

2019

bÿ — ç ¼ ± ´ ¹ ⁰ ® ¨ Å Ç ç , µ Á ± À µ ⁻ ± ¼ - Ã
 bÿ Ä . » µ Ã Å ½ ´ ¹ ¬ Ã ⁰ µ È . Â É Â , µ Á ± À µ
 bÿ ± ½ Ä ¹ ¼ µ Ä Î À ¹ Ã . Ã Ä . Ã É ¼ ± Ä ¹ ⁰ ®
 bÿ È Å Ç ¹ ⁰ ® Å ³ µ ⁻ ± ½ ç Ã . » µ Å Ä Î ½ ¼ µ
 bÿ µ Á ³ ± Ã ¹ ± ⁰ ì ¬ ³ Ç ç Â ⁰ ± ¹ µ Á ³ ± Ã ¹ ± ⁰
 bÿ À ± Á µ ½ ì Ç » . Ã . . £ Å ³ ⁰ Á ¹ Ä ¹ ⁰ ® ¼ µ »

bÿ œ ± ½ ¹ ç Í , œ ± Á ⁻ ±

bÿ Á ì ³ Á ± ¼ ¼ ± ¨ . ¼ ì Ã ¹ ± Â ¨ ¹ ç ⁻ ⁰ . Ã . Â , £ Ç ç » ® ÿ ¹ ⁰ ç ½ ç ¼ ¹ ⁰ î ½ • À ¹ Ã Ä . ¼ î ½ ⁰ ± ¹ ¨ ¹ ç ⁻ ⁰ .
 bÿ ± ½ µ Á ¹ Ã Ä ® ¼ ¹ ç • µ ¬ À ç » ¹ Â ¬ Æ ç Å

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΕ
ΣΥΝΕΠΙΒΛΕΨΗ ΣΤΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης ως θεραπευτική
αντιμετώπιση στη σωματική και ψυχική υγεία νοσηλευτών με εργασιακό
άγχος και εργασιακή παρενόχληση. Συγκριτική μελέτη**

ΜΑΝΙΟΥ Μ. ΜΑΡΙΑ

**«ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΣΕ ΣΥΝΕΠΙΒΛΕΨΗ ΜΕ ΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ»**



**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΕ
ΣΥΝΕΠΙΒΛΕΨΗ ΣΤΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης ως θεραπευτική
αντιμετώπιση στη σωματική και ψυχική υγεία νοσηλευτών με εργασιακό
άγχος και εργασιακή παρενόχληση. Συγκριτική μελέτη**

ΜΑΝΙΟΥ Μ. ΜΑΡΙΑ

**«Διατριβή η οποία υποβλήθηκε προς απόκτηση διδακτορικού
τίτλου σπουδών στο Πανεπιστήμιο Νεάπολις σε Συνεπίβλεψη με
το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου»**

Φεβρουάριος 2019

"ΣΕΛΙΔΑ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ"

Υποψήφιος Διδάκτορας: Μανιού Μαρία

Τίτλος Διατριβής: «Η ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης ως θεραπευτική αντιμετώπιση στη σωματική και ψυχική υγεία νοσηλευτών με εργασιακό άγχος και εργασιακή παρενόχληση. Συγκριτική μελέτη »

*"Η παρούσα Διδακτορική Διατριβή εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών για απόκτηση Διδακτορικού διπλώματος στο Γνωστικό αντικείμενο **Διοίκηση Μονάδων Υγείας** και εγκρίθηκε στις 21/02/2019 από τα μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής."*

Τετραμελής Συμβουλευτική Επιτροπή

Σοφία Ζυγά, Καθηγήτρια Εισαγωγής στη Νοσηλευτική – Βασικής Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (Συνεπιβλέπουσα)

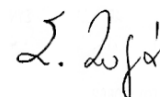
Σπύρος Βλιάμος, Καθηγητής Πολιτικής Οικονομίας Πανεπιστημίου Νεάπολης (Συνεπιβλέπων)

Παναγιώτης Πρεζεράκος, Καθηγητής Διοίκησης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών – Συστημάτων Νοσηλευτικής Φροντίδας Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Κατερίνα Φλωρά, Λέκτορας Κλινικής Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Νεάπολης

Εξεταστική Επιτροπή

Η Διδακτορική Διατριβή εγκρίθηκε από:



**Σοφία Ζυγά (Συνεπιβλέπουσα, Μέλος πενταμελούς επιτροπής,
Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Πελοποννήσου)**

Υπογραφή

**Σπύρος Βλιάμος (Συνεπιβλέπων, Μέλος πενταμελούς επιτροπής,
Καθηγητής Πανεπιστημίου Νεάπολης)**

Υπογραφή



**Παντελεήμων Περδικάρης
(Μέλος πενταμελούς επιτροπής, Επίκουρος Καθηγητής
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου)**

Υπογραφή

**Φωτεινή Τζαβέλλα
(Μέλος πενταμελούς επιτροπής, Επίκουρος Καθηγήτρια
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου)**

Υπογραφή

**Πέτρος Κολοβός
(Μέλος πενταμελούς επιτροπής, Επίκουρος Καθηγητής
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου)**

Υπογραφή

"ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ"

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι η διπλωματική εργασία είναι εξ ολοκλήρου δικό μου έργο και κανένα μέρος της δεν είναι αντιγραμμένο από έντυπες ή ηλεκτρονικές πηγές, μετάφραση από ξενόγλωσσες πηγές και αναπαραγωγή από εργασίες άλλων ερευνητών ή φοιτητών. Όπου έχω βασιστεί σε ιδέες ή κείμενα άλλων, έχω προσπαθήσει με όλες μου τις δυνάμεις να το προσδιορίσω σαφώς μέσα από την καλή χρήση αναφορών ακολουθώντας την ακαδημαϊκή δεοντολογία.»

Μαρία Μ. Μανιού

(Υποψήφια Διδάκτορας)



Υπογραφή

Περίληψη

Εισαγωγή: Το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας, λαμβάνει χώρα, όταν κάποιος κατ' επανάληψη, για μεγάλο χρονικό διάστημα, είναι εκτεθειμένος σε αρνητικές συμπεριφορές και μπορεί να έχει δυσκολίες να υπερασπιστεί τον εαυτό του. Στο νοσηλευτικό επάγγελμα, η εργασιακή παρενόχληση και το άγχος είναι συχνά.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της ύπαρξης του άγχους και των φαινομένων εργασιακής παρενόχλησης σε νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και η αποτελεσματικότητα της ομαδικής Ψυχοθεραπείας μέσω τηλεσυνδιάσκεψης, στα άτομα που είχαν υποστεί εργασιακή παρενόχληση.

Μεθοδολογία: Διενεργήθηκε έρευνα στην Κρήτη, από τον Αύγουστο 2017 έως τον Ιανουάριο 2018, σε δεκατέσσερα Κέντρα Υγείας, δύο Πρωτοβάθμια Εθνικά Δίκτυα Υγείας, τέσσερα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και έντεκα Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Στη μελέτη, συμμετείχαν 213 άτομα. Έγινε χρήση των ερωτηματολογίων Leymann Inventory of Psychological Terror, του Διαπολιτισμικού Ερωτηματολογίου Αυτοεκτίμησης για ενήλικες του James Battle, της Κλίμακας Ποσοτικής Εκτίμησης του Άγχους Hamilton και της Κλίμακα Άγχους του Spielberg. Επτά άτομα που είχαν υποστεί εργασιακή παρενόχληση, έλαβαν μέρος σε ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης, ενώ συμμετείχαν και επτά άτομα, θύματα εργασιακής παρενόχλησης ως ομάδα ελέγχου.

Αποτελέσματα: Το 45.5% του πληθυσμού, εργαζόταν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, το 24.9% σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και το 29.6% σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης, τους τελευταίους 12 μήνες και για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα, σχεδόν καθημερινά ή καθημερινά, και για έξι μήνες ή περισσότερο, το 11.3% (n=24). Στα 24 θύματα εργασιακής παρενόχλησης που ανευρέθηκαν, διαπιστώθηκε μέση τιμή συνολικού άγχους 92.37, ανέφεραν μέτριας έντασης συμπτώματα άγχους, με μέση τιμή 17.21 και συγκεκριμένα «ένταση» (41.7%), «αγχώδης διάθεση» (33.3%), «καταθλιπτική διάθεση» (29.2%), με το ίδιο ποσοστό «αϋπνία», «γνωσιακά συμπτώματα» και «συμπτώματα από το μυϊκό σύστημα» (25.0%). Τα περισσότερα άτομα 54.2% (n=13), είχαν μέση αυτοεκτίμηση. Πριν την παρέμβαση, με ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης, τα άτομα είχαν μέση τιμή συνολικού άγχους 81.42 και μετά την παρέμβαση, 67.28. Το συνολικό άγχος στην ομάδα ελέγχου, ήταν 98.42 και αργότερα, 14 εβδομάδες μετά, 97.42. Παρατηρήθηκε αύξηση στη μέση τιμή της Συνολικής Αυτοεκτίμησης μετά την παρέμβαση, από 17.21 σε 23.42. Οι τιμές της ομάδας ελέγχου

για τη Συνολική Αυτοεκτίμηση, σημείωσαν μείωση, από 22.13 σε 16.7. Στην ομάδα ελέγχου αρχικά, η ένταση των συμπτωμάτων του άγχους, ήταν 20.14 και στη 2η μέτρηση, αυξήθηκε σε 20.42. Πριν την παρέμβαση, τα έξι (n=6) από τα επτά άτομα (n=7), είχαν ήπιας έντασης συμπτώματα άγχους (85.7%) και ένα (n=1) άτομο, είχε ήπια έως μέτρια έντασης συμπτώματα. Μετά την παρέμβαση, όλα τα άτομα είχαν ήπιας έντασης συμπτώματα άγχους, ενώ στην ομάδα ελέγχου, δεν διαπιστώθηκε καμία αλλαγή. Πριν την παρέμβαση, το ποσοστό των ερωτώμενων που εκτέθηκε σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες και για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα, ήταν το 71.4% (n=5). Το αποτέλεσμα της παρέμβασης έδειξε ότι σημειώθηκε μείωση του αριθμού των ατόμων που εκτέθηκε σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες και για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα από πέντε άτομα (n=5), σε ένα (n=1).

Συμπεράσματα: Από την παρούσα έρευνα πρόεκυψε ότι η εργασιακή παρενόχληση υπάρχει σε υψηλά ποσοστά. Διαπιστώθηκε επίσης, ότι, στα θύματα εργασιακής παρενόχλησης, το συνολικό άγχος, τα μέτρια έντασης συμπτώματα άγχους, η αγχώδης διάθεση, η ένταση, η καταθλιπτική διάθεση και η μέση αυτοεκτίμηση είναι συχνή. Αποδείχθηκε ότι, η εφαρμογή της ομαδικής Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης στα άτομα που έχουν υποστεί εργασιακή παρενόχληση, δύναται να επιφέρει ευνοϊκές μεταβολές στη μείωση του συνολικού άγχους, της έντασης των συμπτωμάτων του άγχους, να ενισχυθεί η αυτοεκτίμηση καθώς και να μειωθεί ο αριθμός των περιπτώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού που υπήρξαν θύματα εργασιακής παρενόχλησης.

Λέξεις κλειδιά: Νοσηλευτικό προσωπικό, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Άγχος, Εργασιακή παρενόχληση.

Abstract

Introduction: The phenomenon of mobbing in the workplace occurs when someone repeatedly, for a long time, is exposed to negative behaviors and may have difficulty in defending himself. In the nursing profession, labor harassment and anxiety is common.

The purpose of this study was the investigation of the existence of anxiety and labor violence phenomena in nursing personnel. Additionally, an approach to the issue of the impact of Group Psychotherapy by teleconferencing on people who have been harassed.

Methodology: An investigation was carried out in Crete, between August 2017 and January 2018, in fourteen Health Centers, two Primary National Health Networks, four Emergency Department, and eleven Intensive Care Units. The study involved 213 nurses. The Leymann Inventory of Psychological Terror, the Culture Free Self-Esteem Inventories, the Hamilton Anxiety Rating Scale and the State-Trait Anxiety Inventory, have been used. Seven nurses, who have been subjected to occupational harassment, took part in Group Psychotherapy, through teleconference and seven nurses that were victims of work-related harassment took part in the control group.

Results: The 45.5% of the sample worked in Intensive Care Units, the 24.9% in Emergency Departments and the 29.6% in Primary Care Units. They were exposed to at least one mobbing behavior in the past 12 months and for at least once a week, almost daily, or daily the 11.3% of the nursing personnel (n=24) of the total sample. The twenty-four victims of occupational harassment were found to have a mean total anxiety of 92.37. They reported moderate-intensity anxiety symptoms, with mean value 17.21, specifically symptoms as «tension» (41.7%), «anxiety mood» (33.3%), «depressed mood» (29.2%), and with the same percentage, «insomnia», «cognitive symptoms» and «symptoms of the muscular system» (25.0%). Most victims of intimidation, 54.2% (n=13), had a middle self-esteem. The mean of the total score of anxiety, before interference with Group Psychotherapy, through teleconference, was 81.42 and after the intervention was 67.28. In the control group, the total anxiety was 98.42 and later, the mean score was 97.42. For the STAI overall score, before interference with Group Psychotherapy, through teleconference, it was found that people, had an average of anxiety 81.42 and after the intervention, had 67.28. In the control group, it was found, that people had an average of work-related anxiety 98.42 and later the mean score was 97.42. As can be seen from James Battle's Intercultural Self-Assessment Questionnaire, there was an increase in the average price of the total self-esteem after intervention, from 17.21 to 23.42. The values of the

control group, for the total self-esteem, in which there was no intervention, were reduced from 22.13 to 16.7. In the control group, the intensity of the anxiety symptoms was initially 20.14 and in the 2nd measurement, the intensity of the anxiety symptoms increased to 20.42. Before the intervention, six 6(85.7%) of the seven 7(100%) subjects, had mild intensity symptoms and 1(14.3%), had mild to moderate intensity of symptoms. After the intervention, all the victims of work violence had mild intensity symptoms, whereas no changes were noted in the control group. Prior to the intervention, the percentage of respondents, who reported having been exposed to at least one behavior, during the last 12 months and at least once a week was 71.4% (n=5). The result of the intervention is that individuals who reported having been exposed to at least one mobbing behavior, during the last 12 months and at least once a week have decreased from five individuals (n=5) to one individual (n=1).

Conclusions: The survey revealed that mobbing exists at high rates. It has also been found that in victims of work violence, the total anxiety, the moderate-intensity anxiety symptoms, the anxiety disorder, the tension, the depressed mood and the mean self-esteem are common. The implementation of Group Psychotherapy, through teleconference, in nursing personnel, suffering from work-related harassment, can bring positive changes in the reduction of the total anxiety. In addition, it seems that the self-esteem, could be strengthened and the number of people suffering from work-related harassment and the intensity of their anxiety can be reduced.

Keywords: Nursing staff, Intensive Care Unit, Emergency Department, Primary Health Care, Anxiety, Mobbing.

Ευχαριστίες

Πρώτα από όλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω και να κάνω ειδική μνεία στην κα Σοφία Ζυγά, Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής, του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, για την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπο μου. Η σεμνότητα και το ήθος της, ήταν η καλύτερη έμπνευση, για να βρω πραγματικά νόημα και δύναμη, να ολοκληρώσω την παρούσα διατριβή.

Συνεχίζοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Σπύρο Βλιάμο, Κοσμήτορα της Σχολής Οικονομίας Διοίκησης και Πληροφορικής, του Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου, για την βοήθεια και την καθοδήγηση του, έτσι ώστε, να ολοκληρωθεί η διδακτορική διατριβή, καθώς και τους κα Κατερίνα Φλωρά, Λέκτορα Κλινικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου, κ. Παναγιώτη Πρεζεράκο, Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και κ. Ανδρέα Παυλάκη, Αναπληρωτή Καθηγητή του Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου.

Ιδιαίτερο ρόλο στην διεκπεραίωση της παρούσας μελέτης, διαδραμάτισε ο κ. Κωνσταντίνος Τόγκας, Ψυχολόγος – Κοινωνικός Λειτουργός του Καταστήματος Κράτησης Κορίνθου. Η διεκπεραίωση της ενδιάμεσης παρέμβασης της μελέτης πραγματοποιήθηκε από εκείνον εθελοντικά.

Θα πρέπει να αναφέρω, τις θερμές μου ευχαριστίες στην προϊσταμένη της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Παιδών, κα Ασημίνα Ευαγγελία, στην προϊσταμένη της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Νεογνών, κα Σταματάκη Εύα, στη νοσηλεύτρια του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, κα Τερζάκη Αικατερίνη, του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, στο Γενικό Ιατρό του Κέντρου Υγείας Μοιρών κ. Μεραμβελιωτάκη Μανόλη, στη νοσηλεύτρια της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων, κα Μαρινάκη Σοφία, στην Διοικητικό υπάλληλο της Ιατρικής Υπηρεσίας, κα. Κωνσταντίνα Αντωνάκη, του Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου καθώς και στον κ. Δημήτριο Λιναριτάκη, οι οποίοι με την ευγένεια τους και την προθυμία τους, βοήθησαν σημαντικά στη συλλογή του δείγματος. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κα Άννα Παπαστεφανάκη Φιλολόγο, για την τεχνική διόρθωση και επιμέλεια του κειμένου της Διατριβής.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλο το εργαζόμενο νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο πήρε μέρος στην μελέτη για τον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίθηκε παρά τα δύσκολα ωράρια εργασίας του καθώς χωρίς την συμμετοχή του δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί η παρούσα διατριβή.

*Στον πατέρα μου Μύρωνα για την εκφρασμένη αγάπη του και για τους αγώνες που έδωσε.
Στη μαμά μου Αριστέα για τη συνεχή και αδιάκοπη στήριξη της.
Στα παιδιά μου Ροδάνθη και Βασίλη για τις χαρές που μου προσφέρουν.
Στον σύζυγο μου Μάριο για την εμπιστοσύνη που μου δείχνει όλα αυτά τα χρόνια.*

***Ν' αγαπάς την εθύνη
να λες εγώ, εγώ μονάχος μου
θα σώσω τον κόσμο.
Αν χαθεί, εγώ θα φταίω***

Νίκος Καζαντζάκης
(1883-1957)

Γίνε η αλλαγή που επιθυμείς να δεις στον κόσμο

Μαχάτμα Γκάντι
(1869-1948)

Περιεχόμενα

Περίληψη στην Ελληνική	V
Περίληψη στην Αγγλική	VII
Ευχαριστίες	IX

Εισαγωγή	1
Το πρόβλημα – Διατύπωση προβλήματος	2
Αναγκαιότητα της μελέτης	4
Η συμβολή της έρευνας στην Νοσηλευτική επιστήμη και στην ήδη υπάρχουσα γνώση	5
Πρωτοτυπία Μελέτης	6

Γενικό μέρος

Κεφάλαιο 1

Άγχος, επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακή ικανοποίηση

1. Άγχος

Άγχος, εργασιακό άγχος και συναφείς όροι	7
Συμπτώματα	8
Είδη άγχους	9
Θεωρητικές προσεγγίσεις του άγχους	11
Δημογραφικές μεταβλητές	12
Αίτια και πηγές του εργασιακού άγχους	16
Το Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής (General Adaptation Syndrome – GAS)	21
Επιπτώσεις εργασιακού άγχους στη σωματική και ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού	23
Επιπτώσεις του εργασιακού άγχους στους εργαζομένους αλλά και στους οργανισμούς	26
Αντιμετώπιση εργασιακού άγχους	32
2.Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης	
Επαγγελματική εξουθένωση	41
Τρόποι αντιμετώπισης	46
3.Άγχος, εργασιακή ικανοποίηση και νοσηλευτές	

Κεφάλαιο 2

Εργασιακή παρενόχληση

Ορισμός	52
Μορφές βίας	53
Παράγοντες που πυροδοτούν το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης	54
Επιπτώσεις της εργασιακής παρενόχλησης στην σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών	55
Προφίλ ατόμων που υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση	57
Ψυχολογία θύματος	58
Θύτης	59
Σχέση θύτη – θύματος	61
Κατηγορίες και στάδια ηθικής παρενόχλησης	62
Συνέπειες φαινομένου εργασιακής παρενόχλησης στο θύμα	63
Αντιμετώπιση της εργασιακής παρενόχλησης	64
Τα στάδια της διαμεσολάβησης	66
Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί με θέμα την εργασιακή παρενόχληση	68
Νομοθεσία διεθνώς και στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης	70

Κεφάλαιο 3

Αυτοεκτίμηση

Ορισμός αυτοεκτίμησης	75
Επαγγελματική αυτοεκτίμηση	76
Αυτοεκτίμηση και εργασιακή απόδοση	76
Αυτοεκτίμηση και άγχος	77
Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν με θέμα την επαγγελματική αυτοεκτίμηση του νοσηλευτικού προσωπικού	78
Καλλιέργεια αυτοεκτίμησης – Αντιμετώπιση πρακτικών ζητημάτων	80

Κεφάλαιο 4

Ομαδική παρέμβαση μέσω τηλεσυνδιάσκεψης για την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, τη μείωση του άγχους και της ψυχολογικής υποστήριξης νοσηλευτικού προσωπικού που είναι θύματα εργασιακής παρενόχλησης.

Ορισμός και χαρακτηριστικά της ομαδικής παρέμβασης	81
Ψυχολογική υποστήριξη	83
Ομαδική ψυχοθεραπεία	84
Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης	86
Η αξίωση της ανωνυμίας σε ομαδικές θεραπείες ατόμων για την αποφυγή του στιγματισμού	87
Στοχαστικό μοντέλο αυτοεκτίμησης	90
Μελέτες σχεδιασμού που περιλαμβάνουν μια ομάδα ελέγχου χωρίς θεραπεία και μια ομάδα ελέγχου με θεραπεία	90
Ψυχολογική προσέγγιση του φαινομένου – Ο ρόλος της Ψυχολογίας	91
Θεραπευτικές παρεμβάσεις	92
Γνωστική συμπεριφορική προσέγγιση	95
Λογικοθυμική προσέγγιση	98

Ειδικό μέρος

Κεφάλαιο 5

Μεθοδολογία

Σκοπός	100
Επιμέρους στόχοι της έρευνας	101
Ερευνητικές υποθέσεις	102
Πληθυσμός μελέτης	103
Χώρος μελέτης	104
Κριτήρια επιλογής	111
Κριτήρια αποκλεισμού	111

Ανάλυση μελέτης	112
Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας	118
Άδεια χρήσης ερωτηματολογίων	120
Στατιστική ανάλυση	121
Πιλοτική έρευνα	122
Φάσεις μελέτης και λοιπές μεθοδολογικές διευκρινίσεις	122

Αποτελέσματα

Έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητα των ερευνητικών εργαλείων	128
Δημογραφικά στοιχεία	128
Συζήτηση	227
Περιορισμοί μελέτης	244
Συμπεράσματα	245
Πεδία περαιτέρω έρευνας – Προτάσεις	245

Βιβλιογραφικές αναφορές

Ξενόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές	247
Ελληνόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές	283
Παράρτημα 1: Άδειες διεξαγωγής έρευνας από αρμόδιους φορείς.	297
Παράρτημα 2: Άδειες χρήσης ερωτηματολογίων	304
Παράρτημα 3: Ερωτηματολόγιο έρευνας	308
Παράρτημα 4: Παρουσίαση ερευνών σε σχέση με το άγχος και την εργασιακή παρενόχληση	319

Κατάλογος διαγραμμάτων και γραφημάτων

Διάγραμμα 1: Διάγραμμα ροής των θυμάτων εργασιακής παρενόχλησης στην έρευνα	105
Γράφημα 1α. Συχνότητα φαινομένων παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες	141
Γράφημα 1β. Συχνότητα φαινομένων παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες	141
Γράφημα 2. Φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης σήμερα	142
Γράφημα 3. Κατανομή του φύλου αυτών που ασκούσαν ψυχολογική παρενόχληση	143

Κατάλογος πινάκων και εικόνων

Πίνακας 1. Παρουσίαση ενδεικτικών μελετών σε σχέση με το εργασιακό άγχος του νοσηλευτικού προσωπικού	51
Πίνακας 2. Παρουσίαση ερευνών σε σχέση με την εργασιακή παρενόχληση του νοσηλευτικού προσωπικού	74
Πίνακας 3. Δομές που συμμετείχαν στην μελέτη	110
Πίνακας 4α. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 213 ατόμων της μελέτης	129
Πίνακας 4β. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 213 ατόμων της μελέτης	129
Πίνακας 5α. Έλεγχος αξιοπιστίας του συνολικού εργασιακού άγχους της κλίμακας άγχους του Spielberger STAI (Ενότητα 1 & Ενότητα 2)	131
Πίνακας 5β. Έλεγχος αξιοπιστίας της κλίμακας του παροδικού άγχους του Spielberger STAI (Ενότητα 1)	131
Πίνακας 5γ. Κλίμακα άγχους του Spielberger (STAI) Ενότητα 1	132
Πίνακας 6α. Έλεγχος αξιοπιστίας του ιδιοσυγκρασιακού άγχους της κλίμακας STAI (Ενότητα 2)	132
Πίνακας 6β. Κλίμακα άγχους του Spielberger (STAI) Ενότητα 2	133
Πίνακας 7α. Έλεγχος αξιοπιστίας της κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Άγχους Hamilton	134
Πίνακας 7β. Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Άγχους Hamilton	134
Πίνακας 8α. Έλεγχος αξιοπιστίας του Διαπολιτισμικού Ερωτηματολογίου Αυτοεκτίμησης για ενήλικες του James Battle	135
Πίνακας 8β: Διαπολιτισμικό Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης για ενήλικες του James Battle (n=213)	136
Πίνακας 9. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των κλιμάκων της μελέτης	137
Πίνακας 10α. Έλεγχος αξιοπιστίας του Ερωτηματολογίου LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terror)	138
Πίνακας 10β. Leymann Inventory of Psychological Terror (κλίμακα εργασιακής παρενόχλησης, n=213)	139
Πίνακας 11. Επαγγελματική βαθμίδα όσων ασκούσαν ψυχολογική παρενόχληση	143
Πίνακας 12. Με ποιά άτομα μιλήσατε για αυτά τα προβλήματα	144
Πίνακας 13. Αίτια πρόκλησης εχθρικών συμπεριφορών στο χώρο εργασίας	145

Πίνακας 14. Έκθεση σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες και σχέση με χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη	146
Πίνακας 15. Συσχετίσεις κλιμάκων με ηλικία, χρόνια στην υπηρεσία, χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα τωρινής εργασίας και εκπαιδευτικό επίπεδο	147
Πίνακας 16: Διερεύνηση στατιστικά σημαντικής διαφοράς των κλιμάκων, στα 147διάφορα επίπεδα οικογενειακής κατάστασης	147
Πίνακας 17: Διερεύνηση στατιστικά σημαντικής διαφοράς των κλιμάκων ως προς το φύλο	148
Πίνακας 18: Συσχετίσεις κλιμάκων με ηλικία	149
Πίνακας 19: Συσχετίσεις κλιμάκων με χρόνια στην υπηρεσία, για το συνολικό πληθυσμό μελέτης	150
Πίνακας 20: Συσχετίσεις κλιμάκων με χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα, για το συνολικό πληθυσμό μελέτης	151
Πίνακας 21: Συσχετίσεις κλιμάκων με εκπαιδευτικό επίπεδο, για το συνολικό πληθυσμό μελέτης	152
Πίνακας 22. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ αγχώδους διάθεσης και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης	154
Πίνακας 23. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ αγχώδους διάθεσης και με το κατά πόσο συχνά έχει έλθει αντιμέτωπο το νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού πληθυσμού μελέτης με μία ή περισσότερες από τις καταστάσεις παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες	156
Πίνακας 24. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ αγχώδους διάθεσης και με το κατά πόσο συχνά έχει έλθει αντιμέτωπο το νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού πληθυσμού μελέτης με τουλάχιστον μία από τις 45 καταστάσεις παρενόχλησης μια φορά την εβδομάδα	158
Πίνακας 25. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ αγχώδους διάθεσης και φύλου του νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης	160
Πίνακας 26. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ φοβιών και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης	162
Πίνακας 27. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ αϋπνίας και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης	164
Πίνακας 28. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ αϋπνίας και οικογενειακής κατάστασης του νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης	166
Πίνακας 29. Έλεγχος συσχέτισης γνωσιακών προβλημάτων και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης	168
Πίνακας 30. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ γνωσιακών προβλημάτων και με το κατά πόσο συχνά έχει έλθει αντιμέτωπο το νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού πληθυσμού μελέτης με τουλάχιστον μία από τις 45 καταστάσεις παρενόχλησης μια	170

φορά την εβδομάδα

Πίνακας 31. Έλεγχος συσχέτισης γενικών σωματικών προβλημάτων (μυϊκό σύστημα) και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης	172
Πίνακας 32. Έλεγχος συσχέτισης γενικών σωματικών προβλημάτων (μυϊκό σύστημα) και με το κατά πόσο συχνά έχει έλθει αντιμέτωπο το νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού πληθυσμού μελέτης με τουλάχιστον από τις 45 καταστάσεις παρενόχλησης μια φορά την εβδομάδα	174
Πίνακας 33. Έλεγχος συσχέτισης καρδιαγγειακών συμπτωμάτων και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης	176
Πίνακας 34. Έλεγχος συσχέτισης καρδιαγγειακών συμπτωμάτων και χρόνια προϋπηρεσία νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης	178
Πίνακας 35. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ της αγχώδους διάθεσης και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης	180
Πίνακας 36. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ της αγχώδους διάθεσης και με το πόσο συχνά έχει έλθει αντιμέτωπο το νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού πληθυσμού μελέτης με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες	182
Πίνακας 37. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ της αγχώδους διάθεσης και με το κατά πόσο συχνά έχει έλθει αντιμέτωπο το νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού πληθυσμού μελέτης με τουλάχιστον μία από τις 45 καταστάσεις παρενόχλησης μια φορά την εβδομάδα	184
Πίνακας 38. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ της αγχώδους διάθεσης και φύλου του νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης	186
Πίνακας 39. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ των φοβιών και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης	188
Πίνακας 40. Έλεγχος συσχέτισης αϋπνίας και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης	190
Πίνακας 41. Έλεγχος συσχέτισης αϋπνίας και οικογενειακής κατάστασης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης	192
Πίνακας 42. Έλεγχος συσχέτισης γνωσιακών προβλημάτων συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης	194
Πίνακας 43. Έλεγχος συσχέτισης γνωσιακών προβλημάτων και με το κατά πόσο συχνά έχει έλθει αντιμέτωπο το νοσηλευτικό προσωπικό με τουλάχιστον μία από τις 45 καταστάσεις παρενόχλησης μια φορά την εβδομάδα νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης	196
Πίνακας 44. Έλεγχος συσχέτισης γενικών σωματικών συμπτωμάτων (μυϊκό σύστημα) και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης	198

Πίνακας 45. Έλεγχος συσχέτισης γενικών σωματικών συμπτωμάτων (μυϊκό) και με το κατά πόσο συχνά έχει έλθει αντιμέτωπο το νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού πληθυσμού μελέτης με τουλάχιστον μία από τις 45 καταστάσεις παρενόχλησης μια φορά την εβδομάδα	200
Πίνακας 46. Έλεγχος συσχέτισης καρδιαγγειακών συμπτωμάτων και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης	202
Πίνακας 47. Έλεγχος συσχέτισης καρδιαγγειακών συμπτωμάτων και χρόνια υπηρεσίας νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης	204
Πίνακας 48. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις κλίμακες STAI και Hamilton ως προς τις διαφορετικές δομές, για το σύνολο του πληθυσμού μελέτης	208
Πίνακας 49: Συνολική αυτοεκτίμηση και δομές	209
Πίνακας 50: Φαινόμενο «εργασιακή παρενόχληση» και δομές	209
Πίνακας 51: Σύχνότητα «εργασιακής παρενόχληση» και δομές	210
Πίνακας 52: Ψυχολογική παρενόχληση στην εργασία και δομές	210
Πίνακας 53α. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 24 ατόμων που υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση σύμφωνα με τον ορισμό του Leymann	212
Πίνακας 53β. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 24 ατόμων που υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση σύμφωνα με τον ορισμό του Leymann	212
Πίνακας 54. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των κλιμάκων της μελέτης για τα 24 θύματα εργασιακής παρενόχλησης	213
Πίνακας 55. Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Άγχους Hamilton (n=24)	214
Πίνακας 56. Κλίμακες-Δομές	215
Πίνακας 57. Battle-Δομές	216
Πίνακας 58. Συσχετίσεις κλιμάκων με ηλικία, χρόνια στην υπηρεσία, χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα τωρινής εργασίας	216
Πίνακας 59. Συσχετίσεις κλιμάκων με το εκπαιδευτικό επίπεδο	217
Πίνακας 60α. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 14 ατόμων της συγκριτικής μελέτης	218
Πίνακας 60β. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 14 ατόμων της συγκριτικής μελέτης	218
Πίνακας 61. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των δύο ομάδων, της Ομάδας Παρέμβασης (ΟΠ) και της Ομάδας Ελέγχου (ΟΕ) για το σύνολο των 14 ατόμων νοσηλευτικού προσωπικού για την Κλίμακα άγχους του Spielberger (STAI), πριν (Εβδομάδα 0) και μετά (Εβδομάδα 14) την ολοκλήρωση της παρέμβασης	222
Πίνακας 62. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των δύο ομάδων, της Ομάδας Παρέμβασης (ΟΠ) και της Ομάδας Ελέγχου (ΟΕ) για το σύνολο των 14 ατόμων	222

νοσηλευτικού προσωπικού για την Κλίμακα άγχους του Hamilton, πριν (Εβδομάδα 0) και μετά (Εβδομάδα 14) την ολοκλήρωση της παρέμβασης

Πίνακας 63. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των δύο ομάδων, της Ομάδας Παρέμβασης (ΟΠ) και της Ομάδας Ελέγχου (ΟΕ) για το σύνολο των 14 ατόμων νοσηλευτικού προσωπικού για το Διαπολιτισμικό Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης του James Battle, πριν (Εβδομάδα 0) και μετά (Εβδομάδα 14) την ολοκλήρωση της παρέμβασης 223

Πίνακας 64α. Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις (ερωτήσεις 1-6) τους τελευταίους 12 μήνες για την ΟΕ (t0) για την ΟΕ (t1) ; 225

Πίνακας 64β. Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες; 225

Πίνακας 64γ. Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η σε τουλάχιστον μία από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες ; 226

Πίνακας 64δ. Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η σε τουλάχιστον μία από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες ; 226

Εικόνα 1. Διασπορά του πληθυσμού μελέτης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 106

Εικόνα 2: Διασπορά του πληθυσμού μελέτης στα νοσοκομεία 106

Εισαγωγή

Η εργασία αν και συμβάλλει στην κοινωνική ζωή των ατόμων, στη δημιουργία κοινωνικής ταυτότητας, και στην παροχή ευκαιριών για προσωπική ανάπτυξη και απόκτηση αυτοεκτίμησης, πολλές φορές έχει αρνητικές συνέπειες στην υγεία των εργαζομένων.

Σύμφωνα με την κοινωνικογνωστική θεωρία, οι άνθρωποι που έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, εκδηλώνουν υψηλά επίπεδα άγχους (Αθανασίου, Σερακιώτης & Σταθάκη, 2007). Σχετικοί μελετητές υποστηρίζουν πως η συχνότητα εμφάνισης του άγχους και των διαταραχών που επέρχονται από αυτό, εκτείνεται σε ένα μέγεθος 8-9% του συνολικού πληθυσμού. Οι συνέπειες όμως των διαταραχών, αποτελούν σοβαρό πεδίο μελέτης (Bernstein & Borchardt, 1991).

Διάφορες προσεγγίσεις έχουν αναπτυχθεί για την αξιολόγηση των επιπτώσεων του άγχους στο εργασιακό χώρο της Υγείας. Αυτές περιλαμβάνουν το μοντέλο ζήτησης / ελέγχου, το οποίο τονίζει ότι η έλλειψη ισορροπίας μεταξύ των ψυχολογικών απαιτήσεων και του ελέγχου της διαδικασίας, οδηγεί σε ένταση, και στην απώλεια δεξιοτήτων και ενδιαφέροντος, που επηρεάζουν την υγεία των εργαζομένων (Alves, Chor, Faerstein, Werneck & Lopes, 2009). Η αυτοεκτιμούμενη υγεία χρησιμοποιείται, ολοένα και περισσότερο, ως δείκτης σε διεθνείς επιδημιολογικές μελέτες, ως υποκατάστατο για την «πραγματική» ή «αντικειμενική» κατάσταση της υγείας, και με προβλεπτή συνέπεια τη θνησιμότητα και την φθορά αυτής.

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει τη σχέση μεταξύ της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης και της παρουσίας των χρόνιων ασθενειών σε σχέση με την αυτοεκτιμούμενη υγεία, αλλά λίγες έχουν εξετάσει τις συνθήκες εργασίας σε αυτή τη σχέση (Bauer, Huber, Jenny, Müller & Hämmig, 2009). Παράλληλα, είναι απαραίτητο, να διερευνώνται και οι σχέσεις μεταξύ των μελών του προσωπικού, καθώς και οι επιδράσεις του εργασιακού τους περιβάλλοντος το οποίο επηρεάζει την υγεία.

Η υγεία και η ασφάλεια στην εργασία αφορά σε συνθήκες και παράγοντες που επηρεάζουν την ευεξία όχι μόνο των εργαζομένων αλλά και οποιουδήποτε άλλου προσώπου στο χώρο εργασίας. Σύμφωνα με την 3η Ευρωπαϊκή Έρευνα για τις Συνθήκες Εργασίας (Third European Survey of Working Conditions) το 2001, η Ελλάδα βρίσκεται στην πρώτη θέση σχετικά με το εργασιακό άγχος (Paoli & Merllie, 2001).

Το φαινόμενο της παρενόχλησης στους χώρους εργασίας είναι ένα θέμα που κατά την τελευταία δεκαετία έχει μελετηθεί από την επιστημονική κοινότητα με βιβλία

(Hirigoyen, 2002), έρευνες και δημοσιεύσεις (Scialpi, 1999) ωστόσο, δεν έχει απασχολήσει αρκετά την κοινή γνώμη.

Στην Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό, το ποσοστό εμφάνισης του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης είναι υψηλό, αν και παρατηρείται αύξηση του ενδιαφέροντος από την επιστημονική κοινότητα σε ότι αφορά την διερεύνηση του. Πολλοί εργαζόμενοι έχουν αντιμετωπίσει το φαινόμενο αυτό στην εργασιακή τους πορεία, το οποίο έχει επηρεάσει τη ζωή τους, αφού δημιουργεί πλήθος ψυχολογικών και άλλων προβλημάτων υγείας.

Η εργασιακή παρενόχληση αντιμετωπίζεται με δυσπιστία και ένας λόγος είναι πως στις υπάρχουσες οικονομικές συνθήκες, το ζήτημα της επιβίωσης έχει πρωταρχική σημασία και έτσι αυξάνεται η ανεκτικότητα απέναντι σε εκδηλώσεις βίας. Όμως ειδικότερα στις σημερινές κοινωνικές συνθήκες είναι σημαντική η προάσπιση της ασφαλούς εργασίας και της αξιοπρέπειας, καθώς και η ανάδειξη αυτών των αξιών, με πρωταρχικά σκοπό την αναζήτηση και κατάκτηση περισσότερων και καλύτερων συνθηκών εργασίας αλλά και διαβίωσης (Σπυριδάκης, 2009).

Το πρόβλημα – Διατύπωση προβλήματος

Στο πλαίσιο της αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους από τα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, και προκειμένου να υπάρχει κοινή αντιμετώπιση από όλα τα κράτη, στις 8 Οκτωβρίου του 2004, υπογράφεται μία Συμφωνία Πλαίσιο για το επαγγελματικό άγχος, στην οποία παρέχονται κατευθύνσεις και οδηγίες αναφορικά με τον εντοπισμό και τη διαχείριση των αγχογόνων παραγόντων στους χώρους εργασίας. Επίσης, επισημαίνεται ότι η αντιμετώπιση των προβλημάτων του επαγγελματικού άγχους, πρέπει να γίνεται στο πλαίσιο μίας συνολικής διαδικασίας αξιολόγησης και διαχείρισης κινδύνου, με την εφαρμογή διαφόρων στρατηγικών που βασίζονται στην υλοποίηση συγκεκριμένων παρεμβατικών ενεργειών.

Οι παρεμβάσεις μπορεί να είναι συλλογικές, ατομικές, ή και τα δύο, και μπορούν να εισάγονται με τη μορφή λήψης συγκεκριμένων μέτρων που στοχεύουν στην αντιμετώπιση διαπιστωμένων αγχογόνων παραγόντων ή ως ένα μέρος μίας ολοκληρωμένης πολιτικής κατά του άγχους, η οποία περιλαμβάνει τόσο προληπτικά όσο και προστατευτικά μέτρα.

Η Συμφωνία Πλαίσιο για το εργασιακό άγχος, προσαρτήθηκε στην Εθνική Γενική Συλλογική Συμφωνία του 2008-2009. Παρόλα αυτά από το 2010, λόγω της οικονομικής

κρίσης στην Ελλάδα, οι διατάξεις αυτές δεν ισχύουν καθολικά, και οι πρωτοβουλίες που αφορούσαν την υλοποίηση της συμφωνίας, δεν είναι δυνατόν να υλοποιηθούν συστηματικά από τους κοινωνικούς εταίρους, λόγω του ότι οι επιχειρήσεις είχαν να αντιμετωπίσουν προβλήματα που αφορούσαν την βιωσιμότητα τους και έτσι δεν έδωσαν ιδιαίτερη σημασία στο θέμα αυτό.

Το 2007 η Συμφωνία Πλαίσιο (COM(2007) 686) που σχετίζεται με την εργασιακή παρενόχληση περιγράφει το φαινόμενο σαν ένα φάσμα μη αποδεκτών συμπεριφορών (σεξουαλική, σωματική ή ψυχολογική μορφής) ενός ή περισσοτέρων ατόμων στο χώρο εργασίας. Οι οργανώσεις σε όλη την Ευρώπη που είναι μέλη των κοινωνικών εταίρων, δεσμεύονται σύμφωνα με το αρ. 5 της Συμφωνίας να εφαρμόσουν τη σύμβαση και να καταρτίσουν σχετική έκθεση στην επιτροπή κοινωνικού διαλόγου.

Η Συμφωνία Πλαίσιο, δεν είναι μία αυστηρά δεσμευτική συμφωνία και δεν επαφίεται στους νομοθέτες, αλλά στους κοινωνικούς εταίρους. Κάποιες χώρες χρησιμοποιούν την συμφωνία και έχουν δηλώσει γενική εφαρμογή. Σε άλλες χώρες προτίμησαν κοινούς οδηγούς, χάρτες, φυλλάδια και διακηρύξεις. Κάποιες άλλες χώρες προτίμησαν κοινές δράσεις που σχετίζονται με την μετάφραση και διάδοση του κειμένου σε ότι αφορά τη Συμφωνία. Σε 10 από τις 31 χώρες, οι κοινωνικοί εταίροι δεν έκαναν καμία δράση, μέσα σε αυτούς και η Ελλάδα.

Σε ότι αφορά στο φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης στον νοσηλευτικό τομέα, θεωρείται ότι είναι πολύ διαδεδομένο, και κυρίως στον Ελλαδικό χώρο σε σχέση με άλλες χώρες και δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς.

Τέλος, δεν υπάρχει ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο που να σχετίζεται με την εργασιακή παρενόχληση και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην οριοθετείται το φαινόμενο αυτό στους εργασιακούς χώρους. Για τα συγκεκριμένα θέματα δεν λήφθηκαν μέτρα πρόληψης και προστασίας σε πολιτικό επίπεδο, από τις εκάστοτε διοικήσεις των Υπουργείων Υγείας, των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας σε Ελλάδα και Κύπρο.

Αναγκαιότητα της μελέτης

Η αναγκαιότητα της έρευνας έγκειται στη διαπίστωση της δυνατότητας της ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης, η οποία θα προάγει την ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού.

Στην Ελλάδα αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο, μέχρι σήμερα που γίνεται ο σχεδιασμός της παρούσας μελέτης, δεν έχουν γίνει έρευνες που να μελετούν την παρέμβαση της ομαδικής Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης στις περιπτώσεις εργασιακής παρενόχλησης στο νοσηλευτικό προσωπικό και στη συνέχεια να αξιολογούνται τα αποτελέσματα της σχετικής παρέμβασης.

Στην περιοχή ευθύνης της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης, στα δύο από τα πέντε μεγάλα νοσοκομεία του νησιού, έχει μελετηθεί η ύπαρξη του φαινομένου εργασιακής παρενόχλησης στο νοσηλευτικό προσωπικό, από σπουδαστές του Ανώτατου Τεχνολογικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Κρήτης στο πλαίσιο πτυχιακής εργασίας. Το νοσηλευτικό προσωπικό που αποτέλεσε τον πληθυσμό μελέτης, προέρχονταν από τμήματα παθολογικά, χειρουργικά, παιδιατρικά, μονάδες εντατικής θεραπείας, προώρων, τεχνητού νεφρού, ιατρεία (επείγοντα και τακτικά) και διάφορα άλλα τμήματα (ψυχιατρικό, χειρουργείο αναισθησιολογικό, αποστείρωση, αιμοδοσία) (Παπαδάκη, Χουστουλάκη & Τσιράκος, 2007).

Δύο ακόμα πτυχιακές εργασίες από σπουδαστές του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης υλοποιήθηκαν το 2016 ξανά στην περιοχή της Κρήτης, η μία αφορούσε σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο του Ηρακλείου (Κατσουνάκη, Κιαουρτζή & Μανουσάκη, 2018) και η άλλη σε νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου «Βενιζέλειο Πανάνειο» (Ανδριανοπούλου, Δανελάκη & Ιωάννου, 2016).

Στις παραπάνω έρευνες, δεν πραγματοποιήθηκε συγκριτική μελέτη μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προσωπικού που εργάζεται σε Τομείς Επείγουσας - Εντατικής Θεραπείας (Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών) και τέλος δεν έγινε θεραπευτική παρέμβαση με ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης και αξιολόγηση της παρέμβασης αυτής.

Τέλος, έχει μελετηθεί η αποτελεσματικότητα ενός παρεμβατικού ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος για τη διαχείριση του άγχους σε νοσηλευτικό προσωπικό στο πλαίσιο μεταπτυχιακής εργασίας στο Πανεπιστήμιο Πατρών. Η συγκεκριμένη μελέτη, δεν αναφέρεται στην εργασιακή παρενόχληση παρά μόνο στο

εργασιακό άγχος. Το δείγμα της έρευνας ήταν πολύ μικρό και συμπτωματικό με αποτέλεσμα να περιορίζονται αντίστοιχα οι πιθανότητες γενίκευσης. Δεν έγινε ανίχνευση περιστατικών με άγχος, αλλά πήραν μέρος στο πρόγραμμα όσοι έδειξαν ενδιαφέρον με σειρά προτεραιότητας (Γιαννάκη, 2015). Και στις προηγούμενες μελέτες (Ανδριανοπούλου κ.ά., 2016· Κατσουνάκη κ.ά., 2018· Παπαδάκη, Χουστουλάκη & Τσιράκος, 2007) και στην συγκεκριμένη μελέτη δεν έγινε συγκριτική μελέτη σε καθορισμένα τμήματα με συγκεκριμένο στόχο και τέλος, δεν πραγματοποιήθηκε παρέμβαση, με ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης. Ακόμη, με δεδομένο ότι η αποτελεσματικότητα της ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης στην αντιμετώπιση του εργασιακό άγχους και της εργασιακής παρενόχλησης δεν έχει ποτέ αξιολογηθεί, η εκπόνηση της παρούσας ερευνητικής εργασίας θα οδηγήσει σε συμπεράσματα που θα αφορούν στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητα της παρέμβασης αυτής. Αυτό οδήγησε στον σχεδιασμό μιας μελέτης που θα προσπαθήσει να απαντήσει στα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν.

Για τις ανάγκες της μελέτης μας αντλήθηκαν δεδομένα από πτυχιακές εργασίες, μεταπτυχιακές εργασίες, διδακτορικές διατριβές και ιστοσελίδες. Επίσης, έγινε συλλογή αναφορών από βιβλία, πρακτικά συνεδρίων, περιοδικά, εκθέσεις σχετικά με το αντικείμενο και από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων μέσω μηχανών αναζήτησης στο διαδίκτυο.

Η συμβολή της έρευνας στην Νοσηλευτική Επιστήμη και στην ήδη υπάρχουσα γνώση

Η διεξαγωγή της παρούσας μελέτης θα έχει πολλαπλά οφέλη σε διάφορους τομείς. Πρώτα από όλα θα έχει αναπτυχθεί και αξιολογηθεί, σύμφωνα με επιστημονικές διαδικασίες, ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα για τις δομές υγείας που θα αφορά την αντιμετώπιση της εργασιακής παρενόχλησης και του άγχους για το νοσηλευτικό προσωπικό. Το οικονομικό όφελος είναι επίσης πολύ σημαντικό, αφού η εφαρμογή αυτού του προγράμματος θα είναι προσιτή και δεν θα απαιτούνται πρόσθετα κονδύλια από τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων ή του κράτους.

Η παρούσα μελέτη θα αποτελέσει την πρώτη προσπάθεια ανεύρεσης περιπτώσεων σε νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο υπήρξε θύμα εργασιακής παρενόχλησης και παράλληλα έχει βιώσει άγχος. Στα περιστατικά αυτά θα γίνει παρέμβαση με ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης και αξιολόγηση της σχετικής παρέμβασης.

Τέλος, η μελέτη θα αναδείξει την παρέμβαση της ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης στην εργασιακή παρενόχληση, και το άγχος ως μια σημαντική παρέμβαση για την ανακούφιση των συμπτωμάτων, με σκοπό να εμπλουτιστεί η σχετική επιστημονική βιβλιογραφία και ταυτόχρονα να επιτραπούν οι συγκρίσεις στις παρεμβάσεις που αφορούν στην θεραπεία σε διεθνές επίπεδο.

Πρωτοτυπία Μελέτης

Η ερευνητική πρωτοτυπία της διατριβής έγκειται στον πειραματικό προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας με ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης σε ότι αφορά τη μείωση του άγχους, την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και τη μείωση του αριθμού των περιπτώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού το οποίο βίωσε εργασιακή παρενόχληση. Μέχρι το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης, δεν έχει προκύψει επιστημονική διαδικασία ενός τέτοιου ολοκληρωμένου προγράμματος ομαδικής Ψυχοθεραπείας μέσω τηλεσυνδιάσκεψης σε εθνικό αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο. Σύμφωνα με τα παραπάνω, η παρούσα έρευνα θα αποτελέσει πρωτοτυπία λόγω της αξιολόγησης της ομαδικής Ψυχοθεραπείας μέσω τηλεσυνδιάσκεψης, ως προς την αποτελεσματικότητα για την αντιμετώπιση της εργασιακής παρενόχλησης, καθόσον οι υπάρχουσες θεωρίες, εισηγούνται κάποιους παράγοντες οι οποίοι θα είναι ικανοί να προκαλέσουν θετικές αλλαγές στην ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού, η αποτελεσματικότητά τους όμως δεν έχει διερευνηθεί.

Γενικό μέρος

Κεφάλαιο 1

Άγχος, επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακή ικανοποίηση

1. Άγχος

Άγχος, εργασιακό άγχος και συναφείς όροι

Το άγχος δεν αποτελεί ασθένεια, αλλά μια δυσμενή αντίδραση/κατάσταση. Το μέγεθος του άγχους, εξαρτάται από τις συγκρούσεις μεταξύ της εργασιακής και της προσωπικής ζωής του ατόμου. Σύμφωνα με τον Cox (2000), το άγχος ορίζεται ως: «η διαλογική ψυχολογική διαδικασία ανάμεσα στο άτομο και στη στρεσογόνο διαδικασία» (Καλλιμάνης, 2016). Αναφέρεται ως πρόβλημα δημόσιας υγείας και αποτέλεσμα της απαιτητικής και σύγχρονης κοινωνίας (Κάμτσιος & Φυλακτίδου, 2008).

Το άγχος ορίστηκε από τον Freud ως "something felt", «μια συναισθηματική κατάσταση που περιλάμβανε αισθήματα συνείδησης, έντασης, νευρικότητας και ανησυχίας συνοδευόμενα από φυσιολογική διέγερση». Εκ παραλλήλου, και σε συνδυασμό με την εξελικτική θεωρία του Δαρβίνου, ο Freud παρατήρησε και κατέγραψε ότι το άγχος ήταν ανάλογο προσαρμοστικό στην παρακίνηση συμπεριφοράς που υποκινούσε τα άτομα να αντιμετωπίσουν απειλητικές καταστάσεις και ότι το έντονο άγχος επικρατούσε στις περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές (Spielberger, 2010).

Σύμφωνα με τον Matteson, το άγχος αποτελεί μια «προσαρμοστική απάντηση, που μετριάζεται από ατομικές διαφορές, δηλαδή την συνέπεια κάθε ενέργειας, κατάστασης ή γεγονότος, που απαιτεί ιδιαίτερες απαιτήσεις από το άτομο»

Έχει επικρατήσει επίσης, ο ορισμός του άγχους ως: «Μια φυσιολογική σωματική ή ψυχολογική αντίδραση σε εξωτερικά ερεθίσματα ή γεγονότα τα οποία επιφέρουν στο άτομο, έντονη συναισθηματική κατάσταση. Πρόκειται για μια μακρόχρονη δυσκολία ή για ένα σοβαρό προσωπικό γεγονός που διαρκεί τουλάχιστον τέσσερις (04) εβδομάδες» (Σιούσιουρα, 2010).

Σύμφωνα με βιβλιογραφία, πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι το «άγχος» και το «στρες», αποτελούν ταυτόσημες έννοιες. Υπάρχουν όμως και έρευνες που υποστηρίζουν πως η έννοια «στρες» εμπερικλείει τους αγχογόνους παράγοντες, σωματικές ψυχικές και κοινωνικές αντιδράσεις του ατόμου, ενώ η έννοια «άγχος» σχετίζεται με τη διάθεση του ατόμου η οποία έχει άμεση σχέση με τα ατομικά και από το περιβάλλον ερεθίσματα (Παπαμιχαλάκη, 2014).

Το εργασιακό άγχος μπορεί να οριοθετηθεί ως μια βλαβερή σωματική και συναισθηματική αντίδραση και κατάσταση, που καταγράφεται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας δεν προσιδιάζουν με τις ικανότητες του εργαζομένου (Πουλής, 2011). Πρόκειται για μια σειρά από αρνητικές σωματικές και ψυχολογικές αρνητικές συνέπειες.

Με βάση τον ορισμό του (Cooper, 1998), το εργασιακό άγχος είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος εργασίας. Ως επαγγελματικό άγχος, χαρακτηρίζεται επίσης η κατάσταση ανισορροπίας του εργαζομένου μεταξύ των απαιτήσεων που πρέπει να ανταποκριθεί και των πόρων που διαθέτει ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει (Σαρίδη, Καρρά & Σουλιώτης, 2015).

Σύμφωνα με τον Selye (1976), το εργασιακό stress αποτελεί την *«μη ειδική απάντηση του σώματος σε οποιοδήποτε είδος απαίτησης εφαρμόζεται σε αυτό»*, ενώ ο Schafer όρισε το stress ως *«διέγερση του μυαλού και του σώματος σε οποιοδήποτε είδος απαίτησης εφαρμόζεται σε αυτά»*.

Ως αγχογόνα ερεθίσματα, ορίζονται: *«Τα αίτια πρόκλησης άγχους, καθώς και οι ψυχοσωματικές του εκδηλώσεις στο άτομο, οι οποίες εξωτερικεύονται αναλόγως της άμυνας, των συναισθημάτων, της μνήμης, της αντίληψης και της νοημοσύνης»*

Ως προς το άγχος του νοσηλευτικού προσωπικού, έχουν καταγραφεί τρεις βασικές εκφάνσεις του στρες των νοσηλευτών: το εργασιακό άγχος, ο ηθικός κίνδυνος και το μετατραυματικό στρες (Σιούσιουρα, 2010).

Συμπτώματα

Οι αρνητικές συνέπειες του άγχους διαχωρίζονται σε σωματικές, ψυχολογικές και σε συνέπειες που αφορούν προβλήματα συμπεριφοράς. Τέτοια μπορεί να είναι γαστρεντερολογικά προβλήματα, πονοκέφαλοι, πόνοι στην πλάτη και συμπτώματα κατάθλιψης, όπως για παράδειγμα η απώλεια βάρους (Kindyni & Athinaiou, 2015).

Το άγχος εκφράζεται με συγκεκριμένη συμπτωματολογία, η οποία εκφράζεται ποικιλοτρόπως, αλλά όχι και σε κάθε άτομο διαφορετικά. Τα συμπτώματα χωρίζονται σε τρεις κεντρικές κατηγορίες¹. Τα **ψυχολογικά συμπτώματα** εκφράζονται κυρίως ως φόβος,

ως εσωτερική ένταση ή ανησυχία, ευερεθιστότητα, αδυναμία συγκέντρωσης. Τα **σωματικά συμπτώματα**, επιδρούν κυρίως στο αναπνευστικό σύστημα του ατόμου υπό τη μορφή της δύσπνοιας ή της ταχύπνοιας,. Στο γαστρεντερικό σύστημα, με ναυτίες, εμετό, ξηροστομία, ή με δυσκολίες στην κατάποση. Στο καρδιαγγειακό σύστημα με σφίξιμο ή/και πόνο στο στήθος, αίσθημα παλμών. Τέλος στο νευρικό σύστημα, με εκδήλωση ζάλης, πονοκέφαλο, τρόμο ή θολή έκφραση. Τα **συμπεριφορικά συμπτώματα**, εκδηλώνονται με ψυχαναγκασμούς, για παράδειγμα με την ύπαρξη ιδεοληψιών ή το συχνό πλύσιμο των χεριών, καθώς και με συχνές επισκέψεις σε ιατρούς για την ύπαρξη κρίσεων πανικού (Τσιφούτης & Χατζηθεοχάρης, 2009).

Τα δεδομένα που υπάρχουν σχετικά με τους νοσηλευτές και την εργασία τους, υποδηλώνουν ότι το εργασιακό άγχος των νοσηλευτών έχει αρνητικές επιπτώσεις στην γενικότερη υγεία τους. (Μουστάκα, Αντωνιάδου, Μαλλιάρου, Ζάντζος, Κυριάκη & Κωνσταντινίδης, 2010).

Είδη άγχους

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν συχνά ψυχικές διαταραχές οι οποίες παίρνουν τέσσερις διαφορετικές μορφές: ως διαταραχή πανικού – όπου εκδηλώνεται ξαφνικά, επανειλημμένα και χωρίς προειδοποίηση – ως κοινωνική αγχώδης διαταραχή, ως ειδικές φοβίες – όπου το επίπεδο του φόβου συνήθως είναι δυσανάλογο της πραγματικής κατάστασης και ως γενικευμένη αγχώδης κατάσταση ύπαρξη δηλαδή μιας μη ρεαλιστικής ανησυχίας και έντασης (Κορομπόκη, 2015).

Ως **φυσιολογικό** ορίζεται το **άγχος** όπου αποτελεί μια φυσιολογική κατάσταση, η οποία συνοδεύει την ανάπτυξη, την αλλαγή, τη βίωση νέων και πρωτόγνωρων εμπειριών, την αναζήτηση ταυτότητας και αποδίδει νόημα στη ζωή. Το φυσιολογικό άγχος είναι μία υγιής, λοιπόν και φυσιολογική αντίδραση που συμβαίνει στο άτομο μόνο σε ανησυχητικές καταστάσεις ή σε στιγμές πραγματικού κινδύνου ή απειλής. Ανταποκρίνεται στις προκλήσεις που εξάπτουν το ενδιαφέρον μας και πολλές φορές μα βοηθάει να αποδώσουμε.

Αντίθετα, ως **παθολογικό** άγχος, ορίζεται η απρόσφορη, υπερβολική και μη αρμόζουσα απάντηση σε ένα δεδομένο ερέθισμα, είτε προς την ένταση, είτε προς την διάρκεια της. Επηρεάζει δηλαδή, αρνητικά τη λειτουργικότητα του ατόμου, εμποδίζει την επίτευξη των στόχων του, διαταράσσει τη συναισθηματική του ισορροπία, υποβαθμίζοντας την ποιότητα της ζωής του, κάνοντας δηλαδή για αγχώδη διαταραχή να

ενεργεί πιο γρήγορα και πιο εντατικά. Το παθολογικό άγχος, είναι υπερβολικά έντονο, διαρκεί ακόμη και όταν ο κίνδυνος δεν υφίσταται και παρουσιάζεται σε καταστάσεις οι οποίες αντικειμενικά δε συνιστούν απειλή. Το παθολογικό άγχος είναι πέρα από τη φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού στο stress, ή στις καθημερινές δυσκολίες που αντιμετωπίζει το άτομο και είναι πιο έντονο, πιο συχνό ή ακόμα και πιο επίμονο από το φυσιολογικό. Εκφράζεται συνήθως σε δύο κατηγορίες συμπτωμάτων, τα συναισθηματικά και τα σωματικά συμπτώματα.

Το **περιστασιακό άγχος** έχει σαν χαρακτηριστικό την ανησυχία, την αγωνία, την ένταση για κάτι το οποίο συμβαίνει τώρα σε συγκεκριμένο περιστατικό - τυχαίο γεγονός. Τα άγχος όταν αποτελεί το χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ενός ατόμου είναι μια προδιάθεση την οποία έχει, και έτσι, γεγονότα τα οποία υπάρχουν, τα αντιλαμβάνεται σαν απειλητικά για το ίδιο και έχει αντιδράσεις με συναισθήματα άγχους. Προσομοιάζει δηλαδή με το παθολογικό άγχος (Δραγώνα, 2017).

Οι κλινικές μορφές του άγχους κατηγοριοποιούνται στο **συνηθισμένο αντικειμενικό άγχος**, όπου σε μια δεδομένη κατάσταση ενυπάρχει σοβαρός αντικειμενικός κίνδυνος και ανικανότητα αντίδρασης, λόγω αδυναμίας στην αποφυγή του. Το **συνηθισμένο εξαρτημένο άγχος**, όπου η αντίδραση του ατόμου που βιώνει μια κατάσταση που του προκαλεί άγχος, το εκδηλώνει με ένταση, καθώς ενισχύεται από προηγούμενες εμπειρίες και αυτό το οδηγεί σε υπερβολικές αντιδράσεις. Το **συνηθισμένο υποκειμενικό άγχος**, όπου στην περίπτωση αυτή η πηγή του κινδύνου βρίσκεται βαθιά στον «εσωτερικό κόσμο» του ατόμου. Τέλος, το **νευρωσικό άγχος**, όπου η αιτία του φόβου που προκαλεί το άγχος μεν υποκειμενική, αλλά παράλληλα είναι απωθημένη και ασυνείδητη (Τσιφούτης & Χατζηθεοχάρης, 2009)

Βιβλιογραφικά έχουν καταγραφεί τρία είδη άγχους, το **οξύ άγχος**, όπου το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση ετοιμότητας και διαθέτει μια ένταση, το **επεισοδιακό οξύ στρες**, όπου αρχίζουν και εμφανίζονται σωματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς στο άτομο και τέλος το **χρόνιο άγχος**, όπου το στρες είναι μια μόνιμη κατάσταση για το άτομο και ως συνέπεια έχει σωματικά και ψυχικά προβλήματα (Βαϊζόγλου & Δένδη, 2009).

Σύμφωνα με τον Spielberger, καταγράφεται το **παροδικό άγχος** το οποίο αναφέρεται *«στην υποκειμενική συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ένταση και νευρικότητα»*, το **μόνιμο ή ιδιοσυγκρασιακό άγχος** το οποίο αναφέρεται στην *«προδιάθεση του ατόμου να αντιλαμβάνεται συγκεκριμένες καταστάσεις ως απειλητικές και να αντιδρά με άγχος σε αυτές.»* (Μητρούση, 2014).

Ο Spielberg σχετικά με το ιδιοσυγκρασιακό και παροδικό άγχος θεωρεί πως οι προσλήψεις που δέχεται το άτομο τόσο από τα εσωτερικά, όσο και από τα εξωτερικά ερεθίσματα, εκλαμβάνονται ως απειλητικά, με αποτέλεσμα να πυροδοτούν αντιδράσεις παροδικού άγχους. Οι αισθητηριακοί και οι γνωστικοί μηχανισμοί ανατροφοδότησης είναι αυτοί που προκαλούν τα υψηλά επίπεδα παροδικού άγχους να αναγνωρίζονται ως δυσάρεστα από το άτομο. Η αντίδραση του παροδικού άγχους, είναι ανάλογη του μεγέθους της έντασης της απειλής. Αντιστοίχως, η διάρκεια της έντασης, επιδρά στην μονιμότητα της αντίδρασης του παροδικού άγχους. Επισημαίνει επίσης, πως τα άτομα με υψηλό επίπεδο ιδιοσυγκρασιακό άγχους, αντιλαμβάνονται περισσότερες καταστάσεις ως απειλητικές και αντιδρούν με πιο έντονες αντιδράσεις παροδικού άγχους (Μητρούση, 2014).

Οι καταστάσεις που ελλοχεύουν τον κίνδυνο αποτυχίας ή απειλούν την αυτοεκτίμηση, αυξάνουν τις πιθανότητες να αποτελέσουν πηγές απειλής, συγκριτικά με τις καταστάσεις που ενδεχομένως να απειλούν τη φυσική υγεία. Οι αγχογόνες καταστάσεις, οδηγούν το άτομο στην ανάπτυξη συγκεκριμένων ψυχολογικών μηχανισμών άμυνας, ώστε να μπορέσει να επιτύχει την μείωση του παροδικού άγχους (Μητρούση, 2014).

Στη διδακτορική διατριβή της Δ. Σιούσιουρα (2010), αναφέρεται πως το άγχος διακρίνεται επίσης ως **φυσικό** (με αρνητικές σωματικές συνέπειες) και ως **ψυχολογικό**. Τόσο στη μία, όσο και στην άλλη περίπτωση, οι συνέπειες στο άτομο εμφανίζονται ως διαταραχές του μεταβολισμού μέσω του ενδοκρινολογικού συστήματος (υπόφυση, θυρεοειδής αδένας, επινεφρίδια, πάγκρεας, γεννητικοί αδένες). Οι αδένες διαδραματίζουν τον ρόλο του μεσολαβητή. Επισημαίνεται, επίσης πως το ψυχολογικό άγχος κατηγοριοποιείται σε οξύ στρες, διαδοχικό ή συνεχές, χρόνιο ή περιοδικό και το χρόνιο.

Θεωρητικές προσεγγίσεις του άγχους

Σύμφωνα με τον Matteson, το άγχος αποτελεί μια «προσαρμοστική απάντηση, που μετριάζεται από ατομικές διαφορές, δηλαδή την συνέπεια κάθε ενέργειας, κατάστασης ή γεγονότος, που απαιτεί ιδιαίτερες απαιτήσεις από το άτομο» (Antoniou & Athinaίου, 2015). Κατά τον Freud, το άγχος αποτελεί μια δυσάρεστη κατάσταση που βιώνει το άτομο και το διαχωρίζει από τα υπόλοιπα συναισθήματα καθώς υπάρχει αλληλεπίδραση με φαινομενολογικούς και ψυχοσωματικούς παράγοντες (Παπάνης, Γιαβρίμης & Μπαλάσα, 2011).

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική προσέγγιση υπάρχουν δυο θεωρίες για την επεξήγηση του άγχους, οι οποίες συμπληρώνουν η μία την άλλη. Για την πρώτη «το άγχος αποτελεί άμεση μεταμόρφωση μη εκφορτισμένης σεξουαλικής ενέργειας», ενώ για την δεύτερη, «το άγχος αποδίδεται σε ενδοψυχική σύγκρουση, το άγχος δηλαδή θεωρείται ως απάντηση του Εγώ σε απαγορευμένες ασυνείδητες ενορμήσεις, που έρχονται σε σύγκρουση με το Εγώ και το Υπερεγώ ή την πραγματικότητα» (Αθανασίου κ.ά., 2007).

Η βιολογική προσέγγιση υποστηρίζει, ότι το άγχος γίνεται αντιληπτό ως μια φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού, η ένταση της οποίας εξαρτάται αποκλειστικά από την ένταση των ερεθισμάτων, ενώ πολλές διαταραχές σημειώνεται πως έχουν μια προγεννητική διάθεση. Κατά το συμπεριφορισμό, παρατηρείται πως το άγχος αναπτύσσεται ως μια εξαρτημένη ή μια επίκτητη αντίδραση σε ένα συγκεκριμένο ερέθισμα (Αθανασίου κ.ά., 2007).

Η γνωστική θεωρία υποστηρίζει, ότι το άγχος αποτελεί ένα αποτέλεσμα εκτίμησης καταστάσεων, όπου ο καθορισμός των αιτίων της κατάστασης και η διευθέτηση του κινδύνου κρίνονται αδύνατοι, λόγω της συναισθηματικής θέσης του (Αθανασίου κ.ά., 2007).

Τέλος, σύμφωνα με τη φαινομενολογική θεωρία, το άγχος αποτελεί την αντίδραση του οργανισμού του ατόμου στις αρνητικές εμπειρίες, οι οποίες προέρχονται από το οικογενειακό περιβάλλον. Η δυσαρμονία ανάμεσα στον εαυτό και την εμπειρία αποτελεί μια πηγή έντασης και απειλής (Αθανασίου κ.ά., 2007).

Δημογραφικές μεταβλητές

Οι δημογραφικές μεταβλητές που αποδεδειγμένα αφορούν στις αγχογόνες σχέσεις υγείας - δουλειάς περιλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την προϋπηρεσία, τον τίτλο της θέσης εργασίας, και το ιεραρχικό επίπεδο. Το φύλο, η ηλικία και το επίπεδο ιεραρχίας είναι οι πιο σημαντικές μεταβλητές (Dua, 1994; Lind & Otte, 1994; Murphy, 1995).

Στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το φύλο μπορεί να έχει ένα ρόλο στη δυστυχία, και να επηρεάζει κάθε στοιχείο στη διαδικασία του άγχους, προσδιορίζοντας το εάν μια κατάσταση γίνεται αντιληπτή ως αγχωτική. Επίσης οι αντιδράσεις του άγχους καθορίζουν τις επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου, καθώς και την αντιμετώπιση του (Tabolli, Ianni, Renzi, Di Pietro & Puddu, 2006).

Οι γυναίκες υιοθετούν περισσότερο από τους άνδρες την συναισθηματική αντιμετώπιση και την αποφυγή, ενώ παρουσιάζουν λιγότερες στρατηγικές αποκόλλησης. Αυτό, κατά πάσα πιθανότητα, προκαλεί σωματικά συμπτώματα και ψυχολογική δυσφορία περισσότερο στις γυναίκες παρά στους άνδρες (Matud, 2004).

Άνδρες και γυναίκες μπορεί επίσης να διαφέρουν ως προς τις αντιλήψεις τους για τις πηγές του άγχους και των αποτελεσμάτων, καθώς και στη χρήση της κοινωνικής υποστήριξης σε αγχογόνους παράγοντες. Για τις γυναίκες, τα γεγονότα της ζωής και οι αλλαγές είναι λιγότερο ελεγχόμενα και πιο αρνητικά (Bellman, Forster, Still & Cooper, 2003).

Μελέτες αποκαλύπτουν διαφορές στα δύο φύλα, σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιμετωπίζουν καταστάσεις στρες. Η γενική εικόνα των διαφορών, σχετίζεται με τα στερεότυπα των ρόλων των δύο φύλων, όπου εμφανίζει τις γυναίκες να εκφράζονται συναισθηματικά και να ζητούν υποστήριξη από το περιβάλλον τους σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι άντρες, και τους άντρες να είναι περισσότερο συγκρατημένοι συναισθηματικά αλλά και περισσότερο προσανατολισμένοι προς την επίλυση του προβλήματος από ότι οι γυναίκες. Σε αυτήν την περίπτωση οι άντρες, είτε αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα άμεσα και με πρακτικούς τρόπους, είτε επιδεικνύουν συμπεριφορές άρνησης και αποφυγής. Οι γυναίκες, αναφέρεται ότι επιδεικνύουν περισσότερο συναισθηματικές αντιδράσεις στα προβλήματα (Ντίνου, Μωραϊτου, Παπαντωνίου, Καλογιαννίδου & Παπαντωνίου Α, 2013).

Επισημαίνεται επίσης πως η χρήση στρατηγικών που εστιάζουν στο συναίσθημα είναι ξεκάθαρα μεγαλύτερη στις γυναίκες, παρά στους άνδρες, το πρότυπο χρήσης στρατηγικών που εστιάζουν στο πρόβλημα είναι ασαφές, σε ότι αφορά την κυριαρχία ενός από τα δύο φύλα (Ντίνου κ.ά., 2013).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι γυναίκες βιώνουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού άγχους σχετικά με αγχογόνους παράγοντες με βάση το φύλο και έχουν διαφορετικούς τρόπους ερμηνείας και αντιμετώπισης των προβλημάτων που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας τους (Antoniou, Polychroni & Vlachakis, 2006). Για παράδειγμα, οι Sharpley, Reynolds, Acosta & Dua (1996), διαπίστωσαν ότι οι άνδρες έχουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα αποτελέσματα εργασιακού άγχους. Οι Davidson et al., (1995), διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες διευθύντριες είναι υπό πολύ μεγαλύτερη πίεση από ό, τι οι άνδρες συναδέλφοί τους. Συναφώς οι Antoniou et al. (2006), διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες εκπαιδευτικοί είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού άγχους σε σύγκριση με τους άνδρες συναδέλφους τους. Οι Ganster & Schaubroeck (1991) σημειώνουν, ότι οι γυναίκες βιώνουν το μεγαλύτερο επίπεδο άγχους καθώς είναι πιο

ευάλωτες στις απαιτήσεις της εργασίας. Ο Gregory (1990) γνωστοποιεί ότι, για τη γυναίκα επαγγελματία, τα στερεότυπα των φύλων στο χώρο εργασίας προσθέτουν στις εμπειρίες σύγκρουσης των ρόλων. Τέλος, τα αποτελέσματα της ανάλυσης που διενεργήθηκε από τους Fotinatos -Ventouratos & Cooper (2005), αποκάλυψαν σημαντικές διαφορές σε ότι αφορά τη σωματική και ψυχολογική ευεξία μεταξύ των ανδρών και των γυναικών.

Οι Comish & Swindle (1994), εξηγούν ότι οι απαιτήσεις του ρόλου, όπως το να είναι σύζυγος, μητέρα και επαγγελματίας προκαλούν σύγκρουση ρόλων.

Σύμφωνα με μελέτη της Φακή κ.ά., (2009), όπου συμμετείχαν 92 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών, εργαζόμενοι σε Κέντρα Υγείας της Θεσσαλίας, τα αποτελέσματα τους, αναφορικά με τη σχέση μεταξύ εργασίας και οικογένειας παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς υποδεικνύουν την πιθανή εμπλοκή παραγόντων, όπως η βαθμίδα της επαγγελματικής θέσης και η οικογενειακή κατάσταση, οι οποίοι φιλτράρουν και μετριάζουν την ένταση μιας ενδεχόμενης σύγκρουσης μεταξύ των δυο αυτών τομέων της ζωής.

Πιο συγκεκριμένα αναφέρουν πως το φύλο και η ηλικία των εξεταζόμενων δε βρέθηκε να αποτελεί συνάρτηση της δυσκολίας που μπορεί να εμπεριέχει η σχέση ανάμεσα στην εργασία και την οικογένεια. Σε ποσοστό περίπου 50% του συνολικού πληθυσμού μελέτης βρέθηκε να υπάρχει επιρροή από λίγο έως καθόλου στην οικογενειακή τους ζωή από την εργασία καθώς δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Διαπιστώθηκε ότι, πιστεύουν στην ανάγκη της υψηλής εκπαιδευτικής επάρκειας για την επίτευξη επαγγελματικής ανέλιξης, παρουσιάζουν υψηλές τιμές παροδικού άγχους, το οποίο εντείνεται από τη σύγκρουση οικογένειας - εργασίας, χωρίς η μεταβλητή ηλικία να παίζει κάποιο ιδιαίτερο ρόλο, και τέλος, οι νοσηλευτές εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους απ' ότι οι βοηθοί.

Αντίθετα οι οικογενειακές υποχρεώσεις φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά σε μεγαλύτερο βαθμό τους βοηθούς νοσηλευτών καθώς βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

Επιπρόσθετα, πολλές μελέτες, υποστηρίζουν ότι το άγχος εμφανίζεται να μεν, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες και δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ τους, αλλά κάποιες έρευνες συμπληρώνουν πως τα ποσοστά των γυναικών νοσηλευτριών που εμφανίζουν άγχος, είναι μεγαλύτερα από τα ποσοστά των ανδρών νοσηλευτών, καθώς υπάρχει αριθμητική πλειοψηφία των γυναικών που επιλέγουν να ακολουθήσουν τον κλάδο της νοσηλευτικής, αλλά και από τον διπλό ρόλο των γυναικών με υποχρεώσεις τόσο στην εργασία, όσο και στην οικογενειακή εστία (Παπαδημητρίου, 2008).

Έρευνα των Μιχαλακίδου και Πουλτσίδου (2012) με πληθυσμό μελέτης 104 νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται στα Κέντρα Υγείας Σαππών και Σουφλίου και στο ΓΠΝΑ, κατέδειξε πως η ψυχική και σωματική καταπόνηση στο χώρο εργασίας, σε συνδυασμό με την προσπάθεια εκπλήρωσης των οικογενειακών τους υποχρεώσεων (οι περισσότεροι νοσηλευτές, σύμφωνα με την έρευνα, είναι γυναίκες έγγαμες και μητέρες) κάνει τους νοσηλευτές να μετανιώνουν για το επάγγελμα που διάλεξαν. Επίσης, τους κάνει να θέλουν να εγκαταλείψουν τον χώρο εργασίας τους (ιδιαίτερα αυτοί που δουλεύουν σε νοσοκομείο) και να αποτρέπουν τα παιδιά τους να ακολουθήσουν το ίδιο επάγγελμα.

Βρέθηκε ότι η ικανότητα διαχείρισης του άγχους που σχετίζεται με την εργασία και την οργάνωση αυξάνεται με την ηλικία, δηλαδή με την εμπειρία (Sager, 1990). Για παράδειγμα, έρευνες αποκάλυψαν ότι τα νεότερα μέλη του προσωπικού ανέφεραν περισσότερο άγχος από ό, τι τα παλαιότερα (Dua, 1994), ότι οι εργαζόμενοι οι οποίοι είναι κάτω των 30 ετών αντιμετωπίζουν τα υψηλότερα επίπεδα του στρες (Ben-Bakar, Al-Shammari & Jefri, 1995) ότι το προσωπικό μεταξύ των ηλικιών 31 και 40 υπέφεραν περισσότερο από το εργασιακό άγχος (Sharpley et al., 1996), και ότι οι νεότεροι εκπαιδευτικοί βιώνουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, ειδικά σε ότι αφορά τη συναισθηματική εξάντληση και την απεμπλοκή από το επάγγελμα (Antoniou et al., 2006).

Η κύρια εξήγηση για μια τέτοια διαπίστωση είναι ότι οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι έχουν συχνά φτάσει σε ένα στάδιο όπου η ανάπτυξη της σταδιοδρομίας δεν είναι κύριο μέλημα τους, και ως εκ τούτου μια σειρά χαρακτηριστικών των θέσεων εργασίας που μπορεί να προκαλέσει άγχος στους νεότερους υπαλλήλους, οι οποίοι έχουν την καριέρα τους μπροστά τους, δεν προκαλούν στρες στο προσωπικό μεγαλύτερης ηλικίας. Σε δημόσιο νοσοκομείο της Kuala Lumpur σε πληθυσμό μελέτης 114 νοσηλευτών από 5 διαφορετικά τμήματα, έδειξε πως δεν βρέθηκε κάποιος συσχετισμός στατιστικά αξιοσημείωτος ανάμεσα στο εργασιακό άγχος και τη ηλικία των εργαζομένων, την οικογενειακή και οικονομική τους κατάσταση (Dua, 1994).

Επίσης, το προσωπικό που απασχολείται στα υψηλότερα επίπεδα απασχόλησης βρέθηκε να είναι λιγότερο αγχωμένο από ότι όσοι απασχολούνται σε χαμηλότερα επίπεδα απασχόλησης στα μέλη του νοσοκομειακού προσωπικού στη Σαουδική Αραβία (Dua, 1994). Σε ότι αφορά τους νοσηλευτές, ο Al-Omar (2003), βρήκε ότι το εργασιακό άγχος δεν επηρεάστηκε από το εκπαιδευτικό επίπεδο, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση ή τη γλώσσα του εργαζομένου.

Ο Al-Aameri (2003) διαπίστωσε ότι, οι επιπτώσεις των δημογραφικών παραγόντων στην αντίληψη των νοσηλευτών σχετικά με τις πηγές του άγχους είναι ελάχιστες.

Διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές με περισσότερα χρόνια υπηρεσίας και οι άγαμοι νοσηλευτές δεν αντιλαμβάνονται τον εν λόγω παράγοντα ως αγχογόνο, αντίθετα με τους νέους και έγγαμους.

Τέλος, οι Onasoga-Olayinka, Osamudiamen & Ojo (2013) δεν βρήκαν καμία στατιστικά σημαντική σχέση στην ηλικία, στο φύλο και στο ύψος του μισθού με τον τύπο του άγχους που βίωναν οι νοσηλευτές.

Αν και η βιβλιογραφία εξετάζει τη σχέση μεταξύ των δύο φύλων και το άγχος αποκαλύπτει αντικρουόμενες διαπιστώσεις, υποστηρίζει ότι οι διπλές ευθύνες είναι πιθανό να προσθέτουν ένα σημαντικό φορτίο στη σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών, και το εν λόγω φορτίο μπορεί να είναι πρόσθετη πηγή του εργασιακού άγχους (Parikh, 2004).

Αίτια και πηγές του εργασιακού άγχους

Σύμφωνα με βιβλιογραφική ανασκόπηση σε διεθνείς έρευνες που πραγματοποιηθήκαν, με σκοπό τη διερεύνηση των αιτιών εμφάνισης του επαγγελματικού στρες, όπως επίσης και της επίδρασής του στη ζωή (προσωπική και επαγγελματική) των επαγγελματιών υγείας, απεδείχθη πως η πίεση του χρόνου, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας (Tyler & Ellison, 1994), το παρατεταμένο ωράριο, η σύγκρουση πεποιθήσεων, οι διαπροσωπικές σχέσεις (έρευνα στη Νέα Ζηλανδία αφορούσε τις συγκρούσεις ρόλων, καθηκόντων και ευθυνών μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών) και η κακή διοίκηση κατατάσσονται στους κυριότερους παράγοντες εργασιακού στρες. (Κοϊνης & Σαρίδη, 2014). Οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των νοσηλευτών καθώς και η έλλειψη ηθικής και κοινωνικής υποστήριξης αποτελούν σοβαρούς αγχογόνους παράγοντες (Βασιλείου, Καπάδοχος, Σαμέντζας, Τουλιά & Μαρβάκη, 2015).

Σε έρευνα των Κούκια & Γκόνη (2010) αναφέρεται πως οι αυξανόμενες απαιτήσεις του νοσηλευτικού ρόλου σε σχέση με το παρελθόν σχετίζεται με το θέμα της αυτονομίας του νοσηλευτή, καθώς ανέφερε ο πληθυσμός (νοσηλευτικό προσωπικό) μελέτης, πως δεν υπάρχει νομοθετική κάλυψη κατά την άσκηση της εργασίας τους και αυτό έχει σαν συνέπεια να αυξάνει το άγχος. Επιπρόσθετα, επεσήμαναν πως η έλλειψη της αυτονομίας σε συνάρτηση με την ελλιπή γνώση των νοσηλευτών σε ότι αφορά τα καθήκοντα και στα όρια του ρόλου τους, δημιουργούν ένα «αίσθημα ανεπάρκειας» που έχει αντίκτυπο στην επαφή τους με τον άρρωστο.

Πιστεύεται ότι οι νοσηλευτές βιώνουν περισσότερο άγχος σε σχέση με άλλες επαγγελματικές ομάδες, λόγω της φροντίδας για την ταλαιπωρία και το θάνατο των

ασθενών, την ανάγκη να κρύψουν τα αρνητικά συναισθήματα και τις οργανωτικές αλλαγές (Sveinsdottir et al., 2006).

Οι Smith, Mitchell, McCauley & Calderon (1990), είχαν εντοπίσει αρκετούς αγχωτικούς παράγοντες για τους νοσηλευτές, όπως το ότι έρχονται αντιμέτωποι με το θάνατο του ασθενούς, η επικοινωνία με τους συναδέλφους, το ότι δεν είναι προετοιμασμένοι να ασχοληθούν με τα συναισθηματικά ζητήματα των ασθενών, η έλλειψη επαρκούς προστασίας του εργοδοτικού οργανισμού, ο φόρτος εργασίας και η αβεβαιότητα σχετικά με τις κατευθυντήριες γραμμές.

Άλλοι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αναδιάρθρωση του νοσοκομείου και του φόρτου εργασίας συνδέθηκαν με τα υψηλά επίπεδα της αποχής από τους νοσηλευτές (Colligan & Higgins, 2005).

Σε άλλες βιβλιογραφικές αναφορές στους παράγοντες που προκαλούν εργασιακό άγχος στους νοσηλευτές, αποτελούν η έλλειψη του κατάλληλου προσωπικού στα νοσοκομεία σε συνάρτηση με τον φόρτο εργασίας, το κυκλικό ωράριο, η έλλειψη ηθικής αλλά και οικονομικής ικανοποίησης και η δυσκολία στην επαγγελματική ανέλιξη. Οι εν λόγω παράγοντες φαίνεται να επιδρούν αρνητικά στην ψυχική υγεία των νοσηλευτών, με αποτέλεσμα τη δημιουργία άγχους και κατάθλιψης (Μαρβάκη κ.ά., 2007).

Το εθνικό σύστημα υγείας της Μ. Βρετανίας, αναφέρει πως το εργασιακό άγχος και η δυσαρέσκεια για την εργασία προέρχεται από παράγοντες, όπως είναι ο αυξημένος φόρτος εργασίας, το μειωμένο προσωπικό, οι οργανωτικές αλλαγές αλλά και η ανασφάλεια στην εργασία (Μαρνέρας κ.ά., 2010).

Σε άλλες ταξινομήσεις, αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν στο εργασιακό άγχος ως φυσικοί παράγοντες (φως, ήχος, ζέστη ή κρύο), επαγγελματικοί παράγοντες (φόρτος εργασίας, ασάφεια και εργασιακά προβλήματα, αλλαγές, πίεση για την εξοικονόμηση χρόνου, πολύ υψηλή ή πολύ χαμηλή ανάληψη ευθύνης), παράγοντες που σχετίζονται με την οργανωτική διαχείριση (έλλειψη οργανωτικής υποστήριξης, δομική αδυναμία, κακή διαχείριση), συνεργατικοί παράγοντες (έλλειψη αλληλεγγύης, αδύναμη στήριξη από την ομάδα), παράγοντες που σχετίζονται με ατομικές προσδοκίες (ελπίδες και προηγούμενες προσδοκίες, ανησυχίες για τη συνταξιοδότηση) και από παράγοντες εκτός του εργασιακού περιβάλλοντος (οικογενειακή ζωή, γάμος, γονείς, οικονομικά, φίλοι και σχέσεις με την κοινότητα) (Lambert, & Itano, Lambert, 2004a; Lambert, Lambert & Ito, 2004b; Opie, Dollard & Lenthall, 2010).

Μία άλλη μελέτη υποστηρίζει ότι ανάμεσα στους βασικούς παράγοντες εργασιακού άγχους των νοσηλευτών είναι η αυξημένη λήψη και η αυξημένη ευθύνη των αποφάσεων, η απασχόληση τους σε μονότονες εργασίες, η επαναληψιμότητα, το

ακατάλληλο εργασιακό περιβάλλον (όπου ακατάλληλο περιβάλλον, λογίζεται αυτό με δυσμενείς κλιματολογικές συνθήκες, μη σωστό φωτισμό, πολύ θόρυβο και ακατάλληλη εργονομία) και τέλος το ανοργάνωτο περιβάλλον (Δίκης, 2013).

Ο Cooper, έχει ταξινομήσει σε 6 κατηγορίες τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που ενδέχεται να πυροδοτήσουν την εμφάνιση εργασιακού άγχους: στους ενδογενείς παράγοντες στην εργασία (κακές συνθήκες εργασίας, εργασία σε βάρδιες, φόρτος εργασίας κ.ά.), στους παράγοντες που σχετίζονται με τον εργασιακό ρόλο (ασάφεια ρόλων, συγκρούσεις), στους παράγοντες που σχετίζονται με τις εργασιακές σχέσεις (με τους προϊστάμενους, τους υφιστάμενους, τους συναδέλφους), στους παράγοντες επαγγελματικής ανάπτυξης και σταδιοδρομίας του ατόμου, στους παράγοντες οργάνωσης, δομής και κλίματος του εργασιακού χώρου και τέλος στους παράγοντες που σχετίζονται με τη διασύνδεση οικογενειακής και εργασιακής ζωής (Μπάμπαλου, Θανασιάς & Μακρόπουλο, 2012).

Τα αίτια εμφάνισης άγχους στους νοσηλευτές ενδέχεται να προέρχονται από ποικίλους παράγοντες, όπως ατομικούς (κίνητρα, προσδοκίες, ικανότητα αντίδρασης – coping), παράγοντες που σχετίζονται με το νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας (εντατικοποίηση εργασίας, ασάφεια ρόλων, εργασιακό ωράριο) και η επαφή με τον ασθενή και τους συγγενείς (πόνος, θάνατος, θλίψη). Ως αποτέλεσμα των άνωθεν αιτιών είναι η αρνητική επιρροή στη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του νοσηλευτικού προσωπικού με άμεση επίπτωση στην ποιότητα ζωής του εργαζόμενου (Τούκας & Τούκα, 2010).

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί πως οι νοσηλευτές που εμφανίζουν συχνότερα εργασιακό άγχος είναι αυτοί που εργάζονται σε νοσοκομεία, λόγω της ύπαρξης πολλών στρεσογόνων παραγόντων και κυρίως σε τμήματα με μεγάλες απαιτήσεις, παρά οι νοσηλευτές που εργάζονται σε σπίτια ή ξενώνες και οι απαιτήσεις είναι μικρότερες (Παπαδημητρίου, 2008).

Πιο συγκεκριμένα, σε μελέτες αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές που εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά άγχους είναι αυτοί που εργάζονται κατά κόρον στα επείγοντα περιστατικά, καθώς οφείλουν να αντεπεξέλθουν στα καθήκοντα τους και να λάβουν άμεσα πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων, κάτω από υψηλές πιέσεις (άμεση φροντίδα χρόνιων ή ασθενών με ασταθή κατάσταση), αλλά και υπό την παράλληλη συναισθηματική πίεση των συγγενών των ασθενών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση σε μεγάλα ποσοστά συναισθηματικής υπερκόπωσης, εν συγκρίσει με συναδέλφους τους που εργάζονται σε μονάδες εντατικής ή σε άλλα τμήματα, όπου το

άγχος οφείλεται περισσότερο σε θέματα διοίκησης, όπως ανεπαρκές προσωπικό ή χαμηλή μισθοδοσία (Παπαδημητρίου, 2008).

Παρά το γεγονός αυτό, η στήριξη της οικογένειας μπορεί επίσης να αποτελέσει παράγοντα πίεσης-αντίστασης και ως εκ τούτου, να συμβάλει στην ικανοποίηση από την εργασία των νοσηλευτών, ενώ οι εργασιο-οικογενειακές συγκρούσεις φαίνεται να μοιράζονται σημαντικές σχέσεις με την ψυχική υγεία (Burke & Greenglass, 2001a).

Η βίωση του επαγγελματικού άγχους είναι σαφώς μια πολύπλευρη διαδικασία, και οι σχέσεις μεταξύ της πίεσης και της έντασης είναι ένας συνδυασμός απλών και σύνθετων μονοπατιών, που αποτελείται από τα χαρακτηριστικά τόσο των περιβαλλοντικών απαιτήσεων όσο και των διαστάσεων της προσωπικότητας (Lambert et al., 2004b).

Αρκετές μελέτες σχετικά με τη σχέση μεταξύ άγχους και του επαγγέλματος του νοσηλευτή επικεντρώνονται στον εντοπισμό των πηγών της έντασης. Μερικές από αυτές έχουν σχέση με την κλινική εργασία, ενώ κάποιες άλλες είναι συνέπειες του ρόλου και του οργανωτικού μοντέλου που παρουσιάζεται στην εργασία, όπως το ότι ασχολούνται με το θάνατο, ο κύκλος εργασιών, οι εκ περιτροπής βάρδιες, η ασάφεια του ρόλου ή ο υπερβολικός φόρτος εργασίας (Pino & Rossini, 2012).

Επιπλέον, άλλες πηγές άγχους είναι η κακή ποιότητα του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, η φροντίδα των ασθενών, οι φτωχές σχέσεις με τους επόπτες, τους συναδέλφους και τους γιατρούς και οι αντικρουόμενες αρμοδιότητες μεταξύ εργασίας και σπιτιού. Τα παραπάνω έχουν προταθεί ως πιθανές συμβολές στα υψηλά επίπεδα άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου (Pino & Rossini, 2012). Παρόλα αυτά, ο φόρτος εργασίας θεωρείται ο πιο αξιοσημείωτος και συνεπής προγνωστικός δείκτης της δυσφορίας στους νοσηλευτές, καθώς εμφανίζεται συχνά σε χαμηλότερη ικανοποίηση από την εργασία και πολλά άλλα αποτελέσματα σχετικά με το άγχος (Greenglass, & Burke, 2001).

Επίσης, σε πρόσφατη έρευνα, το 42,4% των εργαζομένων αναφέρουν πως στην εργασία τους υπάρχει αρκετή ένταση, με αποτέλεσμα να υπάρχουν καθυστερήσεις και λάθη, ενώ το 42,8% αισθανόταν μεγάλη πίεση από την εργασία. Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν ότι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η εξάντληση και το άγχος οδηγούν συχνά σε ανεπανόρθωτα λάθη.

Οι περισσότεροι από τους μισούς Έλληνες αντιμετωπίζουν το εργασιακό τους περιβάλλον ως πηγή άγχους. Κάτι που ισχύει για τους τρεις στους δέκα (30%) Ευρωπαίους, κατά μέσον όρο, ή για έναν στους δέκα Ιρλανδούς (10%), (Nakata, Haratani, & Takahashi, 2001; Park, Min & Chang, 2009).

Σε πιο πρόσφατη έρευνα στην Ελλάδα, συγκεκριμένα το 2015, η οποία διεξήχθη στην Κόρινθο σε πληθυσμό μελέτης 579 εργαζομένων της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας του νομού, κατέδειξε κυριότερες πηγές άγχους, το 57,5 % των ερωτηθέντων το μεγάλο φόρτο εργασίας ως στρεσογόνο παράγοντα, το 51,9% τις αντίξοες συνθήκες εργασίας, ενώ το 44, 5% το κυλιόμενο ωράριο εργασίας. Επιπρόσθετα, το 50,3% θεωρεί πως η οικονομική κρίση επηρεάζει την απόδοση στην εργασία, με μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης στις ηλικίες 51-60 ετών. Σε χαμηλότερα επίπεδα ως στρεσογόνοι παράγοντες, εμφανίστηκαν οι επικίνδυνες συνθήκες εργασίας (33,2%) και οι υπερωρίες (33,7%) (Σαρίδη, Καρρά & Σουλιώτης, 2015).

Η οικονομική κρίση, η ανεργία και η εργασιακή ανασφάλεια έχουν επίσης πυροδοτήσει το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης το οποίο φαινόμενο είναι πηγή άγχους (Κουβουτσάκη, 2017). Η οικονομική κρίση έχει επιπτώσεις σε όλες σχεδόν τις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Ο τομέας της υγείας πλήττεται σοβαρά από αυτήν και εμμέσως ο πολυπληθέστερος κλάδος στον χώρο της υγείας, οι νοσηλευτές, οι οποίοι αποτελούν τη μεγαλύτερη επαγγελματική ομάδα με τη μεγαλύτερη αναλογία του συνολικού κόστους της φροντίδας υγείας (Παπαδοπούλου, 2015). Η εργασιακή ανασφάλεια επίσης, αποτελεί έναν από τους πιο διαδεδομένους παράγοντες εργασιακού stress και έχει καταγραφεί πως είναι μεγαλύτερη μεταξύ των εργαζομένων (γενικά, αλλά και ειδικά στον χώρο της υγείας) στον ιδιωτικό τομέα, εν συγκρίσει με το δημόσιο τομέα (Μαστροκώστας, 2010).

Σύμφωνα με βιβλιογραφική έρευνα του Mcvicar (2003), ο οποίος μελέτησε άρθρα σε ιατρικά περιοδικά της Αγγλίας (στο πρωτότυπο αγγλόφωνο άρθρο υποδηλώνεται ως UK), της Αμερικής, της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας, σχετικά με τους παράγοντες της εργασίας που προκαλούν άγχος στους νοσηλευτές (οι οποίοι εργάζονται στην φροντίδα παιδιών και ενηλίκων) κατέδειξε ότι η θετική επίδραση του άγχους, έναντι της αρνητικής (όροι στο κείμενο: eustress και distress), εξαρτάται από την αλληλεπίδραση του κειμένου με το περιβάλλον του. Αρνητικοί παράγοντες δημιουργίας άγχους στους νοσηλευτές αποτελούν: η ροή – φόρτος εργασίας, ο τρόπος διοίκησης, οι σχέσεις μεταξύ συναδέλφων και η συναισθηματική φόρτιση και απαιτήσεις.

Στην Ελλάδα έγινε έρευνα το 2006, με σκοπό να διερευνηθούν τα επίπεδα στρες των νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών και τυχόν διαφοροποιήσεις στα επίπεδα άγχους. Η μελέτη έγινε σε πληθυσμό μελέτης 250 άτομα (150 εργαζόμενοι σε νοσοκομείο της Περιφέρειας και 100 εργαζόμενοι σε νοσοκομείο της Αθήνας), και τα αποτελέσματα έδειξαν πως το εργασιακό άγχος των νοσηλευτών είναι υπαρκτό –χωρίς ιδιαίτερες διαφοροποιήσεις στα δύο νοσοκομεία – το οποίο (άγχος) είναι απόρροια σύγκρουσης του

επαγγελματικού και οικογενειακού ρόλου των εργαζομένων. Ερευνητικό εύρημα το οποίο απαντάται και σε άλλες μελέτες (Μουστάκα κ.ά., 2010).

Κατά τα τελευταία χρόνια, το δημόσιο σύστημα υγείας παγκοσμίως έχει υποστεί σημαντική αναδιάρθρωση και συρρίκνωση, προκειμένου να μειώσει τις δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης και να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα του οργανωτικού συστήματος. Με τη συρρίκνωση των προϋπολογισμών της υγειονομικής περίθαλψης και τις περικοπές στο εργατικό δυναμικό, οι επαγγελματίες υγείας αναμένεται να ανταποκριθούν βιώνοντας αυξημένα επίπεδα άγχους και μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία. Αυτό όμως αυξάνει το άγχος το οποίο συμβάλλει στην οργανωτική ανεπάρκεια, τη μείωση της ποιότητας, την αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, και τη μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση (Pino & Rossini, 2012).

Σύμφωνα με έρευνα του Χάρου κ.ά., (2017) το 2014 σε πληθυσμό μελέτης 113 ατόμων που εργάζονταν σε δομές της υγείας, τόσο στην Αθήνα όσο και στην περιφέρεια, κατέδειξε πως η οικονομική κρίση αύξησε το άγχος και τον φόβο της απώλειας της εργασίας τους, σε ποσοστό 85,8%, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού μελέτης απάντησε θετικά σχετικά με την ύπαρξη εργασιακού άγχους. Πιο συγκεκριμένα, οι κυριότεροι παράγοντες που δημιουργούσαν άγχος ήταν η αίσθηση ευθύνης για τις ζωές των ασθενών, σε ποσοστό 77,3%, το 59,3% ότι αισθάνονταν ανασφάλεια για τη διατήρηση της μονιμότητάς τους και το 57,2% φοβούνταν ότι αν δεν κάνουν κάτι καλά θα είχαν επιπτώσεις. Παράλληλα, το 57,5% του πληθυσμού μελέτης, στο τέλος της εργασίας ένιωθαν εξαντλημένοι.

Άλλοι σημαντικοί παράγοντες εργασιακού άγχους είναι ο εκτεταμένος φόρτος εργασίας, η έλλειψη αυτονομίας, η πολύωρη απασχόληση, η καταχρηστική διαχείριση, οι κακές σχέσεις με τους συναδέλφους, η έλλειψη ίσων ευκαιριών και τέλος η προσωπικότητα του εργαζόμενου σε συνδυασμό με τις εργασιακές καταστάσεις (Πουλής, 2011).

Το Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής (General Adaptation Syndrome GAS)

Σύμφωνα με τον Selye (1976), το εργασιακό stress αποτελεί την «μη ειδική απάντηση του σώματος σε οποιοδήποτε είδος απαίτησης εφαρμόζεται σε αυτό», ενώ ο Schafer όρισε το stress ως «διέγερση του μυαλού και του σώματος σε οποιοδήποτε είδος απαίτησης εφαρμόζεται σε αυτά». Ο ιατρός Hans Selye, διευρύνει τις μεταβολές που συμβαίνουν στο ανθρώπινο σώμα ως αποτέλεσμα της έκθεσης σε στρεσογόνα ερεθίσματα.

Οι έρευνες του διαδραμάτισαν καθοριστικό ρόλο, σκιαγραφώντας τις γενικές αρχές για την παρουσίαση του στρες μέσω του μοντέλου της ανταπόκρισης.

Αναλυτικότερα, μέσω μίας σειράς πειραμάτων ο Selye (1976), οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι η αντίδραση του σώματος σε εξωτερικές «επιθέσεις» ακολουθεί πάντοτε την ίδια διαδικασία. Σύμφωνα με την άποψη του, «το στρες είναι μια όχι συγκεκριμένη αντίδραση του σώματος σε κάθε απαίτηση που ασκείται επάνω του» (Cox, 1978). Μελετώντας ακραίες περιπτώσεις ασθενών, και κάνοντας πειράματα σε ζώα (πρόκληση στρες, με ποικίλους τρόπους, σε αρουραίους), διαπίστωσε ότι, ανεξάρτητα από τον τύπο του στρεσογόνου παράγοντα που εφαρμοζόταν, αυτά αντιδρούσαν πάντα με τον ίδιο τρόπο. Τις αντιδράσεις αυτές τις ονόμασε «Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής» (GAS- General Adaptation Syndrome), υποστηρίζοντας παράλληλα ότι οι υπερβολικές προσπάθειες προσαρμογής στο στρες θα μπορούσαν να βλάψουν το σώμα (Selye, 1976). Οι σωματικές λοιπόν αντιδράσεις στο στρες είναι το σύνδρομο τοπικής προσαρμογής (Local Adaptation Syndrome: LAS) και το σύνδρομο γενικής προσαρμογής (General Adaptation Syndrome: GAS).

Το σύνδρομο γενικής προσαρμογής σύμφωνα με το μοντέλο του Selye, εκδηλώνεται σε **τρεις φάσεις-στάδια** (Di Matteo & Martin, 2006; Sdorow, 2006) :

1. **Της αντίδρασης συναγερμού.** Το σώμα προετοιμάζεται έτσι ώστε να αντιδράσει στο στρες και παρατηρείται αύξηση της δραστηριότητας του παρασυμπαθητικού συστήματος και των επινεφριδίων, όπως επίσης της καρδιαγγειακής και αναπνευστικής λειτουργίας. Διαφορετικοί παράγοντες στρες προκαλούν παρόμοια συμπτώματα, όπως κόπωση, πυρετό, πονοκέφαλο και απώλεια της όρεξης.
2. **Της αντίστασης.** Σε αυτήν τη φάση τα σωματικά συμπτώματα υποχωρούν. Η αντίσταση αυξάνεται βαθμιαία ως ένα τελικό υψηλό σημείο. Η συνεχής, όμως, αντίσταση στο στρες οδηγεί μεν σε μεγαλύτερη αντίσταση στον παράγοντα του στρες αλλά οδηγεί σε μειωμένη ικανότητα ανθεκτικότητας και αντοχής σε άλλα ερεθίσματα.
3. **Της εξάντλησης.** Το άτομο βιώνει την εξάντληση των σωματικών αποθεμάτων του ενώ προσπαθεί να υπερνικήσει το στρες ή να προσαρμοστεί στην απειλή. Τα χαρακτηριστικά της φάσης συναγερμού επανεμφανίζονται λίγο πριν τη στιγμή της κατάρρευσης του ατόμου. Σ' αυτό το σημείο, η αντίσταση του ατόμου προς τα νοσήματα καταρρέει και σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επακολουθήσει ακόμη και ο θάνατος.

Σύμφωνα με το Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής, το οποίο αποτελεί την αμυντική αντίδραση του οργανισμού, όταν η έκθεση στο στρεσογόνο ερέθισμα είναι διαρκής και επαναλαμβανόμενη, ένα στρεσογόνο ερέθισμα καταπονεί το σώμα μέσω της αρχικής

σωματικής αντίδρασης, της επακόλουθης προσαρμογής και της τελικής εξάντλησης των σωματικών αποθεμάτων (Di Matteo & Martin, 2006).

Επιπτώσεις εργασιακού άγχους στην σωματική και ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού

Η υγεία μπορούμε να πούμε πως πέρα από τον στείρο ορισμό της (σύμφωνα με την ιατρική είναι η απουσία κάποιας ασθένειας), έχει και άλλες πλευρές οι οποίες επηρεάζονται από παράγοντες του περιβάλλοντος (κοινωνικό, οικονομικό, πολιτισμικό και πολιτικό περιβάλλον) και συχνά ταυτίζεται με έννοιες όπως η ποιότητα ζωής και η ευεξία. Γίνεται σαφές λοιπόν πως η υγεία δεν είναι απλώς η έλλειψη κάποιας νόσου, και όπως επισημαίνεται από τον Οργανισμό της Παγκόσμιας Υγείας (WHO) η υγεία είναι «η πλήρης σωματικήⁱⁱ, ψυχο-πνευματικήⁱⁱⁱ και κοινωνική ευεξία^{iv} και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Το άγχος όταν εκδηλώνεται έχει συνήθως την μορφή του φόβου, με έμμονες ιδέες, αναβιώσεις τραυματικών γεγονότων, βραχυχρόνιες ή μακροχρόνιες ανήσυχες σκέψεις σε συνδυασμό με σωματικά συμπτώματα, επεισόδια παροξυσμικού άγχους καθώς και με άλλες τυπικές εκδηλώσεις (Τσιφολύτης & Χατζηθεοχάρης, 2009).

Οι αρνητικές συνέπειες του άγχους διαχωρίζονται σε σωματικές, ψυχολογικές και προβλήματα συμπεριφοράς. Τέτοια μπορεί να είναι γαστρεντερολογικά προβλήματα, πονοκέφαλοι, πόνοι στην πλάτη και συμπτώματα κατάθλιψης, όπως για παράδειγμα η απώλεια βάρους (Antoniou & Athinaïou, 2015).

Σύμφωνα με έρευνα του Αντωνίου (2007), το εργασιακό άγχος αποτελεί το δεύτερο συχνότερο πρόβλημα υγείας στα πλαίσια του εργασιακού περιβάλλοντος και αφορά το 28% των εργαζομένων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Μουστάκα κ.ά., 2010). Η κλινική εμπειρία και αντίστοιχες μελέτες έχουν καταδείξει ότι οι εκδηλώσεις άγχους συνδέονται με την εμφάνιση και την εξέλιξη της καρδιακής ανεπάρκειας (Αγγελουπούλου, κ.ά., 2012).

Το άγχος περιλαμβάνει μια αντίδραση από τον οργανισμό σε μια συναισθηματική, ψυχική ή σωματική διέγερση ή ένταση, η οποία μπορεί να διαταράξει ή να παρέμβει στην κανονική φυσιολογική λειτουργία. Το στρες μπορεί να επηρεάσει την ψυχική υγεία στους νοσηλευτές με διάφορους τρόπους, συμπεριλαμβανομένων της εξάρτησης από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, της στεφανιαίας νόσου, των σωματικών ενοχλημάτων, της απόπειρας αυτοκτονίας (Tully, 2004).

Το άγχος επιδρά στην «ψυχολογία» και συμπεριφορά του ατόμου (με συμπτώματα όπως η ευερεθιστότητα και οι συναισθηματικές μεταπτώσεις), στη γνωστική

λειτουργικότητά του (με επιρροές στη δυσκολία συγκέντρωσης και με έμμεση επίδραση στην εργασία) και τέλος στην κοινωνική συμπεριφορά (π.χ. απόσυρση) (Μητρούση, Μητρούση, Τραυλός, Κούκια, & Ζυγά, 2013). Ο νοσηλευτής με άγχος τείνει να αποσύρεται κοινωνικά, απουσιάζει από τον εργασιακό του χώρο, είναι αναποτελεσματικός και παρουσιάζει τάσεις προς εγκατάλειψη της εργασίας του (Βασιλείου κ.ά., 2015).

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα με μεγάλα δείγματα από την Σουηδία και τις ΗΠΑ ο Karasek κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ψυχική υγεία, η ικανοποίηση από την εργασία και η ικανοποίηση από τη ζωή γενικά, επέρχονται όταν υπάρχει συνδυασμός από δύο συγκεκριμένες και εξαρτημένες μεταβλητές, αρχικά τις απαιτήσεις της δουλειάς και στη συνέχεια το βαθμό ελευθερίας στις αποφάσεις.

Επαγγέλματα τα οποία τα άτομα τα εκλαμβάνουν ως υψηλών απαιτήσεων και μεγάλου βαθμού ελευθερίας αποφάσεων «Active Jobs», παράγουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης και θετικής ψυχικής υγείας. Αυτό το επίπεδο άγχους ονομάστηκε από τον Seyle ως eustress. Αυτό που ονόμασε ως distress (αντίθετη έννοια) σύμφωνα με το μοντέλο του Karasek, προέρχεται από το συνδυασμό υψηλών απαιτήσεων και μικρού βαθμού ελευθερίας στις αποφάσεις (High Strain Jobs). Από τις χαμηλές απαιτήσεις σε συνάρτηση με το μεγάλο βαθμό ελευθερίας στις αποφάσεις προκύπτει ένα περιβάλλον απελευθερωμένο από το εργασιακό άγχος και οι εργαζόμενοι εμφανίζουν λιγότερο στρες και μεγαλύτερη ικανοποίηση (Low Strain Jobs). Αυτό που ο Karasek ονόμασε Παθητικές εργασίες (Passive Jobs), προκύπτει από το συνδυασμό των χαμηλών απαιτήσεων και του μικρού βαθμού ελευθερίας αποφάσεων με αποτέλεσμα, αυτές οι εργασίες να μην προσφέρουν αυτό που ορίζεται επαγγελματική ικανοποίηση, με άμεση συνέπεια την κακή ψυχολογική υγεία. Μελέτες κατέδειξαν πως η ελευθερία στις αποφάσεις στον εργασιακό χώρο αποτελεί την πιο σημαντική μεταβλητή για την σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών (Payne, 2000; Λαζαρή & Παπαβασιλείου, 2006).

Οι νοσηλευτές, όπως ήδη έχει αναλυθεί εκτενώς, λόγω της ιδιαιτερότητας και της φύσης του επαγγέλματος τους, έρχονται συχνά αντιμέτωποι με στρεσογόνες καταστάσεις. Η ύπαρξη εργασιακού άγχους συνεισφέρει δυσμενώς στην επιβάρυνση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής τους υγείας, υποσκάπτοντας την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, με αρνητικές συνέπειες στους ασθενείς. Ως κυριότερα σωματικά συμπτώματα που εμφανίζουν οι νοσηλευτές από το άγχος είναι οι κράμπες, οι πόνοι στην πλάτη και τον αυχένα, οι πονοκέφαλοι, η αδύναμη μνήμη, η απότομη αύξηση ή μείωση του βάρους, η υπερβολική εφίδρωση, η δυσκοιλιότητα και η διάρροια, συμπτώματα τα οποία είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά στο συνολικό στρες.

Σχετικά με το εργασιακό άγχος και των ψυχική υγεία των νοσηλευτών παρουσιάζεται μια αρνητική σχέση (Αγαθοκλέους, 2012).

Σύμφωνα με έρευνα των Μουστάκα, Κουτή, Μπαμπάτσικου, Σαράφη, Μαλλιάρου & Κωνσταντινίδη (2013), σε πληθυσμό μελέτης 435 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών από 15 νοσοκομεία (δημόσια και στρατιωτικά) από όλη την επικράτεια, τα αποτελέσματα κατέδειξαν πως τα υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους έχουν άμεση συνάρτηση με τα χαμηλά επίπεδα ψυχικής ευεξίας. Όσο πιο μεγάλο δηλαδή είναι το εργασιακό stress, τόσο πιο άσχημο είναι το επίπεδο και η ποιότητα ζωής με άμεσες συνέπειες στην (σωματική και ψυχική) υγεία των νοσηλευτών.

Έρευνα που διεξήχθη σε νοσοκομεία της Αττικής, έχει αποδείξει πως οι νοσηλευτές έχουν τη χειρότερη σωματική και ψυχική υγεία σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες στο χώρο της υγείας (Μαστροκόστας, 2010).

Τον Ιούνιο του 2005 έως τον Μάιο του 2006, διεξήχθη έρευνα σε 8 δημόσια νοσοκομεία της χώρας (5 στην Αθήνα και 3 στην περιφέρεια – Θεσσαλονίκη, Κατερίνη και Φλώρινα), σε πληθυσμό μελέτης 282 επαγγελματίες της υγείας (πιο συγκεκριμένα, 204 νοσηλευτές και 78 βοηθοί νοσηλευτών). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το εργασιακό άγχος των νοσηλευτών σωματοποιείται κυρίως στις γυναίκες, στους εργαζόμενους με αρκετά έτη στην υπηρεσία και στους αποφοίτους των ΤΕΙ, με κόπωση, πονοκεφάλους, με αισθήματα θλίψης και θυμού. Τέλος, αναδείχθηκε πως δεν έχουν χρόνο να ασχοληθούν με θέματα που προάγουν την υγεία τους ή τους ευχαριστούν (Μαρβάκη κ.ά., 2007). Οι νοσηλευτές αναφέρουν κατά κύριο λόγο νευρικότητα και κόπωση από την εργασία τους και από το κυκλικό ωράριο. Η κόπωση οφείλεται κυρίως στο είδος της βάρδιας ανεξάρτητα από τη διάρκεια της (Κορομπέλη, Κτενάς & Κικεμένη, 2006).

Σύμφωνα με τον Colligan υπάρχουν υψηλά ποσοστά νοσηλευτών, που αναζητούν ψυχιατρική υποστήριξη, συνήθως εκτός του νοσοκομείου, ενώ οι Revicki & May έχουν επισημάνει πως το εργασιακό στρες στους νοσηλευτές έχει θετική συσχέτιση με το επίπεδο κατάθλιψης (Μουστάκα κ.ά., 2010).

Σύμφωνα με έρευνα και όπως αυτή διατυπώνεται από Nursing Times, ανάμεσα σε πληθυσμό μελέτης 1800 νοσηλευτών (με εκπροσώπους και από τα δύο φύλα), το 93% έχει βιώσει εργασιακό άγχος, το 64% υποφέρει από πονοκεφάλους οι οποίοι προέρχονται από το άγχος, το 62% πάσχει από αϋπνίες και το 30% υποφέρει από στομαχικές διαταραχές. Τα άνωθεν αναφέρονται ως συμπτώματα του άγχους ως προς την σωματική κατάσταση των νοσοκόμων. Από ψυχολογικής άποψης, αναφέρεται πως το 82% παρουσιάζει συναισθηματική κόπωση ενώ το 49% δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί, με ενδεχόμενο να οδηγηθεί ο νοσηλευτής, σε μειωμένη αυτοεκτίμηση (Kindyni & Antoniou, 2015).

Οι Calnan, Wainwright, Forsythe, Wall & Almond (2001), μέσω του ερωτηματολογίου GHQ (Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας / General Health Questionnaire), που έθεσαν στο προσωπικό των υπηρεσιών υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο, διαπίστωσαν ότι το 27% του συνόλου του προσωπικού των νοσοκομείων υποφέρει από άγχος και κακή ψυχική υγεία. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι οι νοσηλευτές έχουν υψηλότερα από τα συνήθη ποσοστά σωματικών παθήσεων, θνησιμότητας, και ψυχιατρικών εισαγωγών (Kirkcaldy & Martin, 2000). Σχετική μελέτη επίσης, στις ΗΠΑ αναφέρει πως οι άνδρες γιατροί και νοσηλευτές εμφανίζουν 1.15 υψηλότερη συχνότητα αυτοκτονιών έναντι του γενικού πληθυσμού των ανδρών και αντίστοιχα 3 φορές υψηλότερη για τις γυναίκες γιατρούς και νοσηλεύτριες (Δημητριάδου, 2015).

Επιπτώσεις του εργασιακού άγχους στους εργαζόμενους αλλά και στους οργανισμούς

Το εργασιακό άγχος βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με το εργασιακό περιβάλλον και κλίμα στην δομή της εργασίας, τις σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων και των προϊσταμένων, την ασάφεια των ρόλων, τον βαθμό της ευθύνης, τη λήψη αποφάσεων, την καλλιέργεια αυταρχικού και εχθρικού κλίματος στην εργασία (Χάρος κ.ά., 2017). Σύμφωνα με τον Casio (2013), το εργασιακό άγχος έχει σημαντικές συνέπειες στην αύξηση κόστους ως αποτέλεσμα των απουσιών, της διακοπής της εργασίας, της διάπραξης λαθών, ατυχημάτων και της διενέργειας απεργιών. Αυτό έχει και άμεσο αντίκτυπο στη διαδικασία της επικοινωνίας μέσα στην εταιρία και την αλληλεπίδραση με τους πελάτες και τη διατήρηση καλής και ισορροπημένης σχέσεις με τους συμμαθητές και τους ηγέτες (Jaramillo, Mulki, & Boles, 2011).

Στα συμπτώματα και στις επιπτώσεις στο επίπεδο της επιχείρησης περιλαμβάνονται η απουσία από την εργασία, αναστάτωση προσωπικού, κακή τήρηση του ωραρίου, προβλήματα πειθαρχίας, παρενόχληση, μειωμένη παραγωγικότητα και αυξημένες δαπάνες για αποζημίωση ή υγειονομική περίθαλψη. (Καγιάσα, 2012). Οι Ivancevichm Konopaske & Matteson (2008) και Kreitner & Kinicki (2010), διέκριναν μεταξύ τριών ειδών συνεπειών:

- α) συμπεριφοράς, που καλύπτουν τις ατομικές συμπεριφορές και τις προθέσεις, τις στάσεις,
- β) ικανοποίησης από τη δουλειά που σχετίζεται με τον κύκλο εργασιών, τις απουσίες και
- γ) τις επιδόσεις.

Οι γνωστικές συνέπειες περιλαμβάνουν παράλογες αποφάσεις, έλλειψη συγκέντρωσης, απογοήτευση που οδηγούν στην παραίτηση και την κατάθλιψη, ενώ, επιπλέον, το άτομο μπορεί να έχει υπέρταση και άλλες ασθένειες που σχετίζονται με την καρδιά και το ανοσοποιητικό σύστημα. Μερικές φορές η πίεση εργασίας θα μπορούσε να οδηγήσει σε υπερβολική χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών, νόμιμων ή παράνομων, επηρεάζοντας κατά συνέπεια ικανότητα των εργαζομένων να κάνουν τη δουλειά τους με αποτελεσματικό τρόπο (Shirazi, Rasekhnia, & Ajdary, 2011).

Το εργασιακό άγχος, γίνεται λοιπόν σαφές πως σηματοδοτεί την εμφάνιση ψυχοσωματικών κινδύνων στο άτομο που το βιώνει, και έχει συσχετιστεί ερευνητικά με ασθένειες όπως, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι ψυχικές διαταραχές και η επαγγελματική εξουθένωση (Χάρος κ.ά., 2017).

Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας για την ασφάλεια και την Υγεία στην εργασία, οι εργαζόμενοι (εν προκειμένω οι νοσηλευτές), ενδέχεται να αντιμετωπίσουν προβλήματα σωματικής φύσεως από το εργασιακό άγχος, όπως διαταραχές στο αναπαραγωγικό σύστημα, δερματικές παθήσεις ή/και προβλήματα ακοής. Ενώ, σύμφωνα με μια μετα-ανάλυση που διεξήχθη στις Η.Π.Α. και την Ευρώπη, οι εργαζόμενοι παρουσιάζουν συμπτώματα ψυχοπαθολογίας σε επίπεδα που κυμαίνονται μεταξύ 16% - 25% (Ζαχάρη & Ντουράι, 2015). Η λίστα με τις αρνητικές συνέπειες όμως δεν σταματά εδώ. Ελλοχεύει επίσης, η πιθανότητα για λοιμώδη νοσήματα και καταπόνηση του μυοσκελετικού συστήματος. Επίσης, σύμφωνα με ελληνικά ερευνητικά δεδομένα, το εργασιακό ωράριο και κυρίως η νυχτερινή βάρδια, επηρεάζει αρνητικά τα επίπεδα ορμονών, αλλά και την ποιότητα και διάρκεια του ύπνου (Μαρβάκη κ.ά., 2007).

Βέβαια, οι συνέπειες και τα αποτελέσματα δεν είναι πάντα αρνητικά (distress), μπορεί να είναι και θετικά (eustress). Αυτό εξαρτάται από την αντίληψη των ατόμων, την ερμηνεία, την αντίδραση στο άγχος και τους αγχογόνους παράγοντες και στο πώς μπορούν τα άτομα να διαχειριστούν το άγχος τους να μετατρέψουν τα μειονεκτήματα σε πρόκληση για να βελτιώσουν την απόδοσή τους (Sen, 2008).

Σύμφωνα με τους Jarinto (2011) & Singh (2011), τα distress και eustress συνυπάρχουν αναμειγμένα μαζί με έναν τρόπο που είναι δύσκολο να διαχωριστούν. Ο όρος eustress εισήχθη για πρώτη φορά από τον Selye, ο οποίος έκανε τη διάκριση μεταξύ επιβλαβούς άγχους και ευεργετικού. Το eustress είναι μια φυσική απάντηση σε αγχογόνους παράγοντες, όταν αυτοί διαχειρίζονται και κατευθύνονται λογικά ώστε να έχουν αντί της αποτυχίας θετικό αντίκτυπο. Η διαχείριση, δηλαδή, των εν λόγω παραγόντων οδηγεί σε θετικό για το άτομο αποτέλεσμα, μιας και το άγχος σε φυσιολογικό βαθμό αποτελεί το εφελθτήριο για επαγρύπνηση και δράση, με θετικά αποτελέσματα. Στην

αντίθεση περίπτωση (υπερβολικό άγχος), αποτελεί νοσηρή εκδήλωση και διαταραχή της προσαρμοστικής ικανότητας του ατόμου, με αρνητικές συνέπειες. (Μητρούση κ.ά., 2013).

Το άγχος συμβάλλει στην εμφάνιση φαινομένων που απειλούν την οργανωτική επιτυχία, όπως είναι οι φυσικές βλάβες στο χώρο εργασίας, οι απουσίες, ο κύκλος εργασιών, η μειωμένη παραγωγικότητα, η μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία (Alves, 2005), το χαμηλό ηθικό και η επαγγελματική εξουθένωση (Sutherland & Cooper, 1990). Το εργασιακό άγχος πιστεύεται ότι ευθύνεται για περίπου το 50% του συνόλου των απουσιών στο χώρο εργασίας και για περίπου το 40% του κύκλου εργασιών των εργαζομένων (Matteson & Ivancevich, 1987).

Αυτά, και άλλα αποτελέσματα που σχετίζονται με το άγχος, έχουν οδηγήσει σε σημαντικές απώλειες για τη βιομηχανία, κοστίζοντας στους εργοδότες έως 60 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως (Benton, 2000). Όταν οι συνθήκες εργασίας βιώνονται ως στρεσογόνες, τότε ο εργαζόμενος ενεργοποιεί το εσωτερικό/αμυντικό του σύστημα και προσαρμόζεται, αλλιώς επιτίθεται ή τρέπεται σε φυγή, υπάρχει δηλαδή το φαινόμενο του «απουσιασμού» του εργαζόμενου από την εργασία με σημάδια απροθυμίας ανάληψης καθηκόντων ή ακόμα και εγκατάλειψης της θέσης του (Τσαντήλα, 2010).

Σύμφωνα με την Συνομοσπονδία Βρετανικής Βιομηχανίας και την Εκτελεστική Επιτροπή Υγείας και Ασφάλειας, 180 εκατομμύρια ημέρες εργασίας χάνονται ετησίως, λόγω ασθενειών και προβλημάτων των εργαζομένων, που σχετίζονται με το άγχος (Kindyni & Antoniou, 2015). Η αναφορά που εκδίδεται ανά τρίμηνο από τις Εθνικές Υπηρεσίες Υγείας-National Health Services/NHS του Ηνωμένου Βασιλείου (www.healthyregions.com) και αφορά αποκλειστικά τις απουσίες των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας λόγω ασθένειας, αναφέρει ότι το ποσοστό ανέρχεται περίπου στο 4% και εκτιμά ότι το άμεσο κόστος των επιδομάτων ασθένειας στο προσωπικό ήταν 1,7 δισεκατομμύρια λίρες.

Η σχετική ανάλυση από την Επιτροπή Ελέγχου του Υπουργείου Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών (2011), βρήκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είχε άνω του μέσου όρου ποσοστά απουσιών (4,82%). Ένα άλλο κόστος που συνδέεται στενά με την απουσία ασθένειας, αλλά πολύ πιο δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί είναι αυτό του «παρουσιασμού», όταν δηλαδή οι εργαζόμενοι εμφανίζονται στην δουλειά παρά την παρουσία ασθένειας, τραυματισμού, άγχους κλπ. Η έκθεση Boorman διαπίστωσε επίσης ότι το 71% των νοσηλευτών ανέφερε «παρουσιασμό» σε σύγκριση με το 45% του προσωπικού εταιρικών υπηρεσιών.

Επίσημα στατιστικά στοιχεία που να αναφέρουν το ποσοστό «απουσιασμού» του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα δεν υπάρχουν. Ωστόσο, σε εργασία της

Μαυρίδου (2012), σχετικά με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, αναφέρεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό (61,5%) των νοσηλευτών δεν είχε πάρει ποτέ αναρρωτική άδεια. Ενδιαφέρον παρουσιάζει, όμως, και το γεγονός ότι το 83% των νοσηλευτών, δεν σκέφτονταν να παραιτηθούν από τη δουλειά τους από τη στιγμή που οι μισοί από αυτούς δεν δήλωναν ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους, ενώ κι ένα ικανοποιητικό ποσοστό (22,4%) δήλωνε αδιάφορο.

Σημαντικές οικονομικές δαπάνες που συνδέονται με το εργασιακό άγχος επίσης απορροφώνται από την οικονομία των ΗΠΑ. Όπως προκύπτει από την οικονομετρική ανάλυση οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης έχουν αυξηθεί σχεδόν 50% για τους εργαζόμενους, οι οποίοι αντιλαμβάνονται την εργασία τους ως αγχωτική, και σχεδόν 200% για εκείνους που αναφέρουν υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους και κατάθλιψη (Alves, 2005). Σύμφωνα με εθνικές εκτιμήσεις, το συνολικό κόστος του εργασιακού άγχους που απορροφήθηκε από την οικονομία των ΗΠΑ κυμαίνεται από \$ 250- \$ 300 δισεκατομμύρια ετησίως (Jones, Tanigawa & Weisse, 2003).

Όπως είδαμε παραπάνω, ένα από τα φαινόμενα στα οποία συμβάλει το άγχος είναι ο κύκλος εργασιών (turnover). Ο κύκλος εργασιών των εργαζομένων είναι η διαδικασία όπου οι εργαζόμενοι αποχωρούν από τους οργανισμούς που εργάζονται. Ο κύκλος εργασιών μπορεί να είναι εθελοντικός (οι εργαζόμενοι σκοπεύουν να αποχωρήσουν από την επιχείρηση) είτε ακούσιος (οι διευθυντές απολύουν τους εργαζόμενους). Ο εθελοντικός κύκλος εργασιών των εργαζομένων έχει αρνητικές επιπτώσεις στην οργανωτική αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την παραγωγικότητα (Koys 2001; Shaw, Gupta & Delery, 2005).

Ο ρυθμός του κύκλου εργασιών των νοσηλευτών είναι ένας από τους υψηλότερους ανάμεσα στις επαγγελματικές ομάδες (Hart, 2005). Ο εθελοντικός κύκλος εργασιών των νοσηλευτών έχει αρνητικές επιπτώσεις για τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης και τους ασθενείς, καθώς επιβάλλει άμεσες δαπάνες (π.χ. την πρόσληψη και την εκπαίδευση νέου προσωπικού) και έμμεσες δαπάνες (π.χ., χαμηλή παραγωγικότητα του νέου προσωπικού και μειωμένο ηθικό του λοιπού προσωπικού) στα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης.

Σύμφωνα με τους Waldman, Kelly, Arora & Smith (2004), το συνολικό κόστος για ένα νεοπροσλαμβανόμενο νοσηλευτή είναι κατά μέσο όρο 15.825 δολάρια και το κόστος της μειωμένης παραγωγικότητας κυμαίνονταν από 5.245 δολάρια έως 16.102 δολάρια. Ο κύκλος εργασιών οδηγεί σε ανεπαρκή στελέχωση των νοσοκομείων, υπερφόρτωση εργασίας και πλέον βάρδιες και ως εκ τούτου συνδέεται με χαμηλότερη ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία (Zboril-Benson, 2002). Ο υψηλός κύκλος εργασιών επηρεάζει το ηθικό των νοσηλευτών και, κατά συνέπεια, την ικανότητά τους να

ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών και να παρέχουν ποιοτική φροντίδα (Hayes et al., 2011; Tourangeau, 2003; Whitman, 2002).

Σύμφωνα με τους Glazer & Gyurak (2008) και σχετική μελέτη τους, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές στο Ηνωμένο Βασίλειο ανέφεραν την έλλειψη προσωπικού ως βασική αιτία εργασιακού άγχους (Κουτλούδη, 2015). Ο κύκλος εργασιών μεταξύ των νοσηλευτών είναι ένα σύνθετο πρόβλημα που απαιτεί μια πολύπλευρη λύση (Brewer, Kovner, Greene, Shuser & Djukic, 2012).

Το ενδεχόμενο κόστος για το σύστημα υγείας λόγω κύκλου εργασιών μεταξύ των νοσηλευτών, αναφέρεται ως πάνω από \$ 64.000 ανά νοσηλευτή, το οποίο περιλαμβάνει την προσωρινή στελέχωση, την κατάρτιση και την πρόσληψη (O'Brien-Pallas, Murphy, Shamian & Hayes, 2010). Οι νοσηλευτές που σήμερα κατέχουν θέσεις εργασίας μπορεί να μην έχουν την πρόθεση να τις διατηρήσουν. Αν τα επίπεδα στελέχωσης του νοσοκομείου είναι ασταθή, υπάρχει μια συνισταμένη μείωση στην δυναμικότητα της μονάδας, η οποία μπορεί με τη σειρά της να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται (O'Brien-Pallas et al., 2010).

Πιο πρόσφατες μελέτες προσδιορίζουν ότι αυτή η πρόθεση μεταξύ των νοσηλευτών μπορεί να επηρεαστεί από τις συνθήκες εργασίας, τις ευκαιρίες απασχόλησης, και τα προσωπικά χαρακτηριστικά (Brewer et al., 2012).

Σύμφωνα με τους Coomber και Barriball (2007), το άγχος σε οποιαδήποτε από τις περιοχές που προσδιορίζονται από τους Brewer et al., (2012), μπορεί να ωθήσει τους νοσηλευτές να εξερευνήσουν άλλες περιοχές εργασίας εντός ή εκτός του επαγγέλματος της νοσηλευτικής. Έτσι, η μείωση του άγχους στον εργασιακό χώρο θα επιτρέψει την βελτίωση των ποσοστών του κύκλου εργασιών μεταξύ των νοσηλευτών (Coomber & Barriball, 2007).

Το άγχος των νοσηλευτών παράγει και άλλες οργανωτικές συνέπειες. Έχει συνδεθεί με μια σειρά από άσχημα αποτελέσματα, όπως χαμηλότερο ηθικό, μειωμένη απόδοση στην εργασία, αυξημένη αργοπορία προσέλευσης στη δουλειά τους και απουσίες (Chiriboga & Bailey, 1986; Duquette, Kerouac, Sandhu & Beaudet, 1994; Easterburg, Williamson, Gorsuch & Ridley, 1994; Laschinger & Grau, 2012). Επίσης, τροφοδοτεί την δυσαρέσκεια από την εργασία και αποτελεί πρόδρομο για φυγή από την εργασία (Larrabee et al., 2010). Επιπρόσθετα, οι Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber (2002) διαπίστωσαν ότι το 41,5% των νοσηλευτών ήταν δυσαρεστημένοι με τη δουλειά τους και ότι ένας στους πέντε νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν πρόθεση να αφήσουν τη δουλειά τους ως αποτέλεσμα της δυσαρέσκειας, της επαγγελματικής εξουθένωσης, και του άγχους.

Επιπλέον, οι Aiken et al. (2002) διαπίστωσαν ότι, κάθε επιπλέον ασθενής ανά νοσηλευτή οδήγησε σε αύξηση 7% στην πιθανότητα ένας ασθενής να πεθάνει εντός 30 ημερών από την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Άλλες μελέτες, έχουν δείξει συσχέτιση μεταξύ χαμηλών επιπέδων νοσοκομειακής στελέχωσης και νοσοκομειακής πνευμονίας, ουρολοιμώξεων, σηψαιμίας, νοσοκομειακών λοιμώξεων, κατακλίσεων, γαστρορραγίας, σοκ και καρδιακής ανακοπής, λανθασμένης φαρμακευτικής αγωγής, πτώσεων, και μεγαλύτερης από το αναμενόμενο νοσηλείας (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart & Zelevinsky, 2002).

Μια άλλη πηγή που σχετίζεται με την ικανοποίηση / δυσαρέσκεια από την εργασία, είναι η αντιλαμβανόμενη οργανωτική υποστήριξη (Bellman et al., 2003). Αυτή η ενδιάμεση μεταβλητή έχει επιρροή στη διαδικασία του άγχους και επηρεάζει την ευημερία των νοσηλευτών (Piko, 2003). Το προσωπικό νοσοκομείου που σημείωσε υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενης υποστήριξης από το νοσοκομείο, ανέφερε μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία, χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής εξουθένωσης, και λιγότερα ψυχοσωματικά συμπτώματα (Burke & Greenglass, 2001b). Επομένως, η αποτελεσματική εποπτεία της νοσηλευτικής πρακτικής σχετίζεται με τη μείωση της εξάντλησης και τη μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία (Hyrkas, 2005), με αποτέλεσμα μια θετική επίδραση στα φυσικά συμπτώματα, το αίσθημα του άγχους, και μια αίσθηση ότι έχουν τον έλεγχο της κατάστασης (Begat, Ellefsen & Severinsson, 2005).

Το εργασιακό άγχος βρέθηκε να μειώνει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών (Xie, Wang, & Chen, 2011). Με την αναγνώριση και την πρόληψη του εργατικού άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό, είναι δυνατόν να ενισχυθεί το επίπεδο και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Ενώ το παγκόσμιο νοσηλευτικό έλλειμμα βλάπτει τα συστήματα υγείας και τους ασθενείς, ταυτόχρονα έχει επίδραση και στο ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό. Στην Ελλάδα, που οι συνθήκες άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος χαρακτηρίζονται από έλλειψη πόρων, υπερφόρτωση ρόλου και απουσία συστημάτων υποστήριξης, ο νοσηλευτής εμφανίζει άγχος, διαταραχές ύπνου, αντικοινωνική συμπεριφορά, κατάθλιψη και κρίσεις πανικού (Παπαδοπούλου, 2015).

Αντιμετώπιση εργασιακό άγχους

Η αντιμετώπιση των αγχογόνων καταστάσεων έχει καθιερωθεί στον διεθνή επιστημονικό χώρο με τον όρο coping. Ως όρος και περιεχόμενο εντάσσεται στο χώρο της ψυχολογίας και υπονοεί την «πάλη» εκείνη που βιώνει το άτομο με τις εξωτερικές και εσωτερικές αντιξοότητες, τις συγκρούσεις και τα έντονα συναισθήματα. Κατά τους Lazarus & Folkman (1998), η αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων, ορίζεται ως «η διαδικασία με την οποία το άτομο προσπαθεί να χειριστεί/ρυθμίσει απαιτήσεις (εξωτερικές ή εσωτερικές), που το ίδιο θεωρεί ότι θέτουν σε δοκιμασία ή υπερβαίνουν τις διαθέσιμες δυνάμεις του». Ως έννοια λοιπόν, αντιμετωπίζεται ως διαδικασία και περιγράφεται κατά ένα τρόπο λειτουργικό, αλλά ενδέχεται να πάρει και την έννοια της παρέμβασης. Σχετίζεται επίσης με τις προσπάθειες του ατόμου, να διαχειριστεί τα όποια αρνητικά ερεθίσματα τον καταβάλλουν λόγω άγχους. Ο χειρισμός αυτός, ενέχει τον επανακαθορισμό, την ανοχή, αλλά και την αποδοχή του αρνητικού γεγονότος, ώστε να επέλθει αποτελεσματική προσαρμογή. Τέλος, ο ορισμός αυτός, λαμβάνει ως δεδομένο ότι η αντιμετώπιση [coping] αποτελεί την κινητοποίηση του οργανισμού, την σκόπιμη προσπάθεια του ατόμου να αντιδράσει σε μια εξωτερική ή εσωτερική αντιξοότητα (Μητρούση, 2014).

Το εργασιακό άγχος απαιτεί και την αντιμετώπιση του είτε σε προσωπικό επίπεδο, είτε μέσω αλλαγών στο εξωτερικό – εργασιακό περιβάλλον. Το εκάστοτε άτομο, αξιοποιεί διαφορετικούς μηχανισμούς και συμπεριφορές για την επιτυχία του εν λόγω σκοπού. Στην Ελλάδα, η αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους των νοσηλευτών αποτελεί έννοια, που δεν έχει μελετηθεί εις βάθος. Υπάρχουν ελάχιστες μελέτες σχετικά με την επίδραση των πολιτισμικών και δημογραφικών-εργασιακών χαρακτηριστικών στις στρατηγικές αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους.

Οι στρατηγικές αυτές εντοπίζονται στις πέντε εξής κατηγορίες: την προσωπική φροντίδα/περιποίηση, τα θρησκευτικά τελετουργικά, τη χρήση καφέ/νικοτίνης, την κοινωνική αλληλεπίδραση και τη χρήση μουσικής. Η προσέγγιση αυτή, αποτελεί μια ευκαιρία, για να αυξηθεί τόσο η ψυχική ανθεκτικότητα των νοσηλευτών, όσο και να διασφαλιστεί η ασφάλεια των ασθενών. Με την αποχώρηση – λήξη του εργασιακού ωραρίου, ο νοσηλευτής εμπλέκεται με δραστηριότητες, που του προσφέρουν ψυχολογική αποσύνδεση από την εργασία, χωρίς να απαιτούν προσπάθεια, τέτοιες μπορεί να είναι κοινωνική αλληλεπίδραση μέσω σελίδων κοινωνικής δικτύωσης ή/και ανταλλαγή προσωπικών εμπειριών με συναδέλφους ή/και ενασχόληση με δραστηριότητες που

περιλαμβάνουν τη φυσική άσκηση ή/και γενικά εμπλοκή με διάφορα χόμπι (Μανομενίδης, Παναγοπούλου, & Μπελλάλη, 2017).

Από τη διεθνή βιβλιογραφία, προκύπτει πως οι στρατηγικές αντιμετώπισης ποικίλουν. Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές στην Αυστραλία κινούνται στα πλαίσια του προγραμματισμού της επίλυσης των προβλημάτων, αναπτύσσουν τον αυτοέλεγχο και αναζητούν κοινωνική υποστήριξη. Σε παρόμοια επίπεδα κινούνται οι νοσηλευτές στην Κίνα, οι οποίοι επιδιώκουν ως στρατηγικές αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους τη θετική επανεκτίμηση, τον αυτοέλεγχο και την επίλυση προβλημάτων μέσω σχεδίων. Οι Ιάπωνες νοσηλευτές, χρησιμοποιούν στρατηγικές όπως, ο αυτοέλεγχος, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και η επίλυση προβλημάτων μέσω σχεδίων. Έχει καταγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία πως οι νοσηλευτές (ανεξάρτητα από την χώρα), χρησιμοποιούν περισσότερο στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο πρόβλημα και όχι στο συναίσθημα (Κουτλούδη, 2015). Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί πως σύμφωνα με τους Healy & McKay (2000), η στρατηγική που εστιάζεται στο πρόβλημα και όχι στο συναίσθημα, σχετίζεται με καλύτερη ψυχική υγεία κατά την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους.

Το ενδιαφέρον για τις στρατηγικές μείωσης του στρες στην εργασία, έχει αυξηθεί σταθερά από τη δεκαετία του 1970. Σύμφωνα με το αμερικανικό Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών, οι εθνικές έρευνες που διεξήχθησαν το 1985, 1992, 1999 βρήκαν την επικράτηση των προγραμμάτων διαχείρισης του στρες και της παροχής συμβουλών στους χώρους εργασίας του ιδιωτικού τομέα εκείνα τα χρόνια να είναι, 27%, 37% και 48% του συνόλου των επιχειρησιακών προγραμμάτων, αντίστοιχα (Nigam, Murphy & Swanson, 2003).

Η αντιμετώπιση του άγχους δεν αποτελεί ενιαία μορφή συμπεριφοράς, αλλά αποτελεί επιμέρους και συγκεκριμένες μορφές συμπεριφοράς. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης έχουν διαφορετική λειτουργικότητα για κάθε άτομο ξεχωριστά (Γκολέμη, Κυθραιώτη & Παναγιώτου, 2015). Η αντιμετώπιση του άγχους, μεταφράζεται ως η γνωστική και η συμπεριφορική προσπάθεια των ατόμων, να καταπολεμήσουν το ερέθισμα που προκαλεί το άγχος. Το ερέθισμα δίνεται από το περιβάλλον, αλλά σημασία έχει πώς το άτομο θα το αντιληφθεί, θα το διαχειριστεί ώστε να αντιμετωπιστεί το stress. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης ποικίλουν, ανάμεσά τους όμως, αποτελέσματα ερευνών αναφέρουν πως η φυσική δραστηριότητα έχει θετική επίδραση στις ψυχολογικές επιπτώσεις που προκαλεί το άγχος στο άτομο (Κάμτσιος & Φυλακτακίδου, 2008).

Εάν μπορούμε να πούμε ότι οι εργασιακές συνθήκες και η διοίκηση της υπηρεσίας, συνεπάγονται σκληρές συνθήκες εργασίας και εν τέλει προκύπτει εργασιακό άγχος και

επαγγελματική εξουθένωση, τότε μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η διοίκηση επηρεάζει το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση (Newton, 1995). Οι κύριες κινήσεις από την πλευρά των διοικήσεων των νοσοκομείων κρίνεται σκόπιμο και σάφρων να χρηματοδοτήσουν μελέτες, σχετικά με το επαγγελματικό στρες και το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης και να αναπτύξουν μεθόδους αντιμετώπισης για τη διαχείριση τους (Logioi, 2001).

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης εφαρμόζονται σε τρία διαφορετικά επίπεδα, στο προσωπικό, το κοινωνικό και το οργανωτικό. Αρχικά, οι προσωπικές στρατηγικές, αφορούν κινήσεις που ο εργαζόμενος μπορεί να κάνει από μόνος του για να αντιμετωπίσει την επαγγελματική εξουθένωση. Οι κοινωνικές στρατηγικές, προϋποθέτουν προσπάθειες συνεργασίας από μια ομάδα συναδέλφων. Τέλος, οι οργανωσιακές στρατηγικές, απαιτούν αποφάσεις της διοίκησης που έχουν άμεση σχέση με την πολιτική (εν προκειμένω του νοσοκομείου) και της οργάνωσης των υπηρεσιών του προσωπικού (Maslach, 1989; Λαζαρή & Παπαβασιλείου, 2006).

Επιπλέον, ενέργειες που μπορούν να λειτουργήσουν θετικά, έναντι του εργασιακού άγχους, αποτελούν, η παροχή επαρκούς χρόνου για την εκτέλεση των καθηκόντων από την πλευρά των εργαζομένων, η σαφής περιγραφή της εργασίας, η ανταμοιβή (ηθική ή υλική) στην περίπτωση της καλής επίδοσης του εργαζομένου. Η δυνατότητα έκφρασης, από την πλευρά των εργαζομένων, για τυχόν παράπονα. Η παροχή κινήτρων από την διοίκηση προς τους εργαζόμενους, η παροχή ευκαιριών για κοινωνική αλληλεπίδραση και τέλος η αποφυγή αμφιβολιών σε θέματα ασφάλειας και σταδιοδρομίας (Δίκης, 2013).

Τα Κέντρα Δια βίου Μάθησης του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων (<http://kdvm.gr/Media/Default/Pdf%20enotites/5.1.>) υποστηρίζουν ότι αν και δεν είναι δυνατόν να εξαλειφθεί τελείως το άγχος, οι άνθρωποι μπορούν να μάθουν να το διαχειρίζονται. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για να μειώσουμε το άγχος να στρέψουμε την προσοχή μας στο παρόν. Να ασχοληθούμε με προβλήματα που είναι πραγματικά, αναζητώντας ρεαλιστικές λύσεις. Να αποπειραθούμε τρόπους και τεχνικές που βελτιώνουν σε όλα τα επίπεδα τις καταστάσεις άγχους, αλλά το πιο σημαντικό, να μην διστάσουμε να ζητήσουμε βοήθεια από κάποιον ειδικό, όταν τα συμπτώματα μας υπερβαίνουν και γίνονται δύσκολα αντιμετωπίσιμα. Πολλοί οργανισμοί έχουν υιοθετήσει προγράμματα κατάρτισης σε θέματα διαχείρισης του στρες, αποσκοπώντας στη μείωση των επιπέδων άγχους του εργατικού δυναμικού τους. Επιπρόσθετα, εκπαιδευτικά προγράμματα, σχετικά με την επιτυχημένη και επικοινωνιακή επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και των «επιθετικών» και «απαιτητικών» ασθενών, θα διευκόλυνε και θα εξυπηρετούσε ποιοτικά

την εργασία των νοσηλευτών και θα μειωνόταν εν μέρει η καθημερινή ένταση και το άγχος τους (Kindyni & Antoniou, 2015).

Η οικογένεια και οι φίλοι, όπως επίσης και οι συνάδελφοι, αποτελούν σημαντικές πηγές κοινωνικής υποστήριξης. Οι στρατηγικές θεραπείας, απευθύνονται κυρίως σε εργαζόμενους οι οποίοι είναι κοινωνικά απομονωμένοι, ή ενδεχομένως οι κοινωνικές τους σχέσεις είναι διαταραγμένες (λόγω θανάτου, διαζυγίου, απώλειας της εργασίας κ.ά), με στόχο την ανάπτυξη νέων κοινωνικών δεσμών. Οι συνάδελφοι έχουν την δυνατότητα να παρέχουν κοινωνική υποστήριξη μέσα από άτυπες συνενυρέσεις, όπως κατά τη διάρκεια των γευμάτων, ή μέσα από κοινωνικοποιητικές δραστηριότητες μετά το πέρας της εργασίας. Η βελτίωση των σχέσεων με τους συναδέλφους, είναι μια μόνο από τις οργανωσιακές στρατηγικές που έχουν προταθεί ως αντίδοτο στην επαγγελματική εξουθένωση (Maslach, 1989; Λαζαρή & Παπαβασιλείου, 2006).

Το άτομο όμως από την δική του την πλευρά, μπορεί να αλλάξει τον τρόπο ζωής του κάνοντας μικρά και απλά βήματα. Πιο συγκεκριμένα η εισαγωγή της άσκησης απελευθερώνει διάφορες χημικές ουσίες που έχουν αντικαταθλιπτική και αγχολυτική δράση (π.χ. η αεροβική γυμναστική ή το περπάτημα ακόμη και αν γίνονται για μισή ώρα την ημέρα). Επιπλέον, τα μικρά και συχνά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας, διατηρούν ένα ομαλό επίπεδο γλυκόζης στο αίμα, καθώς το χαμηλό επίπεδο γλυκόζης δημιουργεί στρες και κακή διάθεση, ενώ, η μεγάλη ποσότητα φαγητού οδηγεί σε λήθαργο. Η αποτελεσματική χρησιμοποίηση των διαλειμμάτων μπορεί να λειτουργήσει θετικά, καθώς ο εργαζόμενος χαλαρώνει, προτού αντιμετωπίσει πιθανά προβλήματα. Έχουν την ιδιότητα να λειτουργούν ως βαλβίδες αποσυμπίεσης και πρέπει να παρέχονται σε μόνιμη και νόμιμη βάση για μια απόσυρση από στρεσογόνες καταστάσεις (Maslach, 1989; Λαζαρή & Παπαβασιλείου, 2006).

Η αντιμετώπιση, οι μηχανισμοί άμυνας και απώθησης του άγχους ποικίλουν και γίνονται σταδιακά μέσω της εξιδανίκευσης, της παλινδρόμησης, της άρνησης της πραγματικότητας, της μετάθεσης της ενέργειας, της υπεραναπλήρωσης (αντιδραστική συμπεριφορά) και την ματαίωση των αρχικών πράξεων ή σκέψεων (Ανυφαντή & Λυκούρη, 2014).

Η πρόληψη του άγχους σε ένα ομαδικό επίπεδο, όπως είναι ο εργασιακός χώρος, εξαρτάται από τέσσερις παραμέτρους: τον εντοπισμό των αγχογόνων πηγών, τις αρνητικές επιπτώσεις, τα επηρεαζόμενα μέλη και τα μέτρα εξυγίανσης. Αφού ολοκληρωθεί ο εντοπισμός και η αποσαφήνιση των άνωθεν, ακολουθεί το επόμενο στάδιο που αφορά τη δομή ξεκάθαρων στόχων αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους, τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος εμπιστοσύνης, ισότητας και δικαιοσύνης και τέλος τη δημιουργία ενός

προγράμματος εργασίας με εναλλαγή καθηκόντων, εφαρμογή ισότιμης συμμετοχικότητας, καταμερισμό ρόλων και καθηκόντων.

Με τον όρο «παρέμβαση διαχείρισης του άγχους» (stress management intervention/SMI), εννοείται κάθε δραστηριότητα ή πρόγραμμα που εστιάζει στη μείωση της παρουσίας των αγχογόνων παραγόντων, που σχετίζονται με την εργασία ή στην παροχή βοήθειας στα άτομα προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν τα αρνητικά αποτελέσματα της έκθεσης σε αυτούς τους αγχογόνους παράγοντες (Ivancevich, Matteson, Freedman & Phillips, 1990).

Το εργασιακό άγχος έχει πολυπαραγοντική φύση, για αυτό και η διαχείριση του απαιτεί διευρυμένες στρατηγικές και πολυεπίπεδη συνεργασία (προσωπική, διαπροσωπική και οργανωτική), όπως και ολιστική προσέγγιση (Τούκας & Τούκα, 2010). Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφική επισκόπηση, η ολιστική προσέγγιση αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους (και όχι η αποσπασματική και επιφανειακή) μπορεί να επιφέρει αποτελέσματα. Η προσέγγιση αυτή απαιτεί παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο (πρωτογενείς παρεμβάσεις), σε ομαδικό επίπεδο (δευτερογενείς παρεμβάσεις) και σε ατομικό επίπεδο (τριογενείς παρεμβάσεις). Τα δύο πρώτα επίπεδα παρέμβασης αναφέρονται στη λήψη μέτρων προληπτικού χαρακτήρα και μόνο το τρίτο επίπεδο παρέμβασης, αναφέρεται στη λήψη μέτρων διορθωτικού χαρακτήρα (Μπάμπαλου κ.ά., 2012).

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, διακρίνονται επίσης για την θετική προσέγγιση, την προσπάθεια δηλαδή του ατόμου να αξιολογήσει με έναν άλλο τρόπο τις καταστάσεις οι οποίες του εμφανίζουν άγχος και να αναζητήσει συγκεκριμένες λύσεις για αυτές. Για την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, όπου το άτομο ζητά υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον, για να αντιμετωπίσει περισσότερο αποτελεσματικά το αγχογόνο γεγονός, όπως την συμβουλή ενός φίλου, συγγενή και ενός ειδικού. Η αποφυγή ή αλλιώς διαφυγή, όπου πρόκειται για την τάση την οποία έχει ένα άτομο να επανεκτιμήσει ένα γεγονός, μειώνοντας τη σημασία την οποία έχει. Τέλος, είναι η διεκδικητική λύση για το γεγονός, το οποίο εμφανίζει το άγχος, όπως να πει τι θέλει στο άτομο το οποίο του δημιουργεί το άγχος (Δραγώνα, 2017).

Σχετικά με το εργασιακό άγχος είναι σημαντικό ο ίδιος ο εργασιακός φορέας, που έχει στο ενεργητικό του άτομα που βιώνουν στρες, να μεριμνήσει να γίνουν οι κατάλληλες ενέργειες ενδυνάμωσης και υποστήριξης αυτών των εργαζομένων. Ωστόσο, η καλύτερη αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους είναι η πρόληψη, η οποία μπορεί να γίνει μέσα από την εκπαίδευση, την πληροφόρηση και ειδικότερα με συμβουλευτική για το στρες (Γούβα, 2012).

Έχει καταγραφεί βιβλιογραφικά, πως για την αντιμετώπιση του άγχους αξιοποιείται η ψυχοθεραπευτική ή/και η φαρμακολογική θεραπεία. Η φαρμακολογική θεραπεία προτείνει τη χρήση αγχολυτικών ή/και αντικαταθλιπτικών. Τα είδη των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων που αξιοποιούνται, διακρίνονται στην βραχεία ψυχοδυναμική, στην ψυχοθεραπευτική θεραπεία κ.ά. Θεωρείται και έχει καταγραφεί βιβλιογραφικά, πως η φαρμακευτική και η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση επιφέρουν θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του άγχους (Νίτσα – Γουδέλη, 2017).

Όταν το άτομο βιώνει μια αγχώδη κατάσταση, αρχίζει μια διαδικασία αντιμετώπισης του (coping process), η οποία έχει οριστεί ως: *«οι συνεχείς γνωστικές και συμπεριφοριστικές προσπάθειες που σκοπό έχουν να χειριστούν συγκεκριμένες εξωτερικές ή εσωτερικές απαιτήσεις που αποτιμώνται ότι υπερβαίνουν τις απαιτήσεις του ατόμου»* (Μανομενίδης κ.ά., 2017). Η πρόληψη που ξεκινά σε ατομικό επίπεδο, αλλάζει κάποια πράγματα στον τρόπο ζωής μας, για παράδειγμα κακές συνήθειες που επιβαρύνουν τον ανθρώπινο οργανισμό και συντελούν στην εμφάνιση του άγχους (Γούβα, 2012).

Τα Κέντρα Δια βίου Μάθησης του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων (<http://kdvm.gr/Media/Default/Pdf%20enotites/5.1.pdf>) υποστηρίζουν ότι παλαιότερα και για αρκετά χρόνια, οι άνθρωποι με συμπτώματα από άγχος κατέφευγαν στους γιατρούς, οι οποίοι συνταγογραφούσαν φάρμακα για την επίλυση του προβλήματος, όπως ήδη αναφέρθηκε. Σήμερα αντίθετα, έχουμε πολλούς τρόπους για την καταπολέμηση του άγχους που δεν χρήζουν φαρμακευτικής υποστήριξης προς το άτομο. Ενδεικτικά κάποιοι από αυτούς είναι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, η αναγνώριση στερεοτύπων σκέψης, η γυμναστική, η σωστή διατροφή, ο επαρκής ύπνος, η στήριξη του ατόμου στο να δημιουργήσει ένα δίκτυο ανθρώπων που θα τον βοηθούν και θα τον υποστηρίζουν.

Ένας συνήθης τρόπος αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι οι εθιστικές ουσίες (καφές, τσιγάρο, αλκοόλ, αγχολυτικά^v, ναρκωτικά). Η χρήση τέτοιων ουσιών, ενώ σε πρώτο επίπεδο μειώνει το άγχος, στην πραγματικότητα επιδεινώνει την κατάσταση (Κουτροβανίδης, 2013). Άλλοι κοινοί τρόποι αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους είναι η χρήση του χιούμορ ως μηχανισμός αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων στην εργασία, αλλά και η χρήση διαλειμμάτων κατά τη διάρκεια της εργασίας (Μανομενίδης κ.ά., 2017).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφική επισκόπηση, έχει καταγραφεί πως οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, αντιμετωπίζουν το εργασιακό άγχος μέσω της κοινωνικής υποστήριξης (σταθερή οικογενειακή υποστήριξη, επικοινωνία με φίλους) και την ενασχόληση με χόμπι. Παρόμοια ευρήματα υποδεικνύει μελέτη της Καραντζούλα στην Ελλάδα το 2006 (Ντούπη, Κουλιεράκης & Καραδήμας, 2015).

Οι Jones & Johnston σε κείμενο τους (2000), αναφέρουν πως μέχρι εκείνη την περίοδο είχαν γίνει ελάχιστες προσπάθειες για την οργάνωση προγραμμάτων αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους στους νοσηλευτές (Παπαδημητρίου, 2008). Οι παρεμβάσεις μπορεί να ταξινομηθούν ως πρωτογενείς, δευτερογενείς ή τριτογενείς. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις επιχειρούν να μεταβάλλουν τις πηγές του άγχους στην εργασία (Murphy & Sauter, 2003). Παραδείγματα της πρωτογενούς πρόληψης, περιλαμβάνουν τον επανασχεδιασμό των θέσεων εργασίας, για να τροποποιηθούν οι αγχογόνοι παράγοντες στο χώρο εργασίας (Bond & Bunce, 2000), την αύξηση της εξουσίας των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων (Jackson, 1983) ή την παροχή ομάδων υποστήριξης από συνεργάτες (Carson et al., 1999). Αντίθετα, οι δευτερογενείς επεμβάσεις, προσπαθούν να μειώσουν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του άγχους, πριν να οδηγήσουν σε σοβαρά προβλήματα υγείας (Murphy & Sauter, 2003). Η δευτερογενής παρέμβαση, περιλαμβάνει μέτρα για την βελτίωση ή/και τη διαφύλαξη της σωματικής και ψυχολογικής υγείας των εργαζομένων. Στηρίζεται στην εκπαίδευση της διαχείρισης του στρες, περιλαμβάνοντας διάφορες τεχνικές όπως η οργάνωση του χρόνου και οι τεχνικές χαλάρωσης (Παπαδομιχαλάκη, 2014). Τέλος, τα προγράμματα τριτογενείς παρέμβασης, όπως η παροχή βοήθειας στους εργαζομένους, έχουν σχεδιαστεί για την αντιμετώπιση της κατάστασης της υγείας του εργαζόμενου μέσω της δωρεάν και εμπιστευτικής πρόσβαση σε πιστοποιημένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Arthur, 2000).

Μια άλλη ταξινόμηση (ή αλλιώς κατηγοριοποίηση) διαχείρισης του εργασιακού άγχους, αποτελεί η παρέμβαση αντιμετώπισης με απευθείας εστίαση στο πρόβλημα, όπου ο εργαζόμενος (ο νοσηλευτής στην προκειμένη περίπτωση) προσπαθεί να αντιμετωπίσει τα στρεσογόνα ζητήματα, μέσα από την ανεύρεση εναλλακτικών δράσεων και την αποστασιοποίηση από την στρεσογόνα κατάσταση (Μανομενίδης κ.ά., 2017).

Μια συστηματική ανασκόπηση για το άγχος και τις παρεμβάσεις διαχείρισης του άγχους στους νοσηλευτές που πραγματοποιήθηκε από τους Edwards & Burnard (2003), έδειξε ότι οι πιο αποτελεσματικές τεχνικές διαχείρισης του άγχους είναι:

1. τα εργαστήρια (workshops) διαχείρισης του άγχους
2. η εκπαίδευση θεραπευτικών ικανοτήτων
3. η κατάρτιση για την αποτελεσματική αλλαγή στη συμπεριφορά
4. οι τεχνικές χαλάρωσης

Μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία, έχουν καταγραφεί αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους, όπως η άσκηση και η χαλάρωση, οι οποίοι μπορούν να εφαρμοστούν και μέσα στο χώρο του νοσοκομείου με την προϋπόθεση ότι θα εξασφαλιστούν οι κατάλληλες δομές για ένα καλύτερο και πιο υποστηρικτικό περιβάλλον.

Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα και την προσφορά καλύτερων υπηρεσιών υγείας από τους επαγγελματίες (Μαρβάκη κ.ά, 2007). Το 73,7% από το σύνολο των 195 νοσηλευτών, απάντησαν ότι έχουν σκεφθεί αποτελεσματικούς τρόπους διαχείρισης του άγχους και συγκεκριμένα, οι πιο συνήθεις τρόποι διαχείρισης του άγχους αποτελούν ευχάριστες δραστηριότητες, όπως η γυμναστική, η παρακολούθηση ταινιών, ο περίπατος, η μουσική και οι θετικές σκέψεις, ενώ σπανιότεροι χαρακτηρίζονται, δραστηριότητες όπως η φροντίδα κατοικίδιου, η κηπουρική, το κάπνισμα, το καλύτερο ωράριο εργασίας κ.ά.

Σύμφωνα με οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.), οι εργοδότες (στη συγκεκριμένη περίπτωση η διοίκηση του νοσοκομείου) έχουν το καθήκον να διασφαλίσουν την υγεία (σωματική και ψυχική) των εργαζομένων. Το εργασιακό άγχος είναι ένα οργανωτικό πρόβλημα και το εργασιακό περιβάλλον είναι υπεύθυνο για μέρος του άγχος που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό. Δεν αποτελεί μια κατάσταση την οποία οι εργαζόμενοι πρέπει να αντιμετωπίσουν μόνοι τους. Σύμφωνα με την οδηγία πλαίσιο της Ε.Ε. και του άρθρου 152 της συνθήκης του Άμστερνταμ, πρέπει το εργασιακό περιβάλλον να προσαρμοστεί στις ικανότητες, αλλά και να καλύπτει τις ανάγκες και στις προσδοκίες του εργαζόμενου (Μουστάκα κ.ά., 2010).

Σε ότι αφορά τα θύματα εργασιακής παρενόχλησης, ένα χρήσιμο εργαλείο αντιμετώπισης είναι η ομαδική θεραπεία. Το θύμα μπορεί να συμπεριληφθεί σε θεματικές ομάδες, ώστε να καθοδηγείται, από κοινού με τους άλλους συμμετέχοντες που αντιμετωπίζουν τα ίδια / κοινά θέματα στο χώρο εργασίας, για την εξεύρεση της δικής του γαλήνης και την εκμάθηση του πώς να συνεχίσει στον επαγγελματικό τομέα που τον ενδιαφέρει (Χείρα, 2014).

Οι Duffy & Spreng (2007) ανέφεραν ότι, οι συνέπειες της εργασιακής παρενόχλησης για την υγεία, εκτείνονται τόσο στο θύμα όσο και στην οικογένεια του θύματος και περιλαμβάνουν μια μεγάλη γκάμα σωματικών, ψυχολογικών και διαπροσωπικών προσβολών. Οι συγγραφείς αναφέρουν αργότερα, το 2009, ότι οι σύζυγοι, οι εταίροι, τα μέλη της οικογένειας και οι στενοί φίλοι, καλούνται να στηρίξουν το θύμα εργασιακής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση υπάρχουν ποικίλες θεραπευτικές παρεμβάσεις μεθόδων και προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση του φαινομένου. Πρόκειται για την εργασιακή θεραπεία (αφορά τη δομή της εργασίας), την κοινωνική θεραπεία (αφορά την αυτοεκτίμηση του θύματος μέσα από την ένταξη του σε μικρές κοινωνικές ομάδες), τη θεραπεία μέσω της τέχνης (επίλυση συγκρούσεων και προβολή συναισθημάτων μέσα από τις τέχνες), την ομαδική θεραπεία (το θύμα εντάσσεται σε θεματικές ομάδες) και τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης (Χείρα, 2014).

Τα επαγγελματικά φαινόμενα, συνδέονται στενά με την ικανοποίηση από την εργασία και τη σωματική και την ψυχική ευεξία. Παρά το γεγονός ότι οι πιέσεις που σχετίζονται με την εργασία είναι σχετικοί καθοριστικοί παράγοντες άγχους, είναι απαραίτητο να διερευνηθεί η επίδραση των γνωστικών μέσων, των διαστάσεων της προσωπικότητας και των στρατηγικών αντιμετώπισης στην αντίληψη του άγχους. Σε γενικές γραμμές, το να έχουν συμπεριφορά τύπου Α οι εργαζόμενοι, δηλαδή να είναι πιο ανταγωνιστικοί, εξωστρεφείς, φιλόδοξοι, ανυπόμονοι και επιθετικοί είναι ο πιο κοινός και δυσμενής συνδυασμός της προσωπικότητας που επηρεάζει το εργασιακό άγχος (Glazer et al., 2004). Αντίθετα, τα άτομα με υψηλά επίπεδα «σκληρής» προσωπικότητας (συμμετοχή σε καθημερινή δραστηριότητα, αίσθηση του ελέγχου πάνω στα γεγονότα, και του ανοίγματος στην αλλαγή) έχουν χαμηλότερες βαθμολογίες εξουθένωσης (Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang & González., 2006). Έτσι, ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο ερμηνεύει τις συνθήκες είναι θεμελιώδους σημασίας για τον προσδιορισμό εάν ή όχι η κατάσταση αυτή θεωρείται ως αγχωτική. Η ικανοποίηση από την εργασία στους νοσηλευτές, μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά από το εργασιακό άγχος, αλλά αυτό δεν μεταφράζεται αυτόματα σε δυσαρέσκεια από την εργασία ή σε ψυχικές επιπτώσεις για την υγεία, εκτός εάν το άτομο υιοθετεί ανάρμοστους μηχανισμούς αντιμετώπισης ή δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει την κατάσταση αυτή (Cooper, 1998).

Η αντιμετώπιση θεωρείται ως μια μετριοπαθής μεταβλητή, που μπορεί να μεταβάλλει τη δράση του άγχους, σε μια μεταβλητή έκβασης, όπως είναι η ικανοποίηση από την εργασία. Η ρυθμιστική επίδρασή της θα εξαρτηθεί, από το πόσο αποτελεσματικά η επίλυση προβλημάτων ή η κοινωνική στήριξη μειώνουν την επίδραση των παραγόντων πίεσης στο χώρο εργασίας, τα οποία αλληλεπιδρούν με τη σχέση μεταξύ των πηγών πίεσης και του εργασιακού άγχους (Burke & Greenglass, 2000; Tyson & Pongruengphant, 2004). Μετά από δεκαετίες ανάλυσης του άγχους και της αντιμετώπισής του, ο Lazarus (1993) σημειώνει ότι οι άνθρωποι παρουσιάζουν μια ποικιλία αντιμετώπισεων που επηρεάζονται από τις πηγές του άγχους, την εκτίμηση του ατόμου (και τις διαδοχικές επανεκτιμήσεις), και τα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος. Αυτή η προοπτική, δεν συνδέει απλά τους οργανωτικά αγχογόνους παράγοντες με την ένταση, αλλά περιλαμβάνει μετριοπαθείς ή ρυθμιστικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου, του πώς τα άτομα ερμηνεύουν τα αντικειμενικά γεγονότα, αποδόσεις που αφορούν το βιωμένο άγχος και τα συναισθηματικά αποτελέσματα (AbuAlRub, 2004). Ως εκ τούτου, η ενσωμάτωση ενός συνδυασμού των γνωστικών μεταβλητών, είναι μια χρήσιμη προσέγγιση για τη μελέτη του άγχους στο χώρο εργασίας, διότι εστιάζει στην περαιτέρω διάταξη των οδών μέσω των

οποίων εμπλέκουν κάθε άλλη πρόβλεψη των αποτελεσμάτων του άγχους (Chang et al., 2005).

Ο τόπος του ελέγχου, θα μπορούσε να επηρεάσει την κατάσταση της έντασης με δύο διαφορετικούς τρόπους: άμεσα, μέσω της καλά τεκμηριωμένης τάσης των εξωτερικών παραγόντων να εκφράσουν αρνητική διάθεση, αλλά και έμμεσα, μέσω της προφανούς έλλειψης ελέγχου επί της επαγγελματικής ευρύτητας ενός ατόμου, που από μόνη της δεν οδηγεί μόνο σε αυξημένη πίεση, αλλά αλληλεπιδρά με προβλήματα του ρόλου που περαιτέρω αυξάνει τα επίπεδα δυστυχίας (Pino & Rossini, 2012).

Για τον «έλεγχο» του άγχους και την προαγωγή της υγείας, οι φίλοι, η οικογένεια μπορούν να στηρίξουν και να βοηθήσουν τους εργαζόμενους να αισθανθούν λιγότερο απομονωμένοι, μέσα από την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης και εναλλακτικών προοπτικών. Παράλληλα, η «δημιουργία επαφών» στη δουλειά, με απλούς τρόπους όπως κοινά διαλείμματα και γεύματα και η συμμετοχή σε κοινωνικές ομάδες ή δραστηριότητες, συντελούν στη δημιουργία θετικού εργασιακού χώρου (Knifton, Watson, Besten, Grundermann & Dijkman, 2016).

2. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης

Επαγγελματική εξουθένωση

Η ετυμολογία του συνδρόμου στα αγγλικά ορίζεται ως: «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης» (Αυγενάκης, Παπαδάκη & Τοράκη, 2012). Τα Κέντρα Δια βίου Μάθησης του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων (www.kdvm.gr) υποστηρίζουν ότι η εξουθένωση είναι μία κατάσταση συναισθηματικής, διανοητικής και φυσικής εξάντλησης, η οποία δημιουργείται από το υπερβολικό άγχος. Ο όρος συνδέεται κυρίως με επαγγέλματα που αφορούν το χώρο της υγείας. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αφορά την εξάντληση, αλλά και την έλλειψη ενδιαφέροντος που εκδηλώνεται από τους επαγγελματίες, κατά την άσκηση της εργασίας τους (Λερίδης, 2013). Η επαγγελματική εξουθένωση δεν αποτελεί νόσημα γιατί υπάρχει έλλειψη συγκεκριμένης συμπτωματολογίας, εννοιολογείται όμως μέσα από τα οργανικά και ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως επίσης και τις στάσεις και τις συμπεριφορές των εργαζομένων.

Έχει καταγραφεί πως το φαινόμενο burnout φέρει τρεις διαστάσεις, τη συναισθηματική εξάντληση με συμπτώματα ψυχικής κόπωσης, την αποπροσωποποίηση, την απομάκρυνση δηλαδή του επαγγελματία νοσηλευτή από τον ασθενή και τέλος, το

αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης, όπου επικρατεί ένα μειωμένο αίσθημα ικανοποίησης από την εργασία (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

Για την εξουθένωση, συνάδουν συνήθως ταυτόχρονα, επαγγελματικά και προσωπικά χαρακτηριστικά (Kindyni & Antoniou, 2015). Η πρώτη περιγραφή του συνδρόμου της «επαγγελματικής εξουθένωσης» από τον Freudenberger (1974), ο οποίος κατέγραψε τα συμπτώματα της σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης όχι μόνο σε επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας. Ορίζει την εξουθένωση, ως την αδυναμία και έλλειψη ενέργειας λόγω των πολλών απαιτήσεων, με αποτέλεσμα ο εργαζόμενος να γίνεται άκαμπτος και να παρεμποδίζεται η πρόοδος (Παπακωνσταντίνου, Παναγοπούλου & Φλουρέντζος, 2016).

Σύμφωνα με την ελληνική βιβλιογραφία, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί «μια προοδευτική διεργασία απομυθοποίησης της πραγματικότητας και διακρίνεται σε τέσσερα στάδια» (Μισουρίδου, 2009):

- ✓ Στάδιο ενθουσιασμού: Χαρακτηρίζεται από υπερβολικά υψηλούς στόχους, μη ρεαλιστικές προσδοκίες και υπερεπένδυση στις σχέσεις με τους ασθενείς.
- ✓ Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας: Ο επαγγελματίας υγείας αρχίζει να αντιλαμβάνεται ότι ενώ προσφέρει πολλά, η εργασία δεν ανταποκρίνεται στις βαθύτερες ανάγκες και προσδοκίες του.
- ✓ Στάδιο απογοήτευσης και ματαίωσης: Ο επαγγελματίας αποθαρρύνεται και συχνά αισθάνεται απογοήτευση και κατάθλιψη.
- ✓ Στάδιο απάθειας: Ο επαγγελματίας αισθάνεται κενός στο τέλος της ημέρας, απαθής, αποθαρρυσμένος, έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, νιώθει ενοχές, δέχεται επικρίσεις, καταφεύγει σε συγκρούσεις ή στην απομόνωση.

Η επαγγελματική εξουθένωση σύμφωνα με την Pines, εμφανίζεται ύστερα από εξαντλητικές εργασιακές απαιτήσεις σε μεγάλο χρονικό διάστημα και επηρεάζει τον εργαζόμενο συναισθηματικά, ψυχικά και σωματικά.

Τα χαρακτηριστικά του φαινομένου burnout, είναι η έλλειψη κινήτρων, η έντονη αποστροφή για την εργασία, η αίσθηση αποξένωσης και τα προβλήματα υγείας (Βαϊζόγλου & Δένδη, 2009). Το επαγγελματικό άγχος ασκεί πιέσεις μέσω των πολλαπλών καθηκόντων και φθείρει τον εργαζόμενο και να τον οδηγήσει στην επαγγελματική εξουθένωση (Παπαδάκη & Χουστουλάκη, 2007).

Παράγοντες που αποτελούν την αιτία για την εμφάνιση του συνδρόμου αποτελούν τα ατομικά – προσωπικά χαρακτηριστικά στοιχεία του εργαζόμενου (προσωπικότητα, προσωπικά βιώματα, συναισθηματική ωριμότητα του επαγγελματία), καθώς επίσης και τα δημογραφικά του στοιχεία, όπως: η ηλικία, εθνικότητα, το φύλο, το κοινωνικοοικονομικό

επίπεδο, εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση, η προϋπηρεσία και η θέση εργασίας του (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007; Λερίδης, 2013). Προέρχεται επίσης, από τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως κίνητρα, προσδοκίες, τρόπος διαχείρισης του άγχους, αυτοεκτίμηση, συναίσθηση και τέλος από τις προηγούμενες εμπειρίες του, επαγγελματικής ή προσωπικής φύσης (Λερίδης, 2013).

Προέρχεται επίσης, από το νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας, για παράδειγμα από τις συνθήκες δουλειάς, όπως η φύση της εργασίας, η επαφή με πόνο και θάνατο, τα καθήκοντα της προσωπικής φροντίδας του ασθενούς, το δυσάρεστο επαγγελματικό περιβάλλον, ποικίλα οργανωτικά/διοικητικά θέματα, όπως ο φόρτος, το ωράριο εργασίας, ο τρόπος διοίκησης, οι αποδοχές, η ασάφεια ρόλων και των καθηκόντων, οι σχέσεις με συναδέλφους (προβλήματα συνεργασίας και επικοινωνίας) και τέλος από την επαφή με τον ασθενή και τους συγγενείς του, π.χ. φύση αρρώστιας (σοβαρότητα, χρονιότητα, απειλή θανάτου), αλλά και από τις σχέσεις του με τον ασθενή και τους συγγενείς (Λερίδης, 2013).

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, οι παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση χωρίζονται σε περιβαλλοντικούς και ατομικούς. Ανάμεσα στους περιβαλλοντικούς, περιλαμβάνονται οι αντίξοες συνθήκες εργασίας, η έλλειψη προσωπικού, ο φόρτος εργασίας, το ωράριο και η υψηλή συναισθηματική φόρτιση του εργαζόμενου. Στους ατομικούς παράγοντες περιλαμβάνονται οι αντιδράσεις του εργαζόμενου στις πιεστικές καταστάσεις, οι προσδοκίες του και τα αρχικά κίνητρα (Παπακωνσταντίνου κ.ά., 2016).

Οι νοσηλευτές είναι ευάλωτοι στο φαινόμενο burnout, «Ο πόνος και η θλίψη των ασθενών, σε συνδυασμό με τη χρονιότητα πολλών παθήσεων και την αναπηρία αποτελούν βασικές αιτίες. Πολλές νόσοι είναι οδυνηρές και συχνά οι νοσηλευτές καλούνται να περιποιηθούν άτομα που βιώνουν έντονους πόνους και αγωνία για την έκβαση της ασθένειάς τους. Ακόμα δεν είναι λίγες οι φορές που καλούνται να περιθάλψουν άτομα, που γνωρίζουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα και τα παρακολουθούν να καταλήγουν χωρίς να μπορούν να τους προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια» (Αδαλή κ.ά, 2002).

Σύμφωνα με έρευνες της τελευταίας δεκαετίας (Jaracz, Górna & Konieczna, 2005; & Pompili, et al. 2006), αποδεικνύεται ότι, ο βαθμός πίεσης που δέχονται οι νοσηλευτές κατά την άσκηση του επαγγέλματος, επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση τους και πολλές φορές ο βαθμός της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι τόσο έντονος, που μπορεί να τους οδηγήσει σε κατάθλιψη ή ακόμα και σε απόπειρα αυτοκτονίας. Μελέτες όμως έχουν γίνει και στην Ελλάδα, όπου πιο συγκεκριμένα, οι Αδαλή κ.ά (2002) μελέτησαν το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών πέντε δημόσιων νοσοκομείων της

Αθήνας και συμπέραναν ότι, η συναισθηματική εξάντληση του προσωπικού κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα και οι εργασιακοί παράγοντες σχετίζονταν με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι Αντωνίου & Αντωνοδημητράκη το 2001 από μελέτη τους, επεσήμαναν πως οι κύριοι παράγοντες δημιουργίας της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν αυτοί που σχετίζονται με την φύση του επαγγέλματος. (Αυγενάκης κ.ά., 2012). Για την πρόληψη του φαινομένου burnout, κρίνεται σκόπιμο να γίνει άμεση αναγνώριση των συμπτωμάτων, πριν την εμφάνιση της εξάντλησης και της αδράνειας (Ζαχάρη & Ντουράι, 2015).

Η πλειοψηφία των μελετών που έχουν εκπονηθεί μέχρι σήμερα σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση, έχουν ως πληθυσμό μελέτης, τους επαγγελματίες στο χώρο της υγείας. Σύμφωνα με τους Firth-Cozens & Payne (2000), το 1/3 των νοσηλευτών ανά τον κόσμο παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά κιόλας στάδια της καριέρας τους, ενώ παράλληλα ο κίνδυνος για εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών είναι πολύ υψηλός (Λερίδης, 2013). Σύμφωνα με μελέτη των Chiriboga και Bailey, προέκυψε το συμπέρασμα ότι η εργασία στις μονάδες εντατικής θεραπείας ή σε άλλη ειδικότητα δεν επηρεάζει το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνει ο νοσηλευτής (Αδαλή κ.ά., 2000).

Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ερευνητικά πως οι νοσηλευτές όπως και οι ψυχίατροι, δείχνουν να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών. Ο χώρος – μονάδα, που εργάζονται οι νοσηλευτές ανάλογα με την ειδικότητα τους φαίνεται ότι σχετίζεται με την ύπαρξη και τον βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το νοσηλευτικό προσωπικό, για παράδειγμα, που εργάζεται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία παρουσιάζει έντονα συμπτώματα συναισθηματικής εξάντλησης από την εργασία του (Λερίδης, 2013). Τα στοιχεία για την περίοδο 1979-1983 δείχνουν ότι τα ποσοστά αυτοκτονιών στους νοσηλευτές στο Ηνωμένο Βασίλειο (Η.Β.) ήταν σημαντικά υψηλότερα από τον εθνικό μέσο όρο, και το προσδόκιμο ζωής για τους νοσηλευτές ήταν περίπου 72 χρόνια, μόλις 1 χρόνο περισσότερο από τους ανθρακωρύχους (Clegg, 2001). Παρόμοια αποτελέσματα καταδεικνύει και έρευνα του των Pompili (2006) λόγω καταπόνησης, εργασιακού stress και έντασης που βιώνουν οι επαγγελματίες της υγείας.

Η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) σχετίζεται με συχνές απουσίες των νοσηλευτών από την εργασία, αλλά ακόμα και με εγκατάλειψη του επαγγέλματος (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007). Το κυριότερο συμπέρασμα που εξάγεται από την πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών είναι η σημασία και αναγκαιότητα εισαγωγής μιας ειδικής υποστηρικτικής ομάδας στην καθημερινή φροντίδα της υγείας, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος της εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό

προσωπικό. (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007). Ένας από τους βασικότερους λόγους που απαιτείται η σχετική υποστήριξη των νοσηλευτών, πέρα από την δική τους ψυχική ισορροπία και σωματική υγεία, αποτελεί το γεγονός ότι η καλή υγεία των νοσηλευτών συνεπάγεται την ενδεδειγμένη προσφερόμενη νοσηλευτική φροντίδα (Γαβριήλ, 2011), κυρίως λόγω των επιπτώσεων στην προσφερόμενη φροντίδα των ασθενών που μπορεί να προκύψουν (Cho, et al., 2007; Richardson, Turnock, Harris, Finley & Carson, 2007).

Οι έρευνες σχετικά με τις συνέπειες για την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης που ένα ίδρυμα παρέχει, εστιάζουν ιδιαίτερα στη σχέση της παρεχόμενης περίθαλψης με το άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση, τόσο γενικά όσο και ειδικότερα σε σχέση με την παρενόχληση στο χώρο εργασίας και την ψυχολογική παρενόχληση (Burke, 2000). Μελέτες έχουν δείξει ότι το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση συνδέονται στενά με μειωμένη, ποιοτικά, φροντίδα των ασθενών, όπως αναφέρεται από τους ίδιους τους νοσηλευτές (Burke, 2000; Rosenstein & O'Daniel 2008; Rosenstein, 2011; Shanafelt et al., 2002). Παράλληλα, άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση σε νοσηλευτές, επηρεάζει αρνητικά την αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας τους. Για παράδειγμα, σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οι Halbesleben & Buckley (2008) βρήκαν σημαντική σχέση μεταξύ των υψηλότερων επιπέδων συναισθηματικής εξάντλησης, της αποπροσωποποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού και της μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών. Εξήγησαν ότι οι εξαντλημένοι νοσηλευτές δεν μπορεί να είναι σε εγρήγορση ή διανοητικά διαυγείς, το οποίο υπονομεύει την ικανότητα τους να παρέχουν υψηλής ποιότητας περίθαλψη στους ασθενείς. Η έλλειψη πνευματικής εγρήγορσης, λόγω επαγγελματικής εξουθένωσης, συνέβαλε επίσης στην υψηλότερη πιθανότητα κλινικών σφαλμάτων (Halbesleben & Buckley, 2008).

Συνοπτικά λοιπόν, και σύμφωνα με βιβλιογραφικές μελέτες, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, έχει διαπιστωθεί πως οι νοσηλευτές αποτελούν την επαγγελματική ομάδα, που είναι περισσότερο επιρρεπής σε υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης. Στο ίδιο πλαίσιο, κυμαίνονται τα ευρήματα της μελέτης του Καντά, ο οποίος αναφέρει πως οι Έλληνες δημόσιοι υπάλληλοι παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης (Μακράκης, 2009).

Τρόποι αντιμετώπισης

Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να τα αντιληφθεί το άτομο κατά τα δύο τελευταία στάδια της, τα οποία θεωρούνται και τα πιο σημαντικά (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1986; Γαλάνη, 2011).

Για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η αναγνώριση της ύπαρξης της, αλλά και η καταπολέμηση της αντίληψης ότι, ο νοσηλευτής δεν πρέπει να επηρεάζεται από τον πόνο των αρρώστων που φροντίζει, δεν πρέπει να ενστερνίζεται την αντίληψη ότι δεν πρέπει να έχει προσωπικές ανάγκες αλλά να ασκεί με αυτοθυσία ένα «λειτουργήμα». Η πεποίθηση αυτή καθώς και η καθημερινή αντιμετώπιση της αρρώστιας, του πόνου και του θανάτου των ασθενών τον θέτουν ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση.

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν αντιμετωπίζεται πλήρως, αλλά με την κατάλληλη παρέμβαση ενδέχεται να αποφευχθούν τα αυξημένα επίπεδα της. Οι παρεμβάσεις που προτείνονται για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης διακρίνονται σε ατομικές αλλά και σε ομαδικές, οργανωτικές παρεμβάσεις. Οι ατομικές παρεμβάσεις αναφέρονται στις προσπάθειες που μπορεί να κάνει ο ίδιος ο νοσηλευτής, οι οποίες είναι (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999; Γαλάνη, 2011):

- Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων που δηλώνουν ότι ο εργαζόμενος βιώνει στρες, πριν οδηγηθεί στην επαγγελματική εξουθένωση.
- Η επανεκτίμηση των στόχων και προσδοκιών που έχει ο νοσηλευτής από τον εαυτό του, σχετικά με τους αρρώστους που φροντίζει, τη σχέση με τους συναδέλφους και προϊσταμένους του και τη δουλειά του γενικότερα.
- Η ενασχόληση του εργαζόμενου με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες καταγράφεται ως σημαντική για την ψυχική του ισορροπία, παρέχοντας προοπτική εκτόνωσης.
- Η σωστή διατροφή και άσκηση καθώς και η επάρκεια ανάπαυσης, συνεισφέρουν στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης και στην προστασία του εργαζομένου από τις επιπτώσεις του εργασιακού άγχους.
- Η αλλαγή χώρου εργασίας, αυξάνει την αίσθηση προσωπικού ελέγχου.

Οι οργανωτικές παρεμβάσεις αναφέρονται στις παρεμβάσεις την ευθύνη των οποίων έχει η διοίκηση των νοσοκομείων ή μια μονάδα ενός τμήματος οι οποίες είναι:

- Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση, η οποία αυξάνει τις πιθανότητες απόδοσης και την παροχή ποιοτικής φροντίδας.

- Η δημοκρατική διοίκηση συμβάλει στην ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίου σεβασμού και συνεργασίας των εργαζομένων, οι οποίοι αναλαμβάνουν ευθύνες και πρωτοβουλίες στα πλαίσια των κανονισμών λειτουργίας του τμήματος.
- Οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης.
- Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης δίνει την ευκαιρία στους νοσηλευτές, να μοιράζονται τα συναισθήματα, τις αντιλήψεις τους σχετικά με τα προβλήματα στην εργασία.

Η δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας γενικά και των νοσηλευτών ειδικότερα, συμβάλλει στην απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων, ιατρονοσηλευτικών και ψυχολογικών δεξιοτήτων. Η συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση των νοσηλευτών είναι σημαντική, αρχικά για τον εμπλουτισμό των γνώσεων και κατά δεύτερο λόγο, για να έχουν οι ασθενείς αλλά και οι οικογένειες τους την πρέπουσα αντιμετώπιση (Παππά, Αναγνωστόπουλος & Νιάκας, 2008; Γαλάνη, 2011).

3 . Άγχος, εργασιακή ικανοποίηση και νοσηλευτές

Η επαγγελματική ικανοποίηση ορίζεται ως *«η θετική συναισθηματική απόκριση προς συγκεκριμένο έργο, που πηγάζει από την εκτίμηση ότι αυτό εκπληρώνει τις εργασιακές αξίες του ατόμου»* (Καγιάσα, 2012).

Ένας άλλος ορισμός που έχει αποδοθεί για την εργασιακή ικανοποίηση είναι *«το αποτέλεσμα της σχέσης ανάμεσα στις προσδοκίες που έχουν τα άτομα για την εργασία τους και στις πραγματικές απολαβές από αυτή»* (Ζαχάρη & Ντουράι, 2015). Η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί μια συναισθηματική αντίδραση του εργαζόμενου στην προσωπική εργασιακή του κατάσταση (Ανυφαντή & Λυκούρη, 2014) και η πρώτη βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τα σχετιζόμενα της εργασίας κίνητρα, τις στάσεις και τις αξίες των εργαζομένων (Τσουνής & Σαράφης, 2016).

Η εργασιακή ικανοποίηση χωρίζεται σε δύο βασικές κατηγορίες, στην εσωγενή και στην εξωγενή. Η εσωγενής σχετίζεται με το περιεχόμενο της εργασίας, αναφέρεται δηλαδή στις πτυχές εκείνες της εργασίας που έχουν να κάνουν με την διεξαγωγή της, για παράδειγμα η ελευθερία επιλογών ως προς τον τρόπο εκτέλεσης και ολοκλήρωσης του έργου, ο παρεχόμενος βαθμός υπευθυνότητας, η ευελιξία ως προς την ποικιλία δραστηριοτήτων, η χρήση δεξιοτήτων και εποπτεία. Στον αντίποδα, η εξωγενής εργασιακή ικανοποίηση σχετίζεται με το πλαίσιο μέσα στο οποίο υλοποιείται η εργασία και πιο συγκεκριμένα, έχει να κάνει με τις συνθήκες εργασίας, το ωράριο, την ασφάλεια των εργαζομένων αλλά και τις αμοιβές (Κάντας, 1998). Έχει χαρακτηριστεί η εργασιακή

ικανοποίηση ως ο σύνδεσμος ανάμεσα στην παρακίνηση των εργαζομένων, την κουλτούρα τους και την απόδοσή τους στην εργασία (Παπάνης, Γιαβρίμης & Μπαλάσα, 2011).

Οι άνθρωποι έχουν διαφορετικούς τρόπους για την επίτευξη ικανοποίησης από την εργασία (Saari & Judge, 2004). Η αποδοτικότητα και η ικανοποίηση του νοσηλευτή από την εργασία του έχει αποτελέσει τις τελευταίες δεκαετίες αντικείμενο μελέτης στη διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία (Μαρνέρας κ.ά., 2010). Παράλληλα, σε ερευνητική μελέτη στις ΗΠΑ βρέθηκε πως το υψηλό εργασιακό άγχος και η πλημμελής συνεργασία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, οδηγούσαν σε χαμηλή ικανοποίηση, ενώ, ο παράγοντας αυτονομία σχετίζεται θετικά με την εργασιακή ικανοποίηση (Μαρνέρας κ.ά., 2010).

Η ύπαρξη άγχους επίσης, στο χώρο της εργασίας επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας της υγείας και έχει άμεσο αντίκτυπο στην επαγγελματική ικανοποίηση (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007). Εργασιακή ικανοποίηση και εργασιακό άγχος λοιπόν είναι αλληλένδετα και αμφίδρομα φαινόμενα και η πρώτη συνδέεται άμεσα με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού (Καγιάσα, 2012). Έχει καταγραφεί πως η εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών σχετίζεται θετικά με την ποιοτική φροντίδα των ασθενών (Μαστροκώστας, 2010). Σύμφωνα με έρευνα της Μητρούση (2014), το 41,3% του πληθυσμού μελέτης (163 νοσηλευτές) δήλωσαν ότι το άγχος τους έχει οδηγήσει σε νοσηλευτικές παραλήψεις. Μία μελέτη των Weisman & Nathanson, ανέφερε ότι το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελούσε τον ισχυρότερο παράγοντα για το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών (Κουράκος, 2010).

Όταν η εργασιακή ικανοποίηση βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης του εργασιακού άγχους, της χρόνιας κόπωσης και της ψυχολογικής εξουθένωσης (Καγιάσα, 2012). Μελέτες που έχουν γίνει στην Ελλάδα, στα επαγγέλματα υγείας, έχουν αποκαλύψει πως υπάρχουν υψηλά επίπεδα εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης, αλλά και μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση (Καλλιμάνης, 2016). Μελέτες υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση λειτουργεί ως ασπίδα στις χρόνιες συνέπειες του άγχους (Παπαδομιχαλάκη, 2014).

Η ικανοποίηση του νοσηλευτή μέσα από την εργασία έχει άμεση εξάρτηση με τον βαθμό κατά τον οποίο ο εργαζόμενος συμπληρώνει την ιδέα για τον εαυτό του αλλά και να είναι σε θέση να παίξει τους ρόλους τους οποίους επιθυμεί για να καλύψει τις σημαντικές του ανάγκες (Πουλής, 2011). Σύμφωνα με τον Γεωργίου και τους συνεργάτες του (1998), μόνο το 50% των εργαζομένων στο χώρο της υγείας, δηλώνουν ικανοποιημένοι από της

επαγγελματική τους δραστηριοποίηση, ενώ ήταν δυσαρεστημένοι από τις μη ικανοποιητικές αποδοχές και τη μη αναγνώριση του κόπου και της εργασίας τους (Καλλιμάνης, 2016). Διεθνείς μελέτες, αναφέρουν ότι το κύριο αίτιο χαμηλής επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών αποτελούν, οι συνθήκες στο εργασιακό περιβάλλον, που έχουν σχέση με τα οργανωτικά θέματα που συνδέονται περισσότερο με τη δομή, τα προβλήματα των συστημάτων υγείας και λιγότερο με την φύση της εργασίας (Παπαδομιχαλάκη, 2014). Δεν υπάρχουν όμως σαφή και ξεκάθαρα δεδομένα που να συνδέουν άμεσα την επαγγελματική ικανοποίηση με την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητα του εργαζομένου (Τσουνής & Σαράφης, 2016).

Πρόσφατη μελέτη των Kaddourah et al. (2013), μελέτησε το επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης και της επίδραση των προσωπικών χαρακτηριστικών στο εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στον Λίβανο τον Οκτώβριο του 2010 και τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν 178 νοσηλευτές (με εκπροσώπους και από τα δύο φύλα - 67,9% γυναίκες), άνω των 21 ετών, με τουλάχιστο ένα έτος εργασιακής εμπειρίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι 111 νοσηλευτές ήταν αρκετά ικανοποιημένοι με τις θέσεις εργασίας τους, 65 νοσηλευτές δεν ήταν ικανοποιημένοι με τους μισθούς τους και σχεδόν οι μισοί από τους νοσηλευτές δεν ήταν ευχαριστημένοι με την αναλογία νοσηλευτή και ασθενών, με την εργασιακή αυτονομία και με τον ελεύθερο χρόνο που είχαν στην διάθεση τους για διάλειμμα. Επιπλέον, η πλειοψηφία δήλωσε ότι οι παράγοντες που ελαττώνουν την εργασιακή ικανοποίηση είναι πιθανό να τους οδηγήσουν στην αλλαγή εργασίας. Σε άλλη έρευνα στην Παλαιστίνη Abushaikha & Saca-Hazboun (2009), έδειξε πως τα μέλη του πληθυσμού μελέτης (νοσηλευτές) ανέφεραν μέτρια επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία (84.2%). Ως σημαντικοί παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης κατονομάστηκαν οι ηθικές αξίες, ενώ οι προϊστάμενοι (85.5%), οι ευθύνες (78.3%), η επαγγελματική ανέλιξη (41.4%) και η πολιτική του νοσοκομείου βρέθηκαν να είναι παράγοντες που οδηγούσαν σε μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση.

Σε έρευνα των Malliarou et al. (2010), σχετικά με την ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία σε σχέση με το εργασιακό άγχος, το ένα τρίτο των στρατιωτικών νοσηλευτών ήταν διατεθειμένο να παραιτηθεί εξαιτίας του άγχους, ενώ το ποσοστό για τους πολίτες ήταν μικρότερο (1/4). Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός, ότι περίπου το 50% των ερωτηθέντων δε θα διάλεγε ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή.

Έρευνες σχετικά με τις επιπτώσεις της αναδιάρθρωσης του νοσοκομείου αποδεικνύει ότι εκλαμβάνεται από τους νοσηλευτές ως απειλή για την ασφάλεια της απασχόλησης και την ικανοποίηση από την εργασία, ενώ αποκάλυψαν μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης τους ήταν πρωταρχικά

προσανατολισμένες προς μια άμεση λύση των αγχωτικών καταστάσεων ή αποφυγή αυτών, ενώ η έλλειψη σαφούς αντίληψης των θεσμικών επιλογών και των στόχων κατέδειξαν τους οργανωτικούς στόχους και το όραμα ως βασικές πτυχές (Ragazzoni et al., 2004). Τα υψηλά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης βρέθηκαν να συνδέονται με χαμηλότερο κίνδυνο τόσο για τη συναισθηματική εξάντληση όσο και για την ψυχική υγεία (Tabolli et al., 2006).

Σύμφωνα με έρευνα της Βασιλείου κ.ά., (2015), σε πληθυσμό μελέτης 202 νοσηλευτές ΜΕΘ νοσοκομείων Αττικής, σχετικά με τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, αποδείχθηκε πως όσο πιο καλή επικοινωνία είχαν οι νοσηλευτές, τόσο αυξανόταν η μεταξύ τους συνεργασία και όσο πιο ικανοποιημένοι είναι από την εργασία τους και εργάζονται με σταθερό ωράριο, αυξάνεται επίσης η συνεργασία και υπάρχουν θετικά αποτελέσματα στις διαπροσωπικές σχέσεις. Επιπλέον, σημαντικό ρόλο δείχνουν να διαδραματίζουν η θετική ενίσχυση από τους προϊστάμενους, οι υψηλές αποδοχές και οι ευκαιρίες για μετεκπαίδευση.

Προκύπτει λοιπόν το συμπέρασμα, πως η διοίκηση του νοσοκομείου πρέπει να γνωρίζει, αλλά και να ερευνά ποιοι είναι οι παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να προβαίνει στις απαραίτητες ενέργειες και συμπεριφορές και να προωθεί παράλληλα ένα θετικό εργασιακό κλίμα, όπου θα ευδοκιμούν οι καλές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων (Lu et al., 2012).

Πίνακας 1: Παρουσίαση ενδεικτικών μελετών σε σχέση με το άγχος του νοσηλευτικού προσωπικού

Συγγραφείς	Σκοπός	Πληθυσμός μελέτης	Κύρια αποτελέσματα	Παρέμβαση με Ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης	Παρέμβαση με Ομαδική συμβουλευτική
1. Αντωνίου, 2007	Διερεύνησε τα επίπεδα εργασιακού άγχους των νοσηλευτών	Νοσηλευτικό προσωπικό	Το εργασιακό άγχος αποτελεί το δεύτερο συχνότερο πρόβλημα υγείας στα πλαίσια του εργασιακού περιβάλλοντος και αφορά το 28% των εργαζομένων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.	Όχι	Όχι
2. Μουστάκα κ.ά., 2010	Διερευνάει τα επίπεδα άγχους των νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών και τυχόν διαφοροποιήσεις στα επίπεδα άγχους	Νοσηλευτικό προσωπικό. 250 άτομα (150 εργαζόμενοι σε νοσοκομείο της Περιφέρειας και 100 εργαζόμενοι σε νοσοκομείο της Αθήνας)	Το εργασιακό άγχος των νοσηλευτών είναι υπαρκτό – χωρίς ιδιαίτερες διαφοροποιήσεις στα δύο νοσοκομεία	Όχι	Όχι
3. Σαρίδη, Καρρά & Σουλιώτης, 2015	Διερεύνηση εργασιακού άγχους	579 εργαζόμενοι Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας του νομού Κορίνθου	Το 57.5 % των ερωτηθέντων το μεγάλο φόρτο εργασίας ως στρεσογόνο παράγοντα, το 51.9% τις αντίξοες συνθήκες εργασίας, ενώ το 44.5% το κυλιόμενο ωράριο εργασίας. Επιπρόσθετα, το 50.3% θεωρεί πως η οικονομική κρίση επηρεάζει την απόδοση στην εργασία, με κύριο στρεσογόνο παράγοντα σε ποσοστό 48.2% - με μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης στις ηλικίες 51- 60 ετών. Σε χαμηλότερα επίπεδα ως στρεσογόνων παραγόντων, εμφανίστηκαν οι επικίνδυνες συνθήκες εργασίας (33.2%) και οι υπερωρίες (33.7%)	Όχι	Όχι
4. Malliarou et al., 2010	Ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία σε σχέση με το εργασιακό άγχος	Νοσηλευτικό προσωπικό	Το ένα τρίτο των στρατιωτικών νοσηλευτών ήταν διατεθειμένο να παραιτηθεί εξαιτίας του άγχους, ενώ το ποσοστό για τους πολίτες ήταν μικρότερο (1/4). Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι περίπου το 50% των ερωτηθέντων δε θα διάλεγε ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή.	Όχι	Όχι

Κεφάλαιο 2

Εργασιακή παρενόχληση

Ορισμός

Μιλώντας για βία, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η βία μπορεί να οριστεί ως η «φυσική επίθεση, ανθρωποκτονία, προφορική κακομεταχείριση, εξαναγκασμό-πολιορκία, σεξουαλική και φυλετική παρενόχληση, καθώς και ψυχολογική πίεση».

Κατά τον Σουηδό Leymann (1990), έχει αποδοθεί ένας ορισμός για την συνεχόμενη και επιθετική συμπεριφορά που δέχεται ένα άτομο, στον εργασιακό του χώρο και διατυπώνεται ως εξής: *«Η ψυχική τρομοκρατία ή η παρενόχληση στην επαγγελματική ζωή σημαίνει εχθρική και ανήθικη επικοινωνία, η οποία στρέφεται συστηματικά από έναν ή περισσότερους ανθρώπους κυρίως προς ένα άτομο».*

Ο Εθνικός Οργανισμός για την επαγγελματική ασφάλεια και υγεία (NIOSH), ορίζει τη βία στο χώρο εργασίας ως «βίαιες ενέργειες, όπως φυσικές επιθέσεις και απειλές για επιθέσεις, που κατευθύνονται σε πρόσωπα που είναι στο χώρο εργασίας τους ή στο καθήκον» (Kwok et al , 2006).

Τέλος, το Βασιλικό Κολέγιο Νοσηλευτικής (RCN), ορίζει τη βία ως κάθε περιστατικό στο οποίο ένας επαγγελματίας στο εθνικό σύστημα υγείας βιώνει την κακομεταχείριση, την απειλή, το φόβο ή την εφαρμογή μιας δύναμης από ένα μέλος του κοινού, είτε είναι στο καθήκον, είτε όχι. Η απειλή ή ο φόβος της βίας μπορεί να είναι το ίδιο καταστρεπτικός όπως και η ίδια η βία (Cole, 2007).

Το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας λαμβάνει χώρα όταν κάποιος κατ' επανάληψη, για μεγάλο χρονικό διάστημα, είναι εκτεθειμένος σε αρνητικές συμπεριφορές από ένα ή περισσότερα άτομα σε μια κατάσταση στην οποία, για διαφορετικούς λόγους, μπορεί κάποιος να έχει δυσκολίες να υπερασπιστεί τον εαυτό του

ενάντια σε αυτές τις ενέργειες^{vi} (Salin, 2003; Zapf et al., 2003; Einarsen, 2000). Έχει καταχωρηθεί βιβλιογραφικά και ως ψυχολογική παρενόχληση (Σάκουλα κ.ά., 2014). Ως όρος εστιάζει στα φαινόμενα της επαναλαμβανόμενης παρενόχλησης που λαμβάνουν χώρα στον χώρο της εργασίας. (Leymann, 1990; Μπακέλλα, Γιάγκου, Μπραχαντίνη, 2013). Αποτελεί μια αλυσίδα αντιδεοντολογικών συμπεριφορών και μια έντονη μορφή δημιουργίας εργασιακού άγχους. Μέσα από τη συστηματική και μακρόχρονη αυτή διαδικασία (είναι συστηματική, επαναλαμβανόμενη, με διάρκεια και με κλιμακωτή πορεία προς το χειρότερο) ο εργαζόμενος – θύμα οδηγείται σε μια ψυχολογική και εργασιακή εξόντωση (Τσιάμα, 2013).

Στη βιβλιογραφία συναντάται με διάφορους όρους. Στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Αυστραλία, χρησιμοποιείται ο όρος bullying, σε γαλλόφωνες περιοχές αξιοποιείται ο όρος harcèlement moral αλλά και mobbing, στην Φιλανδία συναντάμε τον όρο personal/workplace harassment, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, υπάρχουν οι όροι workplace aggression, emotional abuse και workplace bullying (Κουβουτσάκη, 2017). Δεν αποτελεί μια αυτούσια νοσολογική οντότητα (Παπαδάκη & Χουστουλάκη, 2007), αλλά μια διαταραχή στην εργασιακή εξουσία (Κουβουτσάκη, 2017).

Μορφές βίας

Η παρενόχληση στον εργασιακό χώρο λαμβάνει πολλές μορφές όπως παρενόχληση, θυμό, εξαναγκασμό, εκφοβισμό και προσβολή (Kwok, 2006), (Jackson, 2002). Η πιο συχνή μορφή κακοποίησης είναι να φέρεις κάποιον σε δύσκολη θέση ή να του μιλήσεις προσβλητικά ή να κάνεις βίαιη εφαρμογή θεραπευτικών παρεμβάσεων ή να μιλήσεις ουρλιάζοντας και να τον βρίσεις. Ο φόρτος εργασίας, οι μη ασφαλείς εργασιακές συνθήκες και μη επαρκής υποστήριξη δεν συνάδουν με την εφαρμογή ορθής νοσηλευτικής εργασίας και λογίζονται ως μορφές βίας (Παπαδοπούλου, 2009). Τα Κέντρα Δια βίου Μάθησης του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων (www.kdvm.gr) υποστηρίζουν ότι η παρενόχληση εκδηλώνεται κυρίως με επιπτώσεις όπως δυσκολίες συνεργασίας, μειωμένη αντοχή στο άγχος και ψυχολογικές αντιδράσεις. Συμπεριφορές παρενόχλησης περιλαμβάνουν έλλειψη σεβασμού, εκμετάλλευση, λεκτική βία, σαρκασμό, ειρωνεία, σεξουαλική παρενόχληση, απομόνωση, κ.ά..

Οι μορφές βίας κατατάσσονται σε φυσικές επιθέσεις, στη συναισθηματική κακομεταχείριση, στη σεξουαλική παρενόχληση και επίθεση. Η ψυχολογική βία σε

σύγκριση με τη φυσική βία, όπως φαίνεται από τη μελέτη της βιβλιογραφίας, είναι η πιο συχνή μορφή βίας. Η εκδήλωση βίας κατηγοριοποιείται ως εξής: (Cole, 2007)

Φυσική επίθεση: Επίθεση με ή χωρίς όπλο που έχει ως αποτέλεσμα τη φυσική βλάβη, συγκαταλέγονται μέσα και οι σεξουαλικές επιθέσεις.

Φυσική κακομεταχείριση: Είναι μία προσπάθεια επίθεσης που δεν έχει σαν αποτέλεσμα την πρόκληση ζημιάς.

Απειλές γραπτές ή προφορικές απειλές που περιλαμβάνουν ζημιά σε πρόσωπο ή περιουσία. Σε αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνεται και η σεξουαλική παρενόχληση.

Ζημιές σε περιουσίες : Περιουσίες που ανήκουν σε άτομο ή οργανισμό.

Σύμφωνα με άλλους συγγραφείς, οι εχθρικές συμπεριφορές οι οποίες αποτελούν παρενόχληση διακρίνονται σε τέσσερις βασικές κατηγορίες :

1. **Προσβολές των συνθηκών εργασίας,**
2. **Απομόνωση και άρνηση επικοινωνίας,**
3. **Προσβολές στην προσωπική αξιοπρέπεια**
4. **Βία - λεκτική, σωματική ή σεξουαλική.**

Παράγοντες που πυροδοτούν το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι αιτίες του φαινομένου εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες. Η Hirigoyen (2002), κάνει λόγο για τον κυνισμό του συστήματος και τον ναρκισσιστικό χαρακτήρα της κοινωνίας μας. Άλλη έρευνα, αναφέρεται σε ελλείψεις της οργανωτικής δομής στον επαγγελματικό χώρο. (Χείρα, 2014). Έχει σημειωθεί πως στα εργασιακά περιβάλλοντα με έντονους και κοπιαστικούς ρυθμούς εργασίας, με υψηλό ανταγωνισμό αλλά και ανασφάλεια, ευνοείται η ανάπτυξη του φαινομένου (Κουβουτσάκη, 2017). Οι αιτίες του φαινομένου, κατά την Hirigoyen (2002), ενδέχεται να είναι η διαφορετικότητα, ο ανταγωνισμός, η επιθυμία του θύτη για έλεγχο του θύματος και ο «φόβος» για την απώλεια του ελέγχου (Μακράκης, 2009).

Αν όμως πρέπει να γίνει πιο συγκεκριμένη η κατηγοριοποίηση, υπάρχουν τρεις βασικοί παράγοντες που ενεργοποιούν το φαινόμενο της παρενόχλησης (Κουβουτσάκη, 2017):

- Η προσωπικότητα του θύτη, αποτελεί ένα άτομο που χαρακτηρίζεται από αυτό-έλεγχο, αλλά και καταθλιπτικές τάσεις. Σύμφωνα με έρευνες, έχει καταγραφεί πως είναι διαταραγμένη προσωπικότητα, με ναρκισσιστικές και αντικοινωνικές συμπεριφορές, ασκεί την εξουσία (αν έχει) καταχρηστικά και διακρίνεται για τις τάσεις επαγγελματικής εξέλιξης.
- Υπάρχουν όμως κάποια γενικά χαρακτηριστικά στην προσωπικότητα του θύματος όπως η παρουσία χαμηλής αυτοεκτίμησης, με κρίσεις συνείδησης και είναι ένα ευσυγκίνητο άτομο.
- Το εργασιακό περιβάλλον, το οποίο είναι χαοτικό με εντάσεις, εξουθενωτικούς ρυθμούς εργασίας και υψηλό ανταγωνισμό.

Επιπτώσεις της εργασιακής παρενόχλησης στην σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών

Η εργασιακή παρενόχληση αναγνωρίζεται ελάχιστα και αυξάνει τις αρνητικές επιπτώσεις στο χώρο εργασίας, σχετικά με την σωματική και ψυχική υγεία του νοσηλευτή λόγω συσσώρευσης των αρνητικών συναισθημάτων (Speedy, 2006; & Σάκουλα κ.ά., 2014).

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της παρενόχλησης στον εργαζόμενο είναι, το έντονο άγχος, η έντονη δυσφορία, η μελαγχολία/κατάθλιψη, συναισθήματα μοναξιάς, αποτυχίας, ανικανότητας, απογοήτευσης, φοβίες, κατάχρηση ουσιών (καπνός, καφεΐνη, αλκοόλ) και αυτοκτονικές τάσεις. Υπάρχει όμως και μια σειρά ψυχοσωματικών διαταραχών, όπως: κεφαλαλγίες/ημικρανίες, γαστρεντερικές διαταραχές, διαταραχές ύπνου, ταχυκαρδία, ναυτία, εμετοί, λιποθυμικά επεισόδια, διαταραχές εμμήνου ρύσεως, πόνοι στήθους, νευρικές συσπάσεις, tics, έντονη εφίδρωση, κνησμοί και συχνουρία (Παπαδάκη & Χουστουλάκη, 2007).

Μελέτη των Einarsen, Matthiesen και Mikkelsen (1999), σε 102 θύματα μακροχρόνιας παρενόχλησης στον εργασιακό χώρο, στη Νορβηγία, αναφέρει ότι το 75% των θυμάτων εμφάνισε συμπτώματα άγχους, που υποδήλωναν μετατραυματική διαταραχή άγχους. Πέντε χρόνια μετά από τη λήξη της έκθεσης σε εργασιακή παρενόχληση ποσοστό 65% των θυμάτων, εμφάνισε ακόμη συμπτώματα που υποδήλωναν μετατραυματική διαταραχή άγχους. Ψυχολογικά προβλήματα εμφανίστηκαν κυρίως στις γυναίκες (21,4%) έναντι των ανδρών (12,4%). Το επίπεδο των μετατραυματικών συμπτωμάτων σχετιζόταν με την ένταση της επιθετικής συμπεριφοράς και ιδιαίτερα εάν η συμπεριφορά αυτή ήταν ταπεινωτικά και αντιληπτή από τους άλλους εργαζόμενους. Παρόμοια στοιχεία αναφέρουν

οι Mikkelsen και Einarsen (2001), σε μελέτη 118 θυμάτων παρενόχλησης που εργάζονταν στη Δανία.

Οι Niedhammer, David και Degioanni (2006), διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της έκθεσης σε εργασιακή παρενόχληση και στα συμπτώματα κατάθλιψης με πληθυσμό μελέτης εργαζομένων στη Γαλλία. Στη μελέτη συμμετείχαν 3.132 άνδρες και 4.562 γυναίκες με εργασιακή εμπειρία τουλάχιστον 3 μηνών. Η μελέτη έδειξε ότι η έκθεση σε παρενόχληση μπορεί να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (άγχος, κακή διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος, απώλεια ενεργητικότητας, έλλειψη ευχαρίστησης, ενοχές/τύψεις), τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, όσο πιο συχνή είναι η έκθεση, τόσο υψηλότερος είναι ο κίνδυνος εμφάνισης των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Την άποψη αυτή, έρχεται να ενισχύσει και μια μελέτη που διεξήχθη στην Ολλανδία, σύμφωνα με την οποία οι εργαζόμενοι – θύματα, παρουσιάζουν περισσότερα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, περισσότερες απουσίες λόγω ασθένειας, μεγαλύτερη πρόθεση εγκατάλειψης της εργασίας και χαμηλότερη ικανοποίηση από την δουλειά.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με πρόσφατη έκθεση της Eurofound (συγκεκριμένα το 2015), οι εργαζόμενοι θύματα εργασιακής παρενόχλησης έχουν κατά 28% περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τους υπόλοιπους εργαζόμενους, κατά 40% περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν προβλήματα ύπνου και κατά 52% περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν άγχος (Κουβουτσάκη, 2017). Έχει καταγραφεί επίσης, πως το 47% των θυμάτων εργασιακής παρενόχλησης, αναφέρουν αγχωτικά εργασιακά καθήκοντα (Μακράκης, 2009).

Έρευνα που διεξήχθη σε 7 νοσοκομεία της 6ης ΥΠΕ, σχετικά με την επίδραση της εργασιακής παρενόχλησης στους νοσηλευτές, κατέδειξε πως το 71% έπεσε θύμα εργασιακής παρενόχλησης, με συνέπεια την εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων (άγχος το 54,3%, κεφαλαλγίες το 52%, ατονία, το 41,5%, άρνηση για εργασία το 28% και κατάθλιψη το 16,3%) (Κοϊνης, Βελονάκης, Τζαβέλλα & Τζιαφέρη, 2016).

Τέλος, στον ιδιωτικό τομέα η εργασιακή παρενόχληση έχει πιο βίαιη μορφή και οδηγεί συνήθως σε λειτουργικές διαταραχές του θύματος, όπως: αϋπνία, κόπωση και υψηλά επίπεδα άγχους (Μακράκης, 2009).

Προφίλ ατόμων που υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση

Σύμφωνα με τους Leymann & Gustafsson (1996), οι έρευνες δεν επαληθεύουν τη συσχέτιση μεταξύ των χαρακτηριστικών προσωπικότητας και των χαρακτηριστικών του θύματος. Παρ' όλα αυτά θεωρούν πως σε όλα τα εργασιακά πλαίσια που αναπτύσσεται η ηθική παρενόχληση, υπάρχουν άτομα που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο θυματοποίησης και παρενόχλησης.

Σε αυτές τις ομάδες ανήκουν εργαζόμενοι με:

- **Υψηλά προσόντα, ανώτερο μορφωτικό επίπεδο.** Άτομα με ακεραιότητα και επιμονή να αντιστέκονται στη χειραγώγηση και στις απόπειρες παρενόχλησης. Υποφέρουν όμως από αδικίες για χρόνια, χωρίς να γνωρίζουν ότι είναι θύματα παρενόχλησης (Khoo, 2010).
- **Στοιχεία διαφορετικότητας.** Πρόκειται για τα άτομα που αποκλίνουν από τα τυπικά χαρακτηριστικά της ομάδας ως προς την εθνικότητα, την αναπηρία, τις θρησκευτικές και σεξουαλικές προτιμήσεις). Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται και τα λιγότερο παραγωγικά άτομα, που αδυνατούν να ακολουθήσουν τους ρυθμούς εργασίας, παρεμποδίζοντας την απόδοση του συνόλου.
- **Χαμηλή αυτοεκτίμηση.** Πρόκειται για ευαίσθητα και ευάλωτα άτομα που στηρίζουν την προσωπική τους ζωή στην επαγγελματική καριέρα και απόδοση.
- **Ευαίσθητη προσωπικότητα.** Σε άμεση συνάρτηση με την προηγούμενη περίπτωση. Πρόκειται για ντροπαλά, συναισθηματικά και αγχώδη άτομα. Με μη ανοχή στην κριτική και ευερέθιστα στις προσβολές, γεγονός που ευνοεί την παρενόχληση, η οποία τα αποσταθεροποιεί (Hirigoyen, 2002).
- **Ελλιπές δίκτυο.** Πρόκειται για τους απομονωμένους εργαζόμενους με ελάχιστες (ή/και μηδαμινές) συμμαχίες στο επαγγελματικό περιβάλλον. Αλλωστε η ηθική παρενόχληση ανατροφοδοτεί και γεννιέται ξανά μέσα από την απομόνωση (Hirigoyen, 2002. Tehrani, 2003).

Ερευνητικά και βιβλιογραφικά δεδομένα, καταδεικνύουν πως συνήθως τα θύματα της παρενόχλησης, είναι άτομα με υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη, είναι παραγωγικά, εργάζονται σκληρά και έχουν υψηλούς στόχους και έχουν υψηλή εκπαιδευτική μόρφωση. Στην ηθική παρενόχληση βρίσκεται στο στόχαστρο το ίδιο άτομο, με σκοπό να του προκληθεί βλάβη και η προσβολή του (Παπαδάκη & Χουστουλάκη, 2007). Επιπρόσθετα, μπορεί να είναι παθητικά και χαμηλών τόνων άτομα τα οποία χαρακτηρίζονται από ανασφάλεια, επιφυλακτικότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, σωματική αδυναμία και κακή εικόνα εαυτού. Μπορεί να είναι άτομα τα οποία προκαλούν και είναι ευερέθιστα,

εκρηκτικά, προκλητικά και υπερκινητικά. Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι δυνατόν να εκνευρίσουν και να προκαλέσουν τον περίγυρο. Συνήθως, είναι νεαρής ηλικίας γυναίκες, μεταξύ 20-40 χρόνων, μόνες ή διαζευγμένες και πιθανότατα παρενοχλούνται από άλλες. Άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο είναι πιο εκτεθειμένα στη σεξουαλική παρενόχληση. Έρευνες που διεξήχθησαν στη Γερμανία και την Φιλανδία αναφέρουν ότι γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ήταν πιο ευάλωτες (Sexual harassment at the workplace in the European Union, 1998).

Ψυχολογία θύματος

Ο εργαζόμενος-θύμα της εργασιακής παρενόχλησης βιώνει έντονα ένα αίσθημα τρομοκρατίας στον χώρο εργασίας, υποβάλλοντάς τον σε μια εξοντωτική διαδικασία και διακατέχεται από το αίσθημα του φόβου για πιθανή επόμενη επίθεση. Το άτομο αισθάνεται πως βρίσκεται εκτεθειμένο στο εργασιακό του περιβάλλον με συνέπεια να εντείνεται ακόμα περισσότερο το αίσθημα του άγχους καθώς και τα αρνητικά συναισθήματα ως προς τον χώρο της εργασίας (Καρούζος, 2017). Οι εργαζόμενοι - θύματα αποτελούν ευαίσθητα άτομα, επιρρεπή στην κριτική, που διακατέχονται από αισθήματα άγχους και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Καρακώστα, 2017).

Η ντροπή κατέχει ιδιαίτερη θέση μεταξύ των συναισθημάτων και των κοινωνικών σχέσεων. Κατά τον Scheff, η ντροπή αποτελεί «κύριο συναίσθημα» (master emotion) καθώς έχει ψυχολογικές και κοινωνικές λειτουργίες που επιδρούν έντονα στο άτομο. Σε προσωπικό/ατομικό επίπεδο, η ντροπή δείχνει να αποτελεί ένα σημάδι πιθανότητας ηθικού παραπτώματος. Η συνείδηση του ανθρώπου είναι αυτή που έχει ένα διαισθητικό και δυναμικό στοιχείο και συντελεί καθοριστικά στον καθορισμό του ορίου μεταξύ του ηθικού ανήθικου. Η έννοια της ντροπής οριοθετεί το αξιακό σύστημα του ανθρώπινου πολιτισμού, ο οποίος συμβάλλει στη διάπλαση της έννοιας-συναίσθηματος στο ανθρώπινο συνειδητό, στοχεύοντας στην άσκηση κοινωνικού ελέγχου προς όφελος του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου (Βουλγαράκη, 2012). Η ντροπή καθώς και η ποιότητα ζωής έχουν άμεση σχέση με τις συνθήκες που οδηγούν στον κοινωνικό στιγματισμό, τη μείωση της κοινωνικής δύναμης και του κύρους του ατόμου, παράγοντες οι οποίοι οδηγούν το άτομο στην κοινωνική απόρριψη και την ντροπή (Νικηφορίδου, 2012).

Η ντροπή πυροδοτείται από την ανάγκη μας να βιώσουμε τον βαθμό σύνδεσης, επαφής και επικοινωνίας με τους άλλους. Προκύπτει λοιπόν η ντροπή ως αποτέλεσμα, όταν το άτομο έρχεται σε απόσταση (είτε πολύ κοντά είτε πολύ μακριά) από τους άλλους. Όταν τα άτομα έρχονται πολύ κοντά, επικρατεί το συναίσθημα της έκθεσης και της

παραβίασης του προσωπικού χώρου, ενώ στην αντίθετη περίπτωση, υπάρχει το αίσθημα της απόρριψης (Βουλγαράκη, 2012).

Σύμφωνα με τον Scheff, η ντροπή κατηγοριοποιείται ως την ασυγκάλυπτη και συνομολογημένη και την ανομολόγητη και μη συνειδητή ντροπή. Η παραδοχή των συναισθημάτων της αδυναμίας και της ευπάθειας μπορεί να οικοδομήσει αλληλεγγύη και εμπιστοσύνη. Αντίθετα, η άρνηση της ντροπής προκαλεί δυσκολίες μεταξύ των μελών μιας κοινωνικής ομάδας και των σχέσεων τους. Όταν τα σημάδια ντροπής αγνοούνται, τότε χάνεται η επαφή (Βουλγαράκη, 2012).

Σύμφωνα με τα ευρήματα μελετών, έχει αποσαφηνιστεί ότι η ντροπή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης και σχετίζεται με στοιχεία του χαρακτήρα του ατόμου. Για να καταστεί σαφής η έννοια της ντροπής, γίνεται ο διαχωρισμός της στην εσωτερική ντροπή, η οποία εστιάζεται στην αρνητική αξιολόγηση του εαυτού και στην εξωτερική ντροπή, η οποία αφορά τον φόβο που βιώνει το άτομο στην περίπτωση που δεχθεί αρνητικές κρίσεις από άλλους. Συνεπάγεται λοιπόν από τα άνωθεν, πως η χαμηλή αυτοπεποίθηση και η ντροπή, αποτελούν δυο διαφορετικές έννοιες (Αυδίκου, 2011).

Ο όρος «ενοχή» προέρχεται ετυμολογικά από το ενέχομαι και έχει τη σημασία του δεσμεύομαι, κρατούμαι, είμαι ένοχος για κάτι. Αποτελεί ένα συναίσθημα που δημιουργείται όταν οι συμπεριφορές και οι επιθυμίες ενός ατόμου έρχονται σε σύγκρουση με τις ηθικές αρχές του. Η ενοχή λοιπόν που επιβάλλεται από το εξωτερικό περιβάλλον προκύπτει από την αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου κάνοντάς το να ερμηνεύει ως αρνητικές τις πράξεις του και κατ' επέκταση να νιώθει ενοχικά.

Η ενοχή αποτελεί μια νοητική διεργασία, η οποία είναι κατασκευαστική που μας κάνει να νοιώθουμε ότι μας «αξίζει» οι συνέπειες. Αποτελεί έναν εσωτερικό κριτή, που μεθοδευμένα αποφεύγει την ευθύνη και ενισχύεται από την κριτική και την τιμωρία (www.academia.edu)

Θύτης

Η Hirigoyen (2013), αναφέρει, ότι ο δράστης είναι διαταραγμένη προσωπικότητα που ικανοποιείται πληγώνοντας τους συναδέλφους, καθώς ενισχύει την αυτοεκτίμηση του προβάλλοντας στους άλλους τον πόνο που αδυνατεί να αισθανθεί και τις εσωτερικές συγκρούσεις που αρνείται να επεξεργαστεί. Ένας προϊστάμενος μπορεί να αισθανθεί «απειλή» από κάποιο εργαζόμενο που είναι αποδοτικός, ικανός και πιθανά να έχει υψηλότερα τυπικά προσόντα από τον ίδιο.

Υπάρχουν δύο τύποι εκφοβιστών: αυτοί που απαιτούν συνεχή υποστήριξη γιατί νιώθουν αβοήθητοι, την οποία όταν δεν την έχουν κατηγορούν τους άλλους και οι χειριστικοί που κολακεύουν τους άλλους με σκοπό να πετύχουν αυτό που θέλουν (Tehrani, 2003).

Κατά γενική ομολογία, οι εκφοβιστές, αποτελούν άτομα εγωιστικά, ανεπαρκή, γεμάτα ανασφάλεια, ανέντιμα, χειριστικά και πειστικά. Χαρακτηρίζονται ως παθολογικοί ψεύτες, επιφανειακά γοητευτικοί, με σημαντική ικανότητα στην εξαπάτηση, χαμηλό επίπεδο συναισθηματικής ανάπτυξης και παθολογική ανάγκη για έλεγχο. Αισθάνονται μεγάλη ευχαρίστηση, ενώ η συμπεριφορά τους είναι επιθετική προς το στόχο, ενώ προς τους άλλους συναδέλφους και ανωτέρους είναι από φιλική έως και δουλοπρεπής (Σάκουλα, Μπελαλή & Σταθαρού, 2014). Τα βασικά χαρακτηριστικά των ατόμων που η προσωπικότητά τους είναι βασισμένη με βάση τις παραπάνω διαταραχές είναι η έλλειψη ενσυναίσθησης, αισθήματος ενοχής και μεταμέλειας για τις πράξεις τους.

Σύμφωνα με τον Fendrich (2001), τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι φορείς ηθικής παρενόχλησης ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες διαταραχών:

- Αντικοινωνική διαταραχή Προσωπικότητας
- Ναρκισσιστική διαταραχή Προσωπικότητας
- Θεατρική διαταραχή Προσωπικότητας
- Ψυχαναγκαστική διαταραχή Προσωπικότητας

Η εργασιακή παρενόχληση προϋποθέτει την ενεργητική (άμεση) ή παθητική (έμμεση) συνεργασία των υπολοίπων συναδέλφων, οι οποίοι αν και αρχικά διατηρούν ουδετερότητα, εν τέλει συμμαχούν (έστω και ασυνείδητα) με τον αυτουργό. Οι λόγοι για τους οποίους ο στόχος δεν υποστηρίζεται είναι, ότι η παρενόχληση υποβάλλεται «υποχθόνια και αθόρυβα», κατά συνέπεια οι περισσότεροι δεν αντιλαμβάνονται το χειρισμό ή την ψυχολογική παρενόχληση. Το θύμα αναγνωρίζει το εχθρικό πρόσωπο του εκφοβιστή, ενώ οι υπόλοιποι το φιλικό. Ο θύτης επηρεάζει αρνητικά τη σκέψη των υπολοίπων εναντίον του στόχου, ενώ απειλεί άμεσα ή έμμεσα όποιον υπερασπίζεται στον τελευταίο (Kho, 2010). Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της παρενόχλησης είναι ο δυσδιάκριτος χαρακτήρας της, καθώς η εχθρική συμπεριφορά εμφανίζεται κυρίως έμμεσα (Τσιάμα, 2013).

Σύμφωνα με την Hirigoyen, η παρενόχληση ασκείται από τον ανώτερο σε ποσοστό 58%, από ομάδα συναδέλφων σε ποσοστό 29% και από υφιστάμενο σε ποσοστό 1% (Μακράκης, 2009). Έρευνα στη Σουηδία αναφορικά με το φύλο των θυμάτων αναδεικνύει ότι οι γυναίκες αναλαμβάνουν τον ρόλο του θύτη, εκδηλώνοντας κυρίως παθητικό επιθετικές συμπεριφορές και χρησιμοποιούν στρατηγικές στοχευόμενης βλάβης. Η

διαφορά που προκύπτει (45% άντρες, 55% γυναίκες) εξηγείται από την τάση των γυναικών να συμμετέχουν σε έρευνες κοινωνικού περιεχομένου. Η ίδια έρευνα σημειώνει πως το 40% των γυναικών έχει δεχτεί εκφοβισμό από γυναίκες, το 76% των αντρών παρενοχλείται από άντρες, ενώ μόνο το 3% των αντρών έχει δεχτεί επίθεση από γυναίκες (Δέδε, 2017).

Σύμφωνα με μελέτη, όπου συμμετείχαν 19.000 νοσηλευτές από τον Καναδά, προκύπτουν τα εξής στοιχεία: το 45% των γυναικών και το 51% των ανδρών νοσηλευτών ανέφεραν έλλειψη συνεργασίας μεταξύ γιατρών, συναδέλφων και επιβλεπόντων. Τον τελευταίο χρόνο τρεις στις δέκα γυναίκες (28%) και τέσσερις στους δέκα άνδρες (44%) νοσηλευτές που παρείχαν άμεση φροντίδα στους ασθενείς, ανέφεραν ότι δέχτηκαν επίθεση, ενώ το 44% των νοσηλευτών ανέφεραν ότι δέχτηκαν σεξουαλική παρενόχληση από ασθενείς (Παπαδημητρίου, 2008).

Σχέση θύτη - θύματος

Η εμφάνιση της ηθικής παρενόχλησης είναι αποτέλεσμα μιας αλληλεπίδρασης παραγόντων, οι οποίοι αφορούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των εμπλεκόμενων ατόμων, την δυναμική των ομάδων οι οποίες δημιουργούνται μέσα στον εργασιακό χώρο, τον τρόπο διοίκησης και οργάνωσης αλλά και την κουλτούρα του οργανισμού. Ο ανταγωνισμός είτε ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, είτε ως συστατικό στοιχείο του τρόπου λειτουργίας ενός οργανισμού, αποτελεί μία από τις πιο συχνές αιτίες ηθικής παρενόχλησης (Τσιάμα, 2013).

Από προϊστάμενο σε υφιστάμενο, η ηθική παρενόχληση λογίζεται ως η πιο συνηθισμένη μορφή. Χαρακτηρίζεται από την κατάχρηση εξουσίας, με την έννοια της υπέρβασης της δικαιοδοσίας που έχει κάποιος από την θέση του αλλά και την αυθαίρετη συμπεριφορά, η οποία είναι ενάντια στους κανόνες δικαίου (Τσιάμα, 2013).

Μεταξύ ομοιόβαθμων συναδέλφων, η ηθική παρενόχληση μπορεί να οφείλεται σε λόγους όπως ο φθόνος και η ζήλια που ενδεχομένως κάποιος να νιώθει εις βάρος ενός άλλου, οι προσωπικές αντιπάθειες, οι ακραίες συγκρούσεις, οι ανταγωνισμοί κ.ά. Πολλές φορές ο στόχος είναι μια μικρή ομάδα ατόμων (Τσιάμα, 2013).

Από υφιστάμενο ή ομάδα υφισταμένων σε προϊστάμενο αποτελεί την σπανιότερη από τις άλλες μορφές ηθικής παρενόχλησης. Εμφανίζεται, όχι ιδιαίτερα συχνά, αλλά σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει αναγνώριση στο πρόσωπο του προϊσταμένου, από ένα ή περισσότερα άτομα της ομάδας. Η κατάσταση γίνεται ακόμη πιο δυσχερής, εάν η διοίκηση

δεν έχει αποσαφηνίσει τους στόχους της υπηρεσίας και τις αρμοδιότητες μεταξύ προϊσταμένου και υφισταμένων (Τσιάμα, 2013).

Μεταξύ διευθυντικών στελεχών σε αυτή τη μορφή ηθικής παρενόχλησης έχει παρατηρηθεί ότι εμφανίζονται συχνότερα συμπεριφορές που έχουν ως σκοπό να πλήξουν την εργασιακή απόδοση του στόχου – θύματος, όπως για παράδειγμα η απόκρυψη πληροφοριών, ο ορισμός προθεσμιών που είναι αδύνατο να τηρηθούν και επίσης, αλλά σπανιότερα, συμπεριφορές που βάλουν κατά της προσωπικότητάς του (Τσιάμα, 2013).

Από την διοίκηση του οργανισμού προς εργαζόμενους, η ηθική παρενόχληση συνήθως παίρνει τη μορφή της οργανωμένης ψυχολογικής επίθεσης. Σχεδιάζεται και κατευθύνεται από την ίδια την διοίκηση του οργανισμού και στρέφεται κατά ενός εργαζόμενου ή ακόμα και περισσότερων, με στόχο τον εξαναγκασμό τους σε παραίτηση. Σε αυτή την περίπτωση, μπορεί να χρησιμοποιήσουν την τακτική της εκδίωξης, προκειμένου να απαλλαγούν από άτομα που είτε κατείχαν κρίσιμες θέσεις στο προηγούμενο καθεστώς, είτε έπαιρναν ψηλούς μισθούς, είτε θεωρούνται πλέον υπεράριθμο προσωπικό (Τσιάμα, 2013).

Κατηγορίες και στάδια ηθικής παρενόχλησης

Το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης έχει κατηγοριοποιηθεί σε τρεις μορφές (Χείρα, 2014):

- Την **κάθετη παρενόχληση**, που ασκείται από κάποιον ανώτερο ιεραρχικά στο χώρο εργασίας και αποτελεί την πιο συνηθισμένη μορφή. Εμπειρικά δεδομένα αποκαλύπτουν πως η συγκεκριμένη μορφή παρενόχλησης είναι πιο σοβαρή από οποιαδήποτε άλλη μορφή, καθώς
- Την **οριζόντια παρενόχληση**, όπου ο θύτης και το θύμα βρίσκονται στην ίδια ιεραρχική κλίμακα. Αποτελεί συνηθισμένη μορφή παρενόχλησης όταν δύο άτομα, διεκδικούν την ίδια ανώτερη θέση.
- Την **οριζόντια και κάθετη παρενόχληση**, η περίπτωση αυτή πρόκειται για μια οριζόντια η οποία σε βάθος χρόνου βιώνεται ως κάθετη.

Η ηθική παρενόχληση χαρακτηρίζεται ως ένα πολυδιάστατο και σύνθετο φαινόμενο και εξελίσσεται σε πολλά στάδια. Το βασικό χαρακτηριστικό της όμως αποτελεί ότι αναπτύσσεται με αργούς ρυθμούς. Έχουν καταγραφεί τρία διαφορετικά μοντέλα από ψυχολόγους. Συγκεκριμένα (Κουβουτσάκη, 2017):

- Του Heinz Leymann, που περιλαμβάνει τέσσερα στάδια, της καθημερινής διένεξης (αποτελεί το έναυσμα), της αρχής του φαινομένου (ωρίμανση του προηγούμενου

σταδίου), της συμμετοχής της διοίκησης (το φαινόμενο πλέον λαμβάνει διαστάσεις) και του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας (αποπομπή του θύματος από την εργασία, με συνέχιση των αρνητικών συναισθημάτων)

- ο Του Herald Ege, Ιταλού εργασιακού ψυχολόγου, όπου το μοντέλο του περιλαμβάνει επτά (7) στάδια, μηδενικής κατάστασης, πρώτης – έκτης στάσης.
- ο Το μοντέλο του Einatsen και των συνεργατών του, το οποίο περιλαμβάνει τουλάχιστον τέσσερις φάσεις (επιθετική συμπεριφορά, εκφοβισμός, στιγματισμός, σοβαρό τραύμα).

Συνέπειες φαινομένου εργασιακής παρενόχλησης στο θύμα.

Η κακοήθης αυτή εργασιακή συμπεριφορά προκαλεί πολλά προβλήματα στην υγεία των εργαζομένων και κατά συνέπεια έχει κόστος στην επιχείρηση στην οποία συμβαίνει. Το υπερβολικό άγχος είναι το κυρίαρχο σύμπτωμα και μαζί του όλα τα συνεπακόλουθα: αδυναμία συγκέντρωσης, έλλειψη κινήτρου στην εργασία, πτώση της αποδοτικότητας, μείωση της καλής λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος. Επίσης, προβλήματα που προκύπτουν και επιμένουν και μετά την απομάκρυνση από το τοξικό περιβάλλον είναι η κατάθλιψη, διαταραχή πανικού, δυσκολία διαχείρισης έντονων συναισθημάτων, διαταραχή μετατραυματικού στρες, ή διάφορα οργανικά προβλήματα που σχετίζονται με το στρες.

Επιπλέον, οι συνάδελφοι που είναι μάρτυρες αυτής της μεταχείρισης μπορεί να παρουσιάσουν συχνά αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία τους και συνήθως επιλέγουν να φύγουν από το βλαβερό αυτό περιβάλλον. Ο εργαζόμενος που γίνεται στόχος, ο εργαζόμενος δηλαδή που είναι θύμα ηθικής παρενόχλησης, κινδυνεύει να αποδυναμωθεί και να καταστεί ανίκανος και ανήμπορος να υπερασπιστεί τον εαυτό του. Μια άλλη συνέπεια που ενδέχεται να υποστεί, αποτελεί η περιθωριοποίηση μέσα στον ίδιο του τον εργασιακό χώρο (Τσιάμα, 2013).

Μεταξύ των συνεπειών, είναι το υψηλό ποσοστό απουσιασμού από την εργασία, με πολλές περιόδους αναρρωτικής άδειας μετά την πάροδο των ετών, την ύπαρξη δυσπιστίας, κοινωνική απομόνωση, απασχόληση χωρίς πραγματική και ουσιαστική δουλειά – αντικείμενο απασχόλησης. Πιθανολογείται πως υπάρχει μια «υποψία υπερβολικής» κατάστασης σε ψυχιατρικές διαγνώσεις. Συνοπτικά, επισημαίνεται μια σειρά επιπτώσεων που τα αποτελέσματα αυτά είναι πολύ σοβαρά (Leymann, 1990):

- **Κοινωνικά:** Κοινωνική απομόνωση, στιγματισμός, εθελοντική ανεργία, κοινωνική κακοδιαχείριση.
- **Κοινωνικο-ψυχολογικά:** Απώλεια πόρων αντιμετώπισης, πολλοί πόροι αντιμετώπισης συνδέονται με κοινωνικές καταστάσεις και καθώς αυτές αλλάζουν προς αρνητική κατεύθυνση, το σύστημα αντιμετώπισης καταρρέει.
- **Ψυχολογικά:** Αίσθημα απόγνωσης και απόλυτης αδυναμίας, αίσθηση μεγάλης οργής για την έλλειψη ένδικων μέσων, το μεγάλο άγχος και την απελπισία.
- **Ψυχοσωματική και ψυχιατρική:** Κατάθλιψη, υπερκινητικότητα, καταναγκασμός, αυτοκτονίες, ψυχοσωματική ασθένεια. Υπάρχουν υποψίες ότι οι εμπειρίες που απορρέουν από αυτήν την κοινωνική κατάσταση έχει επίδραση στο ανοσοποιητικό σύστημα.

Αντιμετώπιση της εργασιακής παρενόχληση

Αν ο εργαζόμενος υποφέρει από οποιοδήποτε πρόβλημα ψυχικής υγείας ή οποιοδήποτε από τα συμπτώματα που προκαλείται από εργασιακό άγχος, την επαγγελματική εξουθένωση ή βιώνει εργασιακή παρενόχληση, κρίνεται «φρόνιμο» και σάφρων να αποταθεί σε ειδικό γιατρό, ακόμα και στον προϊστάμενο σου, στο Τμήμα Ανθρώπινου Δυναμικού ή σε κάποιον ειδικό σε θέματα Επαγγελματικής Υγείας. Είναι σημαντικό να αντιμετωπιστούν έγκαιρα τυχόν προβλήματα ψυχικής υγείας και να μπει σε εφαρμογή η ανάλογη δράση αντιμετώπισης, άμεσα (Knifton, Watson, Besten, Grundermann & Dijkman, 2016).

Η αναζήτηση βοήθειας μέσω των νομικών συμβούλων, των αρμόδιων οργάνων και την εφαρμογή του κώδικα δεοντολογίας αποτελούν ορθούς και κατάλληλους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης των προβλημάτων. Επίσης, η παράλληλη (ψυχολογική) ενδυνάμωση του θύματος και οριοθέτηση του θύτη. Τέλος, σημαντική είναι και η αλλαγή/αναδιαμόρφωση του εργασιακού περιβάλλοντος με την ανάπτυξη των δεξιοτήτων διαμεσολάβησης.

Η αύξηση της ευαισθητοποίησης των εργοδοτών (στην περίπτωση του ιδιωτικού τομέα), των προϊστάμενων, των εργαζομένων αλλά και της κοινωνίας, ενδείκνυται για την εξομάλυνση και πρόληψη του φαινομένου. Η ανάπτυξη της συνεργασίας των τοπικών φορέων με ιατροκοινωνικές υπηρεσίες, για την αντιμετώπιση των σχετικών προβλημάτων της αντιμετώπισης, αλλά και η προώθηση προγραμμάτων προαγωγής (ψυχικής και σωματικής) υγείας στις υπηρεσίες, εταιρείες και οργανισμούς.

Η παρενόχληση στον εργασιακό χώρο, υπάρχει το ενδεχόμενο να συνεχιστεί για χρόνια, παρά το γεγονός ότι ένας επόπτης, προϊστάμενος ή διευθυντής, θα έπρεπε να είχε τη δυνατότητα να το σταματήσει από την έναρξη του κιόλας. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως, δεν είναι σαφές και ξεκάθαρο στην αρχή, ποιος θα είναι το θύμα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το θύμα γίνεται εμφανές όταν ένα εμπλεκόμενο μέρος στη σύγκρουση (παρενόχληση) κερδίζει το «πάνω χέρι». Σε αυτό το πεδίο της έρευνας, το θύμα ορίζεται ως το πρόσωπο στο σχίσμα που έχει χάσει την «αντιμετώπισή του».

Η στάση των εργοδοτών, ανωτέρων ή υπευθύνων έναντι του θύματος για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του φαινομένου στον χώρο της εργασίας, είναι ιδιαίτερης σημασίας. Συνήθως, αδιαφορούν οι εργοδότες να αντιμετωπίσουν ή να μεριμνήσουν, ώστε να μην ενεργοποιηθεί και να επικρατήσει το φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης (Δέδε, 2017). Σύμφωνα με την Κυπριακή νομοθεσία οι εργοδότες και οι εκπρόσωποι τους οφείλουν να προστατεύουν τους εργαζόμενους, από κάθε πράξη η οποία συνιστά διάκριση (άμεση ή έμμεση). Μόλις αντιληφθούν περίπτωση που αφορά παρενόχληση οφείλουν να ενεργήσουν με κάθε πρόσφορο τρόπο ή μέτρο για την παύση ή μη επανάληψή τους, καθώς και για την άρση των συνεπειών τους, ενώ σε αντίθετη περίπτωση θεωρούνται συνυπεύθυνοι εξ' ολοκλήρου με το πρόσωπο που διέπραξε την παρενόχληση (Μπασιά, 2009).

Κατά τον Schwickerath, μέσα σε ένα πλαίσιο επιστημονικής φροντίδας, η θεραπευτική παρεμβατική αντιμετώπιση, οφείλει να έχει μια μορφή υποστηρικτική και σταθεροποιητική. Οι μορφές αυτές είναι (Χείρα, 2014):

- **Εργασιακή θεραπεία.** Η παρέμβαση εστιάζει στη δομή της εργασίας, στον αυτοέλεγχο και στην ανάπτυξη της ικανότητας αποδοχής της επικοινωνιακής κριτικής.
- **Κοινωνική θεραπεία.** Η παρέμβαση εστιάζει στην ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης του θύματος.
- **Θεραπεία μέσω της τέχνης.** Μέσω της τέχνης και κατάλληλες τεχνικές, το θύμα καταφέρνει να κάνει ενδοσκόπηση και προσπάθεια έκφρασης των συναισθημάτων του.
- **Ομαδική θεραπεία.** Δημιουργία ομάδων με άτομα, εργαζόμενους – θύματα παρενόχλησης, όπου υπάρχει κοινή καθοδήγηση από ειδικούς για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους.
- **Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης.** Παρότρυνση του θύματος να εκφράζει τα συναισθήματά του και τις σκέψεις του.

Σχετικά με την διαμεσολάβηση και όλα τα εμπλεκόμενα πρόσωπα για την αντιμετώπιση του φαινομένου, πρέπει αρχικά να ξεκαθαρίσουμε ποιοι και πώς εμπλέκονται και να οριοθετηθεί η έννοια της διαμεσολάβησης, ώστε να αναλυθούν ύστερα τα στάδια της διαμεσολάβησης. Αρχικά και σύμφωνα με το εννοιολογικό πλαίσιο:

*«**Διαμεσολάβηση** είναι η διαδικασία υποβοηθούμενης διαπραγμάτευσης με σκοπό την επίλυση μιας διαμάχης με την βοήθεια ενός αμερόληπτου τρίτου μέρους στην οποία τα μέρη προσφεύγουν κατόπιν συμφωνίας και με την θέληση τους». Στην διαμεσολάβηση **υπάρχουν** «**διαφορές** ιδιωτικού δικαίου στις οποίες τα μέρη έχουν την εξουσία διάθεσης του αντικειμένου της διαφοράς, όπως για παράδειγμα, αστικές, εμπορικές, εταιρικές, οικογενειακές, εργατικές διαφορές».*

*«**Διαμεσολαβητής** νοείται τρίτο σε σχέση με τα μέρη πρόσωπο, ο οποίος έχει υποστεί ειδική εκπαίδευση, από το οποίο ζητείται να αναλάβει διαμεσολάβηση με κατάλληλο, αμερόληπτο και αποτελεσματικό τρόπο». «**Παραστάτης δικηγόρος διαμεσολάβησης**, είναι ο δικηγόρος του κάθε μέρους ο οποίος είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος στην διαδικασία της διαμεσολάβησης και βοηθά το μέρος για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα».*

Τα στάδια της Διαμεσολάβησης

Στάδιο 1 (Πριν την Διαμεσολάβηση) : συναντήσεις με τα μέρη, συλλογή υλικού, δημιουργία φακέλου, εκτίμηση της υπόθεσης, προετοιμασία, σύνταξη συμφωνιών, κατευθυντήρια διαβούλευση

Στάδιο 2 (Έναρξη Διαμεσολάβησης) : εισαγωγή από τον Διαμεσολαβητή, εναρκτήριες ομιλίες των μερών, πρώτη παράθεση των ζητημάτων της διαμάχης

Στάδιο 3 (Κατά την διάρκεια της Διαμεσολάβησης) : ανταλλαγή απόψεων και διερεύνηση θεμάτων, συμφερόντων, ενδιαφερόντων

Στάδιο 4 (Διαπραγμάτευση) : κοινές και κατ' ιδίαν συναντήσεις, δημιουργία επιλογών και διαμόρφωση αντικειμενικών κριτηρίων, διαπραγμάτευση λύσης και επίτευξη συμφωνίας

Στάδιο 5 (Οριστικοποίηση Συμφωνίας) : σύνταξη συμφωνιών και ολοκλήρωση διαδικασίας

Στάδιο 6 (Παρακολούθηση και Εφαρμογή) : μετα-επικοινωνία και παρακολούθηση καλής εφαρμογής συμφωνίας και ικανοποίησης μερών

Πρόληψη και διαχείριση συγκρούσεων στο εργασιακό περιβάλλον:

- Κατανόηση δομής και τρόπου λειτουργίας επιχείρησης ή οργανισμού
- Κατανόηση της εταιρικής - εργασιακής κουλτούρας
- Μάθηση των καναλιών επικοινωνίας
- Διάγνωση φανερών και κρυμμένων συγκρούσεων
- Σχεδιασμός πρόληψης και επίλυσης
- Εφαρμογή μηχανισμών μεθόδων επίλυσης

Πρόληψη και διαχείριση διαφορών:

- Κατανόηση σχέσεων επιχείρησης - οργανισμού
- Ιεράρχηση των συμφερόντων της επιχείρησης - οργανισμού
- Μετάφραση των συμφερόντων σε συμβατική γλώσσα
- Συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων και διάγνωση αιτιών
- Εφαρμογή και υποστήριξη πολιτικών εναλλακτικής επίλυσης διαφορών σε όλες τις συμφωνίες

Εκπαίδευση εργαζομένων:

- Κατανόηση της πολιτικής ανθρώπινου δυναμικού του οργανισμού
- Αναγνώριση των θέσεων πρώτης γραμμής και αντιπροσώπευσης της επιχείρησης ή του οργανισμού
- Αναγνώριση των καναλιών επιρροής
- Διάγνωση αναγκών
- Σχεδιασμός και εφαρμογή κατάλληλης εκπαίδευσης
- Παρατήρηση της εφαρμογής των αποτελεσμάτων της εκπαίδευσης στην πράξη
- Follow-up και παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών όπου χρειαστεί

Πλεονεκτήματα από την εφαρμογή επιλυτικών διαδικασιών στο εργασιακό περιβάλλον:

- Εξοικονόμηση χρόνου – χρήματος – κερδών
- Βελτίωση των εμπορικών, πελατειακών και εργασιακών σχέσεων
- Καινοτομία, προβολή
- Απόκτηση κρίσιμης πληροφορίας
- Ικανοποιημένοι πελάτες (ασθενείς και οι οικογένειές τους εν προκειμένω), εργαζόμενοι, προμηθευτές
- Αποφυγή αποπροσανατολισμού από κύριο αντικείμενο

- Αποφυγή δυσφήμισης

Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί με θέμα την εργασιακή παρενόχληση

Σχετικά με την παρενόχληση στον εργασιακό χώρο και παρά το ενδιαφέρον κατά τα τελευταία έτη για αυτήν, λίγες εμπειρικές μελέτες έχουν εκπονηθεί σε Ευρωπαϊκές χώρες συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας (Καπώνη & Κούτουλα, 2017). Το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης, αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία τα τελευταία 15 χρόνια. Στη χώρα μας, το φαινόμενο της παρενόχλησης άρχισε πρόσφατα να αποτελεί αντικείμενο έρευνας. Στην χώρα μας, η παρενόχληση εξαπλώνεται με ταχύτατους ρυθμούς, σχετικές έρευνες φέρνουν στην επιφάνεια αποτελέσματα όπως το 10% των Ελλήνων, παραδέχεται συνθήκες παρενόχλησης, ενώ το 5% των εργαζομένων αναφέρουν ακόμα και περιστατικά σωματικής παρενόχλησης στη δουλειά τους (Κοϊνης & Σαρίδη, 2013).

Η προστασία της προσωπικότητας του εργαζομένου εμφανίζεται μόλις το 2004 στις συλλογικές συμβάσεις εργασίας. Ως φαινόμενο δεν λογίζεται όμως ως νέο, αλλά η αντιμετώπισή του ως φαινόμενο με παρενέργειες άρχισε να καταγράφεται αρχικά στις αγγλοσαξονικές και σκανδιναβικές χώρες στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και πιο συγκεκριμένα το 1989, ενώ στην Ελλάδα το 2006 (Κοϊνης & Σαρίδη, 2013). Οι Κοϊνης και Σαρίδη, το 2013, υλοποίησαν μια βιβλιογραφική έρευνα και ανασκόπηση γύρω από το συγκεκριμένο θέμα διαδικτυακά και κατέληξαν πως το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης έχει ψυχολογικές αλλά και οργανικές επιπτώσεις στα άτομα και εν συνέχεια αυτό έχει αντίκτυπο στον οργανισμό – υπηρεσία υγείας. Σε ευρωπαϊκά κράτη όπως η Ιταλία, Σουηδία, Γερμανία, λογίζουν την εργασιακή παρενόχληση ως επαγγελματική νόσο και ως αιτία για την εκδήλωση εργατικών ατυχημάτων (Σάκουλα κ.ά., 2014).

Σύμφωνα με έρευνες στο εξωτερικό, το 10% των νοσηλευτών δηλώνουν πως έχουν πέσει θύματα παρενόχλησης, ενώ το 26% έχει δεχθεί επιθέσεις στον εργασιακό χώρο από μία έως και περισσότερες φορές (Μπακέλλα κ.ά., 2013). Το 51% έχει δεχθεί λεκτικές επιθέσεις κατά τον Ferrinho et al (2003), ενώ σύμφωνα με έρευνα του Cox (1987), το 82% των νοσηλευτών έχει δεχθεί λεκτική κακοποίηση από το ιατρικό προσωπικό. Στην Αυστραλία, έχει καταγραφεί ερευνητικά πως το 50% του νοσηλευτικού προσωπικού έχει δεχθεί παρενόχληση στο επίπεδο της οργανωτικής εργασιακής πολιτικής (Μπακέλλα κ.ά., 2013).

Επίσης, έρευνα της Eurofound, συμπληρώνει πως το 10% των εργαζομένων έχει υποστεί κάποιας μορφής παρενόχλησης τον τελευταίο χρόνο, αν και ενδέχεται αυτό το ποσοστό να είναι μεγαλύτερο καθώς δεν δημοσιοποιούνται όλες οι περιπτώσεις εργασιακής παρενόχλησης (Δούκα, 2016). Σύμφωνα με πρόσφατες αναφορές, σημειώνεται πως ένας (1) στους 10 Έλληνες είναι θύμα παρενόχλησης στον χώρο εργασίας του. Συγκεκριμένα (Δέδε, 2017):

- 5% των Ελλήνων έχουν βιώσει περιστατικά σωματικής παρενόχλησης στη δουλειά τους.
- 8% των Ευρωπαίων εργαζόμενων έχουν υποστεί εργασιακή παρενόχληση.
- 80% μειώνεται η αποδοτικότητα λόγω εργασιακής παρενόχλησης.
- 50% των θυμάτων της εργασιακής παρενόχλησης αναφέρουν ότι υποφέρουν από έντονο άγχος.

Έρευνα του Yildirim (2009), έδειξε ότι οι συμπεριφορές παρενόχλησης είχαν αρνητική επίδραση στην απόδοση στην εργασία των θυμάτων. Οι τομείς της απόδοσης στην εργασία των νοσηλευτών που επλήγησαν περισσότερο ήταν τα κίνητρα εργασίας, το επίπεδο ενέργειας και η δέσμευση στην εργασία. Η παρενόχληση στο χώρο εργασίας σχετίστηκε επίσης θετικά με την κατάθλιψη, το κίνητρο για εργασία, τη συγκέντρωση στην εργασία, τη παραγωγικότητα, τη δέσμευση στην εργασία, και με τη σχέση με τους ασθενείς, τη διοίκηση και τους συνεργάτες. Στα ίδια αποτελέσματα καταλήγει και μια πιο πρόσφατη έρευνα των Ekici & Balder (2014), που ερεύνησαν το φαινόμενο της παρενόχληση στους νοσηλευτές και στους γιατρούς. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η παρενόχληση έχει αρνητικές επιπτώσεις στην απόδοση στην εργασία τόσο των νοσηλευτών όσο και των γιατρών. Και οι νοσηλευτές και οι γιατροί συμφωνούν σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις της παρενόχληση στα κίνητρα τους, το επίπεδο ενέργειας, τη συνεργασία με τους συναδέλφους και τις εποπτικές αρχές, ενώ μόνο οι νοσηλευτές τόνισαν αρνητικά την επίδραση στη δέσμευση στην εργασία και στη σχέση τους με τους ασθενείς.

Σύμφωνα με ερευνητικά αποτελέσματα, από μελέτες εντός και εκτός της Ευρώπης (Σουηδία και Νέα Ζηλανδία), η επιθετική συμπεριφορά/στάση προς τους ασθενείς αυξάνεται λόγω έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού. Η επιθετικότητα αφορά τόσο το νοσηλευτικό προσωπικό, όσο και τους ασθενείς (Παπαδοπούλου, 2009).

Σε άλλη έρευνα που διεξήχθη το 2013 σε ισάριθμα νοσοκομεία της ίδιας περιφέρειας, απεδείχθη πως το 71% έχει υποστεί εργασιακή παρενόχληση, ενώ το 22,8% παραδέχεται πως έχει ασκήσει εργασιακή παρενόχληση σε άλλο συνάδελφο εν ώρα

εργασίας και πως μόνο το 38.2% ζήτησε βοήθεια. Πηγή βοήθειας, με αύξουσα σειρά, αποτέλεσαν η οικογένεια, ο/η προϊστάμενος και οι συνάδελφοι (Μπακέλλα κ.ά., 2013).

Σε έρευνα στην Τουρκία το 2012 των Sahin και συνεργατών του, κατεγράφη πως ανειδίκευτοι ιατροί, οι οποίοι εργάζονταν ως βοηθητικό προσωπικό σε πανεπιστημιακά ιδρύματα ή σε ιδιωτικά νοσοκομεία ήταν περισσότερο εκτεθειμένοι σε φαινόμενα εργασιακής παρενόχλησης εν συγκρίσει με τους συναδέλφους τους που ήταν όμως μόνιμο προσωπικό, σε ποσοστό 87.7%. Σύμφωνα με άλλη μελέτη στη χώρα μας, έχει καταγραφεί πως 1 στους 10 Έλληνες παραδέχεται συνθήκες παρενόχλησης στη δουλειά του καθώς το 5% των Ελλήνων αναφέρουν περιστατικά σωματικής παρενόχλησης (Καπώνη & Κουτούλα, 2009).

Σε σχετική μελέτη του Μακράκη, σχετικά με το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης, σε δημόσιο και σε ιδιωτικό νοσοκομείο Χανίων, τα αποτελέσματα έδειξαν πως η παρενόχληση στο δημόσιο φορέα έχει μεγαλύτερη διάρκεια (λόγω μονιμότητας) και έξαρση της κατάχρησης της εξουσίας. Ενώ, στον ιδιωτικό τομέα η εργασιακή παρενόχληση έχει πιο βίαιη μορφή και οδηγεί συνήθως σε λειτουργικές διαταραχές του θύματος, όπως: αϋπνία, κόπωση και υψηλά επίπεδα άγχους (Μακράκης, 2009).

Νομοθεσία διεθνώς και στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης.

Όταν ένας εργαζόμενος έρθει αντιμέτωπος με την παρενόχληση και χαρακτηριστεί ως θύμα εργασιακής παρενόχλησης, ενώ παράλληλα δεν είναι εφικτό να απομακρυνθεί από το «δύσκολο» εργασιακό περιβάλλον και η παρενόχληση ως δυσβάσταχτο φαινόμενο δεν αναγνωρισθεί εγκαίρως, ώστε το θύμα να αποζητήσει την απαραίτητη θεραπευτική αγωγή και παρέμβαση, τότε προκύπτει ένας αέναος και φαύλος κύκλος θυματοποίησης του εργαζομένου (Χείρα, 2014).

Η έκταση του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης απασχόλησε το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο στο οποίο ορίστηκε ως *«η άσκηση, στο πλαίσιο των σχέσεων μεταξύ συναδέλφων ή μεταξύ ανωτέρου και κατωτέρου στην ιεραρχία, μιας συστηματικής και διαρκούς επίθεσης σε βάρος ενός προκαθορισμένου θύματος προκειμένου να ωθήσει στο να εγκαταλείψει την θέση εργασίας του»* (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 2001/2339 INI). Τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης άρχισαν να περιλαμβάνουν στη νομοθεσία τους προνοιακά μέτρα για την παρενόχληση από το 1990 και μετά, τα οποία ισχύουν και προστατεύουν τους εργαζόμενους – θέματα και σε χώρες όπως η Αμερική (Η.Π.Α.), η Αυστραλία και ο

Καναδάς. Συγκεκριμένες νομοθετικές διατάξεις δεν υπάρχουν, αλλά υπάρχει Ευρωπαϊκή οδηγία για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία από το 1989 (Χείρα, 2014). Οι πολιτικές όμως πρόληψης και νομοθεσίας διαφοροποιούνται στις Ευρωπαϊκές χώρες. Πιο συγκεκριμένα στις Σκανδιναβικές χώρες δίνουν έμφαση στην πρόληψη του δυσμενούς εργασιακού περιβάλλοντος. Σε χώρες της κεντρικής Ευρώπης βασίζονται κυρίως στις γενικές διατάξεις της ΥΑΕ (Υγιεινή Ασφάλεια Εργασίας) και τέλος υπάρχουν χώρες που στηρίζονται στη γενική νομοθεσία (Κουβουτσάκη, 2017). Παρ' όλα αυτά δεν υπάρχει ρητή και αυστηρή ρύθμιση στην Ελλάδα και στο διεθνές χώρο για την απαγόρευση της ηθικής παρενόχλησης, με αποτέλεσμα η καταγγελία παρενόχλησης από την πλευρά του θύματος είναι δύσκολη (Μακράκης, 2009).

Στη Γαλλία, τα δικαστήρια αναγνώρισαν την ηθική παρενόχληση ως αρνητικό φαινόμενο, πριν ακόμα εφαρμοστεί η σχετική νομοθεσία. Το 1973, το γαλλικό ανώτατο δικαστήριο διεξήχθη η πρώτη υπόθεση εργασιακής παρενόχλησης. Δύο δεκαετίες περίπου αργότερα, το 1998, τα γαλλικά δικαστήρια αντιμετωπίζουν όλο και πιο συχνά υποθέσεις για την ηθική ή ψυχολογική παρενόχληση. Το 2001, το δικαστήριο του La Roche sur Yon έθεσε σε εφαρμογή το άρθρο 225 -14 του ποινικού κώδικα που αναφέρει ότι *«καθένας που κάνει κακή χρήση μιας θέσης με τέτοιο τρόπο ώστε να επιβάλλει σε άλλον συνθήκες εργασίας που είναι ασυμβίβαστες με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια μπορεί να τιμωρηθεί από δύο έτη φυλάκισης και ένα πρόστιμο 500. 000 γαλλικά φράγκα»* (Μπαϊράμη & Νταμοτσιδής, 2009).

Στην Ελλάδα, η παρενόχληση στο χώρο της εργασίας συνδέεται σε νομικό επίπεδο με την προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και τη δημιουργία διακρίσεων και ανισότητας και όχι τόσο με τις συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία. Αυτό που ισχύει, στην εργατική νομοθεσία, για την προστασία των εργαζομένων σε θέματα προσβολής της προσωπικότητάς τους, είναι ο νόμος 3304/2005 για την απαγόρευση διακρίσεων σε σχέση με το φύλο, την εθνικότητα ή τον γενετήσιο προσανατολισμό, αλλά δεν περιλαμβάνει το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης. Αποτελεί νομοθέτημα που έγινε προς συμμόρφωση σε οδηγίες της Ε.Ε. (2000/43, 2000/78 και 2002/73), όπως ορίζει το δίκαιο της Ε.Ε. Στις οδηγίες αυτές η ηθική παρενόχληση αλλά και η σεξουαλική παρενόχληση, προσδιορίζονται ως παράγοντες που δημιουργούν συνθήκες διακρίσεων στους χώρους εργασίας (Σπυριδάκης, 2009). Πρέπει να σημειωθεί πως στην ελληνική νομοθεσία δεν οριοθετείται ως φαινόμενο στην εργασία (Μπακέλλα κ.ά., 2013). Μία προσέγγιση για την έρευνα νομικής οδού για την προστασία των θυμάτων αποτελούν οι Γενικές Διατάξεις του Αστικού Κώδικα. Η ηθική παρενόχληση προσβάλλει το δικαίωμα του ατόμου και την προσωπικότητά του. Σύμφωνα με το άρθρο 57 ΑΚ, καθένας

άνθρωπος έχει το δικαίωμα να απαιτήσει την άρση κάθε παράνομης προσβολής της προσωπικότητας του και δύναται να εγείρει αξίωση αποζημίωσης σύμφωνα με τις περί αδικοπραξίας διατάξεις Άρθρα 914 και 932Α.Κ. (Πίνη, 2006)

Στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, υπάρχουν εξειδικευμένοι νομικοί που ασχολούνται με την προστασία των εργαζομένων, αλλά και εργαζόμενοι σε εταιρείες, διάφορους φορείς, ιδρύματα κ.λ.π. σαν μέλη συνδικαλιστικών οργανώσεων έχουν, μεταξύ των άλλων δραστηριοτήτων, την υποχρέωση προστασίας των θυμάτων. Σημαντικότερο όλων όμως είναι, η ευαισθητοποίηση των εργαζομένων σε τέτοιου είδους φαινόμενα και συμπεριφορές, ώστε με τη μαζική καταδίκη τους να λειτουργήσουν κατασταλτικά στην ανάπτυξη και την εξάπλωσή τους.

Σύμφωνα με το άρθρο 31 του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε., παρέχεται η πηγή δράσης ενάντια στην ηθική παρενόχληση, δηλώνοντας ότι *«κάθε εργαζόμενος έχει το δικαίωμα στις συνθήκες εργασίας που σέβονται την υγεία, την ασφάλεια και την αξιοπρέπειά του/ της»*. Η θέση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής είναι ότι. η ηθική παρενόχληση καλύπτεται από την οδηγία του Συμβουλίου 89/391/ΕΟΚ σχετικά με την εισαγωγή μέτρων που ενθαρρυνθούν τις βελτιώσεις στην ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων. Στην οδηγία δηλώνεται ρητά ότι *«ο εργοδότης έχει ένα καθήκον να εξασφαλίσει την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων σε κάθε πτυχή σχετική με την εργασία»* (Μπαϊράμη & Νταμοτσίδης, 2009).

Επιπρόσθετα, υπάρχουν οδηγίες σχετικά με την ίση μεταχείριση των εργαζομένων στον χώρο εργασίας και είναι η Οδηγία 2000/43/ ΕΚ του Συμβουλίου της 29ης Ιουνίου 2000, που αναφέρεται στην εφαρμογής της αρχής της ίσης μεταχείρισης προσώπων ανεξάρτητα της φυλετικής ή εθνικής τους καταγωγής και η Οδηγία 2000/78/ ΕΚ του Συμβουλίου της 27ης Νοεμβρίου 2000, για τη διαμόρφωση γενικού πλαισίου για την ίση μεταχείριση στην απασχόληση και την εργασία (Hirigoyen, 2002).

Η Σουηδία αποτέλεσε την πρώτη χώρα που θέσπισε το 1993 νομοθεσία ενάντια στο φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης, με τη διάταξη που αφορά τη δίωξη στην εργασία. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες ο σεβασμός της ανθρώπινης προσωπικότητας των εργαζομένων αποτελεί συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα, ενώ το δικαίωμα του κάθε εργαζομένου να νιώθει δημιουργικός και παραγωγικός σε ένα υγιές περιβάλλον αποτελεί νομοθετική υποχρέωση (Μπαϊράμη & Νταμοτσίδης, 2009).

Το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης στον εργασιακό χώρο, δεν έχει ωστόσο, νομική κάλυψη σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, ανάμεσα σε αυτές είναι και η Ελλάδα (Μπαϊράμη & Νταμοτσίδης, 2009). Στην ελληνική νομοθεσία δεν οριοθετείται ως φαινόμενο στην εργασία (Μπακέλλα κ.ά., 2013). Με τη νομική προσέγγιση του

φαινομένου, αντιμετωπίζονται οι συνέπειες του καθώς και η αντιμετώπιση του σε ευρωπαϊκό επίπεδο προκειμένου να μειωθεί η εμφάνιση του στον εργασιακό χώρο (Μπαϊράμη & Νταμοτσίδης, 2009).

Πίνακας 2: Παρουσίαση ερευνών σε σχέση με την εργασιακή παρενόχληση του νοσηλευτικού προσωπικού

Συγγραφείς	Σκοπός	Πληθυσμός μελέτης	Κύρια αποτελέσματα	Παρέμβαση με Ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης	Παρέμβαση με ομαδική ψυχοθεραπεία
1. Έρευνα του Yildirim, 2009	Διερεύνηση συμπεριφοράς παρενόχλησης και η επίδραση της στην απόδοση της εργασία των θυμάτων	Νοσηλευτές	Η παρενόχληση στο χώρο εργασίας σχετίστηκε επίσης θετικά με την κατάθλιψη, το κίνητρο για εργασία, τη συγκέντρωση στην εργασία, τη παραγωγικότητα, τη δέσμευση στην εργασία, και με τη σχέση με τους ασθενείς, τη διοίκηση και τους συνεργάτες	Όχι	Όχι
2. Ekici και Balder, 2014	Διερεύνηση της επίδρασης της εργασιακής παρενόχλησης.	Επαγγελματίες υγείας	Η παρενόχληση έχει αρνητικές επιπτώσεις στην απόδοση στην εργασία τόσο των νοσηλευτών όσο και των γιατρών. Και οι νοσηλευτές και οι γιατροί συμφωνούν σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις της παρενόχλησης στα κίνητρα τους, το επίπεδο ενέργειας, τη συνεργασία με τους συναδέλφους και τις εποπτικές αρχές.	Όχι	Όχι
3. Κοϊνης, Βελονάκης, Τζαβέλλα & Τζιαφέρη, 2016	Διερεύνηση της επίδρασης της εργασιακής παρενόχλησης στην ψυχοσωματική υγεία	Νοσηλευτές	Το 71% υπήρξε θύμα εργασιακής παρενόχλησης, με συνέπεια την εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων (άγχος το 54.3%, κεφαλαλγίες το 52%, ατονία, το 41.5%, άρνηση για εργασία το 28% και κατάθλιψη το 16.3%).	Όχι	Όχι
4. Sahin et al., 2012	Διερεύνηση εργασιακής παρενόχλησης σε πανεπιστημιακά ιδρύματα ή σε ιδιωτικά νοσοκομεία	Ιατρικό προσωπικό	Ανειδίκευτοι ιατροί, οι οποίοι εργάζονταν ως βοηθητικό προσωπικό σε πανεπιστημιακά ιδρύματα ή σε ιδιωτικά νοσοκομεία ήταν περισσότερο εκτεθειμένοι σε φαινόμενα εργασιακής παρενόχλησης εν συγκρίσει με τους συναδέλφους τους που ήταν όμως μόνιμο προσωπικό, σε ποσοστό 87,7%.	Όχι	Όχι

Κεφάλαιο 3

Αυτοεκτίμηση

Ορισμός αυτοεκτίμησης

Ο τρόπος με τον οποίο τα ίδια τα άτομα εκτιμούν την προσφορά τους στους τομείς της δραστηριότητας τους αποτελεί την έννοια της αυτοεκτίμησης (Beck 1976, Luhlanen & Crocker 1992).

Η χαμηλή αυτοεκτίμηση έχει σαν αποτέλεσμα το άγχος, την κατάθλιψη, την έλλειψη ευτυχίας, κεφαλαλγίες, αϋπνίες, ένταση, τάση για εθισμό σε ναρκωτικές ουσίες και εξάρτηση από αλκοόλ. Τα άτομα αυτά δεν έχουν αυτοπεποίθηση, είναι ανασφαλή και διακατέχονται από τάσεις αυτοκριτικής.

Η θετική αυτοεκτίμηση έχει να κάνει με την θετική αξιολόγηση του ατόμου και αντίστροφα. Θεωρείτε ένας έγκυρος δείκτης ψυχικής υγείας. Το άτομο με θετική αυτοεκτίμηση χαρακτηρίζονται από αυξημένη αυτοπεποίθηση, αυτοσεβασμό και νιώθει περήφανο για τον εαυτό του (Coon 1998).

Σύμφωνα με τον Rosenberg (1986), η αυτοεκτίμηση δεν έχει να κάνει με συναισθήματα ανωτερότητας (την πεποίθηση ενός ατόμου ότι υπερέχει σε σχέση με άλλα άτομα) ή τελειότητας (το άτομο πιστεύει ότι δεν έχει ελαττώματα) αλλά αναφέρεται σε συναισθήματα αυτοσεβασμού και αυτοαπαδοχής. Ο William James (1996), υποστηρίζει ότι η αυτοεκτίμηση είναι η αναλογία μεταξύ των πραγματικών επιτεύξεων και των προσδοκιών ενός ατόμου και προτείνει τον εξής μαθηματικό τύπο:

$$\text{Αυτοεκτίμηση} = \text{επιτυχία} / \text{προσδοκίες}$$

Η αυτοεκτίμηση επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις προσδοκίες που έχει το κάθε άτομο και τις υποκειμενικές αξιολογήσεις, λόγω του ότι με δεδομένο αυτές παίρνει αποφάσεις αυτό το άτομο τι είναι αποτυχία και τι επιτυχία. Η αυτοεκτίμηση μπορεί να αυξηθεί είτε με τη μείωση των φιλοδοξιών του ατόμου είτε με την αύξηση της απόδοσης του.

Επαγγελματική αυτοεκτίμηση

Η επαγγελματική αυτοεκτίμηση για το νοσηλευτικό επάγγελμα αφορά στο βαθμό στο οποίο ένας άνθρωπος βιώνει την εργασία του ως σημαντική, και παράλληλα σε πιο βαθμό εκτιμά την προσφορά και τα κατορθώματα του μέσα από αυτή ως σημαντικά (Luhlanen & Crocker 1992). Η επαγγελματική αυτοεκτίμηση προσδιορίζεται από : α. από κοινωνικούς παράγοντες (δημόσιες σχέσεις, κοινωνικά στερεότυπα, ύπαρξη δυνατών, στενών σχέσεων με άλλες επαγγελματικές ομάδες, συνάδελφους, κοινωνική αναγνώριση, απήχηση επαγγέλματος και δημόσια εικόνα, β. ατομικούς παράγοντες όπως το φύλο (Muhlenkamp & Saylew 1986), βαθμίδα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, θέση στην δομή της οργάνωσης και θέση στην ιεραρχία (Fothergill, Edwards, Hannigan, Burnard & Coyle, 2000), γ. εργασιακούς παράγοντες για παράδειγμα η επαγγελματική εξουθένωση, η ενδυνάμωση της ψυχολογίας των εργαζομένων (Maslach, 1982) η έλλειψη αυτονομίας και περιορισμένη συμμετοχή σε λήψη αποφάσεων (James, 1968).

Αυτοεκτίμηση και εργασιακή απόδοση

Στον χώρο εργασίας, η έρευνα για την αυτοεκτίμηση έχει τις ρίζες της στην υπόθεση της «πλαστικότητα» του Brockner (1983), ότι δηλαδή οι άνθρωποι με χαμηλή αυτοεκτίμηση δέχονται επιρροές από το περιβάλλον από ότι τους ανθρώπους με υψηλή αυτοεκτίμηση. Όταν υπάρχουν αγχογόνοι παράγοντες στο εργασιακό περιβάλλον, τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση κάνουν χρήση περισσότερο παθητικών μηχανισμών, για να διαχειριστούν το εργασιακό άγχος, ενώ οι άνθρωποι οι οποίοι έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση καταφεύγουν σε περισσότερο ενεργητικούς τρόπους (Kinicky & Latack, 1990).

Η επίδραση της αυτοεκτίμησης στην εργασιακή απόδοση των εργαζομένων και η σχέση τους με άλλες μεταβλητές που σχετίζονται με την εργασία δεν είναι ξεκάθαρη. Έρευνες των Mossholder, Bedeian & Armenakis (1981, 1982) υποστήριξαν ότι, η αυτοεκτίμηση των εργαζομένων επηρεάζει τη σχέση ανάμεσα στους εργασιακούς ρόλους και την εργασιακή ικανοποίηση, καθώς και τη συνάφεια εργασιακής απόδοσης και σύγκρουσης εργασιακών ρόλων. Σε αντίθεση, η αυτοεκτίμηση δεν επηρεάζει τη σχέση ανάμεσα στην εργασιακή απόδοση και τη σύγχυση εργασιακών ρόλων. Οι Ganster & Scaybrocker (1991), έδειξαν, ότι οι πυροσβέστες οι οποίοι είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση

εμφάνιζαν συχνά σύγχυση ρόλων και σωματικές ενοχλήσεις. Η εργασιακή αυτοεκτίμηση μπορεί να θεωρήσουμε ότι είναι μία υποκατηγορία της συνολικής αυτοεκτίμησης και τα επίπεδά της εξαρτώνται από την αυτοαξιολόγηση των εργαζομένων σε σχέση με την εργασιακή τους απόδοση σε επιμέρους τομείς, που θεωρούνται σημαντικοί για τη βιωσιμότητα του οργανισμού. Οι Pierce, Gardner, Dunham & Cummings (1993) αναφέρουν ότι η εργασιακή αυτοεκτίμηση έχει καταλυτικό ρόλο στη σχέση ανάμεσα των αχχογόνων εργασιακών ρόλων υποστήριξης από το εργασιακό περιβάλλον και αλληλεγγύης από τη μεριά των προϊσταμένων, παράγοντες οι οποίοι διαδραματίζουν καταλυτικό ρόλο στην ικανοποίηση και απόδοση στην εργασία.

Αυτοεκτίμηση και άγχος

Όταν η αυτοεκτίμηση βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα, μειώνεται η ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται και να κινείται με άνεση σε αρνητικά φορτισμένες καταστάσεις. Τέτοια γεγονότα μπορεί να επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την προσωπικότητα του ατόμου και σύμφωνα με τις απόψεις του Branden (1969), οι αρνητικές καταστάσεις έχουν μεγαλύτερη επίδραση στο συναισθηματικό κόσμο των ατόμων απ' ότi τα θετικές.

Άτομα τα οποία έχουν χαμηλό δείκτη αυτοεκτίμησης, έχουν περισσότερο άγχος, όταν καλούνται να αντεπεξέλθουν σε δύσκολα γεγονότα σε σχέση με άτομα τα οποία έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση, λόγω του ότi έχουν λιγότερο αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης του (Andrew & Abel, 1996). Τέλος, σύμφωνα με τον Kreger (1995), υποστήριξε ότi το άγχος που έχει κάποιος σε μια συγκεκριμένη στιγμή έχει να κάνει περισσότερο με την εικόνα την οποία έχει σχηματίσει για τον εαυτό του, παρά με την ένταση της συγκεκριμένου γεγονότος που τον προβλημάτισε.

Έρευνα στην οποία εξετάστηκαν πενήντα οκτώ νοσηλευτές, οι οποίοι είχαν διαγνωστεί με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας, οι οποίοι αξιολογήθηκαν ως προς την καταγραφή των επιπέδων αυτοεκτίμησης, αυτο-αποδοχής, κατάθλιψης, άγχους και ψυχολογικής ευεξίας έδειξε ότi, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, ο πληθυσμός μελέτης ήταν πιο πιθανό να έχει χαμηλότερη αυτο-αποδοχή και αυτοεκτίμηση και υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψη (Macinnes, 2006).

Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν με θέμα την επαγγελματική αυτοεκτίμηση του νοσηλευτικού προσωπικού

Η νοσηλευτική, ως επάγγελμα, χαρακτηρίζεται ως «επάγγελμα υψηλής έντασης», οι λόγοι έχουν ήδη διατυπωθεί εκτενώς. Το γεγονός αυτό από μόνο του επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα στην αυτοεκτίμηση του νοσηλευτή, τόσο ως ατόμου, όσο και ως επαγγελματία

Στην Ελλάδα διεξήχθη σχετική έρευνα – μελέτη, η οποία υλοποιήθηκε σε τρία (3) δημόσια νοσοκομεία του Νομού Ηλείας, κατά την περίοδο 05-10/2008, με πληθυσμό μελέτης 167 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών, ηλικιακού εύρους 20-60 ετών. Με την στατιστική ανάλυση του ερωτηματολογίου απεδείχθη πως το 56,3% του πληθυσμού μελέτης των νοσηλευτών, έχουν «μέτρια» συναισθηματική κατάσταση, η οποία επιδρά στην αυτοεκτίμηση τους. Η ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας και η οικογενειακή κατάσταση δεν δείχνει να έχουν άμεση συσχέτιση τόσο στην συναισθηματική κατάσταση, όσο και στην συναισθηματική εξάντληση. Κύρια αιτία της κόπωσης φαίνεται αν είναι η έλλειψη του επιστημονικού προσωπικού στα νοσοκομεία (άποψη που υποστηρίζεται από το 74,9%), γεγονός που υποστηρίζεται με το χαμηλό ηθικό και την χαμηλή αυτοεκτίμηση (Σταυριανόπουλος, Σταμάτη, Γκεβρέκη, Γκουρβέλου & Παπαδημητρίου, 2011).

Μελέτη που εξέτασε τους παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία οι οποίοι οδηγούν σε χαμηλή αυτοεκτίμηση του νοσηλευτικού προσωπικού φανέρωσε ότι η μείωση της αυτοεκτίμησης, υποδηλώνει ότι αυτοί οι νοσηλευτές δυσκολεύονταν να αποδεχθούν πλήρως τον εαυτό τους. Οι συμμετέχοντες ήταν νοσηλευτές, πρακτικοί νοσηλευτές στα νοσοκομεία, καθώς και άνεργοι νοσηλευτές που αναζητούσαν απασχόληση. Στη μελέτη πήραν μέρος 53 νοσοκομεία. Αναλύθηκαν οι απαντήσεις 552 νοσηλευτών, 146 πρακτικών νοσηλευτών και 433 νοσηλευτών που αναζητούσαν απασχόληση. Έγιναν ερωτήσεις οι οποίες αφορούσαν την προσωπική ζωή, την παρελθούσα ή την παρούσα νοσηλευτική εμπειρία, τις συνθήκες εργασίας, τις νοσηλευτικές δεξιότητες, την ικανοποίηση από την εργασία και την αυτοεκτίμηση. Το καθεστώς απασχόλησης και τα προσόντα καθορίστηκαν ως οι σημαντικότεροι παράγοντες που καθορίζουν την αυτοεκτίμηση των νοσηλευτών. Ο επόμενος σημαντικότερος παράγοντας ήταν «περιορισμένος αριθμός ετών εμπειρίας λιγότερο από πέντε χρόνια. Η μείωση της αυτοεκτίμησης για τους πρακτικούς νοσηλευτές ήταν 4,07 φορές υψηλότερος από ό, τι για τους νοσηλευτές που αναζητούν απασχόληση. και 2,2 φορές υψηλότερος από τους νοσηλευτές (Imai, 2001).

Σύμφωνα με άλλη μελέτη που διερεύνησε την ικανοποίηση από την εργασία, την αυτοεκτίμηση των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών σε νοσοκομεία μακροχρόνιας

φροντίδας, η οποία περιελάμβανε 99 νοσηλευτές και 104 βοηθούς νοσηλευτές δεν υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών στην ικανοποίηση από την εργασία και την αυτοεκτίμηση (Sim & Kim, 2010).

Έρευνα, που πραγματοποιήθηκε έδειξε ότι οι νοσηλευτές έχουν χαμηλό επαγγελματικό κύρος, χαμηλή καταξίωση (χαμηλές οικονομικές απολαβές όχι καλή δημόσια εικόνα) και περιορισμένη ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του (Khowaja et al., 2005). Σε άλλη σχετική μελέτη που έλαβε μέρος στην Ελλάδα και αφορούσε ένα τυχαίο πληθυσμό μελέτης 154 νοσηλευτών υγειονομικής περίθαλψης εντοπίστηκε θετική συσχέτιση ($r = 0.249-0.313$, $P \leq 0.008$) μεταξύ των επαγγελματικών ικανοτήτων και των δεικτών αυτοεκτίμησης (Karanikola, Parathanassoglou, Giannakopoulou & Koutroubas, 2007).

Στην Κορέα το 2006, πραγματοποιήθηκε μία μελέτη η οποία εξέτασε την επίδραση της αυτοεκτίμησης και της κοινωνικής υποστήριξης στα καταθλιπτικά συμπτώματα 200 νοσηλευτών. Διαπιστώθηκε ότι η αυτοεκτίμηση και η κοινωνική υποστήριξη επηρέαζαν την κατάθλιψη των κλινικών νοσηλευτών. Ως εκ τούτου, προτάθηκε η αύξηση των προγραμμάτων διαχείρισης κατάθλιψης που απαιτούνται για τη δημιουργία συστηματικής διαχείρισης για τη διατήρηση υψηλής αυτοεκτίμησης (Kim et al, 2007).

Ερευνητές διενήργησαν μια έρευνα στη Ουαλία, για τους νοσηλευτές της κοινότητας στην ψυχική υγεία από την οποία διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές είχαν μέση αυτοεκτίμηση. Παράγοντες που σχετίζονται με χαμηλή αυτοεκτίμηση εντοπίστηκαν όπως η κατανάλωση οινοπνεύματος (Fothergill et al., 2000).

Τα ευρήματα έρευνας αποκάλυψαν ότι το 60,1% των νοσηλευτών είχε μέση αυτοεκτίμηση. Υπήρχαν αναφορές μέσης έως υψηλής συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και έλλειψης προσωπικής ολοκλήρωσης 53,4 %, 56,9% και 75,3% αντίστοιχα. Η συσχέτιση της ανάλυσης αποκάλυψε επίσης γραμμική αρνητική σχέση μεταξύ αυτοεκτίμησης και της συναισθηματικής εξάντλησης ($r = -0,51$, $P < 0,0001$). Μια σημαντική γραμμική σχέση βρέθηκε μεταξύ της αυτοεκτίμησης και της έλλειψης προσωπικής ολοκλήρωσης (Yaghoobnia, Mazloom., Ghadry & Esmaili, 2003).

Τέλος, έρευνα που εξέτασε τη σχέση μεταξύ εργασιακής παρενόχλησης και αυτοεκτίμησης σε νοσηλευτές στην Ισπανία, έδειξε ότι ένας στους πέντε νοσηλευτές (17%) αντιμετώπισε εργασιακή παρενόχληση και το 8% αυτών των περιπτώσεων ανέφεραν εβδομαδιαίο ή καθημερινό εκφοβισμό. Αυτή η επικράτηση του εκφοβισμού, είναι υψηλή μεταξύ των ισπανών νοσηλευτών και συνδέεται σαφώς με την υψηλότερη έκθεση σε συμπεριφορές παρενόχλησης κατά την εργασία και χαμηλότερα επίπεδα

αυτοεκτίμησης (Iglesias & De Bengoa Vallejo, 2014). Σύμφωνα με τον Randle (2003), το αποτέλεσμα συνεχούς έκθεσης στην παρενόχληση περιλαμβάνει τραύματα όπως η μειωμένη αυτοεκτίμηση.

Καλλιέργεια αυτοεκτίμησης-Αντιμετώπιση πρακτικών ζητημάτων

Η αυτοεκτίμηση (ή αλλιώς και αυτοπεποίθηση) των νοσηλευτών ως προς την επαγγελματική τους υπόσταση επηρεάζεται αρνητικά από τις οικονομικές απολαβές τους (δυσανάλογες σε σχέση με τις αμοιβές των ιατρών). Η έλλειψη κινήτρων τόσο ηθικών, όσο και εκπαιδευτικών, σε ένα γενικότερο πλαίσιο κοινωνικής υποβάθμισης του νοσηλευτικού επαγγέλματος, φέρει αρνητικές συνέπειες στην αποτελεσματικότητα και την απόδοση τους.

Η τόνωση της αυτοεκτίμησης τους, δύναται να επιτευχθεί μέσω της βελτίωσης της παραγωγικής συνεισφοράς των εργαζομένων από τη Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων με στρατηγικούς τρόπους, αλλά ταυτόχρονα και τρόπους ηθικά και κοινωνικά αποδεκτούς (Σπανάκη, Σωμαράκη & Μπζιώτα, 2009).

Στις περιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, η συμβουλευτική μπορεί να βοηθήσει και να υποστηρίξει τον νοσηλευτή (στην προκειμένη περίπτωση) να αποκτήσει όσο το δυνατόν μεγαλύτερο βαθμό αυτογνωσίας και αυτοελέγχου, ώστε να γίνει υπεύθυνο και αυτοελεγχόμενο άτομο που θα μπορεί να προγραμματίζει τις ενέργειες του, θα θέτει στόχους και θα αποδέχεται τα λάθη και τις αδυναμίες του. Αυτά μπορεί να επιτευχθούν μέσα από την ανάλυση της προσωπικότητας του ατόμου με τη βοήθεια του συμβούλου-ψυχολόγου (όπως έχουν ήδη αναφερθεί και αναλυθεί) και μέσα από τη σχέση που μπορεί να αναπτυχθεί μεταξύ τους (Μαλικιώση-Λοΐζου, 2001). Μέσα από την αυτογνωσία και τον αυτοέλεγχο θα αναδυθεί και η επιθυμητή αυτοεκτίμηση του εργαζόμενου.

Η υψηλή αυτοεκτίμηση καθορίζεται από την θετική και ρεαλιστική αξιολόγηση που κατέχει το άτομο για τον εαυτό του, αλλά ταυτόχρονα και τον έλεγχο των εξωτερικών παραγόντων και τον ορθό χειρισμό τους (Παπάνης, Γιαβρίμης & Μπαλάσα, 2011).

Κεφάλαιο 4

Ομαδική παρέμβαση μέσω τηλεσυνδιάσκεψης για την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, τη μείωση του άγχους και της ψυχολογικής υποστήριξης νοσηλευτικού προσωπικού που είναι θύματα εργασιακής παρενόχλησης

Ορισμός και χαρακτηριστικά της ομαδικής παρέμβασης

Στην παρούσα μελέτη, εφαρμόζεται ο συνδυασμός πολλών προτύπων με τη μορφή ομαδικών παρεμβάσεων, προσδιορίζεται στη σύνθεση ενός Συνδυαστικού Ψυχοθεραπευτικού Μοντέλου (Conjunctive Group Therapy) σε άτομα που έχουν υποστεί εργασιακή παρενόχληση, το οποίο έχει επηρεαστεί από τη συνύπαρξη πολλών μοντέλων. Το μοντέλο αυτό περιλαμβάνει τα εξής: το «Systems-centered Therapy for Groups» (Μοντέλο Ομαδικής Ψυχοθεραπείας), την Ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης (Κωνσταντινίδου & Τότσικα), την Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία (Yalom, 2006; Yalom, 2009) και το «Reflective self-esteem» (Στοχαστικό μοντέλο) (Gigman, 2001).

Η ομαδική θεραπεία για τους νοσηλευτές που είναι θύματα εργασιακής παρενόχλησης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο έτσι ώστε τα μέλη της ομάδας να :

- Να αποκτήσουν θεωρητικό υπόβαθρο για το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχληση και του άγχους
- Να κάνουν αναγνώριση των αναγκών τους και να τις εκφράσουν
- Να αναγνωρίσουν τις ανάγκες και τα αισθήματα των άλλων
- Να εκπαιδευτούν σε στρατηγικές αντιμετώπισης διαχείρισης του άγχους, ενίσχυση της αυτοεκτίμησης μέσα από τη συζήτηση, ανταλλαγή απόψεων και των θεραπευτικών προτάσεων που θα κάνουν τα μέλη και ο θεραπευτής.
- Να βοηθήσει τους συμμετέχοντες να αναγνωρίσουν την ομοιότητα των προβλημάτων τους με αυτά των άλλων ατόμων της ομάδας,
- Να ανιχνεύσουν υποστηρικτικούς διαύλους (οικογένεια, φίλους και συναδέλφους κ.α)
- Να δημιουργήσουν νέα πρότυπα συμπεριφοράς

- Να εκπαιδευτούν σε νέους τρόπους συμπεριφορών
- Να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες
- Να ενδυναμώσουν τον αυτοέλεγχο
- Να μοιραστούν τα προβλήματα τους με άλλους

Πιο ειδικά η παρέμβαση συνίσταται:

- Στον συνδυασμό μοντέλων τεχνικών ψυχοθεραπείας, η οποία θα έχει προσαρμοστεί στις προσωπικές ανάγκες των ατόμων της ομάδας που έχουν υποστεί εργασιακή παρενόχληση
- Κάθε συνεδρία έχει συγκεκριμένο θέμα και σκοπό, έτσι ώστε να προκύψουν απτά και μετρήσιμα αποτελέσματα. Γίνεται προσέγγιση ελεύθερης και κατευθυνόμενης θεματολογίας. Τα θέματα της κάθε ενότητας της συνεδρίας, διαμορφώνονται από τις ανάγκες που έχει το κάθε μέλος της ομάδας και τους θεραπευτικούς στόχους που έχει θέσει ο θεραπευτής.
- Η ομάδα είναι κλειστή και έχει καθοριστεί με συγκεκριμένα κριτήρια που έχουν τεθεί κατά το σχεδιασμό της μελέτης. Ο αριθμός των μελών της ομάδας είναι 7 άτομα τα οποία έχουν υποστεί εργασιακή παρενόχληση. Ο θεραπευτής είναι Ψυχολόγος. Η συνεδρία γίνεται 1 φορά την εβδομάδα με διάρκεια 1 ώρα και το σύνολο των συνεδριών είναι 10.

Ο θεραπευτής έχει σαν στόχο τη μεγιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος (Karur, Miller & Mitcell, 1998) διαμέσου:

- Της πίστης στις δυνατότητες που έχει το κάθε άτομο, για να κάνει μια θετική αλλαγή στη ζωή του, με στόχο να επιλυθεί η σύγκρουση
- Την ενίσχυση της ελπίδας, για μεγαλύτερο έλεγχο των αποφάσεων της ζωής μέσα από την αντιμετώπιση της πραγματικότητας
- Της δέσμευσης, για να αντιμετωπίσει την κρίση που προκαλείται από την εργασιακή παρενόχληση, με βάση ότι κάθε μέλος της ομάδας είναι υπεύθυνο για τις πράξεις του, τις σκέψεις και τα συναισθήματα του.
- Την ενίσχυση των ικανοτήτων του κάθε ατόμου και της θετικής σημαιοδότησης
- Της συνειδητοποίησης και διαφοροποίησης των ρόλων στα σημαντικά πλαίσια αναφοράς του κάθε μέλους της ομάδας
- Του αυτοελέγχου των προβληματικών συμπεριφορών

Πιο ειδικά ο θεραπευτής επικεντρώνεται στις εξής τεχνικές:

- Στην τεχνική της αναπλαισίωσης και των λογικών εξηγήσεων όπου το κάθε μέλος της ομάδας παρουσιάζει την προσωπική του ιστορία (White & Epston, 1990)
- Στην τεχνική της ενθάρρυνσης, της έκφρασης των αρνητικών συναισθημάτων και των τραυματικών εμπειριών.
- Στην τεχνική του Role –playing (παίξιμο ρόλων) μεταξύ θεραπευτή και ενός ατόμου μέλους της ομάδας, με εστίαση σε ένα θέμα που τον προβληματίζει και του δυσχεραίνει την καθημερινότητα του (Hoyt, Murfhy, Haverson & Watson 2003)
- Στην τεχνική της επικέντρωσης, στο κοινό εκφραζόμενο αίτημα, τις εξατομικευμένες ανάγκες και στη διερεύνηση και κατανόηση των προνοσηρών συμπεριφορών και στη σύνδεση τους με πραγματικότητα που βιώνει το κάθε μέλος της ομάδας (Yalon, 2006).
- Η τεχνική της αποσαφήνισης των αναγκών των μελών της ομάδας ανά συνεδρία.
- Η τεχνική της συνειρμικά ελεύθερης έκφραση, η οποία λειτουργεί ως κάθαρση και ενδυνάμωση της αυτοεκτίμησης και της συσχέτισης τους με τους άλλους (Klein, Hunter & Brown, 1986).
- Η τεχνική της ενδυνάμωσης του εγώ, μέσα από την ενδυνάμωση των στοιχείων της προσωπικότητας, που είναι υγιή των ατόμων και την χρήση των διάφορων υποστηρικτικών μέσων (φίλοι, οικογένεια, κ.ά.)
- Η τεχνική της ενθάρρυνση, ενός ενεργητικού ρόλου του ατόμου για τη διαχείριση της κατάστασης που βιώνει (Betcher & Zinberg, 1988).

Ψυχολογική υποστήριξη

Η ψυχοθεραπεία θα βοηθήσει το άτομο να εκφράσει όλα τα συναισθήματα και τους φόβους του, να τα επεξεργαστεί και στη συνέχεια να ορίσει πραγματοποιήσιμους στόχους ώστε να αντιμετωπίσει τις ανάγκες στην καθημερινή του ζωή, τα βαθύτερα συναισθήματα και να ψάξει για πιο αποτελεσματικούς τρόπους επικοινωνίας με τον ίδιο του τον εαυτό και με τα άτομα που υπάρχουν γύρω του. Σκοπός της ψυχολογικής υποστήριξης των ατόμων είναι: η ενίσχυση της αποφασιστικότητας, η ενίσχυση της συναισθηματικής έκφρασης των αρνητικών συναισθημάτων και η ενδυνάμωση των υγιών χαρακτηριστικών

του ατόμου, σε ότι μπορεί τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Η θετική σκέψη, αλλά και η αισιόδοξη στάση ζωής, μπορεί να προσφέρει ποιότητα στη ζωή του (Βαλωμένου, 2015).

Ομαδική Ψυχοθεραπεία

Ως ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες, όπως καταγράφεται στο Journal for Specialists in Group Work ASGW's Official Publication, ορίζονται οι ομάδες εκείνες που έχουν σκοπό *«να προάγουν την προσωπική και διαπροσωπική ωρίμανση/ανάπτυξη και πρόληψη μελλοντικών δυσκολιών μέσω της εφαρμογής ομαδικών εκπαιδευτικών, αναπτυξιακών και συστημικών στρατηγικών στο πλαίσιο της αλληλεπίδρασης στο εδώ και τώρα»* (Γιαννάκη, 2015). Η ομαδική ψυχοθεραπεία εκφράζεται και εκδηλώνεται ποικιλοτρόπως, με το ψυχόγραμμα, την οικογενειακή θεραπεία, την γνωστική θεραπεία, την ψυχοθεραπεία επικεντρωμένη στον πελάτη, την συζυγική θεραπεία, ή μέσω τηλεσυνδιάσκεψης (Τσιφούτης & Χατζηθεοχάρης, 2009).

Στόχος αλλά αποτέλεσμα των ομάδων αυτών είναι η πρόληψη ψυχολογικών ή εκπαιδευτικών ελλειμμάτων και παράλληλα η καλλιέργεια δεξιοτήτων και εναλλακτικών τρόπων σκέψεων και συμπεριφορών. Οι ομαδικές παρεμβάσεις, οι οποίες διέπονται από τις ίδιες αρχές με τις ατομικές, έχουν πιο άμεσο αποτέλεσμα καθώς έχουν το πλεονέκτημα να υπάρχει πρόσβαση από περισσότερα άτομα. Είναι συνήθως βραχυπρόθεσμες και απαιτούν έναν ή δύο θεραπευτές (στην περίπτωση πολλών θεραπευόμενων) με αποτέλεσμα την μείωση στην λίστα αναμονής καθώς και το θεραπευτικό κόστος. Παρατηρείται επίσης, πως επικρατεί το «μοίρασμα» των εμπειριών μεταξύ των θεραπευόμενων. Το επίτευγμα τους, μέσω της συμμετοχής των ατόμων αποτελεί η βελτίωση της επίγνωσης των σκέψεων του ατόμου, τα συναισθήματά του και τις συμπεριφορές του.

Τα χαρακτηριστικά των ομάδων αυτών είναι η δυναμική αλληλεπίδραση των μελών – θεραπευόμενων, καθώς υπάρχουν κοινοί στόχοι και επιδιώξεις, η ψυχολογική ικανοποίηση των αναγκών, η συνοχή, η συλλογικότητα και η σύμπνοια. Επίσης, γίνεται και ενημέρωση για τις ψυχικές λειτουργίες και αντιμετώπιση συμπτωμάτων γνωστικών και συναισθηματικών διεργασιών (Γιαννάκη, 2015).

Στην ομαδική θεραπεία, συναντώνται πέντε έως δεκαπέντε άνθρωποι με έναν ή περισσότερους ειδικούς και μιλούν γι' αυτό που τους απασχολεί. Τα μέλη της ομάδας μέσω της ανατροφοδότησης, εκφράζουν τα δικά τους συναισθήματα για όσα ακούγονται. Αυτή η αλληλεπίδραση δίνει μια ευκαιρία στα μέλη της ομάδας, να δοκιμάσουν καινούριους τρόπους συμπεριφοράς και να μάθουν περισσότερα για τον τρόπο που

αλληλεπιδρούν με τους άλλους. Όταν οι άνθρωποι έρχονται σε μια ομάδα και αλληλεπιδρούν ελεύθερα με τα άλλα μέλη της ομάδας, υπάρχει πάντοτε το πλαίσιο της ικανής καθοδήγησης του ομαδικού θεραπευτή, η ομάδα είναι σε θέση να προσφέρει υποστήριξη και εναλλακτικές λύσεις.

Ερευνητές από το Πανεπιστήμιο του Sheffield, διενέργησαν ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, μέσα από την οποία αποτυπώθηκαν ότι οι ομαδικές θεραπείες είναι αποτελεσματικότερες από τη λίστα αναμονής ή τις ομάδες ελέγχου τα μέλη των οποίων αντιμετωπίστηκαν με την συνήθη (πλην ψυχοθεραπείας) φροντίδα. Στην έρευνα αυτή συμπεριελήφθησαν 19 μελέτες ανασκόπησης και 34 πρωτότυπες μελέτες, οι οποίες σταθερά αναδεικνύουν ότι η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική προσέγγιση σε ποικίλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις και σε διάφορα πλαίσια (Blackmore, 2009).

Στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Cologne της Γερμανίας, περισσότεροι από 450 εξωτερικοί ασθενείς υποβλήθηκαν σε μακράς διάρκειας ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία από 28 ομαδικούς αναλυτές σε συνήθεις συνθήκες (PAGE-Study). Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική κλινική βελτίωση, ως προς όλα τα επίπεδα έρευνας, δηλαδή συμπτώματα, διαπροσωπικά προβλήματα, θεραπευτικούς στόχους, συνολική ψυχιατρική λειτουργικότητα, και μάλιστα με βελτίωση των αποτελεσμάτων ανάλογα με την επιμήκυνση του χρόνου ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης (Tschuschke, 2007).

Στο Πανεπιστήμιο του Oslo της Νορβηγίας, αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα της βραχείας και μακράς διάρκειας ψυχοδυναμικής ομαδικής ψυχοθεραπείας ως προς την αντίληψη εαυτού, με πληθυσμό μελέτης εξωτερικούς ασθενείς. Χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Structural Analysis of Social Behavior Questionnaire, αρχικά κατά τη φάση εισόδου και τρία χρόνια μετά. Διαπιστώθηκαν θετικές αλλαγές, ως προς διάφορες παραμέτρους που περιγράφονται από το δοθέν ερωτηματολόγιο. Τα τελευταία χρόνια η ομαδική αναλυτική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται με καλά αποτελέσματα και σε ασθενείς με προβλήματα διαφορετικά αυτών που συνήθως αντιμετωπίζονται ψυχοθεραπευτικά.

Σε ότι αφορά την ελληνική βιβλιογραφία, υπάρχουν σημαντικά ερευνητικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της ομαδικής αναλυτικής ψυχοθεραπείας, συγκριτικά με άλλα είδη ομαδικών ψυχοθεραπειών. Έχουν επίσης καταγραφεί παρατηρήσεις, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση ψυχωτικών συμπτωμάτων σε μία ομάδα ομαδικής αναλυτικής ψυχοθεραπείας αποτελούμενη από μέλη με διαφόρων τύπων ψυχοπαθολογία (Παναγιωτοπούλου, 2017).

Ο James Anthony περιέγραψε την ιστορία της ομαδικής ψυχοθεραπείας ως «ετερογενή, σύνθετη, διαλεκτική και συγκρουσιακή». Ο Steinar Lorentzen βλέπει την ομαδική ανάλυση ως κλινική εφαρμογή – θεωρία, πρότυπο, τέχνη και δεξιότητα η οποία

αναπτύχθηκε και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να θεραπεύσει ψυχιατρικές διαταραχές και να βελτιώσει ψυχολογικά προβλήματα. Ο Philip Flores περιγράφει τον τρόπο ανταπόκρισης του εγκεφάλου στην ομαδική ψυχοθεραπεία μέσω νευροπλαστικότητας. Για παράδειγμα, αριθμός συγκριτικών μελετών έδειξαν μεταβολικές αλλαγές σε περιοχές του εγκεφάλου, ομαλοποίηση κοιλιακών και νοτιαίων εγκεφαλικών δομών στα βασικά γάγγλια, την αμυγδαλή και τον ιππόκαμπο, και αυξημένη αιματική ροή κατά περιοχές στο μεταιχμιακό σύστημα, ως αποτέλεσμα ψυχολογικών παρεμβάσεων (Παναγιωτοπούλου, 2017).

Η ομαδική αναλυτική ψυχοθεραπεία είναι θεραπευτική παρέμβαση δυναμικά εξελισσόμενη. Το προσδοκώμενο έργο είναι επομένως η διαλεκτική σύνθεση των ποικίλων θεωριών και ερευνητικών δεδομένων προς όφελος του πάσχοντος. Η ψυχοθεραπεία εννοείται πλέον ως επιστήμη (σύμφωνα με την ανεκπλήρωτη επιθυμία του Freud) αλλά και ως τέχνη (σύμφωνα με τον Ιπποκράτη) (Παναγιωτοπούλου, 2017).

Η ομαδική θεραπευτική διαδικασία επιτυγχάνει την βελτίωση των θεραπευμένων μέσω συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της, τους επονομαζόμενους «*θεραπευτικούς παράγοντες*», οι οποίοι αναπτύσσονται εκ παραλλήλου με την ομαδική θεραπεία και την επιστημονική γνώση. Οι εν λόγω παράγοντες, είναι η αυτοαποκάλυψη, η ενδοσκόπηση, η διάδραση/αλληλεπίδραση, η αποδοχή/συνοχή, η κάθαρση, η έμμεση μάθηση, η ελπίδα και ο αλτρουισμός (Σιούσιουρα, 2010).

Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης

Η ψυχοθεραπεία μέσω διαδικτύου ονομάζεται και ψυχοθεραπεία εξ'αποστάσεως, ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης (συνήθως μέσω skype) κ.ά. Είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί μέσω ανταλλαγής κειμένου ή με τη χρήση βίντεο ή ακόμα και με γυαλιά εικονικής πραγματικότητας* (Virtual Reality Glasses). Η ψυχολογική υποστήριξη μέσω του διαδικτύου (online μέσω skype) έχει το πλεονέκτημα να φέρνει κοντά στην ψυχοθεραπεία ανθρώπους που υπό άλλες συνθήκες δε θα μπορούσαν να έχουν ξεκινήσει. Αναφερόμαστε σε ανθρώπους που ζουν σε νησιά ή στην επαρχία όπου η πρόσβαση σε κάποιο σύμβουλο ψυχικής υγείας είναι δύσκολη, πολυέξοδη λόγω απόστασης ή ακόμα και ανέφικτη. Επίσης, αναφερόμαστε σε ανθρώπους που ενώ έχουν τη δυνατότητα να πάνε στο γραφείο ενός θεραπευτή, από την άλλη υπάρχουν κάποιοι άλλοι λόγοι όπως κάποια

κινητική δυσκολία ή οτιδήποτε άλλο που τελικά τους παρεμποδίζει να φτάσουν έως το γραφείο του ψυχολόγου (Κωνσταντινίδου & Τότσικα, 2016).

Μελέτες έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητα της online ψυχοθεραπείας. Επίσης, η άνεση του προσωπικού χώρου επιτρέπει σε κάποιους ανθρώπους να εξερευνήσουν βαθύτερα τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους και να τις εκφράσουν. Η ομαδική ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης, απαιτεί σύνδεση διαδικτύου (internet) και είναι μία υπηρεσία που μπορεί να προσφερθεί εφόσον υπάρχουν αιτίες που δεν καθιστούν εφικτό τον παραδοσιακό τρόπο ψυχοθεραπείας που γίνεται στο γραφείο του ψυχολόγου – ψυχοθεραπευτή σε μία διαδικασία πρόσωπο με πρόσωπο (ή και ομαδικά). Ο συγκεκριμένος τρόπος θεραπείας, έχει το πλεονέκτημα ότι φέρνει πιο κοντά στην ψυχοθεραπεία άτομα που υπό άλλες συνθήκες δε θα ήταν εφικτό. Γίνεται λόγος λοιπόν για την Τηλε-Ψυχολογία η οποία ορίζεται, ως «η παροχή ψυχολογικών υπηρεσιών και βοήθειας μέσα από τηλεπικοινωνιακές τεχνολογίες». (Κωνσταντινίδου & Τότσικα, 2016).

Τα αποτελέσματα όμως, δεν είναι μόνο θετικά αλλά και αρνητικά. Σύμφωνα με αποτελέσματα που προήλθαν ύστερα από μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας, παραμονεύει πάντα ο κίνδυνος από την έλλειψη ασφάλειας των προσωπικών δεδομένων και των αρχείων. Επίσης, η επικοινωνία δεν είναι πάντα αυθόρμητη. Επιπρόσθετα, άλλη μια παράμετρος αποτελεί ότι ενδέχεται να υπάρξουν νομικά προβλήματα, καθώς κάθε χώρα έχει τα δικά της νομικά και θεσμικά πλαίσια. Ο κίνδυνος αυτός ελλοχεύει όταν θεραπευτής και ασθενείς διαμένουν σε διαφορετικές χώρες με διαφορετικά νομικά και θεσμικά πλαίσια (Κωνσταντινίδου & Τότσικα, 2016).

Η αξίωση της ανωνυμίας σε ομαδικές θεραπείες ατόμων για την αποφυγή του στιγματισμού

Ο κοινωνικός στιγματισμός είναι η υποτίμηση της κοινωνικής ταυτότητας μίας ομάδας με κριτήριο ένα χαρακτηριστικό, το οποίο αξιολογείται αρνητικά (Goffman, 1963). Είναι η άνιση αντιμετώπιση ομάδων ή ατόμων με βάση κάποιο στερεότυπο. Οι μελέτες για το στίγμα επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες ομάδες π.χ. παχύσαρκα άτομα, ψυχικά ασθενείς, αλκοολικοί κ.ά. Οι συνέπειες του στιγματισμού εξαρτώνται από τις διαστάσεις που μπορεί να πάρει το στίγμα. Δύο από αυτές τις σημαντικές συνέπειες μπορεί να είναι ότι η αυτοεκτίμηση των στιγματισμένων τίθεται υπό απειλή και η αξιολογη διακύμανση των στιγματισμένων ατόμων απέναντι στο στρες.

Οι Crocker, Major & Steele (1998), αναφέρονται εκτενώς σε δύο διαστάσεις του στίγματος: α. την ευλογοφάνεια και β. την ικανότητα ελέγχου. Η ευλογοφάνεια αναφέρεται στο κατά πόσο το στίγμα είναι ορατό, μπορεί να ανιχνευτεί εξωτερικά ή εφόσον το άτομο το επιθυμεί να παραμείνει κρυφό. Η ικανότητα ελέγχου παραπέμπει στη διάκριση, εάν κανείς είναι υπεύθυνος για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ή εάν είναι υπεύθυνος για τη λύση του προβλήματος (Weiner, Perry & Magnusson, 1988). Η ευλογοφάνεια και η ικανότητα ελέγχου είναι ικανές να διαφοροποιήσουν τις επιπτώσεις του στίγματος στα άτομα, καθώς και τις στρατηγικές που αυτά υιοθετούν για την αντιμετώπιση του. Αναμένεται ότι το άτομο το οποίο δεν έχει τη δυνατότητα να κρύψει το στίγμα του, θα βιώνει πιο εύκολα την «απειλή του στερεοτύπου» δηλαδή το φόβο ότι οι άλλοι θα το αξιολογήσουν μεροληπτικά με βάση της απόκλιση του (Kahn, 2002).

Οι ανώνυμοι αλκοολικοί (ΑΑ) είναι μια ομάδα ανδρών και γυναικών που μοιράζονται την εμπειρία, τη δύναμη τους και την ελπίδα μεταξύ τους ότι μπορούν να λύσουν το κοινό τους πρόβλημα και να βοηθήσουν τους άλλους να ανακάμψουν από τον αλκοολισμό. Η μόνη προϋπόθεση για την ένταξη είναι η επιθυμία να σταματήσουν να πίνουν. Μια από τις βασικές αρχές των ΑΑ είναι ότι όλα τα μέλη της ομάδας είναι ανώνυμα, τόσο δημόσια όσο και στις σχέσεις μεταξύ τους. Στις συνεδρίες των ΑΑ τα μέλη της ομάδας χρησιμοποιούν μόνο το μικρό τους όνομα, ενώ το πραγματικό τους όνομα δεν αναγράφεται πουθενά. Η αξίωση της ανωνυμίας έχει τις ρίζες της στις απαρχές του κινήματος, με σκοπό να προστατευτούν τα μέλη της ομάδας από το στίγμα, αργότερα υπηρέτησε και την προστασία της ομάδας γενικότερα: αν ένα επώνυμο μέλος ξανακυλούσε στον αλκοολισμό, θα κατέστρεφε τη φήμη της οργάνωσης των ΑΑ. Οπότε, όπως υπονοεί και ο τίτλος «Ανώνυμοι», η ανωνυμία έγινε ακρογωνιαίος λίθος της οργάνωσης και εξηγείται ξεκάθαρα σε μία από τις 12 παραδόσεις των ΑΑ: «η ανωνυμία είναι το πνευματικό θεμέλιο όλων των παραδόσεων μας, καθώς μας θυμίζει πάντα να βάζουμε τις αρχές πάνω από τις προσωπικότητες». Επίσης, υπάρχει ο κανόνας ότι «αυτό που λέγεται στα δωμάτια, μένει στα δωμάτια» (Kelly, Magill & Stout, 2009; Kaskutas et al., 2005).

Η συνομιλία μέσω διαδικτύου σε πραγματικό χρόνο ανώνυμα επιτρέπει σε μια ομάδα χρηστών (chat) να ανταλλάσσουν γραπτά μηνύματα και να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους τα μέλη της ομάδας χρηστών στέλνοντας ένα μήνυμα είτε σε έναν συγκεκριμένο χρήστη είτε σε όλα τα μέλη της συνομιλίας. Με αυτό τον τρόπο υπάρχει η δυνατότητα για συχνή επικοινωνία ασθενούς-θεραπευτή και παρακολούθησης της προόδου του ασθενούς Έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία από ομάδες αυτοβοήθειας. Τα μέλη της ομάδας αυτοβοήθειας μπορούν να μοιραστούν εμπειρίες, δυνάμεις και ελπίδες για να λύσουν τα

κοινά προβλήματα τους. Αυτές οι ομάδες προσφέρουν μια εναλλακτική λύση στην παραδοσιακή ψυχοθεραπευτική και ένα παράδειγμα παρόμοιων ομάδων είναι οι Ανώνυμοι αλκοολικοί (Castelnuovo, Gaggioli, Mantovani & Riva, 2003).

Από την έναρξη σχεδιασμού της παρούσας μελέτης Δεκέμβριος του 2015 δεν είχε υλοποιηθεί ή διερευνηθεί κάποια εφαρμογή ανάλογη με αυτή που περιγράφεται παρακάτω (Rademakers, 2018). Διαδικτυακή πηγή αναφέρει ότι το 2016 πρώην συμμαθητές στο Πανεπιστήμιο Johns Hopkins, οι Shrenik Jain και Ravi Shah μοιράζονται ένα κοινό μέλημα: Τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας συχνά αγωνίζονται χωρίς να ζητούν βοήθεια. Φοιτητές μηχανικοί υπολογιστών με την καθοδήγηση των ψυχολόγων Geetha Jayaram, Jain and Shah, δημιούργησαν μια εφαρμογή και αργότερα ίδρυσαν την εταιρεία Sunrise Health για να συνδέουν ανώνυμα τους ανθρώπους με ομάδες υποστήριξης ανά πάσα στιγμή. Οι χρήστες της εφαρμογής επιλέγουν ένα ανώνυμο όνομα οθόνης και στη συνέχεια επιλέγουν μια ομάδα υποστήριξης βάσει των αναγκών τους, όπως βοήθεια για την αντιμετώπιση άγχους ή κατάθλιψης. Πριν από την ένταξη σας σε μια ομάδα, έχουν μια συνομιλία κειμένου με τον συντονιστή για να επιβεβαιώσουν εάν η ομάδα είναι κατάλληλη. Οι συντονιστές κυμαίνονται από κλινικούς θεραπευτές μέχρι προπονητές ανάκαμψης. Μόλις γίνει δεκτή σε μια ομάδα, ένα μέλος μπορεί να γράψει κείμενο. Ο Jain, λέει ότι *“άλλες εφαρμογές υποστήριξης κειμένου για την ψυχική υγεία προσφέρουν μόνο θεραπεία ένα-πρός-ένα και μπορεί να είναι δαπανηρές και να μην έχουν επίσημη μετριοπάθεια”*. Η εφαρμογή Sunrise συγχωνεύει υποστήριξη με δομημένη θεραπεία χρησιμοποιώντας τη φυσική επεξεργασία γλώσσας (NLP), υποσύνολο ανθρώπινης γλώσσας με τεχνητή νοημοσύνη, για τον εντοπισμό καταστάσεων έκτακτης ανάγκης ή κατάχρησης εντός των ομάδων. Για παράδειγμα, τα εργαλεία NLP μπορούν να επισημάνουν τα συναισθήματα όπως "θέλω να σκοτώσω τον εαυτό μου", καθώς και πιο λεπτές ενδείξεις, όπως οι αλλαγές αντωνυμίας ή αλλαγές φρασεολογίας βασισμένες στην ορολογία βάσης ενός ατόμου, με εξειδικευμένα μοντέλα που δημιουργήθηκαν για διαφορετικούς πληθυσμούς. Τα εργαλεία NLP μπορούν να παρακολουθούν την εξέλιξη των ασθενών με την πάροδο του χρόνου με βάση τις λέξεις και τις φράσεις που χρησιμοποιούν και να στέλνουν ειδοποιήσεις ώθησης στους συντονιστές ομάδων όταν επισημαίνεται κάτι. Οι αλγόριθμοι μπορούν επίσης να αναγνωρίζουν και να διαγράφουν καταχρηστικά μηνύματα. Τελικά, ο Jain και ο Shah ελπίζουν ότι η καινοτομία θα προσφέρει πρόσβαση στην ομαδική θεραπεία για άτομα που διαφορετικά δεν θα ζητούν βοήθεια. Αυτή η εφαρμογή επιτρέπει στους κοινωνικούς λειτουργούς, στους διαχειριστές περιπτώσεων και στους θεραπευτές να εμπλέκουν εύκολα τους ασθενείς και να

διαχειρίζονται περισσότερες περιπτώσεις (Rademakers, 2018). Η αποτελεσματικότητα της παραπάνω εφαρμογής δεν έχει διευρευνηθεί.

Στοχαστικό μοντέλο αυτοεκτίμησης

Σύμφωνα με την Cigman (2001), η αυτοεκτίμηση επηρεάζεται από παράγοντες όπως είναι ο τρόπος σκέψης και η ηλικία. Θεωρεί ότι αυτά τα στοιχεία αναδιαμορφώνουν δύο διαφορετικά μοντέλα αυτοεκτίμησης: το βασικό μοντέλο (basic self esteem) και το στοχαστικό μοντέλο (reflective self-esteem). Το πρώτο μοντέλο, αφορά τα μικρά παιδιά τα οποία θεωρούν ότι ο εαυτός τους έχει μεγάλη αξία. Το δεύτερο μοντέλο, το στοχαστικό, έχει στόχο την αξιοπιστία, το να είναι δηλαδή κάτι αλήθεια. Το άτομο σκέφτεται τις ικανότητες του στα πλαίσια της πραγματικότητας και η δικιά του αυτοεκτίμηση εξαρτάται από τις ικανότητες και τις επιτυχίες άλλων ατόμων, δηλαδή, υπάρχει σύγκριση των ικανοτήτων του με τις ικανότητες και τις επιτυχίες ενός άλλου ατόμου. Η Cigman (2001), δείχνει να μην επιδοκιμάζει την τακτική αυτή, γιατί πιστεύει ότι καμιά φορά μπορεί να υπάρξει κίνδυνος με το να γίνεται η σύγκριση αυτή να μειωθεί η αυτοεκτίμηση μας. Στο στοχαστικό μοντέλο, θα πρέπει να γίνει σύγκριση των επιδόσεων του με αυτές που έχουν κάνει άλλα άτομα, και αυτό έχει αξία μόνο σε σχέση με άλλους. Παρόλο που στο στοχαστικό μοντέλο η αυτοεκτίμηση αναδύεται μέσα από τη σύγκριση με άλλα άτομα, θεωρεί ότι αυτό μπορεί να αλλάξει και ότι καθένας είναι μία οντότητα μοναδική, κι έτσι ανεξάρτητα από τις επιδόσεις που έχουν κάνει οι άλλοι, θα πρέπει να στηριχθούν μόνο στη δική τους αξία.

Η αυτοεκτίμηση έχει σαν βασική προϋπόθεση να μην υποβιβάζει κάποιος τον εαυτό του ως λιγότερο ικανό από τους άλλους αλλά ταυτόχρονα να μην τον υπερτιμά. Έχει σημασία να καταλάβει κάποιος την αξία του. Με λίγα λόγια η αυτοεκτίμηση εξαρτάται από το πώς βλέπει κανείς τον εαυτό του και από το αν τον συγκρίνει με άλλα άτομα. Τέλος, η υποστήριξη και η καθοδήγηση μέσω της εκπαίδευσης θεωρείται απαραίτητη Cigman (2001).

Μελέτες σχεδιασμού που περιλαμβάνουν μία ομάδα ελέγχου χωρίς θεραπεία και μια ομάδα με θεραπεία

Εστιάζοντας στις ανασκοπήσεις που αφορούσαν την θεραπεία του άγχους περιλαμβάνουν μόνο μελέτες στις οποίες οι παρεμβάσεις απευθύνονται γενικά σε μέλη του

ενεργού πληθυσμού, βρήκαμε δύο ανασκοπήσεις και συγκεκριμένα, των van der Klink, et al. (2001) & Richardson και Rothstein (2008) οι οποίες παρέχουν τα αποτελέσματα από μετα-αναλύσεις των αποτελεσμάτων των μελετών που περιλαμβάνονται. Στη μετα-ανάλυση από τους van der Klink et al., συμπεριλήφθηκαν όλες οι πειραματικές μελέτες σχεδιασμού που περιλαμβάνουν μία ομάδα ελέγχου χωρίς θεραπεία, ενώ στον Richardson και Rothstein περιλαμβάνονται μόνο τυχαιοποιημένες μελέτες ελέγχου στη μετα-ανάλυση τους. Καθώς υπήρχε ετερογένεια στις συμπεριλαμβανόμενες μελέτες, τα μεγέθη επίδρασης αναφέρθηκαν ξεχωριστά για τις παρεμβάσεις της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας, τις τεχνικές χαλάρωσης, τα πολυτροπικά προγράμματα, την οργάνωση εστιασμένων παρεμβάσεων, και των άλλων εναλλακτικών λύσεων. Και οι δύο μετα-αναλύσεις διαπίστωσαν μια σημαντικού συνολικού μεγέθους επίδρασης, που δείχνει ότι οι παρεμβάσεις διαχείρισης του άγχους είναι αποτελεσματικές σε σύγκριση με την απουσία θεραπείας.

Ψυχολογική προσέγγιση του φαινομένου - ο ρόλος της Ψυχολογίας

Ο ιδιαίτερος χαρακτήρας της εργασιακής παρενόχλησης, δημιουργεί αναγκαία και απαραίτητη την εφαρμογή της ψυχολογικής και συναισθηματικής υποστήριξης στον εργαζόμενο (θύμα), μέσα από συμβουλευτικές παρεμβάσεις. Πέρα από τις απαραίτητες ενέργειες του οργανισμού και της υπηρεσίας για την πρόληψη, την προστασία, αλλά και την «θεραπεία» των εργαζομένων, οφείλουν και τα ίδια τα άτομα να βοηθήσουν στην πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου, αποδίδοντας έμφαση κυρίως στην επίλυση του προβλήματος, από τον «πυρήνα» ακόμα του προβλήματος ακόμα, και όχι τόσο στην επανάληψη και αναπαραγωγή τυχόν αρνητικών συναισθημάτων. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού, κρίνεται σκόπιμη η συμβουλευτική παρέμβαση, όχι μόνο με επίκεντρο το ίδιο το θύμα, αλλά και το οικογενειακό του περιβάλλον. Η ανάπτυξη των κατάλληλων δεξιοτήτων και της ψυχολογικής υποστήριξης, επιτυγχάνεται μέσα από την επαγγελματική αποκατάσταση με ομάδες αυτοβοήθειας και ψυχοθεραπεία (Αντωνοπούλου & Αντωνίου, 2012).

Ένα υγιές και υποστηρικτικό περιβάλλον μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου της παρενόχλησης. Οι εργαζόμενοι πρέπει να είναι αλλά και να αισθάνονται ασφαλείς στο χώρο της εργασίας, όσο νωρίτερα γίνει η αναγνώριση του προβλήματος για μία περίπτωση παρενόχλησης, τόσο πιο σύντομα θα είναι σε θέση ο εργαζόμενος – θύμα, αλλά και το περιβάλλον του (οικογενειακό, φιλικό και εργασιακό) να αναζητήσουν την ψυχολογική υποστήριξη και να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα με

αποτελεσματικό τρόπο. Η αμεσότητα, η συνέπεια και η διαθεσιμότητα με σκοπό την καλή συνεργασία του ψυχολόγου – θεραπευτή με το θύμα, συνιστούν βασικούς παράγοντες επιτυχούς αντιμετώπισης περιστατικών εργασιακής παρενόχλησης.

Η αντιμετώπιση του φαινομένου περιλαμβάνει τεχνικές και παρεμβάσεις, όπως η διαχείριση της συμπεριφοράς, ο έλεγχος των συναισθημάτων, η απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων, η επεξεργασία πληροφοριών αναφορικά με κοινωνικά ερεθίσματα και η εκπαίδευση στην ενσυναίσθηση και στην ικανότητα κατανόησης του τρόπου σκέψης του άλλου (Φάκελος υλικού για γονείς. «Εκπόνηση επιμορφωτικού ενημερωτικού υλικού και προγράμματος σπουδών επιμορφωτής, 2015).

Θεραπευτικές παρεμβάσεις

Οι μέθοδοι και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν στρατηγικές αντιμετώπισης, που στοχεύουν στην ενεργοποίηση του ατόμου ώστε να μειώσει το άγχος, τις αρνητικές συνέπειες του και να είναι σε θέση να χειριστεί μια ψυχοπιεστική κατάσταση. Αυτές χωρίζονται σε δύο βασικές κατηγορίες, τις στρατηγικές που στοχεύουν στην επίλυση του προβλήματος (problem focused coping) και στις παρεμβάσεις που στοχεύουν και αποσκοπούν στην ρύθμιση των συναισθημάτων του ατόμου (emotion focused coping) (Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2014).

Οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους έχουν πολλαπλασιαστεί γρήγορα κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών (LaMontagne et al., 2007, Richardson & Rothstein, 2008). Τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων είναι δύσκολο να συγκριθούν, όπως αυτές χαρακτηρίζονται από μεγάλη ετερογένεια όσον αφορά 1) τον τύπο παρέμβασης και τη μορφή (μόνο πληροφορίες, εργαστηριακή, συμβουλές και κατάρτιση, επεξεργασία / θεραπεία, μονοσυστατική θεραπεία έναντι πολυτροπικών, επαγγελματικό υπόβαθρο ασκούμενου, μεμονωμένη έναντι ομαδικής θεραπείας), 2) τον όγκο της παρέμβασης (αριθμός συνεδριών / διαβουλεύσεων), 3) το επίπεδο παρέμβασης (ατομικές, οργανωτικές ή και τα δύο), 4) την στρατολόγηση των συμμετεχόντων (γενικοί ιατροί, χώροι εργασίας, ένωση κοινωνικών λειτουργών, άμεση έρευνα) και 5) τις μεταβλητές έκβασης (ψυχολογικές, φυσιολογικές, ή / και οργανωτικές).

Το εργασιακό άγχος σχετίζεται με την ανάπτυξη κοινών ψυχικών διαταραχών και την μακροχρόνια αναρρωτική άδεια (Netterstrom et al., 2008). Το τελευταίο είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για πρόωρη αποχώρηση από την αγορά εργασίας. Μόνο το 50% των ανθρώπων που είναι σε αναρρωτική άδεια για περισσότερο από 6 μήνες λόγω της κακής ψυχικής υγείας επιστρέφουν στην εργασία (Andersen, Nielsen & Brinkmann,

2011). Η διαπίστωση αυτή έχει ως αποτέλεσμα ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την αξιολόγηση των επιπτώσεων των παρεμβάσεων διαχείρισης του άγχους στα ποσοστά επιστροφής στην εργασία.

Ανασκοπήσεις και μελέτες αξιολόγησης βρήκαν θετικές επιπτώσεις στο ρυθμό επιστροφής στην εργασία μέσω παρεμβάσεων με βάση τη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία και σημαντικά αποτελέσματα των παρεμβάσεων που απευθύνονται τόσο στον εργαζόμενο όσο και στον χώρο εργασίας (Blonk, Brenninkmeijer & Lagerveld, 2006; Franche et al., 2005 & Van der Klink, Blonk, Schene & van Dijk, 2003).

Ωστόσο, τα αποτελέσματα των μελετών είναι ασυνεπή. Στις Κάτω Χώρες, οι κατευθυντήριες γραμμές για την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας από ιατρούς και ιατρούς γενικής ιατρικής έχουν αναπτυχθεί με βάση τις γνωστικές αρχές συμπεριφοράς και στοχεύουν στην ενίσχυση της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων των ασθενών σε σχέση με το περιβάλλον εργασίας (van der Klink et al., 2003).

Σε μια τυχαιοποιημένη μελέτη ελέγχου, καμία σημαντική επίδραση της χρήσης αυτών των κατευθυντήριων γραμμών δε βρέθηκε στο ρυθμό επιστροφής στην εργασία. Σε μια μελέτη αξιολόγησης της διαδικασίας, εξήχθη το συμπέρασμα ότι οι κατευθυντήριες γραμμές για τη διαχείριση των κοινών προβλημάτων ψυχικής υγείας και την επιστροφή στην εργασία θα πρέπει να επικεντρωθούν στην τακτική επαφή με τον εργαζόμενο και την οργάνωση της εργασίας. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι το ποσό της επαφής και ο αριθμός των διαβουλεύσεων είναι επίσης σημαντικά για τα αποτελέσματα της παρέμβασης (Rebergen, Bruinvels, Bos, van der Beek, & van Mechelen, 2010).

Η ψυχοθεραπεία, ως θεραπευτική παρέμβαση, αποτελεί επιτακτική ανάγκη για την αντιμετώπιση ψυχοσυναισθηματικών ασθενειών και η θεραπευτική της αξία, καταγράφεται ως ιδιαίτερος σημαντική. Η ψυχοθεραπεία λαμβάνει ποικίλες μορφές προσέγγισης των ασθενών, όπου μπορούν να ταξινομηθούν σε μια γενικότερη ομπρέλα με παρακλάδια, τις γνωστικές, τις δομικές, τις υπαρξιακές και τις πελατοκεντρικές μορφές (Σταλίκας, 2011). Πολυποίκιλες οργανικές αλλά και παθήσεις που εμφανίζει ο σύγχρονος άνθρωπος, θεωρείται ότι έχουν καθαρά ψυχογενή αιτιολογική προέλευση και θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί εάν το άτομο είχε μάθει να χαλαρώνει σωματικά αλλά και ψυχικά, ή αξιοποιώντας τεχνικές χαλάρωσης, εκτός και η κατάσταση είναι ακόμα πιο «δύσκολη», όπου το άτομο θα ακολουθήσει ιατροφαρμακευτική αγωγή (Καραγιώτα, 2005).

Η αντιμετώπιση του θεωρείται ως μια δυναμική και πολυδιάστατη διεργασία, η οποία αναπτύσσεται και εξελίσσεται κατά την αλληλεπίδραση που πραγματοποιείται ανάμεσα στην αντίληψη της κατάστασης που προκαλεί το στρες, δηλαδή την απειλή, και

τη χρήση των διαθέσιμων πόρων για την αντιμετώπισή της (Ντίνου κ.ά., 2013). Οι παρεμβάσεις που αναφέρονται στη βιβλιογραφία και έχουν εφαρμοστεί αφορούν στις ατομικές ψυχολογικές θεραπευτικές παρεμβάσεις που στηρίζονται στις ψυχαναλυτικές αντιλήψεις, ως προς την παραγωγή της ψυχοπαθολογίας και ως προς την κατάλληλη θεραπεία, και διακρίνονται αδρά στην ψυχανάλυση, στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, στις βραχείες δυναμικές ψυχοθεραπείες και στις ιδιαίτερες ψυχοθεραπείες. Επίσης, έχει χρησιμοποιηθεί η Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική θεραπεία η οποία μπορεί να οριστεί ως το σύνολο των θεραπευτικών τεχνικών οι οποίες χρησιμοποιούνται με στόχο την τροποποίηση της συμπεριφοράς και των εσωτερικών διεργασιών του ατόμου (σκέψεις, εκτιμήσεις, συναισθήματα) τα οποία ευθύνονται ή επηρεάζουν την αλλαγή της συμπεριφοράς που επιδιώκουμε (Κουράκος, 2010).

Η θεραπεία μέσα από την ψυχοθεραπεία, προσφέρει ενδυνάμωση – ενίσχυση της ψυχικής ευεξίας και σχετίζεται με την πρόληψη (η οποία υπερέχει της θεραπείας) των ψυχικών ασθενειών. Η πρόληψη χωρίζεται σε τρία στάδια, την πρωτογενή (πρόληψη προ εμφάνισης της παθολογίας), την δευτερογενή (αφορά την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία) και τέλος την τριτογενή (όπου ο σκοπός είναι ο περιορισμός της ανικανότητας) (Κορομπόκη, 2015). Η αντιμετώπιση επιτελεί δύο βασικές λειτουργίες, την τροποποίηση της προβληματικής σχέσης μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος που προκαλεί το στρες, και τη ρύθμιση των συναισθημάτων. Με βάση αυτές τις δύο λειτουργίες της, η αντιμετώπιση διακρίνεται σε αυτήν που είναι εστιασμένη στην επίλυση του προβλήματος και σε αυτήν που είναι εστιασμένη στη διαχείριση του συναισθήματος. Η αντιμετώπιση που εστιάζει στο πρόβλημα, έχει ως στόχο την επίλυση του προβλήματος και περιλαμβάνει ενεργητικές και σκόπιμες προσπάθειες χειρισμού του στρεσογόνου παράγοντα. Στρατηγικές αυτού του είδους περιλαμβάνουν ενέργειες όπως η δράση και ο σχεδιασμός. Ενώ, η αντιμετώπιση που εστιάζει στο συναίσθημα στοχεύει στη μείωση των δυσάρεστων συναισθημάτων που πηγάζουν από το στρεσογόνο παράγοντα, μέσω στρατηγικών που περιλαμβάνουν την έκφραση συναισθημάτων και την αλλαγή προσδοκιών, όπως είναι, για παράδειγμα, η αναζήτηση υποστήριξης από το περιβάλλον, η θετική επανερμηνεία και η εκτόνωση των συναισθημάτων (Ντίνου κ.ά., 2013). Τέλος, η φαρμακευτική θεραπεία του άγχους ουσιαστικά αφορά στην χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων (Κουράκος, 2010).

Γνωστική συμπεριφορική προσέγγιση

Η γνωσιακή (γνωστική) – συμπεριφοριστική (συμπεριφορική) ψυχοθεραπεία αποτελεί σύνθεση γνωσιακών και συμπεριφοριστικών προσεγγίσεων. Στόχος της παρέμβασης αυτής είναι η αναγνώριση των προτύπων δυσλειτουργικής σκέψης (π.χ. αγχογόνες καταστάσεις) και συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα σε ορισμένες φάσεις της θεραπείας να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση σε συμπεριφοριστικές τεχνικές και σε άλλες φάσεις σε γνωσιακές τεχνικές (Hawton, Salkovskis, Kirk, & Clark, 1989). Οι στόχοι θα μπορούσαν να καταταχθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες, όπως η αλλαγή της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς, η εκμάθηση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων και η πρόληψη προβλημάτων (Βανεκιώτη, 2016).

Η γνωστική θεωρία (Theory of Mind -ToM) περιγράφει «την ικανότητα απόκτησης ψυχικών καταστάσεων όπως σκέψεις, πεποιθήσεις, προθέσεις και συναισθήματα που δημιουργεί το άτομο για τον εαυτό του και τους άλλους», ενώ η ενσυναίσθηση απαιτεί «την διείσδυση και εμπάθυνση σε ένα βαθμό της συναισθηματικής και ψυχικής κατάστασης μεταξύ των ατόμων».

Το εργασιακό άγχος, σύμφωνα με τις γνωστικές προσεγγίσεις, έχει σχέση με την αντίληψη του ατόμου και με την ικανότητά του να αντιμετωπίζει διάφορες καταστάσεις. Σύμφωνα με το γνωστικό μοντέλο προσέγγισης, ο τρόπος δηλαδή, με τον οποίο το άτομο εκτιμάει και «ζυγίζει» την κατάσταση, το αίσθημα ότι αυτή η κατάσταση μπορεί να το βλάψει, ενώ οι αμφιβολίες που έχει σχετικά με το άτομό του και με την ικανότητά του να την αντιμετωπίσει αποτελούν βασικούς παράγοντες ενίσχυσης του εργασιακού άγχους. Προσπαθώντας να αντιμετωπίσει την κατάσταση, το άτομο μπορεί να εστιάσει στην επίλυση του προβλήματος ή να προσπαθήσει να ρυθμίσει τη συναισθηματική του εξάντληση. Εάν το πρόβλημα παραμένει άλυτο ή δυσεπίλυτο, τότε ως αποτέλεσμα προκύπτει ότι η ψυχολογική και φυσιολογική ένταση επιμένουν, οδηγώντας σε μακροπρόθεσμες συνέπειες για την υγεία και την ευημερία του ατόμου (Montag, Neuhaus, Dziobek & Heekeren, 2011).

Η εν λόγω θεραπεία – προσέγγιση, αποτελεί μια «ένωση» συμπεριφοριστικών και γνωσιακών στρατηγικών, οι οποίες έχουν ως στόχο την τροποποίηση των νοητικών συστημάτων του ασθενούς, ώστε να επέλθει η γνωσιακή και συμπεριφοριστική αλλαγή. Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία διατηρεί έναν ενεργητικό και στοχοκατευθυνόμενο προσανατολισμό, ο οποίος εστιάζεται κατά κύριο λόγο στην επίλυση προβλημάτων (Knell, 1993). Στόχος της γνωσιακής παρέμβασης είναι το άτομο να αποκτήσει δεξιότητες που θα του επιτρέψουν να βοηθήσει τον εαυτό του, τόσο στην παρούσα δύσκολη κατάσταση, όσο και σε μελλοντικά πιθανά προβλήματα (Kirk, 1989). Το πρότυπο της συμπεριφοράς του

ατόμου, μπορεί να προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες και για τον εντοπισμό της υποβόσκουσας πεποίθησης λαμβάνονται και από το κλασικό μοντέλο ανάλυσης συμπεριφοράς (ABC), συνθήκες που προηγούνται (Antecedents), συμπεριφορά (Behavior) και συνέπειες (Consequences), στο οποίο αναλύονται τα γεγονότα που προηγούνται της προβληματικής συμπεριφοράς και αυτά που έπονται αυτής.

Ο θεραπευτής μπορεί να διδάξει το θεραπευόμενο να θέτει ορισμένες ερωτήσεις στον εαυτό του, προκειμένου να εντοπίσει τις αυτόματες σκέψεις του (Greenberger & Padesky, 1995). Είναι σημαντικό επίσης, ο θεραπευόμενος να μάθει να διακρίνει τις σκέψεις από τα συναισθήματα του. Στη συνέχεια, και έχοντας συλλέξει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες, ο θεραπευτής μπορεί να καταλήξει σε κάποιες υποθέσεις σχετικά με τις βασικές γνωστικές κατασκευές (παράλογες πεποιθήσεις – σχήματα) που προκαλούν την προβληματική συμπεριφορά του θεραπευόμενου (Persons, 1989). Η αξιολόγηση του περιστατικού, από τον θεραπευτή, αφορά το γνωσιακό, το συναισθηματικό, το νευροφυσιολογικό και συμπεριφοριστικό επίπεδο του ατόμου και η θεραπεία βασίζεται στην πειραματική μέθοδο, όπου ο θεραπευτής συντάσσει την αρχική υπόθεση και τον σχεδιασμό της θεραπείας. Οι υποθέσεις αυτές βοηθούν το θεραπευτή να κατανοήσει τις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα στα διάφορα προβλήματα του θεραπευόμενου, τον καθοδηγούν στην επιλογή του τρόπου προσέγγισης του θεραπευόμενου και των στρατηγικών παρέμβασης που θα χρησιμοποιήσει, διευκολύνουν την πρόβλεψη, κατανόηση και αντιμετώπιση μελλοντικών προβλημάτων του θεραπευόμενου. Αν η θεραπεία συναντά αδιέξοδα ή παραμένει στάσιμη, ίσως οι υποθέσεις του θεραπευτή να χρειάζεται να αναθεωρηθούν. Η αρχική υπόθεση που κάνει ο θεραπευτής για τους μηχανισμούς που σχετίζονται με το πρόβλημα του θεραπευόμενου ελέγχεται και εξετάζεται καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας, βάσει των δεδομένων που προκύπτουν από τα καθήκοντα που εκτελεί ο θεραπευόμενος στο σπίτι και από την πορεία της θεραπευτικής σχέσης (Kirk, 1989).

Επίσης, οι συμπεριφοριστικές τεχνικές έχουν ενσωματωθεί στο πλαίσιο της γνωσιακής – συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας και υπηρετούν τους στόχους της, οι οποίοι σχετίζονται με την αλλαγή των δυσλειτουργικών αντιλήψεων του ατόμου (Beck et al., 1979). Συνεπώς, οι διάφορες συμπεριφοριστικές τεχνικές χρησιμοποιούνται προκειμένου το άτομο να έχει την ευκαιρία να ελέγξει, σε πραγματικές συνθήκες, κάποιες δυσλειτουργικές του σκέψεις.

Ο ασθενής γνωρίζει από τον θεραπευτή τι τον περιμένει, καθώς πρέπει να υπάρχει επικοινωνία και εμπιστοσύνη στην ψυχοθεραπευτική σχέση. Η πορεία της σχέσης αυτής, επηρεάζεται από τρεις παράγοντες, την κατάσταση του ασθενούς, αλλά και τις προσδοκίες

ως προς το αποτέλεσμα της θεραπείας, την γνωστική κατάσταση και τις δεξιότητες του θεραπευτή και την ψυχοθεραπευτική σχέση. Ουσιαστικά η καλή επικοινωνία είναι αυτή που διευκολύνει τη δημιουργία σχέσεων, επομένως ο θεραπευτής οφείλει να έχει ανεπτυγμένες επικοινωνιακές σχέσεις (Μαρνέρας & Αρβανίτης, 2015).

Ο βασικός πυρήνας της γνωσιακής συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας αποτελείται από τρεις βασικές αρχές:

- η γνωστική λειτουργία επηρεάζει τη συμπεριφορά,
- η γνωστική λειτουργία μπορεί να μεταβληθεί και να ελεγχθεί,
- οι επιθυμητές αλλαγές στη συμπεριφορά μπορούν να επηρεαστούν από γνωστικές αλλαγές.

Βασική αρχή της συμπεριφοριστικής προσέγγισης και κατά συνέπεια της θεραπείας, είναι ότι η συμπεριφορά θεωρείται αποτέλεσμα μάθησης. Αποδεχόμενη λοιπόν, τη θεωρία του John Locke, όπου ο άνθρωπος κατά τη γέννηση του είναι *tabula rasa* (άγραφος χάρτης), και μαθαίνει να αντιδρά στο περιβάλλον του, διαμορφώνεται η συμπεριφορά του και η προσωπικότητά του (Βανεκιώτη, 2016). Πάνω λοιπόν σε αυτή την βάση, ο θεραπευτής μπορεί να λειτουργήσει για να αναδομήσει τη συμπεριφορά του ασθενούς με την αξιοποίηση κατάλληλων τεχνικών.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην συμπεριφοριστική προσέγγιση, είναι η ενίσχυση (διακρίνεται σε θετική και αρνητική ενίσχυση, όπου ως θετική ενίσχυση λογίζονται οι αμοιβές υλικών και πνευματικών ειδών και ως αρνητική ενίσχυση εννοιολογείται η διαδικασία που βοηθά να εξαιρεθεί ή να απομακρυνθεί ένα ερέθισμα που προκαλεί αποστροφή στον άνθρωπο), η τιμωρία (επιβολή ενός αρνητικού γεγονότος με στόχο την μείωση της πιθανότητας επανεμφάνισης μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς), η συστηματική απευαισθητοποίηση (συσχετισμός μιας αντίδρασης, η οποία είναι αποτέλεσμα μάθησης με την κατάσταση που προκαλεί την απροσάρμοστη συμπεριφορά, προκειμένου να μειωθεί το άγχος), η εκπαίδευση στην διεκδικητική συμπεριφορά (ο θεραπευτής βοηθά στην ανεξάρτηση του άγχους που εμποδίζει το άτομο να είναι διεκδικητικό και στην εκμάθηση της διεκδικητικής συμπεριφοράς μέσω της συντελεστικής μάθησης), ψυχοκατακλυσμική θεραπεία (ο θεραπευόμενος έρχεται αντιμέτωπος με το ερέθισμα που του προκαλεί φόβο ή άγχος) και τέλος η αποστροφική θεραπεία (αξιοποιούνται ερεθίσματα που προκαλούν πόνο και αποστροφή για την τροποποίηση μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς) (Βανεκιώτη, 2016).

Πολλά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα θύματα εργασιακής παρενόχλησης, δημιουργούνται από τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και τις εμπειρίες. Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεωρία βασίζεται στην ιδέα ότι οι άνθρωποι

δεν ενοχλούνται τόσο από τα ίδια τα γεγονότα, όσο από την εντύπωση που σχηματίζουν για αυτά. Έτσι όπου υπάρχει συναισθηματική διαταραχή, μοιραία υπάρχουν και παράλογες πεποιθήσεις. Βασικός στόχος της θεραπείας είναι η αποσαφήνιση των εσφαλμένων γνωσιακών διεργασιών που αποτελούν τον πυρήνα των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων, οι πιο συχνές των οποίων είναι: «Πρέπει να έχω κάνει κάποιο λάθος για να μου συμβεί αυτό. Κάποιος έπρεπε να παρέμβει για να το σταματήσει. Δε θα το ξεπεράσω ποτέ. Όλοι με μισούν». Οι παράλογες πεποιθήσεις οδηγούν σε δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά, που με τη σειρά της πυροδοτεί λιγότερο φιλικές αντιδράσεις από τους άλλους, επιβεβαιώνοντας την αρχική υπόθεση. Αυτές οι πεποιθήσεις μπορούν να υποστούν επεξεργασία μέσω γνωσιακών τεχνικών, καθώς το άτομο ενθαρρύνεται να τις αντιμετωπίσει σαν υποθέσεις παρά σαν γεγονότα, δίνοντας το κίνητρο να εξεταστούν σε σύγκριση με την πραγματικότητα (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2012; Tehrani, 2003).

Λογικοθυμική προσέγγιση

Η Λογικοθυμική προσέγγιση (Rational-Emotive Therapy) αναπτύχθηκε από τον Albert Ellis τη δεκαετία του 1950. Στηρίζεται και αναπτύσσεται στο γεγονός πως οι συναισθηματικές δυσκολίες οφείλονται σε λανθασμένες και παράλογες δοξασίες οι οποίες μπορούν να αλλάξουν με έλεγχο της λογικής σκέψης. Η λογική σκέψη είναι απαραίτητη στην προσπάθεια του ανθρώπου να γνωρίσει καλύτερα τον εαυτό του. Σύμφωνα με την λογικοθυμική προσέγγιση, οι συναισθηματικές διαταραχές (άγχος, κατάθλιψη) προκαλούνται από βιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Το άτομο δέχεται την αλληλεπίδραση και αλληλοσύνδεση συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών (Καλπάκογλου & Χαρίλα, 2007). Η γνωσιακή επεξεργασία του ερεθίσματος καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο διαχειρίζεται τελικά το συναίσθημα. Οι συνέπειες του ερεθίσματος γίνονται αντιληπτές στο συμπεριφοριστικό και στο γνωσιακό επίπεδο (Καλπάκογλου, 2013).

Βασικός στόχος είναι η αποσαφήνιση της σκέψης από παραλογισμούς, έτσι ώστε ο εσωτερικός διάλογος του ανθρώπου να ξαναβρεί τη λογική του και τα συναισθήματα να γίνουν πιο θετικά. Κύριος λοιπόν στόχος είναι η μείωση της κεντρικής αυτοκαταστροφικής άποψης που έχει ο θεραπευόμενος για τον εαυτό του και η απόκτηση μιας πιο ρεαλιστικής και ανεκτικής φιλοσοφίας. Ο θεραπευτής προσπαθεί να τον βοηθήσει να απαλλαγεί από τις ιδέες και στάσεις του και να τις αντικαταστήσει με άλλες αντίστοιχες λογικές (Βανεκιώτη, 2016). Στο θεραπευτικό πλαίσιο της εν λόγω προσέγγισης, ο

ψυχοθεραπευτής λαμβάνει έναν ενεργητικό-καθοδηγητικό ρόλο και χρησιμοποιεί μια «εκπαιδευτική» τεχνική, προτρέποντας τον θεραπευόμενο να «μελετήσει» σε βάθος τις μη λειτουργικές-παράλογες πεποιθήσεις του ώστε να ενσωματώσει τη θεραπεία σε όλους τους τομείς της ζωής του ακόμα και με την ολοκλήρωση των συνεδριών, ωστόσο ο θεραπευόμενος και ο ψυχοθεραπευτής συνεργάζονται για να επιτύχουν ένα κοινό στόχο.

Το συγκεκριμένο είδος θεραπείας, περιλαμβάνει ποικίλες τεχνικές, όπως η αυτοπαρατήρηση, η άμεση πρόκληση μη ρεαλιστικών πεποιθήσεων του ασθενή και η αξιολόγηση ρεαλιστικών σκέψεων (Καλπάκογλου, 2013). Το θεραπευτικό της πλαίσιο βασίζεται στο μοντέλο ABC. Σε αυτό το σύστημα το A συμβολίζει το γεγονός ή την εμπειρία που ενεργοποιεί την σκέψη-αντίληψη (Activating event), και το οποίο συνήθως ενεργοποιεί την αντίληψη που έχουμε για κάποιο δυσάρεστο γεγονός. Το C αντιπροσωπεύει τις συναισθηματικές και συμπεριφοριστικές συνέπειες (Consequences). Είναι δηλαδή η μη λειτουργική συναισθηματική αντίδραση που οδηγεί το άτομο στην αναζήτηση ψυχολογικής βοήθειας. Τέλος, το B συμβολίζει το σύστημα πεποιθήσεων-αξιών του κάθε ατόμου (Belief system) το οποίο αποτελείται από δύο μέρη: τις ορθολογικές-λειτουργικές και τις παράλογες-μη λειτουργικές πεποιθήσεις. Οι μη λειτουργικές πεποιθήσεις θα αποτελέσουν θα αποτελέσουν και το επίκεντρο των ψυχοθεραπευτικών συναντήσεων. Η τροποποίηση των πεποιθήσεων είναι ο πραγματικός στόχος της ψυχοθεραπείας και επιτυγχάνεται διαμέσου της αμφισβήτησης. Η ψυχοθεραπεία περατώνεται όταν το άτομο πλέον είναι σε θέση να εφαρμόσει το μοντέλο ABC στην καθημερινότητα του και να μπορεί να διακρίνει τα λειτουργικά από τα μη λειτουργικά συναισθήματα καθώς και τις παράλογες από τις λειτουργικές-λογικές πεποιθήσεις. Ουσιαστικά η βελτίωση παρατηρείται εφόσον οι απαιτητικές παρεισφρητικές σκέψεις αντικαθίστανται από σκέψεις επιθυμίας και αποδοχής έστω και του χειρότερου σεναρίου, συνοδευόμενες από λειτουργικά συναισθήματα.

Ειδικό μέρος

Κεφάλαιο 5

Μεθοδολογία

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί να προσεγγίσει το θέμα της επίδρασης της ομαδικής Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης σε άτομα που έχουν υποστεί εργασιακή παρενόχληση με τη χρήση ενός Συνδυαστικού Μοντέλου Ομαδικής Παρέμβασης.

Συνοπτικά, από τον συνολικό πληθυσμό μελέτης συγκροτούμε δύο ομάδες (πειραματική και ελέγχου) από νοσηλευτικό προσωπικό που έχει υποστεί εργασιακή παρενόχληση. Η πειραματική ομάδα υποβάλλεται στην Παρέμβαση με χορήγηση θεραπείας 10 συνολικά συνεδριών (1 συνεδρία κάθε εβδομάδα) ενώ η ομάδα ελέγχου δεν υποβάλλεται σε κανενός είδους Παρέμβαση στο διάστημα αυτό. Μετά το πέρας των 10 συνεδριών, οι δύο ομάδες υποβάλλονται σε μία μέτρηση των συμπτωμάτων του άγχους, της εργασιακής παρενόχλησης και της αυτοεκτίμησης (Κλίμακα Spielberger, Κλίμακα Hamilton, Κλίμακα αυτοεκτίμησης του Battle και ερωτηματολόγιο LIPT). Μετά τη μέτρηση, αναμένεται ότι η πειραματική ομάδα που υποβλήθηκε στην παρέμβαση, θα παρουσιάζει χαμηλότερα επίπεδα άγχους, υψηλότερη αυτοεκτίμησης και μείωσης του αριθμού των περιπτώσεων των νοσηλευτικού προσωπικού που εξακολουθούν να είναι θύματα εργασιακής παρενόχλησης. Αντίθετα, για την ομάδα ελέγχου αναμένεται να μην υπάρξουν μεταβολές.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της ύπαρξης άγχους και φαινομένων εργασιακής παρενόχλησης (mobbing), καθώς και η καταγραφή της αυτοεκτίμησης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε δομές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ), σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) και Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.). Επιπλέον, στόχευση της έρευνας είναι να γίνει περιγραφή της έντασης των ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων που προκαλούν άγχος και να περιγραφεί το προφίλ των ατόμων τα οποία υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση, και τέλος, να γίνει θεραπευτική αντιμετώπιση με ομαδική Ψυχοθεραπεία

μέσω τηλεσυνδιάσκεψης στα άτομα που ήταν αποδέκτες εργασιακής παρενόχλησης, και στην συνέχεια να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα της σχετικής παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Επιμέρους στόχοι της έρευνας

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας που απορρέουν από τον γενικό σκοπό και για την παρούσα έρευνα είναι:

- Να καταγραφεί η συχνότητα εμφάνισης άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) και των δομών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) για το συνολικό πληθυσμό μελέτης.
- Να διερευνηθεί η επίδραση του άγχους στην ψυχική και σωματική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) και των δομών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) για το συνολικό πληθυσμό μελέτης.
- Να καταγραφεί η συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης στο νοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) και των δομών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) για το συνολικό πληθυσμό μελέτης.
- Να καταγραφεί η αυτοεκτίμηση του νοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) και των δομών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) για το συνολικό πληθυσμό μελέτης.
- Να γίνει σκιαγράφηση του προφίλ των ατόμων που υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση.
- Να διερευνηθεί εάν η εφαρμογή ενός παρεμβατικού προγράμματος ομαδικής Ψυχοθεραπείας; μέσω τηλεσυνδιάσκεψης για την αντιμετώπιση της εργασιακής παρενόχλησης στο νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να μειώσει το άγχος, την ένταση των συμπτωμάτων του άγχους, τον αριθμό των περιπτώσεων του

νοσηλευτικού προσωπικού το οποίο βίωσε εργασιακή παρενόχληση και να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση.

Ερευνητικές υποθέσεις

- Το ιδιοσυγκρασιακό, το παροδικό και το συνολικό άγχος που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών διαφέρει από αυτό του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ;
- Η ένταση των συμπτωμάτων του άγχους επηρεάζει τη σωματική και ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών. Υπάρχει διαφορά με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ;
- Η αυτοεκτίμηση του νοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών διαφέρει από αυτή του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ;
- Η εργασιακή παρενόχληση που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών διαφέρει από αυτή του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας;
- Τα νεώτερα άτομα σε ηλικία, τα έγγαμα άτομα, τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης του νοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών και των δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σκιαγραφούν το προφίλ των ατόμων που υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της αγχώδους διάθεσης, των γνωσιακών προβλημάτων και των γενικών σωματικών συμπτωμάτων από το μυϊκό σύστημα με την έκθεση τουλάχιστον σε μια από τις 45 μορφές παρενόχλησης και για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων αϋπνίας και της οικογενειακής κατάστασης του νοσηλευτικού προσωπικού;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της αγχώδους διάθεσης και του φύλου του νοσηλευτικού προσωπικού;

- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των γενικών σωματικών συμπτωμάτων από το μυϊκό σύστημα, των καρδιαγγειακών συμπτωμάτων, των γνωσιακών προβλημάτων, των φοβιών, των συμπτωμάτων αϋπνίας και της αγχώδους διάθεσης με την συνολική αυτοεκτίμηση του νοσηλευτικού προσωπικού;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των καρδιαγγειακών συμπτωμάτων και τα χρόνια υπηρεσίας του νοσηλευτικού προσωπικού;
- Η συμμετοχή σε ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης είναι πιο αποτελεσματική στη μείωση του άγχους των ατόμων που υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση από τη συμμετοχή των ατόμων σε ομάδα ελέγχου χωρίς θεραπευτική παρέμβαση;
- Η συμμετοχή σε ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης είναι πιο αποτελεσματική στη ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των ατόμων που υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση από τη συμμετοχή των ατόμων σε ομάδα ελέγχου χωρίς θεραπευτική παρέμβαση;
- Η συμμετοχή σε ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης είναι πιο αποτελεσματική στη μείωση του αριθμού των περιπτώσεων των ατόμων που υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση από τη συμμετοχή των ατόμων σε ομάδα ελέγχου χωρίς θεραπευτική παρέμβαση;
- Η συμμετοχή σε ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης είναι πιο αποτελεσματική στην μείωση της έντασης των συμπτωμάτων του άγχους των ατόμων που υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση από τη συμμετοχή των ατόμων σε ομάδα ελέγχου χωρίς θεραπευτική παρέμβαση;

Πληθυσμός μελέτης

Για την πληρέστερη εφαρμογή του σχεδιασμού μελέτης αποφασίστηκε η επιλογή του πληθυσμού μελέτης να είναι από νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν σε δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.), τόσο από τα αστικά κέντρα, όσο και από τις απομακρυσμένες περιοχές από την ευρύτερη περιοχή της Κρήτης. Επιπρόσθετα, τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσε το νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) και Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) των 5 νοσοκομείων της Κρήτης. Τα κριτήρια επιλογής των συγκεκριμένων δομών αποτέλεσαν:

α) η διασπορά του πληθυσμού μελέτης στο νησί της Κρήτης και β) το στοχευόμενο δείγμα πληθυσμού μελέτης.

Από τα 213 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού που πήραν μέρος στη μελέτη, 189 άτομα δεν πληρούσαν τα κριτήρια για τη συμμετοχή τους στην ομάδα παρέμβασης ή στην ομάδα ελέγχου και 24 άτομα τα πληρούσαν. Από τα 24 αυτά άτομα, το ένα (n=1) άτομο συνταξιοδοτήθηκε, άλλα τρία (n=3) άτομα δήλωσαν παραίτηση από τη εργασία τους και άλλα έξι (n=6) δήλωσαν ότι δεν επιθυμούν να πάρουν μέρος στην β' φάση της μελέτης (**Διάγραμμα 1**). Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 14 άτομα τα οποία κατανεμήθηκαν σε ομάδα παρέμβασης (n=7) και ομάδα ελέγχου (n=7).

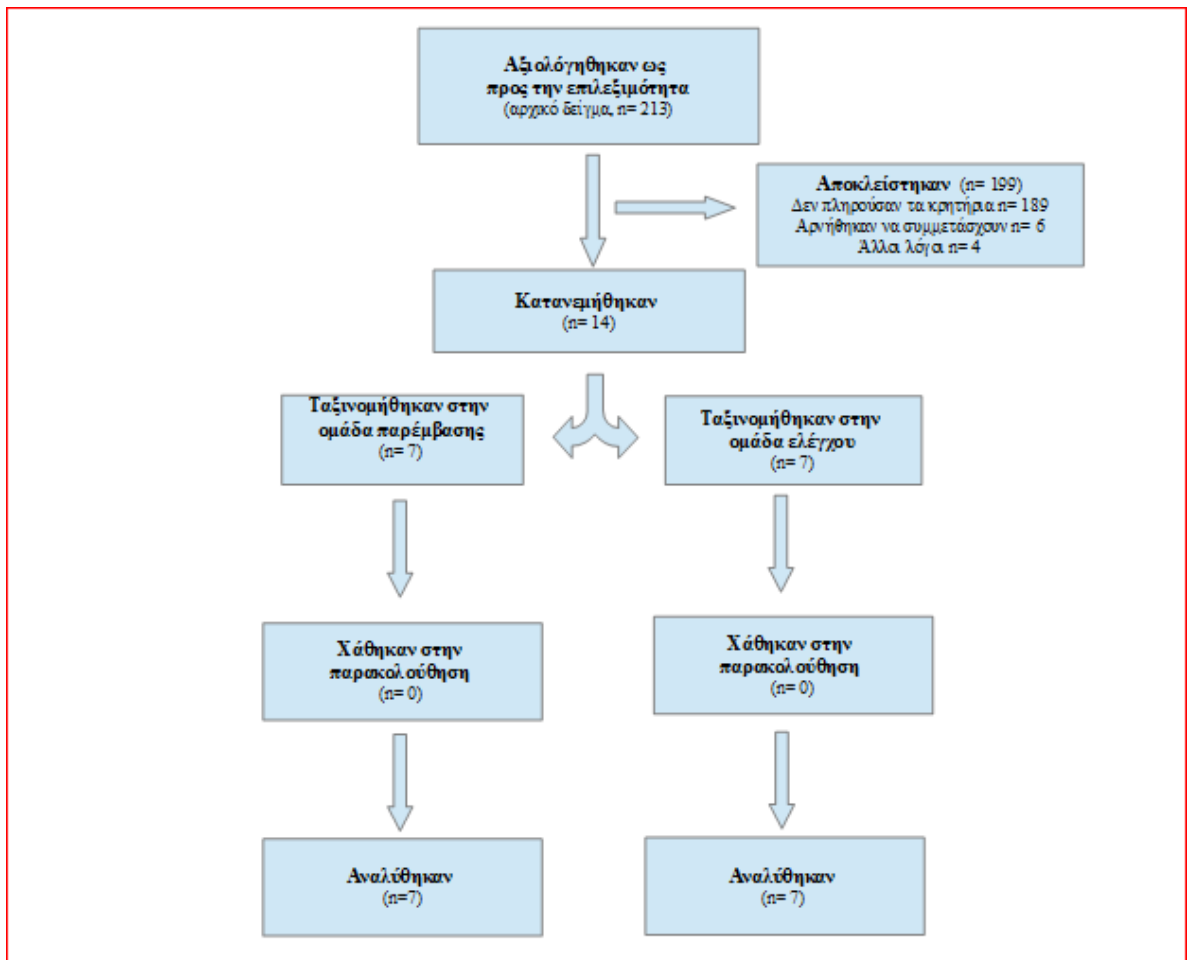
Χώρος μελέτης

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στην ευρύτερη περιοχή της Κρήτης. Περιελάμβανε τους εξής Νομούς: Ηρακλείου, Ρεθύμνου, Χανίων, Λασιθίου.

Για την εξασφάλιση του κριτηρίου της διασποράς του πληθυσμού μελέτης επιλέχθηκαν να συμμετέχουν συνολικά 21 δομές. Πιο συγκεκριμένα, για τη συμμετοχή νοσηλευτικού προσωπικού από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) επιλέχθηκαν 14 Κέντρα Υγείας από τους 4^{ns} νομούς της Κρήτης και 2 δομές Πρωτοβάθμιων Εθνικών Δικτύων Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) από το Ν. Ηρακλείου.

Επιπρόσθετα, για την εξασφάλιση του κριτηρίου της διασποράς του πληθυσμού μελέτης από νοσηλευτικό προσωπικό των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) επιλέχθηκαν και τα 4 Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) που λειτουργούν στα νοσοκομεία της Κρήτης, 2 Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών από το Ν. Ηρακλείου, 1 Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών από το Ν. Ρεθύμνου και 1 Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών από το Ν. Χανίων. Τέλος, για τη συλλογή δείγματος από νοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) επιλέχθηκαν και οι 11 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) που λειτουργούν στα νοσοκομεία της Κρήτης, 6 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας από το Ν. Ηρακλείου, 1 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας από το Ν. Ρεθύμνης, 3 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας από το Ν. Χανίων και 1 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας από το Ν. Λασιθίου.

Διάγραμμα 1: Διάγραμμα ροής των θυμάτων εργασιακής παρενόχλησης στην έρευνα



Εικόνα 1: Διασπορά του πληθυσμού μελέτης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Τα σηματάκια με το κόκκινο σταυρό υποδεικνύουν τις δομές «Κέντρα Υγείας» και τα σηματάκια με το μπλε σταυρό υποδεικνύει τις δομές Π.Ε.Δ.Υ. Συνολικά συμμετείχαν 14 Κέντρα Υγείας και 2 δομές Π.Ε.Δ.Υ. (1 κεντρικό κατάστημα και 1 τοπικό ιατρείο).



Εικόνα 2: Διασπορά του πληθυσμού μελέτης στα νοσοκομεία. Τα κόκκινα σηματάκια υποδεικνύουν τα νοσοκομεία. Συνολικά συμμετείχαν 5 νοσοκομεία (4 Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και 11 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας)



Δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.)

Σύμφωνα με τον Ν. 4486/2017 τεύχος Α ' (Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις) θεσπίστηκε ότι Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) θεωρείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι οποίες έχουν σαν βασικό σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την πρόληψη της νόσου, την προαγωγή της υγείας, τη θεραπεία, την διάγνωση και την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής.

Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. περιλαμβάνουν: τις παροχές υπηρεσίες υγείας για τις οποίες δεν απαιτείται εισαγωγή του ασθενούς σε νοσηλευτικό ίδρυμα, την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση οδηγιών και προγραμμάτων για την πρόληψη ασθενειών, την εφαρμογή εθνικών προγραμμάτων για προσυμπτωματικό έλεγχο για συγκεκριμένες παθήσεις με σκοπό την προαγωγή υγείας, τη διαχείριση ασθενών με χρόνιες παθήσεις, την αναπαραγωγική υγεία και τη φροντίδα μητέρας και παιδιού, την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση ασθενών με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια Φροντίδα, την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού, την παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας, την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας και τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και αντιμετώπισης των εξαρτήσεων, τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας, την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας, την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη, τη διασύνδεση με τις κοινωνικές υπηρεσίες, τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, τις υπηρεσίες Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, την κατ' οίκον νοσηλεία και την κατ' οίκον φροντίδα υγείας.

Κέντρα Υγείας

Σύμφωνα με τον Ν. 4486/2017 τεύχος Α ' (Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις), θεσπίστηκε ότι τα Κέντρα Υγείας είναι αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των Δ.Υ.Πε. και έχουν σκοπό την παροχή υπηρεσιών ιδίως ειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας για τους ασθενείς που είτε προσέρχονται αυτοβούλως στα Κέντρα Υγείας, είτε παραπέμπονται από τις λοιπές υπηρεσίες Π.Φ.Υ. των εκτάκτων και επειγόντων

περιστατικών, εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου, οδοντιατρικής φροντίδας ενηλίκων και παιδιών, φροντίδας μητέρας και παιδιού, φροντίδας παιδιών και εφήβων, εξειδικευμένης πρόληψης, φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και λογοθεραπείας, ιατρικής της εργασίας, κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας, προαγωγής υγείας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ύστερα από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε., μπορεί να προστίθενται και άλλες συναφείς αρμοδιότητες στα Κέντρα Υγείας, ανάλογα με τις πληθυσμιακές και υγειονομικές ανάγκες. Η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.). Σε κάθε δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα Κέντρο Υγείας.

Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.)

Το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις), εντάσσεται και λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) όλης της Χώρας όπως προβλέπεται στη διάταξη της παρ. 3 του άρθρου 2 του Ν.4238/2014 (Α'38). Τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δ.Υ.Πε. αποτελούν τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. Οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), πρώην πολυιατρεία ΙΚΑ, εντάσσονται στην οργανωτική δομή των Δ.Υ.Πε. ως αποκεντρωμένες μονάδες τους. Οι δομές του Π.Ε.Δ.Υ. λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση και όλες τις ημέρες της εβδομάδα.

Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.)

Σύμφωνα με την υπουργική απόφασης Υ4δ/Γ.Π.οικ. 22869 (ΦΕΚ 874/Β/20-03-2012) Οργάνωση, τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. θεσπίστηκε η υποχρέωση κάθε νοσοκομείου με δυναμικότητα εισαγωγής ασθενών πάνω από 300 κλίνες, καθώς και στο Νοσοκομείο με την μεγαλύτερη δυναμικότητα κάθε περιφερειακής ενότητας των περιφερειών να οργανώνεται και να λειτουργεί αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) για την αποτελεσματική παροχή νοσηλευτικής φροντίδας περιστατικών που χρήζουν επείγουσας αντιμετώπισης.

Το Τ.Ε.Π. λειτουργεί κατά τη διάρκεια όλης της ημέρας με κυλιόμενες 8ωρες βάρδιες του προσωπικού. Ειδικά για τα διασυνδεδεμένα Νοσοκομεία μπορεί με απόφαση

του Διοικητή να λειτουργεί σε ένα από αυτά τα νοσοκομεία το Τ.Ε.Π. και το άλλο ή τα άλλα να συνεπικουρούν σε νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.

Στο χώρο του Τ.Ε.Π. δημιουργείται χώρος διαλογής στον οποίο υποδέχονται τα περιστατικά που χρήζουν φροντίδας ειδικευμένοι ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό για την άμεση αντιμετώπιση περιστατικών Π.Φ.Υ. και ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης του τον κατευθύνουν στους χώρους του Τ.Ε.Π.. Οι απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή των ασθενών και υπερεπείγουσες καταστάσεις αντιμετωπίζονται άμεσα στην αίθουσα αναζωογόνησης. Τα περιστατικά με σοβαρά προβλήματα αλλά με σταθερή κατάσταση παρέχεται νοσηλευτική φροντίδα στους θαλάμους εξέτασης του Τ.Ε.Π. Ο ασθενής δεν μετακινείται σε άλλο τμήμα του νοσοκομείου, αλλά αντιμετωπίζεται στο χώρο του Τ.Ε.Π. και στη συνέχεια είτε του χορηγούνται ιατρικές οδηγίες για την θεραπευτική αγωγή και ενημερώνεται εάν χρήζει περαιτέρω παρακολούθηση από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, είτε εισάγετε σε θάλαμο που παρέχεται βραχεία νοσηλεία στο χώρο Τ.Ε.Π. για σύντομη παρακολούθηση και παραμονή μετά την οποία του παρέχονται ιατρικές οδηγίες και εξιτήριο ή του γίνεται εισαγωγή ανάλογα με την πάθηση του στο ανάλογο τμήμα του νοσοκομείου ή διακομίζεται σε άλλο νοσοκομείο κατόπιν συνεννόησης με τον προϊστάμενο του Τ.Ε.Π. ή τον υπεύθυνο εφημερίας του άλλου νοσοκομείου.

Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) παρέχουν εξατομικευμένη εντατική φροντίδα και νοσηλεία, σε ασθενείς με δυνητικά αναστρέψιμες βλάβες. Στη Μ.Ε.Θ. οι κρίσιμες καταστάσεις συνήθως είναι: οι λοιμώξεις της εντατικής, η αναπνευστική ανεπάρκεια, τα εμφράγματα, το κώμα, οι πνευμονίες, η σηψαιμία, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, οι δηλητηριάσεις, οι επιπλοκές κύψεων, νευρολογικά περιστατικά, μετεγχειρητικές επιπλοκές, οι μυασθένειες και γενικά όλες οι περιπτώσεις που απειλείται η ζωή.

Έτσι στις Μ.Ε.Θ. υπάγονται όλες οι Ειδικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, όπου είναι τμήματα τα οποία μπορούν να διαχειριστούν ειδικές περιπτώσεις περιστατικών και ασθενών, όπως Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (Μ.Α.Φ.), Στεφανιαίες Μονάδες, Μονάδες Μεταμοσχεύσεων, Πνευμονολογικές Μονάδες, Μονάδες Παιδών, Κινητή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Μονάδες, Μονάδες Εγκαυμάτων, Καρδιοχειρουργικές Μονάδες, Μονάδες Μεταναισθητικής Φροντίδας, Αναπνευστικές Μονάδες, Πολυδύναμη

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Μονάδες Νεογνών, Νεφρολογικές – Νευροχειρουργικές. Τα εξειδικευμένα αυτά τμήματα είναι απαραίτητα εξ αιτίας της ιδιαιτερότητάς τους ή εξαιτίας της ανάγκης να απομονωθούν οι ασθενείς (Παπακωνσταντίνου, 2005)

Πίνακας 3. Δομές που συμμετείχαν στην μελέτη

Περιοχή	Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Π.Φ.Υ.)	Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)	Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.)
Νομός Ηρακλείου	<ul style="list-style-type: none"> ○ Κέντρο Υγείας Αγίας Βαρβάρας ○ Κέντρο Υγείας Αρκαλοχωρίου ○ Κέντρο Υγείας Χάρακα ○ Κέντρο Υγείας Βιάννου ○ Κέντρο Υγείας Καστελλίου Πεδιάδος ○ Κέντρο Υγείας Μοιρών ○ Π.Ε.Δ.Υ. Ηρακλείου ○ Π.Ε.Δ.Υ. Τοπικό ιατρείο Αλικαρνασσού 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Μ.Ε.Θ. Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο Πανάνειο» ○ Μ.Ε.Θ. Νεογνών Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο Πανάνειο» ○ Μ.Ε.Θ. Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ηρακλείου ○ Μ.Ε.Θ. Νεογνών Πανεπιστημιακό Γ. Ν. Ηρακλείου ○ Στεφαναία Μονάδα Πανεπιστημιακό Γ. Ν. Ηρακλείου ○ Μ.Ε.Θ. Παίδων Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ηρακλείου 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Τ.Ε.Π. Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο Πανάνειο» ○ Τ.Ε.Π. Πανεπιστημιακό Γ. Ν. Ηρακλείου
Νομός Ρεθύμνου	<ul style="list-style-type: none"> ○ Κέντρο Υγείας Ανωγείων ○ Κέντρο Υγείας Αγίας Φωτεινής ○ Κέντρο Υγείας Σπιλίου ○ Κέντρο Υγείας Παράματος 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Μ.Ε.Θ. Γ.Ν. Ρεθύμνου 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Τ.Ε.Π. Γ.Ν. Ρεθύμνου
Νομός Χανίων	<ul style="list-style-type: none"> ○ Κέντρο Υγείας Βάμου ○ Κέντρο Υγείας Κισσάμου ○ Κέντρο Υγείας Κανδάνου 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Μ.Ε.Θ. Γ.Ν. Χανίων ○ Μ.Ε.Θ. Νεογνών Γ.Ν. Χανίων ○ Στεφαναία Μονάδα Γ.Ν. Χανίων 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Τ.Ε.Π. Γ.Ν. Χανίων
Νομός Λασιθίου	<ul style="list-style-type: none"> ○ Κέντρο Υγείας Τζερμιάδου 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Μ.Ε.Θ. Γ.Ν. Αγίου Νικολάου 	

Κριτήρια επιλογής

Τα κριτήρια επιλογής για τον πληθυσμό της μελέτης ήταν:

- Νοσηλευτικό προσωπικό, οποιασδήποτε εκπαιδευτικής βαθμίδας με οποιαδήποτε σχέση εργασίας.
- Νοσηλευτικό προσωπικό από όλες τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και τις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Κρήτης
- Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Π.Ε.Δ.Υ. ενταγμένα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και με το ίδιο σύστημα εφημεριών έτσι ώστε να διασφαλιζόταν η ομοιογένεια του πληθυσμού μελέτης.
- Γραπτή συγκατάθεση του νοσηλευτικού προσωπικού για τη συμμετοχή του στη μελέτη.

Τα κριτήρια ένταξης για την ομάδα παρέμβασης και την ομάδα ελέγχου περιελάμβαναν:

- Τη συμμετοχή στην ομαδική παρέμβαση νοσηλευτικού προσωπικού το οποίο εντοπίστηκε στις μεσαίες κλίμακες (ήπια έως μέτρια σοβαρότητα) άγχους.
- Άτομα τα οποία υπήρξαν θύματα εργασιακής παρενόχλησης με βάση τον ορισμό του Leymann που ορίζει το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης ως «την έκθεση του εργαζομένου σε έστω και μία συμπεριφορά ηθικής παρενόχλησης τουλάχιστον για μία φορά την εβδομάδα τους τελευταίους 12 μήνες και για έξι μήνες ή περισσότερο».

Κριτήρια αποκλεισμού

Τα κριτήρια αποκλεισμού για το συνολικό πληθυσμό της μελέτης περιελάμβαναν:

- Σπουδαστές ή φοιτητές Νοσηλευτικής οποιασδήποτε εκπαιδευτικής βαθμίδας.

Τα κριτήρια αποκλεισμού για την ομάδα παρέμβασης και την ομάδα ελέγχου περιελάμβαναν:

- Νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο δεν εντοπίστηκε να είναι με βάση τον ορισμό του Leymann θύμα εργασιακής παρενόχλησης.
- Νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο εντοπίστηκε με σοβαρό βαθμό άγχους.
- Νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο συνταξιοδοτήθηκε ή δήλωσε παραίτηση πριν ή κατά τη διάρκεια της παρέμβασης με Ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης.

Ανάλυση μελέτης

Συλλογή δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν σταθμισμένα ερωτηματολόγια. Επιπλέον, ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις ανοικτού και κλειστού τύπου χρησιμοποιήθηκε για την καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων. Η διανομή όλων των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από τη κύρια ερευνήτρια αφού γινόταν λεπτομερής επεξήγηση όπου ζητήθηκαν διευκρινίσεις.

- ***Το ερωτηματολόγιο των γενικών πληροφοριών***, το οποίο περιλαμβάνει δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού το οποίο έχει κατασκευαστεί από την ερευνήτρια.

- ***Η Κλίμακα Άγχους του Spielberger***

Η κλίμακα άγχους του Spielberger (STAI) είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε ερευνητικό επίπεδο και σε κλινική πρακτική. Η δημιουργία του STAI ξεκίνησε το 1964 από τους C.D. Spielberger και R.L. Gorsuch και η μορφή STAI X εκδόθηκε το 1970 (Spielberger et al., 1970). Βάσει των συσσωρευμένων γνώσεων που αποκτήθηκαν από την εκτενή έρευνα αναφορικά με το STAI, το 1979 ξεκίνησε η αναθεώρηση της κλίμακας και τελικά το 1985 εκδόθηκε η μορφή STAI Y (Fountoulakis et al., 2006).

Η κλίμακα άγχους του Spielberger (Spielberger, 1983) αποτελείται από 40 διαπιστώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε 2 υποκλίμακες: α) τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (δηλ. παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης) και β) τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα (δηλ. ιδιοσυγκρασιακό άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο, στη βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert (1-2-3-4). Αντίστροφα βαθμολογούνται οι ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 20, 21, 26, 27, 33, 36 και 39.

Η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα είναι 43, 21, για τη δεύτερη υποκλίμακα 42,79 και για τη συνολική κλίμακα 86,01. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται προέρχονται από τη δεύτερη στάθμιση της κλίμακας (Αναγνωστοπούλου, 2002). Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα

εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Λιάκος & Γιαννίτση, 1984; Αναγνωστοπούλου, 2002).

ο ***Η Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Άγχους Hamilton***

Η κλίμακα Hamilton επιτρέπει την αξιολόγηση, συνολικά, του επιπέδου άγχους, αλλά και της έντασης των επιμέρους συμπτωμάτων άγχους. Πρόκειται για ένα εύχρηστο και αξιόπιστο εργαλείο, καθώς έχει εφαρμοστεί στο παρελθόν σε πληθυσμό Ελλήνων νοσηλευτών με ικανοποιητικά μετρικά χαρακτηριστικά (Καρανικόλα κ.ά., 2008). Η κλίμακα περιλαμβάνει 14 καταγραφές ψυχικών και σωματικών εκδηλώσεων του άγχους, οι οποίες, αν αθροιστούν, παρέχουν μια συνολική τιμή που αντιστοιχεί στο συνολικό επίπεδο άγχους.

Η κλίμακα αποτελείται από 14 δηλώσεις, οι οποίες καθορίζονται από μια σειρά από συμπτώματα και μετρούν το ψυχολογικό άγχος και το σωματικό άγχος. Οι 14 επιμέρους διαστάσεις της κλίμακας είναι: αγχώδης διάθεση, υπερένταση, φοβίες, διαταραχές ύπνου, γνωστικές διαταραχές, καταθλιπτική διάθεση, καθώς και συμπτώματα από το νευρομυϊκό σύστημα, το αισθητηριακό σύστημα, το καρδιαγγειακό σύστημα, το αναπνευστικό σύστημα, το γαστρεντερικό σύστημα, το ουρογεννητικό σύστημα και το ΑΝΣ. Η αξιολόγηση της έντασης των συμπτωμάτων γίνεται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα (0-1-2-3-4), όπου το 0 αντιστοιχεί στην απουσία συμπτώματος και το 4 στην παρουσία πάρα πολύ έντονου συμπτώματος. Η ταξινόμηση της έντασης των συμπτωμάτων αντιστοιχεί σε καμιά, ήπια, μέτρια, σοβαρή, πολύ σοβαρή διαταραχή, όπου το σημείο 2 θεωρείται ως οριακό, ώστε οι τιμές υψηλότερες από αυτό να ερμηνεύονται ως σοβαρή και πολύ σοβαρή διαταραχή. Συνολική βαθμολογία 0-56, όπου <17 υποδηλώνει ήπια σοβαρότητα, 18-24 ήπια έως μέτρια σοβαρότητα και 25-30 μέτρια σε σοβαρή (Hamilton, 1959).

ο ***Ερωτηματολόγιο LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terror)***

Ο Σουηδός ψυχολόγος και καθηγητής πανεπιστημίου Heinz Leymann ανέπτυξε το ερωτηματολόγιο LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terror) το 1990. Το ερωτηματολόγιο απαριθμεί 45 δράσεις εργασιακής παρενόχλησης (ηθικής παρενόχλησης) στο χώρο εργασίας. Ένα άτομο θεωρείται ότι υπόκειται σε ηθική παρενόχληση εάν μία ή περισσότερες από τις 45 δράσεις συμβαίνουν τουλάχιστον μία φορά ανά εβδομάδα για μια περίοδο τουλάχιστον ενός έτους. Οι 45 συμπεριφορές παρενόχλησης προέρχονται από 300 προσωπικές συνεντεύξεις που διεξήγαγε ο Leymann στα χρόνια του 1981 έως το 1984.

Σύμφωνα με την τυπολογία του Leymann οι 45 χαρακτηριστικές συμπεριφορές «εργασιακής παρενόχλησης» οι οποίες κατηγοριοποιούνται σε 5 ομάδες:

- 1) παρεμπόδιση έκφρασης και επικοινωνίας,
- 2) επιθέσεις στις κοινωνικές σχέσεις,
- 3) επιθέσεις στη φήμη,
- 4) επιθέσεις στην ποιότητα ζωής και στην επαγγελματική θέση,
- 5) επιθέσεις στην υγεία του ατόμου.

Κάθε ερώτηση αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο τύπο ψυχολογικής παρενόχλησης, για την οποία ζητείται να καταγραφεί πόσο συχνά παρουσιάζεται τους τελευταίους 6 μήνες. Όλες αυτές οι συμπεριφορές δεν παρουσιάζονται σε όλες τις περιπτώσεις. Οι προσδιορισμένες συμπεριφορές που ορίζονται από το Leymann έχουν ως εξής (Σπυριδάκης, 2009) :

Δραστηριότητες σχετικά με τις δυνατότητες του ατόμου/ θύματος που υφίσταται εργασιακή παρενόχληση να επικοινωνήσει επαρκώς:

- 1) Ο θύτης δεν δίνει την ευκαιρία στο θύμα να επικοινωνήσει
- 2) Το θύμα φιμώνεται ή διακόπτεται συνεχώς.
- 3) Συνάδελφοι αποτρέπουν το θύμα να επικοινωνήσει
- 4) Συνάδελφοι ουρλιάζουν και φωνάζουν στο θύμα.
- 5) Το θύμα υφίσταται λεκτικές επιθέσεις σχετικά με τις εργασίες που του αναθέτονται
- 6) Το θύμα υφίσταται λεκτικές επιθέσεις που αφορούν στην προσωπική του ζωή.
- 7) Το θύμα τρομοκρατείται μέσω τηλεφωνικών απειλών.
- 8) Το θύμα υφίσταται λεκτικές απειλές.
- 9) Το θύμα υποφέρει από γραπτές απειλές.
- 10) Άτομα στην εργασία αρνούνται να έρθουν σε οποιαδήποτε επαφή με το θύμα.
- 11) Η παρουσία του θύματος αγνοείται από τους άλλους.

Δραστηριότητες σχετικά με τις δυνατότητες του θύματος να διατηρήσει κοινωνικές επαφές:

- 1) Ο επιτιθέμενος δεν μιλάει στο θύμα.
- 2) Δεν επιτρέπεται στο θύμα να μιλήσει με τον επιτιθέμενο.
- 3) Το θύμα είναι απομονωμένο σε ένα δωμάτιο μακριά από τους άλλους.
- 4) Απαγορεύεται σε συνάδελφους να μιλήσουν με το θύμα.
- 5) Αρνούνται τη φυσική παρουσία του θύματος.

Δραστηριότητες για τις δυνατότητες του θύματος να διατηρήσει την προσωπική του φήμη:

- 1) Το θύμα υπόκειται σε συκοφαντίες και ψέματα στο χώρο εργασίας του.
- 2) Κουτσομπολιό για το θύμα.
- 3) Γελοιοποίηση του θύματος.
- 4) Το θύμα λένε ότι έχει κάποια ψυχική ασθένεια.
- 5) Ο επιτιθέμενος εισηγείται στο θύμα να περάσει από ψυχιατρικές εξετάσεις.
- 6) Το θύμα θεωρείται ότι είναι άρρωστος.
- 7) Μιμούνται τη φωνή, τις χειρονομίες και τον τρόπο που κινείται το θύμα.
- 8) Το θύμα υφίσταται λεκτικές επιθέσεις σχετικά με τις πολιτικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις του.
- 9) Άτομα στην εργασία κοροϊδεύουν την προσωπική ζωή του θύματος.
- 10) Άτομα στην εργασία κοροϊδεύουν το θύμα για την καταγωγή ή την εθνικότητα του
- 11) Το θύμα είναι αναγκασμένο να κάνει ταπεινωτικές εργασίες.
- 12) Το θύμα κατευθύνεται και η απόδοσης εργασίας του παρακολουθείται από άτομα με κακές προθέσεις.
- 13) Οι αποφάσεις του θύματος αμφισβητούνται.
- 14) Το θύμα διασύρεται με άσεμνο ή ταπεινωτικό τρόπο.
- 15) Το θύμα παρενοχλείται σεξουαλικά.

Δραστηριότητες σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση του θύματος:

- 1) Στο θύμα δεν ανατίθεται καμία εργασία.
- 2) Αφαιρούνται καθήκοντα από το άτομο ώστε να μην μπορεί να έχει στοχοθεσία.
- 3) Στο θύμα ανατίθενται καθήκοντα χωρίς νόημα.
- 4) Στο θύμα ανατίθενται καθήκοντα πολύ πιο κάτω από τις δυνατότητες του.
- 5) Στο θύμα ανατίθενται διαρκώς καινούργια καθήκοντα.
- 6) Στο θύμα ανατίθενται ταπεινωτικά καθήκοντα.
- 7) Στο θύμα ανατίθενται καθήκοντα πολύ πιο πάνω από τις δυνατότητες του.

Δραστηριότητες για τη σωματική υγεία του θύματος:

- 1) Στο θύμα ανατίθενται επικίνδυνα καθήκοντα.
- 2) Το θύμα απειλείται σωματικά.
- 3) Εφαρμογή έμμεσης πίεσης ώστε το εμπλεκόμενο άτομο να «πάρει ένα μάθημα»

- 4) Επιτίθενται στο θύμα με σοβαρές συνέπειες για την υγεία του.
- 5) Εσκεμμένα αναγκάζουν το θύμα να δαπανήσει μεγάλα χρηματικά ποσά.
- 6) Συμβαίνουν ατυχήματα στο χώρο εργασίας ή στο σπίτι του θύματος.
- 7) Το θύμα υφίσταται σεξουαλικά επίθεση.

Για τη μετάφραση του ερωτηματολογίου στα ελληνικά ζητήθηκε αρχικά η άδεια από τη Niedhammer που κατασκεύασε τη γαλλική έκδοση του ερωτηματολογίου. Η διαδικασία μετάφρασης στα ελληνικά έγινε σύμφωνα με τη διαδικασία που προτείνεται από την “Trust Scientific Advisory Committee” (2002), (Theodora Zachariadou et al., 2017). Σύμφωνα με τις οδηγίες αυτές το γαλλικό ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα ελληνικά (forward translation) ξεχωριστά από δύο διαφορετικά άτομα σχετικά με το θέμα χωρίς να γνωρίζουν το αποτέλεσμα μεταξύ τους.

Ακολούθησε η σύγκριση των δύο μεταφράσεων με τη συμμετοχή τρίτου ατόμου ειδικού σε αυτή τη διαδικασία από όπου προέκυψε η πρώτη έκδοση του ερωτηματολογίου στα ελληνικά (1st reconciliation version). Στη συνέχεια μεταφράστηκε στα γαλλικά από δίγλωσσο άτομο με μητρική γλώσσα τα γαλλικά (back translation) χωρίς να γνωρίζει την αρχική έκδοση του γαλλικού ερωτηματολογίου. Ακολούθως, ενσωματώθηκαν τα σχόλια από τη γαλλική μετάφραση στο ελληνικό ερωτηματολόγιο και προέκυψε η δεύτερη έκδοση του (2nd reconciliation version). Για τη διαπολιτισμική προσαρμογή (cultural adaptation) χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο σε τυχαίο πληθυσμό μελέτης 10 νοσηλευτών οι οποίοι ερωτήθηκαν για το πόσο κατανοητή ήταν κάθε ερώτηση ξεχωριστά και στο σύνολο του το ερωτηματολόγιο και αν προτιμούσαν να αλλαχθεί κάποια ερώτηση ή φράση για να γίνει πιο κατανοητή (cognitive briefing interview). Δεν προέκυψε οποιαδήποτε σύσταση για αλλαγή φράσεων ή προτάσεων και έτσι ακολούθησε πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου.

Ο βαθμός αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων μετρήθηκε με το συντελεστή Pearson r , ο οποίος προκύπτει από τη συσχέτιση των δύο βαθμολογιών (scores) που προέρχονται από τις δύο μετρήσεις (Αλετράς, 2009). Η τιμή του συντελεστή συσχέτισης r , υπολογίστηκε στο 0,982, τιμή που θεωρείται εξαιρετική. Η μέτρηση της εσωτερικής συνοχής γίνεται συνήθως με το συντελεστή Cronbach's alpha. Το όριο για το χαρακτηρισμό μιας κλίμακας ως αξιόπιστης είναι η τιμή του συντελεστή Cronbach $\alpha > 0.70$ (Αλετράς, 2009). Για το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο ο συντελεστής Cronbach α βρέθηκε 0,87 ο οποίος κρίνεται πολύ ικανοποιητικός.

ο *Διαπολιτισμικό Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης για ενήλικες του James Battle*

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο περιλαμβάνει (χωρίς την κλίμακα ψεύδους) 32 δηλώσεις. Οι δηλώσεις αυτές επιδιώκουν να μετρήσουν τη γενική, την προσωπική και την κοινωνική αντίληψη για τον εαυτό (self-perception), και χωρίζονται σε δύο ομάδες: εκείνες που δείχνουν υψηλή και εκείνες που δείχνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η κάθε ερώτηση απαντάται είτε με «ναι» (αν περιγράφει πώς ο ερωτώμενος αισθάνεται συνήθως) είτε με «όχι» (αν δεν περιγράφει πώς αισθάνεται συνήθως). Περιλαμβάνονται τρεις υποκλίμακες αυτοεκτίμησης: γενική (16 δηλώσεις), κοινωνική (8 δηλώσεις) και προσωπική (8 δηλώσεις). Υπάρχει επίσης μία κλίμακα ψεύδους (8 δηλώσεις) (Σταλίκας και συν., 2002).

Η προσαρμογή βασίστηκε σε πληθυσμό μελέτης 127 γυναικών με μέση ηλικία τα 38,5 έτη. Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις (σε παρένθεση) ήταν, αντίστοιχα, 21,90 (4,22) για τη συνολική αυτοεκτίμηση, 12,00 (2,87) για τη γενική αυτοεκτίμηση, 6,86 (0,97) για την κοινωνική αυτοεκτίμηση, 2,94 (1,62) για την προσωπική αυτοεκτίμηση και 4,26 για την κλίμακα ψεύδους. Μετρήθηκε επίσης η αυτοεκτίμηση 50 μητέρων (μέση ηλικία τα 40,4 έτη) που είχαν ένα νοητικά καθυστερημένο παιδί. Τα αντίστοιχα με το παραπάνω δείγμα στοιχεία ήταν: συνολική αυτοεκτίμηση 18,04 (5,47), γενική 9,72 (3,57), κοινωνική 5,78 (1,54) και προσωπική 2,60 (1,83).

Οι απαντήσεις που δείχνουν υψηλή αυτοεκτίμηση βαθμολογούνται με 1 και εκείνες που δείχνουν χαμηλή με 0. Υψηλή αυτοεκτίμηση δείχνουν οι ερωτήσεις που απαντώνται με «ναι» και είναι οι: 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 15, 21, 31, 35, 37, καθώς και οι ερωτήσεις που απαντώνται με «όχι» και είναι: 1, 5, 12, 13, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 34, 36, 39, 40. Το μέγιστο πιθανό σύνολο αυτοεκτίμησης είναι 32 (εξαιρείται η κλίμακα ψεύδους). Οι 30 βαθμοί και άνω δηλώνουν πολύ υψηλή αυτοεκτίμηση. Οι 27 – 29 βαθμοί δηλώνουν υψηλή αυτοεκτίμηση, οι 20 – 26 βαθμοί δηλώνουν μέτρια αυτοεκτίμηση, οι 15 – 19 βαθμοί δηλώνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και οι 14 βαθμοί και κάτω δηλώνουν πολύ χαμηλή αυτοεκτίμηση. Σε ότι αφορά τις υποκλίμακες, οι δηλώσεις 2, 3, 6, 8, 11, 13, 18, 20, 23, 25, 26, 28, 30, 32, 37, 39 μετρούν τη γενική αυτοεκτίμηση, οι 1, 5, 7, 10, 16, 21, 31, 35 μετρούν την κοινωνική αυτοεκτίμηση και οι 12, 15, 17, 22, 27, 34, 36, 40 μετρούν την προσωπική αυτοεκτίμηση.

Ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's α της συνολικής κλίμακας και των τριών υποκλιμάκων κυμαίνεται από 0,50 έως 0,79. Οι συσχετίσεις (Pearson r) ανάμεσα στη συνολική αυτοεκτίμηση και στις υποκλίμακες κυμαίνονται μεταξύ 0,59 και 0,92 (Σταλίκας κ.ά., 2002).

Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Η ερευνήτρια υπέβαλλε το ερευνητικό πρωτόκολλο για εξασφάλιση των απαιτούμενων γραπτών αδειών από τις επιτροπές έρευνας, ηθικής και δεοντολογίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ), του Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου «Βενιζέλειο Πανάειο», του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος», του Γενικού Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου, του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνου και της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης (Υ.Π.Ε.). Οι εγκρίσεις από τους παραπάνω φορείς δόθηκαν με την προϋπόθεση η οποία και πραγματοποιήθηκε ότι θα προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της μελέτης στη Διοίκηση της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης (Υ.Π.Ε.).

Τρεις είναι οι αρχές που θεσπίστηκαν, οι οποίες καθορίζουν τους ηθικούς άξονες πάνω στους οποίους βασίστηκε και σχεδιάστηκε η παρούσα μελέτη. Η αρχή του οφέλους και μη βλάβης, η αρχή του σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και η αρχή της δικαιοσύνης (Σαχίνη, 1997). Επίσης η παρούσα διδακτορική έρευνα στηρίχθηκε στο σεβασμό των ακόλουθων δικαιωμάτων των συμμετεχόντων σε αυτήν, ήτοι:

α. Δικαίωμα να μην υποστούν βλάβη. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε χωρίς την άσκηση πίεσης στο νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης, ο χρόνος που απαιτήθηκε για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν μικρός ώστε να μην παρακωλυθεί το έργο του προσωπικού και οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο δεν προσέβαλλαν την προσωπικότητα του (Σαχίνη 1997).

β. Δικαίωμα για πλήρη διαφάνεια. *«Η αρχή σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια περιλαμβάνει το δικαίωμα των ατόμων να λάβουν εκούσιες αποφάσεις μετά από ακριβή πληροφόρηση για τη συμμετοχή τους σε μια μελέτη»* (Σαχίνη 1997). Στην παρούσα μελέτη, πριν τη συμμετοχή του νοσηλευτικό προσωπικού ενημερώθηκε για το σκοπό της, τη μέθοδο και τη διαδικασία συλλογής πληροφοριών. Επιπλέον, ενημερώθηκε για τον τρόπο με τον οποίο τα αποτελέσματα της μελέτης θα αξιοποιηθούν και για τα οφέλη που θα μπορούσαν να προκύψουν από αυτή. Επιπλέον, του δόθηκε η δυνατότητα εάν το επιθυμούσε να μη συμμετάσχει στη μελέτη και ενημερώθηκε για την ταυτότητα μας (συνεργαζόμενα Πανεπιστήμια, ονόματα και ιδιότητα επιβλεπόντων καθηγητών, όνομα, ιδιότητα, e-mail και κινητό τηλέφωνο του υποψήφιου διδάκτορα) σε περίπτωση ανάγκης για παροχή οποιαδήποτε διευκρίνισης.

γ. Δικαίωμα αυτοαπόφασης. Στην παρούσα μελέτη αφού δόθηκαν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για την έρευνα στους συμμετέχοντες μπορούσαν να

αποφασίσουν, σύμφωνα με τη στη δική τους κρίση, εάν θα ελάμβαναν μέρος σε αυτή ή όχι.

δ. Δικαίωμα για ιδιωτικότητα, ανωνυμία και εμπιστευτικότητα. «*Η ιδιωτικότητα καθιστά ικανό ένα άτομο να συμπεριφέρεται χωρίς παρεμβάσεις και χωρίς την πιθανότητα ότι η ιδιωτική συμπεριφορά ή οι σκέψεις του μπορεί να χρησιμοποιηθούν αργότερα για να εμβάλλουν σε αμηχανία ή να το μειώσουν*» (Σαχίνη, 1997). Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν γραπτώς αλλά και προφορικώς ότι η συμμετοχή τους είναι οικειοθελής και προαιρετική και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινότανε ανώνυμα, διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο το απόρρητο των δεδομένων τους. Τα ερωτηματολόγια κωδικοποιήθηκαν με ένα προσωπικό κωδικό χωρίς να γίνεται αναφορά στα ονόματα των υποκειμένων, ώστε να διασφαλιστεί ότι το ίδιο ακριβώς άτομα θα απαντούσαν το ερωτηματολόγιο και τις δύο φάσεις της μελέτης και παράλληλα θα διασφαλιζότανε η ανωνυμία τους. Τον κωδικό αυτό οι συμμετέχοντες θα χρησιμοποιούσαν κατά τη διάρκεια όλης της έρευνας ο οποίος θα σχηματιζότανε από: τα πρώτα 2 γράμματα του μικρού τους ονόματος, τα τελευταία 3 ψηφία του κινητού τους τηλεφώνου, τα τελευταία 3 γράμματα του επώνυμου τους και το νούμερο της διεύθυνσης του. Επίσης, οι συμμετέχοντες θα έπρεπε να αναφέρουν μια ηλεκτρονική διεύθυνση e-mail η οποία δεν θα έπρεπε να σχηματίζεται από το ονοματεπώνυμο τους για τη συμμετοχή τους στη Β' φάση της μελέτης (ομάδα παρέμβασης, ΟΠ) καθώς το πραγματικό τους όνομα δεν πρέπει να αναγράφεται πουθενά. Η ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης (ομάδα παρέμβασης, ΟΠ) πραγματοποιήθηκε χωρίς να γίνεται προβολή των προσώπων των θεραπευόμενων παρά μόνο του Ψυχολόγου, καθώς αυτός ο τρόπος υποστήριξης προσφέρει υψηλό βαθμό ανωνυμίας. Επίσης, ο κάθε θεραπευόμενος είχε ένα ψευδώνυμο το οποίο διάλεγε ο ίδιος. Όλα τα μέλη της ομάδας θα έπρεπε να παραμένουν ανώνυμα, τόσο δημόσια όσο και στις μεταξύ τους σχέσεις. Με αυτό τρόπο διασφάλισης της ανωνυμίας των υποκειμένων της μελέτης θα μπορούσαμε να τα ονομάσουμε τα άτομα αυτά Ανώνυμα Θύματα Εργασιακής Παρενόχλησης (ΑΘΕΠ) όπως στην περίπτωση των Ανώνυμων Αλκοολικών (ΑΑ). Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια παραδίδονται και παραμένουν στην ερευνήτρια και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για το σκοπό της συγκεκριμένης μελέτης. Γραπτή συγκατάθεση δινόταν από όλους τους συμμετέχοντες για να πάρουν μέρος και στις δύο φάσεις της μελέτης (**βλ. Παράρτημα 3**).

Άδεια χρήσης ερωτηματολογίων

Για την αξιολόγηση του άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό, στις 14.06.2017 έλαβε η ερευνήτρια σχετικό e-mail από την Κλινική Ψυχολόγο κα Τάνια Αναγνωστοπούλου για την άδεια χρήσης του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου **the State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger et al., 1970)**, μετά από γραπτό αίτημα που είχε υποβάλει για την άδεια χρήσης του **(βλ. Παράρτημα 2)**, (Αναγνωστοπούλου, προσωπική επικοινωνία, Ιούνιος 14, 2017).

Επιπρόσθετα, για την αξιολόγηση του άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό με την **κλίμακα Hamilton**, το ερωτηματολόγιο δεν χρειαζόταν σχετική άδεια καθότι είναι public domain.

Για την αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης του νοσηλευτικού προσωπικού της παρούσας μελέτης, στις 20.03.2017 έλαβε η ερευνήτρια σχετικό e-mail από την Ψυχολόγο Δρ. Έφη Αργυρακούλη, για την άδεια χρήσης του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου **Διαπολιτισμικό Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης για τους Ενήλικες (βλ. Παράρτημα 2)**, (Αργυρακούλη, προσωπική επικοινωνία, Μάρτιος 14, 2017). Επιπλέον, για το ίδιο ερωτηματολόγιο πάρθηκε άδεια από τον Dr. James Battle με το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στις 01.03.2017 **(βλ. Παράρτημα 2)**, (James Batle, προσωπική επικοινωνία, Μάρτιος 1, 2017).

Για την εκτίμηση της ύπαρξης εργασιακής παρενόχλησης του νοσηλευτικού προσωπικού, στις 16.03.2017 έλαβε η ερευνήτρια e-mail για την άδεια χρήσης του από την κ. Ζαχαριάδου Θεοδώρα Γενική Ιατρό – Διευθύντρια στο Κέντρο Υγείας Έγκωμης, μετά από σχετική ενημέρωση που είχε και ο Δρ. Ανδρέας Παυλάκης Αναπληρωτής Καθηγητής του Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου, καθότι από κοινού μετέφρασαν και στάθμισαν το ερωτηματολόγιο **Leymann Inventory of Psychological Terror” (LIPT)**, (Zachariadou et al., 2017), **(βλ. Παράρτημα 2)**, (Ζαχαριάδου, προσωπική επικοινωνία, Μάρτιος 16, 2017). Επιπλέον, για το ίδιο ερωτηματολόγιο ζητήθηκε άδεια από την Dr. Isabelle Niedhammer (Director at the French National Institute for Health and Medical Research (INSERM) με το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στις 13.03.2017 **(βλ. Παράρτημα 2)**, (Niedhammer, προσωπική επικοινωνία, Μάρτιος 13, 2017).

Στατιστική ανάλυση

Αναφορικά με την αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και την εγκυρότητα των ερευνητικών εργαλείων η οποία και εξετάστηκε για κάθε κλίμακα και υποκλίμακα (Κλίμακα Spielberg, Κλίμακα Hamilton, Κλίμακα αυτοεκτίμησης του Battle και LIPT) έγινε χρήση του δείκτη Cronbach's alpha, όπου σε περίπτωση δυαδικών απαντήσεων, ονομάζεται δείκτης Kuder-Richardson (Cronbach, 1951). Αξιολογείται η ομοιογένεια των ερωτήσεων της κλίμακας. Υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας σημαίνει υψηλή συνέπεια των απαντήσεων των συμμετεχόντων στα στοιχεία ενός ερωτηματολογίου, άρα οι συμμετέχοντες απαντούν με παρόμοιο τρόπο στις ερωτήσεις. Τιμές του συντελεστή που είναι μεγαλύτερες του 0.70 είναι επιθυμητές. Τιμές μεγαλύτερες του 0.80 θεωρούνται πολύ καλές και τιμές που είναι μεγαλύτερες του 0.90 είναι άριστες.

Αναφορικά με την αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας η οποία και εξετάστηκε για κάθε κλίμακα και υποκλίμακα (Κλίμακα Spielberg, Κλίμακα Hamilton, Κλίμακα αυτοεκτίμησης του Battle και LIPT) έγινε χρήση του δείκτη Cronbach's alpha, όπου σε περίπτωση δυαδικών απαντήσεων, ονομάζεται δείκτης Kuder-Richardson (Cronbach, 1951).

Αναφορικά με τη στατιστική ανάλυση που ακολουθεί, οι ποσοτικές μεταβλητές αναφέρονται με βάση τη μέση τους τιμή \pm τυπική απόκλιση (mean \pm sd) καθώς και με τις διάμεση τιμή (median) και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR), ενώ για τις ποιοτικές έχουμε τις αντίστοιχες συχνότητες και τα ποσοστά. Στην περίπτωση που δεν ικανοποιείται η υπόθεση της κανονικότητας για τις ποσοτικές μεταβλητές, βάσει των κατάλληλων στατιστικών ή/και γραφικών ελέγχων, τότε συνίσταται να γίνεται χρήση της διαμέσου και του ενδοτεταρτημοριακού εύρους (median, IQR) ως αντιπροσωπευτικά περιγραφικά μέτρα.

Έγινε χρήση του στατιστικού ελέγχου Shapiro -Wilk για τον έλεγχο της κανονικότητας των ποσοτικών μεταβλητών του ερωτηματολογίου. Η ύπαρξη κανονικότητας επιβεβαιώθηκε ή απορρίφθηκε και από την οπτική επισκόπηση των αντίστοιχων ιστογραμμάτων, normal Q-Q plots και box-plots των μεταβλητών. Εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis, ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney και ο έλεγχος συσχέτισης του Pearson.

Επίσης, όπου ήταν απαραίτητο, έγινε χρήση του Levene's test, για τον έλεγχο της ομοιογένειας της διασποράς. Για την ανάλυση των δεδομένων της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS 22.0.

Πιλοτική έρευνα

Με την πιλοτική έρευνα δοκιμάστηκαν οι ερευνητικές τεχνικές και μεθόδους που έχουμε επιλέξει, προκειμένου να διαπιστώσουμε την αποτελεσματικότητά τους.

Στο στάδιο αυτό, κατά το οποίο τέθηκε σε δοκιμή η λειτουργικότητα του ερωτηματολογίου ως εργαλείου έρευνας για τη συλλογή δεδομένων, επιδιώξαμε τη συλλογή εμπειριών και διαπιστώσεων, τα οποία θα συνέβαλαν στην αποτελεσματικότερη διεξαγωγή της κυρίως έρευνας. Κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της πιλοτικής φάσης προτεραιότητα είχε να εξασφαλιστεί η πρακτικότητα, η εγκυρότητα, η αξιοπιστία και η οικονομία του ερωτηματολογίου.

Η πιλοτική φάση της παρούσας έρευνας που πραγματοποιήθηκε είχε διάρκεια μία εργάσιμη ημέρα. Τα τμήματα του νοσοκομείου, στο οποίο διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια δεν συμπεριλήφθησαν στην δειγματοληψία της οριστικής έρευνας. Τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσε νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο παρουσίαζε χαρακτηριστικά παρόμοια με εκείνα των ατόμων που θα συμμετάσχουν στο τελικό δείγμα (νοσηλευτικό προσωπικό χειρουργείου και τακτικών εξωτερικών ιατρείων).

Φάσεις μελέτης και μεθοδολογικές διευκρινήσεις

Α΄ Ερευνητική φάση : Ανίχνευση περιπτώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού που έχουν υποστεί εργασιακή παρενόχληση

Περιλάμβανε την ανάπτυξη και διανομή ενός ερωτηματολογίου, που είχε σαν σκοπό την ανίχνευση των περιπτώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού που είχε υποστεί εργασιακή παρενόχληση. Οι συμμετέχοντες της Α΄ ερευνητικής φάσης αξιολογήθηκαν με την κλίμακα άγχους του Spielberg, με την Κλίμακα άγχους του Halmiton (HAM-A), με το ερωτηματολόγιο για την καταγραφή της ψυχολογικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας - Leymann Inventory of Psychological Terror” (LIPT) και με το Διαπολιτισμικό Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης για ενήλικες του James Battle

B' Ερευνητική φάση : Ανάπτυξη κατάλληλης παρέμβασης - Μεθοδολογία παρέμβασης

Στη συνέχεια, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος τυχαίας δειγματοληψίας με την οποία επιλέχθηκαν τα άτομα για την δημιουργία μίας ομάδας. Στην ομάδα αυτή συμμετείχε νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο θα συνέχιζε στη Β' ερευνητική φάση. Τα άτομα ορίστηκαν και προσκλήθηκαν να συμμετέχουν στο επόμενο στάδιο, με βάση τα δεδομένα που είχαν παραχθεί από την μελέτη κατά την αρχική της φάση. Επιλέχθηκε νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο επιθυμούσε να συνεχίσει στην επόμενη φάση της μελέτης και το οποίο θα έπρεπε να τηρεί συγκεκριμένα κριτήρια για την ένταξη στην ομάδα παρέμβασης που ορίσαμε κατά τον αρχικό σχεδιασμό της μελέτης.

Έγινε η κατανομή των περιπτώσεων, που υπήρξαν θύματα εργασιακής παρενόχλησης στην ομάδα ελέγχου και στην ομάδα παρέμβασης. Τα άτομα τα οποία δηλώσαν εθελοντική συμμετοχή ήταν 14 (n=14). Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 10 συνεδρίες με την ομάδα παρέμβασης, από μία φορά την εβδομάδα μέχρι να ολοκληρωθεί ο κύκλος των συνολικά 10 συνεδριών. Τα άτομα της ομάδας ελέγχου δεν έλαβαν καμία θεραπεία.

Η ομαδική Ψυχοθεραπεία πραγματοποιήθηκε μέσω τηλεσυνδιάσκεψης με τη χρήση της ανεξάρτητης διαδικτυακής πλατφόρμας Skype στα άτομα της ομάδας παρέμβασης τα οποία είχαν διαπιστωθεί ότι είχαν υποστεί εργασιακή παρενόχληση. Στην έρευνα έλαβαν μέρος μόνο τα άτομα τα οποία βρίσκονταν στις μεσαίες κλίμακες άγχους, και αυτό έγινε, τόσο για να μπορέσουμε να δούμε αποτελέσματα με τον συγκεκριμένο αριθμό συνεδριών, όσο και για να αποφύγουμε σοβαρές και ακραίες περιπτώσεις άγχους. Τέλος, αξιολογήθηκαν τα αποτελέσματα της σχετικής παρέμβασης.

Γ' Ερευνητική φάση : Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος παρέμβασης

Στην τελευταία φάση της μελέτης, έγινε αξιολόγηση της Β' ερευνητικής φάσης η οποία περιλάμβανε την παρέμβαση με ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης σε νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο ανιχνεύθηκε να είναι θύμα εργασιακής παρενόχλησης (ομάδα παρέμβασης). Στη συνέχεια συγκρίθηκε με μία ομάδα ελέγχου στην οποία συμμετείχαν άτομα τα οποία δεν ελάμβαναν καμία θεραπεία. Μετά την παρέμβαση και οι δύο υπό εξέταση ομάδες (ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου) κλήθηκαν να

συμμετάσχουν στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων που έγιναν στις δύο φάσεις της μελέτης ήταν οι ακόλουθες:

Το ιδιοσυγκρασιακό, το προσωρινό και το συνολικό άγχος μετρήθηκε με την Κλίμακα άγχους του Spielberg (STAI). Η ένταση των συμπτωμάτων του άγχους με την Κλίμακα άγχους του Halmiton (HAM-A). Για την καταγραφή της ψυχολογικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Leymann Inventory of Psychological Terror” (LIPT) ενώ για την εκτίμηση της αυτοεκτίμησης, το Διαπολιτισμικό Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης για ενήλικες του James Battle.

Λοιπές μεθοδολογικές διευκρινίσεις

Υιοθετήθηκε μια μικτή μεθοδολογική προσέγγιση διερεύνησης του θέματος για την Α΄ και Β΄ Ερευνητική φάση. Στην Α΄ Ερευνητική Φάση χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της δειγματοληψίας συστάδων και στη Β΄ Ερευνητική φάση η μέθοδος της τυχαίας; δειγματοληψίας.

Στην Α΄ ερευνητική φάση ο πληθυσμός μελέτης επιλέχθηκε από το δειγματοληπτικό πλαίσιο που ορίστηκε χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της δειγματοληψίας συστάδων. Ως συστάδα (cluster) ορίστηκε το Νοσοκομείο, το Κέντρο Υγείας και το Π.Ε.Δ.Υ. Ειδικά για τα νοσοκομεία, εξετάστηκε το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών.

Συγκροτήθηκε με βάση τα στοιχεία της 7^{ης} Υ.Π.Ε. Κρήτης ένα κατάλογος όλων των δημόσιων νοσοκομείων και ένα κατάλογος όλων των Κέντρων Υγείας και των Π.Ε.Δ.Υ. της Κρήτης. Κάθε κατάλογος είχε τρεις στήλες: το μοναδικό αναγνωριστικό του Νοσοκομείου, του Κέντρου Υγείας και του Π.Ε.Δ.Υ. (ένας αριθμός), τη διεύθυνση της δομής και την δυναμικότητά της.

Η κατασκευή του δείγματος έγινε προοδευτικά, ακολουθώντας την εξής διαδικασία: Από τους δύο καταλόγους που προέκυψαν επιλέξαμε με τη σειρά το πρώτο, το δεύτερο, το τρίτο κ.ο.κ. νοσοκομείο, Κέντρο Υγείας και Π.Ε.Δ.Υ. και έγινε διανομή των ερωτηματολογίων στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού που υπηρετούσαν σε αυτά, έως ότου συμπληρωθεί το απαραίτητο μέγεθος του δείγματος. Αν η πρόσβαση σε κάποια δομή δεν ήταν εφικτή για οποιοδήποτε λόγο, επιλεγόταν η αμέσως επόμενη δομή. Η διαδικασία αυτή επέτρεψε την προοδευτική κατασκευή του δείγματος και την εκπροσώπηση σε αυτό μονάδων από όλες τις περιοχές της Κρήτης, χωρίς κάποια

προδιάθεση (bias) αποκλεισμού ή συμπερίληψης συγκεκριμένων δομών. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν με την παρουσία της κύριας ερευνήτριας.

Μετά την ενημέρωση και συναίνεση του νοσηλευτικού προσωπικού για τη συμμετοχή στην έρευνα, πραγματοποιήθηκε τυχαία κατανομή των θυμάτων εργασιακής παρενόχλησης σε δύο ομάδες, την ομάδα παρέμβασης και την ομάδα ελέγχου. Τα άτομα που αποτελούσαν την ομάδα παρέμβασης, συμμετείχαν σε εκπαιδευτικό σεμινάριο το οποίο είχε στόχο μετά το τέλος της εκπαιδευτικής διαδικασίας τα άτομα της ομάδας να έχουν κατανοήσει πλήρως τη διαδικασία και τους κανόνες της, ενώ τα άτομα της ομάδας ελέγχου δεν έλαβαν μέρος σε καμία εκπαιδευτική διαδικασία της έρευνας. Αρκούσε μόνο να πληρούν τα κριτήρια εισόδου στην Β' φάση της μελέτης.

Το σεμινάριο ήταν ομαδικό και είχε διάρκεια περίπου μισή ώρα. Στόχος ήταν η εξοικείωση των ατόμων με την πλατφόρμα του Skype ώστε να μπορούν να διεξαχθούν οι συνεδρίες μέσω τηλεσυνδιάσκεψης.

Χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη ο όρος εργασιακή παρενόχληση και όχι οι ορισμοί εργασιακός εκφοβισμός, bullying, εργασιακή βία, mobbing κ.ά., για τους εξής λόγους: α. θα γινόταν πιο κατανοητός ο όρος από τους συμμετέχοντες και β. δεν θα προκαλούσε φόβο ο όρος στους συμμετέχοντες και δεν θα τους απέτρεπε να λάβουν μέρος στη μελέτη.

Σύμφωνα με τον Leymann, τα θύματα εργασιακής παρενόχλησης ορίζονται ως «*οι εργαζόμενοι οι οποίοι εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία από τις 45 συμπεριφορές παρενόχλησης εντός των προηγούμενων 12 μηνών, εβδομαδιαίως ή περισσότερο, και για έξι μήνες ή περισσότερο*» (Leymann, 1996).

Στην περίπτωση της παρέμβασης της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκε μετατροπή του ορισμού του Leymann και ορίστηκε σαν χρονικό διάστημα έκθεσης αντί τους τελευταίους 6 μήνες, τις τελευταίες 14 εβδομάδες όπου 14 εβδομάδες είναι το διάστημα που έλαβαν μέρος στην ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης οι συμμετέχοντες (συνολικά 10 συνεδρίες). Οπότε προέκυψε ο εξής ορισμός για την περίπτωση της ομάδας παρέμβασης της παρούσας μελέτης, τα θύματα εργασιακής παρενόχλησης ορίζονται ως «*οι εργαζόμενοι οι οποίοι εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία από τις 45 συμπεριφορές παρενόχλησης, εβδομαδιαίως ή περισσότερο τις τελευταίες 14 εβδομάδες*».

Η συλλογή του δείγματος της μελέτης ξεκίνησε τον Αύγουστο του 2017 και ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2018. Η έναρξη των συνεδριών της ομαδικής Ψυχοθεραπείας, μέσω τηλεσυνδιάσκεψης ξεκίνησε τον Μάρτιο του 2018 και ολοκληρώθηκε τον Ιούνιο του 2018.

Ψυχολογική Υποστήριξη μέσω τηλεσυνδιάσκεψης με τη χρήση της ανεξάρτητης διαδικτυακής πλατφόρμας Skype

Το Skype είναι μια ανεξάρτητη διαδικτυακή πλατφόρμα που βοηθάει να πραγματοποιηθούν πράγματα με άλλα άτομα που βρίσκονται σε απόσταση. Τα μηνύματα κειμένου, οι φωνητικές κλήσεις και οι βιντεοκλήσεις του Skype επιτρέπουν να μοιραστούν τις εμπειρίες τους πρόσωπα, όπου και αν βρίσκονται.

Με το Skype μπορεί να μοιραστούν πολλά πρόσωπα μια ιστορία, να γιορτάσουν τα γενέθλια ενός φίλου, να μάθουν μια ξένη γλώσσα, να οργανώσουν μια σύσκεψη ή να συνεργαστούν με τους συναδέλφους τους. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί το Skype σε οποιαδήποτε συσκευή προτίμησης, στο τηλέφωνο ή στον υπολογιστή ή σε μια τηλεόραση. Με την τελευταία έκδοση του Skype, δύναται να δοκιμαστούν ακόμα και ομαδικές βιντεοκλήσεις. Για τον εργασιακό χώρο σημαίνει ότι είναι δυνατόν να έρθει κοντά ένας ολόκληρος κύκλος εργαζομένων, συνεργατών και πελατών, δημιουργώντας το ιδανικό εργασιακό περιβάλλον (“Σχετικά με το Skype”, 2017).

Η ψυχολογική υποστήριξη μέσω τηλεσυνδιάσκεψης με συνεδρίες μέσω Skype είναι ουσιαστικά η συμβουλευτική υποστήριξη μέσω του διαδικτυακού προγράμματος Skype. Ο θεραπευόμενος θα πρέπει να κάνει χρήση του προγράμματος με τον υπολογιστή του, με τη χρήση camera, και έτσι η επικοινωνία μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου γίνεται με ήχο και εικόνα μέσω του διαδικτυακού προγράμματος.

Η Ψυχολογική Υποστήριξη μέσω του διαδικτύου, Skype συνεδρίες, δεν διαφέρουν από τα αποτελέσματα στην θεραπεία από την κλασσική συνάντηση του θεραπευμένου για συνεδρία στο γραφείο του ψυχολόγου. Ο ψυχολόγος εφαρμόζει με τον ίδιο τρόπο το ιατρικό απόρρητο, τον κώδικα δεοντολογίας, την θεραπευτική συμμαχία, τη συνεργασία τις επιστημονικές τεχνικές και γνώσεις. Η τεχνική αυτή θεωρείται αποτελεσματική και ασφαλής για ψυχολογική υποστήριξη από την International Society for Mental Health On Line 2000 (www.ismho.org).

Ο Ψυχολόγος έστειλε mails, για να ορίσει το πρώτο ραντεβού, το οποίο είχε διάρκεια 1 ώρα. Σε περίπτωση που θα χρειαζόταν να ακυρωθεί το ραντεβού, οριζόταν μια νέα ώρα μέσα στην εβδομάδα με αποστολή mail από τον Ψυχολόγο (θα έπρεπε να υπάρχει ειδοποίηση για την ακύρωση τουλάχιστον 24 ώρες πριν την προκαθορισμένη ώρα). Η διάρκεια της συνεδρίας ήταν 60 λεπτά. Είναι σημαντικό ο υπολογιστής των ατόμων που

θα έπαιρναν μέρος στην ομάδα να είναι τοποθετημένος σε ιδιωτικό και ήσυχο μέρος, ώστε να μην υπάρχει επηρεασμός από άλλα πρόσωπα. Τα θέματα της κάθε συνεδρίας διαμορφωνόταν ανάλογα με τις ανάγκες των συμμετεχόντων, τους θεραπευτικούς στόχους και τη φάση της θεραπευτικής διαδικασίας.

Αποτελέσματα

Έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητα των ερευνητικών εργαλείων

Ελέγχθηκε ο βαθμός αξιοπιστίας και εγκυρότητας των ερευνητικών εργαλείων της παρούσας έρευνας για το συνολικό πληθυσμό της μελέτης και συγκεκριμένα, ο βαθμός Cronbach α του **παροδικού άγχους** βρέθηκε 0.895. Ο βαθμός Cronbach α του **ιδιοσυγκρασιακού άγχους** βρέθηκε 0.907 και του **συνολικού εργασιακού άγχους** 0.940. Για την **Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Άγχους Hamilton** ήταν Cronbach α = 0.905. Σε ότι αφορά το ερωτηματολόγιο του **Διαπολιτισμικού Ερωτηματολογίου Αυτοεκτίμησης για ενήλικες του James Battle** ο βαθμός εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach α για τη συνολική αυτοεκτίμηση βρέθηκε 0.763 (Γενική αυτοεκτίμηση: α =0.737, Κοινωνική αυτοεκτίμηση: α =0.442, Προσωπική αυτοεκτίμηση: α =0.724, Κλίμακα ψεύδους: α =0.525) και ο βαθμός Cronbach α του **Ερωτηματολογίου LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terror)** βρέθηκε υψηλός 0.905.

Αναφορικά αποτελέσματα για τον συνολικό πληθυσμό μελέτης

Δημογραφικά στοιχεία

Στη μελέτη συμμετείχαν 213 άτομα, μέσης ηλικίας 41.73 ± 7.33 , προερχόμενα από τρεις διαφορετικές δομές, ΜΕΘ (45.5%), ΠΦΥ (29.6%) και ΤΕΠ (24.9%). Η πλειοψηφία των ατόμων της μελέτης ήταν γυναίκες (89.2%). Το μεγαλύτερο ποσοστό εξ αυτών ήταν έγγαμοι (75.1%) και απόφοιτοι ΤΕΙ (64.8%) (**πίνακας 4α**). Τα έτη εργασίας στην υπηρεσία ήταν κατά μέσο όρο 15.78 ± 8.49 ενώ η διάμεση τιμή των ετών υπηρεσίας στο παρόν τμήμα ήταν 8.00 (IQR=10.50) (**πίνακας 4β**).

Πίνακας 4α: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 213 ατόμων της μελέτης

<i>Χαρακτηριστικά</i>	<i>n (%)</i>
Δομές	
	<i>ΜΕΘ</i> 97 (45.5)
	<i>ΠΦΥ</i> 63 (29.6)
	<i>ΤΕΠ</i> 53 (24.9)
Φύλο	
	<i>Ανδρας</i> 23 (10.8)
	<i>Γυναίκα</i> 190 (89.2)
Οικογενειακή κατάσταση	
	<i>Εγγαμος/η</i> 160 (75.1)
	<i>Άγαμος/η</i> 49 (23.0)
	<i>Διαζευγμένος/η</i> 4 (1.9)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	
	<i>Απόφοιτος/η λυκείου ΕΠΑΛ, ΙΕΚ</i> 43 (20.2)
	<i>Απόφοιτος/η ΤΕΙ</i> 138 (64.8)
	<i>Απόφοιτος/η ΑΕΙ</i> 13 (6.1)
	<i>Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου και απόφοιτος ΤΕΙ</i> 16 (7.5)
	<i>Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου και απόφοιτος ΑΕΙ</i> 2 (0.9)
	<i>Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου</i> 1 (0.5)

Πίνακας 4β: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 213 ατόμων της μελέτης

<i>Χαρακτηριστικά</i>	
Ηλικία (έτη)	41.73±7.33*
Χρόνια στην υπηρεσία	15.78±8.49*
Χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεστε τώρα	8.00 (10.50)**

* Τυπική απόκλιση ± sd

** Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος (IQR)

Συνεχίζοντας, γίνεται παράθεση των περιγραφικών στοιχείων της Κλίμακα άγχους του Spielberg (STAI), της Κλίμακα άγχους του Hamilton και του Διαπολιτισμικό Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης του James Battle για το συνολικό πληθυσμό της μελέτης (εκτός της κλίμακας εργασιακής παρενόχλησης που παρουσιάζεται παρακάτω), βάσει των scores αυτών, σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστών. Αναφέρονται τα εξής: μέση τιμή (mean), τυπική απόκλιση (sd), διάμεσος (median), ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR), εύρος (range, στη μορφή ελάχιστη-μέγιστη τιμή). Για όσες κλίμακες, το τελικό score δύναται να κατηγοριοποιηθεί, παρατίθενται επιπλέον οι συχνότητες καθώς και τα ποσοστά κάθε κατηγορίας.

Η μέση τιμή στην κλίμακα του περιστασιακού άγχους (state) για την ενότητα STAI-Ενότητα 1 ήταν 40.82, ενώ η μέση τιμή στην κλίμακα του μόνιμου ή ιδιοσυγκρασιακού άγχους (trait) για την ενότητα STAI-Ενότητα 2 ήταν 39.03 (**πίνακας 9**). Για το συνολικό score του εργασιακού άγχους της Κλίμακα άγχους του Spielberger (STAI), διαπιστώθηκε ότι το συνολικό πληθυσμό της μελέτης είχε μέση τιμή 79.85.

Διαπιστώθηκε από τη κλίμακα ποσοτικής εκτίμησης του άγχους Hamilton ότι η ένταση των συμπτωμάτων του άγχους είχε μέση τιμή 11.41. Οι συμμετέχοντες του συνολικού πληθυσμού της μελέτης ανέφεραν ήπιας έντασης συμπτώματα άγχους και συγκεκριμένα «αγχώδης διάθεση» (33.8%), «ένταση» (32.4%), «φοβίες» (20.7%), «συμπτώματα από το μυϊκό σύστημα» (26.3%), «γενικά σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)» (23.5%), «αϋπνία» (23.9%), «γνωσιακά συμπτώματα» (26.8%), «καρδιαγγειακά συμπτώματα» (23.0%), «γαστρεντερικά συμπτώματα» (22.5%), «καταθλιπτική διάθεση» (21.6%), «φοβίες» (20.7%), «συμπτώματα από το αυτόνομο Ν.Σ» (20.2%), «ουρογεννητικά συμπτώματα» (17.8%) και «αναπνευστικά συμπτώματα» (16.9%) (**πίνακας 7β**).

Τέλος, από το Διαπολιτισμικό Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης του James Battle περιγραφικά από τα αποτελέσματα σημειώθηκαν τα εξής. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν μέση τιμή Γενικής αυτοεκτίμησης 12.27, Κοινωνικής αυτοεκτίμησης 6.35, Προσωπικής αυτοεκτίμησης 3.86 και Συνολικής αυτοεκτίμησης 22.47. Τα περισσότερα άτομα 110(51,6%) είχαν μέση αυτοεκτίμηση, χαμηλή αυτοεκτίμηση είχαν τα τριανταεπτά άτομα 37(17,4), δεκαεπτά άτομα 17(8,0%) είχαν πολύ χαμηλή αυτοεκτίμηση, τριάντα δύο άτομα 32(15,0%) είχαν υψηλή αυτοεκτίμηση και δεκαεπτά άτομα 17(8,0%) είχαν πολύ υψηλή αυτοεκτίμηση (**πίνακας 9**).

Πίνακας 5α: Έλεγχος αξιοπιστίας του συνολικού άγχους της κλίμακας άγχους του Spielberger STAI (Ενότητα 1 & Ενότητα 2).

Αξιοπιστία

Κλίμακα: Όλες οι μεταβλητές

Περίληψη επεξεργασίας περιπτώσεων

	N	%
Έγκυρα	213	100,0
Περιπτώσεις Αποκλείστηκαν	0	,0
Σύνολο	213	100,0

Στατιστικά αξιοπιστίας

Cronbach's Alpha	N
.940	40

Πίνακας 5β: Έλεγχος αξιοπιστίας της κλίμακας του παροδικού άγχους του Spielberger STAI (Ενότητα 1).

Αξιοπιστία

Κλίμακα: Όλες οι μεταβλητές

Περίληψη επεξεργασίας περιπτώσεων

	N	%
Έγκυρα	213	100,0
Περιπτώσεις Αποκλείστηκαν	0	,0
Σύνολο	213	100,0

Στατιστικά αξιοπιστίας

Cronbach's Alpha	N
,895	20

Πίνακας 5γ: Κλίμακα άγχους του Spielberger (STAI) Ενότητα 1

		ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΠΩΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
		%			
1.	Αισθάνομαι ήρεμος/η.	6.6	17.8	43.2	32.4
2.	Αισθάνομαι ασφαλής.	6.1	14.1	40.4	39.4
3.	Νοιώθω μια εσωτερική ένταση	34.7	29.1	24.4	11.7
4.	Έχω αγωνία.	45.5	28.6	19.2	6.6
5.	Αισθάνομαι άνετα.	6.1	19.7	33.8	40.4
6.	Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	66.7	18.8	10.3	4.2
7.	Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες.	28.6	42.3	19.2	9.9
8.	Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	32.4	26.3	32.9	8.5
9.	Αισθάνομαι άγχος.	23.5	37.1	25.4	14.1
10.	Αισθάνομαι βολικά.	5.2	31.9	31.5	31.5
11.	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	2.3	15.5	42.7	39.4
12.	Αισθάνομαι νευρικότητα.	46.9	32.4	13.1	7.5
13.	Αισθάνομαι ήσυχος/η.	12.2	20.2	36.2	31.5
14.	Βρίσκομαι σε διέγερση.	59.2	21.1	12.2	7.5
15.	Είμαι χαλαρωμένος/η.	17.8	31.9	30.5	19.7
16.	Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η	9.4	19.7	46.5	24.4
17.	Ανησυχώ	32.4	38	21.1	8.5
18.	Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	68.5	18.3	9.4	3.8
19.	Αισθάνομαι υπερένταση	53.1	24.9	16.9	5.2
20.	Αισθάνομαι ευχάριστα	12.2	16.9	41.8	29.1

Πίνακας 6α: Έλεγχος αξιοπιστίας του ιδιοσυγκρασιακού άγχους της κλίμακας STAI (Ενότητα 2)

Αξιοπιστία

Κλίμακα: Όλες οι μεταβλητές

Περίληψη επεξεργασίας περιπτώσεων

	N	%
Έγκυρα	213	100,0
Περιπτώσεις Αποκλείστηκαν	0	,0
Σύνολο	213	100,0

Στατιστικά αξιοπιστίας

Cronbach's Alpha	N
.907	20

Πίνακας 6β: Κλίμακα άγχους του Spielberg (STAI) Ενότητα 2

		ΣΧΕΛΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΛΟΝ ΠΑΝΤΑ
%					
1	Αισθάνομαι ευχάριστα.	1.9	23.9	54	20.2
2	Κουράζομαι εύκολα.	12.2	54.9	23.9	8.9
3	Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	29.1	48.8	18.8	3.3
4	Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνεται να είναι άλλοι.	47.4	37.1	10.3	5.2
5	Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	60.1	29.1	8.9	1.9
6	Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	21.1	46	21.1	11.7
7	Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η και συγκεντρωμένος/η.	4.7	31	42.7	21.6
8	Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται και δε μπορώ να τις ξεπεράσω.	43.7	44.1	9.9	2.3
9	Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	37.1	41.3	16.4	5.2
10	Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση	40.4	44.1	11.3	4.2
11	Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα	39.9	38	16.4	5.6
12	Μου λείπει η αυτοπεποίθηση	40.8	42.7	11.3	5.2
13	Αισθάνομαι ασφαλής.	10.3	27.7	35.7	26.3
14	Προσπαθώ να αποφύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή μιας δυσκολίας.	53.5	32.4	9.4	4.7
15	Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	53.1	34.7	7.5	4.7
16	Είμαι ικανοποιημένος/η.	5.6	25.8	44.6	23.9
17	Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί.	33.3	41.8	20.2	4.7
18	Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	39	39.4	13.1	8.5
19	Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	5.2	15	31	48.8
20	Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης, όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες δυσκολίες και τα ενδιαφέροντα μου	21.1	52.6	19.2	7

Πίνακας 7α: Έλεγχος αξιοπιστίας της κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Άγχους Hamilton

Αξιοπιστία

Κλίμακα: Όλες οι μεταβλητές

Περίληψη επεξεργασίας περιπτώσεων

	N	%
Έγκυρα	213	100,0
Περιπτώσεις Αποκλείστηκαν	0	,0
Σύνολο	213	100,0

Στατιστικά αξιοπιστίας

Cronbach's Alpha	N
.905	13

Πίνακας 7β: Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Άγχους Hamilton

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΗΠΙΑ	ΜΕΤΡΙΑ	ΣΟΒΑΡΑ	ΠΟΛΥ ΣΟΒΑΡΑ	
	%					
1	Αγχώδης διάθεση	23.9	33.8	27.7	11.3	3.3
2	Ένταση	34.7	32.4	17.8	12.2	2.8
3	Φοβίες	66.2	20.7	7.5	4.2	1.4
4	Αϋπνία	50.7	23.9	15.5	6.6	3.3
5	Γνωσιακά	45.1	26.8	19.2	5.6	3.3
6	Καταθλιπτική διάθεση	55.9	21.6	11.7	7	3.8
7	Γενικά σωματικά συμπτώματα (μυϊκό σύστημα)	41.3	26.3	16.4	9.9	6.1
8	Γενικά σωματικά συμπτώματα (Αισθητηριακά)	59.2	23.5	9.9	4.7	2.8
9	Καρδιαγγειακά συμπτώματα	60.6	23	10.3	3.8	2.3
10	Αναπνευστικά συμπτώματα	69.5	16.9	7.5	4.2	1.9
11	Γαστρεντερικά Συμπτώματα	54.5	22.5	14.1	5.6	3.3
12	Ουρογεννητικά συμπτώματα	70.9	17.8	6.1	3.8	1.4
13	Συμπτώματα από το Αυτόνομο Ν.Σ.	64.8	20.2	8.9	4.2	1.9

Πίνακας 8α: Έλεγχος αξιοπιστίας του Διαπολιτισμικού Ερωτηματολογίου Αυτοεκτίμησης για ενήλικες του James Battle.

Αξιοπιστία

Κλίμακα: Όλες οι μεταβλητές

Περίληψη επεξεργασίας περιπτώσεων

	N	%
Έγκυρα	213	100,0
Περιπτώσεις Αποκλείστηκαν	0	,0
Σύνολο	213	100,0

Στατιστικά αξιοπιστίας

Cronbach's Alpha	N
.763	40

Αξιοπιστία

Κλίμακα: Όλες οι μεταβλητές

Περίληψη επεξεργασίας περιπτώσεων

	N	%
Έγκυρα	213	100,0
Περιπτώσεις Αποκλείστηκαν	0	,0
Σύνολο	213	100,0

Στατιστικά αξιοπιστίας

Cronbach's Alpha	N
Γενική αυτοεκτίμηση: alpha = 0.737	16
Κοινωνική αυτοεκτίμηση: alpha = 0.442	8
Προσωπική αυτοεκτίμηση: alpha = 0.724	8
Κλίμακα ψεύδους: alpha = 0.525	8
Συνολική αυτοεκτίμηση: alpha = 0.763	40

Πίνακας 8β: Διαπολιτισμικό Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης για ενήλικες του James Battle (n=213)

	ΝΑΙ (%)
1. Έχεις λίγους μόνο φίλους;	54.0
2. Είσαι χαρούμενος/η τον περισσότερο καιρό;	86.4
3. Μπορείς να κάνεις τα περισσότερα πράγματα τόσο καλά όσο οι άλλοι;	89.2
4. Συμπαθείς όλους όσους ξέρεις;	23.9
5. Περνάς τον περισσότερο ελεύθερο χρόνο μόνος σου/ μόνη σου;	23.9
6. Σου αρέσει που είσαι άνδρας;/ Σου αρέσει που είσαι γυναίκα;	96.7
7. Οι περισσότεροι γνωστοί σου σε συμπαθούν;	88.3
8. Συνήθως πετυχαίνεις, όταν αναλαμβάνεις ένα σημαντικό έργο ή σημαντικές υποχρεώσεις;	92.0
9. Πήρες ποτέ κάτι που δεν σου ανήκε;	9.4
10. Είσαι έξυπνος όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι;	91.1
11. Αισθάνεσαι τόσο σπουδαίος όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι;	73.7
12. Μελαγχολείς εύκολα;	49.3
13. Θα άλλαζες πολλά πράγματα στον εαυτό σου, αν μπορούσες;	49.3
14. Λες πάντα την αλήθεια;	70.9
15. Είσαι εμφανίσιμος όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι;	84.0
16. Σε αντιπαθούν πολλοί;	25.8
17. Νιώθεις συχνά υπερένταση ή άγχος;	51.6
18. Σου λείπει η αυτοπεποίθηση;	35.7
19. Κουτσομπολεύεις μερικές φορές;	71.8
20. Αισθάνεσαι συχνά ότι δεν είσαι καθόλου ικανός/ ή;	15.5
21. Είσαι δυνατός και υγιής όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι;	84.0
22. Πληγώνονται εύκολα τα συναισθήματά σου;	77.5
23. Δυσκολεύεσαι να εκφράσεις τις απόψεις ή τα συναισθήματά σου;	32.9
24. Θυμώνεις ποτέ;	93.0
25. Ντρέπεσαι συχνά για τον εαυτό σου;	11.7
26. Είναι οι άλλοι γενικά πιο επιτυχημένοι από σένα;	32.4
27. Διακατέχεται συχνά από άσχημα συναισθήματα χωρίς να ξέρεις γιατί;	32.4
28. Θα ήθελες να είσαι τόσο ευτυχισμένος/ η όσο φαίνονται οι περισσότεροι άνθρωποι;	44.6
29. Είσαι ποτέ ντροπαλός/ ή;	68.5
30. Αισθάνεσαι ότι είσαι αποτυχημένος/ η;	8.9
31. Οι ιδέες σου αρέσουν στους άλλους;	87.3
32. Σου είναι δύσκολο να κάνεις γνωριμίες με καινούργια πρόσωπα;	27.2
33. Λες ποτέ ψέματα;	42.7
34. Εκνευρίζεται συχνά με κάποια πράγματα;	74.2
35. Οι περισσότεροι άνθρωποι σέβονται τις απόψεις σου;	87.8
36. Είσαι πιο ευαίσθητος/ η από ότι οι περισσότεροι άνθρωποι;	61.5
37. Είσαι τόσο χαρούμενος/ η, όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι;	77.0
38. Αισθάνεσαι ποτέ λυπημένος/ η;	86.4
39. Σου λείπει η πρωτοβουλία;	30.5
40. Ανησυχείς πολύ;	51.2

Πίνακας 9: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των κλιμάκων της μελέτης

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	N (%)	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	Εύρος
ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ ΤΟΥ SPIELBERGER (STAI)						
STAI-ΕΝΟΤΗΤΑ 1		40.82	10.72	39.00	16.00	23-68
STAI-ΕΝΟΤΗΤΑ 2		39.03	10.06	38.00	13.50	22-70
STAI- ΕΝΟΤΗΤΑ 1 & 2 ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΑΓΧΟΣ		79.85	19.32	77.00	25.00	47-138
ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟΥ JAMES BATTLE						
ΓΕΝΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ*		12.27	2.89	13.00	3.50	2-16
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ*		6.35	1.38	7.00	1.00	1-8
ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ*		3.86	2.16	4.00	3.50	0-8
ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΕΥΔΟΥΣ		4.77	1.56	5.00	2.00	0-8
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ		22.47	5.28	23.00	7.00	4-32
<i>ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΗ</i>	17 (8.0)					
<i>ΧΑΜΗΛΗ</i>	37 (17.4)					
<i>ΜΕΣΗ</i>	110 (51.6)					
<i>ΥΨΗΛΗ</i>	32 (15.0)					
<i>ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΗ</i>	17 (8.0)					
ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ ΤΟΥ HAMILTON*						
		11.41	9.72	9.00	10.00	0-50

Ακολουθούν τα αποτελέσματα αναφορικά με την κλίμακα της εργασιακής παρενόχλησης, όπου δίνονται τα ποσοστά όσων απάντησαν «ναι» σε κάθε ερώτηση.

Πίνακας 10α: Έλεγχος αξιοπιστίας του Ερωτηματολογίου LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terror):

Αξιοπιστία

Κλίμακα: Όλες οι μεταβλητές

Περίληψη επεξεργασίας περιπτώσεων

	N	%
Έγκυρα	213	100,0
Περιπτώσεις Αποκλείστηκαν	0	,0
Σύνολο	213	100,0

Στατιστικά αξιοπιστίας

Cronbach's Alpha	N
.938	14

Από το ερωτηματολόγιο του LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι οι συνηθέστερες συμπεριφορές " εργασιακής παρενόχλησης " που αναφέρθηκαν μεταξύ των συμμετεχόντων του συνολικού πληθυσμού της μελέτης ήταν: «μιλάνε άσχημα για εσάς πίσω από την πλάτη σας» (15,0%), «Άλλα άτομα σας εμποδίζουν να εκφραστείτε» (14,6%), «Δέχετε περιφρονητικές ματιές ή/ και περιφρονητικές χειρονομίες» (14,6%), ακολουθεί, «διαδίδουν ψεύτικες φήμες για εσάς» (12,2%), «σας υβρίζουν κα σας φωνάζουν» (11,3%), «επικρίνουν την εργασία σας» (11,3%) και τέλος «σας διακόπτουν διαρκώς ενώ εκφράζεστε» (10,3%). Αντίθετα, οι λιγότερο συχνές συμπεριφορές «εργασιακής παρενόχλησης» που εντοπίστηκαν ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό ήταν: «σας απειλούν με σωματική βία» (0,9%), «δεν σας αναθέτουν κανένα καθήκον, δεν έχετε εργασία» (0,9%), «Σας προκαλούν έξοδα προσπαθώντας να σας βλάψουν οικονομικά (0,9%)», «Απευθύνονται σε εσάς μόνο γραπτώς (0,5%)», «σας έχουν επιτεθεί σεξουαλικά» (0,0%) (πίνακας 10β).

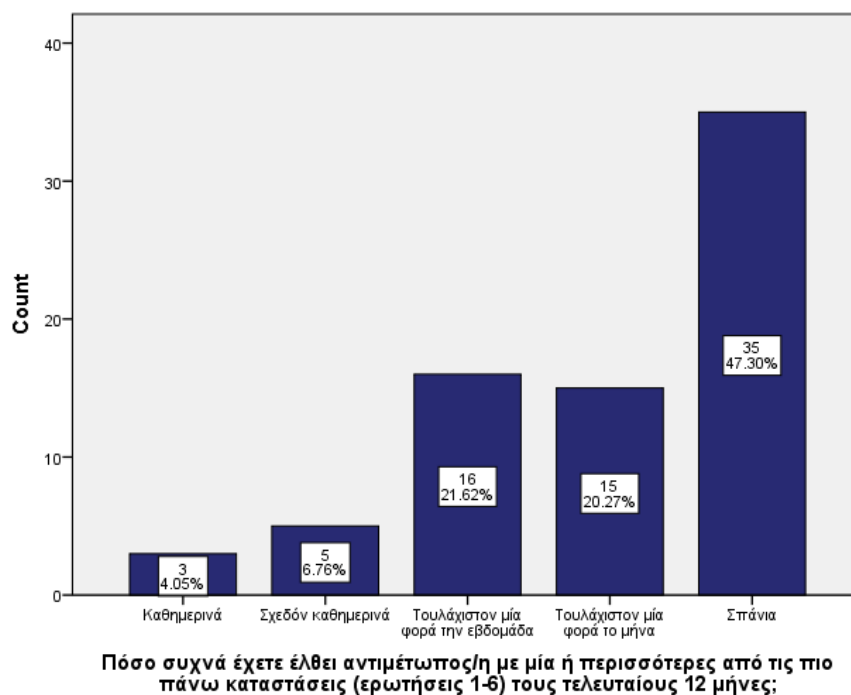
Πίνακας 10β: Leymann Inventory of Psychological Terror (κλίμακα εργασιακής παρενόχλησης, n=213)

	Ναι (%)
Σε ότι αφορά τις εργασιακές σας σχέσεις	
Ο άμεσα προϊστάμενος σας, σας απαγορεύει να εκφραστείτε	8.5
Σας διακόπτουν διαρκώς ενώ εκφράζεστε	10.3
Άλλα άτομα σας εμποδίζουν να εκφραστείτε	14.6
Σας υβρίζουν και σας φωνάζουν	11.3
Σας ασκούν μία συνεχή αρνητική κριτική σε σχέση με τη δουλειά σας	9.4
Σας ασκούν μία συνεχή αρνητική κριτική σε σχέση με την προσωπική σας ζωή	5.2
Σας παρενοχλούν τηλεφωνικά	5.2
Δέχεστε λεκτικές απειλές	7.5
Δέχεστε γραπτές απειλές	2.3
Δέχεστε περιφρονητικές ματιές ή/ και περιφρονητικές χειρονομίες	14.6
Αδιαφορούν για την παρουσία σας απευθυνόμενοι αποκλειστικά σε άλλους	9.4
Σας απομονώνουν συστηματικά	
Δεν σας απευθύνουν το λόγο	5.6
Δεν θέλουν να τους πλησιάζετε	3.3
Σας έχουν τοποθετήσει σε μία εργασιακή θέση η οποία σας απομονώνει από τους άλλους	3.3
Απαγορεύουν στους συναδέλφους σας να σας μιλούν	1.9
Κάνουν σαν να μην υπάρχουν	5.2
Απευθύνονται σε εσάς μόνο γραπτώς	0.5
Τα επαγγελματικά σας καθήκοντα έχουν τροποποιηθεί ως τιμωρία	
Δεν σας αναθέτουν κανένα καθήκον, δεν έχετε εργασία	0.9
Σας αναθέτουν καθήκοντα που δεν έχουν ενδιαφέρον	7.5
Σας αναθέτουν καθήκοντα πολύ κατώτερα των ικανοτήτων σας	6.1
Σας αναθέτουν διαρκώς καινούργια καθήκοντα	8.5
Σας αναθέτουν ταπεινωτικά καθήκοντα	2.8
Σας αναθέτουν καθήκοντα πολύ ανώτερα των ικανοτήτων σας	7.5
Επιθέσεις στο πρόσωπο σας	
Μιλούν άσχημα για σας πίσω από την πλάτη σας	15.0
Διαδίδουν ψεύτικες φήμες για σας	12.2
Σας γελοιοποιούν μπροστά σε άλλους	4.7
Αφήνουν υπόνοιες ότι είστε ψυχικά ασθενής	1.9
Θέλουν να σας υποχρεώσουν να κάνετε ψυχιατρική εξέταση	1.9
Σας κοροϊδεύουν για μία αδυναμία (σωματική ή ψυχική) που έχετε	4.2
Μιμούνται την εμφάνιση, τη φωνή και τις χειρονομίες σας για να σας γελοιοποιήσουν	5.6
Επιτίθενται στις πολιτικές και θρησκευτικές σας απόψεις	3.3
Σας επιτίθενται ή σας κοροϊδεύουν για την καταγωγή σας	3.8
Είστε υποχρεωμένος/η να εκτελείτε εργασίες που πλήττουν τη συνείδηση σας	8.9
Κρίνουν τη δουλειά σας με τρόπο άδικο και επιζήμιο	11.3
Αμφισβητούν τις αποφάσεις σας	8.9
Σας προσβάλλουν χρησιμοποιώντας άσεμνες ή εξευτελιστικές εκφράσεις	2.8
Σας κάνουν προφορικούς υπαινιγμούς ή προτάσεις σεξουαλικού περιεχομένου	2.3

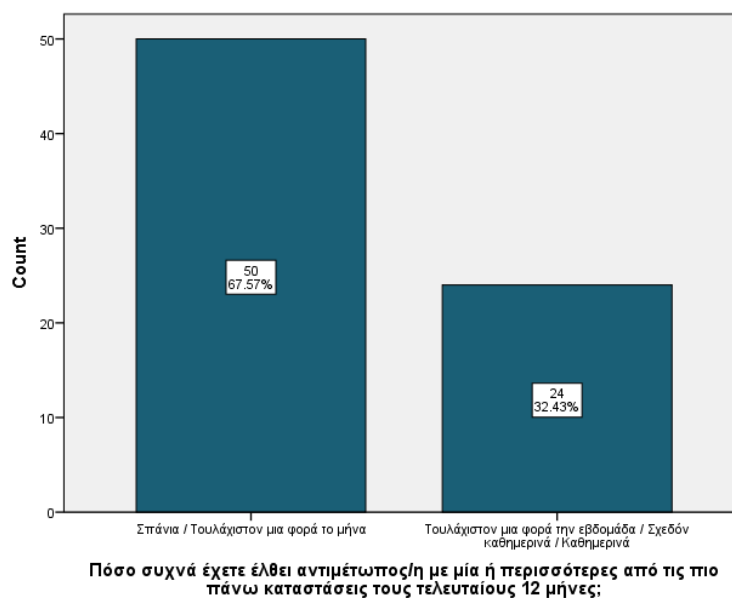
Βία και απειλές βίας	
Σας υποχρεώνουν να εκτελείτε καθήκοντα που βλάπτουν την υγεία σας	4.7
Παρά την κακή σας υγεία, σας υποχρεώνουν να κάνετε κάποια εργασία που βλάπτει την υγεία σας	7.0
Σας απειλούν με σωματική βία	0.9
Χρησιμοποιούν ήπιας μορφής βία απέναντι σας ως προειδοποίηση	2.8
Σας κακομεταχειρίζονται σωματικά (σπρωξίματα)	1.4
Σας προκαλούν έξοδα προσπαθώντας να σας βλάψουν οικονομικά	0.5
Έχουν προκαλέσει ζημιές στο σπίτι ή στο χώρο εργασίας σας	1.9
Σας έχουν επιτεθεί σεξουαλικά	0.0

Σύμφωνα με τον Leymann, το σύνδρομο εργασιακής παρενόχλησης ορίζεται ως η έκθεση του εργαζομένου σε έστω και μία συμπεριφορά ηθικής παρενόχλησης τουλάχιστον για μία φορά την εβδομάδα τους τελευταίους 12 μήνες. Βάσει αυτού του ορισμού, προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα. Ένα ποσοστό 44.6% (n=95) έχει δηλώσει ότι εκτέθηκε σε τουλάχιστον μία (εκ των 45) συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες. Επίσης ένα ποσοστό 32.43% (n=74 άτομα) των ερωτώμενων ήρθε αντιμέτωπο με μία ή περισσότερες από αυτές τις καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες. Η διάμεση τιμή του χρονικού διαστήματος για το οποίο είχε έλθει κάποιος/κάποια αντιμέτωπος/η με αυτές τις καταστάσεις ήταν 12 μήνες (IQR=51.75). Οπότε, το ποσοστό των ερωτώμενων που είχαν δηλώσει ότι εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία (εκ των 45) συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες και για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα σχεδόν καθημερινά ή καθημερινά, και για έξι μήνες ή περισσότερο (Leymann, 1996), ήταν 11.3% (n=24)) και αυτά τα άτομα σύμφωνα με τον Leymann είναι τα θύματα εργασιακής παρενόχλησης (**γράφημα 1β**). Τα ID αυτών είναι: 21, 22, 24, 28, 32, 37, 42, 50, 51, 58, 65, 70, 86, 91, 98, 103, 133, 149, 185, 193, 197, 198, 208, 213

Γράφημα 1α: Συχνότητα φαινομένων εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες

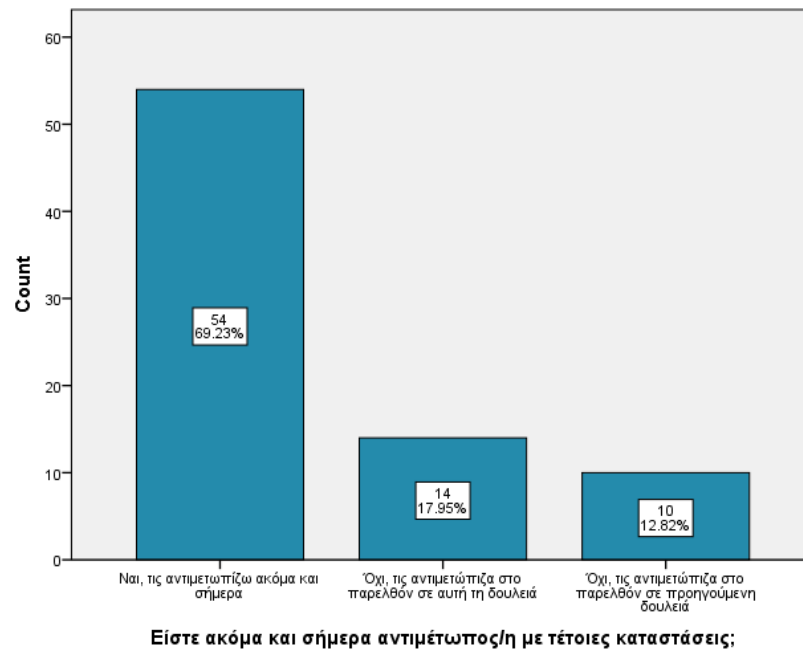


Γράφημα 1β: Συχνότητα φαινομένων εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες



Στο επόμενο **γράφημα 2** καταγράφεται το ποσοστό των ατόμων που συνεχίζουν ακόμα και σήμερα να αντιμετωπίζουν παρόμοιες καταστάσεις, το οποίο παρατηρείται ίσο με 69.23% (n=54).

Γράφημα 2: Φαινόμενο εργασιακής παρενόχλησης σήμερα



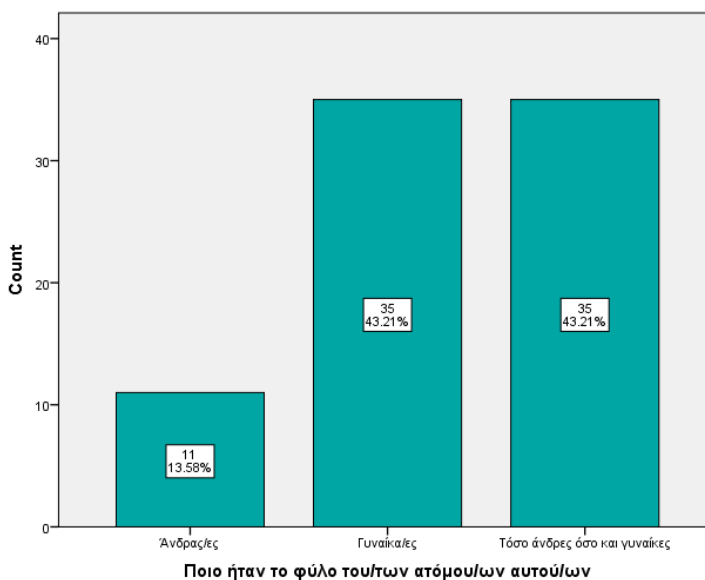
Στον επόμενο πίνακα (ερώτηση πολλαπλών απαντήσεων) αναφέρονται τα αποτελέσματα για την επαγγελματική βαθμίδα όσων ασκούσαν ψυχολογική παρενόχληση. Η πρώτη στήλη (N) υποδεικνύει πόσοι ερωτηθέντες ανέφεραν κάθε κατηγορία επαγγελματικής βαθμίδας. Στην ερώτηση αυτή υπάρχουν επίσης δύο είδη ποσοστών: % και % of cases. Το πρώτο χρησιμοποιεί το σύνολο των απαντήσεων (responses) που εδόθησαν (n=123), ως base value, ενώ το άλλο, χρησιμοποιεί το πλήθος των ερωτώμενων που έδωσαν απάντηση στην ερώτηση αυτή το οποίο και έχει περισσότερο νόημα να αναφέρεται. Για παράδειγμα, το 63.5% των ερωτώμενων (στην ουσία των αποκρινόμενων-cases) δέχθηκαν ψυχολογική παρενόχληση, μεταξύ άλλων, από συνάδελφο (για αυτό το λόγο και το συνολικό ποσοστό υπερβαίνει το 100%). Το οποίο αποτελεί το 43.9% του συνόλου των απαντήσεων (**πίνακας 11**).

Πίνακας 11: Επαγγελματική βαθμίδα όσων ασκούσαν ψυχολογική παρενόχληση

	Απαντήσεις		Ποσοστό των υποθέσεων
	N	Ποσοστό	
Συνάδελφος/οι	54	43.9%	63.5%
Προϊστάμενος/οι ή άτομο/α που κατείχε/αν υψηλότερη θέση στην ιεραρχία από εσάς	54	43.9%	63.5%
Υφιστάμενος/οι	15	12.2%	17.6%
Σύνολο	123	100.0%	144.7%

Επίσης, αναφορικά με το φύλο των ατόμων που ασκούσαν ψυχολογική παρενόχληση το 11(13.58%) ήταν άνδρες, το 35(43.21%) γυναίκες και το 35(43.21%) ήταν τόσο άνδρες όσο και γυναίκες (γράφημα 3). Επίσης, η διάμεση τιμή του αριθμού των ατόμων που ήταν εναντίον όσων δέχθηκαν ψυχολογική παρενόχληση κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής ήταν 2 (IQR=2).

Γράφημα 3: Κατανομή του φύλου αυτών που ασκούσαν ψυχολογική παρενόχληση



Συνεχίζουμε με τον επόμενο πίνακα, ο οποίος αφορά την ερώτηση (πολλαπλής επιλογής) με ποια άτομα είχαν μιλήσει για αυτά τα προβλήματα. Το 68.3% των αποκρινόμενων, ανέφεραν ότι, μεταξύ άλλων, είχαν μιλήσει με «Συνάδελφο» τους και το 48.8% με «Φίλους ή γνωστούς εκτός του χώρου εργασίας» (πίνακας 12)

Πίνακας 12: Με ποιά άτομα μιλήσατε για αυτά τα προβλήματα;

	Απαντήσεις		Ποσοστό των υποθέσεων
	N	Ποσοστό	
Συνάδελφο	56	26.7%	68.3%
Προϊστάμενο	22	10.5%	26.8%
Υπεύθυνο προσωπικού /διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού	5	2.4%	6.1%
Εκπρόσωπο προσωπικού, συνδικαλιστή	3	1.4%	3.7%
Επιθεωρητή εργασίας, επίτροπο διοίκησης	2	1.0%	2.4%
Δικηγόρο	7	3.3%	8.5%
Ιατρό προσωπικού	5	2.4%	6.1%
Άλλο ιατρό	5	2.4%	6.1%
Κοινωνικό/η λειτουργό	7	3.3%	8.5%
Νοσηλεύτη/ τρια	21	10.0%	25.6%
Φίλους ή γνωστούς εκτός του χώρου εργασίας	40	19.0%	48.8%
Μέλη της οικογένειας, συγγενείς	35	16.7%	42.7%
Άλλο άτομο	2	1.0%	2.4%
Σύνολο	210	100.0%	256.1%

Επίσης, μόνο 2 άτομα από τους ερωτώμενους ανέφεραν ότι δεν είχαν κάποιο άτομο στο οποίο μπορούσαν να απευθυνθούν αλλά θα ήθελαν να είχαν, ενώ 3 άτομα ανέφεραν ότι δεν είχαν κάποιο άτομο στο οποίο μπορούσαν να απευθυνθούν, ούτε το είχαν ανάγκη.

Αναφορικά τώρα με τη χρήση του ορισμού «*Η ψυχολογική παρενόχληση στην εργασία μπορεί να ορισθεί ως η κατάσταση εκείνη στην οποία ένα άτομο υφίσταται εχθρικές συμπεριφορές από ένα ή περισσότερα άτομα στο εργασιακό του περιβάλλον, τα οποία με τρόπο συνεχή και επανειλημμένο επιχειρούν να το πληγώνουν, να το καταπιέζουν, να το κακομεταχειρίζονται ή ακόμα να το αποκλείουν ή να το απομονώνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα*», 36 άτομα (16.9%) δήλωσαν ότι έχουν υποστεί ψυχολογική παρενόχληση στην εργασία τους τελευταίους 12 μήνες. Η συμπεριφορά αυτή αποδόθηκε κατά κύριο λόγο, μεταξύ άλλων, σε προβλήματα ανταγωνισμού μεταξύ των ατόμων (60.9%) και σε ζήλεια (58.7%), (πίνακας 13).

Πίνακας 13: Αίτια πρόκλησης εχθρικών συμπεριφορών στο χώρο εργασίας

	Απαντήσεις		Ποσοστό των υποθέσεων
	N	Ποσοστό	
Στη γενικά κακή ατμόσφαιρα της εργασίας	24	17.0%	52.2%
Στην κακή οργάνωση της εργασίας	18	12.8%	39.1%
Σε προβλήματα διοίκησης, τοποθέτησης σε θέση εργασίας	20	14.2%	43.5%
Σε προβλήματα ανταγωνισμού μεταξύ των ατόμων	28	19.9%	60.9%
Σε ζήλεια	27	19.1%	58.7%
Σε σύγκρουση ή ανεπίλυτη εργασιακή διαφορά	10	7.1%	21.7%
Γιατί θέλουν να με κάνουν να εγκαταλείψω τη δουλειά μου	3	2.1%	6.5%
Γιατί είμαι διαφορετικός/η από τους άλλους λόγω της ηλικίας μου	1	0.7%	2.2%
Γιατί είμαι διαφορετικός/η από τους άλλους λόγω της εθνικότητας μου	1	0.7%	2.2%
Γιατί είμαι διαφορετικός/η από τους άλλους λόγω κάποιας αδυναμίας μου	4	2.8%	8.7%
Γιατί είμαι διαφορετικός/η από τους άλλους λόγω: δεν γνωρίζω	1	0.7%	2.2%
Γιατί είμαι διαφορετικός/η από τους άλλους λόγω: άλλο	4	2.8%	8.7%
Σύνολο	141	100.0%	306.5%

Τέλος, το 30.0% των ατόμων του πληθυσμού μελέτης ανέφεραν ότι έχουν αντιληφθεί άσκηση ψυχολογικής παρενόχλησης εναντίον κάποιου άλλου ατόμου στον εργασιακό τους χώρο τους τελευταίους 12 μήνες.

Πίνακας 14: Έκθεση σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες και σχέση με χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη

Χαρακτηριστικά		Όχι n (%)	Ναι n (%)	χ^2 δοκιμασία	p-value
Φύλο	<i>Ανδρας</i>	14 (60.9)	9 (39.1)	0.312	0.576
	<i>Γυναίκα</i>	104 (54.7)	86 (45.3)		
Ηλικία	≤ 30	3 (25.0)	9 (75.0)	5.369	0.068
	31-45	70 (55.1)	57 (44.9)		
	46+	45 (60.8)	29 (39.2)		
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Εγγαμος/η</i>	95 (59.4)	64 (40.6)	4.287	0.121*
	<i>Άγαμος/η</i>	21 (42.9)	28 (57.1)		
	<i>Διαζευγμένος/η</i>	2 (50.0)	2 (50.0)		
Εκπαιδευτικό επίπεδο	<i>Απόφοιτος/η λυκείου ΕΠΑΛ, ΙΕΚ</i>	26 (60.5)	17 (39.5)	5.825	0.120
	<i>Απόφοιτος/η ΤΕΙ</i>	77 (55.8)	61 (44.2)		
	<i>Απόφοιτος/η ΑΕΙ</i>	9 (69.2)	4 (30.8)		
	<i>Μεταπτυχιακό και απόφοιτος ΤΕΙ/ Κάτοχος Μεταπτυχιακό και απόφοιτος ΑΕΙ/ Κάτοχος νοσηλευτικής ειδικότητας</i>	6 (31.6)	13 (68.4)		
Χρόνια στην υπηρεσία	≤ 5	8 (42.1)	11 (57.9)	4.173	0.124
	6-10	25 (47.2)	28 (52.8)		
	11+	85 (60.3)	56 (39.7)		
Χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεστε τώρα	≤ 5	39 (52.7)	35 (47.3)	1.643	0.440
	6-10	37 (52.1)	34 (47.9)		
	11+	42 (61.8)	26 (38.2)		

χ^2 δοκιμασία

* Ακριβή δοκιμασία του Fisher

Δεν προέκυψαν γενικά σημαντικές συσχετίσεις εκτός αυτών του STAI-ενότητα 2 και της κλίμακας Battle, με τα χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζονται τώρα ($p=0.037$ και $p=0.044$ αντίστοιχα) για το συνολικό πληθυσμό μελέτης (**πίνακας 15**).

Πίνακας 15: Συσχετίσεις κλιμάκων με ηλικία, χρόνια στην υπηρεσία, χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα τωρινής εργασίας και εκπαιδευτικό επίπεδο

		STAI Ενότητα 1	STAI Ενότητα 2	STAI Ενότητα 1 & 2 Συνολικό άγχος	Hamilton	Battle
Ηλικία (έτη)	r_s	-0.014	-0.064	-0.043	0.046	0.082
	p-value	0.839	0.353	0.533	0.509	0.235
Χρόνια στην υπηρεσία	r_s	-0.043	-0.086	-0.071	0.002	0.125
	p-value	0.533	0.213	0.303	0.981	0.068
Χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεστε τώρα	r_s	-0.062	-0.143	-0.113	-0.082	0.138
	p-value	0.368	0.037	0.101	0.233	0.044
Εκπαιδευτικό επίπεδο	r_s	0.041	0.004	0.021	-0.044	0.120
	p-value	0.554	0.955	0.763	0.526	0.081

Συσχέτιση Spearman r_s

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, προκύπτει ο παρακάτω πίνακας βάσει του ελέγχου Kruskal-Wallis, όπου δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

Πίνακας 16: Διερεύνηση στατιστικά σημαντικής διαφοράς των κλιμάκων, στα διάφορα επίπεδα οικογενειακής κατάστασης

	Οικογενειακή κατάσταση	N	Μέσος όρος κατάταξης	p-value
STAI Ενότητα 1	Έγγαμος /η	160	106.07	0.876
	Άγαμος/ η	49	110.62	
	Διαζευγμένος/η	4	100.00	
	Σύνολο	213		
STAI Ενότητα 2	Έγγαμος /η	160	104.06	0.484
	Άγαμος/ η	49	116.18	
	Διαζευγμένος/η	4	112.25	
	Σύνολο	213		
STAI Ενότητα 1 & 2 Συνολικό Άγχος	Έγγαμος /η	160	105.00	0.708
	Άγαμος/ η	49	113.43	
	Διαζευγμένος/η	4	108.13	
	Σύνολο	213		
Hamilton	Έγγαμος /η	160	104.75	0.218
	Άγαμος/ η	49	117.36	
	Διαζευγμένος/η	4	70.00	
	Σύνολο	213		
Battle	Έγγαμος /η	160	109.56	0.239
	Άγαμος/ η	49	96.48	
	Διαζευγμένος/η	4	133.38	
	Σύνολο	213		

Δοκιμασία Kruskal-Wallis

Πίνακας 17: Διερεύνηση στατιστικά σημαντικής διαφοράς των κλιμάκων ως προς το φύλο

	Φύλο	N	Μέσος όρος κατάταξης	p-value
STAI Ενότητα 1	Άνδρας	23	95.20	
	Γυναίκα	190	108.43	0.329
	Σύνολο	213		
STAI Ενότητα 2	Άνδρας	23	74.61	
	Γυναίκα	190	110.92	0.007
	Σύνολο	213		
STAI Ενότητα 1 & 2, Συνολικό άγχος	Άνδρας	23	85.15	
	Γυναίκα	190	109.64	0.073
	Σύνολο	213		
Hamilton	Άνδρας	23	81.20	
	Γυναίκα	190	110.12	0.034
	Σύνολο	213		
Battle	Άνδρας	23	131.85	
	Γυναίκα	190	103.99	0.028
	Σύνολο	213		

Δοκιμασία Mann -Whitney

Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα παρατηρούνται στις κλίμακες STAI-Ενότητα 2 με $p=0.007$ και τις γυναίκες να παρουσιάζουν υψηλότερα scores της κλίμακας, Hamilton με $p=0.034$ με τις γυναίκες ξανά να παρουσιάζουν υψηλότερα scores και τέλος στην κλίμακα Battle με $p=0.028$ και τους άνδρες να παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές αυτής .

Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζεται ο έλεγχος συσχέτισης του Pearson για τις εξεταζόμενες κλίμακες, με ηλικία, χρόνια υπηρεσίας, χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα και εκπαιδευτικό επίπεδο. Όταν η τιμή (sig.) είναι μικρότερη του 0.05 τότε υπάρχει στατιστική σημαντικότητα. Θετικές τιμές του συντελεστή Pearson, συνεπάγεται ότι η αύξηση της μιας μεταβλητής τείνει να οδηγεί σε αύξηση των τιμών της άλλης.

Είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί διερεύνηση του κατά πόσο η ηλικία του νοσηλευτικού προσωπικού, επηρεάζει τις συσχετίσεις μεταξύ της αυτοεκτίμηση, της παρουσία άγχους και της ένταση των συμπτωμάτων του άγχους. Έγινε αναζήτηση γραμμικών συσχετίσεων και προσπάθεια να εκτιμηθούν οι συντελεστές συσχέτισης και παράλληλα έλεγχος κατά πόσο τα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά. Σύμφωνα με τον **πίνακα 18** προκύπτει ότι η ηλικία σχετίζεται θετικά με τη Γενική, Προσωπική, και Συνολική αυτοεκτίμηση. Επιπλέον, σχετίζεται θετικά η ηλικία με την ένταση των συμπτωμάτων του άγχους. Αύξηση της ηλικίας τείνει να οδηγεί σε αύξηση της Γενικής,

Προσωπικής, Συνολικής αυτοεκτίμησης και της ένταση των συμπτωμάτων του άγχους. Δεν σχετίζεται θετικά η ηλικία με το παροδικό, μόνιμο, συνολικό άγχος και την κοινωνική αυτοεκτίμηση. Σε σχέση τώρα με τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ του άγχος (κλίμακες Spielberger και Hamilton) και της αυτοεκτίμηση (κλίμακα του Battle) με την ηλικία δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα (Sig. (2-tailed) < 0.05).

Πίνακας 18: Συσχετίσεις κλιμάκων με ηλικία

		Ηλικία (έτη)
STAI Ενότητα 1	Συσχέτιση Pearson	-.015
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.830
	N	213
STAI Ενότητα 2	Συσχέτιση Pearson	-.044
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.527
	N	213
STAI Ενότητα 1 & 2 Συνολικό άγχος	Συσχέτιση Pearson	-.031
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.653
	N	213
Battle-Γενική αυτοεκτίμηση	Συσχέτιση Pearson	.093
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.177
	N	213
Battle- Κοινωνική αυτοεκτίμηση	Συσχέτιση Pearson	-.011
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.875
	N	213
Battle- Προσωπική αυτοεκτίμηση	Συσχέτιση Pearson	.081
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.241
	N	213
Battle-Κλίμακα ψεύδους	Συσχέτιση Pearson	-.128
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.063
	N	213
Battle-Συνολική αυτοεκτίμηση	Συσχέτιση Pearson	.081
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.239
	N	213
Hamilton συνολική τιμή	Συσχέτιση Pearson	.054
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.430
	N	213

Αναφορικά με τα χρόνια εργασίας στην υπηρεσία από τον **πίνακα 19** φαίνεται ότι τα χρόνια εργασίας σχετίζονται θετικά με τη Γενική, Κοινωνική, Προσωπική, και Συνολική αυτοεκτίμηση. Αύξηση των χρόνων εργασίας τείνει να οδηγεί σε αύξηση της

Γενικής, Κοινωνικής, Προσωπικής και Συνολικής αυτοεκτίμησης. Δεν σχετίζεται θετικά η ηλικία με το παροδικό, μόνιμο, συνολικό άγχος καθώς και την ένταση των συμπτωμάτων του άγχους. Με τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ του άγχους (κλίμακες Spielberger και Hamilton) και της αυτοεκτίμησης (κλίμακα του Battle) με τα χρόνια εργασίας παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα μόνο με τη Γενική αυτοεκτίμηση (Sig. (2-tailed) < 0.05).

Πίνακας 19: Συσχετίσεις κλιμάκων με χρόνια στην υπηρεσία, για το συνολικό πληθυσμό μελέτης

		Χρόνια υπηρεσίας
STAI Ενότητα 1	Συσχέτιση Pearson	-.054
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.431
	N	213
STAI Ενότητα 2	Συσχέτιση Pearson	-.082
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.236
	N	213
STAI Ενότητα 1 & 2 Συνολικό άγχος	Συσχέτιση Pearson	-.073
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.292
	N	213
Battle -Γενική αυτοεκτίμηση	Συσχέτιση Pearson	.138
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.044
	N	213
Battle - Κοινωνική αυτοεκτίμηση	Συσχέτιση Pearson	.048
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.485
	N	213
Battle - Προσωπική αυτοεκτίμηση	Συσχέτιση Pearson	.087
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.205
	N	213
Battle - Κλίμακα ψεύδους	Συσχέτιση Pearson	-.068
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.323
	N	213
Battle - Συνολική αυτοεκτίμηση	Συσχέτιση Pearson	.124
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.071
	N	213
Hamilton συνολική τιμή	Συσχέτιση Pearson	-.015
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.827
	N	213

Αναφορικά με τα χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό τώρα, προκύπτει ο παρακάτω πίνακας όπου παρατηρούνται στατιστικά

σημαντικά αποτελέσματα μόνο με το μόνιμο άγχος, την Προσωπική και Συνολική αυτοεκτίμηση με ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς 0,05 (Sig. (2-tailed)<0,05). Αύξηση των χρόνων υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό τώρα οδηγεί σε αύξηση της Γενικής, Κοινωνικής, Προσωπικής και Συνολικής αυτοεκτίμησης.

Πίνακας 20: Συσχετίσεις κλιμάκων με χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα, για το συνολικό πληθυσμό μελέτης

		Χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεστε τώρα
STAI Ενότητα 1	Συσχέτιση Pearson	-.077
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.265
	N	213
STAI Ενότητα 2	Συσχέτιση Pearson	-.149
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.030
	N	213
STAI Ενότητα 1 & 2 Συνολικό άγχος	Συσχέτιση Pearson	-.120
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.080
	N	213
Battle-Γενική αυτοεκτίμηση	Συσχέτιση Pearson	.123
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.073
	N	213
Battle-Κοινωνική αυτοεκτίμηση	Συσχέτιση Pearson	.108
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.115
	N	213
Battle - Προσωπική αυτοεκτίμηση	Συσχέτιση Pearson	.144
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.036
	N	213
Battle - Κλίμακα ψεύδους	Συσχέτιση Pearson	.022
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.744
	N	213
Battle-Συνολική αυτοεκτίμηση	Συσχέτιση Pearson	.155
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.024
	N	213
Hamilton συνολική τιμή	Συσχέτιση Pearson	-.079
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.249
	N	213

Σχετικά με τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ του άγχους (κλίμακες Spielberger και Hamilton) και της αυτοεκτίμηση (κλίμακα του Battle) με το

εκπαιδευτικό επίπεδο παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα μόνο με τη Προσωπική αυτοεκτίμηση με ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς < 0.05 (Sig. (2-tailed) < 0.05). Αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου οδηγεί σε αύξηση του προσωρινού άγχους, της Γενικής, Κοινωνικής, Προσωπικής και Συνολικής αυτοεκτίμησης.

Πίνακας 21: Συσχετίσεις κλιμάκων με εκπαιδευτικό επίπεδο, για το συνολικό πληθυσμό μελέτης

		Εκπαιδευτικό επίπεδο
STAI ΕΝΟΤΗΤΑ 1	Συσχέτιση Pearson	.020
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.769
	N	213
STAI ΕΝΟΤΗΤΑ 2	Συσχέτιση Pearson	-.022
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.753
	N	213
STAI ΕΝΟΤΗΤΑ 1 & 2 Συνολικό άγχος	Συσχέτιση Pearson	.000
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.999
	N	213
Battle-Γενική αυτοεκτίμηση	Συσχέτιση Pearson	.092
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.183
	N	213
Battle- Κοινωνική αυτοεκτίμηση	Συσχέτιση Pearson	.060
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.386
	N	213
Battle- Προσωπική αυτοεκτίμηση	Συσχέτιση Pearson	.148
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.031
	N	213
Battle-Κλίμακα ψεύδους	Συσχέτιση Pearson	.045
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.512
	N	213
Battle-Συνολική αυτοεκτίμηση	Συσχέτιση Pearson	.126
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.066
	N	213
Hamilton Συνολική βαθμολογία	Συσχέτιση Pearson	-.038
	Ακριβές επίπεδο σημαντικότητας διπλής ουράς	.585
	N	213

Υπολογίζουμε την παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (p-value) στους πίνακες που ακολουθούν με τη μέθοδο προσομοίωσης Monte Carlo (Monte-Carlo sig. (2-sided)).

Σε μεγάλο ποσοστό 28(37.8%) το νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού πληθυσμού της μελέτης, εμφανίζει ήπια συμπτώματα αγχώδης διάθεσης τα οποία συνδέονται με το πόσο συχνά το νοσηλευτικό προσωπικό έχει έλθει αντιμέτωπος με μία ή περισσότερες από τις 45 μορφές παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες ($p < 0,011$). Επιπλέον, σχετίζονται θετικά τα ήπιας έντασης συμπτώματα αγχώδης διάθεσης, τα ήπιας έντασης γενικά συμπτώματα από το μυϊκό σύστημα και τα μέτριας έντασης γνωσιακά προβλήματα με την έκθεση σε μια από τις 45 μορφές παρενόχλησης για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα ($p < 0,002$, $p < 0,014$ και $p < 0,003$ αντίστοιχα).

Αναφορικά τώρα με τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ των ήπιας έντασης συμπτωμάτων αϋπνίας και της οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε να υπάρχει θετική συσχέτιση ($p < 0,026$). Σε μεγάλο ποσοστό το νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού πληθυσμού μελέτης εμφανίζει ήπιας έντασης συμπτώματα αγχώδης διάθεσης η οποία συνδέεται με το φύλο του νοσηλευτικού προσωπικού ($p < 0,034$). Επιπρόσθετα, εμφανίζονται ήπιας έντασης καρδιαγγειακά συμπτώματα τα οποία συνδέονται με τα χρόνια προϋπηρεσίας ($p < 0,029$).

Τέλος, οι συσχετίσεις του συνολικού σκορ της αυτοεκτίμησης (συνολική αυτοεκτίμησης) με τα ήπιας έντασης γενικά συμπτωμάτων από το μυϊκό σύστημα, τα ήπιας έντασης καρδιαγγειακά συμπτώματα, τα ήπιας έντασης γνωσιακά προβλήματα, τις ήπιες έντασης φοβίες, τα ήπιας έντασης συμπτώματα αγχώδης διάθεσης και τα ήπιας έντασης συμπτώματα αϋπνίας έδειξαν στατιστική σημαντική διαφορά ($p < 0,001$, $p < 0,000$, $p < 0,001$, $p < 0,000$, $p < 0,000$ και $p < 0,002$ αντίστοιχα).

Πίνακας 22: Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ της αγχώδους διάθεσης και της συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης

		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ					Σύνολο
		Πολύ χαμηλή	Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Πολύ υψηλή	
Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	1	3	24	10	13	51
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	2.0%	5.9%	47.1%	19.6%	25.5%	100.0%
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	5.9%	8.1%	21.8%	31.3%	76.5%	23.9%
Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	13	37	15	4	72
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	4.2%	18.1%	51.4%	20.8%	5.6%	100.0%
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	17.6%	35.1%	33.6%	46.9%	23.5%	33.8%
Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	7	12	35	5	0	59
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	11.9%	20.3%	59.3%	8.5%	0.0%	100.0%
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	41.2%	32.4%	31.8%	15.6%	0.0%	27.7%
Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	7	12	2	0	24
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	12.5%	29.2%	50.0%	8.3%	0.0%	100.0%
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	17.6%	18.9%	10.9%	6.3%	0.0%	11.3%
Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	2	2	0	0	7
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	42.9%	28.6%	28.6%	0.0%	0.0%	100.0%
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	17.6%	5.4%	1.8%	0.0%	0.0%	3.3%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	17	37	110	32	17	213
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	8.0%	17.4%	51.6%	15.0%	8.0%	100.0%
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο Όριο	Ανώτατο όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	57.349a	16	0	.000b	0	0			
Αναλογία πιθανότητας	55.236	16	0	.000b	0	0			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	47.247			.000b	0	0			
Linear-by-Linear Association γραμμική συσχέτιση	39.701c	1	0	.000b	0	0	.000b	0	0
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 13 κελιά (52,0%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι 0,56.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι -6.301

Πίνακας 23: Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ της αγχώδους διάθεσης και με το κατά πόσο συχνά έχει έλθει αντιμέτωπο το νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού πληθυσμού μελέτης με μία ή περισσότερες από τις καταστάσεις παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες

		Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες;		Σύνολο
		Σπάνια / Τουλάχιστον μια φορά το μήνα	Τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα / Σχεδόν καθημερινά / Καθημερινά	
Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	8	1	9
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	88.9%	11.1%	100.0%
	Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες; (%)	16.0%	4.2%	12.2%
Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	20	8	28
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	71.4%	28.6%	100.0%
	Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες; (%)	40.0%	33.3%	37.8%
Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	18	6	24
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	75.0%	25.0%	100.0%
	Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες; (%)	36.0%	25.0%	32.4%
Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	4	6	10
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	40.0%	60.0%	100.0%
	Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες; (%)	8.0%	25.0%	13.5%
Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	0	3	3
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	0.0%	100.0%	100.0%
	Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες; (%)	0.0%	12.5%	4.1%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	50	24	74
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	67.6%	32.4%	100.0%
	Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες; (%)	100.0%	100.0%	100.0%

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα Εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο Όριο	Ανώτατο όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	12.381 ^a	4	.015	.011 ^b	.009	.014			
Αναλογία πιθανότητας	13.018	4	.011	.018 ^b	.014	.021			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	10.929			.018 ^b	.014	.021			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	8.388 ^c	1	.004	.004 ^b	.003	.006	.003 ^b	.002	.005
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	74								

α. Τα 4 κελιά (40,0%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι 0,97.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι 2.896.

Πίνακας 24: Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ της αγχώδους διάθεσης και με το κατά πόσο συχνά έχει έλθει αντιμέτωπο το νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού πληθυσμού μελέτης με τουλάχιστον μία από τις 45 καταστάσεις παρενόχλησης μια φορά την εβδομάδα

		Πλήθος μορφών εργασιακής παρενόχλησης (τουλάχιστον μία από τις 45 καταστάσεις παρενόχλησης, για τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα)			Σύνολο	
		.00	1.00	2.00		
ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	38	12	1	51
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	74.5%	23.5%	2.0%	100.0%
		Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα (%)	32.2%	16.9%	4.2%	23.9%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	39	25	8	72
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	54.2%	34.7%	11.1%	100.0%
		Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα (%)	33.1%	35.2%	33.3%	33.8%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	26	27	6	59
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	44.1%	45.8%	10.2%	100.0%
		Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα (%)	22.0%	38.0%	25.0%	27.7%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	12	6	6	24
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	50.0%	25.0%	25.0%	100.0%
		Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα (%)	10.2%	8.5%	25.0%	11.3%
	Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	1	3	7
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	42.9%	14.3%	42.9%	100.0%
		Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα (%)	2.5%	1.4%	12.5%	3.3%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	118	71	24	213	
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	55.4%	33.3%	11.3%	100.0%	
	Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο Όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	24.784 ^a	8	.002	.002 ^b	.001	.003			
Αναλογία πιθανότητας	23.145	8	.003	.004 ^b	.002	.006			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	22.518			.002 ^b	.001	.003			
Linear-by-Linear Association	13.289 ^c	1	.000	.000 ^b	.000	.001	.000 ^b	.000	.000
Γραμμική συσχέτιση									
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 4 κελιά (26,7%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι 0,79.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι 3.645.

Πίνακας 25: Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ της αγχώδους διάθεσης και φύλου του νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού της μελέτης

			Φύλο		Σύνολο
			Άνδρας	Γυναίκα	
ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	11	40	51
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	21.6%	78.4%	100.0%
		Φύλο (%)	47.8%	21.1%	23.9%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	6	66	72
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	8.3%	91.7%	100.0%
		Φύλο (%)	26.1%	34.7%	33.8%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	6	53	59
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	10.2%	89.8%	100.0%
		Φύλο (%)	26.1%	27.9%	27.7%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	0	24	24
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	0.0%	100.0%	100.0%
		Φύλο (%)	0.0%	12.6%	11.3%
	Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	0	7	7
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	0.0%	100.0%	100.0%
		Φύλο (%)	0.0%	3.7%	3.3%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	23	190	213	
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	10.8%	89.2%	100.0%	
	Φύλο (%)	100.0%	100.0%	100.0%	

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο Όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	10.373a	4	.035	.034b	.029	.038			
Αναλογία πιθανότητας	12.525	4	.014	.012b	.010	.015			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	8.748			.050b	.045	.056			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	7.596c	1	.006	.008b	.006	.011	.004b	.003	.006
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 2 κελιά (20,0%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι 0,76.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι 2.756.

Πίνακας 26: Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ φοβιών και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού της μελέτης

		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ					Σύνολο	
		Πολύ χαμηλή	Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Πολύ υψηλή		
ΦΟΒΙΕΣ	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	17	78	28	15	141
		ΦΟΒΙΕΣ (%)	2.1%	12.1%	55.3%	19.9%	10.6%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	17.6%	45.9%	70.9%	87.5%	88.2%	66.2%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	6	11	23	3	1	44
		ΦΟΒΙΕΣ (%)	13.6%	25.0%	52.3%	6.8%	2.3%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	35.3%	29.7%	20.9%	9.4%	5.9%	20.7%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	5	5	5	1	0	16
		ΦΟΒΙΕΣ (%)	31.3%	31.3%	31.3%	6.3%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	29.4%	13.5%	4.5%	3.1%	0.0%	7.5%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	2	4	2	0	1	9
		ΦΟΒΙΕΣ (%)	22.2%	44.4%	22.2%	0.0%	11.1%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	11.8%	10.8%	1.8%	0.0%	5.9%	4.2%
	Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	1	0	2	0	0	3
		ΦΟΒΙΕΣ (%)	33.3%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	5.9%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	1.4%
	Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	17	37	110	32	17	213
		ΦΟΒΙΕΣ (%)	8.0%	17.4%	51.6%	15.0%	8.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο Όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	47.992 ^a	16	.000	.000 ^b	.000	.001			
Αναλογία πιθανότητας	47.891	16	.000	.000 ^b	.000	.000			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	43.664			.000 ^b	.000	.000			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	28.411 ^c	1	.000	.000 ^b	.000	.000	.000 ^b	.000	.000
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 16 κελιά (64,0%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι 0,24.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι -5.330.

Πίνακας 27: Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ αύπνιας και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού της μελέτης

		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ					Σύνολο	
		Πολύ χαμηλή	Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Πολύ υψηλή		
ΑΨΠΝΙΑ	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	13	58	20	14	108
		ΑΨΠΝΙΑ (%)	2.8%	12.0%	53.7%	18.5%	13.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	17.6%	35.1%	52.7%	62.5%	82.4%	50.7%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	11	26	9	2	51
		ΑΨΠΝΙΑ (%)	5.9%	21.6%	51.0%	17.6%	3.9%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	17.6%	29.7%	23.6%	28.1%	11.8%	23.9%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	6	6	18	2	1	33
		ΑΨΠΝΙΑ (%)	18.2%	18.2%	54.5%	6.1%	3.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	35.3%	16.2%	16.4%	6.3%	5.9%	15.5%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	2	5	6	1	0	14
		ΑΨΠΝΙΑ (%)	14.3%	35.7%	42.9%	7.1%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	11.8%	13.5%	5.5%	3.1%	0.0%	6.6%
	Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	2	2	0	0	7
		ΑΨΠΝΙΑ (%)	42.9%	28.6%	28.6%	0.0%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	17.6%	5.4%	1.8%	0.0%	0.0%	3.3%
	Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	17	37	110	32	17	213
		ΑΨΠΝΙΑ (%)	8.0%	17.4%	51.6%	15.0%	8.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο Όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	37.814 ^a	16	.002	.002 ^b	.001	.004			
Αναλογία πιθανότητας	35.276	16	.004	.006 ^b	.004	.008			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	30.879			.004 ^b	.002	.006			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	28.165 ^c	1	.000	.000 ^b	.000	.000	.000 ^b	.000	.000
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 14 κελιά (56,0%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι 0,56.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι -5.307

Πίνακας 28: Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ αϋπνίας και οικογενειακής κατάστασης του νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης

		Οικογενειακή κατάσταση			Σύνολο	
		Έγγαμος /η	Άγαμος/ η	Διαζευγμένος/η		
ΑΨΠΝΙΑ	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	87	18	3	108
		ΑΨΠΝΙΑ (%)	80.6%	16.7%	2.8%	100.0%
		Οικογενειακή κατάσταση (%)	54.4%	36.7%	75.0%	50.7%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	42	8	1	51
		ΑΨΠΝΙΑ (%)	82.4%	15.7%	2.0%	100.0%
		Οικογενειακή κατάσταση (%)	26.3%	16.3%	25.0%	23.9%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	17	16	0	33
		ΑΨΠΝΙΑ (%)	51.5%	48.5%	0.0%	100.0%
		Οικογενειακή κατάσταση (%)	10.6%	32.7%	0.0%	15.5%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	9	5	0	14
		ΑΨΠΝΙΑ (%)	64.3%	35.7%	0.0%	100.0%
		Οικογενειακή κατάσταση (%)	5.6%	10.2%	0.0%	6.6%
	Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	5	2	0	7
		ΑΨΠΝΙΑ (%)	71.4%	28.6%	0.0%	100.0%
		Οικογενειακή κατάσταση (%)	3.1%	4.1%	0.0%	3.3%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	160	49	4	213	
	ΑΨΠΝΙΑ (%)	75.1%	23.0%	1.9%	100.0%	
	Οικογενειακή κατάσταση (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο όριο	Ανώτατο Όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	18.405 ^a	8	.018	.026 ^b	.022	.030			
Αναλογία πιθανότητας	17.586	8	.025	.020 ^b	.016	.024			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	16.976			.014 ^b	.011	.017			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	3.712 ^c	1	.054	.058 ^b	.052	.064	.033 ^b	.028	.038
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 7 κελιά (46,7%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι 0,13.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι 1.927

Πίνακας 29: Έλεγχος συσχέτισης γνωσιακών προβλημάτων και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης

		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ					Σύνολο	
		Πολύ χαμηλή	Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Πολύ υψηλή		
ΓΝΩΣΙΑΚΑ	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	4	10	46	23	13	96
		ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	4.2%	10.4%	47.9%	24.0%	13.5%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	23.5%	27.0%	41.8%	71.9%	76.5%	45.1%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	1	14	35	4	3	57
		ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	1.8%	24.6%	61.4%	7.0%	5.3%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	5.9%	37.8%	31.8%	12.5%	17.6%	26.8%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	8	8	20	4	1	41
		ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	19.5%	19.5%	48.8%	9.8%	2.4%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	47.1%	21.6%	18.2%	12.5%	5.9%	19.2%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	2	2	7	1	0	12
		ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	16.7%	16.7%	58.3%	8.3%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	11.8%	5.4%	6.4%	3.1%	0.0%	5.6%
	Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	2	3	2	0	0	7
		ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	28.6%	42.9%	28.6%	0.0%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	11.8%	8.1%	1.8%	0.0%	0.0%	3.3%
	Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	17	37	110	32	17	213
		ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	8.0%	17.4%	51.6%	15.0%	8.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο Όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	42.541 ^a	16	.000	.001b	.000	.002			
Αναλογία πιθανότητας	42.610	16	.000	.000 ^b	.000	.001			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	37.514			.000 ^b	.000	.001			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	26.911 ^c	1	.000	.000 ^b	.000	.000	.000 ^b	.000	.000
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 13 κελιά (52,0%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι 0,56.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι -5.188.

Πίνακας 30: Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ γνωσιακών προβλημάτων και με το κατά πόσο συχνά έχει έλθει αντιμέτωπο το νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού πληθυσμού μελέτης με τουλάχιστον μία από τις 45 καταστάσεις παρενόχλησης μια φορά την εβδομάδα

		Τουλάχιστον μια από τις 45 καταστάσεις παρενόχλησης, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα			
		.00	1.00	2.00	Σύνολο
ΓΝΩΣΙΑΚΑ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	62	29	5	96
	Καθόλου ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	64.6%	30.2%	5.2%	100.0%
	Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	52.5%	40.8%	20.8%	45.1%
	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	32	19	6	57
	Ήπια ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	56.1%	33.3%	10.5%	100.0%
	Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	27.1%	26.8%	25.0%	26.8%
	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	14	17	10	41
	Μέτρια ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	34.1%	41.5%	24.4%	100.0%
	Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	11.9%	23.9%	41.7%	19.2%
	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	8	4	0	12
	Σοβαρά ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%
	Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	6.8%	5.6%	0.0%	5.6%
	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	2	2	3	7
	Πολύ Σοβαρά ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	28.6%	28.6%	42.9%	100.0%
	Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	1.7%	2.8%	12.5%	3.3%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	118	71	24	213
	ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	55.4%	33.3%	11.3%	100.0%
	Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο Όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο Όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	24.110 a	8	.002	.003b	.001	.004			
Αναλογία πιθανότητας	22.658	8	.004	.005b	.003	.007			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	21.307			.003b	.002	.005			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	10.791 c	1	.001	.002b	.001	.003	.002b	.001	.003
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 6 κελιά (40,0%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι 0,79.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι 3.285.

Πίνακας 31: Έλεγχος συσχέτισης γενικών σωματικών προβλημάτων (μυϊκό σύστημα) και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης

		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ					Σύνολο	
		Πολύ χαμηλή	Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Πολύ υψηλή		
ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ)	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	2	11	45	19	11	88
		ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	2.3%	12.5%	51.1%	21.6%	12.5%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	11.8%	29.7%	40.9%	59.4%	64.7%	41.3%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	5	8	30	8	5	56
		ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	8.9%	14.3%	53.6%	14.3%	8.9%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	29.4%	21.6%	27.3%	25.0%	29.4%	26.3%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	9	18	4	1	35
		ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	8.6%	25.7%	51.4%	11.4%	2.9%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	17.6%	24.3%	16.4%	12.5%	5.9%	16.4%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	2	8	10	1	0	21
		ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	9.5%	38.1%	47.6%	4.8%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	11.8%	21.6%	9.1%	3.1%	0.0%	9.9%
	Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	5	1	7	0	0	13
		ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	38.5%	7.7%	53.8%	0.0%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	29.4%	2.7%	6.4%	0.0%	0.0%	6.1%
	Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	17	37	110	32	17	213
		ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	8.0%	17.4%	51.6%	15.0%	8.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	40.246 ^a	16	.001	.001b	.000	.001			
Αναλογία πιθανότητας	38.137	16	.001	.002 ^b	.001	.003			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	31.289			.004 ^b	.003	.006			
Linear-by-Linear Association	25.785 ^c	1	.000	.000 ^b	.000	.000	.000 ^b	.000	.000
- γραμμική συσχέτιση									
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 12 κελιά (48,0%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι 1,04.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι -5.078

Πίνακας 32: Έλεγχος συσχέτισης γενικών σωματικών προβλημάτων (μυϊκό σύστημα) και με το κατά πόσο συχνά έχει έλθει αντιμέτωπο το νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού πληθυσμού μελέτης με τουλάχιστον μία από τις 45 καταστάσεις παρενόχλησης μια φορά την εβδομάδα

		Τουλάχιστον μια από τις 45 καταστάσεις παρενόχλησης, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα			Σύνολο	
		.00	1.00	2.00		
ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ)	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	60 68.2%	21 23.9%	7 8.0%	88 100.0%
		Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	50.8%	29.6%	29.2%	41.3%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	30 53.6%	20 35.7%	6 10.7%	56 100.0%
		Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	25.4%	28.2%	25.0%	26.3%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	15 42.9%	17 48.6%	3 8.6%	35 100.0%
		Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	12.7%	23.9%	12.5%	16.4%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	7 33.3%	10 47.6%	4 19.0%	21 100.0%
		Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	5.9%	14.1%	16.7%	9.9%
	Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	6 46.2%	3 23.1%	4 30.8%	13 100.0%
		Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	5.1%	4.2%	16.7%	6.1%
	Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	118 55.4%	71 33.3%	24 11.3%	213 100.0%
		Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο Όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	18.880 ^a	8	.016	.014 ^b	.011	.017			
Αναλογία πιθανότητας	17.465	8	.026	.030 ^b	.026	.035			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	17.968			.013 ^b	.010	.016			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	11.262 ^c	1	.001	.001 ^b	.000	.001	.000 ^b	.000	.001
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 4 κελιά (26,7%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι 1,46.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι 3.356

Πίνακας 33: Έλεγχος συσχέτισης καρδιαγγειακών συμπτωμάτων και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης

			ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ					Σύνολο
			Πολύ χαμηλή	Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Πολύ υψηλή	
ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	5	20	69	21	14	129
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	3.9%	15.5%	53.5%	16.3%	10.9%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	29.4%	54.1%	62.7%	65.6%	82.4%	60.6%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	4	8	26	9	2	49
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	8.2%	16.3%	53.1%	18.4%	4.1%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	23.5%	21.6%	23.6%	28.1%	11.8%	23.0%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	1	7	11	2	1	22
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	4.5%	31.8%	50.0%	9.1%	4.5%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	5.9%	18.9%	10.0%	6.3%	5.9%	10.3%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	4	2	2	0	0	8
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	50.0%	25.0%	25.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	23.5%	5.4%	1.8%	0.0%	0.0%	3.8%
	Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	0	2	0	0	5
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	60.0%	0.0%	40.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	17.6%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	2.3%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	17	37	110	32	17	213	
	ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	8.0%	17.4%	51.6%	15.0%	8.0%	100.0%	
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο Όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο Όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	49.715 ^a	16	.000	.000 ^b	.000	.000			
Αναλογία πιθανότητας	34.398	16	.005	.006 ^b	.004	.008			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	29.032			.006 ^b	.004	.008			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	20.956 ^c	1	.000	.000 ^b	.000	.000	.000 ^b	.000	.000
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 16 κελιά (64,0%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι ,40.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι -4.578.

Πίνακας 34: Έλεγχος συσχέτισης καρδιοαγγειακών συμπτωμάτων και χρόνια προϋπηρεσίας νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης

		ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ			Σύνολο	
		<=5	6-10	11+		
ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	14	31	84	129
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	10.9%	24.0%	65.1%	100.0%
		ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (%)	73.7%	58.5%	59.6%	60.6%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	12	34	49
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	6.1%	24.5%	69.4%	100.0%
		ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (%)	15.8%	22.6%	24.1%	23.0%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	1	2	19	22
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	4.5%	9.1%	86.4%	100.0%
		ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (%)	5.3%	3.8%	13.5%	10.3%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	0	6	2	8
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	0.0%	75.0%	25.0%	100.0%
		ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (%)	0.0%	11.3%	1.4%	3.8%
	Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	1	2	2	5
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	20.0%	40.0%	40.0%	100.0%
		ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (%)	5.3%	3.8%	1.4%	2.3%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	19	53	141	213	
	ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	8.9%	24.9%	66.2%	100.0%	
	ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο Όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	17.643 ^a	8	.024	.029 ^b	.024	.033			
Αναλογία πιθανότητας	16.699	8	.033	.039 ^b	.034	.044			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	15.198			.031 ^b	.026	.035			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	.025 ^c	1	.874	.918 ^b	.911	.925	.461 ^b	.448	.474
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 7 κελιά (46,7%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι ,45.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι -.159.

Πίνακας 35: Έλεγχος συσχέτισης της αγχώδους διάθεσης και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού της μελέτης

		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ					Σύνολο	
		Πολύ χαμηλή	Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Πολύ υψηλή		
ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	1	3	24	10	13	51
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	2.0%	5.9%	47.1%	19.6%	25.5%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	5.9%	8.1%	21.8%	31.3%	76.5%	23.9%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	13	37	15	4	72
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	4.2%	18.1%	51.4%	20.8%	5.6%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	17.6%	35.1%	33.6%	46.9%	23.5%	33.8%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	7	12	35	5	0	59
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	11.9%	20.3%	59.3%	8.5%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	41.2%	32.4%	31.8%	15.6%	0.0%	27.7%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	7	12	2	0	24
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	12.5%	29.2%	50.0%	8.3%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	17.6%	18.9%	10.9%	6.3%	0.0%	11.3%
	Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	2	2	0	0	7
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	42.9%	28.6%	28.6%	0.0%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	17.6%	5.4%	1.8%	0.0%	0.0%	3.3%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	17	37	110	32	17	213	
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	8.0%	17.4%	51.6%	15.0%	8.0%	100.0%	
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο Όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	57.349 ^a	16	.000	.000b	.000	.000			
Αναλογία πιθανότητας	55.236	16	.000	.000 ^b	.000	.000			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	47.247			.000 ^b	.000	.000			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	39.701 ^c	1	.000	.000 ^b	.000	.000	.000 ^b	.000	.000
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 13 κελιά (52,0%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι ,40.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι -6.301.

Πίνακας 36: Έλεγχος συσχέτισης της αγχώδους διάθεσης και με το πόσο συχνά έχει έλθει αντιμέτωπο το νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού πληθυσμού μελέτης με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες

		Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες;			
		Σπάνια / Τουλάχιστον μια φορά το μήνα	Τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα / Σχεδόν καθημερινά / Καθημερινά	Σύνολο	
ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	8	1	9
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	88.9%	11.1%	100.0%
		Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες; (%)	16.0%	4.2%	12.2%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	20	8	28
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	71.4%	28.6%	100.0%
		Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες; (%)	40.0%	33.3%	37.8%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	18	6	24
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	75.0%	25.0%	100.0%
		Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες; (%)	36.0%	25.0%	32.4%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	4	6	10
ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)		40.0%	60.0%	100.0%	
Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες; (%)		8.0%	25.0%	13.5%	
Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	0	3	3	
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	0.0%	100.0%	100.0%	
	Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες; (%)	0.0%	12.5%	4.1%	
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	50	24	74	
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	67.6%	32.4%	100.0%	
	Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες; (%)	100.0%	100.0%	100.0%	

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο Όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	12.381 ^a	4	.015	.011 ^b	.009	.014			
Αναλογία πιθανότητας	13.018	4	.011	.018 ^b	.014	.021			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	10.929			.018 ^b	.014	.021			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	8.388 ^c	1	.004	.004 ^b	.003	.006	.003 ^b	.002	.005
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	74								

α. Τα 4 κελιά (40,0%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι ,97.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι 2.896.

Πίνακας 37: Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ της αγχώδους διάθεσης και με το κατά πόσο συχνά έχει έλθει αντιμέτωπο το νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού πληθυσμού μελέτης με τουλάχιστον μία από τις 45 καταστάσεις παρενόχλησης μια φορά την εβδομάδα

		Τουλάχιστον μια από τις 45 καταστάσεις παρενόχλησης για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα			Σύνολο	
		.00	1.00	2.00		
ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	38	12	1	51
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	74.5%	23.5%	2.0%	100.0%
		Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	32.2%	16.9%	4.2%	23.9%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	39	25	8	72
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	54.2%	34.7%	11.1%	100.0%
		Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	33.1%	35.2%	33.3%	33.8%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	26	27	6	59
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	44.1%	45.8%	10.2%	100.0%
		Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	22.0%	38.0%	25.0%	27.7%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	12	6	6	24
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	50.0%	25.0%	25.0%	100.0%
		Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	10.2%	8.5%	25.0%	11.3%
	Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	1	3	7
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	42.9%	14.3%	42.9%	100.0%
		Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	2.5%	1.4%	12.5%	3.3%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	118	71	24	213	
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	55.4%	33.3%	11.3%	100.0%	
	Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	24.784 ^a	8	.002	.002 ^b	.001	.003			
Αναλογία πιθανότητας	23.145	8	.003	.004 ^b	.002	.006			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	22.518			.002 ^b	.001	.003			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	13.289 ^c	1	.000	.000 ^b	.000	.001	.000 ^b	.000	.000
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 4 κελιά (26,7%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι ,79.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι 3.645.

Πίνακας 38: Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ της αγχώδους διάθεσης και φύλου του νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης

			Φύλο		Σύνολο
			Ανδρας	Γυναίκα	
ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	11	40	51
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	21.6%	78.4%	100.0%
		Φύλο (%)	47.8%	21.1%	23.9%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	6	66	72
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	8.3%	91.7%	100.0%
		Φύλο (%)	26.1%	34.7%	33.8%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	6	53	59
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	10.2%	89.8%	100.0%
		Φύλο (%)	26.1%	27.9%	27.7%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	0	24	24
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	0.0%	100.0%	100.0%
		Φύλο (%)	0.0%	12.6%	11.3%
	Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	0	7	7
		ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	0.0%	100.0%	100.0%
		Φύλο (%)	0.0%	3.7%	3.3%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	23	190	213	
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ (%)	10.8%	89.2%	100.0%	
	Φύλο (%)	100.0%	100.0%	100.0%	

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	10.373 ^a	4	.035	.034 ^b	.029	.038			
Αναλογία πιθανότητας	12.525	4	.014	.012 ^b	.010	.015			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	8.748			.050 ^b	.045	.056			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	7.596 ^c	1	.006	.008 ^b	.006	.011	.004 ^b	.003	.006
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 2 κελιά (20,0%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι ,76.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι 2.756.

Πίνακας 39: Έλεγχος συσχέτισης φοβιών και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης

		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ					Σύνολο	
		Πολύ χαμηλή	Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Πολύ υψηλή		
ΦΟΒΙΕΣ	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	17	78	28	15	141
		ΦΟΒΙΕΣ (%)	2.1%	12.1%	55.3%	19.9%	10.6%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	17.6%	45.9%	70.9%	87.5%	88.2%	66.2%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	6	11	23	3	1	44
		ΦΟΒΙΕΣ (%)	13.6%	25.0%	52.3%	6.8%	2.3%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	35.3%	29.7%	20.9%	9.4%	5.9%	20.7%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	5	5	5	1	0	16
		ΦΟΒΙΕΣ (%)	31.3%	31.3%	31.3%	6.3%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	29.4%	13.5%	4.5%	3.1%	0.0%	7.5%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	2	4	2	0	1	9
		ΦΟΒΙΕΣ (%)	22.2%	44.4%	22.2%	0.0%	11.1%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	11.8%	10.8%	1.8%	0.0%	5.9%	4.2%
	Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	1	0	2	0	0	3
		ΦΟΒΙΕΣ (%)	33.3%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	5.9%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	1.4%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	17	37	110	32	17	213	
	ΦΟΒΙΕΣ (%)	8.0%	17.4%	51.6%	15.0%	8.0%	100.0%	
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο Όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο Όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	47.992 ^a	16	.000	.000 ^b	.000	.001			
Αναλογία πιθανότητας	47.891	16	.000	.000 ^b	.000	.000			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	43.664			.000 ^b	.000	.000			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	28.411 ^c	1	.000	.000 ^b	.000	.000	.000 ^b	.000	.000
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 16 κελιά (64,0%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι ,24.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι -5.330.

Πίνακας 40: Έλεγχος συσχέτισης αϋπνίας και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης

		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ					Σύνολο	
		Πολύ χαμηλή	Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Πολύ υψηλή		
ΑΨΠΝΙΑ	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	13	58	20	14	108
		ΑΨΠΝΙΑ (%)	2.8%	12.0%	53.7%	18.5%	13.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	17.6%	35.1%	52.7%	62.5%	82.4%	50.7%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	11	26	9	2	51
		ΑΨΠΝΙΑ (%)	5.9%	21.6%	51.0%	17.6%	3.9%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	17.6%	29.7%	23.6%	28.1%	11.8%	23.9%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	6	6	18	2	1	33
		ΑΨΠΝΙΑ (%)	18.2%	18.2%	54.5%	6.1%	3.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	35.3%	16.2%	16.4%	6.3%	5.9%	15.5%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	2	5	6	1	0	14
		ΑΨΠΝΙΑ (%)	14.3%	35.7%	42.9%	7.1%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	11.8%	13.5%	5.5%	3.1%	0.0%	6.6%
	Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	2	2	0	0	7
		ΑΨΠΝΙΑ (%)	42.9%	28.6%	28.6%	0.0%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	17.6%	5.4%	1.8%	0.0%	0.0%	3.3%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	17	37	110	32	17	213	
	ΑΨΠΝΙΑ (%)	8.0%	17.4%	51.6%	15.0%	8.0%	100.0%	
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο Όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	37.814 ^a	16	.002	.002 ^b	.001	.004			
Αναλογία πιθανότητας	35.276	16	.004	.006 ^b	.004	.008			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	30.879			.004 ^b	.002	.006			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	28.165 ^c	1	.000	.000 ^b	.000	.000	.000 ^b	.000	.000
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 14 κελιά (56,0%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι ,56.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι -5.307.

Πίνακας 41: Έλεγχος συσχέτισης αϋπνίας και οικογενειακής κατάστασης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης

		Οικογενειακή κατάσταση			Σύνολο	
		Έγγαμος /η	Άγαμος/ η	Διαζευγμένος/η		
ΑΨΠΝΙΑ	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	87	18	3	108
		ΑΨΠΝΙΑ (%)	80.6%	16.7%	2.8%	100.0%
		Οικογενειακή κατάσταση (%)	54.4%	36.7%	75.0%	50.7%
	Ήπια	Count	42	8	1	51
		% within ΑΨΠΝΙΑ	82.4%	15.7%	2.0%	100.0%
		% within Οικογενειακή κατάσταση	26.3%	16.3%	25.0%	23.9%
	Μέτρια	Count	17	16	0	33
		% within ΑΨΠΝΙΑ	51.5%	48.5%	0.0%	100.0%
		% within Οικογενειακή κατάσταση	10.6%	32.7%	0.0%	15.5%
	Σοβαρά	Count	9	5	0	14
% within ΑΨΠΝΙΑ		64.3%	35.7%	0.0%	100.0%	
% within Οικογενειακή κατάσταση		5.6%	10.2%	0.0%	6.6%	
Πολύ Σοβαρά	Count	5	2	0	7	
	% within ΑΨΠΝΙΑ	71.4%	28.6%	0.0%	100.0%	
	% within Οικογενειακή κατάσταση	3.1%	4.1%	0.0%	3.3%	
Σύνολο	Count	160	49	4	213	
	% within ΑΨΠΝΙΑ	75.1%	23.0%	1.9%	100.0%	
	% within Οικογενειακή κατάσταση	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο Όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	18.405 ^a	8	.018	.026 ^b	.022	.030			
Αναλογία πιθανότητας	17.586	8	.025	.020 ^b	.016	.024			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	16.976			.014 ^b	.011	.017			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	3.712 ^c	1	.054	.058 ^b	.052	.064	.033 ^b	.028	.038
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 7 κελιά (46,0%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι ,13.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι 1.927.

Πίνακας 42: Έλεγχος συσχέτισης γνωσιακών προβλημάτων συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης

		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ					Σύνολο	
		Πολύ χαμηλή	Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Πολύ υψηλή		
ΓΝΩΣΙΑΚΑ	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	4	10	46	23	13	96
		ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	4.2%	10.4%	47.9%	24.0%	13.5%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	23.5%	27.0%	41.8%	71.9%	76.5%	45.1%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	1	14	35	4	3	57
		ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	1.8%	24.6%	61.4%	7.0%	5.3%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	5.9%	37.8%	31.8%	12.5%	17.6%	26.8%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	8	8	20	4	1	41
		ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	19.5%	19.5%	48.8%	9.8%	2.4%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	47.1%	21.6%	18.2%	12.5%	5.9%	19.2%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	2	2	7	1	0	12
		ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	16.7%	16.7%	58.3%	8.3%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	11.8%	5.4%	6.4%	3.1%	0.0%	5.6%
	Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	2	3	2	0	0	7
		ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	28.6%	42.9%	28.6%	0.0%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	11.8%	8.1%	1.8%	0.0%	0.0%	3.3%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	17	37	110	32	17	213	
	ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	8.0%	17.4%	51.6%	15.0%	8.0%	100.0%	
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο Όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο Όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	42.541 ^a	16	.000	.001 ^b	.000	.002			
Αναλογία πιθανότητας	42.610	16	.000	.000 ^b	.000	.001			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	37.514			.000 ^b	.000	.001			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	26.911 ^c	1	.000	.000 ^b	.000	.000	.000 ^b	.000	.000
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 13 κελιά (52,0%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι ,56.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι -5.188.

Πίνακας 43: Έλεγχος συσχέτισης γνωσιακών προβλημάτων και με το κατά πόσο συχνά έχει έλθει αντιμέτωπο το νοσηλευτικό προσωπικό με τουλάχιστον μία από τις 45 καταστάσεις παρενόχλησης μια φορά την εβδομάδα νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης

			Τουλάχιστον μια από τις 45 καταστάσεις παρενόχλησης, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα			Σύνολο
			.00	1.00	2.00	
ΓΝΩΣΙΑΚΑ	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	62	29	5	96
		ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	64.6%	30.2%	5.2%	100.0%
		Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	52.5%	40.8%	20.8%	45.1%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	32	19	6	57
		ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	56.1%	33.3%	10.5%	100.0%
		Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	27.1%	26.8%	25.0%	26.8%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	14	17	10	41
		ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	34.1%	41.5%	24.4%	100.0%
		Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	11.9%	23.9%	41.7%	19.2%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	8	4	0	12
ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)		66.7%	33.3%	0.0%	100.0%	
Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)		6.8%	5.6%	0.0%	5.6%	
Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	2	2	3	7	
	ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	28.6%	28.6%	42.9%	100.0%	
	Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	1.7%	2.8%	12.5%	3.3%	
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	118	71	24	213	
	ΓΝΩΣΙΑΚΑ (%)	55.4%	33.3%	11.3%	100.0%	
	Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	24.110 ^a	8	.002	.003 ^b	.001	.004			
Αναλογία πιθανότητας	22.658	8	.004	.005 ^b	.003	.007			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	21.307			.003 ^b	.002	.005			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	10.791 ^c	1	.001	.002 ^b	.001	.003	.002 ^b	.001	.003
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 6 κελιά (40,0%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι ,79.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι 3.285.

Πίνακας 44: Έλεγχος συσχέτισης γενικών σωματικών συμπτωμάτων (μυϊκό σύστημα) και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης

			ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ					Σύνολο
			Πολύ χαμηλή	Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Πολύ υψηλή	
ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ)	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	2	11	45	19	11	88
		ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	2.3%	12.5%	51.1%	21.6%	12.5%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	11.8%	29.7%	40.9%	59.4%	64.7%	41.3%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	5	8	30	8	5	56
		ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	8.9%	14.3%	53.6%	14.3%	8.9%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	29.4%	21.6%	27.3%	25.0%	29.4%	26.3%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	9	18	4	1	35
		ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	8.6%	25.7%	51.4%	11.4%	2.9%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	17.6%	24.3%	16.4%	12.5%	5.9%	16.4%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	2	8	10	1	0	21
		ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	9.5%	38.1%	47.6%	4.8%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	11.8%	21.6%	9.1%	3.1%	0.0%	9.9%
	Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	5	1	7	0	0	13
		ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	38.5%	7.7%	53.8%	0.0%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	29.4%	2.7%	6.4%	0.0%	0.0%	6.1%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	17	37	110	32	17	213	
	ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	8.0%	17.4%	51.6%	15.0%	8.0%	100.0%	
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο Όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο Όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	40.246 ^a	16	.001	.001 ^b	.000	.001			
Αναλογία πιθανότητας	38.137	16	.001	.002 ^b	.001	.003			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	31.289			.004 ^b	.003	.006			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	25.785 ^c	1	.000	.000 ^b	.000	.000	.000 ^b	.000	.000
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 12 κελιά (48,0%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι 1,04.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι -5.078.

Πίνακας 45: Έλεγχος συσχέτισης γενικών σωματικών συμπτωμάτων (μυϊκό) και με το κατά πόσο συχνά έχει έλθει αντιμέτωπο του νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού πληθυσμού μελέτης με τουλάχιστον μία από τις 45 καταστάσεις παρενόχλησης μια φορά την εβδομάδα

		Τουλάχιστον μια από τις 45 καταστάσεις παρενόχλησης, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα			Σύνολο
		.00	1.00	2.00	
ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ)	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	60	21	7	88
	Καθόλου ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	68.2%	23.9%	8.0%	100.0%
	Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	50.8%	29.6%	29.2%	41.3%
	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	30	20	6	56
	Ήπια ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	53.6%	35.7%	10.7%	100.0%
	Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	25.4%	28.2%	25.0%	26.3%
	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	15	17	3	35
	Μέτρια ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	42.9%	48.6%	8.6%	100.0%
	Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	12.7%	23.9%	12.5%	16.4%
	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	7	10	4	21
	Σοβαρά ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	33.3%	47.6%	19.0%	100.0%
	Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	5.9%	14.1%	16.7%	9.9%
	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	6	3	4	13
	Πολύ Σοβαρά ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	46.2%	23.1%	30.8%	100.0%
	Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	5.1%	4.2%	16.7%	6.1%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	118	71	24	213
	ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) (%)	55.4%	33.3%	11.3%	100.0%
	Τουλάχιστον μια από τις 45, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	18.880 ^a	8	.016	.014 ^b	.011	.017			
Αναλογία πιθανότητας	17.465	8	.026	.030 ^b	.026	.035			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	17.968			.013 ^b	.010	.016			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	11.262 ^c	1	.001	.001 ^b	.000	.001	.000 ^b	.000	.001
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 4 κελιά (26,7%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι 1,46.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι 3.356.

Πίνακας 46: Έλεγχος συσχέτισης καρδιοαγγειακών συμπτωμάτων και συνολικής αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης

Crosstab

		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ					Σύνολο	
		Πολύ χαμηλή	Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Πολύ υψηλή		
ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	5	20	69	21	14	129
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	3.9%	15.5%	53.5%	16.3%	10.9%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	29.4%	54.1%	62.7%	65.6%	82.4%	60.6%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	4	8	26	9	2	49
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	8.2%	16.3%	53.1%	18.4%	4.1%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	23.5%	21.6%	23.6%	28.1%	11.8%	23.0%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	1	7	11	2	1	22
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	4.5%	31.8%	50.0%	9.1%	4.5%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	5.9%	18.9%	10.0%	6.3%	5.9%	10.3%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	4	2	2	0	0	8
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	50.0%	25.0%	25.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	23.5%	5.4%	1.8%	0.0%	0.0%	3.8%
	Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	0	2	0	0	5
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	60.0%	0.0%	40.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	17.6%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	2.3%
	Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	17	37	110	32	17	213
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	8.0%	17.4%	51.6%	15.0%	8.0%	100.0%
		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	49.715 ^a	16	.000	.000 ^b	.000	.000			
Αναλογία πιθανότητας	34.398	16	.005	.006 ^b	.004	.008			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	29.032			.006 ^b	.004	.008			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	20.956 ^c	1	.000	.000 ^b	.000	.000	.000 ^b	.000	.000
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 16 κελιά (64,0%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι .40.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι -4.578.

Πίνακας 47: Έλεγχος συσχέτισης καρδιοαγγειακών συμπτωμάτων και χρόνια υπηρεσίας νοσηλευτικού προσωπικού του συνολικού πληθυσμού μελέτης

		ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ			Σύνολο	
		<=5	6-10	11+		
ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	Καθόλου	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	14	31	84	129
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	10.9%	24.0%	65.1%	100.0%
		ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (%)	73.7%	58.5%	59.6%	60.6%
	Ήπια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	12	34	49
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	6.1%	24.5%	69.4%	100.0%
		ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (%)	15.8%	22.6%	24.1%	23.0%
	Μέτρια	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	1	2	19	22
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	4.5%	9.1%	86.4%	100.0%
		ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (%)	5.3%	3.8%	13.5%	10.3%
	Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	0	6	2	8
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	0.0%	75.0%	25.0%	100.0%
		ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (%)	0.0%	11.3%	1.4%	3.8%
	Πολύ Σοβαρά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	1	2	2	5
		ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	20.0%	40.0%	40.0%	100.0%
		ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (%)	5.3%	3.8%	1.4%	2.3%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	19	53	141	213	
	ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (%)	8.9%	24.9%	66.2%	100.0%	
	ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Δοκιμασία χ^2

	Τιμή	Βαθμός ελευθερίας	Ασυμπτωτική σημαντικότητα (αμφίδρομη)	Monte Carlo Sig. παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (αμφίδρομη)			Monte Carlo Sig. Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (μονόδρομη)		
				Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης		Παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (Sig.)	99% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κατώτατο Όριο	Ανώτατο όριο		Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο
Γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson	17.643 ^a	8	.024	.029 ^b	.024	.033			
Αναλογία πιθανότητας	16.699	8	.033	.039 ^b	.034	.044			
Ακριβή δοκιμασία του Fisher	15.198			.031 ^b	.026	.035			
Linear-by-Linear Association - γραμμική συσχέτιση	.025 ^c	1	.874	.918 ^b	.911	.925	.461 ^b	.448	.474
Αριθμός έγκυρων υποθέσεων	213								

α. Τα 7 κελιά (46,7%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη μέτρηση είναι .45.

β. Βασισμένο σε 10000 πίνακες δειγματοληψίας με τιμή εκκίνησης 423042446.

γ. Η τυποποιημένη στατιστική είναι -.159.

Αποτελέσματα που αφορούν τις συγκρίσεις ανάμεσα στις δομές για τον συνολικό πληθυσμό μελέτης

Συνεχίζουμε την ανάλυση διερευνώντας για στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών δομών ΜΕΘ, ΠΦΥ και ΤΕΠ (καθώς και συγκρίσεις ανά δύο) ως προς το άγχος (κλίμακες Spielberger και Hamilton), την αυτοεκτίμηση (κλίμακα του Battle) και το φαινόμενο «εργασιακής παρενόχλησης».

Να σημειωθεί ότι παρόλο που η συνήθης πρακτική είναι να πραγματοποιούνται συγκρίσεις ανά δύο, μόνο στην περίπτωση (συνολικού) στατιστικά σημαντικού αποτελέσματος στην ANOVA, κάτι τέτοιο δε θεωρείται σωστό: "*An unfortunate common practice is to pursue multiple comparisons only when the null hypothesis of homogeneity $H_0: \mu_1 = \mu_2 = \dots = \mu_k$ (typically based on the F-test) is rejected.*" (Hsu, J., 1996. *Multiple comparisons: theory and methods*. CRC Press). Εξαιρέση εδώ αποτελεί λόγω των χαρακτηριστικών του το post-hoc LSD που προϋποθέτει significant result στην ANOVA. Συνεπώς εξετάστηκε και αν υπάρχουν συγκεκριμένα ζεύγη που διαφέρουν, χρησιμοποιώντας το ιδιαίτερα αξιόπιστο Tukey HSD test, ασχέτως του αποτελέσματος της ANOVA.

- Ξεκινώντας με την κλίμακα Spielberger.
 - Αναφορικά με την πρώτη υποκλίμακα για τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα. Βάσει της ANOVA, δε παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στο μέσο score της ενότητας 1 της κλίμακας Spielberger, μεταξύ των τριών δομών: $F(2,210)=1.991$, $p=0.139$, ΜΕΘ: 41.74 ± 11.59 , ΠΦΥ: 35.57 ± 9.62 , ΤΕΠ: 41.81 ± 10.04 . Βάσει του Tukey HSD test για συγκρίσεις ανά δύο των δομών, δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ΜΕΘ-ΠΦΥ ($p=0.160$), ούτε μεταξύ των ΜΕΘ-ΤΕΠ ($p=0.999$) ούτε μεταξύ των ΠΦΥ-ΤΕΠ ($p=0.236$).
 - Αναφορικά με τη δεύτερη υποκλίμακα για τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα, βάσει της ANOVA, δε παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στο μέσο score της ενότητας αυτής και των τριών δομών: $F(2,210)=2.752$, $p=0.066$, ΜΕΘ: 40.28 ± 10.58 , ΠΦΥ: 36.59 ± 8.50 , ΤΕΠ: 39.66 ± 10.44 . Βάσει του Tukey HSD test για συγκρίσεις ανά δύο των δομών, δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ΜΕΘ-ΠΦΥ ($p=0.060$), ούτε μεταξύ των ΜΕΘ-ΤΕΠ ($p=0.930$) ούτε μεταξύ των ΠΦΥ-ΤΕΠ ($p=0.226$).

- Αναφορικά με τη συνολική κλίμακα του Spielberger και το συνολικό score αυτής προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα. Καταρχήν εδώ δεν ίσχυε η υπόθεση της ομοιογένειας της διασποράς, οπότε προχωρήσαμε στο Welch's test το οποίο κατέληξε σε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων, $p=0.039$, ΜΕΘ: 82.02 ± 21.16 , ΠΦΥ: 75.16 ± 15.53 , ΤΕΠ: 81.47 ± 19.22 . Βάσει όμως των συγκρίσεων ανά δύο και βάσει των ελέγχων Tamhane και Dunnett T3 (έδωσαν ίδια αποτελέσματα), δεν προέκυψε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα μεταξύ των ΜΕΘ-ΠΦΥ ($p=0.057$), ούτε μεταξύ των ΜΕΘ-ΤΕΠ ($p=0.998$) ούτε μεταξύ των ΠΦΥ-ΤΕΠ ($p=0.162$).
- Συνεχίζοντας με την κλίμακα Hamilton. Εδώ, λόγω της μη κανονικότητας του score σε κάθε ομάδα (αλλά παρόμοιας μορφής, οπότε και έγινε χρήση διάμεσων τιμών για συγκριτικούς λόγους), εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis. Αναφορικά με τη διάμεση τιμή (και ενδοτεταρτημοριακό εύρος) του score για κάθε ομάδα, έχουμε τα εξής: ΜΕΘ: 9.00 (13.00), ΠΦΥ: 9.00 (9.00), ΤΕΠ: 10.00 (11.50). Ο έλεγχος Kruskal-Wallis έδωσε μη στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, $H(2)=1.640$, $p=0.441$. Το SPSS δεν παρέχει pairwise comparisons για τον μη παραμετρικό αυτόν έλεγχο, παρόλα αυτά διεξήχθη ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney με διόρθωση Bonferroni, ο οποίος δεν έδωσε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα για κανένα ζεύγος δομών (adjusted $p>0.05$). Βάσει του μη παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis, δεν παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στις εξεταζόμενες κλίμακες, ως προς τις δομές.

Από τη σύγκριση των μέσων τιμών της αξιολογικής μεταβλητής «δομή» ως προς την εμφάνιση του παροδικού, του ιδιοσυγκρασιακού και του συνολικού άγχους και όπως φαίνεται παρακάτω (**πίνακας 48**) προέκυψαν τα ακόλουθα: ΜΕΘ: παροδικό άγχος 41.74, ιδιοσυγκρασιακό άγχος 40.27, συνολικό άγχος 82.02. ΤΕΠ: παροδικό άγχος 41.81, ιδιοσυγκρασιακό άγχος 39.66, συνολικό άγχος 81.47. ΠΦΥ: παροδικό άγχος 38.57, ιδιοσυγκρασιακό άγχος 36.58, συνολικό άγχος 75.15. Συγκεκριμένα, τις υψηλότερες τιμές παροδικού άγχους συγκέντρωσε το ΤΕΠ, τις υψηλότερες τιμές ιδιοσυγκρασιακού άγχους είχε η ΜΕΘ και τις υψηλότερες τιμές συνολικού άγχους η ΜΕΘ.

Πίνακας 48: Περιγραφικά αποτελέσματα για τις κλίμακες STAI και Hamilton ως προς τις διαφορετικές δομές, για το σύνολο του πληθυσμού μελέτης

ΔΟΜΗ	STAI ΕΝΟΤΗΤΑ 1	STAI ΕΝΟΤΗΤΑ 2	STAI ΕΝΟΤΗΤΑ 1 & 2 Συνολικό άγχος	Hamilton Συνολική βαθμολογία	
ΜΕΘ	Μέση τιμή	41.7423	40.2784	82.0206	12.3505
	Τυπική απόκλιση	11.59677	10.58669	21.16059	10.30275
	Διάμεσος	39.0000	40.0000	81.0000	9.0000
	Ελάχιστο	24.00	22.00	48.00	.00
	Μέγιστο	68.00	70.00	138.00	44.00
ΠΦΥ	Μέση τιμή	38.5714	36.5873	75.1587	9.9206
	Τυπική απόκλιση	9.62140	8.50168	15.52647	8.69798
	Διάμεσος	38.0000	37.0000	74.0000	9.0000
	Ελάχιστο	23.00	22.00	47.00	.00
	Μέγιστο	64.00	60.00	115.00	50.00
ΤΕΠ	Μέση τιμή	41.8113	39.6604	81.4717	11.4528
	Τυπική απόκλιση	10.04424	10.44573	19.22499	9.71629
	Διάμεσος	42.0000	40.0000	81.0000	10.0000
	Ελάχιστο	25.00	24.00	52.00	.00
	Μέγιστο	68.00	66.00	126.00	42.00
Σύνολο	Μέση τιμή	40.8216	39.0329	79.8545	11.4085
	Τυπική απόκλιση	10.71703	10.06178	19.32035	9.71661
	Διάμεσος	39.0000	38.0000	77.0000	9.0000
	Ελάχιστο	23.00	22.00	47.00	.00
	Μέγιστο	68.00	70.00	138.00	50.00
p-value	0.186	0.066	0.129	0.441	

Ακολουθεί η κλίμακα της αυτοεκτίμησης του Battle. Από τη σύγκριση του ποσοστού της αξιολογικής μεταβλητής «δομή» ως προς την αυτοεκτίμηση και όπως φαίνεται από τον **πίνακα 49** προέκυψαν τα ακόλουθα: τα περισσότερα άτομα για όλες τις δομές είχαν μέση αυτοεκτίμηση ΜΕΘ (50,5%), ΤΕΠ (37,7%) και ΠΦΥ (65,1%). Εδώ εφαρμόστηκε ο έλεγχος chi-square. Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών δομών, σε σχέση με το επίπεδο αυτοεκτίμησης, παρόλη την αρκετά μεγάλη διαφορά σε πολλά ποσοστά. Κάτι που πιθανόν να οφείλεται στην ύπαρξη των πολλών κατηγοριών στο επίπεδο αυτοεκτίμησης ($p=0.080$).

Πίνακας 49: Συνολική αυτοεκτίμηση και δομές

		Επίπεδο Αυτοεκτίμησης					Σύνολο	
		Πολύ χαμηλή	Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	Πολύ υψηλή		
ΔΟΜΕΣ	ΜΕΘ	N	8	17	49	13	10	97
		%	8.2%	17.5%	50.5%	13.4%	10.3%	100.0%
	ΠΦΥ	N	3	6	41	8	5	63
		%	4.8%	9.5%	65.1%	12.7%	7.9%	100.0%
	ΤΕΠ	N	6	14	20	11	2	53
		%	11.3%	26.4%	37.7%	20.8%	3.8%	100.0%
Σύνολο	N	17	37	110	32	17	213	
	%	8.0%	17.4%	51.6%	15.0%	8.0%	100.0%	

$$\chi^2(8)=13.898, p=0.080$$

Τέλος, σε ότι αφορά το φαινόμενο «εργασιακή παρενόχληση», έγινε χρήση του chi-square ελέγχου για τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των τριών δομών, στα ποσοστά αυτών που είχαν δηλώσει ότι εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης (εκ των 45) τους τελευταίους 12 μήνες. Ο έλεγχος έδωσε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ($p=0.016$). Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό έκθεσης σε τουλάχιστον μια συμπεριφορά ηθικής παρενόχλησης αναφέρεται στα ΤΕΠ (58.5%) ενώ το μικρότερο στην ΠΦΥ (31.7%) (πίνακας 50).

Πίνακας 50: Φαινόμενο «εργασιακή παρενόχληση» και δομές

		Έκθεση σε τουλάχιστον μια συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης		Σύνολο	
		Όχι	Ναι		
ΔΟΜΕΣ	ΜΕΘ	N	53	44	97
		%	54.6%	45.4%	100.0%
	ΠΦΥ	N	43	20	63
		%	68.3%	31.7%	100.0%
	ΤΕΠ	N	22	31	53
		%	41.5%	58.5%	100.0%
Σύνολο	N	118	95	213	
	%	55.4%	44.6%	100.0%	

$$\chi^2(2)=8.374, p=0.016$$

Σε ότι αφορά τη συχνότητα εργασιακής παρενόχλησης, συγκριτικά στις δομές, δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά (πίνακας 51).

Πίνακας 51: Συχνότητα «εργασιακή παρενόχληση» και δομές

		Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες;		Σύνολο	
		Σπάνια / Τουλάχιστον μια φορά το μήνα	Τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα / Σχεδόν καθημερινά / Καθημερινά		
ΜΕΘ	N	23	10	33	
	%	69.7%	30.3%	100.0%	
ΔΟΜΕΣ	ΠΦΥ	N	12	4	
		%	75.0%	25.0%	
	ΤΕΠ	N	15	10	25
		%	60.0%	40.0%	
Σύνολο	N	50	24	74	
	%	67.6%	32.4%	100.0%	

$$\chi^2(2)=1.125, p=0.625$$

Τέλος, βάσει του ορισμού της ψυχολογικής παρενόχλησης στην εργασία, προέκυψε (οριακά) στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών δομών ($p=0.047$), με το μεγαλύτερο ποσοστό να αναφέρεται από τα ΤΕΠ (26.4%) (πίνακας 52).

Πίνακας 52: Ψυχολογική παρενόχληση στην εργασία και δομές

		Με βάση τον πιο πάνω ορισμό πιστεύετε ότι έχετε υποστεί ψυχολογική παρενόχληση στην εργασία τους τελευταίους 12 μήνες;			
		Όχι	Ναι	Σύνολο	
ΜΕΘ	N	81	16	97	
	%	83.5%	16.5%	100.0%	
ΔΟΜΕΣ	ΠΦΥ	N	57	6	
		%	90.5%	9.5%	
	ΤΕΠ	N	39	14	53
		%	73.6%	26.4%	
Σύνολο	N	177	36	213	
	%	83.1%	16.9%	100.0%	

$$\chi^2(2)=5.868, p=0.047$$

Αναφορικά τώρα τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και το αν εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία (εκ των 45) συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, τα χρόνια στην υπηρεσία και τα χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεστε τώρα δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

Προφίλ ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού που ανιχνεύθηκε να είναι θύματα εργασιακής παρενόχλησης

Αναφορικά με τα 24 άτομα (2 άνδρες, 22 γυναίκες), που είχαν δηλώσει ότι εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία (εκ των 45) συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες και για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα, προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα ως προς τα χαρακτηριστικά τους.

Γίνεται παράθεση των περιγραφικών στοιχείων για τις κλίμακες της μελέτης (εκτός της κλίμακας εργασιακής παρενόχλησης που παρουσιάζεται παρακάτω), βάσει των scores αυτών, σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστών. Αναφέρονται τα εξής: Μέση τιμή (mean), τυπική απόκλιση (sd), διάμεσος (median), ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR), εύρος (range, στη μορφή ελάχιστη-μέγιστη τιμή). Για όσες κλίμακες, το τελικό score δύναται να κατηγοριοποιηθεί, παρατίθενται επιπλέον οι συχνότητες καθώς και τα ποσοστά κάθε κατηγορίας.

Τα άτομα που διαπιστώθηκαν να είναι θύματα εργασιακής παρενόχλησης ήταν μέσης ηλικίας $38.04 \pm 5.72^*$, προερχόμενα από τρεις διαφορετικές δομές, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας 10(41.7%), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 4(16.6%) και Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών 10(41.7%). Η πλειοψηφία των ατόμων της μελέτης ήταν γυναίκες. Το μεγαλύτερο ποσοστό εξ αυτών ήταν έγγαμοι 17(70.8%) και απόφοιτοι ΤΕΙ 17(70.8%) (**πίνακας 53α**). Τα έτη εργασίας στην υπηρεσία ήταν κατά μέσο όρο $11.00(12.50)^{**}$ ενώ η διάμεση τιμή των ετών υπηρεσίας στο παρόν τμήμα ήταν $3.00(8.00)^{**}$ (**πίνακας 53β**)

Πίνακας 53α: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 24 ατόμων που υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση σύμφωνα με τον ορισμό του Leymann

Χαρακτηριστικά		n (%)
Δομές	ΜΕΘ	10(41.7)
	ΠΦΥ	4(16.6)
	ΤΕΠ	10(41.7)
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	17(70.8)
	Άγαμος/η	7(29.2)
	Διαζευγμένος/η	0(0.0)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Απόφοιτος/η λυκείου ΕΠΑΛ, ΙΕΚ	2(8.3)
	Απόφοιτος/η ΤΕΙ	17(70.8)
	Απόφοιτος/η ΑΕΙ	1(4.2)
	Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου και απόφοιτος ΤΕΙ	4(16.7)
	Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου και απόφοιτος ΑΕΙ	0(0.0)

Πίνακας 53β: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 24 ατόμων που υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση σύμφωνα με τον ορισμό του Leymann

Χαρακτηριστικά	N
Ηλικία (έτη)	38.04±5.72*
Χρόνια στην υπηρεσία	11.00(12.50)**
Χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεστε τώρα	3.00(8.00)**

* Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση

**Διάμεσος (Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος)

Η μέση τιμή στην κλίμακα του περιστασιακού άγχους (state) για την ενότητα STAI-Ενότητα 1 ήταν 47.50, ενώ η μέση τιμή στην κλίμακα του μόνιμου ή ιδιοσυγκρασιακού άγχους (trait) για την ενότητα STAI-Ενότητα 2 ήταν 44.87. Για το συνολικό score της Κλίμακα άγχους του Spielberger (STAI), διαπιστώθηκε ότι οι τα άτομα είχαν μέση τιμή 92.37.

Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε από τη κλίμακα ποσοτικής εκτίμησης του άγχους Hamilton που αφορά την ένταση των συμπτωμάτων του άγχους είχε μέση τιμή 17.21 (πίνακας 54). Τα 24 άτομα που υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση ανέφεραν μέτριας έντασης συμπτώματα άγχους και συγκεκριμένα «ένταση» (41.7%), «αγχώδης διάθεση» (33.3%), «καταθλιπτική διάθεση» (29.2%), «συμπτώματα από το μυϊκό σύστημα» (26.3%), «αϋπνία» (25.0%), «γνωσιακά συμπτώματα» (25.0%), «φοβίες» (20.8%), «συμπτώματα από το αυτόνομο Ν.Σ» (20.8%), «γενικά σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)» (20.8%), «καρδιαγγειακά συμπτώματα» (16.7%), «γαστρεντερικά συμπτώματα» (16.7%), «αναπνευστικά συμπτώματα» (16.7%) και «ουρογεννητικά συμπτώματα» (12.5%) (Πίνακας 57).

Όπως προκύπτει από το Διαπολιτισμικό Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης του James Battle περιγραφικά από τα αποτελέσματα σημειώθηκαν τα εξής. Όπως φαίνεται στον πίνακα τα 24 θύματα εργασιακής παρενόχλησης είχαν μέση τιμή Γενικής αυτοεκτίμησης 11.12, Κοινωνικής αυτοεκτίμησης 5.92, Προσωπικής αυτοεκτίμησης 2.87 και Συνολικής αυτοεκτίμησης 19.92. Από τα 24 άτομα τα περισσότερα 13(54.2%) είχαν μέση αυτοεκτίμηση, χαμηλή αυτοεκτίμηση είχαν πέντε άτομα 5(20.8), τέσσερα άτομα 4(16.7%) είχαν πολύ χαμηλή αυτοεκτίμηση, δύο άτομα 2(8.3%) είχαν υψηλή αυτοεκτίμηση και κανένα άτομο δεν είχε υψηλή αυτοεκτίμηση (**πίνακας 54**).

Πίνακας 54: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των κλιμάκων της μελέτης για τα 24 θύματα εργασιακής παρενόχλησης

Κλίμακες	N(%)	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος	Εύρος
Κλίμακα άγχους του Spielberger (STAI)						
STAI-Ενότητα 1		47.50	10.11	43.50	16.00	33-68
STAI-Ενότητα 2		44.87	11.06	44.00	19.75	27-66
STAI- Ενότητα 1 & 2		92.37	18.62	88.00	37.00	68-126
Διαπολιτισμικό Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης του James Battle						
Γενική αυτοεκτίμηση		11.12	2.92	11.00	4.75	3-15
Κοινωνική αυτοεκτίμηση		5.92	1.28	6.00	1.00	3-8
Προσωπική αυτοεκτίμηση		2.87	2.03	2.50	3.00	0-8
Κλίμακα ψεύδους		4.92	1.61	5.00	2.00	1-7
Συνολική αυτοεκτίμηση		19.92	5.02	20.00	7.00	8-29
	<u>n (%)</u>					
Πολύ χαμηλή	4(16.7)					
Χαμηλή	5(20.8)					
Μέση	13(54.2)					
Υψηλή	2(8.3)					
Πολύ υψηλή	0(0.0)					
Κλίμακα άγχους του Hamilton		17.21	10.55	14.50	18.00	3-39

Πίνακας 55: Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Άγχους Hamilton (n=24)

		Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρά	Πολύ σοβαρά
		%				
1	Αγχώδης Διάθεση	4.2	33.3	25	25	12.5
2	Ένταση	12.5	41.7	16.7	20.8	8.3
3	Φοβίες	54.2	20.8	16.7	4.2	4.2
4	Αϋπνία	37.5	25	20.8	8.3	8.3
5	Γνωσιακά	20.8	25	41.7	0	12.5
6	Καταθλιπτική διάθεση	33.3	29.2	25	4.2	8.3
7	Γενικά Σωματικά Συμπτώματα (Μυϊκό σύστημα)	29.2	25	12.5	16.7	16.7
8	Γενικά Σωματικά Συμπτώματα (Αισθητηριακά)	54.2	20.8	12.5	12.5	0
9	Καρδιοαγγειακά	54.2	16.7	8.3	12.5	8.3
10	Αναπνευστικά Συμπτώματα	45.8	16.7	20.8	8.3	8.3
11	Γαστρενερικά Συμπτώματα	41.7	16.7	20.8	12.5	8.3
12	Ουρογεννητικά Συμπτώματα	79.2	12.5	0	4.2	4.2
13	Συμπτώματα από το Αυτόνομο Ν.Σ.	54.2	20.8	12.5	4.2	8.3

Στη συνέχεια γίνεται ανάλυση διερευνώντας για στατιστικά σημαντικές διαφορές των scores των κλιμάκων Spielberger, Hamilton και Battle, ως προς ορισμένα χαρακτηριστικά των 24 ατόμων. Λόγω του μικρού αριθμού ατόμων, χρησιμοποιήθηκαν μόνο μη παραμετρικοί έλεγχοι.

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές των ενοτήτων 1 και 2 της STAI όπως και για τη συνολική κλίμακα STAI, καθώς και της Hamilton (πίνακας 56) μεταξύ των τριών δομών ($p=0.674$, $p=0.875$, $p=0.919$ και $p=0.918$ αντίστοιχα, έλεγχοι Kruskal Wallis).

Πίνακας 56: Κλίμακες-Δομές

	ΔΟΜΕΣ	Διάμεσος (Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος)
STAI Ενότητα 1	ΜΕΘ	41.00(19.00)
	ΠΦΥ	54.00(23.75)
	ΤΕΠ	44.50(9.25)
STAI Ενότητα 2	ΜΕΘ	47.00(19.75)
	ΠΦΥ	38.00(18.75)
	ΤΕΠ	44.0(20.75)
STAI Ενότητα 1 & 2 Συνολικό άγχος	ΜΕΘ	87.50(40.50)
	ΠΦΥ	95.0(36.50)
	ΤΕΠ	87.50(35.25)
Hamilton	ΜΕΘ	13.00(20.50)
	ΠΦΥ	13.50(15.00)
	ΤΕΠ	16.00(17.75)

Ομοίως και για την κλίμακα Battle (πίνακας 57) .

Πίνακας 57: Battle-Δομές

			Battle				Σύνολο
			Πολύ χαμηλή	Χαμηλή	Μέση	Υψηλή	
ΔΟΜΕΣ	ΜΕΘ	Count	1	3	6	0	10
		%	10.0%	30.0%	60.0%	0.0%	100.0%
	ΠΦΥ	Count	1	1	2	0	4
		%	25.0%	25.0%	50.0%	0.0%	100.0%
	ΤΕΠ	Count	2	1	5	2	10
		%	20.0%	10.0%	50.0%	20.0%	100.0%
Σύνολο	Count	4	5	13	2	24	
	%	16.7%	20.8%	54.2%	8.3%	100.0%	

exact p=0.698

Επίσης, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των κλιμάκων με την ηλικία, τα χρόνια στην υπηρεσία και τα χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα τωρινής εργασίας (πίνακας 58).

Πίνακας 58: Συσχετίσεις κλιμάκων με ηλικία, χρόνια στην υπηρεσία, χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα τωρινής εργασίας

		STAI Ενότητα 1	STAI Ενότητα 2	STAI Ενότητα 1 & 2 Συνολικό άγχος	Hamilton	Battle
Ηλικία (έτη)	r_s	.076	.294	.240	.344	-.245
	p-value	.725	.164	.259	.099	.249
Χρόνια στην υπηρεσία	r_s	-.112	.136	.044	.188	.091
	p-value	.603	.526	.839	.380	.672
Χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεστε τώρα	r_s	.016	-.052	-.009	.045	.035
	p-value	.942	.809	.965	.836	.869

Συσχέτιση Spearman r_s

Επιπλέον, δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση των κλιμάκων με το εκπαιδευτικό επίπεδο (θεωρούμενο ως διατάξιμη μεταβλητή), βάσει τη συσχέτιση Spearman (πίνακας 59).

Πίνακας 59: Συσχετίσεις κλιμάκων με το εκπαιδευτικό επίπεδο

		Εκπαιδευτικό επίπεδο
STAI Ενότητα 1	r_s	-.039
	p-value	.855
STAI Ενότητα 2	r_s	-.028
	p-value	.896
STAI Ενότητα 1 & 2 <i>Συνολικό άγχος</i>	r_s	-.079
	p-value	.715
Hamilton	r_s	.028
	p-value	.898
Battle	r_s	.283
	p-value	.180

Αποτελέσματα που αφορούν το πρόγραμμα με ομάδα παρέμβασης και ομάδας ελέγχου για τη διαχείριση του άγχους, την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και τη μείωση του αριθμού των περιπτώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού που είναι θύματα εργασιακής παρενόχλησης

Ομαδική παρέμβαση

Στους πίνακες **60α & 60β** παρουσιάζονται τα βασικά χαρακτηριστικά των δύο ομάδων, της Ομάδας Παρέμβασης (ΟΠ) και της Ομάδας Ελέγχου (ΟΕ) για το σύνολο 14 νοσηλευτών, επτά (n=7) για την ΟΠ και επτά (n=7) για την ΟΕ, μέσης ηλικίας 41.42 ± 6.34 (ΟΕ) και 36.42 ± 2.57 (ΟΠ) (πίνακας **60β**), προερχόμενοι από τρεις διαφορετικές δομές, ΜΕΘ 2(28,6%), ΠΦΥ 3(42.9%), ΤΕΠ 2(28.6%) για την ΟΕ και ΜΕΘ 3(42,9%), ΠΦΥ 1(14.3%) και ΤΕΠ 3(42.9%) για την ΟΠ, οι οποίοι έλαβαν αρχικά μέρος στη μελέτη. Η πλειοψηφία των ατόμων της μελέτης ήταν γυναίκες 6(85.7%) για την ΟΕ και πάλι γυναίκες 7(100.0%) για την ΟΠ. Το μεγαλύτερο ποσοστό εξ αυτών ήταν έγγαμοι 5(71.4%) για την ΟΕ και 4(57.1%) για την ΟΠ, επιπλέον απόφοιτοι ΤΕΙ 6(85.7%) για την ΟΕ, 7(100.0%) για την ΟΠ (πίνακας **60α**), με χρόνια στην υπηρεσία 16.71 για την ΟΕ και 12.71 για την ΟΠ. Τα έτη εργασίας στο παρόν τμήμα ήταν 8.28 για την ΟΕ και 7.57 για την ΟΠ (πίνακας **60β**).

Πίνακας 60α: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 14 ατόμων της συγκριτικής μελέτης

<i>Χαρακτηριστικά</i>		n (%) Ομάδα Ελέγχου	n (%) Ομάδα Παρέμβασης
Δομές	<i>ΜΕΘ</i>	2(28.6)	3(42.9)
	<i>ΠΦΥ</i>	3(42.9)	1(14.3)
	<i>ΤΕΠ</i>	2(28.6)	3(42.9)
Φύλο	<i>Άνδρας</i>	1(14.3)	0(0.0)
	<i>Γυναίκα</i>	6(85.7)	7(100.0)
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Έγγαμος/η</i>	5(71.4)	4(57.1)
	<i>Άγαμος/η</i>	2(28.6)	3(42.)
	<i>Διαζευγμένος/η</i>	0(0.0)	0(0.0)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	<i>Απόφοιτος/η λυκείου ΕΠΑΛ, ΙΕΚ</i>	1(14.3)	0(0.0)
	<i>Απόφοιτος/η ΤΕΙ</i>	6(85.7)	7(100.0)

Πίνακας 60β: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ατόμων της συγκριτικής μελέτης

<i>Χαρακτηριστικά</i>	Ομάδα Ελέγχου Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση	Ομάδα Παρέμβασης Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση
Ηλικία (έτη)	41.42 ± 6.34	36.42±2.57
Χρόνια στην υπηρεσία	16.71 ± 5.55	12.71± 9.42
Χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεστε τώρα	8.28 ± 6.42	7.57±7.45

Στον παρακάτω πίνακα, παρουσιάζονται συγκριτικά τα περιγραφικά στατιστικά για τις ομάδες μελέτης, ελέγχου και παρέμβασης, τόσο αρχικά (εβδομάδα 0, t=0) όσο και μετά την πάροδο ενός χρονικού διαστήματος (εβδομάδα 14, t=1). Ωστόσο, από τα 213 άτομα τα οποία συμπεριλήφθησαν αρχικά στη μελέτη, μόνο τα 14 άτομα που ήταν θύματα εργασιακής παρενόχλησης συμμετείχαν στη δεύτερη φάση της μελέτης. Συνεπώς, στις αναλύσεις λήφθηκε υπόψη το σύνολο των 14 νοσηλευτών όπου προέκυψαν αποτελέσματα και από τις 2 μετρήσεις (εβδομάδα 0, t=0 και εβδομάδα 14, t=1). Από το σύνολο των 14 ατόμων οι οποίοι ολοκλήρωσαν τη μελέτη, οι 7 είχαν λάβει μέρος στην ομαδική παρέμβαση με ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης (Ομάδα Παρέμβασης,

ΟΠ), ενώ το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό 7 άτομα δεν έλαβαν θεραπεία (Ομάδα Ελέγχου, ΟΕ).

Τα υπολογιζόμενα p-values, έγιναν με χρήση του μη παραμετρικού ελέγχου Mann-Whitney, όπου λόγω του μικρού πληθυσμού μελέτης παρουσιάζονται με επιφύλαξη. Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στην ομάδα παρέμβασης για τη STAI-2 όπως και για τη συνολική κλίμακα καθώς και για τη κλίμακα της Γενικής αυτοεκτίμησης. Για την ομάδα ελέγχου έχουμε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα μόνο για την κλίμακα της Προσωπικής αυτοεκτίμησης. Ως περιγραφικό συγκριτικό μέτρο συνίσταται η χρήση των μέσων τιμών και των διαμέσων σε αυτά. Στις κατηγοριοποιημένες κλίμακες, εμφανίζονται επίσης οι αντίστοιχες συχνότητες και τα ποσοστά σε παρένθεση, για κάθε ομάδα.

Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος παρέμβασης

Στους πίνακες **61,62** και **63** παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και διάμεσοι της Κλίμακα άγχους του Spielberger (STAI), της Κλίμακα άγχους του Hamilton και του Διαπολιτισμικό Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης του James Battle για τις δύο Ομάδες, πριν (Εβδομάδα 0) και μετά (Εβδομάδα 14) την ολοκλήρωση της παρέμβασης.

Όπως φαίνεται στον πίνακα οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν μέση τιμή παροδικού άγχους 40.28 και διάμεσο 39.0 όπως προκύπτει από τη STAI-Ενότητα 1 πριν την παρέμβαση (εβδομάδα 0, t=0). Το αποτέλεσμα της παρέμβασης (εβδομάδα 14, t=1) είναι ότι μειώθηκε το παροδικό άγχος ακόμη περισσότερο με μέση τιμή 33.85 και διάμεσο 32.0. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου t-test απορρίφθηκε η ύπαρξη αλληλεπίδρασης ανάμεσα στη μείωση του παροδικού άγχους και της ομαδικής Ψυχοθεραπείας μέσω τηλεσυνδιάσκεψης (p-value= 0.073> ,05). Οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου (εβδομάδα 0, t=0) είχαν παροδικό άγχος με μέση τιμή 49.57 και διάμεσο 53.0. Τα αποτελέσματα της ομάδας ελέγχου (εβδομάδα 14, t=1) έδειξαν ότι αυξήθηκε το παροδικό άγχος ακόμη περισσότερο με μέση τιμή 50.43 και διάμεσο 53.0.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν μέση τιμή ιδιοσυγκρασιακού άγχους 41.14 και διάμεσο 42.0 όπως προκύπτει από τη STAI-Ενότητα 2 πριν την παρέμβαση (εβδομάδα 0, t=0). Το αποτέλεσμα της παρέμβασης (εβδομάδα 14, t=1) είναι ότι μειώθηκε το ιδιοσυγκρασιακό άγχος με μέση τιμή 33.42 και διάμεσο 30.0. Στο σημείο αυτό διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά στην ομάδα παρέμβασης για τη κλίμακα STAI-Ενότητα 2 (p-value 0.007). Οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου (εβδομάδα 0,

t=0) είχαν ιδιοσυγκρασιακού άγχος με μέση τιμή 48.85 και διάμεσο 49. Το αποτέλεσμα της ομάδας ελέγχου (εβδομάδα 14, t=1) έδειξε ότι δεν μειώθηκε σημαντικά το ιδιοσυγκρασιακό άγχος με μέση τιμή 47.0 και διάμεσο 50.0.

Για το συνολικό score της Κλίμακας άγχους του Spielberger (STAI) πριν την παρέμβαση (εβδομάδα 0, t=0), διαπιστώθηκε ότι οι τα άτομα είχαν μέση τιμή 81.42 με διάμεσο 79.0 και μετά την παρέμβαση (εβδομάδα 14, t=1) είχαν μέση τιμή 67.28 με διάμεσο 65.0. Στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάζονται στην ομάδα παρέμβασης για τη συνολική κλίμακα STAI (p-value = 0.038). Το αποτέλεσμα της ομάδας παρέμβασης έδειξε ότι μειώθηκε το συνολικό εργασιακό άγχος. Για το score του συνολικού άγχους στην ομάδα ελέγχου (εβδομάδα 0, t=0), διαπιστώθηκε ότι οι τα άτομα είχαν μέση τιμή 98.42 με διάμεσο 102.0 και αργότερα 14 εβδομάδες μετά που πραγματοποιήθηκε ξανά η μέτρηση είχαν μέση τιμή 97.42 με διάμεσο 101.0. Σε αυτό το σημείο δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για τη συνολική κλίμακα STAI (p-value = 0.535).

Όπως προκύπτει από το Διαπολιτισμικό Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης του James Battle περιγραφικά από τα αποτελέσματα παρατηρήθηκε άνοδος στη μέση τιμή και διάμεσο της Γενική αυτοεκτίμησης, της Κοινωνική αυτοεκτίμησης, της Προσωπικής αυτοεκτίμησης και της Συνολικής αυτοεκτίμησης μετά την παρέμβαση. Οι τιμές της ομάδας ελέγχου για τη Γενική αυτοεκτίμηση, τη Κοινωνική αυτοεκτίμηση, τη Προσωπική αυτοεκτίμηση και τη Συνολική αυτοεκτίμηση στην οποία δεν υπήρχε παρέμβαση σημείωσαν μείωση. Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στην ομάδα παρέμβασης για τη κλίμακα της Γενικής αυτοεκτίμησης (p-value = 0.002). Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται στον **πίνακα 63** οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν μέση τιμή Γενικής αυτοεκτίμησης 8.57 και διάμεσο 9.0 πριν την παρέμβαση (εβδομάδα 0, t=0) και μετά την παρέμβαση (εβδομάδα 14, t=1) είχαν μέση τιμή 12.71 με διάμεσο 13.0. Για την ομάδα ελέγχου προκύπτει μέση τιμή Γενικής αυτοεκτίμησης 9.42 και διάμεσο 9.0 για την εβδομάδα 0 (t=0) και μέση τιμή 9.14 με διάμεσο 9.0 για την εβδομάδα 14 (t=1). Η μέση τιμή για τη Κοινωνική αυτοεκτίμηση ήταν 5.14 και διάμεσο 5.0 πριν την παρέμβαση (εβδομάδα 0, t=0) και μετά την παρέμβαση (εβδομάδα 14, t=1) 5.57 και 6.0 αντίστοιχα. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου t-test απορρίφθηκε η ύπαρξη αλληλεπίδρασης ανάμεσα στη αύξηση της Κοινωνική αυτοεκτίμησης και την ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης (p-value=0.456> ,05). Για την ομάδα ελέγχου προκύπτει μέση τιμή Κοινωνικής αυτοεκτίμησης 6.0 και διάμεσο 6.0 για την εβδομάδα 0 (t=0) και μέση τιμή 5.28 με διάμεσο 5.0 για την εβδομάδα 14 (t=1). Για την Προσωπική αυτοεκτίμηση παρουσιάζεται στατιστική σημαντική μείωση (p-value= 0.001) στη δεύτερη αξιολόγηση (εβδομάδα 0, t=0) για την ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα παρέμβασης προκύπτει αύξηση

της Προσωπικής αυτοεκτίμησης τη 14^η εβδομάδα με μέση τιμή από 4.0 σε 5.14. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου t-test απορρίφθηκε η ύπαρξη αλληλεπίδρασης ανάμεσα στην αύξηση της Προσωπικής αυτοεκτίμησης και την ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης ($p\text{-value} = 0.383 > ,05$). Το νοσηλευτικό προσωπικό που έλαβε μέρος στην ομάδα παρέμβασης, πριν την θεραπεία τα πέντε ($n=5$) από τα επτά ($n=7$) άτομα είχαν μέση αυτοεκτίμηση και δύο ($n=2$) είχαν πολύ χαμηλή αυτοεκτίμηση. Μετά την παρέμβαση διαπιστώθηκε αύξηση του αριθμού των συμμετεχόντων με μέση αυτοεκτίμηση ($n=6$) και μόνο ένας ($n=1$) είχε χαμηλή αυτοεκτίμηση. Σε αυτό το σημείο διαπιστώθηκε αύξηση της αυτοεκτίμησης αλλά δεν υπάρχει θετική στατιστική σημαντικότητα.

Τέλος, προκύπτει από τη κλίμακα ποσοτικής εκτίμησης του άγχους Hamilton ότι μετά την παρέμβαση μειώθηκε η ένταση των συμπτωμάτων του άγχους με μέση τιμή από 9.71 σε 4.85. Από τον στατιστικό έλεγχο t-test διαπιστώθηκε ότι οι μέσες τιμές της κλίμακας Hamilton διέφεραν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των υποκειμένων που έλαβαν μέρος στην παρέμβαση (ΟΠ) με ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης (εβδομάδα 14, $t=1$) και των υποκειμένων της Ομάδας παρέμβασης στην αρχική μέτρηση (εβδομάδα 0, $t=0$). Στην ομάδα ελέγχου αρχικά (εβδομάδα 0, $t=0$) η ένταση των συμπτωμάτων του άγχους ήταν 20.14 και στη 2η μέτρηση (εβδομάδα 14, $t=1$) αυξήθηκε η ένταση σε 20.42 χωρίς να εντοπίζεται και σε αυτό το σημείο στατιστική σημαντικότητα. Πριν την παρέμβαση τα έξι 6(85.7) από τα επτά ($n=7$) άτομα είχαν ήπιας έντασης συμπτώματα άγχους και ένας ($n=1$) άτομο είχε ήπια έως μέτρια έντασης συμπτώματα. Μετά την παρέμβαση όλα τα άτομα της ΟΠ είχαν ήπιας έντασης συμπτώματα ενώ στην ΟΕ δεν διαπιστώθηκε καμία αλλαγή ως προς τις κατανομές των ατόμων στις κατηγορίες έντασης συμπτωμάτων μετά την πάροδο του χρονικού διαστήματος των 14 εβδομάδων σε σχέση με την αρχική μέτρηση (εβδομάδα 0, $t=0$).

Πίνακας 61: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των δύο ομάδων, της Ομάδας Παρέμβασης (ΟΠ) και της Ομάδα Ελέγχου (ΟΕ) για το σύνολο των 14 ατόμων νοσηλευτικού προσωπικού για την Κλίμακα άγχους του Spielberger (STAI), πριν (Εβδομάδα 0) και μετά (Εβδομάδα 14) την ολοκλήρωση της παρέμβασης

Κλίμακα	n (%)	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Λιάμεσος	Ενδοτεταρτη μοριακό Εύρος	Εύρος	p-value
Κλίμακα άγχους του Spielberger (STAI)							
STAI-Ενότητα 1							
Ομάδα Ελέγχου t1		50.43	9.89	53.0	11.0	33-64	0.999
Ομάδα Ελέγχου t0		49.57	10.67	53.0	17.0	33-64	
Ομάδα Παρέμβασης t1		33.85	8.15	32.0	13.0	26-49	0.073
Ομάδα Παρέμβασης t0		40.28	5.03	39.0	8.0	35-49	
STAI-Ενότητα 2							
Ομάδα Ελέγχου t1		47.0	11.94	50.0	20.0	32-63	0.620
Ομάδα Ελέγχου t0		48.85	12.18	49.0	21.0	35-66	
Ομάδα Παρέμβασης t1		33.42	4.75	30.0	9.0	29-40	0.007
Ομάδα Παρέμβασης t0		41.14	5.04	42.0	5.0	31-46	
STAI- Ενότητα 1 & 2 Συνολικό άγχος							
Ομάδα Ελέγχου t1		97.42	15.85	101.0	26.0	69-111	0.535
Ομάδα Ελέγχου t0		98.42	16.58	102.0	25.0	71-114	
Ομάδα Παρέμβασης t1		67.28	12.16	65.0	22.0	56-89	0.038
Ομάδα Παρέμβασης t0		81.42	9.01	79.0	14.0	68-94	

Πίνακας 62: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των δύο ομάδων, της Ομάδας Παρέμβασης (ΟΠ) και της Ομάδα Ελέγχου (ΟΕ) για το σύνολο των 14 ατόμων νοσηλευτικού προσωπικού για την Κλίμακα άγχους του Hamilton, πριν (Εβδομάδα 0) και μετά (Εβδομάδα 14) την ολοκλήρωση της παρέμβασης

Κλίμακα	n (%)	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Λιάμεσος	Ενδοτεταρτη μοριακό Εύρος	Εύρος
Κλίμακα άγχους του Hamilton						
Ομάδα Ελέγχου t1		20.42	11.38	16.0	20.0	8-40
Ομάδα Ελέγχου t0		20.14	10.39	15.0	17.0	11-39
Ομάδα Παρέμβασης t1		4.85	6.22	2.0	6.0	0-18
Ομάδα Παρέμβασης t0		9.71	6.79	8.0	13.0	0-18
<i>≤17 (ήπια ένταση)</i>						
Ομάδα Ελέγχου t1	4(57.9)					
Ομάδα Ελέγχου t0	4(57.1)					
Ομάδα Παρέμβασης t1	7(100,0)					
Ομάδα Παρέμβασης t0	6(85.7)					
<i>18–24 (ήπια έως μέτρια ένταση)</i>						
Ομάδα Ελέγχου t1	1(14.3)					
Ομάδα Ελέγχου t0	1(14.3)					
Ομάδα Παρέμβασης t1	0(0,0)					
Ομάδα Παρέμβασης t0	1(14.3)					
<i>25–30 (μέτρια έως σοβαρή ένταση)</i>						
Ομάδα Ελέγχου t1	1(14.3)					
Ομάδα Ελέγχου t0	1(14.3)					
Ομάδα Παρέμβασης t1	0(0,0)					
Ομάδα Παρέμβασης t0	0(0,0)					
<i>31+(πολύ σοβαρή ένταση)</i>						
Ομάδα Ελέγχου t1	1(14.3)					

Πίνακας 63: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των δύο ομάδων, της Ομάδας Παρέμβασης (ΟΠ) και της Ομάδα Ελέγχου (ΟΕ) για το σύνολο των 14 ατόμων νοσηλευτικού προσωπικού για το Διαπολιτισμικό Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης του James Battle, πριν (Εβδομάδα 0) και μετά (Εβδομάδα 14) την ολοκλήρωση της παρέμβασης

Κλίμακα	n (%)	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος	Εύρος	p-value
Διαπολιτισμικό Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης του James Battle							
Γενική αυτοεκτίμηση							
Ομάδα Ελέγχου t1		9.14	2.32	9.0	4.0	7-13	0.902
Ομάδα Ελέγχου t0		9.42	4.07	9.0	7.0	3-15	
Ομάδα Παρέμβασης t1		12.71	1.79	13.0	3.0	10-15	
Ομάδα Παρέμβασης t0		8.57	1.90	9.0	3.0	6-11	0.002
Κοινωνική αυτοεκτίμηση							
Ομάδα Ελέγχου t1		5.28	1.49	5.0	3.0	3-7	0.383
Ομάδα Ελέγχου t0		6.0	1.0	6.0	1.00	4-7	
Ομάδα Παρέμβασης t1		5.57	0.78	6.0	1.0	4-6	
Ομάδα Παρέμβασης t0		5.14	1.86	5.0	4.0	3-8	0.456
Προσωπική αυτοεκτίμηση							
Ομάδα Ελέγχου t1		2.28	1.38	2.0	3.0	1-4	0.001
Ομάδα Ελέγχου t0		6.71	1.38	7.0	3.0	5-8	
Ομάδα Παρέμβασης t1		5.14	2.03	4.0	4.0	3-8	
Ομάδα Παρέμβασης t0		4.0	1.29	4.0	2.0	2-6	0.383
Κλίμακα ψεύδους							
Ομάδα Ελέγχου t1		4.57	0.78	5.0	1.0	3-5	0.456
Ομάδα Ελέγχου t0		4.0	1.91	4.0	2.0	1-7	
Ομάδα Παρέμβασης t1		5.42	1.27	5.0	3.0	4-7	
Ομάδα Παρέμβασης t0		4.71	0.75	5.0	1.0	4-6	0.318
<i>Συνολική αυτοεκτίμηση</i>							
Ομάδα Ελέγχου t1		16.7	4.25	15.0	8.0	14-29	0.318
Ομάδα Ελέγχου t0		22.13	5.85	21.0	11.0	13-37	
Ομάδα Παρέμβασης t1		23.42	2.67	24.0	5.0	21-36	
Ομάδα Παρέμβασης t0		17.71	2.81	17.0	6.0	15-31	0.097
<i>Πολύ χαμηλή</i>							
Ομάδα Ελέγχου t1	1(14.3)						
Ομάδα Ελέγχου t0	0(0.0)						
Ομάδα Παρέμβασης t1	0(0.0)						
Ομάδα Παρέμβασης t0	2(28.6)						
<i>Χαμηλή</i>							
Ομάδα Ελέγχου t1	3(42.9)						
Ομάδα Ελέγχου t0	4(57.2)						
Ομάδα Παρέμβασης t1	1(14.3)						
Ομάδα Παρέμβασης t0	0(0.0)						
<i>Μέση</i>							
Ομάδα Ελέγχου t1	3(42.9)						
Ομάδα Ελέγχου t0	3(42.9)						
Ομάδα Παρέμβασης t1	6(85.8)						
Ομάδα Παρέμβασης t0	5(85.7)						
<i>Υψηλή</i>							
Ομάδα Ελέγχου t1	0(0.0)						
Ομάδα Ελέγχου t0	0(0.0)						
Ομάδα Παρέμβασης t1	0(0.0)						
Ομάδα Παρέμβασης t0	0(0.0)						
<i>Πολύ υψηλή</i>							
Ομάδα Ελέγχου t1	0(0.0)						
Ομάδα Ελέγχου t0	0(0.0)						
Ομάδα Παρέμβασης t1	0(0.0)						
Ομάδα Παρέμβασης t0	0(0.0)						

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο σημείο της παρούσας μελέτης, σύμφωνα με τον Leymann, τα θύματα εργασιακής παρενόχλησης ορίζονται ως *“ οι εργαζόμενοι οι οποίοι εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία από τις 45 συμπεριφορές παρενόχλησης εντός των προηγούμενων 12 μηνών, εβδομαδιαίως ή περισσότερο, και για έξι μήνες ή περισσότερο ”* (Leymann, 1996). Στην περίπτωση της παρέμβασης πραγματοποιήθηκε μετατροπή του ορισμού και ορίστηκε σαν χρονικό διάστημα έκθεσης αντί τους προηγούμενους 12 μήνες, τις προηγούμενες 14 εβδομάδες, όπου 14 εβδομάδες είναι το διάστημα που έλαβαν μέρος στην ομαδική θεραπεία (συνολικά 10 συνεδρίες). Βάσει αυτού του ορισμού, για την ομάδα παρέμβασης (ΟΠ) προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα. Πριν την παρέμβαση (εβδομάδα 0, t=0), το ποσοστό των ερωτώμενων που δήλωσε ότι εκτέθηκε σε τουλάχιστον μία (εκ των 45) συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες και για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα, και για έξι μήνες ή περισσότερο ήταν το 71.4% (n=5) και αυτά τα άτομα σύμφωνα με τον Leymann είναι τα θύματα εργασιακής παρενόχλησης. Το αποτέλεσμα της παρέμβασης (εβδομάδα 14, t=1) είναι ότι μειώθηκε ο αριθμός των περιπτώσεων των ατόμων τα οποία εκτέθηκαν σε έστω και μία συμπεριφορά ηθικής παρενόχλησης τουλάχιστον για μία φορά την εβδομάδα τις τελευταίες 14 εβδομάδες από πέντε (n=5) σε ένα (n=1). Επιπρόσθετα, δύο (n=2) άτομα είχαν έλθει αντιμέτωπα με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες καθημερινά πριν την παρέμβαση (ΟΠ) και μετά την παρέμβαση δεν σημειώθηκε κανένα (n=0) (**πίνακας 64β**). Για την ομάδα ελέγχου (ΟΕ) δεν σημειώθηκε καμία αλλαγή μετά το πέρασμα των 14 εβδομάδων (**πίνακας 64α**).

Αλλά αποτελέσματα που προέκυψαν, είναι ότι εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μια συμπεριφορά ηθικής παρενόχλησης και τα επτά (n=7) άτομα που αποτελούσαν την ΟΕ. Μετά το πέρασμα των 14 εβδομάδων που έγινε επανάληψη της 2ης μέτρησης παρέμεινε σχεδόν ο ίδιος αριθμός (n=6) ατόμων για την ΟΕ (**πίνακας 64δ**). Για την ΟΠ τα άτομα τα οποία εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μια συμπεριφορά ηθικής παρενόχλησης ήταν έξι (n=6) και μετά την παρέμβαση (εβδομάδα 14, t=1) αναφέρθηκε μόνο ένα άτομο (n=1) (**πίνακας 64δ**).

Πίνακας 64α: Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις (ερωτήσεις 1-6) τους τελευταίους 12 μήνες για την ΟΕ (t0) και τις τελευταίες 14 εβδομάδες για την ΟΕ (t1);

			ΟΜΑΔΕΣ		Σύνολο
			Ομάδα ελέγχου t1	Ομάδα ελέγχου t0	
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Καθημερινά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	2	2	4
		Ομάδες (%)	16.7%	28.6%	23.1%
	Σχεδόν καθημερινά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	2	2	4
		Ομάδες (%)	33.3%	28.6%	30.8%
	Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	3	3	6
		Ομάδες (%)	50.0%	42.9%	46.2%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	7	7	14	
	Ομάδες (%)	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 64β: Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες για την ΟΠ (t0) και τις τελευταίες 14 εβδομάδες για την ΟΠ (t1);

			ΟΜΑΔΕΣ		Σύνολο
			Ομάδα Παρέμβασης t1	Ομάδα Παρέμβασης t0	
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	1	5	6
		Ομάδες (%)	100.0%	71.4%	75.0%
	Καθημερινά	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	0	2	2
		Ομάδες (%)	0.0%	28.6%	25.0%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	1	7	8	
	Ομάδες (%)	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 64γ: Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η σε τουλάχιστον μία από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες για την ΟΕ (t0) και τις τελευταίες 14 εβδομάδες για την ΟΕ (t1);

		ΟΜΑΔΕΣ		Σύνολο	
		Ομάδα ελέγχου t1	Ομάδα ελέγχου t0		
Έκθεση σε τουλάχιστον μια από τις 45 καταστάσεις ηθικής παρενόχλησης	Όχι	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	1	0	1
		Ομάδες (%)	14.3%	0.0%	7.1%
	Ναι	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	6	7	13
		Ομάδες (%)	85.7%	100.0%	92.9%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	7	7	14	
	Ομάδες (%)	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 64δ: Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η σε τουλάχιστον μία από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες για την ΟΠ (t0) και τις τελευταίες 14 εβδομάδες για την ΟΠ (t1);

		ΟΜΑΔΕΣ		Σύνολο	
		Ομάδα Παρέμβασης t1	Ομάδα Παρέμβασης t0		
Έκθεση σε τουλάχιστον μια συμπεριφορά ηθικής παρενόχλησης	Όχι	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	5	1	6
		Ομάδες (%)	71.4%	14.3%	42.9%
	Ναι	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	2	6	8
		Ομάδες (%)	28.6%	85.7%	57.1%
Σύνολο	ΔΕΙΓΜΑΤΑ	7	7	14	
	Ομάδες (%)	100.0%	100.0%	100.0%	

Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της μελέτης σε σχέση με τις ερευνητικές υποθέσεις που ορίστηκαν, έχουν ως εξής:

Αναφορικά αποτελέσματα για το συνολικό πληθυσμό μελέτης

Σε ότι αφορά τα εργασιακά χαρακτηριστικά των ατόμων, διαπιστώθηκε ότι τα περισσότερα άτομα εργάζονταν στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και τα λιγότερα στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας του συνολικού πληθυσμού μελέτης ήταν 15.78 χρόνια και ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας στο τμήμα που εργάζονταν τη στιγμή που διεξαγότανε η έρευνα ήταν 8 χρόνια. Στο συγκεκριμένο πληθυσμό μελέτης κυριαρχούσαν οι έγγαμοι σε ποσοστό 75.1% και ακολουθούσαν οι άγαμοι σε ποσοστό 23.2%. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 41.73 έτη.

Σε ότι αφορά τα εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού μελέτης του νοσηλευτικού προσωπικού διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι ήταν απόφοιτοι ΑΤΕΙ 64.8% και οι λιγότεροι απόφοιτοι ΑΕΙ 6.1%. Σε ότι αφορά την κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου το 8.4% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών και μόνο ένας ήταν κάτοχος διδακτορικού τίτλου.

Στην παρούσα μελέτη, από την ανάλυση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου STAI, διαπιστώθηκε ότι η μέση τιμή του άγχους ήταν: του παροδικού 40.82, του ιδιοσυγκρασιακού 39.03 και του συνολικού 79.85.

Σε έρευνα που αφορούσε τη διερεύνηση του παροδικού και ιδιοσυγκρασιακού άγχους των Νοσηλευτών που εργάζονται σε Κέντρα Υγείας της Θεσσαλίας έδειξαν υψηλές τιμές παροδικού άγχους, οι οποίες υπερβαίνουν τις αντίστοιχες τιμές στον Ελληνικό πληθυσμό (Φακή κ.ά, 2009).

Η έρευνα των Μαρνέρα κ.ά., (2010) είχε βασικό σκοπό την αξιολόγηση της εργασιακής ικανοποίησης και του παροδικού και ιδιοσυγκρασιακού άγχους των νοσηλευτών που εργάζονταν σε νεφρολογικά τμήματα. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής συμφωνούν με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Η μέση τιμή στην κλίμακα του άγχους ήταν του παροδικού 40.82, του μόνιμου 38.06 και του συνολικού άγχους 79.85.

Προέκυψε στην παρούσα μελέτη από την κλίμακα Hamilton ότι οι συμμετέχοντες ανέφεραν ήπιας έντασης συμπτώματα άγχους, με μέση τιμή 11.41 και συγκεκριμένα,

συμπτώματα «αγχώδους διάθεσης» (33.8%), «φοβιών» (20.7%), «συμπτώματα από το μυϊκό σύστημα» (26.3%), «αϋπνίας» (23.9%), «γνωσιακά συμπτώματα» (26.8%), «καρδιαγγειακά συμπτώματα» (23.0%).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2014 σε νοσηλευτικό προσωπικό έδειξε ότι η ένταση των συμπτωμάτων του άγχους, αντιστοιχούσε συνολικά σε ήπια διαταραχή, με το 19.9% του νοσηλευτικού προσωπικού που έλαβε μέρος να βιώνει μέτρια διαταραχή και το 3.9% να εμφανίζει σοβαρή διαταραχή. Τα συμπτώματα με τις πιο συχνές καταγραφές ήταν οι διαταραχές ύπνου, αγχώδης διάθεση, διαταραχές της γνωστικής λειτουργίας και υπερένταση (Μητρούση, 2014).

Άλλη μελέτη, με θέμα την εκτίμηση του άγχους και των συμπτωμάτων που σχετίζονται με αυτό, σε πληθυσμό μελέτης 213 νοσηλευτών που εργάζονταν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) οχτώ Γενικών Νοσοκομείων στην Ελλάδα, φανέρωσε ότι το επίπεδο του άγχους κυμάνθηκε σε μέτριο επίπεδο και τα πιο συχνά συμπτώματα του άγχους ήταν οι διαταραχές ύπνου, η αγχώδης διάθεση και η καταθλιπτική διάθεση (Stathopoulou et al., 2011).

Η περιγραφική μελέτη συσχέτισης των Καρανικόλα κ.ά., (2009) είχε ως σκοπό τη διερεύνηση της έντασης των συμπτωμάτων του άγχους. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 229 μέλη νοσηλευτικού προσωπικού τα οποία εργάζονταν σε ΜΕΘ ιδιωτικών και δημόσιων γενικών νοσοκομείων ενηλίκων της Αττικής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης η ένταση των συμπτωμάτων του άγχους φανέρωσε ήπιας έντασης συμπτώματα άγχους και συγκεκριμένα τα συμπτώματα με τις υψηλότερες καταγραφές ήταν οι διαταραχές ύπνου, η αγχώδης διάθεση, οι διαταραχές της γνωστικής λειτουργίας και η υπερένταση (Καρανικόλα κ.ά., 2009)

Τέλος, στην έρευνα των Gao et al. (2012), ο βασικός σκοπός των ερευνητών ήταν να αποτυπώσουν το άγχος και να εντοπίσουν τους παράγοντες που έχουν σχέση με αυτό. Το δείγμα αποτέλεσαν 1437 νοσηλευτές από επτά νοσοκομεία στη βορειοανατολική Κίνα. Βρέθηκε ότι το 43,4% του πληθυσμού μελέτης εμφάνιζε συμπτώματα άγχους (Gao, Pan, Sun, Wu, Wang & Wang, 2012).

Ως προς την αυτοεκτίμηση, από τη παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (51.6%) του νοσηλευτικού προσωπικού που έλαβε μέρος στη μελέτη εμφάνιζε μέση αυτοεκτίμηση ενώ το λιγότερο ποσοστό (8.0 %) εμφάνιζε πολύ υψηλή αυτοεκτίμηση. Η μέση τιμή της Συνολικής αυτοεκτίμησης, για το συνολικό πληθυσμό μελέτης, ήταν 22.47.

Έρευνα που έγινε στην Ουαλία για τους νοσηλευτές της κοινότητας, διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές είχαν μέση αυτοεκτίμηση (Fothergill et al., 2000). Άλλη

σχετική μελέτη αποκάλυψε ότι το 60.1% των νοσηλευτών είχε μέση αυτοεκτίμηση. Η συσχέτιση της ανάλυσης, αποκάλυψε επίσης γραμμική αρνητική σχέση μεταξύ αυτοεκτίμησης και της συναισθηματικής εξάντλησης. Μια σημαντική γραμμική σχέση βρέθηκε μεταξύ της αυτοεκτίμησης και της έλλειψης προσωπικής ολοκλήρωσης (Yaghoobnia et al, 2003).

Τέλος, άλλη έρευνα που εξέτασε τη σχέση μεταξύ εργασιακής παρενόχλησης και αυτοεκτίμησης σε νοσηλευτές στην Ισπανία, έδειξε ότι ένας στους πέντε νοσηλευτές (17%) αντιμετώπισε παρενόχληση και το 8% αυτών των περιπτώσεων ανέφεραν εβδομαδιαίο ή καθημερινή παρενόχληση. Αυτό το ποσοστό επικράτησης της παρενόχλησης είναι υψηλό μεταξύ των ισπανών νοσηλευτών και συνδέεται σαφώς με την υψηλότερη έκθεση σε συμπεριφορές παρενόχλησης κατά την εργασία και χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης (Iglesias et al., 2014). Σύμφωνα με τον Randle (2003) το αποτέλεσμα συνεχούς έκθεσης στην παρενόχληση περιλαμβάνει τραύματα όπως μειωμένη αυτοεκτίμηση.

Στην παρούσα έρευνα, τα άτομα του πληθυσμού μελέτης εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες και για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα, σχεδόν καθημερινά ή καθημερινά, και για έξι μήνες ή περισσότερο (Leymann, 1996), ήταν το 11.3% (n=24) και αυτά τα άτομα σύμφωνα με τον ορισμό του Leymann είναι τα θύματα εργασιακής παρενόχλησης. Από τα 95 άτομα που δήλωσαν ότι εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία εκ των 45 συμπεριφορών εργασιακής παρενόχλησης, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο της παρούσας μελέτης, τους τελευταίους 12 μήνες, τα 54 άτομα (69.23%) δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν ακόμα και σήμερα παρόμοιες συμπεριφορές.

Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγει και η μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κύπρο το 2014 και τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν 136 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Λευκωσία και έγινε χρήση του ίδιου ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα (Χείρα κ.ά., 2014).

Επίσης, και σε άλλη μελέτη που έλαβε μέρος πάλι στην Κύπρο το 2015 και τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν 2264 άτομα (γενικοί γιατροί και νοσηλευτές), που εργάζεται σε δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Λευκωσία και σε μεγάλα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου, δήλωσαν, όταν εφαρμόστηκε ο ορισμός του Leymann, ότι το 5.9%, από τους συμμετέχοντες στη μελέτη ανέφεραν έκθεση σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά παρενόχλησης τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα και για τουλάχιστον 6 μήνες (Zachariadou et al., 2017).

Από έρευνα που έγινε από τις Παπαδάκη & Χουστουλάκη (2007), στο νοσηλευτικό προσωπικό δύο μεγάλων νοσοκομείων στο Ηράκλειο Κρήτης προέκυψε, ότι το 52.6% είχε υποστεί εργασιακή παρενόχληση στο χώρο εργασίας τους. Μελέτη που έγινε από την (Μπακέλλα κ.ά., 2013), σε 7 νοσοκομεία στον Ελλαδικό χώρο σε πληθυσμό μελέτης 521 νοσηλευτών βρέθηκε ότι ποσοστό 71% είχαν υποστεί συμπεριφορές ηθικής παρενόχλησης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης της Fontes, Santana, Pelloso, Carvalho & Barros (2010), στην Βραζιλία πραγματοποιήθηκε έρευνα με τη χρήση του ερωτηματολογίου LIPT, 11.6% των νοσηλευτών του πληθυσμού μελέτης είχαν υποστεί ηθική παρενόχληση κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Παρόμοιο αποτέλεσμα, με βάση τα ίδια κριτήρια, διαπιστώθηκε μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονταν στο δημόσιο τομέα στην Πορτογαλία με ποσοστό που ανήλθε στο 13% (Sá et al., 2008).

Η ανάλυση των δεδομένων της παρούσας μελέτης έδειξε ότι οι πιο συνηθισμένες συμπεριφορές «εργασιακής παρενόχλησης» που αναφέρθηκαν μεταξύ των συμμετεχόντων ήταν οι εξής: (15.0%) «μιλούν άσχημα για σας πίσω από την πλάτη σας» και με το ίδιο ποσοστό ακολουθεί «σας διακοπών διαρκώς ενώ εκφράζεστε», «δέχεστε περιφρονητικές ματιές και / ή περιφρονητικές χειρονομίες» (14.6%), «διαδίδουν ψεύτικες φήμες για εσάς» (12.2%) και με το ίδιο ποσοστό εμφανίζεται «σας υβρίζουν και σας φωνάζουν» και τέλος «σας ασκούν συνεχή κριτική σε σχέση με τη δουλειά σας» (11.3%).

Σε παρόμοια μελέτη που διενεργήθηκε σε επαγγελματίες υγείας στην Κύπρο, φανέρωσε ότι οι συχνότερες συμπεριφορές «εργασιακής παρενόχλησης» τις οποίες ανέφεραν οι ερωτούμενοι ήταν: «σας διακοπών διαρκώς ενώ εκφράζεστε» (14%), «σας αναθέτουν διαρκώς καινούργια καθήκοντα» (14%) και «μιλούν άσχημα για σας πίσω από την πλάτη σας» (11.8%) (Χείρα κ.ά., 2014).

Τέλος, από την έρευνα της Zachariadou et al. (2017), σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό προέκυψε ότι οι πιο συχνές συμπεριφορές «εργασιακής παρενόχλησης» τις οποίες ανέφεραν οι συμμετέχοντες ήταν: «σας διακόπτουν συνεχώς» (17.2%), «σας αναθέτουν διαρκώς καινούργια καθήκοντα» (13.5%), «κουτσομπολιά» (11.8%) «διαδίδουν ψεύτικες φήμες για εσάς» (10.5%) και «σας ασκούν συνεχή κριτική σε σχέση με τη δουλειά σας» (9.5%). Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας για δύο από τις 45 συμπεριφορές «εργασιακής παρενόχλησης» και αυτές είναι «δεν σας απευθύνουν το λόγο» και «δεν σας αναθέτουν κανένα καθήκον, δεν έχετε εργασία».

Στην δεδομένη μελέτη, οι λιγότερο συχνές συμπεριφορές «εργασιακής παρενόχλησης» που εντοπίστηκαν ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό ήταν «σας επιτίθενται σεξουαλικά» (0.0%), «απευθύνονται σε εσάς μόνο γραπτώς (0.5%) και «σας προκαλούν έξοδα προσπαθώντας να σας βλάψουν οικονομικά» (0.5%).

Αντίθετα, με τη μελέτη της Χείρα κ.ά (2014), οι λιγότερο συχνές συμπεριφορές «εργασιακής παρενόχλησης» με ποσοστό 0%, που εντοπίστηκαν ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ήταν: «σας έχουν επιτεθεί σεξουαλικά», «σας κακομεταχειρίζονται σωματικά», «σας απειλούν με σωματική βία», «σας κάνουν προφορικούς υπαινιγμούς ή προτάσεις σεξουαλικού περιεχομένου», «σας επιτίθενται ή σας κοροϊδεύουν για την καταγωγή σας», «θέλουν να σας υποχρεώσουν να κάνετε ψυχιατρική εξέταση», «δεν σας αναθέτουν κανένα καθήκον, δεν έχετε εργασία» και «δέχεστε γραπτές απειλές».

Η μελέτη της Selič et al., (2011) στη Σλοβενία, που είχε σκοπό να διερευνήσει τη συχνότητα των μορφών της «εργασιακής παρενόχλησης» μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών, ανέδειξε ότι οι πιο συχνές συμπεριφορές «εργασιακής παρενόχλησης» ήταν η «συμπεριφορά που επηρεάζει την επικοινωνία» 67.5% για τους νοσηλευτές και 44% για τους γιατρούς, η «συμπεριφορά που απειλεί την προσωπική φήμη» 49.9% για τους νοσηλευτές και 19% για τους γιατρούς, η «συμπεριφορά που επηρεάζει την επαγγελματική θέση» 31.5% στους νοσηλευτές και 31% για τους γιατρούς «συμπεριφορά που επηρεάζει τις κοινωνικές επαφές» 29.9% για τους νοσηλευτές και 16.7% για τους γιατρούς.

Το 63.5% των νοσηλευτών που έλαβαν μέρος στη παρούσα έρευνα, δήλωσαν ότι δέχθηκαν ψυχολογική παρενόχληση μεταξύ άλλων και από «συνάδελφο» το οποίο αποτελεί το 43.9% του συνόλου των απαντήσεων και με το ίδιο ποσοστό από «άτομα που είχαν υψηλότερη ιεραρχικά επαγγελματική θέση ή προϊστάμενο». Επίσης, αναφορικά με το φύλο των ατόμων που ασκούσαν ψυχολογική παρενόχληση καταγράφεται οι «γυναίκες» με ποσοστό 43.2% και με το ίδιο ποσοστό απαντούν «τόσο άνδρες όσο και γυναίκες». Η διάμεση τιμή του αριθμού των ατόμων που ήταν εναντίον όσων δέχθηκαν ψυχολογική παρενόχληση κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής ήταν 2 (IQR=2).

Σύμφωνα με την έρευνα της Χείρα (2014), οι εργαζόμενοι στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ανέφεραν ότι την ψυχολογική παρενόχληση την άσκουσαν άτομα που είχαν υψηλότερη ιεραρχικά επαγγελματική θέση σε ποσοστό 55.9%, (π.χ. προϊστάμενος) ενώ άτομα τα οποία άνηκαν στην ίδια επαγγελματικής βαθμίδας (π.χ. συνάδελφοι) ασκούσαν ψυχολογική παρενόχληση στους συναδέλφους τους σε ποσοστό 50%. Η ψυχολογική παρενόχληση ασκείτο στο μεγαλύτερο ποσοστό από γυναίκες (ποσοστό 83.8%) και ο μέσος όρος ατόμων που την ασκούσαν ήταν 2.3 ± 1.1 .

Παράλληλα και η μελέτη της Zachariadou et al. (2017), αναφέρει ότι οι ανώτεροι υπάλληλοι αναγνωρίζονταν ως τα άτομα εκείνα που ασκούσαν ψυχολογική παρενόχληση (57.5%). Επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία και στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν εχθρικές συμπεριφορές κυρίως από τους ανωτέρους τους (58.3% έναντι 55.9%, αντίστοιχα). Σε ότι αφορά το φύλο των δραστών, οι γυναίκες επισημάνθηκαν συχνότερα ως τα άτομα αυτά τα οποία ασκούσαν ψυχολογική παρενόχληση συγκριτικά με τους άνδρες αλλά δεν υπήρχε στατιστική σημαντικότητα.

Άλλη έρευνα στην Τουρκία από τον Picakciefe et al. (2012), σε άτομα που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας το 70.3% των θυτών ήταν προϊστάμενοι.

Στη παρούσα μελέτη το 68.3% των αποκρινόμενων ανέφεραν ότι είχαν μιλήσει με συνάδελφό τους για τα προβλήματα παρενόχλησης που αντιμετώπιζαν, μόνο δύο (n=2) άτομα από τους ερωτώμενους ανέφεραν ότι δεν είχαν κάποιο άτομο στο οποίο μπορούσαν να απευθυνθούν αν και θα ήθελαν να είχαν, ενώ τρία (n=3) άτομα ανέφεραν ότι δεν είχαν κάποιο άτομο στο οποίο μπορούσαν να απευθυνθούν αλλά δεν είχαν και την ανάγκη.

Σύμφωνα με τη μελέτη της Χείρα (2014), το 63.4% του πληθυσμού μελέτης είχε μιλήσει για τα προβλήματα που αφορούσαν την εργασιακή παρενόχληση σε συναδέλφους τους, ενώ ένα ποσοστό 43.9% είχε μιλήσει με τον/την προϊστάμενο τους και με μέλη της οικογένειάς τους.

Στη μελέτη της Zachariadou et al. (2017), αναφέρεται ότι οι επαγγελματίες υγείας συζήτησαν την έκθεση τους στην παρενόχληση στο χώρο εργασίας τους με κάποιον συνάδελφο τους με ποσοστό 67.7%, ενώ το 30.6% συζήτησε το θέμα με κάποιο μέλος από την οικογένειά του.

Στο ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας όπου δόθηκε ο ορισμός «*Η ψυχολογική παρενόχληση στην εργασία μπορεί να οριστεί ως η κατάσταση στην οποία ένα άτομο υφίσταται εχθρικές συμπεριφορές από ένα ή περισσότερα άτομα στο εργασιακό του περιβάλλον, τα οποία με τρόπο συνεχή και επανειλημμένο επιχειρούν να το πληγώσουν, να το καταπιέζουν, να το κακομεταχειρίζονται ή ακόμα να το αποκλείουν ή να το απομονώνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα*», 36 άτομα (16.9%) δήλωσαν ότι έχουν υποστεί ψυχολογική παρενόχληση στην εργασία τους τελευταίους 12 μήνες και η συμπεριφορά αυτή αποδόθηκε κατά κύριο λόγο, μεταξύ άλλων, σε «*προβλήματα ανταγωνισμού μεταξύ των ατόμων*» (60.9%) και σε «*ζήλεια*» (58.7%).

Σύμφωνα με τη μελέτη της Χείρα (2014), 30 εργαζόμενοι (26.3%) δήλωσαν ότι είχαν υποστεί ψυχολογική παρενόχληση το τελευταίο χρόνο σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, και αυτή η συμπεριφορά αποδόθηκε στην «*κακή οργάνωση της εργασίας*» με ποσοστό

43.3% ακολουθούμενη από «προβλήματα στη διοίκηση / τοποθέτησης στη θέση εργασίας» σε ποσοστό 40%.

Άλλη μελέτη, καταγράφει ότι το 29.3% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά σε ότι αφορά την έκθεση σε εχθρικές συμπεριφορές τους τελευταίους 12 μήνες σύμφωνα με την εφαρμογή του ίδιου ορισμού. Οι πιο κοινές αιτίες υπεύθυνες για την έκθεση σε εχθρικές συμπεριφορές σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα μεγάλα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου ήταν «προβλήματα στη διοίκηση / τοποθέτησης στη θέση εργασίας» σε ποσοστό 33.3% ακολουθούμενη από «γενικά κακή ατμόσφαιρα της εργασίας» με ποσοστό 31.3% και «κακή οργάνωση της εργασίας» με ποσοστό 29.2% καθώς και «ζήλια» με ποσοστό 29.2%. Όσο για αυτούς που εργαζότανε στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας οι πιο κοινές υπεύθυνες αιτίες ήταν η «κακή οργάνωση της εργασίας» για το 43.3% των αιτιών ακολουθούμενη από «προβλήματα στη διοίκηση / τοποθέτησης στη θέση εργασίας» σε ποσοστό 40%, «στη γενικά κακή ατμόσφαιρα της εργασίας» με ποσοστό 33.3% καθώς και σε «προβλήματα ανταγωνισμού μεταξύ των ατόμων» με ποσοστό 33.3% (Zachariadou et al., 2017).

Στην ερώτηση: «έχετε αντιληφθεί άσκηση ψυχολογικής παρενόχλησης εναντίον κάποιου άλλου ατόμου στον εργασιακό σας χώρο τους τελευταίους 12 μήνες» το 30.0% του νοσηλευτικού προσωπικού του πληθυσμού μελέτης της παρούσας έρευνας ανέφερε ότι έχει αντιληφθεί τέτοια κατάσταση.

Σε παρόμοια μελέτη, 38 εργαζόμενοι (31.7%) απάντησαν θετικά στην ερώτηση (Χείρα, 2014). Σε άλλη έρευνα οι ερωτηθέντες ανέφεραν ότι έγιναν παρατηρητές συμπεριφορών παρενόχλησης εναντίον άλλου υπαλλήλου κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους σε ποσοστό 43.4%. Επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε νοσοκομεία, παρατήρησαν ότι ένας ή περισσότεροι από τους συναδέλφους τους εκφοβίζονται συχνότερα σε σχέση με εργαζόμενους των δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (52.2% έναντι 31.4%), κάτι που ήταν στατιστικά σημαντικό ($p = 0.001$), (Zachariadou et al., 2017). Τέλος, στην Αγγλία σε έρευνα της Quine (1999), σε επαγγελματίες υγείας, διαπιστώθηκε ότι το 42% των συμμετεχόντων είχαν γίνει μάρτυρες συμπεριφορών παρενόχλησης απέναντι σε συναδέλφους τους.

Αναφορικά τώρα με τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και με το αν εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, τα χρόνια στην υπηρεσία και τα χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργαζόντουσαν εκείνη την περίοδο, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

Από παρόμοια έρευνα προέκυψε, ότι δεν υπάρχει σημαντική σχέση και δεν αποτελούν καθολικό αποδεκτό παράγοντα συσχέτισης μεταξύ των ομάδων το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση με το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης (Pacakciefe et al., 2012).

Σε μεγάλο ποσοστό το νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού πληθυσμού μελέτης στην παρούσα έρευνα, εμφανίζει ήπια συμπτώματα αγχώδης διάθεσης τα οποία συνδέονται με το πόσο συχνά το νοσηλευτικό προσωπικό έχει έλθει αντιμέτωπο με μία ή περισσότερες από τις 45 μορφές παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες ($p < 0.011$).

Σχετικές μελέτες που να αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και άλλη ομάδα πληθυσμού δεν έχει πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα σε Ελλάδα αλλά και σε Παγκόσμιο επίπεδο που να αφορούν τη συσχέτιση αυτή.

Επίσης, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των περιπτώσεων ήπιας έντασης αγχώδους διαθέσεως, τα ήπιας έντασης γενικά συμπτώματα από το μυϊκό σύστημα και τα μέτριας έντασης γνωσιακά προβλήματα της έκθεσης σε μια από τις αναφερόμενες μορφές παρενόχλησης για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα ($p < 0.002$, $p < 0.014$ και $p < 0.003$ αντίστοιχα). Δεν έχουν πραγματοποιηθεί σχετικές μελέτες που να αφορούν τις παραπάνω συσχετίσεις.

Το νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού πληθυσμού μελέτης της παρούσας έρευνας, εμφανίζει ήπιας έντασης συμπτώματα αϋπνίας τα οποία συνδέονται με την οικογενειακή κατάσταση ($p < 0.026$). Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι οι έγγαμοι εμφανίζουν ήπιας έντασης συμπτώματα αϋπνίας. Έρευνες δεν έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα που να εξετάζουν τη σχέση της αϋπνίας με την οικογενειακή κατάσταση σε νοσηλευτικό προσωπικό. Σε γενικό πληθυσμό μία μελέτη έδειξε ότι η κοινωνική υποστήριξη αντανάκλαται έμμεσα από τους υψηλότερους κινδύνους της αϋπνίας σε διαζευγμένες / χήρες γυναίκες (Bebbington, 1998) και μία άλλη μελέτη σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχική υγεία, ιατροί και λοιποί επαγγελματίες υγείας) φανέρωσε ότι οι έγγαμοι παρουσίασαν στατιστικά σημαντική ανησυχία, υψηλή ένταση και αϋπνία (Κυλούδης κ.ά, 2011).

Στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται ανάμεσα στην ήπια έντασης αγχώδη διάθεση και το φύλο των ατόμων ($p < 0.034$).

Σύμφωνα με μελέτη της Μητρούση (2014), την οποία διεξήγαγε σε νοσηλευτικό προσωπικό βρέθηκε ότι οι γυναίκες σε ότι αφορά την «αγχώδη διάθεση» συγκέντρωσαν υψηλότερο μέσο όρο από τους άνδρες. Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντικά διαφοροποίηση στα δύο φύλα με τις γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερο άγχος, και

συγκεκριμένα διαπιστώθηκε ότι οι στατιστικά σημαντικά διαφοροποιήσεις εμφανίστηκαν στα συμπτώματα: που αφορούσαν την «αγχώδη διάθεση» ($p = 0.031 < .05$).

Επιπλέον, διαπιστώθηκε από το πληθυσμό μελέτης στατιστικά σημαντικά διαφοροποίηση της Συνολικής αυτοεκτίμησης με την ήπια έντασης γενικά συμπτώματα από το μυϊκό σύστημα και την ήπια έντασης καρδιαγγειακά συμπτώματα ($p < 0.001$ και $p < 0.000$ αντίστοιχα). Σχετική μελέτη η οποία να αφορά νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και άλλη ομάδα πληθυσμού δεν έχει πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα σε εθνικό αλλά και σε διεθνές επίπεδο.

Επιπρόσθετα, ο συνολικός πληθυσμός μελέτης της παρούσας έρευνας, εμφανίζει ήπιας έντασης γνωσιακά προβλήματα ($p < 0.001$) και ήπιας έντασης φοβίες ($p < 0.000$) όπου και στις δύο περιπτώσεις συνδέεται με τη συνολική αυτοεκτίμηση.

Σε εκτενή αναζήτηση που πραγματοποιήθηκε δεν βρέθηκε να έχει πραγματοποιηθεί μελέτη που να αφορά νοσηλευτικό προσωπικό και άλλους πληθυσμούς μελέτης και να μελετούν τις συγκεκριμένες συσχετίσεις. Επιπλέον, εκτενής αναζήτηση έγινε και δεν βρέθηκαν μελέτες που να ερευνούν τη συσχέτιση της αυτοεκτίμησης με τη μειωμένη συγκέντρωση και τα προβλήματα μνήμης, οι οποίες είναι διαταραχές που αφορούν γνωσιακά προβλήματα και στα οποία επικεντρώθηκε η παρούσα μελέτη.

Στον πληθυσμό μελέτης της παρούσας έρευνας εμφανίζεται ήπιας έντασης συμπτώματα αϋπνίας τα οποία συνδέονται με την αυτοεκτίμηση ($p < 0.002$).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην κοινότητα 1.805 ενηλίκων, ηλικίας μεταξύ 30 και 84 ετών στις ΗΠΑ και προσδιορίστηκε η μέτρηση της σχέσης μεταξύ του ύπνου και της αυτοεκτίμησης, τα αποτελέσματα φανέρωσαν ότι τα άτομα με συμπτώματα αϋπνίας βαθμολογούνται, σε μεγάλο βαθμό, με χαμηλότερη αυτοεκτίμηση ανεξάρτητα από την ηλικία και το φύλο. Επίσης, ανέδειξε ότι τόσο η βραχεία διάρκεια του ύπνου (< 6 ώρες) σχετίζεται με την χαμηλή αυτοεκτίμηση, όσο και η μακρά διάρκεια ύπνου (> 9 ώρες), ανεξάρτητα από την ηλικία και το φύλο (Lemola et al, 2013). Πάνω σε αυτό δεν έχουν διεξαχθεί μελέτες σε νοσηλευτικό προσωπικό.

Τέλος, στην παρούσα έρευνα, οι συσχετίσεις του συνολικού σκορ της αυτοεκτίμησης και των ήπιας έντασης συμπτώματα αγχώδους διάθεσης, έδειξαν στατιστική σημαντική διαφορά ($p < 0.000$). Επίσης, και πάνω σε αυτό δεν έχουμε σχετικές έρευνες.

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη, στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα παρατηρούνται στην κλίμακα STAI-Ενότητα 2, με τις γυναίκες να παρουσιάζουν υψηλότερα scores της κλίμακας ($p=0.007$). Από παλιότερη μελέτη σε νοσοκομεία στην Ελλάδα προέκυψε από τους μέσους όρους της μεταβλητής «Φύλο», σε σχέση με το

ιδιοσυγκρασιακό άγχος, ότι οι γυναίκες διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τους άνδρες, ως προς την εκδήλωση του ιδιοσυγκρασιακού άγχους (Μητρούση, 2014).

Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα προέκυψαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στις γυναίκες να παρουσιάζουν υψηλότερα scores της κλίμακας Hamilton με $p=0.034$.

Από έρευνα προέκυψε στατιστικά σημαντικά διαφοροποίηση ($p=0.019 < .05$) στις γυναίκες να συγκεντρώνουν το υψηλότερη ένταση συμπτωμάτων του άγχους (Μητρούση, 2014). Οι γυναίκες υιοθετούν περισσότερο από τους άνδρες την συναισθηματική αντιμετώπιση και την αποφυγή, ενώ παρουσιάζουν λιγότερες στρατηγικές αποκόλλησης. Αυτό, κατά πάσα πιθανότητα, προκαλεί σωματικά συμπτώματα και ψυχολογική δυσφορία περισσότερο στις γυναίκες παρά στους άνδρες (Matud, 2004). Οι Sharpley et al. (1996), διαπίστωσαν ότι οι άνδρες έχουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα αποτελέσματα εργασιακού άγχους,

Σχετικά με τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ του άγχος (κλίμακες Spielberger και Hamilton) με το εκπαιδευτικό επίπεδο, στη συγκεκριμένη έρευνα παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα μόνο με το προσωρινό άγχος (Sig. (2-tailed) < 0.05). Αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου οδηγεί σε αύξηση του προσωρινού άγχους.

Σε μελέτη της Μητρούσης (2014), μετά από σύγκριση των μέσων όρων της αξιολογικής μεταβλητής «Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών» σε σχέση με την εκδήλωση του παροδικού άγχους, βρέθηκε για τους κατόχους μεταπτυχιακού τίτλου να εμφανίζουν υψηλότερο προσωρινό άγχος.

Η παρούσα έρευνα, έδειξε ότι δεν σχετίζεται θετικά η ηλικία με το παροδικό, το μόνιμο, το συνολικό άγχος καθώς και με την ένταση των συμπτωμάτων του άγχους (Sig. (2-tailed) < 0.05) ενώ, σε παλιότερη έρευνα δεν βρέθηκε κάποια στατιστικά σημαντικά επίδραση της ηλικίας στην εκδήλωση του παροδικού, του ιδιοσυγκρασιακού και του συνολικού άγχους (Μητρούση, 2014). Σε δημόσιο νοσοκομείο της Kuala Lumpur, σε πληθυσμό μελέτης 114 νοσηλευτών από 5 διαφορετικά τμήματα, έδειξε, πως δεν βρέθηκε κάποιος συσχετισμός στατιστικά αξιοσημείωτος ανάμεσα στο εργασιακό άγχος και την ηλικία (Dua, 1994).

Παλαιότερη έρευνα του Steinberg (1996), έδειξε πως το κτίσιμο της αυτοεκτίμησης εξελίσσεται και διαμορφώνεται κατά τη διάρκεια όλης της ζωής. Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι η ηλικία σχετίζεται θετικά με τη Γενική, Προσωπική και Συνολική αυτοεκτίμηση ενώ αύξηση της ηλικίας τείνει να οδηγεί σε αύξηση των παραπάνω. Επιπλέον, εντοπίστηκε ότι δεν σχετίζεται θετικά η ηλικία με την Κοινωνική αυτοεκτίμηση.

Σύμφωνα με μελέτη, που διενεργήθηκε για την αυτοεκτίμηση μεταξύ των δύο φύλων δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών (Πατίτσα, 2011). Στην παρούσα μελέτη εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στην κλίμακα Battle ($p=0.028$) με τους άνδρες να παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές αυτής.

Ως προς τη σχέση του χρόνου εργασίας και της αυτοεκτίμησης, παρατηρήθηκε ότι, η αύξηση των χρόνων εργασίας, τείνει να οδηγεί σε αύξηση της Γενικής, Κοινωνικής, Προσωπικής και Συνολικής αυτοεκτίμησης, αλλά μόνο με την Γενική Αυτοεκτίμηση υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση (Sig. (2-tailed) < 0.05). Σχετικές μελέτες πάνω σε αυτό δεν έχουν πραγματοποιηθεί.

Αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου οδηγεί σε αύξηση της Γενικής, Κοινωνικής, Προσωπικής και Συνολικής αυτοεκτίμησης. Στατιστικά σημαντικής σχέσης υπήρξε μεταξύ της Προσωπικής αυτοεκτίμησης και του εκπαιδευτικού επιπέδου (Sig. (2-tailed) < 0.05). Και σε αυτό το σημείο της μελέτης δεν έχουν πραγματοποιηθεί σχετικές έρευνες.

Επιπρόσθετα, ως προς τη συσχέτιση των ετών προϋπηρεσίας και των καρδιαγγειακών συμπτωμάτων εμφανίζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < 0.029$) η οποία συμφωνεί με τη μελέτη της Μητρούση (2014).

Αποτελέσματα που αφορούν τις συγκρίσεις ανάμεσα στις δομές για τον συνολικό πληθυσμό μελέτης

Από τη σύγκριση των δομών της δεδομένης έρευνας, προέκυψε ότι τις υψηλότερες τιμές παροδικού άγχους συγκέντρωσε το ΤΕΠ, ενώ τις υψηλότερες τιμές ιδιοσυγκρασιακού και συνολικού άγχους η ΜΕΘ.

Διερευνώντας για στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών δομών καθώς και συγκρίσεις ανά δύο δομές του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ως προς το άγχος, (κλίμακες Spielberger και Hamilton), διαπιστώθηκε ότι η συνολική κλίμακα Spielberger και το συνολικό score αυτής, είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών δομών. Βάσει όμως των συγκρίσεων ανά δύο δεν προέκυψε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα μεταξύ των δομών.

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα από τη Μητρούση (2014), διαπιστώθηκαν κοινά σημεία ως προς τη μελέτη που

εκπονήθηκε στις υψηλότερες τιμές ιδιοσυγκρασιακού άγχους στη ΜΕΘ (Μητρούση, 2014).

Οι Uwaoma et al. (2011) εξέτασαν την επίδραση του φύλου και της νοσοκομειακής μονάδας στο άγχος σε δείγμα 60 νοσηλευτών Ομοσπονδιακού Ιατρικού Κέντρου στη Νιγηρία. Για το σκοπό της έρευνας δόθηκε η κλίμακα State - Trait Anxiety Inventory (STAI). Το άγχος των γυναικών ήταν μεγαλύτερο απ' ό,τι των ανδρών και οι νοσηλευτές στις ΜΕΘ βίωναν περισσότερο συνολικό άγχος απ' ό,τι οι νοσηλευτές άλλων μονάδων του νοσοκομείου (Uwaoma, Obi-Nwosu & Aguocho, 2011).

Τέλος, στην μεταπτυχιακή εργασία της Σταθάκη (2014), που είχε σαν βασικό σκοπό τη διερεύνηση του εργασιακού άγχους σε νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας και τις επιπτώσεις του στην ψυχοσωματική υγεία φάνηκε ότι το συνολικό άγχος που βιώνουν οι νοσηλευτές είναι υψηλότερο στους νοσηλευτές που εργάζονται στο νοσοκομείο και ακολουθούν οι νοσηλευτές που εργάζονται στην κοινότητα.

Ως προς την ένταση των συμπτωμάτων του άγχους από τις συγκρίσεις της παρούσας έρευνας μας προέκυψε μη στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα μεταξύ των τριών δομών (ΜΕΘ, ΤΕΠ και ΠΦΥ), καθώς επίσης και για όλα τα ζεύγη δομών (adjusted $p > 0.05$).

Σε μελέτη η οποία συνέκρινε τις κλινικές νοσοκομείων, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται στις ΜΕΘ, εκδήλωσαν σε μεγαλύτερη ένταση συμπτώματα άγχους, ενώ στα ΤΕΠ συγκέντρωσαν τη μικρότερη ένταση των συμπτωμάτων (Μητρούση, 2014).

Τέλος, σε ότι αφορά στο φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης για τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των τριών δομών, στα ποσοστά αυτών που είχαν δηλώσει ότι εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες, ο έλεγχος έδωσε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ($p = 0.016$). Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό έκθεσης σε τουλάχιστον μια συμπεριφορά ηθικής παρενόχλησης αναφέρεται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (58.5%), ενώ το μικρότερο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (31.7%). Σε ότι αφορά τη συχνότητα εργασιακής παρενόχλησης, συγκριτικά στις δομές, δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά. Βάσει του ορισμού της ψυχολογικής παρενόχλησης στην εργασία, προέκυψε (οριακά) στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών δομών ($p = 0.047$), με το μεγαλύτερο ποσοστό να αναφέρεται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (26.4%).

Μελέτη η οποία αφορά στην εργασιακή παρενόχληση στην Αίγυπτο και συγκεκριμένα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Mansoura το 2013 σε νοσηλευτές που

εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών έδειξε ότι παρουσίαζαν το υψηλότερο επίπεδο διαφορετικών τύπων εργασιακής παρενόχλησης. Διαπιστώθηκε ότι το 54.7% των νοσηλευτών που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, έδειξε ότι ανησυχούν πολύ σε σύγκριση με το 6.8% των νοσηλευτών που δεν εργάζονται στο συγκεκριμένο τμήμα, αλλά σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων σε ότι αφορά στην ανησυχία και τον τύπο της παρενόχλησης (Abou-ElWafa et al., 2014).

Άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε εργαζόμενους στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην πόλη Mugla, για να διερευνήσει εάν υπάρχει σχέση μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών, των συνθηκών εργασίας και της παρενόχλησης, το 31.1% των εργαζομένων παρατηρήθηκε ότι έχει αντιμετωπίσει "παρενόχληση" κατά το τελευταίο έτος (Picakciefe, 2015).

Ως προς την αυτοεκτίμηση από τις συγκρίσεις της παρούσας έρευνα προέκυψε ότι τα περισσότερα άτομα για όλες τις δομές είχαν μέση αυτοεκτίμηση και συγκεκριμένα στη ΜΕΘ (50,5%), στα ΤΕΠ (37,7%) και στις δομές ΠΦΥ (65,1%). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών δομών, σε σχέση με το επίπεδο αυτοεκτίμησης, παρά την αρκετά μεγάλη διαφορά σε πολλά ποσοστά, κάτι που πιθανόν να οφείλεται στην ύπαρξη των πολλών κατηγοριών στο επίπεδο αυτοεκτίμησης ($p=0.080$). Έρευνα που διενεργήθηκε στην Ουαλία, για τους κοινοτικούς νοσηλευτές στην ψυχική υγεία διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι από αυτούς είχαν μέση αυτοεκτίμηση (Fothergill et al., 2000).

Προφίλ ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού που ανιχνεύθηκε να είναι θύματα εργασιακής παρενόχλησης

Στην παρούσα μελέτη τα άτομα που διαπιστώθηκαν να είναι θύματα εργασιακής παρενόχλησης ήταν μέσης ηλικίας $38.04 \pm 5.72^*$. Η πλειοψηφία των ατόμων ήταν γυναίκες, το μεγαλύτερο ποσοστό εξ αυτών ήταν έγγαμοι 17(70.8%) και απόφοιτοι ΤΕΙ 17(70.8%).

Σύμφωνα με άλλη έρευνα σε άτομα τα οποία είχαν υποστεί εργασιακή παρενόχληση διαπιστώθηκε ότι είχαν υψηλά προσόντα και ανώτερο μορφωτικό επίπεδο (Kho, 2010), ενώ άλλη έρευνα, ανέδειξε ότι είναι γυναίκες νεαρής ηλικίας, μεταξύ 20-40 χρόνων, μόνες ή διαζευγμένες (Sexual harassment at the workplace in the European Union, 1998).

Η μελέτη της Zachariadou et al. (2018), συμφωνεί με τα παραπάνω ευρήματα της παρούσας μελέτη δηλαδή υποστηρίζει ότι τα θύματα εργασιακής παρενόχλησης είναι γυναίκες, άτομα νεαρής ηλικίας, παντρεμένα με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο. Άλλη μελέτη, υποστηρίζει ότι άτομα που διαπιστώθηκαν να είναι θύματα εργασιακής παρενόχλησης εξαιτίας της προσωπικότητάς τους και του ανώτερου μορφωτικού επιπέδου τους είναι πολύ πιθανό να επισκιάσουν έναν ανώτερο ή ένα συνάδελφό τους. Στην περίπτωση αυτή, οι προϊστάμενοι που αισθάνονται ανασφάλεια μήπως τονιστεί η δική τους ανεπάρκεια (Hoel & Salin, 2003).

Στην παρούσα έρευνα το συνολικό score της Κλίμακας άγχους του Spielberger (STAI) για τα θύματα εργασιακής παρενόχλησης ήταν 92.37. Στην κλίμακα ποσοτικής εκτίμησης του άγχους Hamilton, που αφορά την ένταση των συμπτωμάτων του άγχους, τα άτομα εμφάνιζαν μέτριας έντασης συμπτώματα άγχους με μέση τιμή 17.21.

Η εργασιακή παρενόχληση σχετίζεται με το εργασιακό άγχος, την επαγγελματική εξουθένωση και συνιστούν σοβαρό κίνδυνο για την υγεία των ατόμων (Hanse, Hogh, Garde & Persson, 2014). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε για την εργασιακή παρενόχληση σε νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσιο και ιδιωτικό Νοσοκομείο, φανέρωσε ότι η πιο σοβαρή ψυχολογική επίπτωση της παρενόχλησης στους νοσηλευτές είναι το άγχος (47,2%) και η μειωμένη ανοχή σε αυτό (23,9%) (Παπαδάκη κ.ά., 2007).

Σύμφωνα με τον Gates, Gillespie & Succop (2011), η εργασιακή παρενόχληση είναι σημαντικός στρεσογόνος παράγοντας. Το 94% των νοσηλευτών παρουσίασαν τουλάχιστον ένα μετατραυματικό σύμπτωμα διαταραχής άγχους μετά από ένα βίαιο γεγονός. Επίσης, υπήρξαν έμμεσες σχέσεις μεταξύ συμπτωμάτων άγχους και παραγωγικότητας εργασίας. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και από τις πρόσφατες έρευνες που έχουν γίνει. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε επτά νοσοκομεία της 6ης ΥΠΕ, έδειξε ότι οι νοσηλευτές, άνδρες και γυναίκες (71%), ανεξαρτήτως φύλου ή επιπέδου σπουδών, ήταν θύματα εργασιακής παρενόχλησης κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους και εμφάνισαν συμπτώματα που σχετίζονται με το άγχος όπως άγχος 53,4%, κεφαλαλγίες 52%, διαταραχές ύπνου 32,6%, ατονία 41,5%, άρνηση για εργασία 28%, επιθετικότητα 11,9%, κατάθλιψη 16,3%, έλλειψη επικοινωνίας 7,7% κ.ά., (Μπακέλλα κ.ά., 2013).

Όπως προκύπτει από το Διαπολιτισμικό Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης του James Battle τα 24 άτομα είχαν μέση τιμή Συνολικής αυτοεκτίμησης 19.92 και τα περισσότερα άτομα 13(54.2%), είχαν Μέση αυτοεκτίμηση.

Από άλλη μελέτη του Hirigoyen (2002), διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που είχαν υποστεί εργασιακή παρενόχληση είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση και πρόκειται για

ευαίσθητα, ευάλωτα, ντροπαλά, συναισθηματικά και αγχώδη άτομα, τα οποία στηρίζουν την προσωπική τους ζωή στην επαγγελματική καριέρα και απόδοση. Επιπρόσθετα, μπορεί να είναι παθητικά και χαμηλών τόνων, χαρακτηρίζονται από ανασφάλεια, επιφυλακτικότητα, σωματική αδυναμία και κακή εικόνα εαυτού (Sexual harassment at the workplace in the European Union, 1998). Τα άτομα τα οποία έχουν υποστεί παρενόχληση αναφέρουν ότι αυτό τους επηρεάζει σωματικά και ψυχικά, έχουν άγχος, κατάθλιψη και μειωμένη αυτοεκτίμηση ως τα πιο συνηθισμένα παράπονα (Τέγος, 2017). Τα ευρήματα ελάχιστων μελετών υποδηλώνουν ότι, τα θύματα εργασιακής παρενόχλησης εμφάνισαν χαμηλότερη συναισθηματική σταθερότητα (Coyne, Seigne & Randall, 2000; Glaso, Matthiesen, Nielsen & Einarsen, 2007) και αυτοεκτίμηση (Harvey & Keashly, 2003), αλλά και υψηλότερα ποσοστά συναισθηματικής αντιδραστικότητας (Gamian-Wilk, 2013). Επιπλέον, τα θύματα έχουν αποδειχθεί ότι παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά επιθετικότητας, κοινωνικών δεξιοτήτων, εξωστρέφειας και αυτοπεποίθησης (Coyne et al, 2000; Glaso et al, 2007). Δεν είναι μόνο λιγότερο ομιλητικά και κοινωνικά, αλλά και λιγότερο συμπαθή, κατανοητά και με χαμηλές διπλωματικές ικανότητες (Glaso et al., 2007).

Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος με ομάδα παρέμβασης και ομάδες ελέγχου για τη διαχείριση του άγχους, ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και μείωσης του αριθμού των περιπτώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού που είναι θύματα εργασιακής παρενόχλησης

Ένα από τα ζητούμενα των ερευνητικών υποθέσεων της παρούσας μελέτης αφορούσε στο εάν η συμμετοχή σε ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης είναι πιο αποτελεσματική στη μείωση του άγχους των ατόμων που υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση, από τη συμμετοχή σε ομάδα ελέγχου χωρίς θεραπεία. Αξιολογώντας τόσο τα αποτελέσματα της κλίμακας ποσοτικής εκτίμησης του άγχους Hamilton, όσο και τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου του Spielberg, προέκυψε, ότι μειώθηκε το παροδικό άγχος, το ιδιοσυγκρασιακό άγχος, το συνολικό άγχος και η ένταση των συμπτωμάτων του άγχους, ακόμη περισσότερο, μετά τη συμμετοχή των ατόμων στην ομάδα παρέμβασης. Στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάζονται στην ομάδα παρέμβασης για τη συνολική κλίμακα STAI (p -value = 0.038).

Κατά τη διάρκεια της περιόδου των 14 εβδομάδων παρέμβασης παρατηρήθηκε μεγαλύτερη μείωση του συνολικού άγχους στην ομάδα παρέμβασης (ΟΠ) σε σύγκριση με

την ομάδα ελέγχου (OE) ($p < .05$). Σε ότι αφορά τη κλίμακα ποσοτικής εκτίμησης του άγχους Hamilton διαπιστώθηκε ότι μετά την παρέμβαση μειώθηκε αλλά όχι σημαντικά η μέση τιμή της ένταση των συμπτωμάτων του άγχους, ενώ για την ομάδα ελέγχου (εβδομάδα 14, $t=1$) είχαμε μια μικρή αύξηση της μέσης τιμής. Παρατηρούμε ότι οι αλλαγές στις τιμές για την OE και την ΟΠ σε ότι αφορά στα σκορ των συμμετεχόντων είχαν λίγο μεγαλύτερη ανομοιογένεια.

Σύμφωνα με μελέτη που αφορούσε παρέμβαση για τη αντιμετώπιση του άγχους σε φοιτητές νοσηλευτικής τα άτομα έλαβαν μέρος σε συνεδρίες διάρκειας 90 λεπτών για οκτώ εβδομάδες. Δημιουργήθηκε και μια ομάδα ελέγχου στην οποία δεν εφαρμόστηκε καμία παρέμβαση. Τα αποτελέσματα της για τις δύο ομάδες έδειξαν μια σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες στρες ($F = 6.145, p = 0.020$), (2) και σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες άγχους ($F = 6.985, p = 0.013$) ($t = 1.986, p = 0.056$). Αποδείχτηκε ότι ένα πρόγραμμα διαχείρισης του άγχους ήταν μια παρέμβαση αποτελεσματική για τους φοιτητές νοσηλευτικής (Yune SikKang et al, 2009).

Άλλη μελέτη, επιδίωξε να αναπτύξει ένα πρόγραμμα που θα αφορούσε στη διαχείριση του στρες και να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα του προγράμματος στη μείωση του άγχους που βιώνουν οι φοιτητές νοσηλευτικής. Η ανάλυση μετά την εξέταση έδειξε ότι η ομάδα παρέμβασης είχε σημαντικά χαμηλότερο άγχος από την ομάδα ελέγχου ($p < .05$) (Johansson, 1991).

Τέλος, σύμφωνα με μεταπτυχιακή εργασία που αφορούσε την εφαρμογή και αξιολόγηση ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος για τη διαχείριση του εργασιακού άγχους σε νοσηλευτικό προσωπικό, οι συμμετέχοντες στη μελέτη, είχαν πολύ χαμηλό άγχος, σε ότι αφορά τα σωματικά συμπτώματα πριν από την συμμετοχή τους στην ομάδα παρέμβασης. Το αποτέλεσμα της παρέμβασης ήταν ότι το άγχος των ερωτώμενων μειώθηκε ακόμη περισσότερο. Από τα στατιστικά αποτελέσματα που αφορούν στην κλίμακα, παρατηρείται ότι η μείωση του άγχους, σε ότι αφορά τα ψυχοσωματικά κυρίως συμπτώματα δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0.217$) και τα σκορ των συμμετεχόντων είχαν λίγο μεγαλύτερη ανομοιογένεια μετά την παρέμβαση. Το αποτέλεσμα που έδωσε η εφαρμογή της παρέμβασης, ήταν ότι το αυτοεκτιμώμενο άγχος, σε επίπεδο συναισθήματος, των ερωτωμένων μειώθηκε αρκετά (Γιαννάκη, 2015).

Από το Διαπολιτισμικό Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης του James Battle παρατηρήθηκε αύξηση της Συνολικής αυτοεκτίμησης μετά την παρέμβαση στην παρούσα

μελέτη. Οι τιμές της ομάδας ελέγχου για τη Συνολική αυτοεκτίμηση στην οποία δεν υπήρχε παρέμβαση σημείωσαν μείωση. Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στην ομάδα παρέμβασης για τη κλίμακα της Γενικής αυτοεκτίμησης (p -value = 0.002).

Μελέτες που αφορούν σε προγράμματα ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού, λοιπών εργαζομένων που έχουν υποστεί εργασιακή παρενόχληση μέχρι τώρα δεν έχουν πραγματοποιηθεί παρά μόνο σε σχολικές μονάδες όπου ένας από τους βασικούς σκοπούς ήταν η διερεύνηση της συμβουλευτικής παρέμβασης του εκπαιδευτικού σε σχέση με την αυτοεκτίμηση των μαθητών. Στην συγκεκριμένη μελέτη, χρησιμοποιήθηκε η ομαδική συμβουλευτική και πραγματοποιήθηκαν σύνολο έξι δίωρες συνεδρίες χωρίς να υπάρχει ομάδα ελέγχου. Το συμπέρασμα που προέκυψε ήταν ότι η αυτοεκτίμηση βοηθά ιδιαίτερα το μαθητή στην ισορροπία του ως άτομο και την ενσωμάτωση του στην μαθησιακή διαδικασία (Μπουχάγιερ, 2011).

Στην παρούσα μελέτη, πριν την παρέμβαση, το 71.4% ($n=5$) των ερωτώμενων δήλωσε ότι εκτέθηκε σε τουλάχιστον μία (εκ των 45) συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες και για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα και για έξι μήνες ή περισσότερο " (Leymann, 1996) και αυτά τα άτομα σύμφωνα με τον ορισμό του Leymann είναι τα θύματα εργασιακής παρενόχλησης. Το αποτέλεσμα της παρέμβασης είναι ότι μειώθηκε ο αριθμός των περιπτώσεων των ατόμων τα οποία εκτέθηκαν σε έστω και μία συμπεριφορά ηθικής παρενόχλησης τουλάχιστον για μία φορά την εβδομάδα τις τελευταίες 14 εβδομάδες από πέντε ($n=5$) σε ένα ($n=1$). Επιπρόσθετα, δύο ($n=2$) άτομα είχαν έλθει αντιμέτωπα με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες; καθημερινά πριν την παρέμβαση (ΟΠ) και μετά την παρέμβαση δεν σημειώθηκε κανένα άτομο. Για την ομάδα ελέγχου (ΟΕ) δεν σημειώθηκε καμία αλλαγή μετά το πέρασμα των 14 εβδομάδων. Μελέτες που να αφορούν σε προγράμματα ενίσχυση ατόμων, και συγκεκριμένα νοσηλευτικού προσωπικού και λοιπών εργαζομένων, που έχουν υποστεί εργασιακή παρενόχληση μέχρι σήμερα, δεν έχουν πραγματοποιηθεί.

Μελέτες που αφορούν στην ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης χωρίς την προβολή του προσώπου στα θύματα εργασιακής παρενόχλησης όπως πραγματοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα δεν υπάρχουν.

Η έρευνα των Castelnuonon κ.ά. (2003), αφορούσε ομάδες αυτοβοήθειας για την επίλυση των κοινών προβλημάτων που αντιμετώπιζαν άτομα. Η συνομιλία μέσω

διαδικτύου σε πραγματικό χρόνο γινόταν ανώνυμα και επέτρεπε σε μια ομάδα χρηστών (chat) να ανταλλάσσουν γραπτά μηνύματα και να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους στέλνοντας ένα μήνυμα είτε σε έναν συγκεκριμένο χρήστη είτε σε όλα τα μέλη της συνομιλίας. Με αυτό τον τρόπο υπήρχε δυνατότητα για συχνή επικοινωνία ασθενούς-θεραπευτή και παρακολούθησης της προόδου του ασθενούς.

Εφαρμογές κινητών συσκευών για παράδειγμα χρήση κινητού τηλεφώνου, tablet κ.ά. και χρήση τεχνητής νοημοσύνης για την ψυχολογική στήριξη ατόμων βρίσκονται σε πρώιμα πιλοτικά στάδια. Με τη χρήση της τεχνητής νοημοσύνης μπορούν να επισημάνουν τα συναισθήματα όπως "θέλω να σκοτώσω τον εαυτό μου". Έτσι μπορούν να παρακολουθούν την εξέλιξη των ασθενών με την πάροδο του χρόνου με βάση τις λέξεις και τις φράσεις που χρησιμοποιούν και να στέλνουν ειδοποιήσεις ώθησης στους συντονιστές ομάδων όταν επισημαίνεται κάτι. (Rademakers, 2018). Παρόλα αυτά μελέτες για την αξιολόγηση παρεμβάσεων που αφορούν τη χρήση εφαρμογών κινητών συσκευών π.χ. κινητό τηλέφωνο, tablet κ.ά. και χρήση τεχνητής νοημοσύνης για την ανώνυμη ομαδική ψυχοθεραπεία δεν υπάρχουν.

Περιορισμοί της μελέτης

- Σημαντικός περιορισμός της παρούσας μελέτης υπήρξε το γεγονός ότι στο πληθυσμό μελέτης οι γυναίκες αποτέλεσαν την συντριπτική πλειονότητα και αυτό οφείλεται στο ότι η πλειονότητα του νοσηλευτικού προσωπικού είναι γυναίκες.
- Η καχυποψία και ο φόβος για στιγματισμός των υποκειμένων οι οποίοι προσεγγίστηκαν να συμμετάσχουν τη μελέτη δύναται επίσης να θεωρηθεί ως περιορισμός της παρούσας έρευνας .
- Η μακρά διάρκεια της μελέτης επέτρεπε το νοσηλευτικό προσωπικό να πάρει μέρος στη έρευνα.
- Ένας ακόμα βασικός περιορισμός ήταν ότι η διαδικασία της δειγματοληψίας ήταν τυχαία για την κατανομή στην ομάδα παρέμβασης (ΟΠ) και την ομάδα ελέγχου (ΟΕ) των ατόμων που υπήρξαν θύματα εργασιακής παρενόχλησης εξαιτίας μη ανταπόκρισης τους. Κάποιοι συμμετέχοντες επιθυμούσαν να λάβουν μέρος στην ΟΕ και όχι στην ΟΠ και το αντίστροφο.
- Η ανώνυμη συμμετοχή των υποκειμένων στην ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης η οποία επιλέχτηκε ως παρέμβαση για την αποφυγή του

στιγματισμού δεν επέτρεψε να υπάρχει δυναμική της ομάδας μέσω της προβολής του προσώπου των συμμετεχόντων.

Συμπεράσματα

Από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι η εργασιακή παρενόχληση είναι μια υπάρχουσα πραγματικότητα με υψηλά ποσοστά στο νοσηλευτικό προσωπικό της Κρήτης και με το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών να έχουν μέση αυτοεκτίμηση. Από το συνολικό πληθυσμό της μελέτης προέκυψε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό, αντιμετωπίζει συμπτώματα άγχους ήπιας έντασης, τα οποία καθιστούν απαραίτητη την εκπαίδευσή του, ως προς τη διαχείριση των συμπτωμάτων για την αποφυγή αύξησης της έντασής τους.

Επίσης, αναδείχθηκε ότι το ιδιοσυγκρασιακό και το παροδικό άγχος είναι αρκετά υψηλό στα άτομα που υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση. Επίσης, η ένταση, η αγχώδης διάθεση, η καταθλιπτική διάθεση, τα μέτριας έντασης συμπτώματα άγχους και η μέση αυτοεκτίμηση είναι πολύ συχνή στα άτομα αυτά. Φάνηκε ότι η πρόωμη αναγνώριση του φαινομένου και η διαχείρισή του θα πρέπει να αποτελέσουν τις βέλτιστες πρακτικές παρέμβασης για την πρόληψή του.

Συμπερασματικά, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, υποδεικνύουν ότι η εφαρμογή της ομαδικής Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης, δύναται να επιφέρει σημαντικά ευνοϊκές μεταβολές στη μείωση του ιδιοσυγκρασιακού, του παροδικού αλλά και του συνολικού άγχους. Επιπλέον, φάνηκε ότι δύναται να μειωθεί η ένταση των συμπτωμάτων του άγχους, να υπάρξει ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και μείωση του αριθμού των περιπτώσεων του ατόμων που είναι θύματα εργασιακής παρενόχλησης. Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας ότι οι παρεμβάσεις όταν είναι προσεκτικά σχεδιασμένες και διέπονται από κανόνες μπορούν να επιφέρουν ευνοϊκά αποτελέσματα.

Πεδία περαιτέρω έρευνας – Προτάσεις

Περισσότερες έρευνες στο μέλλον θα είναι ικανές να επιβεβαιώσουν τη μακράς διάρκειας επίδραση αντίστοιχων παρεμβάσεων στη μείωση του συνολικού άγχους, της έντασης των συμπτωμάτων του άγχους, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και στη μείωση

των αριθμού των περιπτώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού που είναι θύματα εργασιακής παρενόχλησης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη μελέτη προτείνονται τα παρακάτω πεδία για έρευνα:

- Μελέτες για την εμφάνιση παρενόχλησης, άγχους αλλά και μειωμένης αυτοεκτίμησης στο εργασιακό περιβάλλον του νοσηλευτικού προσωπικού έτσι ώστε να διαπιστωθούν οι λόγοι για την εμφάνιση των αυξημένων ποσοστών των παραπάνω φαινομένων.
- Μελέτες για την αξιολόγηση παρεμβάσεων που ελαχιστοποιούν το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης και του άγχους και να ενισχύουν την αυτοεκτίμηση, λόγω χάρη να πραγματοποιηθεί σύγκριση ανάμεσα σε δύο διαφορετικές παρεμβάσεις της ομαδικής Ψυχοθεραπείας μέσω τηλεσυνδιάσκεψης και της ατομικής Ψυχοθεραπείας μέσω τηλεσυνδιάσκεψης ή σύγκριση ανάμεσα ατομική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης και σε μία ομάδα ελέγχου.
- Μελέτες για την αξιολόγηση παρεμβάσεων που αφορούν τη χρήση εφαρμογών κινητών συσκευών π.χ. κινητό τηλέφωνο, tablet κ.ά. και χρήση τεχνητής νοημοσύνης μέσω ανεξάρτητης διαδικτυακής πλατφόρμας για να συνδέουν ανώνυμα θύματα εργασιακής παρενόχλησης με ομάδες υποστήριξης ανά πάσα στιγμή.
- Μελλοντικές μελέτες που θα αξιολογούν εάν η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης βελτιώνει τα προβλήματα ύπνου, τα γενικά σωματικά συμπτώματα από το μυϊκό σύστημα, τα καρδιαγγειακά συμπτώματα, τα γνωσιακά προβλήματα, τις φοβίες, την αγχώδη διάθεση και εάν μειώνει τον αριθμό των περιπτώσεων που είναι θύματα εργασιακής παρενόχλησης.
- Ερευνητικές προσπάθειες εφαρμογής και αξιολόγησης προγραμμάτων που αφορούν στην ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική του νοσηλευτικού προσωπικού που υφίστανται εργασιακή παρενόχληση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ξενόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές

Aaronson, N., Alonso, J., Burnam, A., Lohr, KN., Patrick, DL., Perrin, E. & Stein, RE. (2002). Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality of life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res*, Vol 11(No 3), 193-205.

Abe, KI. & Henly, SJ. (2010). Bullying among Japanese hospital nurses: modeling responses to the revised Negative Acts Questionnaire. *Nurs Res*, Vol 59(No 2),110-8. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181d1a709

Abou-ElWafa, S., El-Gilany, A., Abd-El-Raouf, S., Abd-Elmouty, S. & El-Sayed Hassan El-Sayed, R. (2014). Workplace Violence Against Emergency Versus Non-Emergency Nurses in Mansoura University Hospitals, Egypt. *Journal of Interpersonal Violence*, Vol 30(No 5), 857–872. doi: 10.1177/0886260514536278

Abushaikha, L. & Saca-Hazboun, H. (2009). Job satisfaction and burnout among Palestinian nurses. *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol 15(No 1), 190-7.

AbuAlRub, R., Khalifa, M. & Habbib, M. (2007). Workplace Violence Among Iraqi Hospital Nurses, Vol 39(No 3), 281-288. doi:10.1111/j.1547-5069.2007.00181.x

Abualrub, RF1., Al-Asmar, AH. (2011). Physical violence in the workplace among Jordanian hospital nurses. *J Transcult Nurs*, Vol 22 (No 2),157-65. doi: 10.1177/1043659610395769

AbuAlRub, R.F. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, Vol 36(No 1),73-78.

Aiken, LH., Clarke, SP., Sloane, DM., Sochalski, J. & Silber, JH. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, Vol 288(No 16), 1987-1993.

Aksakal, FNB., Karasahin, EF., Dikmen, AU., Avci, E. & Özkan, S. (2005). Workplace physical violence, verbal violence, and mobbing experienced by nurses at a university hospital. *Turkish Journal of Medical Sciences. Turk J Med Sci*, Vol 45(No 6), 1360-1368.

Cevik Akyil, R., Tan, M., Saritas, S. & Altuntas, S. (2012). Levels of mobbing perception among nurses in Eastern Turkey. *International Nursing Review*, Vol 59(No 3), 402–408. doi: 10.1111/j.1466-7657.2012.00974.x

Al-Aameri, AS. (2003). Source of job stress for nurses in public hospitals. *Saudi Med J*, Vol 24 (No 11), 1183-1187.

Alameddine, M., Mourad, Y. & Dimassi, HA. (2015). National Study on Nurses' Exposure to Occupational Violence in Lebanon: Prevalence, Consequences and Associated Factors, Vol 10, 10(No 9). doi: 10.1371/journal.pone.0137105.

Al-Omar, A. (2003). Source of job stress for nurses in public hospitals. *Saudi Med J*, Vol 24(No 11), 1183- 1187.

Alves, MGM., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, GL. & Lopes, CS. (2009). Estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde. *Rev Saúde Pública*, Vol 43(No 5), 893-96.

Alves, SL. (2005). A study of occupational stress, scope of practice and collaboration in nurse anesthetists practicing in anesthesia care settings. *AANA J*, Vol 73(No 6), 443-452.

Andersen, MF., Nielsen, KM. & Brinkmann, S. (2011). Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health*, Vol 38 (No 2), 93-104. doi: 10.5271/sjweh.3257.

Andrew, B. & Janice, C. (1996). *Eberly the Review of Economic Studies*, Vol 63(No 4), 581-593.

Antoniou, AS. & Athinaiou, M. (2015). Organizational communication, conflict and job stress: Ethical and psychological perspectives. In Antoniou, AS. (Ed.). *Promoting Work*

Well-being Professional Burnout & Occupational Stress. Nicosia, Cyprus: Broken Hill Publishers Ltd.

Antoniou, AS., Polychroni, F., Vlachakis, AN. (2006). Gender and age differences in occupational stress and professional burnout between primary and high-school teachers in Greece, *Journal of Managerial Psychology*, Vol 21(No 7), 682-690. <https://doi.org/10.1108/02683940610690213>

Araújo, TM., Aquino, E., Menezes, G., Santos, CO. & Aguiar, L (2003). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem. *Rev Saúde Pública*, Vol 37(No 4), 424-33.

Arthur, AR. (2000). Employee assistance programmes: The emperor's new clothes of stress management? *British Journal of Guidance and Counselling*, Vol 28(No 4), 549–559.

Bakker, IM., Terluin, B., van Marwijk, HW., Gundy, CM., Smit, JH., Van, MW. & Stalman, WA. (2006). Effectiveness of a Minimal Intervention for Stress-related mental disorders with Sick leave (MISS); study protocol of a cluster randomised controlled trial in general practice. *BMC Public Health*, Vol 6, 124-30. doi: 10.1186/1471-2458-6-124

Bakker, IM., Terluin, B., van Marwijk, HW., van der Windt, DA., Rijmen, F., Van, MW. & Stalman, WA. (2007). A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. *PLoS Clin Trials*, Vol 2(No 6), e26. doi:10.1371/journal.pctr.0020026

Bauer, GF., Huber, CA., Jenny, GJ., Müller, F. & Hämmig, O. (2007). Socioeconomic status, working conditions and self-rated health in Switzerland: explain the gradient in men and women. *Int J Public Health*, Vol 54(No 1), 23-30. doi: 10.1007/s00038-008-7077-2

Bebbington, PE. (1998). Sex and depression. *Psychol Med*, Vol 28(No1), 1–8.

Beck, AT. (1976). *Cognitive therapy of and emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, AT., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.

Begat, I., Ellefsen, B. & Severinsson, E. (2005). Nurse's satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurse's experience of well-being. A Norwegian study. *Journal of Nursing Management*, Vol 13(No3), 221-230. doi: 10.1111/j.1365-2834.2004.00527.x

Bellman, S., Forster, N., Still, L. & Cooper, CL. (2003). Gender differences in the use of social support as a moderator of occupational stress. *Stress and Health*, Vol 19(No1), 5-58. <https://doi.org/10.1002/smi.954>

Ben-Bakr, KA., Al-Shammari, IS. & Jefri, OA. (1995). Occupational stress in different organizations: a Saudi Arabian survey, *Journal of Managerial Psychology*, Vol 10(No 5), 24-28. <https://doi.org/10.1108/02683949510085956>

Benton, JC. (2000). Washington's repetitive stress over ergonomics rules. *CQ Weekly*, Vol 58, 401-406.

Bergen, (1999). Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian approach. *Aggress Violent Behav*, Vol 5(No 4), 379-401.

Bernstein, GA. & Borchardt, CM. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence: a critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol 30, 519-532.

Betcher, W. & Zinberg, N. (1988). Supervision and privacy in psychotherapy training. *American Journal of Psychiatry*, Vol 145 (No 7), 796-803.

Blackmore, C., Beecroft, C., Parry, G., Booth, A., Tantam, D., Chambers, E., Simpson, E., Roberts, E. & Saxon, D. (2009). A Systematic Review of the Efficacy and Clinical Effectiveness of Group Analysis and Analytic/Dynamic Group Psychotherapy. Retrieved Decemberr 12, 2018, from www.sheffield.ac.uk/polopoly_fs/1.120473!/file/IGA_GAS_FINAL_REPORT.pdf

Blonk, RWB., Breninkmeijer, V. & Lagerveld, SE. (2006). Return to work. a comparison of two cognitive behavioral interventions in cases of work-related psychological complaints among self-employed. *Work Stress*, Vol 20 (No 2), 129-35. doi.org/10.1080/02678370600856615

Bond, FW. & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol 5 (1), 156–163. doi: 10.1037//1076-8998.5.1.156

Bortoluzzi, G., Caporale, L. & Palese, A. (2013). Does participative leadership reduce the onset of mobbing risk among nurse working teams? *Journal of Nursing Management*, Vol 22 (5), 643–652. doi: 10.1111/jonm.12042

Branden, N. (1969). *The psychology of self-esteem*. New York: Bantam Press.

Brewer, C., Kovner, C., Greene, W., Shuser, TM. & Djukic, M. (2012). Predictors of actual turnover in a national sample of newly licensed registered nurses employed in hospitals. *Leading global nursing research*, Vol 68 (No 3) , 521-538. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05753.x

Brockner, J. & Guare, J. (1983). Improving the Performance of Low Self-Esteem Individuals: An Attributional Approach. *The Academy of Management Journal*, Vol 26 (No 4), 642-656. <http://dx.doi.org/10.2307/255912>

Brown, J., Boardman, J. & Elliott, S. (2005). Are self-referrers just the worried well? A cross-sectional study of self-referrers to community psycho-educational stress and self-confidence workshops. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol 40 (No5), 396–401. doi:10.1007/s00127-005-0896-z

Brown, J., Elliott, S., Boardman, J. (2008). Can the effects of a 1-day CBT psychoeducational workshop on self-confidence be maintained after 2 years? A naturalistic study. *Depression and Anxiety*, Vol 25 (No 7), 632–40. <https://doi.org/10.1002/da.20365>

Burke, RJ. (2000). Workaholism in organizations: psychological and physical well-being consequences. *Stress and Health*, Vol 16, 11-16.

Burke, RJ. & Greenglass, ER. (2000). Hospital restructuring and nursing staff well-being: The role of coping. *International Journal of Stress Management*, Vol 7 (No 1), 49-59. <https://doi.org/10.1023/A:1009566715728>

Burke, RJ. & Greenglass, ER. (2001). Hospital restructuring and nursing staff well-being: The role of perceived hospital and union support. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, Vol 14 (No 1), 93-115. doi.org/10.1080/10615800108248350

Burke, RJ. & Greenglass, ER. (2001). Hospital restructuring stressors, work-family concerns and psychological well-being among nursing staff. *Community, Work and Family*, Vol 4 (No 1):49-62. doi.org/10.1080/136688000200032434

Calnan, M., Wainwright, D., Forsythe, M., Wall, B. & Almond, S. (2001). Mental health and stress in the workplace: The case of general practice in the UK. *Social Science & Medicine*, Vol 52 (No 4), 499–507.

Camerino, D1., Estry-Behar, M., Conway, PM., van Der Heijden, BI. & Hasselhorn, HM. (2008). Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study. *Int J Nurs Stud*. Vol 45 (No 1), 35-50. [doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.01.013](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.013)

Carson, J., Cavagin, J., Bunclark, J., Maal, S., Gournay, K. & Kuipers, E. (1999). Effective communication in mental health nurses: Did social support save the psychiatric nurse? *NT Research*, Vol 4 (No 1), 31–42. <https://doi.org/10.1177/136140969900400105>

Casio, WF. (2013). *Managing Human Resources: Productivity, Quality of Work Life, Profits*. New York: McGraw-Hill.

Castelnuovo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F. & Riva, G. (2003). From Psychotherapy to e-Therapy: The Integration of Traditional Techniques and New Communication Tools in Clinical Settings. *CyberPsychology & Behavior*, Vol 6(No4), 375–382. [doi:10.1089/109493103322278754](https://doi.org/10.1089/109493103322278754)

Chang, EM., Daly, J., Hancock, KM., Bidewell, JW., Johnson, A., Lambert, VA., Lambert, CE. (2005). The relationships among workplace stressors, coping method, demographic

characteristics, and health in Australian nurses. *Journal of Professional Nursing*, Vol 22 (No 1), 30-38. doi.org/10.1016/j.profnurs.2005.12.002

Chen, W., Sun, Y., Lan, T., Chiu, H. (2009). Incidence and Risk Factors of Workplace Violence on Nursing Staffs Caring for Chronic Psychiatric Patients in Taiwan. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, Vol 6 (No 11), 2812-2821. doi: 10.3390/ijerph6112812

Chiriboga, DA. & Bailey, J. (1986). Stress and burnout among critical care and medical-surgical nurses: A comparative study. *Crit Care Q*, Vol 9 (No 3), 84-92.

Cho, AH., June, KJ., Kim, YM., Cho, YA., Yoo, CS. & Yun, SC. (2007). Nurse staffing, quality of nursing care and nurse job outcomes in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, Vol 18 (No 12), 1729-1737. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02721.x

Cigman, R. (2001). Self-esteem and the confidence to fail. *Journal of Philosophy of Education*, Vol 35 (No 4), 561-576. https://doi.org/10.1111/1467-9752.00245

Cleary, M1., Hunt, GE., Horsfall, J. (2010). Identifying and addressing bullying in nursing. *Issues Ment Health Nurs*, Vol 31 (No 5), 331-335. doi: 10.3109/01612840903308531

Clegg, A. (2001). Occupational stress in Nursing: A review of the literature. *Journal of Nursing Management*, Vol 9 (No 2), 101-106. https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2001.00216.x

Coyne, I., Seigne, E. & Randall, P. (2000). Predicting workplace victim status from personality. *European Journal of Work and Organizational Psychology* Vol 9 (No 3), 335-349.

Colligan, TW. & Higgins, EM. (2005). Workplace Stress: Etiology and Consequences. *Journal of Workplace Behavioral Health*, Vol 21 (No 2), 89-97. doi.org/10.1300/J490v21n02_07

Comish, R. & Swindle, B. (1994). Managing stress in the workplace, *National Public Accountant*, Vol 39 (No 9), 24-28.

Coomber, B. & Barriball, K. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (No 2), 297-314. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.02.004

Coon, D. (1998). *Introduction to psychology. Exploration and application*. Belmont, CA: Brooks/ Cole Publishing Company

Cooper, CL. (1998). *Theories of Organizational Stress*. Oxford: Oxford University Press.

Cornelius, LR., van der Klink, JJ., Groothoff, JW. & Brouwer, S. (2011). Prognostic factors of long term disability due to mental disorders. a systematic review. *J Occup Rehabil*, Vol 21(No 2), 259-74. doi: 10.1007/s10926-010-9261-5

Cox, HC. (1987). "Verbal abuse in nursing: report of a study". *Nursing Management*, Vol 18 (No 11), 47–50.

Cox, T., Griffiths, A., Borlome, C., Randall, R. & Rial – Gonzales, E. (2000). *Organizational interventions for work stress: a risk management approach*, HSE Contract Research Report. Sudbury: HSE Book

Cox, T. (1978). *Stress*. Baltimore: University Park Press.

Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. Gilbert, S. Fiske & G.Lindzey (Eds), *Handbook of social psychology*. New York: McGraw-Hill.

Croft, K. & Cash, A. (2012). Deconstructing contributing factors to bullying and lateral violence in nursing using a postcolonial feminist lens. *Contemporary Nurse*, Vol 42 (No 2), 226-242. doi: 10.5172/conu.2012.42.2.226

Cronbach, LJ. (1951). "Coefficient alpha and the internal structure of tests". *Psychometrika*. Vol 16 (No 3), 297–33.

Cuijpers, P., Smit, F., Voordouw, I. (2005). Outcome of cognitive behaviour therapy for minor depression in routine clinical practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Vol 78 (No 2), 179–88. doi: 10.1348/147608304X22391

Cuneo, CL1., Curtis Cooper, MR., Drew, CS., Naoum-Heffernan, C., Sherman, T., Walz, K. & Weinberg, J. (2011). The effect of Reiki on work-related stress of the registered nurse. *J Holist Nurs*, Vol 29 (No 1), 33-43. doi: 10.1177/0898010110377294

Dagget, T., Molla, A. & Belachew, T. (2016). Job related stress among nurses working in Jimma Zone public hospitals, South West Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Nurs*, 15, 39. doi :10.1186/s12912-016-0158-2.

Davidson, PW., Cain, NN., Sloane-Reeves, JE., Giesow, VE., Quijano, LE., Van Heyningen, J. & Shoham, I. (1995). Crisis intervention for community-based individuals with developmental disabilities and behavioral and psychiatric disorders. *Ment Retard*, Vol 33(No 1), 21-30.

De Boer, J1., Lok, A., Van't Verlaat, E., Duivenvoorden, HJ., Bakker, AB. & Smit, BJ. (2011). Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: a meta-analysis, Vol 73 (No 2),316-26. doi:10.1016/j.socscimed.2011.05.009

Dilek, Y. & Yildrium A. (2008). Development and psychometric evaluation of workplacepsychologically violent behaviours instrument. *Journal of Clinical Nursing*, *Journal of Clinical Nursing*, Vol 17 (No10), 1361–1370.

Di Matteo, MR. & Martin, LR. (2006), *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα.

Dua, J K. (1994). Job stressors and their effects on physical health, emotional health, and job satisfaction in a university, *Journal of Educational Administration*, Vol 32 (No 1), 59-78, <https://doi.org/10.1108/09578239410051853>

Duffy, M. & Sperry, L. (2007). Workplace mobbing: Individual and family health consequences. *The Family Journal*, Vol 15(No 4), 398–404

Duquette, A., Kerouac, S., Sandhu, B. & Beaudet, L. (1994). Factors related to nursing burnout: a review of empirical knowledge. *Issues Ment Health Nurs*, Vol 15 (No4), 337-358.

Easterburg, MC., Williamson, M., Gorsuch, R. & Ridleym, C. (1994). Social support, personality and burnout in nurses. *J Appl Soc Psychol*, Vol 24 (14), 1233-1250. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1994.tb00556.x>

Edwards, D. & Burnard, P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, Vol 42 (No 2), 169-200.

Efe, S. & Ayaz, S. (2010). Mobbing against nurses in workplace in Turkey. *International Nursing Review*, Vol 57 (No3), 328-334. doi: 10.1111/j.1466-7657.2010.00815.x.

Egues, AL1. & Leinung, EZ. (2013). The bully within and without: strategies to address horizontal violence in nursing. *Nurs Forum*, Vol 48(No3), 185-90. doi: 10.1111/nuf.12028

Einarsen, S. (2000). Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian approach. *Aggress Violent Behav*, Vol 5(No4), 379–401.

Einarsen, S., Matthiesen, S B. & Mikkelsen, EG. (1999). *Tiden leger alle sar? Senvirkninger av mobbing i arbeidslivet* (PhD Thesis). University of Bergen: Norway.

Ekici, D. & Beder, A. (2014). The effects of workplace bullying on physicians and nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol 31(No 4), 24-33.

Eldevik, MF., Flo, E., Moen, BE., Pallesen, S. & Bjorvatn, B. (2013). Insomnia, excessive sleepiness, excessive fatigue, anxiety, depression and shift work disorder in nurses having less than 11 hours in-between shifts. *PLoS One*, Vol 8 (No8), e70882. doi: 10.1371/journal.pone.0070882

Fendrich, M., Woodward, P. & Richman, J. (2002). The structure of harassment and abuse in the workplace: a factorial comparison of two measures. *Violence and Victims*, 17 (4), 491-505.

Ferrinho, P., Biscaia, A., Fronteira, I., Craveiro, I., Antunes, AR., Conceic, C., Flores, I. & Santos, O. (2003). "Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector". *Human Resources for Health*, Vol 1 (No 1), 1–11.

Firth-Cozens, J. & Payne, R. (2000). *Stress in health professionals: psychological and organizational causes and interventions*. Chichester: Willey

Folkman, S. & Lazarus, RS. (1980). An analysis of coping in an middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol 21 (No 3), 219 -239.

Folkman, S. & Lazarus, RS. (1998). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 54 (No 1), 466-475.

Folkman, S. & Lazarus, RS. (1985). If it changes it must be o process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psycholgy*, Vol 48 (No1), 150-170.

Folkman, S., Lazarus, RS., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, RJ. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 50 (No 1), 992-1003.

Folkman, S., Lazarus, RS., Gruen, RJ. & DeLongis, A (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 50 (No 3), 571-579.

Fontes, KB., Santana, RG., Pelloso, SM. & Carvalho MD de Barros (2013). Factors associated with bullying at nurses' workplaces *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Vol 21(No 3), 758-64.

Fothergill, A., Edwards, D., Hannigan, B., Burnard, P. & Coyle, D. (2000). Self esteem in community mental health nurses: findings from the all Wales stress study. *Journal of*

Psychiatric and Mental Health Nursing, Vol 7 (No 4), 315-321. doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00323.x

Fotinos-Ventouratos, R. & Cooper, C. (2005). The role of gender and social class in work stress, *Journal of Managerial Psychology*, Vol 20 (No 1), 14-23

Fountoulakis, KN., Papadopoulou. M., Kleanthous, S., Papadopoulou, A., Bizeni, V., Nimatoudis, I., Iacovides, A., & Kaprinis, GS. (2006). Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the State - Trait Anxiety Inventory form Y: Preliminary data. *Annals of General Psychiatry*, Vol 5, 2.

Franché, RL., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S. & Frank, J. (2005). Workplace-based return-to-work interventions. a systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil*, Vol 15 (No 4), 607-31. doi:10.1007/s10926-005-8038-8

Fujishiro, K., Gilbert, C. & Castro, C. (2011). "Associations of Workplace Aggression With Work-Related Well-Being Among Nurses in the Philippines". *American Journal of Public Health*, Vol 101 (No 5), 861-867.

Galland, L. (2010). Invited review: diet and inflammation. *Nutr Clin Pract*, Vol 25, 634-40.

Gamian-Wilk, M. (2013). Does bullying increase compliance?. *Social Influence* 8 Vol 2/3, 131-148.

Gaffney DA, DeMarco RF, Hofmeyer A, Vessey J, Budin WC (2012). Making Things Right: Nurses' Experiences with Workplace Bullying - A Grounded Theory. *Nursing Research and Practice*, Vol 212 (Article ID 243210), 10 pages. doi.org/10.1155/2012/243210

Ganster, DC. & Schaubroeck, J. (1991). Work Stress and Employee Health, *Journal of Management*, Vol 17 (No 2), 235-271. https://doi.org/10.1177/014920639101700202

Gao, YO., Pan, BC., Sun, W., Wu, H., Wang, J.N. & Wang, L. (2012). Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study. *BioMed Central Psychiatry*, Vol12, 141.

Gates, DM., Gillespie, GL. & Succop, P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity, *Vol 29 (N0 2)*, 59-66.

Ganster, DC. & Shaubroeck, J. (1991). Roll stress and work health: an extension of the plasticity hypothesis of self-esteem, *journal of Social Behavior and personality*, Vol 6, 349-360.

Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Liang, Y., & González. JL, (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, Vol 45 (No 3), 418-27.

Glasø,L., Matthiesen, S.B., Nielsen, M.B. & Einarsen, S. (2007). Do Targets of Workplace Bullying Portray a General Victim Personality Profile?.*Scandinavian Journal of Psychology* Vol 48(No 4): 313-319.

Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, 26:119-126, 2004. In Zotti, AM, Omarini G, Ragazzoni P (2008). Can the type of organisational structure affect individual well-being in health and social welfare occupations? *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia. Supplemento A, Psicologia*, Vol 30 (No 1 Suppl A), A44-51.

Gigman. R, (2001). Situated self-steem. *Journal of Philosophy of Education*, Vol 38, 91-105

Glazer, S. & Gyurak, A. (2008). Sources of occupational stress among nurses in five countries, *International Journal of Intercultural Relations*, Vol 32(No1), 49-66 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijintrel.2007.10.003>

Glazer, S., Stetz, T. & Izso, L. (2004). Effects of personality on subjective stress: A cultural analysis. *Personality and Individual Differences*, Vol 37(No 3), 645-658.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs: NJ:Prentice-Hall.

Gonzalez, MJ. & Miranda-Massari, JR. (2014). Diet and Stress. *Psychiatric Clinics of North America*, Vol 37(No 4), 579-589. doi: 10.1016/j.psc.2014.08.004

Greenberger, D. & Padesky, CA. (1995). *Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think*. New York: The Guilford Press.

Greenglass, ER. & Burke, RJ. (2001). Stress and the effects of hospital restructuring in nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, Vol 33(No 2), 93-108

Gregory, A. (1990). Are Women Different and Why are Women Thought to Be Different? Theoretical and Methodological Perspectives, *Journal of Business Ethics*, Vol 9 (No 4 -5), 257-266. <https://doi.org/10.1007/BF00380325>

Halbesleben, JB. & Buckley, MR. (2008). Attribution and burnout: Explicating the role of individual factors in the outcomes of burnout. In: Martinko M, ed. *Attribution Theory in the Organizational Sciences: Theoretical and Empirical Contributions*. Greenwich, Conn: Information Age Publishing.

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 32, 50–55. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>

Hamilton, M. (1976). Hamilton anxiety scale. Στο: Guy W (ed) *ECDEU assessment for psychopharmacology*. US Department of Health, Education and Welfare, Rockville.

Hänsel, A., Hong, S. & Cámara, RA. (2010). Inflammation as a psychophysiological biomarker in chronic psychosocial stress. *Neurosci Biobehav Rev*, Vol 35, 115–21.

Hart, SE. (2005). Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intention. *J Nurs Scholarsh*, Vol 37(No 2), 173–7.

Harvey, S & Keashly, L. (2005). Emotional Abuse: How the Concept Sheds Light on the Understanding of Psychological Harassment. *Employee Rights and Employment Policy Journal*, Vol 8(No 3), 335-373.

Hawton, K., Salkovskis, PM., Kirk, J & Clark, DM. (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.

Hayes, LJ., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J. & Hughes, F. (2011). Nurse turnover: a literature review - an update. *Int J Nurs Stud*, Vol49 (7), 887–905. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.001

Healy, C. & McKay, M. (2000). Nursing stress, The effect of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses, *Journal of Advanced Nursing*, Vol 31(No 3), 681-688.

Hea-Shoon, L. (2013). Effect of the Occupational Stress and Self Esteem on Mental Health among Nurses. *The Journal of the Korea Contents Association*, Vol 13, 251-259.

Heiden, LA. & Hersen, M. (1997). *Εισαγωγή στην κλινική ψυχολογία (επιστ. επιμέλεια Α. Καλαντζή-Αζίζι & Φ. Αναγνωστόπουλος)*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Higgins, RN. & MacIntosh, RN. (2010). Operating room nurses' perceptions of the effects of physician perpetrated abuse. *International Nursing Review*, Vol 57 (No 3), 321-327. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00767.x>

Hirigoyen, MF. (2013). *Ηθική παρενόχληση. Η Κρυμμένη Βία στην Καθημερινή Ζωή*. Αθήνα: εκδόσεις Πατάκη.

Hirigoyen, MF. (2001). *El acoso moral en el trabajo: distinguir lo verdadero de lo falso*. Barcelona, España: Paidós.

Hirigoyen, MF. (2002). *Ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.

Höfelmann, DA. & Blank, N. (2007). Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*, Vol 41 (No 5), 777-87. doi.org/10.1590/S0034-89102007000500012.

Holmgren, K., Dahlin-Ivanoff, S., Bjorkelund, C. & Hensing, G. (2009). The prevalence of work-related stress and its association with self-perceived health and sick-leave, in a population of employed Swedish women. *BMC Public Health*, Vol 9, 73. doi: 10.1186/1471-2458-9-73

Hoyt, Ck L., Murphy, SE., Haverson, SK. & Watson, CB. (2003). Group leadership. Efficacy and effectiveness. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, Vol 7(No 4), 259-274. doi.org/10.1037/1089-2699.7.4.259

Hutchinsonm, M., Margaret, H., Wilkes, V., Wilkes, L. & Jackson, D. (2009). The Worse You Behave, The More You Seem, to be Rewarded”: Bullying in Nursing as Organizational Corruption. *Employ Respons Rights J*, Vol 21, 213–229. doi 10.1007/s10672-009-9100-z

Hutton, S. & Gates, D. (2008). Workplace Incivility and Productivity Losses among Direct Care Staff, *AAOHN J*, Vol 56 (No 4), 168-175.

Hyrkas, K. (2005). Clinical supervision, burnout and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Issues in Mental Health Nurses*, Vol 26 (No 5), 531-556. doi:10.1080/01612840590931975

Iglesias, M. & De Bengoa Vallejo, RB. (2014). Prevalence of bullying at work and its association with self-esteem scores in a Spanish nurse sample, *Contemporary Nurse*, Vol 42 (No 1), 2-10. doi: 10.5172/conu.2012.42.1.2.

Imai, K. (2001). Occupational Factors Contributing to Low Self-esteem in Registered Nurses and Licensed Practical Nurses: A Multivariate Analysis Kaori IMAI. *Journal of UOEH*, Vol 23(No1),13-22.

Ivancevich, JM., Matteson, MT., Freedman, SM. & Phillips, J S. (1990). Worksite stress Management Interventions, *American Psychologist*. Vol 45 (No2), 252–261.

Ivancevich, JM., Konopaske, R. & M.T. Matteson (2008). *Organizational Behavior and Management*. Boston, New York: McGraw Hill Irwin.

Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention. *J Nurs Manag*, Vol 10 (No 1),13–20.

Jackson, M. & Ashley, D. (2005). Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Rev Panam Salud Publica*, Vol 18 (No 2),114–121.

Jackson, SE. (1983). Participation in decision making as a strategy for reducing job-related strain. *Journal of Applied Psychology*, Vol 68 (No 1), 3–19. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.68.1.3>

James, W. (1961). *The self in: Gordon C, gergen KJ,(eds). The self in social interaction: Classic and contemporary perspectives*. New York: John Wiley & Sons. Inc.

James, W. (1981). *The principles of psychology*. Cambridge.MA: Harvard University Press.

Jaracz, K., Górna, K. & Konieczna, J. (2005). Burnout, stress and styles of coping among hospital nurses. *Rocz Akad Med Bialymst*, Vol 50 (No 1), 216-9.

Jaramillo, F., Mulki, JP. & Boles, JS. (2011). Workplace stressors, job attitude and job behaviors: Is interpersonal conflict the missing link? *J. Pers. Sell. Sales Manag*, Vol 31(No 3), 339-356.[doi.org/10.2753/PSS0885-3134310310](http://dx.doi.org/10.2753/PSS0885-3134310310)

Jarinto, K. (2011). Understanding stress in multinational companies in Thailand. *Int. Bus. Res*, Vol 4 (No 4), 153-163. [doi:10.5539/ibr.v4n4p153](http://dx.doi.org/10.5539/ibr.v4n4p153).

Johansson, N. (1991). Effectiveness of a Stress Management Program in Reducing Anxiety and Depression in Nursing Students. *Journal of American College Health*. *J Am Coll Health*, Vol 40 (No3),125-9. [doi:10.1080/07448481.1991.9936268](http://dx.doi.org/10.1080/07448481.1991.9936268)

Johnston, J. (2000). A critical review of the relationship between perception of the work environment, coping and mental health in trained nurses and patient outcomes. *Clinical Effectiveness in Nursing*, Vol 4, 74 – 85.

Jones, D. (2003), Tanigawa T, Weisse S. Stress management and workplace disability in the US, Europe and Japan. *J Occup Health*, Vol 45 (No1), 1-7.

Kaskutas, L., Ammon, L., Delucchi, K., Room, R., Bond, J. & Weisner, C. (2005). Alcoholics Anonymous Careers: Patterns of AA Involvement Five Years after Treatment Entry. *Alcohol Clin Exp Res*. Vol 29(No 11), 1983-90.

Kaddourah, BT., Khalidi, A., Abu-Shaheen, AK. & Al-Tannir, AM. (2013). Factors impacting job satisfaction among nurses from a tertiary care centre. *Journal of Clinical Nursing*, Vol 22(No 21-22), 3153-9. doi: 10.1111/jocn.12261

Kahn, S.R. (2002). Stereotyping from the perspective of perceivers and targets. In W. J. Lonner, D.L Dinnel, S. A. Hayes & D.N Sattler (Eds), *Online Readings in Psychology and Culture* (Unit 15, Ch. 3). Center for Cross – Cultural Research, Western Washington, Bellingham, Washington, USA.

Kapur, R., Miller, K. & Mitchell, G. (1988). Therapeutic factors within in-patient and out-patient psychotherapy groups (Implications for therapeutic techniques). *British Journal of Psychiatry*, Vol 152, 229-233.

Karakaş, SA. & Okanlı, A. (2015).The Effect of Assertiveness Training on the Mobbing That Nurses Experience. *Workplace Health Saf*, Vol 63(No10), 446-51. doi: 10.1177/2165079915591708

Karanikola, M N., Papathanassoglou, E D., Giannakopoulou, M. & Koutroubas, A. (2007). Pilot exploration of the association between self esteem and professional satisfaction in Hellenic Hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, Vol 15(No 1), 78-90. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00673.x

Kellett, S., Clarke, S. & Matthews, L. (2007). Delivering group psychoeducational CBT in primary care: comparing outcomes with individual CBT and individual psychodynamic-

interpersonal psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, Vol 46 (Pt 2), 211–22. doi:10.1348/014466506X146188

Kelly, J. F., Magill, M., & Stout, R. L. (2009). How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addiction Research & Theory*, Vol17(No 3), 236-259.

Kennedy, DO., Veasey, R. & Watson, A. (2010). Effects of high-dose B vitamin complex with vitamin C and minerals on subjective mood and performance in healthy males. *Psychopharmacology*, Vol 211(No 1), 55–68. doi: 10.1007/s00213-010-1870-3

Khoo, S.B. (2010). Academic mobbing: Hidden health hazard at workplace. *Malaysian Family Physician*, Vol 5 (No 2), 61-67.

Khowaja, K., Merchant, RJ. & Hirani, D. (2005). Registered nurse perception of work satisfaction at a Tertiary care university hospital. *Jouranl of Nursing Management*, Vol 13(No 1), 32-39. doi:10.1111/j.1365-2834.2004.00507.x

Kim, HS., Yim, HW., Lee, JY., Cho, HJ., Jo, SJ. & Lee, WC. (2007). Influence of self-esteem and social support on the depression stati of some clinical nurses. *Korean J Occup Environ Med*, Vol 19(No 2), 125-134.

Kindyni, A. & Antoniou, A.-S. (2014). Professional burnout of nursing staff working in psychiatric hospital settings. In A.-S. Antoniou (Ed.), *Promoting Work Well-being Professional Burnout & Occupational Stress*. Nicosia, Cyprus: Broken Hill Publishers Ltd.

King, R. (2002). *Cognitive therapy of depression*. Aaon Beck, John Rush, Brian Shaw, Gary Emery. New York: Guilford, 1979. *Aust N Z J Psychiatry*, Vol 36 (No 2), 272-5. doi:10.1046/j.1440-1614.2002.t01-4-01015.x

Kinicki, A.J & Latack, JC. (1990). Explication of the construct of coping with involuntary job loss. *Journal of Vocational Behavior*, Vol 36(No 3), 339-360.

Kirkcaldy, BD. & Martin, T. (2000). Job stress and satisfaction among nurses: Individual differences. *Stress Medicine*, Vol 16 (No2), 77–89. doi.org/10.1002/(SICI)1099-1700(200003)16:2<77::AID-SMI835>3.0.CO;2-Z

Kirk, J. (1989). Cognitive-behavioural assessment. Στο K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark, *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford University Press.

Kisa, S. (2008). Turkish Nurses' Experiences of Verbal Abuse at Work. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol 22 (No 4), 200-207. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.06.013>

Kivimäki, M., Elovainio, M. & Vahtera, J. (2000). Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occup Environ Med*, Vol 57 (No 10), 656-660. doi: 10.1136/oem.57.10.656

Klein, RH., Hunter, DE. & Brown, SL. (1986). Long- term inpatient group psychotherapy: the ward group. *International Journal of Psychotherapy*, Vol36, 361-380.

Knifton, L., Watson, V., Besten, H., Grundermann, R. & Dijkman, A. (2016). Οδηγός για τη δημιουργία ψυχικά υγιούς χώρου εργασίας. Εγχειρίδιο εργαζομένων. Λευκωσία: Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων Κύπρου – Τμήμα Επιθεώρησης Εργασίας.

Knell, SM. (1993). *Cognitive –behavior play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Koys, DJ. (2001). The effects of employee satisfaction, organizational citizenship behaviour, and turnover on organizational effectiveness: A unit-level, longitudinal study. *Pers* (No 1), 345-346.

Kreitner, R. & A Kinicki. (2010). *Organizational Behavior*. McGraw Hill Irwin, Boston.

Kwok, RPW., Law, YK., Li, KE., Ng, YC., Cheung, MH. & Fung, VKP. (2006). Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med J*, Vol 12 (No 1), 6–9.

Lambert, VA., Lambert, CE. & Itano, J. (2004a). Cross-cultural comparison of workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health among hospital nurses in Japan, Thailand, South Korea and the USA (Hawaii). *Int J Nurs Stud*, Vol 41 (No 6), 671-84. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.02.003

Lambert, VA., Lambert, CE., Ito, M. (2004b). Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *Int J Nurs Stud*, Vol 41(No 1), 85-97.

LaMontagne, AD., Keegel, T., Louie, AM., Ostry, A. & Landsbergis, PA. (2007). A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature. *Int J Occup Environ Health*, Vol 13 (No 3), 268-80. doi:10.1179/oeh.2007.13.3.268

Larrabee, J., Wu, Y. & Persily, C. (2010). Influence of stress resiliency on RN job satisfaction and intent to stay. *West J Nurs Res*, Vol 32 (No 1), 81-102. doi: 10.1177/0193945909343293

Laschinger, H. & Grau, A. (2012). The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health outcomes in new graduate nurses: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*, Vol 49 (No 3), 282-291. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.09.004

Lazarus, RS. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lazarus, RS. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, Vol 1, 141-169.

Lazarus, RS. & Launier, R. (1978). Stress Related Transaction Between Person and Environment. In L.A. Pervin & M. Lewis (Eds.) *Perspectives on Interaction Psychology*. New York: Plenum Press.

Lazarus, RS. (1993). From psychological stress to emotion: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, Vol 44, 1-21. doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245

Leka, S., Hassard, J. & Yanagida, A. (2012). Investigating the impact of psychosocial risks and occupational stress on psychiatric hospital nurses' mental wellbeing in Japan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol 19 (No 2), 123-31. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01764.x

Lemola, S., Räikkönen, K., Gomez, V. & Allemand, M. (2013). Optimism and Self-Esteem are Related to Sleep. Results from a Large Community-Based Sample. *International Journal of Behavioral Medicine*, Vol 20, 567.

Levin, P.F., Hewitt, J.B. & Misner, S.T. (1998). Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments. *Image J Nurs Sch*, Vol 30 (No 3), 249-54.

Leymann, H. (1990). *Handbook for Användning av LIPT- Formulare for Kartlaggning av Risker Psykiskt Vold (Manual of the LIPT questionnaire for Assessing the Risk of Psychological Violence at work)*. Stockholm: Violen

Leymann, H. (1996). "The content and development of mobbing at work". *European Journal of Work and Organizational Psychology*, Vol 5 (No 2), 165–184. doi.org/10.1080/13594329608414853

Leymann, Heinz. (1990). Mobbing and Psychological Terror at Workplaces. *Violence and Victims*, Vol 5 (No 2), 119-126.

Leymann, H. & Gustafsson, A. (1996). Mobbing at Work and the development of Post-traumatic Stress Disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, Vol 5 (No 2), 251-275. doi.org/10.1080/13594329608414858

Lind, S. & Otte, F. (1994). Management styles, mediating variables, and stress among HRD professionals. *Human resource development quarterly*, Vol 5 (No 4), 301-316. https://doi.org/10.1002/hrdq.3920050403

Lindy, C. & Schaefer, F. (2010). Negative workplace behaviours: an ethical dilemma for nurse managers. *J Nurs Manag*, Vol 18 (No 3), 285-92. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01080.x

Loriol, M. (2001). Sociology of work facing up to new pathologies: stress, burn out, harassment. *Social Cohesion and Development*, Vol 2(No 1), 79 – 91. [dx.doi.org/10.12681/scad.9041](https://doi.org/10.12681/scad.9041)

Lu, H., Barriball, KL., Zhang, X., While, EA, (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, Vol 49 (No 8), 1017–1038. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.009.

Luhlanen, R. & Crocker, J. (1992). A collective self-esteem scale: Self-evaluation of one's social identity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol 18, 302-318.

Lu, L., Cooper, CL., Kao, SF. & Zhou, Y. (2003). Work stress, control beliefs and well-being in Greater China – An exploration of sub-cultural differences between the PRC and Taiwan, *Journal of Managerial Psychology*, Vol 18, 479-510.

Macinnes, DL. (2006), Self esteem and self acceptance: an examination into their relationship and their effect on psychological health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol 13(No 5), 483-489. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00959.x

Macvicar (2004). Workplace Stress in Nursing: A Literature Review. *Journal of Advanced Nursing*, Vol 44(No 6), 633–642. <https://doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x>

Main, N., Elliot, S. & Brown, J. (2005). Comparison of three different approaches used in large-scale stress workshops for the general public. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, Vol 33, 299–310.

Malliarou, M., Sarafis, P., Moustaka, E., Kouvela, T. & Constantinidis, TTC. (2010). Greek Registered Nurses' Job Satisfaction in Relation to Work-Related Stress. A Study on Army and Civilian Rns. *Global Journal of Health Science*, Vol 2 (No1):44. doi.org/10.5539/gjhs.v2n1p44

Maslach, C. (1982). *Burnout : The cost of caring*. New Jercey: Prentice Hall inc

Maslach, C. (1986). Stress, Burnout and Workaholism. In R. Kilburg (Ed.), *Professionals in Distress*, Washington, American Psychological Association.

Matteson, M., Ivancevich J. (1987). *Controlling Work Stress*. London, Jossey-Bass.

Matud, MP. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, Vol 37 (No 7), 1401-1415. doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010

Meichenbaum, D. (1975). *Self-instructional methods*. In: Kanfer F, Goldstein A, eds. *Helping People Change*. New York: Pergamon Press.

Melanie, Jasper. (2010). *Managing in a changing world* Issue editor: Melanie Jasper, Vol 18,113-244.

Mikkelsen, E. & Einarsen, S. (2001). Bulling in Danish work life: Prevalence and health correlates. *European Journal of Guidance and counseling*, Vol 32 (No 3), 335-356.

Montag, C., Neuhaus, K., Dziobek, I. & Heekeren, H.(2011). Subtle deficits of cognitive theory of mind in first-degree relatives of schizophrenia patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, Vol 262, 217–226.

Moran, CC. (1998). Stress and emergency work experience: a non-linear relationship, *Disaster Prevention and Management*, Vol 7(No 1), 38-46.

Morrison N (2001). Group cognitive therapy: treatment of choice or suboptimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, Vol 29: 311–32.

Mossholder, KW., Bedeian, AG. & Armenakis, AA. (1982). Group process-work outcome relationships: a note on the moderating impact of self-esteem, Vol 25 (No 3), 575-85.

Mossholder, KW., Bedeian, AG. & Armenakis, AA. (1981). Role perceptions, satisfaction performance. Moderating effects of self-esteem and organizational level. *Organ Behav Hum Perform*. Vol 28 (No 2), 224-34.

Muhlenkamp, FA. & Saylew, JA. (1986). Self – esteem, social support and positive health practices. *Nursing Research*, Vol 39,113-117.

Murphy, LR. (1995). Managing job stress – An employee assistance/human resource management partnership. *Personnel Review*, Vol 24 (No 1), 41-50. doi.org/10.1108/00483489510079075

Murphy, LR. & Sauter, SL. (2003). The USA perspective: Current issues and trends in the management of work stress. *Australian Psychologist*, Vol 38 (No 2),151–157.

Nakata, A., Haratani, T. & Takahashi, M. (2001). Job stress, social support at work, and insomnia in Japanese shift workers. *Journal of Human Ergology*, Vol 30 (No 1-2), 203-9.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. & Zelevinsky, K. (2002). Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. *New Engl J Med*, Vol 346 (No 22), 1715-1722. doi:10.1056/NEJMsa012247

Netterstrom, B., Conrad, N., Bech, P., Fink, P., Olsen, O., Rugulies, R. & Stansfeld, S. (2008). The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiol Rev*, Vol 30, 118-32. doi: 10.1093/epirev/mxn004.

Newton, T., Handi, J. & Fineman, S. (1995), *Managing stress: Emotion and power at work*. London: Sage Publications.

Niedhammer, I., David, S. & Degioanni, S. (2006). Association between workplace bullying and depressive symptoms in the French working population. *J Psychosom Res*, Vol 61(No 2), 251-9. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.03.051

Nigam, JAS., Murphy, LR. & Swanson, NG. (2003). Are stress management programs indicators of good places to work? Results of a national survey. *International Journal of Stress Management*, Vol 10 (No 4), 345–360. doi.org/10.1037/1072-5245.10.4.345

Nooryan, K., Gasparyan, K., Sharif, F. & Zoladl, M. (2012). Controlling anxiety in physicians and nurses working in intensive care units using emotional intelligence items as an anxiety management tool in Iran. *Int J Gen Med*, Vol 5, 5–10. doi.org/10.2147/IJGM.S25850

O'Brien-Pallas, L., Murphy, GT., Shamian, J., Li, X. & Hayes, LJ. (2010). Impact and determinants of nurse turnover: A Pan-Canadian study. *Journal of Nursing Management*, Vol 18 (No 8), 1073-1086. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01167.x

Okanli, A., Karakaş, SA. & Özkan, H. (2011). The Relationship between mobbing and assertiveness in nurses. *Health MED*, Vol 5 (No 3), 609-615.

Olayinka, AO., Osamudiamen, OS. & Ojo, AA. (2013). Occupational stress management among nurses in selected hospital in Benin city, Edo state, Nigeria *Euro. J. Exp. Bio*, Vol 3(No 1), 473-481.

Olofsson, B., Bengtsson, C. & Brink, E. (2003). Absence of response: A study of nurses' experience of stress in the workplace. *Journal of Nursing Management*, Vol 11(No 5), 351-358.

Olweus, D. (1993). *Bulling at school. What we know and what we can do*. MA: Blackwell Publishing.

Onasoga-Olayinka, A., Osamudiamen, OS. & Ojo, A. (2013). Occupational stress management among nurses in selected hospital in Benin city, Edo state, Nigeria *European Journal of Experimental Biology*, Vol 3(No 1), 473-481.

Opie, T., Dollard, M. & Lenthall, S. (2010). Levels of occupational stress in the remote area nursing workforce. *Aust J Rural Health*, Vol 18(No 6), 235-41. doi: 10.1111/j.1440-1584.2010.01161.x.

Øyane, NMF., Pallesen, S., Moen, BE., Åkerstedt, T. & Bjorvatn, B. (2013). Associations Between Night Work and Anxiety, Depression, Insomnia, Sleepiness and Fatigue in a Sample of Norwegian Nurses. *PLoS ONE*, Vol 8 (No 8), e70228. doi: 10.1371/journal.pone.0070228

Paoli, P. & Merllie, D. (2001). *Troisieme enquete sur les conditions de travail 2000*, Dublin: Fondation europeenne pour l'amelioration des conditions de travail.

Papathanasiou, I., Damigos, D. & Mavreas, V. (2011). Higher levels of psychiatric symptomatology reported by health professionals working in medical settings in Greece. *Annals of General Psychiatry*, Vol 10 (No 1), 28. doi: 10.1186/1744-859X-10-28

Parikh, P., Taukari, A. & Bhattacharya, T. (2004). Occupational, stress and coping among nurses. *Journal of Health Management*, Vol 6, 115-127. <https://doi.org/10.1177/0972063412468977>

Park, M., Cho, SH. & Hong, HJ. (2015). Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment. *J Nurs Scholarsh*, Vol 47(No 1), 87-95. doi: 10.1111/jnu.12112

Park, SG., Min, KB. & Chang, SJ. (2009). Job stress and depressive symptoms among Korean employees: the effects of culture on work. *International Archives of Occupational and Environmental health*, Vol 82 (No 3), 397-405. doi: 10.1007/s00420-008-0347-8

Persons, J B. (1989), *Cognitive Therapy in practice: A case formulation approach*. W. W. New York: Norton & Company.

Picakciefte, M., Acar, G., Colak, Z. & Kilic, I. (2012). The Relationship between socio-demographic characteristics, work conditions and level “mobbing” of health workers in primary health care. 30th International Congress on Occupational Health, 18-23.

Picakciefte, M., Acar, G., Colak, Z. & Kilic, I. (2015). The Relationship Between Sociodemographic Characteristics, Work Conditions, and Level of “Mobbing” of Health Workers in Primary Health Care. Vol 32 (No 3), 373-398. doi.org/10.1177/0886260515586360

Pierce, JL., Gardner, DG., Dunham, RB. & Cummings, LL. (1993). Moderating effects of organization-based self-esteem on role condition-employee response relationships. *Academy of Management Journal*, Vol 36, 271-288.

Piko, B. (2003). Psychosocial work environment and psychosomatic health of nurses in Hungary. *Work and Stress*, Vol 17 (No1), 93-100. doi.org/10.1080/0267837031000111604

Pino, O. & Rossini, G. (2012). Perceived Organizational Stressors and Interpersonal Relationships as Predictors of Job Satisfaction and Well-Being among Hospital Nurses. *Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, Vol 2(No 6), 196-207. doi:10.5923/j.ijpbs.20120206.02

Pompili, M., Amador, XF., Girardi, P., Harkavy-Friedman, J., Harrow, M., Kaplan, K., Krausz, M., Lester, D., Meltzer, HY., Modestin, J., Montross, LP., Mortensen, PB., Munk-Jørgensen, P., Nielsen, J., Nordentoft, M., Saarinen, PI., Zisook, S., Wilson, ST. & Tatarelli, R. (2007). Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry*, Vol 16, 10. doi:10.1186/1744-859X-6-10

Quine, L. (1999). Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *BMJ*, Vol 318, 228-232. doi.org/10.1136/bmj.318.7178.228

Quine, L. (2001). Workplace bullying in nurses. *Journal of Health Psychology*, Vol 6 (No 1), 73–84. doi.org/10.1177/135910530100600106

Rademakers L. (2018). App Provides Anonymous Group Therapy, Flags Emergencies and Abuse. Retrived 19 April, 2018, from www.hopkinsmedicine.org/news/articles/app-provides-anonymous-group-therapy-flags-emergencies-and-abuse

Ragazzoni, P., Tangolo, D. & Zotti, AM. (2004). Stress occupazionale e valorizzazione delle risorse umane in azienda sanitaria: Dalla valutazione al processo di cambiamento. *G Ital Med Lav Erg*, Vol 26 (No 2), 119-126. doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02728.x

Randle, J. (2003). Bullying in the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing*, Vol 43(No 4), 395–401.

Rebergen, DS., Bruinvels, DJ., Bos, CM., van der Beek, AJ. & van Mechelen, W. (2010). Return to work and occupational physicians' management of common mental health problems--process evaluation of a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health*, Vol 36 (No 6), 488-98.

Reknes, I., Pallesen, S., Magerøy, N., Moen, E., Bjorvatn, B. & Einarse, S. (2014). Exposure to bullying behaviors as a predictor of mental health problems among Norwegian

nurses: Results from the prospective SUSSH-survey. *International Journal of Nursing Studies*, Vol 51 (No 3), 479 – 487. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.06.017

Richardson, A., Turnock, C., Harris, L., Finley, A. & Carson, S. (2007). A study examining the impact of 12-hour shifts on critical care staff. *Journal of Nursing Management*, Vol 15 (No 8), 838-846. doi:10.1111/j.1365-2934.2007.00767.x

Richardson, KM. & Rothstein, HR. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs. a meta-analysis. *J Occup Health Psychol*, Vol 13 (No 1), 69-93. doi: 10.1037/1076-8998.13.1.69.

Roldán, G., Salazar, I., Garrido, L. & Ramos, J. (2013). Violence at work and its relationship with burnout, depression and anxiety in healthcare professionals of the emergency services. *Health*, Vol 5 (No 2), 193-199. doi: 10.4236/health.2013.52027

Rosenberg, S. (1986). Self-concept for middle childhood through adolescence. In J.Suls & A. G.Greenwold (Eds.), *Psychological perspectives on the self*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Rosenstein, A. (2011). The quality and economic impact of disruptive behaviors on clinical outcomes of patient care. *Am J Med Quality*, Vol 26 (No 5), 372-379. doi: 10.1177/1062860611400592

Rosenstein, A. & O'Daniel, M. (2008). Managing disruptive physician behavior: Impact on staff relationships and patient care. *Neurology*, Vol 70 (No 17), 1564-1570. doi: 10.1212/01.wnl.0000310641.26223.82

Saari, LM. & Judge, TA. (2004). Employee attitudes and job satisfaction. *Human Resource Management*, Vol 43 (No 4),395-407. <https://doi.org/10.1002/hrm.20032>

Sager, JK. (1990). Reducing sales manager job stress, *The Journal of Consumer Marketing*, Vol 7 (No 4), 5-14. doi.org/10.1108/EUM0000000002584

Sá, L. & Fleming, M. (2008). Bullying, Burnout, and Mental Health Amongst Portuguese Nurses, *Issues in Mental Health Nursing*, Vol 29 (No 4), 411-426. doi: 10.1080/01612840801904480.

Salin, D. (2003). Ways of explaining workplace bullying: a review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment. *Human Relations*, Vol 56, 1213–1232. <https://doi.org/10.1177/00187267035610003>

Samir, N., Mohamed, R., Moustafa, E. & Abou Saif, H. (2012). Nurses' attitudes and reactions to workplace violence in obstetrics and gynaecology departments in Cairo hospitals. *East Mediterr Health J*, Vol 18 (No 3), 198-204.

S.Einarsen et al. (Eds), *Bulling and Emotional Abuse in the Workplace*. London: Taylor & Francis.

S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C.L. Cooper. (2003). *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice*. London: Taylor & Francis.

Selič, P., Nassib, A. & Makivić, I. (2012). Workplace mobbing: a case study report. *Obzor Zdrav*, Vol 46 (No 2), 113–26.

Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.

Sen, S. (2008). Executives and the Stress Factor. *CFAI Journal of Soft Skills*. Vol 2 (No1), 39-44.

Sexual harassment at the workplace in the European Union. (1998). Ανακτήθηκε από <http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/shworkpl.pdf>

Scialpi, D. (1999). *Violencias en la administración pública, Casos y Miradas para pensar la administración Pública cómo ámbito laboral*. Buenos Aires:Catálogos.

Sdorow, LM. (2006). *Ψυχολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Ηλιάδη.

Shanafelt, TD., Bradley, K., Wipf, J. & Back, A. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*, Vol 136 (No 5), 358-367.

Sharpley, C. F., Reynolds, R., Acosta, A., & Dua, J. K. (1996). The presence, nature and effects of job stress on physical and psychological health at a large Australian University. *Journal of Educational Administration*, Vol 34, 73-86. doi: 10.1108/09578239610128630

Shaw, JD., Gupta, N. & Delery, JE. (2005). Alternative conceptualizations of the relationship between voluntary turnover and organizational performance. *Academy of Management*, Vol 48 (No 1), 50–68.

Shirazi, A., Rasekhnia, M & Ajdary, H. (2011). An empirical examination of the relationship between occupational stress and mental health. *Interdiscipl. J. Contemp. Res. Bus*, Vol 3,101-109.

SikKang, Y., YoungChoi, S. & Ryu, E. (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*. Vol 29 (No 5),538-543. doi: 10.1016/j.nedt.2008.12.003.

Sim, MR. & Kim, KH. (2010). Job Satisfaction, Self-Esteem, and Nursing Task Performance among Registered Nurses and Nurse Assistants in Long-Term Care Hospitals. *J Korean Acad Nurs Adm*, Vol 16 (No 3), 446-454. doi.org/10.11111/jkana.2017.23.3.249

Simons, S. (2008). Workplace bullying experienced by Massachusetts registered nurses and the relationship to intention to leave the organization. *Advances in Nursing Science*, Vol 31(No 2), E48-E59. doi:10.1097/01.ANS.0000319571.37373.d7

Simons, S. & Mawn, B. (2010). Bullying in the Workplace – A Qualitative Study of Newly Licensed Registered Nurses. *AAOHN Journal*, Vol 58 (No 7), 305-311.

Singh, CN. (2011). *Human resource management*. Bangalore: University Science Press.

Smith, MS., Mitchell, J., McCauley, EA. & Calderon, R. (1990). Screening for anxiety and depression adolescent clinic. *Pediatrics*, Vol 85, 262-66.

Spector, PE., Coulter, ML., Stockwell, HG. & Matz, MW. (2007). Perceived violence climate: A new construct and its relationship to workplace physical violence and verbal

aggression, and their potential consequences. *Work & Stress*, Vol 21 (No 2),117-130. doi.org/10.1080/02678370701410007

Speedy, S. (2006). Workplace violence: the dark side of organisational life. *Contemp Nurse*, Vol 21(No 2):239-50. doi:10.5555/conu.2006.21.2.239

Spielberger, CD. (1983). *Manual for the State-Trait-Anxiety Inventory: STAI (form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C D. (2010). *State-Trait Anxiety Inventory*. Corsini Encyclopedia of Psychology. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.

Spielberger, CD., Gorsuch, RL. & Lushene, RE. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Stagg, SJ. & Sheridan, D. (2010). Effectiveness of bullying and violence prevention programs. *AAOHN J*, Vol 58 (No 10), 419-24. doi: 10.3928/08910162-20100916-02

Stathopoulou, H., Karanikola, MNK., Panagiotopoulou, F. & Papatthanassoglou, EDE. (2011). Anxiety levels and related symptoms in emergency nursing personnel in Greece. *Journal of Emergency Nursing*, Vol 37 (No 4), 314-320. doi: 10.1016/j.jen.2010.03.006

Steinberg, PE. (1989). Applying critical theories to nursing in communities. *Public Health Nursing*. Vol 9 (No 1), 2-9.

Sutherland, V. & Cooper, C. (1990). *Understanding Stress: A Psychological Perspective for health professionals*. London, UK: Chapman & Hall.

Sveinsdottir, H., Biering, P. & Ramel, A. (2006). Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, Vol 43(No 7), 875-89. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.11.002

Tabolli, S., Ianni, A., Renzi, C., Di Pietro, C. & Puddu, P. (2006). Soddifazione lavorativa, burnout e stress del personale infermieristico: Indagine in due ospedali di Roma. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, Vol 28 (No 1), 49-52.

Tyler, P. & Ellison, R. (1994). Sources of stress and psychological well being in high dependency nursing. *Leading Global Nursing Research*, Vol 19 (No 3), 469-476. doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01109.x

Tehrani, N. (2003). "Counselling and rehabilitating employees involved with bullying", in Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. & Cooper, C (Eds), *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International Perspectives in Research and Practice*. London: Taylor & Francis.

Theme-Filha, MM., Szwarcwald, CL. & Souza-Junior, PRB. (2008). Measurements of reported morbidity and interrelationships with health dimensions. *Rev Saúde Pública*, Vol 42 (No 1), 73-81. doi.org/10.1590/S0034-89102008000100010

Thoits, Pa. (1991). On merging identity theory and stress research. *Soc Psychol Q*, Vol 54, 101-112.

Tourangeau, AE., Giovannetti, P., Tu, JV. & Wood, M. (2003). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Can J Nurs Res*, Vol 33 (No 4), 71-88.

Tschuschke, V., Anbeh, T. & Kiencke, P. (2007). Evaluation of Long-term Analytic Outpatient Group Therapies, Group analysis, Vol 40 (No 1), 140-159.

Tully, A. (2004). Stress, sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, Vol 11 (1), 43-7.

Tyson, PD., Pongruengphant, R. & Aggarwal, B. (2002). Coping with organizational stress among hospital nurses in Southern Ontario. *International Journal of Nursing Studies*, Vol 39 (No 4), 453-459.

Tyson, PD. & Pongruengphant, R. (2004). Five-years follow-up study of stress among nurses in public and private hospitals in Thailand. *International Journal of Nursing Studies*, Vol 41, 247-254.

- Uwaoma, N.C., Obi-Nwosu, H. & Aguocha, H.C.P. (2011). Effect of gender and hospital unit on nurses' anxiety. *Asian Journal of Business and Management Sciences*, Vol 1 (No 4), 48-53.
- Van der Klink, JJ., Blonk, RW., Schene, AH. & van Dijk, FJ. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders. A cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med*, Vol 60 (No 6),429-37.
- Van der Klink, J.J., Blonk, R.W., Schene, A.H., van Dijk, F.J.H. (2001). The Benefits of Interventions for Work-Related Stress. *American Journal of Public Health*, Vol 91 (No 2), 270-76.
- Vessey, J.A., Demarco, R. & DiFazio, R. (2010). Bullying harassment, and horizontal violence in the nursing workforce: the state of the science. *Annu Rev Nurs Res*, Vol 28, 133-57.
- Vogelpohl, D.A., Rice, S.K., Edwards, M.E. & Bork, C.E. (2013). New graduate nurses' perception of the workplace: have they experienced bullying. *J Prof Nurs*, Vol 29 (No 6), 414-22. doi: 10.1016/j.profnurs.2012.10.008.
- Waldman, J.D., Kelly, F., Arora, S. & Smith, H.L. (2004). The shocking cost of turnover in health care. *Health Care Manag Rev*, Vol 29 (No 1), 2-7.
- Waschgler, K., Ruiz-Hernández, J.A., Llor-Esteban, B. & García-Izquierdo, M. (2013). Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale- users. *J Adv Nurs*, Vol 69 (No 6),1418-27. doi: 10.1111/jan.12016
- Weiner, B., Perry R., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigma. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 55, 738-748.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W.W. Norton & Company.

Whitman, GR., Kim, Y., Davidson, LJ., Wolf, GA. & Wang, SL. (2002). The impact of staffing on patient outcomes across specialty units. *J Nurs Adm*, Vol 32 (No 12), 633–9.

Williams, DR. & Williams-Morris, R. (2000). Racism and mental health: the African-American experience. *Ethnik & Health*, Vol 5(No 3-4), 243–268. doi:10.1080/713667453

Wilson, BL1., Diedrich, A., Phelps, CL. & Choi, M. (2011). Bullies at work: the impact of horizontal hostility in the hospital setting and intent to leave. *J Nurs Adm*, Vol 41 (No 11), 453-8. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182346e90.

Xie, ZY., Wang, AL. & Chen, B. (2011). Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. *J Adv Nurs*, Vol 67 (No 7),1537-1546. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05576.x

Yalon, I. (2006). Θεωρία και πράξη της ομαδικής ψυχοθεραπείας. (Ε Ανδριτσάνου – Δ. Κακατσάνη, Μεταφ). Αθήνα: Εκδόσεις Αγρά.

Yalom, I. & Collins, H. (2002). The Gift of Therapy: An Open Letter to a New Generation of Therapists and Their Patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, Vol 8 (No 3), 181.

Yaghoobnia, F., Mazloom, SR., Ghadry, JS. & Esmaeili, H. (2003). Study of the Relationship Between Self - Estem and Burnout in nurses of hospitals of mashad university of medicals sciences in 1379. *Journal of sabzevar University of medical sciences*, Vol 10, 73-79.

Yildirim, D. (2009). Bullying among nurses and its effects. *International Nursing Review*, Vol 56 (No 4), 504–511. doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00745.x

Zachariadou TH, Zannetos S, Chira S E, Gregoriou S, Pavlakis A (2018). Professionals in Cyprus: Greek Version of “Leymann Inventory of Psychological Terror”. *Instrument. af Health Work*, Vol 9 (No 3), 339-346.

Zapf, D., Einarsen, S., Hoel, H. & Vartia, M. (2003). Empirical findings on bullying in the workplace, in Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. & Cooper, CL. (eds). *Bulling and Emotional*

Abuse in the workplace: International Perspectives in Research and Practice. London: Taylor and Francis.

Zboril-Benson, LR. (2003). Why nurses are calling in sick: the impact of health-care restructuring. *Can J Nur Res*, Vol 33 (No 4), 89–107.

Ελληνόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές

Αγαθοκλέους, Θ. (2012). Επιπτώσεις του εργασιακού στρες στη σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου (Μεταπτυχιακή εργασία). Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου: Κύπρος.

Αγγελοπούλου, Ζ., Φώτος, Ν. & Μπροκαλάκη, Η. (2012). Η επίδραση του άγχους και της κατάθλιψης στην εμφάνιση και εξέλιξη της καρδιακής ανεπάρκειας. Το Βήμα του Ασκληπιού, Vol 11, 373-387.

Αδαλή, Ε., Λεμονίδου, Χ., Πριάμη, Μ. & Πλατή, Χ. (2000). Επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ελληνική Ιατρική, Vol 66, 398-406.

Αδαλή, Ε., Πριάμη, Μ., Ευαγγέλου, Ε., Υφαντή, Μ., Μουγιά, Μ. & Μουγιά, Β. (2002). :Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού. Νοσηλευτική, Vol 1, 105 -114.

Ανδριανοπούλου, Ε., Δανελάκη, Π. & Ιωάννου, Γ. (2016). Διερεύνηση του Συνδρόμου Mobbing (εργασιακή ή ηθική παρενόχληση) στο Νοσηλευτικό προσωπικό σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο στη νήσο Κρήτης (Πτυχιακή εργασία). Ηράκλειο: ΑΤΕΙ Κρήτης.

Αθανασίου, Ο., Σερακιώτης, Α. & Σταθάκη, Ε. (2007). Το εργασιακό άγχος και οι επιπτώσεις του στους επαγγελματίες των υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας στο Ν. Ηρακλείου (Πτυχιακή εργασία). Ηράκλειο: ΑΤΕΙ Κρήτης.

Αλετράς, Β. (2009). Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Vol 26 (No 1), 79-89.

Αντωνοπούλου, Α. & Αντωνίου, Α.-Σ. (2012). Σύγχρονες μορφές και διαστάσεις της εργασιακής παρενόχλησης (ηθικής και σεξουαλικής). Προτάσεις επαγγελματικής συμβουλευτικής. Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού, Vol 100, 43-54.

Ανυφαντή, Α. & Λυκούρη, Σ. (2014). Άγχος και επιθετικότητα στον εργασιακό χώρο (Πτυχιακή εργασία). Κεφαλονιά: ΤΕΙ Ιονίων Νήσων.

Αποστόλου, Ε. (2016). Φαινόμενο του ψυχολογικού εκφοβισμού (mobbing) σε νοσηλευτικό προσωπικό: Μελέτη της σχέσης των συμπεριφορών εκφοβισμού και της ασφάλειας των ασθενών (Πτυχιακή εργασία). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο: Πάτρα.

Αυγενάκης, Α., Παπαδάκη, Ε. & Τοράκη, Μ. (2012). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (The burnout syndrome) σε επαγγελματίες υγείας: επιπτώσεις στην ψυχική υγεία καθώς και στις επαγγελματικές και οικογενειακές σχέσεις (Πτυχιακή εργασία). Ηράκλειο: ΑΤΕΙ Κρήτης.

Αυδίκου, Κ. (2011). Συγκριτική μελέτη των ψυχολογικών χαρακτηριστικών (εσωτερική και εξωτερική ντροπή, οικογενειακές σχέσεις, άγχος, ψυχοπαθολογία) μεταξύ ανδρών και γυναικών, συγγενών φροντιστών ασθενών με άνοια (Μεταπτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων: Ιωάννινα.

Βαϊζόγλου, Σ. & Δένδη, Μ. (2009). Επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού σε ογκολογικές κλινικές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (Πτυχιακή εργασία). ΑΤΕΙ Κρήτης: Ηράκλειο.

Βανεκιώτη, Μ. (2016). Συμβουλευτική Επαγγελματικού Προσανατολισμού: Προσωπική και Επαγγελματική Ανάπτυξη. Μαρούσι: Ανώτατη Σχολή Παιδαγωγικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης.

Βασιλείου, Ε., Καπαδοχος, Θ., Σαμέντζας, Α., Τουλιά, Γ. & Μαρβάκη, Χ. (2015). Αξιολόγηση διαπροσωπικών σχέσεων νοσηλευτών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Το βήμα του Ασκληπιού, Vol 14 (No 3), 201-215.

Βαλωμένου, Γ. (2015). Επιστημονική έρευνα: Άγχος και εικόνα του εαυτού στη ΣΚΠ, Επικοινωνούμε, Vol 36, 8-9.

Βουλγαράκη, Μ. (2012). Το συναίσθημα της ντροπής: συνδέοντας μικρό- και μακρο-αναλυτικό επίπεδο στην κοινωνιολογία του Thomas J. Scheff. Επιστήμη και κοινωνία, Vol 28, 221-229.

Γαβριήλ, Μ. (2011). Επαγγελματική εξουθένωση σε νοσηλευτές Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Πτυχιακή εργασία). Κύπρος: Λεμεσός.

Γαλάνη, Γ. (2011). Μελέτη της Σχέσης Επαγγελματικής Εξουθένωσης, επιπέδων Αντιλαμβανόμενου Άγχους και Ικανοποίησης από την Εργασία σε Εργαζομένους στον ΟΚΑΝΑ σε μονάδες του οργανισμού στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδος και Ιονίων νήσων (Διπλωματική εργασία). Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας: Λάρισα.

Γεωργίου, Β., Μπαμπάτσικου, Φ., Κτενάς, Ε., Γεωργίου, Γ. & Καλλίνικος, Γ. (1998). Χαρακτηριστικά επαγγελματικής ικανοποίησης εργαζομένων νοσοκομείου «Άγιος Σάββας». Επιθεώρηση Υγείας, Vol 60, 60-64.

Γιαννάκη, Ι. (2015). Εφαρμογή και αξιολόγηση ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος για τη «Διαχείριση του εργασιακού άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό του ΠΓΝ Πατρών» (Μεταπτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Πατρών. Πάτρα.

Γκολέμη, Θ., Κυθραιώτη, Σ. & Παναγιώτου, Α. (2015). Το Άγχος των Μαθητών για το Νέο Τύπο Λυκείου και Τεχνικές Διαχείρισης του (Πτυχιακή εργασία). Ηράκλειο: ΑΤΕΙ Κρήτης.

Γούβα, Γ. (2012). Πώς το εργασιακό περιβάλλον επηρεάζει την απόδοση και συμπεριφορά των εργαζομένων στις επιχειρήσεις (Πτυχιακή εργασία). Ηράκλειο: ΑΤΕΙ Κρήτης.

Δέδε, Ι. (2017). Φαινόμενο mobbing: Εργασιακός εκφοβισμός. Ενημέρωση, Vol 238, 2-12.

Δημητριάδου, Χ. (2015). Η επαγγελματική εξουθένωση των Ελλήνων νοσηλευτών και η σχέση της με την σωματική και ψυχική τους υγεία (Μεταπτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Πειραιώς: Πειραιάς.

Δημητρόπουλος, Χ. & Φιλίππου, Ν. (2008). Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Vol 25 (No 2), 642-647.

Δίκη, Ν. (2013). Εργασιακό άγχος και επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού & νοσηλευτικού προσωπικού στον χώρο της ιδιωτικής υγείας στην Ελλάδα (Πτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.

Δούκα, ΣΜ. (2016). Εργασιακές σχέσεις νοσηλευτών και γιατρών σε χειρουργεία και χειρουργικές κλινικές και του φαινομένου λεκτικής βίας στο χειρουργείο καθώς και της ασφάλειας ασθενών (Πτυχιακή εργασία), Πάτρα: ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας.

Δραγώνα, Σ. (2017). Διερεύνηση της έντασης του περιστασιακού άγχους γονιών πριν και μετά τη χειρουργική επέμβαση στα παιδιά τους (Μεταπτυχιακή εργασία). ΑΤΕΙ Αθήνας: Αθήνα.

Ζαχάρη, Ε. & Ντουράι, Α. (2015). Επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών στην οικονομική κρίση (Πτυχιακή εργασία). Πάτρα: ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας.

Θεοφάνης, Φ. & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2010). Η Ύπαρξη του Εκφοβισμού στον Εργασιακό Χώρο των Νοσηλευτών. Νοσηλευτική, Vol 49 (No 2), 141 – 147.

Καγιάσα, Ζ. (2012). Το νοσηλευτικό προσωπικό ως αποδέκτης βίας στο χώρο του νοσοκομείου (Πτυχιακή εργασία). ΑΤΕΙ Καβάλας: Διδυμότειχο.

Καλλιμάνης, Δ. (2016). Το εργασιακό στρες και η επίδρασή του στην προσωπική και επαγγελματική ζωή των επαγγελματιών υγείας (Πτυχιακή εργασία). ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας: Πάτρα

Καλπάκογλου, Θ. & Χαρίλα, Ν. (2007). Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία: επιρροές και θεραπευτικά εργαλεία. Δημοσιευμένο στο: Μαλικιώση-Λοΐζου Μαρία (επιμ) Συμβουλευτική Ψυχολογία: Σύγχρονες Προσεγγίσεις. Αθήνα: Ατραπός.

Καλπάκογλου, Θ. (2013). Άγχος και Πανικός. Γνωσιακή θεωρία και θεραπεία. Αθήνα. Άδεια διανομής: Ελεύθερη διάθεση. Ανακτήθηκε 17/12/2018 από <https://www.openbook.gr>.

Κάμτσιος, Σ. & Φυλακτακίδου, Α. (2008). Σχέση Στρατηγικών Αντιμετώπισης Ερεθισμάτων Άγχους, Αυτοαποτελεσματικότητας και Συμμετοχής σε Φυσική Δραστηριότητα σε Φοιτητές του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό. Vol 6, 303 – 310.

Κάντας, Α. (1998). Οργανωτική – Βιομηχανική Ψυχολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Καπώνη, Ε. & Κούτουλα, Α. (2017). Υποδοχή ηθικής και ψυχολογικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας (Πτυχιακή εργασία). ΑΤΕΙ Κρήτης: Ηράκλειο.

Καραγιώτα, Β. (2005). Θεωρητική προσέγγιση για το άγχος – stress – φοβία. Μια παρεμβατική πρόταση για παιδιά του Δημοτικού (Πτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας: Βόλος.

Καρακώστα, Α. (2017, Μάρτιος 15). Ηθική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο: Το σύνδρομο Mobbing. Maxmag. Ανακτήθηκε στις 13/04/2018 από: <https://www.maxmag.gr>.

Καρανικόλα, ΝΚΜ., Παπαθανάσογλου, ΕΔΕ., Σταθοπούλου, Χ. & Παναγιωτοπούλου, Φ. (2008). Παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους στους Έλληνες νοσηλευτές επείγουσας φροντίδας. Νοσηλεία και Έρευνα, Vol 22, 35-42.

Καρανικόλα, Μ.Ν.Κ., Σταθοπούλου, Χ., Καλαφάτη, Μ., Τερζή, Α.Μ., Μπουζίκια, Μ. & Παπαθανάσογλου, Ε.Δ. Ε. (2009). Αξιολόγηση Συμπτωμάτων Άγχους σε Νοσηλευτικό Προσωπικό Εντατικής Φροντίδας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική, Vol 48(No4), 447-457.

Καρβέλλης, Μ. (2017, Σεπτέμβριος 17). Mobbing: Η ηθική παρενόχληση των εργαζομένων στο χώρο εργασίας. Huffpost. Ανακτήθηκε στις 10/10/2017 από: <http://www.huffingtonpost.gr>.

Καρούζος, Κ. (2017, Οκτώβριος 19). Mobbing: Ηθική / ψυχολογική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο. Rejoin.gr. Ανακτήθηκε στις 13/04/2018 από: <https://www.rejoin.gr>.

Κατσουνάκη, Ν., Κιαουρτζή, Ε. & Μανουσάκη, Ε. (2018). Διερεύνηση του φαινομένου mobbing στο ιατρονοσηλευτικό Προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης Vol 11(No 2), 29-42.

Φάκελος υλικού για γονείς. «Εκπόνηση επιμορφωτικού ενημερωτικού υλικού και προγράμματος σπουδών επιμορφωτής». (2015, Απρίλιος 2), Ανακτήθηκε από www.cecl2.gr

Κοΐνης, Α. & Σαρίδη, Μ. (2013). Το mobbing στον εργασιακό χώρο. Επιπτώσεις mobbing στο χώρο της υγείας. Ανασκοπική μελέτη. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, Vol 6 (No1), 36-48.

Κοΐνης, Α. & Σαρίδη, Μ. (2014). Εργασιακό στρες και η επίδρασή του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των Επαγγελματιών Υγείας. Το βήμα του Ασκληπιού, Vol 13, 300 – 313.

Κοΐνης, Α., Βελονάκης, Ε., Τζαβέλλα, Φ. & Τζιαφέρη, Σ. (2016). Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας. Το βήμα του Ασκληπιού, Vol 15 (No 4), 380 – 393.

Κορομπέλη, Α., Κτένας, Ε. & Κικεμένη, Α. (2006). Κυκλικό ωράριο. Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών. Νοσηλευτική, Vol 45 (No 1), 98 – 106.

Κορομπόκη, Π. (2015). Άγχος και κατάθλιψη στους φοιτητές του ΤΕΙ Πάτρας (Πτυχιακή εργασία). ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας: Πάτρα.

Κουβουτσάκη, Π. (2017). Η Έννομη Προστασία για την Αντιμετώπιση του Φαινομένου της Ηθικής Παρενόχλησης στο Χώρο της Εργασίας (Πτυχιακή εργασία). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών: Αθήνα.

Κούκια, Ε. & Γκόνης, Ν. (2010). Ανάγκες εκπαίδευσης και περιορισμοί ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε τμήματα βραχείας νοσηλείας σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Το βήμα του Ασκληπιού, Vol 9 (No 3), 344-358.

Κουράκος, Μ. (2010). Μελέτη της Σχέσης Επιπέδων Αντιλαμβανόμενου Άγχους, Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Ικανοποίησης από την Εργασία σε Φροντιστές Υγείας-Νοσηλευτές Παθολογικών Κλινικών (Πτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας: Λάρισα.

Κουτελέκος, Ι. & Πολυκανδριώτη, Μ. (2007). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών (Burn out syndrome). Το βήμα του Ασκληπιού, Vol 2, 1-7.

Κουτλούδη, Κ. (2015). Εργασιακό άγχος στους νοσηλευτές κλειστών τμημάτων στο Γ.Ν.Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο» (Μεταπτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Πειραιά: Πειραιάς.

Κυλούδης Π, Γεωργιάδη, Μ., Ρεκλείτη, Μ., Γιαγλής, Γ., Βόζνιακ, Γ. & Ρούπα Ζ. (2011). Παράγοντες εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και άγχους σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού Vol 10, 530-546.

Κωνσταντινίδου, Ν. & Τότσικα, Χ. (2016). Θεωρία και εφαρμογές των ΤΠΕ στην συμβουλευτική. Η συμβουλευτική μέσω διαδικτύου (Πτυχιακή εργασία). Ανώνυμη Σχολή Παιδαγωγικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης: Κοζάνη.

Λαζαρή, Χ. & Παπαβασιλείου, Κ. (2006). Επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών Γ. Γεννηματάς (Πτυχιακή εργασία). ΤΕΙ Καλαμάτας: Καλαμάτα.

Λερίδης, Ι. (2013). Επαγγελματική ικανοποίηση και επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών νεφρολογικών κέντρων (Μεταπτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας: Τρίκαλα.

Λιάκος, Α. & Γιαννίτση, Σ. (1984). Αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. Εγκέφαλος, Vol 21,71-76.

Μακράκης, Χ. (2009). Ηθική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο: εξετάζοντας το παράδειγμα ενός ιδιωτικού και ενός δημόσιου νοσοκομείου στα Χανιά (Πτυχιακή εργασία). ΤΕΙ Κρήτης: Ηράκλειο.

Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (2001). Η Συμβουλευτική Ψυχολογία στην Εκπαίδευση. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (2012). Συμβουλευτική Ψυχολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.

Μανομενίδης, Γ., Παναγοπούλου, Ε. & Μπελλάλη, Θ. (2017). Στρατηγικές διαχείρισης του στρες, πριν, κατά και μετά το ωράριο εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού: μια περιγραφική ανασκόπηση. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, Vol 10 (No 1),6-12.

Μαρβάκη, Χ., Δημουλά, Υ., Καμπισιούλη, Ε., Χριστοπούλου, Ι., Βασταρδής, Λ., Γουρνή, Ι. & Καλογιάννη, Α. (2007). Η επίδραση του επαγγέλματος στη ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού. Νοσηλευτική, Vol 46, 406-413.

Μαρνέρας, Χ. & Αρβανίτης, Γ. (2015). Η συζήτηση ως αποτελεσματικός τρόπος επικοινωνίας στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση, Vol 4 (No 1),57-61.

Μαρνέρας, Χ., Θεοδωρακοπούλου, Γ., Αλμπάνη, Ε., Γκούβα, Μ., Δημοπούλου, Ε. & Κοτρώτσιου, Ε. (2010). Ικανοποίηση από την Εργασία και Επίπεδα Άγχους σε Νοσηλευτές που εργάζονται σε Νεφρολογικά Κέντρα. Νοσηλευτική, Vol 49 (No 1),83-90.

Μαστροκώστας, Α. (2010). Η επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος του Νοσοκομείου στην υγεία των νοσηλευτών (Πτυχιακή εργασία). Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης: Θεσσαλονίκη.

Μαυρίδου, ΑΘ. (2012). Διερεύνηση συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό γενικών νοσοκομείων (Διδακτορική διατριβή). Ιατρική σχολή Α.Π.Θ.: Θεσσαλονίκη.

Ν. 4486/2017. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας υπουργείου υγείας και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017).

Ν. 4238/2014. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ και λοιπές διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 38/Α/17-2-2014).

Μητρούση, Σ. (2014). Επίδραση του άγχους στη σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών (Διδακτορική διατριβή). Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου: Σπάρτη.

Μητρούση, Σ., Τραυλός, Α., Κούκια, Ε. & Ζυγά, Σ. (2013). Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, Vol 6 (No 1), 21-27.

Μισουρίδου, Ε. (2009). Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής Εξουθένωσης στη Νοσηλευτική. Νοσηλευτική, Vol 48 (No 4), 358-366.

Μιχαλακίδου, Δ. & Πουλτσίδου, Ξ. (2012). Άγχος και εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών που εργάζονται σε Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο και σε Κέντρο Υγείας (Πτυχιακή εργασία). ΤΕΙ Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης: Διδυμότειχο.

Μουστάκα, Ε., Αντωνιάδου, Φ., Μαλλιαρού, Μ., Ζάντζος, Ι., Κυριάκη, Κ. & Κωνσταντινίδης, Θ. (2010). Διερεύνηση εργασιακού στρες νοσηλευτικού προσωπικού – συγκριτική μελέτη μεταξύ νοσοκομείου πρωτεύουσας και περιφέρειας. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, Vol 3 (No 3), 90-96.

Μουστάκα, Ε., Κουτής, Χ., Μπαμπάτσικο, Φ., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ. & Κωνσταντινίδης, Θ. (2013). Ψυχική ευεξία και η σχέση της με το εργασιακό στρες. Έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, Vol 5 (No 4), 19-26.

Μπαϊράμη, Δ. & Νταμοτσίδης, Ε. (2009). Αξιολόγηση ηθικής – ψυχολογικής παρενόχλησης εργαζομένων νοσοκομείου: α) εσωτερικού και β) εξωτερικού (Πτυχιακή εργασία). ΤΕΙ Καλαμάτας: Καλαμάτα.

Μπακέλλα, Π., Γιάγκου, Ε. & Μπραχαντίνη, Κ. (2013). Η επίδραση του “συνδρόμου mobbing” στην επαγγελματική ζωή των Νοσηλευτών. Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, Vol 6 (No 2), 15-21.

Μπάμπαλου, Χ., Θανασιάς, Ε. & Μακρόπουλο, Β. (2012). Επαγγελματικό Στρες: Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες Κινδύνου και Παρεμβάσεις. Ήυγεια και εργασία, Vol 3, 145-174.

Μπασιά, Ε. (2009). Νομικό πλαίσιο αντιμετώπισης της σεξουαλικής παρενόχλησης στους χώρους εργασίας και οι επιπτώσεις της στις εργασιακές σχέσεις (Πτυχιακή εργασία). ΤΕΙ Καβάλας: Καβάλα.

Μπουχάγιερ, Α. (2011). Η αντίληψη των εκπαιδευτικών για τη σημασία της αυτοεκτίμησης των μαθητών και η συμβουλευτική τους παρέμβαση για την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των μαθητών Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (Μεταπτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Πατρών: Πάτρα.

Νικηφορίδου, Μ. (2012). Εσωτερική - Εξωτερική Ντροπή και ψυχολογικά χαρακτηριστικά ασθενών με περιοδοντικά προβλήματα και ο ρόλος τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Μεταπτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας: Λάρισα.

Νίτσα – Γουδέλη, Β. (2017). Άγχος – Θεωρητικές και Νοσηλευτικές Προσεγγίσεις. Ιωάννινα: ΤΕΙ Ηπείρου. νοσηλευτών» (Πτυχιακή εργασία). Τ.Ε.Ι. Ηπείρου: Ιωάννινα.

Ντίνου, Μ., Μωρίτου, Δ., Παπαντωνίου, Γ., Καλογιαννίδου, Δ. & Παπαντωνίου, Α. (2013). Ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής εκδοχής του Ερωτηματολογίου Προσανατολισμών στην Αντιμετώπιση Προβλημάτων. Ανακτήθηκε 11 Αυγούστου, 2018, από https://www.researchgate.net/publication/262637711_Psychometric_properties_of_the_Greek_version_of_the_Coping_Orientations_to_Problems_Experienced_COPE_Inventory

Ντούπη, Σ., Κουλιεράκης, Γ. & Καραδήμας, Ε. (2015). Υποκειμενικό στρες, αντίληψη του επαγγελματικού ρόλου και στρατηγικές αντιμετώπισης των νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Ελληνικό περιοδικό της νοσηλευτικής επιστήμης, Vol 8 (No 3),42-53.

Υπουργική απόφαση Υ4δ/Γ.Π.οικ. 22869. Οργάνωση, τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 874/Β/20-03-2012).

Παναγιωτοπούλου, Κ. (2017). Η έρευνα στην ομαδική αναλυτική ψυχοθεραπεία: ανασκόπηση των μελετών αποτελεσματικότητας. Ελληνικό Δίκτυο Ομαδικών Αναλυτών. Ανάκτηθηκε Απρίλιο 26, 2017, από: <http://edoa.gr>.

Παπαγιάννη, Χ. (2012). Αυτοεκτίμηση. Προσδιορισμός της σχέσης μεταξύ της ανάπτυξης της σχέσης της αυτοεκτίμησης του νηπίου και των συνθηκών του περιβάλλοντος (Πτυχιακή εργασία). ΤΕΙ Ηπείρου: Ιωάννινα.

Παπαδάκη, Μ., Χουστουλάκη, Ε. & Τσιράκος Δ. (2007). Διερεύνηση του "Συνδρόμου Mobbing" (εργασιακή παρενόχληση) στο νοσηλευτικό προσωπικό δημοσίων νοσοκομείων νομού Ηρακλείου. Συγκριτική μελέτη μεταξύ των δύο μεγάλων δημόσιων νοσοκομείων Βενιζέλειου-Πανάνειου και ΠΑΓΝΗ (Πτυχιακή εργασία).ΤΕΙ Κρήτης: Ηράκλειο.

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

Παπαδημητρίου, Κ. (2008). Πρόληψη και αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό (Πτυχιακή εργασία).ΤΕΙ Αθηνών: Αθήνα.

Παπαδομιχαλάκη, Α. (2014). Στρες και μηχανισμοί άμυνας στο νοσηλευτικό προσωπικό (Πτυχιακή εργασία). ΤΕΙ Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης: Διδυμότειχο.

Παπαδοπούλου, Δ. (2009). Βία στο Χώρο Εργασίας του Νοσηλευτικού Προσωπικού. Νοσηλευτική, Vol 48 (No 4), 379–387.

Παπαδοπούλου, Δ. (2015). Οι επιπτώσεις της κρίσης και των μεταρρυθμίσεων στην άσκηση της νοσηλευτικής. Επιστημονικά Χρονικά, Vol 20 (No 2),159-174.

Παπακωνσταντίνου, Κ., Καραμπίνης, Α. & Μπαλτόπουλος, Γ. (2005). Η Νοσηλευτική στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Αθήνα, Vol 1, 3–50.

Παπακωνσταντίνου, Κ., Παναγοπούλου, Μ. & Φλουρέντζος, Κ. (2016). Επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό (Πτυχιακή εργασία), ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος: Πάτρα.

Παπαμιχαλάκη, Α. (2014). Στρες και μηχανισμοί άμυνας στο νοσηλευτικό προσωπικό (Πτυχιακή εργασία). ΤΕΙ Ανατολική Μακεδονίας και Θράκης: Διδυμοτείχο.

Παπάνης, Ε., Γαβρίμης, Π. & Μπαλάσα, Κ. (2011). Άγχος, επαγγελματική εξουθένωση, ποιότητα ζωής των εργαζόμενων και εργασιακή ικανοποίηση, στο συλλογικό έργο: Έρευνα και εκπαιδευτική πράξη στην ειδική αγωγή. Αθήνα: Εκδόσεις Ι. Σιδέρης.

Παππά, Ε. Α., Αναγνωστόπουλος, Φ. & Νιάκας, Δ. (2008). Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Vol 25 (No 1), 94-101.

Πατίτσα, Χ., Χανιώτης, Δ., Χανιώτης, Φ., Λειβαδάρα, Μ., Βενετίκου, Μ. & Βαρδάκη, Ζ. (2011). Η σχέση αυτοεκτίμησης, δείκτη μάζας σώματος, άγχους καταστάσεως και φυσικής δραστηριότητας: Έρευνα σε φοιτητικό πληθυσμό. *e -Journal of Science & Technology (e-JST)*, Vol 3,6.

Πίνη, Μ. (2006, Απριλίου 9). Εργασιακή Τρομοκρατία. Ελευθεροτυπία. Ανακτήθηκε 12 Δεκεμβρίου, 2018, από <http://www.enet.gr>.

Πουλής, Δ. (2011). Σύγκριση της εργασιακής ικανοποίησης και εργασιακού στρες του προσωπικού χειρουργείων σε σχέση με το φορέα απασχόλησης. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, Vol 2, 32-36.

Σάκουλα, Ζ., Μπελαλή, Κ. & Σταθαρού, Α. (2014). Σύνδρομο mobbing. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, Vol 6, 123-127.

Σαρίδη, Μ., Καρρά, Α. & Σουλιώτης, Κ. (2016). Εργασιακό stress και επαγγελματίες υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Archives of Hellenic Medicine*, Vol 33 (No 1), 73-83.

Σιούσιουρα, Δ. (2010). Η επίδραση της Ομαδικής Ψυχοεκπαιδευτικής Παρέμβασης σε Ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου Ι (Διδακτορική Διατριβή). Πανεπιστήμιο Αιγαίου: Ρόδος.

Σπανάκη, Ε., Σωμαράκη, Ε. & Μπζιώτα, Δ. (2009). Άγχος και αυτοεκτίμηση νοσηλευτών που εργάζονται σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία (Πτυχιακή εργασία). ΤΕΙ: Ηράκλειο.

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

Σταλίκας, Α. (2011). Θεραπευτικές παρεμβάσεις. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις. Μεταπτυχιακή εργασία

Σταθάκη, Μ (2014). Διερεύνηση του επαγγελματικού άγχους ως παράγοντας επιβάρυνσης της ψυχοσωματικής υγείας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας (Μεταπτυχιακή εργασία). Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου: Κύπρος.

Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ. & Ρούσση, Π. (2002). Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα: Εδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Σταυριανόπουλος, Θ., Σταμάτη, Σ., Γκεβρέκη, Ε., Γκουρβέλου, Ο. & Παπαδημητρίου, Μ. (2011). Επίπεδα άγχους, κόπωσης, ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της Ηλείας. Το Βήμα του Ασκληπιού, Vol 10, 118-133.

Σχετικά με το Skype. (2017, Αύγουστος 20). Ανακτήθηκε από <https://www.skype.com/el/about/>

Τέγος, Δ. (2010). Εργασιακός εκφοβισμός: Προσωπικά χαρακτηριστικά και εργασιακά αποτελέσματα (Μεταπτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Πειραιώς: Πειραιάς.

Τούκας, Δ. & Τούκα, Α. (2010). Ανάλυση και διαχείριση του εργασιακού άγχους στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Από την επιστημονική προσέγγιση στην πρακτική εφαρμογή. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Vol 28 (No 1), 20 – 26.

Τσαντήλα, Α. (2010). Επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε ογκολογικά νοσοκομεία του Νομού Αττικής (Πτυχιακή εργασία). ΑΤΕΙ Κρήτης: Ηράκλειο.

Τσιάμα, ΜΧ. (2013). Το φαινόμενο της ηθικής / ψυχολογικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας: Εννοιολογικοί προσδιορισμοί. Ανακτήθηκε 16 Δεκεμβρίου 2018, από www.eiead.gr/publications/docs/arthra%20kai%20meletes%20to%20fanomeno%20tis%20ithikis%20parenoxlisis%20sto%20xwro%20ergasias.pdf

Τσιφούτης, Γ. & Χατζηθεοχάρης, Α. (2009). Αγχώδεις διαταραχές: Αντιμετώπιση: Ο ρόλος του νοσηλευτή. (Πτυχιακή εργασία). Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα. Θεσσαλονίκη.

Τσουνής, Α. & Σαράφης, Π. (2016). Η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης: θεωρητικές προσεγγίσεις και αποτελέσματα στην εργασιακή απόδοση. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Vol 8 (No 2),36-47.

Φακή, Μ., Γκούβα, Μ., Παπαθανασίου, Ι., Πράπα, Π., Πάσχου, Δ., Πράπα, Ε. & Κοτρώτσιου, Ε. (2009). Το Άγχος Σε Εργαζόμενους Σε Δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Interscientific Health Care, Vol 1, 9-15.

Φουντούκη, Α., Θεοφανίδης, Δ. (2014). Προεγχειρητικό άγχος: Νοσηλευτικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις. Το Βήμα του Ασκληπιού, Vol 13 (No 4), 316 – 329.

Χάρος, Δ., Κολυπέρα, Β., Λαζαρίδου, Ε., Ανδριοπούλου, Μ., Βιβιλάκη, Β. & Λιβάνης, Ε. (2017). Ο αντίκτυπος του εργασιακού άγχους στους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Vol 34 (No 4), 467-475.

Χείρα, Σ. (2014). Εκτίμηση της παρουσίας του συνδρόμου mobbing ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Κύπρο (Μεταπτυχιακή εργασία). Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου: Λευκωσία.

Λεονταρή, Α. (1996). Αυτοαντίληψη, Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Άδειες διεξαγωγή έρευνας από αρμόδιους φορείς



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών,
71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: Πατεράκη Μαριάνθη
Τηλ: 2813 404411
Fax: 2810 331570
Email: mpateraki@hc-crete.gr,
dprogram@hc-crete.gr

Ηράκλειο, 19/5/2017
Αρ. Πρωτ.: 8662
Φάκελος:

ΠΡΟΣ: κα Μανιού Μαρία, υποψήφια
Διδάκτορας Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και
Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου.

Κοινοποίηση: Κέντρα Υγείας ευθύνης 7^{ης} ΥΠΕ

ΘΕΜΑ: Έγκριση έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής στα Κέντρα
Υγείας ευθύνης της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης

ΣΧΕΤΙΚΑ: Η με αρ. πρωτ. 5595/29-3-2017 αίτηση προς την 7^η ΥΠΕ Κρήτης

Σας ενημερώνουμε ότι εγκρίνουμε την διεξαγωγή έρευνας στα Κέντρα Υγείας ευθύνης της 7^{ης} ΥΠΕ και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου σε νοσηλευτικό προσωπικό, από την υποψήφια διδάκτορα του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου, κα Μανιού Μαρία, στο πλαίσιο εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής, με θέμα: «Διερεύνηση επίδρασης του άγχους και της εργασιακής παρενόχλησης στη σωματική και ψυχική υγεία νοσηλευτικού προσωπικού. Συγκριτική Μελέτη μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και σε Τομείς Επείγουσας – Εντατικής Θεραπείας. Θεραπευτική αντιμετώπιση με ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης», υπό την επίβλεψη της Καθηγήτριας Δρ. Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, σε συνεπίβλεψη με μέλος ΔΕΠ, τον Δρ. Ανδρέα Παυλάκη, Αναπληρωτή Καθηγητή του ΜΠΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου.

Η Έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- με την δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί **περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Διοίκηση της 7^{ης} Υ.Π.Ε Κρήτης**. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητές ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στον φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.
- με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της τήρησης της ανωνυμίας, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου και της συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

ΓΕΩΡΓΙΑΚΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ
α/α Ο ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΣΤΕΛΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ

Εσωτερική Διανομή: Υποδιοικητές 7^{ης} Υ.Π.Ε Κρήτης.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών,
71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: Πατεράκη Μαριάνθη
Τηλ: 2813 404411
Fax: 2810 331570
Email: mpateraki@hc-crete.gr,
dprogram@hc-crete.gr

Αρ.Πρωτ. 8018

Ηράκλειο, 10-05-2017
Αρ. Πρωτ.: 8018
Φάκελος:

ΠΡΟΣ: κα Μανιού Μαρία, υποψήφια
Διδάκτορας Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και
Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου.

Κοινοποίηση:
1. Αναπληρωτή Διοικητή Γ.Ν. «Βενιζέλειο»
2. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου

**ΘΕΜΑ: Έγκριση έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής στο - Γ.Ν.
«Βενιζέλειο»**

ΣΧΕΤΙΚΑ: Η 22/ 3/16-03-2017 /έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν. «Βενιζέλειο»

Σας ενημερώνουμε ότι λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, **εγκρίνουμε** την διεξαγωγή έρευνας στο Γ.Ν. «Βενιζέλειο» και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου σε νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου, από την υποψήφια διδάκτορα του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου, κα Μανιού Μαρία, στο πλαίσιο εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής, με θέμα: **«Διερεύνηση επίδρασης του άγχους και της εργασιακής παρενόχλησης στη σωματική και ψυχική υγεία νοσηλευτικού προσωπικού. Συγκριτική Μελέτη μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και σε Τομείς Επείγουσας – Εντατικής Θεραπείας. Θεραπευτική αντιμετώπιση με ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης»**, υπό την επίβλεψη της Καθηγήτριας Δρ. Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, σε συνεπίβλεψη με μέλος ΔΕΠ, τον Δρ. Ανδρέα Παυλάκη, Αναπληρωτή Καθηγητή του ΜΠΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου.

Η Έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- με την δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της πτυχιακής εργασίας θα **προσκομιστεί περιλήψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Διοίκηση 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν. «Βενιζέλειο»**. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητές ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στον φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.
- με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της τήρησης της ανωνυμίας, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου και της συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα.



Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΜΑΥΡΟΜΜΑΘΗ ΕΛΕΝΗ

Εσωτερική Διανομή: Υποδιοικητές 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών, 71500,
Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: Πατεράκη Μαριάνθη
Τηλ: 2813 404411
Fax: 2810 331570
Email: mpateraki@hc-crete.gr,
dprogram@hc-crete.gr

Ηράκλειο, 2 Ιουνίου 2017
Αρ. Πρωτ.: 9612
Φάκελος:

ΠΡΟΣ: κα Μανιού Μαρία, υποψήφια Διδάκτορα
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Πανεπιστημίου
Νεάπολις Πάφου

ΚΟΙΝ:

1. Διοικήτρια του Γ.Ν. Λασιθίου
2. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου
3. Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας

ΘΕΜΑ: Έγκριση έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής στο Γ.Ν. Λασιθίου
ΣΧΕΤΙΚΑ: Η με υπ' αρ. πρωτ. 42/27-4-2017 έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν. Λασιθίου

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, εγκρίνουμε τη διεξαγωγή έρευνας στο Γ.Ν. Λασιθίου και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στους Νοσηλευτές του Γ.Ν. Λασιθίου, από την υποψήφια διδάκτορα του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου, κα Μανιού Μαρία, στο πλαίσιο εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής, με θέμα: «Διερεύνηση επίδρασης του άγχους και της εργασιακής παρενόχλησης στη σωματική και ψυχική υγεία νοσηλευτικού προσωπικού. Συγκριτική Μελέτη μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και σε Τομείς Επείγουσας – Εντατικής Θεραπείας. Θεραπευτική αντιμετώπιση με ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης», υπό την επίβλεψη της Καθηγήτριας Δρ. Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτριας Καθηγήτριας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, σε συνεπίβλεψη με μέλος ΔΕΠ, τον Δρ. Ανδρέα Παυλάκη, Αναπληρωτή Καθηγητή του ΜΠΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου.

Η Έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- α) με τη δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Διοίκηση 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν. Λασιθίου. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η ΥΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητές ή στον επιβλέποντα καθηγητή είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.
- β) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της τήρησης της ανωνυμίας, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου και της συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΕΛΕΝΗ Ε. ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΗ

Συνημμένα: φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας
Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών,
71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: Πατεράκη Μαριάνθη
Τηλ: 2813 404411
Fax: 2810 331570
Email: mpateraki@hc-crete.gr,
dprogram@hc-crete.gr

Ηράκλειο, 4/5/17
Αρ. Πρωτ.: 7631
Φάκελος:

ΠΡΟΣ: κα Μανιού Μαρία, υποψήφια Διδάκτορας
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και
Πανεπιστημίου Νεάπολης Πάφου.

Κοινοποίηση:
1. Διοικητή Γ.Ν. Χανίων,
2. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου Γ.Ν.
Χανίων, Παπαδάκης Χαρίτων.
3. Δ/ντρια Ιατρικής Υπηρεσίας
4. Δ/ντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

**ΘΕΜΑ: Έγκριση έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής στο Γ.Ν. Χανίων
«Άγιος Γεώργιος»**

ΣΧΕΤΙΚΑ: Η με αρ.6 πρωτ. 5/26-4-2017 έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν. Χανίων

Σας ενημερώνουμε ότι λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, **εγκρίνουμε** την διεξαγωγή έρευνας στο Γ.Ν. Χανίων, και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στους Νοσηλευτές του Γ.Ν. Χανίων, από την υποψήφια διδάκτορα του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Πανεπιστημίου Νεάπολης Πάφου, κα Μανιού Μαρία, στο πλαίσιο εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής, με θέμα: **«Διερεύνηση επίδρασης του άγχους και της εργασιακής παρενόχλησης στη σωματική και ψυχική υγεία νοσηλευτικού προσωπικού. Συγκριτική Μελέτη μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και σε Τομείς Επείγουσας – Εντατικής Θεραπείας. Θεραπευτική αντιμετώπιση με ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης»**, υπό την επίβλεψη της Καθηγήτριας Δρ. Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, σε συνεπίβλεψη με μέλος ΔΕΠ, τον Δρ. Ανδρέα Παυλάκη, Αναπληρωτή Καθηγητή του ΜΠΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Πανεπιστημίου Νεάπολης Πάφου.

Η Έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- α) με την δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της πτυχιακής εργασίας θα **προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Διοίκηση 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν. Χανίων**. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητές ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στον φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.
- β) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της τήρησης της ανωνυμίας, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου και της συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα.



Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΜΑΥΡΟΜΜΑΘΗ ΕΛΕΝΗ

Εσωτερική Διανομή: Υποδιοικητές 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών, 71500,
Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: Πατεράκη Μαριάνθη
Τηλ: 2813 404411
Fax: 2810 331570
Email: mpateraki@hc-crete.gr,
dprogram@hc-crete.gr

Ηράκλειο, 05/9/2017
Αρ. Πρωτ.: 15986
Φάκελος: ΕΡΕΥΝΑ

ΠΡΟΣ: κα Μανιού Μαρία, υποψήφια Διδάκτορα
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Πανεπιστημίου
Νεάπολις Πάφου

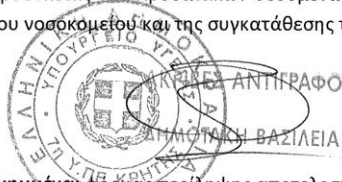
ΚΟΙΝ:
1. Διοικήτή του ΠΑΓΝΗ
2. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου

ΘΕΜΑ: Έγκριση έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής στο ΠΑΓΝΗ
ΣΧΕΤΙΚΑ: Η με υπ' αρ. πρωτ. 6160/23-05-2017 έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΓΝΗ

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, **εγκρίνουμε** τη διεξαγωγή έρευνας στο ΠΑΓΝΗ και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στους νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Νεογνών, Μ.Ε.Π.Κ. Μον. Εντ. Παρ. Καρδιοπαθών, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών και Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων, από την υποψήφια διδάκτορα του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου, κα Μανιού Μαρία, στο πλαίσιο εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής, με θέμα: «Διερεύνηση επίδρασης του άγχους και της εργασιακής παρενόχλησης στη σωματική και ψυχική υγεία νοσηλευτικού προσωπικού. Συγκριτική Μελέτη μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και σε Τομείς Επείγουσας – Εντατικής Θεραπείας. Θεραπευτική αντιμετώπιση με ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης», υπό την επίβλεψη της Καθηγήτριας Δρ. Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτριας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, σε συνεπίβλεψη με μέλος ΔΕΠ, τον Δρ. Ανδρέα Παυλάκη, Αναπληρωτή Καθηγητή του ΜΠΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου.

Η Έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- α) με τη δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί **περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Διοίκηση 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ**. Η υποβολή της περιλήψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περιλήψης αποτελεσμάτων για την 7^η ΥΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητές ή στον επιβλέποντα καθηγητή είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.
- β) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της τήρησης της ανωνυμίας, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου και της συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα.



Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΕΛΕΝΗ Ε. ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΗ

Συνημμένα: Φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας
Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών,
71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: Πατεράκη Μαριάνθη
Τηλ: 2813 404411
Fax: 2810 331570
Email: mpateraki@hc-crete.gr,
dprogram@hc-crete.gr

Ηράκλειο, 19 /9 /2017
Αρ. Πρωτ.: 18007
Φάκελος:

ΠΡΟΣ: κα Μανιού Μαρία, υποψήφια
Διδάκτορας Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
και Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου.

Κοινοποίηση: κο Κλάδο Δημήτριο, Υπεύθυνο του
Κέντρου Υγείας Ηρακλείου

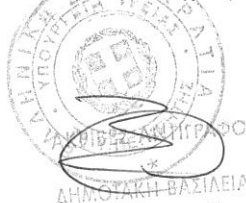
ΘΕΜΑ: Έγκριση έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής στο Κ.Υ. Ηρακλείου
ΣΧΕΤΙΚΑ:

1. Η με αρ. πρωτ. 15435/31-8-2017 αίτηση της υποψήφιας δίδακτορα
2. Η με αρ. πρωτ. 17802/18-9-17 έγκριση του Υπεύθυνου Συντονισμού του Κ.Υ. Ηρακλείου

Σας ενημερώνουμε ότι **εγκρίνουμε** την διεξαγωγή έρευνας στο Κέντρο Υγείας Ηρακλείου και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου σε νοσηλευτικό προσωπικό, από την υποψήφια δίδακτορα του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου, κα Μανιού Μαρία, στο πλαίσιο εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής, με θέμα: **«Διερεύνηση επίδρασης του άγχους και της εργασιακής παρενόχλησης στη σωματική και ψυχική υγεία νοσηλευτικού προσωπικού. Συγκριτική Μελέτη μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και σε Τομείς Επείγουσας – Εντατικής Θεραπείας. Θεραπευτική αντιμετώπιση με ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης»**, υπό την επίβλεψη της Καθηγήτριας Δρ. Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, σε συνεπίβλεψη με μέλος ΔΕΠ, τον Δρ. Ανδρέα Παυλάκη, Αναπληρωτή Καθηγητή του ΜΠΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου.

Η Έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- α) με την δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα **προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης**. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητές ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στον φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.
- β) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της τήρησης της ανωνυμίας, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου και της συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα.



Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΗ Ε. ΕΛΕΝΗ

Εσωτερική Διανομή: Υποδιοικητές 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών, 71500,
Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: Πατεράκη Μαριάνθη
Τηλ: 2813 404411
Fax: 2810 331570
Email: mpateraki@hc-crete.gr,
dprogram@hc-crete.gr

Ηράκλειο, 22/8/2017
Αρ. Πρωτ.: 14478
Φάκελος: ΕΡΕΥΝΑ

ΠΡΟΣ: κα Μανιού Μαρία, υποψήφια Διδάκτορα
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Πανεπιστημίου
Νεάπολις Πάφου

ΚΟΙΝ:
1. Διοικητή του Γ.Ν. Ρεθύμνου
2. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου

ΘΕΜΑ: Έγκριση έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής στο Γ.Ν. Ρεθύμνου
ΣΧΕΤΙΚΑ: Η με υπ' αρ. πρωτ. 64/26-5-2017 έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν. Ρεθύμνου

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, **εγκρίνουμε** τη διεξαγωγή έρευνας στο Γ.Ν. Ρεθύμνου και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στους Νοσηλευτές των τμημάτων ΜΕΘ και ΤΕΠ, του Γ.Ν. Ρεθύμνου, από την υποψήφια διδάκτορα του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου, κα Μανιού Μαρία, στο πλαίσιο εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής, με θέμα: «Διερεύνηση επίδρασης του άγχους και της εργασιακής παρενόχλησης στη σωματική και ψυχική υγεία νοσηλευτικού προσωπικού. Συγκριτική Μελέτη μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και σε Τομείς Επείγουσας – Εντατικής Θεραπείας. Θεραπευτική αντιμετώπιση με ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης», υπό την επίβλεψη της Καθηγήτριας Δρ. Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτριας Καθηγήτριας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, σε συνεπίβλεψη με μέλος ΔΕΠ, τον Δρ. Ανδρέα Παυλάκη, Αναπληρωτή Καθηγητή του ΜΠΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου.

Η Έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- α) με τη δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα **προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Διοίκηση 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν. Ρεθύμνου**. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η ΥΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητές ή στον επιβλέποντα καθηγητή είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.
- β) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της τήρησης της ανωνυμίας, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου και της συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΕΛΕΝΗ Ε. ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΗ

Συνημμένα: φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας
Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Άδειες χρήσης ερωτηματολογίων



Tanya Anagnostopoulou <ipsy@otenet.gr>

Wed 6/14, 5:46 AM

You



Reply

ΑΔΕΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ STAI

Η κ. Μαρία Μανιού υποψήφια Διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Πανεπιστημίου Νεάπολης Πάφου μπορεί να χρησιμοποιήσει το ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberger για να αξιολογήσει το εργασιακό άγχος του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας της Κρήτης στα πλαίσια της Διδακτορικής της Διατριβής.

Τάνια Αναγνωστοπούλου, Ph.D.

Κλινική Ψυχολόγος

On Jun 7, 2017, at 11:04 PM, maria maniou <mmaniou@hotmail.com> wrote:

Αξιότιμε κ. Αναγνωστοπούλου,
ονομάζομαι Μανιού Μαρία και είμαι υποψήφια Διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Πανεπιστημίου Νεάπολης Πάφου. Θα σας παρακαλούσα να μου δώσετε την άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου STAI (Spielberger, 1970). Ενδιαφέρομαι να αξιολογήσω το εργασιακό άγχος του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας της Κρήτης στα πλαίσια της διδακτορικής μου Διατριβής.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία.
Μανιού Μαρία

Re:



isabelle.niedhammer@inserm.fr

Mon 3/13, 9:43 AM

You



Reply

You replied on 3/13/2017 10:53 AM.



Niedhammer I et al, RE...

156 KB

Download Save to OneDrive - Personal

Dear Maria Maniou,

Please find attached the publication related to the LIPT questionnaire and its validation.

Thanks to you if you could cite this publication in your own work, PhD thesis and related publications.

Yours sincerely,

Isabelle Niedhammer

Le 12-03-2017 11:38, maria maniou a écrit :

Le 12-03-2017 11:38, maria maniou a écrit :

Dear Niedhammer,

My name is Maniou Maria and I'm PhD candidate at the University of Peloponnese in Greece and University Neapolis Pafou in Cyprus.

Could you please you give me the permission to use the questionnaire

Leymann Inventory of Psychological Terror " (LIPT) .

I am interested to assess the psychological violence of nurses in hospitals and Health Centers of Crete within the Doctoral Thesis.

Kind regards



maria maniou
Mon 3/20, 10:41 AM
eargyrak@teilar.gr

Reply | v

Sent Items

Αξιότιμη κα Αργυρακούλη,
το ερωτηματολόγιο μου δώθηκε από την κα Ζυγά.
Το μόνο που χρειάζομαι είναι η άδεια χρήσης του Ερωτηματολογίου.

Με εκτίμηση
Μανιού Μαρία

From: ΕΥΘΥΜΙΑ ΑΡΓΥΡΑΚΟΥΛΗ <eargyrak@teilar.gr>
Sent: Monday, March 20, 2017 10:30 AM
To: maria maniou
Subject: Re: Άδεια χρήσης - Διαπολιτισμικό Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης για Ενήλικες

Στις 2017-03-20 08:39, maria maniou έγραψε:

Αξιότιμη κα Αργυρακούλη,
Ονομάζομαι Μανιού Μαρία και είμαι υποψήφια Διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Πανεπιστημίου Νεάπολης Πάφου.
Είχα ενημέρωση από την κα Ζυγά Αναπληρώτρια καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και επιβλέπουσα καθηγήτρια της ΔΔ ότι μπορείτε να μου χορηγήσετε το "Διαπολιτισμικό Ερωτηματολόγιο - Αυτοεκτίμησης για Ενήλικες". Ενδιαφέρομαι να αξιολογήσω την αυτοεκτίμηση νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας της Κρήτης στα πλαίσια της Διδακτορικής μου Διατριβής. Θα σας παρακαλούσα να μου στείλατε το ερωτηματολόγιο ή σε περίπτωση που κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό, να με ενημερώσετε σχετικά με το πώς μπορώ να προμηθευτώ το ερωτηματολόγιο.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία.
Με εκτίμηση
Μανιού Μαρία

Καλημέρα κα Μανιού. Μιλήσαμε τηλεφωνικά και γνωρίζω τι χρειάζεστε. Έμεινα όμως με την εντύπωση ότι το έχετε το ερωτηματολόγιο. Κάνω λάθος; Αν, παρόλα αυτά, το χρειάζεστε, μπορώ να σας το στείλω. Το βιβλίο του Αναστάσιου Σταλικά λέγεται "Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα" εκδόσεις Πεδίω 2012.

Στη διάθεσή σας για ότι άλλο χρειάζεστε
Φιλικά
Εφη Αργυρακούλη



maria maniou
Wed 2/27/2017 5:06 PM
jbattle@jamesbattle.com



Dear Dr. Battle,

my name is Maria Maniou and I come from Greece.
I am a Ph.D. candidate at the University of Peloponnese
in Greece and at the University of Neapolis in Cyprus.
I would like to give me permission to use
the questionnaire of Culture-free Self-esteem Inventories.

Kind Regards
Maria Maniou



Dr. James Battle <jbattle@jamesbattle.co
m>
Fri 3/1/2017 4:51 PM



Dear Maria:

I am writing to confirm that you have my permission to use the CFSEI for research purposes.

The benefits reported by users of the Culture Free Self-Esteem Inventories are ease of administration, scoring, profiling and interpretation. Also, users report that the results derived from examinees' profiles are very beneficial during discussion and exploration of feelings and during counseling and psychotherapy sessions. In addition, users report that the inventories require a brief period of time for administration and are effective for research purposes, measures therapeutic progress and assisting practitioners in determining when treatment should be discontinued.

The Culture Free Self-Esteem Inventories-3 and 2nd Edition are published by Pro Ed of Austin Texas .
Proedinc.

With Mutual Respect, Dr. James Battle, Ph.D. R. Psych

From: maria maniou <mmaniou@hotmail.com>
Sent: Thursday, March 16, 2017 6:04 PM
To: ndthe@cytanet.com.cy
Subject: Re: Leymanquestionnaire

Αγαπητή κα Ζαχαριάδου,
ευχαριστώ θερμά για την άμεση θετική απάντηση σας.
Ο κ. Παυλάκης είναι επιβλέπων καθηγητής της Δδ μου σε συνεπίβλεψη με την κα Ζυγά.
Θα γίνει αναφορά ότι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε από τους Θ. Ζαχαριάδου και Α. Παυλάκη στη ΔΔ.
Όταν θα έχετε απάντηση από το περιοδικό για το άρθρο που έχετε αποστείλει και αφορά το ερωτηματολόγιο ενημερώστε με για να μπούν και οι ανάλογες παραπομπές σε μελλοντικές δημοσιεύσεις που θα προκύψουν από την ΔΔ.

Με εκτίμηση
Μανιού Μαρία

From: Andreas Georgiou <andthe@cytanet.com.cy>
Sent: Thursday, March 16, 2017 5:23 PM
To: mmaniou@hotmail.com
Subject: Leymanquestionnaire

Αγαπητή κυρία Μανιού,

Μου προώθησε το email σας η κυρία Χείρα καθότι το ερωτηματολόγιο για το σύνδρομο mobbing είχε μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά από εμένα και τον κ. Ανδρέα Παυλάκη που είναι τώρα καθηγητής στο Νεάπολις. Σας επισυνάπτω το ερωτηματολόγιο για να το χρησιμοποιήσετε στη διδακτορική διατριβή σας κάνοντας αναφορά κατά τη συγγραφή της, ότι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε από τους Θ. Ζαχαριάδου και Α. Παυλάκη. Καθότι έχουμε στείλει άρθρο για δημοσίευση σε σχέση με τη μετάφραση και στάθμιση του ερωτηματολογίου αναμένουμε ακόμα την απάντηση από το περιοδικό και για το λόγο αυτό η αναφορά προς το παρόν που θα κάνετε θα είναι η πιο πάνω.
Αν έχετε οποιοσδήποτε απορίες σε ότι αφορά τη μεθοδολογία και την ανάλυση των δεδομένων μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου.

Καλή επιτυχία.

Με εκτίμηση

Θεοδώρα Ζαχαριάδου

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Ερωτηματολόγιο έρευνας



Πανεπιστήμιο
Νεάπολις
Πάφου

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΝΕΑΠΟΛΙΣ ΠΑΦΟΥ ΚΥΠΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΕ ΣΥΝΕΠΙΒΛΕΨΗ ΣΤΟ
ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ***ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ & ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ***

Η παρούσα έρευνα διενεργείται στο πλαίσιο διδακτορικής διατριβής που αποσκοπεί στη διερεύνηση της επίδρασης του άγχους και της εργασιακής παρενόχλησης στη σωματική και ψυχική υγεία νοσηλευτικού προσωπικού στα Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας της Κρήτης.

Η όλη ερευνητική διαδικασία περιλαμβάνει τρεις φάσεις: Στην πρώτη φάση θα συμπληρωθεί από τους συμμετέχοντες το παρόν ερωτηματολόγιο, στη δεύτερη φάση με όσους επιλεγούν, περιλαμβάνει ομάδα ενδιάμεσης παρέμβασης με Ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης και στην τρίτη φάση θα υπάρξει ξανά η συμπλήρωση του ίδιου ερωτηματολογίου. Είναι απαραίτητο να καταγράψετε τον προσωπικό σας κωδικό στην αρχή του ερωτηματολογίου, με τον τρόπο που καταδεικνύεται. Είναι σημαντικό να απαντήσετε σε όλες απαραίτητες τις ερωτήσεις. Η συμμετοχή σας είναι οικειοθελής και προαιρετική και τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα, διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο το απόρρητο των δεδομένων σας. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια παραδίδονται και παραμένουν στην ερευνήτρια και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για το σκοπό της συγκεκριμένης μελέτης.

Διαβάστε προσεκτικά τις οδηγίες προτού συμπληρώσετε το κάθε ερωτηματολόγιο. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αποτελεί αποδοχή συμμετοχής σας στην έρευνα. Για κάθε απάντηση σημειώστε το γράμμα (X ή V). Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Ζητούμε μόνο την προσωπική σας άποψη. Μη σκέφτεστε πολύ, απαντήστε αυθόρμητα.

Για οποιοσδήποτε διευκρίνηση παρακαλώ όπως επικοινωνείτε με την υποψήφια Διδάκτορα.

Σας ευχαριστώ θερμά εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας,

Μαρία Μ. Μανιού

Νοσηλεύτρια

Υποψήφια Διδάκτωρ

Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

&

Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου

τηλ επικοινωνίας: 6976790923

Email: mmaniou@hotmail.com

Ο προσωπικός σας κωδικός ώστε να εξασφαλιστεί η ανωνυμία σας

(θα χρησιμοποιήσετε αυτόν τον κωδικό κατά τη διάρκεια όλης της έρευνας):

- 1. Τα πρώτα 2 γράμματα του μικρού σας ονόματος**
- 2. Τα τελευταία 3 ψηφία του κινητού σας τηλεφώνου**
- 3. Τα τελευταία 3 γράμματα του επώνυμού σας**
- 4. Το νούμερο της διεύθυνσης σας**

Παράδειγμα προσωπικού κωδικού

1. Μα(ρία) 2. (6917222)777 3. (Μαν)ιού 4. 261

Τελικός κωδικός:

MA777IOY261

Ο δικός σας κωδικός : _____

Διεύθυνση e-mail (να μην σχηματίζεται από το ονοματεπώνυμο σας ώστε να εξασφαλιστεί η ανωνυμία σας): _____

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα ακόλουθα στοιχεία βάζοντας X ή V στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

1. (α) Άνδρας (β) Γυναίκα

2. Ηλικία (έτη)

3. Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος /η

Άγαμος/ η

4. Χρόνια στην υπηρεσία

5. Χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεστε τώρα

6. Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;

Απόφοιτος/η λυκείου ΕΠΑΛ, ΙΕΚ κ.ά

Απόφοιτος/η ΤΕΙ

Απόφοιτος/η ΑΕΙ

Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου

Κάτοχος διδακτορικού τίτλου

Κάτοχος νοσηλευτικής ειδικότητας

7. Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, τις οποίες συχνά οι άνθρωποι χρησιμοποιούν, προκειμένου να περιγράψουν τον εαυτό τους.

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ενότητα 1: Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο αυτή τη στιγμή.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΠΩΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1. Αισθάνομαι ήρεμος/η.	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
3. Νοιώθω μια εσωτερική ένταση.	1	2	3	4
4. Έχω αγωνία.	1	2	3	4

5. Αισθάνομαι άνετα.	1	2	3	4
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	1	2	3	4
7. Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες.	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
9. Αισθάνομαι άγχος.	1	2	3	4
10. Αισθάνομαι βολικά.	1	2	3	4
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
12. Αισθάνομαι νευρικότητα.	1	2	3	4
13. Αισθάνομαι ήσυχος/η.	1	2	3	4
14. Βρίσκομαι σε διέγερση.	1	2	3	4
15. Είμαι χαλαρωμένος/η.	1	2	3	4
16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
17. Ανησυχώ	1	2	3	4
18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι υπερένταση	1	2	3	4
20. Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ενότητα 2: Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο γενικά στη ζωή σας.

	ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
1. Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4
2. Κουράζομαι εύκολα.	1	2	3	4
3. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	1	2	3	4
4. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνεται να είναι οι άλλοι.	1	2	3	4
5. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δε μπορώ να αποφασίσω αρκετά	1	2	3	4

γρήγορα.				
6. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
7. Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η και συγκεντρωμένος/η.	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται και δε μπορώ να τις ξεπεράσω.	1	2	3	4
9. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	1	2	3	4
10. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	1	2	3	4
11. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα.	1	2	3	4
12. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
13. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
14. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή μιας δυσκολίας.	1	2	3	4
15. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	1	2	3	4
16. Είμαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
17. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί.	1	2	3	4
18. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δε μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	1	2	3	4
19. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	1	2	3	4
20. Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης, όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες δυσκολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1	2	3	4

8. Ακολουθεί μια σειρά καταστάσεων, τις οποίες συχνά οι άνθρωποι χρησιμοποιούν, προκειμένου να περιγράψουν τον εαυτό τους.

ΟΔΗΓΙΕΣ

Για κάθε ερώτηση, επιλέξτε τον αριθμό εκείνο που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας που βρίσκεται στα αριστερά κάθε ερώτησης.

0=Καθόλου 1=Ήπια 2=Μέτρια 3=Σοβαρά 4=Πολύ Σοβαρά	
1. ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ: Ανησυχία, Εγρήγορση, Αναμονή του χειρότερου, Ευερεθιστότητα.	0 1 2 3 4
2. ΕΝΤΑΣΗ : Αίσθημα έντασης, εύκολη κόπωση, αδυναμία χαλάρωσης, τρομαγμένες αντιδράσεις, κλάμα, τρόμος, αίσθημα ανησυχίας.	0 1 2 3 4
3. ΦΟΒΙΕΣ : για σκοτάδι, ξένους, μεγάλα ζώα, κίνηση στους δρόμους, πλήθος, να μένει μόνος.	0 1 2 3 4
4. ΑΪΠΝΙΑ : Δυσκολία επέλευσης ύπνου, διακοπτόμενος ύπνος, αίσθημα κόπωσης μετά την αφύπνιση, όνειρα εφιάλτες, νυχτερινοί τρόμοι.	0 1 2 3 4
5. ΓΝΩΣΙΑΚΑ : Δυσκολία συγκέντρωσης, διαταραχές της μνήμης.	0 1 2 3 4
6. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ : Απώλεια ενδιαφερόντων, έλλειψη ικανοποίησης από τα χόμπι, κατάθλιψη, πολύ πρωινή αφύπνιση, διακύμανση διάθεσης κατά τη διάρκεια της ημέρας.	0 1 2 3 4
7. ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) : Μυϊκοί πόνοι, πιασίματα, δυσκαμψία, μυοκλονίες, μυόσπασμοι, τρίξιμο δοντιών, αστάθεια φωνής.	0 1 2 3 4
8. ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΑ) : Έμβιες, θόλωση της όρασης, ψυχρές-θερμές εξάψεις, αίσθημα αδυναμίας, μουδιάσματα.	0 1 2 3 4
9. ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ : Ταχυκαρδία, αίσθημα προκάρδιων παλμών, θωρακικό άλγος, παλλόμενη σφύξη αγγείων, αίσθημα λιποθυμίας, αρρυθμία.	0 1 2 3 4
10. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ : Αίσθημα πίεσης ή σύσφιξης στο θώρακα, αίσθημα πνιγμού, αναστεναγμοί, δύσπνοια.	0 1 2 3 4
11. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ : Δυσκαταποσία, ερυγές, δυσπεψία, πόνος πριν και μετά το γεύμα, αίσθημα καύσου, αίσθημα πληρότητας, ναυτία, έμετος, αίσθημα βύθισης, «κινητικότητα» των σπλάγχων, βορβορυγμοί, χαλάρωση της κύστης, απώλεια βάρους, δυσκοιλιότητα.	0 1 2 3 4
12. ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:	0 1 2 3 4

Συχνουρία ή έπειξη προς ούρηση, αμηνόρροια, μηνορραγία, ψυχρότητα, πρόωρη εκσπερμάτωση, απώλεια της γεννητήσιας επιθυμίας, ανικανότητα.	
13. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΥΤΟΝΟΜΟ Ν.Σ. : Ξηροστομία, εξάψεις, ωχρότητα, τάση για εφίδρωση, ίλιγγος, κεφαλαλγία τάσης, ανόρθωση τριχών.	0 1 2 3 4

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ:

9. Ακολουθεί μια σειρά καταστάσεων προκειμένου να ανιχνευτεί η ψυχολογική παρενόχληση στο χώρο εργασίας σας .

ΟΔΗΓΙΕΣ

Έχετε αντιμετωπίσει στην εργασία σας κάποια από τις ακόλουθες καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες; Επιλέξτε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει βάζοντας (X ή V) στο αντίστοιχο κουτί.

1. Σε ότι αφορά τις εργασιακές σας σχέσεις

- α) Ο άμεσα προϊστάμενος σας, σας απαγορεύει να εκφραστείτε
- β) Σας διακόπτουν διαρκώς ενώ εκφράζεστε
- γ) Άλλα άτομα σας εμποδίζουν να εκφραστείτε
- δ) Σας υβρίζουν και σας φωνάζουν
- ε) Σας ασκούν μία συνεχή αρνητική κριτική σε σχέση με τη δουλειά σας
- στ) Σας ασκούν μία συνεχή αρνητική κριτική σε σχέση με την προσωπική σας ζωή
- ζ) Σας παρενοχλούν τηλεφωνικά
- η) Δέχετε λεκτικές απειλές
- θ) Δέχετε γραπτές απειλές
- ι) Δέχετε περιφρονητικές ματιές ή/ και περιφρονητικές χειρονομίες
- ια) Αδιαφορούν για την παρουσία σας απευθυνόμενοι αποκλειστικά σε άλλους

2. Σας απομονώνουν συστηματικά

- α) Δεν σας απευθύνουν το λόγο
- β) Δεν θέλουν να τους πλησιάζετε
- γ) Σας έχουν τοποθετήσει σε μία εργασιακή θέση η οποία σας απομονώνει από τους άλλους
- δ) Απαγορεύουν στους συναδέλφους σας να σας μιλούν
- ε) Κάνουν σα να μην υπάρχουν
- στ) Απευθύνονται σε εσάς μόνο γραπτώς

3. Τα επαγγελματικά σας καθήκοντα έχουν τροποποιηθεί ως τιμωρία

- α) Δεν σας αναθέτουν κανένα καθήκον, δεν έχετε εργασία
- β) Σας αναθέτουν καθήκοντα που δεν έχουν ενδιαφέρον
- γ) Σας αναθέτουν καθήκοντα πολύ κατώτερα των ικανοτήτων σας
- δ) Σας αναθέτουν διαρκώς καινούργια καθήκοντα
- ε) Σας αναθέτουν ταπεινωτικά καθήκοντα
- στ) Σας αναθέτουν καθήκοντα πολύ ανώτερα των ικανοτήτων σας

4. Επιθέσεις στο πρόσωπο σας

- α) Μιλούν άσχημα για σας πίσω από την πλάτη σας
- β) Διαδίδουν ψεύτικες φήμες για σας
- γ) Σας γελοιοποιούν μπροστά σε άλλους
- δ) Αφήνουν υπόνοιες ότι είστε ψυχικά ασθενής

- ε) Θέλουν να σας υποχρεώσουν να κάνετε ψυχιατρική εξέταση
- στ) Σας κοροϊδεύουν για μία αδυναμία (σωματική ή ψυχική) που έχετε
- ζ) Μιμούνται την εμφάνιση, τη φωνή
και τις χειρονομίες σας για να σας γελοιοποιήσουν
- η) Επιτίθενται στις πολιτικές και θρησκευτικές σας απόψεις
- θ) Σας επιτίθενται ή σας κοροϊδεύουν για την καταγωγή σας
- ι) Είστε υποχρεωμένος/η να εκτελείτε εργασίες
που πλήττουν τη συνείδηση σας
- ια) Κρίνουν τη δουλειά σας με τρόπο άδικο και επιζήμιο
- ιβ) Αμφισβητούν τις αποφάσεις σας
- ιγ) Σας προσβάλλουν χρησιμοποιώντας άσεμνες ή εξευτελιστικές εκφράσεις
- ιδ) Σας κάνουν προφορικούς υπαινιγμούς ή προτάσεις σεξουαλικού περιεχομένου

5. Βία και απειλές βίας

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

6. Άλλα γεγονότα ή καταστάσεις που επιθυμείτε να αναφέρετε:

.....

Αν δεν έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με καμία από τις καταστάσεις που αναφέρονται πιο πάνω (ερωτήσεις 1-6) τους τελευταίους 12 μήνες, παρακαλώ προχωρήστε απευθείας στις ερωτήσεις 13.

7. Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις (ερωτήσεις 1-6) τους τελευταίους 12 μήνες;

- α) Καθημερινά
.....
- β) Σχεδόν καθημερινά
.....
- γ) Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα
.....
- δ) Τουλάχιστον μία φορά το μήνα
.....
- ε) Σπάνια
.....

8. Για πόσο χρονικό διάστημα έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με αυτές τις καταστάσεις;

.....χρόνια μήνες

9. Είστε ακόμα και σήμερα αντιμέτωπος/η με τέτοιες καταστάσεις;

- α) Ναι, τις αντιμετωπίζω ακόμα και σήμερα
 β) Όχι, τις αντιμετωπίζα στο παρελθόν σε αυτή τη δουλειά

 γ) Όχι, τις αντιμετωπίζα στο παρελθόν σε προηγούμενη δουλειά

10. Σε αυτό το χρονικό διάστημα ποιος/ποιοι ήταν εναντίον σας;

- α) Συνάδελφος/οι
 β) Προϊστάμενος/οι ή άτομο/α που κατείχε/αν υψηλότερη θέση στην
 ιεραρχία από εσάς
 γ) Υφιστάμενος/οι
 δ) Ποιο ήταν το φύλο του/των ατόμου/ων αυτού/ων
 i) Άνδρας/ες
 ii) Γυναίκα/ες
 iii) Τόσο άνδρες όσο και γυναίκες

11. Κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής πόσα άτομα ήταν εναντίον σας;
 άτομα

12. Είχατε κάποιο/α άτομο/α με το/α οποίο/α μιλήσατε για αυτά τα προβλήματα;

(α) Ναι, μίλησα με...

- α) Συνάδελφο
 β) Προϊστάμενο
 γ) Υπεύθυνο προσωπικού /διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού
 δ) Εκπρόσωπο προσωπικού, συνδικαλιστή
 ε) Επιθεωρητή εργασίας, επίτροπο διοίκησης
 στ) Δικηγόρο
 ζ) Ιατρό προσωπικού
 η) Άλλο ιατρό
 θ) Κοινωνικό/η λειτουργό
 ι) Νοσηλεύτη/ τρια
 ια) Φίλους ή γνωστούς εκτός του χώρου εργασίας
 ιβ) Μέλη της οικογένειας, συγγενείς
 ιγ) Άλλο άτομο (αναφερθείτε
 συγκεκριμένα).....

(β) Όχι, δεν μίλησα γιατί...

- α) Όχι, δεν είχα κάποιο άτομο στο οποίο μπορούσα να απευθυνθώ
 αλλά θα ήθελα να είχα
 β) Όχι δεν είχα κάποιο άτομο στο οποίο μπορούσα να απευθυνθώ,
 ούτε το είχα ανάγκη

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

Με βάση τον πιο πάνω ορισμό πιστεύετε ότι έχετε υποστεί ψυχολογική παρενόχληση στην εργασία τους τελευταίους 12 μήνες;

Ναι Όχι

Αν ναι, σε τι αποδίδετε αυτές τις εχθρικές συμπεριφορές εναντίον σας;

α) Στη γενικά κακή ατμόσφαιρα της εργασίας

.....

β) Στην κακή οργάνωση της εργασίας

.....

γ) Σε προβλήματα διοίκησης, τοποθέτησης σε θέση εργασίας

.....

δ) Σε προβλήματα ανταγωνισμού μεταξύ των ατόμων

.....

ε) Σε ζήλεια

.....

στ) Σε σύγκρουση ή ανεπίλυτη εργασιακή διαφορά

.....

ζ) Γιατί θέλουν να με κάνουν να εγκαταλείψω τη δουλειά μου

.....

η) Γιατί είμαι διαφορετικός/η από τους άλλους λόγω:

i) της ηλικίας μου

.....

ii) του φύλου μου

.....

iii) της εθνικότητας μου

.....

iv) κάποιας αδυναμίας μου

.....

v) δεν γνωρίζω

.....

vi) άλλο

14. Με βάση τον πιο πάνω ορισμό (ερώτηση 16), έχετε αντιληφθεί άσκηση ψυχολογικής παρενόχληση εναντίον κάποιου άλλου ατόμου στον εργασιακό σας χώρο τους τελευταίους 12 μήνες;

Ναι Όχι

15. Ακολουθεί μια σειρά καταστάσεων προκειμένου να αξιολογηθεί η αυτοεκτίμηση σας.

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακαλώ απαντήστε σε κάθε μια από τις παρακάτω προτάσεις με τον εξής τρόπο: Αν η ερώτηση περιγράφει πώς αισθάνεστε συνήθως, σημειώστε ένα X ή V στη στήλη «ΝΑΙ». Αν η ερώτηση δεν περιγράφει πώς αισθάνεστε συνήθως, σημειώστε ένα X ή V στη στήλη «ΟΧΙ». Παρακαλώ σημειώστε μόνο στη μία στήλη, ΝΑΙ ή ΟΧΙ, για καθεμιά από τις 40 ερωτήσεις. ΔΕΝ πρόκειται για εξετάσεις και ΔΕΝ υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

ΝΑΙ ΟΧΙ

1. Έχεις λίγους μόνο φίλους;
2. Είσαι χαρούμενος/η τον περισσότερο καιρό;
3. Μπορείς να κάνεις τα περισσότερα πράγματα τόσο καλά όσο οι άλλοι;

4. Συμπαθείς όλους όσους ξέρεις;
5. Περνάς τον περισσότερο ελεύθερο χρόνο μόνος σου/ μόνη σου;
6. Σου αρέσει που είσαι άνδρας;/ Σου αρέσει που είσαι γυναίκα;
7. Οι περισσότεροι γνωστοί σου σε συμπαθούν;
8. Συνήθως πετυχαίνεις, όταν αναλαμβάνεις ένα σημαντικό έργο ή σημαντικές υποχρεώσεις;
9. Πήρες ποτέ κάτι που δεν σου ανήκε;
10. Είσαι έξυπνος όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι;
11. Αισθάνεσαι τόσο σπουδαίος όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι;
12. Μελαγχολείς εύκολα;
13. Θα άλλαζες πολλά πράγματα στον εαυτό σου, αν μπορούσες;
14. Λες πάντα την αλήθεια;
15. Είσαι εμφανίσιμος όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι;
16. Σε αντιπαθούν πολλοί;
17. Νιώθεις συχνά υπερένταση ή άγχος;
18. Σου λείπει η αυτοπεποίθηση;
19. Κουτσομπολεύεις μερικές φορές;
20. Αισθάνεσαι συχνά ότι δεν είσαι καθόλου ικανός/ ή;
21. Είσαι δυνατός και υγιής όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι;
22. Πληγώνονται εύκολα τα συναισθήματά σου;
23. Δυσκολεύεσαι να εκφράσεις τις απόψεις ή τα συναισθήματά σου;
24. Θυμώνεις ποτέ;
25. Ντρέπεσαι συχνά για τον εαυτό σου;
26. Είναι οι άλλοι γενικά πιο επιτυχημένοι από σένα;
27. Διακατέχεται συχνά από άσχημα συναισθήματα χωρίς να ξέρεις γιατί;
28. Θα ήθελες να είσαι τόσο ευτυχισμένος/ η όσο φαίνονται οι περισσότεροι άνθρωποι;
29. Είσαι ποτέ ντροπαλός/ ή;
30. Αισθάνεσαι ότι είσαι αποτυχημένος/ η;
31. Οι ιδέες σου αρέσουν στους άλλους;
32. Σου είναι δύσκολο να κάνεις γνωριμίες με καινούργια πρόσωπα;
33. Λες ποτέ ψέματα;
34. Εκνευρίζεις συχνά με κάποια πράγματα;
35. Οι περισσότεροι άνθρωποι σέβονται τις απόψεις σου;
36. Είσαι πιο ευαίσθητος/ η από ό,τι οι περισσότεροι άνθρωποι;
37. Είσαι τόσο χαρούμενος/ η, όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι;
38. Αισθάνεσαι ποτέ λυπημένος/ η;
39. Σου λείπει η πρωτοβουλία;
40. Ανησυχείς πολύ;

Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: Παρουσίαση ερευνών σε σχέση με το άγχος και την εργασιακή παρενόχληση

Πίνακας 1: Παρουσίαση ερευνών σε σχέση με το άγχος του νοσηλευτικού προσωπικού

<i>Συγγραφείς</i>	<i>Στόχοι</i>	<i>Πληθυσμός μελέτης</i>	<i>Κύρια αποτελέσματα</i>	<i>Παρέμβαση με Ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης</i>	<i>Παρέμβαση με Ομαδική Ψυχοθεραπεία</i>
1. Μουστάκα κ.ά., 2010	Διερεύνηση του στρες και τυχόν διαφοροποιήσεων στα επίπεδα άγχους	Νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών Πληθυσμός μελέτης 250 άτομα.	Το εργασιακό άγχος των νοσηλευτών είναι υπαρκτό χωρίς ιδιαίτερες διαφοροποιήσεις στα δύο νοσοκομεία	Όχι	Όχι
2. Σαρίδη, Καρρά & Σουλιώτης, 2015	Διερεύνηση εργασιακού ή stress σε επαγγελματίες υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης	579 εργαζόμενοι Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας.	Το 57,5 % των ερωτηθέντων απάντησε ότι έχει μεγάλο φόρτο εργασίας, το 51,9% εργάζεται σε αντίξοες συνθήκες εργασίας, ενώ το 44,5% έχει κυλιόμενο ωράριο εργασίας. Επιπρόσθετα, το 50,3% θεωρεί πως η οικονομική κρίση επηρεάζει την απόδοση στην εργασία, και θεωρείται κύριος στρεσογόνο παράγοντα σε ποσοστό 48,2% με μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης στις ηλικίες 51-60 ετών. Σε χαμηλότερα επίπεδα ως στρεσογόνων παραγόντων, εμφανίστηκαν οι επικίνδυνες συνθήκες εργασίας (33,2%) και οι υπερωρίες (33,7%)	Όχι	Όχι
3. Malliarou et al., 2010	Διερεύνηση της ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία σε σχέση με το εργασιακό άγχος	Νοσηλευτικό προσωπικό	Το ένα τρίτο των στρατιωτικών νοσηλευτών ήταν διατεθειμένο να παραιτηθεί εξαιτίας του άγχους, ενώ το ποσοστό για τους πολίτες ήταν μικρότερο (1/4). Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι περίπου το 50% των ερωτηθέντων δε θα διάλεγε ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή.	Όχι	Όχι
4. Κοΐνης & Σαρίδη, 2014	Διερεύνηση των αιτιών εμφάνισης του επαγγελματικού στρες όπως επίσης και της επίδρασης του στη ζωή (προσωπική και επαγγελματική) των επαγγελματιών υγείας	Επαγγελματίες υγείας	Απεδείχθη πως η πίεση του χρόνου, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και η κακή διοίκηση κατατάσσονται στους κυριότερους παράγοντες εργασιακού στρες.	Όχι	Όχι
	Διερεύνηση			Όχι	Όχι

5. Κοΐνης & Σαρίδη, 2014	συγκρούσεων ρόλων, καθηκόντων και ευθυνών μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών	Ιατροί και νοσηλευτές	Το παρατεταμένο ωράριο, η σύγκρουση πεποιθήσεων, οι διαπροσωπικές σχέσεις και η κακή διοίκηση κατατάσσονται στους κυριότερους παράγοντες εργασιακού στρες.		
6. Smith, 1990	Διερεύνηση αγχωτικών παραγόντων.	Νοσηλευτικό προσωπικό	Αγχωτικοί παράγοντες για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι: έρχονται αντιμέτωποι με το θάνατο του ασθενούς, επικοινωνία με τους συναδέλφους, το ότι δεν είναι προετοιμασμένοι να ασχοληθούν με τα συναισθηματικά ζητήματα των ασθενών, η έλλειψη επαρκούς προστασίας του εργοδοτικού οργανισμού, ο φόρτος εργασίας και η αβεβαιότητα σχετικά με τις κατευθυντήριες γραμμές	Όχι	Όχι
7. Mcvicar, 2003	Διερεύνηση αγχωτικών παραγόντων.	Νοσηλευτικό προσωπικό	Η θετική επίδραση ου άγχους, έναντι της αρνητικής (όροι στο κείμενο: eustress και distress), εξαρτάται από την αλληλεπίδραση του κειμένου με το περιβάλλον του. Οι αρνητικοί παράγοντες δημιουργίας άγχους στους νοσηλευτές αποτελούν: η ροή – φόρτος εργασίας, ο τρόπος διοίκησης, οι σχέσεις μεταξύ συναδέλφων και η συναισθηματική φόρτιση και απαιτήσεις.	Όχι	Όχι
8. Dagget et al., 2016	Εκτίμηση επιπέδου άγχους και σχετικών παραγόντων.	Νοσηλευτικό προσωπικό	Παρατηρήθηκε επίπεδο άγχους 44.4 % χαμηλό, 55.1 % διαχειρίσιμο και 0.5 % υψηλό. Υπήρξε συσχετισμός ανάμεσα στο άγχος, την εργασιακή ικανοποίηση και την ξεκούραση, ενώ δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου του εργασιακού στρες, της ηλικίας, του φύλου, της οικογενειακής κατάστασης και αριθμό των παιδιών.	Όχι	Όχι
9. Coomber & Barriball, 2007	Να διερευνήσει τη σχέση ικανοποίησης από την εργασία ως προς την πρόθεση προς αποχώρηση των εργαζομένων από το νοσοκομείο.	Νοσηλευτικό προσωπικό	Το άγχος μπορεί να ωθήσει τους νοσηλευτές να αναζητήσουν άλλες εργασίες εντός ή εκτός της νοσηλευτικής.	Όχι	Όχι
10. Rosenstein & O' Daniel, 2008	Διερεύνηση της ύπαρξης και της συχνότητας εμφάνισης της επαγγελματικής/εργασιακής παρενόχλησης και συσχέτιση με το άγχος	Νοσηλευτικό προσωπικό	Το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση συνδέονται στενά με τη μειωμένη, ποιοτικά, φροντίδα των ασθενών.	Όχι	Όχι

11.Chiriboga & Bailey, 1986	Στρες και εξάντληση μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών	Νοσηλευτικό προσωπικό και ιατρικό προσωπικό	Το άγχος έχει σαν αποτελέσματα, χαμηλότερο ηθικό, μειωμένη απόδοση στην εργασία, αυξημένη αργοπορία προσέλευσης στη δουλειά τους και απουσίες	Όχι	Όχι
12. Κοΐνης, Σαρίδη, 2014	Διερεύνηση των αιτιών εμφάνισης επαγγελματικού στρες σε επαγγελματίες υγείας.	Επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτικό προσωπικό, ιατρικό προσωπικό κ.ά)	Αύξηση των περιστατικών αγχωδών διαταραχών κυρίως σε νοσηλευτικό προσωπικό και ειδικευόμενους ιατρούς.	Όχι	Όχι
13.Φακή, Γκούβα, Παπαθανασίου, Πράπα,Πάσχου, Πράπα, Κοτρώτσιου, 2009	Διερεύνηση του άγχους των Νοσηλευτών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Νοσηλευτικό προσωπικό	Υψηλές τιμές παροδικού άγχους	Όχι	Όχι
14. Μεταπτυχιακή εργασία Δίκης Νικόλαο, 2013.	Εκτίμηση εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στον ιδιωτικό τομέα στην Ελλάδα	Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό	Ιατροί και νοσηλευτές παρουσιάζουν μεσαία επίπεδα επαγγελματικού στρες.	Όχι	Όχι
15. Μαρνέρας, Θεοδωρακοπούλου, Αλμπάνη, Γκούβα, Δημοπούλου, Κοτρώτσιου, 2010	Διερεύνηση παροδικού και ιδιοσυγκρασιακού άγχους των νοσηλευτών σε νεφρολογικά κέντρα	Νοσηλευτές	Υψηλά επίπεδα άγχους συσχετίζονται με χαμηλή ικανοποίηση.	Όχι	Όχι
16. Πτυχιακή εργασία Παπακωσταντίνου, Παναγοπούλου, Φλουρέντζος, 2016	Εκτίμηση επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτικού.	Νοσηλευτές	Αναφορικά με τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα των νοσηλευτών το άγχος συσχετίζεται με την εξουθένωση.	Όχι	Όχι
17. Πτυχιακή εργασία	Μελέτη της επαγγελματικής	Νοσηλευτές	Υπάρχει επίδραση της πλειονότητας αυτών των παραγόντων άγχους και στα δύο περιβάλλοντα εργασίας	Όχι	Όχι

Αστυρακάκη, 2007	εξουθένωσης και του εργασιακού άγχους σε προσωπικό κλειστών τμημάτων (χειρουργεία, μονάδες) και ανοικτών τμημάτων στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείου.		σε μεγάλο βαθμό έντασης και συχνότητας		
18. Organopoulou, Tsironi, et al., 2014	Η διερεύνηση της αυτοεκτίμησης του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης.	Ιατροί, νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών	Η επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών, των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών είναι αυξημένη. Απαιτείται η διαμόρφωση ενός προγράμματος συναισθηματικής στήριξης και ενδυνάμωσης.	Όχι	Όχι
19. Κυλούδης, Γεωργιάδη, Ρεκλείτη, Γιαγλής, Βόζνιακ, Ρούπα, 2011	Διερεύνηση παραγόντων εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και άγχους σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας.	62 επαγγελματίες ψυχικής υγείας νοσηλευτές (n=35), ιατρούς (n=12) και λοιπούς επαγγελματίες υγείας (n=15).	Υψηλότερες βαθμολογίες άγχους και κατάθλιψης συγκέντρωσαν όσοι επισκέφθηκαν ειδικό ιατρό για τα συμπτώματά τους και όσοι ελάμβαναν ειδική φαρμακευτική αγωγή. Κατά την ανάλυση των δεδομένων φάνηκε στατιστικά σημαντική η επίδραση της ηλικίας και της οικογενειακής κατάστασης στις βαθμολογίες άγχους και κατάθλιψης. Οι έγγαμοι παρουσίασαν στατιστικά σημαντική ανησυχία. υψηλή ένταση και αϋπνία/ Οι άγαμοι φάνηκε να διατηρούν μεγαλύτερη ηρεμία.	Όχι	Όχι
20. Πτυχιακή εργασία Μάρκου, 2016	Διερεύνηση των αιτιών του εργασιακού άγχους και ανάλυση του βαθμού εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης στο 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο και στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο	Νοσηλευτικό προσωπικό	Δεν αποκαλύφθηκαν ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα άγχους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους νοσηλευτές του συγκεκριμένου πληθυσμού μελέτης. Ευρήματα που περιορίζονται από τον τύπο και μέγεθος των δύο νοσοκομείων, και τον μικρό αριθμό του πληθυσμού μελέτης.	Όχι	Όχι
21. Διδακτορική διατριβή Μητρούση, 2014	Αξιολόγηση του άγχους, της έντασης των συμπτωμάτων του και των τρόπων αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων.	Νοσηλευτές	Οι υψηλότερες τιμές ιδιοσυγκρασιακού άγχους βρέθηκαν στην Ορθοπαιδική κλινική, στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και οι χαμηλότερες τιμές παρατηρήθηκαν στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (ΤΕΙ) και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Σύμφωνα με τα δεδομένα, οι γυναίκες βιώνουν αρκετό άγχος επιβεβαιώνοντας ευρήματα ανάλογων ερευνών. Η	Όχι	Όχι

			αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων επηρεάζεται από αρκετούς παράγοντες των οποίων η διερεύνηση θα μπορούσε να προσφέρει χρήσιμα ερευνητικά αποτελέσματα προς εξέταση.		
22. Μεταπτυχιακή εργασία Καλμπένης, 2013	Ποιοι τύποι προσωπικότητας είναι πιο επιρρεπείς στο άγχος και συσχέτιση της επαγγελματικής ικανοποίησης, τόσο με το άγχος στα εργασιακά πλαίσια, όσο και με τους πέντε παράγοντες της προσωπικότητας	Νοσηλευτές	Χαμηλά επίπεδα άγχους, και μόνο το 23% έχει υψηλά επίπεδα παροδικού άγχους. Γενικά, οι συμμετέχοντες φάνηκαν να έχουν μεσαία εργασιακή ικανοποίηση. Επίσης, αντλούν εργασιακή ικανοποίηση από τους συναδέλφους και τους προϊστάμενους, είναι όμως αρκετά δυσαρεστημένοι από την αμοιβή τους. Η επαγγελματική ικανοποίηση μπορεί να προβλεφθεί επιτυχώς από τους 5π, όσο και από το παροδικό άγχος.	Όχι	Όχι
23. Μεταπτυχιακή εργασία Κουτλούδης, 2015	Εκτίμηση εργασιακού άγχους σε νοσηλευτές κλειστών τμημάτων.	Νοσηλευτές κλειστών τμημάτων	Οι γυναίκες βιώνουν περισσότερο εργασιακό άγχος. Η μείωση του άγχους των νοσηλευτών στα κλειστά τμήματα είναι ένας τρόπος αύξησης της ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία τους και αύξησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.	Όχι	Όχι
24. Μεταπτυχιακή εργασία Αλεκτορίδου, 2015	Εκτίμηση της επίδρασης των εργασιακών συνθηκών στην κατάσταση της υγείας των νοσηλευτών χειρουργείου στην Ελλάδα	Νοσηλευτές χειρουργείου	Οι νοσηλευτές εργάζονται σε ένα περιβάλλον με πολλούς κινδύνους οι οποίοι επιβαρύνουν το μυοσκελετικό και αναπνευστικό τους σύστημα, αυξάνουν τη σωματική και πνευματική τους κόπωση και κυρίως τα επίπεδα άγχους.	Όχι	Όχι
25. Μιχαλακίδου, Πουλτσίδου, 2012	Εκτίμηση άγχους και εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών που εργάζονται σε Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο και Κέντρο Υγείας.	Νοσηλευτές	Η καθημερινή επαφή με τον πόνο και η συχνή επαφή με τον θάνατο, προκαλούν έντονη συναισθηματική φόρτιση στους νοσηλευτές. Η εφαρμογή του κυκλικού ωραρίου, προκαλεί έντονη καταπόνηση στον οργανισμό των νοσηλευτών, καθώς εργάζονται σε ώρες (απόγευμα και νύχτα) που κανονικά θα έπρεπε να ξεκουράζονται.	Όχι	Όχι
26. Μεταπτυχιακή εργασία Γιαννάκη, 2015	Εφαρμογή και αξιολόγηση ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος για τη "Διαχείριση του εργασιακού άγχους στο	20 νοσηλευτές. Σχηματίστηκαν 2 ομάδες παρέμβασης αποτελούμενες από 10 άτομα η	Η βραχεία ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση είναι αποτελεσματική στη μείωση του άγχους και στην ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων στο χώρο εργασίας. Προτείνεται η γενίκευση της εφαρμογής του προγράμματος για τη διαχείριση του εργασιακού άγχους στους επαγγελματίες υγείας	Ναι	Όχι

	νοσηλευτικό προσωπικό του ΠΓΝ Πατρών"	κάθε ομάδα.			
27. Μεταπτυχιακή εργασία Τσουτσούρα , 2015	Συγκριτική διερεύνηση του επιπέδου του άγχους καθώς και του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης ατόμων που εργάζονται σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας.	Νοσηλευτές και Ιατρικό προσωπικό.	Στην κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης διαπιστώθηκαν φυσιολογικές τιμές, εκτός των νοσηλευτών δημοσίου όπου βρέθηκε ήπια κατάθλιψη. Σε ότι αφορά το άγχος, διαπιστώθηκε στατιστικά υψηλότερη τιμή στην κλίμακα του δομικού άγχους στους νοσηλευτές Στο μέλλον, θα πρέπει να γίνουν στοχευόμενες ενέργειες που να εστιάζουν στον περιορισμό των παραγόντων που προκαλούν το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να πραγματοποιηθούν σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο.	Όχι	Όχι
28. Πτυχιακή εργασία Παπαγιάννη Θεοδώρα, 2016	Ανάλυση του εργασιακού άγχους και της εργασιακής ικανοποίησης .	Νοσηλευτές ψυχικής υγείας	Σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων εργασιακής ικανοποίησης, εργασιακού άγχους και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού μελέτης, κάτι που δείχνει ότι η αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων πρέπει να γίνεται εξατομικευμένα για να έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα.	Όχι	Όχι
29. Μεταπτυχιακή εργασία Σταθάκη, 2014	Διερεύνηση των στρεσογόνων παραγόντων του εργασιακού άγχους και οι επιπτώσεις του στην ψυχοσωματική υγεία.	Νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών ψυχικής υγείας	Το συνολικό στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές είναι υψηλότερο στους νοσηλευτές που εργάζονται στο νοσοκομείο, ακολουθούν οι νοσηλευτές που εργάζονται στην κοινότητα και τέλος οι νοσηλευτές στις εξαρτήσεις.	Όχι	Όχι
30. Πτυχιακή εργασία Ζ Ανδρικήδου, Ξ Χριστοδούλου, 2015	Κατά πόσο το εργασιακό στρες επιδρά στην εξουθένωση και την ικανοποίηση από την εργασία.	Νοσηλευτές	Το εργασιακό στρες έχει θετική, συσχέτιση , επίδραση στην εξουθένωση και καμία επίδραση στην ικανοποίηση από την εργασία.	Όχι	Όχι
31. Μεταπτυχιακή εργασία Λαμπρινάκου, 2015	Να ερευνηθεί η πιθανή συσχέτιση του άγχους με τους βιοχημικούς παράγοντες και περιβαλλοντικές συνθήκες, διατροφικές προτιμήσεις και τις	Επαγγελματίες υγείας	Το 35,0% παρουσίασε μέτρια αγχώδη διάθεση και το 26,0% από σοβαρή έως πολύ σοβαρή. Το 33,0% των ατόμων παρουσίαζε μέτρια ένταση και το 24,0% από σοβαρή έως πολύ σοβαρή ένταση συμπτωμάτων.	Όχι	Όχι

	συνήθειες ύπνου-άσκησης				
32. Πτυχιακή εργασία Ματράκη, 2013	Διερεύνηση του επιπέδου εργασιακής ικανοποίησης και εργασιακού άγχους στους επαγγελματίες υγείας.	152 επαγγελματίες υγείας (52 γιατροί, 80 νοσηλευτές και 20 διοικητικοί υπάλληλοι)	Ο βαθμός εργασιακής ικανοποίησης βρέθηκε σχετικά χαμηλός σε συνάρτηση με το βαθμό εργασιακού άγχους. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση και το εργασιακό άγχος είναι οι οικονομικές απολαβές, τα επιτεύγματα, οι συνθήκες εργασίας και οι ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης. Η εργασιακή ικανοποίηση και το εργασιακό άγχος συσχετίζονται αρνητικά. Χρειάζεται παρακίνηση των ανθρώπινων πόρων, μέσω της υλοποίησης προγραμμάτων παροχής κινήτρων, με σκοπό την ενίσχυση του επιπέδου εργασιακής ικανοποίησης και τον αντίστοιχο περιορισμό του εργασιακού άγχους.	Όχι	Όχι
33.Μεταπτυχιακή εργασία Τζαφαλιάς, 2015	Βιβλιογραφική ανασκόπηση για το άγχος και την κατάθλιψη των ιατρών και των νοσηλευτών που εργάζονται στον Ιδιωτικό αλλά και στον Δημόσιο Τομέα,	Ιατροί και νοσηλευτές	Οι γιατροί και οι νοσηλευτές επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό με υψηλά ποσοστά άγχους και κατάθλιψης.	Όχι	Όχι
34.Μεταπτυχιακή εργασία Τανακάκη 2014	Μελέτη των χαρακτηριστικών του άγχους και της κατάθλιψης σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, και πώς αυτά επηρεάζονται από παράγοντες όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, το επίπεδο μόρφωσης και το φύλο των εργαζομένων	Νοσηλευτές, ιατροί και λοιποί επαγγελματίες υγείας.	Οι νοσηλευτές παρουσιάζουν μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία, σε σχέση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε δομές ψυχικής υγείας, παρουσιάζει μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία, σε σχέση με τους νοσηλευτές διαφόρων άλλων δομών.	Όχι	Όχι
35. M. Θεοδωράτου, B. Μπέκος, Γ. Σκυλογιάννης, 2003	Διερεύνηση των στρατηγικών διαχείρισης του άγχους.	Νοσηλευτικό προσωπικό	Χρησιμοποιείται μια ποικιλία στρατηγικών, όπως η εστίαση στο πρόβλημα, η κοινωνική στήριξη, η απόσυρση, η μεταστροφή, η άρνηση. Ιδιαίτερα θετικό φαίνεται να είναι το αποτέλεσμα ότι η συντριπτική πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού (93,74%) ελέγχει το εργασιακό στρες.	Όχι	Όχι
36. Πτυχιακή εργασία	Αξιολόγηση του στρες και των μηχανισμών	Νοσηλευτικό προσωπικό	Το 88,4% απάντησαν ότι βιώνουν εργασιακό άγχος. Η ένταση του εργασιακού άγχους είναι το “μέτριο άγχος” με ποσοστό	Όχι	Όχι

Παπαμιχαλάκη, 2015	άμυνας στο νοσηλευτικό προσωπικό.		40%. Βασικοί παράγοντες εργασιακού άγχους είναι τα πολλά επείγοντα περιστατικά ή ανάγκες ασθενών με ποσοστό 47,6%, η σύγκρουση των ρόλων, η κακή επικοινωνία/σχέση με συναδέλφους με ποσοστό 38,1%, η έλλειψη απαραίτητων υλικών για την νοσηλεία ή για νοσηλευτικές ενέργειες με ποσοστό 26,2%.		
37. Αθανασιάδης, Τσάρας, Παπαθανασίου, Λαχανά, Γκούβα, Κοτρώτσιου, 2011	Η καταγραφή και η διερεύνηση των γενικών εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων και της χρήσης αλκοόλ σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας καθώς επίσης και της μεταξύ τους σχέσης.	Ιατροί και νοσηλευτές	Μεγαλύτερη συχνότητα εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων εμφανίζεται σε νοσηλευτές παρά σε ιατρούς, καθώς επίσης και στους εργαζόμενους Ιδιωτικών Ψυχιατρικών Κλινικών σε σχέση με τους εργαζόμενους του Δημόσιου τομέα.	Όχι	Όχι
38. Μεταπτυχιακή εργασία Βασιλειάδης – 2006	Διερεύνηση και διαχείριση εργασιακού stress στα ελληνικά νοσοκομεία	Ιατροί και νοσηλευτές	Υψηλότερο άγχος σε νοσηλευτές των δημόσιων νοσοκομείων σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα. Πρόταση: Οργάνωση προγραμμάτων – σεμιναρίων διαχείρισης του άγχους.	Όχι	Όχι
39. Foureur, Besley, Burton, Yu & Crisp, 2013	Πρόγραμμα (MBSR) βασισμένο σε πιλοτικά προγράμματα για αυξημένη υγεία, αίσθηση συνοχής, μειωμένη κατάθλιψη και άγχος	Νοσηλευτές και μαίες	Ποιοτικά ευρήματα υποστηρίζουν την αποδοχή της παρέμβασης. Συμπερασματικά, η πρακτική της ευαισθητοποίησης αποτελεί υπόσχεση για την αύξηση της αντοχής των ατόμων στον εργασιακό χώρο.	Όχι	Ναι
40. Oehler, Davidson, Starr, Lee, 1991	Διερεύνηση εργασιακής εξουθένωσης, εργασιακού άγχους, και κοινωνική υποστήριξης.	Νοσηλευτές	Υψηλές βαθμολογίες στρές εργασίας, και βαθμολογίες άγχους.	Όχι	Όχι
41. Yu-Qin Gao, Bo-Chen Pan, Wei Sun, Hui Wu, Jia-Na Wang and	Διερεύνηση συμπτωμάτων άγχους και των σχετικών παραγόντων σε Κινέζους νοσηλευτές	Νοσηλευτές	Ένα μεγάλο ποσοστό έχει συμπτώματα άγχους. Εν τω μεταξύ, η σωστή συμβουλευτική, η προώθηση της υγιεινής συμπεριφοράς στον τρόπο ζωής και οι βελτιώσεις στο κοινωνικό περιβάλλον στο χώρο εργασίας μπορεί να είναι χρήσιμες για τη μείωση ή την πρόληψη των συμπτωμάτων	Όχι	Όχι

Lie Wang, 2012	που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία.		άγχους.		
42. Erlen, Sereika, 1997	Εξετάζει τη σχέση μεταξύ επιλεγμένων πτυχών της ηθικής λήψης αποφάσεων, του στρες και των επιλεγμένων χαρακτηριστικών των νοσηλευτών.	Νοσηλευτές ΜΕΘ	Οι νοσηλευτές που επέλεξαν το μοντέλο υπεράσπισης του ασθενούς είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά αυτονομίας, που αντιλαμβανόταν ότι το άγχος είχε αρνητική σχέση με την αυτονομία τους.	Όχι	Όχι
43. Øyane, Pallesen, Moen, Åkerstedt, Bjorvatn, 2013	Εξερεύνηση των σχέσεων μεταξύ της νυχτερινής εργασίας και του άγχους, της κατάθλιψης, της αϋπνίας, της υπνηλίας και της κόπωσης.	Νοσηλευτές	Οι νοσηλευτές που εργάζονται νύχτα είχαν περισσότερη αϋπνία από ό, τι οι νοσηλευτές χωρίς νυκτερινή εργασία και η τρέχουσα νυκτερινή εργασία συνδέθηκε επίσης με χρόνια κόπωση. Το άγχος, η κατάθλιψη και η υπνηλία δεν συσχετίστηκαν με τη νυκτερινή εργασία.	Όχι	Όχι
44. Gates, Gillespie Succop, 2011	Διερεύνηση εργασιακής παρενόχλησης και οι επιπτώσεις της στο stress και την παραγωγικότητα.	Νοσηλευτές ΤΕΠ	Το 94% των νοσηλευτών είχαν τουλάχιστον ένα μετατραυματικό σύνδρομο διαταραχής άγχους μετά από ένα βίαιο γεγονός. Επιπλέον, υπήρξαν έμμεσες σχέσεις μεταξύ συμπτωμάτων άγχους και παραγωγικότητα εργασίας. Η παρενόχληση στο χώρο εργασίας είναι σημαντικός στρεσογόνος παράγοντας.	Όχι	Όχι
45. Stathopoulou, Karanikola, Panagiotopoulou, NPapathanassoglou, 2011	Η διερεύνηση της παρουσίας άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό των ΤΕΠ στην Ελλάδα.	Νοσηλευτές ΤΕΠ	Τα επίπεδα άγχους βρέθηκαν να είναι ήπια. Υπάρχει στατιστικά σημαντική ήπια συσχέτιση μεταξύ της εργασιακής εμπειρίας και των καταστάσεων άγχους. Οι πιο συχνά εκδηλώσεις ήταν οι διαταραχές του ύπνου, άγχος διάθεσης και καταθλιπτική διάθεση, ενώ το 24,8% των συμμετεχόντων ανέφερε πολύ σοβαρή διαταραχή ύπνου, 23,9% πολύ σοβαρή καταθλιπτική διάθεση και το 10,7% ανέφερε πολύ σοβαρή ανήσυχη διάθεση. Η συμβουλευτική του προσωπικού, η εκπαίδευση και οι στρατηγικές ενδυνάμωσης ενδέχεται να χρειαστεί να εφαρμοστούν για να αποφευχθεί η ψυχική νοσηρότητα, και η δυσαρέσκεια και οι παραιτήσεις εργασίας.	Όχι	Όχι
46. Cuneo, Cooper, Drew, Heffernan et al, 2010	Η αποτελεσματικότητα του Reiki στο εργασιακό άγχος των νοσηλευτών.	Νοσηλευτές	Η εκπαίδευση των νοσηλευτών για την πρακτική του Reiki μπορεί να είναι αποτελεσματική στη μείωση του άγχους που σχετίζεται με την εργασία.	Όχι	Ναι
47. C de Boer, A Lok, E van't	Κρίσιμα περιστατικά που σχετίζονται με την	Νοσηλευτές και Ιατροί	Τα κρίσιμα συμβάντα που σχετίζονται με την εργασία	Όχι	Όχι

Verlaat et al., 2011	εργασία σε νοσηλευτές και ο κίνδυνος εμφάνισης συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης:		σχετίζονται θετικά με τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες, το άγχος και την κατάθλιψη. Οι επαγγελματίες πρέπει να γνωρίζουν και να αποτρέπουν τις βλαβερές συνέπειες των κρίσιμων περιστατικών άγχους και κατάθλιψης.		
48. Bennett, Lowe,, Matthews,Dourali2 ; Tattersall, 2001	Διερεύνηση του άγχους και της αντιμετώπιση του.	Νοσηλευτές	Βασικοί παράγοντες πρόβλεψης της αρνητικής επίπτωσης είναι η έλλειψη υποστήριξης της διοίκησης, η υπερβολική απασχόληση, η λήψη αποφάσεων υπό πίεση χρόνου και η έλλειψη αναγνώρισης από τον οργανισμό.	Όχι	Όχι
49. Davis, M Cooke, K Holzhauser, M Jones,2005	Η επίδραση του αρωματοθεραπευτικού μασάζ με τη μουσική στο άγχος των νοσηλευτών των ΤΕΠ	Νοσηλευτές ΤΕΠ	Το μασάζ αρωματοθεραπείας και η μουσική μειώνουν σημαντικά τα επίπεδα άγχους. Αν και τα εργασιακά επίπεδα στρες ήταν υψηλά σε σχέση με το φόρτο εργασίας, δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μετά την περίοδο των 12 εβδομάδων της παρέμβασης.	Όχι	Όχι
50. K Nooryan, K Gasparyan, F Sharif, 2012	Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος της εργασίας και της ψυχικής υγείας	Νοσηλευτές και γιατροί ΜΕΘ	Η κατάρτιση συνιστωσών συναισθηματικής νοημοσύνης μειώνει το περιστασιακό άγχος. Η βαθμολογία της συναισθηματικής νοημοσύνης τους αυξάνεται και η βαθμολογία άγχους μειώνεται σημαντικά.	Όχι	Όχι

Πίνακας 2: Παρουσίαση ερευνών σε σχέση με την εργασιακή παρενόχληση του νοσηλευτικού προσωπικού

<i>Συγγραφείς</i>	<i>Στόχοι</i>	<i>Πληθυσμός μελέτης</i>	<i>Κύρια αποτελέσματα</i>	<i>Παρέμβαση με Ομαδική Ψυχοθεραπεία μέσω τηλεσυνδιάσκεψης</i>	<i>Παρέμβαση με Ομαδική Ψυχοθεραπεία</i>
1. Yildirim, 2009	Διερεύνηση της ύπαρξης και της συχνότητας εμφάνισης του εργασιακής παρενόχλησης και συσχέτιση με την κατάθλιψη.	Νοσηλευτές	Οι τομείς της απόδοσης στην εργασία των νοσηλευτών που επλήγησαν περισσότερο ήταν τα κίνητρα εργασίας, το επίπεδο ενέργειας και η δέσμευση στην εργασία. Η παρενόχληση στο χώρο εργασίας σχετίστηκε επίσης θετικά με την κατάθλιψη, το κίνητρο για εργασία, τη συγκέντρωση στην εργασία, τη παραγωγικότητα, τη δέσμευση στην εργασία, και με τη σχέση με τους ασθενείς, τη διοίκηση και τους συνεργάτες. Συμπεριφορές παρενόχλησης είχαν αρνητική επίδραση στην απόδοση στην εργασία των θυμάτων	Όχι	Όχι
2.Ekici & Balder, 2014	Διερεύνηση της ύπαρξης και της συχνότητας εμφάνισης του εργασιακής παρενόχλησης και της συσχέτισης του με τις αρνητικές επιπτώσεις του εκφοβισμού στα κίνητρά τους, το επίπεδο ενέργειας, τη συνεργασία με τους συναδέλφους και τις εποπτικές αρχές,	Νοσηλευτές και ιατρικό προσωπικό	Η παρενόχληση έχει αρνητικές επιπτώσεις στην απόδοση της εργασίας τόσο των νοσηλευτών όσο και των γιατρών και οι νοσηλευτές και οι γιατροί συμφωνούν σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις της παρενόχλησης στα κίνητρα τους, το επίπεδο ενέργειας, τη συνεργασία με τους συναδέλφους και τις εποπτικές αρχές, ενώ μόνο οι νοσηλευτές τόνισαν αρνητικά την επίδραση στη δέσμευση στην εργασίας.	Όχι	Όχι
3. Κοΐνης, Βελονάκης, Τζαβέλλα &Τζιαφέρη, 2016	Διερεύνηση της ύπαρξης και της συχνότητας εμφάνισης της εργασιακής παρενόχλησης και των ψυχοσωματικών διαταραχών.	Νοσηλευτές	Το 71% των νοσηλευτών έπεσε θύμα εργασιακής παρενόχλησης, με συνέπεια την εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων (άγχος το 54,3%, κεφαλαλγίες το 52%, ατονία, το 41,5%, άρνηση για εργασία το 28% και κατάθλιψη το 16,3%).	Όχι	Όχι
	Η μελέτη διερευνά τις διαστάσεις του φαινομένου στα	Νοσηλευτές	Οι νοσηλευτές έπεσαν θύματα του συνδρόμου εργασιακής παρενόχλησης σε ποσοστό (71%) άγχος (54,3%), κεφαλαλγίες (52%), ατονία (41,5%), με διαταραχές ύπνου	Όχι	Όχι

4. Μπακέλλα, Γιάγκου, Μπραχαντίνη, 2013	ελληνικά νοσοκομεία και τις επιδράσεις του στην υγεία των νοσηλευτών, προκειμένου να ενημερωθούν οι νοσηλευτές για τους τρόπους αναγνώρισης, αντιμετώπισης και προστασίας.		(32,6%), άρνηση για εργασία (28%), έλλειψη συγκέντρωσης (22,8%), αρρυθμίες (22,6%), διαταραχές πρόσληψης τροφής (20,9%), αύξηση καπνίσματος (19,4%), κατάθλιψη (16,3%), αύξηση αρτηριακής πίεσης (16%), επιθετικότητα (11,9%), έλλειψη επικοινωνίας (7,7%), αύξηση κατανάλωσης αλκοόλ (3,3%).		
5.Πτυχιακή εργασία Αποστόλου, 2016	Αναζήτηση συμπεριφορών ψυχολογικής παρενόχλησης μεταξύ νοσηλευτών σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, καθώς και η μελέτη της σχέσης που υπάρχει μεταξύ των συμπεριφορών αυτών και της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών.	Νοσηλευτές	Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό νοσηλευτών (25,46%) υπήρξε θύμα συμπεριφορών ψυχολογικής παρενόχλησης ενώ το 40,18% δήλωσε ότι αντιμετώπισε περιστασιακά τέτοιες συμπεριφορές. Παράλληλα βρέθηκε ότι η υποστήριξη της ασφάλειας των ασθενών από την διοίκηση των νοσοκομείων είναι ένας τομέας που υστερεί σημαντικά και είναι απαραίτητη η προσπάθεια για βελτίωση και ενίσχυση ιδιαίτερα του κλίματος συνεργασίας μεταξύ συναδέλφων. Τέλος, βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ των συμπεριφορών ψυχολογικής παρενόχλησης και της εικόνας που έχουν τα θύματα για την ασφάλεια των ασθενών.	Όχι	Όχι
6.Πτυχιακή εργασία Παπαδάκη, Χουστουλάκη & Τσιράκος, 2007	Διερεύνηση της ύπαρξης και της συχνότητας εμφάνισης της επαγγελματικής/εργασιακής παρενόχλησης	Νοσηλευτές	Πάνω από τους μισούς Νοσηλευτές του πληθυσμού μελέτης (52,6%) δηλώνουν πως έχουν πέσει “θύμα” ηθικής παρενόχλησης στην εργασία τους. Το 61,8% αναφέρει διαρκή υπερένταση, το 48,4% υπερβολικές απαιτήσεις, το 42,1% σύγκρουση ή/και σύγχυση ρόλων και το 24,7% έλλειψη ομαδικότητας. Επιτακτική η ανάγκη λήψης μέτρων αντιμετώπισης του. Το 42,6% νιώθει ότι υποτιμάται η εργασία του, το 40% βιώνει κατάχρηση εξουσίας ή/και ανάθεση υποτιμητικών καθηκόντων, το 39,8% υπόκεινται σε επικρίσεις, ειρωνείες, ύβρεις ή/και εκφοβισμούς, το 25,4% αντιλαμβάνεται χειρονομίες, μορφασμούς, πειράγματα ή/και συκοφαντίες και το 22,8% αισθάνεται απομόνωση, περιθωριοποίηση ή/και αποκλεισμού. Σοβαρές είναι και οι οργανικές επιπτώσεις της παρενόχλησης με συνηθέστερες τις κεφαλαλγίες (52,8%), τις διαταραχές ύπνου (31,2%), την ταχυκαρδία (22,8%), τις γαστρεντερικές διαταραχές (20,7%) και τις διαταραχές αρτηριακής πίεσης (12,6%).	Όχι	Όχι

7. Παυλίδης, 2016	Αναζήτηση συμπεριφορών ψυχολογικής παρενόχλησης μεταξύ νοσηλευτών σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, καθώς και η μελέτη της σχέσης που υπάρχει μεταξύ των συμπεριφορών αυτών και της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών.	Νοσηλευτές	Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό νοσηλευτών (25,46%) υπήρξε θύμα συμπεριφορών ψυχολογικής παρενόχλησης ενώ το 40,18% δήλωσε ότι αντιμετώπισε περιστασιακά τέτοιες συμπεριφορές. Τέλος, βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ των συμπεριφορών ψυχολογικής παρενόχλησης και της εικόνας που έχουν τα θύματα για την ασφάλεια των ασθενών.	Όχι	Όχι
8.Πτυχιακή εργασία Καγιάσα, 2012	Διερεύνηση της εκτίμησης των νοσηλευτών που εργάζονται στο χώρο του νοσοκομείου, σχετικά με την εργασιακή παρενόχληση σε όλες τις μορφές της και της αξιολόγησης της ψυχοσυναισθηματικής τους κατάστασης καθώς και η παρουσίαση προτάσεων για βελτίωση.	Νοσηλευτές	Ένα μεγάλο ποσοστό (42,5%) έχει υπάρξει θύμα εργασιακής παρενόχλησης, ενώ το 60% δηλώνουν ότι υπήρξαν μάρτυρες βίαιου συμβάντος. Η ψυχολογική παρενόχληση είναι η πιο συχνή μορφή βίας σε ποσοστό της τάξεως του 87,5% και συμβαίνει κυρίως από την διοίκηση. Υπάρχει ανάγκη για ανάπτυξη προγραμμάτων ενημέρωσης, στήριξης και εκπαίδευσης έτσι ώστε να βελτιωθούν οι συνθήκες στον εργασιακό χώρο και σε επίπεδο υγείας .	Όχι	Όχι
9. Θεοφάνης Φ, Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου Α, 2010	Μελέτη της εργασιακής παρενόχλησης και πιθανές λύσεις για την		Παρείχε ισχυρή ένδειξη ότι η βίαιη συμπεριφορά στο νοσηλευτικό περιβάλλον είναι καταστροφική και δεν πρέπει ποτέ να επιτρέπεται ή να γίνεται αποδεκτή. Η διοίκηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας θα πρέπει να αναπτύξουν	Όχι	Όχι

	αντιμετώπιση του φαινομένου.		στρατηγικές αντιμετώπισης και διαχείρισης του φαινομένου.		
10. Ηλία Χείρα, 2014	Καταγραφή της συχνότητας της «παρενόχλησης» στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.)	Γενικοί γιατροί, νοσηλευτές, λοιποί επαγγελματίες υγείας	Η «εργασιακή παρενόχληση» είναι υπαρκτό στην Π. Φ. Υ. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει την αναγκαιότητα λήψης μέτρων πρόληψης και έγκαιρης αντιμετώπισης του. Για να καταστεί όμως αυτό εφικτό απαιτείται εκπαίδευση και επιμόρφωση των στελεχών της διοίκησης και ιδιαίτερα των διευθυντών προσωπικού για την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση του «συνδρόμου εργασιακής παρενόχλησης».	Όχι	Όχι
11. Efe, Ayaz, 2010	Να προσδιοριστεί αν οι νοσηλευτές έχουν εκτεθεί σε εργασιακή παρενόχληση ή όχι, και να αποκαλύψουν τα αίτια της εργασιακής παρενόχληση	Νοσηλευτές	Το 33% είχε εκτεθεί σε εργασιακή παρενόχληση, το 25,2%, ανέφερε ότι το πρόβλημα ξεκινούσε από τον προϊστάμενο και ότι το 9,2% δήλωσε ότι ο λόγος ήταν «προβλήματα επικοινωνίας». Οι νοσηλευτές ηλικίας κάτω των 25 ετών και όσοι εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας είναι εμφανώς εκτεθειμένοι σε εργασιακή παρενόχληση συχνότερα από άλλους. Προτείνεται ότι οι προϊστάμενοι θα πρέπει να καθοριστούν και να εκπαιδευτούν για την ηγεσία. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να εκπαιδεύονται για την αυτοπεποίθηση. Θα πρέπει να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα για την επίλυση των προβλημάτων επικοινωνίας.	Όχι	Όχι
12. ÇEVİK AKYIL R., TAN M., SARITAŞ S. & ALTUNTAŞ S., 2012	Περιγραφική και συγκριτική μελέτη των επιπέδων της αντίληψης της εργασιακής παρενόχλησης μεταξύ των νοσηλευτών, των αιτιών και των ατόμων που προκαλούν παρενόχληση, των αντιδράσεων και των παραγόντων που επηρεάζουν την παρενόχληση.	Νοσηλευτές	Οι νοσηλευτές συχνά υποβάλλονταν σε εργασιακή παρενόχληση. Οι νεότεροι νοσηλευτές, οι νοσηλευτές με λιγότερη θεσμική και επαγγελματική εμπειρία, με χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης αυτοί που εργάζονται σε κλειστά τμήματα και κάνουν νυχτερινές βάρδιες ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα παρενόχλησης. Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι οι προϊστάμενοι τους ήταν οι πιο συχνές δράστες και οι κακές συνθήκες εργασίας ως η πιο σημαντική αίτια. Πολλοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δέχτηκαν επεισόδια εργασιακής παρενόχλησης και δεν υπέβαλαν καταγγελίες πριν από τη μελέτη. Ωστόσο, ισχυρίστηκαν ότι δεν θα ανεχτούν πλέον την παρενόχληση και θα καταθέσουν προφορικές και γραπτές καταγγελίες	Όχι	Όχι
13. Bortoluzzi, Caporale et al., 2014	Να αξιολογηθεί, η συμβολή των προγνωστικών παραγόντων	Νοσηλευτές	Οι προγνωστικοί παράγοντες για εργασιακή παρενόχληση είναι: συμμετοχική ηγεσία που θεσπίζεται από τους προϊστάμενους νοσηλευτικής και ' έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού	Όχι	Όχι

	εργασιακής παρενόχλησης.		Ένα συμμετοχικό στυλ ηγεσίας που υιοθετείται από τους προϊστάμενους επιτρέπει την μείωση των εντάσεων στις ομάδες εργασίας των νοσηλευτών. Ωστόσο, η εργασιακή παρενόχληση παραμένει ένα πολύπλευρο φαινόμενο που είναι δύσκολο να συλληφθεί στο σύνολό του.		
14. Okanli, Karakaş, Özkan - et al., 2011	Μελέτη της σχέσεως ανάμεσα στην εργασιακή παρενόχληση και την αυτοπεποίθηση.	Νοσηλευτές	Ως αποτέλεσμα, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές εκτίθενται σε εργασιακή παρενόχληση. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να λάβουν εκπαίδευση σχετικά με τις ικανότητες αυτοπεποίθησης και επικοινωνίας.	Όχι	Όχι
15. Sa, Fleming et al., 2008	Μελέτη εργασιακής παρενόχλησης, εργασιακής εξουθένωσης, ψυχικής υγείας μεταξύ των πορτογαλικών νοσηλευτών στην Πορτογαλία.	Νοσηλευτές	Ως αποτέλεσμα, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές εκτίθενται σε εργασιακή παρενόχληση	Όχι	Όχι
16. Karakaş, Okanli , 2015	Η επίδραση της εκπαίδευσης για την αυτοπεποίθηση σε ότι αφορά την εργασιακή παρενόχληση που βιώνουν οι νοσηλευτές	Νοσηλευτές	30 νοσηλευτές έλαβαν μέρος στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα αυτοπεποίθησης. Έξι μήνες μετά την εκπαίδευση, οι νοσηλευτές συμπλήρωσαν ξανά την κλίμακα Assertiveness Inventory (RAI). Η εκπαίδευση για ενίσχυση της αυτοπεποίθησης επηρέασε θετικά τις βαθμολογίες με αύξηση της βαθμολογίας αυτοπεποίθησης και μείωση της βαθμολογίας εργασιακής παρενόχλησης. Η κατάρτιση αφοσίωσης είναι μια αποτελεσματική μέθοδος για τη μείωση της εργασιακής παρενόχλησης.	Όχι	NAI
17. Aksakal, Karasahin, 2015	Προσδιορισμός της συχνότητας παραγόντων κινδύνου για σωματική παρενόχληση, λεκτική παρενόχληση και κινητοποίηση που βιώνουν νοσηλευτές	Νοσηλευτές	Ο επιπολασμός της σωματικής παρενόχλησης, της λεκτικής παρενόχλησης και της εργασιακής παρενόχλησης ήταν υψηλός. Αυτό που η μελέτη αυτή θα προσθέτει είναι ότι οι μακρές ώρες εργασίας αύξησαν τον επιπολασμό της σωματικής παρενόχλησης.	Όχι	Όχι
18. Kwok, Law, Li, Ng, 2006	Να καθορίσουν την επικράτηση και τη φύση της	Νοσηλευτές	Το 80% νοσηλευτών ανέφεραν κακομεταχείριση οποιουδήποτε είδους (λεκτική βία το 73%, εκφοβισμός το 45%, σωματική κακοποίηση το 18%; σεξουαλική	Όχι	Όχι

	παρενόχλησης στο χώρο εργασίας εναντίον των νοσηλευτών και τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν μια τέτοια επίθεση. Εντοπισμός παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την παρενόχληση.		παρενόχληση το 12%. Το 82% των νοσηλευτών που βίωσαν λεκτική βία έτειναν να εμπιστεύονται φίλους, μέλη της οικογένειας ή συναδέλφους τους. Το 42% αγνόησαν το περιστατικό.		
19. Camerino, Estry-Behar, Conway, 2008	Παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία και τη παρενόχληση μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού.	Νοσηλευτές	Ανάγκη παρεμβάσεων τόσο στις συνθήκες εργασίας που ευνοούν τη παρενόχληση όσο και τις ίδιες τις βίαιες συμπεριφορές.	Όχι	Όχι
19. Vessey, DeMarco, DiFazio, 2011	Ανασκόπηση με θέμα την εργασιακή παρενόχληση	Νοσηλευτές	Η εργασιακή παρενόχληση είναι υπαρκτή στο νοσηλευτικό προσωπικό.	Όχι	Όχι
20. Simons, 2008	Εξετάζει τη συμπεριφορά παρενόχλησης μεταξύ των νοσηλευτών και τη σχέση μεταξύ παρενόχλησης και πρόθεση του νοσηλευτή να εγκαταλείψει την δουλειά του.	Νοσηλευτές	Το 31% του πληθυσμού μελέτης έχει εκφοβισθεί και ο εκφοβισμός είναι ένας σημαντικός καθοριστικός παράγοντας στην πρόβλεψη της πρόθεσης να εγκαταλείψει τη θέση εργασίας. Απαιτούνται αποτελεσματικές παρεμβάσεις για να σταματήσει ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας.	Όχι	Όχι
21. Chen, Sun, Lan and Chiu, 2008	Εξέταση των παραγόντων κινδύνου της παρενόχλησης στο χώρο εργασίας κατά του νοσηλευτικού προσωπικού σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο.	Νοσηλευτές	Η νεαρή ηλικία, το γυναικείο φύλο, η χαμηλότερη εκπαίδευση, η μικρότερη διάρκεια της απασχόλησης και το υψηλό επίπεδο ανησυχίας του προσωπικού φαίνεται να είναι οι καθοριστικοί παράγοντες της παρενόχλησης. Η εκπαίδευση πριν από την τοποθέτηση τους σε θέση εργασίας θα πρέπει να επικεντρωθεί σε αυτό το προσωπικό για τη μείωση της παρενόχλησης στο χώρο εργασίας.	Όχι	Όχι
22. Spector, Zhou.,	Ποσοτική ανασκόπηση που	Νοσηλευτές	Περίπου το ένα τρίτο των νοσηλευτών παγκοσμίως έδειξε έκθεση σε σωματική παρενόχληση και παρενόχληση,	Όχι	Όχι

2014	υπολογίζει τα ποσοστά έκθεσης ανά τύπο παρενόχλησης.		περίπου το ένα τρίτο ανέφερε τραυματισμό, περίπου το ένα τέταρτο βιώνει σεξουαλική παρενόχληση, και περίπου τα δύο τρίτα ανέφεραν μη φυσική βία. Η σωματική παρενόχληση ήταν πιο διαδεδομένη στα τμήματα έκτακτης ανάγκης, στις γηριατρικές και στις ψυχιατρικές εγκαταστάσεις. Η σωματική παρενόχληση και η σεξουαλική παρενόχληση κυριάρχησαν στις χώρες του Anglo, ενώ η μη φυσική παρενόχληση και η παρενόχληση ήταν πιο διαδεδομένες στη Μέση Ανατολή.		
23. AbuAlRub, Asmar, 2011	Διερεύνηση της σωματικής παρενόχλησης και περιγραφή των πολιτικών του χώρου εργασίας που ασχολούνται με τη παρενόχληση.	Νοσηλευτές	Το 22,5% των συμμετεχόντων εκτέθηκαν στη σωματική παρενόχληση στο χώρο εργασίας. Οι συνεισφέροντες παράγοντες όπως υποδεικνύουν οι συμμετέχοντες σχετίζονταν με τη διοίκηση, το προσωπικό, την ασφάλεια, τους ασθενείς και τις οικογένειες και το κοινό. Οι συμμετέχοντες που βίωσαν τη παρενόχληση ήταν πολύ δυσαρεστημένοι με τον τρόπο χειρισμού των περιστατικών. Είναι σημαντικό να ερευνησουμε τις συνέπειες της παρενόχληση στο χώρο εργασίας για την ικανοποίηση των εργαζομένων καθώς και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Η θέσπιση κατάλληλων πολιτικών και νομοθεσιών θα ελαχιστοποιούσε τη παρενόχληση στο χώρο εργασίας.	Όχι	Όχι
24. AbuAlRub, Khalifa., 2007	Να διερευνήσει α. τη συχνότητα εμφάνισης της σωματικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας μεταξύ των νοσηλευτών των νοσοκομείων του Ιράκ καθώς και τις καταγγελίες και τις απαντήσεις των θυμάτων β. μέτρα και πολιτικές στον χώρο εργασίας για την αντιμετώπιση της παρενόχλησης και γ) παράγοντες που συμβάλλουν στην παρενόχληση στο χώρο εργασίας και τις	Νοσηλευτές	Σαράντα εννέα από τους 116 συμμετέχοντες ανέφεραν ότι έχουν υποστεί σωματική επίθεση κατά την εργασία. Λίγοι εργοδότες είχαν συγκεκριμένες πολιτικές για την παρενόχληση στο χώρο εργασίας. Τα αποτελέσματα της μελέτης κατέδειξαν τη σημασία της υιοθέτησης νοσοκομειακών πολιτικών για την αντιμετώπιση περιστατικών παρενόχλησης και της νομοθεσίας για την υποβολή των κατηγορουμένων σε δικαστική τιμωρία.	Όχι	Όχι

	στρατηγικές για την πρόληψή τους.				
25.MHutchinson, Wilkes, D Jackson., 2010	Διερεύνηση του φαινομένου του εργασιακής παρενόχλησης	Νοσηλευτές	Τα ευρήματα έχουν σημαντικές επιπτώσεις στη διαχείριση και την πρόληψη της παρενόχλησης, υποδεικνύοντας ότι, προκειμένου να είναι αποτελεσματικές, οι στρατηγικές για την αντιμετώπιση του προβλήματος πρέπει να επικεντρωθούν στην ομάδα εργασίας και τους οργανωτικούς παράγοντες. Τα ευρήματα θέτουν υπό αμφισβήτηση τη χρησιμότητα των σημερινών προσεγγίσεων για τη διαχείριση της παρενόχλησης.	Όχι	Όχι
26. Hutton & Gates., 2008	Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εξεταστεί η αδικία που υφίστανται τα άμεσα στελέχη της υγειονομικής περίθαλψης στους χώρους εργασίας τους.	Νοσηλευτές	Διαπιστώθηκαν συσχετίσεις μεταξύ της άμεσης εποπτείας και της παραγωγικότητας και της ενεργητικότητας από τους ασθενείς. Η αθλιότητα από τους ιατρούς, η αθλιότητα από άλλο προσωπικό άμεσης φροντίδας και η γενική περιβαλλοντική αδιαθεσία δεν αποδείχτηκε ότι σχετίζονταν σημαντικά με την παραγωγικότητα. Τα δημογραφικά στοιχεία δεν σχετίζονταν με τα επίπεδα της αδικίας στο χώρο εργασίας. Η αδικαιολόγητη συμπεριφορά από τους ασθενείς και τη διοίκηση φαίνεται να έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο στην παραγωγικότητα.	Όχι	Όχι
27. Levin, JB Hewitt, ST Misner - Journal of Nursing Scholarship., 1998	Να διερευνήσουν συνεισφέροντες παράγοντες, συνέπειες και λύσεις στην εργασιακή παρενόχληση των νοσηλευτών που εργάζονται σε τμήματα έκτακτης ανάγκης των νοσοκομείων των Η.Π.Α.	Νοσηλευτές	Οι προσωπικοί, εργασιακοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν στην εργασιακή παρενόχληση. Οι λεκτικές και σωματικές επιθέσεις είναι συχνές και επηρεάζουν την προσωπική και επαγγελματική ζωή των νοσηλευτών.	Όχι	Όχι
28. Spector, Stockwell, Matz - Work & Stress., 2007	Εκτίμηση της αντίληψης της εργασιακής παρενόχλησης, συμπεριλαμβανομένων στοιχείων που αφορούν την διοίκηση, τις ανησυχίες και τις	Νοσηλευτές	Αυτά τα αποτελέσματα έχουν επιπτώσεις στις παρεμβάσεις που στοχεύουν στην παραγωγή ενός καλού αντιληπτού κλίματος προκειμένου να μειωθεί η συχνότητα εμφάνισης παρενόχλησης και επιθετικότητας μέσα σε έναν οργανισμό.	Όχι	Όχι

	πολιτικές που αποσκοπούν να διατηρήσουν τους υπαλλήλους ασφαείς από τη παρενόχληση.				
29. Eglesias et al., 2012	Διερεύνηση του επιπολασμού της παρενόχλησης στην εργασία. Εξέταση τη σχέσης μεταξύ παρενόχλησης και αυτοεκτίμησης και τέλος διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που καθορίζουν την παρενόχληση	Νοσηλευτές	Το 17% αντιμετώπισε εκφοβισμό και το 8% αυτών των περιπτώσεων ανέφεραν εβδομαδιαίο ή καθημερινό εκφοβισμό. Ανέφεραν συμπεριφορές παρενόχλησης που σχετίζονταν με την εργασία, όπως «Δίνοντας καθήκοντα με παράλογους ή αδύνατους στόχους ή προθεσμίες.	Όχι	Όχι
30. Dilek, Aytolan., 2008	Να αναπτύξει ένα εργαλείο για να προσδιορίσει τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για την ψυχολογική παρενόχληση.	Νοσηλευτές	Το εργαλείο για τον προσδιορισμό της αντίληψης των ψυχολογικά βίαιων συμπεριφορών στο χώρο εργασίας περιλαμβάνει 33 στοιχεία και τέσσερις παράγοντες (απομόνωση του ατόμου από την εργασία, επίθεση κατά της επαγγελματικής κατάστασης, επίθεση κατά της προσωπικότητας και άμεση επίθεση). Όλα τα στοιχεία έχουν δείξει στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Τα συμπεράσματα δείχνουν ότι η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του οργάνου	Όχι	Όχι
31. Lindy C. & Schaefer F, 2010	Να ανακαλύψει την αντίληψη των managers των νοσηλευτών σχετικά με τις αρνητικές συμπεριφορές στο χώρο εργασίας (παρενόχληση).	Νοσηλευτές	Οι managers περιγράφουν τις αντιλήψεις και τις εμπειρίες που σχετίζονται με περιπτώσεις αρνητικής συμπεριφοράς στο χώρο εργασίας. Οι Υπεύθυνοι Νοσηλευτών είχαν παρατηρήσει, βίωσαν ή είχαν λάβει αναφορές αρνητικών συμπεριφορών στο χώρο εργασίας. Ενώ κάποιοι αισθάνθηκαν άνετα να αντιμετωπίσουν αυτές τις συμπεριφορές,	Όχι	Όχι
32. Wilson, Diedrich, Phelps, Choi., 2011	Διερεύνηση εργασιακής παρενόχλησης	Νοσηλευτές	Οι συγγραφείς κάνουν συστάσεις σχετικά με την πρόληψη, ταυτοποίηση και τον χειρισμό των συμπεριφορών εργασιακής παρενόχλησης.	Όχι	Όχι
33. Khalil et al., 2009	Διερεύνηση εργασιακής παρενόχλησης	Νοσηλευτές	Οι υψηλότερες μορφές παρενόχλησης μεταξύ των νοσηλευτών σημειώθηκαν σε ψυχολογικό επίπεδο, με το λιγότερο στο φυσικό επίπεδο της αλληλεπίδρασης. Τα άλλα τέσσερα επίπεδα παρενόχλησης μεταξύ των νοσηλευτών	Όχι	Όχι

			ήταν κάθετα, οριζόντια, συγκαλυμμένα και εμφανή. Όλες οι κατηγορίες νοσηλευτικού προσωπικού στη μελέτη είχαν καταφύγει σε ένα ή περισσότερα επίπεδα παρενόχλησης κατά άλλων νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της καριέρας τους. Οι επαγγελματίες νοσηλευτές και οι ανώτεροι προϊστάμενοι νοσηλευτών αναγνωρίστηκαν ως η κύρια κατηγορία νοσηλευτών που συχνά καταφεύγουν σε κακομεταχείριση άλλων νοσηλευτών. Ωστόσο, οι βοηθοί νοσηλευτών αναγνωρίστηκαν ως οι κύριοι δράστες της σωματικής παρενόχλησης κατά άλλων νοσηλευτών		
34. Kisa et al., 2008	Διερεύνηση την εμπειρία της λεκτικής κατάχρησης μεταξύ 339 νοσηλευτών νοσοκομείου στην Τουρκία	Νοσηλευτές	Οι πιο συχνές και σοβαρές μορφές λεκτικής κατάχρησης που αναφέρθηκαν κρίνονταν και επικριτές και καταχρηστικές. Οι πιο κοινές συναισθηματικές αντιδράσεις ήταν ο θυμός, ακολουθούμενος από ντροπή, ταπείνωση και απογοήτευση. Και οι περισσότεροι νοσηλευτές χρησιμοποίησαν αρνητικές δραστηριότητες για να αντιμετωπίσουν τη λεκτική κατάχρηση. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι τα νοσοκομεία πρέπει να υιοθετήσουν πολιτικές μηδενισμού των περιστατικών.	Όχι	Όχι
35. Simons, Mawn et al., 2010	Η μελέτη αυτή εξέτασε τις ιστορίες της παρενόχλησης μεταξύ των νοσηλευτών βάσει πραγματικών ή μαρτυρικών εμπειριών	Νοσηλευτές	Η παρενόχληση είναι συχνός από πρώτο χέρι και από δεύτερο χέρι από νοσηλευτές, και ιδιαίτερα από ευάλωτους νεοσύστατους νοσηλευτές. Η παρενόχληση στο χώρο εργασίας πρέπει να διερευνηθεί πλήρως για την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών για την εξάλειψή του.	Όχι	Όχι
36. Samir, Mohamed, Moustafa, Saif., 2012	Διερεύνηση των στάσεων των νοσηλευτών και οι αντιδράσεις τους στη παρενόχληση στο χώρο εργασίας σε τμήματα μαιευτικής και γυναικολογίας στα νοσοκομεία του Καΐρου	Νοσηλευτικό προσωπικό	Η πλειοψηφία των νοσηλευτών (86,1%) είχε εκτεθεί σε παρενόχληση στο χώρο εργασίας. Οι συγγενείς των ασθενών ήταν η μεγαλύτερη πηγή παρενόχλησης (38,5%) και η ψυχολογική παρενόχληση ήταν η πιο κοινή μορφή (78,1%). Η απροσεξία (40,5%) και οι κακομεταχείριση των νοσηλευτών (35,8%) αναφέρθηκαν ως οι συνήθεις αιτίες παρενόχλησης. Για ψυχολογική και σωματική παρενόχληση, το 50% των νοσηλευτών χρησιμοποίησε το επίσημο σύστημα για να αναφέρει την κατάχρηση. Οι περισσότεροι νοσηλευτές (87,2%) θεωρούσαν ότι η παρενόχληση στο χώρο εργασίας τους είχε αρνητικές επιπτώσεις. Απαιτούνται κατευθυντήριες γραμμές για την προστασία του νοσηλευτικού προσωπικού	Όχι	Όχι
37.	M Προσδιορισμός και	Νοσηλευτικό	Αυτή η ανασκόπηση παρέχει μια επισκόπηση της	Όχι	Όχι

Cleary, GE Hunt, J Horsfall, 2010	αντιμετώπιση της παρενόχλησης	προσωπικό	παρενόχλησης, του τρόπου με τον οποίο αυτό επηρεάζει το νοσηλευτικό προσωπικό και τους τρόπους μείωσης των περιστατικών παρενόχλησης για την καλλιέργεια ενός πιο θετικού εργασιακού περιβάλλοντος.		
38. Croft & Cash., 2012	Αποδόμηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην παρενόχληση στη νοσηλευτική με τη χρήση ενός φεμινιστικού φακού	Νοσηλευτικό προσωπικό	Η ανάληψη αυτής της διαφορετικής άποψης επέτρεψε την εμφάνιση νέων πορισμάτων κατανόησης από τους παράγοντες που συνέβαλαν στη μελέτη. Οι νοσηλευτές, τα διευθυντικά στελέχη και οι οργανώσεις θα πρέπει να αναλύσουν την ενσωμάτωση της παρενόχλησης προκειμένου να δημιουργήσουν ένα καλό εργασιακό περιβάλλον	Όχι	Όχι
39. Higgins & JMacIntosh, 2010	Να κατανοήσει τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων για την εργασιακή παρενόχληση για την υγεία τους και την ικανότητά τους να παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς.	Νοσηλευτές	Προτείνουμε μια προληπτική προσέγγιση για την ενδυνάμωση των νοσηλευτών ή για την αντιμετώπιση της κακοποίησης και της αυξημένης εστίασης στους διεπιστημονικούς ρόλους.	Όχι	Όχι
40. Park, Cho, Hong., 2015	Να εντοπιστεί η επικράτηση και οι δράστες της παρενόχλησης στο χώρο εργασίας εναντίον νοσηλευτών και να εξεταστεί η σχέση των απαιτήσεων εργασίας και της εμπιστοσύνης και της δικαιοσύνης στον χώρο εργασίας με την εμφάνιση παρενόχλησης.	Νοσηλευτές	Ο επιπολασμός και οι δράστες της παρενόχλησης ποικίλουν σημαντικά μεταξύ των νοσηλευτικών μονάδων. Οι μεγαλύτερες απαιτήσεις εργασίας και η λιγότερη εμπιστοσύνη και δικαιοσύνη σχετίζονταν με τα περιστατικά παρενόχλησης των νοσηλευτών.	Όχι	Όχι
41. Vogelpohl, Rice, Edwards et al., 2013	Η μελέτη διερεύνησε την εμπειρία της παρενόχλησης στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών που έχουν πρόσφατα λάβει άδεια άσκηση επαγγέλματος.	Νοσηλευτές	Οι νοσηλευτές, οι γιατροί και η οικογένεια του ασθενούς ήταν οι κύριες πηγές παρενόχλησης. Το 29,5% είχε εξετάσει το ενδεχόμενο να εγκαταλείψει το επάγγελμα του νοσηλευτή. Η εκπαίδευση του προσωπικού είναι επιτακτική ανάγκη για την αναγνώριση των αρνητικών συμπεριφορών. Η παρενόχληση συμβαίνει στον εργασιακό χώρο και επηρεάζει την εργασιακή απόδοση των νέων αποφοίτων. Η διατήρηση των	Όχι	Όχι

			νεοπροσληφθέντων νοσηλευτών είναι ο απώτερος.		
41. Stagg, Sheridan., 2010	Σκοπός αυτής της συστηματικής ανασκόπησης ήταν ο εντοπισμός βέλτιστων πρακτικών για την πρόληψη και τη διαχείριση της παρενόχλησης στο χώρο εργασίας μεταξύ των νοσηλευτών του προσωπικού.	Νοσηλευτές	Η καλύτερη μέθοδος που βρέθηκε να ελέγχει και να σταματά την παρενόχληση στο χώρο εργασίας περιλαμβάνει τη γνωστική πρόβα των απαντήσεων στις κοινές συμπεριφορές παρενόχλησης.	Όχι	Όχι
42. Gaffney, RF DeMarco, A Hofmeyer, et al., 2012	Αυτή η ποιοτική μελέτη αναφέρει τις εμπειρίες των νοσηλευτών που αντιμετωπίζουν παρενόχληση.	Νοσηλευτές	Ενώ πολλοί νοσηλευτές ασχολούνται με μια σειρά από αποτελεσματικές αλλά μη δοκιμασμένες στρατηγικές, εξακολουθούν να υπάρχουν δύο επιπλέον ανησυχίες: ανεπαρκής υποστήριξη μεταξύ των νοσηλευτών και αδράνεια από τους προϊστάμενους.	Όχι	Όχι
43. Coursey, Rodriguez, Dieckmann, Austin et al., 2013	Η επιτυχής εφαρμογή των πολιτικών αντιμετώπισης στην εργασιακή παρενόχληση.	Νοσηλευτές	Τα στοιχεία υποδηλώνουν τη σημασία των στρατηγικών υλοποίησης. Η συμμετοχή των managers και οι σχέσεις με τα μέλη του προσωπικού και η παρουσία δέσμευσης για θετική αλλαγή συμπεριφοράς πριν από την εμφάνιση περιστατικών παρενόχλησης είναι παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν στην επιτυχή εφαρμογή πολιτικών για την παράπλευρη παρενόχληση.	Όχι	Όχι
44. Waschgler, Ruiz-Hernández et al., 2013	Εξετάζει την εργασιακή παρενόχληση της υγειονομικής περίθαλψης για να αποκτήσουν ένα σύντομο και εύχρηστο όργανο για την αξιολόγηση αυτού του ψυχοκοινωνικού κινδύνου.	Νοσηλευτές	Τόσο το ερωτηματολόγιο που προέκυψε όσο και οι παράγοντες που εντοπίστηκαν παρουσιάζουν επαρκείς ψυχομετρικές ιδιότητες: υψηλή εσωτερική συνοχή (Cronbach's of .86) και επαρκή εγκυρότητα κριτηρίων, που αναλύεται μέσω σημαντικών συσχετισμών μεταξύ του HABS-CS και ικανοποίησης από την εργασία. Το μέσο αυτό μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμο για την αξιολόγηση και την πρόληψη των ψυχοκοινωνικών κινδύνων.	Όχι	Όχι
45. Hutchinson, Vickers, Wilkes et al., 2009	Αυτή η ποιοτική μελέτη αναφέρει τις εμπειρίες των νοσηλευτών που αντιμετωπίζουν την	Νοσηλευτές	Η μελέτη αμφισβητεί την υπόθεση ότι η παρενόχληση μπορεί κατά κύριο λόγο να θεωρηθεί ως μια σειρά μεμονωμένων γεγονότων που προέρχονται από διαπροσωπικές συγκρούσεις, οργανωτικές πιέσεις ή κακό σχεδιασμό εργασίας. Η διαφθορά σε οργανισμούς δεν έχει συνδεθεί ή συγκριθεί με την	Όχι	Όχι

	παρενόχληση στο χώρο εργασίας.		παρενόχληση. Τα ευρήματα της μελέτης μας προσφέρουν σημαντικές επιπτώσεις στη διαχείριση του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας ως σοβαρή και διεφθαρμένη δραστηριότητα.		
46. Fujishiro, Gee et al., 2011	Σχέση μεταξύ επιθετικότητας και ευεξία που σχετίζεται με την εργασία μεταξύ των νοσηλευτών στις Φιλιππίνες	Νοσηλευτές	Η επιθετικότητα στο χώρο εργασίας συνδέθηκε με αυξημένους κινδύνους κακής γενικής υγείας που σχετίζονται με την εργασία μεταξύ των νοσηλευτών στις Φιλιππίνες.	Όχι	Όχι
