τους. Στη συνέχεια (πίνακας 5β), υπολογίστηκαν οι τιμές των παραγόντων της κλίμακας ασφάλειας, ανά φύλο.

Πίνακας 5β

Αξιολόγηση δείγματος με βάση το Μέσο Όρο και την Τιμή Απόκλισης στους παράγοντες του SAQ ανά φύλο

Παράγοντας	Άνδρες		Γυναίκες		Άνδρες / Γυναίκες	
	M.O	T.A	M.O	T.A	Γενικός M.O	Γενική T.A.
Επαγγελματική ικανοποίηση	57,684	12,513	59,121	10,812	58,4	11,66
Κλίμα ομαδικής εργασίας	72,819	11,226	76,029	10,314	74,42	10,77
Κλίμα ασφάλειας	79,875	11,556	83,952	10,191	81,91	10,87
Αντίληψη για διοίκηση	45,927	13,383	48,06	10,923	46,99	12,15
Συνθήκες εργασίας	62,67	11,214	67,02	11,238	64,84	11,22
Αναγνώριση στρες	51,072	9,942	51,123	9,183	51,09	9,56
Συνολική βαθμολογία	61,67	11,639	64,21	10,443	62,94	11,03

Συγκρίνοντας τις απαντήσεις στους παραπάνω παράγοντες με τη χρήση της μη-παραμετρικής δοκιμασίας Mann-Whitney προκύπτει ότι οι γυναίκες τείνουν να κατηγοριοποιούνται υψηλότερα από τους άνδρες στις αποκρίσεις τους στον παράγοντα κλίματος ομαδικής εργασίας ($Z=2,339$, $p=0,019$), της ασφάλειας ($Z=2,587$, $p=0,01$), στον παράγοντα συνθηκών εργασίας ($Z=2,984$, $p=0,003$) και στη συνολική βαθμολογία ($Z=2,489$, $p=0,013$), ενώ δεν σημειώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στους παράγοντες της επαγγελματικής ικανοποίησης και της αναγνώρισης στρες.

Η εξέταση τυχόν συσχετίσεων των παραγόντων με την εργασιακή εμπειρία και την εμπειρία στο νοσοκομείο δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Εξετάζοντας τις διαφορές στις τιμές των παραπάνω παραγόντων ανά επαγγελματική ιδιότητα (πίνακας 5γ) με τη χρήση της μη-παραμετρικής δοκιμασίας Kruskal-Wallis προκύπτει ότι σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας ($\chi^2=17,245$, $p=0,016$) και στους παράγοντες επαγγελματικής ικανοποίησης ($\chi^2=14,069$, $p=0,05$), του κλίματος ομαδικής εργασίας ($\chi^2=19,543$, $p=0,007$), του κλίματος ασφάλειας

($\chi^2=14,498$, $p=0,043$) και της αντίληψης για τη διοίκηση ($\chi^2=14,374$, $p=0,045$).

Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 5γ) παρατίθενται μόνο οι μέσοι όροι και οι σειρά κατάταξης (#) στις εν λόγω κατηγορίες όπου εντοπίστηκαν οι στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 5γ

Συγκριτικά αποτελέσματα βαθμολογικής κατάταξης των εργαζομένων ανά επαγγελματική ιδιότητα στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου SAQ που εμφάνισαν στατιστικά σημαντική διαφορά

Επαγγελματική Ιδιότητα	N	Επαγγ/κή ικανοποίηση		Κλίμα ομαδικής εργασίας		Κλίμα ασφάλειας		Αντίληψη για τη Διοίκηση	
		M.O	#	M.O	#	M.O	#	M.O	#
Ειδικός ιατρός	31	53,09	8	70,65	7	77,12	8	41,62	8
Ειδικευόμενος ιατρός	17	53,19	7	68,74	8	82,05	5	43,88	7
Ψυχολόγος	17	58,68	6	72,88	6	81,27	7	46,41	6
Νοσηλεύτης Ψ.Υ	58	59,27	5	76,82	3	83,04	2	49,55	2
Νοσηλεύτης Τ.Ε	36	60	3	76,24	4	82,96	3	50,75	1
Βοηθός νοσηλεύτη Δ.Ε	70	60,47	2	77,44	2	82,41	4	47,18	5
Κοινωνικός λειτουργός / Επισκέπτης υγείας	19	59,88	4	73,92	5	81,43	6	47,78	4
Παιδαγωγοί κλπ	8	62,49	1	78,58	1	85,05	1	48,75	3

4.5.1. Συσχέτιση στάσεων του προσωπικού προς την ασφάλεια με τα ατομικά χαρακτηριστικά και τη δομή που υπηρετούν

Η διερεύνηση διαφορών ανάμεσα στους εργαζομένους στα διάφορα τμήματα και τις δομές ψυχικής υγείας ως προς τις βαθμολογίες τους στους παράγοντες και τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας SAQ έγινε με τη στατιστική δοκιμασία Kruskal-Wallis για μη-παραμετρικές μεταβλητές. Κατά την ανάλυσή τους προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλες τις περιπτώσεις, πλην αυτή του παράγοντα αναγνώρισης στρες όπου όμως η διαφορά πλησίασε πολύ το επίπεδο σημαντικότητας ($p=0,055$). Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται τα σχετικά αποτελέσματα, με τη σειρά κατάταξης των βαθμολογιών ανά τμήμα από τη βέλτιστη βαθμολογία (1) έως τη χαμηλότερη (8).

Πίνακας 6

Συγκριτικά αποτελέσματα βαθμολογικής κατάταξης των εργαζομένων ανά μονάδα ψυχικής υγείας στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου SAQ

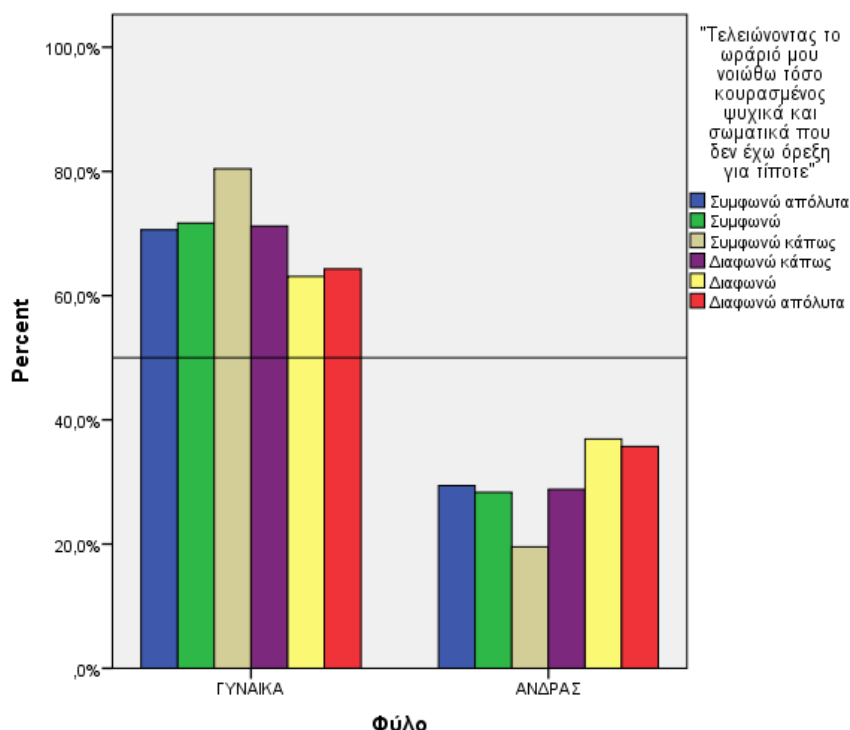
Μονάδα που υπηρετείτε την παρούσα χρονική στιγμή	Ε.Ι		Ο.Ε		Κ.Α		Α,γ, Δ		Σ.Ε		Α.Σ		Συνολική βαθμ/γία	
	Μ.Ο	#	Μ.Ο	#	Μ.Ο	#	Μ.Ο	#	Μ.Ο	#	Μ.Ο	#	Μ.Ο	#
Οξέων	54,13	8	70,26	8	77,86	6	42,63	8	52,95	8	53,33	2	58,52	8
Εξαρτήσεων	60,69	2	75,04	5	82,95	5	48,81	3	67,09	2	48,12	7	63,78	4
Ψυχιατροδικ/κό	59,25	4	71,62	6	77,15	7	44,39	6	64,12	6	47,62	8	60,69	7
Ε.Ι Ψ / ΤΕΠ	58,5	5	70,62	7	78,12	8	46,05	5	63,5	7	51,41	4	61,36	6
Παθολογική και Ε.Ι ειδικοτήτων	60,08	3	76,97	3	84,06	4	48,13	4	66,62	3	49,03	6	64,14	3
Οικοτροφείο / Ξενώνας	57,26	6	77,21	2	85,32	2	49,1	2	66,05	5	52,26	3	64,53	2
Κ.Ψ.Υ	62,45	1	76,09	4	85,9	1	53,59	1	71,77	1	51,31	5	66,85	1
Άλλη κοινοτική δομή	55,04	7	77,44	1	84,56	3	42,87	7	64,96	4	53,5	1	63,06	5
χ^2 (7)	16,107		25,726		37,761		20,663		18,289		13,791		22,862	
p	0,024		0,001		<0,001		0,004		0,011		0,055		0,002	

Ε.Ι: Επαγγελματική Ικανοποίηση, Ο.Ε: Ομαδική Εργασία, Κ.Α: Κλίμα Ασφάλειας, Α,γ,Δ: Αντίληψη για τη Διοίκηση, Σ.Ε: Συνθήκες Εργασίας, Α.Σ: Αναγνώριση stress

4.5.2. Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των στάσεων ασφάλειας, του άγχους & της κόπωσης των εργαζομένων

Όσοι εργαζόμενοι απάντησαν αυθόρμητα ότι αισθάνονται ότι το επάγγελμα τους αποτελεί πηγή άγχους για αυτούς ή ότι αισθάνονται μια γενικότερη κόπωση είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές σε όλες τις παραμέτρους της κλίμακας SAQ ($p < 0,01$). Εξάιρεση αποτελεί μόνο ο παράγοντας αναγνώρισης του στρες όπου σημείωσαν μεγαλύτερες τιμές και ο παράγοντας των συνθηκών εργασίας όπου δεν σημειώθηκε κάποια διαφορά.

Επιπλέον, συχνότερη αίσθηση κόπωσης συνδέθηκε με μικρότερες τιμές σε όλες τις παραμέτρους της κλίμακας SAQ ($p < 0,01$), εκτός από τον παράγοντα αναγνώρισης στρες όπου σημείωσαν μεγαλύτερες τιμές. Τέλος η ερώτηση "Τελειώνοντας το ωράριό μου νοιώθω τόσο κουρασμένος ψυχικά και σωματικά που δεν έχω όρεξη για τίποτε" συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με μικρότερες τιμές σε όλες τις παραμέτρους της κλίμακας SAQ ($p < 0,05$), εκτός από τον παράγοντα αναγνώρισης στρες όπου σημείωσαν μεγαλύτερες τιμές και τον παράγοντα συνθηκών εργασίας όπου δεν σημειώθηκε κάποια συσχέτιση. Ωστόσο, στο διάγραμμα που ακολουθεί (διάγραμμα 4) εμφανίζεται η υπερεκπροσώπηση του γυναικείου φύλου στο μέγεθος της συναισθηματικής εξάντλησης.



Διάγραμμα 4. Γραφική αναπαράσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών ΨΥ ανά φύλο

4.5.3. Συσχετίσεις μεταξύ των συνεχών μεταβλητών του δείγματος

Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 7) παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των συνεχών μεταβλητών της παρούσας μελέτης. Στην εκτίμηση της συσχέτισης χρησιμοποιήθηκε η μέτρηση του δείκτη Spearman r_s για μη παραμετρικές συγκρίσεις.

Παρατηρούμε ότι η ηλικία δεν σχετίζεται σημαντικά με κάποια άλλη παράμετρο, ενώ η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα αξιολόγησης του άγχους σχετίζεται αρνητικά με την συνολική βαθμολογία στην κλίμακα για την αίσθηση ασφάλειας στο τμήμα (λιγότερη αίσθηση ασφάλειας, περισσότερο άγχος), καθώς και με την συνολική βαθμολογία της κλίμακας SAQ και τους παράγοντες αντίληψη για τη διοίκηση και συνθήκες εργασίας. Οι μεταβλητές της ποιότητας των υπηρεσιών και της συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού συσχετίζονται ισχυρά θετικά μεταξύ τους όπως επίσης και με την αίσθηση της ασφάλειας στο τμήμα. Η τελευταία συσχετίζεται με όλους τους παράγοντες της κλίμακας SAQ θετικά, πλην της αναγνώρισης στρες (αρνητική).

Συνοπτικά, από τα αποτελέσματα του πίνακα 7 συμπεραίνουμε ότι οι υψηλές τιμές στους παράγοντες της κλίμακας SAQ -πλην του παράγοντα της αναγνώρισης στρες όπου ισχύει το αντίστροφο- συμβαδίζουν με τις πεποιθήσεις του προσωπικού για υψηλότερη ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, υψηλότερο επίπεδο συνεργασίας του προσωπικού, με χαμηλότερα επίπεδα άγχους, αλλά και με μεγαλύτερη αίσθηση ασφάλειας του προσωπικού αλλά και των ασθενών (κατά την εκτίμηση του προσωπικού).

Πίνακας 7

Συσχετίσεις μεταξύ των συνεχών μεταβλητών

Μεταβλητές		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E.I	O.E	K.A	A.Δ	Σ.Ε	A.Σ	SAQ
Ηλικία	r _s	-0,032	0,041	0,036	-0,001	0,058	0,005	0,037	0,062	0,086	0,019	0,083	-0,008	0,073
	p	0,661	0,505	0,551	0,993	0,344	0,933	0,546	0,308	0,163	0,761	0,176	0,891	0,240
Βαθμολόγηση αντίληψης άγχους (E1)	r _s	-	-0,050	0,006	-0,116	-0,116	-0,250**	-0,193**	-0,161*	-0,115	-0,220**	-0,277**	0,078	-0,248**
	p		0,491	0,931	0,110	0,109	<0,001	0,008	0,026	0,114	0,002	<0,001	0,283	0,001
Βαθμολόγηση ποιότητας υπηρεσιών κλινικής / δομής (E2)	r _s	-0,050	-	0,542**	0,491**	0,438**	0,343**	0,446**	0,482**	0,413**	0,333**	0,394**	-0,119*	0,500**
	p	0,491		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,050	<0,001
Ικανοποίηση από ποιότητα συνεργασίας με νοσηλευτές (E3)	r _s	0,006	0,542**	-	0,651**	0,403**	0,358**	0,366**	0,463**	0,288**	0,299**	0,279**	-0,053	0,401**
	p	0,931	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,382	<0,001
Ικανοποίηση από ποιότητα συνεργασίας με ιατρούς (E4)	r _s	-0,116	0,491**	0,651**	-	0,421**	0,416**	0,271**	0,456**	0,340**	0,323**	0,324**	-0,172**	0,396**
	p	0,110	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,004	<0,001
Εκτίμηση ασφάλειας ασθενών στο τμήμα (E5)	r _s	-0,116	0,438**	0,403**	0,421**	-	0,674**	0,366**	0,311**	0,327**	0,348**	0,333**	-0,225**	0,384**
	p	0,109	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Αίσθηση ασφάλειας ερωτώμενου (E6)	r _s	-0,250**	0,343**	0,358**	0,416**	0,674**	-	0,283**	0,216**	0,208**	0,271**	0,270**	-0,172**	0,287**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	0,004	<0,001
Επαγγελματική ικανοποίηση (E.I)	r _s	-0,193**	0,446**	0,366**	0,271**	0,366**	0,283**	-	0,631**	0,576**	0,600**	0,583**	-0,192**	0,813**
	p	0,008	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001
Ομαδική Εργασία (O.E)	r _s	-0,161*	0,482**	0,463**	0,456**	0,311**	0,216**	0,631**	-	0,665**	0,476**	0,546**	-0,084	0,796**
	p	0,026	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001	0,163	<0,001
Κλίμα ασφάλειας (K.A)	r _s	-0,115	0,413**	0,288**	0,340**	0,327**	0,208**	0,576**	0,665**	-	0,485**	0,528**	-0,090	0,781**
	p	0,114	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	0,141	<0,001
Αντίληψη για διοίκηση (Α.γ.Δ)	r _s	-0,220**	0,333**	0,299**	0,323**	0,348**	0,271**	0,600**	0,476**	0,485**	-	0,527**	-0,168**	0,764**
	p	0,002	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	0,005	<0,001
Συνθήκες εργασίας (Σ.Ε)	r _s	-0,277**	0,394**	0,279**	0,324**	0,333**	0,270**	0,583**	0,546**	0,528**	0,527**	-	-0,155*	0,768**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		0,010	<0,001
Αναγνώριση στρες (Α.Σ)	r _s	0,078	-0,119*	-0,053	-0,172**	-0,225**	-0,172**	-,192**	-,084	-0,090	-0,168**	-0,155*	-	0,032
	p	0,283	0,050	0,382	0,004	<0,001	0,004			0,141	0,005	0,010		0,600
Συνολική βαθμολογία SAQ	r _s	-0,248**	0,500**	0,401**	0,396**	0,384**	0,287**			0,781**	0,764**	0,768**	0,032	-
	p	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001			<0,001	<0,001	<0,001	0,600	

*Συσχέτιση σημαντική στο επίπεδο alpha 0.01. **Συσχέτιση σημαντική στο επίπεδο alpha 0.001.

4.6. Περιστατικά σωματικής βίας κατά του προσωπικού και σχέση με τη στάση του για την ασφάλεια

Το τελευταίο δωδεκάμηνο το 45,2% των ανδρών (38 άτομα) και το 29,9% των γυναικών (58 άτομα) ήταν μάρτυρες της σωματικής βίας ασθενή εναντίον κάποιου μέλους του προσωπικού. Εδώ σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,013$), η οποία σχετίζεται με την μεγαλύτερη συχνότητα εργασίας των ανδρών σε τμήματα οξέων περιστατικών, όπου και συνέβησαν τα περισσότερα περιστατικά.

Στον πίνακα 8α παρουσιάζεται η συχνότητα των εργαζομένων που ήταν μάρτυρες συμβάντος σωματικής επιθετικότητας ασθενή προς το προσωπικό ανά τμήμα εργασίας, όπου και διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά συμβάντων μεταξύ των τμημάτων ($p<0,001$), με το προσωπικό των Οξέων και των ΤΕΠ/Ε.Ι Ψυχιατρικής να έχει τις συχνότερες μαρτυρίες βίας.

Πίνακας 8α

Περιπτώσεις μαρτυρίας περιστατικών σωματικής βίας ανά χώρο εργασίας

Τμήμα / Δομή Ψυχικής Υγείας	Το τελευταίο 12μηνο ήσασταν μάρτυρας σωματικής βίας στο χώρο εργασίας σας; (n=277)			
	Ναι		Όχι	
	N	%	N	%
Οξέων	44	64,7%	24	35,3%
Εξαρτήσεων	15	34,9%	28	65,1%
Ψυχιατροδικαστικό	10	41,7%	14	58,3%
Ε.Ι Ψυχιατρικής / ΤΕΠ	5	62,5%	3	37,5%
Παθολογική και Ε.Ι Ειδικοτήτων	5	17,2%	24	82,8%
Οικοτροφείο / Ξενώνας	10	17,5%	47	82,5%
Κ.Ψ.Υ	3	13,6%	19	86,4%

Στην ερώτηση του πόσο συχνά έγιναν μάρτυρες συμβάντος βίας κατά του προσωπικού το τελευταίο 12μηνο, σημειώθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των εργαζομένων σε διαφορετικά τμήματα ($p=0,03$) με τους εργαζομένους στο ΤΕΠ, στα τμήματα οξέων και στο Τμήμα Ψυχοιατροδικαστικής να έχουν περισσότερο συχνά συναφείς εμπειρίες μηνιαίως ή και εβδομαδιαίως. (Πίνακας 8β).

Πίνακας 8β

Συχνότητα μαρτυρίας περιστατικών σωματικής βίας από ασθενείς, ανά χώρο εργασίας

Τμήμα	Πόσο συχνά συνέβη; (n=95)							
	1 φορά		2-4 φορές		1 φορά/μήνα		1 φορά/εβδομάδα	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Οξέων	8	18,6%	18	41,9%	9	20,9%	8	18,6%
Εξαρτήσεων	8	53,3%	5	33,3%	1	6,7%	1	6,7%
Ψυχοιατροδικαστικό	3	30,0%	5	50,0%	2	20,0%	0	0,0%
Ε.Ι Ψυχοιατρικά / ΤΕΠ	0	0,0%	4	80,0%	0	0,0%	1	20,0%
Παθολογική & Ε.Ι Ειδ/των	2	40,0%	3	60,0%	0	0,0%	0	0,0%
Οικοτροφείο / Ξενώνας	2	20,0%	7	70,0%	1	10,0%	0	0,0%
Κ.Ψ.Υ	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	0	0,0%
Άλλη κοινοτική δομή	2	50,0%	2	50,0%	0	0,0%	0	0,0%
Σύνολο	26	30,6%	45	52,3%	14	11,36%	10	5,6%

Ικανό ποσοστό των ερωτηθέντων, ίσο με το 28,6% των ανδρών και 6,7% των γυναικών δέχθηκε σωματική επίθεση του τελευταίο δωδεκάμηνο. Και εδώ ήταν συχνότερες οι επιθέσεις έναντι των ανδρών ($p<0,001$), πάλι πιθανώς συνδεδεμένο με το τμήμα όπου έλαβε χώρα το περιστατικό (Πίνακας 9α).

Πίνακας 9α

Περιπτώσεις σωματικής επίθεσης ανά χώρο εργασίας

«Το τελευταίο 12μηνο δεχθήκατε σωματική επίθεση στο χώρο εργασίας σας;» (n=277)				
Τμήμα / Δομή Ψυχικής Υγείας	Ναι (n=37)		Όχι (n=240)	
	N	%	N	%
Οξέων	22	32,4%	46	67,6%
Εξαρτήσεων	3	7,0%	40	93,0%
Ψυχιατροδικαστικό	5	20,8%	19	79,2%
Ε.Ι Ψυχιατρικά / ΤΕΠ	1	12,5%	7	87,5%
Παθολογική και Ε.Ι ειδικοτήτων	2	6,9%	27	93,1%
Οικοτροφείο / Ξενώνας	1	1,8%	56	98,2%
Κ.Ψ.Υ	1	4,5%	21	95,5%
Άλλη κοινοτική δομή	2	7,7%	24	92,3%
Σύνολο	37	11,70%	240	88,3%

Όσο αφορά στα περιστατικά, 10 εργαζόμενοι (22,7% των παθόντων) τραυματίστηκαν κατά την διάρκεια περιστατικών επιθετικότητας των ασθενών προς το προσωπικό, ενώ ένας εξ αυτών χρειάστηκε να απομακρυνθεί για κάποιο χρονικό διάστημα από την υπηρεσία λόγω του συμβάντος βίας (2,2% των παθόντων). Τα θύματα της βίας είχαν την πεποίθηση πως πάνω από τα μισά βίαια συμβάντα (56,1%) θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί.

Οι αντιδράσεις των εργαζομένων ήταν οι ακόλουθες: σε 3 περιπτώσεις δεν υπήρχε αντίδραση, στις 15 το θύμα της επίθεσης επιχείρησε λεκτικά να αποτρέψει τον ασθενή από επανάληψη παρόμοιου συμβάντος. Δεκαεπτά (17) από τα θύματα εμπιστεύθηκαν το περιστατικό σε κάποιον συνάδελφο, σε 2 περιπτώσεις το θύμα της βίας προσποιήθηκε ότι το περιστατικό δε συνέβη ποτέ και άλλοι δέκα (10) υπάλληλοι ζήτησαν βοήθεια από την υπηρεσία. Στις 16 περιπτώσεις το θύμα επιχείρησε να αμυνθεί, 10 υπάλληλοι κατέγραψαν επίσημα το συμβάν σε ειδικό έντυπο για τα ατυχήματα, ένας αιτήθηκε αλλαγή τμήματος ή δομής κι άλλος ένας αναζήτησε συμβουλευτική υποστήριξη. Κανένα από τα θύματα δε ζήτησε την ποινική δίωξη του αυτουργού/ασθενή. Ωστόσο, σε 12 περιπτώσεις αναζητήθηκε η αιτία του συμβάντος (27,3%) στη πλειονότητά τους από την υπηρεσία (9 φορές) και δύο φορές από το σωματείο εργαζομένων.

Οι επιπτώσεις για τον ασθενή ήταν ο σωματικός περιορισμός (καθήλωση) σε ποσοστό 39,5% των περιπτώσεων, έγινε λεκτική προειδοποίηση στο 23,3% των ασθενών, ενώ καμιά συνέπεια δεν συνόδευσε τον ασθενή στο 20,9% των κρουσμάτων βίας προς το προσωπικό. Οι υπόλογοι της βίας σε μια αναλογία 11,6% οδηγήθηκαν σε αναγκαστική διακοπή θεραπείας («πειθαρχικό εξιτήριο») και μια περίπτωση θύματος βίας επέλεξε την ποινική δίωξη του αυτόχειρα με τη διαφορά ότι ο αυτουργός ήταν μέλος του προσωπικού. Στη πλειονότητά τους τα θύματα δεν ήταν ικανοποιημένα από τον τρόπο αντιμετώπισης του συμβάντος από τη διοίκηση και συγκεκριμένα το 73,2% δήλωσε «καθόλου» ή «λίγο» στη σχετική ερώτηση. Από όσους δεν ανέφεραν επίσημα το συμβάν, η πλειονότητα δήλωσε ότι το θεώρησε άωφελο (66,7%), αρκετοί δεν το θεώρησαν σημαντικής βαρύτητας (25,9%) ενώ το 7,4% φοβήθηκε αρνητικές επιπτώσεις. Στον πίνακα 9β που ακολουθεί παρουσιάζονται οι επιπτώσεις του συμβάντος σωματικής βίας στο ψυχισμό των θυμάτων.

Πίνακας 9β

Διερεύνηση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες στα θύματα της σωματικής βίας

Αρνητικές εμπειρίες	Συχνότητα εμπειρίας (n=44)									
	Καθόλου		Λίγο		Μέτρια		Πολύ		Πάρα πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Επαναλαμβανόμενες, ενοχλητικές μνήμες, σκέψεις ή εικόνες	12	27,3	10	22,7	8	18,2	9	20,5	5	11,4
Αποφύγατε σκέψεις/συζήτηση επίθεσης για αποφυγή δυσάρεστων συναισθημάτων;	23	52,3	11	25,0	5	11,4	4	9,1	1	2,3
Πόσο βιώσατε κατάσταση έντονης εγρήγορσης, προσοχής ή επιφυλακής;	4	9,1	10	22,7	7	15,9	14	31,8	9	20,5
Πόσο αισθανθήκατε πως ότι κάνατε ήταν απλά μια προσπάθεια;	3	6,8	11	25,0	13	29,5	12	27,3	5	11,4

Η ανάλυση του παραπάνω πίνακα δείχνει ότι η συχνότερη σε έκταση εμπειρία (μέτρια έως πάρα πολύ) που ενόχλησε τα θύματα της σωματικής βίας ήταν η κατάσταση έντονης εγρήγορσης και επιφυλακής (68,3%), και οι επαναλαμβανόμενες ενοχλητικές σκέψεις ή εικόνες του συμβάντος (50,1%). Ελάχιστα ήταν τα θύματα της βίας που απέφυγαν σκέψεις ή συζήτηση (22,8%) για την επίθεση, ενώ στην πλειοψηφία τους ένοιωσαν πως ότι έκαναν ήταν απλά μια προσπάθεια (68,2%).

Ακολούθως, εξετάστηκε η δυνητική σύνδεση μεταξύ των έμμεσων εμπειριών (μαρτυρίες) σωματικής βίας των εργαζομένων και της στάσης τους απέναντι στο ζήτημα της ασφάλειας (πίνακας 10 και 10β), με βάση τους έξι παράγοντες του SAQ. Οι συγκρίσεις έγιναν με τη χρήση της στατιστικής δοκιμασίας Mann-Whitney για μη παραμετρικές μεταβλητές.

Πίνακας 10α

Αποτελέσματα σύγκρισης της επίδρασης των εργαζομένων στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου SAQ, σε σχέση με το ήταν μάρτυρες σωματικής βίας ή όχι

Το τελευταίο 12μηνο ήσασταν μάρτυρας σωματικής βίας στο χώρο της εργασίας σας;		N	M.O	T.A	Z	p
Επαγγελματική Ικανοποίηση	Ναι	96	58,716	11,205	-0,033	0,974
	Όχι	180	58,881	11,316		
Κλίμα Ομαδικής Εργασίας	Ναι	96	73,968	9,981	-1,767	0,077
	Όχι	181	75,744	10,911		
Κλίμα Ασφάλειας	Ναι	94	81	10,821	-2,402	0,016
	Όχι	176	83,658	10,677		
Αντίληψη για την Διοίκηση	Ναι	96	45,81	11,412	-1,474	0,14
	Όχι	179	48,318	11,907		
Συνθήκες Εργασίας	Ναι	95	63,882	11,256	-2,089	0,037
	Όχι	179	66,837	11,187		
Αναγνώριση stress	Ναι	94	53,361	8,784	-2,96	0,003
	Όχι	180	49,833	9,435		
Συνολική βαθμολογία	Ναι	92	64,673	10,456	-1,638	0,101
	Όχι	171	66,436	10,892		

Πίνακας 10β

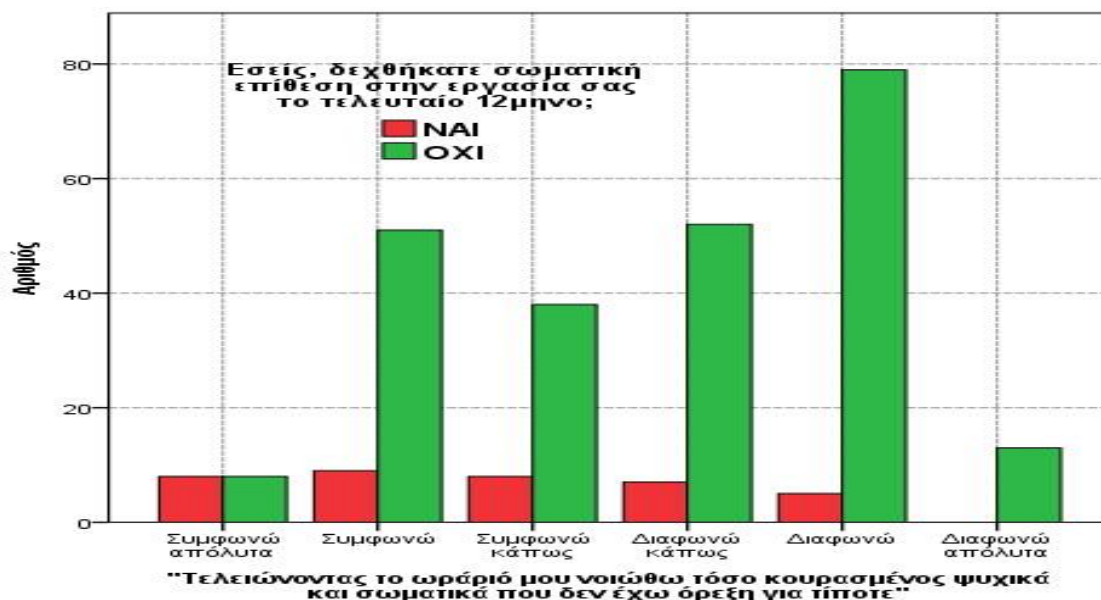
Αποτελέσματα σύγκρισης μέσω των όρων των εργαζομένων στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου SAQ, σε σχέση με το αν δέχτηκαν σωματική επίθεση ή όχι.

Εσείς, δεχθήκατε σωματική επίθεση στην εργασία σας το τελευταίο 12μηνο;		N	M.O	T.A	Z	p
Επαγγελματική Ικανοποίηση	Ναι	37	55,215	12,234	-1,91	0,056
	Όχι	239	59,385	11,013		
Κλίμα Ομαδικής Εργασίας	Ναι	37	71,673	9,294	-2,654	0,008
	Όχι	240	75,66	10,722		
Κλίμα Ασφάλειας	Ναι	36	77,748	11,094	-3,003	0,003
	Όχι	234	83,499	10,551		
Αντίληψη για την Διοίκηση	Ναι	37	43,296	11,82	-1,919	0,055
	Όχι	238	48,087	11,664		
Συνθήκες Εργασίας	Ναι	37	59,187	8,904	-4,046	<0,001
	Όχι	237	66,846	11,274		
Αναγνώριση stress	Ναι	37	53,835	9,378	-2,046	0,041
	Όχι	237	50,607	9,291		
Συνολική βαθμολογία	Ναι	36	61,011	10	-3,184	0,001
	Όχι	227	66,582	10,693		

Βρέθηκε ότι όσοι εργαζόμενοι είχαν υποστεί βία το τελευταίο 12μηνο ήταν συχνότερο να απαντήσουν ότι το επάγγελμα τους αποτελούσε πηγή άγχους για αυτούς ($p=0,003$). Επίσης, τα επίπεδα άγχους τους έτειναν να είναι υψηλότερα σε σύγκριση με αυτά των συναδέλφων τους που δεν είχαν δεχθεί επίθεση ($p=0,037$). Από ότι διακρίνουμε στο διάγραμμα που ακολουθεί (διάγραμμα 5) η διαφορά εστιάζεται κυρίως στα υψηλότερα επίπεδα άγχους (5+) όπου η αναλογία των εργαζομένων που έχουν υποστεί σωματική βία είναι μεγαλύτερη. Ακόμη, αυτοί οι εργαζόμενοι συμφωνούσαν περισσότερο με τη δήλωση «τελειώνοντας το ωράριο μου νιώθω τόσο κουρασμένος ψυχικά και σωματικά που δεν έχω όρεξη για τίποτα», $t\text{-test} = 4,101$ $p<0,001$ (Διάγραμμα 6).



Διάγραμμα 5 Γραφική αναπαράσταση των επιπέδων άγχους του προσωπικού σε σχέση με την εμπειρία της βίας



Διάγραμμα 6. Γραφική αναπαράσταση του αισθήματος εξάντλησης του προσωπικού σε σχέση με τις εμπειρίες βίας

4.7. Περιστατικά λεκτικής κακοποίησης του προσωπικού και σχέση με τη στάση του για την ασφάλεια

Το τελευταίο δωδεκάμηνο 46 άνδρες (55,4% των ανδρών) και 96 γυναίκες (50% των γυναικών) ήταν μάρτυρες λεκτικής κακοποίησης. Σε αντίθεση με τις μαρτυρίες στη σωματική βία, δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα ($p=0,409$), παρόλο που υπήρχε και εδώ μεγαλύτερη συχνότητα συμβάντων στα τμήματα των οξέων περιστατικών. Στον Πίνακα 11α παρουσιάζονται τα ποσοστά των ατόμων που ήταν μάρτυρες περιστατικών λεκτικής κακοποίησης ανά τμήμα. Η διαφορά συχνότητας περιστατικών κι αυτής της μορφής βίας μεταξύ των τμημάτων είναι στατιστικά σημαντική, ($p<0,001$), με αντίστοιχες αναλογίες εμφάνισης περιστατικών μεταξύ των τμημάτων όπως και στα περιστατικά σωματικής βίας, όμως με μεγαλύτερες συχνότητες εμφάνισης σε όλα τα τμήματα.

Πίνακας 11α

Περιπτώσεις μαρτυρίας περιστατικών λεκτικής κακοποίησης ανά χώρο εργασίας

Κλινική /Δομή Ψ.Υ	Το τελευταίο 12μηνο ήσασταν μάρτυρας λεκτικής κακοποίησης στον χώρο της εργασίας σας;			
	Ναι		Όχι	
	N	%	N	%
Οξέων	51	78,5%	14	21,5%
Εξαρτήσεων	19	44,2%	24	55,8%
Ψυχιατροδικαστικό	11	45,8%	13	54,2%
Ε.Ι Ψυχιατρικής / ΤΕΠ	7	87,5%	1	12,5%
Παθολογική και Ε.Ι Ειδικοτήτων	10	34,5%	19	65,5%
Οικοτροφείο / Ξενώνας	33	57,9%	24	42,1%
Κ.Ψ.Υ	4	18,2%	18	81,8%
Άλλη κοινοτική δομή	7	26,9%	19	73,1%
Σύνολο	142	51,8%	132	48,2%

Στην ερώτηση του πόσο συχνά έχουν γίνει μάρτυρες περιστατικών λεκτικής κακοποίησης, σημειώθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των εργαζομένων σε διαφορετικά τμήματα ($p<0,01$) με

τους επαγγελματίες υγείας που υπηρετούν στα τμήματα οξέων να έχουν σε ικανό ποσοστό συναφείς εμπειρίες μηνιαίως ή και εβδομαδιαίως (Πίνακας 11β).

Πίνακας 11β

Συχνότητα μαρτυρίας περιστατικών λεκτικής κακοποίησης ανά χώρο εργασίας

Κλινική / Δομή	Πόσο συχνά συνέβη λεκτική κακοποίηση μέλους του προσωπικού, στο τμήμα σας;											
	1 φορά		2-4 φορές		5-10 φορές		1-2 φορές/μήνα		1-2 φορές /εβδομ.		Καθημερινά	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Οξέων	6	11,8%	9	17,6%	16	31,4%	6	11,8%	13	25,5%	1	2,0%
Εξαρτήσεων	1	5,3%	12	63,2%	3	15,8%	0	0,0%	3	15,8%	0	0,0%
Ψυχιατροδικαστικό	3	27,3%	5	45,5%	1	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	2	18,2%
Ε.Ι Ψυχιατρικής / ΤΕΠ	0	0,0%	2	28,6%	2	28,6%	1	14,3%	1	14,3%	1	14,3%
Παθολογική και Ε.Ι Ειδικοτήτων	1	11,1%	4	44,4%	2	22,2%	0	0,0%	2	22,2%	0	0,0%
Οικοτροφείο / Ξενώνας	4	12,1%	17	51,5%	6	18,2%	1	3,0%	5	15,2%	0	0,0%
Κ.Ψ.Υ	1	25,0%	2	50,0%	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Άλλη κοινοτική δομή	2	33,3%	3	50,0%	1	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Σύνολο	18	12,9%	54	38,6%	32	22,9%	8	5,7%	24	17,1%	4	2,9%

Σχεδόν οι μισοί ερωτηθέντες, ήτοι το 49,4% των ανδρών (40 άτομα) και το 43,8% των γυναικών (84 άτομα) δέχθηκαν λεκτική κακοποίηση το τελευταίο δωδεκάμηνο. Και εδώ δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των φύλων ($p=0,409$), παρόλο που οι αναλογίες εμφάνισης ανά τμήμα ήταν παρόμοιες με την αναλογία των περιστατικών σωματικής βίας (Πίνακας 12α).

Πίνακας 12α

Περιπτώσεις λεκτικής κακοποίησης των ερωτηθέντων ανά χώρο εργασίας

Κλινική / Δομή	Το τελευταίο 12μηνο δεχθήκατε λεκτική κακοποίηση στο χώρο εργασίας σας;			
	Ναι		Όχι	
	N	%	N	%
Οξέων	49	75,4%	16	24,6%
Εξαρτήσεων	15	35,7%	27	64,3%
Ψυχοιατροδικαστικό	11	45,8%	13	54,2%
Ε.Ι Ψυχιατρικής / ΤΕΠ	5	62,5%	3	37,5%
Παθολογική και Ε.Ι Ειδικοτήτων	8	27,6%	21	72,4%
Οικοτροφείο / Ξενώνας	27	48,2%	29	51,8%
Κ.Ψ.Υ	2	9,1%	20	90,9%
Άλλη κοινοτική δομή	6	23,1%	20	76,9%
Σύνολο	123	45,2%	149	54,8%

Όσον αφορά στη πηγή της λεκτικής κακοποίησης ενός εργαζομένου, σε ποσοστό 84,4% ήταν κάποιος ασθενής, σε αναλογία 7% ήταν συγγενής/φίλος ενός ασθενή, στο 7% ήταν μέλος του προσωπικού και σε δυο περιστατικά πηγή της ψυχολογικής βίας των εργαζομένων ήταν άλλα-τρίτα άτομα. Συνηθέστερα, οι περιπτώσεις της λεκτικής κακοποίησης προήλθαν από ασθενείς με παρατεταμένη νοσηλεία οπότε και υπάρχει μεγαλύτερη χρονική διάρκεια επαφής μαζί τους, όπως στα οικοτροφεία/ξενώνες (96,3% των περιπτώσεων) ή από ασθενείς που βρίσκονται στην οξεία φάση της νόσου και νοσηλεύονται σε τμήματα οξέων (88,2%). Μικρότερη συχνότητα λεκτικής κακοποίησης παρατηρήθηκε στην Παθολογική κλινική/Ε.Ι ειδικοτήτων (62,5%) και στα Κ.Ψ.Υ/κοινοτικές δομές (50%). Τέλος, δεν σημειώθηκε κάποια διαφορά στην συχνότητα της λεκτικής κακοποίησης ανάλογα με το φύλο των επαγγελματιών υγείας.

Αναφορικά με την αντίληψη των εργαζομένων για το φαινόμενο της λεκτικής κακοποίησης, το 78% των παθόντων θεωρεί ότι το συμβάν ήταν σύνηθες στον εργασιακό του χώρο. Ο βαθμός συμφωνίας είναι γενικά παράλληλος με την συχνότητα εμφάνισης ανά τμήμα,

εκτός από τα τμήματα εξαρτήσεων όπου λιγότεροι εργαζόμενοι δέχονται ως αληθή αυτή τη δήλωση (68,8%) έναντι της συχνότητας εμφάνισης των περιστατικών (87,5%). Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, τα θύματα πιστεύουν ότι το περιστατικό της ψυχολογικής βίας θα μπορούσε να είχε προληφθεί (70,3%), σε πλήρη αντίθεση με το περιστατικό σωματικής βίας, δήλωση που σε συνάρτηση με τη προηγούμενη καταδεικνύει μία σιωπηρή αποδοχή της λεκτικής κακοποίησης στο περιβάλλον της εργασίας.

Οι αντιδράσεις μετά το συμβάν ήταν γενικά περιορισμένες. Στην πλειοψηφία (87 περιπτώσεις) τους ο παθών προσπάθησε λεκτικά να αποτρέψει το δράστη από την επανάληψη του συμβάντος, σε 57 περιπτώσεις κατέφυγε σε κάποιο συνάδελφο, σε 13 περιπτώσεις προσποιήθηκε ότι δεν συνέβη ποτέ, σε 10 περιπτώσεις ζήτησε βοήθεια από την υπηρεσία, σε 4 περιπτώσεις προσπάθησε να αμυνθεί σωματικά, σε 6 περιπτώσεις κατέγραψε το συμβάν σε ειδικό έντυπο για ατυχήματα, σε δύο περιπτώσεις ζήτησε να εργαστεί σε άλλη δομή και μεταφέρθηκε, ενώ σε μία περίπτωση ζήτησε συμβουλευτική υποστήριξη και σε μία ζήτησε ποινική δίωξη του δράστη, περίπτωση όπου ο δράστης ήταν μέλος του προσωπικού.

Η στάση των θυμάτων έναντι της αναφοράς των περιστατικών λεκτικής κακοποίησης ήταν: σε 44 περιπτώσεις (34,4%) το συμβάν αναφέρθηκε επίσημα και σε 33 περιπτώσεις (26%) έγιναν κάποιες ενέργειες για την αναζήτηση αιτίας για το περιστατικό, στη πλειονότητα από την υπηρεσία (24 φορές) και 2 φορές από το σωματείο εργαζομένων. Μόνο η λεκτική κακοποίηση η οποία προήλθε από μέλος του προσωπικού καταγγέλθηκε στην αστυνομία.

Οι επιπτώσεις για τον αυτουργό / ασθενή ήταν η λεκτική προειδοποίηση στο 56,3% των περιπτώσεων, η διακοπή θεραπείας και το πειθαρχικό εξιτήριο στο 6,3% των περιπτώσεων, ο σωματικός περιορισμός (καθήλωση) στο 4% των περιπτώσεων, ενώ καμία συνέπεια δεν είχε το 29,4% των ασθενών. Τα θύματα ήταν πολύ ή και πάρα πολύ ικανοποιημένα από τον τρόπο αντιμετώπισης του συμβάντος στο 30,7% των περιπτώσεων, ενώ το 35,5% δήλωσε «καθόλου» ή «λίγο» στη σχετική ερώτηση.

Από όσους δεν ανέφεραν επίσημα το συμβάν, η πλειονότητα δήλωσε ότι το θεώρησε ανώφελο (54,4%), αρκετοί δεν το θεώρησαν σημαντικής βαρύτητας (41,1%), το 2,2% ντράπηκε ενώ σε μία περίπτωση το θύμα φοβήθηκε αρνητικές επιπτώσεις. Στον Πίνακα 12β παρουσιάζονται οι επιπτώσεις του συμβάντος λεκτικής κακοποίησης στο ψυχισμό των θυμάτων.

Πίνακας 12β

Συχνότητα συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες στα θύματα λεκτικής κακοποίησης από ασθενείς

Σύμπτωμα - Ενόχληση	Συχνότητα συμπτωμάτων									
	Καθόλου		Λίγο		Μέτρια		Πολύ		Πάρα πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Επαναλαμβανόμενες, ενοχλητικές μνήμες, σκέψεις ή εικόνες	46	36,5	32	25,4	26	20,6	17	13,5	5	4,0
Αποφύγατε σκέψεις/συζήτηση επίθεσης για αποφυγή δυσάρεστων συναισθημάτων;	63	50,4	35	28,0	14	11,2	12	9,6	1	,8
Πόσο βιώσατε κατάσταση έντονης εγρήγορσης, προσοχής ή επιφυλακής;	27	21,3	42	33,1	23	18,1	27	21,3	8	6,3
Πόσο αισθανθήκατε πως ότι κάνατε ήταν απλά μια προσπάθεια	16	12,7	34	27,0	50	39,7	21	16,7	5	4,0

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 12β συχνότερη «ενόχληση» από μέτρια έως πολύ για τα θύματα της λεκτικής κακοποίησης ήταν η εμπειρία της κατάστασης έντονης εγρήγορσης και επιφυλακής (45,7,3%) και οι επαναλαμβανόμενες ενοχλητικές σκέψεις ή εικόνες του συμβάντος (38,1%). Ελάχιστα ήταν τα θύματα της βίας που απέφυγαν σκέψεις ή συζήτηση (21,6%). Στη συνέχεια εξετάστηκε ενδεχόμενη σύνδεση των στάσεων των εξεταζόμενων προς την ασφάλεια με τις εμπειρίες της λεκτικής κακοποίησης (πίνακες 13^α & 13β) Οι συγκρίσεις έγιναν με τη χρήση της στατιστικής δοκιμασίας Mann-Whitney για μη παραμετρικές μεταβλητές.

Πίνακας 13α

Αποτελέσματα σύγκρισης μέσω των όρων των εργαζομένων στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου SAQ, σε σχέση με το αν ήταν μάρτυρες λεκτικής κακοποίησης ή όχι.

Το τελευταίο 12μηνο υπήρξατε μάρτυρας ΛΚ;		N	Μέσος όρος	T.A	Z	p
Επαγγελματική Ικανοποίηση	Ναι	142	57,801	12,042	-1,335	0,182
	Όχι	131	60	10,383		
Ομαδική Εργασία	Ναι	142	74,343	10,794	-1,376	0,169
	Όχι	132	76,068	10,458		
Κλίμα Ασφάλειας	Ναι	140	81,45	11,1	-2,000	0,045
	Όχι	127	84,234	10,32		
Αντίληψη για την Διοίκηση	Ναι	142	46,371	11,586	-1,433	0,152
	Όχι	130	48,69	11,961		
Συνθήκες Εργασίας	Ναι	141	64,446	11,682	-2,037	0,042
	Όχι	130	67,29	10,752		
Αναγνώριση Stress	Ναι	140	52,5	8,526	-2,476	0,013
	Όχι	131	49,602	9,93		
Συνολική βαθμολογία	Ναι	138	64,725	11,159	-1,718	0,086
	Όχι	122	67,172	10,261		

Πίνακας 13β

Αποτελέσματα σύγκρισης μέσων όρων των εργαζομένων στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου SAQ, σε σχέση με το αν βίωσαν λεκτική κακοποίηση ή όχι.

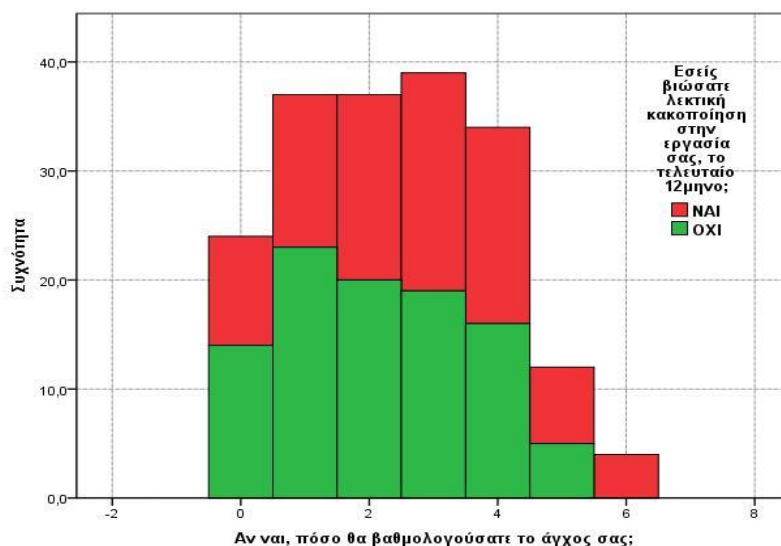
Εσείς βιώσατε λεκτική κακοποίηση στην εργασία σας, το τελευταίο 12μηνο;		N	Μέσος όρος	T.A	Z	p
Επαγγελματική Ικανοποίηση	Ναι	123	57,462	12,357	-1,582	0,114
	Όχι	148	60,018	10,305		
Ομαδική Εργασία	Ναι	123	74,268	10,77	-1,412	0,158
	Όχι	149	76,047	10,485		
Κλίμα Ασφάλειας	Ναι	121	80,949	11,178	-2,531	0,011
	Όχι	144	84,333	10,326		

Αντίληψη για την Διοίκηση	Ναι	123	45,9	11,919	-1,82	0,069
	Όχι	147	48,834	11,649		
Συνθήκες Εργασίας	Ναι	121	64,263	11,871	-1,995	0,046
	Όχι	148	67,092	10,677		
Αναγνώριση Stress	Ναι	121	53,007	8,226	-2,811	0,005
	Όχι	148	49,68	9,822		
Συνολική βαθμολογία	Ναι	118	64,552	11,067	-1,907	0,056
	Όχι	140	67,076	10,486		

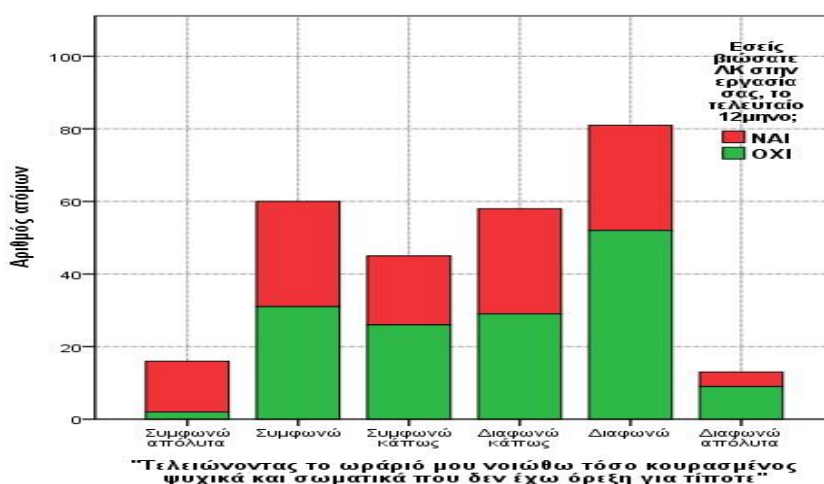
Από την ανάλυση των παραπάνω προκύπτει ότι σαφώς τα περιστατικά σωματικής βίας συνδέονται με μεγαλύτερες διαφορές στις στάσεις ως προς τα θέματα ασφάλειας, είτε πρόκειται για το μάρτυρα της λεκτικής κακοποίησης είτε για το άμεσο θύμα της. Οι δείκτες μεγέθους των διαφορών ειδικά στους παράγοντες του κλίματος ασφάλειας, των συνθηκών εργασίας (χαμηλότερες τιμές στα θύματα/μάρτυρες) και στον παράγοντα αναγνώρισης στρες (υψηλότερες τιμές στα θύματα/μάρτυρες) είναι οι ισχυρότεροι σε όλες τις περιπτώσεις, αν και στη περίπτωση εμπειριών της σωματικής βίας οι διαφορές εκτείνονται σε όλες τις παραμέτρους του SAQ, όπου τα θύματα έχουν μικρότερες τιμές έναντι όσων δεν ήταν θύματα (πλην της αναγνώρισης στρες όπου έχουν υψηλότερες τιμές).

Η λεκτική κακοποίηση σε ένα τμήμα τείνει να είναι πολύ πιο συχνή και αφορά στους περισσότερους εργαζόμενους, ενώ η σωματική βία περισσότερο σπάνια και αφορά άμεσα λιγότερους. Η επίπτωση της λεκτικής κακοποίησης μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι είναι περισσότερο συστημική παράμετρος στο πλαίσιο λειτουργίας ενός τμήματος από ότι η σωματική βία, όπου ενδεχομένως ο απρόβλεπτος παράγοντας (τυχαιότητα) να είναι σημαντικότερος.

Βρέθηκε ότι όσοι εργαζόμενοι είχαν υποστεί λεκτική κακοποίηση το τελευταίο 12μηνο είχαν επίπεδα άγχους που έτειναν να είναι υψηλότερα έναντι αυτών που είχαν οι συνάδελφοί τους οι οποίοι δεν είχαν δεχθεί λεκτική επίθεση ($p=0,028$). Από ότι διακρίνουμε στο διάγραμμα που ακολουθεί (διάγραμμα 7) η διαφορά εστιάζεται κυρίως στα υψηλότερα επίπεδα άγχους (5+) όπου η αναλογία των εργαζομένων που έχουν δεν είχαν υποστεί λεκτική κακοποίηση ήταν μεγαλύτερη ενώ από το 6 και άνω είναι αποκλειστικά εργαζόμενοι που υπέστησαν λεκτική κακοποίηση. Ακόμη, αυτοί οι εργαζόμενοι συμφωνούσαν περισσότερο με τη δήλωση «τελειώνοντας το ωράριο μου νιώθω τόσο κουρασμένος ψυχικά και σωματικά που δεν έχω όρεξη για τίποτα» ($p=0,003$) (Διάγραμμα 8)



Διάγραμμα 7. Γραφική αναπαράσταση των επιπέδων άγχους του προσωπικού σε σχέση με την εμπειρία της λεκτικής κακοποίησης



Διάγραμμα 8. Αίσθημα συναισθηματικής εξάντλησης σε σχέση με την εμπειρία της λεκτικής κακοποίησης

4.8. Παράμετροι που σχετίζονται με στάση του προσωπικού προς την ασφάλεια

Μέσω της στατιστικής δοκιμασίας της γραμμικής παλινδρόμησης κατά βήματα (stepwise linear regression) διερευνήθηκε ο βέλτιστος συνδυασμός των λοιπών μεταβλητών της μελέτης, ο οποίος θα μπορούσε να αποδώσει το μεγαλύτερο ποσοστό μεταβλητότητας των παραγόντων και

της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας στάσεων του προσωπικού προς την ασφάλεια.

Σε κάθε ανάλυση οι μεταβλητές ομαδοποιήθηκαν σε τρεις συναφείς ομάδες (blocks) εκ των οποίων επιλέγονταν οι καταλληλότερες. Η πρώτη ομάδα περιλάμβανε δημογραφικές μεταβλητές, η δεύτερη ομάδα περιλάμβανε μεταβλητές που αφορούσαν την επαγγελματική ιδιότητα, εμπειρία, στοιχεία του συγκεκριμένου τμήματος όπου εργάζονταν ο κάθε ερωτώμενος και τις παραμέτρους ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και συνεργασίας με το προσωπικό. Η τρίτη ομάδα τέλος αφορούσε συμπτώματα κόπωσης και άγχους, ανησυχία για τη βία καθώς και μαρτυρίες και βίωση περιστατικών σωματικής και λεκτικής βίας.

Στους πίνακες 14α – ε παρουσιάζονται οι μεταβλητές οι οποίες ήταν χρήσιμες σε κάθε περίπτωση, με τις αντίστοιχες στατιστικές παραμέτρους.

Πίνακας 14α

Παράμετροι στατιστικού μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης για τον παράγοντα επαγγελματικής ικανοποίησης

Μεταβλητή	β	t	p	95% διαστήματα εμπιστοσύνης για το β	
				Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
(Σταθερά)		9,769	<0,001	11,542	17,375
Παρακαλώ, βαθμολογείτε την ποιότητα υπηρεσιών της κλινικής/δομής σας	0,299	3,933	<0,001	0,429	1,290
Αν υπήρχε ανάγκη θα συνιστούσα σε κάποιο γνωστό/συγγενή μου να νοσηλευθεί σε αυτή τη δομή	-0,198	-3,022	0,003	-1,099	-0,232
Ίκανοποίηση από ποιότητα συνεργασίας με το νοσηλευτικό προσωπικό	0,126	1,893	0,05	-0,016	0,774
Πόσο συχνά αισθάνεστε κουρασμένος;	0,193	3,400	0,001	0,404	1,518
Το τελευταίο 12μηνο ήσασταν μάρτυρας σωματικής βίας στο χώρο εργασίας σας;	-0,110	-2,024	0,044	-1,733	-0,023
F (5,229) = 25,002, p<0,001, προσαρμοσμένο r ² = 0,339					

Προκύπτει ότι οι παράγοντες που προβλέπουν τις μεγαλύτερες τιμές επαγγελματικής ικανοποίησης απαντώνται όταν συνυπάρχουν μεγαλύτερες βαθμολογίες ποιότητας υπηρεσιών της κλινικής/δομής, μεγαλύτερος βαθμός προθυμίας να προταθεί σε συγγενή ή γνωστό να νοσηλευθεί στο εν λόγω τμήμα εφόσον είχε κάποιο συναφές πρόβλημα, μεγαλύτερη αίσθηση ικανοποίησης από τη ποιότητα συνεργασίας με το νοσηλευτικό προσωπικό και έλλειψη μαρτυρίας περιστατικών σωματικής βίας. Το ποσοστό μεταβλητότητας που περιγράφεται είναι ίσο με 33,9% που αντιστοιχεί σε μεγάλη πρακτική σημασία του συγκεκριμένου συνδυασμού μεταβλητών.

Πίνακας 14β

Παράμετροι στατιστικού μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης για τον παράγοντα κλίματος ομαδικής εργασίας

Μεταβλητή	β	t	p	95% διαστήματα εμπιστοσύνης για το β	
				Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
(Σταθερά)		12,041	<0,001	15,717	21,868
Παρακαλώ, βαθμολογείστε την ποιότητα υπηρεσιών της κλινικής/δομής σας	0,152	2,019	0,045	0,01	0,814
Ικανοποίηση από ποιότητα συνεργασίας με τους γιατρούς	0,169	2,390	0,018	0,072	0,752
Αν υπήρχε ανάγκη θα συνιστούσα σε κάποιο γνωστό/συγγενή μου να νοσηλευθεί σε αυτή τη κλινική/δομή	-0,234	-3,452	0,001	-1,163	-0,318
Ικανοποίηση από ποιότητα συνεργασίας με το νοσηλευτικό	0,239	3,289	0,001	0,273	1,088
Πόσο ασφαλείς νοιώθετε στη κλινική /δομή σας;	-0,216	-3,160	0,002	-,771	-,179
Μονάδα που υπηρετείτε την παρούσα χρονική στιγμή	0,140	2,437	0,016	0,027	0,260

"Τελειώνοντας το ωράριό μου νοιώθω τόσο κουρασμένος ψυχικά και σωματικά που δεν έχω όρεξη για τίποτε"	0,133	2,170	0,031	0,031	0,652
F (7,225) = 16,335, p<0,001, προσαρμοσμένο r ² = 0,371					

Από αυτό τον συνδυασμό των μεταβλητών προκύπτει ότι οι παράγοντες που προβλέπουν τις μεγαλύτερες τιμές του κλίματος ομαδικής εργασίας είναι η υψηλότερη βαθμολογία στην ποιότητα των υπηρεσιών της κλινικής/δομής, ο μεγαλύτερος βαθμός προθυμίας να προταθεί σε συγγενή ή γνωστό να νοσηλευθεί στο εν λόγω τμήμα εφόσον είχε κάποιο συναφές πρόβλημα, η μεγαλύτερη αίσθηση ικανοποίησης από τη ποιότητα συνεργασίας με το ιατρικό προσωπικό, τα αυξημένα επίπεδα αισθήματος ασφάλειας στη κλινική/δομή και ο μικρότερος βαθμός συμφωνίας με τη φράση "Τελειώνοντας το ωράριό μου νοιώθω τόσο κουρασμένος ψυχικά και σωματικά που δεν έχω όρεξη για τίποτε" ενώ εξαρτάται και από το τμήμα/δομή όπου εργάζεται ο ερωτώμενος. Το ποσοστό μεταβλητότητας που περιγράφεται είναι ίσο με 37,1% που αντιστοιχεί σε μεγάλη πρακτική σημασία του συγκεκριμένου συνδυασμού μεταβλητών.

Πίνακας 14γ

Παράμετροι στατιστικού μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης για τον παράγοντα κλίματος ασφάλειας

Μεταβλητή	β	t	p	95% διαστήματα εμπιστοσύνης για το β	
				Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
(Σταθερά)		21,698	<0,001	24,907	29,883
Αν υπήρχε ανάγκη θα συνιστούσα σε κάποιο γνωστό/συγγενή μου να νοσηλευθεί σε αυτή τη κλινική/δομή	-0,406	-6,582	<0,001	-1,741	-0,939
Μονάδα που υπηρετείτε την παρούσα χρονική στιγμή	0,209	3,714	<0,001	0,104	0,340
Πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο τμήμα σας;	0,252	3,239	0,001	0,254	1,045

Πόσο ασφαλείς νοιώθετε στη κλινική /δομή σας;	-0,214	-2,867	0,005	-0,833	-0,154
Ικανοποίηση από ποιότητα συνεργασίας με τους γιατρούς	0,131	2,049	0,042	0,013	0,657
F (5,222) = 23,791, p<0,001, προσαρμοσμένο $r^2 = 0,375$					

Η ανάλυση αυτών των μεταβλητών αναδεικνύει ότι οι μεγαλύτερες τιμές του κλίματος ασφαλείας απαντώνται όταν συνυπάρχουν μεγαλύτερος βαθμός προθυμίας να προταθεί σε συγγενή ή γνωστό να νοσηλευθεί στο εν λόγω τμήμα εφόσον είχε κάποιο συναφές πρόβλημα, μεγαλύτερη αίσθηση ικανοποίησης από τη ποιότητα συνεργασίας με το ιατρικό προσωπικό, μεγαλύτερη αίσθηση ασφαλείας για τους ασθενείς στη κλινική/δομή ενώ εξαρτάται και από το τμήμα/δομή όπου εργάζεται ο ερωτώμενος. Το ποσοστό μεταβλητότητας που περιγράφεται είναι ίσο με 37,5% που αντιστοιχεί σε μεγάλη πρακτική σημασία του συγκεκριμένου συνδυασμού μεταβλητών.

Πίνακας 14δ

Παράμετροι στατιστικού μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης για τον παράγοντα αντίληψης για τη διοίκηση

Μεταβλητή	β	t	p	95% διαστήματα εμπιστοσύνης για το β	
				Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
(Σταθερά)		8,234	<0,001	6,252	10,185
Πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο τμήμα σας;	0,220	3,004	0,003	0,198	0,952
Παρακαλώ, βαθμολογίστε την ποιότητα υπηρεσιών της κλινικής/δομής σας	0,177	2,510	0,013	0,110	0,915
Ικανοποίηση από ποιότητα συνεργασίας με τους γιατρούς	0,128	1,818	0,05	0,028	0,694

Πόσο συχνά αισθάνεστε κουρασμένος;	0,121	1,991	0,048	0,007	1,224
F (4,229) = 17,339, p<0,001, προσαρμοσμένο $r^2 = 0,219$					

Προκύπτει ότι οι μεγαλύτερες τιμές του παράγοντα αντίληψης για τη διοίκηση απαντώνται όταν συνυπάρχουν μεγαλύτερη αίσθηση ασφάλειας για τους ασθενείς στη κλινική/δομή, μεγαλύτερη βαθμολογία της παρεχόμενης ποιότητας υπηρεσιών της κλινικής/δομής, μεγαλύτερη αίσθηση ικανοποίησης από τη ποιότητα συνεργασίας με το ιατρικό προσωπικό και χαμηλότερη συχνότητα αίσθησης κόπωσης. Το ποσοστό μεταβλητότητας που περιγράφεται είναι ίσο με 21,9% που αντιστοιχεί σε μέση προς μεγάλη πρακτική σημασία του συγκεκριμένου συνδυασμού μεταβλητών.

Πίνακας 14ε

Παράμετροι στατιστικού μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης για τον παράγοντα συνθηκών εργασίας

Μεταβλητή	β	t	p	95% διαστήματα εμπιστοσύνης για το β	
				Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
(Σταθερά)		12,845	<0,001	17,064	23,247
Φύλο	-0,104	-1,777	0,05	-1,879	-0,097
Παρακαλώ, βαθμολογείτε την ποιότητα υπηρεσιών της κλινικής/δομής σας	0,223	3,091	0,002	0,234	1,058
Αν υπήρχε ανάγκη θα συνιστούσα σε κάποιο γνωστό/συγγενή μου να νοσηλευθεί σε αυτή τη κλινική/δομή	-0,230	-3,326	0,001	-1,240	-0,317
Ικανοποίηση από ποιότητα συνεργασίας με τους γιατρούς	0,144	2,208	0,028	0,040	0,709
F (4,228) = 21,144, p<0,001, προσαρμοσμένο $r^2 = 0,258$					

Οι μεγαλύτερες τιμές του παράγοντα συνθηκών εργασίας απαντώνται όταν συνυπάρχουν το γυναικείο φύλο, υψηλότερη βαθμολογία της παρεχόμενης ποιότητας υπηρεσιών της κλινικής/δομής, μεγαλύτερος βαθμός προθυμίας να προταθεί σε συγγενή ή γνωστό να νοσηλευθεί στο εν λόγω τμήμα εφόσον είχε κάποιο συναφές πρόβλημα και μεγαλύτερη αίσθηση ικανοποίησης από τη ποιότητα συνεργασίας με το ιατρικό προσωπικό. Το ποσοστό μεταβλητότητας που περιγράφεται είναι ίσο με 25,8% που αντιστοιχεί σε μεγάλη πρακτική σημασία του συγκεκριμένου συνδυασμού μεταβλητών.

Πίνακας 14ζ

Παράμετροι στατιστικού μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης για τον παράγοντα αναγνώρισης στρες

Μεταβλητή	β	t	p	95% διαστήματα εμπιστοσύνης για το β	
				Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
(Σταθερά)		15,361	<0,001	21,777	28,187
Πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο τμήμα σας;	-0,173	-2,561	0,011	-0,620	-0,081
Η βία είναι αναπόσπαστο μέρος της εργασίας μου με τους ψυχικά ασθενείς	-0,200	-2,739	0,007	-2,055	-0,335
Αισθάνεστε ότι το επάγγελμά σας αποτελεί πηγή άγχους για σας;	-0,164	-2,484	0,014	-1,831	-0,211
Πόσο ανησυχείτε για τη βία στον εργασιακό σας χώρο;	-0,207	-2,599	0,01	-1,041	-0,143
Το τελευταίο 12μηνο ήσασταν μάρτυρας σωματικής βίας στο χώρο εργασίας σας;	-0,139	-2,019	0,045	-1,721	-0,021
F (5,226) = 6,257, p<0,001, προσαρμοσμένο r ² = 0,102					

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του συνδυασμού αυτών των μεταβλητών, προκύπτει ότι οι μεγαλύτερες τιμές της συνολικής βαθμολογίας στο παράγοντα αναγνώρισης στρες απαντώνται όταν συνυπάρχουν μεγαλύτερη αίσθηση ασφάλειας των ασθενών στο τμήμα, αρνητική απάντηση

στην ερώτηση «Η βία είναι αναπόσπαστο μέρος της εργασίας μου με τους ψυχικά ασθενείς», αρνητική απάντηση στην ερώτηση του κατά πόσο το επάγγελμα αποτελεί πηγή άγχους, χαμηλότερος βαθμός ανησυχίας για τη βία στον εργασιακό χώρο και αρνητική απάντηση στη μαρτυρία περιστατικού σωματικής βίας. Το ποσοστό μεταβλητότητας που περιγράφεται είναι ίσο με 10,2% που αντιστοιχεί σε μικρή προς μέση πρακτική σημασία του συγκεκριμένου συνδυασμού μεταβλητών.

Πίνακας 14η

Παράμετροι στατιστικού μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης για την συνολική βαθμολογία της κλίμακας στάσεων

Μεταβλητή	β	t	p	95% διαστήματα εμπιστοσύνης για το β	
				Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
(Σταθερά)		11,220	<0,001	41,807	59,625
Παρακαλώ, βαθμολογείτε την ποιότητα υπηρεσιών της κλινικής/δομής σας	0,202	2,696	0,008	0,468	3,012
Αν υπήρχε ανάγκη θα συνιστούσα σε κάποιο γνωστό/συγγενή μου να νοσηλευθεί σε αυτή τη κλινική/δομή	-0,256	-3,888	<0,001	-3,735	-1,222
Ίκανοποίηση από ποιότητα συνεργασίας με το νοσηλευτικό	0,200	3,103	0,002	0,652	2,921
Πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο τμήμα σας	0,137	2,120	0,035	0,073	2,004
F (4,218) = 24,827, p<0,001, προσαρμοσμένο r ² = 0,39					

Επομένως, οι μεγαλύτερες τιμές της συνολικής βαθμολογίας στη κλίμακα στάσεων για την ασφάλεια απαντώνται όταν συνυπάρχουν μεγαλύτερη βαθμολογία της παρεχόμενης ποιότητας υπηρεσιών της κλινικής/δομής, μεγαλύτερος βαθμός προθυμίας να προταθεί σε συγγενή ή γνωστό να νοσηλευθεί στο εν λόγω τμήμα εφόσον είχε κάποιο συναφές πρόβλημα, μεγαλύτερη αίσθηση

ικανοποίησης από τη ποιότητα συνεργασίας με το νοσηλευτικό προσωπικό και μεγαλύτερη αίσθηση ασφάλειας των ασθενών στο τμήμα. Το ποσοστό μεταβλητότητας που περιγράφεται είναι ίσο με 39% που αντιστοιχεί σε μεγάλη πρακτική σημασία του συγκεκριμένου συνδυασμού μεταβλητών.

5. Συζήτηση

Για να διερευνηθεί η επίδραση των περιστατικών βίας των ασθενών κατά του προσωπικού ψυχικής υγείας στο κλίμα ασφάλειας μιας δομής ψυχικής υγείας, έπρεπε πρώτα να εξεταστεί η κουλτούρα ασφάλειας των συμμετεχόντων (ερώτημα 1^ο) η οποία μετρήθηκε με βάση τους παράγοντες του SAQ που αναφέρονται στην επαγγελματική ικανοποίηση, στην ομαδική εργασία, στο κλίμα ασφάλειας, στην αντίληψη για τη διοίκηση, στις συνθήκες εργασίας και στην αναγνώριση του στρες. Τα αποτελέσματα αυτά επέτρεψαν την εξέταση της δυνητικής σχέσης της στάσης του προσωπικού προς την ασφάλεια τόσο με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά όσο και με τις πεποιθήσεις του για το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της συνεργασίας με τους άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Ακολούθως ήταν αναγκαίο να προσδιοριστούν τα επίπεδα της βίας που βιώνουν οι εργαζόμενοι από τους ασθενείς τους, καθώς υποτέθηκε ότι μπορεί να συσχετίζονται με τις συμπεριφορές ασφάλειας που υιοθετούν (ερευνητικό ερώτημα 2^ο). Σημαντική για τον σκοπό της έρευνας θεωρήθηκε η αναζήτηση της τυχόν επίδρασης της επαγγελματικής ιδιότητας και του άμεσου επαγγελματικού περιβάλλοντος των συμμετεχόντων στην στάση του προσωπικού προς την ασφάλεια (ερώτημα 3^ο).

Το ισχυρό σημείο της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η υψηλή αντιπροσωπευτικότητά της τόσο σε επίπεδο πληθυσμού των κλινικών επαγγελματιών ψυχικής υγείας του ψυχιατρικού νοσοκομείου, όσο και στις επιμέρους ειδικότητές τους. Συγκεκριμένα, στην έρευνα συμμετείχε περίπου το 90% των νοσηλευτικών υπαλλήλων που πληρούσαν τα κριτήρια, η πλειοψηφία των ειδικών ψυχιάτρων, των ειδικευομένων και των ψυχολόγων που εργάζονται στο νοσοκομείο, ενώ πέρα από αυτές τις ειδικότητες αυτές μετείχαν οι επισκέπτριες υγείας και οι κοινωνικοί λειτουργοί του νοσοκομείου, η στάση των οποίων δεν έχει εξεταστεί από άλλη έρευνα στην Ελλάδα.

Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 77,77%, εξίσου ικανοποιητικό με τα ποσοστά που εμφάνισαν οι μελέτες των Raftopoulos & Pavlakis (2013) και της Μείντάνη (2013) ωστόσο ήταν πολύ υψηλότερο από άλλες ελληνικές και διεθνείς έρευνες (Modac et al, 2004· Πετρίδης, 2012· Gabrani et al, 2015) και γενικότερα υπερβαίνει το μέσο ποσοστό ανταπόκρισης (65,7% έως 72,2%) που εμφανίζουν οι έρευνες όταν χρησιμοποιείται ως εργαλείο το SAQ (Sexton et al,

2006). Η αναλογία ανταπόκρισης του ερευνητικού πληθυσμού στην παρούσα μελέτη ήταν χαμηλότερη μόνο από αυτή των Siu et al (2013), όπου εκεί η συμμετοχή δεν ήταν εθελοντική αλλά υπήρχε το κίνητρο της χρηματικής αποζημίωσης των συμμετεχόντων.

Εντούτοις, παρουσιάστηκε σημαντική διακύμανση στο ποσοστό συμμετοχής μεταξύ των διαφόρων τμημάτων και των δομών -ομοίως με άλλες έρευνες (Deilkas & Hofoss, 2006· Γώγος & Πετσετάκη, 2012· Καραϊσκού, 2012· Laiho, 2014)- καθώς μεγαλύτερη συμμετοχή είχαν οι υπάλληλοι του ΤΕΠ (100%), του τμήματος Ψυχιατροδικαστικής (96%) και των κλινικών οξέων (92,91%), οι οποίοι έρχονται συχνότερα αντιμέτωποι με τον κίνδυνο της βίας κι αντίστροφα μικρότερη συμμετοχή είχαν οι εργαζόμενοι του Οικοτροφείου ηλικιωμένων ψυχικά ασθενών (33,33%) και του Συμβουλευτικού Σταθμού Τοξικομανών, όπου το πρόβλημα της βίας ενδεχομένως δεν τους απασχολεί άμεσα. Παρ' όλα αυτά η πρόθυμη συμμετοχή των εργαζομένων από όλα τα τμήματα ήταν εντυπωσιακή.

Στην πλειοψηφία του ο πληθυσμός που διερευνήθηκε ήταν γυναίκες (70%) και μόνο 3 στους δέκα ήταν άνδρες, πάνω από το 73% του δείγματος ήταν έγγαμοι και σε ποσοστό 71,1% ήταν υπάλληλοι με μόνιμη σχέση εργασίας με το νοσοκομείο. Μέχρι 29 ετών ήταν μόνο 2 υπάλληλοι, ενώ έξι στις δέκα γυναίκες (60,7%) και πέντε στους δέκα άνδρες (51,2%) ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 40-50 ετών. Παραπλήσια αντιπροσωπευτικότητα σε σχέση με τη αναλογία ως προς το φύλο και την ηλικία των συμμετεχόντων είχε και η πρόσφατη έρευνα των Γραμματικόπουλου και συν (2013) που διενεργήθηκε σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας του ίδιου νοσοκομείου.

Το εύρημα της συγκεκριμένης μελέτης όπου μόνο το 19,55% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας έχει ηλικία έως 40 ετών, αποκαλύπτει το πρόβλημα της γήρανσης του ανθρώπινου δυναμικού που θα κληθεί να αντιμετωπίσει η χώρα τις αμέσως προσεχείς δεκαετίες (WHO, 2013), αλλά και την αφετηρία όπου τα θύματα της εργασιακής βίας θα υποφέρουν από σοβαρότερους τραυματισμούς και θα χρειάζονται περισσότερο χρόνο ανάρρωσης (De Jong 2014).

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων από το «Ερωτηματολόγιο των στάσεων για την ασφάλεια» - SAQ έδειξε χαμηλά επίπεδα στο γενικό κλίμα ασφάλειας στις συγκεκριμένες δομές ψυχικής υγείας ($62,94 \pm 11,03$). Συγκεκριμένα, θετικό Μ.Ο βαθμολογίας είχε μόνο ο παράγοντας Κλίμα ασφάλειας ο οποίος είχε τιμή $81,91 \pm 10,87$, ενώ οριακή ήταν η τιμή του παράγοντα της Ομαδικής Εργασίας με τιμή ($74,42 \pm 10,77$). Η Επαγγελματική Ικανοποίηση εκτιμήθηκε στο $58,40 \pm 11,66$, η Αντίληψη για τη Διοίκηση στο $46,99 \pm 12,15$, ο παράγοντας Συνθήκες Εργασίας $64,84 \pm 11,22$ και τέλος ο παράγοντας Αναγνώριση Στρες $51,09 \pm 9,56$.

Ένα από τα σημαντικά πλεονεκτήματα που προσφέρει τους ερευνητές η χρήση εργαλείων με ευρεία αποδοχή από την πλευρά των ερευνητών είναι η δυνατότητα της συγκριτικής αξιολόγησης των ευρημάτων τους με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών. Όμως, μέχρι σήμερα -σε εθνικό επίπεδο- το κλίμα ασφάλειας έχει αξιολογηθεί σε περιβάλλοντα μαιευτικών μονάδων (Raftopoulos et al, 2011), σε νοσηλευτικά τμήματα Γενικού Νοσοκομείου Παίδων (Μεϊντάνη, 2013), σε μονάδες εντατικής θεραπείας και παθολογικά τμήματα Νοσοκομείων της Αθήνας (Καραϊσκού, 2012) ακόμη και σε αντίστοιχες μονάδες της Κύπρου (Petridis, 2012· Raftopoulos & Pavlakis, 2013), αλλά όχι σε επίπεδο δομών ψυχικής υγείας. Το γεγονός αυτό περιορίζει τη δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων, ωστόσο προσφέρει μια γενική εικόνα για την κουλτούρα ασφάλειας που υιοθετεί το προσωπικό στα νοσοκομεία της Ελλάδας, της Κύπρου και της γειτονικής Αλβανίας (Gabrani et al, 2015), ενώ μια σχετική ευκαιρία σύγκρισης προσφέρει η μελέτη των Relihan et al (2009) από ένα τμήμα Οξέων της Ιρλανδίας και ενδεχομένως των Modac et al (2007), η οποία μελέτησε τον πληθυσμό των γιατρών και των νοσηλευτών σε εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες.

Προσεγγίζοντας αναλυτικότερα τις παραπάνω μελέτες διαπιστώνεται σύγκλιση στους παράγοντες του γενικού κλίματος ασφάλειας τόσο με τα αποτελέσματα εθνικών ερευνών όσο και του εξωτερικού. Επικεντρώνοντας περισσότερο στα -πιο σχετικά με την παρούσα μελέτη- αποτελέσματα από το κλίμα ασφάλειας κλινικής Οξέων περιστατικών της Ιρλανδίας με ένα δείγμα 55 επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαπιστώνονται αρκετές ομοιότητες. Έτσι, σύμφωνα με τα ευρήματα των Relihan et al (2009) το κλίμα ομαδικής εργασίας ($73,7 \pm 14,09$) όπως και η αντίληψη για τη διοίκηση ($48 \pm 19,2$) κινούνται σε παρόμοια επίπεδα με αυτά της παρούσας έρευνας. Το κλίμα ασφάλειας ήταν χαμηλότερο περίπου κατά δέκα ποσοστιαίες μονάδες ($71 \pm 15,8$) κι αντίστροφα η επαγγελματική ικανοποίηση ($67,9 \pm 19,4$). Εμείς βρήκαμε καλύτερες συνθήκες εργασίας στις δομές ψυχικής υγείας σε σύγκριση με των Relihan et al ($58,2 \pm 21,9$), αλλά υστερούμε σημαντικά στον παράγοντα αναγνώρισης του στρες όπου σε αντίθεση με την τιμή τους η οποία ήταν υψηλότερη από όλους τους παράγοντες ($74,17 \pm 17,1$), στα αποτελέσματά μας η αναγνώριση του stress εμφάνισε τη 2^η χαμηλότερη τιμή ($51,09 \pm 9,56$) στο σύνολο της μελέτης αμέσως μετά την αντίληψη για τη διοίκηση ($46,99 \pm 12,15$).

Επίσης, στη μελέτη των Modac et al (2004) η οποία διεξήχθη μόνο σε παρόχους εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών, με ίδιο μέγεθος δείγματος και διερευνά μόνο τις στάσεις των γιατρών και των νοσηλευτών ($n=282$), διαπιστώθηκαν ομοιότητες στο κλίμα ασφάλειας των νοσηλευτών ($75,5 \pm 15,7$) το οποίο πλησιάζει στο αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης. Επίσης, στα επίπεδα της ομαδικής συνεργασίας η διαφορά είναι μόλις 0,43 ενώ στις συνθήκες εργασίας είναι

λίγο χαμηλότερα. Χαρακτηριστική είναι η μεγάλη απόκλιση που εμφανίστηκε και πάλι στον παράγοντα αναγνώρισης του stress (Modac et al, 2007) και σχετικά μικρότερη στον παράγοντα της αντίληψης για τη διοίκηση.

Αναλυτικότερα, με βάση τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνάς μας, διαπιστώθηκε ότι τα περιστατικά βίας επηρέασαν την κουλτούρα ασφάλειας των εργαζομένων όπως φάνηκε από την επίδραση που είχαν τόσο στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας ($p=0,001$) όσο και στους επιμέρους παράγοντες του SAQ και κυρίως στους παράγοντες των συνθηκών εργασίας (θύματα: 59,18 & μη θύματα: 66,84 $p<0,001$), του κλίματος ασφάλειας (θύματα: 77,74 & μη θύματα: 84,49 $p=0,003$), της ομαδικής συνεργασίας (θύματα: 71,67 & μη θύματα: 75,66 $p=0,008$). Ακόμη και η μαρτυρία της σωματικής βίας άσκησε σημαντική αρνητική επίδραση, κυρίως στους παράγοντες της αναγνώρισης στρες ($p=0,03$), του κλίματος ασφάλειας ($p=0,016$) και των συνθηκών εργασίας ($p=0,037$), ενώ το επίπεδο ανησυχίας για τη βία παρέσυρε προς τα κάτω τη βαθμολογία στον παράγοντα αναγνώρισης του στρες. Αντίστοιχα, η αντίληψη των συμμετεχόντων για τη δική τους ασφάλεια όσο και αυτή των ασθενών/πελατών επηρέασε τους παράγοντες του κλίματος ασφάλειας και της ομαδικής εργασίας.

Οι πεποιθήσεις του προσωπικού για το κλίμα ασφάλειας και τη βία διέφεραν ανά φύλο και επαγγελματική ιδιότητα, αλλά δεν σχετίστηκαν με την ηλικία ούτε με την επαγγελματική τους εμπειρία. Ωστόσο, οι πεποιθήσεις του προσωπικού των ενδονοσοκομειακών δομών για την ασφάλεια και τη βία φάνηκε ότι διαφέρουν από αυτές των συναδέλφων τους που εργάζονται σε κοινοτικές δομές, ενώ διαφορές αντίληψης εντοπίστηκαν ακόμα και μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων. Τα ευρήματά μας συμφωνούν με τα αποτελέσματα των Almutairi, Gander & Mc Garthy (2013) οι οποίοι στην σύνθετη μελέτη τους (ποιοτική και ποσοτική) σε νοσηλευτικό προσωπικό της Σαουδικής Αραβίας δεν βρήκαν καμία διαφορά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων στις πεποιθήσεις του προσωπικού για την ασφάλεια, ούτε μεταξύ των ετών εμπειρίας του προσωπικού, όπως επίσης δεν διαπίστωσαν καμία διαφορά στην αντίληψή τους για το κλίμα ασφάλειας. Εν αντιθέσει βρήκαν σημαντικά θετική συσχέτιση μεταξύ των πεποιθήσεων για την ασφάλεια της κλινικής και της πολιτισμικής κουλτούρας των νοσηλευτών. Επιπλέον, το εύρημά μας είναι σύμφωνο και με τα αποτελέσματα των Huang et al (2007) οι οποίοι σε μελέτη 318 επαγγελματιών υγείας εργαζόμενων σε 4 μονάδες οξείας φροντίδας των ΗΠΑ, διαπίστωσαν διαφορές στις πεποιθήσεις για το κλίμα ασφάλειας μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών, όπως επίσης και διαφορές στο κλίμα ασφάλειας μεταξύ των διαφόρων μονάδων.

Οι εργαζόμενοι στα τμήματα Οξέων στο Ψυχιατροδικαστικό τμήμα και στα Ε.Ι ψυχιατρικής και ΤΕΠ παρουσίασαν τις χαμηλότερες τιμές σε όλους τους παράγοντες του SAQ,

σε αντίθεση με την πλέον βελτιωμένη βαθμονόμηση των εργαζομένων που υπηρετούν στα ΚΨΥ, στα Ε.Ι Ειδικοτήτων/Παθολογική και στα Οικοτροφεία/Ξενώνες. Ομοίως διαφορές στο κλίμα ασφάλειας μεταξύ των κλινικών και των κοινοτικών δομών, όσο και μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών, διαπίστωσαν και οι Deilkas & Hofoss (2008) στη Νορβηγία.

Γενικότερα, σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις στάσεις ασφάλειας του προσωπικού ανάμεσα σε όσους ήταν θύματα ή μάρτυρες βίας σε σύγκριση με το προσωπικό που δεν είχε παρόμοιες εμπειρίες. Ειδικά, σημειώθηκαν διαφορές ως προς την χαμηλότερη αίσθηση του κλίματος ασφάλειας, όπου τα θύματα της βίας είχαν χειρότερη αντίληψη για τις συνθήκες εργασίας και εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα στρες. Χαμηλό κλίμα ασφάλειας σχετιζόμενο με τη λεκτική βία εντόπισαν στα ευρήματά τους και οι Gimeno et al (2012) σε μελέτη 1.000 εργαζομένων σε νοσοκομεία της Costa Rica.

Επίσης, τόσο η άμεση όσο και η έμμεση εμπειρία (μαρτυρία) των περιστατικών λεκτικής κακοποίησης συνδέθηκε με διαφορές στις στάσεις των εργαζομένων, μικρότερης όμως έντασης συγκριτικά με την σωματική βία. Συνήθως τα θύματα της σωματικής επίθεσης δέχονται ταυτόχρονα και ψυχολογική βία κι αντίστοιχα, ένας στους τρεις μάρτυρες σωματικής επίθεσης μπορεί να είναι παράλληλα και θύμα ψυχολογικής βίας, γεγονός που αναδεικνύει την συχνή επικάλυψη της σωματικής με τη ψυχολογική βία.

Η εμπειρία και η ηλικία των συμμετεχόντων δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική σχέση με κανέναν από τους παράγοντες του SAQ, σε αντίθεση με άλλες έρευνες όπου τα αυξημένα επίπεδα εμπειρίας σχετίστηκαν με υψηλότερη βαθμολογία στην ομαδική εργασία και στις εργασιακές συνθήκες (Rafropoulos et al, 2011· Πετρίδης, 2012· Κούσουλος, 2013· Raftopoulos & Pavlakis, 2013) ή/και σχεδόν με όλους τους παράγοντες του SAQ πλην της αναγνώρισης του άγχους (Μεϊντάνη, 2013). Μια πιθανή εξήγηση για την μη συμφωνία των αποτελεσμάτων μας με τα δικά τους είναι το γεγονός ότι πάνω από το 60% των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη δήλωσε ότι υπηρετεί πάνω από μια δετία στη συγκεκριμένη δομή, ενώ το ποσοστό αυτό αυξάνεται ακόμη περισσότερο όταν προσεγγίζεται με βάση τη συνολική εμπειρία του προσωπικού αυτού σε κλινικές και δομές ψυχικής υγείας (74,14%).

Χαρακτηριστικό είναι το εύρημα ότι οι γυναίκες παρουσίασαν ευνοϊκότερη βαθμολογία από τους άνδρες στο σύνολο των ερωτήσεων του SAQ ($p=0,13$) όπως και στους επιμέρους παράγοντες, όπου είχαν υψηλότερη βαθμολογία στο κλίμα ασφάλειας ($p=0,01$), στις συνθήκες εργασίας ($p=0,03$) και στην ομαδική εργασία ($p=0,019$), που μάλλον συνδέεται με το γεγονός ότι οι γυναίκες είναι λιγότερο εκτεθειμένες στη σωματική βία σε σύγκριση με τους άνδρες

($p < 0,001$). Αναμενόμενη θεωρείται η διαφορά στην αποδοχή της βίας από ασθενείς που παρατηρήθηκε μεταξύ του προσωπικού που εργάζεται εντός και εκτός νοσοκομείου. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε υψηλότερου βαθμού συμφωνία στη δήλωση «η βία αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της εργασίας μου με τους ψυχικά ασθενείς» από μέρους των εργαζόμενων γυναικών στις ενδονοσοκομειακές μονάδες του νοσοκομείου η οποία αποκαλύπτει μια ισχυρή κουλτούρα αποδοχής -τουλάχιστον- της λεκτικής κακοποίησης- που είναι συχνή σε αυτά τα συγκεκριμένα περιβάλλοντα (Jones & Lynneham, 2001· Geiger-Brown et al, 2004· Hallett, Huber & Dickens, 2014). Πιθανά, η συγκεκριμένη στάση του γυναικείου πληθυσμού, σε σύγκριση με τις εργαζόμενες στις κοινοτικές δομές ή/και στις εξαρτήσεις να είναι ένας προσαρμοστικός μηχανισμός άμυνας απέναντι στο αυξημένο stress που βιώνουν (Σταθάκη, 2013) εξαιτίας της δυναμικά υψηλότερης έκθεσης στον κίνδυνο της βίας τόσο των ίδιων όσο και των ασθενών (Παυλίδης και συν, 2002) ή/και του καλυμμένου φόβου τους απέναντι στην ειδική ομάδα των ασθενών που φροντίζουν (Cooper and Swanson, 1995· Mc Phaul & Lipscomb, 2004· Scott et al, 2011).

Η Ομαδική εργασία βαθμολογήθηκε υψηλότερα στις κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας και στα Ε.Ι Ειδικοτήτων/Παθολογική και χαμηλότερα στα οξέα, στο ψυχιατροδικαστικό τμήμα και στα ΤΕΠ ($p=0,001$) όπου -σύμφωνα με τα ευρήματά μας- ήταν υψηλότερη η συχνότητα των περιστατικών βίας (34% στα Οξέα και 20,8% στο τμήμα ψυχιατροδικαστικής). Τα αποτελέσματα αυτά είναι παράλληλα με αυτά των Etsrin-Behar et al (2007) όπου η θετική αντίληψη του προσωπικού για την ομαδική εργασία είχε άμεση σχέση με τα χαμηλά επίπεδα της επιθετικότητας που εκδηλώθηκαν στο επαγγελματικό του περιβάλλον. Οι Bowers et al (2011a) με δείγμα 6.661 επαγγελματίες ψυχικής υγείας από 136 κλινικές οξέων της Βρετανίας και 29 κοινοτικές δομές, μέσα από τρεις επαναληπτικές μετρήσεις βρήκαν άμεση σχέση μεταξύ του τρόπου που λειτουργεί η ομάδα και των διαδικασιών και των κλινικών πρακτικών που εφαρμόζονται, ενώ η ασάφεια για τη λειτουργία και οργάνωση της κλινικής/δομής σχετίστηκε με περισσότερα κρούσματα βίας και αυξημένη χρήση των περιοριστικών μέτρων. Κατ' επέκταση, οι κοινοτικές δομές και κλινικές που εστιάζονται στη σωματική φροντίδα των ασθενών (παθολογική, ΕΙ ειδικοτήτων κλπ) οι οποίες ευνοούν τη σαφήνεια των ρόλων ανάμεσα στα μέλη της ομάδας δικαιολογεί την ύπαρξη υψηλότερου επιπέδου ομαδικής συνεργασίας.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ανησυχία του προσωπικού για τη βία σημειώθηκαν τόσο μεταξύ των τμημάτων ($p < 0,01$) όσο και μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων ($p=0,019$). Οι άνδρες νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ανησυχίας ($p=0,011$) σε αντίθεση με τους ψυχολόγους (και κυρίως τους άνδρες) και τους παιδαγωγούς,

λογοθεραπευτές κλπ οι οποίοι εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά ανησυχίας για τη βία. Οι διαφορές μάλλον σχετίζονται με τη μεγαλύτερη πιθανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού να εκτεθεί στον κίνδυνο της βίας κατά τη διάρκεια της παροχής φροντίδας στους ασθενείς, σε σύγκριση με τις άλλες επαγγελματικές ομάδες, η εργασία των οποίων είναι πιο τυποποιημένη. Επιπλέον, το ανδρικό νοσηλευτικό προσωπικό είναι εκείνο που καλείται να συνδράμει σε κάθε περιστατικό επιθετικότητας που εκδηλώνεται στα τμήματα (ακόμη και εκτός της κλινικής όπου εργάζεται), αλλά επιπλέον μετέχει ενεργά στον σωματικό ή χημικό περιορισμό των διεγερμένων ασθενών, όπου η πιθανότητα εκδήλωσης επιθετικότητας αυξάνεται κατακόρυφα (Moyo & Robinson, 2012). Το γεγονός αυτό δικαιολογεί τα υψηλότερα επίπεδα ανησυχίας για τη βία που παρουσίασαν οι άνδρες νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών, οι οποίοι -ενόψει της ανάγκης για ετοιμότητα παρέμβασης σε κρίση ανά πάσα στιγμή- στερούνται ευκαιρίες υποστήριξης που παρέχονται μέσα από οργανωσιακούς θεσμούς όπως η κλινική εποπτεία, που επιπλέον βοηθά στην εκτόνωση των επώδυνων συναισθημάτων και βελτιώνει την ικανότητα αντιμετώπισης των σοβαρών περιστατικών (Addo et al, 2014).

Τα ευρήματά μας για τις διαφορές στα επίπεδα άγχους μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων συμφωνούν με τα αποτελέσματα της Τανανάκη (2014) η οποία -με δείγμα 317 επαγγελματίες Ψ.Υ από δομές ψυχικής υγείας της Θεσσαλονίκης- βρήκε υψηλά ποσοστά άγχους και κατάθλιψης ανάμεσα στα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού (Τανανάκη, 2014). Επίσης, το αποτέλεσμά μας επικυρώνει και η Προδρόμου (2011) η οποία διαπίστωσε ότι στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας της Κύπρου η σύγκρουση των ρόλων συνεπεία της άνισης κατανομής εξουσίας, της ασάφειας ρόλων και αρμοδιοτήτων, αλλά και των διαφορετικών προσδοκιών ανάμεσα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας επηρεάζει περισσότερο τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας.

Ο Αμερικάνικος Σύνδεσμος Νοσηλευτών εκτιμά ότι 6-8% των νοσηλευτών κάνει κατάχρηση ουσιών (σελ 88) (EU-OSHA, 2014) στα πλαίσια της αυτοθεραπείας του από το άγχος, το οποίο -στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας- μπορεί να συνδέεται με τα ψυχολογικά τραύματα και το φόβο των νοσηλευτών για την ασφάλεια συνεπεία των προκλήσεων που σχετίζονται με τη φύση της νόσου των ασθενών (Scott et al, 2011· Somani & Khowaja, 2012· Jiao et al, 2015). Τα υψηλά επίπεδα ανησυχίας που εμφανίζονται στις ειδικότητες των κοινωνικών λειτουργών/επισκεπτών υγείας θεωρούνται αναμενόμενα, εξαιτίας της αβεβαιότητας για τις συνθήκες του περιβάλλοντος εργασίας τους και πιο συγκεκριμένα της απρόβλεπτης εξέλιξης που μπορεί να έχει μια επίσκεψή τους σε ψυχικά ασθενείς που διαβιούν στην κοινότητα.

Ο παράγοντας κλίμα ασφάλειας όταν εξετάστηκε σε σχέση με τη «μονάδα που υπηρετούσε το προσωπικό τη δεδομένη στιγμή της μέτρησης, αποκάλυψε υψηλές βαθμολογίες σε

όλα τα τμήματα και τις δομές ($p < 0,001$), με λίγο πιο χαμηλές τιμές και πάλι στα τμήματα των Οξέων και του Ψυχιατροδικαστικού, όπου προσωπικό και ασθενείς μοιράζονται από κοινού, τους ίδιους οργανωσιακούς παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο της βλάβης (Taylor et al, 2004). Στην πραγματικότητα το κλίμα ασφάλειας αποτελεί μια σύνθεση των πεποιθήσεων του προσωπικού για τους κανόνες και τις διαδικασίες που δρουν προστατευτικά για την ασφάλεια των εργαζομένων και ταυτόχρονα, αποτυπώνει τις αντιλήψεις των εργαζομένων για το επίπεδο της συνεργασίας με το υπόλοιπο προσωπικό. Τα υψηλά σκορ ασφάλειας που εμφάνισαν όλες οι κλινικές και δομές του νοσοκομείου (77,15 στα Οξέα έως 85,9 στα ΚΨΥ) συνδέονται με τα υψηλά σκορ συμφωνίας στις δηλώσεις «ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να εκφράσω κάθε ανησυχία μου ως προς την ασφάλεια των ασθενών» (83,2%), «όλα τα σημαντικά ζητήματα μεταφέρονται πολύ καλά κατά τη διάρκεια αλλαγής της βάρδιας (83,6%), «η ασφάλεια των ασθενών ενισχύεται συνεχώς ως μια προτεραιότητα σε αυτή την κλινική» (80,7) και της διαφωνίας στη δήλωση «το προσωπικό της κλινικής συχνά αγνοεί τους κανόνες ή τις κατευθυντήριες οδηγίες... που ισχύουν σε αυτή τη κλινική» δεδομένου ότι ήταν αντίστροφη. Επιπλέον, το γεγονός ότι η πλειοψηφία του δείγματος μοιράζεται τον περισσότερο εργασιακό του χρόνο με ένα έως δυο άλλα άτομα μπορεί να διευκολύνει την ανάπτυξη σχέσεων κοινωνικής υποστήριξης οι οποίες αφενός δρουν «εξισορροπητικά» απέναντι στη απειλή της βίας (Van Emmerik et al, 2007) και αφετέρου κινητοποιούν το προσωπικό να διατηρεί μια πιο υπεύθυνη στάση στα ζητήματα της ασφάλειας με κίνητρο την προστασία της σχέσης που έχει αναπτυχθεί μεταξύ τους (Raftopoulos et al, 2011).

Τις χαμηλότερες τιμές παρουσίασαν οι συγκεκριμένοι εργασιακοί χώροι και σε σχέση με την αντίληψη του προσωπικού για τη διοίκηση ($p=0,04$) και με την επαγγελματική ικανοποίηση, καθώς μόνο το 26% απάντησε θετικά στη δήλωση «η διοίκηση «στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες». Από τη μια η ταύτιση της διοίκησης με την εξουσία δικαιολογεί χαμηλά αποτελέσματα στον συγκεκριμένο παράγοντα, αλλά οι πολύ χαμηλές τιμές που παρουσίασαν οι εργαζόμενοι στα οξέα και το ψυχιατροδικαστικό να σχετίζονται και με τις πεποιθήσεις τους για υποτίμηση της βίας από την πλευρά της διοίκησης, δεδομένου ότι έμμεσα (με την υποστελέχωση) «επιτρέπει» την έκθεσή τους σε κινδύνους για την ασφάλεια του προσωπικού και των ασθενών. Έτσι δικαιολογείται η θετικότερη αντίληψη για τη διοίκηση που διαπιστώθηκε στην Παθολογική/ΕΙ Ειδικοτήτων και στις Εξαρτήσεις όπου τα συμβάντα εργασιακής βίας δεν είναι συχνά.

Ενδεχομένως και η ανάληψη στοχευμένων δράσεων της διοίκησης για την προστασία της ασφάλειας των εργαζομένων (κουμπιά κινδύνου, ηχητική ενδοεπικοινωνία μεταξύ των τμημάτων

οξέων, υπηρεσία φύλαξης-security, υπηρεσίες γιατρού εργασίας και τεχνικού ασφάλειας κλπ) να ερμηνεύεται από μέλη του προσωπικού ως τυπική συμμόρφωση με τη νομοθεσία και ως ενέργειες για τη διαφύλαξη της καλής φήμης του νοσοκομείου και όχι ως ενέργειες για την προαγωγή της υγείας και της ευημερίας των εργαζομένων. Σχετικά είναι και τα αποτελέσματα έρευνας του EU-OSHA (“ESENER”) η οποία διεξήχθη το 2009 σε 31 χώρες αναφορικά με τις πολιτικές των επιχειρήσεων σε θέματα ασφάλειας των εργαζομένων τους, η οποία έδειξε ότι ο κίνδυνος της βίας έχει υποτιμηθεί στον τομέα υγείας της Ευρώπης, γι’ αυτό και οι δράσεις ασφάλειας των επιχειρήσεων (σελ 11) προσανατολίζονται πρωτίστως στη συμμόρφωση με τη νομοθεσία, στην κάλυψη απαιτήσεων των εργαζομένων για λήψη μέτρων ασφάλειας και στην αποφυγή της βλάβης της δημόσιας εικόνας τους (Gonzalez, Cockburn & Irastorza, 2009).

Αναμενόμενα χαμηλότερες ήταν και οι τιμές ως προς τις συνθήκες εργασίας στις κλινικές Οξέων, αλλά και στις «άλλες» κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας του νοσοκομείου ($p=0,011$), οι οποίες πέρα από τον υψηλότερο κίνδυνο της βίας θα μπορούσαν να σχετίζονται και με χαρακτηριστικά της εργασίας σε αυτές τις δομές όπως η μειωμένη συμμετοχή των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων και η ανεπαρκής πρόσβαση του προσωπικού σε πληροφορίες για τη θεραπεία των ασθενών (Καραϊσκού Α, 2012).

Στην παρούσα μελέτη η ερώτηση «οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπ’ όψη σε αυτή τη κλινική/δομή» φαίνεται να αποτελεί κοινή πρακτική στις υπηρεσίες και δομές ψυχικής υγείας όπως φάνηκε από το γεγονός ότι η δήλωση αυτή έλαβε από τις υψηλότερες βαθμολογίες (84,3%). Η δήλωση «τα υψηλά επίπεδα του φόρτου εργασίας είναι σύνηθες φαινόμενο σε αυτή τη κλινική / δομή» ενώ φαίνεται να βρήκε σύμφωνο μόνο το 66,1% του δείγματος, σε εκτενέστερη ανάλυση των πεποιθήσεων του προσωπικού διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων και των χώρων εργασίας ($p=0,15$). Περισσότερο σύμφωνοι με αυτή τη δήλωση ήταν οι ειδικοί γιατροί και οι νοσηλευτές των κλινικών και των οικοτροφείων που επιβαρύνονται με τις βάρδιες, ενώ αντίθετα ένα σημαντικό τμήμα των επαγγελματιών υγείας που υπηρετεί σε κοινοτικές δομές δε θεωρεί συνήθη τον υψηλό φόρτο της εργασίας.

Τις διαφορές στις συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας εντόπισαν οι Farmakas και συν οι οποίοι διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονταν στα νοσοκομεία αντιλαμβάνονταν πιο αρνητικό το περιβάλλον τους σε σύγκριση με τους κοινοτικούς νοσηλευτές, διότι οι νοσηλευτές ΨΥ των κλινικών απολαμβάνουν λιγότερη επαγγελματική αυτονομία κι έχουν μειωμένα κίνητρα για απόδοση σε σχέση με τους συναδέλφους τους που εργάζονται στην κοινότητα (Farmakas et al, 2013). Τα βελτιωμένα επίπεδα των συνθηκών εργασίας στις κοινοτικές δομές ΨΥ σε σύγκριση τις ενδονοσοκομειακές δομές, σχετίστηκαν επίσης με το μικρότερο

κίνδυνο έκθεσης του προσωπικού στη βία που καθιστά πιο υγιές το κοινοτικό επαγγελματικό περιβάλλον. Τα ΚΨΥ σπανιότερα φροντίζουν ασθενείς υψηλού κινδύνου (Lopez et al, 2014), ενώ η πρωινή κατά βάση καθημερινή λειτουργία τους επιτρέπει μεγαλύτερη ισορροπία μεταξύ της επαγγελματικής και προσωπικής ζωής του προσωπικού. Οι χαμηλές τιμές στις συνθήκες εργασίας που διαπιστώθηκαν στις «άλλες κοινοτικές δομές» δεν αποτελούν έκπληξη καθώς το προσωπικό αφενός μεν απαλλάσσεται από το κυκλικό ωράριο, αλλά στερείται την ασφάλεια που παρέχει ο χώρος του νοσοκομείου κατά την αντιμετώπιση των έκτακτων συμβάντων (συνεχής παρουσία ψυχιάτρου). Επιπλέον, οι επαγγελματίες ΨΥ των δομών αυτών εργάζονται κατά μόνας, αλλά και ως «πρόσωπα αναφοράς» χρόνιων ψυχικά ασθενών έχουν περιορισμένες δυνατότητες θετικής ανατροφοδότησης από τους ασθενείς, η ρουτίνα των οποίων είναι σταθερή και οι ευκαιρίες δημιουργικής επικοινωνίας είναι λίγες.

Κατά την αναζήτηση της σύνδεσης μεταξύ των στάσεων του προσωπικού και των ατομικών χαρακτηριστικών όπως και της δομής/κλινικής όπου εργάζεται, διαπιστώθηκαν σημαντικά στατιστικές διαφορές σε όλους τους παράγοντες του SAQ πλην της αναγνώρισης του stress, αλλά κι εκεί έφθασε πολύ κοντά στο επίπεδο σημαντικότητας ($p=0,55$). Υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης παρουσίασαν οι εργαζόμενοι της παθολογικής κλινικής/Ε.Ι Ειδικοτήτων, των εξαρτήσεων με τα χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης να καταγράφονται στις κλινικές Οξέων και στις «άλλες κοινοτικές δομές» ($p=0,024$), όπου το προσωπικό έχει την ευθύνη της φροντίδας χρόνιων ψυχικά ασθενών που ζουν στην κοινότητα. Η ερώτηση «μου αρέσει η δουλειά μου συγκέντρωσε την υψηλότερη βαθμολογία» και στα δυο φύλα (90,7%) παρ' ότι οι αντίστοιχες δηλώσεις «αυτό το νοσοκομείο είναι καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος», «το ηθικό είναι υψηλό σε αυτή τη κλινική/δομή» και «όταν εργάζεσαι σ' αυτό το Νοσοκομείο είναι σαν να είσαι μέλος μιας μεγάλης οικογένειας» κυμάνθηκαν σε μέσα επίπεδα συμφωνίας.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας η κύρια πηγή της βίας προς το προσωπικό του ΨΝΘ είναι οι ασθενείς (84,4%), ενώ συχνότερα θύματα μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματιών ψυχικής υγείας ήταν τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού και κυρίως οι άνδρες ($p<0,001$), αποτέλεσμα το οποίο συνάδει απόλυτα με την κλασική εικόνα για τη διαπροσωπική βία από ασθενείς στον τομέα υγείας (Krug et al, 2002 · Mc Phaul & Libscob, 2004 · Leliott, 2006 · Estyn-Behar et al, 2008· Lanctot, 2014· Jiao M, 2015). Η λεκτική κακοποίηση στη διάρκεια του τελευταίου 12μήνου αποτέλεσε κοινή εμπειρία για το 51,8% των συμμετεχόντων χωρίς να παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά στον επιπολασμό της ανάμεσα στα δυο φύλα ($p=0,093$), σε αντίθεση με τη σωματική επίθεση από ασθενείς όπου θύμα της ήταν το 13,4% του

ανδρικού προσωπικού, ανεξάρτητα από την εμπειρία και την ηλικία τους.

Καμιά σχέση του επιπολασμού της επιθετικότητας των ασθενών με την ηλικία και το φύλο δεν βρήκαν και οι Abderhalden et al (2007) στην μελέτη τους σε 24 κλινικές οξείων από 12 ψυχιατρικά νοσοκομεία του Γερμανόφωνου τμήματος της Ελβετίας. Οι Nijman et al (2005) βρήκαν παρόμοια ποσοστά σωματικής βίας στον πληθυσμό των ψυχιατρικών νοσηλευτών (16,4%), αλλά πολύ υψηλότερη την αναλογία της λεκτικής κακοποίησης που κυμάνθηκε από 80-90%. Κατά πολύ υψηλότερα από τα δικά μας ήταν και τα ποσοστά έκθεσης των νοσηλευτών στη βία από ασθενείς στην έρευνα των Speroni et al (2014) οι οποίοι βρήκαν ότι 29,9% των νοσηλευτών ήταν θύματα σωματικής βίας και πάνω από τους μισούς (54,2%) είχαν δεχθεί λεκτική κακοποίηση. Αντίστροφα, οι Jiao et al (2015) χρησιμοποιώντας το ίδιο εργαλείο και χρόνο μέτρησης της βίας, στην εθνική έρευνα που διεξήγαγαν στη Κίνα με δείγμα 588 νοσηλευτών από επτά νοσοκομεία της χώρας βρήκαν επιπολασμό 7,8% για τη σωματική βία και 71,9% για τη «μη σωματική».

Οι Ραφτόπουλος και Σώλου (2003) στην έρευνά τους -η μοναδική που διεξήχθη στην Ελλάδα σε περιβάλλον ψυχιατρείου- για τον επιπολασμό των μορφών βίας από ασθενείς προς τους νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτές αναγνωρίζουν τον 4πλάσιο τον κίνδυνο της βίας για τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τους υπόλοιπους εργαζόμενους στο ψυχιατρείο, καθώς στη διάρκεια της καριέρας τους σχεδόν όλοι οι νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών είχαν εμπειρίες βίας από τους ασθενείς. Ωστόσο, η χρήση του διαφορετικού χρονικού ορίζοντα μέτρησης δεν επιτρέπει τη σύγκριση των αποτελεσμάτων τους με τα δικά μας. Γενικότερα, τα επίπεδα του επιπολασμού των μορφών βίας κατά του προσωπικού υγείας εμφανίζουν σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των χωρών, οι οποίες μάλλον αντικατοπτρίζουν τον βαθμό ευαισθητοποίησης των εργαζομένων στη βία από ασθενείς παρά την πραγματική εικόνα για την έκταση του φαινομένου (WHO, 2003).

Η συνέπεια τραυματισμού μικρού αριθμού των θυμάτων βίας στο συγκεκριμένο ψυχιατρικό νοσοκομείο (1 ειδικός ψυχίατρος, 6 νοσηλευτές και 3 βοηθοί νοσηλευτών), η ήπια -σε έκταση- βλάβη τους αλλά και η βραχύχρονη απουσία από την εργασία εξαιτίας της βίας, αποτελεί ένδειξη της κουλτούρας συναδελφικότητας που υπάρχει ανάμεσα στο προσωπικό (Γραμματικόπουλος και συν, 2013), η οποία λειτουργεί αντισταθμιστικά στη μειωμένη στελέχωση των κλινικών και δομών. Σημαντική για τη περιορισμένη έκταση των συνεπειών στα θύματα της βίας πιθανολογείται ότι είναι η πολυετής εμπειρία του προσωπικού η οποία αφενός προσδίδει το πλεονέκτημα πρόβλεψης των ενεργειών του υπόλοιπου προσωπικού (δήλωση με την οποία συμφώνησαν κατά Μ.Ο το 75,4%) σε κρίσιμες καταστάσεις κι αφετέρου -στην περίπτωση των

ακούσιων εισαγωγών- προσφέρει το πλεονέκτημα της προϋπάρχουσας θεραπευτικής σχέσης προσωπικού - ασθενών, αλλά και τη δυνατότητα γνώσης του ιστορικού του βίας που επιτρέπει την λήψη των κατάλληλων μέτρων πρόληψης.

Σε συμφωνία -με τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης- ως προς την ομάδα υψηλού κινδύνου (νοσηλευτές), αλλά σε αντίθεση ως προς την έκταση των βλαβών συνεπεία της σωματικής βίας ήταν τα αποτελέσματα του Owen (1998). Πιο συγκεκριμένα, ο Owen διερευνώντας αρχεία από κλινικές οξείας φροντίδας ψυχικά ασθενών στο Σύδνεϋ της Αυστραλίας, εντόπισε 1.289 περιστατικά σωματικής επίθεσης μέσα σε μια διετία, εκ των οποίων τα εννιά ήταν απειλητικά για τη ζωή των θυμάτων τους και ένα ήταν θανατηφόρο, ενώ θύματα της επιθετικότητας των ασθενών ήταν στις 587 περιπτώσεις το νοσηλευτικό προσωπικό, στις 30 οι γιατροί και στις 15 περιπτώσεις οι ψυχολόγοι. Οι Ukprong et al (2011) βρήκαν παρόμοια αναλογία μεταξύ των θυμάτων σωματικής βίας με τη δική μας και συγκεκριμένα ήταν κατά 82,3% νοσηλευτικό προσωπικό και 17,7% γιατροί, αλλά περίπου εννέα στις δέκα επιθέσεις κατά των νοσηλευτών οδήγησαν σε τραυματισμούς που χρειάστηκαν ιατρική περίθαλψη.

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι κλινικές των Οξέων περιστατικών και το Ψυχιατροδικαστικό τμήμα είναι οι χώροι όπου εκδηλώθηκαν πάνω από τις μισές σωματικές επιθέσεις κατά του προσωπικού, ενώ πιο ευάλωτοι στη λεκτική κακοποίηση είναι οι εργαζόμενοι στα τμήματα των Οξέων και τα ΕΙ.Ψ/ΤΕΠ. Τα Οικοτροφεία/Ξενώνες και τα ΚΨΥ αποτελούν τα ασφαλέστερα περιβάλλοντα έναντι του κινδύνου της σωματικής βίας για το προσωπικό, ενώ οι άνδρες ψυχολόγοι ένοιωθαν ως οι πλέον ασφαλείς στη κλινική ή τη δομή τους, σε αντίθεση με το νοσηλευτικό προσωπικό (κυρίως τους άνδρες) που είχε τη πεποίθηση ότι η ασφάλειά του -αλλά και των ασθενών- κινδυνεύει περισσότερο. Το εύρημα αυτό αποτελεί αντανάκλαση των αυξημένων παραγόντων κινδύνου που αντιμετωπίζει, διεθνώς, το προσωπικό των Οξέων και των τμημάτων Ψυχιατροδικαστικής στο επαγγελματικό του περιβάλλον, μεταξύ των οποίων η ακούσια νοσηλεία των ασθενών (Owen, 1998), η νοσηλεία ατόμων με σοβαρή ψυχοπαθολογία και αυξημένη πιθανότητα συνοσηρότητας, η ανάγκη για εφαρμογή θεραπευτικών παρεμβάσεων όπως ο σωματικός ή/και ο χημικός περιορισμός (Jonker et al, 2008) που ευθύνονται για το 1/3 των συμβάντων βίας κατά του προσωπικού (El Badri & Mellsoy, 2006) αλλά και η υψηλή πίεση χρόνου και φόρτου εργασίας (Etsryn-Behar et al, 2007· Camerino et al, 2008). Έτσι εξηγείται και γιατί οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν επιλέγουν να εργαστούν σε ψυχιατρικά περιβάλλοντα και ιδιαίτερα σε μονάδες οξείας ψυχιατρικής περίθαλψης (Bilgin & Buzlu, 2006).

Η ανησυχία των εργαζομένων για την ασφάλειά τους στην εργασία, εμφάνισε σημαντικές διαφορές ανάλογα με το περιβάλλον εργασίας ($p=0,01$) και την επαγγελματική ομάδα των

εργαζομένων ($p=0,019$), αποτελώντας μια πρόσθετη ένδειξη ότι η αντίληψη του προσωπικού για την επιθετικότητα σχετίζεται άμεσα με τις συνθήκες εργασίας και με τον τύπο ασθενών/πελατών με τους οποίους αλληλεπιδρούν στη κλινική/δομή τους, που αποτελεί κοινή διαπίστωση με αυτή των Laiho et al (2014). Σε συμφωνία με τα αποτελέσματά μας οι Caldwell et al (2006) - διερευνώντας όμοιο στη σύνθεσή του ερευνητικό πληθυσμό και χώρους ενδονοσοκομειακής ψυχιατρικής περίθαλψης- βρήκαν ομοιότητες στην «ατμόσφαιρα» μεταξύ των τμημάτων των Οξέων, αλλά συγκριτικά πιο βελτιωμένη ατμόσφαιρα στο τμήμα ψυχιατροδικαστικής η οποία σχετίστηκε με την υψηλότερη επαγγελματική αυτονομία, την τάξη και την οργάνωση που προϋποθέτει η ασφαλής λειτουργία ενός τέτοιου χώρου, ενώ παράλληλα διαπίστωσαν πως ο κίνδυνος για την ασφάλεια των εργαζομένων συνδέεται άμεσα και με το ποσό του χρόνου που ξοδεύουν οι επαγγελματίες υγείας με τους ασθενείς.

Η αυξημένη ανησυχία που παρουσιάζουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας 1^{ης} γραμμής που εργάζονται στα νοσοκομεία και οι κοινωνικοί λειτουργοί σε επίπεδο κοινότητας, σχετίζεται άμεσα με τις δυσμενείς συνθήκες εργασίας (υψηλή ένταση εργασίας, απρόβλεπτα και κρίσιμα συμβάντα) που αυξάνουν τον κίνδυνο έκθεσής τους στη βία (EU-OSHA, 2014). Όμως, τα αυξημένα ποσοστά ανησυχίας και άγχους του προσωπικού για τη βία λειτουργούν ως εκλυτικοί παράγοντες για την εκδήλωση μεγαλύτερου αριθμού επιθετικών συμβάντων (Ros et al, 2013), όπως και αυξημένο κίνδυνο να εκτεθούν σε περισσότερες επαγγελματικές ασθένειες και τραυματισμούς (Trinkoff et al, 2008).

Επίσης, πάνω από τους μισούς άνδρες δήλωσαν ότι νοιώθουν συχνά ή/και πολύ συχνά κουρασμένοι, ωστόσο υψηλότερα επίπεδα εξάντλησης μεταξύ των δυο φύλων εμφανίζουν οι γυναίκες. Οι νοσηλευτές και οι κοινωνικοί λειτουργοί παρουσίασαν αυξημένα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης σε αντίθεση με τους ψυχιάτρους και τους ψυχολόγους, εύρημα που είναι σύμφωνο με τα αποτελέσματα των Caldwell et al (2006). Επιπρόσθετα τα θύματα της βίας ($n=44$) εμφάνισαν συμπτώματα μετατραυματικού στρες (αγχώδης διαταραχή) με κυρίαρχα την έντονη εγρήγορση και επιφυλακή (45,7% - 68,2% έως) και τις επαναλαμβανόμενες ενοχλητικές σκέψεις ή εικόνες του συμβάντος (38,1% - 50,1%), εντούτοις ελάχιστοι απέφυγαν να μοιραστούν αυτές τις εμπειρίες με τους συναδέλφους τους (21,6%-22,8%). Γενικότερα στα θύματα βίας ανευρέθηκαν υψηλότερες τιμές άγχους καθώς και μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν έντονη ψυχική και σωματική εξάντληση μετά το ωράριο τους.

6. Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της μελέτης, διαπιστώθηκε ότι οι πεποιθήσεις του προσωπικού για το κλίμα ασφάλειας και τη βία διέφεραν ανά φύλο, ανά επαγγελματική ιδιότητα και χώρο απασχόλησης, αλλά δεν σχετίζονταν ούτε με την ηλικία ούτε με την επαγγελματική τους εμπειρία. Άνω του 50% των εργαζομένων δέχθηκε λεκτική κακοποίηση από ασθενείς το τελευταίο δωδεκάμηνο, το 13,4% έχει υποστεί σωματική επίθεση που οδήγησε στον τραυματισμό εργαζομένων εκ των οποίων το 90% ήταν ανδρικό νοσηλευτικό προσωπικό. Τα Κ.Ψ.Υ είναι το ασφαλέστερο συγκριτικά περιβάλλον, σε αντίθεση με τα τμήματα Οξέων περιστατικών, το Ψυχιατροδικαστικό και τα Ε.Ι.Ψ/ΤΕΠ που αντιπροσωπεύουν τους πιο επικίνδυνους χώρους εργασίας, γεγονός που μπορεί να συνδέεται με τη φάση της νόσου και τον τύπο της παρεχόμενης φροντίδας (ακούσια νοσηλεία).

Κατά την ανάλυση των συμπεριφορών ασφάλειας του προσωπικού με βάση τους παράγοντες SAQ διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις στάσεις εκείνων που ήταν μάρτυρες ή θύματα βίας και σε όσους δεν είχαν τέτοιες εμπειρίες. Τα άμεσα θύματά της εξέφρασαν αρνητική αντίληψη για το κλίμα ασφάλειας και τις συνθήκες εργασίας, ενώ εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα στρες, ωστόσο παρόμοια ήταν και η επίδραση στους μάρτυρες σωματικής βίας. Η μαρτυρία και η προσωπική εμπειρία λεκτικής κακοποίησης, συνδέθηκε επίσης με αρνητική βαθμολογία στους παραπάνω παράγοντες, μικρότερης όμως έντασης συγκριτικά με τη σωματική βία, ενώ διαπιστώθηκε σημαντική επικάλυψη των μορφών της βίας από τους ασθενείς γεγονός που ήδη έχει αναγνωριστεί από τον ΠΟΥ (WHO,2002), καθώς ένας στους τρεις μάρτυρες σωματικής κακοποίησης μπορεί να ήταν παράλληλα και θύμα λεκτικής κακοποίησης. Επιπλέον, η αντίληψη του προσωπικού για την προσωπική του ασφάλεια και την ασφάλεια των ασθενών, επηρέασε τους παράγοντες του κλίματος ασφάλειας και της ομαδικής εργασίας. Ακόμη και η μαρτυρία της σωματικής βίας επηρέασε τους παράγοντες της επαγγελματικής ικανοποίησης και της αναγνώρισης στρες, ενώ η ανησυχία του προσωπικού για τη βία επηρέασε στατιστικά σημαντικά τον παράγοντα αναγνώρισης στρες. Τόσο στα θύματα σωματικής βίας όσο και σε αυτά της λεκτικής κακοποίησης διαπιστώθηκαν υψηλότερες τιμές άγχους, καθώς και μεγαλύτερη πιθανότητα να δηλώσουν έντονη ψυχική και σωματική εξάντληση μετά το ωράριο τους.

Εν κατακλείδι, το συνολικό κλίμα ασφάλειας στις υπηρεσίες και δομές ΨΥ τη δεδομένη στιγμή που ερευνήθηκαν διαπιστώθηκε ότι είναι χαμηλό ($62,94 \pm 11,0$) και ως εκ τούτου δυσμενές. Η βία των ασθενών προς τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας με όποια μορφή κι αν εμφανίστηκε

(σωματική ή λεκτική) επηρέασε στατιστικά σημαντικά όχι μόνο τα άμεσα θύματά της αλλά και τους μάρτυρες της επίθεσης, οι οποίοι εμφάνισαν χαμηλότερες τιμές σε όλους τους παράγοντες του κλίματος ασφάλειας, πλην της αναγνώρισης του stress.

Στα πλαίσια αυτά τίθενται σημαντικά ζητήματα ποιότητας της εργασίας του προσωπικού στις κλινικές και δομές ψυχικής υγείας και κυρίως εκείνων που υπηρετούν σε ενδονοσοκομειακά περιβάλλοντα όπως τα τμήματα Οξέων, Ψυχιατροδικαστικής και ΤΕΠ. Επιπλέον, η υψηλή μέση ηλικία του προσωπικού θα πρέπει να ενταχθεί στα άμεσα προβλήματα της διοίκησης και να αντισταθμιστεί με προσλήψεις νέων ηλικιακά εργαζομένων, διότι αφενός εκθέτει το προσωπικό σε μεγαλύτερους κινδύνους για την υγεία του και την ασφάλεια δεδομένου ότι με την πάροδο του χρόνου κάθε μη θανατηφόρος τραυματισμός θα προκαλεί μεγαλύτερες βλάβες στα θύματα κι ως εκ τούτου μεγαλύτερο χρόνο αποκατάστασης κι αφετέρου θα λειτουργεί σε βάρος της αποδοτικότητας του οργανισμού καθώς θα αυξάνεται ο χρόνος απουσίας του προσωπικού από την εργασία εξαιτίας της βλάβης της υγείας τους.

Τέλος, με δεδομένο ότι τα θύματα της σωματικής βίας ήταν σχεδόν αποκλειστικά άνδρες (90%) νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών, αναδεικνύεται η ανάγκη υλοποίησης στρατηγικών προστασίας τους όπως η παροχή ευκαιριών εκπαίδευσης και κλινικής εποπτείας, αλλά και της κατάλληλης στελέχωσης των δομών Ψ.Υ με ανδρικό νοσηλευτικό προσωπικό, ιδιαίτερα τώρα που -ενόψει της οικονομικής κρίσης- τα περιστατικά σε οξεία φάση που απαιτούν ακούσια νοσηλεία έχουν αυξηθεί.

6.1. Περιορισμοί μελέτης

Ένας σημαντικός περιορισμός αφορούσε στο ερωτηματολόγιο του ΠΟΥ για τη λεκτική και σωματική βία, καθώς επρόκειτο για αναδρομική μελέτη η οποία απαιτούσε την ανάκληση εμπειριών βίας από όλο το 12μηνο που πιθανά να ξεχάστηκαν. Επίσης, μολονότι στο ερωτηματολόγιο συμπεριελήφθησαν οι ορισμοί του ΠΟΥ για τη σωματική βία και τη λεκτική κακοποίηση, υπάρχει ενδεχόμενο οι συμμετέχοντες να επηρεάστηκαν περισσότερο από τις προσωπικές τους πεποιθήσεις για τη βία κι ως εκ τούτου να αγνόησαν τα συμβάντα βίας που

ταυτίζουν με τη καθημερινότητά τους. Επίσης ένας περιορισμός σε σχέση με το ερωτηματολόγιο των στάσεων για την SAQ, η δήλωση N.27 «τα πολύ υψηλά επίπεδα του φόρτου εργασίας με ενεργοποιούν και βελτιώνουν την απόδοσή μου», η οποία ήταν αντίστροφης έννοιας για την αξιολόγηση της αναγνώρισης του στρες. Όπως διαπιστώθηκε από την περίπου ίση μέση αναλογία αυτών που συμφώνησαν κι εκείνων που διαφώνησαν με τη συγκεκριμένη δήλωση, μάλλον προκάλεσε σύγχυση στην κατανόησή της κι ενδεχομένως επηρέασε τις τιμές αναγνώρισης του stress προς τα κάτω.

Ένας ακόμη περιορισμός ήταν το γεγονός ότι ο ερευνητικός πληθυσμός της μελέτης ήταν επαγγελματίες ψυχικής υγείας των κλινικών και κοινοτικών δομών ενός συγκεκριμένου δημόσιου νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης, ενώ θα μπορούσαν να συμπεριλαμβάνονται και αντίστοιχες ειδικότητες από τον ιδιωτικό τομέα ή/και από τα γενικά νοσοκομεία τόσο της Θεσσαλονίκης όσο και της επαρχίας. Τέλος, η απουσία τόσο των ποσοτικών όσο και των ποιοτικών δεδομένων στο αντίστοιχο ερευνητικό πεδίο, σε τοπικό επίπεδο και σε εθνικό επίπεδο, δε διευκόλυνε τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μας, τα οποία αντανακλούν αποκλειστικά τις πεποιθήσεις του δείγματος που επέλεξε να συμμετάσχει.

6.2. Εφαρμογές Μελέτης

Δεδομένης της ισχυρής αντιπροσωπευτικότητας της μελέτης τόσο ενόψει του μεγάλου μεγέθους του δείγματος όσο και της συμμετοχής πολλών και διαφορετικών ειδικοτήτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, τα αποτελέσματα μπορεί να αξιοποιηθούν για βελτιωτικές παρεμβάσεις στην κουλτούρα ασφάλειας του προσωπικού των συγκεκριμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας αλλά και να γενικευθούν σε παρόμοια ψυχιατρικά περιβάλλοντα που λειτουργούν με την ευθύνη των γενικών νοσοκομείων. Σε επόμενη μελέτη θα ήταν ενδιαφέρον να διερευνηθούν τυχόν διαφορές στην κουλτούρα ασφάλειας μεταξύ όμοιας λειτουργίας κλινικών ή κοινοτικών δομών, για να διαφανεί ενδεχομένως και η επιρροή της ηγεσίας στη διαμόρφωση του κλίματος ασφάλειας στις δομές ψυχικής υγείας.

7. Βιβλιογραφία

Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Fisher JE & Haug HJ (2007). Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric ward in Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3:30-41

AbuAlRub RF, Gharaibeh HF & Basharayeh EI (2012). The relationships between safety climate, teamwork, and intent to stay at work among Jordanian hospital nurses. *Nursing Forum*, 47(1):65-75

Addo MA, Stephen AI & Kirkpatrick P (2012). Acute mental health psychiatric nurses' experiences of clinical supervision in promoting their well-being in their workplace: a systematic review. *JBJ Library on Systematic Reviews*, 10(56):1-16

Almutairi AF, Gander G & Mc Garthy A (2013). Perceptions of clinical safety climate of the multicultural nursing workforce in Saudi Arabia: a cross-sectional survey. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 20(3): 187-194.

Anderson A & West SG (2011). Violence against mental health professionals: When the treater becomes a victim. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(3): 34-39.

Antonius D, Fuchs L, Herbert F, Known J, Fried JL, Burton PR, Straka T, Levin Z, Caligor E & Malaspina D (2010). Psychiatric assessment of aggressive patients: a violent attack on a resident. *The American Journal of Psychiatry*, 167(3):253-259.

APNA (2008). Workplace violence. Position Statement. *American Psychiatric Nurses Association* www.apna.org (προσπελάστηκε 29/4/2014)

Aquilina C (1991). Violence by psychiatric in-patients. *Medicine, Science and Law*, 31(4):306-312

Arnetz JE & Arnetz BB (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care, *Social Science and Medicine*, 52(3):417-427

Aytac C & Dursun S (2011). The effect on job satisfaction and stress of the perceptions of violence climate in the workplace. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 2(3):70-77

Bejean S & Sultan-Taieb H (2005). Modeling the economic burden of diseases. *The European*

Journal of Health Economics, 6(1): 16-33

Bilgin H & Buzlu S (2006). A study of psychiatric nurses' beliefs and attitudes about work safety and assaults in Turkey. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(1):75-90

BLS (2014a). Nonfatal occupational injuries and illness requiring days away from work 2013. Bureau of Labor Statistics US, USDL-14-2246 Dec 16,2014

BLS (2014b). Industry Injury and Illness Data. *Bureau of Labor Statistics*, Dec, 2014. <http://www.bls.gov> (προσπελάστηκε 2/5/2015)

Bowers L, Nijman H, Simpson A & Jones J (2011a). The relationship between leadership, team-working, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(2):143-148

Bowers L, Stewart D, Papadopoulos C, Dack C Ross J, Khanom H & Jeffery D (2011b). Inpatient violence and aggression: A literature review. Report from the conflict and containment reduction research program, Institute of Psychiatry King College London

Bronkhorst B, Tummers LG, Steijn B & Vijverberg D (2014). Organizational climate and employee mental health outcomes: a systematic review of studies in health care organizations. *Health Care Management Review*, Apr 2014 ssm.com/abstract=2428702

Brown BG & Burns C (2013). Hospital violence and the role of the occupational health nurse. *Workplace Health and Safety*, 61(11):475-478

Cal/OSHA(1998). *Guidelines for security and safety of Health Care and Community Service Workers*. Division of Occupational Safety and Health, State of California <https://www.dir.ca.gov/dosh/.../worksecurity.html> (προσπελάστηκε 5/11/2014)

Cal/OSHA (1995). Guidelines for workplace security. Division of Occupational Safety and Health, State of California. <https://www.dir.ca.gov/dosh/.../worksecurity.html> (προσπελάστηκε 5/11/2014)

Caldwell BA, Gill KJ, Fitzgerald E, Sclafani M & Grandison P (2006). The association of ward atmosphere with burnout and attitudes of treatment team members in a state psychiatric hospital. *American Journal of Psychiatry Rehabilitation*, 9(2)111-129

Camerino D, Estryng-Behar M, Conway PM, Van Der Heijden BIJM & Hasselhorn HM (2008).

- Work- related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study, *International Journal of Nursing Studies*, 45(1):35-50
- Cassito MG, Fattorino E, Gilioli R, Rengo C & Gonik V (2003). Raising awareness of psychological harassment at work. WHO, Protecting Workers Health Series No 4, Geneva
- CDC (2014). Workplace violence prevention. Strategies and research needs. Report from the conference Partnering in workplace prevention: Translating research to practice, November 17-19, 2004 Baltimore, Maryland. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, NIOSH, 5-5
- Chapell D & Di Martino V (2006). Patterns and Trends in Violence at work. In: Violence at work (chapter 2) Third Edition, International Labor Office/ILO, Geneva, 30-30
- Chen W-C, Hwu H-G, Lin Y-P & Guo Y-LL, Su T-S, Wang J-D (2010). Workplace violence from psychiatric patients. *Journal of Occupational Safety and Health*, 18:163-176
- Chen W-S, Sun Y-H, Lan T-H & Chiu H-J (2009). Incidence and risk factors of workplace violence on nursing staffs caring for chronic psychiatric patients in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(11): 2812-2821
- Chen WS, Hwu HG, Kung SM, Shiu HJ & Wang JD (2008). Prevalence and determinants of workplace violence of healthcare workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *Journal of Occupational Health*, 50(3): 288-293
- Ching H, Daffern M, Martin T & Thomas S (2010). Reducing the use of seclusion on a forensic psychiatric hospital: assessing the impact on aggression, therapeutic climate and staff confidence. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(5):737-760.
- Cohen J (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd Ed). Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey, 273-406
- Colla JB, Bracken AC, Kinney LM & Weeks WB (2005). Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Quality and Safety in Health Care*, 14(5):364-366
- Cooper CL and Swanson N (2001). Workplace violence in the health sector, State of Art, WHO, Geneva, 3-18
- Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Steward D & Bowers L (2013). A review and meta-analysis of

the patient's factors associated with psychiatric inpatient aggression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4):255-268

De Jong E & Nijman HLI (2007). Changes in violence risk factors over time in a sample of forensic psychiatric patients in the Netherlands. In: Callaghan H, Palmstierna T, Oud N, Adm N (Eds), *Violence in Clinical Psychiatry*, Kavanah, Netherlands, 6-58

Deilkas ET & Hofoss D (2008). Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short-Form 2006). *BMC Health Services Research*, 8:191-200

Denison DR (1996). What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars. *The Academy of Management Review*, 23(3):619-654

Di Martino V (2003). Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. ILO/ICN/WHO/PSI, Geneva, 2003

Di Martino V, Hoel H & Cooper CL (2003). Preventing violence and harassment in the workplace. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxemburg, ISBN 92-897-0211-7

Di Martino V (2002). Workplace violence in the health sector – country case studies. Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an additional Australian study: Synthesis Report. ILO/ICN/WHO/PSI. Joint Program on workplace violence in Health Sector, Geneva

Donabedian A (1988). The Quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, Sept 23/30, 260(12):1743-1748

Duxbury J (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage impatient aggression and violence in one mental health unit: a pluralistic design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3):325-337

El-Badri SM & Mellso G (2006). Aggressive behavior in an acute general psychiatric unit. *Psychiatric Bulletin*, 30: 166-168

Elliott PP (1997). Violence in healthcare: what nurse managers need to know. *Nursing*

Management, 28(12): 38-41

Estryn-Behar M, van der Heijden IJM, Oginska H, Camerino D, Le Nezet O, Conway PM, Fry C & Hasselhorn HM: NEXT study group (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout and personal factors upon intent to leave among European nurses: *Medical Care*, 45(10):939-950

EU-OSHA (2014). Current and emerging occupational safety and health (OSH) issues in the healthcare sector including home and community care. De Jonge T, Bos E, Pawlowska -Cyprysiak K, Hildt-Ciupinska K, Malinska M, Nikolesku G, Trifu A. European Risk Observatory Report ISSN: 1831 9343, EU-OSHA, Luxemburg

EU-OSHA (2010). Workplace violence and harassment: a European picture. In: European Risk Observatory Report, Luxemburg, 16-88

European Commission (2008). Measuring the quality of employment in the EU in Employment in Europe 2008, ISBN: 978-92-79-09809-3, Brussels, 147-173

Farmakas A, Papastavrou E, Siskou O, Karayiannis G & Theodorou M (2013). Challenges in mental health nursing: working in institutional or community settings. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing*, 21(1): 39-45

Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin G & Langstrom N (2010). Bipolar disorder and violent crime : new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 67(9):931-938

Felknor SA, Aday LA, Burau KD, Delclos GL & Kapadia AS (2000). Safety climate and its association with injuries and safety practices in public hospital in Costa Rica. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 6(1):18-25

Flannery RB & Hanson MA & Penk W (1995). Patients' threats. Expanding definition of assault. *Gen Hospital Psychiatry*, 17(6):451-453

Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S & Robertson EM (2006). Measuring safety climate in health care. *Quality and Safety Health Care*, 15(2):109-115

Flin R, Mearns K, O' Connor P, Bryden R (2000). Measuring safety climate: identifying the common features. *Safety Science*, 34: 177-192

Gabrani A, Hoxha A, Simaku A & Gabrani JC (2015). Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian Hospital : a cross-sectional study. *BMJ Open*, 5(4): 1-10

Gates DM, Gillespie GL & Succop P (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing Economics*, 29(2):59-66

Geiger – Brown J, Trinkoff AM, Nielsen K, Lirtmunlikaporn S, Brady B & Vasquez EI (2004). Nurses' perception of the work environment, health and well-being: a qualitative study. *AAOHN J*, Jan, 52(1):16-22

Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner MN, Geisser MS, Ryan AD, Mongin SJ & Watt GD (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work-related violence: The Minnesota Nurses' study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(6):495-503

Gerson RRM (2001). Information collection and reporting of violence at work in the health sector, in State of Art, Cooper CL, Swanson N, WHO, Geneva, 19-34

Gerson RRM, Stone PW, Zeltser M, Faucett J, MacDavitt K & Chou S-S (2007). Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. *Industrial Health*, 45:622-636

Gerson RRM (2001). Information collection and reporting of violence at work in the health sector. In: State of Art, Cooper CL, Swanson N, WHO, Geneva, 19-34

Gifford ML & Anderson JE (2010). Barriers and motivating factors in reporting incidents of assaults in mental health care. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 16(5):288-298

Gimeno D, Barrientos – Gutierrez T, Burau KD & Felknor SA (2012). Safety climate and verbal abuse among public hospital-based workers in Costa Rica. *Work*, 42(1):29-38

Gonzalez ER, Cockburn W and Irastorza X (2009). (ESENER). Managing safety and health at work. EU-OSHA

Gould M (2000). Security alert. *Nursing Times*, 96(39): 26-28

Hallett N, Huber JW & Dickens GL(2014). Violence prevention in inpatient psychiatric settings: Systematic review of studies about the perceptions of care staff and patients. *Aggression and Violent Behavior*, 19:502-514

- Happell B & Koehn S (2010). Seclusion as a necessary intervention: the relationship between burnout, job satisfaction and therapeutic optimism and justification for the use of seclusion. *Journal of Advanced Nursing (JAN)*, 67(6):1222-1231
- Hewitt JP & Levin P (1997). Violence at workplace. *Annual Review of Nursing Research*, 15:81-89
- Hilton AD & Skrutkowski M (2002). Translating instruments into other languages: development and testing processes. *Cancer Nursing*, 25(1):1-7
- HSE (2005). A review of safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit. Research report 367, Health and Safety Executive, ISBN 07176 6141X
- Huang DT, Clermont G, Sexton JB, Carlo CA, Miller RG, Weissfeld LA, Rowan KM & Angus DC (2007). Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. *Critical Care Medicine*, 35(1):165-176
- IAEA (1991). Safety culture: a report by the international nuclear safety advisory group, Safety Series No. 75-INSAG-4. International Atomic Energy Agency, Vienna , 4-4
- ILO. Violence and stress. International Labor Organization *ILO* www.ilo.org (προσπελάστηκε 27/12/2014)
- IOM (2001). Crossing the quality of hasm: a new Health System for the twenty-first century. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington
- IOM (1999). To Err is Human: building a safer health system. Institute of Medicine, Washington, DC, National Academy Press, 20-23
- IOSH (2014). Promoting a positive culture. A guide to health and safety culture www.iosh.co.uk/~media/Documents/Books%20and%20resources/Guidance%20and%20tools/Promoting%20a%20positive%20culture.ashx (προσπελάστηκε 6/5/2015)
- Ito H, Eisen SV, Sedener LI, Ymada O & Tachimori H (2001). Factors affecting psychiatric nurses' intention to leave their current job, *Psychiatric Services*, 52(2): 232-234
- Jackson D, Clare J & Mannix J (2002). Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*, 10:13-20

- Jiao M & Ning N, Li Y, Gao L, Cui Y, Sun H, Kang Z, Liang L, Wu O, Hao Y (2015). Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 2015:5 <http://bmjopen.bmj.com/content/5/3/e006719#> (προσπελάστηκε 21/5/2015)
- Jones J and Lyneham J (2001). Violence: part of the job for the Australian nurses? *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2000 Dec-2001 Feb, 18(2):27-32
- Jonker EJ, Goossens PJ & Steenhuis IH, Oud NE (2008). Patients' aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(6):492-499
- Karanikola MNK & Kaite C (2013). Greek-Cypriot mental health nurses' professional satisfaction and association with mild psychiatric symptoms. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22 (4):347-358
- Kelen GD, Gatlett CL, Kubit JG & Hsieh Yu-H (2012). Hospital-based shootings in the United States: 2000 to 2011. *Annals of Emergency Medicine*, 60(6), 790-797
- Kitaneh M & Hamdam M (2012). Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMJ Health Services Research*, Dec 20; 12:469 doi: 10.1186/1472-6963-12-469
- Kowalenko T, Cunningham R, Sachs CJ, Core R, Barata IA, Gates D, Hargaten SW, Josephson EB, Kamat S, Kerr HD & McClain A (2012). Workplace violence in the emergency medicine: current knowledge and future directions. *Journal of Emergency Medicine*, 43(3), 523-521
- Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL & Zwi AB (2002). The world report on violence and health. *Lancet*, 1083-1088
- Kumar S, Fisher J, Ng B, Clarke S & Robinson E (2006). Prosecuting psychiatric patients who assault staff: A New Zealand perspective psychiatry and the law. *Australasian Psychiatry*, 14(3):251-255
- Laiho T, Lindberg N, Joffe G, Putkonen H, Hottinen A, Kontio R & Sailas E (2014). Psychiatric staff on the wards does not share the same attitudes on aggression. *International Mental Health Syst*, 8:14 doi:101186/1752-4458-8-14
- Lanctot N & Guay S (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: a

systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5) 492-501

Leather Ph (2001). Workplace violence: scope, definition, and global context. In: Workplace violence in the health sector, In state of the Art, Cooper GL and Swanson N, WHO, 3-18

Leech NL, Barrett KC and Morgan GA (2005). SPSS for intermediate statistics: use and interpretation: Routledge.

Leka S & Jain A (2010). Health Impact of Psychosocial Hazards at work: an overview. WHO library cataloging -in- publication data

Lelliot P (2006). Acute inpatient psychiatry in England: An old problem and a new priority. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 15(2):91-94

Lopes H, Lagoa S & Calapez T (2014). Declining autonomy at work in the EU and its effect on civic behavior. *Economic and Industrial Democracy*, 35(2):341-366

Luck LJ, Jackson D and Usher K (2007). Innocent or capable: meaning that emergency department nurses ascribe to individual acts of violence. *Journal of Clinical Nursing*, 17(8):1071-1078

Mardon R, Khanna K, Sorra J, Dyen N & Famolaro T (2010). Exploring relationship between patient safety culture and adverse events. *Journal of Patient Safety*, 6(4): 226-232

Mc Caan TV Baird J & Muir-Cohrane E (2014). Attitudes of clinical staff toward the causes and management on aggression in acute old psychiatry inpatients units. *BMC Psychiatry*, 14:80 doi: 10.1186/1471-244X-14-80

Mc Phaul KM & Lipscomb JA (2004). Workplace violence in health care. Recognized but not regulated. *Online Journal of Issues in Nursing*, Sept 30;9(3):7

Mc Caughey D, McGhan G, DelliFraine JL & Brannon DS (2011). Perception is reality: How patients contribute to poor workplace safety perceptions. *Health Care Management Review*, 36(1):18-27

Mearns KJ, Whitaker SM & Flin RA (2003). Safety climate, safety management practice and safety performance in offshore environments. *Safety Science*, 41(8):641-680

Modac I, Sexton B, Lux TR, Helmreich RL & Thomas EJ (2007). Measuring safety culture in the

ambulatory setting: The Safety Attitudes Questionnaire – Ambulatory Version. *Society of General Internal Medicine*, 22 (1): 1-5

Moyo N & Robinson P (2012). The safety of nurses during the restraining of aggressive patients in an acute psychiatric unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 29(3):5-15

Nie N, Hull C & Bent D (2011). IBM Statistical Package for the social sciences (SPSS version 20). IBM Computer software, Chicago, IL:SPSS

Nieva VF & Sorra J (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in health care organizations. *Qual Saf Health Care*, 12(suppl II):ii17-ii23

Nieva VF, Fleishman EA & Rieck A (1985). Team dimensions: their identity, their measurement and their relationships. US Army Research Institute for the Behavioral and Social Sciences. <http://www.researchgate.net/publication/235175822> προσπελάστηκε 10/3/2015

Nijman H, Bowers L, Oud N & Jansen G (2005). Psychiatric nurses' experience with inpatient aggression. *Aggressive Behavior*, 31(3):217-227

NIOSH (2002). Violence: Occupational hazards in hospitals. National Institute for Occupational Safety and Health Publication No 2002-101, Washington, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention DHHS (NIOSH).

Noble P & Rodger S (1989). Violence by psychiatric in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 40(1):41-46

Ogden J (2000). Η ψυχολογία της υγείας. Μ. Λουμάκου Μ και Α.Σ. Αντωνίου (Επιμ), Β΄ έκδοση, Παρισιάνου ΑΕ, Αθήνα, 56

ORCaB (2009). Improving quality and safety in the hospital: the link between organization culture, burnout and quality of care. Panagopoulou E and Triarhoy L, Aristotle University of Thessaloniki.

OSHA (2004). Guidelines for preventing workplace violence for Health Care and Social Service workers, 3148 01R 2004

Owen C, Tarantello C, Jones M & Tennant C(1998). Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatric Services*, 49(11):1452-1457

- Parent – Thirion A, Fernandez Maclas E, Hurley J & Vermeulen G (2007). Eurofound Working Conditions Survey, Fourth European Working Conditions Survey, European Foundation for the improving of living and working conditions, Luxemburg, 38-40
- Porter S (2009). Συμβολική διάδραση. Στο: Porter S, Κοινωνιολογία για επαγγελματίες υγείας, μετάφραση Καρανικόλα Μ, Πασχαλίδης ΕΠΕ. Αθήνα, 105-123
- Privitera M, Weisman R, Cerulli C, Tu X & Groman A (2005). Violence toward mental health staff and safety in the work environment. *Occupational Medicine*, 55(6):480-486
- Raftopoulos V & Pavlakis A (2013). Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. *Journal of Critical Care*, 28(1):51-61
- Raftopoulos V, Savva N & Papadopoulou M (2011). Safety culture in the maternity units: a nationwide hospital survey using the Safety Attitudes Questionnaire. *BMJ Health Services Research*, 11: 238-248
- Relihan E, Glynn S, Daly D, Silke B, Ryder S (2009). Measuring and benchmarking safety culture: application of the Safety Attitudes Questionnaire to an acute medical admissions unit. *Irish Journal of Medical Science*, 178(4):433-439
- Rice PL (2005): Τα μοντέλα για το στρες: Συμπτώματα, πηγές, αντιμετώπιση. Στο: Η ψυχολογία της υγείας, μετάφραση Μπαρμπάτση, Μ. ΕΛΛΗΝ, Αθήνα, 247-289
- Riehle A, Braun BI & Hafiz H (2013). Improving patient and worker safety: exploring opportunities for synergy. *Journal of Nursing Care Quality*, 28(2):99-102
- Robbins S, Judge T, Millet B, Boyle M (2014) Organizational Behavior. 7th Edition , Pearson Australia, 2014, 66-80
- Ros N, Van der Helm P, Wissing I, Stams GJ & Schaftenar P (2013). Institutional climate and aggression in a secure psychiatric setting. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 14(6):71-727
- Schablon A, Zeh A, Wendeler D, Peters C, Wohler C, Harling M & Niehans A (2012). Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2:e001420 pp 1-10

<http://dx.doi.org/10.1136/mbgopen-2012-001420> (προσπελάστηκε 24/1/2015)

Scott A, Ryan A, James IA & Mitchel EA (2011). Psychological trauma and fear for personal safety as a result of behaviors that challenge in dementia: The experience of healthcare workers. *Dementia Journal*, 10(2): 257-269

Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts PR & Thomas EJ (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emergence research. *BMC Health Services Research*, 6:44-54

Shein EH (1985). *Organizational culture and leadership* (1st Ed). Jossey-Bass, San Francisco, 8

Schneider B, Ehrhart MG & Macey WH (2013). Organizational climate and Culture. *Annual Review of Psychology*, 64:361-388

Singh JP, Fazel S, Gueorgieva R & Buchanan A (2014). Rates of violence in patients classified as high risk by structured risk assessment instruments. *The British Journal of Psychiatry*, 204(3):180-187.

Siu OL, Phillips DR & Leung TW (2003). Age differences in safety attitudes and safety performance in Hong Kong construction workers. *Journal of Safety Research*, 34(2):199-205

Somani RK & Khowaja K (2012). Workplace violence toward nurses: a reality from the Pakistani context. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(3):148-153

Sperber AD (2004). Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*, 126(1 Suppl):S124-S128, *Cancer Nursing*, 25(1):1-7

Speroni KG, Fitch T, Dawson E, Dugan L & Atherton M (2014). Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. *Journal of Emergency Nursing*, 40(3):218-228

Stuart I. (2003). Violence and mental illness: an overview. *World Psychiatry*, 2(2):121-125

Sullivan EJ & Decker PJ (2008). Μείωση της τάσης για αποχώρηση και διατήρηση του προσωπικού. Στο: Sullivan EJ & Decker PJ (eds), *Αποτελεσματική ηγεσία και διοίκηση στις υπηρεσίες υγείας*. Μετάφραση - επιμέλεια Θ. Μπελλάλη, Γκούρδας Μ, Αθήνα, 302-311

Taylor JA, Dominici F, Agnew J, Gerwin D, Morlock L & Miller MR (2012). Do nurse and

patient injuries share common antecedents? An analysis of associations with safety climate and working conditions. *MBJ Quality and Safety*, 21(2): 101-111

The Health Foundation (2011). Measuring safety culture. http://patientsafety.health.org.uk/sites/default/files/resources/measuring_safety_culture.pdf (προσπελάστηκε 29/12/2014)

The Joint Commission (2012). Improving patient and worker safety: opportunities for synergy, collaboration and innovation. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission, Nov 2012 <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/TJC-ImprovingPatientAndWorkerSafety-monograpf.pdf> (προσπελάστηκε 11/12/2015)

Trinkoff AM, Geiger-Brown JM, Caruso CC, Lipscomb JA, Johantgen M, Nelson AL, Sattler BA & Selby VL (2008). Personal safety for nurses in Patient safety and quality: An evidence-based Handbook for nurses, Vol 2 In: Patient Safety and Quality, Hughes RG (eds), Rockville, 473-507

Ukpong DI, Owoeye O, Udofia O, Abasiubong F & Ukpong S (2011). Violence against mental health staff: a survey in a Nigerian psychiatric hospital. *The Psychiatrist*, 35(1): 46-49

Van den Helm GHP and Stams GJJM (2012). Conflict and coping by clients and group workers in a secure residential facilities. In Oei K. and Groenhuizen M (eds), Progression in forensic psychiatry: about boundaries. University of Amsterdam. 553-564

Van Emmerik HIJ, Euwema MC & Bakker AB (2007). Threats of workplace violence and buffering effect of social support. *Group and Organizational Management*, 32(2):152-176

Varonen V & Mattila M (2000). The safety climate and its relationship to safety practices, safety of work environment and occupational accidents in eight wood processing companies. *Accident Analysis and Prevention*, 32 (6):761-769

Vincent C, Taylor-Adams S & Stanhope N (1988). Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. *BMJ*, April 11, 316(7138):1154-1157

Wiatrowski JW. The BLS Survey of occupational injuries and illnesses: a primer. *American Journal of Industrial Medicine*, 57(10):1085-1089

Whittington R & Wykes T(1994). Violence in psychiatric hospitals: Are certain staff prone to being assaulted? *Journal of Advanced Nursing*, 19(2):219-225

WHO (2014). Global status report on violence prevention 2014. World Health Organization, Geneva, 8-15

WHO (2005). Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector: the training manual. ILO/ICN/WHO/PSI

WHO (2003). Workplace violence in the Health Sector. Country case studies research instruments, Survey Questionnaire English. Joint program on workplace violence in the health sector, ILO/ICN/WHO/PSI, Geneva

WHO (2002a). Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. Joint program on workplace violence in the health sector, ILO/ICN/WHO/PSI, Geneva

WHO (2002b). Violence - a global public health problem, in World report on violence and health. Krug EE, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World Health Organization, Geneva: 3- 21

WHO (1995). Violence: a public health priority, Geneva, 1995, World Health Organization

Wolf LA, Delao AM & Perhats G (2014). Nothing changes, nobody cares: understanding the experience of emergency nurses physically or verbally assaulted while providing care. *Journal of Emergency Nursing*, 40(4):305-310

Zimmermann N, Kung K, Sereika SH Engeberg S, Sexton B & Schwendimann R (2013). Assessing the Quality Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospital – a validation study. *BMC Health Services Research*, Sept 10, 13:347

Zohar D (2000). A group level model of safety climate: testing the effect of group climate in mikro accidents in manufactured jobs. *Journal of Applied Psychology*, 85(4):587-596

Zohar D, Livne Y, Tenne – Gazit O, Admi H & Donchin Y (2007). Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. *Critical Care Medicine*, 35(5):1312-1317

ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ. <http://el.wikipedia.org> (προσπελάστηκε 21/4/2015)

Γαλάνης Π (2013). Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(1):97-110

Γραμματικόπουλος ΗΑ, Καρυπίδης ΣΑ, Μόραλης Δ, Σαδραζάμης Α, Αθηναίου Δ, Γκιουζέπας Ι (2013). Παράγοντες παρακίνησης εργαζομένων και κίνητρα απόδοσης ως εργαλεία

αποτελεσματικής διαχείρισης. Μελέτη σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(1):46-58

Δάικου Α, Δήμου Α (2001). Οδηγός κατάταξης των επιχειρήσεων ανάλογα με το βαθμό επικινδυνότητας. Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής & Ασφάλειας της Εργασίας -ΕΛΙΝΥΑΕ http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/teliko%20stakod.1233152244531.pdf

ΕΛΙΝΥΑΕ. Οδηγία 89/391/ΕΟΚ του Συμβουλίου της 12^{ης} Ιουνίου 1989 σχετικά με την εφαρμογή μέτρων για την προώθηση της βελτίωσης της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων κατά την εργασία. Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής & Ασφάλειας της Εργασίας http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/89-391.1153390873056.pdf (3/2/2015)

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2007). Βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας στην εργασία: κοινοτική στρατηγική 2007-2012 για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία, Βρυξέλλες, COM, 62 τελικό

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2002). Προσαρμογή στις αλλαγές της εργασίας και της κοινωνίας: μια νέα κοινοτική στρατηγική υγείας και ασφάλειας 2002-2006, Βρυξέλλες, COM (2002), 12-12

Καραϊσκού Α (2012). Αξιολόγηση κλίματος ασφάλειας σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Παθολογικά τμήματα Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, Μεταπτυχιακή διατριβή, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Αθήνα

Κούσουλος Γ (2013). Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών όπως την αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές σε δημόσιο νοσοκομείο της Κύπρου. Μεταπτυχιακή διατριβή, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία

Μεϊντάνη Χρ (2013). Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας σε νοσηλευτικά τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου παιδών. Μεταπτυχιακή διατριβή, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Αθήνα

Μουστάκα Ε, Αντωνιάδου Φ, Μαλλιαρού Μ, Ζάνζος ΕΙ, Κυριάκη Κ και Κωνσταντινίδης ΘΚ (2010). Διερεύνηση εργασιακού στρες νοσηλευτικού προσωπικού - συγκριτική μελέτη μεταξύ νοσοκομείων πρωτεύουσας και περιφέρειας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 30(3):90-96

Μπαμπινιώτης Γ (1998). Λεξικό της νέας Ελληνικής γλώσσας, Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα

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

Μπουραντάς Δ (2002). Κουλτούρα στο μάνατζμεντ. Γ. Μπένου, Αθήνα, 541-572

Νόμος 1568/1985 (1985) «Υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων». Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 177Α/85)

Νόμος 2071/1992 (1992). Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Κεφάλαιο Στ΄ Ψυχική Υγεία (ΦΕΚ 123^Α/15-7-1992, άρθρα 95-100)

Παρασκευά Ε (2009). Οργανωσιακή κουλτούρα και περιβάλλον. Διερεύνηση καλών πρακτικών σε επιχειρήσεις καινοτομίας στην Ελλάδα. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, 37-41

Παυλίδης Ι, Αγγελίδης Γ, Πανταζή Ο, Μπουκτσή Μ, Γκόλια Ι, Καρπούζα Β, Παπαδοπούλου Μ, Κανιστράς Αν (2002). Επιθετικότητα στο ψυχιατρείο: συγκριτική άποψη προσωπικού και ασθενών. *Εγκέφαλος*, Απρίλιος –Ιούνιος, 39(2): 6-9

Πετρίδης Ε (2012). Διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους γενικού νοσοκομείου της Κύπρου, Μεταπτυχιακή διατριβή, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία

Ποινικός Κώδικας (1951). Φύλαξη ακαταλόγιστων εγκληματιών, Άρθρο 69. Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων.

Προδρόμου Μ (2011). Μελέτη καταγραφής της οργανωτικής κουλτούρας και του βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων των νοσηλευτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας της Κύπρου, Μεταπτυχιακή διατριβή, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία

Ραγιά Α (2009). Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Γ.Β. Παρισιάνος, Αθήνα

Ραφτόπουλος Β και Σώλου Ε (2003). Η βία προς το νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρείων. *Νοσηλευτική*, 42(1):219-227

Ραφτόπουλος Β και Θεοδοσοπούλου Θ (2002). Μεθοδολογία στάθμισης μιας κλίμακας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 19(5):577-589

Σκαραγκάς Δ (2002). Εγκληματίας ψυχασθενής. Ένας επικίνδυνος μύθος, Ιανός, Θεσσαλονίκη

Σταθάκη Μ (2013) Διερεύνηση του επαγγελματικού άγχους ως παράγοντας επιβάρυνσης της ψυχοσωματικής υγείας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Μεταπτυχιακή διατριβή, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Αθήνα

Τανανάκη Μ (2014). Επαγγελματίες ψυχικής υγείας αντιμετωπίζω με το άγχος και την κατάθλιψη. Η περίπτωση των εργαζομένων σε δομές της Θεσσαλονίκης. Μεταπτυχιακή διατριβή, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Θεσσαλονίκη

5. Παραρτήματα

Παράρτημα 1 : Ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι απολύτως προσωπικό και ανώνυμο. Αποσκοπεί στη διερεύνηση της επίδρασης των περιστατικών βίας, στο κλίμα ασφάλειας μιας δομής ψυχικής υγείας. Δεν υπάρχουν «σωστές» ή «λανθασμένες» απαντήσεις, απεναντίας είναι πολύτιμη η αυθόρμητη και ειλικρινής απάντησή σας γύρω από κάθε θέμα και όχι στη βάση αυτού που νομίζετε ότι θα «έπρεπε» να απαντήσετε.

Εάν αποδέξεσθε να συμμετάσχετε στην έρευνα, παρακαλώ βάλετε μια μονογραφή στο δεξί κάτω μέρος της σελίδας.

Μονογραφή

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα 2. Ηλικία: _____ (χρονών)
3. Οικογενειακή Κατάσταση: Άγαμος , Έγγαμος , Διαζευγμένος , Χήρος , Συμβίωση
4. Είστε Υπάλληλος: Μόνιμος , Αορίστου Χρόνου , Συμβασιούχος
5. Επαγγελματική Ιδιότητα: (παρακαλώ κυκλώστε το αντίστοιχο γράμμα της αλφαβήτου)
Α) ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ - ΕΙΔΙΚΟΣ Β) ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ Γ) ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ, Δ) ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Ψ.Υ. Ε) ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ,
ΣΤ) ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΔΕ, Ζ) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ, Ζ) ΑΛΛΗ _____
6. Συνολικός χρόνος άσκησης του επαγγέλματός σας: _____ (χρόνια)
7. Συνολικός χρόνος άσκησης του επαγγέλματός σας στο παρόν νοσοκομείο: _____ (χρόνια)
8. Έχετε εργαστεί σε άλλο Νοσοκομείο; ΝΑΙ ΟΧΙ
9. Αν ναι, παρακαλώ βαθμολογήστε αυτό το νοσοκομείο σε σχέση με τα άλλα (0 -10) _____
10. Αριθμός προσωπικού που είναι παρών μαζί σας τον περισσότερο εργασιακό σας χρόνο (>50%):
ΚΑΝΕΝΑΣ , 1-2 ΑΤΟΜΑ , 3-5 ΑΤΟΜΑ , 6-10 ΑΤΟΜΑ , >10 ΑΤΟΜΑ
11. Αισθάνεστε ότι το επάγγελμά σας αποτελεί πηγή άγχους για εσάς; ΝΑΙ , ΟΧΙ
- 11.1. Εάν ναι, πόσο θα βαθμολογούσατε το άγχος σας; (από 0 έως 10) _____

12. ΜΟΝΑΔΑ που υπηρετείτε την παρούσα χρονική στιγμή :

Α) ΟΞΕΩΝ □, Β) ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ □, Γ) ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ □, Δ) Ε.Ι ΨΥΧ/ΚΗΣ - ΤΕΠ/Ψ □, Ε) ΕΙ. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ - ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ □, ΣΤ) ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ □, Ζ) ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ /ΞΕΝΩΝΑΣ □, Η) ΚΨΥ □, Θ) ΑΛΛΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΨΝΘ

13. Εργασιακή εμπειρία στην παρούσα μονάδα – κλινική _____ (χρόνια)

14. Η εργασία σας στο συγκεκριμένο μονάδα/κλινική ήταν δική σας επιλογή; ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

15. Πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα των υπηρεσιών στην κλινική σας; (0 -10) _____

16. “Είμαι ικανοποιημένος από την ποιότητα συνεργασίας μου με τους Νοσηλευτές”: (0 - 10) _____

17. “Είμαι ικανοποιημένος από την ποιότητα συνεργασίας μου με τους Γιατρούς”: (0 - 10) _____

18. Πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο τμήμα σας; (από 0 έως 10) _____

19. Πόσο ασφαλείς νοιώθετε στη κλινική/δομή σας; (0-10) _____

20. Αισθάνεστε κάπου μια γενικότερη κόπωση; ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

21. Πόσο συχνά νοιώθετε κουρασμένος; ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑ □, ΣΠΑΝΙΑ □, ΣΥΧΝΑ □, ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ □

22. «Τελειώνοντας το ωράριό μου νιώθω τόσο κουρασμένος/η ψυχικά και σωματικά που δεν έχω όρεξη για τίποτα»:

6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ κάπως	Διαφωνώ κάπως	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

23. Πόσο ανησυχείτε για τη βία στον εργασιακό σας χώρο;

1	2	3	4	5
Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ

24. «Η βία είναι αναπόσπαστο μέρος της εργασίας μου με τους ψυχικά ασθενείς»: ΝΑΙ □, ΟΧΙ □

25. Έχετε καταγράψει, γενικά, κάποιο συμβάν βίας στον εργασιακό σας χώρο; ΝΑΙ □, ΟΧΙ □,

25.1 Αν, ΝΑΙ, ήταν στα πλαίσια πειθαρχίας σε κάποιους κανόνες; ΝΑΙ □, ΟΧΙ □

26. Γενικότερα πιστεύετε ότι η αναφορά συμβάντων βίας πρέπει να είναι: Α) ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ, Β) ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ, Γ) ΔΕ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ

27. «Αν υπήρχε ανάγκη θα συνιστούσα σε κάποιο γνωστό ή συγγενή μου να νοσηλευθεί στη συγκεκριμένη κλινική»

6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ κάπως	Διαφωνώ κάπως	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

Α΄ ΜΕΡΟΣ

Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια (SAQ)

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις σε σχέση με τη
συγκεκριμένη κλινική που εργάζεστε, χρησιμοποιώντας την
ακόλουθη κλίμακα:

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ κάπως	Ουδέτερος/η	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ απόλυτα
1. Τα υψηλά επίπεδα του φόρτου εργασίας είναι σύνηθες φαινόμενο σε αυτή την κλινική/δομή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Μου αρέσει η δουλειά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπ' όψη σ' αυτή τη κλινική / δομή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Θα ένιωθα ασφαλής, ως ασθενής, αν νοσηλευόμουν σε αυτή τη κλινική/δομή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Γιατροί και νοσηλευτές δουλεύουν μαζί ως μια καλά συντονισμένη ομάδα, σε αυτή τη κλινική/δομή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Αυτό το Νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στη κατάρτιση του νέου προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις, μου είναι διαθέσιμες σε καθημερινή βάση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Όταν εργάζεσαι σ' αυτό το Νοσοκομείο είναι σαν να είσαι μέλος μιας μεγάλης οικογένειας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Η διαπροσωπική επικοινωνία είναι περισσότερο φιλική παρά τυπικά ιεραρχική σε αυτή τη κλινική/δομή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοσή μου στην εργασία σε αυτή τη κλινική/δομή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Κατά την αντιμετώπιση ενός επείγοντος περιστατικού μπορώ να προβλέψω τις επόμενες ενέργειες του υπόλοιπου προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Η ασφάλεια των ασθενών ενισχύεται συνεχώς ως μια προτεραιότητα σε αυτή την κλινική/δομή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια της καθημερινής φροντίδας των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Αυτό το Νοσοκομείο είναι καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Όλα τα σημαντικά ζητήματα μεταφέρονται πολύ καλά κατά τη διάρκεια αλλαγής της βάρδιας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Σε αυτή την κλινική οι διαφωνίες επιλύονται κατάλληλα (όχι ποιος έχει δίκιο, αλλά τι είναι καλύτερο για τον ασθενή)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου δεν διακινδυνεύει (εν γνώσει της) την ασφάλεια των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ κάπως	Ουδέτερος/η	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ απόλυτα
19. Τα επίπεδα του προσωπικού σε αυτή τη κλινική είναι ικανοποιητικά για τη φροντίδα του αριθμού των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Το προσωπικό συχνά αγνοεί τους κανόνες ή τις κατευθυντήριες οδηγίες (π.χ. πρωτόκολλα καθήλωσης, ιατρικές οδηγίες φαρμάκων) που ισχύουν σε αυτή τη κλινική/δομή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Το Νοσοκομείο προάγει την ομαδική εργασία και τη συνεργασία ανάμεσα στο προσωπικό του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιοσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός όταν είμαι κουρασμένος/η	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Σ' αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζεται με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Το ηθικό είναι υψηλό σε αυτή τη κλινική / δομή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Σε αυτή τη κλινική/δομή είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Τα πολύ ψηλά επίπεδα του φόρτου εργασίας με ενεργοποιούν και βελτιώνουν την απόδοσή μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο Νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σ' αυτό το Νοσοκομείο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Είναι εύκολο για το προσωπικό σε αυτή τη κλινική/δομή να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Η εργασιακή κουλτούρα αυτής της κλινικής/δομής διευκολύνει τη μάθηση μέσα από τα λάθη των άλλων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τις ασθενείς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών (ψυχωτική διέγερση, καρδιακή κάμψη κλπ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Έχετε συμπληρώσει αυτό το ερωτηματολόγιο στο παρελθόν; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> , ΟΧΙ <input type="checkbox"/>					

Παρακαλώ ελέγξτε... .Απαντήσατε σε όλες τις προηγούμενες ερωτήσεις;

Β' ΜΕΡΟΣ: ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΒΙΑ

(Μετάφραση του « *Workplace violence in the Health Sector, Country case study Questionnaire*» (WHO, 2003)
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVquestionnaire.pdf

Ορίζεται ως «η χρήση σωματικής δύναμης ενάντια σε ένα άλλο άτομο ή ομάδα, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε σωματική, σεξουαλική, ή ψυχολογική βλάβη»(WHO, 2003). Μπορεί να περιλαμβάνει σπρώξιμο, τσίμπημα, δάγκωμα, χαστούκια, κλωτσιές, ξυλοδαρμό, μαχαίρωμα και πυροβολισμό.

ΣΒ1. Το τελευταίο 12μηνο, δεχθήκατε σωματική επίθεση στην εργασία σας; ΝΑΙ , ΟΧΙ ,

*Αν Ναι παρακαλώ απαντήστε στις ερωτήσεις 2-13. Αν, Όχι, παρακαλώ μεταβείτε στην ερώτηση Ν. 14

2. Αν, ΝΑΙ, θεωρείτε ότι ήταν ένα «τυπικό» συμβάν βίας στο χώρο της εργασίας σας; ΝΑΙ , ΟΧΙ ,

3. Ποιος σας επιτέθηκε; ΑΣΘΕΝΗΣ , ΣΥΓΓΕΝΗΣ / ΦΙΛΟΣ ΑΣΘΕΝΗ , ΜΕΛΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ , ΆΛΛΟΣ

_____ **4. Πόσο συχνά συνέβη;** **Α) 1 ΦΟΡΑ Β) 2-4 ΦΟΡΕΣ Γ) 1 ΦΟΡΑ / ΜΗΝΑ, Δ) 1 ΦΟΡΑ / ΕΒΔΟΜΑΔΑ**

5. Πώς αντιδράσατε μετά το συμβάν; (παρακαλώ τσεκάρτε όλες τις σχετικές αντιδράσεις σας):

Α) ΔΕΝ ΕΚΑΝΑ ΤΙΠΟΤΕ Β) ΕΙΠΑ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΙ Γ) ΤΟ ΕΙΠΑ ΣΕ ΦΙΛΟΥΣ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ Δ) ΤΟ ΕΙΠΑ ΣΕ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟ/ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟ Ε) ΜΕΤΑΦΕΡΘΗΚΑ ΣΕ ΑΛΛΗ ΘΕΣΗ Ζ) ΖΗΤΗΣΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ Η) ΖΗΤΗΣΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΜΟΥ Θ) ΚΑΤΕΓΡΑΦΑ ΤΟ ΣΥΜΒΑΝ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ Ι) ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΑ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ ΙΑ) ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΑ ΝΑ ΠΡΟΣΠΟΙΗΘΩ ΟΤΙ ΔΕ ΣΥΝΕΒΗ ΠΟΤΕ ΙΒ) ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΑ ΝΑ ΑΜΥΝΘΩ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΙΓ) ΖΗΤΗΣΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΙΔ) ΤΟΥ ΑΣΚΗΣΑ ΠΟΙΝΙΚΗ ΔΙΩΣΗ, ΙΕ)

ΆΛΛΟ _____

6. Πιστεύετε ότι το συμβάν θα μπορούσε να είχε προληφθεί; ΝΑΙ , ΟΧΙ ,

7. Τραυματιστήκατε συνεπεία του συμβάντος; ΝΑΙ , ΟΧΙ ,

7.1. Αν, ναι, χρειαστήκατε επίσημη θεραπεία για τον τραυματισμό σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

8. Μετά το συμβάν ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ βίας, πόσο ΕΝΟΧΛΗΘΗΚΑΤΕ από: (παρακαλώ τσεκάρτε ΟΛΕΣ τις εμπειρίες που τυχόν βιώσατε)	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
α) Επαναλαμβανόμενες, ενοχλητικές μνήμες, σκέψεις ή εικόνες του συμβάντος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) Αποφυγή σκέψεων ή συζήτησης για την επίθεση, για να αποφύγετε σχετιζόμενα συναισθήματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) Κατάσταση έντονης εγρήγορσης, προσοχής ή επιφυλακής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ) Αίσθημα πως οτιδήποτε κάνατε ήταν, απλά, μια προσπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Απουσιάσατε μετά την επίθεση για κάποιο χρονικό διάστημα από την υπηρεσία σας; ; ΝΑΙ , ΟΧΙ

10. Υπήρξε καμιά ενέργεια για την αναζήτηση της αιτίας του συμβάντος; ΝΑΙ , ΟΧΙ , ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ

10.1 Αν, **ΝΑΙ**, από ποιόν; ΔΙΟΙΚΗΣΗ/ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ , ΣΩΜΑΤΕΙΟ / ΣΥΛΛΟΓΟ ΜΟΥ , ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ

11. Ποιες ήταν οι επιπτώσεις για αυτόν που σας επιτέθηκε; **Α)** ΚΑΜΙΑ, **Β)** ΛΕΚΤΙΚΗ ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ, **Γ)** ΔΙΑΚΟΠΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ / «ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΕΞΙΤΗΡΙΟ, **Ε)** ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ **Δ)** ΚΑΘΗΛΩΘΗΚΕ, **ΣΤ)** ΠΟΙΝΙΚΗ ΔΙΩΣΗ, **Ζ)** ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ, **Η)** ΑΛΛΟ. _____

12. Πόσο ικανοποιημένος είστε από τον τρόπο αντιμετώπισης του συμβάντος από τη διοίκηση;
Α) ΚΑΘΟΛΟΥ(1) **Β)** ΕΛΑΧΙΣΤΑ (2) **Γ)** ΑΡΚΕΤΑ (3) **Δ)** ΠΟΛΥ (4) **Ε)** ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ(5)

13. Αν δεν αναφέρατε επίσημα το συμβάν ποιος ήταν ο λόγος; (παρακαλώ κυκλώστε ΜΙΑ απάντηση)
Α) ΔΕΝ ΗΤΑΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ **Β)** ΦΟΒΗΘΗΚΑ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ **Γ)** ΝΤΡΑΠΗΚΑ **Δ)** ΤΟ ΘΕΩΡΗΣΑ ΑΝΩΦΕΛΟ
Ε) ΕΝΟΙΩΣΑ ΕΝΟΧΗ **ΣΤ)** ΔΕΝ ΗΞΕΡΑ ΠΟΥ ΝΑ ΤΟ ΑΝΑΦΕΡΩ **Ζ)** ΑΛΛΟ _____

14. Το τελευταίο 12μηνο ήσασταν μάρτυρας σωματικής βίας στο χώρο εργασίας σας; ; **ΝΑΙ** , **ΟΧΙ** ,

14.1. Αν ναι, πόσο συχνά συνέβη; **Α)** ΜΙΑ ΦΟΡΑ **Β)** 2-4 ΦΟΡΕΣ **Γ)** 5-10 ΦΟΡΕΣ **Δ)** ΠΟΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ
Ε) ΠΕΡΙΠΟΥ 1 ΦΟΡΑ ΤΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ **Ζ)** ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ

14.2 Αναφέρατε το συμβάν της εργασιακής βίας; ; **ΝΑΙ** , **ΟΧΙ** ,

14.2. Αν ναι, πειθαρχήσατε σε διαδικασία αναφοράς συμβάντων της εργασιακής βίας; **ΝΑΙ** , **ΟΧΙ** ,

Γ' ΜΕΡΟΣ : ΛΕΚΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ (ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΒΙΑ)

Μετάφραση του «Workplace violence in the Health Sector, Country case study Questionnaire» (WHO, 2003)
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVquestionnaire.pdf

Συμπεριφορά που ταπεινώνει, υποτιμά ή/και δείχνει έλλειψη σεβασμού για την ταυτότητα και την αξία ενός ατόμου, συνιστώντας ρητή ή έμμεση απειλή για την ασφάλεια, την υγεία και την ευημερία του. (WHO, 2003)

ΛΚ 1. Το τελευταίο 12μηνο, δεχθήκατε λεκτική κακοποίηση στην εργασία σας; **ΝΑΙ** , **ΟΧΙ** ,

2. Πόσο συχνά συνέβη το τελευταίο 12μηνο; **Α)** 1 ΦΟΡΑ, **Β)** 2-4 ΦΟΡΕΣ, **Γ)** 5-10 ΦΟΡΕΣ **Δ)** ΠΟΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ **Ε)** ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ, **ΣΤ)** ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ

3. Παρακαλώ θυμηθείτε την τελευταία φορά που κακοποιηθήκατε λεκτικά, ποιος ήταν αυτός που σας επιτέθηκε; **ΑΣΘΕΝΗΣ** , **ΣΥΓΓΕΝΗΣ / ΦΙΛΟΣ ΑΣΘΕΝΗ** , **ΜΕΛΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ** , **ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ/ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ** **ΔΙΟΙΚΗΣΗ / ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ** **ΚΟΙΝΟ** **Άλλος** _____

4. Αν, **ΝΑΙ**, θεωρείτε ότι ήταν ένα σύνηθες συμβάν στο χώρο της εργασίας σας; **ΝΑΙ** , **ΟΧΙ**

5. Πού συνέβη η λεκτική κακοποίηση; **ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ / ΔΟΜΗΣ Ψ.Υ.** , **ΕΚΤΟΣ (ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΔΡΟΜΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ/ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΥΓΕΙΑΣ/ ΣΠΙΤΙ)** , **Άλλου** _____

6. Πώς αντιδράσατε μετά το συμβάν; (παρακαλώ τσεκάρτε όλες τις σχετικές αντιδράσεις σας): **Α)** ΔΕΝ ΕΚΑΝΑ ΤΙΠΟΤΕ **Β)** ΕΙΠΑ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΙ **Γ)** ΤΟ ΕΙΠΑ ΣΕ ΦΙΛΟΥΣ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ **Δ)** ΤΟ ΕΙΠΑ ΣΕ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟ/ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟ

Ε) ΜΕΤΑΦΕΡΘΗΚΑ ΣΕ ΑΛΛΗ ΘΕΣΗ **Ζ)** ΖΗΤΗΣΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ **Η)** ΖΗΤΗΣΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΜΟΥ **Θ)** ΚΑΤΕΓΡΑΦΑ ΤΟ ΣΥΜΒΑΝ ΣΤΟ ΒΙΒΛΙΟ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ **Ι)** ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΑ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ **ΙΑ)** ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΑ ΝΑ ΠΡΟΣΠΟΙΗΘΩ ΟΤΙ ΔΕ ΣΥΝΕΒΗ ΠΟΤΕ **ΙΒ)** ΖΗΤΗΣΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ **ΙΓ)** ΤΟΥ ΕΚΑΝΑ ΜΗΝΥΣΗ **ΙΔ)** ΑΛΛΟ_____

7. Μετά το συμβάν ΛΕΚΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ , πόσο ΕΝΟΧΛΗΘΗΚΑΤΕ από: (παρακαλώ τσεκάρτε ΜΙΑ από τις εμπειρίες βιώσατε)	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
α) Επαναλαμβανόμενες, ενοχλητικές μνήμες, σκέψεις ή εικόνες της κακοποίησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) Αποφυγή σκέψεων ή συζήτησης για την επίθεση, για να αποφύγετε σχετιζόμενα συναισθήματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) Κατάσταση έντονης εγρήγορσης, προσοχής ή επιφυλακής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ) Αίσθημα πως οτιδήποτε κάνατε ήταν μια προσπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Πιστεύετε ότι το συμβάν θα μπορούσε να είχε προληφθεί; ΝΑΙ , ΟΧΙ ,

9. Υπήρξε καμιά ενέργεια για την αναζήτηση της αιτίας της λεκτικής κακοποίησης; ΝΑΙ , ΟΧΙ , ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ

9.1 Αν, ΝΑΙ, από ποιόν; ΔΙΟΙΚΗΣΗ/ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ , ΣΩΜΑΤΕΙΟ / ΣΥΛΛΟΓΟ ΜΟΥ , ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ , ΑΛΛΟΣ_____

9.2. Αν, ναι, ποιες ήταν οι επιπτώσεις για αυτόν που σας επιτέθηκε λεκτικά; **Α)** ΚΑΜΙΑ, **Β)** ΛΕΚΤΙΚΗ ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ, **Γ)** ΔΙΑΚΟΠΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ / «ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΕΞΙΤΗΡΙΟ, **Ε)** ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ **Δ)** ΚΑΘΗΛΩΘΗΚΕ, **ΣΤ)** ΠΟΙΝΙΚΗ ΔΙΩΞΗ, **Ζ)** ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ, **Η)** ΑΛΛΟ_____

10. Σας προσφέρθηκαν από τον εργοδότη ή τον προϊστάμενο ευκαιρίες:

Α) ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ: ΝΑΙ , ΟΧΙ **Β)** ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ ΝΑ ΜΙΛΗΣΕΤΕ Η ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΤΟ ΣΥΜΒΑΝ: ΝΑΙ , ΟΧΙ , **Γ)** ΑΛΛΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ: ΝΑΙ , ΟΧΙ ,

11. Πόσο ικανοποιημένος είστε από τον τρόπο αντιμετώπισης του συμβάντος από τη διοίκηση;

Α) ΚΑΘΟΛΟΥ(1) **Β)** ΕΛΑΧΙΣΤΑ (2) **Γ)** ΑΡΚΕΤΑ (3) **Δ)** ΠΟΛΥ (4) **Ε)** ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ(5)

12. Αν δεν αναφέρατε επίσημα το συμβάν ποιος ήταν ο λόγος; (παρακαλώ κυκλώστε ΜΙΑ απάντηση)

Α) ΔΕΝ ΗΤΑΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ **Β)** ΦΟΒΗΘΗΚΑ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ **Γ)** ΝΤΡΑΠΗΚΑ **Δ)** ΤΟ ΘΕΩΡΗΣΑ ΑΝΩΦΕΛΟ **Ε)** ΕΝΟΙΩΣΑ ΕΝΟΧΗ **ΣΤ)** ΔΕΝ ΗΞΕΡΑ ΠΟΥ ΝΑ ΤΟ ΑΝΑΦΕΡΩ **Ζ)** ΑΛΛΟ_____

* ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΕΚΤΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΤΟΥ ΠΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Α) Το τελευταίο 12μηνο ήσασταν μάρτυρας λεκτικής κακοποίησης στην εργασίας σας; ΝΑΙ , ΟΧΙ

Α.1. Αν ναι, πόσο συχνά συνέβη; **Α)** ΜΙΑ ΦΟΡΑ **Β)** 2-4 ΦΟΡΕΣ **Γ)** 5-10 ΦΟΡΕΣ **Δ)** ΠΟΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ **Ε)** ΠΕΡΙΠΟΥ 1 ΦΟΡΑ ΤΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ **Ζ)** ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ

Β. Αναφέρατε επίσημα το συμβάν λεκτικής κακοποίησης; ΝΑΙ , ΟΧΙ

Β.2. Αν ναι, πειθαρχήσατε σε διαδικασία αναφοράς συμβάντων της εργασιακής βίας; ΝΑΙ , ΟΧΙ

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΘΕΡΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΛΥΤΙΜΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ

Παράρτημα 2. Δομές Ψ.Υ που συμμετείχαν, ανά ποσοστό ανταπόκρισής τους

	Ποσοστό ανταπόκρισης	Διανεμήθηκαν	Επιστράφηκαν συμπληρωμένα
ΟΞΕΑ - 1	88,20%	17	15
ΟΞΕΑ - 2	92,30%	13	12
ΟΞΕΑ - 3	100%	15	15
ΟΞΕΑ - 4	93,70%	16	15
ΟΞΕΑ - 5	92,30%	13	12
Ε.Ι. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ	100%	5	5
ΤΕΠ	100%	3	3
ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΟ	96%	25	24
ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ - ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	79%	19	15
ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΕΝΤΟΣ-1	68,75%	16	11
ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΕΝΤΟΣ-2	75%	8	6
ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΕΚΤΟΣ-1	40%	5	2
ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΕΚΤΟΣ-2	68,75%	16	11
ΑΛΛΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΔΟΜΗ -1	100%	3	3
ΑΛΛΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΔΟΜΗ -2	100%	9	9
ΑΛΛΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΔΟΜΗ -3	100%	5	5
ΑΛΛΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΔΟΜΗ -4	69,23%	13	9
ΚΨΥ - 1	31,57%	19	6
ΚΨΥ - 2	100%	6	6
ΚΨΥ - 3	52,63%	19	10
Ξενώνας - 1	60%	10	6
Ξενώνας - 2		7	*δεν επιστράφηκαν εγκαίρως
Οικοτροφείο - 1	83,33%	12	10
Οικοτροφείο - 2	80%	15	12
Οικοτροφείο - 3	100%	14	14
Οικοτροφείο - 4	84,61%	13	11
Οικοτροφείο - 5	33,33%	12	4
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	100%	22	22
Ε.Ι ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ :	77,77%	9	7

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3^{ης} Υ.ΠΕ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ)
Γ. Ν.Θ. «Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» -Ψ.Ν.Θ.
ική Μονάδα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΓΡΑΦΕΙΟ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑΣ

☎ 2313 - 324345
☎ 2313 - 324363
e-mail: gdsymb@psychothes.gr
www. psychothes.gr
✉ Λαγκαδά 196
(πρώην Κων/πόλεως 36)
564 29 Σταυρούπολη

Αρ. Πρωτ: 1703

Θεσσαλονίκη: 26 /1/2015
ΠΡΟΣ: κ.Γλούφτση Ελένη
Νοσηλεύτρια ΤΕ
Ψ.Ν.Θ.
ΚΟΙΝ: Επιστημονικό Συμβούλιο

ΘΕΜΑ: Έγκριση άδειας για διεξαγωγή έρευνας
ΣΧΕΤ: Το αριθμ. 23691/16-12-2014 αίτημά σας

Σε απάντηση του παραπάνω σχετικού, σας γνωρίζουμε ότι με το αριθμ.Δ3β/33760/2014/2-1-: έγγραφό της η 3^η Υ.ΠΕ **εγκρίνει** το αίτημά σας για εκπόνηση ερευνητικής εργασίας και γνωστοποιεί το ενδιαφέρον της για γνωστοποίηση – κατάθεση του αποτελέσματος της έρευνά μετά την ολοκλήρωσή της.



Η ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΓΙΑΝΝΟΥΤΣΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ