



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

# **ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

Το φαινόμενο της παρενόχλησης «Mobbing» στο χώρο εργασίας ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας.

**ΕΛΕΝΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ**

Επιβλέπων Καθηγητής  
**ΕΛΠΙΔΟΦΟΡΟΣ ΣΩΤΗΡΙΑΔΗΣ**

Ιούνιος, 2017

**Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**  
**Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης**

Το φαινόμενο της παρενόχλησης «Mobbing» στο χώρο εργασίας  
ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας.

ΕΛΕΝΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ

Επιβλέπων Καθηγητής  
ΕΛΠΙΔΟΦΟΡΟΣ ΣΩΤΗΡΙΑΔΗΣ

*«...Να νιώθης τά πανιά του караβιού σου φουσκωμένα από τη θύμηση  
και την ψυχή σου να γίνεται τιμόνι...»  
Γιώργος Σεφέρης (1900-1971).*

*Αφιερωμένη στους πολυαγαπημένους μου γονείς Ανδρέα, Ανδριανή και στην  
Άντρεα της ζωής μου...*

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες.....	vi
Ελληνική Περίληψη.....	vii
Αγγλική Περίληψη – ABSTRACT.....	viii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	ix
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	x

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Εισαγωγή.....	1
1.2 Καταγραφή του προβλήματος.....	2
1.3 Σημασία και αναγκαιότητα μελέτης .....	2
1.4 Σκοπός και στόχοι .....	3
1.5 Προσδιορισμός και διατύπωση των κεντρικών εννοιών .....	3
1.6 Μεθοδολογία αναζήτησης μελετών.....	4

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1 Εισαγωγή.....	4
2.2 Ιστορική αναδρομή εργασιακής παρενόχλησης mobbing.....	4
2.3 Εννοιολογικοί ορισμοί εργασιακής παρενόχλησης.....	5
2.4 Εξελικτικά στάδια του φαινομένου mobbing.....	8
2.5 Ερμηνευτικά-Θεωρητικά μοντέλα για την εκδήλωση του φαινομένου της ψυχολογικής βίας στον χώρο εργασίας των νοσηλευτών.....	9
2.5.1 Βιοσυμπεριφορικά μοντέλα.....	10
2.5.2 Αναπτυξιακά μοντέλα.....	10
2.5.3 Ενδοπροσωπικά μοντέλα.....	11
2.5.4 Διαπροσωπικά μοντέλα.....	12
2.5.4.1 Συμπεριφορά «καταπιεσμένων ομάδων».....	13
2.5.4.2 Θεωρία της εξουσίας του Foucault.....	14
2.5.4.3 Κυκλώματα της εξουσίας του Steward Glegg.....	15
2.5.4.4 Μοντέλο εργασιακής απαίτησης ελέγχου του Karasek .....	18
2.5.4.5 Μοντέλο κλιμακωτής σύγκρουσης του Glash.....	19
2.5.4.6 Θεωρία συναισθηματικών γεγονότων.....	21
2.5.4.7 Κοινωνικά – Οργανωτικά – Ατομικά χαρακτηριστικά .....	23
2.6 Επιπτώσεις της εργασιακής παρενόχλησης.....	30
2.6.1 Επιπτώσεις στους εργαζομένους.....	30
2.6.2 Επιπτώσεις στο εργασιακό περιβάλλον.....	31
2.6.3 Επιπτώσεις στην παρεχόμενη φροντίδα.....	31
2.6.4 Επιπτώσεις στους μάρτυρες.....	32
2.6.5 Κοινωνικές επιπτώσεις.....	33
2.6.6 Ατομική και οργανωτική ευημερία.....	33

2.7 Κυπριακή – Ελληνική και Διεθνής Πραγματικότητα.....	34
2.7.1 Μελέτη του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης mobbing στην Κυπριακή και Ελληνική πραγματικότητα.....	35
2.7.2 Μελέτη του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης mobbing σε Διεθνές Επίπεδο.....	37

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

3.1 Σκοπός – Στόχοι.....	42
3.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	42
3.3 Σχεδιασμός της μελέτης.....	42
3.4 Πληθυσμός και Δείγμα.....	42
3.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	43
3.5.1 Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου.....	43
3.5.2 Αξιοπιστία και εγκυρότητα ερευνητικού εργαλείου.....	44
3.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	44
3.7 Ηθικές προεκτάσεις.....	45
3.8 Ανάλυση αποτελεσμάτων.....	45

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....46**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ**

5.1 Συζήτηση.....	64
5.2 Περιορισμοί της μελέτης.....	73
5.3 Συμπεράσματα.....	74
5.4 Εισηγήσεις.....	75

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....77**

### **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....95**

#### **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι:**

Ορολογία και ορισμοί ψυχολογικής βίας στους χώρους εργασίας.....	95
Άδεια διεξαγωγής έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου.....	96
Έγκριση από τον Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων.....	97
Έγκριση από την Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας.....	98
Έγκριση από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου.....	99

#### **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ:**

Άδειες χρήσεις των ερευνητικών εργαλείων & Εργαλεία Μέτρησης.....	100
---	-----

## Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας την εργασία μου θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους εκείνους που ήταν δίπλα μου, σε αυτή την διαδρομή.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες προς τον επιβλέποντα καθηγητή μου Δρ. Ελπιδοφόρο Σωτηριάδη, για την ευγενική συνεργασία που είχαμε και τους συμμετέχοντες στην έρευνα νοσηλευτές των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παγκύπρια, για την ανταπόκριση που έδειξαν παρά τον υψηλό φόρτο εργασίας τους.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Δρ. Θεοδώρα Ζαχαριάδου και τον Δρ. Μιχάλη Μαδιανό για την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν παραχωρώντας την άδεια τους για χρήση των ερευνητικών εργαλείων.

Τέλος ευχαριστώ θερμά την κόρη μου Άντρεα και την φίλη μου Στέλλα για την αμέριστη στήριξη και ενθάρρυνση που μου πρόσφεραν, που χωρίς αυτήν δεν θα ήταν εφικτή η διεκπεραίωση της εργασίας αυτής.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Όπως σε όλους τους τομείς εργασίας, έτσι και στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η παρουσία του συνδρόμου εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» ή ο εκφοβισμός είναι υπαρκτό γεγονός.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της παρουσίας του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας της Κύπρου και η συσχέτιση του με συμπτώματα κατάθλιψης.

**Μεθοδολογία:** Δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν οι 255 νοσηλευτές ψυχικής υγείας που εργάζονταν σε όλες τις δημόσιες δομές των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παγκύπρια, από όλες τις βαθμίδες της νοσηλευτικής ιεραρχίας, κατά την χρονική περίοδο διεξαγωγής της έρευνας 02/03/2016 – 16/03/2016. Στην μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τρία ερευνητικά εργαλεία, το ερωτηματολόγιο του Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT) για την εκτίμηση της παρενόχλησης «mobbing» στον εργασιακό χώρο, την κλίμακα (CES-D) Center For Epidemiological Studies – Depression Scale για την εκτίμηση της παρουσίας συμπτωμάτων κατάθλιψης και ένα ειδικά διαμορφωμένο, από την ερευνήτρια, ερωτηματολόγιο για τη συλλογή των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 20. Σε όλες τις περιπτώσεις των στατιστικών ελέγχων χρησιμοποιήθηκε ως ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το  $\alpha=0.05$ .

**Αποτελέσματα:** Από τους 402 νοσηλευτές ψυχικής υγείας, συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια 255 άτομα, ποσοστό ανταπόκρισης 62.93%. Οι γυναίκες αποτέλεσαν την πλειοψηφία του πληθυσμού της μελέτης με ποσοστό 55,69% έναντι των ανδρών με ποσοστό 44,3%. Ο επιπολασμός της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας της Κύπρου ανήλθε στο 8.24%. Όσον αφορά τη συχνότητα έκθεσης σε μία ή περισσότερες συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης mobbing, ποσοστό 13,73% των συμμετεχόντων ανέφερε σπάνια έκθεση, ποσοστό 6,67% αναφέρθηκε σε έκθεση τουλάχιστον μια φορά τον μήνα, το 5,88% ανέφερε έκθεση τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, ενώ σε σχεδόν καθημερινή έκθεση το 1,96% των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με την κλίμακα CES-D, διερεύνησης της παρουσίας συμπτωμάτων κατάθλιψης, κατέδειξε ότι ποσοστό 10,98% των συμμετεχόντων παρουσίαζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία, τις τελευταίες τριάντα μέρες, ενώ ποσοστό 89,02% των συμμετεχόντων δεν παρουσίασε. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν, σχέση εξάρτησης και υψηλή θετική συσχέτιση ανάμεσα στο φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και τα συμπτώματα κατάθλιψης.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας κατέδειξαν την έκταση της παρουσίας του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας της Κύπρου, τις επιπτώσεις του στην ψυχική υγεία των εργαζομένων και την μεταξύ τους σχέση. Η αντιμετώπιση του φαινομένου αναδεικνύεται ως αναγκαιότητα από όλους τους ενδιαφερόμενους φορείς.

**Λέξεις κλειδιά:** εργασιακή παρενόχληση, ηθική παρενόχληση, ψυχολογική βία, εκφοβισμός, χώρος εργασίας, νοσηλευτική



## ABSTRACT

**Background:** In all areas of work, as well as in the healthcare sector the presence of the work harassment syndrome “mobbing” is an existing factor.

**Aim:** The evaluation of workplace harassment syndrome “mobbing” among the mental health nursing staff of Cyprus and its correlation with symptoms of depression.

**Methods:** The sample of the study consisted 255 mental health nurses who worked in all the public sections of the mental health services nationally, from all the levels of nursing hierarchy, during the study period 02/03/2016-16/03/2016. Three research tools/instruments were used, the questionnaire of Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT) for the estimation of harassment “mobbing” in the workplace, the scale (CES-D) Center For Epidemiological Studies – Depression Scale for the estimation of the presence of depression symptoms and a specifically designed, questionnaire for the collection of the demographic data of the participants. The data were analysed with the statistical package SPSS 20. In all statistical tests,  $\alpha=0.005$  was used as the minimum level of statistical significance.

**Results:** Among a total of 402 mental health nurses, 255 completed the questionnaires with a response rate of 62.93%. Women constituted the majority of the study population with a percentage of 55.69% compared with men percentage of 44.3%. The prevalence of the work harassment «mobbing» among mental health nurses in Cyprus was 8.24%. Regarding the frequency of exposure to one or more work harassment “mobbing” behaviors, a percentage of 13.73% of the participants reported rare exposure, 6.67% mentioned exposure at least once a month, 5.88% reported exposure at least once a week, while almost daily exposure was reported by 1.96% of the participants. According to CES-D scale, investigating the presence of depressive symptoms, showed that a percentage of 10,98% of the participants had depressive symptoms during the last thirty days, while a percentage of 89,02% of the participants did not. Results showed a high correlation between the effect of work harassment «mobbing» and symptoms of depression.

**Conclusions:** The results of the present research show the extent of the presence of the phenomenon of work harassment “mobbing” among the mental health nursing staff of Cyprus, it’s consequences on the mental health of the staff and the relationship between them. The necessity for tackling this phenomenon is highlighted for all interested parties.

**Key-words:** work harassment, mobbing, psychological violence, bullying, workplace, nursing

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

<b>Πίνακας 1:</b> Αξιοπιστία – εσωτερικής συνοχής.....	44
<b>Πίνακας 2:</b> Δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης.....	47
<b>Πίνακας 3:</b> Συχνότερες συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» ανάμεσα στον πληθυσμό της μελέτης.....	51
<b>Πίνακας 4:</b> Λιγότερο συχνές συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» ανάμεσα στον πληθυσμό της μελέτης.....	52
<b>Πίνακας 5:</b> Κατανομή του δείγματος με βάση την ερώτηση «Είχατε κάποιο/α άτομο/α στο/α οποία μιλήσατε για αυτά τα προβλήματα;».....	55
<b>Πίνακας 6:</b> Αιτιολογικοί παράγοντες πρόκλησης βίας στον χώρο εργασίας.....	56
<b>Πίνακας 7:</b> Έλεγχος υποθέσεων δοκιμασία $\chi^2$ για τη σχέση εξάρτησης του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» με τις υπό εξέταση μεταβλητές της έρευνας.....	62
<b>Πίνακας 8:</b> Συσχέτιση του επιπολασμού του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» με τις υπό εξέταση μεταβλητές της έρευνας.....	63
<b>Πίνακας 9:</b> Μέρος αποτελεσμάτων της λογιστικής παλινδρόμησης από το πακέτο SPSS με τα συμπτώματα κατάθλιψης ως εξαρτημένη μεταβλητή και το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» ως ανεξάρτητη μεταβλητή.....	63

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

<b>Γράφημα 1:</b> Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με το φύλο.....	48
<b>Γράφημα 2:</b> Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με την ηλικιακή ομάδα.....	48
<b>Γράφημα 3:</b> Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση.....	49
<b>Γράφημα 4:</b> Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με το εκπαιδευτικό επίπεδο.....	49
<b>Γράφημα 5:</b> Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με τον επαγγελματικό τίτλο.....	50
<b>Γράφημα 6:</b> Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με τα χρόνια υπηρεσίας.....	50
<b>Γράφημα 7:</b> Συχνότητα έκθεσης σε μία ή περισσότερες συμπεριφορές «mobbing».....	53
<b>Γράφημα 8:</b> Επιπολασμός του φαινομένου «mobbing» ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας.....	53
<b>Γράφημα 9:</b> Ποσοστιαία κατανομή της επαγγελματικής βαθμίδας των ατόμων που ασκούσαν ψυχολογική βία ανάμεσα στους Ν.Ψ.Υ.....	54
<b>Γράφημα 10:</b> Ποσοστιαία κατανομή του φύλου των ατόμων που ασκούσαν ψυχολογική βία ανάμεσα στους Ν.Ψ.Υ.....	54
<b>Γράφημα 11:</b> Κατανομή του δείγματος που έχει υποστεί ψυχολογική βία στον χώρο εργασίας με βάση τον ορισμό της ψυχολογικής βίας.....	55
<b>Γράφημα 12:</b> Κατανομή του δείγματος που ήταν μάρτυρες ψυχολογικής βίας στον χώρο εργασίας με βάση τον ορισμό της ψυχολογικής βίας.....	57
<b>Γράφημα 13:</b> Συμπτώματα κατάθλιψης σύμφωνα με την κλίμακα CES-D ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας.....	57
<b>Γράφημα 14:</b> Σχέση συνάφειας ανάμεσα στο φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και το φύλο των νοσηλευτών ψυχικής υγείας.....	58
<b>Γράφημα 15:</b> Σχέση συνάφειας ανάμεσα στο φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και την ηλικιακή ομάδα των νοσηλευτών ψυχικής υγείας.....	58
<b>Γράφημα 16:</b> Σχέση συνάφειας ανάμεσα στο φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και την οικογενειακή κατάσταση των νοσηλευτών ψυχικής υγείας.....	59
<b>Γράφημα 17:</b> Σχέση συνάφειας ανάμεσα στο φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και του εκπαιδευτικού επιπέδου των νοσηλευτών ψυχικής υγείας.....	59
<b>Γράφημα 18:</b> Σχέση συνάφειας ανάμεσα στο φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και του επαγγελματικού τίτλου των νοσηλευτών ψυχικής υγείας.....	60
<b>Γράφημα 19:</b> Σχέση συνάφειας ανάμεσα στο φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και τα χρόνια των νοσηλευτών ψυχικής υγείας.....	60
<b>Γράφημα 20:</b> Σχέση συνάφειας ανάμεσα στο φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και τα συμπτώματα κατάθλιψης στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας.....	61

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### 1.1 Εισαγωγή

Η ποιότητα του περιβάλλοντος εργασίας αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην ζωή των ανθρώπων εφόσον αποτελεί καθοριστικό παράγοντα που επηρεάζει την ευεξία, την κατάσταση της υγείας και την επαγγελματική τους πορεία.

Τις τελευταίες δεκαετίες, από την δεκαετία του 1980 και έπειτα, το φαινόμενο της παρενόχλησης στον χώρο εργασίας, έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα των κοινωνικών επιστημών, υπερεθνικούς οργανισμούς, συνδικαλιστικές οργανώσεις, αλλά και τους ίδιους τους εργαζομένους, σε διεθνές επίπεδο (Σπυριδάκης, 2009).

Η παρενόχληση στο περιβάλλον εργασίας αποτελεί ένα σημαντικό κοινωνικό φαινόμενο. Θεωρείται μια πολυδιάστατη έννοια με τις ερευνητικές εργασίες να επικεντρώνονται σε ποικίλες πτυχές του φαινομένου στην προσπάθεια ορισμού, εντοπισμού, τεκμηρίωσης του αλλά και στις επενέργειες του, που αφορούν στην υγεία, στην ευημερία των εργαζομένων αλλά και στην λειτουργία του οργανισμού στον οποίο υφίσταται.

Στη γενική της έννοια, η παρενόχληση αναφέρεται σε μια σειρά από ανεπιθύμητες συμπεριφορές οι οποίες στοχεύουν στο να πλήξουν την προσωπικότητα του εργαζομένου και κατ' επέκταση στο να υποβαθμίσουν το περιβάλλον εργασίας του (Σπυριδάκης, 2009).

Ο τομέας της υγείας θεωρείται πολύ μεγάλος, στον οποίο απασχολείται το 10% των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Eurofound, 2012). Ο αριθμός των νοσηλευτών ανέρχεται σε 16 εκατομμύρια Παγκοσμίως (ICN, 2016).

Τα αποτελέσματα ερευνών και η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, αναδεικνύουν ότι η εργασιακή παρενόχληση ή αλλιώς με τον πιο ευρέως και αποδεκτό ορισμό της, το σύνδρομο «mobbing», αποτελεί πραγματικότητα στο εργασιακό περιβάλλον, κατατάσσοντας τις υπηρεσίες υγείας σε ένα από τους τομείς εργασίας με το υψηλότερο ποσοστό (κοντά στο 9%) (Eurofound 2010).

Από τον χώρο της υγείας, οι νοσηλευτές αποτελούν μια από τις κυριότερες ομάδες επαγγελματιών υγείας, που διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο να εκτεθεί σε συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης από ότι οι άλλοι επαγγελματίες υγείας, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών που έγιναν σε νοσηλευτές θύματα εργασιακής παρενόχλησης (Quine, 1999. Mayhew & Chappell, 2001. Ferrinho et al., 2003. Rutherford & Rissel, 2004).

Ερευνητικά δεδομένα τεκμηριώνουν ότι, η παρενόχληση στον χώρο εργασίας υπονομεύει, την προσωπικότητα του ατόμου επηρεάζοντας τη σωματική και ψυχική του υγεία, τον οργανισμό στον οποίο εμφανίζεται και κατ' επέκταση την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Συχνά το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» αντιμετωπίζεται με δυσπιστία, ένεκα των υπαρχουσών οικονομικών συνθηκών, όπου το θέμα της επιβίωσης αποτελεί προτεραιότητα με αποτέλεσμα πολλοί εργαζόμενοι να παραμερίζουν πολλές από τις διεκδικήσεις τους, ενώ φαίνεται πως αυξάνεται η ανεκτικότητα τους απέναντι σε εκδηλώσεις ψυχολογικής βίας. Αντιθέτως όμως στις σημερινές κοινωνικές συνθήκες, επιβάλλεται η προάσπιση και η ανάδειξη αξιών όπως η αξιοπρέπεια και η ασφαλής εργασία, ως πρωταρχικά

ζητούμενα για την κατάκτηση καλύτερων συνθηκών εργασίας αλλά και διαβίωσης (Κωνσταντινίδης, 2010).

## **1.2 Καταγραφή προβλήματος**

Δεν υπάρχει αμφιβολία, ότι οι νοσηλευτές διεθνώς έρχονται αντιμέτωποι με φαινομενικά δυσεπίλυτες προκλήσεις και προβλήματα στον χώρο εργασίας τους. Στην βιβλιογραφία της νοσηλευτικής υπάρχει πληθώρα αναφορών που πιστοποιούν τη σοβαρότητα, την φύση και τα επακόλουθα από αυτά τα προβλήματα. Παγκόσμια πολλοί μελετητές έχουν προβεί σε ερευνητικές εργασίες για την διερεύνηση τους, αναδεικνύοντας πολλές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές, συμπεριλαμβανομένων ζητημάτων γύρω από την στελέχωση, τη διάθεση των πόρων, το άγχος, την επαγγελματική εξουθένωση, τον εκφοβισμό (Bullying) και την ηθική παρενόχληση (Mobbing) (Gillespie & Melby, 2003. Wolf & Greenhouse, 2007. Yildirim & Yildirim, 2007).

Η ηθική παρενόχληση στον χώρο εργασίας – εκφοβισμός, αποτελεί ένα διεθνές πρόβλημα για την νοσηλευτική όπως καταδεικνύουν έρευνες που έχουν διεξαχθεί στον Καναδά (Daiski, 2004), το Ηνωμένο Βασίλειο (Quine, 2001. Randle, 2003. Lewis, 2006. Hutchinson et al., 2006), τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Griffin, 2004. Simons, 2006, Stanley et al., 2007), την Αυστραλία (Rutherford & Rissel, 2004. Hutchinson et al., 2005. Curtis et al., 2007), στην Νέα Ζηλανδία (McKenna et al., 2003), το Πακιστάν (Lee & Saeed, 2001) και Τουρκία (Yildirim & Yildirim, 2007). Στον Ελληνικό και Κυπριακό χώρο, η έρευνα στο συγκεκριμένο επαγγελματικό τομέα είναι περιορισμένη.

Οι νοσηλευτές θεωρούνται μια από τις ομάδες επαγγελματιών υψηλού κινδύνου για τραύμα από την παρενόχληση στον χώρο εργασίας. Οι επιπτώσεις της είναι πολυάριθμες, υπονομεύοντας την νοσηλευτική ως επάγγελμα, εφόσον οι νοσηλευτές οι οποίοι εκτίθενται σε παρενόχληση-εκφοβισμό και εχθρότητα στο χώρο εργασίας είναι πιο πιθανόν να εγκαταλείψουν την τρέχουσα θέση (πόστο) τους ή την νοσηλευτική ως επάγγελμα (McKenna et al., 2003. Daiski, 2004. Simons, 2006). Επιπρόσθετα η παρενόχληση στον χώρο εργασίας μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την εξυπηρέτηση πελατών και μπορεί επίσης να θέσει σε κίνδυνο την ασφαλή φροντίδα των ασθενών (Randle, 2003. Rowe & Sherlock, 2005. Farrell et al., 2006).

Η επιρροή των εργασιακών σχέσεων είναι αναμφίβολα σημαντική, εφόσον έχει βρεθεί ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ψυχική, σωματική υγεία και ευημερία των εργαζομένων (Einarsen et al. 2003). Η ηθική παρενόχληση αποτελεί την «αθέατη» μορφή ψυχολογικής βίας με καταστροφικές επιπτώσεις σε όλες τις διαστάσεις της υγείας του ατόμου (πνευματική, ψυχολογική, φυσική) (Hirigoyen, 2002. Mayhew et al., 2004).

## **1.3 Σημασία και αναγκαιότητα μελέτης**

Μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας κατέδειξε το αυξημένο ενδιαφέρον που παρατηρείται τις τελευταίες δεκαετίες για την διερεύνηση του φαινομένου, με εκτεταμένη βιβλιογραφική αναφορά και ερευνητικό έργο.

Στον Κυπριακό και Ελληνικό χώρο τα τελευταία χρόνια, το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης αρχίζει να απασχολεί ολοένα και περισσότερο την επιστημονική κοινότητα, τους εργαζομένους και τους οργανισμούς. Παρόλα αυτά το ερευνητικό έργο είναι

περιορισμένο, και η αναγκαιότητα για περαιτέρω διερεύνηση του φαινομένου εξακολουθεί να υφίσταται. Στον τομέα της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας στην Κύπρο, δεν υπάρχουν ερευνητικές εργασίες στο συγκεκριμένο πεδίο. Η παρούσα εργασία αποτελεί την πρώτη ερευνητική προσπάθεια για καταγραφή του φαινομένου, ανάμεσα στην συγκεκριμένη ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Ως καίρια πτυχή του φαινομένου μπορούν να χαρακτηριστούν οι επιπτώσεις του, σε ατομικό, οργανωτικό και κοινωνικό επίπεδο. Μέσα από αυτή την ερευνητική εργασία θα διερευνηθούν οι πιθανές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η εργασιακή παρενόχληση «mobbing» σε ατομικό επίπεδο, εστιάζοντας στην ψυχική υγεία των εργαζομένων και συγκεκριμένα στην διερεύνηση παρουσίας συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Τα αποτελέσματα της έρευνας κρίνεται ότι θα συμβάλουν στην διεύρυνση της γνώσης στο συγκεκριμένο πεδίο στην Κυπριακή πραγματικότητα. Ακόμη, θα αποτελέσουν πηγή πληροφόρησης και προβληματισμού για τους υπευθύνους χάραξης πολιτικής υγείας, τους ηγέτες τμημάτων αλλά και τους ίδιους τους νοσηλευτές.

Παράγοντες όπως η εργασιακή ικανοποίηση, το καλό εργασιακό κλίμα και οι υγιείς εργασιακές σχέσεις προάγουν θετικά αποτελέσματα με τελικούς αποδέκτες τους λήπτες των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Δυστυχώς η παρουσία του φαινομένου αποτελεί πραγματική απειλή με καταστροφικές συνέπειες.

#### **1.4 Σκοπός και στόχοι**

Η παρούσα ερευνητική εργασία σκοπό έχει τη μελέτη του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης «Mobbing» ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας της Κύπρου.

Προς επίτευξη του σκοπού αυτού έχουν τεθεί ως στόχοι, ο προσδιορισμός του επιπολασμού του φαινομένου στην συγκεκριμένη ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας, η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης του φαινομένου με τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού της μελέτης και η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης του φαινομένου με συμπτώματα κατάθλιψης.

#### **1.5 Προσδιορισμός και διατύπωση των κεντρικών ορισμών**

Η εργασία εστιάζει στην διερεύνηση του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης mobbing στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και συγκεκριμένα στην Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.

Ο Σπυριδάκης ορίζει το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης ως εξής « *πρόκειται για μια διαδικασία, κατά την οποία ο/η εργαζόμενος/νη αντιλαμβάνεται ότι για κάποιο χρονικό διάστημα αποτελεί την απόληξη ένσκοπων ανεπιθύμητων ενεργειών και συμπεριφορών από κάποιον άλλο ή άλλους, διαμέσου της καταχρηστικής χρήσης δύναμης, δίχως πάντοτε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει την κατάσταση αυτή και ως εκ τούτου, να υπερασπιστεί τον εαυτό του/της, με αρνητικές συνέπειες στη σωματική, νοητική, πνευματική, ηθική, ατομική και κοινωνική του/της υπόσταση*» (Σπυριδάκης, 2009: p.43).

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (EU-OSHA) ορίζει την παρενόχληση στον χώρο εργασίας ως «*την επαναλαμβανόμενη αδικαιολόγητη συμπεριφορά προς έναν εργαζόμενο, ή μια ομάδα εργαζομένων, που προκαλεί κινδύνους για την υγεία και την*

ασφάλεια του». Ως «αδικαιολόγητη συμπεριφορά» νοείται η συμπεριφορά εκείνη που ένα λογικό άτομο αναλογιζόμενο των συνθηκών, θεωρεί ως δυσμενή μεταχείριση, ταπείνωση, υπονόμευση ή απειλή. Ως «συμπεριφορά» νοούνται ενέργειες ατόμων ή ομάδας ατόμων στις οποίες ενδέχεται να περιλαμβάνεται και η καταχρηστική εξουσία. Σε σχέση με τους «κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια» περιλαμβάνεται ο κίνδυνος για τη ψυχική και σωματική υγεία του εργαζομένου (OSHA, 2002).

Η **Νοσηλευτική** ορίζεται ως «το σύνολο ενός επιστημονικού κορμού γνώσεων, έρευνας και των απαραίτητων εξειδικευμένων πρακτικών που στοχεύουν στην παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας για πρόληψη της ασθένειας και προαγωγή της υγείας καθώς επίσης και στην έγκαιρη παρέμβαση για γρήγορη θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται μέσα στα πλαίσια των διαφόρων ειδικοτήτων, μια εκ των οποίων είναι η *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*» (Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2016).

Η **Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας** αποτελεί εξειδίκευση της Νοσηλευτικής επιστήμης που παρέχει φροντίδα σε άτομα όλων των ηλικιακών ομάδων με ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα, βοηθά στη γρήγορη αποκατάσταση τους και προάγει την ευημερία του γενικού πληθυσμού (Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2016).

### **1.7 Μεθοδολογία αναζήτησης μελετών**

Η βιβλιογραφική αναζήτηση πραγματοποιήθηκε κατά το ακαδημαϊκό έτος 2015-2016. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση περιλάμβανε την μελέτη της διεθνούς, ελληνικής βιβλιογραφίας και τα αποτελέσματα ερευνών στο συγκεκριμένο πεδίο. Η αναζήτηση των βιβλιογραφικών πηγών έγινε μέσω διαδικτύου και χρησιμοποιήθηκαν οι βάσεις δεδομένων PubMed, Medline, EBSCO, Science Direct και η μηχανή αναζήτησης google scholar.

Τα κριτήρια αναζήτησης μελετών περιλάμβαναν: δημοσιευμένες έρευνες και άρθρα που περιέγραφαν το φαινόμενο της παρενόχλησης στο χώρο εργασίας και τις επιπτώσεις του, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε σε δημοσιευμένες έρευνες στον τομέα της υγείας και συγκεκριμένα την νοσηλευτική. Τα χρονολογικά όρια που τέθηκαν στην εύρεση των άρθρων αφορούσαν στην χρονολογική περίοδο 1980 – 2016.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

### **2.1 Εισαγωγή**

Προκειμένου να μελετηθεί ενδελεχώς το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχληση στον τομέα της υγείας και συγκεκριμένα στην νοσηλευτική, θεωρείται απαραίτητη η σκιαγράφηση του μέσα από εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση, προσανατολισμένη σε θεωρητικές, εννοιολογικές προσεγγίσεις του φαινομένου αλλά και την εκτενή ανασκόπηση των υφιστάμενων ευρημάτων με έμφαση στις κυριότερες έρευνες, σε διεθνές και εθνικό επίπεδο.

### **2.2 Ιστορική αναδρομή εργασιακής παρενόχλησης mobbing**

Η παρενόχληση στον χώρο εργασίας θεωρείται διαχρονικό φαινόμενο. Αποτελεί ένα πρόβλημα το οποίο κρυβόταν ανέκαθεν κάτω από ένα πέπλο σιωπής και απροσδιοριστίας, γεγονός που συνέβαλε στην αναπαραγωγή και στην διατήρηση του.

Τον 19<sup>ο</sup> αιώνα για πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκε ο όρος «mobbing» από Βρεττανούς βιολόγους κατά την μελέτη της επιθετικής συμπεριφοράς πτηνών (Wikipedia).

Ο όρος «mobbing» χρησιμοποιήθηκε το 1963 από τον ψυχολόγο Konrad Lorenz σε μελέτη του για την επιθετικότητα στο ζωικό βασίλειο. Κατά τον Lorenz ο όρος περιγράφει τη συμπεριφορά κατά την οποία τα ζώα απομονώνουν από την αγέλη τους ένα άλλο και ενεργούν από κοινού με σκοπό να το διώξουν από αυτή. Η θεώρηση του Lorenz εντάσσεται στο πλαίσιο της εξελικτικής ψυχολογίας όπου η επιθετική συμπεριφορά ερμηνεύεται ως η πάλη για επιβίωση μέσω της εξάλειψης του λογιζόμενου ως αντιπάλου, ο οποίος θεωρείται ότι δημιουργεί ή προκαλεί προϋποθέσεις απειλής (Κρίμπας, 2005. Duffy & Sperry, 2007).

Στην Ευρώπη η έννοια της παρενόχλησης άρχισε να απασχολεί την κοινωνική και νομική επιστήμη, από την δεκαετία του 1970 και έπειτα, με την χρήση διαφόρων ορολογιών, ανάλογα με την κουλτούρα, την παράδοση της κάθε χώρας αλλά και του εκάστοτε επιστημονικού πεδίου. Με αποτέλεσμα η έννοια της παρενόχλησης να περιγράφεται με ποικίλους όρους (Σπυριδάκης, 2009).

Στη βιβλιογραφία των Αγγλοσαξονικών χωρών χρησιμοποιείται ο όρος «bullying», στις Σκανδιναβικές χώρες ο όρος «mobbing» και στις βιβλιογραφικές αναφορές της Αμερικής όροι όπως «workplace aggression», «employee abuse», «psychological terrorism», «social undermining» (Salin, 2003).

Το 1972 ο Peter - Paul Heinemann, Σουηδός γιατρός, δανειζόμενος τον όρο «mobbing» από τον Konrad Lorenz τον χρησιμοποίησε για να περιγράψει την εχθρική συμπεριφορά στον χώρο της εκπαίδευσης και συγκεκριμένα μιας ομάδας μαθητών προς ένα άλλον μαθητή (Σπυριδάκης, 2009).

Πρωτεργάτης στην διατύπωση κατηγοριών της παρενόχλησης στο χώρο εργασίας, θεωρείται ο Αμερικανός ψυχίατρος Carroll M. Brodsky το 1976 με το βιβλίο του 'The harassed worker'. Μια μελέτη η οποία πραγματεύεται εμφανείς αρνητικές καταστάσεις στον χώρο εργασίας όπως τη σεξουαλική παρενόχληση, την δημιουργία εξιλαστήριων θυμάτων, τις εργασιακές πιέσεις και τη σωματική βία (Brodsky, 1976. Einarsen, 1999).

Από την δεκαετία του 1980 και έπειτα, ο πρώτος που διαπίστωσε την παρουσία παρόμοιων συμπεριφορών στον χώρο εργασίας, ήταν ο Σουηδός ψυχίατρος Heinz Leymann. Ο Leymann σε συστηματική έρευνα συνέδεσε τον χώρο εργασίας με φαινόμενα ανεπιθύμητης συμπεριφοράς και με τις συνέπειες που προκαλεί (Leymann, 1996).

### **2.3 Εννοιολογικοί ορισμοί της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing»**

Ο προσδιορισμός της έννοιας της παρενόχλησης στο χώρο εργασίας θεωρείται δύσκολος. Αναφέρεται σε μια ποικιλία συμπεριφορών, συνήθως όχι άμεσα ορατές. Περιγράφει τις σχέσεις εργασίας οι οποίες διακρίνονται από καταστάσεις εκφοβισμού, κακομεταχείρισης και επιθετικότητας.

Η δυσκολία στον προσδιορισμό της έννοιας εντοπίζεται στο γεγονός ότι οι καταστάσεις αυτές ποικίλουν και διαφέρουν, ανάλογα με τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της κάθε χώρας, με την



οργανωτική κουλτούρα του κάθε οργανισμού και σε ποια διάσταση της παρενόχλησης αποδίδεται έμφαση (Hoel, 2004).

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία τα τελευταία 40 έτη καταγράφηκαν διάφοροι όροι και ορισμοί της ψυχολογικής βίας στον χώρο εργασίας, όπως *bulling, mobbing, harassment, work harassment, psychological harassment, abusive behavior, emotional abuse, workplace aggression*, οι οποίοι παρατίθενται στο Παράρτημα I (Vartia, 2003. Τούκας και συν., 2012).

Οι συχνότεροι όροι της ψυχολογικής βίας στον εργασιακό χώρο, που συναντώνται στην διεθνή βιβλιογραφία, σε μελέτες και επίσημα κείμενα παραπέμποντας σε διαστάσεις του φαινομένου, είναι οι ακόλουθοι:

**Mobbing:** Αναγνωρίστηκε στην Σουηδία την δεκαετία του 1980 από τον ψυχολόγο Heinz Leymann και πρόκειται για τον συνηθέστερο όρο με τον οποίο περιγράφεται η έννοια της παρενόχλησης στον χώρο εργασίας.

Η λέξη 'mobbing' προέρχεται από το αγγλικό ρήμα «to mob» που μεταφράζεται ως «κακομεταχειρίζομαι, κακολογώ, προσβάλλω». Το αγγλικό ρήμα «to mob» προέρχεται από τη λατινική φράση «mobile vulgus», που αντιστοιχεί στις λέξεις πλήθος, όχλος, συρφετός αλλά παράλληλα σημαίνει ορδές πτηνών ή ομάδα απαξιωμένων ατόμων. Με την πάροδο του χρόνου η έννοια του όρου μεταλλάχθηκε αποκτώντας αρνητικότερη υπόσταση αφού χρησιμοποιείτο για τον προσδιορισμό μίας ομάδας ατόμων που εμπνέει φόβο, επιθετικότητα, υποταγή (Ranieri, 2004. Τούκας και συν., 2012).

Ο Δρίβας (2002) υποστηρίζει ότι η λέξη σημαίνει επιτίθεμαι, περικυκλώνω, ενοχλώ.

Ο Leymann ορίζει τον όρο «mobbing» ως *«εχθρική και μη ηθική επικοινωνία που εκδηλώνεται με συστηματικό τρόπο από ένα ή περισσότερα άτομα εναντίον ενός άλλου, ο οποίος χωρίς υποστήριξη και άμυνα είναι αναγκασμένος να δέχεται τις συνεχείς καταπιεστικές ενέργειες. Οι ενέργειες αυτές χαρακτηρίζονται από υψηλή συχνότητα (τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα) και για μακρά χρονική περίοδο (διάρκειας τουλάχιστον έξι μήνες). Λόγω της υψηλής συχνότητας και μακράς διάρκειας της εχθρικής συμπεριφοράς, αυτή η κακομεταχείριση οδηγεί σε σημαντική ψυχική, ψυχοσωματική και κοινωνική δυστυχία»* (Leymann 1990, Leymann 1996).

Η Hirigoyen (2002) ορίζει την ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας ως *«κάθε καταχρηστική συμπεριφορά (χειρονομία, λόγος, συμπεριφορά, στάση...) που προσβάλλει, με την επανάληψη ή τη συστηματοποίηση της την αξιοπρέπεια ή τη ψυχική ή σωματική ακεραιότητα ενός ατόμου, βάζοντας σε κίνδυνο την εργασία του ή υποβιβάζοντας το εργασιακό κλίμα»*.

Για την Hirigoyen (2002) η παρενόχληση έχει ηθικό χαρακτήρα, με τον όρο να αναφέρεται σε έναν κώδικα συμπεριφοράς που στερείται σεβασμού, εκθέτει και ταπεινώνει τον εργαζόμενο.

Επιπρόσθετα, οι Duffy και Sperry (2007) όρισαν το φαινόμενο «mobbing», ως μη-σεξουαλική παρενόχληση εναντίον ενός εργαζομένου από μια ομάδα συναδέλφων του με στόχο την απομάκρυνση του από τον οργανισμό.

Αρκετοί ερευνητές όπως ο Ege (1996), ο Zapf (1999), Ο Δρίβας (2002), και ο Einarsen et al. 2003 κ.α. ασπάζονται την έννοια της παρενόχλησης στο χώρο εργασίας με τον συγκεκριμένο όρο.

**Bullying:** Ο όρος έλκει την καταγωγή του από έρευνες που έγιναν σε σχολεία το 1978 από τον Νορβηγό καθηγητή Dan OIweus, και αφορά την εξατομικευμένη κακομεταχείριση και συστηματική επιθετικότητα από ένα δυνατότερο παιδί προς ένα με μικρότερη ισχύ. Ο όρος χρησιμοποιείται στις Αγγλοσαξονικές χώρες – Ηνωμένο Βασίλειο κατά την δεκαετία του 1990 για να χαρακτηρίσει την παρενόχληση στον χώρο εργασίας. Αναφέρεται σε μια προβληματική κατάσταση με συμπεριφορές εκφοβισμού που δημιουργείται σε συγκεκριμένους χώρους εργασίας και αφορά σε συγκεκριμένους εργαζομένους. Χαρακτηριστικά του εκφοβισμού είναι ότι η ενέργεια πρέπει να επαναλαμβάνεται αρκετές φορές σε μια χρονική περίοδο και τα άτομα να έχουν δυσκολίες στο να υπερασπιστούν τον εαυτό τους (Einarsen et al., 1996. Τούκας και συν., 2012). Μια μεμονωμένη αρνητική πράξη δεν αποτελεί εκφοβισμό (Hoel et al., 2001).

Εκφοβισμός δεν υφίσταται όταν και τα δύο μέρη έχουν κατά προσέγγιση «ίση ισχύ» (Einarsen et al., 1996. Τούκας και συν., 2012). Ομοίως, εκφοβισμό δεν μπορούν να αποτελέσουν οι επαναλαμβανόμενες και διαρκείς αρνητικές ενέργειες που χαρακτηρίζουν μια διένεξη μεταξύ μερών ίδιας ισχύος (Salin, 2003).

Πέρα από την επαναλαμβανόμενη λεκτική, ψυχολογική επιθετικότητα, πιθανόν να υπάρχει και σωματική επιθετικότητα (O'Moore et al., 1998).

**Harassment:** Αναφέρεται σε επαναλαμβανόμενες και συνεχείς προσπάθειες που γίνονται από ένα άτομο προκειμένου να καταπιέσει, να φθείρει ή να απογοητεύσει ένα άλλο άτομο. Είναι μια διαδικασία που έχει διάρκεια, προκαλεί ψυχολογική πίεση, φόβο, εκφοβισμό και άλλες ψυχικές διαταραχές και σε άλλα άτομα (Brodsky, 1976).

Ορολογία που χρησιμοποιείται στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής από τους ερευνητές αναφορικά με την ψυχολογική βία στον χώρο εργασίας (Rayner & Keashly, 2005. Lutger-Sandvik et al., 2007).

**Bossing:** Αναφέρεται σε μεμονωμένα επεισόδια εντός των οργανισμών τα οποία οργανώνονται και εκπορεύονται από διοικητικά στελέχη (διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού, διευθυντές τμημάτων). Οι ενέργειες είναι στοχοκατευθυνόμενες προς ένα ή περισσότερους εργαζομένους με απώτερο σκοπό την εξώθηση τους σε παραίτηση (Ferrari, 2004).

Σημειώνεται ότι, ως προς τον ακριβή εννοιολογικό και εμπειρικό προσδιορισμό του φαινομένου, παρατηρείται μια ποικιλία των εν χρήσει όρων. Αν και έχουν λεπτές διαφοροποιήσεις μεταξύ τους εντούτοις αποτελούν όψεις ανεπιθύμητων συμπεριφορών που προσβάλλουν την αξιοπρέπεια του ατόμου και την δημιουργία αρνητικών συνθηκών στους χώρους εργασίας.

Αρκετά συχνά οι όροι χρησιμοποιούνται ως συνώνυμα και ως επί το πλείστο αναφέρονται στο ίδιο φαινόμενο, ενώ σε άλλες φορές χρησιμοποιούνται για να υποδείξουν διαφορετικές έννοιες (EU-OSHA, 2007. Σπυριδάκης, 2009. Eurofound, 2010).

Διαφοροποιούνται μεταξύ τους ως προς τη συχνότητα, τη διάρκεια και τον τύπο των ενεργειών ψυχολογικής βίας. Παράλληλα παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά ως προς την συστηματική επανάληψη των ενεργειών ψυχολογικής βίας στη διάρκεια του χρόνου, ως προς την μειονεκτική θέση που βρίσκεται το θύμα έναντι του θύτη και στο ότι οι ενέργειες ψυχολογικής βίας χαρακτηρίζονται από πρόθεση προς ένα άτομο ή ομάδα ατόμων (Τούκας και συν., 2012).

Σύμφωνα με τον Σπυριδάκη (2009), η ποικιλία των όρων υποδηλώνει (α) τη συνειδητοποίηση της ύπαρξης ενός σημαντικού κοινωνικού προβλήματος σε διεθνές επίπεδο (β) τη ρευστότητα των περιπτώσεων που ιχνηλατούν και (γ) τις παραμέτρους του φαινομένου που φιλοδοξούν να περιγράψουν.

Η έννοια της χρονικής διάρκειας της παρενόχλησης, αποτέλεσε αντικείμενο συζήτησης στην επιστημονική κοινότητα του συγκεκριμένου πεδίου, για τον καθορισμό της παρουσίας του.

Η συχνότητα και η διάρκεια της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς αποτελούν το κριτήριο που καθορίζει την παρουσία του φαινομένου (Leymann, 1996). Από την άλλη ο παράγοντας του χρόνου, έχει αμφισβητηθεί ως αντικειμενική μεταβλητή προσδιορισμού του φαινομένου (Ferrari, 2004). Για την Ferrari (2004) η διάρκεια της παρενόχλησης αφορά στην δυναμική εκτύλιξης της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς ανεξάρτητα από την χρονική έκταση που θα έχει, συμπεριλαμβάνοντας ακόμη και την χρονική διάρκεια που απαιτείται για τις πιθανές κυρώσεις του δράστη. Η Marie France Hirigoyen συμφωνεί με τον Leymann ότι η παρενόχληση για να υφίσταται πρέπει να είναι επαναλαμβανόμενη, υποστηρίζοντας παράλληλα την θέση ότι μια πολύ έντονη, μοναδική, εχθρική συμπεριφορά είναι αρκετή για να εκβάλλει τραυματικά την αξιοπρέπεια του εργαζομένου (Hirigoyen, 2002).

Παρά του ότι η έννοια της χρονικής διάρκειας αποτελεί μια ρευστή μεταβλητή ως προς την συγκρότηση και εντοπισμό του φαινομένου, εντούτοις αποτελεί έναν τυπικό δείκτη της συχνότητας εμφάνισης και διατήρησης του. Συνεπώς η παρενόχληση στο χώρο εργασίας αφορά στη νοηματοδοτημένη πραγματικότητα μιας μακροχρόνιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς, η οποία έχει έναν ψυχοκοινωνικά κλιμακούμενο χαρακτήρα, που στοχοποιεί το άτομο, προκαλώντας με τον τρόπο αυτό τον στιγματισμό και την θυματοποίηση του (Σπυριδάκης, 2009. Einarsen, 2000).

#### **2.4 Εξελικτικά στάδια του φαινομένου mobbing**

Το mobbing είναι ένα φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από μια δυναμική βάση της οποίας εξελίσσεται σε διάφορα στάδια (Τούκας και συν., 2012). Τα διάφορα στάδια του mobbing έχουν μελετηθεί από πολλούς ερευνητές (Leymann, 1990. Ege, 1996. Einarsen, 1999), οι οποίοι έχουν προτείνει διάφορα μοντέλα έτσι ώστε να διευκολυνθεί ο εντοπισμός των αιτιολογικών παραγόντων του φαινομένου και η αποτελεσματική αντιμετώπιση των επιπτώσεων του. Το μοντέλο του Heinz Leymann αποτελεί ένα από τα πληρέστερα και λεπτομερή μοντέλα όπου παρουσιάζεται η δυναμική του φαινομένου όπως εξελίσσεται μέσα από διάφορα στάδια (Thylefors, 1987. Leymann, 1996, Τούκας και συν., 2012):

##### **α) Πρώτο στάδιο: Καθημερινή διένεξη**

Το στάδιο αυτό βασίζεται στην παραδοχή ότι μια διένεξη δύναται να εκδηλωθεί αυθόρμητα στους χώρους εργασίας λόγω ποικίλων παραγόντων, όπως ανταγωνισμού, ζηλοφθονίας αλλά και διαφορετικότητας αντιλήψεων και χαρακτηριστικών. Συνήθως η διένεξη εκδηλώνεται μέσα από σειρά φραστικών επιθέσεων ή αστεϊσμών που απευθύνονται προς τον εργαζόμενο (θύμα), με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός αρνητικά φορτισμένου κλίματος. Αυτού του τύπου διενέξεις, οι οποίες είναι δύσκολο να εντοπιστούν εφόσον, μπορεί να λειτουργήσουν ως έναυσμα έναρξης του φαινομένου mobbing.

β) Δεύτερο στάδιο: Αρχή του φαινομένου

Κατά το στάδιο αυτό η διένεξη συνεχίζει να υπάρχει, με τις προσβολές να γίνονται συνεχείς και συστηματικές ενώ φαίνεται πλέον ξεκάθαρα ο ρόλος του θύτη και του θύματος. Ο θύτης χρησιμοποιώντας εκφοβιστικές στρατηγικές δρα με πρόθεση και συστηματικό τρόπο, ενώ το θύμα σταδιακά απομονώνεται και επηρεάζεται η αυτοεκτίμηση του. Ακόμη πολύ συχνά το θύμα βιώνει άγχος το οποίο εκδηλώνεται με ψυχοσωματικά παθολογικά συμπτώματα, με αποτέλεσμα είτε τις συχνές απουσίες από την εργασία είτε την καταφυγή σε φαρμακευτική υποστήριξη.

γ) Τρίτο στάδιο: Συμμετοχή της διοίκησης

Κατά το στάδιο αυτό εμπλέκεται η διεύθυνση του οργανισμού χωρίς να έχει επαρκή ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση και άμεση εμπλοκή κατά το δεύτερο στάδιο. Επιπρόσθετα η διεύθυνση κρίνει λανθασμένα την όλη κατάσταση και μπορεί να είναι αρνητική απέναντι στο θύμα, ένεκα του χρονικού διαστήματος μεταξύ της πρώτης και της τρίτης φάσης αλλά και της εδραιωμένης πλέον άποψης της πλειοψηφίας των συναδέλφων ότι φταίει το θύμα. Μετά την εμπλοκή της διεύθυνσης το κρίσιμο ζήτημα μετατρέπεται σε κρίσιμο πρόβλημα. Η διεύθυνση τότε θα πρέπει να απαλλαγεί από το πρόβλημα ή από το ίδιο το θύμα.

δ) Τέταρτο στάδιο: Αποκλεισμός από την αγορά εργασίας

Σε αυτό το στάδιο το άτομο κατηγορείται για προβληματική προσωπικότητα, με δυσκολία στη συνεργασία ή ακόμη ότι είναι ψυχικά ασταθές. Στόχος είναι η παραπλάνηση της διεύθυνσης ώστε να επιταχυνθεί η διαδικασία και να οδηγηθεί είτε σε απόλυση του θύματος είτε σε υποχρεωτική μετακίνηση του. Η διαδικασία της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» ολοκληρώνεται με την αποχώριση του θύματος από την εργασία του, χωρίς το άτομο να επιθυμεί να παραμείνει σε τέτοιο αρνητικό και επικίνδυνο εργασιακό περιβάλλον για να διεκδικήσει το δίκιο του. Οι ψυχολογικές και σωματικές βλάβες εξακολουθούν να υφίστανται και μετά την φυγή ή την απόλυση του θύματος.

Οι θύτες εξακολουθούν να παρενοχλούν το θύμα δυσφημίζοντας και προκαλώντας ζημιά στην εικόνα του στην αγορά εργασίας, για να δικαιολογήσουν ή ακόμη και να νομιμοποιήσουν την ορθότητα των αποφάσεων τους (Davenport, 1999).

## **2.5 Ερμηνευτικά – θεωρητικά μοντέλα για την εκδήλωση του φαινομένου της ψυχολογικής βίας στον χώρο εργασίας των νοσηλευτών**

Προκειμένου να γίνει κατανοητό ένα φαινόμενο τόσο πολύπλοκο όπως η παρενόχληση στον χώρο εργασίας, απαιτείται ένα δυναμικό θεωρητικό πλαίσιο. Ωστόσο η βιβλιογραφία στον τομέα της παρενόχλησης στον χώρο εργασίας δεν έχει θεμελιωθεί με ένα ισχυρό θεωρητικό υπόβαθρο (Einarsen, 2000). Ομοίως, κατά τον Wheeler et al. (2010) το φαινόμενο ακόμη δεν έχει εξηγηθεί μέσα από μία ολοκληρωμένη θεωρία.

Εντούτοις τεκμηριωμένα ερμηνευτικά μοντέλα αποσαφηνίζουν την επιρροή της ανθρώπινης αλληλεπίδρασης των βιολογικών, αναπτυξιακών, ενδοπροσωπικών και διαπροσωπικών – περιβαλλοντικών στοιχείων στον εργασιακό χώρο των νοσηλευτών. Τα μοντέλα αυτά πέρα

από τους υποστηρικτές έχουν και τους επικριτές τους, οι οποίοι τα έχουν κριτικάρει για την επεξηγηματική τους δυνατότητα στο να ερμηνεύσουν την εμφάνιση του φαινομένου (Vessey et al., 2010).

### **2.5.1 Βιοσυμπεριφορικά μοντέλα**

Τα βιολογικά ή βιοσυμπεριφορικά μοντέλα βοηθούν στην αναγνώριση αληθοφανών αιτιολογήσεων για την άμεση ή τις συγκεκαλυμμένες επιθετικές συμπεριφορές στον εργασιακό χώρο. Ακόμη τα μοντέλα αυτά μπορούν να επεξηγήσουν γιατί κάποια άτομα μπορούν εύκολα να γίνουν στόχοι (Vessey et al., 2010).

Όλα τα βιολογικά μοντέλα που χρησιμοποιήθηκαν για να εξηγήσουν τις βιοσυμπεριφορικές αντιδράσεις των δραστών και των θυμάτων ψυχολογικής βίας έχουν περιορισμούς. Αυτό αφορά πρωτίστως στο γεγονός ότι οι γνωστικές ή διανοητικές διαδικασίες προηγούνται των βιοσυμπεριφορικών αντιδράσεων και επιδρούν στην συμπεριφορά με την πάροδο του χρόνου (Lupien et al., 2009). Τα γενετικά χαρακτηριστικά (ιδιοσυγκρασία) και οι πρώτες εμπειρίες στην ανάπτυξη επιφέρουν νευρολογική ανάπτυξη και μελλοντική γνωστική απόδοση (Cirulli et al., 2010), προηγούμενες αποκρίσεις/αντιδράσεις μπορεί να ποικίλουν ως ένα επιλεκτικό φίλτρο για τα διαφορετικά άτομα βασισμένα στις εμπειρίες τους με το άγχος και την αντιμετώπιση του (Olf et al., 2005).

Παρά τους περιορισμούς, οι πρώτες μελέτες που έγιναν μέσω πειραμάτων σε ζώα και ανθρώπους κατέδειξαν ότι οι μεταπτώσεις ή τα χαμηλότερα επίπεδα τεστοστερόνης μειώνουν την επιθετικότητα ή την επικράτηση της και την βιοσυμπεριφορική αντίδραση στο άγχος. Στις γυναίκες, αυτό λαμβάνει την μορφή του «φέρομαι φιλικά» στον δράστη και όχι μια αντίδραση μάχης ή φυγής που είναι συχνά συνδεδεμένη με την ενεργοποίηση της τεστοστερόνης (Albert et al., 1986). Οι γυναίκες τείνουν να χρησιμοποιούν συμπεριφορές προσκόλλησης για να καταστείλουν την επίθεση, οι οποίες ενεργοποιούνται λόγω οξυτοκίνης και όχι τεστοστερόνης (Jack, 1999. Campbell, 2008). Ο Terburg et al. (2009) υποστηρίζει ότι η επιθετικότητα υπάρχει στις γυναίκες, αλλά αυτή προκαλείται λιγότερο από την τεστοστερόνη και έτσι η επιθετικότητα δεν είναι εμφανής αλλά κοινωνική ή σχεσιακή από την φύση της. Για παράδειγμα, ενήλικα θύματα «mobbing» έχουν αλλαγμένους κερκάρδιους κύκλους των επιπέδων της κορτιζόνης, οι οποίοι ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά το κοινωνικό κλίμα επηρεάζοντας την αισθητηριακή οξύτητα, την μάθηση και την μνήμη στον χώρο εργασίας (Kudielka & Kern, 2004).

### **2.5.2 Αναπτυξιακά μοντέλα**

Οι Archer et al. (2005) αναλύοντας τις διαφορές στους στόχους και τις στρατηγικές ανάμεσα στην έμμεση, κοινωνική, και σχεσιακή κατάσταση επιθετικότητας υποστήριξαν ότι οι μορφές της επιθετικότητας αλλάζουν με την ηλικία. Σε όλες τις περιπτώσεις, ιστορικά η έμμεση/πλάγια μορφή επιθετικότητας έχει χρησιμοποιηθεί πρωτίστως από κορίτσια.

Οι Kiriakidis & Kavoura (2010) αναφέρθηκαν στην εμφάνιση της διαδικτυακής παρενόχλησης, ως μορφή έμμεσης επιθετικότητας, όπου η συμμετοχή των δύο φύλων είναι ίση.

Μέσα από μια αναπτυξιακή προοπτική, η έμμεση επιθετικότητα, ως μαθημένη εμπειρία από τα κορίτσια μπορεί να ενισχυθεί εξελικτικά για τις γυναίκες με την πάροδο του χρόνου (Vessey et al., 2010). Η Jack (1999) διερεύνησε μέσω συνεντεύξεων, την προέλευση/πηγή, τις ερμηνείες/νοήματα και τις εμπειρίες της επιθετικότητας των γυναικών, με γυναίκες από

διαφορετικό κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο. Ισχυρίζεται ότι η επιθετικότητα προέρχεται από αποτυχίες/ αδυναμίες στις σχέσεις με άλλους ανθρώπους και μπορεί να λάβει τη μορφή κεκαλυμμένης/ έμμεσης προσέγγισης, του ελέγχου ή έμμεσης αντίστασης στην θυματοποίηση. Βασικό επιχείρημα της Jack (1999) είναι ότι οι γυναίκες δεν είναι επιθετικές εξαιτίας της ανθρώπινης φύσης τους, αλλά η έμμεση επιθετικότητα αναπτύσσεται σε πολιτιστικό και διαπροσωπικό πλαίσιο.

Οι θεωρίες της κοινωνικής μάθησης, που έχουν συνδεθεί με την βία και την επιθετικότητα στους εργασιακούς χώρους, εστιάζουν στην επιθετικότητα ως μαθημένη συμπεριφορά. Αυτή η προσέγγιση τονίζει τον ρόλο που διαδραματίζουν οι κοινωνικές επιρροές, όπως τα πρότυπα και η ενίσχυση, στην απόκτηση/υιοθέτηση επιθετικής συμπεριφοράς (Linsley, 2006). Οι συνιστώσες της επιθετικής συμπεριφοράς αναπτύχθηκαν εμπειριστικώς στο συγγραφικό έργο του Bandura, ο οποίος μεταξύ άλλων πρότεινε ότι μεγάλο μέρος της επιθετικής συμπεριφοράς μαθαίνεται με την παρατήρηση και τη μίμηση άλλων ατόμων, με το να ανταμείβονται και να τιμωρούνται (Bandura 1963, 1969, 1977).

Οι πληροφορίες φαίνεται να αποθηκεύονται διότι μπορεί να είναι χρήσιμες για αργότερα, και αυτή η «καθυστέρηση» είναι που έχει προκαλέσει μεγάλη ανησυχία. Η θέση της κοινωνικής μάθησης για την επιθετικότητα είναι ότι, η συναισθηματική διέγερση που απορρέει από μια απωθητική εμπειρία παρακινεί την επιθετικότητα. Κατά πόσο η επιθετικότητα ή κάποια άλλη αντίδραση θα παρουσιαστεί, ουσιαστικά εξαρτάται από τις συνέπειες που έχουν μάθει να περιμένουν (Linsley, 2006).

### **2.5.3 Ενδοπροσωπικά μοντέλα**

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, έχουν επισημανθεί καταστάσεις/ζητήματα που μπορούν να επηρεάσουν τα άτομα και αυτό είναι βοηθητικό στο να εξηγηθεί γιατί η επιθετικότητα μπορεί να είναι μια αντίδραση σε καταστάσεις που συμβαίνουν στο εργασιακό περιβάλλον (Vessey, 2010).

Οι Herscovis et al. (2007), αναγνώρισαν την χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ, τους διαπροσωπικούς / οικογενειακούς και οικονομικούς στρεσογόνους παράγοντες εκτός του χώρου εργασίας καθώς και κερκάρδιες επιδράσεις που σχετίζονται με την ώρα της ημέρας που εργάζεται το άτομο (το σύστημα βάρδιας στην περίπτωση του νοσηλευτηρίου), ως βασικά συστατικά της επιθετικότητας στο χώρο εργασίας.

Οι Balducci, Alfano και Fraccaroli (2009) διερεύνησαν τις σχέσεις μεταξύ των ατόμων που είχαν την εμπειρία του mobbing/εκφοβισμού στην εργασία (N=107), τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τα πρότυπα των συμπτωμάτων, όπως εκτιμάται από το ψυχομετρικό εργαλείο της προσωπικότητας της Μινεσότας (MMPI-2) (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Τα άτομα που ήταν οι αποδέκτες του «mobbing» σκόραραν υψηλότερα στις νευρωτικές και παρανοϊκές συνιστώσες του MMPI-2. Βρέθηκε να υπάρχει σημαντική και θετική συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας της έκθεσης σε συμπεριφορές «mobbing» και των κλιμάκων του MMPI-2 (κλινικής, συμπληρωματικής και περιεχομένου - the MMPI-2 clinical, supplementary and content scales) συμπεριλαμβανομένης και της διαγνωστικής κλίμακας του μετατραυματικού στρες (McCarthy, 2008). Οι μισοί από τους συμμετέχοντες στη μελέτη, οι οποίοι ήταν και αποδέκτες του «mobbing», παρουσίασαν έναν αριθμό συμπτωμάτων του

μετατραυματικού στρες που ήταν σύμφωνο με την διαταραχή του μετατραυματικού στρες. Επιπλέον, η συχνότητα της έκθεσης σε «mobbing» μπορούσε να προβλέψει τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, με την κατάθλιψη να μεσολαβεί μερικώς σε αυτή την σχέση.

Σε ερευνά της η Jack (1993) για τις συμπεριφορές επιβολής της σιωπής στον εαυτό, αλλά και σε μεταγενέστερη εργασία των Jack & Ali (2010), επεξηγήθηκε ότι οι γυναίκες σιωπούν ή ακόμη αποκρύβουν/καταστέλλουν τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις ενέργειες που μπορεί να έρχονται σε αντίθεση με την άποψη των άλλων. Ο «άλλος» στον οποίο αναφέρθηκε αρχικά η Jack (1993) ήταν ένας οικείος εταίρος, όμως σε αρκετές έρευνες τους άλλοι ερευνητές έχουν προσδιορίσει τόσο την έννοια αλλά και τις συμπεριφορές στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών (DeMarco, 1997. DeMarco, 2002. DeMarco & Roberts, 2003. Roberts, DeMarco & Griffin, 2009).

Η φίμωση του εαυτού είναι μια ενδοπροσωπική συμπεριφορά που βασίζεται σε μια σχεσιακή κατάσταση, δηλαδή γυναίκες οι οποίες προσπαθούν να αποφύγουν τη σύγκρουση για να διατηρήσουν τις σχέσεις τους ή/και για να διασφαλίσουν την ψυχολογική ή σωματική τους ακεραιότητα (Jack & Ali, 2010). Οι επιπτώσεις αυτής της συμπεριφοράς εκφράστηκαν στο έργο της Jack (1993), με τις γυναίκες να έχουν άγχος και ένταση καθώς συχνά αισθάνθηκαν διχασμένες προσπαθώντας να αποφύγουν τη σύγκρουση και να μην διαταράξουν τις σχέσεις προς τα έξω, ενώ εσωτερικά το αίσθημα του θυμού όλο και μεγάλωνε.

#### **2.5.4 Διαπροσωπικά μοντέλα**

Το mobbing/εκφοβισμός λαμβάνει τη μορφή της σχεσιακής επιθετικότητας στο χώρο εργασίας. Οι Galen και Underwood (1997) προσδιορίζουν την σχεσιακή επιθετικότητα ως υποκατηγορία της κοινωνικής επιθετικότητας, όπου ένας δράστης στοχεύει σε ένα θύμα. Το βασικό χαρακτηριστικό της κοινωνικής επιθετικότητας είναι η πρόθεση εκ μέρους του δράστη να κάνει κοινωνική ζημία, ενώ στη σχεσιακή επιθετικότητα επικεντρώνεται στους ομότιμους. Η κοινωνική επιθετικότητα περιγράφεται ως άμεση ή έμμεση μορφή σχεσιακής επιθετικότητας που χρησιμοποιείται για να βλάψει την αυτοεκτίμηση, την κοινωνική θέση ενός ομότιμου ή και τα δύο.

Η διαδικασία της κοινωνικής επιθετικότητας είναι αμφοτέρα εμφανής και συγκαλυμμένη εκ φύσεως, όπως είναι και οι αντιδράσεις των θυμάτων (Vessey, 2010). Παραδείγματα σχεσιακής επιθετικότητας στο εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών μπορούν να περιλαμβάνουν τις νοσηλεύτριες που δημιουργούν «υπο-ομάδες» οι οποίες μοιράζονται πληροφορίες, δραστηριότητες, φιλία, εκμυστηρεύσεις και φόρτο εργασίας, αλλά σαφώς δεν κάνουν το ίδιο με τους άλλους συναδέλφους τους που βρίσκονται στο ίδιο ιεραρχικό επίπεδο μαζί τους. Αυτοί που αποκλείονται από την υπο-ομάδα, μπαίνουν στην θέση όπου αισθάνονται σαν ξένοι, ότι δεν είναι ευπρόσδεκτοι και γενικά αισθάνονται ότι στιγματίζονται με κάποιο τρόπο (Underwood, 2003).

Προσπαθώντας να κατανοήσουν γιατί η άμεση ή η έμμεση επιθετικότητα συμβαίνει μεταξύ των νοσηλευτών στο εργασιακό τους περιβάλλον, χρησιμοποιήθηκε ένα επεξηγηματικό μοντέλο αυτό της συμπεριφοράς της «καταπιεσμένης ομάδας» (Roberts, 1983).

#### 2.5.4.1 Συμπεριφορά «καταπιεσμένης ομάδας» - 'oppressed group' behaviours

Το έργο του Fanon (1963) και του Freire (1972) αποτελεί το θεωρητικό υπόβαθρο για τη εννοιολογική σύλληψη των νοσηλευτών ως «καταπιεσμένη ομάδα». Οι ψυχολογικές πτυχές της καταπίεσης είναι ένα επαναλαμβανόμενο θέμα στην εργασία του Freire για την χειραφέτηση στην εκπαίδευση (Freire, 1972) και την επικριτική συνείδηση (Freire, 1987). Ο Freire υποστηρίζει ότι το εκπαιδευτικό σύστημα ενισχύει την πεποίθηση ότι η κυρίαρχη ομάδα είναι η καλύτερη. Με την πάροδο του χρόνου αυτό οδηγεί τους καταπιεσμένους να πιστεύουν ότι είναι κατώτεροι, λιγότερο άξιοι και τελικά να «φοβούνται την ελευθερία» (Freire, 1972). Έτσι δημιουργείται μια κατάσταση ψυχικής αποξένωσης στην οποία τα άτομα έχουν εγκλωβιστεί, εσωτερικεύουν την καταπίεση και την ενισχύουν, αντί να αντισταθούν (Abdul-Adil, Griffith & Watts, 1999).

Η παρενόχληση στο νοσηλευτικό επάγγελμα σε μεγάλο βαθμό έχει γίνει κατανοητή μέσα από την άποψη της «οριζόντιας βίας» (Duffy, 1995. Dunn, 2003. Jacoba, 2005) ή της συμπεριφοράς των «καταπιεσμένων ομάδων» (Roberts, 1983. Hedin, 1986. Roberts, 2000).

Οι έννοιες της «οριζόντιας βίας» (Duffy, 1995. Dunn, 2003. Jacoba, 2005) ή των «καταπιεσμένων ομάδων» (Roberts, 1986. Hedin, 1986. Roberts, 2000) έχουν χρησιμοποιηθεί για να εξηγήσουν των εκφοβισμό παρενόχληση μεταξύ των συναδέλφων που βρίσκονται στο ίδιο ιεραρχικό επίπεδο στον οργανισμό (Duffy, 1995. Dunn, 2003. Randle, 2003). Ως αποτέλεσμα της χαμηλής τους αυτοπεποίθησης και της πτωχής αναγνώρισης ως ομάδα (Roberts, 2000), εκδηλώνουν προσβλητική συμπεριφορά ο ένας προς τον άλλον.

Αντλώντας στοιχεία από την θεωρία της καταπίεσης, έχει υποστηριχθεί ότι οι νοσηλευτές είναι διπλά καταπιεσμένοι από το φύλο (γένους θηλυκού) και το ιατρικό κατεστημένο (Duffy, 1995. Hockley, 2002).

Ως αποτέλεσμα της καταπίεσης οι νοσηλευτές κοινωνικοποιούνται σε δομές και άνισες σχέσεις εξουσίας στο χώρο εργασίας που οδηγούν τους καταπιεσμένους να στραφούν εναντίον των συναδέλφων τους (Taylor, 2001). Έχει προταθεί ότι η πεποίθηση των νοσηλευτών για την κατωτερότητά τους έχει ως αποτέλεσμα την ανικανότητα να ανταπεξέλθουν. Αυτό διακωλύει ένα φαύλο κύκλο άρνησης, ελαχιστοποίησης και τελετουργικότητας (Taylor, 2001), ο οποίος διατηρεί το καθεστώς και επιτρέπει στις σχέσεις εξουσίας να παραμείνουν αδιαμφισβήτητες (Roberts, 2000). Ως αποτέλεσμα οι νοσοκόμες να θεωρούνται πολιτισμικά υποδεέστερες (Freshwater, 2000) και ως εκ τούτου παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά μίας καταπιεσμένης ομάδας, με έλλειψη αυτοεκτίμησης και κατευθύνοντας την παθητική επιθετικότητα προς τους άλλους.

Από αυτήν την άποψη, η ανεπιθύμητη συμπεριφορά ανάμεσα στους νοσηλευτές θεωρείται ως ένα σύμπτωμα της δυναμικής της κοινωνικο-πολιτικής καταπίεσης η οποία εκτυλίχθηκε μέσω της βία απέναντι στους συναδέλφους (Duffy, 1995).

Από την άλλη, η χρήση της θεωρίας της συμπεριφοράς για τις «καταπιεσμένες ομάδες» συνέβαλε σε μια μερική κατανόηση του φαινομένου στον τομέα της νοσηλευτικής. Η συνεχιζόμενη χρήση του όρου ως το κύριο μέσο για κατανόηση του φαινομένου, δίδει έμφαση στην θεώρηση του ως φαινόμενο που παρατηρείται μόνο ανάμεσα στους νοσηλευτές, παρά



θεωρώντας το ότι παρατηρείται μέσα στο ευρύτερο εργασιακό πλαίσιο (Hutchinson et al., 2005). Επιπλέον, ο ρόλος των οργανωτικών και διοικητικών δομών ως προς την διαιώνιση του εκφοβισμού δεν μελετήθηκαν (Hutchinson et al., 2004), θεωρώντας και καταγράφοντας τα ως κάτι διαφορετικό και λιγότερο σημαντικό από ότι ουσιαστικά είναι, δημιουργώντας έτσι την πεποίθηση ότι ο εκφοβισμός είναι μόνο ένα φαινόμενο μεταξύ νοσηλευτή προς νοσηλευτή και μια μορφή διαπροσωπικής σύγκρουσης.

Ομοίως ο Farrell (2001) έχει τονίσει, ότι η συνεχής εστίαση σε αυτήν την μορφή ανάλυσης σημαίνει ότι έχει δοθεί περιορισμένη προσοχή στην κατανόηση των αιτιών της παρενόχλησης στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Μερικές από τις αδυναμίες του μοντέλου περιλαμβάνουν την εστίαση στην οριζόντια συμπεριφορά μεταξύ των νοσηλευτών, κάτι το οποίο αποκλείει την προς τα κάτω και προς τα πάνω παρενόχληση από μη νοσηλευτές. Επιπρόσθετα από αυτήν την προσέγγιση απουσιάζει η εξέταση του τρόπου με τον οποίον οι εσωτερικές λειτουργίες των οργανισμών μπορούν να συμβάλουν ή να διαιωνίσουν τον εκφοβισμό. Η αποτυχία στην εξέταση των ζητημάτων αυτών έχει οδηγήσει σε μια συνεχιζόμενη εστίαση της βιβλιογραφίας προσεγγίζοντας τον εκφοβισμό στην νοσηλευτική ως ένα σύμπτωμα της μοναδικής κοινωνικοποίησης των νοσηλευτών, χωρίς την πληρέστερη κατανόηση του οργανωτικού πλαισίου στο οποίο εργάζονται οι νοσηλευτές, καθώς και την φύση των οργανωτικών παραβιάσεων (Speedy, 2004).

#### **2.5.4.2 Θεωρία της εξουσίας του Foucault**

Ο φιλόσοφος Michel Foucault έβλεπε την εξουσία ως έκφραση μίας πολύπλοκης στρατηγικής, σε ένα δεδομένο κοινωνικό περιβάλλον, το οποίο απαιτεί τόσο τον περιορισμό όσο και την ενδυνάμωση των δυνατοτήτων (Foucault, 1977. Gordon, 1980). Οι θεωρίες του απευθύνονται στη σχέση μεταξύ εξουσίας και γνώσης και πως αυτές χρησιμοποιούνται ως μια μορφή κοινωνικού ελέγχου μέσω των κοινωνικών θεσμών (Antliff, 2007).

Στην προσπάθεια για περαιτέρω κατανόηση της σχέσης μεταξύ εξουσίας και εργασιακής παρενόχλησης στη νοσηλευτική, προτείνεται ένα εναλλακτικό μοντέλο χρησιμοποιώντας την θεωρία του Foucault για την εξουσία (Hutchinson et al., 2005).

Ο Foucault περιέγραψε την εξουσία ως διάχυτη και αόρατη, τόσο ως θετική και αρνητική δύναμη μέσα σε κοινωνικά δίκτυα. Ανάπτυξε την έννοια της πειθαρχικής εξουσίας και περιέγραψε την οργάνωση και την διοίκηση ως τεχνικές της «ανθρώπινης εκγύμνασης» μέσω της θέσης, του περιορισμού, την επίβλεψη και την διαρκή εποπτεία της συμπεριφοράς και των καθηκόντων (Foucault, 1988. p 105).

Η πειθαρχική εξουσία θεσμοθετημένη ως μέρος της καθημερινής πρακτικής, είναι τόσο αποτελεσματική που τα άτομα υπόκεινται στον έλεγχο της χωρίς συνειδητή επίγνωση. Τα άτομα διαμορφώνονται μέσα από την πειθαρχική εξουσία αγνοώντας την διαμόρφωση (τι πραγματικά συμβαίνει). Η κυριαρχία επιτυγχάνεται διακριτικά, μέσα από νόμιμες διαδικασίες με αποτέλεσμα ο κυριαρχούμενος να πιστεύει ότι ο κυρίαρχος έχει δικαίωμα να αποφανθεί επ' αυτών, ως μέρος της φυσικής τάξης των πραγμάτων (Litvin, 2002).

Στην προσπάθεια να γίνει κατανοητή η πειθαρχική εξουσία στην εργασία και των τρόπων ανάπτυξης της μέσα σε μοντέρνους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, έχει μελετηθεί η διοίκηση των εν λόγω οργανισμών.

Στην Αυστραλία, οι νοσηλευτές είναι κυρίως μισθωτοί επαγγελματίες που απασχολούνται στο νοσοκομειακό σύστημα του δημόσιου τομέα (Adamson & Wilson-Barnett, 1995). Στο συγκεκριμένο σύστημα υγείας έχει υπάρξει σημαντική αλλαγή στις θεσμικές δομές και τις αλληλοεπιδράσεις, με αποτέλεσμα την αύξηση της γραφειοκρατίας και τον διαχειριστικό έλεγχο (Fitzgerald & Teal, 2004). Η κεντρική πίεση στο εσωτερικό του τομέα υγείας είναι σαφώς, η συγκράτηση του κόστους, συχνά εκφραζόμενη σε όρους όπως η μείωση της διάρκειας παραμονής και μείωση των εξόδων ανά περίπτωση (Richardson, 2003). Οι στόχοι των υπηρεσιών υγείας συχνά περιγράφονται με όρους όπως αποδοτικότητα και ποιότητα, έννοιες οι οποίες έρχονται ωστόσο συχνά σε αντίθεση η μία με την άλλη (Bryant, 1999).

Σε αυτό το πλαίσιο, η νοσηλευτική εργασία κατευθύνεται ολοένα και περισσότερο από διοικητικές - διευθυντικές «διαταγές» (Young & Brown, 1998. Smith, 2002). Για την ενίσχυση αυτών των πολιτικών έχουν αναπτυχθεί συστήματα - πλαίσια τυποποιημένων πρακτικών, σύνθετης συλλογής δεδομένων, παρακολούθησης της αποτελεσματικότητας και μέτρησης των αποτελεσμάτων. Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες είναι υπό συνεχή επιτήρηση - εποπτεία και ολοένα περισσότερο παρακολουθούνται, μετρούνται, αναφέρονται και ελέγχονται εξονυχιστικά. Σε καθημερινή βάση οι νοσηλευτές έρχονται αντιμέτωποι με την φροντίδα σε ένα «εταιρικό σύμπλεγμα / πλαίσιο» (Padgett, 1998. Watson, Jackson & Borbasi, 2005).

Αυτή η τεχνική χειρισμού της νοσηλευτικής δραστηριότητας και του συστήματος εποπτείας έχουν αλλάξει την έννοια της «φροντίδας» σε κάποια άλλη που συχνά δεν αναγνωρίζεται από τους νοσηλευτές (Jackson & Borbasi, 2000). Τέτοιες πρακτικές που τίθενται στην διάθεση τους, κρατούν μεμονωμένες νοσηλεύτριες δέσμιες στην κατασκευασμένη οργανωτική ταυτότητα (Dunne, 1996).

Η αυξημένη διοικητική και γραφειοκρατική εστίαση που υπάρχει στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης έχει ενισχύσει την παρακολούθηση - εποπτεία της ατομικής και ομαδικής απόδοσης (Van Eyk, Baum & Houghton, 2001). Οι νοσηλεύτριες δεν είναι εξοικειωμένες στα χρηματοοικονομικά και σε φόρουμ λήψης αποφάσεων, ως εκ τούτου βρίσκονται κάτω από τον λεπτομερή έλεγχο εκείνων της γραφειοκρατίας, οι οποίοι βρίσκονται σε θέση ισχύος έναντι της νοσηλευτικής (Speedy & Jackson, 2004). Η απόδοση κρίνεται από αυτούς που έχουν εξουσία και με όρους που μπορούν να περιγράψουν. Ο λεπτομερής έλεγχος των πόρων συνθέτει τους στρεσογόνους παράγοντες που βιώνουν στην εργασία τους μέρα με την μέρα οι νοσηλευτές (Edwards & Burnard, 2003), αυξάνοντας την έκθεση σε επιθετικότητα και βιαιότητα (Young & Brown 1998). Το τραύμα ενδεχομένως διαπράττεται σε περιβάλλοντα που είναι κατά κύριο λόγο επικεντρωμένα στην αναζήτηση της αποδοτικότητας, παραγωγικότητας και συγκράτησης του κόστους, τα οποία έχουν περιγράψει ως μια μορφή «οργανωτικής παραβίασης» (Speedy, 2004).

#### **2.5.4.3 Κυκλώματα της εξουσίας του Steward Glegg**

Αντλώντας από το έργο του Foucault, ο Callon (1986) και ο Clegg (1993) πρότειναν το μοντέλο «κυκλώματα της εξουσίας», που δείχνει πώς η εξουσία λειτουργεί μέσα στους οργανισμούς. Η θεωρία αυτή της εξουσίας, προσανατολίζεται προς την επεξήγηση του τρόπου που η οργανωτική υπακοή παράγεται (Clegg, 1993).

Ο Clegg (1993) υποστήριξε ότι υπάρχουν τρεις λειτουργίες της εξουσίας εντός του κυκλώματος: το πρακτορείο (agency), το σύστημα ένταξης (system integration) και η κοινωνική ενσωμάτωση (social integration). Το πρακτορείο εξουσίας είναι η «κυρίαρχη» δύναμη που κάνει τους ανθρώπους να κάνουν πράγματα που δεν θα έκαναν αλλιώς και λειτουργεί με ένα επεισοδιακό τρόπο. Η εξουσία της κοινωνικής ενσωμάτωσης, επικεντρώνεται σε κανόνες της πρακτικής, την έννοια της σχέσης και των μελών των ομάδων. Το σύστημα ένταξης επικεντρώνεται στην κυριαρχία μέσω των τεχνικών της πειθαρχίας και της παραγωγής/απόδοσης (Clegg, 1993).

Τα κυκλώματα της εξουσίας προκαλούν τόσο αρνητικές όσο και θετικές επιπτώσεις. Ο Clegg (1993) ισχυρίστηκε ότι η αποτελεσματική εξουσία κάνει μόνο ένα κύκλωμα. Ωστόσο όταν συναντάται αντίσταση στο κύκλωμα κατά την έννοια της σχέσης, των μελών ή των πειθαρχικών τεχνικών της παραγωγής, μέσα από το κύκλωμα αναπτύσσονται δυναμικές για να ξεπεραστεί η αντίσταση. Επιπλέον τα χαρακτηριστικά του οργανισμού επηρεάζουν την λειτουργία των κυκλωμάτων της εξουσίας. Ως εκ τούτου, λιγότερη ή περισσότερη έμφαση μπορεί να δοθεί σε τεχνικές πειθαρχίας ή στην διόρθωση των κανόνων μεταξύ των μελών, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου οργανισμού (Hutchinson et al., 2005).

Τα «κυκλώματα της εξουσίας» μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά την εξέταση ορισμένων πτυχών του φαινομένου του εκφοβισμού των νοσηλευτών, που αναφέρονται στην βιβλιογραφία.

Παραδείγματα όπως αυτό της αύξησης της διοικητικής και γραφειοκρατικής εστίασης μέσα στους οργανισμούς του τομέα υγείας, μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της εστίασης στις πειθαρχικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται στο πλαίσιο ενός οργανισμού (Hou, 2004). Τεχνικές όπως η διαχείριση της ποιότητας, η μέτρηση των εξόδων παραγωγής/απόδοσης, η διαχείριση της απόδοσης, η αξιολόγηση επιδόσεων, η διαχείριση των περιπτώσεων, τα εγχειρίδια διαδικασιών και το απαγορευτικό σύστημα πληρωμών, μπορούν να θεωρηθούν ως μορφές πειθαρχικών τεχνικών που ενισχύουν την εξουσία μέσα στους οργανισμούς. Τα ολοένα πιο πολύπλοκα συστήματα ελέγχου μέσα στους οργανισμούς, χαρακτηρίζονται μεταφορικά ως διαδικασίες που συσφίγγουν το «σιδερένιο κλουβί» (Pushkala & Anshuman, 2000). Τα συστήματα αυτά λειτουργούν με τρόπο που κάνουν τους νοσηλευτές να βρίσκονται υπό το συνεχές βλέμμα κάποιου που βρίσκεται σε θέση εξουσίας και γνώσης (Dunne, 1996).

Επιπρόσθετο παράδειγμα μπορεί να αποτελέσει, όταν ένας ανώτερος νοσηλευτής μπορεί να εκφοβίσει ένα κατώτερο νοσηλευτή (Sunderland & Hunt, 2001), και μπορεί να εντοπιστεί στους οργανισμούς μέσα από τους ενισχυμένους κανόνες, την έννοια της σχέσης και των μελών της νοσηλευτικής ομάδας (Randle, 2003). Ένας έμπειρος νοσηλευτής μπορεί να γίνει στόχος εκφοβισμού εφόσον ξεχωρίζει, είναι πιο εξειδικευμένος ή επιδιώκει να κάνει μια αλλαγή. Ένα τέτοιο άτομο μπορεί να δυσφημιστεί ή να ταπεινωθεί από τον δράστη (bullies) σε μια προσπάθεια να διατηρήσει την παρούσα κατάσταση (το status quo).

Σε έρευνα που έκανε η Hockley (2002) για την βία ανάμεσα στους νοσηλευτές, περιέγραψε ότι ο εκφοβισμός προέκυψε από την «παραβίαση των κανόνων» και ισχυρίστηκε ότι ο εκφοβισμός αυτός ενήργησε στο να ενισχύσει την συμπεριφορά που καθιερώθηκε. Μέσω αυτής της διαδικασίας, αποδεκτές οργανωτικές αξίες επιβεβαιώνονται και ενισχύονται, και

εκείνοι που τρομοκρατούνται μαθαίνουν την θέση τους μέσα από την «τάξη των πραγμάτων». Έτσι ο εκφοβισμός είναι μια στρατηγική που χρησιμοποιείται για να διατηρήσουν την τάξη.

Επιπλέον, το θύμα ως μέρος της διαδικασίας του εκφοβισμού, συχνά θα θεωρηθεί δημοσίως ως λιγότερο ικανός ή ηλίθιος. Τέτοιες επισημάνσεις ενώ είναι προσβλητικές και επιθετικές, για την πλευρά του θύτη είναι σημαντικές διατάξεις για την εξασφάλιση της νομιμότητας (Baumeister, 1999).

Εφαρμόζοντας περισσότερο το μοντέλο «κυκλώματα της εξουσίας», εάν το θύμα νοσηλεύτρια παρατηρηθεί ότι παρουσιάζει κάποια μορφή αντίστασης, μεταγενέστερα κυκλώματα εμπλέκονται, φέρνοντας στο παιχνίδι τις τεχνικές της πειθαρχίας. Αναφέρθηκαν ότι χρησιμοποιήθηκαν κοινές τεχνικές πειθαρχίας περιλαμβανομένων της διαμεσολάβησης, αυξημένης παρακολούθησης, πειθαρχικές συνεντεύξεις, διόρθωση της εκπαίδευσης/κατάρτισης και διαχείριση της απόδοσης (Hockley, 2002. Vickers, 2002).

Θεωρείται σημαντικό, ότι αυτό που δεν είναι πάντοτε άμεσα εμφανές μέσα στον χώρο εργασίας, είναι το δίκτυο συμμαχιών που καθιστά δυνατές τις πειθαρχικές τεχνικές (Clegg, 1997). Οι Hutchinson et al. (2005) ανέφεραν τις εμπειρίες των νοσηλευτών θυμάτων εκφοβισμού και την φύση των δικτύων των θυτών που λειτουργούν σε ένα οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης. Τα ευρήματα τους αποκαλύπτουν ότι δουλεύοντας μαζί σε δίκτυα, οι θύτες ήταν σε θέση να χρησιμοποιούν αποδεκτές οργανωτικές διαδικασίες για τον σκοπό του συντονισμένου, συστηματικού και στοχευμένου εκφοβισμού. Επιπρόσθετα, προτείνουν ότι οι θύτες που ήταν νοσηλευτές και διαχειριστές/ηγέτες (όχι νοσηλευτές), ήταν σε θέση να κρύψουν την καταχρηστική συμπεριφορά και τις δραστηριότητες τους μέσα στα πλαίσια των νόμιμων οργανωτικών πρακτικών και διαδικασιών. Τα θύματα εκφοβισμού ήταν σε θέση να δημιουργήσουν ένα πέπλο μονιμότητας και να διασφαλίσουν ότι η καταχρηστική συμπεριφορά εις βάρος τους παραμένει επίσημα απαρατήρητη, καθώς οι αναφορές για εκφοβισμό αγνοήθηκαν, αμφισβητήθηκαν και υποτιμήθηκαν. Καταλαμβάνοντας προνομιακά σημεία της πρακτικής μέσα στο κύκλωμα, τα άτομα αυτά ήταν σε θέση να χρησιμοποιήσουν τις τεχνικές της πειθαρχίας για την προώθηση δικών τους συμφερόντων και με τον τρόπο αυτό να προκληθεί σημαντική βλάβη σε άλλους.

Οι τεχνικές της πειθαρχίας λειτουργούν έτσι που να κάνουν το θύμα εκφοβισμού πιο ορατό μέσα στον οργανισμό, με αποτέλεσμα να στρέψουν την προσοχή πάνω στο άτομο που δέχθηκε εκφοβισμό, αντί τον θύτη, και επισημαίνοντας τα θύματα εκφοβισμού ως το «πρόβλημα». Η νοσηλεύτρια που προβάλλει αντίσταση γίνεται ορατή σε όσους εξομοιώνονται μέσα στο κύκλωμα της εξουσίας. Αυτές που αντιστάθηκαν αποκαλούνται ως «αποτυχίες» (Huntington & Gilmour, 2001). Ο «στόχος» γίνεται το επίκεντρο του κυκλώματος της εξουσίας σε μια προσπάθεια να ξεπεράσουν την αντίσταση και να επιστρέψουν στην κανονική ροή εξουσίας μέσα στο κύκλωμα. Η διοίκηση συνωμοτεί με τους θύτες του εκφοβισμού και τα παράπονα για εκφοβισμό δεν λαμβάνονται σοβαρά υπόψη (Jackson, Clare & Mannix, 2002). Οι ηγέτες μπορεί επίσης να στηρίζουν τους θύτες αντί τα θύματα (Tidwell, 1998). Με αποτέλεσμα συχνά ο εκφοβισμός να γίνεται ανεκτός (Keashly, 1998), με τον αποδέκτη του εκφοβισμού να θεωρείται όλο και περισσότερο ως το πρόβλημα.

#### 2.5.4.4 Μοντέλο εργασιακής απαίτησης ελέγχου του Karasek - Job demands control model (JDC) by Karasek

Η βασική αρχή του μοντέλου Job demands control model (JDC) είναι ότι ο έλεγχος της εργασίας ή ο προσδιορισμός της ευρύτητας (**job control or decision latitude**) είναι το καίριο μέσο το οποίο μετριάξει τις δυνητικά πιθανές αρνητικές επιπτώσεις του στρες στην εργασία. Ως εκ τούτου, ο αυξημένος έλεγχος των εργαζομένων εμποδίζει την εμφάνιση έντασης στην εργασία, με τέτοιο τρόπο που το εργασιακό άγχος δεν θα επηρεάσει την φυσική ή ψυχική υγεία όταν υπάρχουν επαρκή/ικανοποιητικά επίπεδα ελέγχου (Karasek, 1979. Karasek & Theorell, 1990. Isabel Rodriguez et al., 2001).

Το μοντέλο που ο Karasek's (1979) πρότεινε, σχετίζεται με την επεξήγηση της παρενόχλησης στον χώρο εργασίας και στην αναγνώριση περιοχών πρόληψης, συμπεριλαμβάνοντας την αποφυγή του εργασιακού άγχους και δίνοντας έμφαση στην αυξημένη αυτονομία και σε λογικό φόρτο εργασίας.

Εφαρμόζοντας το μοντέλο του Karasek's για την παρενόχληση στον χώρο εργασίας σε έρευνα, ο Baillien και οι συνεργάτες του, βρήκαν σημαντικά αποτελέσματα (αλλά όχι αλληλεπίδραση) για τον υψηλό φόρτο εργασίας και την χαμηλή εργασιακή αυτονομία, στην χρονική περίοδο 1, να συνδέεται με τον αυτοπροσδιορισμό ως θύμα στην χρονική περίοδο 2 (σύμφωνα με το Short – Negative Acts Questionnaire) (Baillien et al., 2011a).

Επιπρόσθετα σημαντικές επιπτώσεις αλληλοεπιδράσεως για υψηλό φόρτο εργασίας και χαμηλή εργασιακή αυτονομία στην χρονική περίοδο 1, συνδέθηκαν με αυτοπροσδιορισμό ως δράστης- θύτης στην χρονική περίοδο 2. Ο Baillien και οι συνεργάτες του (2011a) συμπέραναν, ότι η ερευνά τους γενικά υποστηρίζει τις υποθέσεις για το περιβάλλον εργασίας και συμβάλλει στην κατανόηση τόσο του θύματος-στόχου όσο και τον ρόλο του δράστη – θύτη.

Ομοίως, ο Hoel et al. (2002) υποστήριξε ότι ο εργασιακός εκφοβισμός θα μπορούσε εννοιολογικά να γίνει αντιληπτός ως σημαντικός «ψυχοκοινωνικός κίνδυνος» και κατέδειξε την σχέση του με την βιβλιογραφία του άγχους.

Αντιθέτως, η Hirigoyen (2002) διαχωρίζει την ηθική παρενόχληση από το επαγγελματικό άγχος, ισχυριζόμενη ότι το άγχος δεν θεωρείται ως αντικειμενικός παράγοντας πυροδότησης της ηθικής παρενόχλησης αλλά ως καταλύτης που διευκολύνει την ανάδυσή του.

Το επαγγελματικό άγχος ασκεί πιέσεις με τον υπερβολικό φόρτο εργασίας, τα αυξημένα καθήκοντα και τις κακές συνθήκες εργασίας, οδηγώντας σε επαγγελματική εξουθένωση. Ο στόχος της διοίκησης μέσω της πίεσης – άγχους είναι η αύξηση της αποδοτικότητας ή της ταχύτητας διεκπεραίωσης ενός έργου και όχι η «πρόκληση βλάβης» στους εργαζομένους μέσω της προσβολής της αξιοπρέπειας του ατόμου όπως παρατηρείται κατά το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης (Hirigoyen, 2002).

Το πέρασμα όμως από το άγχος στην ηθική παρενόχληση δεν είναι σπάνιο. Ένα άτομο επιβαρυνόμενο με επαγγελματικό άγχος μπορεί να καταστεί ευκολότερα στόχος, για εργασιακή παρενόχληση. Όσο περισσότερο έχει επενδύσει το άτομο στην εργασία του τόσο μεγαλύτερος είναι και ο τραυματισμός (Hirigoyen, 2002).

Η τοποθέτηση της Higigoyen (2002) έρχεται σε αντίθεση με την εν λόγω θεωρία, εφόσον υποστηρίζει ότι αν το άγχος προέρχεται από την πίεση του φόρτου εργασίας δεν θεωρείται παρενόχληση. Ως παρενόχληση μπορεί να θεωρηθεί εάν το άγχος βασίζεται σε σκόπιμη ανάθεση υπερβολικών καθηκόντων.

Ο Σπυριδάκης (2009) υποστηρίζει ότι, όσο πιο έντονα το άγχος βιώνεται τόσο επηρεάζεται και η ένταση της εργασιακής παρενόχλησης.

Ο Leymann (1993) στο βιβλίο του «Mobbing» αναφέρεται στο άγχος ως μία βιολογική κατάσταση και ότι κοινωνικές και ψυχοσωματικές καταστάσεις προέρχονται από αυτό.

Ο Hans Selye (1976) ενδοκρινολόγος με σημαντικές επιστημονικές εργασίες για την αντίδραση του οργανισμού σε στρεσογόνους παράγοντες, όρισε ότι το άγχος ως μια βιολογική κατάσταση που επιφέρει κοινωνικές – σωματικές αντιδράσεις. Αποτελείται συγχρόνως από τον αγχωτικό παράγοντα και την αντίδραση του οργανισμού που υποβάλλεται στην δράση του αγχωτικού παράγοντα. Στο πλαίσιο αυτής της αντίληψης η Ferrari (2004), θεωρεί ότι κάποιος μπορεί να καταστεί θύτης-δράστης αναζητώντας διέξοδο από την πίεση που υφίσταται λόγω καταστάσεων υπερδραστηριότητας και διαρκούς ετοιμότητας, εκδηλώνοντας έτσι ευερέθιστη συμπεριφορά προς ομοιόβαθμους, κατωτέρους ή ανωτέρους του. Ο δράστης συχνά χάνει την αίσθηση του εαυτού καθώς θεωρεί το εαυτό του ως θύμα, ενώ από την άλλη ευχαριστιέται από την αποσταθεροποίηση του άλλου.

Από την σκοπιά του θύματος-στόχου, η Ferrari (2004) ισχυρίζεται ότι το άγχος βιώνεται ως απότοκο του στιγματισμού από τα μέλη της ομάδας. Η ομάδα βρίσκεται σε κατάσταση ανεπαρκούς ικανοποίησης από την εργασία αναζητώντας εξιλαστήρια θύματα για την δικαιολόγηση της κατάστασης, ως άρνησης της διαφορετικότητας η οποία επηρεάζει την ισορροπία της ομάδας με συνεπακόλουθο τον εξοστρακισμό του από αυτήν.

#### **2.5.4.5 Μοντέλο κλιμακωτής σύγκρουσης του Glasl (Conflict Escalation Model of Glasl):**

Το μοντέλο του Friedrich Glasl (1982) αποτελεί μια σημαντική οπτική που σχετίζεται με την εννοιολογική προσέγγιση του εργασιακού εκφοβισμού ως ιδιαίτερη και σοβαρή μορφή κλιμακωτής σύγκρουσης (Branch, Ramsay & Barker, 2013).

Το μοντέλο κλιμάκωσης των συγκρούσεων του Glasl (1982) αναφέρεται στους μηχανισμούς κλιμάκωσης των συγκρούσεων στις ανθρώπινες σχέσεις, μέσα από εννέα στάδια τα οποία είναι: σκλήρυνση (hardening), συζητήσεις και αντιπαραθέσεις (debates & polemics), δράσεις όχι λόγια (actions not words), εικόνες και συνασπισμοί (images & coalitions), απώλεια προσώπου (loss of face), στρατηγικές απειλών (strategies of threats), περιορισμένα καταστροφικά κτυπήματα (limited destructive blows), κατακερματισμός του εχθρού (fragmentation of the enemy), μαζί στην άβυσσο (together into the Abuss).

Το μοντέλο αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για τους διαμεσολαβητές των συγκρούσεων, για την ευαισθητοποίηση των ατόμων για τους μηχανισμούς της κλιμάκωσης της σύγκρουσης αλλά και ευαισθητοποίησης για τα μέτρα που μπορούν να ληφθούν ώστε να αποτραπεί μια σύγκρουση από την κλιμάκωση εκτός ελέγχου (Branch et.al, 2013).

Το μοντέλο υπογραμμίζει τις περιστασιακές πιέσεις που ασκούνται στους ανθρώπους που εμπλέκονται σε μια σύγκρουση. Αντί να αναζητούνται τα αίτια στα άτομα, το μοντέλο τονίζει

πως υπάρχει μια εσωτερική λογική στις συγκρουσιακές σχέσεις, οι οποίες προκύπτουν από την αποτυχία για «καλό – αγαθό» τρόπο χειρισμού των αντικρουόμενων συμφερόντων και απόψεων. Απαιτούνται συνειδητές προσπάθειες για να αντισταθούν στους μηχανισμούς κλιμάκωσης, οι οποίοι θεωρούνται ότι έχουν δική τους δυναμική (Branch et al., 2013).

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της κλιμάκωσης της σύγκρουσης του Glasl (1994) και μια σειρά από ποσοτικές και ποιοτικές μελέτες, οι Zapf και Gross βρήκαν ότι οι περισσότερες περιπτώσεις μπορούν να εξεταστούν, βάση της διαδικασίας της κλιμάκωσης που περιεγράφηκε από τον Glasl (Zapf & Gross, 2001). Κλιμακωτές κινήσεις μέσα από διάφορες φάσεις, που αρχίζουν με προσπάθεια για συνεργασία και με την πάροδο του χρόνου παρουσιάζονται όλο και με υψηλότερα επίπεδα δυσλειτουργίας. Καθώς αυτό έχει επίδραση στα άτομα, οι ερευνητές αναφέρονται στο ευρύ φάσμα των στρατηγικών παρέμβασης και τα πιθανά αποτελέσματα, τα οποία αντικατοπτρίζουν ένα παρόμοιο πλαίσιο κλιμάκωσης σε όλη τη διαδικασία της παρενόχλησης, επισημαίνοντας ότι τα προληπτικά μέτρα και η παρέμβαση στα πρώτα στάδια της κλιμάκωσης των συγκρούσεων, συνίστανται ανεπιφύλακτα (Zapf & Gross, 2001).

Η οπτική που προωθεί την εννοιολογική σύλληψη του εργασιακού εκφοβισμού ως μια κλιμακωτή σύγκρουση που σχετίζεται με τον τομέα των εχθρικών σχέσεων στον χώρο εργασίας υποστηρίχθηκε και από άλλους ερευνητές (Aquino & Lamertz, 2004, Keashly & Harvey, 2006). Οι Aquino and Lamertz (2004), στο σχεσιακό μοντέλο τους για την θυματοποίηση στον χώρο εργασίας, επισημαίνουν την αλληλεπίδραση ανάμεσα στο πλαίσιο (context), τον στόχο (target) και τον δράστη (perpetrator). Ισχυρίζονται ότι ένα άτομο που αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως στόχο σε μια κοινωνική συνάντηση-επαφή μπορεί να ανταποδώσει σε μια επόμενη συνάντηση - «αναμέτρηση», θεσπίζοντας έτσι ένα ρόλο θύτη (Aquino & Lamertz, 2004, p. 1025). Ιστορικά, αυτή η άποψη ήταν γεμάτη με δυσκολίες, καθώς οι ερευνητές και οι επαγγελματίες έχουν δικαιολογημένα θελήσει να αποφύγουν να «ενοχοποιήσουν το θύμα». Παρόλα αυτά αυτή η οπτική είναι σημαντική, καθώς καταδεικνύει την πολυπλοκότητα του εργασιακού εκφοβισμού, στο ότι ο προσδιορισμός του «πραγματικού» θύματος ή του δράστη μπορεί να μην είναι εφικτός σε πολλές περιπτώσεις (Glomb, 2002).

Η σύγκρουση στο εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών είναι γεγονός, με εκτεταμένο ερευνητικό έργο σε Ελληνικό-Κυπριακό και Διεθνές επίπεδο, να περιγράφει τα αίτια εμφάνισης του φαινομένου, με κύρια πηγή την σύγκρουση των ρόλων, την οριζόντια σύγκρουση και την σύγκρουση μεταξύ των γενεών (Kennedy & Lyudon, 2008. Azoulay et al., 2009. Γεωργίου, 2011. Κούρτης και συν., 2011. Κασίνη, 2012. Moisoglou et al., 2014. Amestory et al., 2014.).

Οι πολλαπλοί επαγγελματικοί ρόλοι που έχουν οι νοσηλευτές αποτελούν μια σημαντική πηγή σύγκρουσης. Οι συγκρούσεις ρόλων μεταξύ κυρίως γιατρών και νοσηλευτών, συμβαίνουν λόγω διαφορετικής επαγγελματικής κρίσης και αποφάσεων, διαφορετικών στόχων ή έλλειψη σαφήνειας και λόγω σχέσεων κύρους (Brinkert, 2010).

Τεκμηριωμένη στην βιβλιογραφία είναι και η σύγκρουση μεταξύ των γενεών των νοσηλευτών. Η μελέτη των συμπεριφορών των νοσηλευτών υπό συλλογικό πρίσμα πολλές φορές χρησιμεύει στην κατανόηση των συγκρούσεων μεταξύ διαφορετικής ηλικίας. Η διαφορετική

κοινωνικοποίηση των διαφορετικών γενεών είναι δυνατό να εξηγήσει τη σύγκρουση ανάμεσα στο σημερινό εργατικό δυναμικό (Swearingen & Liberman, 2004. KuppertsChmidt, 2006).

Ως σημαντική μορφή οριζόντιας σύγκρουσης, αναγνωρίζεται η λεκτική βία που βιώνουν οι νοσηλευτές κυρίως από συναδέλφους τους αλλά και από ασθενείς (Abu Alrub, 2004).

Οι συγκρούσεις στον χώρο εργασίας αποτέλεσαν αντικείμενο μελέτης από τους Leymann (1993, 1996b) και Hirigoyen (2002).

Ο Heinz Leymann (1993) θεωρεί ότι η ηθική παρενόχληση είναι πάντοτε αποτέλεσμα μίας επαγγελματικής σύγκρουσης που δεν έχει επιλυθεί σωστά.

Ο Leymann (1996b) διέκρινε έξι παράγοντες που δυνητικά δημιουργούν προϋποθέσεις συγκρούσεων, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε παρενόχληση στο χώρο εργασίας. Παράγοντες οι οποίοι συνδέονται με το εσωτερικό της ομάδας των εργαζομένων και το πλαίσιο που την περιβάλλει, όπως: η οργάνωση της εργασίας, τα καθήκοντα της εργασίας, η οργανωτική κουλτούρα και η διευθυντική διαχείριση, η ομάδα εργασίας και η κοινωνική δυναμική της, οι θεωρίες περί ψυχολογίας, η κρυφή λειτουργία της ψυχολογίας στην κοινωνία.

Η Hirigoyen (2002) διαφοροποιεί την ηθική παρενόχληση από την σύγκρουση, επικεντρώνεται στα θετικά στοιχεία της χρησιμότητας της σύγκρουσης και ισχυρίζεται ότι οι διαμάχες που αργούν να επιλυθούν δρουν υπόγεια, με τον κίνδυνο να περάσουν στη διαδικασία της ηθικής παρενόχλησης.

#### **2.5.4.6 Θεωρία συναισθηματικών γεγονότων - Affective Events Theory (AET)**

Η θεωρία των συναισθηματικών εκδηλώσεων αναπτύχθηκε από τους, Howard M. Weiss & Russell Cropanzano (1996), στο πεδίο της οργανωτικής ψυχολογίας, για να εξηγήσει πως τα συναισθήματα και οι διαθέσεις επηρεάζουν την απόδοση στην εργασία και την εργασιακή ικανοποίηση (Thompson & Phua, 2012).

Το μοντέλο εξηγεί τη σύνδεση μεταξύ των εσωτερικών επιρροών/επιδράσεων (π.χ. γνωσιακά, συναισθήματα, ψυχικές καταστάσεις) και τις αντιδράσεις τους στα περιστατικά που συμβαίνουν στο περιβάλλον εργασίας τους, τα οποία επηρεάζουν την απόδοσή τους, την οργανωτική δέσμευση και την εργασιακή ικανοποίηση. Η θεωρία προτείνει ότι συναισθηματικά περιστατικά/γεγονότα με θετικές προκλήσεις (π.χ. εφόδια, εξοπλισμός) καθώς και αρνητικές προκλήσεις (π.χ. ενοχλήσεις, παρενοχλήσεις) είναι ευδιάκριτα και έχουν σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις στην ικανοποίηση που παίρνουν οι εργαζόμενοι από την εργασία τους (Wegge et al., 2006. Citeman, 2007). Αυτό οδηγεί στην διαρκή εσωτερική (γνωστική λειτουργία, συναισθήματα, ψυχικές καταστάσεις) και εξωτερική συναισθηματική αντίδραση, που παρουσιάζεται μέσω της απόδοσης στην εργασία, την εργασιακή ικανοποίηση και την οργανωτική δέσμευση (Citeman, 2007).

Μια σημαντική εννοιολογική εξέλιξη στο πεδίο της εργασιακής παρενόχλησης είναι η διερεύνηση των συναισθημάτων και ειδικότερα η εφαρμογή της θεωρίας των συναισθηματικών γεγονότων (affective events theory) των Weiss και Cropanzano (1996).

Η εφαρμογή της θεωρίας στον συγκεκριμένο τομέα είναι μια σημαντική και πρόσφατη προσθήκη στην βιβλιογραφία του εργασιακού εκφοβισμού, ενώ η χρήση της θεωρίας υπήρξε στο ευρύτερο πλαίσιο της βιβλιογραφίας για την αντικοινωνική συμπεριφορά. Η θεωρία



προτείνει ότι οι άνθρωποι συχνά αντιδρούν συναισθηματικά στα συμβάντα/γεγονότα, κι' αυτό επηρεάζει τις μετέπειτα συμπεριφορές, στάσεις και τελικά την ευημερία τους. Έτσι γεγονότα στον χώρο εργασίας, όπως ο εκφοβισμός, μπορεί να θεωρηθεί/εξεταστεί ως συναισθηματικό γεγονός (Ghosh et al., 2011, Glaso et al., 2011, Lee and Brotheridge, 2006, Lim et al., 2008).

Σε μία από τις λίγες μελέτες που συνδέουν άμεσα την θεωρία (ΑΕΤ) και τον εκφοβισμό, οι Brotheridge και Lee (2010), εξέτασαν τις συναισθηματικές αντιδράσεις σε συγκεκριμένες συμπεριφορές εκφοβισμού, προτείνοντας ότι κάθε εκδήλωση εκφοβισμού θα προκαλέσει μια συναισθηματική αντίδραση. Διαπίστωσαν ότι αφού η εργασία κάποιου υπονομεύεται και η λεκτική βία, συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα θλίψης, ανησυχίας, θυμού, και πολύ συχνά σύγχυσης. Η έρευνα των Brotheridge και Lee (2010) υποδεικνύει επίσης ότι τα επαναλαμβανόμενα αρνητικά γεγονότα μπορεί να κάνουν πιο ευαίσθητο τον στόχο/θύμα σε περαιτέρω/περισσότερα αρνητικά γεγονότα, αυξάνοντας έτσι το επίπεδο των συναισθηματικών εμπειριών.

Μάλιστα, η βιβλιογραφία της θεωρίας αυτής τονίζει τη σημαντικότητα της διάρκειας και της έντασης των συγκρουσιακών γεγονότων παρά των ατομικών γεγονότων από μόνα τους (Ayoko et al., 2003). Για παράδειγμα, ο Fuller et al. (2003), με την χρήση μοντέλων χρονολογικών σειρών, διαπίστωσε ότι η συχνή αντιμετώπιση (τακτική βίωση) στρεσογόνων γεγονότων σε χαμηλό επίπεδο, δυνητικά με την πάροδο του χρόνου μπορεί να κάνουν τους εργαζομένους να βιώσουν βαθμιαία αύξηση των επιπέδων έντασης. Αυτό μπορεί να εξηγήσει πως κάποιος που βρίσκεται σε ένα στρεσογόνο εργασιακό περιβάλλον και ήδη βιώνει ένταση, πιθανόν να μην είναι σε θέση να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στον εκφοβισμό όταν αυτός συμβαίνει, ξεκινώντας έτσι ο αρνητικός κύκλος των κλιμακωτών γεγονότων που μπορούν να οδηγήσουν σε συνεχή εκφοβισμό.

Ο Lutgen – Sandvik's (2008) σε μελέτη συνεντεύξεων επισημαίνει την διαδικασία αυτή, με τα θύματα / στόχους να βιώνουν μια ποικιλία συναισθημάτων, ξεκινώντας από χαμηλά επίπεδα δυσφορίας και νευρικότητας στην φάση προ – εκφοβισμού, προχωρώντας σε πιο ακραία συναισθήματα ντροπής καθώς η διαδικασία συνεχίζεται. Ως αποτέλεσμα της κλιμάκωσης του εκφοβισμού ήταν η συνεχής αποσταθεροποίηση της ταυτότητας (self – identity) του θύματος, όπου πολλά θύματα ανέφεραν ότι αδυνατούσαν / δεν ήταν σε θέση να ανακάμψουν πλήρως μεταξύ των επιθέσεων.

Οι D'Cruz και Noronha's (2010) σε μελέτη των δέκα θυμάτων, επίσης τονίζουν τη συναισθηματική ένταση που τα συνεχή αρνητικά γεγονότα (οι συνεχιζόμενες αρνητικές εκδηλώσεις) μπορεί να έχουν, με κατάθλιψη, ανησυχία, άγχος, απόγνωση και αδυναμία, τα οποία επικρατούν. Αυτό με την σειρά του έχει ως αποτέλεσμα, την μείωση των θετικών συναισθημάτων για την εργασία και τους ανθρώπους, συχνά οδηγώντας σε απόσυρση και εγκατάλειψη του οργανισμού, όπου θεωρείται η καλύτερη ή η μόνη λύση. Έτσι, ο εργασιακός εκφοβισμός μπορεί να θεωρηθεί ως ένα συναισθηματικό επεισόδιο αποτελούμενο από ένα αριθμό συναισθηματικών γεγονότων/εκδηλώσεων, με ένα από τους συμμετέχοντες να δηλώνει «όπου δεν είναι τόσο τα συγκεκριμένα γεγονότα που οδηγούν σε αποτελέσματα, αλλά μάλλον η συσσώρευση αρνητικών συναισθημάτων σε ένα επεισόδιο το οποίο καθορίζει το πώς αισθανόμαστε» (Ashkanasy, 2003. p.21) και να οδηγεί σε επιζήμια αποτελέσματα για το άτομο (Kanner et al., 1981).

Ο Grandey et al. (2007) συνέβαλε στην περαιτέρω ανάδειξη της σημασίας των συναισθημάτων στο συγκεκριμένο πεδίο, όπου διαπίστωσε λεκτική επιθετικότητα από τους επόπτες, τους συναδέλφους και τους πελάτες «όλοι είχαν σημαντική συσχέτιση με συναισθηματική εξάντληση». Ισχυρίστηκαν ότι η λεκτική βία από τους πελάτες μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στα θύματα, οι οποίοι αναμένεται να ελέγχουν τις αρνητικές αντιδράσεις τους και να έχουν λιγότερες επιλογές ανταπόκρισης. Παρομοίως, ο Sliter et al. (2010) διαπίστωσε ότι, η αγένεια των πελατών συσχετιζόταν θετικά με την συναισθηματική εξάντληση, μέσω του αντιληπτού συναισθηματικού δυναμικού που απαιτεί η θέση εργασίας.

Ως εκ τούτου, η περιορισμένη δυνατότητα να εκφράσουν συναισθήματα ή να απαντήσουν σε επιθετική συμπεριφορά, επηρεάζει την συναισθηματική εξάντληση, γεγονός που μπορεί να εξηγήσει γιατί η υποστήριξη / στήριξη είναι σημαντική για τα θύματα αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Πράγματι η μελέτη των Grzywacz and Marks (2000) έδειξε ότι η θετική ενίσχυση - στήριξη από τους συναδέλφους, τους φίλους και την οικογένεια, θα μπορούσε να αποδυναμώσει ή και εξουδετερώσει την συσσώρευση αρνητικών γεγονότων.

#### **2.5.4.7 Κοινωνικά - Οργανωτικά - Ατομικά Χαρακτηριστικά (Social, organizational and individual characteristics):**

Ένα από τα πιο ευρέως γνωστά και ολοκληρωμένα πλαίσια για τον εργασιακό εκφοβισμό προτάθηκε από τους Einarsen και συν. (Einarsen et al., 1994. Einarsen, 1999. Einarsen, 2000. Einarsen et al., 2003. Einarsen et al., 2011), όπου κοινωνικά, οργανωτικά και ατομικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται ως δυναμικές διαδικασίες/διεργασίες που μπορούν είτε να εμποδίζουν είτε να συμβάλλουν στην εμφάνιση και την διατήρηση του εργασιακού εκφοβισμού, και να οδηγήσουν σε ατομικές, οργανωτικές αντιδράσεις και επιδράσεις, που επανέρχονται για να επηρεάσουν παράγοντες που υπάρχουν στο περιβάλλον.

##### **Κοινωνικά χαρακτηριστικά:**

Ενώ έχει αναγνωριστεί ότι η κοινωνία μπορεί να επηρεάσει τον εκφοβισμό στον χώρο εργασίας, εντούτοις υπάρχει μερική γνώση αναφορικά με το πώς αυτό μπορεί να συμβαίνει (Einarsen et al., 2011).

Η Einarsen et al. (2011) έχει την άποψη ότι ο εκφοβισμός χρειάζεται να εξεταστεί υπό την βάση των κοινωνικών στοιχείων όπως η κουλτούρα, το νομικό πλαίσιο και οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.

Οι περισσότερες αναφορές στην βιβλιογραφία σχετικά με την κοινωνία επικεντρώνονται: στο πως ο ρυθμός αλλαγής στην σημερινή κοινωνία μπορεί να επηρεάσει την εμφάνιση του εκφοβισμού ( Einarsen et al., 2011), στο πως ο εργασιακός εκφοβισμός μπορεί ενδεχομένως να επηρεάσει την κοινωνία ως αποτέλεσμα των δαπανών που σχετίζονται με το φαινόμενο (Leymann, 1996. Coyne et al., 2000. Salin, 2003b) και στο πως οι πιέσεις στην κοινωνία μπορούν να επιφέρουν αλλαγές στην αναγνώριση του εκφοβισμού (Namie, 2003).

Πρόσφατα, οι Beale and Hoel (2011) υποστήριξαν ότι ο εργασιακός εκφοβισμός μπορεί να ενισχύεται από την ίδια την φύση της «καπιταλιστικής εργασιακής σχέσης» η οποία στην ουσία επιδιώκει να ελέγξει τους εργαζομένους μέσω ιεραρχικών δομών. Σε ορισμένες

περιπτώσεις αυτό μπορεί να συνδέεται με την αρνητική προς τα κάτω πίεση για να κερδίσει την συμμόρφωση και να αυξήσει την παραγωγή, προωθώντας ίσως ένα «κλίμα φόβου» (Rayner, 1999).

Οι Beal και Hoel (2011) υποστήριξαν ότι οι εργοδότες και οι ηγέτες πιθανόν να μην μπορούν να υποστηρίξουν πλήρως τις πρωτοβουλίες παρέμβασης αντι-εκφοβισμού, οι οποίες στην ουσία επιδιώκουν να αποκαταστήσουν ανισορροπίες ισχύος στο εργασιακό περιβάλλον.

Ακόμη μια οπτική της βιβλιογραφίας του εργασιακού εκφοβισμού, είναι η δυνατότητα ευρέων διαφορών, με βάση την εθνική κουλτούρα. Ενώ η διαπολιτισμική οπτική παρουσιάζεται ως μια σύνθετη περιοχή για διερεύνηση, σε μια πρόσφατη μελέτη διερευνήθηκαν αντιληπτικές διαφορές του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας σε δύο περιοχές της υψηλίου, την Κεντρική Αμερική (Κόστα Ρίκα) και την Νότια Ευρώπη (Ισπανία) (Escartin et al., 2011). Ενώ υπήρχαν πολλές ομοιότητες όσον αφορά την κατανόηση του εργασιακού εκφοβισμού, οι εργαζόμενοι από την Κεντρική Αμερική έδωσαν περισσότερη έμφαση στη φυσική διάσταση του εκφοβισμού, συγκριτικά με τους Ευρωπαίους ομολόγους τους. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα σε αυτό το επίπεδο κατανόησης του εργασιακού εκφοβισμού.

### **Οργανωτικά χαρακτηριστικά:**

Πολυάριθμες μελέτες υποστηρίζουν τη συσχέτιση του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης με παράγοντες που αφορούν στην οργάνωση της εργασίας (Hoerl et al., 1999. Aguino, 2000. Hoel et al., 2001. Hoel & Salin, 2003. Glaso et al., 2007).

Παράγοντες όπως το εργασιακό κλίμα και γενικότερα οι πολιτικές και οι διαδικασίες του οργανισμού (Ironsides & Seifert, 2003), ο τρόπος διοίκησης των ανώτερων στελεχών (Quine, 2001. McKenna et al., 2003. Hutchinson et al., 2005, Rowe & Sherlock, 2005. Lewis, 2006), η επικοινωνία-ροή της πληροφορίας, η δυνατότητα για διαπροσωπικές επαφές και συναδελφική υποστήριξη (Hoel et al., 1999. Aguino, 2000. Hoel et al., 2001. Hoel & Salin, 2003. Glaso et al., 2007) είναι καθοριστικοί στην εκδήλωση της εργασιακής παρενόχλησης.

Ένα εξίσου σημαντικό χαρακτηριστικό των οργανισμών το οποίο μπορεί να ενθαρρύνει την παρενόχληση, είναι η αστάθεια. Η παρενόχληση είναι πιο πιθανόν να συμβεί όταν ο χώρος εργασίας πρόκειται να αναδιαρθρωθεί ή να συρρικνωθεί (Hoel & Salin, 2003. Ironsides & Seifert, 2003). Η αλλαγή είναι συχνή στους σύγχρονους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που καθιστά τους νοσηλευτές πιο ευάλωτους σε εργασιακή παρενόχληση (Hutchinson et al., 2006). Σε μελέτη στην Αυστραλία, οι νοσηλεύτριες περιέγραψαν πως η διαδικασία της αλλαγής χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο για να τις εκφοβίσει αλλά και να αποκρύψει τον εκφοβισμό (Hutchinson et al., 2005). Οι οργανωτικές πιέσεις για τις νοσηλεύτριες να αυξήσουν το φόρτο εργασίας τους και να είναι πιο αποδοτικές και παραγωγικές, αποτελούν επίσης οργανωτικά χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στην δημιουργία ενός κλίματος όπου η παρενόχληση μπορεί να ευδοκιμήσει (Farrell, 2001. Hutchinson et al., 2006. Lewis, 2006).

Μελέτες από άλλους επαγγελματικούς χώρους έχουν δείξει ότι η παρενόχληση «ευδοκιμεί» σε εργασιακούς χώρους που χαρακτηρίζονται από αρνητικό και αγχωτικό περιβάλλον, σύγκρουση ρόλων και ασάφεια ρόλου (Hoel & Salin, 2003).

Δύο στυλ ηγεσίας, το ιδιαίτερα αυταρχικό και το εξουσιοδοτικό (Laissez-faire management), πιστεύεται ότι δημιουργούν ένα περιβάλλον στο οποίο ζει η παρενόχληση (Hoel & Salin 2003). Η διεύθυνση-διοίκηση μπορεί να είναι η άμεση αιτία της παρενόχλησης. Σε μελέτη που έγινε σε νοσηλευτές στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 59% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι είχαν υποστεί παρενόχληση από ένα διαχειριστή-ηγέτη (Quine, 2001). Άλλες μελέτες από την Αυστραλία (Hutchinson et al., 2005), την Νέα Ζηλανδία (McKenna et al., 2003), το Ηνωμένο Βασίλειο (Lewis, 2006) και τις ΗΠΑ (Rowe & Sherlock, 2005) επίσης καταδεικνύουν ότι οι ηγέτες είναι μερικές φορές η πηγή της εκφοβιστικής συμπεριφοράς.

Ορισμένοι διαχειριστές υιοθετούν τακτικές εκφοβισμού ως μέρος του «ρεπερτορίου» των μεθόδων τους, για να κάνουν τους εργαζομένους να εργαστούν πιο σκληρά (Lewis, 2006). Θύματα του εκφοβισμού δήλωσαν ότι ένιωσαν ότι έχουν δεχθεί παρενόχληση από ηγέτες που χρησιμοποιούσαν κατά τρόπο καταχρηστικό νόμιμες οργανωτικές πολιτικές και πρακτικές διαχείρισης (Liefoghe & Davey, 2003. Hutchinson et al., 2005). Έχουν επίσης δηλώσει ότι τρομοκρατήθηκαν κατά την διάρκεια των αξιολογήσεων για συμπεριφορές, όπως το ότι έχουν «μιλήσει» (Quine, 2001. Liefoghe & Davey, 2003. McKenna et al., 2003. Daiski, 2004).

Ορισμένοι μελετητές υποστηρίζουν ότι ο εκφοβισμός στον χώρο εργασίας είναι μια φυσική συνέπεια του σύγχρονου εργασιακού περιβάλλοντος (Ironsides & Seifert, 2003. Hoel & Beale, 2006). Ο Young (1990) αναφέρει ότι η εγγενής ιεραρχική φύση των περισσότερων χώρων εργασίας, καταπιέζει τους εργαζομένους αφαιρώντας τους την αίσθηση του ελέγχου, καθιστώντας τους ανίσχυρους.

Ο εκφοβισμός από τους διαχειριστές, και ακόμη από τους ομότιτλους, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο για τον έλεγχο της συμπεριφοράς των εργαζομένων, προκειμένου να δημιουργηθεί ένα πιο παραγωγικό και αποδοτικό εργατικό δυναμικό (Ironsides & Seifert, 2003. Hoel & Beale, 2006. Hutchinson et al., 2006). Μελέτες από το Ηνωμένο Βασίλειο, την Αυστραλία και τις ΗΠΑ, έδειξαν ότι η συντριπτική πλειοψηφία των θυμάτων έχουν υποστεί εκφοβισμό από τους διαχειριστές-ηγέτες, υποστηρίζοντας την άποψη ότι ο εκφοβισμός συνδέεται με ένα κοινό στυλ ηγεσίας (Ironsides & Seifert, 2003. Lutgen – Sandvik et al., 2007). Αυτά τα ευρήματα έχουν επιπτώσεις στους εργαζομένους, εφόσον εάν οι ηγέτες τους εμπλέκονται με τον εκφοβισμό, είναι λιγότερο πιθανόν να βρουν οργανωτική υποστήριξη για να ασχοληθεί με το θέμα (Hoel & Beale, 2006).

Η νοσηλευτική, υπό Florence Nightingale, αναπτύχθηκε ως ένα πολύ ιεραρχικό σύστημα όπου η υποβολή ήταν διάχυτη (Reverdy, 2005). Η νοσηλευτική παραμένει εκ φύσεως ιεραρχική, και αρκετοί συγγραφείς αναφέρονται σε αυτό ως ένα παράγοντα που επέτρεψε και διαιώνισε μια κουλτούρα εκφοβισμού (Farrell, 2001. Daiski, 2004. Curtis et al., 2007).

Συμπεριφορές εκφοβισμού μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να ενισχύσουν τους κανόνες και τα πρότυπα, αλλά και για να εξουδετερώσουν τους νοσηλευτές που αμφισβητούν το καθεστώς (Daiski, 2004. Hutchinson et al., 2006). Ως εκ τούτου, ο εκφοβισμός χρησιμοποιείται ως εργαλείο για να διατηρήσουν την τάξη και να ενισχύσουν τις υπάρχουσες δομές της εξουσίας (Daiski, 2004. Hutchinson et al., 2006).

### **Ατομικά χαρακτηριστικά:**

Ιστορικά, οι περισσότεροι ερευνητές επικεντρώθηκαν αρχικά στους ατομικούς παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στην εμφάνιση περιστατικών εκφοβισμού στον χώρο εργασίας. Πράγματι, σύμφωνα με τους Zapf και Einarsen (2011), η μελέτη του εργασιακού εκφοβισμού θα ήταν ελλιπής χωρίς να μελετηθούν οι ποικίλες προσωπικότητες και τα ατομικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τους στόχους και τους δράστες.

Ωστόσο σε μια πρόσφατη μελέτη, οι Lind et al. (2009) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι διαφορές στην προσωπικότητα ήταν ελάχιστες για να είναι σε θέση να 'διαφοροποιήσουν τους στόχους από τους μη-στόχους της εργασιακής παρενόχλησης', υποδεικνύοντας ότι τέτοιες αιτιολογήσεις του εργασιακού εκφοβισμού που αναφέρονται σε μοναδικές επεξηγήσεις όπως την προσωπικότητα, είναι ακατάλληλες.

Παρόλα αυτά κάποια ευρήματα έχουν επισημανθεί σε σχέση με τη συμβολή των ατομικών παραγόντων που σχετίζονται είτε με τον στόχο είτε με τον δράστη, όπως τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Εντοπίστηκαν χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των στόχων που συμπεριλαμβάνουν, το να είναι σχετικά πιο εσωστρεφής, αγχώδης, ευσυνειδητός, νευρωσικός, υποχωρητικός/υποτακτικός (Coyne et al., 2000), λιγότερο αποδεκτός / ευχάριστος (Glaso et al., 2007) και με χαμηλή αυτοεκτίμηση (Matthiesen & Einarsen, 2007). Αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί επίσης να συνδέονται με αναφορές σε έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων που θα μπορούσαν να κάνουν τους στόχους ευάλωτους στο εκφοβισμό (Zapf & Einarsen, 2011). Εναλλακτικά, χαρακτηριστικά όπως η ευσυνειδησία, θα μπορούσε να συμβάλει στην συμπεριφορά των στόχων που συγκρούεται με τις επικρατούσες/ισχύουσες νόρμες της ομάδας (π.χ. καταβάλλοντας μεγαλύτερη προσπάθεια ή ακολουθώντας τους κανόνες περισσότερο από ότι η ομάδα) (Salin, 2003a. Ramsay et al., 2011).

Ωστόσο εξακολουθούν να υπάρχουν αντιφατικές διαπιστώσεις όσον αφορά την προσωπικότητα. Αυτό που είναι ξεκάθαρο είναι ότι λόγω της πολυπλοκότητας του φαινομένου, δεν υπάρχει ένα μοναδικό πορτρέτο του στόχου (Glaso et al., 2007. Zapf & Einarsen, 2011).

Άλλωστε, πολύ περισσότερα στοιχεία είναι γνωστά σχετικά με τους στόχους αντί για τους δράστες, με τους τελευταίους να είναι πιο απρόθυμοι να αποκαλύψουν στοιχεία της προσωπικότητας τους (Zapf & Einarsen, 2011). Ωστόσο η βιβλιογραφία έχει προτείνει ότι οι δράστες μπορεί να εκφοβίσουν λόγω της ανάγκης τους για προστασία της αυτοεκτίμησης τους (Baumeister et al., 1996) ή και λόγω της έλλειψης κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως συναισθηματικού ελέγχου (emotional control) και προοπτικής (perspective-taking) (Zapf & Einarsen, 2011). Όντως οι Baillien et al., (2009) εντόπισαν χαρακτηριστικά των δραστών, όπως το να είναι μη ανεκτικοί και πολύ αυστηροί, που μπορεί να υποδηλώνει αδυναμία να δεχθούν και να υιοθετήσουν ευέλικτες στάσεις και συμπεριφορές.

Επίσης οι Keashly και Harvey (2006) υπογραμμίζουν την αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων στην κλιμάκωση του εργασιακού εκφοβισμού με «την παρατεταμένη έκθεση σε ύβρεις με αποτέλεσμα να συμπεριφέρονται στον στόχο με ένα εχθρικό και επιθετικό τρόπο».

Πράγματι η κατανόηση του εργασιακού εκφοβισμού πρέπει να περιλαμβάνει την αμοιβαία φύση της επικοινωνίας, με την έρευνα να δείχνει ότι οι αντιδράσεις των στόχων μπορούν να παίζουν κάποιο ρόλο στις εμπειρίες του εκφοβισμού στον χώρο εργασίας. Όπως επισημάνθηκε προηγουμένως η σχέση μεταξύ του δράστη-στόχου είναι πολύπλοκη/σύνθετη, με μια κατηγορία/αιτίαση του εκφοβισμού που συνδέεται με «*μια σειρά αλληλεπιδράσεων που συσσωρεύονται με το πέρασμα μιας χρονικής περιόδου*» (Tehrani, 2003. p.280). Σύμφωνα με τον Tehrani (2003), καθώς οι σχέσεις γίνονται πιο αρνητικές, τόνισε ότι φαινομενικά μικρά ζητήματα μπορεί να ερμηνευτούν ως επιθετικές πράξεις. Ως εκ τούτου, η βιβλιογραφία της επικοινωνία μπορεί να είναι χρήσιμη στην κατανόηση της υποβάθμισης των εργασιακών σχέσεων σε σημείο που να γίνονται εχθρικές. Επιπλέον αυτή η προοπτική υπογραμμίζει πιθανές παρεμβάσεις που μπορούν να προωθήσουν την χρήση αποτελεσματικών δεξιοτήτων επικοινωνίας που μπορεί να είναι πολύτιμες στην αποκλιμάκωση της διαδικασίας του εκφοβισμού (Hess, 2000. Hess, 2006).

Προσανατολισμένες προς την πιο πάνω θεώρηση που υποστηρίζεται από αρκετά βιβλιογραφικά δεδομένα μέσα από μελέτες των Einarsen, Hoel, Rayner και Cooper είναι και πολλές μελέτες διεθνών οργανισμών, όπως η Διεθνής Οργάνωση Εργασίας (ILO), το Εθνικό Ινστιτούτο για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (NIOSH) και ο Οργανισμός Υγιεινής και Ασφάλειας στην Εργασία (OSHA), με αντικείμενο μελέτης την υγεία, την ασφάλεια των εργαζομένων και οδηγίες πρόληψης και αντιμετώπισης της εργασιακής παρενόχλησης (ILO, 2002. US-OSHA, 2004. ILO, 2008. EU-OSHA, 2010).

#### **Ατομικά χαρακτηριστικά και περιβάλλον εργασίας:**

Παράλληλα, πληθώρα βιβλιογραφικών αναφορών παρουσιάζουν τον εργασιακό εκφοβισμό ως πολυδιάστατο φαινόμενο, που σχετίζεται με τις αλληλοεπιδράσεις ανάμεσα στα χαρακτηριστικά των ατόμων (όπως του δράστη και του στόχου) και χαρακτηριστικά του οργανωτικού περιβάλλοντος (Zapf, 1999. Harvey et al., 2006. Heames & Harvey, 2006. Salin & Hoel, 2011).

Σε ερευνά τους οι Baillien et al. (2009) και η Salin (2003b) τονίζουν αυτή την αλληλεπίδραση. Οι Baillien et al. (2009) εντόπισαν τις εξής τρεις περιοχές εκφοβισμού: λόγω ενδοπροσωπικών ματαιώσεων/απογοητεύσεων των «στελεχών» (όπως δυσαρέσκεια με πρόσφατες αλλαγές), λόγω της στενά συνδεδεμένης κλιμάκωσης των συγκρούσεων που σχετίζονται είτε με την εργασία είτε είναι προσωπικές και λόγω της άμεσης ή έμμεσης διέγερσης μέσω της ομάδας και των οργανωτικών χαρακτηριστικών, όπως ένα ανεκτικό κλίμα στο κουτσομπολιό. Επιπρόσθετα μέσα από τη συγκεκριμένη εργασία τα ατομικά και τα οργανωτικά χαρακτηριστικά βρέθηκαν να επηρεάζουν κάθε μία από τις πιο πάνω περιοχές, είτε με το να είναι η βάση των απογοητεύσεων, της σύγκρουσης και της άμεσης ενθάρρυνσης του εκφοβισμού, είτε επηρεάζοντας το πόσο καλά ένα άτομο είναι σε θέση να διαχειριστεί την σύγκρουση ή την ματαίωση.

Ομοίως η Salin (2003b) προσδιόρισε τρεις ταξινομήσεις για την επεξήγηση του εκφοβισμού οι οποίες συχνά αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους. Πρώτον αναγνώρισε δομές που επιτρέπουν την εμφάνιση του εκφοβισμού και συμπεριλαμβάνουν στοιχεία όπως η ανισορροπία δύναμης, η αίσθηση του χαμηλού κόστους (χωρίς επιπτώσεις) του δράστη για την συμπεριφορά του, τη

δυσaréσκεια και τη ματαίωση. Δεύτερο, τα κίνητρα είναι τα χαρακτηριστικά από το περιβάλλον που ενθαρρύνουν τον εκφοβισμό, συμπεριλαμβανομένου του ανταγωνισμού για τις εργασίες και μια οργανωτική κουλτούρα που επιβραβεύει επιθετικά ή με εκφοβιστική συμπεριφορά. Τρίτον αναγνώρισε διαδικασίες που δίνουν το έναυσμα, όπως η αναδιοργάνωση ή άλλες μορφές οργανωτικών αλλαγών.

Η υπόθεση της ματαίωσης έχει απασχολήσει τους μελετητές των επιθετικών συμπεριφορών στον εργασιακό χώρο.

Η υπόθεση της ματαίωσης-επιθετικότητας ορίστηκε για πρώτη φορά την δεκαετία του 1930 από τον Dollard et al. (όπως αναφέρεται στο Linsey 2006), ο οποίος πρότεινε ότι η επιθετικότητα, αντί να συμβαίνει αυθόρμητα χωρίς λόγο, είναι η απάντηση στην απογοήτευση κάποιου στόχου, όπου η συμπεριφορά κατευθύνεται από μια εξωτερική πηγή-προέλευση. Οι στόχοι μπορεί να περιλαμβάνουν τέτοιες βασικές ανάγκες όπως η τροφή, το νερό, ο ύπνος, το σεξ, η αγάπη και η αναγνώριση.

Η επιθετικότητα ωστόσο από αυτή την προέλευση έχει περιορισμούς, περιλαμβανομένης της αναστολής, τον φόβο της αντεκδίκησης κ.λπ. Αντίστοιχα, οι άνθρωποι μπορούν να ανταποκριθούν με άλλους τρόπους, όπου μερικές φορές γίνονται παθητικοί και σε εξαιρετικές περιπτώσεις αβοήθητοι. Μία μορφή αυτής της άποψης είναι η έννοια της μετατόπισης της επιθετικότητας, όπου ένα αντικείμενο βρίσκεται ως υποκατάστατο για την έκφραση του επιθετικού συναισθήματος, επειδή δεν μπορούν να διοχετευτούν ανοιχτά και άμεσα προς τον πραγματικό τους στόχο (Gross, 1992).

Για παράδειγμα, ένας εργαζόμενος ο οποίος έχει δεχθεί επίπληξη από την/τον ανώτερη/ο του, μπορεί με τη σειρά του να βγάλει το αίσθημα του θυμού σε ένα νεότερο μέλος του προσωπικού. Με αυτή την έννοια η παρόρμηση για να συμπεριφέρονται επιθετικά δεν χάνεται, αλλά παραμερίζεται μέχρι να βρεθεί μια πιο κατάλληλη στιγμή και ο στόχος να είναι διαθέσιμος. Αυτό έχει κάποια ομοιότητα με την έννοια των αποδιοπομπαίων τράγων, δεδομένου ότι ένα εξιλαστήριο θύμα είναι σχετικά αδύναμο να προβεί σε αντίποινα για τις πράξεις της επιθετικότητας και αναλαμβάνει την ευθύνη για τις πράξεις που αυτός/αυτή ή η ομάδα δεν είναι υπεύθυνη (Ohon, 1994).

Μια προσθήκη στην έρευνα για την σχέση ματαίωσης-επιθετικότητας είναι η διαπίστωση ότι ένα περιβαλλοντικό ερέθισμα πρέπει να παράγει όχι μόνο την ματαίωση αλλά και τον θυμό, προκειμένου να ακολουθήσει η επιθετικότητα, και ότι το αποτέλεσμα των ερεθισμάτων μπορεί να είναι ο θυμός, πέρα από τις απογοητευτικές καταστάσεις, όπως είναι η λεκτική βία.

Αυτό δεν σημαίνει ότι ο θυμός θα οδηγήσει πάντα σε επιθετικότητα, ωστόσο, ο θυμός μπορεί να εμφανιστεί με διάφορους τρόπους και, αντιστρόφως, να λειτουργήσει ως κίνητρο και μέσο για θετική αλλαγή.

Το μοντέλο αυτό της επιθετικότητας έχει επικριθεί έντονα, λόγω του ότι παρέχει μια υπέρ απλουστευμένη οπτική της επιθετικότητας. Επιπλέον, η έννοια της απογοήτευσης/ματαίωσης είναι αόριστα καθορισμένη και δεν προβλέπει επαρκώς ποια είδη απογοητευτικής εμπειρίας μπορούν να οδηγήσουν σε επιθετικότητα (Linsley, 2006).

### **Η δυναμική της ομάδας:**

Τα χαρακτηριστικά της ομάδας μόλις πρόσφατα άρχισαν να διευρύνονται (Ramsay et al., 2011). Η βιβλιογραφία υποδηλώνει ότι οι διαφορές με βάση την ομάδα, μερικές φορές φαίνεται να είναι ο μόνος λόγος που οι άνθρωποι γίνονται θύματα εκφοβισμού (π.χ. μειονότητες ομάδας σε σχέση με τη φυλή, εθνικότητα) (Fox & Stallworth, 2005. Lewis & Gunn, 2007. Cortina, 2008. Roscigno et al., 2009). Γενικότερα, οι Roscigno et al. (2009) διαπίστωσαν ότι οι ομάδες

που καταλαμβάνουν τις διαρθρωτικές θέσεις που συνδέονται με ελάχιστη ισχύ, διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να πέσουν θύματα εκφοβισμού.

Επιπρόσθετα, η διάσταση του εσωτερικού της ομάδας έχει ληφθεί υπόψη από τους ερευνητές. Σε μια μελέτη των διαφορετικών ομάδων σε μεγάλους οργανισμούς, διαπιστώθηκε ότι ο ανοικτός χαρακτήρας της επικοινωνίας, που ορίζεται ως η ευκολία της συζήτησης και η έκταση της κατανόησης μέσα στην ομάδα, ήταν σημαντική, με τα χαμηλά επίπεδα ανοίγματος στην επικοινωνία να σχετίζονται/συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα αντιδράσεων σε συγκρούσεις, με συμπεριφορές εκφοβισμού και με συναισθηματικές αντιδράσεις σε εκφοβισμό (Ayoko, 2007).

Ενώ οι ομάδες αυτές αποτελούν μέρος της επίσημης δομής, έχουν επίσης ληφθεί υπόψη και οι άτυπες ομάδες, όπου σε ορισμένες ομάδες θεωρούνται στρατηγικοί παράγοντες στην διαδικασία εκφοβισμού (Ayoko, 2007). Ανάλογα, οι Hitchinson et al. (2006a) σε ποιοτική έρευνα σε νοσοκομεία εντόπισαν ισχυρά άτυπα δίκτυα μεταξύ των δραστών του εργασιακού εκφοβισμού. Τα ευρήματα τους δηλώνουν ότι οι ισχυρές κοινωνικές σχέσεις συνεργασίας συνέβαλαν στην συνέχιση και τον πολλαπλασιασμό του εκφοβισμού στον χώρο εργασίας. Βρήκαν ότι οι νόμιμες οργανωτικές διαδικασίες (π.χ. προαγωγή) χρησιμοποιήθηκαν για να βοηθήσουν στην συγκάλυψη του εκφοβισμού και ταυτόχρονα στο να επιτρέψουν να «ακμάσει».

Ομοίως, η Salin (2003a), κατέδειξε ότι οι δράστες θα μπορούσαν να ανταμειφθούν με εμφανείς διαδικασίες όπως την επιθεώρηση της επίδοσης και την προαγωγή.

Εναλλακτικά, από την πλευρά των στόχων, ο Lutgen-Sandvik (2006) διαπίστωσε ότι οι στόχοι μερικές φορές ήταν σε θέση να στραφούν ο ένας στον άλλο και σε συμπαθητικούς συναδέλφους για στήριξη, επιδιώκοντας να αυξήσουν την βάση εξουσίας τους, μέσα από μια συλλογική και συντονισμένη φωνή, μια ομάδα με βάση τα μέτρα αντοχής/αντίστασης. Ο ρόλος των ομάδων στο να συμβάλλουν ή να στηρίζουν σιωπηλά τον εκφοβισμό στον χώρο εργασίας, εξακολουθεί να είναι σε μεγάλο βαθμό ασαφής/ακαθόριστος και αυτός είναι ίσως ένας άλλος τομέας ζωτικής σημασίας για μελλοντική έρευνα (Keashly & Jagatic, 2011). Σε μια πρόσφατη εργασία, οι Namie and Lutgen-Sandvik (2010) τόνισαν τον ρόλο που η ανώτερη διοίκηση, οι ανθρόπινοι πόροι και οι συνεργάτες, μπορούν να διαδραματίσουν είτε αποκάλυπτα με την έντονη συμμετοχή είτε παθητικά με την υποστήριξη του εκφοβισμού μέσω της αδράνεια.

Παράλληλα βιβλιογραφικές αναφορές συνδέουν την θεωρία του αποδιοπομπαίου τράγου με το σύνδρομο «mobbing», όπου το άτομο στο πλαίσιο της δυναμικής που αναπτύσσεται σε κοινωνικές ομάδες, καθίσταται αντικείμενο παρενοχλήσεως (Brodsky, 1976. Thylefors, 1987. Vartia, 1996. Vartia, 2003). Στην οπτική αυτής της θεώρησης η εργασιακή παρενόχληση περιγράφεται ως μια διαδικασία στιγματισμού και εξεύρευσης ενός αποδιοπομπαίου τράγου, ο οποίος γίνεται ο αποδέκτης της προερχόμενης απογοήτευσης της ομάδας από ένα ιδιαίτερα αγχωτικό εργασιακό περιβάλλον. Παράλληλα στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης εντάσσονται και οι περιπτώσεις ψυχολογικής βίας που οφείλονται σε συγκρουσιακές καταστάσεις λόγω μη τήρησης κοινά αποδεκτών κανόνων από κάποιον ή κάποιους εργαζομένους (Niedl, 1996. Neuna & Baron, 2003). Η παρενόχληση «mobbing» σε αυτές τις περιπτώσεις αποτελεί γεγονός, εφόσον αντιπροσωπεύει μια εκ προθέσεως αντίδραση των ατόμων της ομάδας έναντι



εκείνων που καταπατούν τους κανόνες της και εμποδίζουν την επίτευξη του σκοπού της που είναι ο κοινωνικός έλεγχος (Hoel et al., 1999).

## **2.6 Επιπτώσεις της εργασιακής παρενόχλησης**

Οι επιπτώσεις του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης προβλέφθηκαν αρκετά χρόνια πριν, όπου ο Brodsky το 1976 δήλωσε ότι οι συνέπειες του φαινομένου θα είναι καταστροφικές για τους εργαζομένους, τους οργανισμούς αλλά και την κοινωνία (Brodsky, 1976).

Οι συνέπειες της διαπροσωπικής επιθετικότητας μπορούν να αναγνωρισθούν στα άτομα, σε ομάδες εργασίας και σε οργανωτικό επίπεδο στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Vessey, 2010. Κοϊνης & Σαρίδη, 2010 ).

### **2.6.1 Επιπτώσεις στους εργαζομένους:**

Οι αρνητικές επιπτώσεις της παρενόχλησης στο θύμα αφορούν σε ψυχολογικές επιπτώσεις, σωματικές επιπτώσεις και επαγγελματικές επιπτώσεις (Youn Ju Lee et al., 2014).

Έχει τεκμηριωθεί ότι η παρενόχληση στον χώρο εργασίας είναι επιβλαβής στην ψυχική και σωματική υγεία του αποδέκτη (Corina & Magley, 2003. Gilmour, 2003. Gunnarsdottir, 2006. MacIntosh, 2005. Yildirim et al., 2007. Laschinger et al., 2010. MacIntosh et. al., 2010). Οι αποδέκτες της παρενόχλησης βιώνουν την εμπειρία του άγχους/στρες απευθείας από τις επιθέσεις. Συμπεριφορές αποφυγής και απόσυρσης (withdrawal behavior) έχουν επανειλημμένα τεκμηριωθεί (Graveson, 1998. Gilmour, 2003. McVicar, 2003. Hansen et al., 2006,) όπως επίσης η αυξημένη χρήση καπνού, αλκοόλ και άλλων ουσιών (Kivimaki, Elovainio & Vahtera, 2000. Quine, 2001. Normandale, 2002).

Συμπτώματα δυσφορίας που εμπίπτουν στην ψυχική σφαίρα έχουν αναφερθεί μεταξύ διαφόρων μελετών, συμπεριλαμβανομένων της ανησυχίας, ευερεθιστότητας, κρίσεις πανικού, εύκολο κλάμα, κατάθλιψη, απώλεια της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησης, αλλαγές στην διάθεση, απώλεια της λίμπιντο (Leymann,1990. Graveson, 1998. Quine, 2001. McKenna et al., 2003, Rutherford & Rissel, 2004. Corina, 2003. Gilmour, 2003. Gunnarsdottir, 2006. Yildirim ,2009. Hitchinson et al., 2010. Laschinger et al., 2010). Επιπρόσθετα έχουν τεκμηριωθεί στην ερευνητική βιβλιογραφία επιπτώσεις που αναφέρονται, σε διαταραχή μετατραυματικού στρες, φόβο, απομόνωση, καχυποψία, ματαίωση, επαγγελματική εξουθένωση, αυτοκαταστροφικές σκέψεις (Leymann, 1990. McKenna et al., 2003. Rutherford & Rissel, 2004. Yildirim et al., 2007. Simons & Mawn, 2010. Laschinger et al., 2010).

Αποτελέσματα ερευνών έχουν καταγράψει την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων ως επενέργειες του φαινομένου, τα οποία περιλαμβάνουν διαταραχές ύπνου, πονοκεφάλους, αυξημένη αρτηριακή πίεση, ανορεξία, απώλεια βάρους, γαστρεντερικές διαταραχές, πόνο στο στήθος (McKenna et al., 2003. Yildirim et al., 2007. Laschinger et al., 2010).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της τέταρτης Ευρωπαϊκής έρευνας στην EU 27, τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα που αναφέρθηκαν να συνδέονται με την εργασιακή παρενόχληση είναι, το άγχος (52.2%), προβλήματα ύπνου (30.5%), ανησυχία και ευερεθιστότητα (27.3%) και κόπωση (48.2%). Τα ευρήματα από τις εθνικές μελέτες που αναφέρθηκαν στην EWCO (2005) έχουν αναδείξει τη συσχέτιση μεταξύ της βίας στο χώρο εργασίας (ιδιαίτερα του εκφοβισμού) με τα αυξημένα επίπεδα στρες και τη μειωμένη ψυχική ευεξία (Eurofound, 2010).

### **2.6.2 Επιπτώσεις στο εργασιακό περιβάλλον:**

Αποτελέσματα ερευνητικών εργασιών αναφέρονται στις επαγγελματικές επιπτώσεις της εργασιακής παρενόχλησης, στις οποίες περιλαμβάνονται η χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση (Graveson, 1998. Quine, 2001. Mayhew, 2002a, 2002b. Hegney, 2006. Leer, 2006. Yildirim, 2009, Φώτης & Καλοκαιρινού 2010), απουσίες από την εργασία (αύξηση ημερών αναρρωτικής άδειας) (Zapf et al., 1996a, Quine, 2001. Abrams & Robinson, 2002. Mckenna et al., 2003. Laschinger et al., 2010), χαμηλή παραγωγικότητα (μειωμένη παραγωγικότητα, δυσκολία στην εκτέλεση των κανονικών εργασιών, απροθυμία να εργαστούν, έλλειψη εργασιακής δέσμευσης, μείωση της αίσθησης της ολοκλήρωσης, μειώσεις στην ποιότητα της φροντίδας με τις κακές σχέσεις με τους πελάτες, διαχειριστές/διευθυντικά στελέχη και συναδέλφους) (Zapf et al., 1996a. Abrams & Robinson, 2002. McKenna et al., 2003. Yildirim, 2009. Hutchinson et al., 2010b. MacIntosh et al., 2010, Φώτης & Καλοκαιρινού 2010). Η τάση των θυμάτων να εγκαταλείψουν την εργασία τους (εξετάζουν το ενδεχόμενο ή αναζητούν εναλλακτική απασχόληση, αλλάζοντας πρακτικές εργασίας, απαιτούν να φύγουν) και οι απουσίες από την εργασία, ήταν τα πιο κοινά φαινόμενα στα αποτελέσματα των ερευνητικών εργασιών, ακολουθούμενα από την χαμηλή παραγωγικότητα, αποχώρηση για άλλη εργασία ή εγκατάλειψη του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Quine, 2001. Mckenna et al., 2003. Rutherford & Rissel, 2004. Rucker, 2008. Johnson & Rea, 2009. Nam, 2010. Simons & Mawn, 2010. Φώτης & Καλοκαιρινού 2010, Simons, Stark & Demarco, 2011).

Ο αποδέκτης ανεπιθύμητης συμπεριφοράς έχει αποδειχθεί ότι παράγει 60% λιγότερο και κοστίζει στον εργοδότη 180% περισσότερο (Ferrari, 2004). Μελέτη σε νοσοκομείο στην Φιλανδία κατέδειξε ότι η παρενόχληση αντιπροσώπευε το 2% των αναρρωτικών αδειών (Kivimaki et al., 2000). Οι επιπτώσεις αυτές έχουν οικονομικό αντίκτυπο στον οργανισμό (Leymann, 1990. Leymann, 1996. Hoel et al., 2011), στον οποίο συγκαταλέγεται η αύξηση των δαπανών κυρίως λόγω του οικονομικού κόστους για την αποζημίωση των παρενοχληθέντων που καταφεύγουν σε παραίτηση και το κόστος πρόσληψης νέων εργαζομένων προς αντικατάσταση αυτών που αποχώρησαν, καθώς και το επιπρόσθετο κόστος της πολύτιμης εμπειρίας και γνώσης που στερούν από τον οργανισμό τα θύματα με την παραίτησή τους (Einarsen et al., 1994).

Σύμφωνα με τον Leymann (1996) και τα αποτελέσματα έρευνας που διενήργησε στην Σουηδία, το οικονομικό κόστος του «συνδρόμου mobbing» για τον οργανισμό κυμαίνεται μεταξύ 100,000 και 300,000 ευρώ ετησίως για κάθε θύμα. Τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε δύο νοσοκομεία της Φιλανδίας κατέδειξαν ότι το ετήσιο οικονομικό κόστος λόγω συχνών απουσιών από την εργασία, φτάνει τα 200,000 ευρώ (Martino et al., 2003).

### **2.6.3 Επιπτώσεις στην παρεχόμενη φροντίδα**

Η εργασιακή παρενόχληση μπορεί επίσης να επηρεάσει αρνητικά την ασφάλεια των ασθενών (Randel, 2003. Farrell et al., 2006).

Σε μελέτη που διεξάχθηκε στην Αυστραλία σχετικά με την επιθετικότητα στον χώρο εργασίας μεταξύ των νοσηλευτών, τα δύο τρίτα των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι είχαν κάνει λάθη στην φροντίδα ασθενών τους, επειδή ήταν αναστατωμένοι μετά από περιστατικό εκφοβισμού

(Farrell et al., 2006). Ομοίως σε έρευνα στις ΗΠΑ για την λεκτική βία μεταξύ των νοσηλευτών, το 13% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι η κακοποίηση τους έκανε να κάνουν λάθος στην εργασία τους (Rowe & Sherlock, 2005). Νεοπροσληφθέντες νοσηλευτές στις ΗΠΑ ανέφεραν ότι φοβούνται να κάνουν ερωτήσεις σε άλλους νοσηλευτές, λόγω του γενικευμένου κλίματος εκφοβισμού στο χώρο εργασίας τους, κατάσταση η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει τους άπειρους νοσηλευτές στο να κάνουν λάθη (Griffin, 2004).

Αποτελέσματα της εργασιακής παρενόχλησης όπως η φτωχότερη εργασιακή ικανοποίηση και η αύξηση του κύκλου εργασιών, σχετίζονται με φτωχότερη ποιότητα φροντίδας (American Organization of Nurse Executives, 2000. Rowe & Sherlock, 2005. Armstrong & Laschinger, 2006. Moyad et al., 2006).

Άλλες μελέτες έχουν επιτυχώς αναγνωρίσει την σχέση μεταξύ της πτωχής εργασιακής ικανοποίησης και των αρνητικών εκβάσεων στους ασθενείς (Weisman & Nathanson, 1985. Blegen, 1993. American Nurses Association, 2001). Σε μελέτη που διεξήχθη από το Ινστιτούτο για την ασφάλεια των Πρακτικών της φαρμακευτικής αγωγής το 2009, εξέτασαν τον ρόλο που είχε η εκφοβιστική συμπεριφορά στη χορήγηση λανθασμένης φαρμακευτικής αγωγής. Στο πλαίσιο του επιμέρους δείγματος των εγγεγραμμένων νοσηλευτών (RN) (n=1.565), 7% δήλωσαν ότι ο εκφοβισμός οδήγησε στην χορήγηση λανθασμένης φαρμακευτικής αγωγής κατά το προηγούμενο έτος (το οποίο μεταφράζεται σε 110 σφάλματα φαρμακευτικής αγωγής τα οποία θα μπορούσαν να αποφευχθούν), εν τούτοις η υποκίνηση του εκφοβισμού (π.χ. RN, MD, PharmD) δεν προσδιορίστηκε.

Σε άλλες έρευνες, οι νοσηλευτές αυτό-αναφέρθηκαν σε αύξηση μιας σειράς λαθών σε σχέση με την ασφάλεια των ασθενών, από 51% σε 87%, χωρίς όμως να έχει εξηγηθεί αναλυτικά ο τύπος του λάθους και συγκεκριμένα προηγούμενα γεγονότα/στοιχεία (Cox, 1987. Braun et al., 1991. Sofield & Salmond, 2003). Επίσης, ο Roches et al. (2010) κατέδειξαν θετική συσχέτιση μεταξύ της εργασιακής βίας και τις πτώσεις των ασθενών, καθυστερημένη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και λάθη στην φαρμακευτική αγωγή, εντούτοις ο ορισμός της βίας περιλάμβανε περισσότερο από την «απλή» παρενόχληση από νοσοκόμα σε νοσοκόμα, συμπεριλαμβανοντας την βία μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών ή ασθενών και τις οικογένειες τους.

Η νοσηλευτική φροντίδα προς τους ασθενείς μπορεί επίσης να επηρεαστεί αρνητικά όπου νοσηλευτές θύματα εκφοβισμού δήλωσαν ότι μειώθηκε η εργασιακή ικανοποίησή τους, ότι πιο εύκολα εκνευρίζονταν και ότι είχαν μειωμένη ενέργεια (Quine, 2001). Πολλοί νοσηλευτές ανέφεραν ότι δεν ήθελαν να πάνε στην εργασία τους λόγω εκφοβισμού και ότι εξαιτίας αυτού ήταν λιγότερο ανεκτικοί με τους ασθενείς τους (Quine, 2001. Rutherford & Rissel, 2004). Πρόσθετα η αύξηση του αριθμού των αδειών ασθενείας των νοσηλευτών λόγω εκφοβισμού, οδηγεί σε μείωση του εργατικού δυναμικού η οποία με την σειρά της μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την φροντίδα των ασθενών (McKenna et al., 2003. Rowe & Sherlock, 2005).

#### **2.6.4 Επιπτώσεις στους «μάρτυρες»**

Το φαινόμενο της παρενόχλησης δύναται να επηρεάσει το σύνολο της ομάδας στον χώρο εργασίας. Το γεγονός ότι οι μάρτυρες εκφοβισμού που για οποιονδήποτε λόγο δεν μπορούν να αντιδράσουν σε καταστάσεις εκφοβισμού των συναδέλφων τους, έχει ως αποτέλεσμα να

βιώσουν παρόμοιες επιπτώσεις όπως και τα θύματα εκφοβισμού. Οι μάρτυρες εκφοβισμού δεν υποστηρίζουν το θύμα από φόβο μήπως γίνουν οι ίδιοι στόχοι αλλά και για να προστατέψουν τη θέση και την επαγγελματική τους εξέλιξη. Ο Leymann (1996) υποστηρίζει ότι δεν πρόκειται για απάθεια αλλά για συμπεριφορά που υποκινείται από το φόβο της οργανωτικής δύναμης του θύτη.

Μπορεί να λάβουν την μορφή μειωμένης αποτελεσματικότητας και παραγωγικότητας, ενίσχυσης της επικριτικής στάσης και έλλειψης εμπιστοσύνης απέναντι στον εργοδότη, δημιουργία ανασφάλειας και υψηλά ποσοστά απουσιών λόγω ασθένειας (Moayed et al., 2006. Pranlic, 2006). Ακόμη μπορεί οι μάρτυρες να καταφύγουν σε καταχρήσεις, παραιτήσεις από την εργασία τους και μεγέθυνσης μικροπροβλημάτων (Lutgen-Sandvik et al., 2007. Mathisen et al., 2008).

Οι εργαζόμενοι που ήταν μάρτυρες εκφοβισμού αναφέρουν ψηλότερα επίπεδα στρες και χαμηλότερη εργασιακή ικανοποίηση από εκείνους που δεν ήταν μάρτυρες (Lutgen-Sandvik et al., 2007). Το διαρκές εχθρικό περιβάλλον απότοκο περιστατικών εκφοβισμού, δημιουργεί φόβο στους εργαζομένους ότι θα αποτελέσουν το επόμενο θύμα εκφοβισμού, προκαλώντας χρόνιο άγχος χαμηλού επιπέδου μεταξύ των μαρτύρων εκφοβισμού (Einarsen & Mikkelsen, 2003).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας της UNISON, το 22% των ερωτηθέντων μαρτύρων εργασιακής παρενόχλησης εγκατέλειψαν την εργασία τους και το 70% βίωσε στρες λόγω του φαινομένου (Rayner et al., 2002). Πρόσθετα άλλη μελέτη κατέδειξε παρόμοια αποτελέσματα, όπου οι μάρτυρες του φαινομένου (ποσοστό 9%) βίωναν γενικευμένο άγχος και παρουσίαζαν ψυχολογικές αντιδράσεις (ποσοστό 25%) (Vartia, 2001).

### **2.6.5 Κοινωνικές επιπτώσεις**

Οι κοινωνικές επιπτώσεις για την υγεία και την κοινωνική ευημερία, τόσο σε επαγγελματικό όσο και σε ατομικό επίπεδο, επηρεάζονται από την εργασιακή παρενόχληση. Το θύμα εκφοβισμού καταλήγει να αισθάνεται κοινωνικά απομονωμένο και εξοστρακισμένο στο χώρο εργασίας, σαν να έχει υποστεί κοινωνικό θάνατο (Einarsen & Mikkelsen, 2003. Lewis & Orford, 2005). Η προσωπικότητα του θύματος μπορεί να υποστεί αλλαγές και το άτομο να καταφύγει σε ακατάλληλες συμπεριφορές για να αντιμετωπίσει την εκφοβιστική συμπεριφορά (Einarsen & Mikkelsen, 2003), οι διαπροσωπικές του σχέσεις επηρεάζονται καθώς το άτομο είναι πιο απασχολημένο και απορροφημένο με τα θέματα της εργασίας του και τα θύματα αισθάνονται ότι εξαντλούν τα προσωπικά δίκτυα υποστήριξης τους (Lewis & Orford, 2005).

### **2.6.6 Ατομική και οργανωτική ευημερία:**

Καθώς οι αρνητικές επιπτώσεις του εργασιακού εκφοβισμού στα θύματα-στόχους, τους μάρτυρες και τους οργανισμούς έχουν καθοριστεί, μέσα από την βιβλιογραφία, αρχίζει να αναδεικνύεται μια εναλλακτική οπτική της ευημερίας.

Σε έρευνα τους οι D'Cruz (2010) και D'Cruz and Noronha (2012) διαπίστωσαν την ανάγκη των συμμετεχόντων για να επεξεργαστούν και να κατανοήσουν τις εμπειρίες τους σε σχέση με την μακροπρόθεσμη ευημερία τους, με μερικούς σε τελική ανάλυση να θεωρούν για τον εαυτό τους ότι είχαν προνόμιο να περάσουν από μια τέτοια εμπειρία, δεδομένου ότι τους βοήθησε να

ανακαλύψουν και να εξελίξουν τον εαυτό τους, χωρίς να θέτονται σε κίνδυνο οι αξίες τους. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι η έμφαση που οι συμμετέχοντες έδωσαν στην ενίσχυση της ευημερίας τους υποδεικνύει μια εναλλακτική προσέγγιση του εργασιακού εκφοβισμού (D’Cruz, 2010. D’Cruz & Noronha, 2012). Αυτή η άποψη συνδέεται με τους ερευνητές στο πεδίο του στρες και της έντασης (Folkman & Moskowitz, 2000).

Παρά την «αναδυόμενη» αυτή οπτική, η οποία προωθεί μια μακροπρόθεσμη προοπτική για τα άτομα, τα άμεσα αποτελέσματα/εκβάσεις για τα θύμα-στόχους, τους μάρτυρες και τους οργανισμούς είναι κατά κύριο λόγο συντριπτικά αρνητικά. Για παράδειγμα σε μελέτη τους σε 118 θύματα εργασιακού εκφοβισμού, οι Mikkelsen and Einarsen (2002) διαπίστωσαν ότι 80,5% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι «κανένα άλλο γεγονός στην ζωή τους δεν τους επηρέασε πιο αρνητικά από ότι ο εκφοβισμός» (σελ.98), παρά του ότι η εν λόγω ομάδα αντιμετωπίζει επίσης καταστάσεις όπως, τα ατυχήματα, το διαζύγιο, το πένθος ή και σοβαρή ασθένεια. Ομοίως μια άλλη μελέτη, συμπέρανε ότι οι στόχοι/θύματα του εργασιακού εκφοβισμού μπορούν να βιώσουν το ίδιο επίπεδο συναισθηματικού τραύματος όπως και οι στόχοι/θύματα επιθετικής συμπεριφοράς (Mayhew et al., 2004).

Ο εκφοβισμός στον χώρο εργασίας έχει αναγνωριστεί ως παράγοντας κινδύνου στην κλινική κατάθλιψη (Niedhammer et al., 2006), σε απόπειρες αυτοκτονίας (O’Moore et al., 1998), σε κλινικά επίπεδα άγχους (Quine 1999), σε διαταραχή μετα-τραυματικού στρες (Mikkelsen & Einarsen, 2002. Matthiesen & Einarsen, 2004. Tehrani, 2004), καθώς και με υψηλότερα επίπεδα στρες που προκαλείται από την εργασία, την πρόθεση για εγκατάλειψη της εργασίας, αναρρωτική άδεια, απουσίες από την εργασία και χαμηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης (Quine, 1999. Kivimaki et al., 2000. De Wet, 2010). Αυτές οι ατομικές και συναφείς οργανωτικές συνέπειες δεν περιορίζονται μόνο στους στόχους-θύματα, αλλά ευρήματα δείχνουν ότι οι μάρτυρες του εκφοβισμού στον χώρο εργασίας μπορεί να επηρεαστούν εξίσου σοβαρά με τον πραγματικό στόχο (Rayner, 1999. Mayhew et al., 2004, Niedhammer et al., 2006).

Τέτοιες εκβάσεις/αποτελέσματα έχουν ζωτικής σημασίας συνέπειες για την ευημερία και την παραγωγικότητα των ατόμων και των οργανισμών (Mayhew et al. 2004), και είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε κλιμάκωση του οικονομικού κόστους για τους οργανισμούς (Hoel et al. 2011).

## **2.7 Κυπριακή-Ελληνική και Διεθνής Πραγματικότητα**

### **2.7.1 Μελέτη του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης mobbing στην Κυπριακή - Ελληνική πραγματικότητα**

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από την Γρηγορίου (2016) στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης της Κύπρου, στο γενικό νοσοκομείο Λευκωσίας, διερευνήθηκε η παρουσία του συνδρόμου «Mobbing» ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας. Δείγμα της ερευνητικής εργασίας αποτέλεσαν 160 επαγγελματίες υγείας (42 ιατροί & 115 νοσηλευτές). Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν νοσηλευτές σε ποσοστό 73.3%. Ο επιπολασμός του συνδρόμου «Mobbing» στους επαγγελματίες υγείας στη βάση των κριτηρίων του Leymann ανήλθε στο 3.3%. Ποσοστό 47.5% του πληθυσμού της μελέτης δήλωσε ότι εκτέθηκε σε μία τουλάχιστον συμπεριφορά ψυχολογικής βίας τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ ποσοστό 8.9% δήλωσαν έκθεση σε μία τουλάχιστον συμπεριφορά «mobbing» για τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα

τους τελευταίους 12 μήνες. Από τα άτομα που είχαν υποστεί ψυχολογική βία το τελευταίο έτος ποσοστό 86.1% μίλησαν σε κάποιο άτομο για το πρόβλημα τους. Ποσοστό 67.7% των ατόμων που αντιμετώπισαν κάποια συμπεριφορά «mobbing» τους τελευταίους 12 μήνες το συζήτησαν με συνάδελφο τους, ενώ στο 30% μίλησαν σε μέλος της οικογένειάς τους. Σύμφωνα με τις δηλώσεις των συμμετεχόντων η ψυχολογική βία ασκείται από άτομα που κατείχαν υψηλότερη ιεραρχικά επαγγελματική θέση σε ποσοστό 58.3% ενώ άτομα ίδιας επαγγελματικής βαθμίδας ασκούσαν ψυχολογική βία στους συναδέλφους τους σε ποσοστό 54.2%. Οι γυναίκες αποτέλεσαν την πλειονότητα των ατόμων που ασκούσαν «mobbing» σε ποσοστό 56.8%. Οι συχνότερες μορφές mobbing όπως δήλωσαν οι συμμετέχοντες ήταν: «Σας διακόπτουν διαρκώς ενώ εκφράζεστε» με ποσοστό 20%, «Σας αναθέτουν διαρκώς καινούργια καθήκοντα» με ποσοστό 13%, «Μιλούν άσχημα για σας πίσω από την πλάτη σας» με ποσοστό 11.9%, «Διαδίδουν ψεύτικες φήμες για σας» με ποσοστό εμφάνισης 11.3% και «Σας αναθέτουν καθήκοντα που δεν έχουν ενδιαφέρον» (ποσοστό 10%). Αντίθετα, οι συμπεριφορές mobbing που δεν εντοπίστηκαν καθόλου (ποσοστό 0%) ανάμεσα στους συμμετέχοντες ήταν: «Θέλουν να σας υποχρεώσουν να κάνετε ψυχιατρική εξέταση», «Σας απειλούν με σωματική βία», «Χρησιμοποιούν ήπιας μορφής βία απέναντι σας ως προειδοποίηση», «Σας κακομεταχειρίζονται σωματικά», και «Έχουν προκαλέσει ζημιές στο σπίτι ή στο χώρο εργασίας σας». Όσον αφορά τα αίτια της εμφάνισης των εχθρικών συμπεριφορών στην εργασία αποδόθηκαν σε προβλήματα διοίκησης, τοποθέτησης σε θέση εργασίας σε ποσοστό 33.3%, στη γενικά κακή ατμόσφαιρα της εργασίας (ποσοστό 31.3%) και στην κακή οργάνωση της εργασίας με ποσοστό 29.2%. Επιπρόσθετα, ποσοστό 52.2% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι είχε αντιληφθεί άσκηση ψυχολογικής βίας εναντίον κάποιου άλλου ατόμου στον εργασιακό χώρο τους τελευταίους 12 μήνες.

Σε ερευνητική εργασία από τους Vezyridis, Samoutis & Mavrikiou (2014) διερευνήθηκε η βία στον χώρο εργασίας ενάντια στους επαγγελματίες υγείας στα τμήματα επειγόντων περιστατικών της Κύπρου. Το δείγμα της μελέτης ήταν 220 από 365 νοσηλευτές (85,7%) και (14,3%) γιατροί εκ των οποίων το 62% ήταν γυναίκες, από εννέα δημόσια τμήματα επειγόντων περιστατικών της Κύπρου. Τα δεδομένα συλλέγηκαν μέσω του εντύπου καταγραφής βίαιου περιστατικού. Επιπρόσθετες ερωτήσεις εξέτασαν την αντιληπτή συχνότητα, την ενθάρρυνση για αναφορά του περιστατικού, την ικανοποίηση από τις δράσεις/ενέργειες που αναλήφθηκαν και τις προτάσεις για βελτίωση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, η συντριπτική πλειοψηφία των γιατρών και νοσηλευτών (76,2%) είχαν εκτεθεί σε λεκτική βία (88,8%), κυρίως από συγγενείς ή φίλους του ασθενούς (59,1%). Σχετικά άπειροι κλινικοί γιατροί ήταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Ο χρόνος αναμονής αναγνωρίστηκε ως ο πιο σημαντικός οργανωτικός παράγοντας. Η αλκοολική τοξίκωση, η κατάχρηση ουσιών και η ψυχική ασθένεια εντοπίστηκαν ως οι ατομικοί παράγοντες για τη βία στο χώρο εργασίας. Επιπρόσθετα εντοπίστηκε σοβαρή ελλιπή αναφορά, ενώ 72,2% και 74,1% είχαν την πεποίθηση ότι η βία στο χώρο εργασίας είναι μέρος της δουλειάς. Η βία στην εργασία είχε υψηλή συσχέτιση με διάφορους παράγοντες, όπως η έλλειψη ενθάρρυνσης για την υποβολή εκθέσεων (αναφορά βίαιου περιστατικού), την αίσθηση εκ των προτέρων ότι ένα βίαιο περιστατικό επρόκειτο να συμβεί και ότι πρέπει να χειριστεί το περιστατικό προσωπικά. Προτάσεις για τη βελτίωση περιλαμβάνουν, περισσότερα μέτρα ασφαλείας (26,7%) και τη δημόσια εκπαίδευση για τη σωστή χρήση των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης (15,2%). Συμπερασματικά διαφάνηκε ότι η λεκτική βία είναι συνήθης στα κυπριακά τμήματα

επειγόντων περιστατικών, αλλά οι κλινικοί γιατροί και νοσηλευτές ανησυχούν όλο και περισσότερο για τις σωματικές επιθέσεις.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από την Χείρα (2014) στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης της Κύπρου, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ), διερευνήθηκε η παρουσία του «συνδρόμου Mobbing» ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 136 επαγγελματίες υγείας (44 γενικοί ιατροί, 50 νοσηλευτές, 42 λοιποί επαγγελματίες υγείας) που απασχολούνται σε δημόσια κέντρα Π.Φ.Υ. της Λευκωσίας. Ο επιπολασμός του «συνδρόμου Mobbing» στους επαγγελματίες υγείας σύμφωνα με τον επίσημο ορισμό του Leymann ανήλθε στο 8.8%. Ποσοστό 43.4% του πληθυσμού της μελέτης δήλωσαν ότι εκτέθηκαν σε μία τουλάχιστον συμπεριφορά ψυχολογικής βίας, ενώ ποσοστό 11% δήλωσαν έκθεση σε μία τουλάχιστον συμπεριφορά «mobbing» τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. Σύμφωνα με τις δηλώσεις των συμμετεχόντων η ψυχολογική βία ασκείτο από άτομα που κατείχαν υψηλότερη ιεραρχικά επαγγελματική θέση (π.χ. προϊστάμενος) σε ποσοστό 55,9% ενώ άτομα ίδιας επαγγελματικής βαθμίδας (π.χ. συνάδελφοι) ασκούσαν ψυχολογική βία σε ποσοστό 50%. Όσον αφορά τις συχνότερες συμπεριφορές «mobbing» που εμφάνισαν οι εργαζόμενοι ήταν: «σας διακόπτουν διαρκώς ενώ εκφράζεστε», «σας αναθέτουν διαρκώς καινούργια καθήκοντα» (ποσοστό 14%) και «μιλούν άσχημα για σας πίσω από την πλάτη σας» (11,8%). Αντίθετα οι λιγότερο συχνές συμπεριφορές «mobbing» που συναντώνται ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας ήταν: «σας έχουν επιτεθεί σεξουαλικά», «σας κακομεταχειρίζονται σωματικά», «σας απειλούν με σωματική βία», «σας κάνουν προφορικούς υπαινιγμούς ή προτάσεις σεξουαλικού περιεχομένου», «σας επιτίθενται ή σας κοροϊδεύουν για την καταγωγή σας», «θέλουν να σας υποχρεώσουν να κάνετε ψυχιατρική εξέταση», «δεν σας αναθέτουν κανένα καθήκον, δεν έχετε εργασία» και «δέχεστε γραπτές απειλές» (ποσοστό 0% για όλες τις πιο πάνω δηλώσεις). Το 63,4% του δείγματος είχε μιλήσει για τα προβλήματα αυτά σε συναδέλφους τους ενώ σε ποσοστό 43,9% είχαν μιλήσει με τον προϊστάμενο τους και με μέλη της οικογένειάς τους.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από Μιτής και Πρωτοπαπά (2013) στην Κύπρο, διερευνήθηκε το εργασιακό περιβάλλον και η υγεία των εργαζομένων σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 443 επαγγελματίες υγείας από Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία της Κύπρου οι οποίοι επιλέγηκαν με τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία. Τα κύρια ευρήματα της έρευνας υποδεικνύουν ότι τις αρνητικότερες επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων προκάλεσαν οι παράγοντες κινδύνου στην κατηγορία περιβάλλον στο χώρο εργασίας, με κυρίως επηρεαζόμενους τις γυναίκες και το νοσηλευτικό προσωπικό. Καλύτερες εμπειρίες στην εργασιακή ζωή αναφέρθηκαν από τους άντρες και το διοικητικό προσωπικό. Τα αποτελέσματα δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων της Κύπρου για τις πλείστες υπό εξέταση παραμέτρους.

Σε έρευνα που διεξάχθηκε από Σπύρου (2012) στον τομέα των επιχειρήσεων στην Κύπρο διερευνήθηκε η παρουσία της ψυχολογικής παρενόχλησης στον εργασιακό χώρο, στα πλαίσια οικονομικής κρίσης. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 500 άτομα (285 άνδρες και 215 γυναίκες), από τα οποία τα 316 άτομα ανήκαν στον ιδιωτικό τομέα και τα 184 στον δημόσιο τομέα. Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν ότι: το 27% των εργαζομένων δήλωσαν ότι έχουν υποστεί ψυχολογική παρενόχληση έστω και μία φορά, το 34% δέχεται συχνά εκφοβισμό στην εργασία του, 6% υφίσταται συστηματικό εκφοβισμό στο χώρο εργασίας τους και το 33% δεν έχει υποστεί ποτέ εκφοβισμό. Το 41% δήλωσε ότι έχει δεχθεί ηθική παρενόχληση από

προϊστάμενο και το 10% από συνάδελφο. Το 21.2% δήλωσε ότι η ψυχολογική βία που έχει δεχθεί έχει δημιουργήσει προβλήματα στην υγεία του.

Στον Ελλαδικό χώρο το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης στον χώρο εργασίας παραμένει ένα φαινόμενο χωρίς εκτεταμένη επιστημονική μελέτη.

Η πρώτη εμπειρική έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Σπυριδάκη το 2002 (Σπυριδάκης, 2009), με την χρήση ποιοτικής μεθόδου. Οργανώθηκαν ποιοτικές συνεντεύξεις σε βάθος με οδηγό συνέντευξης τους άξονες από την κατηγοριοποίηση του Leymann. Το δείγμα της μελέτης αποτελείτο από 16 εργαζομένους (6 γυναίκες και 10 άντρες), σε Τραπεζικό οργανισμό. Οι περισσότεροι ήταν απλοί υπάλληλοι και μεσαία στελέχη και δύο ήταν ανώτερα στελέχη. Η ολοκλήρωση των συνεντεύξεων διάρκεσε 6 μήνες. Η έρευνα ανέδειξε ως κύριο μηχανισμό παραγωγής της παρενόχλησης την οργανωτική κουλτούρα και την οργάνωση της εργασίας. Αποτελέσματα της έρευνας συνοψίζονται στα εξής: η ποιότητα των συνθηκών εργασίας δυνητικά πυροδοτούν την παρενόχληση, η απουσία διαλόγου και επικοινωνίας αποτελούν στοιχεία που δίνουν αφορμή για την εκδήλωση της, ο τρόπος με τον οποίο το εκφοβιστικό περιβάλλον λειτουργεί ως παράγοντας απόσπασης εργασίας, τον ρόλο των στελεχών ως καταλυτών στην εμφάνιση του φαινομένου, την εκδήλωση μία από τις συχνότερες διαστάσεις της παρενόχλησης – την λεκτική βία.

Σε ερευνητική εργασία, στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, από τους Μπεκάλλα και συν. (2013) εξετάστηκε η επίδραση του «συνδρόμου mobbing» στην επαγγελματική ζωή των νοσηλευτών. Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της διάστασης του φαινομένου στα ελληνικά νοσοκομεία και τις επιδράσεις του στην υγεία των νοσηλευτών. Η έρευνα διεξήχθη σε 7 νοσοκομεία της 6<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ., με δείγμα 521 νοσηλευτές (17,7% άντρες, 82,3% γυναίκες). Θύματα του συνδρόμου mobbing ήταν το 71%, ανεξαρτήτως φύλου ή επιπέδου σπουδών. Στην διάρκεια του προηγούμενου έτους παρουσίασαν: άγχος (54,3%), κεφαλαλγίες (52%), ατονία (41,5%), διαταραχές ύπνου (32,6%), άρνηση για εργασία (28%), έλλειψη συγκέντρωσης (22,8%), αρρυθμίες (22,6%), διαταραχές πρόσληψης τροφής (20,9%), αύξηση καπνίσματος (19,4%), κατάθλιψη (16,3%), αύξηση αρτηριακής πίεσης (16%), επιθετικότητα (11,9%), έλλειψη επικοινωνίας (7,7%), αύξηση κατανάλωσης αλκοόλ (3,3%). Ποσοστό 80% δήλωσε ότι επηρεάστηκε η προσωπική του ζωή. Κυριότερη πηγή πληροφόρησης για το «σύνδρομο mobbing» ήταν το διαδίκτυο (21,1%). Το 72,6% δεν γνωρίζει αν υπάρχει οργανωμένο επιστημονικό δίκτυο αντιμετώπισης φαινομένων εργασιακής παρενόχλησης και το 88,1% δήλωσε ότι θα επιθυμούσε να υπάρχει.

## **2.7.2 Μελέτη του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης mobbing σε Διεθνές επίπεδο**

Σε Παγκόσμια δημοσκόπηση που διενεργήθηκε τον Μάιο του 2011, με 16,517 συμμετέχοντες, οι εργαζόμενοι ερωτήθηκαν κατά πόσο έχουν πέσει θύματα εκφοβισμού στον χώρο εργασίας τους δίνοντας τα εξής αποτελέσματα:

64% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι ήταν θύματα εκφοβισμού, είτε σωματικά, είτε τους έκαναν να κλάψουν είτε είχε επίδραση στην απόδοσή τους

36% απάντησαν ότι δεν τους έχει συμβεί ποτέ

16% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι το είδαν να συμβαίνει σε κάποιον άλλον

Οι ευρωπαίοι ερωτηθέντες παρουσίασαν πολύ υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης του εκφοβισμού από οπουδήποτε αλλού στον κόσμο. 83% των Ευρωπαίων ερωτηθέντων



υποστήριξαν ότι έχουν υποστεί σωματική βία ή συναισθηματικό εκφοβισμό, σε σύγκριση με 65% στην Αμερική και το 55 % στην Ασία (Moster Global Poll Revea, 2011).

Τα αποτελέσματα της τέταρτης Ευρωπαϊκής έρευνας (EWCS 2005) δείχνουν τις διαφοροποιήσεις σε σχέση με τα επίπεδα της εργασιακής παρενόχλησης από χώρα σε χώρα, στην EU 27. Οι χώρες της Βόρειας Ευρώπης παραμένουν στην κορυφή της λίστας σε σχέση με τα επίπεδα της αναφερόμενης εργασιακής παρενόχλησης, με την Φινλανδία και την Ολλανδία να σημειώνουν τα υψηλότερα επίπεδα (17% και 12%, αντίστοιχα) και τις χώρες με τα χαμηλότερα επίπεδα έκθεσης που είναι η Ιταλία, η Κύπρος και τη Βουλγαρία (2% - 2.5%) (Eurofound, 2010).

Επιπρόσθετα τα αποτελέσματα της τέταρτης Ευρωπαϊκής έρευνας (EWCS 2005) δείχνουν αύξηση των ποσοστών της έκθεσης σε ψυχολογική βία σε όλους τους επαγγελματικούς κλάδους, τοποθετώντας τα επαγγέλματα με υψηλό επίπεδο κοινωνικής αλληλεπίδρασης στους κλάδους με τον υψηλότερο κίνδυνο σε έκθεση, καταδεικνύοντας τους τομείς της υγείας, της κοινωνικής εργασίας και της εκπαίδευσης να κατέχουν το υψηλότερο ποσοστό (Eurofound, 2010).

Σύμφωνα με την τέταρτη Ευρωπαϊκή έρευνα (EWCS 2005) για τις συνθήκες εργασίας, ο κίνδυνος εμφάνισης παρενόχλησης είναι υψηλότερος στον τομέα της υγείας, όπου πάνω από το 8% των ερωτηθέντων είχαν υποστεί παρενόχληση στο χώρο εργασίας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, σε σύγκριση με το μέσο όρο του 5% στην EE-27 (Eurofound, 2007. Eurofound, 2010).

Όλες οι μεγάλες ευρωπαϊκές έρευνες και διάφορες εθνικές μελέτες υπογραμμίζουν τον επιπολασμό και τις επιπτώσεις του στρες, της παρενόχλησης και της βίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η Πανευρωπαϊκή έρευνα επικεντρωμένη σε νέους και αναδυόμενους κινδύνους (ESENER) τόνισε ότι, το άγχος (90%), ο εκφοβισμός και η παρενόχληση (48%), η βία ή η απειλή βίας (58%), έχουν αναφερθεί από τους διαχειριστές/ηγέτες ως ανησυχία για την ψυχική υγεία των εργαζομένων, πιο συχνά στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (EU-OSHA, 2010). Τα αποτελέσματα αυτά είναι σύμφωνα με τα ευρήματα ερευνών για τους εργαζόμενους στην Ευρώπη (Eurofound, 2007. Eurofound, 2012).

Ο τομέας της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας έχει υψηλότερη, αναφερθείσα έκθεση σε παρενόχληση και βία στην εργασία στην EE-27. Τα δεδομένα από την πρόσφατη πέμπτη Ευρωπαϊκή έρευνα για τις συνθήκες εργασίας δείχνουν ότι, πάνω από το 28% των ανδρών και 22% των γυναικών αναφέρουν έκθεση σε αρνητικές κοινωνικές συμπεριφορές (όπως η λεκτική βία, ανεπιθύμητη σεξουαλική προσοχή, απειλές και εξευτελιστική συμπεριφορά, σωματική βία, ο εκφοβισμός και η παρενόχληση και τη σεξουαλική παρενόχληση που είναι το υψηλότερο σε σύγκριση με άλλους τομείς (Eurofound, 2012).

Εθνικές μελέτες δείχνουν επίσης παρόμοιες τάσεις. Μια μελέτη που πραγματοποίησε η Συνομοσπονδία των Ανεξάρτητων Συνδικάτων της Βουλγαρίας το 2000 έδειξε ότι το 38,1% των νοσηλευτών που ερωτήθηκαν είχαν βιώσει μια μορφή παρενόχλησης. Άλλες εθνικές έρευνες έδειξαν ότι στη Φινλανδία το 5% των εργαζομένων του τομέα της υγείας βίωσαν παρενόχληση (Mikkelsen & Einarsen, 2001), ενώ στη Δανία αυτό ήταν 3% (Salin, 1999).

Ο Heinz Leymann σε συστηματική έρευνα συνέδεσε τον χώρο εργασίας με φαινόμενα ανεπιθύμητης συμπεριφοράς εντός της και με τις συνέπειες που προκαλεί. Σε επιδημιολογική έρευνα που διεξήγαγε το 1992 στην Σουηδία, με συνεντεύξεις σε δείγμα 2.400 εργαζομένων, τα στατιστικά ευρήματα ανάδειξαν ότι 154.000 εργαζόμενοι, άνδρες και γυναίκες, σε σύνολο 4,4 εκατομμύρια ενεργού εργασιακά πληθυσμού, είχαν υποστεί επιθετική συμπεριφορά στο χώρο εργασίας τους. Επιπρόσθετα υπολογίστηκε ότι από αυτούς, περίπου 120.000 ετησίως υφίσταντο παρενόχληση ως νεοεισερχόμενοι στους εργασιακούς χώρους. Τέλος εκτιμήθηκε ότι σχεδόν ένας στους τέσσερις, ήταν πιθανόν να βιώσει επιθετική συμπεριφορά, για μια περίοδο της εργασιακής του ζωής, τουλάχιστο για διάστημα έξι μηνών περίπου (Leymann, 1996). Ο Leymann επισημαίνει τέσσερις κύριους παράγοντες που οδηγούν στην εργασιακή παρενόχληση: την έλλειψη σαφήνειας των στόχων στην εργασία, την ανεπαρκή διαχείριση, την κοινωνική θέση του θύματος και τα χαμηλά ηθικά πρότυπα στο περιβάλλον εργασίας (Leymann, 1996. Milutinovic D. et al., 2009).

Η επιρροή των οργανωτικών παραγόντων στην εμφάνιση του φαινομένου υποστηρίζεται από πολλές μελέτες, με το στυλ ηγεσίας να αποτελεί μία από την κύρια μεταβλητή. Αποτέλεσμα εμπειρικής έρευνας που διενεργήθηκε από τους Caporale et al. (2012) σε δημόσιο νοσοκομείο στην Βόρεια Ιταλία με συμμετέχοντες 175 νοσηλευτές και μαιευτήρες, ανέδειξε ότι το μη συμμετοχικό στυλ ηγεσίας συνδέεται με την μεγαλύτερη διάχυση των «αρνητικών δράσεων» μεταξύ των νοσηλευτών. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υπογραμμίζουν το ρόλο του συντονιστή νοσηλευτή στην πρόληψη και παρεμπόδιση της εμφάνισης των «αρνητικών δράσεων», η οποία είναι μια πιθανή πηγή για την εμφάνιση της ηθικής παρενόχλησης.

Σε ερευνητική εργασία από τους Bortoluzzi et al. (2014) μελετήθηκε το στυλ ηγεσίας και η συμβολή του στην μείωση εμφάνισης του κινδύνου της εργασιακή παρενόχλησης mobbing ανάμεσα στην νοσηλευτική ομάδα. Τα αποτελέσματα εμπειρικής μελέτης που διεξήγαγαν σε διάφορα δημόσια νοσοκομεία της Βορείου Ιταλίας, με συμμετέχοντες 175 νοσηλευτές, ανάδειξαν ότι οι οργανωτικές, οι ατομικές μεταβλητές και η συμμετοχική ηγεσίας εξηγούν το 33.5% ( $P < 0.01$ ) της διακύμανσης στην εμφάνιση του mobbing. Αναδείχθηκαν δύο παράγοντες που συσχετίζονται: η υιοθέτηση ενός συμμετοχικού στυλ ηγεσίας από τους ηγέτες/ συντονιστές νοσηλευτές και η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού όπως εκλαμβάνεται από τον κλινικό νοσηλευτή. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι η συμβολή της συμμετοχικής ηγεσίας στην εξασθένηση της εμφάνισης του κινδύνου της παρενόχλησης mobbing στην ομάδα εργασίας ήταν σημαντική.

Συμπερασματικά, η υιοθέτηση ενός συμμετοχικού στυλ ηγεσίας από τον ηγέτη νοσηλευτή επιτρέπει την μείωση των εντάσεων στην νοσηλευτική ομάδα. Ωστόσο η ηθική παρενόχληση παραμένει ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, δύσκολο να το συλλάβει κάποιος στην ολότητα του, και το στυλ ηγεσίας δεν μπορεί να θεωρηθεί ως η πανάκεια στην επίλυση του προβλήματος στην νοσηλευτική ομάδα εργασίας.

Οι Yildirim & Yildirim (2007), διεξήγαγαν περιγραφική και συγχρονική μελέτη με σκοπό τον προσδιορισμό της ηθικής παρενόχλησης που βιώνουν οι νοσηλευτές που εργάζονται σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης στην Τουρκία, την συναισθηματική, κοινωνική και φυσιολογικές επιδράσεις στους νοσηλευτές και τις δράσεις που λαμβάνουν για να ξεφύγουν από την ηθική παρενόχληση. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν 505 νοσηλευτές εκ των

οποίων 325 (64%) εργάστηκαν στο δημόσιο και 180 (36%) σε ιδιωτικά νοσοκομεία. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες. Το ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε από τους ερευνητές, υπό το φως των πληροφοριών στη βιβλιογραφία χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή στοιχείων και είχε τέσσερα τμήματα συμπεριλαμβανομένων των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και τις ερωτήσεις για τις συμπεριφορές mobbing, αντίδραση σε περιστατικά mobbing και τα μέτρα που έχουν ληφθεί για να ξεφύγουν από την ηθική παρενόχληση. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μεταξύ Οκτωβρίου και Δεκεμβρίου 2005. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι η συντριπτική πλειοψηφία (86,5%) των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν ότι αντιμετωπίζουν τη συμπεριφορά του mobbing στην εργασία τους τελευταίους 12 μήνες. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδιωτικά νοσοκομεία, αντιμετωπίζουν στατιστικά σημαντικά περισσότερες συμπεριφορές ηθική παρενόχληση από εκείνα στα δημόσια νοσοκομεία ( $p < \alpha = 0,02$ ). Προσδιορίστηκε ότι οι νοσηλευτές οι οποίοι αντιμετωπίζουν συμπεριφορές mobbing είχαν διάφορες φυσιολογικές, συναισθηματικές και κοινωνικές αντιδράσεις σε αυτά τα περιστατικά. Οι πιο κοινές συμπεριφορές που παρουσιάζουν οι συμμετέχοντες για να ξεφύγουν από το mobbing δήλωσαν ότι ήταν «να εργαστούμε σκληρότερα και να είναι πιο οργανωμένες» και «να εργαστούν πιο προσεκτικά για να αποφύγει την κριτική». Επιπλέον, το 10% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι «σκέφτηκαν μερικές φορές την διάπραξη αυτοκτονίας».

Oi Cevik et al. (2012), σε περιγραφική – συγκριτική μελέτη, διερεύνησαν τα επίπεδα της αντίληψης του mobbing ανάμεσα στους νοσηλευτές της Ανατολικής Τουρκίας, τις αιτίες και τους δράστες του mobbing, τις αντιδράσεις και τους παράγοντες που επηρεάζουν την ηθική παρενόχληση. Τα δεδομένα της έρευνας συλλέγηκαν από ένα δείγμα 180 νοσηλευτών στην Τουρκία κατά την περίοδο Ιούλιο 2007 - Ιανουάριο 2008, μέσω ενός ερωτηματολογίου που αποτελείτο από τρία μέρη. Τα αποτελέσματα ανάδειξαν ότι οι νοσηλευτές συχνά υπόκεινται σε ηθική παρενόχληση. Οι νέοι νοσηλευτές, οι νοσηλευτές με λιγότερη θεσμική και επαγγελματική εμπειρία, οι νοσηλευτές με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, οι νοσηλευτές που εργάζονται σε εσωτερικές κλινικές και νυχτερινές βάρδιες ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ηθικής παρενόχλησης. Οι νοσηλευτές ανέφεραν τον ηγέτη τους ως τον πιο συχνό δράστη της ηθικής παρενόχλησης και τις κακές συνθήκες εργασίας ως την σημαντικότερη αιτία της ηθικής παρενόχλησης. Συμπέρασμα, πολλοί από τους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι είχαν δεχθεί περιστατικά ηθικής παρενόχλησης και ότι δεν υπέβαλαν οποιοδήποτε παράπονο / καταγγελία πριν την μελέτη. Ωστόσο ισχυρίστηκαν ότι πλέον δεν θα δεχθούν παρενοχλήσεις και θα υποβάλουν προφορικές και γραπτές καταγγελίες.

Σε συγχρονική μελέτη που διεξάχθηκε από τους Paί και Lee (2011) σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης στην Ταιβάν, μελετήθηκαν οι παράγοντες κινδύνου και οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των κλινικών νοσηλευτών, από την ψυχολογική και σωματική βία στον χώρο εργασίας τους. Οι συμμετέχοντες, 521 νοσηλευτές, απάντησαν στο ερωτηματολόγιο για την βία στον χώρο εργασίας (Workplace Violence Questionnaire), ένα εργαλείο που έχει σχεδιαστεί για την αξιολόγηση των μορφών βίας στο χώρο εργασίας (σωματική βία, λεκτική κακοποίηση, παρενόχληση / mobbing και τη σεξουαλική παρενόχληση), τα χαρακτηριστικά των δραστών και των θυμάτων και τις αντιδράσεις των θυμάτων για την κακοποίηση τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, 102 (19,6%) δήλωσαν ότι είχαν υποστεί σωματική βία, 268 (51,4%) είχαν υποστεί λεκτική κακοποίηση, 155 (29,8%) είχαν υποστεί εκφοβισμό/ηθική παρενόχληση και 67 (12,9%) είχαν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση. Πολλαπλές λογιστικές αναλύσεις έδειξαν ότι η ηλικίας κάτω των 30 ετών (λόγος πιθανοτήτων = 2.4, 95% διάστημα εμπιστοσύνης=

1,34 - 4,46) και του άγχους (λόγος πιθανοτήτων = 4,7, 95% διάστημα εμπιστοσύνης = 1,24 - 18,12) αύξησε τις πιθανότητες της λεκτικής βίας, ενώ ο εκφοβισμός συνδέθηκε με το άγχος (λόγος πιθανοτήτων=2,7, 95% διάστημα εμπιστοσύνης=1,09 - 6,93). Η νυχτερινή βάρδια εργασίας αύξησε τις πιθανότητες εμφάνισης της σεξουαλικής παρενόχλησης (λόγος πιθανοτήτων = 2,3 95% διάστημα εμπιστοσύνης = 1,29 - 4,16), ενώ η σωματική βία συσχετίστηκε με πτυχίο πανεπιστημίου (λόγος πιθανοτήτων = 2,8, 95% διάστημα εμπιστοσύνης=1,20 - 6,73). Η πιο σοβαρή ψυχολογική βλάβη ήταν το μετα-τραυματικό στρες. Συμπερασματικά, η έκθεση σε ψυχολογική βία έχει μεγάλο αντίκτυπο στους κλινικούς νοσηλευτές.

Έρευνα που διενεργήθηκε από τους Kunecka et al. (2008) σε νοσοκομεία της βορειοδυτικής πόλης Szczecin της Πολωνίας, με την μέθοδο της διαγνωστικής δημοσκοπήσης, βασίστηκε σε ένα ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε και διανεμήθηκε σε 1578 ερωτηθέντες νοσηλευτές που απασχολούνται σε νοσοκομεία της πόλης. Η ανάλυση, των 1261 σωστά συμπληρωμένων ερωτηματολογίων, κατέδειξε ότι το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης είναι πραγματικότητα στην νοσηλευτική επαγγελματική ομάδα (18.6%). Η πλειονότητα (40%) των συμμετεχόντων/ ερωτηθέντων δήλωσαν έναν ανώτερο τους ως θύτη/ δράστη.

Οι Tonso et al. (2016) σε έρευνα τους εξέτασαν τις πτυχές της βίας στο χώρο εργασίας, όπως αναφέρθηκε από τους υπαλλήλους στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη Βικτώρια της Αυστραλίας. Η μελέτη χρησιμοποίησε διερευνητικό περιγραφικό σχεδιασμό. Ένα τυχαίο δείγμα 1600 λειτουργών Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών, κλήθηκαν να συμπληρώσουν μια έρευνα που διερευνά την έκθεση σε βία στον εργασιακό χώρο, και των σχετιζόμενων επιπτώσεων στην ψυχική υγεία των εργαζομένων. Οι συμμετέχοντες ήταν εργαζόμενοι από πολλούς κλάδους, συμπεριλαμβανομένων νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών, εργοθεραπευτών, ψυχολόγων και το προσωπικό διοίκησης. Συνολικά 411 μέλη ανταποκρίθηκαν στην έρευνα (ποσοστό ανταπόκρισης 26%). Το 83% του συνολικού δείγματος ανέφερε έκθεση σε τουλάχιστον μία μορφή βίας κατά τους προηγούμενους 12 μήνες. Η πιο συχνά αναφερόμενη μορφή βίας ήταν η λεκτική κακοποίηση (80%), ακολουθούμενη από τη σωματική βία (34%) και, στη συνέχεια, τον εκφοβισμό / mobbing (30%). Σχεδόν ένα στα τρία θύματα της βίας (33%) αξιολόγησαν τους εαυτούς τους ότι βίωσαν ψυχολογικό άγχος / δυσφορία, 54% εκ των οποίων ανέφεραν ότι ήταν σε σοβαρή ψυχολογική δυσφορία.

Λαμβάνοντας υπόψη όλες τα παραπάνω, προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι εννοιολογήσεις αυτές έχουν προσφέρει από την μια, μία διορατική κατανόηση ως προς την αιτιολογική προσέγγιση του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης mobbing, σε ένα σύνθετο περιβάλλον εργασίας όπως αυτό των νοσηλευτών. Από την άλλη, αδυνατούν να δώσουν μια λεπτομερή ανάλυση του περιβάλλοντος εργασίας των νοσηλευτών, αποτυγχάνοντας να αναγνωρίσουν ορισμένα από τα περιβαλλοντικά και οργανωτικά θέματα το οποία συμβάλλουν σε ένα εργασιακό περιβάλλον όπου η παρενόχληση θεωρείται σχεδόν φυσιολογική και αποδεκτή. Όλα τα μοντέλα έχουν τόσο θετικές όσο και αρνητικές κριτικές.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **3.1 Σκοπός – Στόχοι**

Σκοπός της μελέτης είναι ο προσδιορισμός του φαινομένου της παρενόχλησης «Mobbing» στον χώρο εργασίας ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας της Κύπρου. Ειδικότερα η ερευνητική εργασία στοχεύει στον προσδιορισμό του επιπολασμού του φαινομένου στην συγκεκριμένη ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας, στην διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης του φαινομένου με τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού της μελέτης καθώς και στην διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης του φαινομένου με συμπτώματα κατάθλιψης.

#### **3.2 Ερευνητικά ερωτήματα**

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν κατά τον σχεδιασμό της μελέτης και αναμένεται να απαντηθούν με την ολοκλήρωση της είναι:

Ποιος ο επιπολασμός του συνδρόμου της ηθικής παρενόχλησης στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας της Κύπρου;

Ποια είναι η συσχέτιση του φαινομένου με τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού;

Το φαινόμενο της παρενόχλησης «Mobbing» μπορεί να συσχετιστεί με συμπτώματα κατάθλιψης;

#### **3.3 Σχεδιασμός**

Συγχρονική μελέτη ποσοτικής εκτίμησης επιπολασμού σε πληθυσμό νοσηλευτών ψυχικής υγείας με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου.

#### **3.4 Πληθυσμός – Δείγμα**

Ο πληθυσμός της ερευνητικής εργασίας, ανήκει στην κατηγορία πληθυσμού σύμφωνα με την επαγγελματική του ιδιότητα και τον χώρο εργασίας του. Ο πληθυσμός στόχος είναι όλοι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας στην Κύπρο το 2016. Ο πληθυσμός υπό μελέτη είναι όλοι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που εργάζονται στον δημόσιο τομέα Παγκύπρια το 2016, ο αριθμός των οποίων ανερχόταν στους 406. Από τον πληθυσμό υπό μελέτη εξαιρέθηκαν οι νοσηλευτές οι οποίοι απουσίαζαν από την υπηρεσία τους κατά την χρονική περίοδο διεξαγωγής της έρευνας, οι οποίοι ήταν συνολικά 4 άτομα.

Δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν οι 255 νοσηλευτές ψυχικής υγείας που εργάζονταν σε όλες τις δημόσιες δομές των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παγκύπρια κατά την χρονική περίοδο διεξαγωγής της έρευνας 02/03/2016 – 16/03/2016. Το νοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας απαρτίζουν οι νοσηλευτές από όλη την ιεραρχία της νοσηλευτικής, με την υψηλότερη βαθμίδα τους Προϊστάμενους Νοσηλευτικούς Λειτουργούς, ακολουθούν οι Πρώτοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, οι Ανώτεροι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, οι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί και οι Νοσηλευτές.

Οι δομές - τμήματα εργασίας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας αποτελούν σε Παγκύπρια βάση, το Νοσοκομείο Αθαλάσσας, οι Ψυχιατρικές Κλινικές, οι Κοινοτικές Υπηρεσίες Νοσηλευτικής

Ψυχικής Υγείας, οι δομές Τοξικοεξαρτήσεων, το Τμήμα Φυλακών και οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων.

### **3.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων**

Για την συλλογή των δεδομένων επιλέγηκε η χρήση τριών ερευνητικών εργαλείων. Η εκτίμηση της παρενόχλησης ‘Mobbing’ στον εργασιακό χώρο προγραμματίστηκε να γίνει με τη χρήση του ερωτηματολογίου Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT), η εκτίμηση της παρουσίας συμπτωμάτων κατάθλιψης με την χρήση της κλίμακας (CES-D) Center For Epidemiological Studies – Depression Scale και η συλλογή των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων με ένα ειδικά διαμορφωμένο, από την ερευνήτρια, ερωτηματολόγιο.

Ακολουθήθηκε συσχετιστική προσέγγιση μεταξύ του επιπολασμού του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης mobbing, των δημογραφικών στοιχείων και των συμπτωμάτων κατάθλιψης των συμμετεχόντων.

#### **3.5.1 Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου**

Το ερωτηματολόγιο Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT), κατασκευάστηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1990 από το Leymann ο οποίος θεωρείται ως ο πατέρας της ψυχολογικής βίας στους χώρους εργασίας.

Σύμφωνα με την τυπολογία του Leymann (Leymann 1996) υπάρχουν 45 συμπεριφορές mobbing οι οποίες με βάση τη φύση της συμπεριφοράς και τις επιπτώσεις τους στο θύμα (Duffy and Sperry 2007) χωρίζονται σε 5 κατηγορίες:

- παρεμπόδιση έκφρασης και επικοινωνίας
- επιθέσεις στις κοινωνικές σχέσεις
- επιθέσεις στη φήμη
- επιθέσεις στην ποιότητα ζωής και στη επαγγελματική θέση
- άμεσες επιθέσεις στην υγεία του εργαζομένου.

Κάθε ερώτηση αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο τύπο ψυχολογικής βίας, για την οποία ζητείται να καταγραφεί πόσο συχνά παρουσιάζεται τους τελευταίους 6 μήνες.

Το πρωτότυπο γαλλικό ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα Ελληνικά και σταθμίστηκε από τους Ζαχαριάδου Θ. και Παυλάκη Α. από τους οποίους έχει εξασφαλιστεί η άδεια χρήσης του. Το ερωτηματολόγιο LIPT και η άδεια χρήσης του παρατίθεται στην εργασία (Παράρτημα II).

Η εκτίμηση της παρουσίας συμπτωμάτων κατάθλιψης πραγματοποιήθηκε με την χρήση της κλίμακας (CES-D) Center For Epidemiological Studies – Depression Scale.

Η κλίμακα της κατάθλιψης CES – D κατασκευάστηκε το 1977 από τον Radloff LS και αποτελεί αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα για έρευνα στον γενικό πληθυσμό. (για επιδημιολογική μελέτη). Αποτελείται από μια σειρά 20 καταστάσεων, στις οποίες το άτομο καλείται να απαντήσει πόσο συχνά έχει αισθανθεί έτσι τις τελευταίες 30 μέρες. Οι 20 ερωτήσεις αφορούν σε καταθλιπτικά συμπτώματα και ο τύπος των απαντήσεων κυμαίνεται από 0-3, (0) σπάνια ή καθόλου, (1) μερικές φορές, (2) αρκετές φορές και (3) τον περισσότερο καιρό. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από το 0 (απουσία θετικών συμπτωμάτων) μέχρι το 60. Διαχωριστικό

σημείο της φυσιολογικής κατάστασης από την ψυχοπαθολογική κατάσταση καταθλιπτικότητα είναι το 16.

Το 1982 ο Μαδιανός Μ. Γ. μετάφρασε, προσαρμοσε και στάθμισε την κλίμακα στον Ελληνικό πληθυσμό, από τον οποίο έχει εξασφαλιστεί η άδεια χρήσης της (Παράρτημα II).

Η συλλογή των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων έγινε με ένα ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο, από την ερευνήτρια, που αφορά στην συλλογή δεδομένων για το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, τον επαγγελματικό τίτλο και τα χρόνια υπηρεσίας.

### 3.5.2 Αξιοπιστία και εγκυρότητα του ερευνητικού εργαλείου

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability) αναφέρεται στο βαθμό που όλες οι καταγραφές σε μια κλίμακα μετρούν την ίδια μεταβλητή δηλαδή αν έχουν συνοχή η μια με την άλλη. Η μέτρηση της εσωτερικής συνοχής γίνεται συνήθως με το συντελεστή Cronbach's alpha. Το όριο για το χαρακτηρισμό μιας κλίμακας ως αξιόπιστης είναι η τιμή του συντελεστή  $\alpha > 0.70$  (Nunnally, 1978. Payne, 1993). Ο συντελεστής  $\alpha$  βρέθηκε 0.87 ο οποίος κρίνεται πολύ ικανοποιητικός (Πίνακας 1).

Πίνακας 1.

*Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής*

Cronbach's Alpha	N of Items
.877	45

### 3.6 Διαδικασία

Αρχικά ενημερώθηκαν οι τρεις Προϊστάμενες Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, τηλεφωνικώς και μέσω γραπτής επιστολής τόσο για την άδεια διεξαγωγής της έρευνας όσο και για την χρονική περίοδο διεξαγωγής της στα τμήματα που έχουν υπό την εποπτεία τους.

Τα ερωτηματολόγια διαμοιράστηκαν στα τμήματα – δομές των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας σε όλες τις επαρχίες, προσωπικά από την ερευνήτρια. Προηγήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία με τους υπεύθυνους νοσηλευτές – συντονιστές των τμημάτων για την ημέρα και τον σκοπό της επισκέψεως. Τα ερωτηματολόγια παραδόθηκαν από την ερευνήτρια στον υπεύθυνο νοσηλευτή της κάθε δομής, ο οποίος τα διάνειμε στους νοσηλευτές του τμήματος του.

Τα ερευνητικά εργαλεία μαζί με επιστολή που αναφερόταν στον σκοπό της έρευνας και οδηγίες συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, τοποθετήθηκαν σε φάκελο, εξασφαλίζοντας έτσι την δυνατότητα στους συμμετέχοντες να διαφυλάξουν τα προσωπικά τους δεδομένα κλείνοντας τον φάκελο. Ο κάθε φάκελος συνοδευόταν από ένα έντυπο ενημέρωσης, καθώς και την ενυπόγραφη συγκατάθεσή τους για συμμετοχή στην έρευνα. Στο κάθε τμήμα δόθηκε

ξεχωριστός φάκελος για τη συλλογή των εντύπων ενημέρωσης-συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα.

Κατά την επίσκεψη εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας, ο τρόπος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, η εθελοντική συμμετοχή, η διασφάλιση της ανωνυμίας, η τήρηση της εχεμύθειας – εμπιστευτικότητας, η αναγκαιότητα υπογραφής του εντύπου ενημέρωσης και τα χρονικά πλαίσια στα οποία θα διεξαχθεί η έρευνα (02/03/16-16/03/16).

Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κυμαινόταν από 5-10 λεπτά.

Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια τα συνέλλεξε ο υπεύθυνος νοσηλευτής του κάθε τμήματος. Έγινε ξεχωριστή συλλογή του εντύπου ενημέρωσης και λήψης συγκατάθεσης των συμμετεχόντων, σε ξεχωριστό φάκελο. Την ευθύνη για την συλλογή και φύλαξη των ερωτηματολογίων είχε ο υπεύθυνος νοσηλευτής του κάθε τμήματος. Η συλλογή των ερωτηματολογίων και των εντύπων ενημέρωσης-λήψης συγκατάθεσης έγινε από την ερευνήτρια, με επισκέψεις σε όλα τα τμήματα και παραλαβή τους από τον υπεύθυνο νοσηλευτή του κάθε τμήματος.

Η διαδικασία διαμοιρασμού των ερωτηματολογίων, παραμονής τους στα τμήματα και η συλλογή τους διήρκεσε συνολικά 20 ημέρες (02/03/16 - 21/03/16).

### **3.7 Ηθικές προεκτάσεις**

Ιδιαίτερη προσοχή αποδόθηκε στα ηθικά ζητήματα, όπως άλλωστε αρμόζει σε επιστήμες που εμπλέκονται στη μελέτη ανθρωπίνων υπάρξεων, όπως είναι η νοσηλευτική επιστήμη (Σαχίνη-Καρδάση, 2007).

Η επιτυχία στην χρήση των ερευνητικών εργαλείων για την έρευνα, θα εξαρτηθεί από την αποτελεσματική εισχώρηση στο εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, εγείροντας έτσι ηθικά θέματα για την έκθεση ή μη έκθεση τους σε εχθρικές συμπεριφορές και πιθανών επιπτώσεων σε ευαίσθητες προσωπικές πτυχές που αφορούν στην ψυχική τους υγεία.

Καταβλήθηκε προσπάθεια για την προστασία των δικαιωμάτων των υποκειμένων της έρευνας, μέσα από την μελέτη κωδίκων ηθικής της έρευνας όπως, ο Κώδικας Νυρεμβέργης, η Διακήρυξη του Ελσίνκι, οι κατευθυντήριες οδηγίες του Συνδέσμου Αμερικανών Νοσηλευτών (ANA) και ο κώδικας ηθικής Belmont Report (Javeau, 2000. Σαχίνη-Καρδάση 2007).

Ο κώδικας ηθικής Belmont Report υιοθετήθηκε από την Εθνική Επιτροπή για Προστασία των Ανθρωπίνων Υποκειμένων Βιοϊατρικής και Συμπεριφορικής Έρευνας των ΗΠΑ (Javeau C, 2000). Τα δικαιώματα των υποκειμένων της έρευνας διασφαλίστηκαν βάση των τριών αρχών που θεσπίστηκαν από τον συγκεκριμένο κώδικα: την αρχή οφέλους και μη βλάβης, την αρχή του σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και την αρχή δικαιοσύνης. Προστασία του δικαιώματος: να μην υποστούν βλάβη, για πλήρη διαφάνεια, αυτοαπόφασης και για ιδιωτικότητα, ανωνυμία και εμπιστευτικότητα (Σαχίνη-Καρδάση, 2007).

Πρόσθετα η εξασφάλιση των απαραίτητων εγκρίσεων από τις επίσημες επιτροπές ανθρωπίνων υποκειμένων της Κυπριακής Δημοκρατίας, όπως τον Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας και την Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας, διασφαλίζουν ότι η συγκεκριμένη έρευνα είναι ηθική. Οι σχετικές εγκρίσεις παρατίθενται στο παράρτημα Ι.



### 3.8 Ανάλυση αποτελεσμάτων

Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων της ερευνητικής εργασίας, τα δεδομένα που συλλέγηκαν μετά την κωδικοποίηση τους καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων (Excel). Για την στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (version 20). Οι κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν ως απόλυτες (N) και σχετικές συχνότητες (%). Επιπρόσθετα τυχόν διαφορές μελετήθηκαν με στατιστικά τεστ όπως, τον έλεγχο υποθέσεων δοκιμασία  $\chi^2$ , το συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Ps) και τη λογιστική παλινδρόμηση, προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη ή μη σχέσεων μεταξύ του επιπολασμού του φαινομένου «mobbing», των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων και της παρουσίας συμπτωμάτων κατάθλιψης. Σε όλες τις περιπτώσεις των στατιστικών ελέγχων χρησιμοποιήθηκε ως ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το  $\alpha=0.05$ .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δόθηκαν 402 ερωτηματολόγια, όσα και ο αριθμός των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας που εργάζονταν στα τμήματα των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παγκύπρια κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας, από τις 2.3.16 μέχρι 16.3.16. Από τους 402 επαγγελματίες ψυχικής υγείας, συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια 255 άτομα, ποσοστό ανταπόκρισης 62.93%.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης (N=255) παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 2.

Οι γυναίκες αποτέλεσαν την πλειοψηφία του πληθυσμού της μελέτης με ποσοστό 55,69% έναντι των ανδρών με ποσοστό 44,3%.

Την συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού της μελέτης αναφορικά με τον επαγγελματικό τίτλο αποτέλεσαν οι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί Ψυχικής Υγείας ή Νοσοκόμοι Ψυχικής Υγείας με ποσοστό 83,14% έναντι των υψηλότερων βαθμίδων στην νοσηλευτική ιεραρχία που είναι οι Ανώτεροι, οι Πρώτοι και οι Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί Ψυχικής υγείας, με ποσοστό 16,86%.

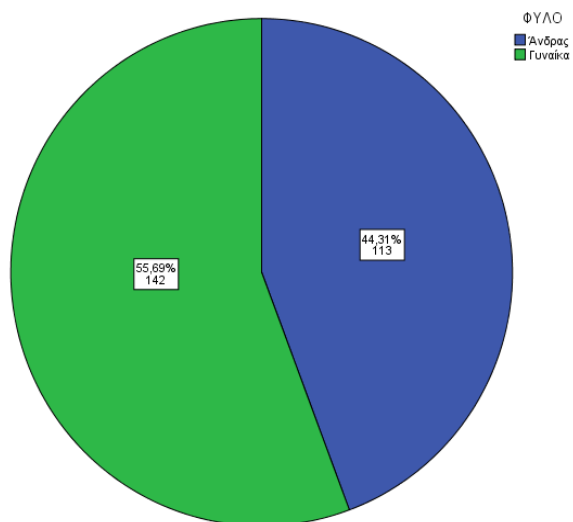
Πίνακας 2.

*Δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης (N=255)*

	Συχνότητα	Ποσοστό
<b>Φύλο</b>		
Άνδρας	113	44.30%
Γυναίκα	142	55.69%
<b>Ηλικιακή Ομάδα</b>		
20-30 χρονών	70	27.45%
30-40 χρονών	117	45.88%
40-50 χρονών	46	18.04%
50-60+ χρονών	22	8.63%
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Έγγαμος /η	170	66.67%
Άγαμος /η	62	24.31%
Διαζευμένος /η	11	4.31%
Συμβίωση	12	4.71%
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>		
Ανώτερη σχολή (Κολλέγιο)	6	2.35%
Ανώτατη σχολή (Πανεπιστήμιο)	166	65.10%
Μεταπτυχιακό δίπλωμα (Μάστερ / Διδακτορικό)	82	32.16%
Άλλο (σημειώστε)	1	0.39%
<b>Επαγγελματικός τίτλος</b>		
Νοσηλευτικός Λειτουργός Ψυχικής Υγείας / Νοσοκόμος Ψ.Υ	212	83.14%
Ανώτερος / Πρώτος / Βοηθός Προϊστάμενος / Προϊστάμενος Νοσηλευτικός Λειτουργός Ψυχικής Υγείας	43	16.86%
<b>Χρόνια Υπηρεσίας</b>		
1-10 χρόνια	126	49.41%
10-20 χρόνια	78	30.59%
20-30 χρόνια	37	14.51%
30+ χρόνια	14	5.49%

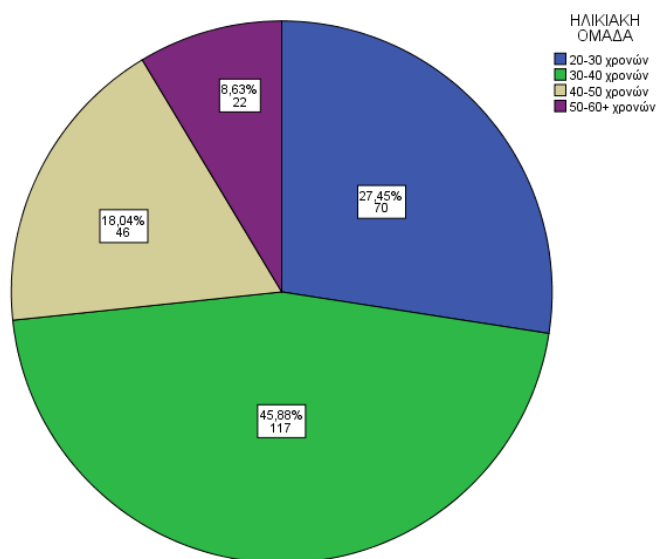
Στα κυκλικά γραφήματα 1-6 που ακολουθούν, φαίνεται η κατανομή του πληθυσμού της μελέτης σύμφωνα με το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, τον επαγγελματικό τίτλο και τα χρόνια υπηρεσίας του στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας της Κύπρου.

Το 55,69% των συμμετέχοντων ήταν γυναίκες και το 44,3% ήταν άντρες (Γράφημα 1).



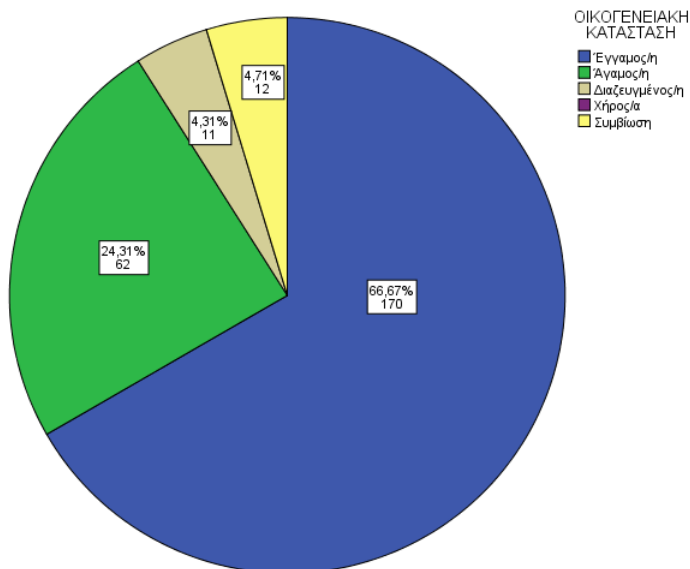
Γράφημα 1: Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με το φύλο (N=255)

Ως προς την ηλικιακή ομάδα, η πλειονότητα του πληθυσμού ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 30-40 χρονών με ποσοστό 45,88%, ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα 20-30 χρονών με ποσοστό 27,45%, έπειτα η ηλικιακή ομάδα 40-50 χρονών με ποσοστό 18,04% και την μειοψηφία κατέχει η ηλικιακή ομάδα 50-60+ χρονών με ποσοστό 8,63% (Γράφημα 2).



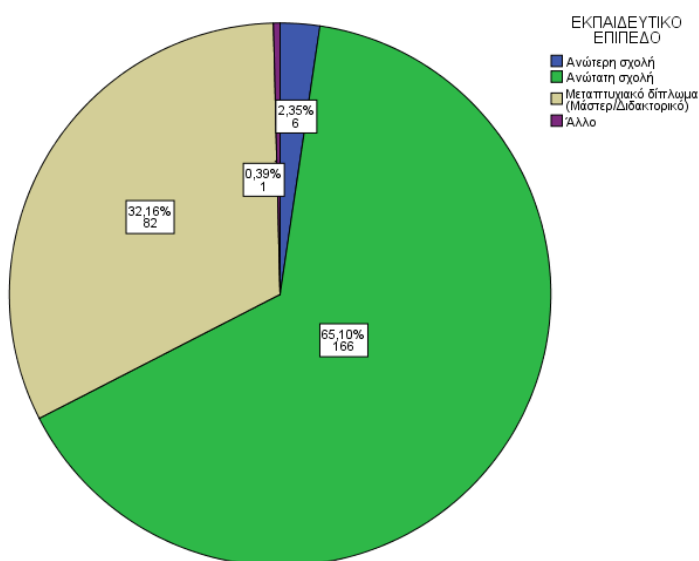
Γράφημα 2: Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με την ηλικιακή ομάδα (N=255)

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων το 66,67% ήταν έγγαμοι, το 24,31% άγαμοι, το 4,71% συμβιώνουν και το 4,31% είναι διαζευγμένοι (Γράφημα 3).



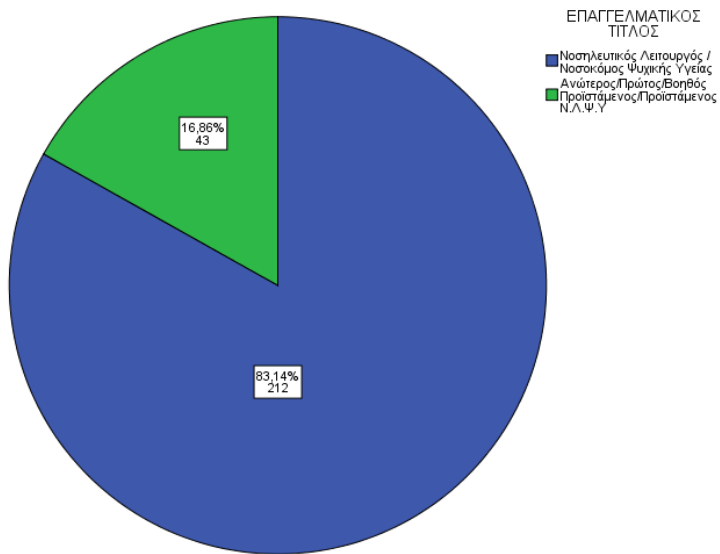
Γράφημα 3: Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση (N=255)

Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης το 65% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι Ανώτατης σχολής (Πανεπιστήμιο), το 32% κατείχε Μεταπτυχιακό δίπλωμα (Μάστερ ή Διδακτορικό) και το 6% απόφοιτοι Ανώτερης σχολής (Κολλέγιο) (Γράφημα 4).



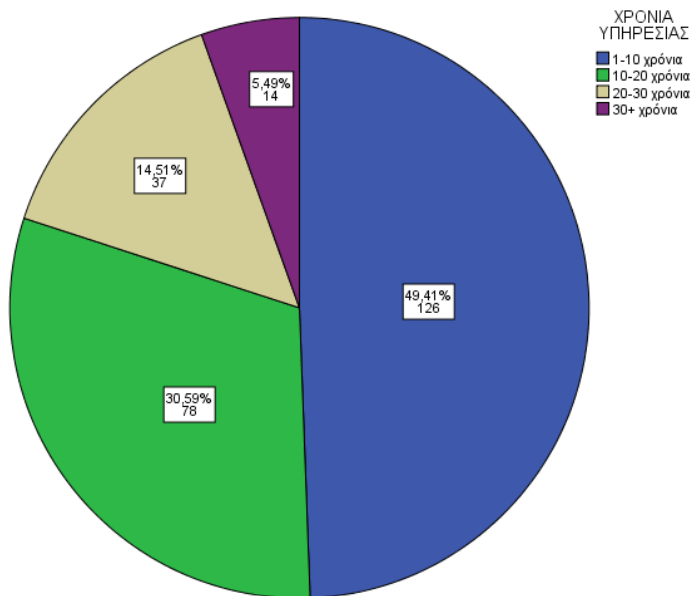
Γράφημα 4: Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με το εκπαιδευτικό επίπεδο (N=255)

Αναφορικά με τον επαγγελματικό τίτλο των συμμετεχόντων, το 83,14% ήταν Νοσηλευτικοί Λειτουργοί Ψυχικής Υγείας ή Νοσοκόμοι Ψυχικής Υγείας και το 16,86% ήταν Ανώτεροι ή Πρώτοι ή Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί Ψυχικής Υγείας (Γράφημα 5).



Γράφημα 5: Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με τον επαγγελματικό τίτλο (N=255)

Όσον αφορά τα χρόνια υπηρεσία το 49,41% των συμμετεχόντων υπηρετούν στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας της Κύπρου 1-10 χρόνια, το 30,59% 10-20 χρόνια, το 14,51% 20-30 χρόνια και το 5,49% 30 και άνω χρόνια (Γράφημα 6).



Γράφημα 6: Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με τα χρόνια υπηρεσίας (N=255)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας (πίνακας 3), οι συχνότερες συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας, στις οποίες αναφέρθηκαν οι 255 συμμετέχοντες ήταν: «σας αναθέτουν διαρκώς καινούρια καθήκοντα» (ποσοστό 18,43%), «σας αναθέτουν καθήκοντα πολύ κατώτερα των ικανοτήτων σας» (ποσοστό 13,73%), «αμφισβητούν τις αποφάσεις σας» (ποσοστό 12,16%), «μιλούν άσχημα πίσω από την πλάτη σας» (ποσοστό 12,16%) και «άλλα άτομα σας εμποδίζουν να εκφραστείτε» (ποσοστό 11,76%).

Πίνακας 3.

*Συχνότερες συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης mobbing ανάμεσα στον πληθυσμό της μελέτης (N=255)*

Συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης mobbing	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	Ποσοστό (%)	
Σας αναθέτουν διαρκώς καινούρια καθήκοντα	18.43%	81.57%
Σας αναθέτουν καθήκοντα πολύ κατώτερα των ικανοτήτων σας	13.73%	86.70%
Αμφισβητούν τις αποφάσεις σας	12.16%	87.84%
Μιλούν άσχημα για σας πίσω από την πλάτη σας	12.16%	87.84%
Άλλα άτομα σας εμποδίζουν να εκφραστείτε	11.76%	88.24%
Σας αναθέτουν καθήκοντα που δεν έχουν ενδιαφέρον	10.63%	89.37%
Διαδίδουν ψεύτικες φήμες για σας	10.59%	89.40%
Δέχετε περιφρονητικές ματιές ή / και περιφρονητικές χειρονομίες	8.63%	91.37%
Σας διακόπτουν διαρκώς ενώ εκφράζεστε	7.84%	92.16%
Σας ασκούν μια συνεχή αρνητική κριτική σε σχέση με τη δουλειά σας	7.06%	92.94%
Ο άμεσα προϊστάμενος σας, σας απαγορεύει να εκφραστείτε	6.67%	93.33%
Κρίνουν τη δουλειά σας με τρόπο άδικο και επιζήμιο	6.27%	93.73%
Είστε υποχρεωμένος /ή να εκτελείτε εργασίες που πλήττουν τη συνείδηση σας	5.88%	94.12%
Σας υποχρεώνουν να εκτελείτε καθήκοντα που βλάπτουν την υγεία σας	5.49%	94.50%
Δεν σας απευθύνουν τον λόγο	5.10%	94.90%

Αντιθέτως οι συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» που εντοπίστηκαν ως οι λιγότερο συχνές ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον πίνακα 4 ήταν: «θέλουν να σας υποχρεώσουν να κάνετε ψυχιατρική εξέταση» (ποσοστό 0%), «απευθύνονται σε εσάς μόνο γραπτώς» (ποσοστό 0%), «σας απειλούν με σωματική βία» (ποσοστό 0,39%), «σας κακομεταχειρίζονται σωματικά (σπρωξίματα) (ποσοστό 0,39%).

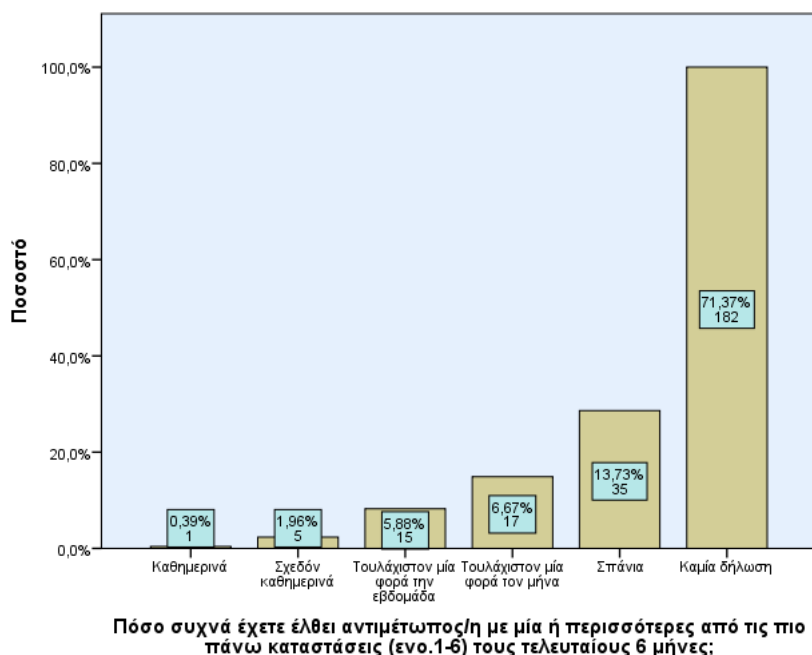
Πίνακας 4.

*Λιγότερο συχνές συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» ανάμεσα στον πληθυσμό της μελέτης (N=255)*

Συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης mobbing	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	Ποσοστό (%)	
Σας αναθέτουν ταπεινωτικά καθήκοντα	4.72%	95.28%
Αδιαφορούν για την παρουσία σας απευθυνόμενοι αποκλειστικά σε άλλους	4.71%	95.29%
Σας έχουν τοποθετήσει σε μία εργασιακή θέση η οποία σας απομονώνει από τους άλλους	4.31%	95.69%
Παρά την κακή σας υγεία, σας υποχρεώνουν να κάνετε κάποια εργασία που βλάπτει την υγεία σας	3.92%	96.08%
Χρησιμοποιούν ήπιας μορφής βία απέναντι σας ως προειδοποίηση	3.15%	96.85%
Δέχετε λεκτικές απειλές	3.14%	96.86%
Σας ασκούν μια συνεχή αρνητική κριτική σε σχέση με την προσωπική σας ζωή	2.75%	97.25%
Κάνουν σαν να μην υπάρχουν	2.75%	97.25%
Σας αναθέτουν καθήκοντα πολύ ανώτερα των ικανοτήτων σας	2.75%	97.25%
Σας κοροϊδεύουν για μία αδυναμία (σωματική ή ψυχική) που έχετε	2.75%	97.25%
Σας παρενοχλούν τηλεφωνικά	2.35%	97.65%
Σας γελοιοποιούν μπροστά σε άλλους	2.35%	97.65%
Σας προσβάλλουν χρησιμοποιώντας άσεμνες ή εξευτελιστικές εκφράσεις	2.35%	97.65%
Σας κάνουν προφορικούς υπαινιγμούς ή προτάσεις σεξουαλικού περιεχομένου	2.35%	97.65%
Σας υβρίζουν και σας φωνάζουν	1.96%	98.04%
Επιτίθενται στις πολιτικές και θρησκευτικές σας απόψεις	1.95%	98.04%
Απαγορεύουν στους συναδέλφους σας να σας μιλούν	1.57%	98.43%
Αφήνουν υπόνοιες ότι είστε ψυχικά ασθενής	1.57%	98.43%
Σας προκαλούν έξοδα προσπαθώντας να σας βλάψουν οικονομικά	1.57%	98.43%
Σας έχουν επιτεθεί σεξουαλικά	1.18%	98.82%
Δεν θέλουν να τους πλησιάσετε	1.18%	98.82%
Δεν σας αναθέτουν κανένα καθήκον, δεν έχετε εργασία	1.18%	98.82%
Έχουν προκαλέσει ζημιές στο σπίτι ή στο χώρο εργασίας σας	0.78%	99.22%
Σας επιτίθενται ή σας κοροϊδεύουν για την καταγωγή σας	0.78%	99.22%
Μιμούνται την εμφάνιση, τη φωνή και τις χειρονομίες σας για να σας γελοιοποιήσουν	0.78%	99.22%
Δέχετε γραπτές απειλές	0.78%	99.22%
Σας απειλούν με σωματική βία	0.39%	99.61%
Σας κακομεταχειρίζονται σωματικά (σπρωξίματα)	0.39%	99.61%
Θέλουν να σας υποχρεώσουν να κάνετε ψυχιατρική εξέταση	0%	100%
Απευθύνονται σε εσάς μόνο γραπτώς	0%	100%

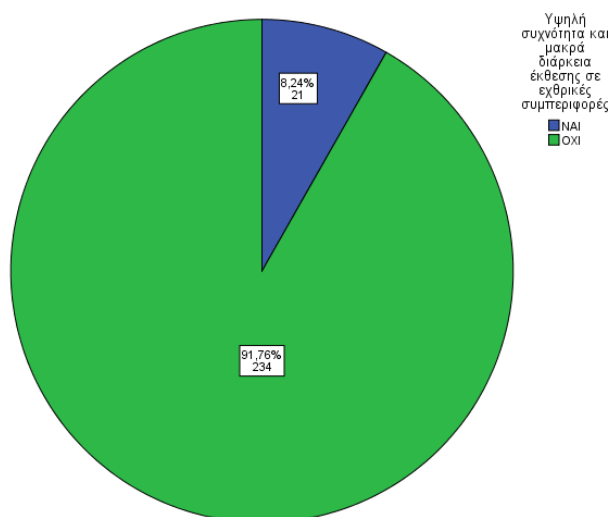
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης (N=255), ποσοστό 28,63% ανέφερε ότι έχει έλθει αντιμέτωπο με μία ή περισσότερες από τις συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης mobbing που παρουσιάζονται στους πίνακες 3&4, τους τελευταίους 6 μήνες και ποσοστό 71,37% ότι δεν έχει έλθει αντιμέτωπο με τέτοιες καταστάσεις.

Όσον αφορά την συχνότητα έκθεσης σε μία ή περισσότερες συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης mobbing, ποσοστό 13,73% των συμμετεχόντων ανέφερε σπάνια έκθεση, ποσοστό 6,67% αναφέρθηκε σε έκθεση τουλάχιστον μια φορά τον μήνα, το 5,88% ανέφερε έκθεση τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, ενώ σε σχεδόν καθημερινή έκθεση το 1,96% των συμμετεχόντων (Γράφημα 7).



Γράφημα 7. Συχνότητα έκθεσης σε μία ή περισσότερες συμπεριφορές «mobbing» (N=255)

Σύμφωνα με τον επίσημο ορισμό του Leymann (Leymann 1996), το «σύνδρομο mobbing» ορίζεται ως η έκθεση κάποιου ατόμου σε έστω και μία συμπεριφορά ηθικής παρενόχλησης στον χώρο εργασίας του, τουλάχιστον για μία φορά την εβδομάδα τους τελευταίους 6 μήνες. Παράγοντες όπως, η υψηλή συχνότητα και η μακράς διάρκειας έκθεση εχθρικής/ων συμπεριφορά/ες, θεωρούνται καθοριστικοί στον προσδιορισμό του φαινομένου. Επομένως ο επιπολασμός της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας της Κύπρου ανήλθε στο 8.24% (Γράφημα 8).



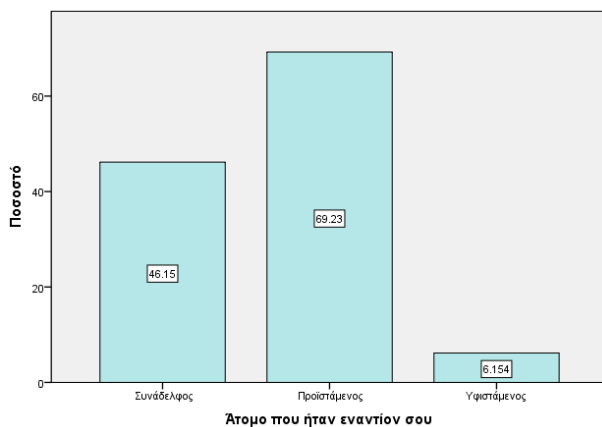
Γράφημα 8. Επιπολασμός του φαινομένου «mobbing» ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας (N=255)

Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι το 75,3% των συμμετεχόντων στην έρευνα έρχονταν αντιμέτωποι με καταστάσεις εργασιακής παρενόχλησης mobbing για μήνες, ενώ το 24,7% για χρόνια. (N=73)



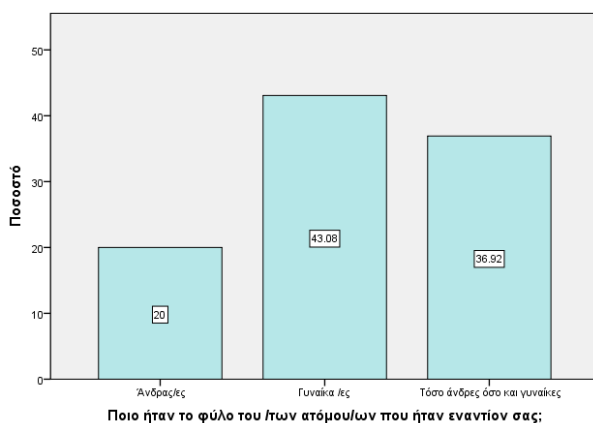
Ποσοστό 52,1% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ακόμα και σήμερα έρχεται αντιμέτωπο με τέτοιες καταστάσεις, ποσοστό 36,6% δήλωσε ότι τις αντιμετώπιζε στο παρελθόν σε αυτή τη δουλειά, ενώ ποσοστό 11,3% δήλωσε ότι τις αντιμετώπιζε στο παρελθόν σε προηγούμενη δουλειά. (N=71)

Σε ερώτηση αναφορικά με: «το ποιος/ποιοι ήταν εναντίον σας», τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι (N= 65), η ψυχολογική βία ασκείται από άτομα τα οποία κατείχαν υψηλότερη ιεραρχική θέση (προϊστάμενος) σε ποσοστό 69,2%, άτομα της ίδιας επαγγελματικής βαθμίδας (συναδέλφος) ασκούσαν ψυχολογική βία στους συναδέλφους τους σε ποσοστό 46,2% και 6,2% δήλωσε ότι η ψυχολογική βία ασκείται από υφιστάμενους τους (Γράφημα 9).



Γράφημα 9. Ποσοστιαία κατανομή της επαγγελματικής βαθμίδας των ατόμων που ασκούσαν ψυχολογική βία ανάμεσα στους Ν.Ψ.Υ (N=65).

Το φύλο των ατόμων που ασκούσε ψυχολογική βία ήταν στην πλειοψηφία γυναίκες με ποσοστό 43,1%, τόσο από άντρες όσο και γυναίκες σε ποσοστό 36,9%, ενώ η άσκηση ψυχολογικής βίας από άντρες ήταν σε ποσοστό 20% (Γράφημα 10).



Γράφημα 10. Ποσοστιαία κατανομή του φύλου των ατόμων που ασκούσαν ψυχολογική βία ανάμεσα στους Ν.Ψ.Υ. (N=65).

Ο μέσος όρος των ατόμων που ασκούσαν ψυχολογική βία ήταν 2 άτομα, ενώ ως εμφανιζόμενος συχνότερος αριθμός ατόμων που ασκούσε ψυχολογική βία δηλώθηκε ότι ήταν από 1 άτομο και ο μεγαλύτερος αριθμός ατόμων που ασκούσε ψυχολογική βία ήταν από 5 άτομα.

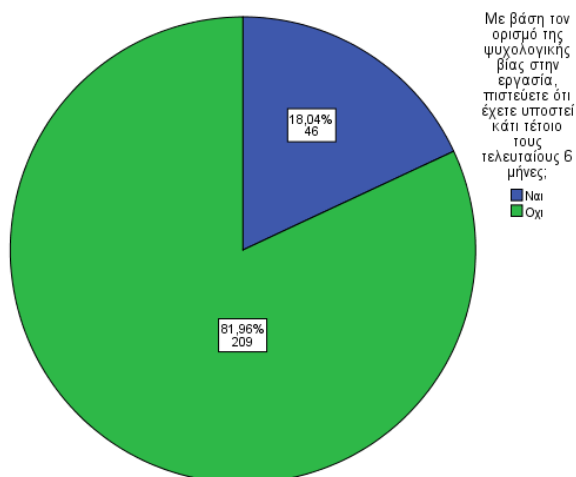
Στον πίνακα 5 παρατίθενται οι δηλώσεις των συμμετεχόντων σε ερώτηση αναφορικά με: «είχατε κάποιο/α άτομο/α με το οποίο/α μιλήσατε για αυτά τα προβλήματα;». Ακόμη, ποσοστό 75% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν μίλησε σε κάποιο άτομο, γιατί δεν είχε κάποιο άτομο στο οποίο μπορούσε να απευθυνθεί, ούτε και το είχε ανάγκη και το 25% δήλωσε ότι δεν είχε κάποιο άτομο στο οποίο μπορούσε να απευθυνθεί αλλά θα ήθελε να είχε.

#### Πίνακας 5.

*Κατανομή του δείγματος (N=65) με βάση την ερώτηση «Είχατε κάποιο/α άτομο/α στο/α οποία μιλήσατε για αυτά τα προβλήματα;»*

<b>Άτομο στο οποίο μίλησαν οι συμμετέχοντες για την έκθεση τους σε ψυχολογική βία.</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
Συνάδελφος	82,3
Προϊστάμενος	48,4
Μέλη της οικογένειας, συγγενείς	45,2
Φίλους ή γνωστούς εκτός του χώρου εργασίας	43,5
Νοσηλεύτη/τρια	21,0
Υπεύθυνος προσωπικού/ διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού	9,7
Εκπρόσωπος προσωπικού, συνδικαλιστής	8,1
Δικηγόρος	4,8
Ιατρό προσωπικού	3,2
Άλλο ιατρό	3,2
Επιθεωρητή εργασίας, επίτροπο διοίκησης	1,6
Κοινωνικό/η λειτουργό	1,6
Άλλο άτομο...	1,6

Στη χρήση του ορισμού «*Η ψυχολογική βία στην εργασία μπορεί να οριστεί ως η κατάσταση εκείνη στην οποία ένα άτομο υφίσταται εχθρικές συμπεριφορές από ένα ή περισσότερα άτομα στο εργασιακό του περιβάλλον, τα οποία με τρόπο συνεχή και επανειλημμένο επιχειρούν να το πληγώνουν, να το καταπιέζουν, να το κακομεταχειρίζονται ή ακόμα να το αποκλείουν ή να το απομονώνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα*», 46 συμμετέχοντες (ποσοστό 18,04%) δήλωσαν ότι είχαν υποστεί ψυχολογική βία στον χώρο εργασίας τους τους τελευταίους 6 μήνες (N=255) (Γράφημα 11).



Γράφημα 11. Κατανομή του δείγματος που έχει υποστεί ψυχολογική βία στον χώρο εργασίας με βάση τον ορισμό της ψυχολογικής βίας (N=255)

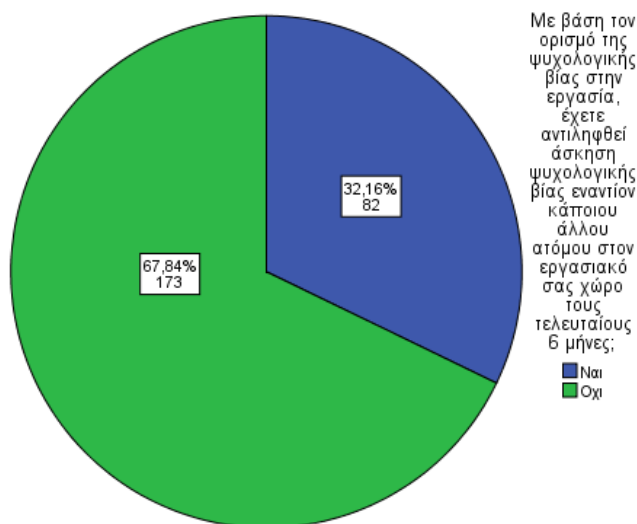
Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται οι δηλώσεις των συμμετεχόντων σε ερώτηση αναφορικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες στους οποίους αποδόθηκε η πρόκληση ψυχολογικής βίας στον χώρο εργασίας τους.

Πίνακας 6.

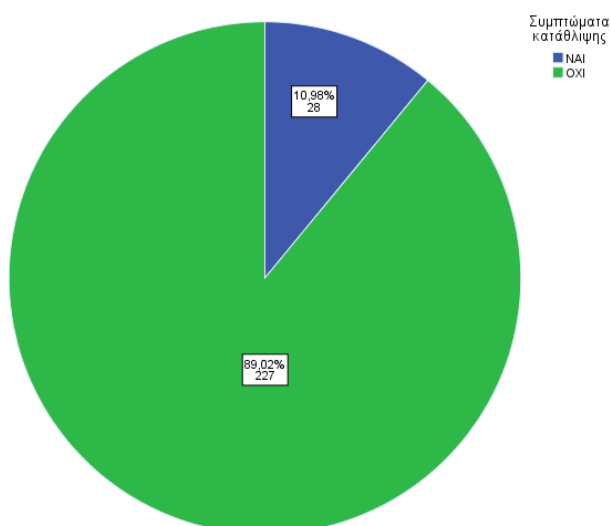
*Αιτιολογικοί παράγοντες πρόκλησης ψυχολογικής βίας στον χώρο εργασίας (N=255).*

Αίτιο πρόκλησης ψυχολογικής βίας στον χώρο εργασίας	Ποσοστό (%)
Σε προβλήματα διοίκησης, τοποθέτησης σε θέση εργασίας	65,2
Σε κακή οργάνωση της εργασίας	52,2
Σε ζήλεια	52,2
Σε προβλήματα ανταγωνισμού μεταξύ των ατόμων	47,8
Σε γενικά κακή ατμόσφαιρα της εργασίας	37,0
Σε σύγκρουση ή ανεπίλυτη εργασιακή διαφορά	26,1
Επειδή είμαι διαφορετικός από τους άλλους λόγω... δεν γνωρίζω	21,7
Επειδή είμαι διαφορετικός από τους άλλους λόγω κάποιας αδυναμίας	8,7
Επειδή είμαι διαφορετικός από τους άλλους λόγω της ηλικίας	6,5
Επειδή είμαι διαφορετικός από τους άλλους λόγω ...άλλο	6,5
Επειδή είμαι διαφορετικός από τους άλλους λόγω της εθνικότητας	2,2

Στην ερώτηση «με βάση τον ορισμό της ψυχολογικής βίας στον χώρο εργασίας, έχετε αντιληφθεί άσκηση ψυχολογικής βίας εναντίον κάποιου άλλου ατόμου στον εργασιακό σας χώρο τους τελευταίους 6 μήνες», 82 συμμετέχοντες απάντησαν θετικά (ποσοστό 32,16%) (Γράφημα 12).



Γράφημα 12. Κατανομή του δείγματος που ήταν μάρτυρες ψυχολογικής βίας στον χώρο εργασίας (N=255).



Γράφημα 13. Συμπτώματα κατάθλιψης σύμφωνα με την κλίμακα CES-D ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας (N=255).

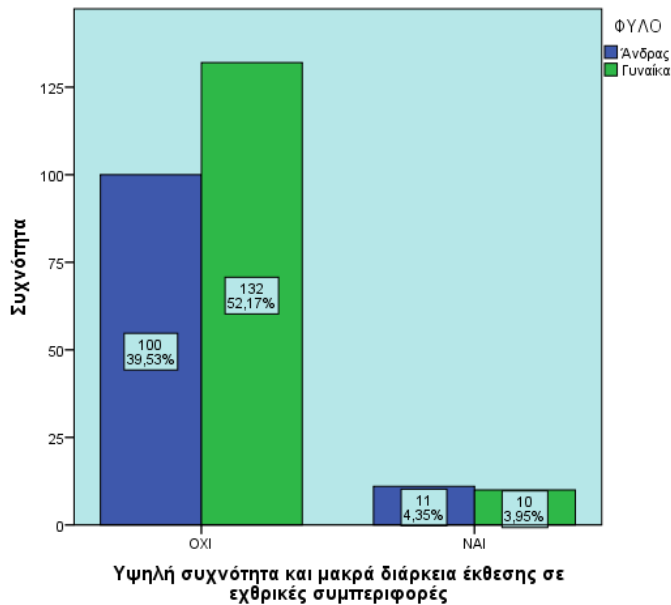
Τα αποτελέσματα της έρευνας (N=255) σύμφωνα με την κλίμακα CES-D, διερεύνησης παρουσίας συμπτωμάτων κατάθλιψης κατέδειξαν ότι ποσοστό 10,98% των συμμετεχόντων παρουσίαζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία, τις τελευταίες τριάντα μέρες, ενώ ποσοστό 89,02% των συμμετεχόντων δεν παρουσίαζε (Γράφημα 13).

Οι συχνότερες καταστάσεις οι οποίες υποδηλώνουν συμπτώματα κατάθλιψης και οι συμμετέχοντες της μελέτης (N=255) αναφέρθηκαν ότι παρουσίασαν κατά τις τελευταίες τριάντα μέρες ήταν: «μιλούσα λιγότερο από το συνηθισμένο» (ποσοστό 2,75% τον περισσότερο καιρό της εβδομάδας και 9,80% αρκετές φορές μέσα στην εβδομάδα), «είχα ανήσυχο ύπνο» (ποσοστό 1,96% τον περισσότερο καιρό μέσα στην εβδομάδα και 7,45% αρκετές φορές μέσα στην εβδομάδα), «ότι έκανα το έκανα με μεγάλη προσπάθεια, με πίεση» (ποσοστό 1,96% τον περισσότερο καιρό μέσα στην εβδομάδα και 3,92% αρκετές φορές μέσα

στην εβδομάδα) και «ένιωθα μοναξιά» (ποσοστό 1,96% τον περισσότερο καιρό και 3,53% αρκετές φορές).

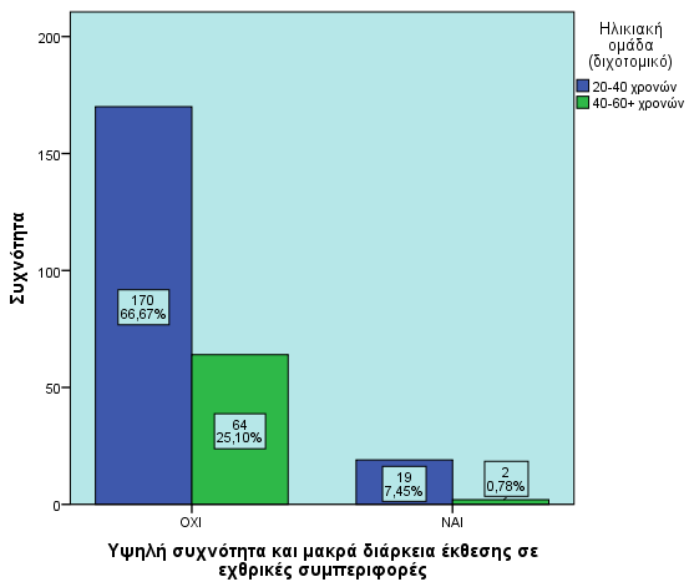
Στα γραφήματα 14-20 που ακολουθούν παρουσιάζεται η άμεση σχέση του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» με τις υπό εξέταση μεταβλητές της έρευνας:

Το ποσοστό των γυναικών που έχουν εκτεθεί στο φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» ανήλθε σε 3,95% και των αντρών σε 4,35% , P value = 0,412 (Γράφημα 14).



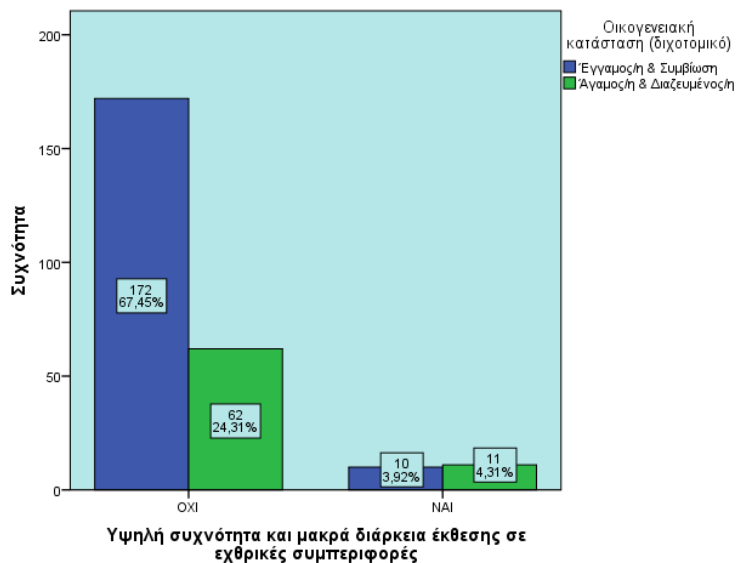
Γράφημα 14. Σχέση συνάφειας ανάμεσα στο φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και το φύλο των νοσηλευτών ψυχικής υγείας (N=255),  $p < 0,05$ .

Διαφαίνεται ότι η ηλικιακή ομάδα των 20-40 χρονών έχει εκτεθεί σε εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» σε ποσοστό 7,45%, ενώ η ηλικιακή ομάδα των 40-60 χρονών σε ποσοστό 0,78% , P value=0,074 (Γράφημα 15).



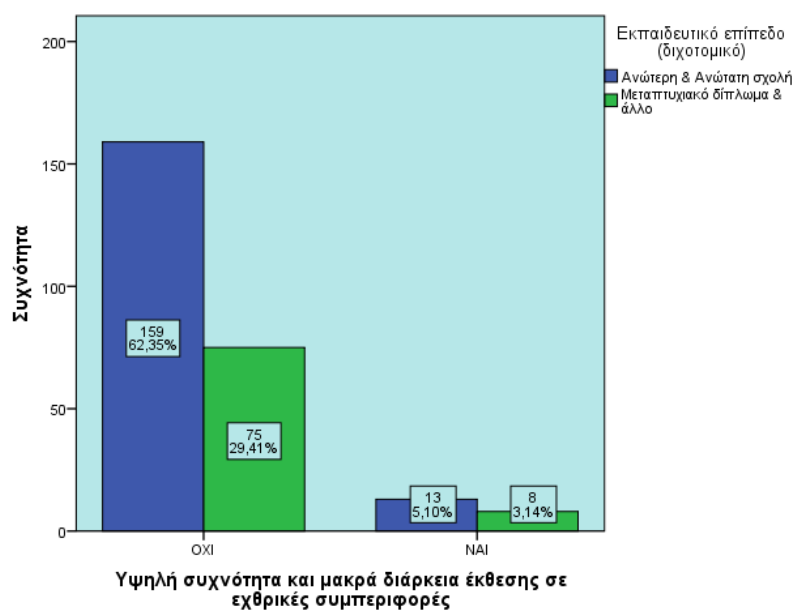
Γράφημα 15. Σχέση συνάφειας ανάμεσα στο φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και την ηλικιακή ομάδα των νοσηλευτών ψυχικής υγείας (N=255),  $p < 0,05$ .

Η ομάδα των άγαμων ή διαζευγμένων συμμετεχόντων φαίνεται ότι έχει εκτεθεί σε εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» σε ποσοστό 4,31%, ενώ οι συμμετέχοντες που ανήκαν στην οικογενειακή κατάσταση έγγαμος ή συμβίωση 3,92% , P value=0,012 (Γράφημα 16).



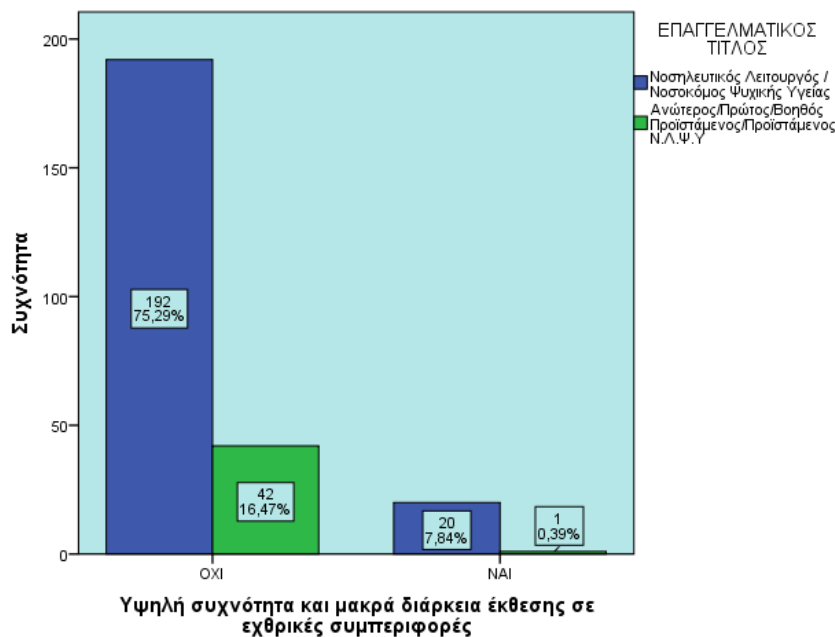
Γράφημα 16. Σχέση συνάφειας ανάμεσα στο φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και την οικογενειακή κατάσταση των νοσηλευτών ψυχικής υγείας (N=255),  $p < 0,05$ .

Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι οι συμμετέχοντες με εκπαιδευτικό επίπεδο ανώτερης ή ανώτατης σχολής βίωσαν εργασιακή παρενόχληση «mobbing» σε ποσοστό 5,10%, ενώ η ομάδα με μεταπτυχιακό δίπλωμα (Μάστερ/Διδακτορικό/Άλλο) σε ποσοστό 3,14%, P value= 0,571 (Γράφημα 17).



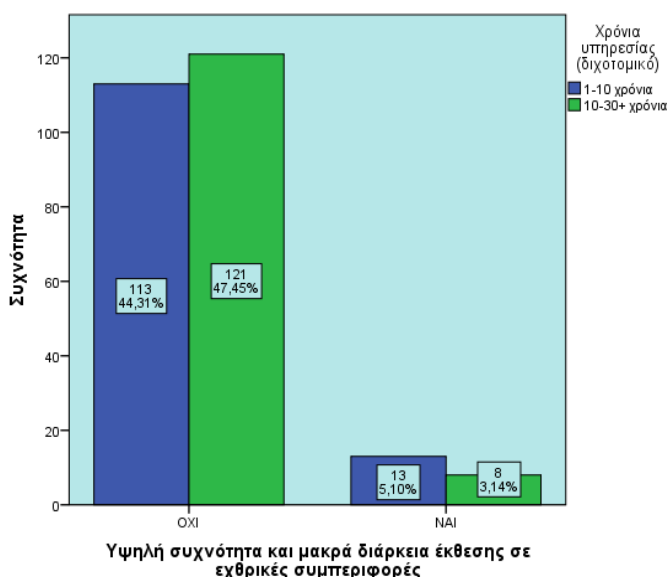
Γράφημα 17. Σχέση συνάφειας ανάμεσα στο φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και του εκπαιδευτικού επιπέδου των νοσηλευτών ψυχικής υγείας (N=255),  $p < 0,05$ .

Όσον αφορά τον επαγγελματικό τίτλο η ομάδα Νοσηλευτικός Λειτουργός ή Νοσοκόμος έχει εκτεθεί σε εργασιακή παρενόχληση «mobbing» σε ποσοστό 7,84 % και η ομάδα Ανώτερος ή Πρώτος ή Βοηθός Προϊστάμενος Νοσηλευτικός Λειτουργός σε ποσοστό 0,39%, P value= 0,122 (Γράφημα 18).



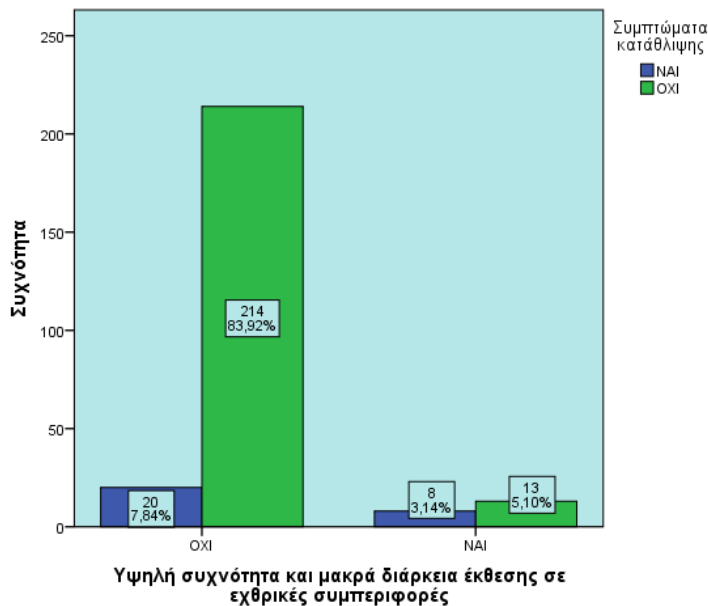
Γράφημα 18. Σχέση συνάφειας ανάμεσα στο φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και του επαγγελματικού τίτλου των νοσηλευτών ψυχικής υγείας (N=255),  $p < 0,05$ .

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που είχαν 1-10 χρόνια υπηρεσία εκτέθηκαν σε εργασιακή παρενόχληση «mobbing» σε ποσοστό 5,10%, ενώ οι συμμετέχοντες με 10-30+ χρόνια υπηρεσία σε ποσοστό 3,14%, P value= 0,232 (Γράφημα 19).



Γράφημα 19. Σχέση συνάφειας ανάμεσα στο φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και τα χρόνια υπηρεσίας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας (N=255),  $p < 0,05$ .

Ποσοστό 3,14% των νοσηλευτών ψυχικής υγείας που έχουν υποστεί εργασιακή παρενόχληση «mobbing» παρουσίασαν συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ το 5,10% των νοσηλευτών που βίωσαν παρενόχληση δεν παρουσίασαν, P value= 0,000 (Γράφημα 20).



Γράφημα 20. Σχέση συνάφειας ανάμεσα στο φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και τα συμπτώματα κατάθλιψης στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας (N=255),  $p < 0,05$ .

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα κατά τον έλεγχο υποθέσεων δοκιμασία  $\chi^2$ , αναφορικά με την σχέση εξάρτησης του φαινομένου εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» με τις υπό εξέταση μεταβλητές της έρευνας, τα οποία συνοψίζονται στα εξής:

Διαφάνηκε ότι η μεταβλητή έκθεσης στο φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» είναι εξαρτημένη με την μεταβλητή «συμπτώματα κατάθλιψης», εφόσον το P-value = 0,000 και η τιμή του Pearson Chi-Square = 17,213<sup>a</sup>, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας P-value < 0,05.

Πρόσθετα, η μεταβλητή έκθεσης στο φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» είναι εξαρτημένη με την μεταβλητή «οικογενειακή κατάσταση» (δυναμική) εφόσον το P-value = 0,012 και η τιμή του Pearson Chi-Square = 6,320<sup>a</sup>, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας P-value < 0,05.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην έκθεση στο φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και των πληθυσμιακών παραμέτρων, φύλο, ηλικιακή ομάδα (δίτομη), επίπεδο εκπαίδευσης (δίτομο), επαγγελματικός τίτλος και τα χρόνια υπηρεσίας (δίτομο), σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας P-value < 0,05.



Πίνακας 7.

Έλεγχος υποθέσεων δοκιμασία  $\chi^2$  για την σχέση εξάρτησης του φαινομένου εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» με τις υπό εξέταση μεταβλητές της έρευνας (N=255)

	<b>Pearson chi-square Value</b>	<b>P value</b>
Φύλο	0,673	0,412
Ηλικιακή ομάδα (δυαδική)	3,192	0,074
Οικογενειακή κατάσταση (δυαδική)	6,320	0,012
Εκπαιδευτικό επίπεδο (δυαδική)	0,321	0,571
Επαγγελματικός τίτλος	2,390	0,122
Χρόνια υπηρεσίας	1,429	0,232
Συμπτώματα κατάθλιψης	17,213	0,000

Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας: p value < 0,05

Παράλληλα από την συσχέτιση ανάμεσα στις υπό διερεύνηση μεταβλητές της έρευνας προκύπτουν τα πιο κάτω αποτελέσματα:

Στον πίνακα 8 δίδονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman(Ps) μεταξύ του επιπολασμού του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing», των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων και των συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Τα αποτελέσματα κατέδειξαν υψηλή θετική συσχέτιση ανάμεσα στο φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και τα συμπτώματα κατάθλιψης και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (ο συντελεστής συσχέτισης Ps = 0,260\*\* είναι υψηλός θετικός).

Ανάμεσα στο φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και την οικογενειακή κατάσταση (δυαδική) υπήρξε αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (ο συντελεστής συσχέτισης Ps = -0,157\* είναι μηδενικός).

Δεν υπήρξε συσχέτιση ανάμεσα στο φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και των δημογραφικών παραμέτρων: φύλο, ηλικιακή ομάδα (δυαδική), εκπαιδευτικό επίπεδο (δυαδική), επαγγελματικός τίτλος και χρόνια υπηρεσίας (δυαδική). Άρα η μελέτη δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην άσκηση ψυχολογικής βίας στον χώρο εργασίας και το φύλο, την ηλικιακή ομάδα (δυαδική), το εκπαιδευτικό επίπεδο (δυαδική), τον επαγγελματικό τίτλο και τα χρόνια υπηρεσίας (δυαδική).

Πίνακας 8.

*Συσχέτιση του επιπολασμού του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» με τις υπό διερεύνηση μεταβλητές της έρευνας (N=255)*

	<b>Συντελεστής Spearman Ps</b>	<b>P-value</b>
Φύλο	0,097	0,123
Ηλικιακή ομάδα (δυαδική)	0,112	0,0074
Οικογενειακή κατάσταση (δυαδική)	-0,157*	0,012
Εκπαιδευτικό επίπεδο (δυαδική)	-0,035	0,573
Επαγγελματικός τίτλος	-0,097	0,123
Χρόνια υπηρεσίας (δυαδική)	0,075	0,234
Συμπτώματα κατάθλιψης	0,260**	0,000

\*  $p < 0,05$       \*\*  $p < 0,01$

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ακόμη και αν οι πιο πάνω μεταβλητές (φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης, συμπτώματα κατάθλιψης & οικογενειακή κατάσταση), παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση, αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα ότι υπάρχει αιτιώδης σχέση (αιτίας-αποτελέσματος) μεταξύ τους. Για περαιτέρω διερεύνηση της πιθανής αιτιώδους συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών εφαρμόστηκε το μοντέλο της λογιστικής παλινδρόμησης.

Ακολουθούν τα αποτελέσματα της λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τα συμπτώματα κατάθλιψης και με ανεξάρτητη μεταβλητή το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» (Πίνακας 9), όπως προκύπτουν από το πακέτο SPSS:

Πίνακας 9.

*Μέρος αποτελεσμάτων της λογιστικής παλινδρόμησης από το πακέτο SPSS με τα συμπτώματα κατάθλιψης ως εξαρτημένη μεταβλητή και το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» ως ανεξάρτητη μεταβλητή*

<b>Συντελεστές παλινδρόμησης</b>	<b>bo= -2,370 b1= 1,885</b>
<b>Παρατηρούμενο επίπεδο Στατιστικής σημαντικότητας P-Value</b>	Sing = 0,000
<b>Ο λόγος των odds</b>	Exp (B) = 6,585
<b>Το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για των λόγο των odds</b>	2,440 ως 17,771

$p < 0,05$

Τα πιο πάνω αποτελέσματα (Πίνακα 9) υποδηλώνουν ότι υπάρχει ένδειξη στατιστικής σημαντικότητας, εφόσον το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας (P-value) = 0,000, το οποίο είναι πολύ μικρότερο από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Ακόμη το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον λόγο των odds των συμπτωμάτων κατάθλιψης είναι (2,440 ως 17,771),

και αφού αυτό το διάστημα δεν περιλαμβάνει την τιμή 1, ο λόγος των odds για τη σχέση της μεταβλητής υπό μελέτη με την εργασιακή παρενόχληση είναι στατιστικά σημαντικός.

Ο πληθυσμιακός λόγος των odds είναι 6,585, άρα ένας νοσηλευτής που έχει εκτεθεί σε εργασιακή παρενόχληση έχει 6,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσει συμπτώματα κατάθλιψης από ένα νοσηλευτή που δεν έχει βιώσει το φαινόμενο της παρενόχλησης «mobbing».

Ακόμη τα αποτελέσματα κατά την εφαρμογή πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης υποδηλώνουν ότι η συσχέτιση είναι ισχυρή και στατιστικά σημαντική, με παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας (P value) = 0,002 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,803 ως 14,864 και πληθυσμιακό λόγο των odds 5,177, παρά το γεγονός ότι έχει γίνει προσαρμογή στην λογιστική παλινδρόμηση με τις υπόλοιπες υπο-εξέταση μεταβλητές (φύλο, ηλικιακή ομάδα-διχοτομικό, οικογενειακή κατάσταση-διχοτομικό, εκπαιδευτικό επίπεδο-διχοτομικό, επαγγελματικός τίτλος & χρόνια υπηρεσίας-διχοτομικό).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ:**

### **ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ**

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας με μελέτες ανάλογης θεματολογίας, προέκυψαν τα πιο κάτω συμπεράσματα που αφορούν στο επάγγελμα του νοσηλευτή. Τα συμπεράσματα αυτά παρατίθενται στο πλαίσιο της συζήτησης που ακολουθεί.

#### **5.1 Συζήτηση**

Η παρούσα ερευνητική εργασία αφορούσε στην εκτίμηση της παρουσίας του φαινομένου της παρενόχλησης «Mobbing» στο χώρο εργασίας ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας της Κύπρου και την συσχέτιση του φαινομένου με την παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης. Δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 255 Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας που εργάζονταν στα τμήματα των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παγκύπρια κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας. Οι γυναίκες αποτέλεσαν την πλειοψηφία του πληθυσμού της μελέτης με ποσοστό 55,69% έναντι των ανδρών με ποσοστό 44,3%. Αποτελέσματα άλλων μελετών στον τομέα της υγείας δείχνουν την γυναικεία κυριαρχία στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Στην μελέτη των Μπεκάλλα, Γιάγκου και Μπραχαντίνη (2013) με δείγμα νοσηλευτές (N=521) από νοσοκομεία της Ελλάδας, την πλειοψηφία κατείχαν οι γυναίκες με ποσοστό 82.3% και οι άντρες με ποσοστό 17.7 %. Ακόμη στην εργασία της Χείρα (2014), ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας (N=136) της Κύπρου (γενικοί ιατροί, νοσηλευτές & άλλοι επαγγελματίες υγείας) το 83.1% ήταν γυναίκες και το 16.9% άντρες. Ομοίως στην εργασία της Γρηγορίου (2016), οι γυναίκες αποτέλεσαν την πλειοψηφία του δείγματος (N=160) σε ποσοστό 61,4% έναντι των αντρών 38,6%. Στην μελέτη των Yildirim & Yildirim (2007) στην Τουρκία, όλοι οι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες νοσηλεύτριες (N=505), γεγονός που δείχνει την διαφορετικότητα στην κουλτούρα αναφορικά με το φύλο που απασχολείται στο συγκεκριμένο επάγγελμα.

Η ηλικιακή ομάδα των 30-40 χρονών αποτελεί την πλειονότητα του πληθυσμού της μελέτης με ποσοστό 45,88%, ενώ την μειοψηφία κατέχει η ηλικιακή ομάδα 50-60+ χρονών με ποσοστό 8,63%. Πρόκειται για σχετικά νεαρό πληθυσμό, με παρόμοιο αποτέλεσμα με την μελέτη της Χείρα (2014) με μέση ηλικία τα 48.5 έτη και των Μπεκάλλα, Γιάγκου και Μπραχαντίνη

(2013), με την ηλικιακή ομάδα 30-39 ετών να κατέχει το 32.2% και την ηλικιακή ομάδα των 39-49 ετών 58.3%.

Την συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού της μελέτης αναφορικά με τον επαγγελματικό τίτλο αποτέλεσαν οι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί Ψυχικής Υγείας και οι Νοσοκόμοι Ψυχικής Υγείας με ποσοστό 83,14% έναντι των υψηλότερων βαθμίδων στην νοσηλευτική ιεραρχία που είναι οι Ανώτεροι, οι Πρώτοι και οι Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί Ψυχικής υγείας, με ποσοστό 16,86%. Στην εργασία της Γρηγορίου (2016) την συντριπτική πλειοψηφία είχαν οι νοσηλεύτες (52,8% Ν.Λ, 10,7% Α.Ν.Λ) και οι ιατροί σε ποσοστά (Ι.Λ 25,2%, Α.Ι.Λ. 3,1%).

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων το 66,67% ήταν έγγαμοι, το 24,31% άγαμοι, το 4,71% συμβιώνουν και το 4,31% είναι διαζευγμένοι. Παρόμοια αποτελέσματα με την μελέτη των Μπεκάλλα, Γιάγκου και Μπραχαντίνη (2013), όπου το 77.7% του δείγματος (N= 521) ήταν έγγαμοι, το 17.5% άγαμοι και το 4.6% διαζευγμένοι. Όμοια αποτελέσματα με την ερευνητική εργασία της Γρηγορίου (2016) με τους έγγαμος/η να κατέχουν το 65.6%, τους άγαμος/η 28,7%, τους διαζευγμένους 4,5% και τους χήρος/α 1,3%.

Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης το 65% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι Ανώτατης σχολής (Πανεπιστημιακό δίπλωμα), το 32% κατείχε Μεταπτυχιακό δίπλωμα (Μάστερ ή Διδακτορικό) και το 6% ήταν απόφοιτοι Ανώτερης σχολής (Κολλέγιο). Ευρήματα συναφή με την εργασία των Μπεκάλλα, Γιάγκου και Μπραχαντίνη (2013), όπου το 85.8% κατείχαν βασικό πτυχίο, το 13.6% μεταπτυχιακό και το 0.6 % διδακτορικό τίτλο σπουδών. Όμοια τα ευρήματα της εργασίας της Γρηγορίου (2016) με το μορφωτικό επίπεδο να κατανέμεται στους απόφοιτους ΤΕΙ/ΑΕΙ 59,3%, Μεταπτυχιακό τίτλο 40.1% και Διδακτορικό τίτλο 0,6%.

Όσον αφορά τα χρόνια υπηρεσία το 49,41% των συμμετεχόντων υπηρετούν στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας της Κύπρου 1-10 χρόνια, το 30,59% 10-20 χρόνια το 14,51% 20-30 χρόνια και το 5,49% 30 και άνω χρόνια. Αντίθετα αποτελέσματα κατέδειξε η μελέτη των Μπεκάλλα, Γιάγκου και Μπραχαντίνη (2013), με την πλειοψηφία των συμμετεχόντων (46.4%) να έχει ως χρόνια υπηρεσίας τα 21-30 έτη και το (31.8%) τα 11-20 έτη.

Η ερευνητική εργασία κατέδειξε ότι ο επιπολασμός της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας της Κύπρου ανήλθε στο 8.24%, παρόμοιο αποτέλεσμα με μελέτες στον Διεθνή χώρο.

Σε μελέτη της Χείρα (2014), με τη χρήση του ερωτηματολογίου LIPT, ο επιπολασμός του συνδρόμου «mobbing» ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της Κύπρου (N=136) ανήλθε στο 8,8%. Στην βάση των κριτηρίων του Leymann σε μελέτη της Fontes (2013) που διενεργήθηκε στην Βραζιλία το 2010 κατέδειξε ότι το 11,6% των νοσηλευτών είχαν υποστεί ηθική παρενόχληση κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Παρόμοια αποτελέσματα με την χρήση του ερωτηματολογίου LIPT ανέδειξε και η μελέτη των Sà et al., (2008) που διεξήχθη σε δημόσιο νοσοκομείο στην Πορτογαλία με ποσοστό που ανήλθε στο 13%. Σε έρευνα του Yildirim (2009) (N=286) σε εγγεγραμμένες νοσηλεύτριες σε εκπαιδευτικό νοσοκομείο στην Άγκυρα της Τουρκίας, κατέδειξε ότι ποσοστό 21% των συμμετεχόντων εκτέθηκε άμεσα σε συμπεριφορές εργασιακού εκφοβισμού κατά τους τελευταίους 12 μήνες και το 37% δεν ήρθε ποτέ ή σχεδόν ποτέ αντιμέτωπο με τέτοιες συμπεριφορές. Σε μελέτη της Γρηγορίου (2016), με τη χρήση του ερωτηματολογίου LIPT, ο επιπολασμός του συνδρόμου «mobbing» ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας της του γενικού

νοσοκομείου της Λευκωσίας ανήλθε σε 3.3%, χαμηλότερο ποσοστό σε σχέση με τις πιο πάνω ερευνητικές εργασίες.

Τα αποτελέσματα της 5<sup>ης</sup> Ευρωπαϊκής έρευνας (2012) η οποία διεξήχθη το 2010 από το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας, στα κράτη μέλη της ΕΕ-27, συμπεριλαμβανομένης της Αλβανίας, της Κροατίας, το Κοσσυφοπέδιο, το Μαυροβούνιο, τη Νορβηγία και την Τουρκία, κατέδειξε ότι ποσοστό 4,1% των ερωτηθέντων στην ΕΕ-27 ανέφεραν έκθεση σε εκφοβισμό ή παρενόχληση στην εργασία. Τα υψηλότερα ποσοστά έκθεσης σε εκφοβισμό ή παρενόχληση ήταν στη Γαλλία (9,5%), στο Βέλγιο (8,6%), στην Ολλανδία (7,7%), τη Αυστρία και το Λουξεμβούργο (7,2%). Όσον αφορά τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας ο επιπολασμός της ηθικής παρενόχλησης ανήλθε στο 11,3% (Eurofound, 2012).

Υψηλότερα ποσοστά ηθικής παρενόχλησης κατέδειξαν ότι βίωσαν νοσηλευτές στην Ελλάδα, με τις ερευνητικές εργασίες των Παπαδάκη και Χουστουλάκη (2007) να παρουσιάζουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δύο μεγάλων νοσοκομείων του Νομού Ηρακλείου βίωσε το φαινόμενο σε ποσοστό 52,6%. Επιπρόσθετα σε μελέτη της Μπακέλλα, Γιάγκου και Μπραχαντίνη (2013) που πραγματοποιήθηκε σε επτά νοσοκομεία στην Ελλάδα με δείγμα 521 νοσηλευτές βρέθηκε ότι ποσοστό 71% είχε βιώσει συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης «mobbing».

Επιπρόσθετα τα αποτελέσματα μελετών που έχουν διεξαχθεί ευρύτερα στον τομέα της υγείας (Quine, 1999. Selic & Jakopin, 2010. Sahil et al., 2012. Picakciefte et al., 2012) αλλά και σε άλλους επαγγελματικούς χώρους (Einarsen & Skogdstad, 1996. Vartia, 1996. Leymann, 1999. Hoel et al., 2001, WBI, 2010. MGP, 2011) κατέγραψαν την παρουσία του συνδρόμου «mobbing» σε υψηλά ποσοστά.

Επιχειρώντας μία συγκριτική ανασκόπηση των δεδομένων από τις διάφορες πιο πάνω πηγές (ευρωπαϊκές έρευνες, εθνικές έρευνες, μελέτες σε συγκεκριμένους τομείς δραστηριοτήτων), είναι δύσκολο να αποτυπωθεί με σαφήνεια η ακριβής επιδημιολογική εικόνα του φαινομένου, εφόσον παρουσιάζονται σημαντικές διαφοροποιήσεις των αποτελεσμάτων.

Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα της μελέτης κατέδειξαν ότι το φύλο του δράστη, ήταν στην πλειοψηφία γυναίκες με ποσοστό 43,1% , τόσος από άντρες όσο και γυναίκες σε ποσοστό 36,9%, ενώ η άσκηση ψυχολογικής βίας από άντρες ήταν σε ποσοστό 20%. Αποτελέσματα άλλων ερευνών δείχνουν επίσης ότι οι γυναίκες είναι πιο συχνά οι δράστες ηθικής παρενόχλησης, εκφοβίζοντας κυρίως άλλες γυναίκες (Namie, 2010. Χείρα, 2014. Γρηγορίου, 2016).

Αντιθέτως κάποιες άλλες εργασίες αναδεικνύουν τους άντρες ως θύτες σε μεγαλύτερο ποσοστό από αυτό των γυναικών (Einarsen & Skogdstad, 1996. Einarsen & Raknes, 1997. Zapf et al., 2003).

Παράλληλα άλλες μελέτες παρουσιάζουν τους άντρες ως θύτες όπου εκφοβίζουν τόσο άνδρες όσο και γυναίκες (Leymann, 1990. Namie, 2010. Einarsen et al., 2011), ενώ μελέτη δεν κατάδειξε διαφορές που να σχετίζονται με το φύλο του θύτη (Leymann, 1990). Κατά τους Einarsen et al., (1998) οι γυναίκες πέφτουν θύματα εκφοβισμού από άνδρες και γυναίκες, ενώ οι άνδρες αποτελούν κυρίως θύματα εκφοβισμού από άλλους άντρες.

Τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας κατέδειξαν ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο και το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing», άρα θύματα εργασιακής παρενόχλησης αποτέλεσαν τόσο οι γυναίκες όσο και οι άντρες στο ίδιο περίπου ποσοστό. Τα αποτελέσματα είναι σύμφωνα με εκείνα άλλων μελετών, όπου η εργασιακή παρενόχληση δεν διαφοροποιείται με βάση το φύλο, αλλά το ποσοστό κατανέμεται εξίσου και στα δύο φύλα (Vartia, 1996. Einarsen & Raknes, 1997. Dikmetaş et al., 2011. Picakciefte et al., 2012. Μπακέλλα, Γιάγκου και Μπραχαντίνη, 2013. Χείρα, 2014).

Βάση των αποτελεσμάτων άλλων ερευνών, οι γυναίκες παρουσιάζονται να έχουν υψηλότερο βαθμό έκθεσης από ότι οι άντρες και ιδιαίτερη διαφοροποίηση παρατηρήθηκε στις γυναίκες που ανήκουν σε νεαρότερη ηλικιακή ομάδα, εκείνη των (15-29 χρόνων) να έχουν υψηλότερο ποσοστό (8.5%) έκθεσης σε εργασιακό εκφοβισμό από ότι οι μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες των (30-40 χρόνων) 5.4% και των (50+ χρόνων) 5.5% (Eurofound, 2010).

Τα αποτελέσματα της 5<sup>ης</sup> Ευρωπαϊκής Έρευνας για τις συνθήκες εργασίας έδειξαν ότι οι γυναίκες βίωσαν εκφοβισμό ή παρενόχληση σε ελαφρώς υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τους άντρες (4.4% και 3.9% αντίστοιχα). Αναφορικά με τις διακυμάνσεις ανάμεσα στις διάφορες χώρες παρατηρήθηκε σε ορισμένες χώρες να υπάρχει διαφοροποίηση σε σχέση με το φύλο ενώ σε κάποιες άλλες χώρες δε διαπιστώθηκε ποσοστιαία διαφορά στον εκφοβισμό σε σχέση με το φύλο. Συγκεκριμένα στην Ολλανδία το ποσοστό για τις γυναίκες ήταν 9.4% και 6.3% στους άντρες, στην Φινλανδία 8.2% για τις γυναίκες και για τους άντρες 4.2% και στην Δανία 3.9% για τις γυναίκες και 2.5% για τους άντρες (Eurofound, 2012).

Από την άλλη υπάρχουν ερευνητές οι οποίοι υποστήριξαν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του φύλου και του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης. Κατά την Hirigoyen (2002) το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης αφορά στο 70% των γυναικών και στο 30% των αντρών, επισημαίνοντας ότι συγκεκριμένες ομάδες γυναικών, όπως εκείνες που προέρχονται από μειονότητες ή έχουν κάποια αναπηρία ή αποκλίνουσες σεξουαλικές προτιμήσεις και οι εγκυμονούσες, αντιμετωπίζουν τα μεγαλύτερα προβλήματα. Τα αποτελέσματα της ερευνητικής εργασίας του Leymann (1993) που πραγματοποιήθηκε στην Σουηδία, κατέδειξαν ότι 55% των γυναικών και 45% των ανδρών είχαν υποστεί ηθική παρενόχληση. Σε έρευνα των Hoel et al., (2001) στη Μ. Βρετανία 28% των γυναικών έναντι 22% των ανδρών ανέφεραν ότι είχαν υποστεί ψυχολογική βία κατά την τελευταία πενταετία, με συμμετέχοντες περισσότερους από 5,000 εργαζομένους από 70 οργανώσεις. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Bairy et al., (2007) έδειξε ότι ανάμεσα στην ιατρική κοινότητα της Ινδίας ποσοστό 53% των ανδρών και 48% των γυναικών είχαν υποστεί εκφοβισμό.

Κατά την παρούσα ερευνητική εργασία δεν διαπιστώθηκε οποιαδήποτε σημαντική σχέση μεταξύ του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης και της ηλικιακής ομάδας, του εκπαιδευτικού επιπέδου, του επαγγελματικού τίτλου και των ετών υπηρεσίας. Παρόμοια αποτελέσματα κατέδειξαν και άλλες ερευνητικές εργασίες (Picakciefte et al., 2012. Χείρα, 2014). Επίσης τα αποτελέσματα της έρευνας του Görgülü et al. (2014) δεν κατέδειξαν στατιστική σχέση μεταξύ του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης και της επαγγελματικής εμπειρίας. Από την άλλη, η ερευνητική εργασία των Μπακέλλα, Γιάγκου και Μπραχαντίνη (2013) κατέδειξε ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις αναφορικά με την ηλικία, την επαγγελματική βαθμίδα, το επίπεδο εκπαίδευσης και την έκθεση σε συμπεριφορές mobbing. Όσο αυξάνεται η ηλικία, άρα και τα χρόνια προϋπηρεσίας, τόσο αυξάνονται και τα κρούσματα mobbing. Αναλυτικότερα η κατηγορία ΔΕ Βοηθών Νοσηλευτών/τριών έπεσε θύμα

εργασιακής παρενόχλησης σε ποσοστό 63.1%, οι ΤΕ Νοσηλευτές/τριες σε ποσοστό 75.7% και οι ΠΕ Νοσηλευτές/τριες σε ποσοστό 84.2%. Αναφορικά με το επίπεδο σπουδών, οι κάτοχοι βασικού πτυχίου βίωσαν το φαινόμενο mobbing σε ποσοστό 68.8%, μεταπτυχιακού τίτλου σε ποσοστό 85.5% και διδακτορικού τίτλου σπουδών 100%. Ακόμη η εργασία της Γρηγορίου (2016) κατέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην έκθεση σε μία τουλάχιστον συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης κατά τους τελευταίους 12 μήνες με τις παραμέτρους φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και χρόνια υπηρεσίας. Αναλυτικότερα γυναίκες να εκτίθενται σε υψηλότερο ποσοστό συγκριτικά με τους άνδρες (56.7% vs 31.1%, p.value=0.002), με τα άτομα κάτω των 30 ετών να καταγράφουν υψηλότερο ποσοστό έκθεσης σε σύγκριση με τις ηλικιακές ομάδες των 31-45 ετών και 46 ετών και άνω (62.5% vs 45.6% και 33.3% αντίστοιχα, p.value=0.044), με τους διαζευγμένοι να εκτέθηκαν σε συχνότερα από τους έγγαμους και τους άγαμους (71.4% vs 62.2% και 38.8% αντίστοιχα, p.value=0.011) και τα άτομα που βρίσκονταν στην υπηρεσία μέχρι 5 χρόνια είχαν υψηλότερο ποσοστό έκθεσης συγκριτικά με τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν 6 -10 έτη και 11 έτη και άνω (63.6% vs 48.7% και 37.5% αντίστοιχα, p.value=0.007).

Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι η ψυχολογική βία ασκείται από άτομα τα οποία κατείχαν υψηλότερη ιεραρχική θέση (προϊστάμενος) σε ποσοστό 69,2%, άτομα της ίδιας επαγγελματικής βαθμίδας (συνάδελφος) ασκούσαν ψυχολογική βία στους συναδέλφους τους σε ποσοστό 46,2% και 6,2% δήλωσε ότι η ψυχολογική βία ασκείται από υφιστάμενους τους. Με βάση τα ευρήματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας τα αίτια πρόκλησης ψυχολογικής βίας εντοπίστηκαν κατά κύριο λόγο σε προβλήματα διοίκησης, τοποθέτησης σε θέση εργασίας, σε κακή οργάνωση της εργασίας, σε προβλήματα ανταγωνισμού μεταξύ των ατόμων, σε ζήλεια και στην γενικά κακή ατμόσφαιρα της εργασίας.

Αντίστοιχα αποτελέσματα ανέδειξαν αριθμός ερευνών, όπως εκείνη της Quine (1999) στην Αγγλία όπου ποσοστό 54% των εργαζομένων δήλωσε ότι δέχθηκε παρενόχληση από τους προϊστάμενους του, 34% από κάποιον της ίδιας ιεραρχικής βαθμίδας και το 12% από υφιστάμενους. Παρόμοια αποτελέσματα ανέδειξε η έρευνα των Hoel et al., (2001) με τους θύτες να είναι άτομα σε υψηλότερες ιεραρχικά βαθμίδες, με ποσοστό 74.7% των θυμάτων να αναφέρουν παρενόχληση από τους προϊσταμένους τους, το 36.7% από ομοίβαθμους συναδέλφους και το 6.7% από υφιστάμενους και το 7.8% από πελάτες. Ακόμη, αυτό επιβεβαιώνει και έρευνα που διενεργήθηκε στην Τουρκία από τους Picakciefe et al., (2012) στον τομέα της υγείας όπου ποσοστό 70.3% των θυτών ήταν προϊστάμενοι. Επιπρόσθετα η εργασία της Γρηγορίου (2016), στον τομέα υγειονομικής περίθαλψης της Κύπρου ανέδειξε ως θύτες τους προϊσταμένους/ψηλότερη ιεραρχική θέση σε ποσοστό 58,3%, τους συναδέλφους σε ποσοστό 54,2% και τους υφιστάμενους σε ποσοστό 5,6%.

Επίσης σε μελέτη της Carter (2013) στο προσωπικό του Εθνικού συστήματος Υγείας (NHS) στο Ηνωμένο Βασίλειο διαφάνηκε ότι η παρενόχληση ασκείται περισσότερο από τους προϊστάμενους, με τα θύματα να μην δηλώνουν την παρενόχληση γιατί δεν πίστευαν ότι θα αλλάξει κάτι ή ότι θα υπάρχουν συνέπειες για τους θύτες. Όμοιες αναφορές γίνονται βάση των μελετών της Sauer (2013) με τις προϊστάμενες νοσηλεύτριες να είναι θύτες εκφοβισμού σε ποσοστό 16.5%, τους ιατρούς σε ποσοστό 14.8%, από τους ασθενείς 13.7%, από τους επισκέπτες 12.6% και τους βοηθούς νοσηλευτές 12.1%. Ομοίως στην εργασία του Kunicka et al. (2008) αναδείχθηκε ως θύτης άτομο ανώτερο στην ιεραρχία σε ποσοστό 40%.

Αντίστοιχα αποτελέσματα κατέδειξε η μελέτη της Hirigoyen (2002), με τα ποσοστά στους θύτες να κατανέμονται σε 58% στην ανώτερη ιεραρχική θέση, 29% στην ίδια ιεραρχική θέση και 12% στην κατώτερη ιεραρχική θέση. Ακόμη η εργασία του Cevik et al. (2012) έδειξε τον ηγέτη ως τον πιο συχνό δράστη της ηθικής παρενόχλησης.

Συναφή ευρήματα κατέδειξε η έρευνα του Yildirim (2009), με τις συχνότερες συμπεριφορές εργασιακού εκφοβισμού να προέρχονται από τους διαχειριστές / διοικητές, έπειτα από τους συναδέλφους και σε μικρότερο ποσοστό από τους υφισταμένους. Αναλυτικότερα η συχνότερα εμφανιζόμενη συμπεριφορά εργασιακού εκφοβισμού «Έχοντας κάποιον να μιλάει για εσάς με εξευτελιστικό και μειωτικό τρόπο στην παρουσία των άλλων» προέρχεται σε ποσοστό 40% από τους διαχειριστές / διοικητές, 34% από τους συναδέλφους και 5% από τους υφισταμένους, η δεύτερη συχνότερα εμφανιζόμενη συμπεριφορά εργασιακού εκφοβισμού «Σας κάνουν να νιώθετε ότι εσείς και η δουλειά σας ελέγχονται» προέρχεται σε ποσοστό 42% από τους διαχειριστές / διοικητές, 22% από τους συναδέλφους και 8% από τους υφισταμένους και η τρίτη στην σειρά συχνότερα εμφανιζόμενη συμπεριφορά εργασιακού εκφοβισμού «Έχετε κατηγορηθεί για πράγματα τα οποία δεν ευθύνεστε» προέρχεται σε ποσοστό 39% από τους διαχειριστές / διοικητές, 33% από τους συναδέλφους και 7% από τους υφισταμένους.

Σε έρευνα που διεξάχθηκε από Σπύρου (2012) στον τομέα των επιχειρήσεων στην Κύπρο, το 41% δήλωσε ότι έχει δεχθεί ηθική παρενόχληση από προϊστάμενο και το 10% από συνάδελφο του.

Παράλληλα ερευνητικές εργασίες καταρρίπτουν τον ισχυρισμό για τη σημασία της ιεραρχίας αναφορικά με την επαγγελματική θέση του θύτη. Μικρότερη διακύμανση παρουσίασε η ερευνητική εργασία στον τομέα της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Κύπρο της Χείρα (2014), όπου τα άτομα που ασκούσαν ψυχολογική βία κατείχαν υψηλότερη ιεραρχική θέση σε ποσοστό 55.9%, από συναδέλφους ομοιόβαθμους σε ποσοστό 50% και από υφιστάμενους σε ποσοστό 17.6%. Παρόμοια θέση υποστηρίζουν και τα αποτελέσματα της ερευνητικής εργασίας των Yildirim & Yildirim (2007) παρουσιάζοντας τις εκφοβιστικές συμπεριφορές να προέρχονται τόσο από άτομα που κατέχουν υψηλότερη, ίση ή κατώτερη θέση στην ιεραρχία.

Οι συχνότερες συμπεριφορές «mobbing» που βίωσαν οι συμμετέχοντες σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν: «σας αναθέτουν διαρκώς καινούρια καθήκοντα» (ποσοστό 18,43%), «σας αναθέτουν καθήκοντα πολύ κατώτερα των ικανοτήτων σας» (ποσοστό 13,73%), «αμφισβητούν τις αποφάσεις σας» (ποσοστό 12,16%), «μιλούν άσχημα πίσω από την πλάτη σας» (ποσοστό 12,16%) και «άλλα άτομα σας εμποδίζουν να εκφραστείτε» (ποσοστό 11,76%). Αντιθέτως οι συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» που εντοπίστηκαν ως οι λιγότερο συχνές ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας, ήταν: «θέλουν να σας υποχρεώσουν να κάνετε ψυχιατρική εξέταση» (ποσοστό 0%), «απευθύνονται σε εσάς μόνο γραπτώς» (ποσοστό 0%), «σας απειλούν με σωματική βία» (ποσοστό 0,39%), «σας κακομεταχειρίζονται σωματικά (σπρωξίματα) (ποσοστό 0,39%).

Παρόμοια ευρήματα κατέδειξε η εργασία της Χείρα (2014) στην Κύπρο (N=136), εντοπίζοντας ως τις συχνότερες συμπεριφορές «mobbing» τις εξής: «σας διακόπτουν διαρκώς ενώ εκφράζεστε», «σας αναθέτουν διαρκώς καινούργια καθήκοντα» (ποσοστό 14%), «μιλούν άσχημα για σας πίσω από την πλάτη σας» (11.8%), «σας ασκούν μία συνεχή αρνητική κριτική σε σχέση με τη δουλειά σας» (10.3%), «διαδίδουν ψεύτικες φήμες για σας» (9.6%), «άλλα άτομα σας εμποδίζουν να εκφραστείτε και δέχεστε λεκτικές απειλές» (8.8%). Αντίθετα οι



λιγότερες αναδειχθείσες συμπεριφορές «mobbing» που δηλώθηκαν ήταν η σωματική βία και συμπεριφορές σεξουαλικής παρενόχληση (ποσοστό 0%). Συναφή αποτελέσματα με αυτά των Sahin et al., (2012), όπου ποσοστό 79.5% ανέφεραν «συμπεριφορά που επηρεάζει την επικοινωνία», 64.7% «συμπεριφορά που απειλεί την προσωπική φήμη», 57.2% «συμπεριφορά που επηρεάζει την επαγγελματική θέση», 48.9% «συμπεριφορά που επηρεάζει τις κοινωνικές επαφές» και ποσοστό 31.3% «συμπεριφορά που επηρεάζει τη σωματική υγεία». Παρόμοια αποτελέσματα με την εργασία της Γρηγορίου (2016) με εύρημα ως τις συχνότερες μορφές mobbing τις εξής: «Σας διακόπτουν διαρκώς ενώ εκφράζεστε» με ποσοστό 20%, «Σας αναθέτουν διαρκώς καινούργια καθήκοντα» με ποσοστό 13%, «Μιλούν άσχημα για σας πίσω από την πλάτη σας» με ποσοστό 11.9%, «Διαδίδουν ψεύτικες φήμες για σας» με ποσοστό εμφάνισης 11.3% και «Σας αναθέτουν καθήκοντα που δεν έχουν ενδιαφέρον» (ποσοστό 10%).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης που πραγματοποιήθηκε από τους Selič et al. (2012) στη Σλοβενία με σκοπό την διερεύνηση του επιπολασμού και των μορφών του «mobbing» μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών, αναδείχθηκαν ως ότι οι πιο κοινές συμπεριφορές «mobbing» οι εξής: «συμπεριφορά που επηρεάζει την επικοινωνία» (ποσοστό 67.5% νοσηλευτών και 44% ιατρών), «συμπεριφορά που απειλεί την προσωπική φήμη» (ποσοστό 49.9% στους νοσηλευτές και 19% στους ιατρούς), «συμπεριφορά που επηρεάζει την επαγγελματική θέση» (ποσοστό 31,5% στους νοσηλευτές και 31% ιατρούς) «συμπεριφορά που επηρεάζει τις κοινωνικές επαφές» (ποσοστά 29.9% στους νοσηλευτές και 16.7% ιατρούς).

Σύμφωνα με την έρευνα του Yildirim (2009) (N=286) σε νοσηλευτές στην Τουρκία το πιο συχνό είδος συμπεριφοράς εργασιακού εκφοβισμού που αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες αφορούσε σε επιθέσεις κατά της επαγγελματική τους θέσης, ακολουθούμενη από τις επιθέσεις στην προσωπικότητα τους. Συγκεκριμένα οι συχνότερες εμφανιζόμενες συμπεριφορές εργασιακού εκφοβισμού ήταν: «Έχοντας κάποιον να μιλάει για εσάς με εξευτελιστικό και μειωτικό τρόπο στην παρουσία των άλλων» με ποσοστό 56%, «Σας κάνουν να νιώθετε ότι εσείς και η δουλειά σας ελέγχονται» με ποσοστό 49%, «Έχετε κατηγορηθεί για πράγματα τα οποία δεν ευθύνεστε» με ποσοστό 48%.

Αναφορικά με τους τρόπους αντιμετώπισης του φαινομένου «mobbing», τα θύματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας μίλησαν για το πρόβλημα που αντιμετώπιζαν σε συναδέλφους τους σε ποσοστό 82.3%, σε προϊστάμενο τους σε ποσοστό 48.4%, σε μέλη της οικογένειας, συγγενείς σε ποσοστό 45.2% και σε φίλους ή γνωστούς εκτός του χώρου εργασίας 43.5%. Αντίστοιχα αποτελέσματα κατέδειξε η μελέτη της Χείρα (2014) όπου ποσοστό της τάξεως του 63.4% των συμμετεχόντων είχαν μιλήσει για τα προβλήματα αυτά σε συναδέλφους τους, ενώ ποσοστό 43.9% είχαν μιλήσει με τον προϊστάμενο τους και με μέλη της οικογένειας τους. Διαφοροποίηση παρουσιάζουν ευρήματα άλλων μελετών, με τους προϊστάμενους να αποτελούν κάποτε την λιγότερο συχνή επιλογή και άλλοτε την συχνότερη για υποστηρικτική βοήθεια. Συγκεκριμένα τα αποτελέσματα της εργασίας των Μπακέλλα, Γιάγκου και Μπραχαντίνη (2013) κατέδειξαν ότι ποσοστό 38.2% των ατόμων που είχαν υποστεί ψυχολογική βία στο χώρο εργασίας ζήτησε βοήθεια. Πηγή βοήθειας αποτέλεσε κάποιος συνάδελφος σε ποσοστό 23.4%, ο προϊστάμενος σε ποσοστό 9.2% και η οικογένεια σε ποσοστό 4.6%. Ακόμη, ποσοστό 63.3% πρόσφερε την βοήθεια του όταν αντιλήφθηκε ότι ένας συνάδελφος του έπεσε θύμα ηθικής παρενόχλησης, ενώ το 6.5% έπραξε «σαν να μην το αντιλήφθηκε». Αντιθέτως τα ευρήματα της μελέτη των Παπαδάκη & Χουστουλάκη (2007), στα δύο υπό μελέτη νοσοκομεία στο νομό Ηρακλείου, έδειξαν ότι ένας στους τρεις νοσηλευτές

θα κατάφευγε στον/ στην προϊστάμενο /η για να λάβει βοήθεια προκειμένου να αντιμετωπίσει ενδεχόμενη παρενόχληση.

Στη χρήση του ορισμού για την ψυχολογική βία στην εργασία, ποσοστό 18,04% των συμμετεχόντων (N=255) δήλωσαν ότι είχαν υποστεί ψυχολογική βία στον χώρο εργασίας τους τελευταίους 6 μήνες και ποσοστό 32,16% δήλωσε ότι έχει αντιληφθεί άσκηση ψυχολογικής βίας εναντίον κάποιου άλλου ατόμου στον εργασιακό σας χώρο τους τελευταίους 6 μήνες. Όμοια αποτελέσματα με την Χείρα (2014) όπου οι επαγγελματίες υγείας στην Πρωτοβάθμια φροντίδα στην Κύπρο δήλωσαν βίωσαν το φαινόμενο σε ποσοστό 26,3% και ότι ήταν μάρτυρες ψυχολογικής βίας σε ποσοστό 31.7%. Υψηλότερα ποσοστά κατέδειξε η ερευνητική εργασία της Γρηγορίου (2016) με ποσοστό 31,4% των συμμετεχόντων να έχει βιώσει ψυχολογική βία στον χώρο εργασίας και ποσοστό 52,2% δήλωσε ότι ήταν μάρτυρας ψυχολογικής βίας.

Ο επιπολασμός του φαινομένου στους μάρτυρες της παρούσας μελέτης, συνάδει με αντίστοιχα αποτελέσματα άλλων εργασιών. Επίσης τα αποτελέσματα της έρευνας που διενήργησε η Sauer (2013) έδειξαν ότι ποσοστό 47.5% των νοσηλευτών ανέφεραν ότι ήταν μάρτυρες εκφοβισμού. Ακόμη ποσοστό 43% των συμμετεχόντων του προσωπικού του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) στο Ηνωμένο Βασίλειο σύμφωνα με τη Carter (2013), ήταν μάρτυρες εκφοβιστικών συμπεριφορών. Επιπρόσθετα ποσοστό 42% των επαγγελματιών υγείας στην Αγγλία δήλωσαν ότι ήταν μάρτυρες εκφοβισμού κατά την Quine (1999).

Η ερευνητική εργασία κατέδειξε ως αιτίες της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» τους εξής παράγοντες: σε προβλήματα διοίκησης τοποθέτησης σε θέση εργασία σε ποσοστό 65,2%, σε κακή οργάνωση της εργασίας 52,2%, σε ζήλεια 52,2%, σε προβλήματα ανταγωνισμού μεταξύ των ατόμων 47,8%, στην γενικά κακή ατμόσφαιρα της εργασία 37,0%, σε σύγκρουση ή ανεπίλυτη εργασιακή διαφορά 26,1% και λόγω προσωπικής διαφορετικότητας (χωρίς να μπορεί να προσδιοριστεί το είδος της από τους συμμετέχοντες ) σε ποσοστό 21,7%. Παρόμοια αποτελέσματα με την εργασία της Γρηγορίου (2016) όπου τα αίτια της εμφάνισης των εχθρικών συμπεριφορών στην εργασία αποδόθηκαν, σε προβλήματα διοίκησης, τοποθέτησης σε θέση εργασίας σε ποσοστό 33.3%, στη γενικά κακή ατμόσφαιρα της εργασίας ποσοστό 31.3% και στην κακή οργάνωση της εργασίας με ποσοστό 29.2%. Συναφή ήταν και τα αποτελέσματα της Χείρα (2014) εντοπίζοντας ως αιτιολογικούς παράγοντες την κακή οργάνωση της εργασίας (ποσοστό 43.3%), τα προβλήματα στη διοίκηση/ τοποθέτηση στη θέση εργασίας σε ποσοστό 40% και σε θέματα ανταγωνισμού μεταξύ των ατόμων στο ίδιο ποσοστό με την γενικά κακή ατμόσφαιρα της εργασίας ( 33,3%). Η έρευνα του Σπυριδάκη (2009) στην Ελλάδα, ανέδειξε ως κύριο μηχανισμό παραγωγής της παρενόχλησης την οργανωτική κουλτούρα και την οργάνωση της εργασίας. Πρόσθετα σε έρευνα του ο O Leymann στην Σουηδία, επισημαίνει ως κύριους παράγοντες που οδηγούν στην εργασιακή παρενόχληση: την έλλειψη σαφήνειας των στόχων στην εργασία, την ανεπαρκή διαχείριση, την κοινωνική θέση του θύματος και τα χαμηλά ηθικά πρότυπα στο περιβάλλον εργασίας (Leymann, 1996). Οι κακές συνθήκες εργασίας έχουν εντοπιστεί ως η σημαντικότερη αιτία ηθικής παρενόχλησης στον χώρο εργασίας σε μελέτη του Cevik et al., (2012).

Ποσοστό 10,98% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι παρουσίασε καταθλιπτική συμπτωματολογία, τις τελευταίες τριάντα μέρες. Ποσοστό 3,14% των συμμετεχόντων παρουσίασαν συμπτώματα κατάθλιξης και συνάμα βίωσαν το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing», ενώ ποσοστό 5,10% δεν παρουσίασε καταθλιπτική συμπτωματολογία ενώ βίωσε το φαινόμενο. Τα αποτελέσματα της ερευνητικής εργασίας

κατέδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του φαινομένου «mobbing» και των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Παρόμοια αποτελέσματα κατέδειξαν αριθμός μελετών στο συγκεκριμένο πεδίο.

Τα ευρήματα από τις εθνικές μελέτες που αναφέρθηκαν στην Τέταρτη Ευρωπαϊκή έρευνα για τις συνθήκες εργασίας (EWCO) που διενεργήθηκε το 2005, ανέδειξαν τη συσχέτιση μεταξύ του εκφοβισμού και της βίας στο χώρο εργασίας με τα αυξημένα επίπεδα στρες και τη μειωμένη ψυχική ευεξία. Συγκεκριμένα τα συχνότερα συνδεδεμένα με το φαινόμενο αναφερθέντα προβλήματα υγείας, στην Ευρώπη των 27 είναι το στρες με ποσοστό (52.2%), η κούραση (48.2%), προβλήματα ύπνου (30.5%) και ανησυχία (27.3%) (Eurofound, 2010).

Σε ερευνητική εργασία, στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, από τους Μπεκάλλα, Γιάγκου και Μπραχαντίνη (2013) εξετάστηκε η επίδραση του «συνδρόμου mobbing» στην επαγγελματική ζωή των νοσηλευτών. Στην διάρκεια του προηγούμενου έτους παρουσίασαν: άγχος (54,3%), κεφαλαλγίες (52%), ατονία (41,5%), διαταραχές ύπνου (32,6%), άρνηση για εργασία (28%), έλλειψη συγκέντρωσης (22,8%), αρρυθμίες (22,6%), διαταραχές πρόσληψης τροφής (20,9%), αύξηση καπνίσματος (19,4%), κατάθλιψη (16,3%), αύξηση αρτηριακής πίεσης (16%), επιθετικότητα (11,9%), έλλειψη επικοινωνίας (7,7%), αύξηση κατανάλωσης αλκοόλ (3,3%). Ποσοστό 80% δήλωσε ότι επηρεάστηκε η προσωπική του ζωή.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από Μιτής και Πρωτοπαπά (2013) στην Κύπρο, διερευνήθηκε το εργασιακό περιβάλλον και η υγεία των εργαζομένων σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Τα κύρια ευρήματα της έρευνας υποδεικνύουν ότι τις αρνητικότερες επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων προκάλεσαν οι παράγοντες κινδύνου στην κατηγορία περιβάλλον στο χώρο εργασίας, με κυρίως επηρεαζόμενους τις γυναίκες και το νοσηλευτικό προσωπικό. Καλύτερες εμπειρίες στην εργασιακή ζωή αναφέρθηκαν από τους άντρες και το διοικητικό προσωπικό.

Σε έρευνα που διεξάχθηκε από Σπύρου (2012), το 21.2% των συμμετεχόντων που βίωσαν το φαινόμενο «mobbing» δήλωσε ότι η ψυχολογική βία που έχει δεχθεί έχει δημιουργήσει προβλήματα στην υγεία του.

Σε έρευνα που διενεργήθηκε από Rodwell et al., (2013) στην Αυστραλία, σε δύο πλαίσια νοσηλευτικής (νοσηλεύτριες/μαίες νοσοκομείου και νοσηλεύτριες ηλικιωμένων), με θέμα ψυχολογικές και οργανωτικές επιπτώσεις του εκφοβισμού συμπεριλαμβάνοντας την αρνητική συναισθηματικότητα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές/μαίες του νοσοκομείου που βιώνουν εκφοβισμό ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας, χαμηλότερη δέσμευση και χαμηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης. Οι νοσηλευτές ηλικιωμένων οι οποίοι βιώνουν εκφοβισμό ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα ευημερίας και δέσμευσης. Η αρνητική συναισθηματικότητα ήταν μια σημαντική συνμεταβλητή για τις περισσότερες αναλύσεις.

Η έκθεση σε εκφοβισμό προκαλεί σημαντική αύξηση στα ποσοστά εκδηλώσεων ψυχικής / ψυχολογικής δυσφορίας όπως: χαμηλή αυτοπεποίθηση, άγχος, κατάθλιψη και ιδέες αυτοκαταστροφής (Einarsen & Mikkelsen, 2003. Kivimaki et al., 2003. Moayed et al., 2006).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία σε νοσηλευτές, ποσοστό 10% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι έχει σκεφτεί την αυτοκτονία λόγω της παρενόχλησης στο χώρο εργασίας (Yildirim & Yildirim, 2007).

Τα αποτελέσματα της έρευνας του Yildirim (2009) (N=286) σε νοσηλευτές στην Τουρκία κατέδειξαν ότι ποσοστό 45% του δείγματος παρουσίασε συμπτώματα μέτριας ή σοβαρής κατάθλιψης, σύμφωνα με την κλίμακα του Beck (BDI). Βρέθηκε να υπάρχει θετική συσχέτιση

μεταξύ της κατάστασης καταθλιπτικότητας των νοσηλευτών και της έκθεσης σε συμπεριφορές εργασιακού εκφοβισμού καθώς και του φόρτου εργασίας ( $P < 0.00$ ). Επιπρόσθετα κατά την ανάλυση παλινδρόμησης διαφάνηκε να υπάρχει σημαντική επίδραση των συμπεριφορών εκφοβισμού στην κατάσταση καταθλιπτικότητας των νοσηλευτών και στον υπερβολικό φόρτο εργασίας ( $\beta = 0.54$ ;  $F = 56.61$ ;  $P < 0.000$ ) όπου σύμφωνα με αυτό το 33% ( $P < 0.000$ ) των νοσηλευτών που βίωσαν την εμπειρία της κατάθλιψης είχαν επηρεαστεί από συμπεριφορές εκφοβισμού και 30% ( $P < 0.000$ ) από υπερβολικό φόρτο εργασίας.

Επιπρόσθετα σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας του Yildirim (2009), οι συμπεριφορές εκφοβισμού διαφάνηκε ότι έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην εργασιακή απόδοση των θυμάτων εκφοβισμού. Οι τομείς της εργασιακής απόδοσης που αναφέρθηκαν ότι επηρεάστηκαν περισσότερο ήταν: τα κίνητρα της εργασίας, το επίπεδο ενέργειας και η δέσμευση για την εργασία. Ακόμη οι συμπεριφορές εργασιακού εκφοβισμού διαφάνηκε να συσχετίζονται θετικά με την κατάθλιψη ( $r = 0.51$ ,  $P < 0.000$ ), τα κίνητρα εργασίας ( $r = 0.49$ ,  $P < 0.000$ ), συγκέντρωση στην εργασία ( $r = 0.48$ ,  $P < 0.000$ ), παραγωγικότητα ( $r = 0.46$ ,  $P < 0.000$ ), δέσμευση στην εργασία ( $r = 0.51$ ,  $P < 0.000$ ), στην σχέση με τους ασθενείς ( $r = 0.42$ ,  $P < 0.000$ ), στη σχέση με τους διοικητές ( $r = 0.47$ ,  $P < 0.000$ ) και στη σχέση με τους συναδέλφους ( $r = 0.51$ ,  $P < 0.000$ ).

Η μελέτη ανέδειξε την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του φαινομένου εργασιακής παρενόχλησης και της οικογενειακής κατάστασης των εργαζομένων, με την ομάδα άγαμος/η & διαζευγμένος/η να διαφοροποιείται από εκείνη της έγγαμος/η & συμβίωση, με περισσότερη έκθεση σε εργασιακή παρενόχληση.

Το εύρημα αυτό φαίνεται να συνάδει με στοιχεία που αναφέρονται στην σχετική με το θέμα βιβλιογραφία, όπου έχει σημειωθεί ότι κατά την ανάπτυξη των σταδίων του «mobbing» πιθανόν να υπάρξουν παράγοντες οι οποίοι επιταχύνουν την εξέλιξη του, αν και φαινομενικά δεν σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον. Η ψυχολογική βία που ενδεχομένως ο εργαζόμενος υφίσταται στο οικογενειακό του περιβάλλον, αποτελεί ένα τέτοιο παράγοντα, η οποία κατά την περίπτωση αυτή δρα ως καταλύτης στην εξέλιξη των διαφόρων σταδίων της ηθικής παρενόχλησης. Βιβλιογραφικές πηγές υποστηρίζουν την θέση αυτή, παρουσιάζοντας το φαινόμενο ως ιδιαίτερα εκτεταμένο στις χώρες της νότιας Ευρώπης και ιδιαίτερα την Ιταλία, αποκαλώντας το ως «διπλό mobbing» (doppio mobbing) (Ege, 1996, 2001, 2002).

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι καθίσταται δύσκολη η σύγκριση των δεδομένων από μελέτες που έχουν διεξαχθεί στον διεθνή χώρο αναφορικά με το φαινόμενο mobbing εφόσον παρουσιάζονται μεγάλες αποκλίσεις στους δείκτες επιπολασμού και επιπτώσεων του φαινομένου. Ακόμη σε πολλές περιπτώσεις τα αποτελέσματα των ερευνών εμφανίζονται συχνά αντικρουόμενα μεταξύ τους, εγείροντας έτσι προβληματισμούς για την διαδικασία αξιολόγησης της ψυχολογικής βίας στον χώρο εργασίας (ορισμό του φαινομένου, κριτήρια χαρακτηρισμού εργαζομένου ως θύμα, εργαλείων και τεχνικών μέτρησης, δείγμα εργαζομένων).

## 5.2 Περιορισμοί μελέτης

Ένας σημαντικός περιορισμός της μελέτης που εντοπίστηκε, αφορά στην απουσία του τμήματος/δομής εργασίας των συμμετεχόντων, κατά την διαδικασία συλλογής των δεδομένων. Η συγκεκριμένη αδυναμία της μελέτης πιστεύεται ότι περιόρισε την δυνατότητα εστίασης και εντοπισμού του φαινομένου στα νοσηλευτικά τμήματα, επηρεάζοντας έτσι σε κάποιο βαθμό την διαμόρφωση των αποτελεσμάτων. Η συγκεκριμένη πληροφορία θα βοηθούσε στον εντοπισμό του φαινομένου σε συγκεκριμένα τμήματα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, την

επεξεργασία και την διεξαγωγή συμπερασμάτων που πιθανόν να ήταν βοηθητικά ως προς την παροχή δεδομένων για μελλοντική χρήση.

Άλλωστε μέσα από την μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας στο συγκεκριμένο πεδίο, διαφάνηκε ότι το τμήμα εργασίας των νοσηλευτών σχετίζεται με την εμφάνιση του φαινομένου, παρουσιάζοντας τα πιο στρεσογόνα επαγγελματικά περιβάλλοντα ως πιο «γόνιμα» για την εμφάνιση του (π.χ. χειρουργεία, μονάδες εντατικής θεραπείας και έκτακτης ανάγκης) (Dilman, 2007. Dundar, 2010. Kaya, 2012. Görgülü et al., 2014).

Ακόμη, η ομαδοποίηση που έγινε σε κάποιες μεταβλητές (π.χ. ηλικιακή ομάδα) για πιο εφικτή στατιστική ανάλυση των δεδομένων πιθανόν να επηρέασε τα αποτελέσματα της ερευνητικής εργασίας.

Επιπρόσθετα η περιορισμένη έρευνα που παρατηρείται διεθνώς σε τμήματα ψυχικής υγείας στο συγκεκριμένο πεδίο, περιόρισε την σύγκριση των αποτελεσμάτων με αυτά άλλων ερευνών.

### 5.3 Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας θα μπορούσαν να αποτελέσουν ένα πλαίσιο αναφοράς, για την δημιουργία ενός υποστρώματος για μελλοντική έρευνα αλλά και για την δόμηση των απαραίτητων παρεμβατικών μέτρων (πρωτογενείς, δευτερογενείς, τριτογενείς παρεμβάσεις) για την αντιμετώπιση του φαινομένου.

Τα κυριότερα συμπεράσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας εργασίας συνοψίζονται στα εξής:

Ο επιπολασμός του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing», όπως ορίζεται από τον Leymann (1996), ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας της Κύπρου ανήλθε στο 8.24%. Σύμφωνα με τις δηλώσεις των συμμετεχόντων η ψυχολογική βία ασκείτο στην πλειοψηφία από γυναίκες και στην πλειονότητα από άτομα που κατείχαν υψηλότερη ιεραρχική θέση (προϊστάμενο), ενώ άτομα της ίδιας επαγγελματικής βαθμίδας (συνάδελφος) ασκούσαν ψυχολογική βία σε λιγότερο βαθμό.

Ένα μεγάλο ποσοστό της μελέτης δήλωσε ότι εκτέθηκε σε μία τουλάχιστον συμπεριφορά ψυχολογικής βίας και ότι αντιμετωπίζει ακόμα και σήμερα τέτοιες καταστάσεις, ενώ μικρότερο ποσοστό ανέφερε ότι τις αντιμετώπιζε στο παρελθόν σε προηγούμενη εργασία.

Οι συχνότερα αναφερθέντες συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας ήταν: «σας αναθέτουν διαρκώς καινούρια καθήκοντα», «σας αναθέτουν καθήκοντα πολύ κατώτερα των ικανοτήτων σας», «αμφισβητούν τις αποφάσεις σας», «μιλούν άσχημα πίσω από την πλάτη σας» και «άλλα άτομα σας εμποδίζουν να εκφραστείτε». Αντιθέτως, ως λιγότερο συχνές συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» που εντοπίστηκαν ήταν: «θέλουν να σας υποχρεώσουν να κάνετε ψυχιατρική εξέταση», «απευθύνονται σε εσάς μόνο γραπτώς», «σας απειλούν με σωματική βία», «σας κακομεταχειρίζονται σωματικά (σπρωξίματα)». Η πλειονότητα του δείγματος μίλησε γι' αυτά τα προβλήματα σε συναδέλφους, ενώ ένας σημαντικός αριθμός συμμετεχόντων μίλησε 45.2% σε μέλη της οικογένειας, σε φίλους ή γνωστούς εκτός του χώρου εργασίας και σε προϊστάμενο του.

Στη χρήση του ορισμού της ψυχολογικής βίας, ένας μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων (18,04%) δήλωσε ότι είχε υποστεί ψυχολογική βία στον χώρο εργασίας τους τελευταίους 6 μήνες, ενώ ένας μεγαλύτερος αριθμός (32.16%) δήλωσε ότι ήταν μάρτυρας ψυχολογικής βίας.

Ως αιτιολογικοί παράγοντες πρόκλησης ψυχολογικής βίας στον χώρο εργασίας, εντοπίστηκαν κατά κύριο λόγο τα προβλήματα διοίκησης, η κακή οργάνωση της εργασίας, η ζήλεια, τα προβλήματα ανταγωνισμού μεταξύ των ατόμων, γενικά η κακή ατμόσφαιρα της εργασίας και η σύγκρουση ή ανεπίλυτη εργασιακή διαφορά.

Διαφάνηκε να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του φαινομένου εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και της οικογενειακής κατάστασης (δυναδική), με την ομάδα άγαμος/η & διαζευγμένος/η να διαφοροποιείται από την ομάδα έγγαμος/η & συμβίωση. Τα αποτελέσματα της έρευνας δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην έκθεση στο φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και το φύλο, την ηλικιακή ομάδα (διχοτομικό), το επίπεδο εκπαίδευσης (διχοτομικό), τον επαγγελματικό τίτλο και τα χρόνια υπηρεσίας (διχοτομικό) των νοσηλευτών ψυχικής υγείας της Κύπρου.

Τέλος, διαφάνηκε να υπάρχει σχέση εξάρτησης και υψηλή θετική συσχέτιση ανάμεσα στο φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» και των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Η κλίμακα CES-D, διερεύνησης της παρουσίας συμπτωμάτων κατάθλιψης, κατέδειξε ότι ποσοστό 3,14% των συμμετεχόντων που βίωσαν το φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης «mobbing» παρουσίαζαν συμπτώματα κατάθλιψης, τις τελευταίες τριάντα μέρες.

#### 5.4 Εισηγήσεις

Η παρούσα ερευνητική εργασία θα μπορούσε να έχει εφαρμογές σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο στην Νοσηλευτική επιστήμη.

Θεωρητικά ενισχύει την υπάρχουσα γνώση για την παρουσία του συνδρόμου στο νοσηλευτικό επάγγελμα και ειδικότερα στον τομέα της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, παραθέτοντας έτσι δεδομένα γύρω από τις διάφορες πτυχές του φαινομένου αλλά και παραμέτρων της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Παράλληλα προσθέτει νέα ερευνητικά δεδομένα σε ζητήματα οργανωτικής ψυχολογίας στον τομέα της ψυχικής υγείας της Κύπρου ενισχύοντας την ήδη υπάρχουσα γνώση στους διάφορους τομείς της (π.χ. επαγγελματικές συγκρούσεις, επαγγελματική εξουθένωση κ.α.).

Επίσης τεκμηριώνει την ανάγκη για συνέχιση των ερευνητικών προσπαθειών, εφόσον τίθενται προβληματισμοί γύρω από πληθώρα ερευνητικών ερωτημάτων. Ένα ερευνητικό ερώτημα που θα μπορούσε να αποτελέσει τη βάση για μελλοντική έρευνα είναι αυτό της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών ψυχικής υγείας και της πιθανής συσχέτισης του με συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης mobbing.

Σε πρακτικό επίπεδο, σκιαγραφεί ένα μέρος του προβλήματος της Κυπριακής πραγματικότητας, ως προς την ύπαρξη δύσκολων καταστάσεων στον επαγγελματικό χώρο της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, εγείροντας προβληματισμούς ως προς την αναγκαιότητα μελέτης του περιβάλλοντος εργασίας, την ευαισθητοποίηση αλλά και διαχείριση εκ μέρους όλων των επηρεαζόμενων.

Οι ασκούντες την διοίκηση θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι για το φαινόμενο, ώστε να είναι σε θέση πέρα από την αναγνώριση και παρέμβαση να μπορούν να εφαρμόσουν νεότερα δεδομένα προτύπων διοίκησης και ηγεσίας εστιασμένα στην επαγγελματική ικανοποίηση, την αύξηση της επαγγελματικής αυτοεκτίμησης και κατ' επέκταση της απόδοσης των εργαζομένων, έχοντας ως γνώμονα την διατήρηση της σωματικής και ψυχικής ευεξίας τους. Τελικός αποδέκτης των πιο πάνω είναι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι βάση της βιβλιογραφίας φαίνεται να επηρεάζονται εξίσου.

Η ενδελεχής μελέτη του περιβάλλοντος εργασίας των νοσηλευτών δύναται να αποτελέσει μέτρο πρόληψης της εμφάνισης ή/ και διαίωξης του φαινομένου, ούτως ώστε εντοπίζοντας

στοιχεία-παράγοντες-συμπεριφορές που υποδηλώνουν εργασιακό εκφοβισμό να τύχουν του άμεσου και ανάλογου χειρισμού.

Η έναρξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων εστιασμένων σε ζητήματα οργανωτικής ψυχολογίας με τη συμμετοχή όλων των ενδιαφερόμενων φορέων κρίνεται ουσιαστική.

Όλοι οι φορείς, εργαζόμενοι, διοικήσεις τμημάτων, συνδικαλιστικές οργανώσεις αλλά και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής υγείας καλούνται να λάβουν δράση ενώνοντας τις δυνάμεις τους. Η εμπλοκή των διαμεσολαβητών (ιατροί εργασίας, συνδικάτα, διευθυντές ανθρώπινου δυναμικού) στον χώρο εργασίας για υποστήριξη των εργαζομένων σε τέτοια ζητήματα είναι αναγκαία.

Η θέσπιση του θεσμού του ιατρού εργασίας αποτελεί την εισήγηση για στήριξη και ενδυνάμωση των θυμάτων εκφοβισμού ώστε να μπορέσουν να ανακάμψουν και να μειωθεί έτσι η πιθανότητα συχνών απουσιών από την εργασία τους ή της αποχώρησής τους από αυτή ή ακόμη και την εγκατάλειψη του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Ιδιαίτερα βοηθητική μπορεί να είναι η δημιουργία υποστηρικτικών δικτύων για νέους επαγγελματίες.

Ακόμη, η προσθήκη της ψυχολογικής βίας στον χώρο εργασίας σε εργατικούς κώδικες αλλά και η θέσπιση ενός νομικού πλαισίου εστιασμένο στην ψυχολογική βία και κατ' επέκταση στην επιβολή κυρώσεων στους θύτες ηθικής παρενόχλησης, κρίνονται ως παρεμβάσεις ιδιαίτερης σημασίας.

Εν κατακλείδι, παραθέτοντας τις πιο πάνω εισηγήσεις, ευελπιστούμε στην προσθήκη στοιχείων για τη δόμηση των απαραίτητων παρεμβατικών μέτρων (πρωτογενείς, δευτερογενείς, τριτογενείς παρεμβάσεις) για την αντιμετώπιση του φαινομένου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adamson, B., Wilson-Barnett, J. (1995) The impact of perceived medical dominance on the workplace satisfaction of Australian and British nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 21:172-183.
2. Albert, D.J., Walsh, M.L., Gorzalka, B.B., Siemens, Y., Louie, H. (1986). Testosterone removal in rats results in a decrease in social aggression and a loss of social dominance. *Physiology & Behavior*, 36 (3):401-407.
3. Abdul-Adil, J., Griffith, DM., Watts, RJ. (1999) ‘Sociopolitical development as an antidote for oppression – theory and action’, *American Journal of Community Psychology*, 27:255-268.
4. American Nurse Association. (2001). Analysis of American Nurses Association staffing survey. Warwick, RI: Cornerstone Communications Group.
5. American Organization of Nurse Executives. (2000). Perspectives on the nursing shortage: A blueprint for action. Washington, DC: Author
6. Armstrong, K. J., Laschinger, H. (2006). Structural empowerment, Magnet hospital characteristics and patient safety culture: Making the link. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(2):124-132
7. Aquino K. Structural and individual determinants of workplace victimization: The effects of hierarchical status and conflict management style. *Journal Management* 2000,26:171-193
8. Aquino, K., Lamertz, K. (2004). A relational model of workplace victimization: social role and patterns of victimization in dyadic relationships. *Journal of Applied Psychology*, 89:1023-1034.
9. Abrams, K. M., Robinson, G. E. (2002). Occupational effects of stalking. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(5):468-472
10. Ashkanasy, N. (2003). Emotions in organizations: a multilevel perspective. *Multi-level Issues in Organizational Behavior and Strategy*, 2:9-54.
11. Ayoko, O., Callan, V., and Hartel, C. (2003). Workplace conflict, bullying and counterproductive behaviors. *International Journal of Organizational Analysis*. 11:283-301.
12. Ayoko, O. (2007). Communication openness, conflict events and reactions to conflict in culturally diverse workgroups. *Cross Cultural Management: An International Journal*, 14:105-124.
13. Abu AlRub, R. (2004) Job stress, job performance and social support among hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1):73-78.
14. Archer, J., Coyne, S. M. (2005). An integrated review of indirect, relational and social aggression. *Personality and Social Psychology Review*, 9(3):212-230.
15. Antliff, M. (2007). *Avant-Carde Fascism: The Mobilization of Myth, Art and Culture in France, 1909-1938*. Duke University Press.
16. Azoulay, E., Timsit, J., Sprung, C., Soares, M., Rusinova, K., Lafabrie, A. et al. (2009), Prevalence and factors of intensive care unit conflicts. The Conflicus Study. *Am J Respir Crit Care Med*, 180:853-860.



17. Amestory, S.C., Backes, V.M.S., Thofehrn, M.B. Martini, J. G., Meirelles, B.H.S., Trindade, L.L. (2014). Conflict management: Challenges experienced by nurse-leaders in the hospital environment. *Rev Gaucha Enferm*, 35(2):79-85
18. Brodsky, C. (1976). *The harassed worker*. Lexington Books, Toronto, Ontario.
19. Bandura, A., Ross, D., Ross SA. (1963). 'Imitation of film-mediated aggressive models', *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 42:63-66.
20. Bandura, A. (1969). *Principles of Behaviour Modification*. New York: Hold.
21. Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice Hall.
22. Braun, K., Christle, D., Walker, D., Tiwanak, G. (1991). Verbal abuse of nurses and non-nurses. *Nursing Management*, 22(3):72-76.
23. Blegen, M.A. (1993). Nurses job satisfaction: A meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42(1):36-41
24. Baumeister, R., Smart, L. and Boden, J. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: the dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, 103:5-33.
25. Bryant, R. (1999). *Nursing regulation: An inquiry into culpability*. Joan Durdin Oration, Paper series, No. 5. Adelaide, SA: University of Adelaide.
26. Balducci, C., Alfano, V., Fraccaroli, F. (2009). Relationships between mobbing at work and MMPI-2 personality profile, post-traumatic stress symptoms, and suicidal ideation and behavior. *Violence and Victims*, 24 (1):52-67.
27. Baillien, E., Neyens, I., De Witte, H. And De Cuyper, N. (2009). A qualitative study on the development of workplace bullying: towards a three way model. *Journal of Community & Applied Social Psychology*,19:1-16.
28. Baillien, E., De Cuyper, N., De Witte, H. (2011a). Job autonomy and workload as antecedents of workplace bullying: a two-wave test of Karasek's job demand control model for targets and perpetrators. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 84: 191-208.
29. Brinkert, PR. (2010), 'A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing', *Journal of Nursing Management*, 18: 145-156
30. Brotheridge, C., Lee, R. (2010). Restless and confused emotional responses to workplace bullying in men and women. *Career Development International*,15:687-707.
31. Beale, D., Hoel, H. (2011). Workplace bullying and the employment relationship: exploring questions of prevention, control and context. *Work, Employment and Society*,25:5-18.
32. Branch, S., Ramsay, S., Barker, M. (2013). Workplace Bulling: Mobbing and General Harassment: A Review. *International Journal of Management Reviews*, 15:280-299
33. Bortoluzzi, G., Caporale, L., Palese, A. (2014), 'Does participative leadership reduce the onset of mobbing risk among nurse working teams?', *Journal of Nursing Management*, 22(5):643-652.
34. Callon, M. (1986). Some elements of a sociology of translation: Domestication of the scallops and the fisherman of St. Briene Bay. *In Power, action and belief: A new sociology of Knowledge?* Ed. J Law, 196-233. London: Routledge and Kegan Paul.
35. Cox, H. C. (1987). 'Verbal abuse in nursing: Report of a study', *Journal of Nursing Management*, 18(11): 47-50
36. Clegg, S. (1993). Narrative, power and social theory. In *Narrative and social control: Critical perspective*, ed. DK Mumby, 15-45. Newbury, CA: Sage Publications.

37. Clegg, S. (1997) Foucault, power, social theory and the study of organisations. In *Foucault the legacy*, ed. C O' Farrell, 484-491. Brisbane: Queensland University of Technology.
38. Coyne, I., Seigne, E. and Randall, P. (2000). Predicting workplace victim status from personality. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 9: 335-349.
39. Cortina, L. M., Magley, V. J. (2003). 'Raising voice, risking retaliation: Events following interpersonal mistreatment in the workplace', *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(4):247-265.
40. Citeman Network (2007). Affective events theory. Human Resource Management.
41. Cortina, L. (2008). Unseen injustice: incivility as modern discrimination in organizations. *Academy of Management Review*, 33:55-75.
42. Curtis, J., Bowen, I., Reid, A. (2007). You have no credibility: nursing students' experiences of horizontal violence. *Nurse Education in Practice*, 7:156-163.
43. Campbell, A. (2008). Attachment, aggression and affiliation: The role of oxytocin in female social behaviour. *Biological Psychology*, 77 (1):1-10.
44. Cirulli, E. T., Kasperaviciute, D., Attix, D. K., Need, A. C., Ge, D., Gibson, G., & Goldstein, D. B. (2010). Common genetic variation and performance on standardized cognitive tests. *European Journal of Human Genetics*, 18 (7):815-820.
45. Cevik Akyil, R., Tan, M., Saritas, S., Alttuntas, S. (2012). 'Levels of mobbing perception among nurses in Eastern Turkey', *Int Nurs Rev.* 59(3):402-408.
46. Caporale, L., Palese, A., Bortoluzzi, G. (2012) 'The leadership style as a mitigator of the insurgence of mobbing risk. Results from an empirical research on Italian nurses', *G Ital Med Lav Ergon.*, 34:17-24.
47. Carter, M., Thompson, N., Crampton, P., Morrow, G., Burford, B., Gray, C., Illing, J. (2013), 'Workplace bullying in the UK NHS: a questionnaire and interview study on prevalence, impact and barriers to reporting', *BMJ Open.* 3(6):e002628.
48. Dunne, J. (1996). Beyond sovereignty and deconstruction: The storied self. In *Paul Ricoeur: The hermeneutics of action*, ed. R Kearney, 137-158. London: Sage Publications.
49. DeMarco, R. (1997). The relationship between family life and workplace behaviors: Exploring the gendered perceptions staff nurses through the framework of systemic organization. (Doctoral Dissertation, Wayne State University, 1997). Dissertation Abstracts International, 58 (3B):725-823.
50. DeMarco, R. F. (2002). Two theories/a sharper lens: The staff nurse voice in the workplace. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6): 1-8.
51. DeMarco, R. F., Roberts, S. J. (2003). Negative behaviors in nursing. *The American Journal of Nursing*, 103(3):113-116.
52. Davenport, N., Distler-Schwartz, R., Pursell-Elliott, G. (1999). *Mobbing: Emotional abuse in the American workplace*. Ames, IA: Civil Society Publishing
53. Dunn, H. (2003). Horizontal violence among nurses in the operating room. *AORN Journal*, 78(6):977-988.
54. Daiski, I. (2004), 'Changing nurses dis-empowering relationship patterns', *Journal of Advanced Nursing*, 48(1):43-50.
55. Duffy, E. (1995) Horizontal violence: A conundrum for nursing. *Collegian*,2:5-17.
56. Duffy, M., Sperry, L. (2007). 'Workplace mobbing: Individual and family health consequences', *The Family Journal*, 15:398-404.

57. Dilman, T., (2007). *Defining The Situation of Mobbing Experience Among The Nurses working In Private Hospital*. Marmara University, The Institute of Health Sciences, Department of Nursing Management. Master Thesis. Istanbul
58. Dunder, T., (2010). *The effects of hospital ethical climates and socio-demographic factors in health personnel's exposure to mobbing behaviors: An application to the hospitals in the city of Bolu*, Hacettepe University Health Sciences Institute Master Thesis on Institutions Administration, Ankara.
59. D'Cruz, P. (2010). Identity disruptions and identity work: understanding the impact of workplace bullying on targets. *International Journal of Organizational Behavior*, 15:36-52.
60. D'Cruz, P., Noronha, E. (2010). Protecting my interests: HRM and targets' coping with workplace bullying. *The Qualitative Report*, 15:507-534.
61. D'Cruz, P., Noronha, E. (2012). Clarifying my world: identity work in the context of workplace bullying. *The Qualitative Report*, 17:1-29.
62. European Agency for Safety and Health at Work. Workplace violence and harassment: A European picture. EU-OSHA, Luxembourg, 2010:16–25.
63. European Agency for Safety and Health at Work. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health (OSH). EU-OSHA, Luxembourg, 2007. Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports> Last Access: 6/2/2016
64. European Agency for Safety and Health at Work. Mental health promotion in the health care sector. Aditya J. EU-OSHA 2016 United Kingdom. Available at: [https://oshwiki.eu/wiki/Mental\\_health\\_promotion\\_in\\_the\\_health\\_care\\_sector](https://oshwiki.eu/wiki/Mental_health_promotion_in_the_health_care_sector)
65. Eurofound – European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 'Fourth European Working Conditions Survey'. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2007.
66. Eurofound, Foundation Findings. Physical and psychological violence at the workplace. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2010.
67. Eurofound, Fifth European Working Conditions Survey. An overview report. Publication Office of the European Union, Luxembourg 2012. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2011/82/en/1/EF1182EN.pdf>. Last Access: 2/3/2016.
68. Ege, H. (1996). *Mobbing che cose il terrore psocologico sul posto di lavoro*. Ed Pitagora, Bologna.
69. Ege, H. (2001). *Mobbing: Conoscerio per vincerlo*. Franco Angel; I, Milano.
70. Ege, H. (2002) *La valutazione peritale del Danno da Mobbing*. Giuffre, Milano.
71. Edwards, J., Burnard, P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 42:169-178.
72. Einarsen, S., Raknes, BI., Matthiesen, SB. (1994). Bullying and harassment at work and their relation to work environment quality: An exploratory study. *Eur Work Organ Psychol*, 4:381-401
73. Einarsen, S., Skogstad, A. (1996). 'Bulling at work: Epidemiological finding in puplic and private organization', *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5:185-201.
74. Einarsen, S. (1999). 'The nature and causes of bullying at work', *International Journal of Manpower*, 20:16-27.

75. Einarsen, S. (2000). 'Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian approach'. *Aggression and Violent Behaviour* 5:379-401.
76. Einarsen, S., Mikkelsen, E.G. (2003). Individual effects of exposure to bullying at work. In *Bullying And Emotional Abuse in the Workplace: International Perspectives in Research and Practice* (Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. & Cooper, C.L., eds). Taylor & Francis, New York, 127–144.
77. Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., Cooper, C.L. (2003). The concept of bullying at work: the European tradition. In *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International Perspectives in Research and Practice* (Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. & Cooper, C.L., eds). Taylor & Francis, New York, 3–30.
78. Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., Cooper, C. (2011). *Bullying and harassment in the workplace*. Boca Raton, FL: CRC Press; Taylor and Francis Group.
79. Fanon, F. (1963). *The wretched of the earth*. New York: Grove Press.
80. Foucault, M. (1977). *Discipline and punish: The birth of the prison*. Harmondsworth: Penguin.
81. Foucault, M. (1988). *Michael Foucault. Politics, philosophy and culture. Interviews and other writings 1977-1984*, ed. LD Kritzman, New York: Routledge.
82. Freire, P. (1972). *Pedagogy of the oppressed*, Harmondsworth: Penguin.
83. Freire, P. (1987). *Education for critical consciousness*, New York: Continuum.
84. Folkman, S., Moskowitz, J.T. (2000). Stress, positive emotion and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9:115-118.
85. Fuller, J., Stanton, J., Fisher, G., Spitzmuller, C., Russell, S., Smith, P. (2003). A lengthy look at the daily grind: time series analysis of events, mood, stress and satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 88:1019-1033.
86. Ferrinho, P., Biscaia, A., Fronteira, I., Craveiro, I., Antunes, AR., Conceic, C., Flores, Santos, O. (2003). 'Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector'. *Human Resources for Health*, 1:1-11.
87. Freshwater, J. (2000). Crosscurrents against cultural narration in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 32:481-484.
88. Fitzgerald, A., Teal, G. (2004). Health reform, professional identity and occupational sub-cultures: The changing interprofessional relations between doctors and nurses. *Contemporary Nurse*, 16: 9-19.
89. Ferrari E., (2004). Raising Awareness on Women Victims of Mobbing. The Italian Contribution, Daphne Programme: European Commission.
90. Farrell, G. (2001). From tall poppies to squashed weeds. *Journal of Advanced Nursing*, 35:26-33.
91. Farrell, G., Bobrowski, C., Bobrowski, P. (2006). Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing*, 55(6): 778–787.
92. Fox, S., Stallworth, L.E. (2005). Racial/ethnic bullying: exploring links between bullying and racism in the US workforce. *Journal of Vocational Behavior*, 66:438-456.
93. Gordon, C. (1980). *Power/Knowledge. Selected Interviews and other writings 1972-1977* Michel Foucault, Pantheon Books, New York.
94. Gross, R. (1992). *Psychology: the science of mind and behaviour*. London: Hodder and Stoughton.

95. Glasl, F. (1982). 'The process of conflict escalation and role of third parties' in G.B.J. Bomers and R.B. Peterson, (eds) *Conflict management and industrial relations*, The Hague: Kluwer Nijhoff Publishing, 119-140.
96. Glasl, F. (1994). *Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte und Berater* [Conflict Management: a Handbook for Managers and Consultants], 4<sup>th</sup> edn. Bern, Switzerland: Haupt-Verlag.
97. Galen, B.R., Underwood, M. K. (1997). A developmental investigation of social aggression among children. *Developmental Psychology*, 33 (4):589-600.
98. Graveson, G. (1998). Workplace bullying-the abuse of power. *The British Journal of Theatre Nursing*, 7(11): 21-23.
99. Grzywacz, J., Marks, N. (2000). Reconceptualizing the work-family interface: an ecological perspective on the correlates of positive and negative spill over between work and family. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5:111-126.
100. Glomb, T. (2002). Workplace aggression: antecedents, behavioural components and consequences. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7: 20-36.
101. Gilmour, D., Hamlin, L. (2003). Bullying and harassment in perioperative settings. *British Journal of Perioperative Nursing: the Journal of National Association of Theatre Nurses*, 13(2):79-85.
102. Griffin, M. (2004) Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: an intervention for newly licensed nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 35(6):257-263.
103. Gunnarsdottir, H.K., Sveinsdottir, H., Betnburg, J.G., Fridriksdottir, H., Tomasson, K. (2006). Lifestyle, harassment at work and self-assessed health of female flight attendants, nurses and teachers. *Work (Reading, Mass.)*, 27(2):165-172.
104. Grandey, A., Kern, J. Frone, M. (2007). Verbal abuse from outsiders versus insiders: comparing frequency, impact on emotional exhaustion and the role of emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12: 63-79.
105. Glaso, L., Matthiesen, SB., Nielsen, MB., Einarsen S. (2007). Do targets of workplace bullying portray a general victim personality profile? *Scand J Psychol* 48:313-319
106. Görgülü, N., Beydag, K., Sensoy, F., Kiyak, M., (2014). The effects of mobbing (bullying) on health employees. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 152:503-509. Available at: [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)
107. Hedin, BA. (1986). A case study of oppressed group behaviour in nurses. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 18:53-57.
108. Hess, J. (2000). Maintaining nonvoluntary relationships with disliked partners: an investigation into the use of distancing behaviors. *Human Communication Research*, vol. 26, pp. 458-488.
109. Hess, J. (2006). Distancing from problematic coworkers. In Harden Fritz, J. and Omdahl, B. (eds), *Problematic Relationships in the Workplace*. New York, NY: Peter Lang Publishing Inc., 205-232
110. Huntington, AJ., Gilmour, J. (2001). Re-thinking representations, re-writing nursing texts: Possibilities through feminist and Foucauldian thought. *Journal of Advanced Nursing*, 35:902-908.
111. Hockley, C. (2002). *Silent hell: Workplace violence and bullying*. Norwood: Peacock Publications.
112. Heames, J., Harvey, M. (2006). Workplace bullying: a cross-level assessment. *Management Decision*, 44:1214-1230.

113. Harvey, M.G., Heames, J.T., Richey, R.G., Leonard, N. (2006). Bullying: from the playground to the boardroom. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 12:1-11.
114. Hershcovis, M. S., Turner, N., Barling, J., Arnold, K. A., Dupre, K. E., Inness, M., Sivanathan, N. (2007). Predicting workplace aggression: A meta-analysis. *The Journal of Applied Psychology*, 92(1):228-238.
115. Hutchinson, M., Vickers, M., Jackson, D., Wilkes, L. (2004). Bullying in nursing: Introducing an Australian study. The Association on Employment Practices and Principles, Leadership in the 21<sup>st</sup> Century: Working, Living and Surviving Organisational Life, Twelfth Annual International Conference, October 7-9, Florida, USA.
116. Hutchinson, M., Vickers, M., Jackson, D., Wilkes, L. (2005). 'Like wolves in a pack': Stories of predatory alliances of bullies in nursing. *Health Care Management Review*, 30(4):331-336.
117. Hutchinson, M., Vickers, M., Jackson, D., Wilkes, L. (2006). Workplace bullying in nursing: towards a more critical organisational perspective. *Nursing Inquiry*, 13(2):118–126
118. Hutchinson, M., Vickers, M., Jackson, D., Wilkes, L. (2006a). 'Like wolves in a pack': stories of predatory alliances of bullies in nursing. *Journal of Management and Organisation*, 12:235-251.
119. Hutchinson, M., Vickers, M.H., Wilkes, L., Jackson, D. (2010b). Integrating individual, work group and organizational factors testing a multidimensional model of bullying in the nursing workplace. *Journal of nursing management*, 18:173-181.
120. Hou, W. (2004). Caring holistically within new managerialism. *Nursing Inquiry*, 11:2-13.
121. Hansen, A. M., Hogh, A., Persson, R., Karlson, B., Garde, A. H., Orbaek, P. (2006). Bullying at work, health outcomes and physiological stress response. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(1):63-72.
122. Hegney, D., Eley, R., Plank, A., Buikstra, E., Parker, V. (2006). Workplace violence in Queensland, Australia: The results of a comparative study. *International Journal of Nursing Practice*, 12(4):220-231.
123. Hoel H, Rayner, Cooper CL. (1999). Workplace bullying. *Int Rev Industr Organ Psychol*, 14:195-230
124. Hoel H., Cooper Cl. (2001).Origins of bulling. Theoretical frameworks for explaining workplace bulling. In: Tehrani N (ed) *Managing bulling at work*. Taylor & Francis, London and New York, 3-19.
125. Hoel, H., Zapf, D., Cooper, C. (2002). Workplace bullying and stress. *Historical and Current Perspectives on Stress and Health*, 2:293-333.
126. Hoel, H., Cooper, CL., Faragher, B. (2001).The experience of bullying in Great Britain: The impact of organizational status. *Eur J Work Organ Psychol*, 10:443–465.
127. Hoel, H., Salin, D. (2003). Organisational antecedents of workplace bullying. In *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International Perspectives in Research and Practice* (Einarsen, S., Hoel, H., ZZapf, D. & Cooper, C.L., eds). Taylor & Francis, New York, 203-218.
128. Hoel, H. (2004). Violence and harassment in European workplaces: trends and political responses. In Einarsen, S. & Nielsen, M.B. (eds), *The fourth international conference*

- on bullying and harassment in the workplace*, Proceeding, University of Bergen – Birkbeck College, Bergen, Norway, June 28-29.
129. Hoel, H., Beale, D. (2006). Workplace bullying, psychological perspectives and industrial relations: towards a contextualized and interdisciplinary approach. *British Journal of Industrial Relations*, 44(2):239-262.
  130. Hoel, H., Sheehan, M., Cooper, C. and Einarsen, S. (2011). Organizational effects of workplace bullying. In Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. And Cooper, C. (eds), *Bullying and harassment in the Workplace: Developments in Theory, Research, and Practice*, 2<sup>nd</sup> edn. Boca Raton, FL: CRC Press, pp.129-148.
  131. Hogh, A., Mikkelsen, E., Hansen, A. (2011). Individual consequences of workplace bullying/mobbing. In Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. And Cooper, C. (eds), *Bullying and harassment in the Workplace: Developments in Theory, Research, and Practice*, 2<sup>nd</sup> edn. Boca Raton, FL: CRC Press, 107-128.
  132. International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organisation, Public Services International, (2002), *Framework Guidelines for addressing Workplace Violence in the Health Sector*, Geneva: International Labour Office.
  133. International Labour Organization. Introduction to violence at work. ILO, Geneva, 2008.  
Available at: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence/intro.htm>
  134. Ironside, M., Seifert, R. (2003). Tackling bullying in the workplace: the collective dimension. In *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International Perspectives in Research and practice* (Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, DD & Cooler, C.L., eds). Taylor & Francis, New York, 383-398.
  135. ICN. (2016). Who we are. Available at: <http://www.icn.ch/who-we-are/who-we-are/>  
Last access: 09/04/2016
  136. Jack, D. C. (1993). *Silencing the self: Women and depression*. New York, NY: Harper Perennial.
  137. Jack, D. C. (1999). *Behind the mask: Destruction and creativity in women's aggression*. Cambridge, MA: Harvard University.
  138. Jack, D. C., Ali, A. (2005). *Silencing the self across cultures: Depression and gender in the social world*. New York, NY: Oxford.
  139. Jackson, D. and Borbasi, SA. (2000). The caring conundrum: Potential and perils for nursing. In *Contexts of nursing: An introduction*, (eds) Daly, S., Speedy, S. and Jackson, D., 65-74. Sydney: MacLennan & Petty.
  140. Jackson, D., Clare, J., Mannix, J (2002) 'Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention'. *Journal of Nursing Management*, 10:13-20.
  141. Jacoba, L. (2005). Nurse against nurse: How to stop horizontal violence. *Nursing*, 35:44-50.
  142. Johnson, S.L., Rea, R.E. (2009). Workplace bullying: Concerns for nurse leaders. *The Journal of Nursing Administration*, 39(2), 84-90.
  143. Keashly, L. (1998). Emotional abuse in the workplace: Conceptual and empirical issues. *Journal of emotional Abuse*, 11:85-117.
  144. Keashly, L., Harvey, S. (2006). Workplace emotional abuse. In Kelloway, E., Barling, J. and Hurrell Jr, J. (eds), *Handbook of Workplace Violence*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 95-120.

145. Keashly, L., Jagatic, K. (2011). North American perspectives on hostile behaviors and bullying at work. In Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. And Cooper, C. (eds), *Bullying and harassment in the Workplace: Developments in Theory, Research, and Practice*, 2<sup>nd</sup> edn. Boca Raton, FL: CRC Press, 41-71.
146. Kivimaki, M., Elovainio, M., Vahtera, J. (2000), 'Workplace bullying and sickness absence in hospital staff', *Occupational and Environmental Medicine*, 57(10):656-660.
147. Kivimaki, M., et al. (2003) Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(10):779-783.
148. Karasek , R A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain. *Implication for job redesign Administrative Science Quarterly*, 21: 285 – 308
149. Karasek, R. A., Theorell, T (1990). *Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working life* New York Basic Books
150. Kudielka, B. M., Kern, S. (2004). Cortisol day profiles in victims of mobbing (bullying at the work place): Preliminary results of a first psychological field study. *Journal of Psychosomatic Research*, 56 (1):149-150.
151. Kunecka D, Kamińska M, Karakiewicz B (2008), 'A range of mobbing among female and male nurses employed in the Szczecin hospitals' *Med Pr.* 59(3):223-228.
152. Kaya, C. (2012). *Defining the situation of mobbing experience among nurses working in surgery department and analyzing the effects of mobbing on the motivations of nurses*. Afyon Kocatepe University, Institute of Medical Science, Department of Surgical Nursing Master's Thesis, AfyonKarahisar.
153. Kupperschmidt, B.R. (2006). Addressing Multygenerational Conflict: Mutual Respect and Carefronting as Strategy. *The Online Journal of Issues in Nursing*, May 31. Available at: [http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume112006/No2May06/tpc30\\_316075.html](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume112006/No2May06/tpc30_316075.html) Last access 10/5/16
154. Kennedy, H.P., Lyndon A. (2008). Tension and teamwork in nursing and midwifery relationships. *JOGNN: Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 27(4):426-435.
155. Kiriakidis, S. P., Kavoura, A. (2010). Cyberbullying: A review of the literature on harassment through the internet and other electronic means. *Family & Community Health*, 33(2), pp. 82-93.
156. Leymann, H. (1990). «Mobbing and psychological terror at workplaces». *Violence and Victims* 5:119–126.
157. Leymann, H. (1993). *Mobbing*, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Raimbeg.
158. Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work». *Eur J Work Organ Psychol*, 5:165–184
159. Leymann, H. (1996b). *La Persecution au Travail*, Paris: Edition du Seuil
160. Lee, M.B., Saeed, I. (2001). Oppression and horizontal violence: the case of nurses in Pakistan. *Nursing Forum*, 36 (1):15-24.
161. Livitin, D. (2002). The business case for diversity and the 'iron cage'. In *Casting the other: The production and maintenance of inequalities in work organizations*, eds B Czarniawska and H Hopfl, London: Routledge,180-198.
162. Lewis, S.E., Orford, J. (2005) Women's experiences of workplace bullying: changes in social relationships. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 15:29-47.



163. Lewis, M.A. (2006) Nurse bullying: organizational considerations in the maintenance and perpetration of health care bullying cultures. *Journal of Nursing Management*, 14:52-58.
164. Lewis, D., Gunn, R. (2007). Workplace bullying in the public sector: understanding the racial dimension. *Public Administration*, 83: 641-665.
165. Leer, R. E. (2006). Effective nursing management: A solution for nurses' job dissatisfaction and low retention rate? Doctoral dissertation, Capella University, Minneapolis
166. Liefvooghe, A.P., Davery, K.M. (2003) Explaining bullying at work: why should we listen to employee accounts? In *Bullying and Emotional Abuse in the workplace: International Perspectives in Research and Practice* (Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. & Cooper, C.L., eds). Taylor & Francis, New York, 219-230.
167. Linsley, P. (2006), *Violence and Aggression in the Workplace. A practical guide for all healthcare staff*, United Kingdom.
168. Lutgen-Sandvik, P. (2006). Take this job and ... quitting and other forms of resistance to workplace bullying. *Communication Monographs*, 73:406-433.
169. Lutgen-Sandvik, P., Tracy, S.J., Alberts, J.K. (2007) Burned by bullying in the American workplace: prevalence, perception, degree and impact. *Journal of Management Studies*, 44 (6): 837-862.
170. Lutgen-Sandvik, P. (2008). Intensive remedial identity work: responses to workplace bullying trauma and stigmatization. *Organization*, 15:97-119.
171. Lind, k., Glaso, L., Pallesen, S., Einarsen, S. (2009). Personality profiles among targets and nontargets of workplace bullying. *European Psychologist*, 14:231-237.
172. Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10:434-445.
173. Laschinger, H.K., Grau, A.L., Finegan, J., & Wilk, P. (2010). New graduate nurses experiences of bullying and burnout in hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12):2732-2742.
174. Lee, Y. J., Bernstein, K., Lee, M., Nokes, K. M. (2014). Bullying in the Nursing Workplace: Applying Evidence Using A Conceptual Framework. *Nursing Economics*, 32(5):255-267.
175. Mikkelsen, E. G., Einarsen, S. (2001) Bullying in Danish work-life: Prevalence and health correlates, *European Journal of Work and Organisational Psychology*, 10(4): 393-413.
176. Mikkelsen, E.G., Einarsen, S. (2002). Relationships between exposure to bullying at work and psychological and psychosomatic health complaints: the role of state negative affectivity and generalized self-efficacy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(5):397-405.
177. McKenna, B.G., Smith, N.A., Poole, S.J., Coverdale, J.H. (2003) Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (1):90-96
178. Milutinović D<sup>1</sup>, Prokes B, Gavrilov-Jerković V, Filipović D (2009). Mobbing-special reference to the nursing profession, *Med Pregl*. 62(11-12):529-533.
179. Mobbing - Wikipedia, the free encyclopedia. [wikipedia.org/wiki/Mobbing](https://www.google.com.cy/?gws_rd=cr&ei=teg9UoKXD5P34QTn54DQCA#q=Mobbing+Wikipedia). Available at: [https://www.google.com.cy/?gws\\_rd=cr&ei=teg9UoKXD5P34QTn54DQCA#q=Mobbing+Wikipedia](https://www.google.com.cy/?gws_rd=cr&ei=teg9UoKXD5P34QTn54DQCA#q=Mobbing+Wikipedia). Accessed at: 21/11/2015.

180. Mayhew, C., Chappell, D. (2001). Occupational Violence Types, Reporting Patterns and Variations Between Health Sectors. Taskforce on the Prevention and Management of Violence in the Niedl (1996) "Mobbing and wellbeing". *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5:239-249.
181. Mayhew, C., Chappell, D. (2002a). Bullying and the healthcare workforce. *Lamp*, 59(7):29-30.
182. Mayhew, C., Chappell, D. (2002b). Occupational violence in the NSW health workforce: Establishment of baseline data, report to the Taskforce on the Prevention and Management of Violence in the Health Workforce. NSW Department of Health, Sydney.
183. Mayhew, C., McCarthy, P., Chappell, D., Quinlan, M., Barker, M., Sheehan, M. (2004). Measuring the extent of impact from occupational violence and bullying on traumatized workers. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 16:117-134
184. MacIntosh, J. (2005). Experiences of workplace bullying in a rural area. *Issues in Mental Health Nursing*, 26:893-910.
185. MacIntosh, J., Wuest, J., Gray, M., Cronkhite, M. (2010). Workplace bullying in health care affects the meaning of work. *Qualitative Health Research*, 20(8):1128-1141.
186. McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6):633-642
187. Martino, V.D., Hoel, H., Cooper, G.L. (2003). Preventing violence and harassment in the workplace. Dublin, Ireland: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
188. Moyad, F. A., Daraiseh, N., Shell, R., Salem, S. (2006). Workplace bullying: A systematic review of risk factors and outcomes. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 7:311-327.
189. Matthiesen, S., Einarsen, S. (2004) Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32:335-356.
190. Matthiesen GE, Einarsen S, Mykletun R. (2008). The occurrences and correlates of bullying and harassment in the restaurant sector. *Scand J Psychol*, vol. 49, pp. 59-68.
191. McCarthy, S. (2008). Post-traumatic Stress Diagnostic Scale (PDS). *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 58(5): 379.
192. Monster Global Poll Reveals Workplace Bullying Is Endemic (2011). Available at: <http://www.onrec.com/news/news-archive/monster-global-poll-reveals-workplace-bullying-is-endemic>
193. Moisoglou, I., Prezerakos P., Galanis, P., Siskou, O., Maniadakis, N., Kaitelidou, D (2014) 'Conflict Management in a Greek Public Hospital: Colladotation or Avoidance?' *International Journal of Caring Sciences*, 7(1):75-82.
194. Nunnally, J. (1978), Psychometric theory. New York, McGraw-Hill.
195. Normandale, S., Davies, J. (2002). Bullying at work. *Community Practitioner*, 75:474-477.
196. Namie, G. (2003). Workplace bullying: Escalated incivility. *Ivey Business Journal*, 1-7.
197. Namie, G., Lutgen-Sandvik, P. (2010). Active and passive accomplices: the communal character of workplace bullying. *International Journal of Communication*, 4:343-373.
198. Nam, Y. (2010). The relationship between workplace bullying and intention to leave among nurses in one university hospital. Unpublished master's thesis, Catholic University, Seoul.

199. Niedl, K. (1996). Mobbing and well-being: Economic and personnel development implications, *Eur J Work Organ Psychol*, 5:239-249
200. Neumann, J., Baron, RA. (2003). Social antecedents of bullying. A social interactionist perspective. In: Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper C (eds) *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspective in research and practice*. Taylor & Francis, London, New York, 185-202.
201. Niedhammer, I., David, S., Degioanni, S. and 143 Occupational Physicians (2006). Association between workplace bullying and depressive symptoms in the French working population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61:251-259.
202. Ohon, N. (1994). Workplace violence: theories of causation and prevention strategies. *Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 4:477-482
203. O'moore M., Segne E., McGuire L., Smithn M. (1998). Victimw of bulling at work in Ireland. *J Occup Health Safety*, 14:569-574.
204. Occupational Safety and Health Administration. Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers. US-OSHA, 3148-01R 2004. Available at: <http://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html>
205. Payne, B.(1993). 2b or not 2b? *Br Acad Management Newsletter*,7.
206. Padgett, S. (1998). Dilemmas of caring in a corporate context: A critique of nursing case management. *Advances in Nursing Science*, 20: 1-12.
207. Pushkala, P., Anshuman, P. (2000). Stretching the iron cage: The constitution and implications of routine workplace resistance. *Organization Science*, 11:387-407.
208. Pai, HC., Lee, S. (2011), 'Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan', *J Clin Nurs.*, 20(9-10):1405-1412.
209. Picakciefc, M., Acar, G., Colak, Z., Kilic, I. (2012). The Relationship between socio-demographic characteristics, work conditions and level "mobbing" of health workers in primary health care. 30<sup>th</sup> International Congress on Occupational Health March,18-23. Available at:<http://icoh.confex.com/icoh/2012/webprogram/Paper8110.html> Last Accessed: 6/4/2016.
210. Quine, L. (1999). Workplace bullying in NHS community trust: Staff questionnaire survey. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 381(7178):228-232.
211. Quine, L. (2001) Workplace bulling in nurses. *Journal of Health psychology*, 6(1):73-84.
212. Olf, M., Langeland, W., Gersons, B.P. (2005). Effects of appraisal and coping on the neuroendocrine response to extreme stress. *Neuroscience and Bio behavioral Reviews*, 29(3):457-467.
213. Roberts, SJ. (1983). Oppressed group behaviour: Implications for nursing. *Advances in Nursing Science*, 5:21-30.
214. Roberts, SJ. (2000). Development of a positive professional identity: Liberating oneself from the oppressor within. *Advances in Nursing Science*, 22:71-82.
215. Roberts, S., DeMarco, R. F., Griffin, M. (2009). The effect of oppressed group behaviour on the culture of the nursing workplace: A review of evidence and interventions for change. *Journal of Nursing Management*, 17(3):288-293.
216. Rodriguez, I. Bravo, M.J., Peiro, J.M. (2001), 'The Demands – Control – Support model, locus of control and job dissatisfaction: a longitudinal study', *Work & Stress*, 15(2):97-114.

217. Randle, J. (2003) Bullying in the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4):395–401
218. Ranieri, D. (2004). *Il lavoro molesto*. 2<sup>nd</sup> ed. Ediesse, Roma.
219. Rutherford, A., Rissel, C. (2004). A survey of workplace bullying in a health sector organisation. *Austrian Health Review*, 28(1):65-72.
220. Rowe, M.M. & Sherlock, H. (2005) Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young?, *Journal of Nursing Management*, 13:242–248.
221. Rayner, C. (1999). From research to implementation: finding leverage for prevention. *International Journal of Manpower*, 20:28-38.
222. Rayner, C., Hoel, H., Cooper, CL. (2002). Workplace Bullying. What We Know, Who Is to Blame, and What Can We Do? London: Taylor&Francis.
223. Rayner, C., Keashly, L. (2005). Bullying at work: a perspective from Britain and North America. In Counterproductive Work Behavior: Investigations of Actors and Targets (Fox, S. & Spector, P.E., eds). American Psychological Association, Washington, DC, 271–296.
224. Reverby, S. (2005). A caring dilemma: womanhood and nursing in historical perspective. In *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*, 7<sup>th</sup> edn (Conrad, P., ed.). Worth Publishers, New York, 243-253.
225. Rocker, C.F. (2008). Addressing nurse-to-nurse bullying to promote nurse retention. *Online Journal of Issues in Nursing*, 13(3).
226. Roscigno, V., Lopez, S., Hodson, R. (2009). Supervisory bullying, status inequalities and organizational context. *Social Forces*, 87:1561-1589.
227. Roche, M., Diers, D., Duffield, C., Catling-Paull, C. (2010). Violence toward nurses, the work environment and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1):13-22.
228. Ramsay, S., Troth, A., Branch, S. (2011). Workplace bullying through the lens of social psychology: a group level analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84:799-816.
229. Rodwell, J., Demir, D., Steane, P. (2013). Psychological and organizational impact of bullying over and above negative affectivity: A survey of two nursing contexts.
230. *International journal of Nursing Practice*, 19:241-248.
231. Seley, H. (1976). Stress in the health and disease, Butterworths , Boston London.
232. Salin, D., (1999). ‘Explaining workplace bullying: A review of enabling, motivating, and triggering factors in the work environment’, Working paper No 406, Hanken Swedish School of Economics and Business Administration, Helsinki.
233. Salin D., (2003). The significance of gender in the prevalence, forms and perceptions of workplace bullying. *Nordiske Organisations studier*, 5:351-362
234. Salin, D. (2003a). Bullying and organizational politics in competitive and rapidly changing work environments. *International Journal of Management and Decision Making*, 4:35-46.
235. Salin, D. (2003b). Ways of explaining workplace bullying: a review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment. *Human Relations*, 56: 1213-1232.
236. Salin, D., Hoel, H. (2011). Organizational causes of workplace bullying. In Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. and Cooper, C. (eds), *Bullying and Harassment in the workplace:*

- Development in Theory, Research and Practice*, 2<sup>nd</sup> edn. Boca Raton, FL: CRC Press, 227-244.
237. Sunderland, L., Hunt, L. (2001). Bullying: An unrecognised road much travelled by nurses. *Australian Nursing Journal*, 9:39-40.
  238. Smith, A. (2002). Evidence of our instincts: An interview with Linda H. Aiken. *Nursing Economics*, 20:58-62.
  239. Sofield, L., Salmond, S. W. (2003). Workplace violence. A focus on verbal abuse and intent to leave the organization. *Orthopaedic Nursing/Association of Orthopaedic Nurses*, 22(4):274-283.
  240. Speedy, S. (2004). Organisational violations. In *Nursing Leadership*, eds. J Daly, S Speedy and D Jackson, pp. 145-163. Sydney: Churchill Livingstone (Elsevier).
  241. Speedy, S., Jackson, D. (2004). Power and gender: Issue for nurse leaders and managers. In *Nursing leadership*, eds. J Daly, S Speedy and D Jackson, 55-68. Sydney: Churchill Livingstone (Elsevier).
  242. Stanley, K.M., et al. (2007) Examining lateral violence in the nursing workforce. *Issues in Mental Health Nursing*, 23:1247-1265.
  243. Simons, S.R. (2006) Workplace bullying experienced by nurses newly licensed in Massachusetts and the relationship to intention to leave the organization. Ph.D. dissertation, University of Massachusetts Boston. Available at: <http://proquest.com> (Publication No. AAT 3221377)
  244. Simons, S.R., Mawn, B. (2010). Bullying in the workplace – A qualitative study of newly licensed registered nurses. *Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 58(7):305-311.
  245. Simons, S.R., Stark, R.B., DeMarco, R.F. (2011). A new, four-item instrument to measure workplace bullying. *Research in Nursing & Health*, 34(2):132-140.
  246. Sliter, M., Jex, S., Wolford, K., McInnerney, J. (2010). How rude! Emotional labour as a mediator between customer incivility and employee outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15:468-481.
  247. Selič P, Nassib A, Makivić I.(2012). Workplace mobbing: a case study report. *Obzor Zdrav Neg.*, 46(2):113–26.
  248. Sauer Penny A. Ph.D. Does Resilience Mediate the Effects of Bullying in Nurses? (2013) Directed by Dr. Susan Letvak. 158 pp.
  249. Available at: [http://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/Sauer\\_uncg\\_0154D\\_11044.pdf](http://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/Sauer_uncg_0154D_11044.pdf)
  250. Thylefors, I. (1987). Scapegoats. *Natur og Kultur*, Stockholm.
  251. Tidwell, A. (1998). The role of workplace conflict in occupational health and safety. *Journal of occupational Health and Safety Australia and New Zealand*, 14:587-592.
  252. Taylor, B. (2001). Identifying and transforming dysfunctional nurse-nurse relationships through reflective practice and action research. *International Journal of Nursing Practice*, 7: 406-403.
  253. Tehrani, N. (2003). Counselling and rehabilitating employees involved with bullying. In Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. and Cooper, C. (eds), *Bullying and Emotional abuse in the Workplace: International Perspectives in Research and Practice*. London: Taylor & Francis, 270-284.
  254. Tehrani, N. (2004). Bullying: a source of chronic post-traumatic stress? *British Journal of Guidance & Counselling*, 32:357-366.

255. Terburg, D., Morgan, B., Van Honk, J. (2009). The testosterone-cortisol ration: A hormonal marker for proneness to social aggression. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(4):216-223.
256. Thompson, E.R; Phua, F.T.T. (2012). A Brief Index of Affective Job Satisfaction". *Group & Organization Management*, 37(3): 275–307.
257. Tonso, M., Prematunga, K., Norris, S., Williams, L., Sands, N., Elson, S.(2016). Workplace Violence in Mental Health: A Victorian Mental Health Workforce Survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25 (5):444-451.  
[http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=8fa069e7-fe08-48b9-8179-001457793d85%](http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=8fa069e7-fe08-48b9-8179-001457793d85%001457793d85%)
258. Underwood, M. K. (2003). *Social aggression among girls*. New York: The Guilford Press.
259. Van Eyk, H. Baum, F., Houghton, G. (2001). Coping with health care reform. *Australian Health Review*, 24:202-206.
260. Vickers, MH. (2002). Bullying as unacknowledged organisational evil: A researcher's story. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 13:205-217.
261. Vessey, J. A., DeMarco, R., DiFazio, R. (2010). Bullying, Harassment, and Horizontal Violence in the Nursing Workforce. The State of the Science. *Annual Review of Nursing Research*, 28 (1):133-157.
262. Vartia, M.(1996). The sources of bullying: Psychological work environment and organizational climate. *Eur J Work Organ Psychol*, 5:203-214
263. Vartia, M., (2001). Consequences of workplace bullying with the respect to the well-being of its targets and the observers of bullying', *Scandinavian Journal of Work Environment Health*, 27(1):63–69.
264. Vartia, M. (2003). Workplace bullying – a study on the work environment, well-being and health. Faculty of Arts, University of Helsinki, Helsinki.  
Available at: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/hum/psyko/vk/vartia-vaananen/workplac.pdf>
265. Vezyridis, P, Samoutis, A, Mavrikiou, PM. (2014). Workplace violence against clinicians in Cypriot emergency departments: a national questionnaire survey. *J Nurs Manag*. 22(5):643-52.
266. Weisman, C. S., Nathanson, C.A. (1985). Professional satisfaction and client outcomes. A comparative organizational analysis. *Medical Care*, 23(10): 1179-1192.
267. Weiss, H., Cropanzano, R. (1996). Affective events theory: a theoretical discussion of the structure, causes and consequences of affective experiences at work. In Staw, B. and Cummings, L. (eds). *Research in Organizational Behavior*. Greenwich, CT: JAI Press, 1-74.
268. Wegge, J; van Dick, R.; Fisher, G.K.; West, M.A.; Dawson, J.F. (2006). A Test of Basic Assumptions of Affective Events Theory (AET) in Call Centre Work". *British Journal of Management*. 17(3): 237–254.
269. Wheeler, A.R., Halbesleben, J.R.B., Shanine, J. (2010). Eating their cake and everyone else's cake, too: resources as the main ingredient to workplace bullying. *Business Horizons*, 53:553-560.
270. The Workplace Bullying Institute (WBI) wrote the survey and commissioned Zogby International to collect data for the second representative study of all adult Americans on the topic of workplace bullying.  
Available at: <http://www.workplacebullying.org/research/WBI-NatlSurvey2010.html>.

271. Wikipedia, the free encyclopedia en.wikipedia.org/wiki/Mobbing. Mobbing Available at: [https://www.google.com.cy/?gws\\_rd=cr&ei=teg9UoKXD5P34QTn54DQCA#q=Mobbing+Wikipedia](https://www.google.com.cy/?gws_rd=cr&ei=teg9UoKXD5P34QTn54DQCA#q=Mobbing+Wikipedia). Accessed at: 15/10/2015.
272. Young, I.M. (1990). Five faces of oppression. *In Justice and the Politics of Difference Princeton University Press*, Princeton, NJ, 39-65.
273. Young, S., Brown, BH. (1998) Effects of hospital downsizing on surviving staff. *Nursing Economics*, 16:258-263.
274. Yildirim, A., Yildirim, D. (2007) Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in health care facilities in Turkey and its effect on nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16:144-1453.
275. Yildirim, D., Yildirim, A., Timucin, A. (2007). Mobbing behaviors encountered by nurse teaching staff. *Nursing Ethics*, 14 (4):447-462.
276. Yildirim, D. (2009). Bullying among nurses and its effects. *International Nursing Review*, 56 (4):504-511.
277. Zapf, D., Knortz, C., Kulla, M. (1996). On the relationship between mobbing factors and job content, social work environment and health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5:215-237.
278. Zapf, D. (1999). Organizational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20:70-85
279. Zapf, D., Gross, C. (2001). Conflict escalation and coping with workplace bullying: A replication and extension. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, vol. 10:497-522.
280. Zapf, D., Einarsen, S. (2011). Individual antecedents of bullying: victims and perpetrators. In Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. and Cooper, C. (eds), *Bullying and Harassment in the workplace: Development in Theory, Research and Practice*, 2<sup>nd</sup> edn. Boca Raton, FL: CRC Press, 177-200.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

281. Γεωργίου, Ε. (2011). Επαγγελματική αυτονομία και συσχέτιση με το βαθμό συνεργασίας νοσηλευτών ιατρών σε ΜΕΘ Κύπρου. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Διαθέσιμο σε <http://hdl.handle.net/11128/147>
282. Γρηγορίου, Σ. (2016). Εκτίμηση του επιπολασμού του συνδρόμου Mobbing ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο γενικό νοσοκομείο Λευκωσίας. Μεταπτυχιακή Διατριβή, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Ιδρυματικό αποθετήριο Κυψέλη. Διαθέσιμο σε: <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/handle/11128/2234/???-2016-00333.pdf?sequence=1>
283. Δρίβας, Σ. (2002). Το σύνδρομο mobbing στην εργασία. *Πετρελαιοειδή-Δωλιστήρια & χημική βιομηχανία*, 9 : 8-9.
284. Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (OSHA) (2002), Παρενόχληση στον χώρο εργασίας Δελτίο Τεχνικών Στοιχείων 23, Bilbao Available at: <https://osha.europa.eu/el/publications/factsheets/23>
285. Hirigoyen, M-F. (2002). Ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας. (Μετάφραση Σιγάλα Ασπασία), εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.

286. Θεοφάνης, Φ., Καλοκαιρινού, Α. (2010) «Η ύπαρξη του εκφοβισμού στον εργασιακό χώρο των νοσηλευτών. Φαινόμενο-πρόκληση για τους διευθυντές των νοσηλευτικών υπηρεσιών» *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 49(2):141-147.
287. Κριμπάς Κ., (2005) « Η ψυχολογία από την οπτική της θεωρίας της εξελίξεως» *Νόησις*, 1.
288. Κοϊνής, Α., Σαρίδη, Μ., (2010) «Το mobbing στον εργασιακό χώρο. Επιπτώσεις mobbing στο χώρο της υγείας», *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 6(1):36-48.  
[https://www.researchgate.net/profile/Maria\\_Saridi/publication/258841615\\_Mobbing\\_in\\_the\\_workplace\\_Effects\\_mobbing\\_in\\_health\\_care\\_systems/links/0deec52933104613f5000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maria_Saridi/publication/258841615_Mobbing_in_the_workplace_Effects_mobbing_in_health_care_systems/links/0deec52933104613f5000000.pdf)
289. Κωνσταντινίδης, Μ. (2011). Εργασιακή παρενόχληση: Μια πρόταση έρευνας και παρέμβασης. *Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας*, 47.
290. Κούρτη, Μ., Κατοστάρας, Θ., Φιλντίσης, Γ., Καλλέργης, Γ., Χριστοφίλου, Ε., Φλώρος, Ε. (2011). Οι συγκρούσεις μέσα στο χώρο της μονάδας εντατικής θεραπείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(4): 555-560.
291. Κασίνη, Α. (2012). Η οργανωσιακή κουλτούρα και ο βαθμός επαγγελματικής ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων στην ιδιωτική περίθαλψη της Κύπρου. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Διαθέσιμο σε <http://hdl.handle.net/11128/392>
292. Μιτής Γ., Πρωτοπαπά Ε., “Εργασιακό περιβάλλον και υγεία” σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Κύπρου – Συγκριτική Διερεύνηση, Ιδρυματικό αποθετήριο Κυψέλη, 2012. <http://kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/279>
293. Μπακέλλα Π., Γιάγκου Ε., Μπραχάντινη Κ., (2013). Η επίδραση του «συνδρόμου mobbing» στην επαγγελματική ζωή των Νοσηλευτών. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 6:15-21  
[http://magazine.enne.gr/wpcontent/uploads/2013/12/epidراسi\\_sindromou\\_mobbing.pdf](http://magazine.enne.gr/wpcontent/uploads/2013/12/epidراسi_sindromou_mobbing.pdf)  
Ημερομηνία πρόσβασης 12/2/2016
294. Παπαδάκη Μ, Χουστουλάκη Ε, Τσιράκος Δ. (2007). Πτυχιακή εργασία: Διερεύνηση του «Συνδρόμου Mobbing» (εργασιακή παρενόχληση) στο νοσηλευτικό προσωπικό δημοσίων νοσοκομείων νομού Ηρακλείου. Συγκριτική μελέτη μεταξύ των δύο μεγάλων δημόσιων νοσοκομείων Βενιζέλειου-Πανάνειου και Πάγνη. Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας τμήμα: Νοσηλευτική.
295. Σαχίνη – Καρδάση, Α. (2007). Μεθοδολογία Έρευνας Εφαρμογές στον Χώρο της Υγείας. Αθήνα: ΒΗΤΑ.
296. Σπυριδάκης, Μ. (2009). Εξουσία και παρενόχληση στην εργασία, Εκδόσεις Διόνικος. Αθήνα
297. Σπύρου Π., (2014). “Workplace bullying” – Ψυχολογική παρενόχληση/κακοποίηση στον εργασιακό χώρο – Bullying στις επιχειρήσεις στα πλαίσια μιας οικονομικής κρίσης, Ιδρυματικό αποθετήριο Κυψέλη. Διαθέσιμο: <http://kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/373>
298. Τούκας, Δ., Δελιγάς, Μ., Καραγεωργίου, Α. (2012). Εννοιολογικοί ορισμοί και αιτιολογικοί παράγοντες της ψυχολογικής βίας στην εργασία. Ο ρόλος τους στην αξιολόγηση της επικινδυνότητας του φαινομένου mobbing, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(2):162-173.



299. Υπουργείο Υγείας Κύπρου, Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών Κύπρου, 2016 <http://www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/C309BB665341A82EC2257A1E0027362B?OpenDocument> Last access: 11.1.16
300. Χείρα, Η.Σ., (2014). Εκτίμηση της παρουσίας του συνδρόμου Mobbing ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας της Κύπρου. Μεταπτυχιακή Διατριβή, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Ιδρυματικό αποθετήριο Κυψέλη. Διαθέσιμο: <http://Kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/1671>
301. Javeau, C.(2000). Η έρευνα με ερωτηματολόγιο Το εγχειρίδιο του Καλού Ερευνητή. Αθήνα: τυπωθήτω.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι:

### 1. Ορολογία και ορισμοί της ψυχολογικής βίας στους χώρους εργασίας

Συγγραφέας	Όρος	Ορισμός
Brodsky15	Harassment	Επαναλαμβανόμενες και συνεχείς προσπάθειες που γίνονται από ένα άτομο προκειμένου να καταπιέσει, να φθίρει ή να απογοητεύσει ένα άλλο άτομο. Πρόκειται για μια διαδικασία με διάρκεια, που προκαλεί ψυχολογική πίεση, φόβο, εκφοβισμό και άλλες ψυχικές διαταραχές και σε άλλα άτομα
Thylefors16	Scapegoating	Κατάσταση κατά την οποία ένα ή περισσότερα άτομα είναι εκτεθειμένα για ένα χρονικό διάστημα σε επαναλαμβανόμενες αρνητικές ενέργειες που προέρχονται από ένα ή περισσότερα άτομα
Leymann9,17	Mobbing/ Psychologicalterror	Εχθρική και μη ηθική επικοινωνία που εκδηλώνεται με συστηματικό τρόπο από ένα ή περισσότερα άτομα εναντίον ενός άλλου, ο οποίος χωρίς υποστήριξη και άμυνα είναι αναγκασμένος να δέχεται τις συνεχείς καταπιεστικές ενέργειες. Οι ενέργειες αυτές χαρακτηρίζονται από υψηλή συχνότητα (τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα) και για μια μακρά χρονική περίοδο (διάρκεια τουλάχιστον έξι μήνες)>>
Wilson18	Workplacetrauma	Ολοκληρωτική αποσύνθεση των ψυχικών αντιστάσεων του εργαζόμενου που προέρχονται από σκόπιμες συνεχείς και κακόβουλες ενέργειες του εργοδότη ή κάποιου ιεραρχικά ανώτερου
Bjorkqvistetal19	Workharassment	Επαναλαμβανόμενες ενέργειες που έχουν στόχο τον ψυχικό (αλλά μερικές φορές και το σωματικό) πόνο κατευθυνόμενες σε ένα ή περισσότερα άτομα τα οποία για κάποιο λόγο δεν είναι ικανά να προστατεύσουν τους εαυτούς τους
Einarsenetal20	Bullying	Προβληματική κατάσταση που δημιουργείται σε συγκεκριμένους χώρους εργασίας και αφορά σε συγκεκριμένους εργαζόμενους. Για να χαρακτηριστεί μια ενέργεια ως bullying χρειάζεται να επαναλαμβάνεται αρκετές φορές σε μια χρονική περίοδο και τα άτομα να έχουν δυσκολίες να υπερασπιστούν τους εαυτούς τους. Δεν υπάρχει bullying όταν και τα δύο μέρη έχουν κατά προσέγγιση «ίση ισχύ»
Keashly et al, 21 Keashly22	Abusive behaviour/ Emotionalabuse	Εχθρική λεκτική και μη λεκτική συμπεριφορά που δεν συνδέεται με σεξουαλικό ή ρατσιστικό περιεχόμενο, η οποία κατευθύνεται από ένα ή περισσότερα άτομα προς άλλα τα οποία στοχοποιούνται ως υπονομευτές των κανόνων στους χώρους εργασίας με σκοπό τη συμμόρφωσή τους
O'Mooreetal23	Bullying	Συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενη λεκτική, ψυχολογική και σωματική επιθετικότητα προερχόμενη από ένα ή περισσότερα άτομα εναντίον άλλων
Hoeletal24	Bullying	Κατάσταση στην οποία ένα ή διαφορετικά άτομα υφίστανται κατ' εξακολούθηση, σε ένα χρονικό διάστημα, αρνητικές ενέργειες από ένα ή περισσότερα άλλα άτομα χωρίς να μπορούν να υπερασπίσουν τον εαυτό τους. Μια μεμονωμένη αρνητική πράξη δεν αποτελεί bullying.
Zapf25	Mobbing	Mobbing στην εργασία σημαίνει harassing, bullying, κοινωνικός αποκλεισμός, προσβολή κατά την ανάθεση ή διάρκεια της εργασίας σε άτομα που βρίσκονται σε ιεραρχικά κατώτερη θέση από άλλο ή άλλα άτομα που βρίσκονται υψηλότερα στην ιεραρχία.
Salin26	Bullying	Επαναλαμβανόμενες και διαρκείς αρνητικές ενέργειες οι οποίες κατευθύνονται σε ένα ή περισσότερα άτομα, οι οποίες δημιουργούν ένα εχθρικό περιβάλλον εργασίας. Τα άτομα-στόχοι παρουσιάζουν δυσκολίες να υπερασπιστούν τον εαυτό τους. Bullying δεν είναι οι επαναλαμβανόμενες και διαρκείς αρνητικές ενέργειες που χαρακτηρίζουν μια διένεξη μεταξύ μερών ίδιας ισχύος.
Ege27	Mobbing	Το mobbing είναι ένας πόλεμος στο χώρο εργασίας, στον οποίο διαμέσου της ψυχολογικής βίας, ηθικής ή/και φυσικής, ένα ή περισσότερα άτομα είναι αναγκασμένα να υπόκεινται στη θέληση ενός ή περισσότερων επιτιθεμένων. Αυτή η βία εκφράζεται μέσω συχνών και παρατεταμένων επιθέσεων που έχουν σκοπό να προκαλέσουν βλάβες στην υγεία.

Πηγή: Τούκας Δ. και συν 2011 σελ 164.

Άδεια διεξαγωγής έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου.



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. φακ: 5.34.01.7.6<sup>F</sup>  
Αρ. τηλ: 22605738  
Αρ. φαξ: 2260529  
Email: igeorgiou@moh.gov.cy

Αρ. Πρωτοκόλλου: 0354/2016

15 Φεβρουαρίου 2016

Κυρία Ελένη Παναγιώτου  
Δωριέων 38  
2023 Στρόβολος  
Λευκωσίας

**Θέμα: Αίτημα για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας με τίτλο: «Το Φαινόμενο της παρενόχλησης «Mobbing» στο χώρο εργασίας ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας»**

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας σχετικά με το πιο πάνω θέμα που υποβλήθηκε στην Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας, με ημερομηνία 5/2/2016 και να σας ενημερώσω ότι το αίτημα σας έχει εγκριθεί.

Σημειώνεται ότι το Υπουργείο Υγείας δεν φέρει οποιαδήποτε ευθύνη για την έκβαση των αποτελεσμάτων σας.

Νοείται ότι θα πρέπει να προβείτε σε ενημέρωση των προϊσταμένων των τμημάτων /υπηρεσιών για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Επισημαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνάς σας θα πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της επιτροπής τα ακόλουθα:

- Αντίγραφα ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- Γραπτή συγκατάθεσή σας για την Διαχείριση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας.
- Περίληψη της έρευνας σε συγκεκριμένη μορφή, καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας σας τα οποία θα αναρτούνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας.

Με εκτίμηση,

(Ειρήνη Γεωργίου)  
για Γενική Διευθύντρια  
Υπουργείου Υγείας

Κοιν: ΠΛΥ  
Διευθυντή ΙΥ&ΥΔΥ  
Διευθυντή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών



Υπουργείο Υγείας 1448 Λευκωσία  
Τηλ: 22605300, Ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy>

Έγκριση από τον Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ  
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Αρ. Φακ.: 3.28.405  
Αρ. Τηλ. : 22818303

4 Φεβρουαρίου 2016

Κυρία Ελένη Παναγιώτου  
Δωριέων 38  
2023 Στρόβολος  
Λευκωσία

**Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου/ Έναρξης Επεξεργασίας μεταπτυχιακής έρευνας της κ. Ελένης Παναγιώτου, νοσηλευτικής λειτουργού και φοιτήτριας στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, με τίτλο: «Το φαινόμενο της παρενόχλησης «Mobbing» στο χώρο εργασίας ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας», με εθελοντική συμμετοχή, με τη χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου.**

Αναφέρομαι στην Γνωστοποίηση με ημερομηνία 20.1.2016 που ελήφθη στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα στις 22.1.2016, που αφορά το πιο πάνω Αρχείο, και σας πληροφορώ ότι φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις του άρθρου 7(1)(2) των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (Ν. 138(I)/2001 όπως τροποποιήθηκε με τους Ν. 37(I)/2003 και Ν. 105(I)/2012), στο εξής «ο Νόμος», και, ως εκ τούτου, έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4), 23(1)(ιγ) και 24(1)(α) του Νόμου. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.

2. Νοείται ότι η έρευνα θα είναι παγκύπρια και στα δεδομένα που θα συλλέξετε/επεξεργαστείτε δε θα περιλαμβάνεται η επαρχία/πόλη εργασίας και ότι η ηλικία, ο επαγγελματικός τίτλος και τα χρόνια υπηρεσίας θα είναι ομαδοποιημένα όπως στο ηλεκτρονικό μήνυμα σας ημερομηνίας 4.2.2016, και ότι θα συλλέξεις ξεχωριστά το έντυπο ενημέρωσης και λήψης συγκατάθεσης (όπως είναι διαμορφωμένο στα ηλεκτρονικά μηνύματα σας ημερομηνίας 2 και 3 Φεβρουαρίου 2016) από τα απαντημένα ερωτηματολόγια.

(Μάριος Παπαχριστοδούλου)  
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων  
Προσωπικού Χαρακτήρα

Έγκριση από τη Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας.



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. Φακ. : ΥΥ 5.34.01.7.6Ε

Αρ. Πρωτ.: 0354/2016

15 Φεβρουαρίου 2016

Προϊστάμενη Νοσηλευτικό Λειτουργό Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

**Θέμα : Άδεια για διεξαγωγή ερευνών από την Επιστημονική Επιτροπή  
προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας**

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο πιο πάνω θέμα για να σας ενημερώσω πως η  
— Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας έχει  
παραχωρήσει σχετική άδεια στην κα Ελένη Παναγιώτου, Νοσηλευτικό  
Λειτουργό Ψυχικής Υγείας, για διεξαγωγή έρευνας με τίτλο «**Το φαινόμενο  
της παρενόχλησης "Mobbing" στον χώρο εργασίας ανάμεσα στους  
Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας**».

Στη διάθεση σας για οποιοσδήποτε διευκρινήσεις.

(Χριστίνα Ιωαννίδου-Ευσταθίου)

για Διευθυντή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών

✓ Κοιν. Ελένη Παναγιώτου, Νοσηλευτικό Λειτουργό Ψυχικής Υγείας



Προδρόμου 1 Χίλωνος 17 Υπουργείο Υγείας, 1448 Λευκωσία  
Τηλ: 22605740 Φαξ: 22605528 Ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy>

Έγκριση από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου.



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2016.01.06  
Αρ. Τηλ.: 22809038/039  
Αρ. Φαξ: 22353878

12 Ιανουαρίου 2016

Κυρία Ελένη Παναγιώτου  
Δωριέων 38  
2023 Στρόβολος

**Θέμα: «Το φαινόμενο της παρενόχλησης «Mobbing» στο χώρο εργασίας  
ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας»**

Αναφέρομαι στην επιστολή σας ημερομηνίας 07 Ιανουαρίου 2016, για το πιο πάνω θέμα και επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι μέσα από τη μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (καλυπτική επιστολή, πρωτόκολλο και ερωτηματολόγια), που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω την γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας **δεν εμπίπτει** στη σφαίρα αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) για βιοηθική αξιολόγηση.

2. Παραμένει περαιτέρω ευθύνη δική σας η διεξαγωγή της έρευνας με τρόπο που να διασφαλιστεί η τήρηση της εμπιστευτικότητας και ανωνυμίας των συμμετεχόντων με βάση τον περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμο του 2001 (Ν.138(Ι)/2001) και με τις εκάστοτε τροποποιήσεις.

3. Σας ενημερώνουμε ότι για σκοπούς καλύτερου συντονισμού και αποφυγής επανάληψης ερευνών με το ίδιο θέμα ή/και υπό εξέταση πληθυσμό μέσα σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα, η ΕΕΒΚ δημοσιεύει στην ιστοσελίδα της το θέμα της έρευνας, τον φορέα και τον υπό εξέταση πληθυσμό.

4. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνάς σας.

Με εκτίμηση,

Δρ. Κωνσταντίνος Ν. Φελλάς  
Πρόεδρος

Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: Άδειες χρήσης ερευνητικών εργαλείων & ερευνητικά εργαλεία

RE: παραχώρηση άδειας για χρήση ερωτηματολογίου LIPT



Andreas Georgiou <andthe@cytanet.com.cy>

Δευ 26/10/2015, 6:52 μμ

Εσείς



Απάντηση | v



mobbinggrquestynl.docx

36 KB

Λήψη Αποθήκευση στο OneDrive - Προσωπικό

Αγαπητή Ελένη,

Μπορείς να χρησιμοποιήσεις το ερωτηματολόγιο κάνοντας αναφορά ότι τη μετάφραση στα ελληνικά και στάθμιση του ερωτηματολογίου έκαναν οι Ζαχαριάδου Θ. και Παυλάκης Α. Σου το στέλνω το ερωτηματολόγιο και είμαι στη διάθεση σου για να συζητήσουμε οτιδήποτε θέλεις στην πορεία της διατριβής.

Φιλικά

Θεοδώρα Ζαχαριάδου

Αλληλογραφία Ημερολόγιο Άτομα Εργασίες

Eleni A Panayiotou



← ΑΠΑΝΤΗΣΗ

←← ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΕ ΟΛΟΥΣ

→ ΠΡΩΤΗΣΗ



Michalis Madianos <madianos@nurs.uoa.gr>

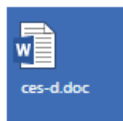
Πεμ 19/11/2015 2:30 μμ

σήμανση ως μη αναγνωσμένου

Προς: Eleni A Panayiotou;

• Απαντήσατε στις 22/11/2015 12:59 μμ.

@ 1 συνημμένο



Κυρία Παναγιώτου,

Σας επισυνάπτω την Κλίμακα CES-D.

Η Κλίμακα CES-D περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις που αφορούν σε καταθλιπτικά συμπτώματα και ο τύπος των απαντήσεων κυμαίνεται από 0-3, (0) σπάνια ή καθόλου, (1) μερικές φορές, (2) αρκετές φορές και (3) τον περισσότερο καιρό. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από το 0 (απουσία θετικών συμπτωμάτων) μέχρι το 60. Διαχωριστικό σημείο της φυσιολογικής κατάστασης από την ψυχοπαθολογική κατάσταση καταθλιπτικότητας είναι το 16.

Καλή επιτυχία στη διπλωματική σας εργασία!

Καθηγητής Μιχάλης Γ. Μαδιανός



**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**Ερωτηματολόγιο για τον προσδιορισμό του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας και συσχέτισης του με συμπτώματα κατάθλιψης.**

**Λευκωσία 2016**



Οδηγίες για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου **Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT)** και του ερωτηματολογίου **Depression Scale (CES-D)**.

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

Η παρούσα έρευνα διεξάγεται στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος Διοίκηση Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, με θέμα «Το φαινόμενο της παρενόχλησης Mobbing στο χώρο εργασίας ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας».

Σκοπός της ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση της παρουσίας ψυχολογικής βίας στον χώρο εργασίας και συγκεκριμένα ανάμεσα στην επαγγελματική ομάδα των νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Παράλληλα θα μελετηθεί η πιθανή συσχέτιση του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης με την παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά την κάθε ενότητα και συμπληρώστε τις απαντήσεις σημειώνοντας Χ ή √ στο κατάλληλο σημείο. Δεν υπάρχουν ορθές και λάθος απαντήσεις. Ζητάμε την προσωπική σας άποψη- εμπειρία. Απαντήστε αυθόρμητα.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη. Οι απαντήσεις σας θα είναι εμπιστευτικές, δεν θα δημοσιοποιηθούν, αλλά θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. **Προτού συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο παρακαλείστε όπως διαβάσετε και υπογράψετε την δήλωση συγκατάθεσης για την συμμετοχή σας στην έρευνα.**

Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια, τοποθετήστε τα στον φάκελο που τα συνοδεύει και θα τα συλλέξει το άτομο που σας τα έδωσε.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία σας.

## Μέρος Α' Δημογραφικά στοιχεία

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα πιο κάτω στοιχεία δίνοντας σε κάθε ερώτηση την απάντησή σας: Είτε γράφοντας την απάντησή σας στον κενό χώρο, είτε σημειώνοντας X ή √ στον κατάλληλο χώρο.

1. Φύλο	
Άνδρας	
Γυναίκα	

2. Ηλικιακή ομάδα			
20-30 χρονών	30-40 χρονών	40-50 χρονών	50-60+ χρονών

3. Οικογενειακή κατάσταση				
Έγγαμος /η	Άγαμος /η	Διαζευγμένος /η	Χήρα / α	Συμβίωση

4. Εκπαιδευτικό επίπεδο			
Ανώτερη σχολή (Κολλέγιο)	Ανώτατη σχολή (Πανεπιστήμιο)	Μεταπτυχιακό δίπλωμα (Μάστερ/Διδακτορικό)	Άλλο (σημειώστε)

5. Επαγγελματικός τίτλος	
Νοσηλευτικός Λειτουργός ή Νοσοκόμος	
Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός ή Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός ή Προϊστάμενος ή Βοηθός Προϊστάμενος Νοσηλευτικός Λειτουργός	

<b>6. Χρόνια υπηρεσίας</b>			
1-10 χρόνια	10-20 χρόνια	20-30 χρόνια	30+ χρόνια

## Μέρος Β΄ Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT)

Έχετε αντιμετωπίσει στην εργασία σας κάποια από τις ακόλουθες καταστάσεις τους τελευταίους 6 μήνες;

Παρακαλώ απαντήστε σε κάθε δήλωση με βάση την πρώτη σας αντίδραση σημειώνοντας X ή √ στον κατάλληλο χώρο.

A.A			
<b>1.</b>	<b>Όσον αφορά τις εργασιακές σχέσεις:</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
α	Ο άμεσα προϊστάμενος σας, σας απαγορεύει να εκφραστείτε		
β	Σας διακόπτουν διαρκώς ενώ εκφράζεστε		
γ	Άλλα άτομα σας εμποδίζουν να εκφραστείτε		
δ	Σας υβρίζουν και σας φωνάζουν		
ε	Σας ασκούν μια συνεχή αρνητική κριτική σε σχέση με τη δουλειά σας		
στ	Σας ασκούν μια συνεχή αρνητική κριτική σε σχέση με την προσωπική σας ζωή		
ζ	Σας παρενοχλούν τηλεφωνικά		
η	Δέχετε λεκτικές απειλές		
θ	Δέχετε γραπτές απειλές		
ι	Δέχετε περιφρονητικές ματιές ή / και περιφρονητικές χειρονομίες		
ια	Αδιαφορούν για την παρουσία σας απευθυνόμενοι αποκλειστικά σε άλλους		
<b>2.</b>	<b>Σας απομονώνουν συστηματικά:</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
α	Δεν σας απευθύνουν τον λόγο		
β	Δεν θέλουν να τους πλησιάζετε		
γ	Σας έχουν τοποθετήσει σε μία εργασιακή θέση η οποία σας απομονώνει από τους άλλους		
δ	Απαγορεύουν στους συναδέλφους σας να σας μιλούν		
ε	Κάνουν σαν να μην υπάρχουν		
στ	Απευθύνονται σε εσάς μόνο γραπτώς		

<b>3.</b>	<b>Τα επαγγελματικά σας καθήκοντα έχουν τροποποιηθεί ως τιμωρία:</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
α	Δεν σας αναθέτουν κανένα καθήκον, δεν έχετε εργασία		
β	Σας αναθέτουν καθήκοντα που δεν έχουν ενδιαφέρον		
γ	Σας αναθέτουν καθήκοντα πολύ κατώτερα των ικανοτήτων σας		
δ	Σας αναθέτουν διαρκώς καινούργια καθήκοντα		
ε	Σας αναθέτουν ταπεινωτικά καθήκοντα		
στ	Σας αναθέτουν καθήκοντα πολύ ανώτερα των ικανοτήτων σας		
<b>4.</b>	<b>Επιθέσεις στο πρόσωπο σας:</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
α	Μιλούν άσχημα για σας πίσω από την πλάτη σας		
β	Διαδίδουν ψεύτικες φήμες για σας		
γ	Σας γελοιοποιούν μπροστά σε άλλους		
δ	Αφήνουν υπόνοιες ότι είστε ψυχικά ασθενής		
ε	Θέλουν να σας υποχρεώσουν να κάνετε ψυχιατρική εξέταση		
στ	Σας κοροϊδεύουν για μία αδυναμία (σωματική ή ψυχική) που έχετε		
ζ	Μιμούνται την εμφάνιση, τη φωνή και τις χειρονομίες σας για να σας γελοιοποιήσουν		
η	Επιτίθενται στις πολιτικές και θρησκευτικές σας απόψεις		
θ	Σας επιτίθενται ή σας κοροϊδεύουν για την καταγωγή σας		
ι	Είστε υποχρεωμένος/η να εκτελείτε εργασίες που πλήττουν τη συνείδηση σας		
ια	Κρίνουν τη δουλειά σας με τρόπο άδικο και επιζήμιο		
ιβ	Αμφισβητούν τις αποφάσεις σας		
ιγ	Σας προσβάλλουν χρησιμοποιώντας άσεμνες ή εξευτελιστικές εκφράσεις		
Ιδ	Σας κάνουν προφορικούς υπαινιγμούς ή προτάσεις σεξουαλικού περιεχομένου		

5.	Βία και απειλές:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α	Σας υποχρεώνουν να εκτελείτε καθήκοντα που βλάπτουν την υγεία σας		
β	Παρά την κακή σας υγεία, σας υποχρεώνουν να κάνετε κάποια εργασία που βλάπτει την υγεία σας		
γ	Σας απειλούν με σωματική βία		
δ	Χρησιμοποιούν ήπιας μορφής βία απέναντι σας ως προειδοποίηση		
ε	Σας κακομεταχειρίζονται σωματικά (σπρωξίματα)		
στ	Σας προκαλούν έξοδα προσπαθώντας να σας βλάψουν οικονομικά		
ζ	Έχουν προκαλέσει ζημιές στο σπίτι ή στο χώρο εργασίας σας		
η	Σας έχουν επιτεθεί σεξουαλικά		

**6. Άλλα γεγονότα ή καταστάσεις που επιθυμείτε να αναφέρετε:**

.....  
.....  
.....

**7. Αν δεν έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με καμία από τις καταστάσεις που αναφέρονται πιο πάνω (ενότητες 1-6) τους τελευταίους 6 μήνες, παρακαλώ προχωρήστε απευθείας στις ενότητες 13 και 14.**

7. Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/ η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις (ενότητα 1-6) <u>τους τελευταίους 6 μήνες</u> ;	Καθημερινά	Σχεδόν καθημερινά	Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα	Τουλάχιστον μία φορά τον μήνα	Σπάνια

8. Για <u>πόσο χρονικό διάστημα</u> έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με αυτές τις καταστάσεις;	Χρόνια	Μήνες

<b>9. Είστε <u>ακόμα και σήμερα</u> αντιμετώπος /η με τέτοιες καταστάσεις;</b>	Ναι, τις αντιμετωπίζω ακόμα και σήμερα	Όχι, τις αντιμετώπιζα στο παρελθόν σε αυτή τη δουλειά	Όχι τις αντιμετώπιζα στο παρελθόν σε προηγούμενη δουλειά

<b>10.</b>	<b>Σε αυτό το χρονικό διάστημα ποιος/ποιοι ήταν εναντίον σας;</b>		
α	Συνάδελφος/οι		
β	Προϊστάμενος/οι ή άτομο/α που κατείχε/αν υψηλότερη θέση στην ιεραρχία από εσάς		
γ	Υφιστάμενος/οι		
δ	<i>Ποιο ήταν το φύλο του/των ατόμου/ων αυτού/ων:</i>	Άνδρας / ες	Τόσο άνδρες όσο και γυναίκες
		Γυναίκα/ες	

<b>11. Κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής <u>πόσα άτομα</u> ήταν εναντίον σας;</b>	Άτομα

12	Είχατε κάποιο/α άτομο/α με το/α οποίο/α μιλήσατε για αυτά τα προβλήματα; (επιλέξτε ένα ή περισσότερα)	ΝΑΙ μίλησα με...
α	Συνάδελφο	
β	Προϊστάμενο	
γ	Υπεύθυνο προσωπικού / διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού	
δ	Εκπρόσωπο προσωπικού, συνδικαλιστή	
ε	Επιθεωρητή εργασίας, επίτροπο διοίκησης	
στ	Δικηγόρο	
ζ	Ιατρό προσωπικού	
η	Άλλο ιατρό	
θ	Κοινωνικό /η λειτουργό	
ι	Νοσηλεύτη / τρια	
ια	Φίλους ή γνωστούς εκτός του χώρου εργασίας	
ιβ	Μέλη της οικογένειας, συγγενείς	
ιγ	Άλλο άτομο (αναφερθείτε συγκεκριμένα) .....	

<b>ΟΧΙ</b> δεν μίλησα επειδή.....	
α . Δεν είχα κάποιο άτομο στο οποίο μπορούσα να απευθυνθώ αλλά θα ήθελα να είχα	
β. Δεν είχα κάποιο άτομο στο οποίο μπορούσα να απευθυνθώ, ούτε και το είχα ανάγκη	



13. Η ψυχολογική βία στην εργασία μπορεί να οριστεί ως η κατάσταση εκείνη στην οποία ένα άτομο υφίσταται εχθρικές συμπεριφορές από ένα ή περισσότερα άτομα στο εργασιακό του περιβάλλον, τα οποία με τρόπο συνεχή και επανειλημμένο επιχειρούν να το πληγώνουν, να το καταπιέζουν, να το κακομεταχειρίζονται ή ακόμα να το αποκλείουν ή να το απομονώνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Με βάση τον πιο πάνω ορισμό πιστεύετε ότι έχετε υποστεί ψυχολογική βία στην εργασία τους τελευταίους 6 μήνες;

Ναι  Όχι

Αν <u>ναι</u> , σε τι αποδίδετε αυτές τις εχθρικές συμπεριφορές εναντίον σας;		
α	Στη γενικά κακή ατμόσφαιρα της εργασίας	
β	Στην κακή οργάνωση της εργασίας	
γ	Σε προβλήματα διοίκησης, τοποθέτησης σε θέση εργασίας	
δ	Σε προβλήματα ανταγωνισμού μεταξύ των ατόμων	
ε	Σε ζήλεια	
ζ	Σε σύγκρουση ή ανεπίλυτη εργασιακή διαφορά	
η	Επειδή θέλουν να με κάνουν να εγκαταλείψω τη δουλειά μου	
θ	Επειδή είμαι διαφορετικός/η από τους άλλους λόγω:	
	i. της ηλικίας μου	
	ii. του φύλου μου	
	iii. της εθνικότητας μου	
	iv. κάποιας αδυναμίας μου	
	v. δεν γνωρίζω	
	vi. Άλλο .....	

14. Με βάση τον πιο πάνω ορισμό (ενότητα 13), έχετε αντιληφθεί άσκηση ψυχολογικής βίας εναντίον κάποιου άλλου ατόμου στον εργασιακό σας χώρο τους τελευταίους 6 μήνες;

Ναι  Όχι

## Ces-d

Πιο κάτω είναι μια σειρά από καταστάσεις που πιθανόν να περάσατε ή να αισθανθήκατε. Παρακαλώ σημειώστε πόσο συχνά αισθανθήκατε έτσι τις **τελευταίες τριάντα ημέρες**;

(Βάλτε σε κύκλο γύρω από τον αριθμό π.χ. 1 στην κατάλληλη στήλη, σύμφωνα με την συχνότητα που λέει)

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Λιγότερο από μία μέρα την εβδομάδα</li> <li>❖ 1-2 μέρες</li> <li>❖ 3-4 μέρες</li> <li>❖ 5-7 μέρες καιρό»</li> </ul> | <p>«σπάνια-καθόλου»<br/>«μερικές φορές»<br/>«αρκετές φορές»<br/>«τον περισσότερο καιρό»</p> |
|--|---|

		<b>Σπάνια ή καθόλου</b>	<b>Μερικές φορές</b>	<b>Αρκετές φορές</b>	<b>Τον περισσότερο καιρό</b>
		<b>Λιγ. από 1 μέρα</b>	<b>1-2 μέρες</b>	<b>3-4 μέρες</b>	<b>5-7 μέρες</b>
1.	Με ενοχλούσαν πράγματα που συνήθως δεν με ενοχλούν	0	1	2	3
2.	Δεν ήθελα να φάω και η όρεξή μου ήταν κακή	0	1	2	3
3.	Ένιωθα ότι δεν μπορούσα να απαλλαγώ από την κακοκεφιά μου, ακόμη κι αν με βοηθούσαν οι φίλοι και η οικογένειά μου	0	1	2	3
4.	Ένιωθα ότι ήμουν εξίσου ικανός με τους άλλους	3	2	1	0
5.	Είχα δυσκολία να συγκεντρωθώ σε αυτό που έκανα	0	1	2	3
6.	Ένιωθα μελαγχολικός	0	1	2	3
7.	Ένιωθα ό,τι έκανα το έκανα με μεγάλη προσπάθεια, με πίεση	0	1	2	3
8.	Ένοιωθα ελπίδα για το μέλλον	3	2	1	0
9.	Σκεφτόμουν ότι η μέχρι τώρα ζωή μου ήταν μια αποτυχία	0	1	2	3
10.	Ένιωθα φοβισμένος	0	1	2	3
11.	Είχα ανήσυχο ύπνο	0	1	2	3
12.	Ήμουν ευτυχισμένος	3	2	1	0
13.	Μιλούσα λιγότερο από το συνηθισμένο	0	1	2	3
14.	Ένιωθα μοναξιά	0	1	2	3
15.	Οι άνθρωποι δεν ήταν φιλικοί μαζί μου	0	1	2	3
16.	Ευχαριστιόμουν (χαιρόμουν τη ζωή)	3	2	1	0
17.	Έκλαιγα με λυγμούς	0	1	2	3
18.	Ένιωθα λυπημένος	0	1	2	3
19.	Ένιωθα ότι οι άνθρωποι δεν με συμπαθούσαν	0	1	2	3
20.	Δεν μπορούσα να κάνω τις δουλειές μου (εργασία, σπίτι, σχολείο)	0	1	2	3

**Σας ευχαριστώ πολύ.**

