



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

**«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΦΥΛΕΤΙΚΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΙΣΕΙΣ ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ
ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΣ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΕΞΕΛΙΞΗ**

ΘΥΜΝΙΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΤΑΛΙΑΣ ΜΙΧΑΗΛ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2020

Ιούνιος 2020

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστήμων και Διοίκησης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών *Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών
Υγείας*

Μεταπτυχιακή Διατριβή

Φυλετικές Διακρίσεις Σε Δομές Υγείας: Η Εμπειρία Γυναικών Μελών Του
Νοσηλευτικού Προσωπικού Νοσοκομείων Της Επικράτειας Για Τα Εμπόδια Στην
Επαγγελματική Τους Εξέλιξη.

Θύμιου Αλεξάνδρα

Επιβλέπων Καθηγητής Τάλιας Μιχαήλ

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των
απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στις Πολιτικές Υγείας και
Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας από τη Σχολή Οικονομικών Επιστήμων και Διοίκησης
του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Ιούνιος 2020

Περίληψη

Η παρούσα έρευνα στοχεύει στη διερεύνηση των φυλετικών διακρίσεων που εντοπίζονται σε δομές υγείας και συγκεκριμένα στο νοσηλευτικό προσωπικό. Ειδικότερα, εξετάζεται αν οι νοσηλεύτριες των δημόσιων νοσοκομείων της επικράτειας βιώνουν διακρίσεις λόγω φύλου, καθώς επίσης αν οι διακρίσεις αυτές σχετίζονται με άλλες παραμέτρους, όπως τα ατομικά τους χαρακτηριστικά (π.χ., ηλικία, θέση, μονιμότητα θέσης). Με αυτόν τον τρόπο επιχειρείται ο εντοπισμός των βασικότερων διακρίσεων, καθώς και των εμποδίων που συναντούν οι γυναίκες που εργάζονται σε δομές υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι διακρίσεις που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες στον εργασιακό χώρο τείνουν να συνδέονται με την ανάπτυξη εργασιακού στρες. Γι' αυτόν τον λόγο θεωρήθηκε σημαντικό να εξεταστεί και το επίπεδο αυτού. Αναλυτικότερα, σε δείγμα 140 νοσηλευτριών εξετάστηκαν οι φυλετικές διακρίσεις, η αυτοεκτίμηση, η ανθεκτικότητα τους, η ικανοποίηση τους από τη ζωή και την εργασία τους. Τέλος, συστήνονται ορισμένες προτάσεις για την καταπολέμηση και την άμβλυνση του φαινομένου στις επιστήμες υγείας. `

Λέξεις – Κλειδιά: φυλετικές διακρίσεις, γυναίκες νοσηλεύτριες, επιπτώσεις διακρίσεων, αιτίες διακρίσεων, επαγγελματικό άγχος, εκφοβισμός

Abstract

The present study aims to investigate racial discrimination found in health facilities and in particular in nursing staff. In particular, it is examined whether the nurses of the public hospitals of the territory experience discrimination due to their gender, as well as whether these discriminations are related to other parameters, such as their individual characteristics (eg, age, position, permanent position). In this way, attempts are made to identify the main discriminations, as well as the obstacles faced by women working in health structures. It is worth noting that discrimination against women in the workplace tends to be associated with the development of work stress. For this reason, it was considered important to consider its level as well. More specifically, in a sample of 140 nurses, racial discrimination, self-esteem, resilience, satisfaction with their life and work were examined. At last, some suggestions are made in the health sciences to combat and mitigate the phenomenon.

Keywords: racial discrimination, women nurses, effects of discrimination, causes of discrimination, professional stress, bullying

Πίνακας περιεχομένων

Εισαγωγή.....	9
Κεφάλαιο Πρώτο.....	11
1. Φυλετικές διακρίσεις και Αγορά εργασίας.....	11
1.1 Η είσοδος της γυναίκας στην αγορά εργασίας.....	11
1.2 Άμεσες και έμμεσες διακρίσεις μεταξύ των δυο φύλων.....	14
Κεφάλαιο Δεύτερο.....	17
2. Φυλετικές διακρίσεις και δομές υγείας.....	17
2.1. Φυλετικές διακρίσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό.....	17
2.2. Έρευνες στο ζήτημα των φυλετικών διακρίσεων στον κλάδο της νοσηλευτικής.....	17
Κεφάλαιο Τρίτο.....	19
3.1. Ο εκφοβισμός στην εργασία και οι αιτίες του.....	19
3.2. Ο εκφοβισμός στην εργασία και οι συνέπειές του.....	21
Κεφάλαιο Τέταρτο.....	24
4.1 Στόχος και ερευνητικά ερωτήματα.....	24
Κεφάλαιο Πέμπτο.....	26
5. Μέθοδος.....	26
5.1. Συμμετέχοντες.....	26
5.2. Εργαλεία.....	26
5.3. Διαδικασία.....	27
5.4. Στατιστική Ανάλυση.....	28
Κεφάλαιο Έκτο.....	29
6. Αποτελέσματα.....	29
6.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά και φυλετικές διακρίσεις.....	29
6.1.1. Επίδραση της ηλικίας στις φυλετικές διακρίσεις.....	29
6.1.2. Επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στις φυλετικές διακρίσεις.....	29
6.2. Εργασιακό περιβάλλον και φυλετικές διακρίσεις.....	30
6.2.1. Ικανοποίηση από το εργασιακό περιβάλλον.....	30
6.2.2 Φυλετικές διακρίσεις και ηθική παρενόχληση στον χώρο εργασίας.....	30
6.3. Οι πιο βασικές διακρίσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό.....	31
6.4. Εμπόδια νοσηλευτριών στον εργασιακό χώρο.....	31

6.5. Συνέπειες των διακρίσεων σε βάρος των νοσηλευτριών στον εργασιακό χώρο.....	31
6.6. Εκφοβισμός στο νοσηλευτικό προσωπικό	32
6.7. Επίπεδα εργασιακού στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό	36
6.8. Επίπεδα αυτοεκτίμησης στο νοσηλευτικό προσωπικό	38
6.9. Επίπεδα ανθεκτικότητας στο νοσηλευτικό προσωπικό.....	39
6.10. Ικανοποίηση από τη ζωή και Υγεία στο νοσηλευτικό προσωπικό.....	39
Κεφάλαιο Έβδομο	42
7. Συζήτηση	42
Βιβλιογραφικές Αναφορές	47
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	52
ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	52

Εισαγωγή

Η Σιμόν ντε Μποβουάρ (1949) στο βιβλίο της «Το δεύτερο φύλο», υποστήριξε «*Δεν γεννιέσαι γυναίκα, γίνεσαι*», καθώς επίσης ότι η θηλυκή ταυτότητα όπως έχει διαμορφωθεί ιστορικά, είναι προϊόν της κοινωνίας και όχι αναπόδραστη φυσική αναγκαιότητα. Βάση, προκειμένου να ερμηνευθεί η αρσενική κυριαρχία αποτέλεσε η βιολογική διαφορά. Η κοινωνία λοιπόν, φαίνεται να διατηρεί τις γυναίκες σε θέση κατωτερότητας, στη θέση του «άλλου», θέση, η οποία περιγράφεται με όρους αρνητικούς συγκριτικά με τον άνδρα. Καθιστά το γενετήσιο φύλο καθοριστικό παράγοντα στη διαμόρφωση της ζωής μας;

Ο όρος «διακρίσεις» αφορά ένα άτομο, το οποίο τυγχάνει λιγότερο ευνοϊκής μεταχείρισης συγκριτικά με κάποιο άλλο λόγω φυλετικής, εθνικής ή εθνοτικής καταγωγής, θρησκευτικών πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή ακόμη και σεξουαλικού προσανατολισμού. Ειδικότερα, οι διακρίσεις κατά των γυναικών ορίζονται από τη Σύμβαση για την εξάλειψη όλων των μορφών διακρίσεων κατά των γυναικών (CEDAW) ως «κάθε διάκριση, αποκλεισμός ή περιορισμός που πραγματοποιείται βάσει του φύλου και που έχει ως αποτέλεσμα ή στόχο τη φαλκίδευση ή ακυρώνει την αναγνώριση, την απόλαυση ή την άσκηση εκ μέρους των γυναικών, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών στον πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικό, πολιτιστικό, αστικό ή οποιοδήποτε άλλο τομέα» (European Union, Council Directive 2000/43/EC of 29 June 2000).

Στην εν λόγω εργασία θα γίνει ανάλυση των φυλετικών διακρίσεων που εντοπίζονται σε δομές υγείας και συγκεκριμένα στις φυλετικές διακρίσεις που αντιμετωπίζουν οι νοσηλεύτριες στα δημόσια νοσοκομεία της επικράτειας. Αρχικά, θα οριστούν οι διακρίσεις λόγω φύλου, ως τις συμπεριφορές, τις δράσεις, τις πολιτικές, τις διαδικασίες, ή τις αλληλεπιδράσεις που επηρεάζουν αρνητικά την εργασία ως απόρροια τη διαφορετική μεταχείριση ανάλογα με το φύλο ή τη δημιουργία ενός εχθρικού ή εκφοβιστικού περιβάλλοντος (Lenhart & Evans, 1991). Απώτερος στόχος της εν λόγω έρευνας αποτελεί η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο οι νοσηλεύτριες που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία της επικράτειας αντιμετωπίζουν διακρίσεις εξαιτίας του φύλου τους στον χώρο εργασίας τους.

Ειδικότερα, θα γίνει βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνών που έχουν διεξαχθεί για τις γυναίκες που εργάζονται ως νοσηλεύτριες σε δομές υγείας και για τις διακρίσεις που δέχονται, είτε από άνδρες συναδέλφους τους, είτε από λοιπό

προσωπικό άλλων ειδικοτήτων, είτε από το ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον. Συγκεκριμένα, θα γίνει λόγος για τις γυναίκες νοσηλεύτριες που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία και θα γίνει παράθεση σχετικών ερευνών για τη γυναίκα νοσηλεύτρια στην Ελλάδα και στις άλλες χώρες του δυτικού κόσμου. Επιπλέον, θα ήταν ενδιαφέρον να διερευνηθεί η στάση που διατηρούν οι ίδιες απέναντι σε αυτές τις διακρίσεις. Για παράδειγμα αν επιδεικνύουν αντίδραση σε αυτές, διεκδικώντας ίση μεταχείριση ή αν έχουν υιοθετούν μια πιο παθητική στάση, λόγω των στερεοτύπων που επικρατούν γύρω από το γυναικείο φύλο και με τα οποία έχουν κατά κάποιο τρόπο ασυνείδητα γαλουχηθεί. Τέλος, η έρευνα αυτή θα αποτελέσει σημαντικό δείκτη του τρόπου με τον οποίο η ελληνική κοινωνία αντιμετωπίζει τη γυναίκα νοσηλεύτρια, τις δυσκολίες που ενδεχομένως συναντά στο εργασιακό της περιβάλλον εξαιτίας του φύλου και τον τρόπο που εν τέλει τις διαχειρίζεται.

Κεφάλαιο Πρώτο

1. Φυλετικές διακρίσεις και Αγορά εργασίας

1.1 Η είσοδος της γυναίκας στην αγορά εργασίας

Η είσοδος των γυναικών στην αγορά εργασίας αποτελεί ένα σύγχρονο φαινόμενο, το οποίο κατακτήθηκε με την πάροδο των ετών. Το γυναικείο φύλο είχε ουσιαστικά αποκλειστεί από υψηλόβαθμες θέσεις εργασίας, γεγονός το οποίο αποδιδόταν στην απουσία ευκαιριών για πρόσβαση στην τριτοβάθμια εκπαίδευση για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο αποκλεισμός της γυναίκας από την εισαγωγή στα πανεπιστήμια εμπόδιζε τη συμμετοχή των γυναικών σε επαγγέλματα υψηλού κοινωνικού κύρους όπως η νομική και η ιατρική σε πολλές χώρες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι μόλις στα τέλη του '40 το Πανεπιστήμιο του Cambridge, επικύρωσε πτυχία σε γυναίκα, γεγονός μάλιστα που προκάλεσε αντιδράσεις. Μέχρι και τον 20^ο περίπου αιώνα οι γυναίκες εργάζονταν μόνο σε χαμηλόμισθα επαγγέλματα, καθώς επίσης σε αντίξοες συνθήκες εργασίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι η αμοιβή τους ήταν χαμηλότερη συγκριτικά με αυτή των ανδρών, ακόμη και όταν επρόκειτο για την ίδια εργασία. Συγκεκριμένα, μέχρι και τον 19^ο αιώνα, οι γυναίκες ασχολούνταν κυρίως αγροτικές εργασίες, κάτι το οποίο συνέβαινε σε πολλές χώρες από την αρχαιότητα. Στα τέλη του 18^{ου} αιώνα με αρχές του 19^{ου} αιώνα η βιομηχανική επανάσταση μετέβαλλε τη φύση της εργασίας για τις γυναίκες τόσο στην Ευρώπη, όσο και στις άλλες χώρες του δυτικού κόσμου. Εκείνη την περίοδο, οι γυναίκες απασχολούνταν με χειρονακτικές εργασίες. Ολοένα και μεγαλύτερος αριθμός γυναικών στις χώρες του δυτικού κόσμου ξεκίνησαν να εργάζονται σε εργοστάσια (π.χ., κλωστοϋφαντουργίας). Ακόμη, οι γυναίκες, εργάζονταν ως «γυρολόγοι» προϊόντων (π.χ., λουλουδιών). Επίσης, μεγάλος αριθμός εργαζόμενων γυναικών ασχολούνταν με κεντήματα (υφαντά, εκκαθάριση μαλλιού ή μεταξιού), κάτι το οποίο αμείβονταν με το κομμάτι. Εκείνη την περίοδο, η ανισότητα των μισθών μεταξύ ανδρών και γυναικών συνηθιζόταν. Ο μέσος εβδομαδιαίος μισθός που αναλογούσε στις γυναίκες που εργάζονταν σε εργοστάσια κυμαίνονταν από 11 έως 18 δολάρια, ενώ στους άνδρες ο αντίστοιχος μισθός άγγιζε τα 25 δολάρια (Perkin, 1993).

Ωστόσο, περίπου στα μέσα του 20ου αιώνα, παρατηρείται μεγαλύτερη εισροή γυναικών στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, γεγονός που έδωσε ώθηση στη δημιουργία καλύτερων θέσεων εργασίας αλλά και στη βελτιστοποίηση των εργασιακών συνθηκών. Βέβαια, παρά την αύξηση των μισθών και την βελτίωση των συνθηκών εργασίας, οι γυναίκες παρέμειναν σε χαμηλότερες και μικρής διάρκειας ειδικεύσεις. Μεταξύ των περιορισμών στους οποίους οφείλεται η χαμηλή προσβασιμότητα των γυναικών στο εργατικό δυναμικό, είναι α) η άνιση πρόσβαση σε κεφάλαιο, β) το φαινόμενο της «γυάλινης οροφής», γ) πολιτιστικές και νομικές ανισότητες ως προς την δυνατότητα εκπαίδευσης και εργασιακής απασχόλησης και δ) μισθολογικές ανισότητες. Επιπλέον, δεν μπορούμε να παραλείψουμε τον «κανόνα του ιδανικού εργαζόμενου» ως έναν από τους λόγους που παρεμποδίζουν την ισότητα μεταξύ των δύο φύλων στον τομέα της εργασίας. Σύμφωνα με τον ανωτέρω κανόνα, ως «ιδανικός εργαζόμενος» θεωρείται όποιος έχει την δυνατότητα να εργάζεται με πλήρη απασχόληση επί σαράντα συνεχόμενα έτη, γεγονός που αυτομάτως αποκλείει τη γυναίκα από την δυνατότητα αυτή καθόσον δυσκολεύονται να συμβαδίσουν λόγω του ρόλου που διαδραματίζουν στο σπίτι ως νοικοκυρές και μητέρες (Williams, 2009). Αναλογιζόμενοι τις ανωτέρω φυλετικές διακρίσεις ως προς την εργασιακή απασχόληση, καθώς και άλλες πολιτιστικές, κοινωνικές και οικονομικές μεταβλητές, είναι εύλογη η ομαδοποίηση ανδρών και γυναικών ανά επάγγελμα που ως αποτέλεσμα έχει την δυσαναλογία ως προς τη συμμετοχή τους σε οικονομικούς τομείς γεγονός που έχει καταστήσει κάποια επαγγέλματα ως αντρικά και άλλα ως γυναικεία. Ο πίνακας με τα στατιστικά στοιχεία των Ηνωμένων Εθνών της περιόδου 2004-2007 που ακολουθεί μας δίνει μία σαφή εικόνα αναφορικά με τις δυσαναλογίες αυτές ανά τον κόσμο (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Τομεακή κατανομή των μισθωτών, κατά κλάδο και φύλο (2004 έως 2007)¹

Περιοχή	Πρωτογενής Τομέας		Μεταποίηση-Βιομηχανία		Υπηρεσίες	
	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
Αφρική	42%	43%	20%	11%	39%	46%
Ασία (εκτός Κίνας)	26%	32%	25%	12%	49%	56%
Λατ. Αμερική και Καραϊβική	22%	7%	27%	13%	51%	80%
Ευρώπη και άλλες αναπτυγμένες περιοχές	8%	6%	36%	15%	55%	79%

Εντυπωσιακό είναι το γεγονός ότι στον πρωτογενή τομέα, το ποσοστό συμμετοχής των γυναικών στην Ασία και την Αφρική είναι μεγαλύτερο από αυτό των ανδρών, ενώ αισθητά μικρότερο είναι στη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική. Στον τομέα της Μεταποίησης και της Βιομηχανίας, το ποσοστό συμμετοχής των γυναικών είναι σχεδόν υποδιπλάσιο στην Αφρική και την Ασία, ενώ αρκετά μικρότερο είναι και στις υπόλοιπες περιοχές. Αρκετά υψηλό ποσοστό συμμετοχής έχουν οι γυναίκες στην Αφρική και την Ασία στον τομέα των υπηρεσιών, κάτι το οποίο παρατηρείται και στην Λατινική Αμερική, αλλά και στις αναπτυγμένες χώρες του κόσμου, συμπεριλαμβανομένων των χωρών της Ευρώπης. Μεταξύ του 1980 και του 2008, το ποσοστό συμμετοχής των γυναικών στο εργατικό δυναμικό αυξήθηκε από 50,2% έως 51,7%, ενώ το ποσοστό των ανδρών μειώθηκε ελαφρώς από 82,0% σε 77,7%. Ως αποτέλεσμα, το χάσμα μεταξύ των δυο φύλων στα ποσοστά συμμετοχής στο εργατικό

¹ United Nations (2010) The World's Women 2010. Trends and Statistics, Retrieved from: http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/Worldswomen/WW_full%20report_color.pdf. [Accessed 15/03/2015]

δυναμικό μειώθηκε ελαφρώς από 32% στο 26%, ενώ σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία, μεταξύ των απασχολούμενων σε όλο τον κόσμο, το 40% είναι γυναίκες².

Παρά τα βήματα προόδου που έχουν κάνει οι σύγχρονες κοινωνίες σε θέματα ισότητας των δύο φύλων, οι έμφυλες διακρίσεις εξακολουθούν να είναι παρούσες. Οι κοινωνικοί κανόνες διαμορφώθηκαν από άνδρες, αλλά υποσυνείδητα υιοθετήθηκαν από τις γυναίκες, ώστε να αποτελούν βίωμά τους (Μεϊντάση, 2011). Για παράδειγμα, ακόμα και σήμερα, σε πολλές χώρες της Δυτικής Ευρώπης, η απασχόληση των γυναικών παραμένει σημαντικά διαφορετική από εκείνη των ανδρών και λίγες γυναίκες βρίσκονται σε καθεστώς συνεχούς απασχόλησης με πλήρες ωράριο μετά τη γέννηση του πρώτου παιδιού τους (Kanji, 2009).

1.2 Άμεσες και έμμεσες διακρίσεις μεταξύ των δυο φύλων

Στην Ε.Ε., η αρχή της μη διάκρισης (γενικότερα αλλά και ειδικότερα στην εργασία) προϋποθέτει ασφαλώς την αναγνώριση από τις εθνικές και τις διεθνείς έννομες τάξεις της αρχής της ισότητας. Η αρχή αυτή προκύπτει ως αναγκαία συνέπεια της ανάπτυξης της αρχής της ίσης μεταχείρισης των εργαζομένων και της ισότητας ευκαιριών στο πεδίο της απασχόλησης, και διατυπώνεται σε πλήθος διεθνών κανονιστικών ή άλλων κειμένων διακηρυκτικής αξίας (Σταμάτη & Συριόπουλος, 2011).

Το άρθρο 13 παρ. 1 Συνθ. ΕΚ, το οποίο εντάσσεται στο κεφάλαιο των γενικών αρχών της Συνθήκης ορίζει ότι: «Με την επιφύλαξη των άλλων διατάξεων της παρούσας Συνθήκης και εντός των ορίων των αρμοδιοτήτων που παρέχει αυτή η Κοινότητα, το Συμβούλιο αποφασίζοντας ομόφωνα, μετά από πρόταση της Επιτροπής και διαβούλευση με το ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, μπορεί να αναλάβει κατάλληλη δράση για την καταπολέμηση των διακρίσεων λόγω φύλου, φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, ή θρησκείας ή πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού». Σκοπός αυτού του άρθρου είναι ακριβώς η αξιοπρέπεια και η αυτονομία των προσώπων που ανήκουν σε ευάλωτες κατηγορίες.

²http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_elm/---trends/documents/publication/wcms_123835.pdf, [Accessed: 15/03/2015]

Υπάρχουν δύο είδη διακρίσεων στον εργασιακό χώρο, οι άμεσες και έμμεσες διακρίσεις. Όταν αναφερόμαστε σε άμεσες διακρίσεις, κάνουμε λόγο για διακρίσεις τις οποίες υφίστανται άτομα που λαμβάνουν λιγότερο ευνοϊκή μεταχείριση σε σχέση με ένα άλλο άτομο που βρίσκεται στην ανάλογη θέση ή κατάσταση συνήθως για λόγους φυλετικούς, εθνοτικούς, θρησκευτικούς ή λόγω αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου και σεξουαλικού προσανατολισμού. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, η μη πρόσληψη γυναίκας περίπου 40 ετών για θέση πωλήτριας σε κατάστημα πώλησης ρουχισμού κατόπιν ανακοίνωσης της εταιρίας ότι δεν προσλαμβάνει άτομα που έχουν υπερβεί το τριακοστό έτος της ηλικίας τους (Σταμάτη & Συριόπουλος, 2011).

Από την άλλη πλευρά, οι έμμεσες διακρίσεις είναι συνήθως πιο κεκαλυμμένες, καθώς δεν κάνουν ιδιαίτερη αίσθηση. Οι έμμεσες διακρίσεις συμβαίνουν όταν μια διάταξη ή πρακτική, η οποία αν και φαινομενικά είναι ουδέτερη, έχει δυσανάλογη επίδραση σε κάποια ομάδα ατόμων. Αν για παράδειγμα, μία εταιρία ή εργοδότης επιλέξει από το σύνολο των υποψηφίων εργαζομένων να μην προσλάβει γυναίκες με παιδιά, παρά το γεγονός ότι στην περιοχή που εδράζεται η εταιρία ή επιχείρηση υπάρχει μεγάλο ποσοστό γυναικών με παιδιά, τότε πρόκειται για μορφή έμμεσης διάκρισης (Σταμάτη & Συριόπουλος, 2011).

1.2 Οριζόντιος και κάθετος επαγγελματικός διαχωρισμός

Όσον αφορά τον επαγγελματικό διαχωρισμό, κάνουμε λόγο για τον διαχωρισμό που δημιουργείται με τη συγκέντρωση ανδρών και γυναικών σε διαφορετικά επαγγέλματα. Βέβαια, όπως παρατίθεται στον Μπεχράκη (1999), ο διαχωρισμός «παύει να υφίσταται όταν η αναλογία ανδρών και γυναικών σε κάθε επάγγελμα είναι ίδια με την αναλογία των φύλων στη συνολική απασχόληση»

Μία περαιτέρω διάκριση του επαγγελματικού διαχωρισμού, είναι ο οριζόντιος διαχωρισμός (Vertical Segregation), ο οποίος σχετίζεται με την κατανομή ανδρών και γυναικών σε συγκεκριμένους επαγγελματικούς κλάδους και ο κάθετος διαχωρισμός (Horizontal Segregation) ο οποίος αφορά τις διαφορές ως προς την ιεραρχία ανδρών και γυναικών μέσα στον ίδιο τον κλάδο. Βέβαια, παρά το γεγονός ότι διευρύνθηκε σημαντικά ο τομέας των υπηρεσιών στον οποίο εισήχθησαν πολλές γυναίκες κυρίως στην Ευρώπη, κάτι που θα έβαζε φρένο στον επαγγελματικό διαχωρισμό, δεν

παρατηρείται εξέλιξη στον εργασιακό ρόλο της γυναίκας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, το υψηλό ποσοστό (65%) απασχολούμενων γυναικών στην Ελλάδα σε κλάδους όπως η γεωργία, η εκπαίδευση, η υγεία, το εμπόριο λιανικής, οι χώροι εστίασης, η δημόσια διοίκηση κ.α (Νάκος, 2005).

Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι σε σχέση με άλλες χώρες της ΕΕ, το ποσοστό γυναικών που εργάζονται στον αγροτικό τομέα είναι υψηλότερο και προτιμούν να εργάζονται σε τομείς στους οποίους θεωρούν ότι ανταποκρίνονται καλύτερα σε επαγγελματικές υποχρεώσεις (Τσιρώνης, 2005).

Κατά αυτό τον τρόπο, η ύπαρξη οριζόντιου διαχωρισμού καθίσταται υπαρκτή και προωθεί την διάκριση γυναικείων και ανδρικών επαγγελμάτων, ενώ παράλληλα δεν βοηθάει στην μείωση του ποσοστού ανεργίας από την στιγμή που αρκετά επαγγέλματα έχουν χαμηλή προσβασιμότητα από τις γυναίκες που έχει ως αποτέλεσμα να συμβιβάζονται με χαμηλόμισθες εργασίες. Επιπλέον, έχει τεκμηριωθεί ότι παρά την είσοδο πολλών γυναικών στον εργασιακό τομέα και την ένταξή τους σε θέσεις ειδίκευσης, εξουσίας αλλά ακόμα και ιεραρχίας σε επαγγελματικό επίπεδο, ακόμα παρατηρείται στην Ευρώπη δυσκολία στην πρόσβαση γυναικών σε υψηλότερα κλιμάκια του εργασιακού τομέα ακόμα και αν αυτά σε γενικές γραμμές είναι γυναικοκρατούμενα (Χατζηπαναγιώτου, 1997).

Σύμφωνα με τον Ντερμανάκη (2004), το ίδιο ισχύει και στην Ελλάδα, όπου ο διαχωρισμός, κυρίως σε μεγαλύτερες επιχειρήσεις, αυξάνεται με αποτέλεσμα τη δημιουργία μίας εκτενούς γυάλινης οροφής (glass ceiling) σε διάφορων κλάδων επιχειρήσεις, γεγονός που παρεμποδίζει σημαντικά την επαγγελματική αλλά και γενικότερη εξέλιξη των γυναικών (Αναγνωστοπούλου κ.α, 2004).

Κεφάλαιο Δεύτερο

2. Φυλετικές διακρίσεις και δομές υγείας

2.1. Φυλετικές διακρίσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό

Οι φυλετικές διακρίσεις στο πεδίο της νοσηλευτικής, όλως περιέργως λαμβάνουν τη μορφή ευνοϊκότερης μεταχείρισης για τους άνδρες, οι οποίοι αποτελούν μικρότερο ποσοστό του επαγγέλματος. Αναλυτικότερα, οι άνδρες νοσηλευτές φέρεται να πληρώνονται υψηλότερα, κατά μέσο όρο, ενώ μετακινούνται αμέσως σε υψηλό μισθολογικό κλιμάκιο σε νεότερη ηλικία από τις γυναίκες νοσηλεύτριες. Επιπλέον, οι άνδρες που εισέρχονται στο συγκεκριμένο επάγγελμα τοποθετούνται σε κατηγορίες υψηλότερων δεξιοτήτων, ενώ χαμηλότερων προσόντων θέσεις βοηθητικού προσωπικού εξακολουθούν να στελεχώνονται αποκλειστικά από γυναίκες. Έρευνες αποκαλύπτουν ότι περισσότερο οι άνδρες εξοπλίζονται με περαιτέρω εκπαίδευση και εξειδίκευση, χαρακτηριστικά τα οποία κατά μεγάλο ποσοστό οδηγούν σε προαγωγή και υψηλότερες αποδοχές. Ακόμη και όταν οι γυναίκες διαθέτουν τα απαιτούμενα προσόντα, είναι πιθανό να υπάρχουν «κρυφές» υποθέσεις φύλου στα κριτήρια που ορίζονται για την προαγωγή που αντιβαίνουν στις γυναίκες και έτσι, οι έμμεσες διακρίσεις στις διαδικασίες πρόσληψης συμβάλλουν στη διαίωνιση του αποκλεισμού των γυναικών από θέσεις εργασίας με υψηλότερες αποδοχές. Σύμφωνα με στατιστικά δεδομένα από το Ηνωμένο Βασίλειο παρόλο που το 93% του νοσηλευτικού προσωπικού είναι γυναίκες, οι άνδρες νοσηλευτές αντιπροσωπεύουν περίπου το 45% όλων αυτών που εκμεταλλεύονται ευκαιρίες για περαιτέρω επιμόρφωση και ανώτερες διευθυντικές θέσεις (Kingma, 1999).

2.2. Έρευνες στο ζήτημα των φυλετικών διακρίσεων στον κλάδο της νοσηλευτικής

Από την άλλη, η πλειοψηφία των σύγχρονων ερευνών που έχουν διεξαχθεί πάνω στο ζήτημα των φυλετικών διακρίσεων στο πεδίο της νοσηλευτικής εστιάζει στους άνδρες. Ειδικότερα, εξαιτίας του στερεοτύπου ότι η έκφραση των συναισθημάτων θεωρείται γυναικείο «προνόμιο» ο Sherrod (2003) υποστήριξε ότι η νοσηλευτική σχολή λειτουργεί με ένα εκπαιδευτικό σύστημα που έχει σχεδιαστεί για να εκπαιδεύσει γυναίκες. Συγκεκριμένα, σε μία έρευνα ρωτήθηκαν μέσω email 51 άνδρες νοσηλευτές για το εάν είχαν υποστεί ποτέ διάκριση λόγω φύλου τόσο στο εργασιακό τους περιβάλλον όσο και στη νοσηλευτική σχολή. Τα αποτελέσματα

έδειξαν ότι το 58% των ερωτηθέντων δεν είχαν βιώσει κανενός είδους μεροληψία λόγω του φύλου τους κατά τη διάρκεια της φοίτησης τους, ενώ το 42% ανέφερε εμπόδια λόγω του φύλου του τόσο στη σχολή, όσο και στο εργασιακό περιβάλλον. Επίσης το 75% ανέφερε προκατάληψη που προέρχεται από το νοσηλευτικό προσωπικό και 8% από τις γυναίκες ιατρούς. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν αντιμετώπιζαν εμπόδια λόγω του φύλου τους από ασθενείς (Cude & Winfrey, 2007). Εντυπωσιακό ενδιαφέρον παρουσιάζει μια μελέτη που εξέτασε την εμπειρία γυναικών ασθενών πάνω στις νοσηλευτικές υπηρεσίες που του παρείχαν άνδρες νοσηλευτές. Οι ασθενείς εξέφρασαν υψηλή ικανοποίηση και χαρακτήρισαν τους άνδρες νοσηλευτές ως ευγενικούς, σημειώνοντας ότι ένιωθαν άνετα κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους (Budu, et al., 2019).

Κεφάλαιο Τρίτο

3.1. Ο εκφοβισμός στην εργασία και οι αιτίες του

Ο εκφοβισμός προέρχεται συχνά από έναν συνδυασμό αιτιών, όπως η ατομική συμπεριφορά, τα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος, οι συνθήκες εργασίας, ο τρόπος αλληλεπίδρασης μεταξύ συναδέλφων, ο τρόπος με τον οποίο οι πελάτες αλληλεπιδρούν με τους εργαζόμενους και η αλληλεπίδραση μεταξύ των διευθυντών και των εργαζομένων. Ο Leymann (1996) ισχυρίστηκε έντονα εναντίον μεμονωμένων παραγόντων ως πρώιμων μορφών εκφοβισμού, ειδικά όταν σχετίζεται με ζητήματα που αφορούν την προσωπικότητα του θύματος.

Ισχυρίστηκε ότι ο εκφοβισμός συμβαίνει όταν συγκλίνουν τέσσερις παράγοντες:

1. Αδυναμίες στο σχεδιασμό της εργασίας,
2. Ανεπάρκεια ηγετικής συμπεριφοράς,
3. Θύματα που βρίσκονται σε κοινωνικά εκτεθειμένη θέση και
4. Χαμηλό ηθικό.

Η κακή διαχείριση συγκρούσεων, σε συνδυασμό με την ανεπαρκή οργάνωση στην εργασία, μπορεί επίσης να είναι πηγή εκφοβισμού. Ωστόσο, τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν δείξει ότι η κατάσταση δεν μπορεί να εξηγηθεί μόνο λόγω των συνθηκών εργασίας (Jimenez, Munoz, Hernandez, Benadero, & Carvajal, 2005). Ο Einarsen (2000) εξήγησε την προέλευση μιας διαμάχης στον εκφοβισμό από τρεις παράγοντες: πρώτον, από τους συνομηλίκους που απαρτίζουν το εργασιακό περιβάλλον. Δεύτερον, από τις διαπροσωπικές σχέσεις και τρίτο, με το θύμα να είναι ο επιτιθέμενος. Ωστόσο, οι οργανωτικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στον εκφοβισμό. Αρκετοί συγγραφείς ανέφεραν διαφορετικούς παράγοντες, όπως το πλαίσιο εργασίας και τις οργανώσεις, το στυλ ηγεσίας, το επίπεδο οργάνωσης (Einarsen, Raknes & Mattissen, 1994), τις απαιτήσεις / στην εργασία, τον έλεγχο των εργασιών, το κοινωνικό περιβάλλον και την εσωτερική επικοινωνία (Zapf, Knorz, & Kula, 1996). Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, ο εκφοβισμός, η παρενόχληση ή ο εκφοβισμός στο εργασιακό περιβάλλον, αναλύθηκαν ως προβλήματα που υπήρχαν μεταξύ των εργαζομένων σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Η πιο εκτεταμένη έρευνα για τον εργασιακό εκφοβισμό έχει πραγματοποιηθεί σε

σκανδιναβικές χώρες. Στη Σουηδία, σε δείγμα 2.400 υπαλλήλων, ο Leymann (1996) διαπίστωσε ότι το 3,5% των εργαζομένων χαρακτήρισαν τους εαυτούς τους ως θύματα εργασιακού εκφοβισμού. Στη Νορβηγία, ο εκφοβισμός και η παρενόχληση στην εργασία θεωρήθηκαν διαδεδομένα προβλήματα. Περίπου το 8,7% των συμμετεχόντων σε 14 διαφορετικές νορβηγικές έρευνες (N = 7986) ανέφεραν ότι έχουν υποστεί εκφοβισμό στη δουλειά τους προηγούμενους έξι μήνες. Οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι είχαν υψηλότερο κίνδυνο θυματοποίησης από τους νεότερους εργαζόμενους και σημαντικά περισσότεροι άντρες από τις γυναίκες αναφέρθηκαν ως εκφοβιστές (Einarsen & Skogstad, 1996). Τα αποτελέσματα της τρίτης ευρωπαϊκής έρευνας για τις συνθήκες εργασίας, που πραγματοποιήθηκε το 2000 με τη συμμετοχή 1.500 εργαζομένων σε καθένα από τα ευρωπαϊκά κράτη μέλη, έδειξαν μια σχέση μεταξύ του εκφοβισμού στην εργασία και της ψυχικής υγείας. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν βία στην εργασία (2%), παρενόχληση ή εκφοβισμό (ορίζεται ως εκφοβισμός και εργασιακός εκφοβισμός) (9%), σεξουαλική παρενόχληση (2%), διακρίσεις λόγω φύλου (2%), εθνικές διακρίσεις (1%), διακρίσεις λόγω ηλικίας (3 %) και άλλα είδη διακρίσεων. Αυτά τα ποσοστά ήταν διαφορετικά ανάλογα με το φύλο: Οι γυναίκες ανέφεραν περισσότερα περιστατικά βίας, εκφοβισμού και παρενόχλησης σε σχέση με τους άνδρες. Οι διαφορές ανά χώρα ήταν επίσης σημαντικές για τον εκφοβισμό και κυμαίνονταν από 15% στη Φινλανδία έως 4% στην Πορτογαλία, αλλά εκτιμούμε ότι αυτή η διαφορά αντικατοπτρίζει με μεγαλύτερη ακρίβεια περισσότερο την επίγνωση του ζητήματος παρά την πραγματικότητα (Paoli & Merllí'e, 2001). Σύμφωνα με μια επισκόπηση των αποτελεσμάτων εμπειρικών μελετών σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, αν και υπάρχουν κάποιες πολιτισμικές διαφορές και έχουν χρησιμοποιηθεί διαφορετικοί ορισμοί και μέτρα, μεταξύ 1 και 4% των εργαζομένων ανέφεραν σοβαρό εκφοβισμό ενώ 8 έως 10% ανέφεραν περιστασιακό εκφοβισμό. Οι γυναίκες φαίνεται να είναι η πλειοψηφία των θυμάτων, ενώ οι άνδρες είναι συχνότερα μεταξύ των δραστών (Zapf et al., 2003). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι νοσηλευτές ήταν μεταξύ των επαγγελματιών που είναι πιο συχνά εκτεθειμένοι σε εκφοβισμό. Σε ένα δείγμα 1.100 εργαζομένων των Εθνικών Υπηρεσιών Υγείας (NHS) με 36% να είναι νοσοκόμες, η επικράτηση του εκφοβισμού σε αυτή την ομάδα ήταν 44% και σχεδόν το 42% είχε δει βίαιες καταστάσεις (Quine, 1999). Σύμφωνα με το Βασιλικό Κολλέγιο Νοσηλευτικής (RCN), στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο εκφοβισμός και η παρενόχληση αναγνωρίζονται ως σοβαρά ζητήματα στον τόπο εργασίας, και η έρευνα «2000 Working Well» (η οποία χρησιμοποίησε δείγμα 4.110 νοσοκόμων)

τεκμηρίωσε το εύρος στο οποίο αυτό το πρόβλημα επηρέασε την επαγγελματική ζωή των νοσοκόμων. Αυτή η έρευνα διαπίστωσε ότι ένας στους έξι (17%) συμμετέχοντες είχε εκφοβιστεί ή παρενοχλήθηκε από άλλο μέλος του προσωπικού τους προηγούμενους 12 μήνες (RCN, 2002). Εκφοβισμός, εξουθένωση και ψυχική υγεία 415 Στη Γαλλία, μια πρόσφατη μελέτη σχετικά με τον εκφοβισμό στο χώρο εργασίας έδειξε ότι περίπου το 10% του πληθυσμού που μελετήθηκε (και περισσότερες γυναίκες από τους άνδρες) είχαν εκτεθεί σε εκφοβισμό τους προηγούμενους 12 μήνες. Αυτή η μελέτη διαπίστωσε επίσης ότι ορισμένες οικονομικές δραστηριότητες και επαγγέλματα διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εκφοβισμού, επισημαίνοντας την ανάγκη να κατανοήσουμε καλύτερα και να αποτρέψουμε τον εκφοβισμό σε αυτές τις ομάδες υψηλού κινδύνου (Niedhammer & David, 2007). Στην Πορτογαλία, υπάρχουν λίγες πληροφορίες σχετικά με τον εκφοβισμό μεταξύ των νοσοκόμων. Οι Ferrinho et al. (2003) ανέφεραν ότι οι πιο συνηθισμένοι τύποι βίας ήταν η λεκτική βία, ακολουθούμενη από εκφοβισμό / εργασιακό εκφοβισμό, σωματική βία και σεξουαλική παρενόχληση, και ότι τα θύματα ήταν σε μεγάλο βαθμό γυναίκες (Ferrinho et al., 2003).

3.2. Ο εκφοβισμός στην εργασία και οι συνέπειές του

Οι συνέπειες του εκφοβισμού αντικατοπτρίζονται σε τρεις τομείς: στην κοινωνία, στις οργανώσεις και στο θύμα. Ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας είναι ένα φαινόμενο που προκαλεί τόσο σωματικά όσο και συναισθηματικά συμπτώματα (MacIntosh, 2005). Σύμφωνα με τον Leymann (1996) οι επιπτώσεις στο άτομο είναι εξαιρετικά καταστροφικές. Τα θύματα του εκφοβισμού έχουν περισσότερα ψυχοσωματικά συμπτώματα, ευερεθιστότητα και κατάθλιψη (Quine, 2001; Zapf, Knorz, & Kula, 1996).

Σε μια φινλανδική μελέτη με περισσότερα από 5.000 μέλη του προσωπικού του νοσοκομείου, διαπιστώθηκε ότι εκείνοι που είχαν εκφοβιστεί είχαν 26% περισσότερες απουσίες ασθένειας από εκείνους που δεν είχαν υποστεί εκφοβισμό (Kivimaki., Elovainio & Vathera, 2000). Οι εργαζόμενοι που υπέστησαν εκφοβισμό στην εργασία ανέφεραν περισσότερα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα υγείας από τους υπαλλήλους που δεν έχουν υποστεί εκφοβισμό (Einarsen, Raknes & Matthiesen, 1994; Mikkelsen & Einarsen, 2002). Οι Hallberg και Strandmark (2006)

διαπίστωσαν, σε μια ποιοτική μελέτη, ότι τα σωματικά και ψυχοσωματικά συμπτώματα εμφανίζονται σταδιακά στα θύματα του εκφοβισμού ενώ μετέπειτα ακολουθούν ιατρική περίθαλψη και ασθένεια/διαταραχή. Όσο περισσότερο συνεχίζεται ο εκφοβισμός, τόσο πιο περιορισμένη είναι η δυνατότητα αλλαγής της κατάστασης και τόσο πιο περιορισμένος γίνεται ο χώρος δράσης του θύματος. Οι νοσηλεύτριες που υπόκεινται σε εκφοβισμό μπορεί να αντιμετωπίσουν πόνο, φόβο, απώλεια αυτοεκτίμησης, άγχος, αϋπνία, κατάθλιψη, αποθάρρυνση, άγχος και αισθήματα ευπάθειας.

Ο εκφοβισμός έχει επίσης τη δυνατότητα να θέσει σε κίνδυνο τη φροντίδα των ασθενών. Μειώνει σημαντικά το ηθικό εργασίας, δημιουργεί κακές σχέσεις στο χώρο εργασίας και ενθαρρύνει «τοξικά» περιβάλλοντα εργασίας (Hutchinson et al., 2006). Οι Einarsen, Matthiesen και Skogstad (1998), σε έρευνα με 745 νορβηγικές νοσοκόμες, ανακάλυψαν ότι οι εκφοβισμένοι νοσηλευτές είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης, χαμηλότερη ικανοποίηση από την εργασία και χαμηλότερη ψυχολογική ευεξία σε σύγκριση με τους μη εκφοβισμένους συναδέλφους τους. Ορισμένα ευρήματα προτείνουν μια άμεση σχέση μεταξύ της επιθετικότητας και της αύξησης των αναρρωτικών αδειών, της εξάντλησης και του κύκλου εργασιών προσωπικού (Farrell, 1999). Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων επηρεάζει τη ζωή του θύματος, σε οικογενειακό, κοινωνικό και συναισθηματικό πλαίσιο και, στον επαγγελματικό τομέα, οδηγεί σε πολύ σημαντικές αρνητικές συνέπειες για τους οργανισμούς (Hirigoyen, 2002). Συνοπτικά, ο εκφοβισμός είναι ένα διαδεδομένο πρόβλημα, που οδηγεί σε κακή σωματική, ψυχική και συναισθηματική υγεία για μεμονωμένους εργαζόμενους, κυρίως λόγω υψηλών επιπέδων στρες (Einarsen, Raknes, & Matthiesen, 1994; Leymann, 1996; Zapf, Knorz, & Kula, 1996), σωματικά και ψυχοσωματικά συμπτώματα και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (Groeblichhoff & Becker, 1996; Niedl, 1995). Τα θύματα του εκφοβισμού είχαν κατά μέσο όρο 1 μονάδα υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος από άλλους υπαλλήλους, μια διαφορά που έχει αναφερθεί ότι αυξάνει τη στεφανιαία νόσο (Kivimaki et al., 2003). Ο εκφοβισμός σε νοσοκομεία και σε άλλους οργανισμούς έχει συσχετιστεί με αυτοαναφερόμενη εξάντληση, ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα, δυσαρέσκεια, άγχος, κατάθλιψη, δυσαρέσκεια στην εργασία, εργασιακό άγχος και την τάση φυγής (Kivimaki, Elovainio & Vahtera, 2000). Υποθετικά, μπορεί κανείς να υποθέσει ότι μεταξύ των αρνητικών επιπτώσεων του εκφοβισμού είναι επίσης το υψηλότερο

κόστος παραγωγής, ο υψηλότερος κύκλος εργασιών προσωπικού και η έλλειψη προσωπικών κινήτρων (Leymann, 1996)

Κεφάλαιο Τέταρτο

4.1 Στόχος και ερευνητικά ερωτήματα

Η διερεύνηση των διακρίσεων που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες νοσηλεύτριες που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της επικράτειας καθώς και το αν αυτές είναι καθοριστικές στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί απώτερο στόχο της παρούσας μελέτης. Ειδικότερα θα μελετηθεί:

A) αν οι γυναίκες νοσηλεύτριες διαπιστώνουν διακρίσεις λόγω φύλου και

B) πως σχετίζονται οι διακρίσεις αυτές με άλλες μεταβλητές, όπως τα ατομικά χαρακτηριστικά τους, η επαγγελματική εξουθένωση, η αυτοεκτίμηση, η ανθεκτικότητα κτλ.

Απώτερο στόχο την έρευνας αυτής συνιστά το να αφουγκραστούμε τις δυσκολίες των γυναικών σε δομές υγείας, ένα πεδίο το οποίο διαχρονικά προσελκύει όλο και περισσότερες γυναίκες, και σε συγκεκριμένους κλάδους μάλιστα, κυριαρχούν σε σχέση με τους άνδρες. Επιπλέον, η εν λόγω έρευνα στοχεύει να εξετάσει τον αντίκτυπο των διακρίσεων σε εργασιακά περιβάλλοντα στη ψυχική υγεία των εργαζομένων.

Στη συνέχεια, θα γίνει αναφορά στα ερευνητικά ερωτήματα που διαμορφώθηκαν:

- Αντιμετωπίζουν οι γυναίκες διακρίσεις λόγω φύλου στα νοσοκομεία που εργάζονται;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των φυλετικών διακρίσεων αναφέρουν και των ατομικών τους χαρακτηριστικών;
- Ποιες είναι οι κυριότερες διακρίσεις που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες στις δομές που εργάζονται;
- Ποια είναι τα βασικότερα εμπόδια τα οποία συναντούν οι γυναίκες στις δομές που εργάζονται;
- Σε ποιο επίπεδο επηρεάζουν οι διακρίσεις σε δομές υγείας τις γυναίκες νοσηλεύτριες;
- Έχουν υποστεί οι γυναίκες νοσηλεύτριες ηθική παρενόχληση στο εργασιακό τους περιβάλλον;

- Ποιο είναι το επίπεδο του εργασιακού στρες που υφίστανται οι γυναίκες νοσηλεύτριες και πως αυτό σχετίζεται με τις διακρίσεις λόγω φύλου;
- Πως σχετίζονται οι φυλετικές διακρίσεις με την αυτοεκτίμηση των γυναικών;
- Πως σχετίζονται οι φυλετικές διακρίσεις με την ανθεκτικότητα των γυναικών;
- Πως σχετίζονται οι φυλετικές διακρίσεις με την ικανοποίηση από τη ζωή;
- Πως σχετίζονται οι φυλετικές διακρίσεις με την υποκειμενική αντίληψη για την υγεία;

Κεφάλαιο Πέμπτο

5. Μέθοδος

5.1. Συμμετέχοντες

Το δείγμα αποτελούνταν από 140 νοσηλεύτριες που εργάζονταν σε δημόσια νοσοκομεία της επικράτειας. Το εύρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν από 21 έως 55 ετών ($M.O. = 32$, $T.A. = 5.2$). Αναλυτικότερα, το 51% των συμμετεχόντων ήταν μεταξύ 21 και 30 ετών, το 37% ήταν μεταξύ 31 και 40 ετών και το 11% ήταν πάνω από 41. Η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε ότι εργαζόταν με πλήρη απασχόληση (62%). Οι συμμετέχοντες ήταν έμπειρες νοσηλεύτριες με 46% από αυτούς να το αναφέρουν ότι διέθεταν πάνω από οκτώ χρόνια εμπειρίας σε δομές υγείας. Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο αυτών, το 77% του δείγματος είχε υψηλό μορφωτικό επίπεδο, εκ των οποίων το 60% είχε αποφοιτήσει από ΤΕΙ και το 17% από ΑΕΙ. Το υπόλοιπο 23% είχαν λάβει δευτεροβάθμια εκπαίδευση σε επαγγελματική σχολή νοσηλευτικής.

5.2. Εργασία

Οι συμμετέχουσες της έρευνας σε πρώτο στάδιο συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε από ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών, αλλά και τα χαρακτηριστικά και τις συνθήκες εργασίας, την ικανοποίηση και το κίνητρο, την εμπειρία των διακρίσεων εξαιτίας του φύλου τους, καθώς και τις αντιλήψεις τους για το τι είδους εμπόδια συνάντησαν στην επαγγελματική τους σταδιοδρομία που σχετίζονται με το φύλο.

Σε δεύτερο στάδιο χορηγήθηκαν οι παρακάτω κλίμακες:

Faculty Stress Index (FSI): Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 45 στοιχεία που έχουν σχεδιαστεί για την εντοπισμό, την ομαδοποίηση και τη μέτρηση του άγχους, με σκοπό την ανάπτυξη στρατηγικών για την αντιμετώπιση του.

Negative Act Questionnaire (NAQ-R, Einarsen & Hoel, 2001): Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 23 στοιχεία. Ειδικότερα, το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε προκειμένου να μετρήσει την αντίληψη της έκθεσης σε εκφοβισμό στον εργασιακό χώρο. Για κάθε στοιχείο του NAQ-R οι συμμετέχουσες ρωτήθηκαν πόσο συχνά είχαν εκτεθεί στη συγκεκριμένη συμπεριφορά τους τελευταίους έξι μήνες. Οι διαθέσιμες απαντήσεις δόθηκαν σε 4βαθμη κλίμακα Likert και ήταν ως ακολούθως: ποτέ,

σπάνια, εβδομαδιαία, καθημερινά. Το NAQ-R μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα ελληνικά δεδομένα. Η εσωτερική συνέπεια της κλίμακας που χρησιμοποιήθηκε στην εν λόγω έρευνα ήταν υψηλή (Cronbach $\alpha = .86$).

Ερωτηματολόγιο καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI-HSS. Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). Το ερωτηματολόγιο καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach burnout inventory, MBI) είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο αποτελείται από 22 στοιχεία που ομαδοποιούνται σε τρεις διαστάσεις (α) τη συναισθηματική εξάντληση, που εκτιμά τη συχνότητα της συναισθηματικής υπερέντασης και της κατάπτωσης του εργαζόμενου λόγω της δουλειάς του, (β) την αποπροσωποποίηση, που αντανακλά στις αντιδράσεις αδιαφορίας και απρόσωπης αντιμετώπισης των ασθενών και (γ) την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, που αφορά αίσθηση επάρκειας, αποδοτικότητας και πραγματοποίησης επιτευγμάτων του ατόμου σε επαγγελματικό επίπεδο. Όλες οι απαντήσεις δόθηκαν σε 7βαθμη κλίμακα Likert, η οποία ξεκινούσε από το 0 (ποτέ) μέχρι το 6 (καθημερινά). Η κλίμακα αυτή είχε ήδη μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά δεδομένα από ερευνητές που διεξήγαγαν έρευνα αντίστοιχα σε δείγμα νοσηλευτών (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992). Σύμφωνα με αυτούς το ερωτηματολόγιο αυτό είναι σύντομο, δομικά έγκυρο και εσωτερικά αξιόπιστο εργαλείο καταγραφής των συναισθημάτων του ατόμου απέναντι στην εργασία και συγκεκριμένα των ατόμων που παρέχουν νοσηλευτικές υπηρεσίες. Η εκτίμηση της αξιοπιστίας μέσω του συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach's alpha έδειξε υψηλή αξιοπιστία για τη συνιστώσα της συναισθηματικής εξάντλησης ($\alpha = .84$), χαμηλή αξιοπιστία για τη συνιστώσα της αποπροσωποποίησης ($\alpha = .56$) και υψηλή αξιοπιστία για τη συνιστώσα των προσωπικών επιτευγμάτων ($\alpha = .74$).

Τέλος, χορηγήθηκαν κλίμακες που μετρούν την αυτοεκτίμηση τους, την ανθεκτικότητά τους, αλλά και την υποκειμενική τους αντίληψη για τη ζωή και τη κατάσταση της υγείας τους

5.3. Διαδικασία

Αναφορικά με τη διαδικασία σε πρώτη φάση χορηγήθηκε έντυπο ενημέρωσης σχετικά με τους σκοπούς της έρευνας, καθώς επίσης δόθηκαν διευκρινήσεις για τη διαδικασία που πρόκειται να ακολουθήσει. Επιπλέον, διασαφηνίστηκε ότι θα τηρηθεί η ανωνυμία τους αυστηρά, καθώς προστατεύονται από το απόρρητο, ότι μπορούν να

αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή θελήσουν και ότι τα στοιχεία και οι απαντήσεις του είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της εν λόγω έρευνας. Έπειτα, αφού υπέγραψαν εγγράφως τη συγκατάθεση τους ξεκίνησε το κύριο μέρος της έρευνας. Αρχικά, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο που αφορούσε τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά και ακολούθησε η χορήγηση των εργαλείων που μετρούν άγχος, επαγγελματική εξουθένωση και αυτοπεποίθηση. Η έρευνα διεξήχθη παρουσία μόνο της ερευνήτριας, εξατομικευμένα. Συνολικά η έρευνα διήρκησε 20 περίπου λεπτά.

5.4. Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS. Ειδικότερα, υπολογίστηκαν οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις σε όλα τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν, καθώς και τις υποενότητες αυτών. Ακολούθως, πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις των μεταβλητών της έρευνας χρησιμοποιώντας τον συντελεστή συσχέτισης r του Pearson. Τέλος, πραγματοποιήθηκαν ορισμένες αναλύσεις T test, προκειμένου να διαπιστωθεί αν εντοπίζονταν διαφορές ανάμεσα στις νοσηλεύτριες που είχαν δεχθεί εκφοβισμό και σε αυτές που δεν δήλωσαν κανενός είδους εκφοβισμό, καθώς και αναλύσεις Chi-square, προκειμένου να εκτιμηθεί η σύνδεση μεταξύ εκφοβισμού και φυλετικών διακρίσεων με τα επίπεδα στρες, εργασιακής εξουθένωσης και αυτοπεποίθησης.

Κεφάλαιο Έκτο

6. Αποτελέσματα

6.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά και φυλετικές διακρίσεις

6.1.1. Επίδραση της ηλικίας στις φυλετικές διακρίσεις

Στο σημείο αυτό, αφού τέθηκε η μέση ηλικία του δείγματος ως όριο ($M.O. = 32$). Η ηλικία φαίνεται να σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με το γεγονός ότι θεωρούν ότι έλαβαν ή όχι ευκαιρίες για επαγγελματική ανέλιξη λόγω φύλου ($p < .001$). Συγκεκριμένα, όσες βρίσκονται άνω των 32 ετών θεωρούν λιγότερο πιθανό ότι αγνοήθηκαν ή τους δόθηκαν ευκαιρίες λόγω του φύλου τους. Ακόμη, εντοπίστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ αυτών που θεωρούν ότι έχουν δεχθεί σεξουαλικού περιεχομένου σχόλια, συγκριτικά με εκείνες που θεωρούν ότι δεν έχουν δεχθεί. Συγκεκριμένα, όσες ήταν μικρότερες ηλικιακά έτειναν να απαντούν θετικότερα ($M.O. = 0.61$, $T.A. = 0.41$) συγκριτικά με όσες είναι μεγαλύτερες από τη μέση ηλικία του δείγματος ($M.O. = 0.78$, $T.A. = 0.48$).

6.1.2. Επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στις φυλετικές διακρίσεις

Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση φάνηκε να επηρεάζει στατιστικώς σημαντικά την αντίληψη των γυναικών ως προς το αν θεωρούν ή όχι ότι τυγχάνουν περισσότερο ευνοϊκής αντιμετώπισης λόγω του φύλου τους, $t(140) = 2.406$, $p < .05$. Ειδικότερα, βρέθηκε ότι όσες ήταν άγαμες ($M.O. = 3.9$, $T.A. = 1.2$) έτειναν να συμφωνούν περισσότερο με αυτή τη δήλωση, συγκριτικά με όσες ήταν έγγαμες ($M.O. = 3.0$, $T.A. = 1.4$). Επιπλέον, η ύπαρξη παιδιών βρέθηκε να συνδέεται στατιστικώς σημαντικά με τη δήλωση ότι έχουν υποστεί μη επιθυμητά σεξουαλικά σχόλια και προτάσεις σεξουαλικού περιεχομένου, $t(140) = 2.807$, $p < .05$. Συγκεκριμένα, όσες δήλωσαν ότι έχουν παιδιά δήλωσαν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι έχουν υποστεί μη επιθυμητά, σεξουαλικά σχόλια, καθώς και προτάσεις σεξουαλικού περιεχομένου συγκριτικά με όσες δεν είχαν παιδιά.

6.1.3 Επίδραση της προϋπηρεσίας στις φυλετικές διακρίσεις

Αναφορικά με την επίδραση της προϋπηρεσίας, φαίνεται να διαφέρει στατιστικώς σημαντικά στην εκδήλωση των φυλετικών διακρίσεων, $t(140) = -4.723$, $p < .05$. Όσες είχαν περισσότερα από 7 έτη προϋπηρεσίας ($M.O. = 2.8$, $T.A. = 1.2$) θεωρούν λιγότερο πιθανό να τους έχουν δοθεί ευκαιρίες λόγω του φύλου τους συγκριτικά με όσες έχουν

λιγότερη εμπειρία ($M.O.= 3.8$, $T.A.= 1.3$), όπως επίσης και όσες βρίσκονται σε μόνιμη θέση ($M.O.= 3.1$, $T.A.= 1.1$). Επίσης, δήλωναν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι έχουν δεχθεί σχόλια σεξουαλικού περιεχομένου ($M.O.= 1.8$, $T.A.= 0.41$), σε σύγκριση με όσες διέθεταν μικρότερη προϋπηρεσία ($M.O.= 1.6$, $T.A.= 0.48$).

6.2. Εργασιακό περιβάλλον και φυλετικές διακρίσεις

6.2.1. Ικανοποίηση από το εργασιακό περιβάλλον

Από το σύνολο των συμμετεχουσών στην εν λόγω έρευνα η μέση ικανοποίηση που εκφράζουν από το εργασιακό τους περιβάλλον υπολογίζεται στις 10 μονάδες ($T.A.= 2.78$). Αξίζει να σημειωθεί ότι η ελάχιστη ικανοποίηση αντιστοιχεί σε 5 βαθμούς και η μέγιστη στους 20 βαθμούς. Ειδικότερα, η μεγαλύτερη ικανοποίηση που εκφράστηκε από το δείγμα απορρέει από το υπάρχον εργασιακό περιβάλλον με ό,τι αυτό περιλαμβάνει ($M.O.= 3.73$), και η μικρότερη ικανοποίηση απορρέει από τον βαθμό στον οποίο ανταποκρίνεται η επαγγελματική πρακτική στις προσδοκίες των νοσηλευτριών ($M.O.= 3.21$).

6.2.2 Φυλετικές διακρίσεις και ηθική παρενόχληση στον χώρο εργασίας

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (34.29%) επέλεξε την ένδειξη «πολύ» στην ερώτηση για το εάν έχει αντιληφθεί κατά τη διάρκεια της εργασιακής τους ζωής την ύπαρξη γενικά προκαταλήψεων ή εμποδίων στην καριέρα και την επαγγελματική εξέλιξη συναδέλφων τους, λόγω φύλου. Ένα μικρότερο ποσοστό (22.8%) επέλεξε την ένδειξη «αρκετά», ενώ την ένδειξη «καθόλου» επέλεξε μόνο το 18.57% του δείγματος. Επίσης, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (38.7%) θεωρεί ότι είναι πολύ πιθανό κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους πορείας να αγνοηθήκανε για επαγγελματική ανέλιξη λόγω του φύλου τους, ενώ το 16.1% επέλεξε «όχι απ' όσο ξέρω». Αντιστοίχως, στην ερώτηση αν κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους εξέλιξης θεωρούν ότι έτυχαν ευνοϊκότερης μεταχείρισης στην επαγγελματική τους εξέλιξη λόγω του φύλου τους η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (46.4%) απάντησε «όχι, απ' όσο ξέρω», ενώ το 37.9% απέρριψε το ενδεχόμενο αυτό. Από την άλλη, ένα ποσοστό της τάξης του 10.7% απάντησε ότι είναι πιθανό να έλαβε ευνοϊκότερη μεταχείριση λόγω του φύλου τους. Αναφορικά με την ερώτηση για το αν έχουν λάβει μη επιθυμητά σεξουαλικά σχόλια κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους πορείας η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος 69.29% δήλωσε «ναι», ενώ

ποσοστό της τάξης του 30.71% δήλωσε δεν έχει υποστεί κάποια από τις παραπάνω συμπεριφορές. Κλείνοντας, η μέση βαθμολογία των φυλετικών διακρίσεων υπολογίζεται στους 30.08 βαθμούς με τη μικρότερη τιμή να είναι το μηδέν και η μεγαλύτερη στους 70 βαθμούς.

6.3. Οι πιο βασικές διακρίσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό

Οι κυριότερες διακρίσεις σύμφωνα με τις στάσεις των νοσηλευτριών που εργάζονται σε δομές υγείας φαίνεται να σχετίζονται κατά το πλείστον με τη «βραδύτερη επαγγελματική εξέλιξη» (M.O.= 3.4, T.A.= 1.2), «η μικρότερη υποστήριξη» ακολουθεί (M.O.= 3.2, T.A.= 1.3), ενώ τρίτη στη σειρά έρχεται η έλλειψη αναγνώρισης (M.O.= 3.1, T.A.= 1.3). Ακολουθούν οι στάσεις «γενικά περισσότερο εχθρικό περιβάλλον για τις γυναίκες (M.O.= 2.9, T.A.= 1.1), «χαμηλότερες προσδοκίες από τις γυναίκες» (M.O.= 2.6, T.A.= 1.3), «αναμένεται από τις γυναίκες να διεκπεραιώνουν εργασίες που κανείς δεν αναλαμβάνει» (M.O.= 2.7, T.A.= 1.2), «οι γυναίκες αποδέκτες κριτικής χωρίς εμφανή λόγο» (M.O.= 2.6, T.A.= 1.3), καθώς και «οι γυναίκες αποδέκτες μικρότερου βαθμού συνεργασίας» (M.O.= 2.5, T.A.= 1.1).

6.4. Εμπόδια νοσηλευτριών στον εργασιακό χώρο

Το πιο σημαντικό από τα εμπόδια που φαίνεται να αναφέρουν οι γυναίκες στον νοσηλευτικό χώρο είναι η αναγνώριση της δουλειάς τους στο χώρο εργασίας τους από ανώτερους σε βαθμίδα συναδέλφους τους, συγκριτικά με τους άνδρες (M.O.= 2.9, T.A.= 1.5), εξίσου σημαντικό εμπόδιο φαίνεται να είναι το εμπόδιο της προαγωγής (M.O.= 2.9, T.A.= 1.3). Μικρότερο ήταν το ποσοστό των γυναικών που ανέφεραν ως εμπόδιο το να τους δοθεί η ευκαιρία να βελτιώσουν τα προσόντα τους συνεχίζοντας τους σπουδές/έρευνα στο εξωτερικό (M.O.= 2.3, T.A.= 1.2).

6.5. Συνέπειες των διακρίσεων σε βάρος των νοσηλευτριών στον εργασιακό χώρο

Στην ενότητα αυτή θα γίνει λόγος για τις συνέπειες που απορρέουν από τις φυλετικές διακρίσεις που λαμβάνουν οι νοσηλεύτριες στις δομές υγείας. Ειδικότερα, οι συνέπειες αυτές αφορούν το αίσθημα της έλλειψης δικαιοσύνης στον εργασιακό χώρο (M.O.= 3.5). Επιπλέον, οι φυλετικές διακρίσεις φαίνεται να επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τόσο τη συνολική επαγγελματική ικανοποίηση, όσο και την επαγγελματική αυτοπεποίθηση. Γενικότερα, οι επιπτώσεις των φυλετικών διακρίσεων φαίνεται να ενισχύουν το αίσθημα του επαγγελματικού αποκλεισμού, το αίσθημα εργασίας σε εχθρικό περιβάλλον, τη δημιουργία χαμηλότερων προσδοκιών για τις γυναίκες, ενώ

επηρεάζουν τον αυτοσεβασμό τους και προωθούν την έλλειψη επιθυμίας για συνεργασία με τους άλλους. Συγκεκριμένα, η συνολική ικανοποίηση από την εργασία σχετίζεται αρνητικά με την παρουσία εμποδίων και προκαταλήψεων σε δομές υγείας ($r = -.239, p < .001$). Επίσης, η στάση «Δεν μου δόθηκαν ευκαιρίες λόγω φύλου» φαίνεται να σχετίζεται θετικά με το αίσθημα ικανοποίησης από τη εργασία ($r = 3.40, p < .001$). Αυτό σημαίνει ότι λαμβάνουν ικανοποίηση από το γεγονός ότι δεν έτυχαν ευνοϊκότερης μεταχείρισης λόγω του φύλου τους. Συνολικά οι φυλετικές διακρίσεις φαίνεται να σχετίζονται αρνητικά με την ικανοποίηση από την εργασία ($r = 0.339, p < .001$).

6.6. Εκφοβισμός στο νοσηλευτικό προσωπικό

Στην εν λόγω ενότητα θα γίνει παρουσίαση των απαντήσεων των συμμετεχουσών αναφορικά με το εάν έχουν δεχθεί εκφοβισμό και στη συνέχεια θα εξεταστεί το πώς αυτός επηρεάζει το εργασιακό στρες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 13% των νοσηλευτριών δήλωσαν ότι έχουν υποστεί εκφοβισμό στη δουλειά τους τελευταίους 6 μήνες, ενώ το 87% δεν ανέφεραν εκφοβισμό. Επίσης, η πλειοψηφία των νοσηλευτριών που δήλωσαν εκφοβισμό (57%) βρίσκονταν στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 31 – 40. Η πιο κοινή μορφή εκφοβισμού που βιώθηκε από τις νοσηλεύτριες που βίωσαν εκφοβισμό ήταν: «Να σου ζητηθεί να κάνεις δουλειά κάτω από το επίπεδο της ικανότητας σου» (50%), «Αφαίρεση ή αντικατάσταση βασικών τομέων ευθύνης με περισσότερα ασήμαντα ή δυσάρεστα γεγονότα» (50%), «έκθεση σε ακατάπαυστο φόρτο εργασίας» (50%), «πίεση έτσι ώστε να μη διεκδικήσετε κάτι το οποίο δικαιούστε» (43%), «Εκτενής επίβλεψη της εργασίας σας» (36%). Επιπλέον, περισσότερες από το ένα τρίτο των θυμάτων εκφοβισμού δήλωσαν ότι ήθελαν να την εγκαταλείψουν. Μεγάλο ποσοστό (50%) εξέφρασε δυσκολία στο να κοιμηθεί τη νύχτα και ανέφερε απώλεια ύπνου λόγω υπερβολικής ανησυχίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι νοσηλεύτριες που είχαν υποστεί εκφοβισμό ήταν νευρικές και αποδιοργανωμένες συχνότερα από το συνηθισμένο. Επίσης, 45% εξ' αυτών διατύπωσαν συναισθήματα ανηδονίας.

Αναλύσεις Chi – square αποκάλυψαν ότι δεν υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσες νοσηλεύτριες δήλωσαν εκφοβισμό τους τελευταίους 6 μήνες και όσες δεν ανέφεραν αναφορικά με την ηλικία ($\chi^2 = 3.87, p > .05$), τον χρόνο εργασίας ($\chi^2 = 0.98, p > .05$) και την τάση για εγκατάλειψη της εργασίας ($\chi^2 = 0.65, p > .05$). Στη συνέχεια, εξετάστηκε η επίδραση των ωρών

εργασίας, της διάθεσης και των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των δύο ομάδων των νοσηλευτριών. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι νοσηλεύτριες που είχαν δεχθεί εκφοβισμό ήταν περισσότερο πιθανό να διαθέτουν κακή διάθεση ($\chi^2= 3.6$, $p<.05$), καθώς επίσης σημείωναν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Στον παρακάτω πίνακα διατυπώνονται ποσοστιαία οι ενδείξεις τόσο για τις νοσηλεύτριες που έχουν υποστεί εκφοβισμό όσο και για εκείνες που δεν έχουν υποστεί σε σχέση με τη συμπτωματολογία επαγγελματικής εξουθένωσης (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων). Αναλυτικότερα, όσες νοσηλεύτριες έχουν υποστεί εκφοβισμό σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης ($M.O.= 27.83$, $T.A.= 10.67$) συγκριτικά με όσες δεν αναφέρουν εκφοβισμό ($M.O.= 16.83$, $T.A.= 8.73$), $t(140)= -4.4$, $p< .001$. Επιπλέον, φαίνεται να σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης ($M.O.= 10.62$, $T.A.= 5.1$) σε σύγκριση με όσες δεν έχουν υποστεί εκφοβισμό ($M.O.= 9.84$, $T.A.= 3.65$), αλλά όχι σε στατιστικά σημαντικό βαθμό $t(140)= -1$, $p>.05$. Τέλος, επιδεικνύουν υψηλότερα επίπεδα έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων ($M.O.= 35.32$, $T.A.= 4.72$) από όσες δεν αναφέρουν εκφοβισμό ($M.O.= 34.56$, $T.A.= 8.52$) σε μη σημαντικό όμως βαθμό, $t(140)= -0.34$, $p>.05$. Τέλος, συσχετιστικές αναλύσεις μεταξύ των βαθμολογιών του ερωτηματολογίου NAQ – R και των βαθμολογιών του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI – HSS) αποκάλυψαν ότι ο εκφοβισμός σχετίζονταν θετικά με τη συναισθηματική εξάντληση ($r=.48$, $p<.05$) και την αποπροσωποποίηση ($r=.33$, $p<.05$). Από την άλλη, σχετιζόταν αρνητικά με την συνιστώσα «έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων» ($r= -.30$, $p<.05$).

Πίνακας 2. Σύγκριση μεταξύ νοσηλευτριών που έχουν υποστεί εκφοβισμό και εκείνων που δεν έχουν αναφέρει εκφοβισμό τους τελευταίους 6 μήνες ως προς την εκδήλωση των επιμέρους συνιστωσών επαγγελματικής εξουθένωσης.

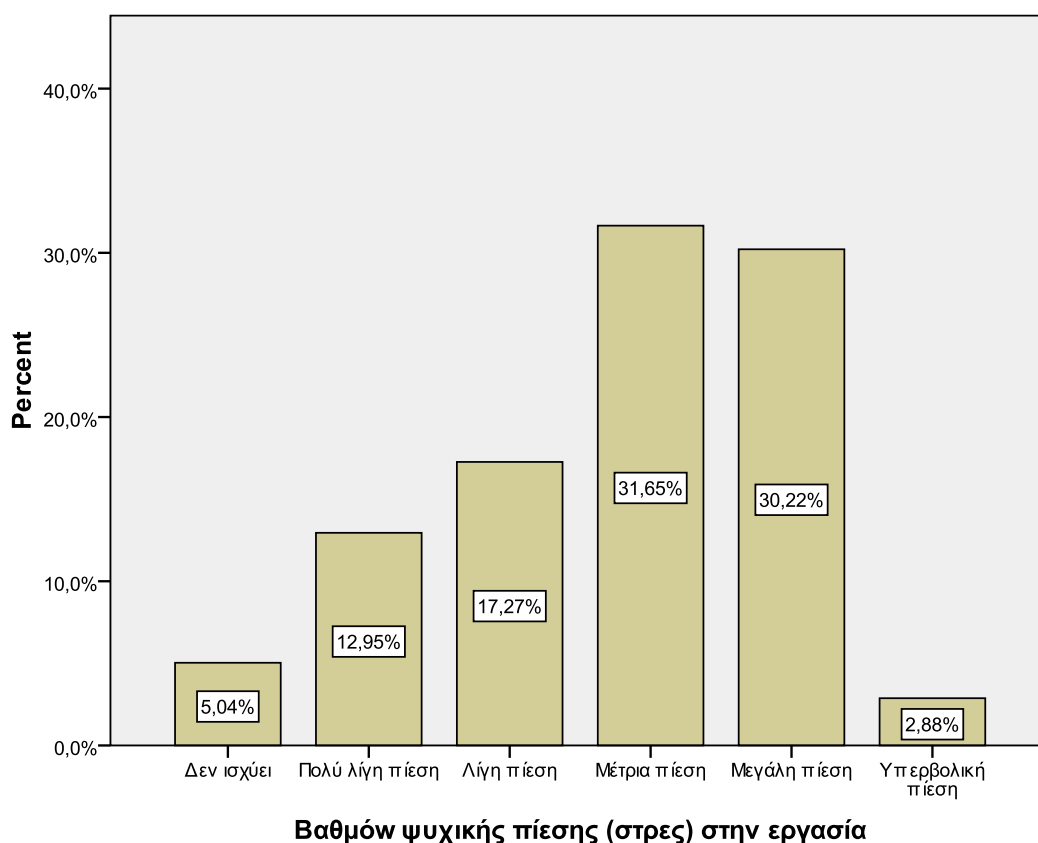
Μεταβλητές	Συνολικό δείγμα (N=140)		Με εκφοβισμό (N=18)		Χωρίς εκφοβισμό (N=122)		Ανάλυση (t- test)	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	t	p
Εκφοβισμός: NAQ	32.13	7.69	43.87	8.01	30.22	6.65	-7	***
<u>MBI – HSS:</u>	17.35	9.73	27.83	10.67	16.83	8.73	-4.4	***
α) Συναισθηματική εξάντληση								
β) Αποπροσωποποίηση	9.42	4.01	10.62	5.1	9.84	3.65	-1	NS
γ) Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων	34.76	8.37	35.32	4.72	34.56	8.52	-0.34	NS

*** P<.001

NS: Not significant

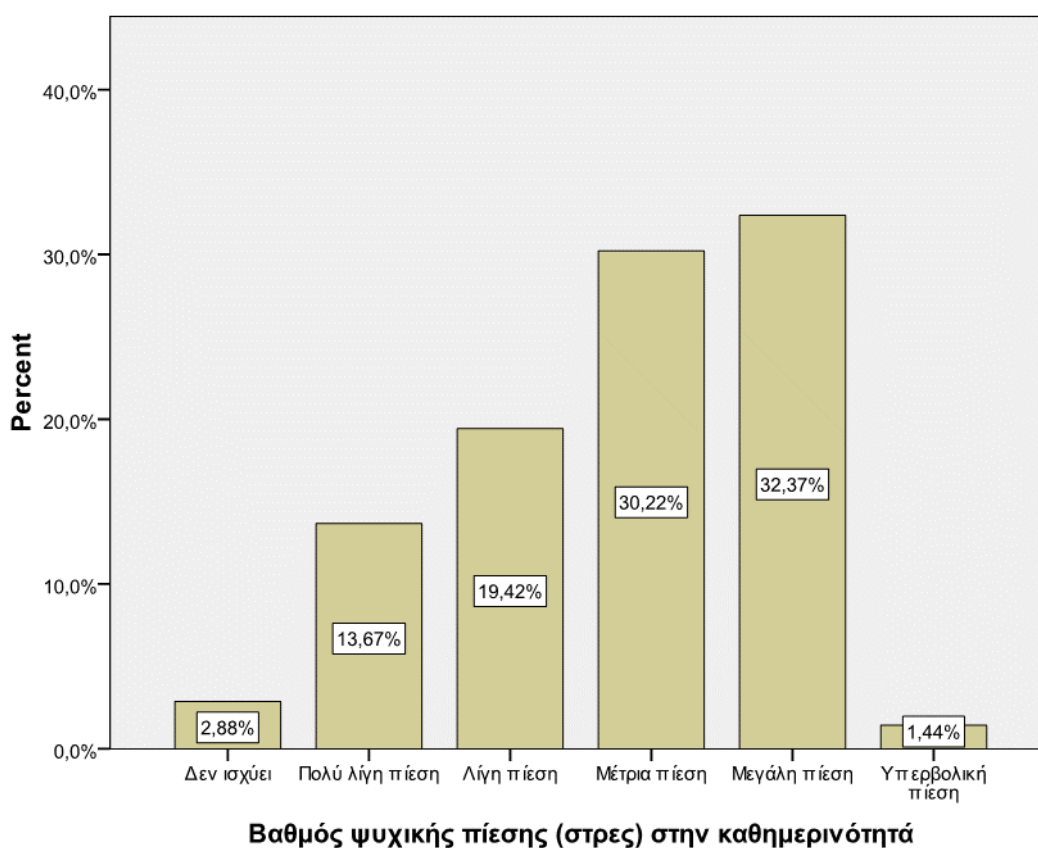
6.7. Επίπεδα εργασιακού στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό

Στη συγκεκριμένη ενότητα θα γίνει λόγος για τα επίπεδα εργασιακού στρες τα οποία εμφανίζονται σε δείγμα νοσηλευτριών. Συνολικά το εργασιακό στρες μεταξύ των νοσηλευτριών που χρησιμοποιήθηκαν στην εν λόγω έρευνα κυμαινόταν μεταξύ 0 έως 181 βαθμούς (M.O.=113.51, T.A.= 40.55). Στη συνέχεια, θα γίνει αναφορά στους επιμέρους βαθμούς ψυχικής πίεσης που εντοπίζονταν στον εργασιακό χώρο σύμφωνα με τις δηλώσεις των νοσηλευτριών. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (31.65%) δήλωσε ότι εμφανίζει μέτριας έντασης εργασιακό στρες. Βέβαια, δεν συνιστά αμελητέο ποσοστό (30.22%) η δεύτερη σε σειρά προτίμησης επιλογή «μεγάλη πίεση». Ακολουθεί η δήλωση «λίγη πίεση» σε ποσοστό της τάξεως 17.27%, ενώ αμέσως μετά η δήλωση «πολύ λίγη πίεση» σε ποσοστό της τάξεως 12.95%. Μικρότερο ποσοστό (5.04%) δήλωσε ότι δεν υπάρχει εργασιακό στρες και τέλος ένα μικρό ποσοστό της τάξεως 2.88% επέλεξε την ένδειξη «υπερβολική πίεση» (Εικόνα 1).



Εικόνα 1. Βαθμός ψυχικής πίεσης στον εργασιακό χώρο.

Στη συνέχεια, θα γίνει αναφορά στο στρες, εκφραζόμενο ως πίεση στην καθημερινή τους ζωή. Ειδικότερα, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (32.37%) επέλεξαν την ένδειξη «μεγάλη πίεση». Ακολούθως, ελαφρώς μικρότερο ήταν το ποσοστό (30.22%) που δήλωσαν «μέτρια πίεση» αναφορικά με την καθημερινότητά τους. Σε μικρότερο ποσοστό (19.42%) δήλωσαν ότι λαμβάνουν «λίγη πίεση», ακολούθησαν όσοι ανέφεραν «πολύ λίγη πίεση» σε ποσοστό της τάξεως 13.67%. Τέλος, μικρό ποσοστό (2.88%) των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι δεν υπάρχει κανενός είδους πίεση στην καθημερινότητά τους και ελάχιστοι (1.44%) ανέφεραν ότι δέχονται υπερβολική πίεση στην καθημερινότητά τους (Εικόνα 2).



Εικόνα 2. Βαθμός ψυχικής πίεσης στην καθημερινότητα των νοσηλευτριών.

Συσχετιστικές αναλύσεις έδειξαν ότι η ύπαρξη φυλετικών διακρίσεων και εμποδίων στην επαγγελματική σταδιοδρομία συναδέλφων λόγω φύλου, σχετίζεται θετικά με το εργασιακό στρες ($r=.373$, $p<.001$). Ειδικότερα, η θετική συσχέτιση διαπιστώθηκε τόσο με την ψυχική πίεση (στρες) στον εργασιακό χώρο ($r=.318$, $p<.001$), όσο και με την ψυχική πίεση στην καθημερινότητά τους ($r=.345$, $p<.001$). Αναλυτικότερα,

λοιπόν, οι ευκαιρίες για επαγγελματική ανέλιξη οι οποίες δεν δόθηκαν, λόγω φύλου βρέθηκε να επηρεάζουν αρνητικά τα επίπεδα στρες, τόσο το εργασιακό στρες ($r = -.321, p < .001$), όσο και το στρες που παρουσιάζεται στην καθημερινότητά τους ($r = -.228, p < .001$). Επιπροσθέτως το συνολικό σκορ των φυλετικών διακρίσεων που έχουν αντιμετωπίσει οι γυναίκες του δείγματος λόγω του φύλου τους στις δομές υγείας που εργάζονται φαίνεται να σχετίζονται με το εργασιακό στρες ($r = .275, p < .001$). Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερες είναι οι φυλετικές διακρίσεις που αντιμετωπίζουν στον εργασιακό χώρο, τόσο αυξάνονται τα επίπεδα ψυχικής πίεσης που βιώνουν οι γυναίκες, τόσο στην εργασία τους όσο και στην καθημερινότητά τους.

6.8. Επίπεδα αυτοεκτίμησης στο νοσηλευτικό προσωπικό

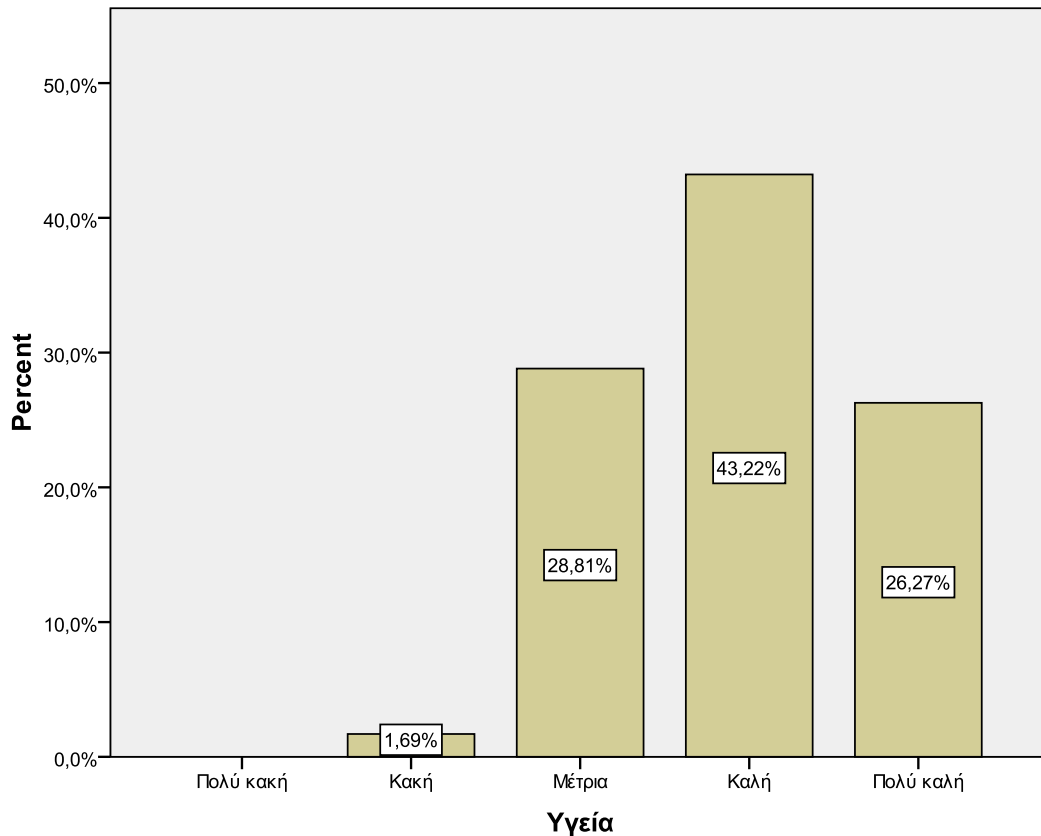
Στην ενότητα αυτή θα εξεταστούν τα επίπεδα αυτοεκτίμησης του δείγματος των νοσηλευτριών που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα. Πιο συγκεκριμένα, το εύρος των τιμών της αυτοεκτίμησης φαίνεται να κυμαίνεται μεταξύ 5 έως 29 βαθμούς ($M.O. = 18.92, T.A. = 4.2$). Τα αποτελέσματα μετά από συσχετιστικές αναλύσεις έδειξαν ότι τα επίπεδα αυτοεκτίμησης σχετίζονται θετικά με την αντίληψη ότι κατά τη διάρκεια της εργασιακής ζωής σε δομές υγείας υπάρχουν προκαταλήψεις ή εμπόδια στην καριέρα και εξέλιξη συναδέλφων λόγω φύλου ($r = .241, p < .001$). Αυτό ερμηνεύεται ως εξής: όσο περισσότερο είναι τα εμπόδια και οι προκαταλήψεις που δηλώνουν ότι υπάρχουν στην καριέρα και εξέλιξη των συναδέλφων τους λόγω φύλου, τόσο πιο αυξημένη είναι η βαθμολογία στην κλίμακα μέτρησης της αυτοεκτίμησης. Αντιστοίχως, θετική είναι η συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ της στάσης «κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής μου εξέλιξης θεωρώ ότι έτυχα περισσότερο ευνοϊκής μεταχείρισης λόγω φύλου» με τα επίπεδα αυτοεκτίμησης ($r = .226, p < .001$). Από την άλλη αρνητική συσχέτιση σημειώνεται μεταξύ της στάσης «κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής μου πορείας θεωρώ ότι δεν μου δόθηκαν ευκαιρίες για επαγγελματική ανέλιξη λόγω φύλου» με τη βαθμολογία στην κλίμακα αυτοεκτίμησης ($r = -.223, p < .05$). Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο συμφωνία επιδείκνυαν σε αυτή τη στάση τόσο χαμηλότερη βαθμολογία σημείωναν στην κλίμακα μέτρησης της αυτοεκτίμησης. Τέλος, το συνολικό σκορ των φυλετικών διακρίσεων και η αυτοεκτίμηση φαίνεται να σχετίζονται στατιστικώς σημαντικά μεταξύ τους ($r = .376, p < .001$), γεγονός που υποδηλώνει ότι ο υψηλότερος είναι ο βαθμός και η ένταση των φυλετικών διακρίσεων που λαμβάνουν οι γυναίκες στον εργασιακό χώρο, τόσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα αυτοεκτίμησης που σημειώνουν.

6.9. Επίπεδα ανθεκτικότητας στο νοσηλευτικό προσωπικό

Παρακάτω, θα γίνει λόγος για τα επίπεδα ανθεκτικότητας των νοσηλευτριών του δείγματος της παρούσας έρευνας. Συγκεκριμένα, το εύρος των τιμών που παρουσίασαν στην κλίμακα ανθεκτικότητας κυμαινόταν μεταξύ 34 έως 105 βαθμούς ($M.O.= 85.38$, $T.A.= 11.68$). Ωστόσο, οι συσχετιστικές αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν δεν αποκάλυψαν καμία στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ανθεκτικότητας και των επιμέρους φυλετικών διακρίσεων.

6.10. Ικανοποίηση από τη ζωή και Υγεία στο νοσηλευτικό προσωπικό

Στην εν λόγω ενότητα θα γίνει παρουσίαση των απαντήσεων των νοσηλευτριών που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα αναφορικά με τη χορήγηση της κλίμακας της ικανοποίησης από τη ζωή. Ειδικότερα, η βαθμολογία στη κλίμακα αυτή κυμαίνεται από 15 έως 34 βαθμούς ($M.O.= 25.8$, $T.A.= 4.9$). Όσον αφορά την υποκειμενική αντίληψη των νοσηλευτριών για την υγεία τους, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (43.22%) δηλώνει ότι η υγεία τους είναι καλή, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό της τάξης του 28.81% δηλώνει ότι η κατάσταση της υγείας του είναι μέτρια. Ακολούθως, το 26.27% του δείγματος δηλώνει ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι πολύ καλή. Τέλος, ελάχιστο ποσοστό (1.69%) επέλεξε την ένδειξη «κακή» στην προσπάθειά του να περιγράψει την κατάσταση της υγείας τους (Εικόνα 3).



Εικόνα 3. Υποκειμενική αντίληψη για την κατάσταση της υγείας τους

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκαν μια σειρά από συσχετιστικές αναλύσεις προκειμένου να αναδυθεί η συσχέτιση που ενδεχομένως υπάρχει μεταξύ της κλίμακας αυτής και των φυλετικών διακρίσεων. Ειδικότερα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η στάση ότι υπάρχουν προκαταλήψεις ή εμπόδια στην επαγγελματική εξέλιξη των συναδέλφων τους σε δομές υγείας φαίνεται να σχετίζεται αρνητικά με την ικανοποίηση από τη ζωή ($r = -.285, p < .001$), καθώς επίσης με την υποκειμενική τους αντίληψη για την κατάσταση της υγείας τους ($r = -.219, p < .05$). Ακόμη, η στάση «κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής μου καριέρας δεν μου δόθηκαν ευκαιρίες λόγω φύλου, βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την ικανοποίηση από τη ζωή ($r = .271, p < .001$), καθώς επίσης με την υποκειμενική αντίληψη που διαθέτουν σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους ($r = .183, p < .05$). Τα ευρήματα αυτά εξηγούνται από το γεγονός ότι στάση «κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής μου πορείας είχα περισσότερο ευνοϊκή μεταχείριση λόγω φύλου» σχετίζεται αρνητικά με την ικανοποίηση από τη ζωή ($r = -.366, p < .001$), καθώς και με την υποκειμενική τους αντίληψη για την κατάσταση της υγείας τους ($r = .335, p < .001$). Τέλος, οι φυλετικές διακρίσεις – στο σύνολό τους - σχετίζονται αρνητικά με την ικανοποίηση από τη ζωή

($r = -.275$, $p < .001$) και την υποκειμενική αντίληψη για την κατάσταση της υγείας τους ($r = -.284$, $p < .05$).

Κεφάλαιο Έβδομο

7. Συζήτηση

Στόχο της παρούσας έρευνας αποτέλεσε η διερεύνηση των φυλετικών διακρίσεων που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες νοσηλεύτριες που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της επικράτειας καθώς και το αν αυτές είναι καθοριστικές στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης και εργασιακού στρες. Επιπλέον, σε δεύτερο στάδιο μελετήθηκε αν οι εκφάνσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης επηρεάζονται από το αν έχουν υποστεί εκφοβισμό τους τελευταίους μήνες, καθώς επίσης αν τα επίπεδα αυτοεκτίμησης, εργασιακού στρες, επαγγελματικής εξουθένωσης, ικανοποίησης από τη ζωή, αλλά και υποκειμενικής αντίληψης της κατάστασης της υγείας τους επηρεάζονται από την ύπαρξη φυλετικών διακρίσεων.

Αρχικά, τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι οι γυναίκες που εργάζονται ως νοσηλεύτριες στα νοσοκομεία και γενικότερα σε δομές υγείας της επικράτειας βιώνουν σε σημαντικό ποσοστό φυλετικές διακρίσεις. Συγκεκριμένα, η συντριπτική πλειοψηφία αυτών απάντησε ότι έχει αντιληφθεί σε μέτριο βαθμό κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας την ύπαρξη γενικά προκαταλήψεων ή εμποδίων στην καριέρα και την επαγγελματική εξέλιξη συναδέλφων τους εξαιτίας του φύλου, καθώς επίσης οι περισσότερες εξ'αυτών δήλωσαν ότι δεν έλαβαν ευκαιρίες και ευνοϊκότερη μεταχείριση λόγω φύλου κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους εξέλιξης. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, καθώς σημαντικά είναι τα εμπόδια και οι προκαταλήψεις που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες και οι συνάδελφοί τους ανεξάρτητα από το πεδίο στο οποίο εργάζονται (Melamed, 1995). Συγκεκριμένα, τη θέση αυτή υποστηρίζουν έρευνες που έχουν διεξαχθεί τόσο στον τομέα των νέων τεχνολογιών και επικοινωνιών (Ahunja, 2002), όσο και στον τομέα της εκπαίδευσης (McWhirtew, 1997), καθώς επίσης στη νοσηλευτική (Williams, 1992), πεδίο το οποίο διερευνήθηκε εκτενώς στην παρούσα έρευνα. Επίσης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών δήλωσε ότι έχει λάβει μη επιθυμητά σεξουαλικά σχόλια από ανώτερο στην ιεραρχία ή συνάδελφό τους. Η παραπάνω θέση έχει αναδυθεί και από προηγούμενες έρευνες (Carr, et al., 2000).

Επιπλέον, όσον αφορά την ικανοποίηση τους από την εργασία φάνηκε να ανήκει στο μέσο. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο απόθεμα ικανοποίησης φαίνεται να απορρέει από το υπάρχον εργασιακό περιβάλλον και η μικρότερη ικανοποίηση απορρέει από τον βαθμό στον οποίο ανταποκρίνεται η επαγγελματική πρακτική στις προσδοκίες των νοσηλευτριών. Το ίδιο περίπου σκεπτικό προκύπτει και από προηγούμενες έρευνες που έχουν διεξαχθεί. Σύμφωνα με τους McMurray και συν. (1997) η ικανοποίηση από την εργασία είναι απόρροια της συνολικότερης ικανοποίησης που δέχονται οι εργαζόμενοι από το περιβάλλον εργασίας τους, αλλά και από μεταβλητές όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους και οι οικονομικές απολαβές.

Αναφορικά με τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις φυλετικές διακρίσεις φαίνεται να προκύπτουν ορισμένες συνδέσεις. Ειδικότερα, η ηλικία και συγκεκριμένα όσες ήταν άνω των 32 βρέθηκε να συμφωνούν λιγότερο ότι τους δόθηκαν ευκαιρίες λόγω φύλου, ενώ δήλωσαν σε υψηλότερο βαθμό αποδέκτες μη επιθυμητών σεξουαλικών σχολίων. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, οι διαζευγμένες είναι αυτές που δηλώνουν περισσότερο ότι τυγχάνουν ευνοϊκότερης μεταχείρισης λόγω φύλου, συγκριτικά με τις έγγαμες και τις άγαμες. Επίσης, όσες έχουν παιδιά βρέθηκε να δηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι δεν έχουν υποστεί μη επιθυμητά σεξουαλικά σχόλια συγκριτικά με όσες δεν έχουν παιδιά. Ωστόσο, το σύνολο των φυλετικών διακρίσεων φάνηκε να είναι περισσότερο αντιληπτό στις νοσηλεύτριες που δεν έχουν παιδιά, σε σύγκριση με αυτές που έχουν. Τέλος, τα χρόνια προϋπηρεσίας φαίνεται να διαδραματίζουν ρόλο στις φυλετικές διακρίσεις που δηλώνουν ότι έχουν αντιμετωπίσει. Ειδικότερα, όσες έχουν περισσότερα έτη προϋπηρεσίας φαίνεται να θεωρούν λιγότερο πιθανό να τους έχουν δοθεί ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη λόγω του φύλου τους, σε σχέση με αυτές που διαθέτουν λιγότερη εμπειρία.

Επιπροσθέτως, αναφορικά με τις βασικότερες φυλετικές διακρίσεις που αντιμετωπίζουν οι νοσηλεύτριες σε δομές υγείας φαίνεται να σχετίζονται με τη βραδύτερη επαγγελματική ανέλιξη, μειωμένη υποστήριξη και έλλειψη αναγνώρισης. Ακολουθούν το εχθρικό περιβάλλον εργασίας για τις γυναίκες και το γεγονός ότι γίνονται αποδέκτες κριτικής χωρίς εμφανή λόγο. Στα κυριότερα εμπόδια που λαμβάνουν κατά την επαγγελματική τους σταδιοδρομία οι γυναίκες νοσηλεύτριες συγκαταλέγεται η αναγνώριση της εργασίας τους από τους υψηλότερους σε ιεραρχία

συναδέλφους, σε σύγκριση με τους άνδρες που αναγνωρίζονται ευκολότερα στον εργασιακό χώρο. Άλλο εμπόδιο φαίνεται να συνιστά η προαγωγή τους σε θέσης διοικητική. Μικρότερο ήταν το ποσοστό των γυναικών που ανέφεραν ως εμπόδιο το να τους δοθεί η ευκαιρία να βελτιώσουν τα προσόντα τους συνεχίζοντας τους σπουδές/έρευνα στο εξωτερικό. Τα ευρήματα των Swanson, Daniels & Tokar, (1996) υποστηρίζουν αντίστοιχα ότι ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες είναι η επαγγελματική ανέλιξη στην ιεραρχία της κάθε εργασίας. Από την άλλη, ο Melamed (1995) έρχεται να συμπληρώσει ότι η επαγγελματική επιτυχία των γυναικών καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό από τις διακρίσεις που υπόκεινται στο εργασιακό περιβάλλον και αφορούν κυρίως οικονομικούς παράγοντες. Κλείνοντας, σε άλλες έρευνες που υπάρχουν στη βιβλιογραφία αναδύονται άλλου είδους εμπόδια όπως η σύγκρουση μεταξύ οικογένειας και εργασίας, αλλά και διαρθρωτικά εμπόδια, όπως η ελλιπής καθοδήγηση και η επαγγελματική κουλτούρα (π.χ., ανδροκρατούμενα επαγγέλματα).

Όσον αφορά τις συνέπειες των φυλετικών διακρίσεων που λαμβάνουν οι νοσηλεύτριες σε δομές υγείας επηρεάζουν: την αίσθηση έλλειψης δικαιοσύνης και αξιοκρατίας, τη διαμόρφωση της επαγγελματικής ικανοποίησης και αυτοπεποίθησης, το αίσθημα του επαγγελματικού αποκλεισμού, το αίσθημα εργασίας σε εχθρικό εργασιακό περιβάλλον, τη δημιουργία χαμηλότερων προσδοκιών από την πλευρά των γυναικών, τον αυτοσεβασμό τους καθώς και την έλλειψη επιθυμίας για συνεργασία με άλλους. Οι παραπάνω συνέπειες έρχονται σε συμφωνία με την έρευνα των Carr και συν (2003) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι όταν οι γυναίκες εργάζονται σε ένα περιβάλλον που λαμβάνουν φυλετικές διακρίσεις σημειώνουν μικρότερη αυτοπεποίθηση και μικρότερη επαγγελματική ικανοποίηση.

Αναφορικά με τον εκφοβισμό, ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού (περίπου 1 στις 6 νοσηλεύτριες) δήλωσε ότι είναι θύμα εκφοβισμού τους τελευταίους 6 μήνες. Με τις πιο κοινές μορφές εκφοβισμού τις ακόλουθες: «Να σου ζητηθεί να κάνεις δουλειά κάτω από το επίπεδο της ικανότητας σου», «Αφαίρεση ή αντικατάσταση βασικών τομέων ευθύνης με περισσότερα ασήμαντα ή δυσάρεστα γεγονότα», «έκθεση σε ακατάπαυστο φόρτο εργασίας», «πίεση έτσι ώστε να μη διεκδικήσετε κάτι το οποίο δικαιούστε», «Εκτενής επίβλεψη της εργασίας σας». Γενικότερα, βρέθηκε ότι οι νοσηλεύτριες οι οποίες βίωναν εκφοβισμό είχαν την τάση να θέλουν να εγκαταλείψουν την εργασία τους, εμφάνιζαν δυσκολία στον ύπνο, απώλεια ύπνου

λόγω υπερβολικής ανησυχίας και αισθήματα ανηδονίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας οι νοσηλεύτριες που δήλωσαν ότι έχουν υποστεί εκφοβισμό τους τελευταίους μήνες, σημείωναν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Συγκεκριμένα, οι συνιστώσες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης βρέθηκε να είναι σημαντικά υψηλότερες στις νοσηλεύτριες που ήταν θύματα εκφοβισμού. Η συνιστώσα έλλειψη προσωπικών κατορθωμάτων ήταν υψηλή επίσης. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε πλήρη συμφωνία με τα ευρήματα αντίστοιχης έρευνας σε δείγμα νοσηλευτών στην Πορτογαλία (Sa, & Fleming, 2008).

Όσον αφορά το εργασιακό στρες η συντριπτική πλειοψηφία σε όρους πίεσης δήλωσε ότι αισθάνεται μέτριας έντασης στρες και αμέσως μετά βρίσκονταν όσοι δήλωσαν ότι βιώνουν μεγάλη πίεση τόσο στην εργασία τους όσο και στην καθημερινότητά τους. Η ύπαρξη προκαταλήψεων και εμποδίων φαίνεται να σχετίζεται θετικά με την ύπαρξη στρες και στα δύο αυτά πλαίσια. Εξίσου σημαντική φαίνεται να είναι η συσχέτιση των προκαταλήψεων και των εμποδίων με την βαθμολογία της αυτοεκτίμησης. Αναφορικά με την κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή φαίνεται να σημειώνουν υψηλή βαθμολογία. Η κλίμακα αυτή φαίνεται να σχετίζεται με τις φυλετικές διακρίσεις στατιστικώς σημαντικά. Συγκεκριμένα, το γεγονός ότι δεν τους δόθηκαν ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη λόγω του φύλου τους φαίνεται να συνδέεται θετικά με την ικανοποίηση από τη ζωή. Ακολούθως, η υποκειμενική αντίληψη για την κατάσταση της υγείας τους που σε γενικές γραμμές είναι καλή φαίνεται να επηρεάζεται αρνητικά από την ύπαρξη προκαταλήψεων και από την ευνοϊκότερη μεταχείριση που ενδέχεται να έχουν δεχθεί λόγω φύλου. Τέλος, η βαθμολογία στην κλίμακα τις ανθεκτικότητας δεν φάνηκε να σχετίζεται με τις φυλετικές διακρίσεις.

Στη συνέχεια θα γίνει λόγος στους περιορισμούς που παρουσιάζει η εν λόγω έρευνα. Πρώτον, το δείγμα είναι μικρό και επομένως δεν επιτρέπει να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα. Επίσης, αποτελεί δείγμα ευκολίας και όχι δείγμα μετά από τυχαία δειγματοληψία προκειμένου να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού και να επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επίσης, τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευθούν σε άλλα εργασιακά πλαίσια και αυτό συνιστά ακόμη έναν περιορισμό της εν λόγω έρευνας. Ακόμη οι στατιστικές αναλύσεις που εφαρμόστηκαν, έγιναν προκειμένου να διερευνηθούν πιλοτικά ορισμένες μεταβλητές του ζητήματος των

φυλετικών διακρίσεων και στο μεγαλύτερο μέρος τους ήταν συσχετίσεις. Σε δεύτερο στάδιο, για να έχουμε πιο αξιόπιστες ενδείξεις για το γεγονός ότι οι φυλετικές διακρίσεις επηρεάζονται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του ατόμου και από άλλες μεταβλητές όπως το εργασιακό άγχος θα πρέπει να εφαρμόσουμε πιο εξειδικευμένες στατιστικές αναλύσεις όπως είναι η ανάλυση παλινδρόμησης. Κλείνοντας, η έκθεση στις φυλετικές διακρίσεις και σε εκφοβισμό στον εργασιακό χώρο έχουν αρνητικές επιπτώσεις σε πολλές εκφάνσεις της ψυχολογικής, αλλά και της σωματικής υγείας του ατόμου. Γι' αυτό το λόγο στην Ελλάδα οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να εφαρμόσουν προστατευτικά μέτρα κατά των φυλετικών διακρίσεων και των συγκρούσεων σε χώρους εργασίας, υποστηρίζοντας με αυτόν τον τρόπο τους εργαζόμενους.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Ahuja, M. K. (2002). Women in the information technology profession: A literature review, synthesis and research agenda. *European Journal of Information Systems*, 11(1), 20-34.
- Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παπαδάτου, Δ. (1992). Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. *Ψυχολογικά θέματα*, 5(3), 183-202.
- Αναγνωστοπούλου, Μ., Αρβανίτη, Ι., & Κανταρτζή, Ε. (2004). Η ανάληψη διδασκαλίας στην Α΄ τάξη από γυναίκες εκπαιδευτικούς: επιλογή ή συμμόρφωση; Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου της Παιδαγωγικής Εταιρείας Ελλάδας, Αλεξανδρούπολη, 171-179.
- Budu, H. I., Abalo, E. M., Bam, V. B., Agyemang, D. O., Noi, S., Budu, F. A., & Praph, P. (2019). “I prefer a male nurse to a female nurse”: patients’ preference for, and satisfaction with nursing care provided by male nurses at the Komfo Anokye teaching hospital. *BMC nursing*, 18(1), 1-9.
- Carr, P.L., Ash, A.S., Friedman, R.H., Szalacha, L., Barnett, R.C., Palepu, A. & Moskowitz, M.M. (2000) Faculty perceptions of gender discrimination and sexual harassment in academic medicine. *Ann. Intern. Med.*, 132, 889-896.
- Carr, P.L., Szalacha, L., Barnett, R., Caswell, C. & Inui, T. (2003). A “ton of feathers”: gender discrimination in academic medical careers and how to manage it. *J. Womens Health (Larchmt)*, 12, 1009-1018.
- Cudé, G., & Winfrey, K. (2007). The hidden barrier: Genderbias, fact or fiction? *Nursing for Womens Health*, 11, 254–265.
- Einarsen, S. (2000). Harassment and bullying at work: A review of the Scandinavian approach. *Aggression and Violent Behaviour*, 4(5), 379–401.
- Einarsen, S., & Hoel, H. (2001, May). *The Negative Acts Questionnaire: Development, validation and revision of a measure of bullying at work*. Paper presented at the 9th European Congress of Work and Organizational Psychology, Prague.

- Einarsen, S., & Skogstad, A. (1996). Bullying at work: Epidemiological findings in public and private organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 185–201.
- Einarsen, S., Raknes, B. I., & Matthiesen, S. B. (1994). Bullying and harassment at work and their relationship to work environment quality: An exploratory study. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 4(4), 381–401.
- Ferrinho, P., Biscaia, A., Fronteira, I., Craveiro, I., Antunes, A. R., Conceição, C. et al. (2003). Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector [Electronic Version]. *Human Resources for Health*, 1. Retrieved November 24, 2006, from <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/11>
- Groeblichhoff, D., & Becker, M. (1996). A case of study of mobbing and the clinical treatment of mobbing victims. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 277–294.
- Hallberg, L. R.-M., & Strandmark, M. K. (2006). Health consequences of workplace bullying: Experiences from the perspective of employees in the public service sector. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 1(2), 109–119.
- Hirigoyen, M.-F. (2002). *O assedio moral no prabalho: Como distinguir a verdade* (A. J. M. Neves, Trans.). Lisboa: Pergaminho.
- Hutchinson, M., Vickers, M., Jackson, D., & Wilkes, L. (2006). Workplace bullying in nursing: Towards a more critical organisational perspective. *Nursing Inquiry*, 13, 118–126.
- Jimenez, B. M., Munoz, A. R., Hernandez, E. G., Benadero, M. E. M., & Carvajal, R. R. (2005). Diferencias de género en el acoso psicológico en el trabajo: un estudio en población española. *Psicología em Estudo*, 10(1), 3–10
- Kanji, S. (2011). What Keeps Mothers in Full-time Employment? *Eur Sociol Rev*; 27(4): 509-525.
- Kingma, M. (1999). Discrimination in nursing. *International Nursing Review*, 46(3), 87-90.

- Kivimaki, M., Elovainio, M., & Vahtera, J. (2000). Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational and Environmental Medicine*, 57, 656– 660
- Lenhart, S.A. & Evans, C.H. (1991) Sexual harassment and gender discrimination: a primer for women physicians. *J. Am. Med. Womens Assoc.*, 46, 77-81.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165–184.
- MacIntosh, J. (2005). Experiences of workplace bullying in a rural area. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(9), 893–910.
- McMurray, J. E., Williams, E., Schwartz, M. D., Douglas, J., Van Kirk, J., Konrad, T. R., ... & SGIM Career Satisfaction Study Group. (1997). Physician job satisfaction. *Journal of general internal medicine*, 12(11), 711-714.
- McWhirter, E. H. (1997). Perceived barriers to education and career: Ethnic and gender differences. *Journal of vocational behavior*, 50(1), 124-140
- Μεϊντάση, Α. (2011). Η επαγγελματική ανάπτυξη των γυναικών ως παράγοντας για την αντιπροσώπευσή τους στη διοίκηση της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Διπλωματική Εργασία: Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Χαρακόπειου Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Μπεχράκης Θ., (1999). Πολυδιάστατη Ανάλυση Δεδομένων, Αθήνα: «Νέα Σύνορα» - Α. Α. Λιβάνη.
- Melamed, T. (1995). Barriers to women's career success: Human capital, career choices, structural determinants, or simply sex discrimination. *Applied Psychology*, 44(4), 295-314.
- 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.
- Νάκος, Ν. (2005) Φύλο και διοίκηση στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (από τη σκοπιά των εκπαιδευτικών). Στα Πρακτικά του 2ου Πανελληνίου Συνεδρίου «Διοίκηση

- Α/βάθμιας και Β/θμιας Εκπαίδευσης, Άρτα 2 – 4 Δεκεμβρίου 2005, Πανεπιστήμιο Πατρών, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης, Τόμος 3, 258- 271.
- Niedhammer, I., & David, S. (2007). Economic activities and occupations at high risk for workplace bullying: Results from a large-scale cross-sectional survey in the general working population in France. *International Archives of Occupational Environment Health*, 80, 346–353.
- Niedl, K. (1995). *Mobbing/bullying at the work place*. Munchen: Rainer Hampp Verlag
- Perkin, J. (1993) *Victorian Women*. London: John Murray (Publishers) Ltd.
- Quine, L. (2001). Workplace bullying in nurses. *Journal of Health Psychology*, 6(1), 73–84.
- Royal College of Nursing. (2002). *Working well: A call to employers*. London: Author.
- Sa, L., & Fleming, M. (2008). Bullying, burnout, and mental health amongst Portuguese nurses. *Issues in mental health nursing*, 29(4), 411-426.
- Sherrod, D. (2003). Reach out to the best and the brightest. *Nursing*, 33,43–44.
- Swanson, J. L., Daniels, K. K., & Tokar, D. M. (1996). Assessing perceptions of career-related barriers: The Career Barriers Inventory. *Journal of Career Assessment*, 4(2), 219-244.
- Τσιρώνης, Ε. (2005) *Η παρουσία των δύο φύλων στη διοίκηση της εκπαίδευσης*. Στα Πρακτικά του 2^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου «Διοίκηση Α/βάθμιας και Β/θμιας Εκπαίδευσης, Άρτα 2-4 Δεκεμβρίου 2005, Πανεπιστήμιο Πατρών, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης.
- Williams, J. (2009). *Reconstructive Feminism: Changing the Way We Talk about Gender and Work Thirty Years After the PDA*. pp. 79–117.
- Χατζηπαναγιώτου, Π. (1997). Η συμμετοχή των εκπαιδευτικών σε θέματα διοίκησης και διαχείρισης της σχολικής μονάδας. Η επίδραση του παράγοντα φύλου. στο Β.

Δεληγιάννη και Σ. Ζιώγου (επιμ.) Φύλο και Σχολική Πράξη. Θεσσαλονίκη, Βάνιας.

Zapf, D., Einarsen, S., Hoel, H., & Vartia, M. (2003). Empirical findings on bullying in the workplace. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice* (pp. 111–126). London: Taylor & Francis.

Zapf, D., Knorz, C., & Kula, 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(2), 215–237

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΑΑΕ:.....

Σκοπός του ερωτηματολογίου που ακολουθεί είναι η διερεύνηση των φυλετικών διακρίσεων σε δομές υγείας. Είναι σημαντικό να απαντήσετε με ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και τα στοιχεία που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο που θα διαθέσετε για τη συμπλήρωσή του.

ΜΕΡΟΣ Α: ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ – ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ

- 1) Πόσο ικανοποιημένη θα λέγατε ότι είστε από το εργασιακό σας περιβάλλον σημειώνοντας για το καθένα από τα παρακάτω σε μια κλίμακα από το 1 έως το 5 ;

1	2	3	4	5
Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ

1) Το υπάρχον εργασιακό σας περιβάλλον με ότι αυτό περιλαμβάνει	1	2	3	4	5
2) Τις δυνατότητες που σας παρέχει να πετύχετε τους επαγγελματικούς σας στόχους	1	2	3	4	5
3) Συνολικά την επαγγελματική πρακτική και έρευνα	1	2	3	4	5
4) Ο βαθμός στον οποίον ανταποκρίνεται η επαγγελματική πρακτική και έρευνα με τις προσδοκίες σας	1	2	3	4	5

- 2) Έχετε αντιληφθεί κατά τη διάρκεια της εργασιακής σας ζωής σε δομές υγείας την ύπαρξη γενικά προκαταλήψεων ή εμποδίων στην καριέρα και εξέλιξη συναδέλφων σας λόγω φύλου;

1	2	3	4	5
Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ

- 3) Εσείς προσωπικά, στη διάρκεια της επαγγελματικής σας πορείας, θεωρείτε ότι δεν σας δόθηκαν οι ευκαιρίες (ή αγνοηθήκατε) για επαγγελματική ανέλιξη λόγω του φύλου σας;

1	2	3	4	5
Ναι, σίγουρα	Ναι, πολύ πιθανό	Ναι, ίσως	Όχι, από όσο ξέρω	Όχι

- 4) Εσείς προσωπικά, στη διάρκεια της επαγγελματικής σας εξέλιξης, θεωρείτε ότι είχατε περισσότερο ευνοϊκή αντιμετώπιση λόγω του φύλου σας;

1	2	3	4	5
Ναι, σίγουρα	Ναι, πολύ πιθανό	Ναι, ίσως	Όχι, από όσο ξέρω	Όχι

- 5) Στη διάρκεια της καριέρας σας αντιμετωπίσατε μη επιθυμητά σεξουαλικά σχόλια, ιδιαίτερη προσοχή ή σας έκανε προτάσεις σεξουαλικού περιεχομένου ανώτερός σας στην ιεραρχία ή συνάδελφός σας;

1. Ναι 2. Όχι

Εάν ναι....

6) Πόσο προβληματικό ήταν αυτό για σας;

1	2	3	4	5
Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ

7) Πόσο επηρέασε η παραπάνω συμπεριφορά την εμπιστοσύνη στον εαυτό σας σαν επαγγελματία;

1	2	3	4	5
Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ

8) Πόσο επηρέασε η παραπάνω συμπεριφορά την επαγγελματική σας εξέλιξη;

1	2	3	4	5
Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ

9) Πιστεύω ότι οι κυριότερες διακρίσεις έναντι των γυναικών σε δομές υγείας έχουν σχέση με :

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

1) Τη λήψη χαμηλότερου μισθού	1	2	3	4	5
2) Τη βραδύτερη επαγγελματική εξέλιξη	1	2	3	4	5
3) Την μικρότερη υποστήριξη	1	2	3	4	5
4) Τον μικρότερο βαθμό συνεργασίας μαζί τους	1	2	3	4	5
5) Εξαίρεση από διαδικασίες και 'δίκτυα'	1	2	3	4	5
6) Περιθωριοποίηση/απομόνωση	1	2	3	4	5
7) Αποφυγή	1	2	3	4	5
8) Έλλειψη αναγνώρισης	1	2	3	4	5
9) Αποδέκτες κριτικής χωρίς εμφανή λόγο	1	2	3	4	5
10) Τους ζητείται να κάνουν εργασίες που κανείς δεν αναλαμβάνει	1	2	3	4	5
11) Χαμηλότερες προσδοκίες των γυναικών	1	2	3	4	5
12) Γενικά περισσότερο εχθρικό περιβάλλον για τις γυναίκες	1	2	3	4	5

10) Ποια από τα παρακάτω εμπόδια συναντούν οι νοσηλεύτριες σε δομές υγείας. Σημειώστε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τα παρακάτω :

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

Οι γυναίκες νοσηλεύτριες έχουν λιγότερες πιθανότητες.....

1) Να προαχθούν σε θέση διοίκησης στη δομή υγείας ή στο νοσοκομείο που εργάζονται	1	2	3	4	5
2) Να προαχθούν στον επαγγελματικό τους σύλλογο	1	2	3	4	5
3) Να εξελιχθούν σε ανώτερες βαθμίδες	1	2	3	4	5
4) Να τους δοθεί η ευκαιρία να βελτιώσουν τα προσόντα τους συνεχίζοντας τους σπουδές/έρευνα στο εξωτερικό	1	2	3	4	5
5) Να αναγνωριστεί η δουλειά τους στον χώρο εργασίας τους από τους ανώτερους σε βαθμίδα συναδέλφους τους, συγκριτικά με τους άνδρες συναδέλφους τους	1	2	3	4	5

11) Οι διακρίσεις που υφίστανται οι νοσηλεύτριες στον εργασιακό τους χώρο επηρεάζουν (σημειώστε τον αντίστοιχο αριθμό που σας εκφράζει στην κάθε μια από τις προτάσεις):

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

1) την επαγγελματική τους αυτοπεποίθηση	1	2	3	4	5
2) τον αυτοσεβασμό τους	1	2	3	4	5
3) την αίσθηση έλλειψης δικαιοσύνης στο νοσηλευτικό χώρο	1	2	3	4	5
4) το αίσθημα επαγγελματικού αποκλεισμού	1	2	3	4	5
5) την επαγγελματική μας ικανοποίηση	1	2	3	4	5
6) την επιθυμία μας για συνεργασία με τους άλλους	1	2	3	4	5
7) το αίσθημα εργασίας μας σε ένα εχθρικό περιβάλλον	1	2	3	4	5
11) Χαμηλότερες προσδοκίες των γυναικών	1	2	3	4	5
12) Γενικά περισσότερο εχθρικό περιβάλλον για τις γυναίκες	1	2	3	4	5

12) Στο παρακάτω μέρος παρατίθεται μια σειρά από συμπεριφορές που θεωρούνται 'αρνητικές' στο εργασιακό πλαίσιο. Σας παρακαλούμε υποδείξτε κυκλώνοντας την αντίστοιχη επιλογή (1,2,3,4,5) πόσο συχνά έχετε υποστεί κάθε μια από σας συμπεριφορές αυτές κατά σας τελευταίους 6 μήνες.

Σας παρακαλούμε επιλέξτε τον αριθμό που εκφράζει περισσότερο την συχνότητα με την οποία έχετε υποστεί την κάθε συμπεριφορά

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Κάποιες φορές τον μήνα	Κάποιες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά

1) Σας αποκρύπτονται πληροφορίες που επηρεάζουν την απόδοσή σας	1	2	3	4	5
2) Εξευτελίσετε ή γελοιοποιείτε σχετικά με τη δουλειά σας	1	2	3	4	5

3) Σας ανατίθεται δουλειά ξεκάθαρα κατώτερη του επιπέδου ικανοτήτων σας	1	2	3	4	5
4) Σημαντικές περιοχές ευθύνης, σας αφαιρούνται ή αντικαθίστανται με τετριμμένα ή ασήμαντα καθήκοντα	1	2	3	4	5
5) Φήμες και κουτσομπολιά διαδίδονται για σας	1	2	3	4	5
6) Σας αγνοούν ή σας αποκλείουν από διαδικασίες και κοινωνικά γεγονότα	1	2	3	4	5
7) Προσβλητικά ή επιθετικά σχόλια διαδίδονται για εσάς (π.χ. συνήθειες ή παρελθόν), σας στάσεις σας ή την προσωπική σας ζωή	1	2	3	4	5
8) Σας φωνάζουν ή γίνεστε στόχος αγανάκτησης ή θυμού	1	2	3	4	5
9) Έχετε δεχτεί εκφοβιστική συμπεριφορά, σας εισβολή στον προσωπικό σας χώρο, σπρώξιμο, σας κλείνουν το δρόμο όταν περνάτε κ.α.	1	2	3	4	5
10) Υπόνοιες ή σημάδια από σας ότι θα έπρεπε να παρατήσετε τη δουλειά σας	1	2	3	4	5
11) Σας υπενθυμίζονται συνεχώς τα λάθη και οι παραλείψεις σας	1	2	3	4	5
12) Όταν πλησιάζετε σας αγνοούν ή γίνονται επιθετικοί εναντίον σας	1	2	3	4	5
13) Συνεχή κριτική σας δουλειάς και σας προσπάθειάς σας	1	2	3	4	5
14) Η γνώμη και οι απόψεις σας αγνοούνται	1	2	3	4	5
15) Κάνουν φάρσες ή αστεία σε βάρος σας άτομα με τα οποία δεν τα πηγαίνετε καλά	1	2	3	4	5
16) Σας δίνονται καθήκοντα με στόχους ή/και προθεσμίες που είναι παράλογοι/ες ή αδύνατοι/ες.	1	2	3	4	5
17) Διαδίδουν ψέματα σε βάρος σας	1	2	3	4	5
18) Η δουλειά σας παρακολουθείται και ελέγχεται υπερβολικά	1	2	3	4	5
19) Δέχετε πίεση να μην απαιτήσετε κάτι το οποίο δικαιούστε (π.χ. αναρρωτική άδεια, άδεια διακοπών, έξοδα ταξιδιού)	1	2	3	4	5
20) Δέχετε υπερβολικά πειράγματα και σαρκασμό	1	2	3	4	5
21) Εκτίθεστε σε μη διαχωρίσιμο φόρτο εργασίας	1	2	3	4	5
22) Δέχετε απειλές βίας ή σωματικής κακοποίησης ή πραγματική κακοποίηση	1	2	3	4	5

Εκφοβισμός

Ως εκφοβισμός ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία ένα ή περισσότερα άτομα κατά τη διάρκεια μιας χρονικής περιόδου θεωρούν σας εαυτούς σας ότι αποτελούν στόχο αρνητικών συμπεριφορών από έναν ή περισσότερους δράστες και κατά την οποία έχουν δυσκολία να προστατέψουν τον εαυτό σας. Δεν αποτελεί εκφοβισμό ένα μεμονωμένο γεγονός που έχει αυτά τα χαρακτηριστικά.

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

- Όχι (συνεχίστε στο μέρος Β, ερώτηση 16...)
- Ναι, αλλά σπάνια
- Ναι, αλλά πότε-πότε
- Ναι, κάποιες φορές την εβδομάδα
- Ναι, σχεδόν καθημερινά

24) Εάν η απάντησή σας στην προηγούμενη ερώτηση ήταν «Ναι», παρακαλώ συμπληρώστε

το κατάλληλο κουτάκι(α) παρακάτω για να δηλώσετε από ποιον δεχτήκατε εκφοβισμό:

- Τον αμέσως ανώτερο μου
- Ανώτερους/διευθυντές στον οργανισμό
- Συναδέλφους
- Υφισταμένους
- Ασθενείς/Φροντιστές κτλ.

25) Παρακαλώ δηλώστε τον αριθμό και το φύλο των αυτουργών/δραστών σας:

Άνδρες δράστες _____

Γυναίκες δράστες _____