

# Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

## ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΤΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ



---

“Η Διερεύνηση της Λεκτικής Βίας Ανάμεσα στους  
Επαγγελματίες Υγείας σε Δημόσιο Νοσοκομείο”: Μια  
Εμπειρική Μελέτη

---

### ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

---

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ :** Εργαζάκη Βασιλική / Νοσηλεύτρια ΤΕ

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:** Δρ. Μελάς Χρήστος

Επίκουρος Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής στο Ελληνικό Μεσογειακό  
Πανεπιστήμιο Κρήτης

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ – 2019**

# Hellenic Mediterranean University

ADVANCED CLINICAL PRACTICE IN HEALTH SCIENCES



---

“The Exploration of Verbal Violence Between Health Professionals at a  
Public Hospital”: An Empirical Study

---

**MASTER THESIS**

---

**Student:** Vasiliki Ergazaki / *Nurse T.E.*

**Supervisor:** Dr. Melas Christos, *Assistant Professor in Health*

*Informatics* Nursing Department, School of Health and Welfare Services

Hellenic Mediterranean University Crete

**HERAKLION – 2019**

**Τριμελής επιτροπή**

Χρήστος Μελάς: Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

Αθηνά Ε. Πατελάρου: Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

Μιχαήλ Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης: Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας μου θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνηση της.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Χρήστο Μελά Επίκουρο Καθηγητή Τμήματος Νοσηλευτικής για την καθοδήγηση του, τη συμπαράσταση του, τις υποδείξεις του και το συνεχές ενδιαφέρον του καθ' όλη τη διάρκεια συγγραφής της.

Ευχαριστώ ακόμη τα μέλη της επιτροπής του Τμήματος Νοσηλευτικής, τον Λέκτορα Δρ. Μιχάλη Ζωγραφάκη-Σφακιανάκη και την Επίκουρο Δρ. Καθηγήτρια Αθηνά Πατελάρου για τις πολύτιμες συμβουλές τους.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την οικογένεια μου, που στάθηκε υπομονετικά δίπλα μου κατά τη διάρκεια αυτού του εγχειρήματος.

## Συντομογραφίες

**Ε.Σ.Υ.** = Εθνικό Σύστημα Υγείας

**Μ.Μ.Ε.** = Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

**Δ.Α.Σ.Τ.Α.** = Δομή Απασχόλησης και Σταδιοδρομίας

**I.C.N.** = International Council of Nurse

**V.A.C.** = Verbal Abuse Scale

**W.O.H.** = World Health Organization

**J.C.A.H.O.** = Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

**A.N.A.** = American Nurses Association

**C.A.I.R.** = Canadian Association of Internes and Residents

**ISMP** = Institute for Safe Medication Practices

**C.D.C.** = Centers for Disease Control and Prevention

**N.I.O.S.H.** = National Institute for Occupational Safety and Health

**P.T.S.D.** = posttraumatic stress disorder

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>10</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>13</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>15</b>
<b>1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ - Η Επικοινωνία στο Νοσοκομείο.....</b>	<b>18</b>
1.1 Το νοσοκομείο ως επαγγελματικός χώρος .....	18
1.2 Παράγοντες ασφάλειας.....	18
1.3 Επικοινωνία στο χώρο του νοσοκομείου.....	20
1.4 Είδη επικοινωνίας.....	21
1.5 Προβλήματα στην επικοινωνία .....	22
<b>2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ Αναλύοντας τη Λεκτική βία .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Ανάλυση φαινομένου της βίας-ανασκόπηση μελετών.....</b>	<b>25</b>
<b>2.2 Βία στο χώρο της Υγείας .....</b>	<b>27</b>
<b>2.3. Αναλύοντας τη Λεκτική Βία.....</b>	<b>29</b>
2.3.1. Λεκτική βία.....	31
2.3.2. Διαστάσεις λεκτικής βίας .....	32
<b>2.4. Παράγοντες που προδιαθέτουν την άσκηση λεκτικής βίας.....</b>	<b>33</b>
2.4.1 Εργασιακοί Παράγοντες .....	33
2.4.2 Κοινωνικοί Παράγοντες .....	34
2.4.3 Ατομικοί Παράγοντες.....	34
<b>3ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ Διαχείριση του φαινομένου της λεκτικής βίας .....</b>	<b>35</b>
<b>3.1. Συχνότητα του φαινομένου της λεκτικής βίας κι επιπτώσεις .....</b>	<b>35</b>
3.1.1. Επιπτώσεις στο ίδιο το άτομο.....	36
3.1.2. Επιπτώσεις στην Ομάδα Εργασίας.....	38
3.1.3. Ικανοποίηση από την εργασία και οικονομικές επιπτώσεις.....	39
<b>3.2. Διαχείριση του φαινομένου – Τρόποι πρόληψης .....</b>	<b>41</b>
<b>3.3 Διαχείριση σε Ατομικό Επίπεδο .....</b>	<b>41</b>
<b>3.4 Διαχείριση σε Επίπεδο Νοσοκομείου.....</b>	<b>42</b>
<b>3.5 Τεχνικές καλής επικοινωνίας .....</b>	<b>45</b>
<b>4ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Μεθοδολογία - Υλοποίηση της έρευνας .....</b>	<b>51</b>
<b>4.1 Σκοπός της έρευνας.....</b>	<b>51</b>
<b>4.2 Περιγραφή Της μεθόδου.....</b>	<b>51</b>
<b>4.3 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων .....</b>	<b>52</b>
<b>4.4 Επιλογή Δείγματος Της έρευνας .....</b>	<b>52</b>
<b>5ο Κεφάλαιο: Αποτελέσματα .....</b>	<b>55</b>

5.1 Δημογραφικά στοιχεία δείγματος .....	55
5.2. T-Test – Συσχετισμός του φύλου με το χαρακτηρισμό “τι χαζός που είμαι» .....	64
5.3 Σχέση Ηλικίας - Συζήτησης Απευθείας με τον Γιατρό .....	65
5.4 Διαφοροποίηση της λεκτικής βίας για τον χειρουργικό και τον Παθολογικό τομέα.....	66
5.5 Είδος της λεκτικής βίας – Σοβαρότητα.....	68
Διαφοροποίηση της λεκτικής βίας για τον Χειρουργικό και τον Παθολογικό τομέα.....	68
5.5 Διαφοροποίηση της λεκτικής βίας για τον χειρουργικό και τον Παθολογικό τομέα σχετικά με τις Πρώτες σκέψεις.....	71
5.6 Συσχέτιση των ετών Προϋπηρεσίας με την αντίδραση .....	74
Συζήτηση .....	79
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	82
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ .....	84
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	84
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	86
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ .....	92
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	95
Έγκριση διεξαγωγής Ερευνητικής εργασίας.....	95
Συνοδευτική επιστολή.....	97
Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου "Λεκτική Βία" .....	98
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (Verbal Abuse Scale- GR) .....	99

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Συγκρούσεις στις περιπτώσεις του Υγιούς Ανταγωνισμού και της Εργασιακής Παρενόχλησης .....	35
Πίνακας 2. Οι επιπτώσεις στην υγεία .....	37
Πίνακας 3. Συχνότητα φύλου συμμετεχόντων στην έρευνα.....	55
Πίνακας 4. Επάγγελμα Συμμετεχόντων στην έρευνα.....	55
Πίνακας 5. Διαχωρισμός κατά Τμήμα Εργασίας.....	56
Πίνακας 6. Εργασιακή σχέση Υπαλλήλου με τον υβριστή .....	56
Πίνακας 7. Πλήθος περιστατικών λεκτικής βίας.....	59
Πίνακας 8. Επίπεδα άγχους στα 2 φύλα λόγω βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς; .....	59
Πίνακας 9. Διαχείριση συμπεριφοράς .....	60
Πίνακας 10. Διαχείριση συμπεριφοράς για τις περιπτώσεις με M.O.<2,8 .....	60
Πίνακας 11. πλήθος των ατόμων που δέχτηκαν λεκτική βία σε σχέση με την προϋπηρεσία .....	61
Πίνακας 12. Διαχείριση συμπεριφοράς. Αντιδράσεις φύλου. ....	61
Πίνακας 13. Διαχείριση συμπεριφοράς. Αντιδράσεις φύλου. ....	61
Πίνακας 14. Συσχέτιση σκέψεων.....	62
Πίνακας 15. Επίδραση Παραγόντων επιρροής .....	63
Πίνακας 16. Συσχετισμός του φύλου με το χαρακτηρισμό “τι χαζός που είμαι”.....	64
Πίνακας 17. Συσχετισμός του φύλου με το χαρακτηρισμό “τι χαζός που είμαι”.....	64
Πίνακας 18. Σχέση Ηλικίας-Συζήτησης Απευθείας με τον Γιατρό .....	65
Πίνακας 19. Διαφοροποίηση της λεκτικής βίας για τον χειρουργικό και τον Παθολογικό τομέα .....	66
Πίνακας 20. Ανάλυση ανεξάρτητων δειγμάτων συναισθημάτων.....	67
Πίνακας 21. Είδος της λεκτικής βίας σε σχέση με τη Σοβαρότητα. Διαφοροποίηση για τον χειρουργικό και τον Παθολογικό τομέα.....	68
Πίνακας 22. Είδος της λεκτικής βίας σε σχέση με τη Σοβαρότητα. Διαφοροποίηση για τον χειρουργικό και τον Παθολογικό τομέα. Ανάλυση ανεξάρτητων δειγμάτων .....	69
Πίνακας 23. Περιγραφικά Στατιστικά για τον χειρουργικό και τον Παθολογικό τομέα σχετικά με τις Πρώτες σκέψεις.....	71
Πίνακας 24. Διαφοροποίηση της λεκτικής βίας για τον χειρουργικό και τον Παθολογικό τομέα σχετικά με τις Πρώτες σκέψεις.....	72
Πίνακας 25. Διαφοροποίηση της λεκτικής βίας για τον χειρουργικό και τον Παθολογικό τομέα σχετικά με τις Πρώτες σκέψεις.....	73
Πίνακας 26. Συσχέτιση Pearson για τα έτη Προϋπηρεσίας με την αντίδραση των εργαζομένων .....	74
Πίνακας 27. Τεστ Levene για τη Σοβαρότητα Της Συνέπειας .....	75
Πίνακας 28. Τεστ Levene για τη Σοβαρότητα Της Συνέπειας .....	76
Πίνακας 29. Τεστ Levene για τα Συναισθήματα Μετά Την Εμπειρία.....	77
Πίνακας 30. Τεστ Levene για τα Συναισθήματα μετά την Εμπειρία.....	78



**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ**

Διάγραμμα 1. Αν το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων.....	58
Διάγραμμα 2. Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για το αν θεωρούν ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του .....	62

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Το φαινόμενο του εκφοβισμού εμφανίζεται σε όλα τα επαγγέλματα. Είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, αρκετά δύσκολο στην μελέτη του. Αποτελεί την πιο πιθανή βάση για τη δημιουργία εργασιακού στρες, με καταστροφικές συνέπειες για το άτομο αλλά και την παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα. Η λεκτική βία είναι ο πιο συχνός τύπος εκφοβισμού.

**Σκοπός:** Ο σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει το φαινόμενο της λεκτικής βίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας σε ένα δημόσιο νοσοκομείο και των επιπτώσεων που έχει στην μεταξύ τους επικοινωνία, στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και στην άσκηση των καθηκόντων τους.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη με εργαλείο μέτρησης το σταθμισμένο στην Ελληνική γλώσσα ερωτηματολόγιο VAS(Verbal Abuse Scale) και πενταβάθμια κλίμακα αξιολόγησης Likert. Το δείγμα αποτέλεσαν εργαζόμενοι επαγγελματίες υγείας του Βενιζέλειου Νοσοκομείου Ηρακλείου.

**Ευρήματα:** Όλοι οι ερωτώμενοι (N=236, 100%) δήλωσαν ότι έχουν υποστεί κάποιας μορφής λεκτική βία στον εργασιακό τους χώρο. Η κυριότερη μορφή λεκτικής βίας που αναφέρουν οι συμμετέχοντες ιατροί και νοσηλευτές είναι η έντονη κριτική (MEAN 3,18, SD 1.14), η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών (MEAN 3,14, SD 1,03). Τα περιστατικά λεκτικής βίας δεν μειώνονται με την αύξηση των ετών εργασίας.

Όσο αφορά τις αντιδράσεις του προσωπικού, ένα μεγάλο ποσοστό (MEAN 2,9 και SD 1,06) προτίμησε να μιλήσει απευθείας με τον γιατρό. Αρκετοί (MEAN 2,8 και SD 1,1) κράτησαν τα συναισθήματα για τον εαυτό τους.

Τα επίπεδα άγχους του δείγματός μας εκτείνονται από το "αρκετά" στο "πολύ", δηλαδή είναι από μέτρια έως σχετικά σοβαρά.

**Συμπεράσματα:** Ο εργασιακός χώρος του νοσοκομείου αποτελεί χώρο στον οποίο οι συγκρούσεις είναι συχνό φαινόμενο. Τα περιστατικά προφορικής κακοποίησης επηρεάζουν το ηθικό του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και δημιουργούν συνθήκες αρνητικής απόδοσης, και προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις, στον εργασιακό χώρο του νοσοκομείου.

Το υψηλό ποσοστό αναφορών βίας στο χώρο εργασίας καταδεικνύει ότι οι υφιστάμενες διασφαλίσεις που αποσκοπούν στην προστασία του προσωπικού είναι ανεπαρκείς.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ**

Επικοινωνία, Νοσοκομείο, Επαγγελματικό στρες, Λεκτική βία

## ABSTRACT

**Introduction:** The bullying phenomenon is present in all professions. It is a multifactorial phenomenon, quite difficult to study. It is the most likely basis for job stress, with disastrous consequences for both the individual and the health care provided. Verbal violence is the most common type of bullying.

**Purpose:** The purpose of the study is to investigate the phenomenon of verbal violence among healthcare professionals in a public hospital and the impact they have on their communication, interpersonal relationships and the performance of their duties.

**Methodology:** A cross-sectional study was carried out with a Greek-weighted VAC (Verbal Abuse Scale) questionnaire and a five-point Likert rating scale. The sample consisted of health professionals from the Venizelian Hospital of Heraklion.

**Findings:** All respondents (N = 236, 100%) stated that they have experienced some form of verbal violence in their workplace. The main form of verbal violence reported by participating physicians and nurses is strong criticism (MEAN 3.18, SD 1.14), responsibility and accusation (MEAN 3.14, SD 1.03).

The incidence of verbal violence is not decreasing with increasing years of work. In terms of staff reactions, a large proportion (MEAN 2.9 and SD 1.06) preferred to speak directly with the physician. Many (MEAN 2.8 and SD 1.1) held the feelings for themselves.

The stress levels of our sample range from "quite" to "very", that is, from moderate to relatively severe.

**Conclusions:** The hospital workplace is a place where conflicts are a frequent occurrence. Incidents of verbal abuse affect the morale of medical and nursing staff and create conditions of negative performance, and problematic interpersonal relationships, in the hospital workplace.

The high rate of reports of violence in the workplace shows that existing safeguards aimed at protecting staff are inadequate.

**KEYWORDS**

Communication, Hospital, Occupational stress, Verbal violence

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (International council of nurses (ICN), 2000) ορίζει ως επαγγελματική βία τη φυσική, λεκτική, ψυχολογική κακοποίηση, τις σεξουαλικές παρενοχλήσεις, τους εκφοβισμούς και τις προσβολές που προέρχονται τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο κι από τους ασθενείς ή το οικογενειακό τους περιβάλλον.

Μελετώντας τη βιβλιογραφία γίνεται αντιληπτή η έκταση κι η σοβαρότητα του φαινομένου της βίας στους υγειονομικούς χώρους διεθνώς. Μελέτες δείχνουν πως το 10-50% των επαγγελματιών υγείας εκτίθενται σε βία σε ετήσια βάση, με τους νοσηλευτές σε μεγαλύτερο ποσοστό και τους μη νοσηλευτές με πιθανότητα βίωσης έξι ή και παραπάνω εκφοβιστικών συμπεριφορών σε διάρκεια ενός μήνα (Bruder, 2001).

Η λεκτική βία είναι ο πιο συχνός τύπος εκφοβισμού. Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών λεκτική βία ορίζεται ως η λεκτική συμπεριφορά που ως σκοπό έχει να μειώσει, να ταπεινώσει, να υποβαθμίσει και ταυτόχρονα να επιδείξει έλλειψη σεβασμού για την αξιοπρέπεια και την αξία του άλλου ατόμου. Σε μελέτες του Institute for Safe Medication Practices (2004) καταδεικνύεται ένα ποσοστό του 48% να έχει υποστεί λεκτική κακοποίηση, ποσοστό που αυξάνεται σε περιπτώσεις φοιτητών στο χώρο της υγείας (53%).

Στην Αυστραλία για παράδειγμα σημειώνονται υψηλά ποσοστά φυσικής και λεκτικής βίας προς το προσωπικό κυρίως στους χώρους των επειγόντων περιστατικών. Η βίωση λεκτικής βίας μπορεί να επιφέρει έντονο εργασιακό στρες, να υπονομεύσει την αυτοπεποίθηση των εργαζομένων αλλά και την αποτελεσματικότητά τους στην εκτέλεση των καθημερινών τους καθηκόντων, με όποιες συνέπειες και στην γενικότερη παρεχόμενη υπηρεσία στο νοσοκομείο. Αυτό το γεγονός τοποθετεί το θέμα της βίας σε ερευνητική προτεραιότητα (Chapman et al., 2006).

## ΔΟΜΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η δομή της μελέτης περιλαμβάνει 2 μέρη, το γενικό και το ειδικό μέρος. Στο πρώτο μέρος αναφέρονται τα γενικά στοιχεία της μελέτης και περιλαμβάνονται 3 κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην επικοινωνία και στα προβλήματα που δημιουργούνται μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στον εργασιακό χώρο όταν η επικοινωνία δεν είναι σωστή . Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται γενικότερα το φαινόμενο της βίας στο χώρο της υγείας και αναλύεται η λεκτική βία και οι παράγοντες προδιάθεσης. Στο τρίτο κεφάλαιο αναπτύσσονται οι συνέπειες της λεκτικής βίας στο χώρο του νοσοκομείου, οι τρόποι διαχείρισης του φαινομένου αλλά και τεχνικές καλής επικοινωνίας.

Το ειδικό μέρος περιλαμβάνει τα στοιχεία της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφεται η έρευνα, με τον σκοπό, τα ερευνητικά ερωτήματα, τη μεθοδολογία και την ανάλυση των δεδομένων. Στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφονται τα αποτελέσματα της έρευνας, ενώ στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο τα εξαγόμενα συμπεράσματα.

Η εργασία ολοκληρώνεται με τις βιβλιογραφικές αναφορές και τα παραρτήματα.



*«Είμαι αντίθετος στη βία, επειδή η χρήση βίας μπορεί να φαίνεται ότι κάνει καλό, το καλό αυτό όμως είναι προσωρινό, ενώ το κακό που προξενεί είναι μόνιμο...»*

(Αρούν Γκάντι, 2018).

## **1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ - Η Επικοινωνία στο Νοσοκομείο**

### **1.1 Το νοσοκομείο ως επαγγελματικός χώρος**

Ο κλάδος της υγείας απασχολεί μεγάλο μέρος του εργατικού δυναμικού της χώρας μας και παράλληλα αποτελεί σημαντικό κλάδο της οικονομικής δραστηριότητας αυτής. Ο χώρος του νοσοκομείου αποπνέει κύρος και συχνά γίνεται πηγή γοήτρου για αυτούς που εργάζονται εκεί. Αποτελεί ένα πολύπλοκο περιβάλλον, όπου συνυπάρχουν επαγγελματίες υγείας με διαφορετικούς στόχους και συχνά αντικρουόμενους.

Η εργασία στο χώρο αυτό είναι εξαιρετικά επίπονη και ψυχοφθόρα. Η πληθώρα των εργασιών, των μηχανημάτων, των εργαλείων και των επεμβάσεων δημιουργούν αίσθημα σύγχυσης κι ανασφάλειας. Η εγρήγορση στη σκέψη και την ανταπόκριση είναι μέρος της καθημερινής επαγγελματικής δραστηριότητας των εργαζομένων στα νοσοκομεία (Gabel et al, 2001).

Ο όρος εργασιακό περιβάλλον δεν προσδιορίζει μόνο τη θέση στην οποία εργάζεται κάποιος αλλά και το σύνολο των καταστάσεων και των παραγόντων με τους οποίους έρχεται σε επαφή και μπορεί να επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική του υγεία. Το νοσοκομείο αποτελεί έναν εργασιακό χώρο όπου οι εργαζόμενοι εκτίθενται σε φυσικούς, βιολογικούς, χημικούς και εργασιακούς κινδύνους. Οι κίνδυνοι για την υγεία των εργαζομένων προέρχονται κυρίως από την έκθεσή τους στις διάφορες χημικές ουσίες και φάρμακα, σε αλλεργιογόνες ουσίες, στην ακτινοβολία, στο χειρισμό φορτίων, στην εργασία σε μεταβαλλόμενο ωράριο, στη βία, στις απαιτήσεις της εργασίας και στην ψυχολογική πίεση. Όλα αυτά σε συνδυασμό με την κακή οργάνωση καθώς και την μικρού βαθμού ικανοποίηση από την εργασία επιτείνουν το πρόβλημα. Δημιουργούν στρες που αποτελεί τη συχνότερη αιτία νοσηρότητας των εργαζομένων στο χώρο των νοσοκομείων. Το στρες ευθύνεται για αυξημένη συχνότητα και διάρκεια απουσιών, για μειωμένη παραγωγικότητα, υψηλά ιατροφαρμακευτικά κόστη, διαταραχές στην επικοινωνία και τις σχέσεις των εργαζομένων.

### **1.2 Παράγοντες ασφάλειας**

Η αποτελεσματική λειτουργία ενός οργανισμού εξαρτάται από έναν αριθμό εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Όταν λοιπόν η διοίκηση ασκεί αποτελεσματική ηγεσία, το ανθρώπινο δυναμικό διατηρείται

σωστά οργανωμένο και ικανοποιημένο, μετριάζονται οι συγκρούσεις και δημιουργείται κλίμα συνεργασίας.

Η πρόκληση του επαγγελματικού στρες εξαρτάται από τις συνθήκες εργασίας και τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου. Οι επαγγελματικοί κίνδυνοι στα νοσοκομεία μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις ομάδες:

- Κίνδυνοι για την ασφάλεια που οφείλονται σε μηχανές, ηλεκτρικές εγκαταστάσεις, επικίνδυνες ουσίες, πυρκαγιές και εκρήξεις
- Κίνδυνοι για την υγεία που οφείλονται σε χημικούς παράγοντες, φυσικούς παράγοντες, βιολογικούς παράγοντες
- Κίνδυνοι για την υγεία και την ασφάλεια που οφείλονται σε οργάνωση εργασίας, ψυχολογικούς παράγοντες, οικονομικούς παράγοντες αντίξοες συνθήκες εργασίας

([http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/dli/dliup.nsf/All/9F1582EBA76780CBC2257E0A0039580A/\\$file/ODHGOS\\_NOSOKOMIAKES\\_FINAL\\_WEB.pdf](http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/dli/dliup.nsf/All/9F1582EBA76780CBC2257E0A0039580A/$file/ODHGOS_NOSOKOMIAKES_FINAL_WEB.pdf))

Το νοσοκομείο μπορεί να χαρακτηριστεί ως μία σύνθετη δομή με ποικίλες εργασιακές δραστηριότητες, αλλά και ποικίλους βλαπτικούς παράγοντες. Οι επαγγελματικοί βλαπτικοί παράγοντες καθορίζονται από φυσικά, βιολογικά, χημικά, οργανωτικά, αλλά και κοινωνικο-ψυχολογικά χαρακτηριστικά.

#### **Φυσικοί Παράγοντες**

- Μικροκλίμα
- Θόρυβος

#### **Βιολογικοί Παράγοντες**

- Έκθεση σε μικροβιακά παθογόνα

#### **Χημικοί Παράγοντες**

- Απορρυπαντικά - Latex
- Φορμαλδεΰδη – Γλουταραλδεΰδη
- Αναισθητικά αέρια
- Ιοντίζουσα ακτινοβολία

#### **Ψυχοσωματικοί παράγοντες**

- Σωματική Καταπόνηση
- Ωράριο
- Συγκρούσεις

Η εργασία όμως στο χώρο του νοσοκομείου έχει συνδεθεί και με συνθήκες φυσικής καταπόνησης. Για παράδειγμα, μελέτη στο Βέλγιο και στην Τσεχοσλοβακία έδειξε ότι οι εργαζόμενοι περνούν το 60-80% της ημέρας τους όρθιοι και συχνά με επίπονες στάσεις εργασίας λόγω ανεπαρκούς εξοπλισμού ([http://www.elinyae.gr/el/lib\\_file\\_upload/YAE%20nosokomeia.qxt%205.1191574690408.pdf](http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/YAE%20nosokomeia.qxt%205.1191574690408.pdf))

Λόγω της χρονικής αλλά και ψυχολογικής πίεσης το κλίμα στα νοσοκομεία είναι τεταμένο. Συχνά δημιουργούνται διενέξεις και κλονίζονται οι διαπροσωπικές σχέσεις. Οι συνθήκες γίνονται ακόμη δυσκολότερες όταν στα παραπάνω προστεθούν η νοητική καταπόνηση που προξενεί η συνεχής παροχή πληροφόρησης κι η αποδιοργάνωση του εργασιακού προγράμματος. Η εργασία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να αποτελέσει σημαντική πηγή συναισθηματικής καταπόνησης και να οδηγήσει στο λεγόμενο σύνδρομο burn-out. Όλα αυτά εμποδίζουν τους εργαζομένους να ολοκληρώσουν την εργασία τους επαρκώς και να αντλήσουν ικανοποίηση από αυτή.

([http://www.elinyae.gr/el/lib\\_file\\_upload/YAE%20nosokomeia.qxt%205.1191574690408.pdf](http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/YAE%20nosokomeia.qxt%205.1191574690408.pdf))

Είναι επιτακτική η ανάγκη δημιουργίας ενός συστήματος υγείας που να συνάδει με τα ψυχολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τόσο των ασθενών όσο και των εργαζομένων για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα τελευταία χρόνια έρευνες έρχονται να προσδιορίσουν το βαθμό που η διοίκηση των νοσοκομείων πρέπει να ανταποκριθεί ώστε να αναπτύξει το προσωπικό τις απαραίτητες στρατηγικές να εναρμονίσουν το εργασιακό φορτίο με τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

([http://www.elinyae.gr/el/lib\\_file\\_upload/YAE%20nosokomeia.qxt%205.1191574690408.pdf](http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/YAE%20nosokomeia.qxt%205.1191574690408.pdf))

### **1.3 Επικοινωνία στο χώρο του νοσοκομείου**

Οι συγκρούσεις στο χώρο του νοσοκομείου όπως και σε οποιοδήποτε επαγγελματικό χώρο είναι αναπόφευκτες. Η φύση των ανθρώπων κι ο τρόπος που διαχειρίζονται τα γεγονότα επηρεάζουν και την πορεία των διαπληκτισμών. Άλλωστε στο χώρο της υγείας, το ανθρώπινο κεφάλαιο είναι ο καταλύτης για τη διαμόρφωση των εργασιακών συνθηκών, των κινήτρων για εξέλιξη, την άντληση ικανοποίησης από την εργασία για μία αποδοτικότερη παρεχόμενη υπηρεσία.

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, από τη συγκρότηση και την έναρξη λειτουργίας του έχει ως στόχο την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, παρά τα πολλά και ενδεχομένως διαχρονικά προβλήματα που παρατηρούνται κατά καιρούς. Η ικανοποίηση από την εργασία συντελεί στην εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου και το παρεχόμενο έργο είναι σαφώς καλύτερο. Το εργασιακό περιβάλλον, οι εργασιακές σχέσεις κι η επαγγελματική ικανοποίηση των εμπλεκόμενων θα έπρεπε να είναι πρωταρχικό μέλημα μιας διοίκησης που λογίζεται επιτυχημένη.

Λαμβάνοντας υπόψη την αγχογόνο φύση της εργασίας στα νοσοκομεία και το γεγονός ότι σε καθημερινή βάση κρίνονται ανθρώπινες ζώες, η αποτελεσματική επικοινωνία και η καλή συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι ζωτικής σημασίας. Οι συγκρούσεις έχουν χαρακτηριστεί ως πηγή άγχους κι έντονου στρες στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Συχνότερα οι νοσηλευτές είναι αυτοί που αντιμετωπίζουν τόσο λεκτική όσο κι άλλης μορφής κακοποίηση όταν ξεσπάσει μία σύγκρουση.

Σύμφωνα με τον Βιθύνο (1999), επικοινωνία υφίσταται όταν κάποιος πομπός Α μεταβιβάζει μία πληροφορία, ιδέα, συναίσθημα σε έναν δέκτη Β, με στόχο να ενεργήσει πάνω του και να προκαλέσει την εμφάνιση σκέψεων ή ιδεών που τελικώς θα επηρεάσουν τη συμπεριφορά του.

Η φύση της εργασίας των ιατρών και των νοσηλευτών, το ωράριο εργασίας, η οικονομική κρίση που μας έχει επηρεάσει όλους, δημιουργούν προβλήματα σε προσωπικό αλλά και διαπροσωπικό επίπεδο. Σε έρευνα των Κοΐνη, Σαρίδη (2014), στη Νέα Ζηλανδία οι συγκρούσεις ρόλων και ευθυνών αποτελούν σημαντική πηγή άγχους. Άλλη σημαντική πηγή άγχους είναι η αμφισβήτηση του ρόλου του επαγγελματία υγείας. Υπάρχει συνάφεια μεταξύ του μειωμένου αυτοέλεγχου και της ψυχικής ευεξίας (Dishman & Landy, 1988), αλλά και μεταξύ σωματικών και ψυχικών νόσων βλ. κατάθλιψη, επαγγελματική δυσαρέσκεια, μειωμένα εργασιακά κίνητρα, μειωμένη αυτοεκτίμηση).

#### **1.4 Είδη επικοινωνίας**

Η επικοινωνία κι η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων είναι σημαντικοί παράγοντες για την ομαλή λειτουργία των νοσοκομείων. Το νοσοκομείο αποτελεί πολυσύνθετο οργανισμό κι όλες οι διαδικασίες που εκτελούνται βασίζονται στην επικοινωνία ανάμεσα σε διαφορετικές ομάδες εργαζομένων αλλά και της διοίκησης. Η επικοινωνία έχει ως βασικό της στόχο τον καταμερισμό και συντονισμό ενεργειών

στο νοσοκομείο. Η επικοινωνία σε όλους τους επαγγελματικούς τομείς χωρίζεται σε τυπική κι άτυπη. Η τυπική μορφή επικοινωνίας γίνεται μέσα από τα επίσημα κανάλια επικοινωνίας των οργανισμών, ενώ η άτυπη επικοινωνία βασίζεται στις διαπροσωπικές σχέσεις όλων των μελών. Ένα αποτελεσματικό σύστημα επικοινωνίας προϋποθέτει συνεργασία και συντονισμό από όλους. Η άτυπη μορφή επικοινωνίας λειτουργεί παράλληλα με την τυπική κι ανεξάρτητα από θέσεις και ιεραρχία. Βασικά χαρακτηριστικά αυτού του δικτύου επικοινωνίας είναι η αμεσότητα κι η ταχύτητα στην πληροφόρηση, ότι δεν ελέγχεται εύκολα και χρησιμοποιείται για να καλύψει προσωπικές ανάγκες πληροφόρησης. Έρευνες αναφέρουν ότι η σαφήνεια των πληροφοριών στους οργανισμούς κυμαίνεται μεταξύ του 70% και του 90% (Μπουραντάς και συν, 1999).

### 1.5 Προβλήματα στην επικοινωνία

Η γόνιμη επικοινωνία συντελεί στην διεπιστημονική συνεργασία. Ωστόσο, προκύπτουν προβλήματα στην επικοινωνία που προκαλούνται από τα ακόλουθα:

- Ασαφείς στόχοι
- Λαθεμένα μηνύματα (η ασάφεια κι η έλλειψη ακρίβειας οδηγεί σε λάθος κωδικοποίηση)
- Κακή επιλογή χρόνου και χώρου
- Κακή επιλογή τρόπου και μέσου μετάδοσης (εμπλοκή μπορεί να προκαλέσουν η επιλογή γραπτού ή προφορικού ή οπτικού τρόπου ή ακόμη κι ο τόνος της φωνής, οι κινήσεις του σώματος, τα λόγια)
  - Προδιάθεση και προκατάληψη (το μήνυμα περνά μέσα από τις διαθέσεις και συχνά διαστρεβλώνεται)
  - Βιαστικά συμπεράσματα ( η έλλειψη υπομονής και χρόνου οδηγεί σε λαθεμένη αποκωδικοποίηση)
  - Απροσεξία
  - Υπερευαισθησία
  - Διαφορετικές αντιλήψεις (υπάρχει υποκειμενικότητα στην αποκωδικοποίηση της πληροφορίας)
  - Οι σχέσεις μεταξύ πομπού και δέκτη (οι θέσεις, τα συμφέροντα κι οι σχέσεις γενικότερα δυσκολεύουν την επικοινωνία)
  - Μεγάλος όγκος πληροφοριών

- Χρονοβόρες διαδικασίες, δομές
- Διαφορετικοί κώδικες επικοινωνίας (Μπουραντάς και συν, 1999)

Οι ίδιες λέξεις συνεπάγονται διαφορετικές ερμηνείες. Οι κώδικες επικοινωνίας είναι λέξεις, σύμβολα, κινήσεις και διαμορφώνονται ανάλογα με τις γνώσεις, τις αντιλήψεις, την προσωπικότητα, τις εμπειρίες, τόσο του πομπού όσο και του δέκτη αλλά και τη δεδομένη χρονική στιγμή που πραγματοποιείται η επικοινωνία.

Για μια υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη, η αποτελεσματική επικοινωνία είναι ζωτικής σημασίας. Ο καταμερισμός αρμοδιοτήτων κι ο ορθός συντονισμός δημιουργεί τις προϋποθέσεις για διεπιστημονική συνεργασία. Η έλλειψη σεβασμού κι η άδικη κριτική ανάμεσα στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό οδηγούν σε συγκρούσεις και δημιουργούν μεγάλη πίεση στην εργασία.

Σε έρευνα των Lindeke και Siekert (2005) φαίνεται πως η αποτελεσματική επικοινωνία κι ομαδικότητα μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών βελτιώνει την υγειονομική φροντίδα και δημιουργεί ένα ικανοποιητικό εργασιακό περιβάλλον. Η συνεργασία ωστόσο συνεπάγεται την σωστή ροή πληροφοριών, την άμεση κι ανοιχτή επικοινωνία και τον αμοιβαίο σεβασμό.

Σε άλλη έρευνα που έγινε σε επαρχιακό νοσοκομείο της Β. Ελλάδας οι κυριότεροι λόγοι που οδηγούσαν σε προβληματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, ήταν ο αυξημένος φόρτος εργασίας ( 86,74% ) και η έλλειψη προσωπικού (77,09 %) (Φουντούκη κ.α. 2009).

Σύμφωνα με τον Μπιτσώρη (2013) για το ρόλο της επικοινωνίας στις υπηρεσίες υγείας, αναφέρεται ότι το διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης, οι άσχημες επαγγελματικές σχέσεις και ο ελλιπής χρόνος αποτελούν σημαντικά εμπόδια στην ουσιαστική επικοινωνία όλων των λειτουργιών της υγείας.

Στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης η συνεύρεση και η συχνή επικοινωνία δημιουργεί αυξημένη συχνότητα ανταλλαγής απόψεων, οι οποίες πολλές φορές δεν ταυτίζονται και δημιουργούνται προβλήματα στις σχέσεις του προσωπικού τα οποία οδηγούν σε συγκρούσεις, οι οποίες εάν δεν ομαλοποιηθούν από την πλευρά της διοίκησης του εκάστοτε οργανισμού θα αποσυντονίσουν την λειτουργία του (Σταθοπούλου, 2006).

Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2002) η εύρυθμη λειτουργία ενός οργανισμού παροχής υγειονομικής περίθαλψης βασίζεται στην αποτελεσματική επικοινωνία και

πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια τόσο από επαγγελματίες υγείας, όσο κι από την πλευρά της διοίκησης.



## 2<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ Αναλύοντας τη Λεκτική βία

### 2.1 Ανάλυση φαινομένου της βίας-ανασκόπηση μελετών

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται ο ορισμός της βίας, οι μορφές της, οι γενεσιουργοί παράγοντες που σχετίζονται με τη βία όπως κι η επαγγελματική βία στο χώρο της υγείας. Αξίζει να σημειωθεί πως η αποσαφήνιση των όρων ενέχει μία δυσκολία, αφού υπάρχει η τάση, η βία κι η επιθετικότητα να θεωρούνται μέρος της δουλειάς, ειδικότερα στα τμήματα επειγόντων περιστατικών και στα χειρουργεία (Koukia et al, 2014 και O' Conell et al, 2000).

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, προσδιορίζει την βία ως «τη σκόπιμη χρήση σωματικής δύναμης ή εξουσίας, με μορφή απειλής ή πράξης, ενάντια στον εαυτό, σε κάποιο άλλο πρόσωπο, ή ενάντια σε μία ομάδα ή κοινότητα, η οποία είτε έχει ως αποτέλεσμα είτε αυξάνει τις πιθανότητες πρόκλησης τραυματισμού, θανάτου, ψυχολογικής βλάβης, καθυστέρησης στην ανάπτυξη ή αποστέρησης» (World health organization, 2002).

Η βία μπορεί αν πάρει τις ακόλουθες μορφές:

- Φυσική
- Σεξουαλική
- Ψυχολογική
- Παραμέληση-εγκατάλειψη

Η πιο συχνά αναφερόμενη μορφή βίας είναι η φυσική ή σωματική. Σωματική βία θεωρείται η συμπεριφορά κατά την οποία ένα άτομο προκαλεί φυσικό πόνο εσκεμμένα σε κάποιο άλλο. Σωματική βία αποτελεί το σπρώξιμο, το χαστούκισμα, η κλωτσιά, το ρίξιμο αντικειμένων, η απειλή για χρήση βίας ή ακόμα η βαριά σωματική βλάβη, που μπορεί να προκαλέσει πόνο, τραυματισμό, ακρωτηριασμό (Newton, 2001).

Η σεξουαλική βία είναι οποιαδήποτε σεξουαλική δραστηριότητα ή προσπάθεια για πραγματοποίηση σεξουαλικής δραστηριότητας, χωρίς τη συναίνεση του ατόμου, με καταναγκασμό και ανεξάρτητα από την σχέση που τους συνδέει σε οποιοδήποτε πλαίσιο (Centers for Disease Control and Prevention, (CDC), 2002).

Η πιο σύνθετη μορφή βίας είναι η ψυχολογική καθώς έχει τη μορφή της ταπείνωσης του θύματος, της κυριάρχησης και του ελέγχου του αλλά συχνά και την αποκοπή του ακόμη κι από βασικά αγαθά ζωής. Πιο συγκεκριμένα, η ψυχολογική /συναισθηματική βία σχετίζεται με τη δημιουργία «τραύματος» στο θύμα που μπορεί να προέρχεται από πράξεις βίας, απειλές για πράξεις ή τακτικές καταπίεσης (για λόγους κυριάρχησης). Μπορεί να συμπεριλαμβάνει την ταπείνωση του θύματος, την κυριαρχία ελέγχου του και τακτικές που με σκοπιμότητα προκαλούν σε κάποιον αίσθημα εγκατάλειψης, αδιαφορίας ή αμηχανίας, απομόνωση από την οικογένεια ή το υποστηρικτικό σύστημα και τέλος συμπεριφορές που στερούν από κάποιον την δυνατότητα πρόσβασης σε βασικά αγαθά της ζωής (Centers for Disease Control and Prevention, (CDC, 2002).

Σύμφωνα με τους Krug et al. (2002) υπάρχουν παράγοντες που επιδρούν στην συμπεριφορά και αυξάνουν την πιθανότητα να διαπράξει κάποιος βία ή να γίνει ο ίδιος θύμα. Αυτοί οι παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και δημιουργούν ένα μοντέλο που υιοθετεί κι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και εξετάζει σε επίπεδα τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την βία για να τις εξηγήσει:

- Στο πρώτο επίπεδο βρίσκονται ατομικά χαρακτηριστικά, ορισμένα από τα οποία είναι η ηλικία, το εισόδημα, η εκπαίδευση αλλά και οι ψυχικές διαταραχές, η χρήση ουσιών και το ατομικό ιστορικό βίας. Σ' αυτό το επίπεδο είναι σημαντικό να τονιστεί η αναπτυξιακή παράμετρος στην εκδήλωση επιθετικών συμπεριφορών. Τα θεμέλια αυτών των συμπεριφορών τίθενται ακόμη από την βρεφική και πρώτη παιδική ηλικία και συνεχίζονται στην διάρκεια της ζωής.

- Στο δεύτερο επίπεδο εξετάζεται το πεδίο στενών διαπροσωπικών σχέσεων όπου αναπτύσσονται δυναμικά βίαιης συμπεριφοράς όπως για παράδειγμα το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον.

- Στο τελευταίο επίπεδο είναι το κοινωνικό πλαίσιο αλλά και οι κοινωνικοί παράγοντες όπως: το σύστημα απόδοσης δικαιοσύνης και το πολιτισμικό πλαίσιο αναφοράς, οι οικονομικές ανισότητες, η πολιτική κατάσταση και το σύστημα πρόνοιας.

Μελέτες δείχνουν τη συνάφεια μεταξύ των βίαιων συμπεριφορών και των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων αλλά και των διακρίσεων φύλου. Το μοντέλο αυτό εξηγεί τη φαυλότητα του φαινομένου της βίας και καταδεικνύει το γεγονός ότι αποτελεί πλέον θέμα δημόσιας υγείας (Krug et al., 2002).

## 2.2 Βία στο χώρο της Υγείας

Σύμφωνα με τη Lake (2002) το υγιές εργασιακό περιβάλλον ορίζεται ως μία ολοκληρωμένη έννοια που περιλαμβάνει στοιχεία όπως η συμμετοχή των νοσηλευτών στη χάραξη πολιτικής του νοσοκομείου, η παρουσία νοσηλευτικών ιδρυμάτων που θα διασφαλίζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, και οι σχέσεις των νοσηλευτών με το ιατρικό προσωπικό και τους ασθενείς.

Το Εθνικό ινστιτούτο για την επαγγελματική υγεία και ασφάλεια (National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)) ορίζει τη βία στους χώρους εργασίας ως μια επιθετική πράξη κατευθυνόμενη σε πρόσωπα στους χώρους εργασίας και εν ώρα υπηρεσίας και ποικίλλει ανάμεσα σε προσβλητική ή απειλητική συμπεριφορά.

Σ' έναν άλλο ορισμό της επαγγελματικής βίας από το διεθνές συμβούλιο νοσηλευτών, (International council of nurses (ICN, 2000) περιλαμβάνεται η φυσική και ψυχολογική βία και λεκτική κακοποίηση, σεξουαλικές και φυλετικές παρενοχλήσεις, εκφοβισμοί και προσβολές. Το διεθνές συμβούλιο νοσηλευτών σε σύμπραξη με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (ICN, 2002) εξέδωσε κατευθυντήριες γραμμές για τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση της βίας στους χώρους εργασίας όπου τονίζει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι από τους επαγγελματίες υγείας υψηλού κινδύνου στο να γίνει αποδέκτης περιστατικών βίας και συγκεκριμένα αυτών που εργάζονται σε τμήματα όπου υπάρχει υψηλή αλληλεπίδραση με το κοινό, οι άνθρωποι βρίσκονται υπό το κράτος της θλίψης και της αγωνίας για τα προβλήματά τους, υπάρχει έλλειψη προσωπικού και σαφής επιρρέπεια στη βία.

Στην έρευνα της Rose (1997), πάνω από το 50% του νοσηλευτικού προσωπικού εργαζόμενο στο ΤΕΠ ενός γενικού νοσοκομείου στο Δουβλίνο είχε βιώσει φυσική ή λεκτική βία. Σύμφωνα με τους Ryan και Maguire, (2006), το 95% του νοσηλευτικού προσωπικού σε δύο ΤΕΠ στην Ιρλανδία έχει βιώσει λεκτική επιθετικότητα σε κάποια φάση της καριέρας του.

Στην μελέτη της βίας και της επιθετικότητας, οι ερευνητές αναγνωρίζοντας τη συχνότητα και την έκταση του φαινομένου συμπεριλαμβάνουν στις μελέτες τους συνήθως την βία και την επιθετικότητα στους υγειονομικούς χώρους προς το προσωπικό γενικότερα σε όλα τα τμήματα των νοσοκομείων και όχι αποκλειστικά στους χώρους των ΤΕΠ. Σε ορισμένες μάλιστα χώρες όπως στην Αυστραλία για παράδειγμα οι ερευνητές αποδεχόμενοι τα συμπεράσματα μελετών τα οποία

καταδεικνύουν αυξανόμενα ποσοστά φυσικής και λεκτικής βίας προς το προσωπικό στους χώρους των επειγόντων έχουν θέσει το θέμα της βίας ως ερευνητική προτεραιότητα. Η επιθετικότητα προέρχεται συνήθως από τους ασθενείς και από συγγενείς ή άλλους συναδέλφους και κλινικούς υγείας. Οι νοσηλευτές περιέγραψαν την επιθετικότητα ως περιστατικά που περιλαμβάνουν τρία είδη συμπεριφορών, χρήση σωματικής βίας, λεκτικής βίας και εκφοβισμό. Στην έρευνα των O' Conell et al., (2000) η φυσική βία παίρνει την εξής μορφή:

- Σπρωξίματα,
- Άρπαγμα,
- Τσιμπήματα,
- Κλοτσιές, Γροθιές,
- Φτύσιμο,
- Δάγκωμα και Χτύπημα με Κάποιο Όργανο

Η βία είναι έντονη και μεταξύ των γιατρών αλλά και μεταξύ των νοσηλευτών. Διεθνείς εκθέσεις δείχνουν ότι περίπου το 10-50% του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης εκτίθενται σε βία κάθε χρόνο και σε ορισμένες περιπτώσεις το ποσοστό αυτό μπορεί να εκτοξευτεί σε μεγαλύτερα νούμερα. Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν εκφοβισμό από περισσότερες από μία πηγές από ότι οι μη-νοσηλευτές και είναι πολύ πιθανό να βιώσουν έξι ή περισσότερες εκφοβιστικές συμπεριφορές σε διάστημα ενός μήνα (Bruder, 2001).

Όλα τα παραπάνω περιστατικά προκαλούν συναισθήματα όπως θυμό, άγχος, αμηχανία, φόβο, απογοήτευση, ενοχές, αίσθημα ανικανότητας να βοηθηθούν αλλά και αγανάκτηση (Charman et al., 2006).

Περίπου το 70% των νοσηλευτών που εργάζονται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και στα χειρουργεία στα νοσοκομεία της χώρας μας είναι πιο πιθανό να αναφέρουν ότι έχουν υποστεί κάποιας μορφής εκφοβισμό. Νοσηλευτές που εργάζονται στη ΜΕΘ είχαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχολογικής και σωματικής βίας, ενώ όσοι εργάζονταν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών είχαν αυξημένο κίνδυνο να υποστούν ψυχολογική βία και τέλος οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε ορθοπεδικά τμήματα παρουσίαζαν υψηλά ποσοστά ψυχολογικής βίας (Koukia et al., 2014).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Tsuno et al. (2015) κι αφορούσε το Ηνωμένο Βασίλειο, συνολικά 94 (6,1%) των ερωτηθέντων ανέφεραν πως είχαν

υποστεί εκφοβισμό στο χώρο εργασίας τους ενώ 229 (14,8%) των ερωτηθέντων έγιναν μάρτυρες σε περιστατικά εκφοβισμού.

Υπάρχει ωστόσο και μία ασάφεια στην αποσαφήνιση του ορισμού της βίας στο χώρο της υγείας που οφείλεται από την μια μεριά στην υποκειμενικότητα κατανόησης του όρου βία και κατηγοριοποίησης των περιστατικών κι από την άλλη στην πεποίθηση ότι είναι μέρος της εργασιακής κουλτούρας. Οι O' Conell et al (2000) θεωρούν πως υπάρχει ένας «νόμος της σιωπής» που ρυθμίζει τις σχέσεις των επαγγελματιών υγείας, που είτε από το φόβο επίπληξης είτε από μια διαδικασία «άρνησης» (ψυχολογικός όρος) υποβαθμίζουν τα περιστατικά βίας.

Ο εκφοβισμός λοιπόν στο χώρο της εργασίας είναι ένα φαινόμενο που προσελκύει πολύ ενδιαφέρον σε διεθνές επίπεδο. Η εργασία στο χώρο της υγείας τις περισσότερες φορές τελείται κάτω από δυσμενείς συνθήκες. Η χρονική και ψυχολογική πίεση δημιουργεί ένα τεταμένο κλίμα. Αυτό σε συνδυασμό με τις υψηλές απαιτήσεις οδηγεί σε σοβαρές προσωπικές διενέξεις κι ανορθόδοξη συμπεριφορά.

### **2.3. Αναλύοντας τη Λεκτική Βία**

Η εκφοβιστική ή λεκτική επιθετικότητα αποτελεί την συνηθέστερη μορφή βίας για το προσωπικό στον χώρο εργασίας τους, σε ποσοστό 64%. Η βία και η επιθετικότητα στο χώρο των ΤΕΠ είναι κατεξοχήν λεκτική. Η λεκτική επιθετικότητα προς τους νοσηλευτές περιλαμβάνει ταπεινωτικούς χαρακτηρισμούς είτε υπό μορφή σχολίων που αφορούν την εμφάνιση τους είτε ακυρωτικούς χαρακτηρισμούς που αμφισβητούν το ρόλο του νοσηλευτή και την ταυτότητά του μέσα στον χώρο, είτε ύβρεις (American Nurses Association, 2006).

Το 48% των νοσηλευτών, φαρμακοποιών και άλλων επαγγελματιών υγείας ανέφεραν ισχυρή λεκτική κακοποίηση), ενώ το 56,9% ανέφεραν ότι απειλήθηκαν ή βίωσαν λεκτική κακοποίηση κατά τη διάρκεια της εργασίας τους (American Nurses Association, 2001).

Στην έρευνα του Rosenstein (2002) επισημάνθηκε ότι λίγο πάνω από το 50% των γιατρών αγνοούσαν τις επιπτώσεις που είχε η λεκτική βία στις νοσηλεύτριες χειρουργείου. Σε έρευνα του ISMP (Institute for Safe Medication Practices, 2004), αναφέρεται ότι σε διάστημα 12 μηνών έχουν καταγραφεί ποσοστά 75-90%, για λεκτική κακοποίηση για τους νοσηλευτές επειγόντων περιστατικών.

Στα πλαίσια του 2ου Ελληνοκυπριακού Συνεδρίου Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής με θέμα τη Λεκτική Βία σε 132 νοσηλευτές (Στεφανίδης, 2005), ανακοινώθηκε ότι:

- Το 91% είχε βιώσει μια κατάσταση προφορικής κακοποίησης και το 68% των νοσηλευτών χειρουργείου της έρευνας, πίστευε ότι τα περιστατικά λεκτικής βίας οδηγούν σε αύξηση των λαθών στο χειρουργείο.

Η Abdou (2011) σε μελέτη που πραγματοποίησε σε πέντε μεγάλα πανεπιστημιακά νοσοκομεία της Αιγύπτου με τη χρήση του Verbal Abuse Scale, αναφέρει ότι οι κυριότεροι εκφραστές λεκτικής βίας στους νοσηλευτές χειρουργείου είναι οι χειρουργοί (40,3 %), οι συνάδελφοι νοσηλευτές (27, %) και οι αναισθησιολόγοι (17,5 %).

Ταυτόχρονα οι πιο συχνές μορφές της λεκτικής κακοποίησης που αναφέρθηκαν ήταν, η έντονα επικριτική στάση με ταυτόχρονη επίρριψη ευθυνών. Κακομεταχείριση όμως δεν υφίστανται μόνο οι νοσηλευτές αλλά και οι ειδικευόμενοι ιατροί κατά την περίοδο της ειδίκευσης τους στα νοσοκομεία.

Το 2012 ο Καναδικός σύνδεσμος ειδικευόμενων γιατρών (Canadian Association of Internes and Residents-CAIR) πραγματοποίησε έρευνα σε εθνικό επίπεδο και κατέγραψε τα ακόλουθα:

- το 72,9% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν ανάρμοστη συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της ειδικότητάς τους. Στο 50% των περιπτώσεων αυτή η συμπεριφορά προήλθε από τους άλλους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό.
- Ο πιο συνηθισμένος τύπος παρενόχλησης, ήταν οι φωνές και η ταπείνωση από τους συναδέλφους σε ποσοστό 26,6%.

Σε δείγμα εκατό νοσηλευτών χειρουργείου, η έρευνα των Καραθανάση και συν (2011) έδειξε ότι το σύνολο των ερωτηθέντων έγιναν αποδέκτες προφορικής κακοποίησης πάνω από μία φορά. Μια άλλη σχετικά πρόσφατη πανελλήνια μελέτη, έγινε με την συμμετοχή 65 νοσηλευτών χειρουργείου που απάντησαν σε ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο και αναφέρει ότι το 35,4% του δείγματος έπεσε θύμα λεκτικής βίας. Το περιστατικό προφορικής κακοποίησης (93,8%) έγινε παρουσία άλλων (Μαλλιαρού και συν, 2014).

Στην μελέτη των Koukia et al., (2014) βρέθηκε ότι οι ιατροί και οι νοσηλευτές ήταν οι κύριοι δράστες εκφοβισμού κατά τη διάρκεια όλων των βαρδιών, δεδομένου

ότι το απόγευμα και το βράδυ, οι επόπτες δεν έχουν τακτική επαφή με το προσωπικό. Το ερωτηματολόγιο διέκρινε τα βίαια γεγονότα σε διαφορετικές βάρδιες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα πιο βίαια γεγονότα, δεν εξαρτώνται από το χρόνο. Επίσης, η λεκτική βία περιγράφεται ως κοινή επαγγελματική εμπειρία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, με ποσοστό 80-90%. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων λεκτικής βίας που αφορούν νοσηλευτές οι υποκινητές είναι οι γιατροί ενώ ο δεύτερος πιο κοινός τύπος είναι η λεκτική κακοποίηση μεταξύ νοσηλευτών.

Η λεκτική κακοποίηση σύμφωνα με την Ketterman (1992) δεν αφήνει εμφανή σημάδια. Η ερευνήτρια προσδιόρισε ακόμη επτά διαφορετικές διαστάσεις της λεκτικής βίας. Σύμφωνα με αυτές, τα θύματα είναι απομονωμένα και απελπισμένα, αισθάνονται απόρριψη και υποτίμηση ενώ η λεκτική βία αγνοεί βασικές ανάγκες κάθε προσωπικότητας που προσδοκά πάντα την αποδοχή. Η λεκτική βία μπορεί να είναι τόσο οδυνηρή όσο και η σωματική. Επίσης έχει υποστηριχθεί ότι η λεκτική βία είναι μια λιγότερο ακραία αλλά πιο διαδεδομένη μορφή βίας στον επαγγελματικό χώρο της υγείας.

### 2.3.1. Λεκτική βία

Την λεκτική βία θα μπορούσαμε να την ορίσουμε ως εξής:

*«Φραστικές απειλές ή ύβρεις ενός ισχυρού απέναντι σε ασθενέστερο κοινωνικοοικονομικά άτομο πριν εξελιχτεί σε σωματική βία ενδοοικογενειακά, ενδοσχολικά, ενδοεργασιακά»* (Βιθύνος και συν., 1999).

Σύμφωνα με τον Bruder (2001) ο όρος λεκτική βία αφορά στο είδος της επικοινωνίας που μεταδίδεται με τον τόνο της φωνής, το φέρσιμο ή με μη λεκτικούς υπαινιγμούς και εκλαμβάνεται ως μια σκληρή και επικριτική επίθεση είτε επαγγελματικά είτε προσωπικά.

Η λεκτική βία ασκείται κυρίως σε άτομα τα οποία θεωρούνται χαμηλών τόνων και σαφέστατα δεν προκαλούν με τη συμπεριφορά τους το κοινό αίσθημα. Κατά κοινή ομολογία, τα άτομα που ασκούν λεκτική βία, είναι αυτά τα οποία δεν έχουν λάβει δυστυχώς από το γονικό περιβάλλον την κατάλληλη διαπαιδαγώγηση και ανατροφή από μικρή ηλικία, ώστε να ενταχθούν αξιότιμα στο κοινωνικό σύνολο (Βιθύνος και συν 1999).

### 2.3.2. Διαστάσεις λεκτικής βίας

Η λεκτική βία στο νοσοκομειακό χώρο έχει δυο διαστάσεις, την οριζόντια και την κάθετη βία. Η οριζόντια διάσταση είναι ανάμεσα σε δύο συναδέλφους ίδιου βαθμού, όπως για παράδειγμα ανάμεσα σε δυο νοσηλευτές-τριες χειρουργείου. Η κάθετη διάσταση είναι η επιβολή ανάρμοστης δύναμης σε έναν πραγματικά ή κατά αντίληψη υφιστάμενο, για παράδειγμα από ένα χειρουργό σε ένα νοσηλευτή-τρια (Rosenstein, 2002 ).

Η λεκτική βία στον εργασιακό χώρο μπορεί να περιέχει λεκτικές ή μη λεκτικές τακτικές, ψυχολογική βία και εξευτελισμό μέσα από συμπεριφορές όπως τις ακόλουθες:

- Λεκτική Τακτική  
 Να φωνάζεις, να βρίζεις και να απειλείς  
 Να κουτσομπολεύεις κάποιον
- Μη Λεκτική Τακτική  
 Να είσαι εχθρικός και αγενής  
 Να έχεις αλαζονική συμπεριφορά (εγώ είμαι πάντα σωστός και οι άλλοι είναι λάθος)  
 Να κριτικάρεις με το παραμικρό, αλλά δύσκολα να επαινείς
- Ψυχολογική Τακτική  
 Να μιλάς υποτιμητικά στον συνάδελφο ή υφιστάμενο  
 Να σπλώνεις το όνομα κάποιου  
 Να μην παρέχεις κατάλληλες ευκαιρίες για την ολοκλήρωση της εργασίας  
 Να προκαλείς σε κάποιον φυσική ή κοινωνική απομόνωση  
 (Τσιάμα, 2013).

Στην έρευνα του Rejic (2005) αναφέρεται ότι οι τέσσερις πιο κοινοί τύποι λεκτικής κακοποίησης είναι η συγκατάβαση, ο θυμός, η απαξίωση και η ταπείνωση. Περισσότερο από το 50% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είχαν βιώσει αυτές τις μορφές κακοποίησης τουλάχιστον μία φορά κατά το παρελθόν. Η λεκτική κακοποίηση υποκινείται πιο συχνά από τη στάση και συμπεριφορά των συναδέλφων και θεσπίζεται από τα υπόλοιπα μέλη του προσωπικού.



Σύμφωνα με την έρευνα των Yokoyama (2016) και των συνεργατών τους, οι τρεις πιο συχνές πράξεις εκφοβισμού σε εβδομαδιαία ή καθημερινή βάση είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας ανά άτομο, η παρακράτηση πληροφοριών που εμποδίζουν την επαγγελματική ανέλιξη και το να γίνεται το άτομο στόχος επιθετικότητας.

Συμπερασματικά, όλες οι μελέτες επιβεβαιώνουν την αντίληψη ότι η λεκτική κακοποίηση είναι ένα πραγματικό πρόβλημα για τη βιομηχανία της υγείας με βαθιές ρίζες στο παρελθόν.

## **2.4. Παράγοντες που προδιαθέτουν την άσκηση λεκτικής βίας**

Θα μπορούσε κάποιος να υποστηρίξει πως παράγοντες που προδιαθέτουν την άσκηση λεκτικής βίας υπάρχουν πολλοί και μπορούν να βρεθούν σε καθημερινή βάση (Δ.Α.Σ.Τ.Α., ενότητα 5, 2007-13).

Συνθήκες εργασίας που δημιουργούν προστριβές ανάμεσα στο προσωπικό οδηγούν σε ένταση, διαμάχες και παρεξηγήσεις που με τη σειρά τους ωθούν σε λεκτική βία. Οι παράγοντες προδιάθεσης μπορούν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες:

### **2.4.1 Εργασιακοί Παράγοντες**

Εργασιακοί προδιαθεσιακοί παράγοντες χαρακτηρίζονται οι ακόλουθοι:

- Οι βάρδιες κι ο χρόνος αναμονής
- Ο συνωστισμός κι η πολύωρη αναμονή φαίνεται να ευνοεί επιθετικές συμπεριφορές.
- Οι μειωμένοι πόροι, η φτωχή υποδομή
- Η ελλειμματική στελέχωση
- Τα ελλιπή μέτρα ασφαλείας
- Οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις
- Η ανυπαρξία συγκεκριμένης πολιτικής αντιμετώπισης των βίαιων περιστατικών σε επίπεδο διοίκησης
  - Η ανεπαρκής εκπαίδευση του προσωπικού για την αντιμετώπιση του φαινομένου
  - Η λαθεμένη αντίληψη ότι η βία είναι μέρος της φύσης της δουλειάς

### 2.4.2 Κοινωνικοί Παράγοντες

Το επάγγελμα του νοσηλευτή κυρίως θεωρείται ένα καταπιεσμένο επάγγελμα κι αυτό το γεγονός ενέχει τον κίνδυνο της επιρρέπειας σε συγκρούσεις, κακομεταχείριση και αρνητικά συναισθήματα. Οι διαφορετικοί ρόλοι, τα διαφορετικά οικονομικά κίνητρα, αλλά και η διαφορετική κουλτούρα δημιουργεί συνθήκες σύγκρουσης που ίσως οδηγήσουν σε λεκτική βία.

Οι κοινωνικοί παράγοντες σχετίζονται με τη βία ενάντια στις γυναίκες γενικότερα, καθώς το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι γυναικοκρατούμενο. Υπάρχει λοιπόν η αντίληψη ότι οι γυναίκες γίνονται ευκολότερα στόχοι προφορικής κακοποίησης, σεξουαλικής παρενόχλησης ή εκφοβισμού (Δ.Α.Σ.Τ.Α., ενότητα 5, 2007-13).

Υπάρχουν όμως και ατομικά χαρακτηριστικά που προδιαθέτουν σε λεκτική βία:

### 2.4.3 Ατομικοί Παράγοντες

- Το ιστορικό βίας. Άτομα με προηγούμενο ιστορικό περιστατικών βίας (ως θύτες ή και θύματα) έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν παρόμοιες συμπεριφορές (Ferns, 2005a).
- Η χρήση αλκοόλ. Η κατάχρηση αλκοόλ παγκοσμίως είναι συνυφασμένη με εκδήλωση επιθετικότητας (Grilly, et al., 2004).

## 3<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ Διαχείριση του φαινομένου της λεκτικής βίας

### 3.1. Συχνότητα του φαινομένου της λεκτικής βίας κι επιπτώσεις

Η εκδήλωση γενικότερα επιθετικότητας και ειδικότερα λεκτικής βίας επιφέρει ένα ευρύ φάσμα αρνητικών επιπτώσεων που μπορεί να πάρουν τη μορφή συναισθηματικών, ψυχολογικών, πνευματικών αλλά και σωματικών συνεπειών. Σε όλα τα παραπάνω έρχεται να προστεθεί και το έντονο εργασιακό άγχος που αποτελεί πηγή ανησυχίας για όλους τους εμπλεκόμενους στο χώρο της υγείας. Για να γίνει κατανοητή η σοβαρότητα του φαινομένου θα συγκρίνουμε δύο περιπτώσεις, την περίπτωση του υγιούς ανταγωνισμού και την περίπτωση της εργασιακής παρενόχλησης. Στην περίπτωση του υγιούς ανταγωνισμού, οι συγκρούσεις μπορεί να επιλυθούν.

Στην περίπτωση της εργασιακής παρενόχλησης λιγοστεύουν οι πιθανότητες επίλυσης. Ο ακόλουθος **πίνακας** δίνει μία πιο ξεκάθαρη εικόνα για την περίπτωση του υγιούς ανταγωνισμού και την περίπτωση της εργασιακής παρενόχλησης:

<p><b>ΥΓΙΗΣ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΣ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανοιχτός διάλογος</li> <li>• Ευθεία επικοινωνία</li> <li>• Υγιείς αντιπαραθέσεις</li> <li>• Ξεκάθαροι ρόλοι</li> <li>• Κοινοί στόχοι</li> <li>• Υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις</li> </ul>
<p><b>ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΠΑΡΕΝΟΧΛΗΣΗ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προφάσεις, δικαιολογίες</li> <li>• Πλάγια επικοινωνία</li> <li>• Συγκρούσεις μη δεοντολογικές</li> <li>• Ύποπτες στρατηγικές</li> <li>• Έλλειψη προνοητικότητας</li> <li>• Αμφίσημες διαπροσωπικές σχέσεις</li> </ul>

**Πίνακας 1. Συγκρούσεις στις περιπτώσεις του Υγιούς Ανταγωνισμού και της Εργασιακής Παρενόχλησης**

Πηγή: (Παναγιωτάκη Μ., 2016)

Ένας στους δέκα εργαζομένους –σύμφωνα με τη eurofound- το 2015 δήλωσε ότι βίωσε κάποια μορφή βίας στην εργασία του κατά τους τελευταίους 12 μήνες, αν και τα ποσοστά προβλέπονται υψηλότερα, καθώς οι περισσότερες περιπτώσεις εργασιακής παρενόχλησης δεν δημοσιοποιούνται. (<https://www.eurofound.europa.eu/el/topic/working-conditions-and-sustainable-work>). (Συνθήκες εργασίας και βιώσιμη εργασία, 2019)

Η εργασιακή παρενόχληση – λεκτική ή μη- επηρεάζει το τρίπτυχο ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ – ΑΣΘΕΝΗΣ - ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ. Υπό την έννοια αυτή οι συνέπειες δεν αφορούν μόνο στον εργαζόμενο, αλλά επηρεάζουν και τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο νοσοκομείο.

### **3.1.1. Επιπτώσεις στο ίδιο το άτομο**

Η εργασιακή παρενόχληση αποτελεί αιτία για εκδήλωση ψυχικών και σωματικών νοσημάτων για το ίδιο το άτομο. Οι σωματικές συνέπειες της παρατεταμένης κακοποίησης περιλαμβάνουν γαστρεντερικές διαταραχές, σφίξιμο στο σαγόνι, τρίξιμο των δοντιών, πονοκεφάλους, αδυναμία ύπνου, υπνηλία, κόπωση, ναυτία, απώλεια όρεξης, απώλεια βάρους, ξεσπάσματα κλάματος, ζάλη και διαταραχές της εμμήνου ρύσεως. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της κακοποίησης περιλαμβάνουν θυμό, φόβο, κατάθλιψη, άγχος, σοκ, απάθεια, ενοχή, ευερεθιστότητα, απώλεια της αυτοεκτίμησης, αισθήματα ταπείνωσης και αποξένωσης, ανικανότητα, δυσλειτουργία στην οικογενειακή ζωή και αδιαφορία, ακόμη και αυτοκτονικό ιδεασμό.

Επιπλέον ο αδιαχείριστος θυμός που συσσωρεύεται στο προσωπικό λόγω ανικανότητας διαχείρισης των περιστατικών εκφοβισμού, συμβάλλει στην εμφάνιση πολλών καρδιαγγειακών παθήσεων όπως είναι η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος και η εμφάνιση αρρυθμιών ή και άλλα προβλήματα υγείας (American Nurses Association, 2001).

Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, γίνεται λόγος ακόμη και για βιοφυσιολογικές επιπτώσεις, όπως το σύνδρομο μετατραυματικής διαταραχής (PTSD), γνωστικές επιδράσεις και συναισθηματικές. Το κυρίαρχο συναίσθημα του νοσηλευτικού προσωπικού του τμήματος των επειγόντων ήταν ο θυμός. Τα κυρίαρχα συναισθήματα που αφορούσαν όλες τις χώρες στις οποίες πραγματοποιήθηκαν οι έρευνες και είναι κοινά είναι ο θυμός, το άγχος, φόβος, οι ενοχές του νοσηλευτικού

προσωπικού, καθώς και το αίσθημα ότι δεν μπορούν να βοηθήσουν (Needham. et al., 2005).

Ο εκφοβισμός κι ιδιαίτερα η λεκτική βία που προκαλείται από συνεργάτες έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί μεγαλύτερη απογοήτευση από ότι ο εκφοβισμός που προκαλείται από τους ασθενείς (Alameddine, Mourad & Dimassi, 2015). Αυτό σε συνδυασμό με τα αρνητικά συναισθήματα που κατακλύζουν τα θύματα λεκτικής βίας έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία. Οι επιπτώσεις στην υγεία συμπεριλαμβάνουν μια σειρά από συμπτώματα που σχετίζονται με ψυχοπαθολογικά αλλά και συμπεριφοριστικά συμπτώματα. Το άγχος, η έλλειψη συγκέντρωσης και ενδιαφέροντος αλλά και η καταθλιπτική συμπεριφορά συνοδεύουν τα άτομα που υπόκεινται σε λεκτική βία. Όλα τα παραπάνω συχνά καθορίζουν και τη συμπεριφορά τους, επαγγελματική και προσωπική, αφού εκδηλώνουν διαταραχές διατροφής, ύπνου αλλά μιας γενικότερης δυσλειτουργικής συμπεριφοράς που οδηγεί ακόμη και στην κοινωνική απομόνωση. Πολλά από αυτά καταγράφονται στον παρακάτω πίνακα:

<b>Ψυχοπαθολογικά</b>	<b>Συμπεριφορικά</b>
Άγχος	
Απάθεια	Διαταραχές Διατροφής
Αποφυγή στρεσογόνου παράγοντα	Αλκοόλ
Έλλειψη Συγκέντρωσης	Κάπνισμα
Φόβος	Δυσλειτουργική Συμπεριφορά
Αϋπνία	Κοινωνική Απομόνωση
Κατάθλιψη	
Έλλειψη Πρωτοβουλιών	

### **Πίνακας 2. Οι επιπτώσεις στην υγεία**

Πηγή: Παναγιωτάκη Μ., 2016

Η λεκτική επιθετικότητα φαίνεται να αποθαρρύνει τους εργαζόμενους οι οποίοι τη βιώνουν ως πλήγμα στην αυτοεκτίμησή τους και την επαγγελματική τους αξιοπιστία. Τα θύματα λεκτικής βίας νοιώθουν αδικημένα και βιώνουν τραυματική εμπειρία. Θα έλεγε κάποιος ότι η λεκτική βία εμπεριέχεται στην ψυχολογική βία

καθώς οι ύβρεις και οι απειλές παραβιάζουν την αξιοπρέπεια την προσωπικότητα του νοσηλευτή ή του ιατρού και την προσωπική του ελευθερία. Οι λεκτικές επιθέσεις δημιουργούν φόβο και ανασφάλεια και αποτελούν εν δυνάμει απειλή σωματικών επιθέσεων.

### **3.1.2. Επιπτώσεις στην Ομάδα Εργασίας**

Η λεκτική βία όπως ήδη αναλύσαμε, επηρεάζει το τρίπτυχο προσωπικό-ασθενής-νοσοκομείο, ιδιαίτερα όταν είναι επαναλαμβανόμενη και δημιουργεί στρες στους εργαζομένους που κατακλύζονται από συναισθήματα θυμού και έλλειψης βοήθειας. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναγνωρίσουμε και το επιπλέον κόστος για το νοσοκομείο, καθώς οι εκδηλώσεις βίας συνδυάζονται με λήψη αναρρωτικών αδειών ή ακόμη και αποχωρήσεις του προσωπικού. Επιπροσθέτως, έχει ψυχολογική επίδραση στους εργαζόμενους όπως θυμό, στρες, μειωμένη ηθική ικανοποίηση και ικανοποίηση από την εργασία αλλά και έχει επίδραση στην ποιότητα της φροντίδας των ασθενών (Gerberich et al, 2005).

Σε μελέτη του Ινστιτούτου για τις Ασφαλείς Ιατρικές Πρακτικές (ISMP, 2004), το 49% των ερωτηθέντων αναφέρουν πως ο εκφοβισμός παρεμβαίνει στον τρόπο που οι γιατροί διευκρινίζουν τις εντολές χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής και συμβάλλει στην αποτυχία των νοσηλευτών να αποσαφηνίσουν σωστά τις ιατρικές οδηγίες και να χορηγήσουν ορθώς ένα φάρμακο. Αναφέρεται πως οι γιατροί αρνούνται να ακούσουν τις αιτήσεις από το νοσηλευτικό προσωπικό, με την άρνηση να συνοδεύεται από εχθρικές συμπεριφορές, όπως σαρκασμό, αγένεια, υποβάθμιση, υποτιμητικά ή απορριπτικά σχόλια, βρισιές, υψωμένος τόνος φωνής ή ρίψη αντικειμένων. Το γεγονός αυτό διακόπτει τη συγκέντρωση ή μειώνει την ικανότητα των νοσηλευτών ή την προθυμία να πάρουν θέση σχετικά με σημαντικά ζητήματα, ζητήματα άμεσου ενδιαφέροντος και έκτακτα ζητήματα. (Hutchinson & Jackson, 2013).

Σε μελέτη για τη λεκτική βία μεταξύ νοσηλευτών στις ΗΠΑ 13% των ερωτηθέντων δήλωσε πως η κακοποίηση που προκλήθηκε τους έκανε να παρουσιάσουν λάθη στην εργασία τους. Πολλοί νοσηλευτές αναφέρουν πως δεν ήθελαν να εργάζονται πλέον λόγω του εκφοβισμού, και ότι εξαιτίας αυτού του γεγονότος, ήταν λιγότερο ανεκτικοί με τους ασθενείς (Rowe & Sherlock 2005).

Στην έρευνα των Rosenstein & O'Daniel αναφέρεται ότι το 94% των ερωτηθέντων νοσηλευτών πίστευε ότι οι διασπαστικές συμπεριφορές είχαν αρνητική επίδραση στην έκβαση της υγείας των ασθενών (Rosenstein & O' Daniel 2005).

Συνεχής προφορική κακοποίηση μπορεί να υπονομεύσει την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθηση των μελών του προσωπικού κατά την εκτέλεση των καθημερινών καθηκόντων τους. Το θύμα της κακοποίησης πιθανώς να διακόψει κάθε προσπάθεια για συνεργασία, με άμεση αρνητική επίδραση στην ποιότητα των υπηρεσιών του και την επιβάρυνση των υπολοίπων μελών της ομάδας με τα καθήκοντά του. Η ύπαρξη εχθρότητας μεταξύ του προσωπικού φαίνεται να οδηγεί τα άτομα να αισθάνονται σοκαρισμένα, ανίκανα να ζητήσουν βοήθεια, να νιώθουν ανασφάλεια, να φοβούνται μην κάνουν λάθος ή να προκαλέσουν βλάβη και να αδυνατούν να εμπιστευτούν άλλα άτομα. Επίσης οι νοσηλευτές αναφέρουν πως η λεκτική κακοποίηση επηρεάζει αρνητικά το ηθικό τους (Hutchinson & Jackson, 2013).

Η εχθρική συμπεριφορά μέσα στις ομάδες εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη επικοινωνία και διατάραξη της ομαδικής εργασίας. Συχνά τακτικές όπως η παρακράτηση πληροφοριών ή ο συγκεκαλυμμένος εκφοβισμός, έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν σοβαρή βλάβη και να επηρεάσουν τη φροντίδα των ασθενών (Hutchinson & Jackson, 2013).

Νοσηλευτές που βίωσαν εχθρικές συμπεριφορές αναφέρουν πως οι συμπεριφορές αυτές έχουν ως αποτέλεσμα να τους αποσπούν από την εργασία τους και να μειώνουν την ικανότητά τους να συγκεντρωθούν. Αυτές οι διακοπές στην συγκέντρωση είναι αιτία για μικρά λάθη κατά τη φροντίδα των ασθενών, ενώ αυτό το γεγονός έχει αρνητικές συνέπειες στην ικανοποίηση των ασθενών αλλά και στην ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης (Μπακάλης, 2015).

### **3.1.3. Ικανοποίηση από την εργασία και οικονομικές επιπτώσεις**

Όπως αποδεικνύεται η βία επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση για το επάγγελμά του προσωπικού στα νοσοκομεία. Η έλλειψη ικανοποίησης διαταράσσει τη διαπροσωπική επικοινωνία και τη συνεργασία και την επαγγελματική προοπτική.

Επαναλαμβανόμενα περιστατικά προφορικής κακοποίησης επιδρούν αρνητικά και οδηγούν σε χαμηλή αίσθηση ικανοποίησης από την εργασία, που σε συνδυασμό με τις προηγούμενες συναισθηματικές αντιδράσεις του νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα ποσοστά εναλλαγής προσωπικού μεταξύ των τμημάτων( Lybecker & Sofield, 2000).

Εργαζόμενοι με χαμηλότερα επίπεδα ευεξίας και επαγγελματικής ικανότητας εκτίθονταν στη βία πιο συχνά από τους υπόλοιπους εργαζόμενους. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό πως η σχέση ανάμεσα στη βία και στο άγχος για την εργασία μπορεί να θεωρηθεί ως μια κατάσταση αλληλεξάρτησης. Η κοινωνική ευημερία και υγεία, τόσο σε επαγγελματικό και προσωπικό επίπεδο, επηρεάζονται επίσης από τον εκφοβισμό. Το θύμα καταλήγει να αισθάνεται κοινωνικά απομονωμένο και εξοστρακισμένο στο χώρο εργασίας (Einarsen & Mikkelsen 2003, Johnson, 2009).

Οι αποδιοργανωτικές συμπεριφορές, ως συνέπεια λεκτικής επιθετικότητας, σχετίζονται με μειωμένη παραγωγικότητα και υψηλότερες δαπάνες για το νοσοκομείο. Επιπρόσθετα, η μείωση του ηθικού του προσωπικού, οι αυξημένες απουσίες από την εργασία και οι προστριβές του προσωπικού δείχνουν να σχετίζονται άμεσα με την υποβάθμιση της ποιότητας φροντίδας των ασθενών.

Συνοπτικά, η θυματοποίηση λόγω εκφοβισμού στην εργασία δεν καταστρέφει μόνο την ψυχική υγεία των εργαζομένων αλλά και τη σταδιοδρομία τους, την κοινωνική θέση και συνεπώς τον τρόπο ζωής τους (Einarsen & Mikkelsen 2003; Johnson, 2009).

Γενικότερα ο εκφοβισμός, και ειδικότερα η λεκτική βία, έχουν σημαντική συνάφεια με τις τρεις επιμέρους κλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης, δηλαδή με τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την προσωπική επιτυχία. Οι νοσηλευτές που έχουν μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν εκτεθεί σε τουλάχιστον ένα επεισόδιο λεκτικής βίας (Alameddine, Mourad & Dimassi, 2015).

Επιπλέον μια σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της έκθεσης σε λεκτική κακοποίηση και την πρόθεση των εργαζομένων να παραιτηθούν. Και μάλιστα όσο πιο έντονη είναι η επιθυμία τους να φύγουν τόσο πιο σοβαρή και συχνή η λεκτική κακοποίηση που έχουν βιώσει (Alameddine, Mourad & Dimassi, 2015).

Άλλοι σημαντικοί λόγοι που οι νοσηλευτές αναφέρουν στο αίτημα για παραίτηση είναι η έλλειψη εκτίμησης από τους ανώτερους, η μειωμένη αίσθηση της αξίας, η έλλειψη επαγγελματικής προοπτικής και η ανεπαρκής υποστήριξη και καθοδήγηση.

Στην ουσία οι έρευνες αποδεικνύουν ότι η άμεση λεκτική κακοποίηση συμβάλλει στην παραίτηση, στις κενές θέσεις εργασίας και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα νοσοκομεία.



Συμπερασματικά, ο εκφοβισμός οδηγεί σε απουσίες από την εργασία, μειωμένη απόδοση και κακή ομαδική εργασία με εμφανείς παράπλευρες οικονομικές επιπτώσεις για τα νοσοκομεία.

### **3.2. Διαχείριση του φαινομένου – Τρόποι πρόληψης**

Το θέμα της βίας τόσο της λεκτικής όσο και των άλλων ειδών έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις και όχι μόνο στην χώρα μας αλλά σε όλες τις χώρες της Ευρώπης αλλά και της Αμερικής. Ολοένα και περισσότεροι εργαζόμενοι βγάζουν στην επικαιρότητα περιστατικά βίας. Την ίδια στιγμή υπάρχουν κι άλλοι τόσοι που επειδή δεν είχαν το θάρρος να αντιδράσουν, παραμένουν ανώνυμοι γιατί ντρέπονται ή φοβούνται μην χάσουν τη δουλειά τους ή στιγματιστούν από τον υπόλοιπο κοινωνικό περίγυρο. Έτσι το φαινόμενο παραμένει και διαιωνίζεται.

Από την ως τώρα διερεύνηση διαπιστώνεται πως τα νοσοκομεία είναι ένας εργασιακός χώρος έντονων συγκρούσεων. Έρευνα στην Κύπρο αναφέρει χαρακτηριστικά πως οι επαγγελματίες υγείας έρχονται αντιμέτωποι με συγκρούσεις μία με πέντε φορές τη βδομάδα κι αφιερώνουν 90 λεπτά από τη βάρδια τους στη διαχείριση τους (Αλεξοπούλου-Γιαννοπούλου Ε. et. al., 2015).

Η διαχείριση του φαινομένου της βίας συνεισφέρει γενικότερα στην οργάνωση, στη διαχείριση του κόστους, την ποιότητα, και την ικανοποίηση στα νοσοκομεία μεταξύ των ασθενών, των οικογενειών και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

### **3.3 Διαχείριση σε Ατομικό Επίπεδο**

Σε ατομικό επίπεδο η πιο κοινή αντίδραση στη βία είναι το θύμα να καλέσει τον επιτιθέμενο να ηρεμήσει και να αποφύγει τη βία. Σε δεύτερη φάση επιστρατεύει τους ακόλουθους αμυντικούς μηχανισμούς:

- Απώθηση: η απομάκρυνση δυσάρεστων σκέψεων από τη συνείδηση που αφορούν κάποιο τραυματικό γεγονός.
- Άρνηση: όταν το άτομο αρνείται το δυσάρεστο περιστατικό που βιώνει.
- Εκλογίκευση: όταν το άτομο προσπαθεί να ερμηνεύσει τις πράξεις λογικά για να αποδεχτεί κάποιες μη αποδεκτές συμπεριφορές.

- Χιούμορ: Ψυχική αντίδραση του οργανισμού που επιτρέπει στο άτομο να απωθεί δυσάρεστες σκέψεις που προκαλούν άγχος (Παπαδάτου Δ. - Αναγνωστόπουλος Φ., 1999)

Η συζήτηση με τους συναδέλφους είναι η πιο κοινή στρατηγική για την πρόληψη της λεκτικής βίας. Οι συνάδελφοι που συμπάσχουν αποτελούν εκτονωτικούς παράγοντες ακόμη και στην περίπτωση που λύνεται το πρόβλημα. Στα λεκτικά ξεσπάσματα δημιουργείται ισχυρή συναισθηματική αντίδραση με αποτέλεσμα την αποφυγή εργασίας με τα συγκεκριμένα άτομα. Η διατήρηση της ψυχραιμίας επίσης βοηθά στον έλεγχο της εξωτερίκευσης των συναισθημάτων (Αλεξοπούλου-Γιαννοπούλου Ε και συν., 2015).

Αυξάνοντας την ευαισθητοποίηση και την ενσυναίσθηση οι νοσηλευτές θα μπορούν να είναι σε καλύτερη θέση να εντοπίζουν μη αποδεκτές συμπεριφορές, αλλά και να βοηθούν τους συναδέλφους τους να αναγνωρίζουν πότε βιώνουν βίαιες συμπεριφορές. Το να αναγνωρίζονται τέτοια συμβάντα, μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των στιγμών έντασης, θυμού και διαμάχης μεταξύ συναδέλφων (Walrafen, Brewer & Mulvenon, 2012).

### **3.4 Διαχείριση σε Επίπεδο Νοσοκομείου**

Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι επιθετικές συμπεριφορές μπορούν με κατάλληλη εκπαίδευση να διαχειριστούν. Όπως αναφέρει ο Saines (1999) η ύπαρξη προγραμμάτων εκπαίδευσης όλου του προσωπικού στους χώρους εργασίας τους καθώς και υπενθύμιση για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του αλλά κι επιπλέον η αναφορά στις επιπτώσεις μιας τέτοιας συμπεριφοράς λειτουργεί αποτρεπτικά. Επίσης εκμάθηση τεχνικών αποκλιμάκωσης της βίαιης συμπεριφοράς, αποτελεσματικές πρακτικές κατά του εκφοβισμού, πρέπει να περιλαμβάνουν μια δήλωση για το τι ακριβώς συνιστά εκφοβισμό. Αν δεν δοθεί προτεραιότητα στη μεταρρύθμιση του πλαισίου στο οποίο οι ασκούντες τον εκφοβισμό λειτουργούν, τότε οι πρακτικές αυτές θα συνεχίσουν να διαιωνίζονται, και θα μπορούν να διαδοθούν ακόμα περισσότερο σε ένα περιβάλλον.

Ευρωπαϊκές πρωτοβουλίες που έγιναν το 2000-2006 και το 2007-2012 καθόρισαν τις στρατηγικές της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την ψυχική υγεία με έμφαση στους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους προερχόμενους από τη βία και την εργασιακή παρενόχληση. Το 2002 έγινε καμπάνια του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για

την Υγεία και Ασφάλεια σχετικά με τους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους. Το 2007 οι Ευρωπαίοι κοινωνικοί εταίροι κατέληξαν στη «Συμφωνία-Πλαίσιο για την παρενόχληση και βία στην εργασία». Τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες για τη ρύθμιση νομοθετικού πλαισίου στα θέματα της εργασιακής βίας. Στην Ελλάδα το 2010 με το νόμο 3850/ 2010 ρυθμίστηκε κώδικας για την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων. Με το άρθρο 42 επιχειρείται η εξασφάλιση της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων ως προς όλες τις πτυχές της εργασίας (Υπουργείο εργασίας και κοινωνικών υποθέσεων 2012).

Η διαχείριση σε ένα μακρο-επίπεδο δηλαδή σε επίπεδο νοσοκομείου που αρνείται την θέση ότι η βία και η επιθετικότητα είναι «μέρος της δουλειάς» και εμπλέκει το ίδιο το νοσοκομείο, συντελεί σε μια πιο συστημική και θεσμική θεώρηση του φαινομένου. Έτσι κι ο επαγγελματίας υγείας νιώθει λιγότερο άγχος κι ότι υποστηρίζεται (Lanza et. al., (2011).

Υπάρχει ανάγκη για την δημιουργία στρατηγικών που να αφορούν την αντιμετώπιση του εκφοβισμού. Δύο πιθανές προσεγγίσεις είναι : (α) στρατηγικές για τη μείωση και την εξάλειψη της λεκτικής κακοποίησης και (β) στρατηγικές που βοηθούν τους νοσηλευτές να ασχοληθούν με την κατάχρηση της εξουσίας. Οι στρατηγικές αυτές μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για να ανακουφίσουν τους επαγγελματίες υγείας που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα άγχους. Αποτελεσματικές στρατηγικές, όπως η θεραπευτική επικοινωνία, σεμινάρια για ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και εκπαίδευση για τη διαχείριση συγκρούσεων, μπορεί να παρέχει στους νοσηλευτές τα εργαλεία για να ενισχύσουν την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν καταστάσεις που γίνονται αντιληπτές ως καταχρηστικές (Budin, Brewer, Chao & Kovner, 2013).

Όταν ένας οργανισμός υποθάλπει ένα αρνητικό εργασιακό περιβάλλον επιτρέποντας την βία δημιουργεί τη βάση για προβληματικές συνθήκες πρόσληψης εργαζομένων αλλά και στη διατήρηση αυτών. Τα φαινόμενα αυτά προξενούν προβλήματα στο εργατικό δυναμικό των νοσοκομείων αλλά και δυσκολίες εξεύρεσης νέου προσωπικού. Οι διοικήσεις των νοσοκομείων πρέπει να αυξήσουν το επίπεδο της ενημέρωσης σχετικά με το φαινόμενο του εκφοβισμού, ώστε όλοι να αναλαμβάνουν την ευθύνη των πράξεων τους και της συμπεριφοράς τους (Embree, Bruner & White, 2013).

Ένα περιβάλλον δικαιοσύνης και εμπιστοσύνης μπορεί να μειώσει τη βία κατά των νοσηλευτών. Παράλληλα η ανάπτυξη στρατηγικών διαχείρισης και

εκπαιδευτικών προγραμμάτων μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου στο χώρο εργασίας. Η εκπαίδευση είναι ένα απαραίτητο στοιχείο για την επιτυχή πρόληψη κατά της βίας στον εργασιακό χώρο.

Αυτό επιβεβαιώνεται από το Ινστιτούτο Ιατρικής, που σε έκθεση του το 2010, σχετικά με το μέλλον της Νοσηλευτικής, η μέθοδος της καθοδήγησης είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για την ενίσχυση του νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού και την βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης των ασθενών. Η καθοδήγηση περιλαμβάνει τόσο μια συναισθηματική όσο και μια μεταβατική σχέση στην οποία ο έμπειρος επαγγελματίας διδάσκει, οδηγεί και χρησιμεύει ως πρότυπο για το λιγότερο έμπειρο εργαζόμενο υγείας. Η καθοδήγηση έχει σκοπό να βελτιώσει την νοσηλευτική και ιατρική επάρκεια, καθώς και να αυξήσει την αυτοπεποίθηση των λιγότερο έμπειρων. Μπορεί επίσης να συμβάλλει στις άριστες σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας διαφόρων ειδικοτήτων, στην προσωπική ανάπτυξη αλλά και στην επαγγελματική εξέλιξη όλων (Μπακάλη, 2015).

Οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία χρειάζονται τις απαραίτητες δεξιότητες για να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν τα βίαια περιστατικά που μπορεί να συναντήσουν κατά τη διάρκεια του εργασιακού τους βίου. Φυσικά, απαραίτητη κρίνεται η στήριξη από τη διοίκηση του νοσοκομείου, που πρέπει να θεσπίσει στρατηγικές αποκλιμάκωσης. Ο προγραμματισμός συζητήσεων για τον καθορισμό ορίων και κατάλληλων συμπεριφορών προς την ομάδα υγείας φαίνεται πως μετριάζει τη συχνότητα και την ένταση του φαινομένου της λεκτικής κακοποίησης (Gillespie, Para & Gómez, 2016).

Η έρευνα των Yokoyama και συν., έδειξε πως ο εκφοβισμός μπορεί να προκύψει όταν η ηγεσία του νοσοκομείου κρίνεται ανεπαρκής κι αναποτελεσματική. Όταν η διοίκηση ενσκήψει στο πρόβλημα, οδηγούμαστε στην ύφεση του εκφοβισμού στον χώρο εργασίας. Επιπλέον σε δεύτερη φάση οι εργαζόμενοι μπορούν να μιλήσουν αμερόληπτα και με ασφάλεια για τη θέση τους ή την κατάσταση τους.

Με αυτό τον τρόπο, εξασφαλίζεται:

- Ένα περιβάλλον ασφαλές για να εργαστούν
- Η ανάπτυξη μιας πιο ανοικτής επικοινωνίας και της πρόσβασης με τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη
- Η τοποθέτηση του σεβασμού και της ευγένειας ως πυλώνες της οργανωτικής κουλτούρας,

- Η εγγύηση ότι τα άτομα επικεντρώνονται περισσότερο στην απόδοση παρά την προστασία ή την εκδίκηση
- Η διασφάλιση ότι οι εποπτικές αρχές νοσηλευτικής λαμβάνουν επαρκή εικόνα των καταστάσεων και προστασία των εργαζομένων
- Η εξασφάλιση ότι τα πρότυπα που αναφέρονται ειδικά στη διαχείριση του εκφοβισμού διατηρούνται μέσω ενός συστήματος διαχείρισης της απόδοσης και της παροχής προσιτών ευκαιριών επαγγελματικής ανάπτυξης για το σύνολο του προσωπικού και
- Η ανάπτυξη ενιαίας πολιτικής σχετικά με την παρενόχληση στο χώρο εργασίας με τους κατάλληλους μηχανισμούς και στρατηγικές για την επίλυση συγκρούσεων (Yokohama, 2016).

Συνοπτικά, θα λέγαμε πως οι τρόποι πρόληψης είναι αρκετοί αρκεί να μην κολλούν σε απαρχαιωμένα στερεότυπα. Η ενημέρωση κυρίως από τα ΜΜΕ και αύξηση της ευαισθητοποίησης των εργοδοτών, εργαζομένων και της κοινότητας με τη συνεργασία τοπικών φορέων και ιατροκοινωνικών υπηρεσιών βοηθούν στην αντιμετώπιση των περιπτώσεων της παρενόχλησης και δρουν προληπτικά. Απαιτείται ακόμη η ρύθμιση ενός αυστηρού και σαφούς νομοθετικού πλαισίου για τα θέματα της βίας. Έτσι με την αλλαγή της νοοτροπίας, τα περιστατικά θα πρέπει να αποκαλύπτονται και να μην γίνονται ανεκτά. Αυτά θα μπορούσαν να ήταν κάποια μέτρα πρόληψης τα οποία αν ο καθένας από εμάς ακολουθούσε ίσως ο κόσμος μας ήταν λίγο καλύτερος χωρίς να χρειαζόμαστε τρόπους αντιμετώπισης όπως: η αλλαγή εργασίας του θύματος, αναζήτηση ψυχολογικής βοήθειας και πολλές φορές και νομικής. Το άτομο αυτό θα πρέπει να έχει δίπλα του ανθρώπους που θα τον ενδυναμώνουν αλλά και να τηρείται ο κώδικας δεοντολογίας από τα αρμόδια όργανα.

### **3.5 Τεχνικές καλής επικοινωνίας**

Στην προσπάθεια των Νοσηλευτικών ιδρυμάτων για την παροχή υψηλής ποιότητας και ασφαλούς υγειονομικής περίθαλψης η αποτελεσματική επικοινωνία είναι ζωτικής σημασίας.

Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις κι η ομαλή ομαδική εργασία αποτελεί τον πυλώνα για μία κουλτούρα σωστής επικοινωνίας αλλά και ανάπτυξης της δυναμικής για την ασφάλεια των ασθενών. Αυτός είναι κι ο λόγος που η μεικτή Επιτροπή για την διαπίστευση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης (Joint Commission on

Accreditation of Healthcare Organizations) των Ηνωμένων Πολιτειών το 1998 αναγνώρισε ότι η διαταραγμένη ομαδική εργασία είναι η γενεσιουργός αιτία πολλών συμβάντων στα νοσοκομεία. Το 1999 το Ινστιτούτο Ιατρικής των Ηνωμένων Πολιτειών σε αναφορά για τα ιατρικά λάθη κατέληξε ότι τα νοσοκομεία χρειάζεται να προωθήσουν την αποτελεσματική ομαδική εργασία σαν έναν από τους πέντε κανόνες για τη δημιουργία ασφαλούς υγειονομικής περίθαλψης (Kohn et. al., 1999).

Η ύπαρξη λοιπόν τεχνικών καλής επικοινωνίας φαντάζει περισσότερο από ποτέ αναγκαία για την αντιμετώπιση της βίας. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να διακατέχεται από διάθεση ομαδικότητας. Για τη βέλτιστη λειτουργία του νοσοκομείου δεν φτάνει μόνο να υπάρχει το κομμάτι της καλής συνεργασίας και επικοινωνίας αλλά και η σωστή και πλήρης ενημέρωση όλων των ατόμων που εμπλέκονται στο χώρο της υγείας (Αρχοντάκης κ συν, 2015).

Η τεχνολογία έχει τη δύναμη να καθορίζει τη διαπροσωπική επικοινωνία μια που έχει αναπτυχθεί πολύ στον τομέα της υγείας. Η πρόοδος της τεχνολογίας που αυξάνεται συνέχεια και με γοργούς ρυθμούς, μπορεί να δώσει πληροφορίες από το ιστορικό του ασθενούς μέχρι και σαφείς οδηγίες νοσηλείας, μειώνοντας έτσι το χρόνο άντλησης αυτών των πληροφοριών αλλά και την όποια δυσφορία ή ένταση προκαλούσε αυτό. Η τεχνολογία λοιπόν υπαγορεύει τέτοιες επικοινωνιακές πρακτικές ικανές να κάνουν την επικοινωνία ταχύτερη και λιγότερο προβληματική.

### **Παράγοντες που προάγουν την επικοινωνία**

- Αρμονική σχέση μεταξύ των συναδέλφων
- Συγκεκριμένοι αντικειμενικοί σκοποί
- Κοινός στόχος και συνεργασία
- Άνετο περιβάλλον (η επικοινωνία προάγεται όταν υπάρχει άνετο περιβάλλον όπου τα άτομα δεν πιέζονται από το άγχος και δεν αντιμετωπίζουν βίαιες συμπεριφορές)
  - Εμπιστευτικότητα (η διαχείριση των πληροφοριών πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη εμπιστευτικότητα αν κρίνεται αναγκαίο έτσι ώστε ο ένας να μην εκθέτει τον άλλον)
  - Επικέντρωση στον συνομιλητή (η ανταλλαγή πληροφοριών και η επικοινωνία γίνονται σωστά όταν υπάρχει επικέντρωση και προσήλωση των συνομιλητών μεταξύ τους, ο καθένας στις ιδέες και στις απόψεις του άλλου)

- Κατάλληλος ρυθμός (τα άτομα που επικοινωνούν πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους ότι ο ένας πρέπει να προσαρμόζεται στο ρυθμού του άλλου) ( Taylor, Lillys, & LeMone, 2002)

### Τεχνικές αποτελεσματικής επικοινωνίας

Οι δεξιότητες αυτές είναι:

- Διάλογος (η αποτελεσματική επικοινωνία προϋποθέτει τον διάλογο)
  - Έλεγχος του τόνου της φωνής
  - Ενημέρωση για το θέμα της συζήτησης και ακριβής πληροφόρηση
  - Ευελιξία στο θέμα συζήτησης
  - Σαφήνεια, συντομία και απλότητα
  - Αποφυγή λέξεων που μπορεί να παρερμηνευτούν
  - Ειλικρίνεια
- Ακρόαση (Μια βασική παράμετρος που μπορεί να συμβάλλει είναι η υπεύθυνη και προσεκτική ακρόαση. Τι ποιο ιδανικό για τα δύο ενδιαφερόμενα μέρη, να αισθανθούν ότι το ένα έχει αφουγκραστεί το άλλο και έχει καταλάβει με σαφήνεια τις προτάσεις του ; Απαιτεί προσοχή και συγκέντρωση για να αξιολογηθούν και να εκτιμηθούν τα στοιχεία, ώστε το άτομο να κατανοήσει καλύτερα το πραγματικό νόημα των όσων λέγονται. Οι προτεινόμενες τεχνικές που ακολουθούν μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση των δεξιοτήτων ακρόασης: Όταν είναι δυνατόν πρέπει να καθόμαστε όταν επικοινωνούμε και να μην σταυρώνουμε τα χέρια μας και τα πόδια μας, στοιχεία που δηλώνουν ότι είμαστε κλειστοί στα σχόλια του συνομιλητή.
  - Ηρεμία αλλά και όσο το δυνατόν παραμονή σε εγρήγορση.
  - Διατήρηση οπτικής επαφής με το συνομιλητή χωρίς όμως επιμονή σε μια κατά μέτωπο στάση.
  - Έκφραση προσοχής στα λεγόμενα του συνομιλητή χρησιμοποιώντας κατάλληλες εκφράσεις.
  - Καλή σκέψη πριν από κάθε απάντηση και αποφυγή αυθορμητισμών.
  - Αποφυγή υποκρισίας.
  - Χιούμορ (το χιούμορ απελευθερώνει την περίσσεια της σωματικής και ψυχολογικής ενέργειας και μειώνει το στρες, το άγχος, τη ανησυχία και την απογοήτευση) (Παναγοπούλου Ε., Μπένος Α., 2004) .

Στον εργασιακό χώρο του νοσοκομείου οι συγκρούσεις είναι συχνό φαινόμενο. Υπάρχουν σαφώς προσδιορισμένοι παράγοντες που συμβάλλουν στις συγκρούσεις

στο νοσοκομείο διότι είναι ένας χώρος με υψηλό στρες, με μεγάλη ευθύνη και προσελκύει άτομα που έχουν ηγετική προσωπικότητα τα οποία επιζητούν την αναγνώριση στο χώρο τους. Η σωστή διαχείριση, τόσο σε ομαδικό, όσο και σε ατομικό επίπεδο μπορεί να μειώσει τις συγκρούσεις και να βελτιώσει το εργασιακό περιβάλλον.

Στα σημερινά συστήματα υγείας εμπόδιο για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο αποτελούν παράγοντες, όπως η επαγγελματική εξουθένωση, η κακή δημόσια αντίληψη της νοσηλευτικής ως επάγγελμα καριέρας, η δυσαρέσκεια για την εργασία και η έλλειψη προσωπικού. Μελέτες δείχνουν ότι τα ανθυγιεινά περιβάλλοντα εργασίας οδηγούν στα προβλήματα στις προσλήψεις και στη διατήρηση του προσωπικού εντός της νοσηλευτικής. Επίσης, επιβεβαιώνεται η σχέση μεταξύ της ποιότητας του περιβάλλοντος εργασίας με τις συνέπειες στους νοσηλευτές ή άλλους επαγγελματίες υγείας (επαγγελματική εξουθένωση, πεσμένο ηθικό, μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία), και κατόπιν στους ασθενείς (μειωμένη ποιότητα φροντίδας, αύξηση λαθών).

Η βία και η επιθετικότητα στον χώρο των νοσοκομείων είναι κατεξοχήν λεκτική περιλαμβάνει ταπεινωτικούς χαρακτηρισμούς είτε υπό μορφή σχολίων που αφορούν την εμφάνιση τους είτε ακυρωτικούς χαρακτηρισμούς που αμφισβητούν τον ρόλο τους μέσα στον χώρο, είτε ύβρεις. Φαίνεται ότι η λεκτική επιθετικότητα γενικότερα αποθαρρύνει τα θύματα να το βιώνουν ως πλήγμα στην αυτοεκτίμησή τους και την επαγγελματική τους αξιοπιστία, ενώ νιώθουν αδικημένοι, γιατί θα ήθελαν να τυγχάνουν του ανάλογου σεβασμού.

Η λεκτική βία φαίνεται να εμπεριέχεται στην ψυχολογική βία καθώς οι ύβρεις και οι απειλές παραβιάζουν την αξιοπρέπεια την προσωπικότητα του εργαζόμενου και την προσωπική του ελευθερία. Οι λεκτικές επιθέσεις δημιουργούν φόβο και ανασφάλεια και αποτελούν εν δυνάμει απειλή σωματικών επιθέσεων. Η επιθετικότητα είναι τόσο ενταγμένη στην καθημερινότητα των νοσηλευτών, που θεωρείται συχνά κομμάτι της εργασιακής τους κουλτούρας. Εξίσου συχνά δεν αναφέρουν τα περιστατικά στις αρχές με το φόβο της επίπληξης.

Μεταξύ των χωρών της ΕΕ η Ελλάδα μαζί με την Ισπανία βρίσκονται στην πέμπτη υψηλότερη θέση φαινομένων εκφοβισμού και παρενόχλησης στο χώρο εργασίας, με τα υψηλότερα ποσοστά να βρίσκονται στην Αυστρία και την Ιταλία. Τα στοιχεία αυτά αντανακλούν τη σοβαρότητα της κατάστασης στη χώρα μας. Ωστόσο,



το ελληνικό Υπουργείο Υγείας δεν έχει εφαρμόσει τα κατάλληλα θεσμικά μέτρα για την καταπολέμηση του φαινομένου του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας (Karatza, Zyga, Tziaferi, & Prezerakos, 2016).

Στα ελληνικά νοσοκομεία η παροχή φροντίδας βασίζεται κυρίως στους νοσηλευτές. Το γεγονός αυτό προσθέτει εξαιρετικά υψηλό στρες και κούραση στο προσωπικό ενώ ο ήδη μεγάλος φόρτος εργασίας σε συνδυασμό με την έλλειψη του προσωπικού δημιουργεί αντιπαραθέσεις και κακή επικοινωνία.

Ένας ακόμη πιθανός λόγος για την εμφάνιση φαινομένων εκφοβισμού στην Ελλάδα είναι ότι τα ελληνικά νοσοκομεία δεν έχουν καμία πολιτική στο χώρο εργασίας που να αφορά τη βίαιη συμπεριφορά που υπόκειται το προσωπικό (Koukia et al., 2014).

Οι κυριότεροι τρόποι αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται από τους Έλληνες νοσηλευτές είναι το να μοιράζονται την εμπειρία τους με έναν συνάδελφο, ακόμα κι αν αναγνωρίζουν ότι αυτό το είδος της υποστήριξης δεν λύνει το πρόβλημα. Αξίζει να σημειωθεί, ότι το ελληνικό προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης δεν έχει καμία εκπαίδευση σε στρατηγικές αποκλιμάκωσης βίαιων περιστατικών και αναζητά υποστήριξη από τους συναδέλφους όπου φαίνεται να είναι η μόνη δυνατή λύση (Koukia et. al., 2014).

Εύκολα αντιλαμβάνεται κάποιος πως για να διατηρηθεί ο αριθμός του προσωπικού και να βελτιωθεί η ποιότητα και η ασφάλεια της παρεχόμενης περίθαλψης πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στη δημιουργία ενός υγιούς περιβάλλοντος εργασίας. Η σύγκρουση δεν είναι απαραίτητα ένα φαινόμενο αρνητικό. Μέσα από τις συγκρούσεις προκύπτει κάποιες φορές η εξέλιξη, μια βελτιωμένη κατάσταση και μια καινοτομία. Ο διάλογος είναι σαφώς ο πιο αποτελεσματικός τρόπος επίλυσης των συγκρούσεων.

Με σωστή οργάνωση μειώνονται οι πιθανότητες συγκρούσεων. Ο ρόλος της διοίκησης είναι να μειώνει τις εντάσεις έχοντας ως κίνητρο την ποιότητα της φροντίδας και την τήρηση της ασφάλειας.

Η εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα διαχείρισης του θυμού, του άγχους και των συγκρούσεων αφενός ενώνει την ομάδα και αφετέρου βοηθά στην ελάττωση της συχνότητας και της έντασης των συγκρούσεων.

Οι παραπάνω πληροφορίες θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν για να κατευθύνουν τις πολιτικές διαχείρισης του εκφοβισμού, οι οποίες θα πρέπει να επανεξετάζονται τακτικά με τη χρήση κατάλληλων εργαλείων. Ο εκφοβισμός είναι απαράδεκτος σε

οποιοδήποτε πλαίσιο. Είναι ευθύνη λοιπόν του Υπουργείου Υγείας να θέσει διαδικασίες για την εξάλειψη εκφοβισμού από το χώρο εργασίας.

## **4ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Μεθοδολογία - Υλοποίηση της έρευνας**

### **Κωδικοποίηση - Στατιστική Ανάλυση**

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναπτυχθεί η μεθοδολογία με την οποία πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Επίσης παρουσιάζονται συνοπτικά οι στατιστικές μέθοδοι και τα ερευνητικά ερωτήματα.

#### **4.1 Σκοπός της έρευνας**

Σκοπός της έρευνας είναι να μελετηθεί το φαινόμενο της λεκτικής κακοποίησης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας σε ένα δημόσιο νοσοκομείο. Η έρευνα αποβλέπει στην καταγραφή της συχνότητας του φαινομένου, στη μελέτη των επιδράσεων του φαινομένου στην καθημερινότητα των επαγγελματιών της υγείας, στη διερεύνηση των παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν μία τέτοια συμπεριφορά μεταξύ των επαγγελματιών της υγείας, την πιθανή επίδραση του στις διαπροσωπικές σχέσεις τους, καθώς και στην ψυχική υγεία τους. Επίσης επεκτείνεται στο να προτείνει μέτρα για τη μείωση των αρνητικών συνεπειών του φαινομένου.

Οι στόχοι που τέθηκαν ώστε να επιτευχθεί ο παραπάνω σκοπός είναι:

- Η Διερεύνηση της συχνότητας της λεκτικής βίας που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας
- Η καταγραφή των ειδών λεκτικής βίας που συμβαίνουν συχνότερα
- Η Διερεύνηση της συμπεριφοράς αντιμετώπισης που θεωρούν αποτελεσματική
- Η Διερεύνηση της σοβαρότητας των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της λεκτικής κακοποίησης στους επαγγελματίες υγείας
- Η Διερεύνηση της έντασης των συναισθηματικών αντιδράσεων σε περιστατικά λεκτικής βίας
- Η διερεύνηση των περιστατικών λεκτικής βίας και των αντιδράσεων των γιατρών και των νοσηλευτών ανάλογα με το φύλο και την ηλικία τους

#### **4.2 Περιγραφή Της μεθόδου**

Η υλοποίηση της έρευνας είχε ως στόχο την κατάδειξη και μελέτη του φαινομένου της λεκτικής βίας στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου. Πραγματοποιήθηκε με χρήση ερωτηματολογίου. Οι λειτουργικές προδιαγραφές στις οποίες στηρίχθηκε η έρευνα

είναι:

- Δημιουργία γενικού πλαισίου για την έρευνα, όπως τίτλος, περίληψη, καθορισμός ημερομηνίας αρχής και τέλους διεξαγωγής κ.ά. (Κυριαζή 2003).
- Σχεδιασμός και επιλογή του ερωτηματολογίου της έρευνας.
- Αποστολή (μοίρασμα) ερωτηματολογίου.
- Συλλογή απαντήσεων.
- Ανάλυση των απαντήσεων.
- Εξαγωγή συμπερασμάτων.

### **4.3 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων**

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων, με τη βοήθεια του οποίου έγινε η έρευνα, ήταν δομημένο ερωτηματολόγιο. Συγκεκριμένα, ήταν το έγκυρο σταθμισμένο και αξιόπιστο Verbal Abuse Scale μεταφρασμένο στην Ελληνική γλώσσα (Μαλλιαρού, 2015).

Αυτή η μέθοδος θεωρήθηκε ως η πιο κατάλληλη για να περιγράψει πώς βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας τα περιστατικά λεκτικής βίας .

Αποτελούνταν από 11 ερωτήσεις και 6 ερωτήσεις δημογραφικού χαρακτήρα που αφορούσαν το φύλο, το έτος γέννησης το επάγγελμα, το επίπεδο εκπαίδευσης, το τμήμα εργασίας και τα χρόνια προϋπηρεσίας των ερωτηθέντων.

Οι έξι πρώτες κύριες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αναφέρονται στην εργασιακή σχέση με τον υβριστή, στη συχνότητα των επεισοδίων, στο αν ο υβριστής γνώριζε το αποτέλεσμα της πράξης του, αν έγινε παρουσία άλλων και πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός.

Οι υπόλοιπες αναφέρονται στο είδος λεκτικής βίας που έγινε αποδέκτης ο ερωτηθείς δηλώνοντας τη συχνότητα και τη σοβαρότητα του επεισοδίου ,τις πρώτες σκέψεις που έκανε, πώς διαχειρίστηκε το επεισόδιο και πως τέλος ένιωσε αντιμετωπίζοντας τέτοια επεισόδια.

Σε αυτές τις ερωτήσεις υπήρχε η διαβάθμιση των απαντήσεων από 1 έως το 5 σύμφωνα με την Κλίμακα Likert.

### **4.4 Επιλογή Δείγματος Της έρευνας**

Για τη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε πληθυσμός που αποτελούνταν από

Ιατρούς και Νοσηλευτές που εργάζονται στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου από όλες τις ειδικότητες. Το δείγμα της έρευνας καθορίστηκε, σύμφωνα της αρχές στατιστικής θεωρίας (Σιώμκος Γ. 2008, Σταθακόπουλος Β. 2005) και τις αρχές ακαδημαϊκής δεοντολογίας, σε 362 άτομα που υπολογίστηκε ότι είναι το πλήθος ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου. Μοιράστηκαν 362 ερωτηματολόγια σε όλα τα νοσηλευτικά τμήματα του νοσοκομείου.

Υπήρχε εύκολη πρόσβαση στα συγκεκριμένα άτομα, λόγω της ιδιότητας της ερευνήτριας, ως νοσηλεύτριας στο ίδιο νοσοκομείο στο οποίο έγινε η έρευνα.

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στους νοσηλευτές και στους γιατρούς των νοσηλευτικών τμημάτων του νοσοκομείου, αφού υπήρξε θετική έγγραφη έγκριση από το επιστημονικό Συμβούλιο του Βενιζέλειου Νοσοκομείου καθώς και από την 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης όπου υπάγεται το νοσοκομείο με την προϋπόθεση τήρησης των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας καθώς και την προστασία των προσωπικών δεδομένων, της τήρησης της ανωνυμίας και τέλος της μη οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου.

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν την ίδια χρονική στιγμή και η συμπλήρωσή τους διήρκεσε από τις αρχές Νοεμβρίου έως και το τέλος Δεκεμβρίου 2018.

Η έρευνα κατέγραψε τις απαντήσεις από 236 ιατρούς και νοσηλευτές χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας, 66 σε ποσοστό 27,4% να είναι άνδρες και 170 σε ποσοστό 72,6% να είναι γυναίκες.

Υπήρξαν κενές απαντήσεις σε ορισμένες ερωτήσεις. Για τις συγκεκριμένες στο όνομα της απλότητας (Μπούρου 2016), η στατιστική ανάλυση έγινε με βάση το συνολικό αριθμό των απαντημένων ερωτήσεων.

Ένα μικρό ποσοστό των ερωτηματολογίων (λιγότερο από 1%) περιείχε παραλήψεις στις απαντήσεις τους και δεν συμπεριλήφθηκε στο τελικό δείγμα.

Στη βάση των παραπάνω αξιοποιήθηκαν τελικά 236 ερωτηματολόγια, (Percent Respond Rate 68%). Η επεξεργασία των απαντήσεων έγινε με την βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS 20,0 και excel 2007.

Κατά τη διάρκεια πραγματοποίησης της έρευνας προέκυψαν ορισμένα ζητήματα/προβλήματα που μας απασχόλησαν όπως:

Η έλλειψη χρόνου από σημαντικό μέρος των ερωτώμενων και η απροθυμία να συμμετέχουν στη συγκεκριμένη έρευνα, κυρίως λόγω φόρτου εργασίας όπως ανέφεραν χαρακτηριστικά. (με ποσοστό 5% του συνόλου των ερωτηθέντων). Σ

αυτούς επισημάνθηκε η σπουδαιότητα της έρευνας. Κάποιοι από αυτούς αντικαταστάθηκαν και οι υπόλοιποι μεταπείστηκαν ώστε να συμμετάσχουν σε αυτήν.

Σε αυτό το διάστημα υπήρχε συνεχής επίβλεψη, και ενημέρωση σε ό,τι τυχόν χρειαζόταν.

Αναλυτικά δόθηκε ο παρακάτω αριθμός ερωτηματολογίων καθώς και αυτά που απαντήθηκαν:

- Τ.Ε.Π: δόθηκαν 26 και συμπληρώθηκαν 11
- Αναισθησιολογικό :δόθηκαν 16 και συμπληρώθηκαν 11
- Χειρουργείο: δόθηκαν 26 και συμπληρώθηκαν 23
- ΜΕΝΝ: δόθηκαν 15 και συμπληρώθηκαν 6
- Παθολογική: δόθηκαν 38 και συμπληρώθηκαν 17
- Μ.Ε.Θ.: δόθηκαν 15 και συμπληρώθηκαν 9
- Ογκολογική: δόθηκαν 20 και συμπληρώθηκαν 6
- Πνευμονολογική: δόθηκαν 22 και συμπληρώθηκαν 11
- Παιδιατρική: δόθηκαν 20 και συμπληρώθηκαν 12
- Καρδιολογική :δόθηκαν 20 και συμπληρώθηκαν 14
- Τ.Ε.Ι.: δόθηκαν 25 και συμπληρώθηκαν 14
- Μ.Τ.Ν.: δόθηκαν 15 και συμπληρώθηκαν 12
- Μαιευτική-Γυναικολογική: δόθηκαν 15 και συμπληρώθηκαν 8
- Χειρουργική: δόθηκαν 35 και συμπληρώθηκαν 35
- Νευροχειρουργική: δόθηκαν 10 και συμπληρώθηκαν 10
- Ορθοπαιδική :δόθηκαν 10 και συμπληρώθηκαν 10
- Ουρολογική: δόθηκαν 9 και συμπληρώθηκαν 9
- Οφθαλμολογική: δόθηκαν 12 και συμπληρώθηκαν 8
- Ω.Ρ.Λ.: δόθηκαν 13 και συμπληρώθηκαν 10

Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο τέλος της έρευνας.

## 5ο Κεφάλαιο: Αποτελέσματα

### 5.1 Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

Η έρευνα κατέγραψε τις απαντήσεις από 236 ιατρούς και νοσηλευτές χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας σε ποσοστό 27,4% να είναι άνδρες και 72,6% να είναι γυναίκες.

ΦΥΛΟ				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Σωρευτικό Ποσοστό
Άνδρες	66	27,4	27,4	27,4
Γυναίκες	170	72,6	72,6	100,0
Σύνολο	236	100,0	100,0	

**Πίνακας 3. Συχνότητα φύλου συμμετεχόντων στην έρευνα**

Στον **Πίνακα 3** απεικονίζεται η συχνότητα φύλου των συμμετεχόντων. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε πόσα άτομα συμμετέχουν στην έρευνα για να διαπιστώσουμε κατά πόσον το φύλο επηρεάζει ή επηρεάζεται από τα επακόλουθα της λεκτικής βίας.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Σωρευτικό Ποσοστό
Βοηθός Νοσηλευτή/τριας	51	21,6	21,6	21,6
Γιατρός	51	21,6	21,6	43,2
Νοσηλευτής/τρια	134	56,8	56,8	100,0
Σύνολο	236	100,0	100,0	

**Πίνακας 4. Επάγγελμα Συμμετεχόντων στην έρευνα**

Στον **Πίνακα 4** φαίνεται η συχνότητα επαγγέλματος των συμμετεχόντων στην έρευνα.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Σωρευτικό Ποσοστό
ΠΑΘ. ΤΟΜΕΑΣ	99	41,9	41,9	41,9
ΧΕΙΡ. ΤΟΜΕΑΣ	137	58,1	58,1	100,0
Σύνολο	236	100,0	100,0	

**Πίνακας 5. Διαχωρισμός κατά Τμήμα Εργασίας**

<b>Εργασιακή σχέση Υπαλλήλου με τον υβριστή</b>				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Σωρευτικό Ποσοστό
1. άμεσος προϊστάμενος	51	21,6	<b>21,6</b>	22,5
2. άλλος ανώτερος	84	35,6	<b>35,6</b>	58,1
3. άμεσα υφιστάμενος	10	4,2	<b>4,2</b>	62,3
4. άλλος κατώτερος	6	2,5	<b>2,5</b>	64,8
5. ομοιόβαθμος	28	11,9	<b>11,9</b>	76,7
6. συγγενής ασθενούς	36	15,3	<b>15,3</b>	91,9
7. ο ίδιος ο ασθενής	13	5,5	<b>5,5</b>	97,5
8. επισκέπτης	6	2,5	<b>2,5</b>	100,0
Σύνολο	236	100,0	<b>100,0</b>	

**Πίνακας 6. Εργασιακή σχέση Υπαλλήλου με τον υβριστή**

Στον **Πίνακα 6** παρατηρούμε την εργασιακή σχέση του υβριστή με αυτόν στον οποίο ασκείται η λεκτική βία. Παρατηρούμε ότι 84 άτομα ήτοι ποσοστό 35,6% ανέφεραν ότι είναι κάποιος ανώτερος τους. Ένα σημαντικό ποσοστό 51 άτομα δηλαδή 21,6% ανέφεραν ότι είναι ένας άμεσος προϊστάμενος.



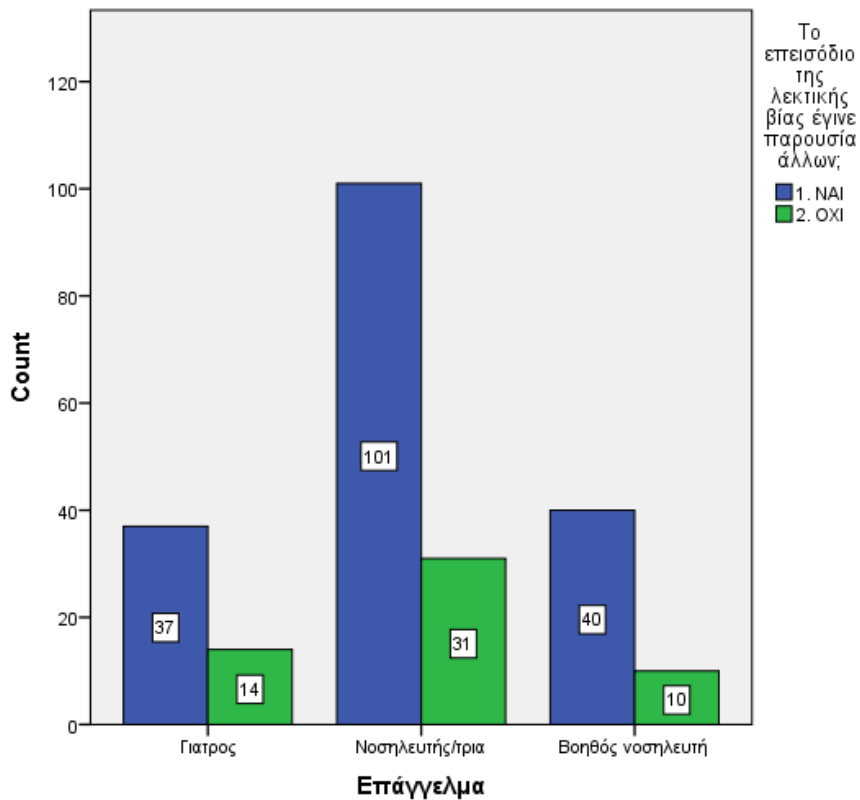
## **5.2 Αξιολόγηση λεκτικής βίας στο χώρο του νοσοκομείου βάσει του εργαλείου Verbal Abuse Scale (VAS)**

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ποσοτική ανάλυση των δεδομένων του εργαλείου VAS για την αξιολόγηση της λεκτικής βίας στο χώρο του νοσοκομείου.

Τα αποτελέσματα υπολογίζονται ανάλογα με τις υποενότητες (κλίμακες) του εργαλείου, για να γίνει ομαδοποίηση τους και για να έχουμε ευκολότερα συγκρίσιμα αποτελέσματα και με άλλες παρόμοιου τύπου έρευνες. Επίσης για να ελεγχθούν οι πιθανές διαφοροποιήσεις των αποτελεσμάτων λεκτικής βίας μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών χρησιμοποιήσαμε το συντελεστή συσχέτισης Pearson, που είναι ο πιο δημοφιλής δείκτης συσχέτισης μεταξύ συνεχών μεταβλητών, σε διάστημα εμπιστοσύνης 95% και σε κάποιες περιπτώσεις 99%.

### **5.2.1 Καταγραφή λεκτικών επεισοδίων**

Οι πρώτες έξι ερωτήσεις αφορούν στην καταγραφή εάν το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων, ποια η εργασιακή σχέση με τον υβριστή, πόσο συχνά θεωρούν οι νοσηλευτές ότι έγιναν αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια, εάν θεωρούν ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του, πόσο συχνά έγιναν οι ίδιοι αποδέκτες λεκτικής βίας και πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς.



**Διάγραμμα 1.** Αν το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων

Στο **Διάγραμμα 1** δίνονται τα στοιχεία που αφορούν στο αν το γεγονός της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων. Από τα αποτελέσματα παρατηρούμε ότι στο δείγμα των γιατρών στην συντριπτική πλειοψηφία (N=37, 72,5%) το περιστατικό λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων, ενώ παρόμοια ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών (N=141, 77,5%) δήλωσε ότι το περιστατικό λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ποτέ	1	,4
Μια φορά το χρόνο	11	4,7
Περισσότερες από 1 φορά ετησίως	41	17,4
Μια φορά το μήνα	76	32,2
Μια φορά τη βδομάδα.	85	36,0
Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως	14	5,9
Καθημερινά	7	3,0
Σύνολο	1	,4
	236	100,0

**Πίνακας 7. Πλήθος περιστατικών λεκτικής βίας**

Στον **πίνακα** απεικονίζεται το πλήθος περιστατικών λεκτικής βίας

	Φύλο		Σύνολο
	Άνδρας	Γυναίκα	
1. καθόλου	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
2. Σχεδόν καθόλου	1 25,0%	3 75,0%	4 100,0%
3. Λίγο	19 57,6%	14 42,4%	33 100,0%
Πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς;	18 22,8%	61 77,2%	79 100,0%
4. Αρκετά	7 17,1%	34 82,9%	41 100,0%
5. Πολύ.	12 25,5%	35 74,5%	47 100,0%
6. Πάρα πολύ	6 21,4%	22 78,6%	28 100,0%
7. Εξαιρετικά	65 27,5%	171 72,5%	236 100,0%
Σύνολο			

**Πίνακας 8. Επίπεδα άγχους στα 2 φύλα λόγω βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς;**

Στον **Πίνακα 8** δίνονται οι απαντήσεις των γιατρών και των νοσηλευτών σε σχέση με το πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς. Σ' αυτόν φαίνεται και ο διαχωρισμός μεταξύ των φύλων και τα ποσοστά.

		Προσπάθησα να ξεκαθαρίσω πιθανή παρανόηση.	Μιλώ απευθείας στον γιατρό για το επεισόδιο.	Κρατώ τα αισθήματα για τον εαυτό μου.	Έχω ευσεβείς πόθους ότι όλα θα βελτιωθούν.
N	Άνδρες	166	119	111	134
	Γυναίκες	71	118	126	103
Μ.Ο.		3,10	2,9	2,87	2,97
Τυπ.απόκλιση		,99	1,06	1,10	,92

**Πίνακας 9. Διαχείριση συμπεριφοράς**

Στον **πίνακα 9** φαίνεται η διαχείριση συμπεριφοράς όσο αφορά τη λεκτική βία για τις απαντήσεις με το μεγαλύτερο πλήθος και το μεγαλύτερο Μ.Ο.

		Προσπάθησα να δω την κατάσταση με προοπτική.	Ζήτησα βοήθεια και υποστήριξη από άλλους.	Βρήκα θετικές ασχολίες που μείωσαν την ένταση μου.	Μιλώ στον εαυτό μου με καθησυχαστικό τρόπο.	Δεν μιλάω με τον υβριστή γιατρό.	Βρήκα αμφιλεγόμενες ασχολίες που μειώνουν το άγχος μου.
N	Άνδρες	179	105	105	126	95	94
	Γυναίκες	58	132	132	111	142	143

**Πίνακας 10. Διαχείριση συμπεριφοράς για τις περιπτώσεις με Μ.Ο.<2,8**

Στον **Πίνακα 10** φαίνεται η διαχείριση συμπεριφοράς στις υπόλοιπες περιπτώσεις, με βάση τη συχνότητα των απαντήσεων.

Προϋπηρεσία	Πλήθος ατόμων που δέχτηκαν λεκτική βία
1-5 έτη	45
5-10 έτη	48
10-15έτη	43
15-20 έτη	44
Πάνω από 20 έτη	55

**Πίνακας 11.** πλήθος των ατόμων που δέχτηκαν λεκτική βία σε σχέση με την προϋπηρεσία

Στον Πίνακα 11 απεικονίζεται το πλήθος των ατόμων που δέχτηκαν λεκτική βία σε σχέση με την προϋπηρεσία.

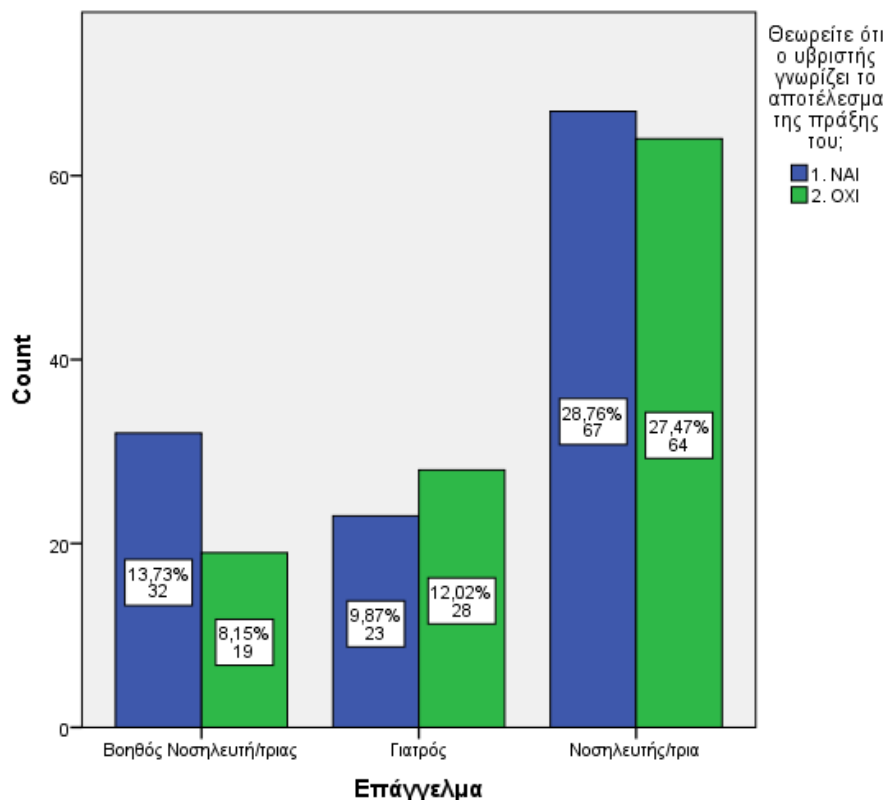
		3. Προσπάθησα να ξεκαθαρίσω πιθανή παρανόηση.					Σύνολο
		1	2	3	4	5	
Φύλο	Άνδρες	2	6	20	8	9	45
	Γυναίκες	7	23	61	20	9	120
Σύνολο		9	29	81	28	18	165

**Πίνακας 12.** Διαχείριση συμπεριφοράς. Αντιδράσεις φύλου.

Στον Πίνακα 12 φαίνεται η παρουσίαση του πλήθους των απαντήσεων σε δύο σημαντικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

		6.Μιλώ απευθείας στον γιατρό για το επεισόδιο.					Σύνολο
		1	2	3	4	5	
Φύλο	Άνδρες	3	5	7	7	5	27
	Γυναίκες	8	26	36	17	4	91
Σύνολο		11	31	43	24	9	118

**Πίνακας 13.** Διαχείριση συμπεριφοράς. Αντιδράσεις φύλου.



### Διάγραμμα 2. Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για το αν θεωρούν ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του

Στο Διάγραμμα 2 δίνονται οι απαντήσεις των γιατρών και των νοσηλευτών για το αν θεωρούν ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του και η μειοψηφία των γιατρών (N=23, 9,87%) και η πλειοψηφία των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών (N=99, 42,5%) θεωρούν ότι ο υβριστής έχει επίγνωση της πράξης του.

### 5.2.2 Συσχετισμός Αντιδράσεων

Ελέγχουμε την υπόθεση που περιλαμβάνει τις μεταβλητές, πχ. «Θα βρω τον μπελά μου» και «Γιατί δεν μπορώ να κάνω κάτι σωστό όταν εργάζομαι».

Συσχέτιση σκέψεων			
		6. Θα βρω τον μπελά μου γι' αυτό	7. Γιατί δεν μπορώ να κάνω κάτι σωστό όταν εργάζομαι με τον/την
6. Θα βρω τον μπελά μου γι' αυτό	Συσχέτιση Pearson	1	,589**
	Sig. (2-tailed)		,000
	Πλήθος	103	68

Πίνακας 14. Συσχέτιση σκέψεων

Η τιμή του συντελεστή συσχέτισης (Συντελεστής Pearson) είναι ίση με 0,589. Εφόσον η τιμή αυτή είναι μεγαλύτερη από 0.5 υπάρχει ισχυρή συσχέτιση.

Η δεύτερη τιμή Sig. 2-tailed είναι η στατιστική σημαντικότητα, η οποία, θα πρέπει να είναι μικρότερη του 0,05 για να έχουμε στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Η τιμή είναι  $0,000 < 0,05$  επομένως το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό.

Υπάρχει ισχυρή, στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο διαφορετικών αντιλήψεων κατά την επίδραση της λεκτικής βίας στο 0,589,  $p=0,000 < 0,05$ ).

Επίδραση Παραγόντων επιρροής		
	4. Βρήκα θετικές ασχολίες που μείωσαν την ένταση μου.	5. Μιλώ στον εαυτό μου με καθησυχαστικό τρόπο.
4. Βρήκα θετικές ασχολίες που μείωσαν την ένταση μου.	Συντελεστής Pearson Sig. (2-tailed) Πλήθος	1 ,556** ,000 67

**Πίνακας 15. Επίδραση Παραγόντων επιρροής**

Η τιμή του συντελεστή συσχέτισης είναι ίση με 0,556. Εφόσον η τιμή αυτή είναι μεγαλύτερη από 0.5 υπάρχει ισχυρή συσχέτιση.

Η δεύτερη τιμή Sig. 2-tailed η στατιστική σημαντικότητα, η οποία θα πρέπει να είναι μικρότερη του 0,05 για να έχουμε στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Η τιμή είναι  $0,000 < 0,05$  επομένως το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό.

Υπάρχει ισχυρή, στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο τρόπων που εφαρμόστηκαν για αποφόρτιση των εργαζομένων, στο 0,556,  $p=0,000 < 0,05$ ).

## 5.2. T-Test – Συσχετισμός του φύλου με το χαρακτηρισμό «τι χαζός που είμαι»

H1: Οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα χαρακτηρισμού από τους άνδρες. Επομένως θα πρέπει να χρησιμοποιήσουμε τις μεταβλητές «φύλο» και χαρακτηρισμός «τι χαζός»”.

Συσχετισμός του φύλου με το χαρακτηρισμό «τι χαζός που είμαι»					
	Φύλο	Πλήθος	Ενδιάμεσος	Τυπ. Απόκλιση	Τυπ. σφάλμα Ενδιάμεσος
1. Τι χαζός!	1	32	3,38	1,212	,214
	2	83	2,75	1,198	,131

Πίνακας 16. Συσχετισμός του φύλου με το χαρακτηρισμό «τι χαζός που είμαι»

Ανάλυση ανεξάρτητων δειγμάτων									
	Test Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων		T-test για την ισότητα του ενδιάμεσου						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Ενδιάμεσος Διαφορά	Τυπ. σφάλμα Διαφορά	95% Διάστημα εμπιστοσύνης της Διαφοράς	
								Χαμηλότερη	Υψηλότερη
1. Τι χαζός!	,246	,621	2,51	113	,013	,628	,250	,133	1,123
			2,49	55,782	,015	,628	,251	,125	1,131

Πίνακας 17. Συσχετισμός του φύλου με το χαρακτηρισμό «τι χαζός που είμαι»

Στην ανάλυση μας, η τιμή του Sig. είναι  $0.621 > 0,05$  επομένως υπάρχει ομοιογένεια διακυμάνσεων και μπορούμε να αποδεχτούμε ως έγκυρα τα αποτελέσματα του t-test.



Η στατιστική σημαντικότητα του t-test φαίνεται από τη στήλη Sig. 2-tailed και συγκεκριμένα θα πρέπει αυτή η τιμή να είναι μικρότερη από 0,05.

Η τιμή του Sig2-tailed είναι  $1,123 > 0,05$ , επομένως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στον χαρακτηρισμό μεταξύ των δύο φύλων.

Από τον πρώτο πίνακα, συγκρίνοντας τις μέσες τιμές του χαρακτηρισμού για τα δύο φύλα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή χαρακτηρισμού για τις γυναίκες είναι 2,75 και η μέση τιμή χαρακτηρισμού για τους άνδρες είναι 3,38. Επομένως οι γυναίκες παρουσιάζουν χαμηλότερο επίπεδο χαρακτηρισμού από τους άνδρες.

Επομένως πραγματοποιήθηκε t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων για να εξετασθεί η επίδραση του φύλου στα επίπεδα χαρακτηρισμού. Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων στο χαρακτηρισμό  $t(113)=0,013$ ,  $p=0.628 > 0,05$ ) Συγκεκριμένα, οι γυναίκες παρουσιάζουν χαμηλότερο επίπεδα χαρακτηρισμού από τους άνδρες.

### 5.3 Σχέση Ηλικίας - Συζήτησης Απευθείας με τον Γιατρό

	ΗΛΙΚΙΑ	6.Μιλώ απευθείας στον γιατρό για το επεισόδιο.
Συντελεστής	1	,015
ΗΛΙΚΙΑ Pearson		
Sig. (2-tailed)		,872
N	233	117

**Πίνακας 18. Σχέση Ηλικίας-Συζήτησης Απευθείας με τον Γιατρό**

Υπάρχει θετική, ισχυρή, όχι στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και «Μιλώ απευθείας στον γιατρό για το επεισόδιο»  $r=-0,015$ ,  $p=0,872 > 0,05$ .

Δηλαδή η ηλικία όσο αυξάνεται δημιουργεί μία ασπίδα προστασίας ώστε να μπορούν να αντικρούσουν τις ανάρμοστες λεκτικές συμπεριφορές.

## 5.4 Διαφοροποίηση της λεκτικής βίας για τον χειρουργικό και τον Παθολογικό τομέα

Πίνακας-Είδος της λεκτικής βίας – Συχνότητα.

Διαφοροποίηση της Λεκτικής Βίας για τον χειρουργικό και τον Παθολογικό τομέα					
	ΤΜΗΜΑ	N	Ενδιάμεσος	Τυπ. απόκλιση	Τυπ. σφάλμα Ενδιάμεσος
1. Βίαιος θυμός	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	71	3,06	,984	,117
	ΠΑΘΟΛΟΓ	71	2,58	,905	,107
2. Συγκατάβαση	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	58	2,84	1,121	,147
	ΠΑΘΟΛΟΓ	41	2,41	,974	,152
3. Προσβολή συγκεκριμένη σε αστείο	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	69	3,30	1,115	,134
	ΠΑΘΟΛΟΓ	64	2,89	,994	,124
4. Αδιαφορία	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	49	3,12	1,218	,174
	ΠΑΘΟΛΟΓ	53	2,43	,866	,119
5. Ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	73	3,10	1,303	,153
	ΠΑΘΟΛΟΓ	55	2,53	1,103	,149
6. Επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	89	3,42	,975	,103
	ΠΑΘΟΛΟΓ	71	2,80	1,023	,121
7. Έντονη κριτική	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	85	3,45	1,107	,120
	ΠΑΘΟΛΟΓ	65	2,83	1,098	,136
8. Απόρριψη, αποδοκιμασία	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	60	3,23	1,407	,182
	ΠΑΘΟΛΟΓ	46	2,37	1,103	,163
9. Απειλή	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	37	2,54	1,483	,244
	ΠΑΘΟΛΟΓ	46	2,11	1,059	,156
10. Σεξουαλική παρενόχληση	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	7	1,14	,378	,143
	ΠΑΘΟΛΟΓ	24	1,42	1,060	,216

**Πίνακας 19. Διαφοροποίηση της λεκτικής βίας για τον χειρουργικό και τον Παθολογικό τομέα**

	Τεστ Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων ν		t-test για την ισότητα των Ενδιάμεσων						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Ενδιάμεσος Διαφορά	Τυπ. σφάλμα Διαφορά	95% Διάστημα εμπιστοσύνης της Διαφοράς	
								Χαμηλότερη	Υψηλότερη
1. Βίαιος θυμός	,198	,657	3,018	140	,003	,479	,159	,165	,793
			3,018	139,03	,003	,479	,159	,165	,793
2. Συγκατάβαση	,125	,725	1,984	97	,050	,430	,217	,000	,861
			2,032	92,842	,045	,430	,212	,010	,851
3. Προσβολή συγκεκριμένη σε αστείο	1,50	,222	2,252	131	,026	,414	,184	,050	,777
			2,262	130,79	,025	,414	,183	,052	,776
4. Αδιαφορία	2,99	,086	3,308	100	,001	,688	,208	,276	1,101
			3,265	86,004	,002	,688	,211	,269	1,108
5. Ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση	1,09	,297	2,607	126	,010	,569	,218	,137	1,000
			2,669	124,24	,009	,569	,213	,147	,990
6. Επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών	,010	,919	3,866	158	,000	,613	,159	,300	,926
			3,845	146,856	,000	,613	,159	,298	,928
7. Έντονη κριτική	,242	,623	3,390	148	,001	,616	,182	,257	,976
			3,394	138,46	,001	,616	,182	,257	,975
8. Απόρριψη, αποδοκιμασία	6,49	<b>,012</b>	3,433	104	,001	,864	,252	,365	1,363
			3,544	103,93	,001	,864	,244	,380	1,347
9. Απειλή	11,50	,001	<b>1,546</b>	<b>81</b>	<b>,126</b>	,432	,279	-,124	,988
			1,49	63,088	,141	,432	,290	-,147	1,010
10. Σεξουαλική παρενόχληση	2,161	,152	-,664	29	<b>,512</b>	-,274	,412	-1,117	,569
			-1,05	27,435	,300	-,274	,259	-,805	,258

**Πίνακας 20. Ανάλυση ανεξάρτητων δειγμάτων συναισθημάτων**

Υλοποιήθηκε επομένως t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων για να εξετασθεί η επίδραση του τομέα (Χειρουργικού-Παθολογικού) στη συχνότητα του είδους της λεκτικής βίας. Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τομέων στη συχνότητα, για την απειλή  $t(81)=1,54$ ,  $p=0,126>0,05$ ) και τη σεξουαλική παρενόχληση  $t(29)=-0,664$   $p=0,512>0,05$ ).

Γενικότερα, στον χειρουργικό παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα σοβαρότητας, από τον παθολογικό, όπως φαίνεται από τη στήλη **Ενδιάμεσος**.

### 5.5 Είδος της λεκτικής βίας – Σοβαρότητα

#### Διαφοροποίηση της λεκτικής βίας για τον Χειρουργικό και τον Παθολογικό τομέα

##### Ομαδοποιημένα Στατιστικά

	ΤΜΗΜΑ_1_2	N	Ενδιάμεσος	Τυπ. απόκλιση	Τυπ. σφάλμα Ενδιάμεσος
1. Βίαιος θυμός	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	102	3,26	1,014	,100
	ΠΑΘΟΛΟΓ	78	2,62	1,035	,117
2. Συγκατάβαση	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	38	2,55	,921	,149
	ΠΑΘΟΛΟΓ	33	2,45	1,252	,218
3. Προσβολή συγκεκαλυμμένη σε αστείο	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	84	3,23	1,134	,124
	ΠΑΘΟΛΟΓ	66	2,79	1,103	,136
4. Αδιαφορία	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	39	2,90	1,294	,207
	ΠΑΘΟΛΟΓ	50	2,20	1,010	,143
5. Ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	64	3,27	1,225	,153
	ΠΑΘΟΛΟΓ	51	2,39	1,133	,159
6. Επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	94	3,55	1,084	,112
	ΠΑΘΟΛΟΓ	71	3,01	1,189	,141
7. Έντονη κριτική	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	93	3,78	,987	,102
	ΠΑΘΟΛΟΓ	69	2,84	1,146	,138
8. Απόρριψη, αποδοκιμασία	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	58	3,36	1,252	,164
	ΠΑΘΟΛΟΓ	48	2,54	1,288	,186
9. Απειλή	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	50	3,02	1,348	,191
	ΠΑΘΟΛΟΓ	50	2,18	1,190	,168
10. Σεξουαλική παρενόχληση	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	23	1,91	1,379	,288
	ΠΑΘΟΛΟΓ	29	1,59	1,211	,225

**Πίνακας 21. Είδος της λεκτικής βίας σε σχέση με τη Σοβαρότητα.**

**Διαφοροποίηση για τον χειρουργικό και τον Παθολογικό τομέα**

Ανάλυση ανεξάρτητων δειγμάτων των αντιδράσεων									
Test Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων			t-test για την ισότητα του Ενδιάμεσου						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2- taile d)	Ενδι άμε σος Δια φορ ά	Τυπ. σφά λμα Δια φορ ά	95% Διάστημα εμπιστοσύνης της Διαφοράς	
								Χαμηλότε ρη	Υψηλότερη
1. Βίαιος θυμός	,278	,599	4,219	178	,000	,649	,154	,346	,953
			4,208	164,12	,000	,649	,154	,345	,954
2. Συγκατάβαση	3,649	,060	,379	69	,706	,098	,259	-,418	,614
			,371	58,05	,712	,098	,264	-,431	,627
3. Προσβολή συγκεκριμένη σε αστείο	,051	,822	2,379	148	,019	,438	,184	,074	,802
			2,387	141,42	,018	,438	,184	,075	,801
4. Αδιαφορία	2,47	,119	2,857	87	,005	,697	,244	,212	1,183
			2,772	70,394	,007	,697	,252	,196	1,199
5. Ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση	,704	,403	3,927	113	,000	,873	,222	,433	1,314
			3,962	110,46	,000	,873	,220	,437	1,310
6. Επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών	,542	,463	3,034	163	,003	,539	,178	,188	,890
			2,994	143,01	,003	,539	,180	,183	,895
7. Έντονη κριτική	4,112	<b>,044</b>	5,620	160	,000	,944	,168	,613	1,276
			5,498	133,61	,000	,944	,172	,605	1,284
8. Απόρριψη, αποδοκιμασία	,093	,762	3,315	104	,001	,820	,247	,330	1,311
			3,306	99,24	,001	,820	,248	,328	1,313
9. Απειλή	2,32	,130	3,304	98	,001	,840	,254	,335	1,345
			3,304	96,52	,001	,840	,254	,335	1,345
10. Σεξουαλική παρενόχληση	,369	,546	,909	50	,368	,327	,359	-,395	1,049
			,896	44,15	,375	,327	,365	-,409	1,062

**Πίνακας 22. Είδος της λεκτικής βίας σε σχέση με τη Σοβαρότητα.**

**Διαφοροποίηση για τον χειρουργικό και τον Παθολογικό τομέα. Ανάλυση ανεξάρτητων δειγμάτων**

Υλοποιήθηκε t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων για να εξετασθεί η επίδραση του τομέα (Χειρουργικού-Παθολογικού), στη σοβαρότητα του είδους της λεκτικής βίας. Εκτός από την περίπτωση της έντονης κριτικής ( $\text{sig} < 0,05$ ) αποδείχτηκαν έγκυρα τα αποτελέσματα του τεστ.

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τομέων στη Συγκατάβαση ( $t(69)=0,379$ ,  $p=0,706>0,05$ ) και τη σεξουαλική παρενόχληση, ( $t(50)=0,909$ ,  $p=0,368>0,05$ ).

Γενικότερα, στον χειρουργικό παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα σοβαρότητας, από τον παθολογικό, όπως φαίνεται από τη στήλη Ενδιάμεσος.

### 5.5 Διαφοροποίηση της λεκτικής βίας για τον χειρουργικό και τον Παθολογικό τομέα σχετικά με τις Πρώτες σκέψεις.

Ομαδοποιημένα Στατιστικά					
	Τμήμα	N	Ενδιάμεσος	Τυπ. απόκλιση	Τυπ. σφάλμα Ενδιάμεσος
1. Τι χαζός!	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	64	3,17	1,149	,144
	ΠΑΘΟΛΟΓ	51	2,61	1,266	,177
2. Δεν αξίζω να μου συμπεριφέρονται έτσι	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	87	3,75	,955	,102
	ΠΑΘΟΛΟΓ	76	3,51	1,077	,124
3. Μπορώ να το αντέξω	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	56	2,71	,948	,127
	ΠΑΘΟΛΟΓ	44	2,70	1,133	,171
4. Δεν είχε κανένα δικαίωμα	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	83	4,10	,932	,102
	ΠΑΘΟΛΟΓ	67	3,52	1,185	,145
5. Δεν έκανα κάτι κακό	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	70	3,81	,967	,116
	ΠΑΘΟΛΟΓ	67	3,25	1,235	,151
6. Θα βρω τον μπελά μου γι' αυτό	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	65	2,94	1,074	,133
	ΠΑΘΟΛΟΓ	50	2,48	1,328	,188
7. Γιατί δεν μπορώ να κάνω κάτι σωστό όταν εργάζομαι με τον/την	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	52	2,85	1,289	,179
	ΠΑΘΟΛΟΓ	51	2,29	1,119	,157
8. Δεν έχει μεγάλη σημασία	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	54	2,80	1,122	,153
	ΠΑΘΟΛΟΓ	49	2,29	1,021	,146
8. Δεν ξέρω πώς να το χειριστώ	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	40	3,28	,816	,129
	ΠΑΘΟΛΟΓ	52	2,46	,917	,127
9. Αυτό πιθανώς μπορεί να με πληγώσει	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	22	3,27	1,162	,248
	ΠΑΘΟΛΟΓ	35	2,54	1,010	,171
10. Μάλλον εγώ φταίω. Θα πρέπει να έκανα κάποιο λάθος	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	16	2,13	,957	,239
	ΠΑΘΟΛΟΓ	32	1,75	,984	,174
11. δεν είχα ποτέ πρόβλημα με κανέναν άλλον	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	17	2,94	1,197	,290
	ΠΑΘΟΛΟΓ	36	2,25	1,156	,193
12. Γιατί είμαι μονίμως εγώ που δημιουργώ πρόβλημα? Δεν φωνάζει σε κανέναν άλλο	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	28	2,86	1,079	,204
	ΠΑΘΟΛΟΓ	41	1,95	,999	,156
13. Γιατί τον/την αφήνω να με αναστατώνει τόσο πολύ ώστε να κλαίω?	ΧΕΙΡΟΥΡΓ	27	3,11	1,013	,195
	ΠΑΘΟΛΟΓ	37	2,08	1,010	,166

**Πίνακας 23. Περιγραφικά Στατιστικά για τον χειρουργικό και τον Παθολογικό τομέα σχετικά με τις Πρώτες σκέψεις**

Ανάλυση ανεξάρτητων δειγμάτων									
	Levene's Test for Ισότητα των διαφορών		t-test for Ισότητα των Ενδιάμεσων						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Ενδιάμεσος Διαφορά	Τυπ. σφάλμα Διαφορά	95% Διάστημα εμπιστοσύνης της Διαφοράς	
								Χαμηλότερη	Υψηλότερη
1. Τι χαζός!	1,561	,214	2,500	113	,014	,564	,226	,117	1,011
			2,472	102,197	,015	,564	,228	,112	1,017
2. Δεν αξίζω να μου συμπεριφέρονται έτσι	2,094	,150	1,470	161	,143	,234	,159	-,080	,548
			1,45	151,207	,147	,234	,160	-,083	,551
3. Μπορώ να το αντέξω	2,551	,113	,047	98	,963	,010	,208	-,403	,423
			,046	83,572	,964	,010	,213	-,413	,433
4. Δεν είχε κανένα δικαίωμα	5,616	,019	3,32	148	,001	,574	,173	,232	,916
			3,23	123,554	,002	,574	,177	,223	,925
5. Δεν έκανα κάτι κακό	4,214	,042	2,96	135	,004	,561	,189	,187	,935
			2,94	125,034	,004	,561	,190	,184	,937
6. Θα βρω τον μπελά μου γι' αυτό	6,254	,014	2,04	113	,043	,458	,224	,015	,902
			1,99	92,683	,049	,458	,230	,001	,916
7. Γιατί δεν μπορώ να κάνω κάτι σωστό όταν εργάζομαι με τον/την .....	,300	,585	2,31	101	,022	,552	,238	,080	1,024
			2,32	99,533	,022	,552	,238	,080	1,024

**Πίνακας 24. Διαφοροποίηση της λεκτικής βίας για τον χειρουργικό και τον Παθολογικό τομέα σχετικά με τις Πρώτες σκέψεις**



Ανάλυση ανεξάρτητων δειγμάτων									
	Levene's Test for Ισότητα των Variances		t-test for Ισότητα των Ενδιάμεσος						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Ενδιάμεσος Διαφορά	Τυπ. σφάλμα Διαφορά	95% Διάστημα εμπιστοσύνης της Διαφοράς	
								Χαμηλότερη	Υψηλότερη
8. Δεν έχει μεγάλη σημασία	,607	,438	2,407	101	,018	,511	,212	,090	,931
			2,418	100,9	,017	,511	,211	,092	,929
9. Δεν ξέρω πώς να το χειριστώ	1,487	,226	4,421	90	,000	,813	,184	,448	1,179
			4,489	88,04	,000	,813	,181	,453	1,174
10. Αυτό πιθανώς μπορεί να με πηγάσει	,523	,472	2,506	55	,015	,730	,291	,146	1,314
			2,426	40,09	,020	,730	,301	,122	1,338
11. Μάλλον εγώ φταίω Θα πρέπει να έκανα κάποιον λάθος	,105	,747	1,256	46	,216	,375	,299	-,226	,976
			1,267	30,85	,214	,375	,296	-,229	,979
12. δεν είχα ποτέ πρόβλημα με κανέναν άλλον	,007	,935	2,009	51	,050	,691	,344	,001	1,382
			1,983	30,47	,056	,691	,348	-,020	1,402
13. Γιατί είμαι μονίμως εγώ που του/της δημιουργώ πρόβλημα; Δεν φωνάζει σε άλλον	,571	,452	3,581	67	,001	,906	,253	,401	1,411
			3,529	55,1	,001	,906	,257	,391	1,420
14. Γιατί τον/την αφήνω να με αναστατώνει τόσο πολύ ώστε να κλαίω;	,004	,950	4,024	62	,000	1,030	,256	,518	1,542
			4,022	56,11	,000	1,030	,256	,517	1,543

**Πίνακας 25. Διαφοροποίηση της λεκτικής βίας για τον χειρουργικό και τον Παθολογικό τομέα σχετικά με τις Πρώτες σκέψεις**

Στις περιπτώσεις, 2,3 και 11 δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τμημάτων. Στις περιπτώσεις, 4,5 και 6 δεν μπορούμε να αποδεχτούμε ως έγκυρα τα αποτελέσματα του τεστ.

Γενικότερα, στον χειρουργικό τομέα και στις πρώτες σκέψεις παρουσιάζονται υψηλότερα επίπεδα, από τον παθολογικό, όπως φαίνεται από τη στήλη Ενδιάμεσος.

### 5.6 Συσχέτιση των ετών Προϋπηρεσίας με την αντίδραση

		Χρόνια Προϋπηρεσίας
		1
Χρόνια Προϋπηρεσίας	Sig. (2-tailed)	
	N	235
		,135
1. Τι χαζός!	Sig. (2-tailed)	,153
	N	114
		,031
2. Δεν αξίζω να μου συμπεριφέρονται έτσι	Sig. (2-tailed)	,695
	N	162
		,090
3. Μπορώ να το αντέξω	Sig. (2-tailed)	,378
	N	99
		,032
4. Δεν είχε κανένα δικαίωμα	Sig. (2-tailed)	,699
	N	149
		-,067
5. Δεν έκανα κάτι κακό	Sig. (2-tailed)	,435
	N	136
		-,030
6. Θα βρω τον μπελά μου γι' αυτό	Sig. (2-tailed)	,755
	N	114
		,111
7. Γιατί δεν μπορώ να κάνω κάτι σωστό όταν εργάζομαι με τον/την	Sig. (2-tailed)	,268
	N	102
		-,013
8. Δεν έχει μεγάλη σημασία	Sig. (2-tailed)	,899
	N	102
		,113
8. Δεν ξέρω πώς να το χειριστώ	Sig. (2-tailed)	,283
	N	92
		,206
9. Αυτό πιθανώς μπορεί να με πληγώσει	Sig. (2-tailed)	,124
	N	57
		-,199
10. Μάλλον εγώ φταίω Θα πρέπει να έκανα κάποιο λάθος	Sig. (2-tailed)	,174
	N	48

**Πίνακας 26. Συσχέτιση Pearson για τα έτη Προϋπηρεσίας με την αντίδραση των εργαζομένων**

Από τη συσχέτιση Pearson των αντιδράσεων του προσωπικού, παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει ισχυρή, ούτε στατιστικά σημαντική συσχέτιση, μεταξύ τους. Η τιμή του συντελεστή συσχέτισης είναι ίση με μικρότερη από 0.5 σε όλες τις περιπτώσεις. Η δεύτερη τιμή Sig. 2-tailed είναι μεγαλύτερη >0,05 επίσης σε όλες τις περιπτώσεις.

Σοβαρότητα Της Συνέπειας									
	Τεστ Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων			t-test για την ισότητα των Ενδιάμεσων					
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
1. Επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδερφο.	,207	,649	1,498	216	,136	,242	,161	-,076	,559
			1,427	88,104	,157	,242	,169	-,095	,578
2. Επιδείνωση των σχέσεων με άτομα εκτός του εργασιακού περιβάλλοντος.	,040	,841	,239	194	,812	,034	,145	-,251	,320
			,227	69,592	,821	,034	,152	-,268	,337
3. Επιδείνωση της σχέσης με το υπόλοιπο προσωπικό.	,152	,697	-,759	171	,449	-,109	,144	-,393	,175
			-,782	62,104	,437	-,109	,140	-,388	,170
4. Μείωση της εμπιστοσύνης και υποστήριξης στον χώρο εργασίας.	,599	,440	-,122	191	,903	-,018	,151	-,317	,280
			-,116	74,407	,908	-,018	,159	-,335	,298
5. Μειωμένη αυτοεκτίμηση.	,179	,673	-1,567	179	,119	-,251	,160	-,568	,065
			-1,583	76,521	,118	-,251	,159	-,568	,065
6. Μειωμένη εμπιστοσύνη στον εαυτό σου.	1,371	,243	,263	199	,793	,039	,149	-,254	,333
			,256	82,366	,799	,039	,153	-,266	,344
7. Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία.	,115	,734	-1,403	177	,162	-,264	,188	-,634	,107
			-1,538	70,069	,129	-,264	,171	-,605	,078

**Πίνακας 27. Τεστ Levene για τη Σοβαρότητα Της Συνέπειας**

Υλοποιήθηκε επομένως t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων για να εξετασθεί η επίδραση του φύλου, στη σοβαρότητα της συνέπειας της λεκτικής βίας. Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων στη σοβαρότητα της συνέπειας.

Σοβαρότητα Της Συνέπειας									
	Τεστ Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων			t-test για την ισότητα των Ενδιάμεσων					
	F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mea n Diffe rence	Std. Error Differ ence	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
8. Μειωμένη απόδοση και ανταπόκριση στις επαγγελματικές απαιτήσεις (αύξηση λαθών).	,030	,863	-,191	170	,848	-,027	,140	-,302	,249
			-,194	71,043	,847	-,027	,138	-,302	,248
9. Επιβάρυνση της υγείας.	,856	,356	-1,574	167	,117	-,251	,159	-,565	,064
			-1,817	88,941	,073	-,251	,138	-,525	,024
10. Μείωση του αισθήματος άνεσης/ευεξίας στον χώρο εργασίας.	1,403	,238	-,124	172	,902	-,021	,166	-,349	,308
			-,132	77,013	,896	-,021	,156	-,332	,291
11. Μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία	4,189	,042	1,057	177	,292	,194	,184	-,168	,557
			,952	68,127	,345	,194	,204	-,213	,601
12. Αύξηση των ωρών αποχής από την εργασία.	3,477	,064	-,199	165	,842	-,026	,132	-,286	,234
			-,248	96,496	,805	-,026	,106	-,237	,184
13. Διαμαρτυρία των υπολοίπων εργαζομένων αφού επωμίζονται την αποχή του λεκτικά κακοποιημένου συναδέλφου	2,427	,121	,184	173	,854	,029	,158	-,282	,340
			,205	94,519	,838	,029	,142	-,252	,311

**Πίνακας 28. Τεστ Levene για τη Σοβαρότητα Της Συνέπειας**

Στο t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων που πραγματοποιήθηκε, για να εξετασθεί η επίδραση του φύλου, στη σοβαρότητα της συνέπειας της λεκτικής βίας, βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων στη σοβαρότητα της συνέπειας.

Q11 Συναισθήματα Μετά Την Εμπειρία - Independent Samples Test	
Τεστ Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων	t-test για την ισότητα των Ενδιάμεσων

	F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Differe nce	Std. Error Differe nce	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
1. Απογοήτευση, Απελπισία.	,005	,947	,206	161	,837	,041	,197	-,348	,429
			,203	66,874	,840	,041	,200	-,359	,440
2. Θυμό.	1,239	,268	1,691	129	,093	,363	,215	-,062	,788
			1,635	54,457	,108	,363	,222	-,082	,808
3. Αηδία.	,872	,353	,389	100	,698	,108	,278	-,444	,660
			,396	50,526	,694	,108	,273	-,440	,657
4. Ντροπή και εξευτελισμό.	,107	,744	1,067	110	,288	,249	,234	-,214	,712
			,983	34,919	,332	,249	,253	-,265	,764
5. Λύπη.	1,726	,191	-,835	129	,405	-,199	,238	-,670	,273
			-,789	52,445	,434	-,199	,252	-,705	,307
6. Ανήμπορος/η.	,961	,329	-,048	95	,962	-,012	,248	-,504	,480
			-,052	36,401	,959	-,012	,227	-,473	,449
7. Αδύναμος/η.	1,008	,318	1,854	111	,066	,485	,262	-,033	1,004
			1,720	47,197	,092	,485	,282	-,082	1,052
8. Σοκ και έκπληξη.	,284	,595	<b>2,900</b>	<b>108</b>	<b>,005</b>	,663	,229	,210	1,116
			2,864	43,275	,006	,663	,232	,196	1,130

**Πίνακας 29. Τεστ Levene για τα Συναισθήματα Μετά Την Εμπειρία**

Υλοποιήθηκε επομένως t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων για να εξετασθεί η επίδραση του φύλου, στα συναισθήματα μετά την εμπειρία της λεκτικής βίας. Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων στο «Σοκ και έκπληξη»  $t(108)=2,9, p=0,005<0,05$ ).

Συναισθήματα Μετά Την Εμπειρία									
	Τεστ Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων		t-test για την ισότητα των Ενδιάμεσων						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed )	Mean Differ ence	Std. Error Differe nce	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
9. Μπερδεμένος/η.	,123	,727	,564	139	,574	,110	,195	-,276	,496
			,550	70,731	,584	,110	,200	-,289	,509
10. Υπεύθυνος/η.	9,452	,003	-,874	89	,385	-,215	,247	-,705	,275
			-1,021	47,829	,312	-,215	,211	-,640	,209
11. Απειλή.	,729	,395	1,869	97	,065	,523	,280	-,032	1,079
			1,778	35,976	,084	,523	,294	-,074	1,120
12. Σύγχυση.	,025	,874	-,186	143	,852	-,040	,217	-,469	,388
			-,186	67,719	,853	-,040	,217	-,473	,392
13. Ήττα.	,106	,745	,325	67	,746	,097	,299	-,500	,695
			,301	24,203	,766	,097	,324	-,570	,765
14. Αδιάφορος/η.	1,724	,194	1,445	60	,154	,471	,326	-,181	1,123
			1,258	16,177	,226	,471	,374	-,322	1,264
15. Φόβος	,098	,755	1,282	77	,204	,421	,328	-,233	1,074
			1,272	27,524	,214	,421	,331	-,257	1,099
16. Απομόνωση	,037	,847	,084	79	,933	,024	,282	-,538	,586
			,085	27,853	,933	,024	,280	-,550	,597
17. Παρεξηγημένος/η	,475	,492	,639	139	,524	,140	,218	-,292	,571
			,634	73,077	,528	,140	,220	-,299	,578
18. Μη υποστήριξη	,001	,977	1,328	119	,187	,360	,271	-,177	,896
			1,401	45,748	,168	,360	,257	-,157	,877

**Πίνακας 30. Τεστ Levene για τα Συναισθήματα μετά την Εμπειρία**

Υλοποιήθηκε επομένως t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων για να εξετασθεί η επίδραση του φύλου, στα συναισθήματα μετά την εμπειρία της λεκτικής βίας. Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων στο Σοκ και την έκπληξη,  $t(108)=2,9$ ,  $p=0,005<0,05$ ).

## Συζήτηση

Σκοπός της έρευνας ήταν να μελετηθεί το φαινόμενο της λεκτικής βίας δηλαδή τα είδη της, οι επιπτώσεις της στους νοσηλευτές και στους γιατρούς του Βενιζέλειου Νοσοκομείου Ηρακλείου. Στη μελέτη ανταποκρίθηκαν 236 νοσηλευτές και γιατροί. Παρατηρούμε ότι μεταξύ του φύλου και της διαχείρισης της λεκτικής βίας (Πίνακας 12 και 13) υπάρχει συσχέτιση όσο αφορά την αντίδραση των δεκτών της βίας. Συγκεκριμένα οι γυναίκες αντιδρούν πιο ενεργά και προσπαθούν να ξεκαθαρίσουν την κατάσταση παίρνοντας δραστικότερα μέτρα.

Για τη διαχείριση συμπεριφοράς (**Πίνακας 9**) όσο αφορά τη λεκτική βία για τις απαντήσεις με το μεγαλύτερο πλήθος και το μεγαλύτερο Μ.Ο. παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι προσπάθησαν να ξεκαθαρίσουν μια πιθανή παρανόηση που θα αφορούσε τη λεκτική επίθεση που δέχτηκαν με Μ.Ο. 3,1 και τυπική απόκλιση 0,99.

Ένα μεγάλο ποσοστό με Μ.Ο. 2,9 και τυπική απόκλιση 1,06 προτίμησε να μιλήσει απευθείας με τον γιατρό. Αρκετοί με Μ.Ο. 2,8 και τυπική απόκλιση 1,1 κράτησαν τα συναισθήματα για τον εαυτό τους, και πολλοί με Μ.Ο. 2,97 και τυπική απόκλιση 0,92 έχουν ευσεβείς πόθους ότι όλα θα βελτιωθούν.

Τα ευρήματά μας στον **Πίνακα 10**, δείχνουν ότι λιγότεροι από τους μισούς που δέχτηκαν λεκτική βία, έλαβαν μέτρα γεγονός που έρχεται σε συμφωνία με τη μελέτη των Teymourzadeh et al. (2014) κατά τη μέτρηση της έκθεσης των νοσηλευτών στη βία στο χώρο εργασίας στα μεγαλύτερα πανεπιστημιακά νοσοκομεία στην Τεχεράνη το 2010, στην οποία σχεδόν οι μισοί (40%) από τους συμμετέχοντες στην έρευνα δεν έλαβαν μέτρα για την προστασία τους από το φαινόμενο της λεκτικής βίας στο Νοσηλευτικό ίδρυμα που εργαζόντουσαν.

Όπως φαίνεται στα αποτελέσματα (**Πίνακας 8**), τα επίπεδα άγχους του δείγματός μας εκτείνονται από το "αρκετά" στο "πολύ", δηλαδή είναι από μέτρια έως σχετικά σοβαρά, εύρημα που συμφωνεί με τη μελέτη των Vessey, Demarco, Gaffney και Budin (2009), όπου τα επακόλουθα επίπεδα άγχους αναφέρθηκαν ως μέτρια ή σοβαρά.

Ακόμη, υπάρχουν πολλές αναφορές στη βιβλιογραφία που συνδέουν τον λεκτικό εκφοβισμό με την πρόκληση ποικιλίας ψυχολογικών συνεπειών στο θύμα και χειροτέρευση της γενικής τους υγείας (Johnson 2009, Fujishiro, Gilbert και De Castro

2011, Kitaneh & Hamdan 2012, Nielsen, Magerøy, Gjerstad, & Einarsen 2014, Μπακάλης 2015, Karatza, Zyga, Tziaferi, & Prezerakos 2016).

Επίσης στην έρευνα των Heydarikhayat et al., (2012) για την εκτίμηση της συχνότητας και των αιτίων, στην πόλη Iransahr, παρατηρείται, μεγάλη συχνότητα λεκτικής βίας κατά του προσωπικού του νοσοκομείου, που μπορεί να προκαλέσει δυσμενείς ψυχικές ή σωματικές επιπτώσεις στο προσωπικό.

Σε σχέση με την ηλικία βρέθηκε από την ανάλυση ότι δεν υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και τις περιπτώσεις να δέχονται νοσηλευτές και γιατροί λεκτικές εκφοβιστικές συμπεριφορές ή όχι ενώ το πλήθος των ετών εργασίας όσο αυξάνεται δεν δημιουργεί ασπίδα προστασίας ώστε να μην γίνεται εκφοβισμός γεγονός που δεν έρχεται σε συμφωνία με τη μελέτη των Teymourzadeh et al. (2014), όπου οι λιγότερο έμπειροι νοσηλευτές ήταν πιο εκτεθειμένοι στη λεκτική βία.

Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση και με την έρευνα των Zhao et al. (2015) σε 19 νοσοκομεία της Κίνας, Pompeii et al. (2015) και σε έρευνα ενός εθνικά αντιπροσωπευτικού δείγματος 915 νοσηλευτών στο Λίβανο (Alameddine, Mourad & Dimassi 2015), όπου τα πιο συχνά θύματα εκφοβισμού είναι οι νεότεροι συνήθως κάτω από 40 ετών.

Όσοι έχουν προϋπηρεσία λιγότερη από 5 χρόνια είναι πιθανότερο να πέσουν θύματα λεκτικής βίας σύμφωνα και με έρευνες των (Kitaneh & Hamdan, 2012; Zhao et al., 2015; Alameddine, Mourad & Dimassi, 2015). Πράγμα που δεν συμφωνεί με την έρευνά μας όπως φαίνεται στον πίνακα 11.

Εξετάζοντας τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των θυμάτων λεκτικής βίας βρέθηκε ότι το φύλο σχετίζεται σημαντικά με το αν θα γίνει εκφοβισμός ή όχι. Η λεκτική βία συναντάται συχνότερα σε γυναίκες όπως φαίνεται και στη μελέτη των Pompeii et al. (2015) και των Ariza-Montes, Muniz, Leal-Rodríguez, και Leal-Millán (2014). Σε άλλη μελέτη (Harlos et. al. 2008), που διεξήχθη μεταξύ νοσηλευτών σε 3 νοσοκομεία (πανεπιστημιακά, δημόσια και ιδιωτικά) στην Ιορδανία από τον Φεβρουάριο μέχρι τον Απρίλιο του 2010, από τους 500 νοσηλευτές με ποσοστό απάντησης 89,4% λίγο πιο πάνω από το ήμισυ (56,8%) τα θύματα της βίας ήταν οι νοσηλεύτριες.

Σε διαφορετική έρευνα των Abed, Morris και Sobers-Grannum (2016), σχετικά με την επικράτηση και τύπους βίας στο χώρο εργασίας που αντιμετωπίζει το ιατρικό



προσωπικό σε δημόσιες κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας στο νησί της Καραϊβικής Μπαρμπάντος, οι γυναίκες και μάλιστα οι νοσηλεύτριες παρουσιάζουν μεγαλύτερη έφεση στο να βιώσουν περιστατικά βίας παρά οι άνδρες συνάδελφοί τους. Όμως οι Zhao et al. (2015), υποστηρίζουν ότι οι άνδρες εκφοβίζονται περισσότερο.

Όλοι οι ερωτώμενοι Πίνακας 7 (N=236, 100%) δήλωσαν ότι έχουν υποστεί λεκτική βία στον εργασιακό τους χώρο. Η κυριότερη μορφή λεκτικής βίας που αναφέρουν οι ερωτώμενοι ιατροί και νοσηλευτές είναι η έντονη κριτική (MEAN 3.18, SD 1.14) η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών (MEAN 3,14, SD 1,03) ενώ ακολουθεί η προσβολή συγκεκριμένη σε αστείο (MEAN 3,11, SD 1,07). Ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών (N=178, 75,4%) δήλωσε ότι το περιστατικό λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων.

Σύμφωνα με την ανασκόπηση των μελετών που έχουν καταγραφεί, τα αποτελέσματά της έρευνας είναι κατά βάση στα ίδια επίπεδα με μικρές αποκλίσεις σε κάποιες κατηγορίες. Η έρευνα των Manderino και Berkey (1997) έχει καταγράψει ότι το 90% του νοσηλευτικού προσωπικού είχε υποστεί λεκτική βία, με πιο συχνή μορφή της τον θυμό, την επίρριψη ευθυνών και την προσβολή συγκεκριμένη σε αστείο. Οι πιο σοβαρές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της λεκτικής κακοποίησης, ήταν η αρνητική σχέση με τον παραβατικό ιατρό και αρνητικές επιπτώσεις στην ικανοποίηση από την εργασία. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν σαφώς ότι η λεκτική βία των νοσηλευτών από τους γιατρούς, συνεχίζει να υφίσταται και συνδέεται με αρνητικές συνέπειες στην προσωπική και επαγγελματική τους ευημερία.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ανέδειξε πολύ μικρό αριθμό μελετών που αφορούν στην προφορική κακοποίηση στο χώρο των νοσοκομείων σε πανελλήνιο επίπεδο. Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις επαγγελματικές ομάδες και προκαλούν ρήξη στην απαιτούμενη ομαδική συνεργασία, αποτελεί ερευνητική πρόκληση.

Όλοι οι ερωτώμενοι δήλωσαν ότι έχουν υποστεί λεκτική βία στον εργασιακό τους χώρο. Η κυριότερη μορφή λεκτικής βίας που αναφέρουν οι ερωτώμενοι ιατροί και νοσηλευτές είναι η έντονη κριτική.

Εξετάζοντας τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των θυμάτων λεκτικής βίας βρέθηκε ότι το φύλο σχετίζεται με το αν θα γίνει εκφοβισμός ή όχι. Η λεκτική βία συναντάται συχνότερα σε γυναίκες.

Όπως φαίνεται στα αποτελέσματα τα επίπεδα άγχους του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων εκτείνονται σε πολύ υψηλά επίπεδα.

Σε σχέση με την ηλικία βρέθηκε από την ανάλυση ότι δεν υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και τις περιπτώσεις να δέχονται νοσηλευτές και γιατροί λεκτικές εκφοβιστικές συμπεριφορές ή όχι, ενώ το πλήθος των ετών εργασίας αυξανόμενο δε δημιουργεί ασπίδα προστασίας ώστε να μην γίνεται εκφοβισμός.

## **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

### **Αναφορά περιστατικών**

Η δυνατότητα να μπορεί να αναφέρει εγγράφως ο εργαζόμενος το επεισόδιο βίας που δέχτηκε θα συμβάλει στην διερεύνηση του φαινομένου και θα βελτιώσει ουσιαστικά το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

### **Εκπαίδευση**

Η εκπαίδευση, μέσω προγραμμάτων για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της επικοινωνίας, μπορούν να έχουν ουσιαστικό ρόλο στη διαχείριση των περιστατικών λεκτικής βίας.

### **Εξάλειψη παραγόντων υποκίνησης**

Οι παράγοντες που υποκινούν τέτοιες καταστάσεις, που μπορεί να έχουν σχέση με το φύλο, με το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, με την επαγγελματική κατάρτιση και με τη δια βίου επιμόρφωση, θα πρέπει να εξετάζονται σε κάθε νοσηλευτικό οργανισμό και να προωθούνται πολιτικές επιμόρφωσης του προσωπικού, που θα βοηθήσουν στη βελτίωση της επικοινωνίας. Οι εργαζόμενοι πρέπει να ευαισθητοποιηθούν και να αντιληφθούν τον αντίκτυπο που έχουν τα επεισόδια λεκτικής βίας στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

### **Μέτρα ασφαλείας**

Πρέπει να γίνει σχεδιασμός για την ανάπτυξη μέτρων και στρατηγικών ώστε να δημιουργηθούν ασφαλιστικές δικλίδες για την εξάλειψη περιστατικών λεκτικής βίας στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Ένας τρόπος θα ήταν η ανάπτυξη και βελτιστοποίηση, των συναδελφικών σχέσεων μεταξύ των διαφορετικών βαθμίδων προσωπικού όπως με τη συμμετοχή τους σε επιτροπές εργασίας και σε συνέδρια.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλεξοπούλου-Γιαννοπούλου, Ε., Μαρκίδης, Π., Αλέξη-Μπούρτζη, Α. & Βασιλόπουλος Γ. (Οκτ-Δεκ. 2015). *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*, τόμος 14, τεύχος 4.

Αρούν, Γκάντι. (2018). *Το δώρο του θυμού*. εκδ. Αθήνα: Διόπτρα.

Αρχοντάκης, Σ., Ζορμπάς, Γ. & Παπαιωάννου, Β. (2015). *Βασικές αρχές νοσηλευτικής χειρουργείου*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.

Βιθύνος, Μ., Παπαμαύρου, Ε., Σπηλιώτης, Κ. & Βασιλείου Γ. (1999) *Επικοινωνία και διαπροσωπικές σχέσεις*. Αθήνα: ΟΕΔΒ.

Δ.Α.Σ.Τ.Α. (ΕΣΠΑ 2007-2013). *Πρόληψη και διαχείριση εργασιακού άγχους ενότητα: 5 μορφές ψυχολογικής βίας στην εργασία*. Ελληνικό ανοιχτό Πανεπιστήμιο.

Δρίβας, Σ., Ζορμπά, Κ. & Κουκουλάκη, Θ. (2000). *Μεθοδολογικός οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου*. Αθήνα: ΕΛ.ΙΝ.ΥΑ.Ε.

Κοΐνης, Α. & Σαρίδη, Μ. Εργασιακό στρες και η επίδρασή του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των Επαγγελματιών Υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. Διαθέσιμο στο: [http://www.vimaasklipiou.gr/volumes/2014/VOLUME%2004\\_14/VA\\_REV\\_1\\_13\\_04\\_14.pdf](http://www.vimaasklipiou.gr/volumes/2014/VOLUME%2004_14/VA_REV_1_13_04_14.pdf) (Τελ προσπέλαση 2/2/2019)

Καραθανάση, Κ. (2011). *Λεκτική βία στα χειρουργεία*. Πανελλήνιο Συνέδριο ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

Κωνσταντινίδης, Θ. (2005). *Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας στους χώρους του νοσοκομείου*. Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος.

Λινού, Α. (2005). *Ιατρική της Εργασίας- Επιδημιολογία και Πρόληψη*. Αθήνα: Βήτα.

Μαλλιάρου, Μ., Κουτελέκος, Ι., Καραθανάση, Κ., Σαράφης, Π., Μπουλέτης, Α., Στεφανίδης, Ι., Ζυγά, Σ. & Πρεζεράκος, Π. (2014). *Λεκτική βία σε νοσηλευτές χειρουργείου*. Πανελλήνια μελέτη, Πανελλήνιο Συνέδριο ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

Μπακάλης, Β. (2015). Εκφοβισμός στον χώρο εργασίας των Νοσηλευτών (Bullying), *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 4(2). Σελ: 66-72.

Μπιτσώρη, Ζ.(2013). Ο ρόλος της επικοινωνίας στις Υπηρεσίες Υγείας, *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, Τόμος 2 (2): 65-72.

Μπουραντάς, Δ., Βαθής, Α., Παπακωνσταντίνου, Χ. & Ρεκλείτης, Π. (1999). *Αρχές Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων και Υπηρεσιών*. Αθήνα: Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων.

Μπουραντάς Δ., (2002), *Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Γ΄ Μπένου

Μπούρου, Δ. (2016). *Στατιστική ανάλυση δεδομένων με ακραίες και ελλιπούςες τιμές*. Δημοσιευμένη διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.

Παναγοπούλου Ε. και Μπένος Α. (2004) Η επικοινωνία στην ιατρική εκπαίδευση. Ζήτημα ανάγκης ή άκαιρη πολυτέλεια?, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 21 (4), σελ. 385–390.

Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Σταθοπούλου, Χ. (2006). Επίλυση συγκρούσεων σε νοσοκομειακό περιβάλλον. *Νοσηλευτική*, 45(1):50–58.

Στεφανίδης, Ι. & Νταβράνη, Α. (2005). *Η προφορική κακοποίηση στο χώρο του χειρουργείου*. 2ο Ελληνοκυπριακό Συνέδριο Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής, Κύπρος.

Τσιάμα, Μ.Χ.(2013). Το φαινόμενο της ηθικής /ψυχολογικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας. Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού *Νοσηλευτική*, 45(1050-58).

Φουντούκη, Α., Γκατζέλης, Θ., Πάντας, Δ. & Θεοφανίδης, Δ. (2009). Η διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 8(4): 336- 352.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abed, M., Morris, E. and Sobers-Grannum, N., 2016. Workplace violence against medical staff in healthcare facilities in Barbados. *Occupational Medicine*, 66 (7), pp. 580-583.

Alameddine, M. Mourad, Y. Dimassi, H. (2015). A National Study on Nurses' Exposure to Occupational Violence in Lebanon: Prevalence, Consequences and Associated Factors. *PLoS ONE*, 10 (9).

Ariza-Montes, J. A. Muniz, N.M. Leal-Rodríguez, A.L. & Leal-Millán, A.G. (2014). Workplace Bullying among Managers: A Multifactorial Perspective and Understanding. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11, pp. 2657-2682.

Creswell J., (2011), *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, Fourth Edition, SAGE Publications, United States of America.

Fujishiro, K., Gee, G.C. & De Castro, A.B, (2011). Associations of Workplace Aggression With Work-Related Well-Being Among Nurses in the Philippines, *American Journal of Public Health*, 101 (5), pp. 861-867.

Heydarikhayat, N. Mohammadinia, N. Sharifipour, H. & Almasy, A. (2012). Assessing frequency and causes of verbal abuse against the clinical staff. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 1(2):70–78.

Johnson, S.L., (2009). International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. *International Nursing Review*, 56, pp. 34–40.

Karatza, C. Zyga, S. Tziaferi, S. & Prezerakos, P. (2016). Workplace bullying and general health status among the nursing staff of Greek public hospitals. *Annals of General Psychiatry*, 15 (7). DOI 10.1186/s12991-016-0097-z

Kitaneh, M., Hamdan, M., (2012). Workplace Violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 469 (12).

Koukia, E., Mangoulia, P., Papageorgiou, D.E, Gonis, N. Katostaras, T. (2014). Violence against health care staff by peers and managers in general hospital in

Greece: a questionnaire-based study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(4), pp. 45-56.

Nielsen, M. B., Hetland, J., Matthiesen, S. B., & Einarsen, S. (2012). Longitudinal relationships between workplace bullying and psychological distress. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 38(1), 38–46

Nielsen, M.B., Magerøy, N., Gjerstad, J., and Einarsen, S., (2014). Workplace Bullying and Subsequent Health Problems. *Tidsskr von Lægeforen*, 134 (12-13), pp. 1233-1238

Pompeii, L.A. Schoenfisch, A.L. Dement, J.M. Lipscomb, H.J. (2015). Physical Assault, Physical Threat, and Verbal Abuse Perpetrated Against Hospital Workers by Patients or Visitors in Six U.S. Hospitals. *American Journal of Industrial Medicine*, 58 (11), pp. 1194-1204.

Vessey, J.A., Demarco, R.F., Gaffney, D.A., Budin, W.C., (2009). Bullying of staff registered nurses in the workplace: a preliminary study for developing personal and organizational strategies for the transformation of hostile to healthy workplace environment. *Journal of Professional Nursing*, 25 (5), pp. 289–306.

Zhao, S., et al., (2015). Coping with Workplace Violence in Healthcare Settings: Social Support and Strategies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12.

Abdou, H., (2011). Verbal Abuse and Coping Behaviors Directed to Operating Room Nursing Staff at University Hospitals. *Journal of American Science*, 7(5): 466 – 476.

Alameddine, M, Mourad, Y, Dimassi, H., (2015). A National Study on Nurses' Exposure to Occupational Violence in Lebanon: Prevalence, Consequences and Associated Factors. *PLoS ONE*, 10 (9).

American Nurses Association (ANA). (2006). House of Delegates, Summary of Proceedings, Resolutions: *Workplace Abuse*.

Bruder, P. (2001). Verbal Abuse of Female Nurses: An American Medical Form of Gender Apartheid. *In Context Healthcare and Public Policy*, 79 (4), pp. 30-34.

Budin, W.C. , Brewer, C.S, Chao, Y., & Kovner, C. (2013). Verbal Abuse From Nurse Colleagues and Work Environment of Early Career Registered Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 45 (3), pp. 308-316.

Canadian Association of Internes and Residents (CAIR). (2012). Resident survey summary and literature review: *intimidation and harassment in residency*.CAIR 2012:1-102.

Chapman, R. Styles, I. (2006). An epidemic of abuse and violence: nurse on the front line. *Accident and emergency nursing*, 14, p.245-249.

Dishman, R., K. & Landy F., J. (1988). Psychological factors and prolonged exercise. In D. R. Lamb& R. Murray (Eds.), *Perspectives in Exercise Science and Sports Medicine*, pp. 281-355.

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*. Taylor & Francis, New York. pp. 127–144.

Embree, J.L., Bruner, D.A., & White, A. (2013). Raising the Level of Awareness of Nurse-to-Nurse Lateral Violence in a Critical Access Hospital. *Nursing Research and Practice*, Volume 2013, Article ID 207306.

Ferns, T. (2005a). Terminogy, stereotypes and aggressive dynamics in the accident and emergency department. *Accident and Emergency nursing*, 13, p. 238-246.

Koukia E., Mangoulia P., Gonis N., Katostaras Th. (2013). Violence against health care staff by patient's visitor in general hospital in Greece: possible causes and economic crisis. *Open Journal of Nursing* 3, p. 21-27.

Koukia E., Mangoulia P., Papageorgiou D., Katostaras Th.(2014) Violence against health care staff by peers and managers in general hospital in Greece. *Australian Journal of Advanced Nursing*, p. 31(4).

Gabel R., Kulli J., Spratt D., Ward D., (2001), *Οργάνωση και διοίκηση χειρουργείου*, Αθήνα. Εκδόσεις Mediforce.

Gerberich, SG., Church, TR., McGovern, PM., Hansen, H., Nachreiner, NM., Geisser, MS., et al.2005. Risk factors for work-related assaults on nurses. *Epidemiology*. 16,p.704–709.



Gillespie, G.L., Papa, A. and Gómez, L.C. (2016). Workplace Aggression in Cuban Health Care Settings. *Journal of Transcultural Nursing*, doi:10.1177/1043659616666327.

Grilly, J. Chaboyer, W. Greedy, D. (2004). Violence towards emergency departments nurses by patients. *Accident and emergency nursing*, 12, p.67-73.

Harlos, K. P., & Axelrod, L. J. (2008). Work mistreatment and hospital administrative staff: policy implications for healthier workplaces. *Healthcare policy = Politiques de sante*, 4(1), 40–50.

Hutchinson, M., Jackson, D. (2013). Hostile clinical behaviors in the nursing work environment and implications for patient care: a mixed methods systematic review. *BMC Nursing*, 12 (25).

International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International: Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. (2002). Geneva, International Labour Office (διαθέσιμο στο: *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 2009, 48(4): 379–387).

Johnson, S.L. (2009). International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. *International Nursing Review*, 56, pp. 34–40.

Ketterman, G.. (1992). *Verbal Abuse - Healing the Hidden Wound*. Michigan, USA: Ann Arbor, Servant Publications.

Kohn, L., Corrigan, J. & Donaldson, M. (1999). *To err is human: building a safer health system* [Institute of Medicine Report]. Washington, DC: National Academy Press.

Krug, E.J. Mercy, J.A. Dahlberg, L.L. Zwi, A.B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*.vol 360, 9339,(5 ),p.1083-1088.

Lake, E.T. (2002). Development of the practice environmentscale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25 (3), pp. 176–188.

Lanza, M.L. Schmidt, S. MacMillan, F.Demaio, J.Forester,L. (2011).Support our staff–A unique program to help deal with patient assault. *Perspectives in Psychiatric care.*, 47,p.131-137.

Lindeke, L.L. & Diekert, A.M. (2005). Nurse – physician workplace collaboration. In *Journal of Issues in Nursing. Kent state University college of Nursing; 10(1)*.

Lybecker, C. &Sofield, L. (2000). Verbal abuse. *Surgical Services Management, 6:* 32-33.

Manderino, M., & Berkey, N. (1997). Verbal abuse of staff nurses by physicians. *Journal of Professional Nursing, 13(1)*, 48-55.

Needham, I. Abderhalden, C. Halfens, R. Fischer, J. Dassen, T. (2005). Non somatic effects of patient aggression on nurses :a systematic review. *Journal of advanced nursing.*, 49, (3), p.283-296.

O’Connell, B.Young, J.Brooks, J. Hutchings, J. Lofthouse, J. (2000). Nurses perceptions of the nature and Συχνότητα of aggression in general ward settings and high dependency areas. *Journal of Clinical Nursing. 9*,p. 602-610.

Pejic, A.J. (2005). Verbal Abuse: A Problem for Pediatric Nurses, *Pediatric Nursing, 31* (4), pp. 271-280.

Rose, M. (1997). A survey of violence toward nursing staff on one large Irish Accident and emergency department. *Journal of emergency nursing, Vol 23* (3), p.214- 219.

Rosenstein, A.H. (2002). Original research: Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. *American Journal of Nursing, 102* (6), pp. 26–34.

Rosenstein,, A.H. &O’Daniel, M. (2005). Disruptive behavior and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians. *American Journal of Nursing (AJN)*, 105 (1), pp. 54–64.

Rowe, M.M. and Sherlock, H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management, 13* (3), pp. 242–248.

Ryan, D. & Maguire, J. (2006). Aggression and violence –a problem in Irish Accident and Emergency Departments? *Journal of nursing management*, 14, p. 106-115.

Saines, J.C. (1999). Violence and aggression in A&E :recommendations for action. *Accident and emergency nursing*,. 7, p. 8-12.

Teymourzadeh, E., Rashidian, A., Arab, M., Akbari-Sari, A., & Hakimzadeh, S. M. (2014). Nurses exposure to workplace violence in a large teaching hospital in Iran. *International journal of health policy and management*, 3(6), 301–305. doi:10.15171/ijhpm.2014.98

Taylor, C., Lillis, C. & LeMone, P. (2002). *Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής*, Επιμέλεια: Λεμονίδου Χ. Πατηράκη Ε. Αθήνα: Πασχαλίδη.

Tsuno, K., et al. (2015). Socioeconomic Determinants of Bullying in the Workplace: A National Representative Sample in Japan. *Plos One*, 10 (3).

Walrafen, N., Brewer M.K., & Mulvenon, C. (2012). Sadly Caught Up in the Moment: An Exploration of Horizontal Violence. *Nursing Economics*, 30 (1).

Yokoyama, M. et al. (2016). Workplace bullying among nurses and their related factors in Japan: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (17-18), pp. 2178-88.

## ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ

Παναγιωτάκη, Μ. *MOBBING: Ψυχολογικός εκφοβισμός στην εργασία*  
 Ανακτήθηκε 2 Φεβρουαρίου, 2019 από  
<https://symvstathmos.wordpress.com/2014/06/12/%CE%B7-%CF%88%CF%85%CF%87%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%B5%CE%BD%CF%8C%CF%87%CE%BB%CE%B7%CF%83%CE%B7-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CF%81%CE%B3%CE%B1%CF%83%CE%AF/>

Ντούση, Σ. (2012). Μορφές Ψυχολογικής βίας στην εργασία και αντιμετώπιση. Ανακτήθηκε 2 Φεβρουαρίου, 2019 από  
<http://www.yrakp.gr/uploads/docs/5153.pdf>

Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (2019). *Συνθήκες εργασίας και βιώσιμη εργασία*. Ανακτήθηκε 2 Μαρτίου, 2019 από  
<https://www.eurofound.europa.eu/el/topic/working-conditions-and-sustainable-work>

Abortion. (n.d.). Violence, Incivility & Bullying. American Nurses, Association. (ANA), 2001. Ανακτήθηκε 2 Φεβρουαρίου, 2019 από  
<http://www.nursingworld.org/Mobile/Nursing-Factsheets/lateral-violence-and-bullying-in-nursing.html>

Abortion. (n.d.). Centers for disease control and prevention National institute for occupational safety and health., 2002b. Violence: occupational hazards in hospitals. Ανακτήθηκε 2 Φεβρουαρίου, 2019 από

[https://www.google.com/search?q=%3A+http%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fniosh%2Fpdfs%2F2002-101.pdf&rlz=1C1GGRV\\_enGR751GR751&oq=%3A+http%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fniosh%2Fpdfs%2F2002-101.pdf&aqs=chrome..69i57.4055j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=%3A+http%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fniosh%2Fpdfs%2F2002-101.pdf&rlz=1C1GGRV_enGR751GR751&oq=%3A+http%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fniosh%2Fpdfs%2F2002-101.pdf&aqs=chrome..69i57.4055j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

Abortion. (n.d.). Συνθήκες εργασίας και βιώσιμη εργασία. Ανακτήθηκε 2 Φεβρουαρίου, 2019 από, <https://www.eurofound.europa.eu/el/topic/working-conditions-and-sustainable-work>,

Abortion. (n.d.). Institute for Safe Medication Practices, 2004. *Intimidation: Practitioners speak up about this unresolved problem*. Ανακτήθηκε 2 Φεβρουαρίου, 2019 από, <https://www.ismp.org/resources/disrespectful-behaviors-their-impact-why-they-arise-and-persist-and-how-address-them-part>

Abortion. (n.d.). International Labor Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International. *Workplace violence in the health sector 2002*. Διαθέσιμο από τη σελίδα Ανακτήθηκε 2 Φεβρουαρίου, 2019 από, [https://www.google.com/search?q=http%3A%2F%2Fwww.+icn.ch%2Fproof3b.screen.pdf&rlz=1C1GGRV\\_enGR751GR751&oq=http%3A%2F%2Fwww.+icn.ch%2Fproof3b.screen.pdf&aqs=chrome..69i57j69i58.3886j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=http%3A%2F%2Fwww.+icn.ch%2Fproof3b.screen.pdf&rlz=1C1GGRV_enGR751GR751&oq=http%3A%2F%2Fwww.+icn.ch%2Fproof3b.screen.pdf&aqs=chrome..69i57j69i58.3886j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

Ανακτήθηκε 10 Φεβρουαρίου, 2019 από, [http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/dli/dliup.nsf/All/9F1582EBA76780CBC2257E0A0039580A/\\$file/ODHGOS\\_NOSOKOMIAKES\\_FINAL\\_WEB.pdf](http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/dli/dliup.nsf/All/9F1582EBA76780CBC2257E0A0039580A/$file/ODHGOS_NOSOKOMIAKES_FINAL_WEB.pdf)

Abortion. (n.d.). National institute for occupational safety and health. *Workplace violence for nurses, training and education*. Ανακτήθηκε 2 Φεβρουαρίου, 2019 από, [http://www.cdc.gov/niosh/topics/violence/training\\_nurses.htm](http://www.cdc.gov/niosh/topics/violence/training_nurses.htm)

Newton, C,J., 2001. *Domestic violence: an overview*. Learning Specialist and Published in the therapist Finder.net Mental Health Journal, Ανακτήθηκε 12 Φεβρουαρίου, 2019 από, [https://www.google.com/search?q=http%2F%2Fwww.therapistfinder.net%2FDomesticViolence&rlz=1C1GGRV\\_enGR751GR751&oq=http%2F%2Fwww.therapistfinder.net%2FDomesticViolence&aqs=chrome..69i57j69i58.2577j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=http%2F%2Fwww.therapistfinder.net%2FDomesticViolence&rlz=1C1GGRV_enGR751GR751&oq=http%2F%2Fwww.therapistfinder.net%2FDomesticViolence&aqs=chrome..69i57j69i58.2577j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

Abortion. (n.d.). World health organization.2002. *World report on violence and health*, Γενεύη. Ανακτήθηκε 22 Φεβρουαρίου, 2019 από, [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention\\_violence/world\\_report/en/summary\\_en.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention_violence/world_report/en/summary_en.pdf).

Abortion. (n.d.). Ανακτήθηκε 2 Φεβρουαρίου, 2019 από, [http://www.elinyae.gr/el/lib\\_file\\_upload/YAE%20nosokomeia.qxt%205.1191574690408.pdf](http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/YAE%20nosokomeia.qxt%205.1191574690408.pdf)



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## Έγκριση διεξαγωγής Ερευνητικής εργασίας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
7<sup>η</sup> ΥΠΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ -  
Γ.Ν. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ"  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ  
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 10/09-08-2018

Ο Αναπληρωτής Διοικητής  
Γ.Ν.Η. - ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ  
Μοσχοβάκης Γεώργιος

ΑΠΟΦΑΣΗ 74  
ΘΕΜΑ 5

Εισήγηση για έγκριση ή απόρριψη διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας από την κ. Εργαζάκη Βασιλική, Νοσηλεύτρια, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας» του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του ΤΕΙ Κρήτης, με τίτλο «Η διερεύνηση της λεκτικής βίας ανάμεσα στους επαγγελματίες Υγείας σε δημόσιο Νοσοκομείο». Μια εμπειρική μελέτη.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη:

- α) την αριθμ. πρωτ. 13999/25-07-2018 αίτηση της κ. Εργαζάκη Βασιλικής Νοσηλεύτριας, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας» του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του ΤΕΙ Κρήτης, που ζητά την έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας με τίτλο «Η διερεύνηση της λεκτικής βίας ανάμεσα στους επαγγελματίες Υγείας σε δημόσιο Νοσοκομείο», Μια εμπειρική μελέτη, με επιβλέποντα τον Επίκουρο Καθηγητή κ. Χρήστο Μελά
- β) τα επισυναπτόμενα: πρωτόκολλο, έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης, ερωτηματολόγιο
- γ) το απόσπασμα Πρακτικού της 36<sup>ης</sup> /18-6-2018 Συνεδρίασης της Συνέλευσης του Τμήματος Νοσηλευτικής με θέμα «Έγκριση των θεμάτων διπλωματικών εργασιών και ανάθεσης επίβλεψης στο πλαίσιο του 1<sup>ου</sup> κύκλου του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας- MSc (Master of Science in Advanced Clinical Practice in Health Sciences)»
- δ) την έγκριση της Διευθύντριας Ιατρικής Υπηρεσίας κ. Αικατερίνης Σφυριδάκη
- ε) τη θετική εισήγηση της Επιτροπής Έρευνας του Νοσοκομείου
- στ) τη διαλογική συζήτηση

ομόφωνα αποφασίζει

Α.. Εισοιγείται θετικά για την έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας από την κ. Εργαζάκη Βασιλική, Νοσηλεύτρια, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας» του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του ΤΕΙ Κρήτης, με τίτλο «Η διερεύνηση της λεκτικής βίας ανάμεσα στους επαγγελματίες Υγείας σε δημόσιο Νοσοκομείο», Μια εμπειρική μελέτη, με επιβλέποντα τον Επίκουρο Καθηγητή κ. Χρήστο Μελά, χωρίς οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου μας και απαραίτητη προϋπόθεση την τήρηση των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας.

Β.. Αντίγραφο της παραπάνω εργασίας να κατατεθεί και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας.

Γ.. Η παρούσα απόφαση να κατατεθεί στην 7<sup>η</sup> ΥΠΕ για έγκριση.

Αφού συντάχθηκε το παραπάνω πρακτικό, υπογράφεται όπως ακολουθεί:

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ  
ΦΟΥΚΑΡΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ  
ΚΟΚΚΙΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ  
ΣΠΥΡΙΔΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ  
ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ

ΣΚΑΝΔΑΛΑΚΗ ΝΕΚΤΑΡΙΑ

## **Έντυπο Συγκατάθεσης Συμμετοχής σε Ερευνητική Εργασία**

**Τίτλος ερευνητικής εργασίας:** «Η λεκτική βία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας στα δημόσια νοσοκομεία». Μια εμπειρική μελέτη.

**Επιστημονικός Υπεύθυνος:** Χρήστος Μελάς Αναπληρωτής Καθηγητής του Τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου. Τηλ. επικοινωνίας: 2810-379788 mail: melas@staff.teicrete.gr

**Ερευνητής:** Εργαζάκη Βασιλική Νοσηλεύτρια Τ.Ε. Χειρουργείου.

Τηλ. Επικοινωνίας: 6972311993 mail: v\_ergazaki@yahoo.gr

**Σκοπός:** Ο σκοπός αυτής της έρευνας είναι η διερεύνηση της λεκτικής βίας ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας στους χώρους ενός δημόσιου νοσοκομείου. Θα γίνει προσπάθεια καταγραφής του φαινομένου ,των αιτιών που το προκαλούν και τις τυχόν επιπτώσεις που μπορεί να έχει στο συγκεκριμένο πληθυσμό.

**Οργάνωση:** Η μελέτη συντονίζεται από το μεταπτυχιακό πρόγραμμα του Τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου με τίτλο “Προηγμένη Κλινική Πρακτική Στις Επιστήμες Υγείας”

Η συμπλήρωση και επιστροφή των ερωτηματολογίων αποτελεί συγκατάθεση συμμετοχής στην παρούσα έρευνα. Η συμμετοχή είναι εθελοντική και ανώνυμη έτσι ώστε να διασφαλίζεται η ιδιωτικότητα σας.

Αν έχετε οποιοσδήποτε ερωτήσεις μη διστάσετε να επικοινωνήσετε με τον ερευνητή ή με τον επιβλέποντα καθηγητή.

Σας ευχαριστώ για τη βοήθεια σας στη διεξαγωγή αυτής της μελέτης.

Η συμμετοχή σας είναι πολύτιμη.



## Συνοδευτική επιστολή

Αγαπητοί Συμμετέχοντες

Ονομάζομαι Εργαζάκη Βασιλική και είμαι νοσηλεύτρια στο χειρουργείο του Βενιζέλειου Νοσοκομείου. Στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας μου με θέμα «Η λεκτική βία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας σε ένα δημόσιο νοσοκομείο .Μια εμπειρική μελέτη» του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις επιστήμες Υγείας» του τμήματος Νοσηλευτικής της σχολής Σ.Ε.Υ.Π. του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου σας παρακαλώ να συμπληρώσετε ανώνυμα το παρακάτω ερωτηματολόγιο.

Είμαι στη διάθεση σας για τυχόν απορίες στα παρακάτω τηλέφωνα:

Κινητό τηλ. 6972311993

Τηλ. εργασίας 2813408367

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία.

## Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου "Λεκτική Βία"

— Πρωθήμενο μήνυμα —

Από: Dr Maria Malliarou <[mmalliarou@gmail.com](mailto:mmalliarou@gmail.com)>

Προς: Basiliki Ergazaki <[v\\_ergazaki@yahoo.gr](mailto:v_ergazaki@yahoo.gr)>

Στάλθηκε: Δευτέρα, 16 Ιουλίου 2018, 4:18:00 μ.μ. EEST

Θέμα: Re: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου

κ. Εργαζάκη Βασιλική σας επιτρέπω να χρησιμοποιήσετε το ερωτηματολόγιο το οποίο μεταφράστηκε στα ελληνικά για τη λεκτική βία (verbal abuse scale) στα πλαίσια ολοκλήρωσης της διπλωματικής εργασίας σας στο Π.Μ.Σ. "Προηγμένη Κλινική Πρακτική Στις Επιστήμες Υγείας" στο τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου. Να βάλετε την κατάλληλη βιβλιογραφική παραπομπή.

με εκτίμηση

Δρ Μαλλιαρού Μαρία

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

ΤΕΙ Θεσσαλίας

Dr Maria Malliarou RN, MSc, MHA, PhD

Associate Professor

Department of Nursing, School of Health Sciences

Technological Educational Institute of Thessaly

Στις 16 Ιουλίου 2018 - 11:11 π.μ., ο χρήστης Basiliki Ergazaki <[v\\_ergazaki@yahoo.gr](mailto:v_ergazaki@yahoo.gr)> έγραψε:

Καλημέρα κα Μαλλιαρού,

Ονομάζομαι Εργαζάκη Βασιλική και είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Π.Μ.Σ. "Προηγμένη Κλινική Πρακτική Στις Επιστήμες Υγείας" στο τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι.

Ηρακλείου. Επικοινωνώ μαζί σας διότι θα ήθελα την άδεια σας για να χρησιμοποιήσω το ερωτηματολόγιο που μεταφράσατε για τη λεκτική βία (verbal abuse scale) στην πτυχιακή μου εργασία.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων.

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (Verbal Abuse Scale- GR)****ΤΜΗΜΑ 1****ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ-ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ****1. Φύλο:**

Ανδρας Γυναίκα

**2. Έτος Γεννήσεως: \_\_\_\_\_****3. Επάγγελμα:**

Γιατρός

Νοσηλεύτης/τρια

Βοηθός Νοσηλεύτη/τριας

**4. Επίπεδο Εκπαίδευσης :**

Υποχρεωτική Εκπαίδευση (ΥΕ)

Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (ΔΕ)

Τεχνολογική Εκπαίδευση (ΤΕ)

Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση (ΠΕ)

Μεταπτυχιακό Δίπλωμα (Msc)

Διδακτορικό Δίπλωμα (PhD)

**5. Τμήμα Εργασίας: \_\_\_\_\_****6. Χρόνια Προϋπηρεσίας:**

1-5 έτη `

5-10 έτη

10-15 έτη

Εργαζάκη Βασιλική

15-20 έτη

Πάνω από 20 έτη

## **ΤΜΗΜΑ 2**

1. Το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων;

1. ΝΑΙ

2. ΟΧΙ

## **2. Ποια η εργασιακή σχέση σας με τον υβριστή;**

1. άμεσος προϊστάμενος

2. άλλος ανώτερος

3. άμεσα υφιστάμενος

4. άλλος κατώτερος

5. ομοιόβαθμος

6. συγγενής ασθενούς

7. ο ίδιος ο ασθενής

8. επισκέπτης

9. άλλος (παρακαλώ αναφέρετε ποιος)

## **3. Πόσο συχνά θεωρείτε ότι οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια;**

1. Ποτέ

2. Μια φορά το χρόνο

3. Περισσότερες από 1 φορά ετησίως

4. Μια φορά το μήνα

5. Μια φορά τη βδομάδα.

6. Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως

7. Καθημερινά

**4. Θεωρείτε ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του;**

1. ΝΑΙ

2. ΟΧΙ

**5. Πόσο συχνά γίνετε εσείς αποδέκτης λεκτικής βίας;**

1. Ποτέ
2. Μια φορά το χρόνο
3. Περισσότερες από 1 φορά ετησίως
4. Μια φορά το μήνα
5. Μια φορά τη βδομάδα.
6. Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως
7. Καθημερινά

**6. Πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς;**

1. καθόλου
2. Σχεδόν καθόλου
3. Λίγο
4. Αρκετά
5. Πολύ.
6. Πάρα πολύ
7. Εξαιρετικά

**7. Ποιο ήταν το είδος της λεκτικής βίας της οποίας γίνετε αποδέκτης; Παρακαλώ βαθμολογήστε ταυτόχρονα τη συχνότητα και τη σοβαρότητα της λεκτικής βίας με 1 τη λιγότερο σοβαρή και 5 τη σοβαρότερη και εφόσον επιθυμείτε προσθέστε άλλο είδος λεκτικής βίας της οποίας γίνετε αποδέκτης.**

**ΕΙΔΟΣ ΛΕΚΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ**

1. Βίαιος θυμός
2. Συγκατάβαση
3. Προσβολή συγκεκριμένη σε αστείο
4. Αδιαφορία
5. Ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση
6. Επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών
7. Έντονη κριτική
8. Απόρριψη, αποδοκιμασία
9. Απειλή
10. Σεξουαλική παρενόχληση

Πόσο συχνά					Πόσο σοβαρή				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

**8. Ποιες ήταν οι πρώτες σκέψεις σας όταν γίνατε αποδέκτης της λεκτικής επίθεσης; Εφόσον επιθυμείτε προσθέστε και άλλες σκέψεις**

1. Τι χαζός!	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
2. Δεν αξίζω να μου συμπεριφέρονται έτσι	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
3. Μπορώ να το αντέξω	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
4. Δεν είχε κανένα δικαίωμα	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
5. Δεν έκανα κάτι κακό	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
6. Θα βρω τον μπελά μου γι' αυτό	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
7. Γιατί δεν μπορώ να κάνω κάτι σωστό όταν εργάζομαι με τον/την .....	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
8. Δεν έχει μεγάλη σημασία	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
8. Δεν ξέρω πώς να το χειριστώ	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
9. Αυτό πιθανώς μπορεί να με πληγώσει	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
10. Μάλλον εγώ φταίω. Θα πρέπει να έκανα κάποιο λάθος	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
11. Δεν είχα ποτέ πρόβλημα με κανέναν άλλον	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
12. Γιατί είμαι μονίμως εγώ που του/της δημιουργώ πρόβλημα? Δεν φωνάζει σε κανέναν άλλο	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
13. Γιατί τον/την αφήνω να με	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
14.....	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ

**9. Με ποια συμπεριφορά διαχειριστήκατε το επεισόδιο; Εφόσον επιθυμείτε προσθέστε και άλλα είδη συμπεριφοράς**

1. Προσπάθησα να δω την κατάσταση με	1	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
2. Ζήτησα βοήθεια και υποστήριξη από άλλους.	1	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
3. Προσπάθησα να ξεκαθαρίσω πιθανή παρανόηση.	1	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ

<b>4. Βρήκα θετικές ασχολίες που μείωσαν την ένταση</b>	1	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>5. Μιλώ στον εαυτό μου με καθησυχαστικό τρόπο.</b>	1	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>6.Μιλώ απευθείας στον γιατρό για το επεισόδιο.</b>	1	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>7. Δεν μιλάω με τον υβριστή γιατρό.</b>	1	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>8. Αποστασιοποιούμαι από την κατάσταση.</b>	1	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>9. Κρατώ τα αισθήματα για τον εαυτό μου.</b>	1	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>10. Βρήκα αμφιλεγόμενες ασχολίες που μειώνουν το</b>	1	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>11. Τείνω να κατηγορώ τον εαυτό μου.</b>	1	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>12. Έχω ευσεβείς πόθους ότι όλα θα βελτιωθούν.</b>	1	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>13. Προσπάθησα να δω την κατάσταση με χιούμορ</b>	1	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ

10. Βαθμολογήστε τη σοβαρότητα της συνέπειας της λεκτικής σας κακοποίησης (παρακαλώ δώστε βαθμολογία για όλα τα είδη συνέπειας λεκτικής βίας και εφόσον επιθυμείτε προσθέστε και άλλες συνέπειες)

1. <b>Επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδερφο.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
2. <b>Επιδείνωση των σχέσεων με άτομα εκτός του εργασιακού περιβάλλοντος.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
3. <b>Επιδείνωση της σχέσης με το υπόλοιπο προσωπικό.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
4. <b>Μείωση της εμπιστοσύνης και υποστήριξης στον χώρο εργασίας.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
5. <b>Μειωμένη αυτοεκτίμηση.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
6. <b>Μειωμένη εμπιστοσύνη στον εαυτό σου.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
7. <b>Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
8. <b>Μειωμένη απόδοση και ανταπόκριση επαγγελματικές απαιτήσεις (αύξηση λαθών).</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
9. <b>Επιβάρυνση της υγείας.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
10. <b>Μείωση του αισθήματος άνεσης/ευεξίας στον χώρο εργασίας.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
11. <b>Μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
12. <b>Αύξηση των ωρών αποχής από την εργασία.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
13. <b>Διαμαρτυρία των υπολοίπων εργαζομένων αφού επωμίζονται την αποχή του λεκτικά κακοποιημένου</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
14.....	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
15.....	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ



11. Τι νιώσατε μετά την εμπειρία της λεκτικής βίας και σε τι βαθμό; Εφόσον επιθυμείτε προσθέστε και άλλα συναισθήματα που νιώσατε και βαθμολογήστε τα αντίστοιχα

<b>1. Απογοήτευση, Απελπισία.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>2. Θυμό.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>3. Αηδία.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>4. Ντροπή και εξευτελισμό.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>5. Λύπη.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>6. Ανήμπορος/η.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>7. Αδύναμος/η.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>8. Σοκ και έκπληξη.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>9. Μπερδεμένος/η.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>10. Υπεύθυνος/η.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>11. Απειλή.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>12. Σύγχυση.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>13. Ήττα.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>14. Αδιάφορος/η.</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>15. Φόβος</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>16. Απομόνωση</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>17. Παρεξηγημένος/η</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>18. Μη υποστήριξη</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>19.....</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
<b>20.....</b>	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ