

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, ΛΑΡΙΣΑΣ**



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**« ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ »**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**“ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ  
MOBBING) ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΕΝΟΣ  
ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ”**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ : ΑΘΗΝΑ ΚΑΡΑΪΣΚΟΥ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : Δρ. ΣΔΡΟΛΙΑΣ ΛΑΜΠΡΟΣ**

## ΛΑΡΙΣΑ

### ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2019-2020

*«Δηλώνω υπεύθυνα ότι η συγκεκριμένη μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία για τη λήψη του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών του ΠΜΣ Πλήρους Φοίτησης του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας : « Διερεύνηση του συνδρόμου mobbing και της ποιότητας ζωής των εργαζομένων σ' ένα Δημόσιο Νοσοκομείο » έχει συγγραφεί από εμένα προσωπικά και δεν έχει υποβληθεί*

ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό. Η εργασία αυτή έχοντας εκπονηθεί από εμένα, αντιπροσωπεύει τις προσωπικές μου απόψεις επί του θέματος και το κείμενο είναι γραμμένο με τα δικά μου λόγια και δεν αποτελεί προϊόν λογοκλοπής από τρίτες πηγές. Οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης διπλωματικής αναφέρονται στο σύνολό τους, δίνοντας πλήρεις αναφορές στους συγγραφείς, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο».

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ολοκληρώνοντας τις σπουδές μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «**Δημόσια Διοίκηση και η Τοπική Αυτοδιοίκηση**» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές μου για τη μεταφορά των γνώσεων τους στην οργάνωση, τη διοίκηση, τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, καθώς και στις εκ του νόμου διαδικασίες, πρακτικές και πολιτικές που απαιτούνται για την αποτελεσματική διεκπεραίωση των έργων που ανατίθενται σ' ένα στέλεχος που ασχολείται με τη Δημόσια Διοίκηση ή την Τοπική Αυτοδιοίκηση.

Η παρούσα μελέτη διερευνά την εργασιακή κακοποίηση, μετρώντας διαφορετικούς τύπους αρνητικών και ανεπιθύμητων ενεργειών στον εργασιακό χώρο όπως τον άμεσο και έμμεσο εργασιακό εκφοβισμό αλλά και τη συσχέτισή τους με την ποιότητα ζωής του ανθρώπινου δυναμικού ενός δημόσιου οργανισμού.

Κλείνοντας αυτή τη σύντομη εισαγωγή, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά και να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου σε όσους με βοήθησαν και μου συμπαραστάθηκαν στην εκπόνηση αυτής της διδακτορικής διατριβής.

Ιδιαίτερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. **Σδρόλια Λάμπρο**, Καθηγητή του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας, επιβλέποντα της διπλωματικής μου εργασίας, για την αμέριστη συμπαράσταση του και την πολύπλευρη στήριξή του κατά τη διάρκεια της εκπόνησής της. Τον ευχαριστώ πολύ και είναι αναμφισβήτητη τιμή για μένα η συνεργασία μ' έναν τόσο χαρισματικό μέντορα.

Επίσης, να ευχαριστήσω τους κ. **Α. Κουστέλιο**, Καθηγητή Οργάνωσης-Διοίκησης Αθλητισμού & Αναψυχής, Τ.Ε.Φ.Α.Α., του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και τον κ. **Δ. Μπελιά**, Επιστημονικός Συνεργάτης στο ΠΜΣ, Διδάκτορα Οργανωσιακής Συμπεριφοράς και Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού, ΣΕΦΑΑ, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, συνεπιβλέποντες και μέλη της τριμελούς επιτροπής αξιολόγησης της

διπλωματικής μου, για την ενθάρρυνσή τους, την αμέριστη συμπαράστασή τους και τη θετική τους συμβολή.

Για τη συλλογή των δεδομένων της παρούσας έρευνας θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στη Διοίκηση και στην Επιστημονική Επιτροπή του Γ.Ν. Λάρισας για τη βοήθειά τους στην πραγματοποίηση της έρευνας αλλά κυρίως τους εργαζόμενους του Γ.Ν.Λ. (Διοικητική, Ιατρική και Νοσηλευτική Υπηρεσία) για την αρωγή τους και το χρόνο τους, στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου της έρευνας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και κυρίως τη μητέρα μου, για την υποκίνηση, την συμπαράστασή και την υπομονή που επέδειξε, όχι μόνο κατά την συγγραφή της διπλωματικής εργασίας, αλλά κατά την διάρκεια ολόκληρου του μεταπτυχιακού προγράμματος.

**ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ :** Κοινωνιολογική Προσέγγιση Επιχειρήσεων και Οργανισμών

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή :** Το σύνδρομο mobbing είναι ένα από τα πιο σοβαρά αρνητικά φαινόμενα που αναπτύσσεται τα τελευταία χρόνια στον εργασιακό χώρο. Μπορεί να δημιουργήσει σοβαρά αρνητικά αποτελέσματα τόσο στην υγεία και την ποιότητα ζωής των εργαζομένων, όσο και στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητά τους και κατά συνέπεια στη λειτουργία του οργανισμού.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του συνδρόμου mobbing και της ποιότητας ζωής, στο ανθρώπινο δυναμικό του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.

**Υλικό- Μέθοδος :** Διανεμήθηκαν 120 ανώνυμα ερωτηματολόγια και επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 103 (ποσοστό ανταπόκρισης 85,83%) από του εργαζόμενους στη διοικητική, νοσηλευτική και ιατρική υπηρεσία του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Για τη διερεύνηση του συνδρόμου mobbing χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο αρνητικών συμπεριφορών Negative Act Questionnaire- NAQ (Kakoulakis et al., 2015) και για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EuroQoL-5D (Kontodimopoulos et al., 2008). Παράλληλα δημιουργήθηκε ένα έντυπο καταγραφής των κοινωνικών, δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 24.0. Εφαρμόστηκαν μέθοδοι Περιγραφικής και Επαγωγικής Στατιστικής και η στατιστική σημαντικότητα ορίστηκε στο 0,05 ( $p < 0,05$ ).

**Αποτελέσματα:** Το 59,2% ήταν γυναίκες και η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 38-47 ετών (41,7%). Το 48,5% των συμμετεχόντων στη μελέτη είχαν πέσει θύμα mobbing. Οι πιο συχνά αναφερόμενες συμπεριφορές

εκφοβισμού που βίωναν καθημερινά οι συμμετέχοντες ήταν η “έκθεση σε υπερβολικό φόρτο εργασίας” το 39,8% του δείγματος, “ανάθεση δουλειάς ξεκάθαρα κατώτερης του επιπέδου των ικανοτήτων τους” το 30,1% και “δέχομαι πίεση στο να μην απαιτώ κάτι το οποίο δικαιούμαι” το 29,1%. Οι συμμετέχοντες με ηλικία άνω των 57 ετών είχαν σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία NAQ ( $p=0,05$ ), οι γιατροί [20,4 ( $\pm 8,2$ )] και οι διοικητικοί υπάλληλοι [20,3 ( $\pm 8,5$ )] είχαν σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία από τους πτυχιούχους νοσηλευτές [16,7 ( $\pm 6,3$ )] στην υποκλίμακα εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία ( $p=0,05$ ). Οι άγαμοι είχαν σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία στις ερωτήσεις «Σας υπενθυμίζονται συνεχώς τα λάθη και οι παραλείψεις σας» ( $p=0,038$ ) και «Η γνώμη και οι απόψεις σας αγνοούνται» ( $p=0,047$ ) σε σχέση με τους συμμετέχοντες που ήταν παντρεμένοι, χωρισμένοι ή χήροι. Στη συσχέτιση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με το EQ-5D-index, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με την ηλικία ( $p=0,018$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,05$ ) και τον αριθμό των παιδιών ( $p=0,023$ ). Τέλος στη συσχέτιση της υποκλίμακας NAQ «Εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία» και της EQ-VAS (Συνοπτικός δείκτης αυτοεκτίμησης της υγείας) ( $\rho=-0,368$ ,  $p\leq 0,001$ ) και του EQ-5D-index (Επίπεδο υγείας) ( $\rho=-0,377$ ,  $p\leq 0,001$ ) βρέθηκε ότι υπάρχει αρνητική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνεται η βαθμολογία της υποκλίμακας NAQ «Εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία», η βαθμολογία του EuroQoL-5D (Γενική κλίμακα υγείας) μειώνεται.

**Συμπεράσματα:** Το σύνδρομο Mobbing είναι υπαρκτό στους εργαζόμενους του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, με επιπτώσεις σε ατομικό, κοινωνικό αλλά κυρίως εργασιακό επίπεδο, επηρεάζοντας τη λειτουργία και την αποτελεσματικότητα του ίδιου του οργανισμού. Η διοίκηση του νοσοκομείου απαιτείται να λάβει μέτρα για την ενίσχυση των εργαζομένων σε επίπεδο οργανισμού αλλά και ατομικά, ενεργοποιώντας τα μέτρα πολιτικής προστασίας και ενημερώνοντας τους εργαζόμενους σχετικά με την εργασιακή παρενόχληση και την πρόληψή της.

**Λέξεις κλειδιά :** Σύνδρομο mobbing, ηθική παρενόχληση, σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, εργαζόμενοι σε δημόσιο νοσοκομείο.

## ABSTRACT

**Introduction:** Mobbing syndrome is one of the most serious adverse effects that is developing in recent years in the workplace. It can have serious adverse effects on both the health and quality of life of employees and on their effectiveness and efficiency and consequently on the functioning of the organization.

**Purpose:** The purpose of this study was to investigate the mobbing syndrome and quality of life in the human resources of Larissa General Hospital.

**Material-Method:** The research was based on the distribution of 120 anonymous questionnaires and the completion of 103 (85.83% response rate) by the employees of the administrative, nursing and medical service of Larissa General Hospital. The Negative Act Questionnaire (NAQ) (Kakoulakis et al.,2015) was used to investigate mobbing syndrome and the Euro Qol-5D questionnaire (Kontodimopoulos et al., 2008). was used to assess quality of life. At the same time a form was created to record the socio-demographic and occupational characteristics of the sample. The statistical package SPSS 24.0 was used for statistical analysis of the data. Descriptive and Inductive Statistics methods were applied and the statistical significance was set at 0.05 ( $p < 0.05$ ).

**Results:** The rate of the participants in the study was 85,83%, 59.2% were women and the majority of participants belonged to the age group of 38-47 (41.7%). 48.5% of study participants were mobbing victims. The most frequently reported bullying behaviors experienced by the participants on a daily basis were " exposure to unmanageable workload " at 39.8% of the sample, work outsourcing 30.1% and " I

feel pressure not to demand something that I'm entitled to " 29.1%. Participants over 57 years of age had a significantly higher mean NAQ score ( $p = 0.05$ ), physicians [20.4 ( $\pm 8.2$ )] and administrators [20.3 ( $\pm 8.5$ )] had a significantly higher mean score than graduate nurses [16.7 ( $\pm 6.3$ )] on work-related subclinical bullying ( $p = 0.05$ ). Unmarried respondents scored significantly higher on the questions "You are constantly reminded of your mistakes and omissions" ( $p = 0.038$ ) and "Your opinion and opinions are ignored" ( $p = 0.047$ ) with participants who were married, separated or widows. In relation to participants' characteristics with EQ-5D-index, statistically significant difference was found with age ( $p = 0.018$ ), marital status ( $p = 0.05$ ) and number of children ( $p = 0.023$ ). Finally, the correlation between the NAQ subscale "Work-related bullying" and EQ-VAS ( $\rho = -0.368$ ,  $p \leq 0.001$ ) and the EQ-5D-index ( $\rho = -0.377$ ,  $p \leq 0.001$ ) was found to have a negative linear correlation, that is, when the NAQ subscale "Work-Related Bullying" increases, the EuroQoL-5D (General Health Scale) score decreases.

**Conclusions:** Mobbing syndrome is present in employees of the General Hospital of Larissa, affecting the individual, social, but mainly occupational level, affecting the functioning and effectiveness of the organization itself. Hospital management is required to take measures to support staff at the organization level but also individually by activating civil protection measures and informing employees of workplace harassment and prevention.

**Key Words:** mobbing syndrome, ethical harassment, health related quality of life, public hospital employees.



**ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΧΟΜΕΝΩΝ**

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT.....	7
ΠΕΡΙΧΟΜΕΝΑ.....	9
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	13

**A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ****ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ MOBBING.**

1.1. Ιστορική αναδρομή.....	15
1.2 Διαφορετικοί ορισμοί για σύνδρομο mobbing.....	16

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ MOBBING.**

2.1 Τα χαρακτηριστικά του φαινομένου mobbing .....	17
2.2 Θεωρητικά μοντέλα και στάδια του φαινομένου mobbing .....	19
2.3 Οι κατευθύνσεις του φαινομένου mobbing.....	21

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> : ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ MOBBING**

3.1 Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ( ατομική προσέγγιση).....	23
------------------------------------------------------------------	----

3.2	Κοινωνικό περιβάλλον ( κοινωνιολογική προσέγγιση ).....	26
3.3	Εργασιακό/οργανωσιακό περιβάλλον ( εργονομική προσέγγιση).....	26
3.4	Η δυναμική της ομάδας (κοινωνιολογική προσέγγιση) .....	27

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> : ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ MOBBING**

4.1	Επιπτώσεις στο θύμα .....	28
4.2	Επιπτώσεις στην κοινωνία .....	31
4.3	Επιπτώσεις στην εργασία και στον οργανισμό.....	31
4.4	Επιπτώσεις στους « μάρτυρες» ( Side-Mobbers) .....	34

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>: ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ MOBBING**

5.1	Μέτρα παρέμβασης για την πρόληψη του φαινομένου .....	35
5.2	Μέτρα παρέμβασης για την αντιμετώπιση του φαινομένου .....	36
5.3	Νομική προστασία του εργαζομένου-Νομοθετικές ρυθμίσεις σε Ευρώπη και Ελλάδα.....	40

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> : ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ MOBBING ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ**

6.1	Έρευνες σχετικά με το φαινόμενο Mobbing στον εργασιακό χώρο.....	44
6.2	Εργαλεία αξιολόγησης του φαινομένου Mobbing .....	45

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> : Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**

7.1	Εννοιολογικός προσδιορισμός της ποιότητας ζωής.....	47
-----	-----------------------------------------------------	----

7.2	Η σχέση της ποιότητας ζωής με την προσωπικότητα.....	48
7.3	Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής.....	49

## **B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup> : ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

8.1	Σκοπός της έρευνας.....	51
8.2	Πληθυσμός υπό μελέτη.....	51
8.3	Μεθοδολογία έρευνας.....	52
8.4	Ερωτηματολόγια και μεταβλητές υπό μελέτη.....	52
8.5	Στατιστική ανάλυση.....	55

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup> : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

9.1	Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	56
9.2	Αρνητικές συμπεριφορές στο εργασιακό πλαίσιο (NAQ).....	60
9.2.1	Έλεγχος αξιοπιστίας NAQ.....	60
9.2.1	Βαθμολογία συνολικού ερωτηματολογίου NAQ και υποκλιμάκων.....	61
9.2.3	Συχνότητα βίωσης αρνητικών συμπεριφορών από τους συμμετέχοντες.....	62
9.2.4	Συγχρονικές συγκρίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών δεδομένων των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου NAQ.....	64

9.2.5 Συγχρονικές συγκρίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών δεδομένων των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία κάθε ερώτησης του ερωτηματολογίου NAQ.....	71
9.3 Ποιότητα ζωής σχετιζόμενης με την υγεία (EQ-5D).....	78
9.3.1 Περιγραφικά στοιχεία EQ-5D.....	78
9.3.2 Συσχέτιση ερωτηματολογίου NAQ και EQ-5D.....	81
9.3.3 Συγχρονικές συγκρίσεις των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με το ερωτηματολόγιο EQ-5D.....	84
9.3.4 Αποτελέσματα γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το EQ-5D-index.....	88
9.3.5 Αποτελέσματα γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το EQ-VAS.....	90
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup> : ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	
10.1 Σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας με άλλες μελέτες από τη διεθνή βιβλιογραφία.....	92
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11<sup>ο</sup> : ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ –ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ –ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ</b>	
11.1 Περιορισμοί έρευνας.....	96
11.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	96
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>97</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>98</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>109</b>

**ΕΥΡΕΥΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ**

Πίνακας 1.Περιγραφή διαφορών ορισμών του εργασιακού εκφοβισμού.....16

Πίνακας 2.Παρεμβάσεις πρόληψης του φαινομένου Mobbing .....35

Πίνακας 3.Παρεμβάσεις αντιμετώπισης του φαινομένου Mobbing.....	37
Πίνακας 4. Κατανομή επιπέδων εκφοβισμού.....	54
Πίνακας 5. Κοινωνικο -δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά.....	57
Πίνακας 6: Πίνακας 6: Δημογραφικά και Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων ανά Επαγγελματικό Τίτλο.....	59
Πίνακας 7: Συγχρονικές συγκρίσεις της βαθμολογίας ερωτηματολογίου NAQ με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.....	61
Πίνακας 8: Συγχρονικές συγκρίσεις της βαθμολογίας των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου NAQ με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.....	61
Πίνακας 9: Κατανομή των συμμετεχόντων με βάσει τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και αν ήταν θύματα mobbing.....	62
Πίνακας 10 : Συχνότητα βίωσης αρνητικών συμπεριφορών με βάσει τις δηλώσεις των συμμετεχόντων .....	63
Πίνακας 11: Συγχρονικές συγκρίσεις της βαθμολογίας ερωτηματολογίου NAQ με τα χαρακτηριστικά .....	65
Πίνακας 12: Συγχρονικές συγκρίσεις της βαθμολογίας των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου NAQ με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.....	68
Πίνακας 13: Κατανομή των συμμετεχόντων με βάση τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και αν ήταν θύματα mobbing.....	70
Πίνακας14: Σχέση χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία κάθε ερώτησης του ερωτηματολογίου NAQ .....	73
Πίνακας 15: Βαθμολογία ερωτήσεων του NAQ με στατιστικά σημαντική σχέση με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.....	74
Πίνακας 16: Κατανομή των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν αντιμετώπιζαν πρόβλημα στις διαστάσεις ποιότητας του EQ-5D.....	78
Πίνακας 17 : Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία EQ-5D .....	79
Πίνακας 18 : Καταστάσεις υγείας.....	80

Πίνακας 19 : Συσχετίσεις ερωτηματολογίων NAQ και EQ-5D.....	83
Πίνακας 20: Συγχρονικές συγκρίσεις των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τις διαστάσεις ποιότητας του .....	85
Πίνακας 21 : Συγχρονικές συγκρίσεις των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τον EQ-5D-index και EQ-VAS.....	87
Πίνακας 22: Αποτελέσματα γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και του EQ-5D-index.....	89
Πίνακας 23: Μονοπαραγοντική γραμμική ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή το EQ-5D-index.	89
Πίνακας 24 : Πολυπαραγοντική γραμμική ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή το EQ-5D-index.	90
Πίνακας 25: Αποτελέσματα γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και της βαθμολογίας EQ-VAS.....	90
Πίνακας 26 : Μονοπαραγοντική γραμμική ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή το EQ-VAS .....	91
Πίνακας 27: Πολυπαραγοντική γραμμική ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή το EQ-VAS.....	91

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια στο εργασιακό περιβάλλον αναπτύσσεται ένα νέο φαινόμενο, γνωστό ως “σύνδρομο mobbing”, το οποίο απασχολεί τους μελετητές καθότι επηρεάζει την υγεία, την ασφάλεια και την αποδοτικότητα των εργαζομένων. Ο σεβασμός και η δικαιοσύνη είναι αυτά που πρέπει να κυριαρχούν σε ένα εργασιακό περιβάλλον, ώστε ο κάθε εργαζόμενος να αισθάνεται ασφάλεια και ηρεμία. Όμως πολύ συχνά κυριαρχούν υποτιμητικές και εχθρικές συμπεριφορές στο χώρο εργασίας, εκμετάλλευση του προσωπικού, απειλές και σωματική ή ψυχολογική κακοποίηση, τόσο στους δημόσιους όσο και στους ιδιωτικούς οργανισμούς (Einarsen, 2000).

Ως βία ορίζεται η σκόπιμη χρήση της φυσικής δύναμης ενός ατόμου, είτε ως απειλή είτε ως πράξη εναντίον ενός άλλου ατόμου ή μιας ομάδας, η οποία προκαλεί σωματική βλάβη, ψυχολογικές διαταραχές ή ακόμη και το θάνατο. Εμφανίζεται σε κάθε ηλικία, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το επίπεδο μόρφωσης, το θρησκευτικό και σεξουαλικό προσανατολισμό και το εργασιακό περιβάλλον (Campo & Klijjn, 2017).

Το σύνδρομο αφορά την κατ' επανάληψη υβριστική συμπεριφορά, η οποία εκδηλώνεται με εκφοβιστικές ενέργειες, λόγια ή τρόπους οργάνωσης της εργασίας και στοχεύει στη διαμόρφωση ενός εχθρικού, ταπεινωτικού περιβάλλοντος που προσβάλλει την προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια ή τη σωματική-ψυχική ακεραιότητα του εργαζομένου, προκειμένου να προκαλέσει την παραίτησή του (Σάκουλα, Μπελαλή & Σταθαρού, 2014).

Ένας από τους παράγοντες που επιβαρύνουν, μεταξύ άλλων, την ποιότητα των συνθηκών εργασίας είναι η ύπαρξη ηθικής παρενόχλησης 'σύνδρομο mobbing'. Το φαινόμενο αυτό θεωρείται μια από τις πιο σοβαρές μορφές παρενόχλησης στο χώρο εργασίας (Zarf, 1999) με επιπτώσεις στην ψυχική, σωματική και κοινωνική υγεία των εργαζομένων και κατ' επέκταση στην ποιότητα ζωής τους, αλλά και στην εύρυθμη λειτουργία και αποτελεσματικότητα του οργανισμού (Κοϊνης & Σαρίδη, 2013).

Το σύνδρομο mobbing ερευνήθηκε για πρώτη φορά από τον Γερμανό ψυχολόγο Heinz Leymann τη δεκαετία του 1980, στο πλαίσιο των μελετών του αναφορικά με την ψυχολογική βία στο εργασιακό περιβάλλον (Leymann, 1990). Κατά τον Leymann παρενόχληση είναι 'η συστηματική και διαρκής ψυχολογική επίθεση που δέχονται οι εργαζόμενοι στο εργασιακό περιβάλλον από τους ιεραρχικά ανωτέρους ή τους συναδέλφους τους. Οι επιθετικές συμπεριφορές στοχεύουν στην ταπείνωση του θύματος, σε πλήγμα της αξιοπρέπειάς του και μπορούν να το οδηγήσουν στην απομόνωση από τον εργασιακό χώρο. Αποτελούν ένα σοβαρό και αυξανόμενο πρόβλημα που επηρεάζει σε σημαντικό ποσοστό έναν οργανισμό (Leymann, 1996). Πρόκειται επίσης για ένα κοινωνικό πρόβλημα που πολλοί εργαζόμενοι έχουν αντιμετωπίσει κάποια στιγμή στην καριέρα τους (Κοϊνης, Α., Βελονάκης, Ε., Τζαβέλλα, Φ., Τζιαφέρη, Σ., 2016).

Οι επιπτώσεις του συνδρόμου mobbing δεν αφορούν μόνο το άτομο το οποίο τις βιώνει αλλά επηρεάζουν ταυτόχρονα και το οικογενειακό και το εργασιακό περιβάλλον (Chapell & Di Martino, 2006). Το σύνδρομο mobbing έχει αρνητικές επιδράσεις στην παραγωγικότητα και στην αποδοτικότητα του οργανισμού. Τα θύματα είναι συνήθως γυναίκες και στο ρόλο του θύτη τις περισσότερες φορές βρίσκονται οι προϊστάμενοι του οργανισμού. Η έκθεση σε συμπεριφορές mobbing συνδέεται με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, χαμηλής αυτοεκτίμησης και έλλειψη εμπιστοσύνης (Einarsen, S., Skogstad, A., Rørvik, E., Lande, Å. B., & Nielsen, M. B., 2016).

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι το σύνδρομο mobbing εμφανίζεται σε εργασιακά περιβάλλοντα σε όλο τον κόσμο (Yildirim & Yildirim, 2007). Λόγω της ποικιλομορφίας της ψυχολογικής βίας και της διαφορετικότητας των περιπτώσεων, τα τελευταία τριάντα χρόνια στη διεθνή βιβλιογραφία χρησιμοποιούνται διάφοροι όροι όπως ‘bullying’, ψυχολογική παρενόχληση, καταχρηστική συμπεριφορά, συναισθηματική κακοποίηση, επιθετικότητα στο χώρο εργασίας. Μερικές φορές οι όροι αυτοί χρησιμοποιούνται είτε εναλλακτικά έχοντας την ίδια σημασία, είτε για να περιγράψουν διαφορετικές έννοιες (Τούκας, Δ., Δεληγάς, Μ., & Καραγεωργίου, Α., 2012).

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του συνδρόμου mobbing στους εργαζομένους του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας και η συσχέτισή του με την ποιότητα ζωής των εργαζομένων. Αναδεικνύονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του φαινομένου στο ανθρώπινο δυναμικό και κατ’ επέκταση στον ίδιο τον οργανισμό ώστε να ληφθούν μέτρα πρόληψη και αντιμετώπισης αυτών.

## **A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ MOBBING**

#### **1.1 Ιστορική αναδρομή.**

Ο όρος ‘mobbing’ χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 19<sup>ο</sup> αιώνα από Άγγλους βιολόγους για να περιγράψουν την αμυντική συμπεριφορά των πτηνών που προστατεύουν τη φωλιά τους από τα αρπακτικά. Το 1960 ξαναχρησιμοποιείται ο όρος



αυτός από τον ηθολόγο Konrad Lorenz στο βιβλίο του ‘Επιθετικότητα’ προκειμένου να περιγράψει την επιθετική συμπεριφορά μιας ομάδας μικρών ζώων έναντι ενός άλλου μεγαλύτερου μεγέθους (Τούκας κ.α., 2012).

Κατά τη δεκαετία του 1970 οι κοινωνικές και νομικές επιστήμες εντάσσουν στην ορολογία τους την έννοια της παρενόχλησης, χρησιμοποιώντας διαφορετική ονομασία ανάλογα με την παράδοση και την κουλτούρα κάθε χώρας και επιστήμης. Στις σκανδιναβικές χώρες χρησιμοποιείται ο όρος ‘mobbing’, ενώ στις αγγλοσαξονικές ο όρος ‘bullying’ (Σπυριδάκης, 2009). Το 1972 ο Σουηδός γιατρός Peter-Paul Heinemann χρησιμοποιεί τον όρο ‘mobbing’ για να περιγράψει την εχθρική συμπεριφορά ορισμένων παιδιών έναντι άλλων παιδιών στο σχολείο (Juvonen & Graham (2001).

Το 1976 ο Αμερικανός ψυχίατρος Brodsky στο βιβλίο του που πραγματευόταν τον ‘παρενοχλούμενο εργάτη’ (harassed worker) κάνει για πρώτη φορά αναφορά στο σύνδρομο mobbing στον εργασιακό χώρο. Παρουσιάζει το σύνδρομο ως εργασιακό ατύχημα και ως απόρροια των πολλών ωρών απασχόλησης, του στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης, χωρίς να προχωρήσει σε περεταίρω ανάλυσή τους (Brodsky, 1976).

Τη δεκαετία του 1980 ο Γερμανός ψυχολόγος Heinz Leymann χρησιμοποιεί τον όρο ‘mobbing’ στο χώρο εργασίας για να περιγράψει αυστηρές μορφές παρενόχλησης στους οργανισμούς. Σύμφωνα με αυτόν, το ‘σύνδρομο mobbing’ εκφράζει συχνές επαναλαμβανόμενες εχθρικές συμπεριφορές στο χώρο εργασίας, με στόχο συστηματικά το ίδιο άτομο (Leymann, 1996).

## **1.2 Διαφορετικοί ορισμοί για σύνδρομο mobbing.**

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι όροι για να περιγράψουν τον εργασιακό εκφοβισμό όπως bulling, harassment, psychological harassment, emotional abusive, workplace aggression, abusive behavior, mobbing, victimization, (Gök,2011 Τούκας κ.α., 2012) οι οποίοι αναφέρονται σχεδόν στο ίδιο φαινόμενο, με μια κοινή όμως διάσταση τις ‘επαναλαμβανόμενες και διαρκείς αρνητικές συμπεριφορές’ (Einarsen, 2010).

Οι όροι mobbing και bullying διαφέρουν ως προς τις διαφορετικές καταστάσεις ψυχολογικής βίας. Το mobbing περιγράφει καταστάσεις στις οποίες μια ομάδα ατόμων εμφανίζει αρνητική συμπεριφορά απέναντι σε ένα άλλο άτομο ενώ το bullying περιγράφει αρνητικές συμπεριφορές που τις προκαλεί μόνο ένας υπαίτιος. Σε αντίθεση με την σωματική επίθεση (bullying), το mobbing χαρακτηρίζεται από περισσότερο εκλεπτυσμένες συμπεριφορές, όπως η κοινωνική απομόνωση του θύματος.

Επιπλέον ο Leymann συμπλήρωσε πως στις Αγγλόφωνες χώρες, στις Νοτιοευρωπαϊκές χώρες και στην Τουρκία χρησιμοποιείται ο όρος bullying, ενώ στις γερμανόφωνες χώρες και στις Σκανδιναβικές προτιμάται ο όρος mobbing. Στην Β. Αμερική το φαινόμενο mobbing περιγράφεται χρησιμοποιώντας μεγάλη ποικιλία ορισμών όπως είναι οι employee abuse, workplace aggression, victimization, interpersonal incivility (Chirila & Constantin, 2013).

Στον **πίνακα 1**, παρουσιάζονται οι διαφορετικοί ορισμοί που έχουν χρησιμοποιηθεί από τους ερευνητές και η σημασία τους.

**Πίνακας 1. Περιγραφή διαφόρων ορισμών του εργασιακού εκφοβισμού**

A/A	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ	ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ	ΟΡΟΙ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ
1.	Επαναλαμβανόμενες προσπάθειες ενός ατόμου να βασανίσει ένα άλλο προκαλώντας του αγανάκτηση, φθορά μέσω της πίεσης του εκφοβισμού ώστε να προκαλέσει δυσφορία σε ένα άλλο άτομο.	BRODSKY (1976)	Harassment
2.	Ατομικά ή ομαδικά τα άτομα γίνονται αποδέκτες αρνητικών ενεργειών από ένα ή περισσότερα άτομα σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο.	THYLEFORS (1987)	Scapegoating
3.	Η επικοινωνία από ένα ή περισσότερα άτομα εναντίον ενός ατόμου-στόχου είναι εχθρική και ανέντιμη.	LEYMANN (1990)	Mobbing/Psychological Terror
4.	Συνεχής, σκόπιμη και κακεντρεχή συμπεριφορά του εργοδότη ή του προϊσταμένου με σκοπό την πραγματική διάλυση του εαυτού.	WILSON (1991)	Workplace Trauma
5.	Κριτική επίμονη, υβριστικά σχόλια τα οποία ταπεινώνουν και εξευτελίζουν το άτομο σε δημόσιο ή ιδιωτικό χώρο.	ADAMS (1992)	Bulling

6.	Συμπεριφορά εχθρική ενός ή περισσότερων ατόμων εναντίον ενός άλλου που δεν έχει σεξουαλικό ή φυλετικό περιεχόμενο και στοχεύει στο να βλάψουν ηθικά ή υλικά με ύπουλο, μεθοδικό και επίμονο τρόπο το άτομο-στόχο, ώστε να βεβαιωθούν ότι συμμορφώνεται με τους άλλους.	KEASLY, TROTT & Mac LEAN (1994), KEASHLY (1998)	Emotional Abuse
7.	Παρενόχληση, προσβολή με αποτέλεσμα τον κοινωνικό αποκλεισμό του ατόμου ή άρνηση ανάθεσης εργασιών στο άτομο, το οποίο στο τέλος μένει αβοήθητο.	ZAPF ( 1999)	Mobbing
8.	Διαρκείς, αρνητικές ενέργειες εναντίον ενός ατόμου, οι οποίες είναι επίμονες και έχουν ως σκοπό να δημιουργήσουν εχθρικό κλίμα στην εργασία. Τα θύμα αντιμετωπίζει δυσκολία στο να υπερασπίσει τον εαυτό του.	SALIN (2001)	Bulling

Πηγή : Chirila & Constantin, 2013, Einarsen, 2000.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ MOBBING

### 2.1 Τα χαρακτηριστικά του φαινομένου mobbing.

Το φαινόμενο mobbing περιλαμβάνει διενέξεις και συγκρούσεις, στις οποίες το άτομο στιγματίζεται και καταπατώνται τα ατομικά του δικαιώματα. Εάν η κατάσταση αυτή συνεχιστεί για χρόνια τότε το άτομο αναγκάζεται να αφήσει την εργασία του ή να αποβληθεί και αυτή και αυτό έχει αρνητική επίδραση στη μελλοντική του καριέρα λόγω των ψυχολογικών τραυμάτων και της φοβίας που του έχει δημιουργηθεί.

Ο Leymann το 1996 ταξινόμησε τους διάφορους τύπους συμπεριφορών σε πέντε μεγάλες κατηγορίες, ανάλογα με τις επιδράσεις τους στην ικανότητα του θύματος :

1. Επιδράσεις στην επικοινωνία και στην έκφραση του θύματος σε ικανοποιητικό βαθμό στον επαγγελματικό του χώρο. Η ηγεσία το αναγκάζει να σιγήσει μέσω λεκτικών απειλών και δράσεων, δεν του δίνει το περιθώριο επικοινωνίας, με σκοπό την απόρριψη του.

2. Επιδράσεις στις κοινωνικές επαφές του θύματος. Οι συνάδελφοι σταματούν την επικοινωνία ή η ηγεσία υποχρεώνει το θύμα γι' αυτό ,ακόμα και με χωροταξική απομόνωση του θύματος από τους άλλους.
3. Επιδράσεις στη διατήρηση της προσωπικής του υπόληψης. Οι συνάδελφοι του τον γελοιοποιούν και τον κοροϊδεύουν για τα μειονεκτήματά του και διαδίδουν φήμες για το θύμα.
4. Επιδράσεις στη διατήρηση της επαγγελματικής του κατάστασης. Η ηγεσία δεν του αναθέτει καθήκοντα ή του δίνονται καθήκοντα ελάχιστης σημασίας.
5. Επίδραση στη διατήρηση της φυσικής του κατάστασης και της υγείας του. Το θύμα δέχεται σωματικές απειλές και επιθέσεις ή σεξουαλική παρενόχληση .

Σύμφωνα με τους Jasirovic-Jelic et al, το 2005, οι πιο χαρακτηριστικές συμπεριφορές του mobbing περιλαμβάνουν:

- Συνεχόμενη διακοπή του λόγου .
- Παράβλεψη της ύπαρξής του.
- Κοινωνικός αποκλεισμός από διάφορες συναθροίσεις.
- Διακοπή της συζήτησης των συναδέλφων μόλις το θύμα εισέλθει στο χώρο.
- Χωροταξική απομάκρυνση του θύματος.
- Του ανατίθενται καθήκοντα μικρότερης σημασίας σε σχέση με τα προσόντα που διαθέτει.
- Απόκρυψη σημαντικών πληροφοριών.
- Χλευασμός του θύματος για την εμφάνιση του ή την προσωπική του ζωή.
- Διάδοση φημών οι οποίες κάνουν το θύμα να ντρέπεται.
- Σεξουαλική παρενόχληση του θύματος.

## 2.2 Θεωρητικά μοντέλα και στάδια του φαινομένου mobbing .

Διάφοροι ερευνητές έχουν προτείνει διαφορετικά μοντέλα για την αξιολόγηση και τη σταδιοποίηση του φαινομένου mobbing έτσι ώστε να διευκολυνθεί αποτελεσματικά η αντιμετώπιση του.

### ► ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ LEYMANN

Το μοντέλο του Leymann (1996), διαχωρίζει τη διαδικασία σε πέντε στάδια με στόχο μια πιο λεπτομερή ανάλυση (Τούκας κ.α., 2012).

**Πρώτο στάδιο:** Χαρακτηρίζεται από οποιοδήποτε είδος σύγκρουσης ή κριτική. Εάν ο οργανισμός διαθέτει αποτελεσματικές στρατηγικές επίλυσης συγκρούσεων τότε η σύγκρουση επιλύεται με διαβούλευση με τους συνάδελφους για εύρεση κοινού σημείου. Εάν ο οργανισμός δε διαθέτει αποτελεσματικούς μηχανισμούς επίλυσης συγκρούσεων, τότε αυτή η «σκόπιμη» σύγκρουση παραμένει, συσσωρεύεται και γίνεται κρίσιμο ζήτημα. Σε σύντομο χρονικό διάστημα οι συνάδελφοι του αρχίζουν να επιβεβαιώνουν τη φήμη για αυτό το ζήτημα καθώς σχηματίζουν γνώμη για το θύμα και πιστεύουν ότι κάτι πρέπει να γίνει για να αποτραπεί η κατάσταση (Garvois, 2006; Leymann, 1996).

**Δεύτερο στάδιο:** Περιλαμβάνει τον αποκλεισμό του ατόμου από την ομάδα, την καθυστέρηση ή την αναβολή συγκεκριμένων καθηκόντων του θύματος, την ανάθεση ανιαρών καθηκόντων, την παροχή ανεπαρκούς πληροφόρησης ή παραπληροφόρησης στο θύμα. Παρατηρούνται επίσης επιθετικοί χειρισμοί και πράξεις, ψυχολογικές προσβολές με κλιμακούμενη απομόνωση του θύματος (Davenport et al., 1999; Garvois, 2006; Leymann, 1996).

**Τρίτο στάδιο:** Στο στάδιο αυτό εμπλέκεται η διεύθυνση του οργανισμού η οποία δεν είχε άμεση εμπλοκή στη δεύτερη φάση, αλλά ούτε και πλήρη ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση. Επιπλέον επειδή έχει περάσει ένα χρονικό διάστημα μεταξύ της πρώτης και της τρίτης φάσης και η πλειοψηφία των συναδέλφων συμφωνούν ότι φταίει το θύμα, η διεύθυνση κρίνει λανθασμένα την κατάσταση και είναι πολύ πιθανόν να πάρει λάθος απόφαση εναντίον του θύματος. Μετά την εμπλοκή της διεύθυνσης το κρίσιμο ζήτημα μεταμορφώνεται σε ένα κρίσιμο πρόβλημα και θα πρέπει να απαλλαγεί από το πρόβλημα ή από το ίδιο το θύμα (Leymann, 1996).

**Τέταρτο στάδιο:** Στο στάδιο αυτό το θύμα κατηγορείται για προβληματική προσωπικότητα, ότι υπάρχει δυσκολία στη συνεργασία μαζί του ή ακόμη ότι είναι διανοητικά ασταθές. Σκοπός, είναι η παραπλάνηση της διεύθυνσης ώστε να επιταχυνθεί η διαδικασία και να καταλήξει είτε σε απόλυση είτε σε υποχρεωτική μετακίνηση του θύματος. Η διαδικασία του «φαινομένου mobbing» ολοκληρώνεται με την αποχώρηση του θύματος το οποίο παρότι μπορεί να αποδείξει σε όλους στον οργανισμό ότι έχει δίκαιο δεν επιθυμεί να παραμείνει σε τέτοιο αρνητικό και επικίνδυνο εργασιακό περιβάλλον. Δυστυχώς, από την άλλη πλευρά, οι ψυχολογικές

και σωματικές βλάβες παραμένουν στο θύμα μετά τη φυγή του ή την απόλυση του. Οι θύτες (mobbers) συνεχίζουν να παρενοχλούν τα θύματα δυσφημίζοντας και προκαλώντας ζημιά στην εικόνα του στην αγορά εργασίας για να δικαιολογήσουν ή να νομιμοποιήσουν την ορθότητα των δικών τους αποφάσεων (Leymann, 1996, Davenport et al.,1999).

### ► ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ EGE

Ο Ege το 1996 αναφέρει ότι το μοντέλο των φάσεων του Leymann δεν ισχύει στην περίπτωση του μεσογειακού νότου (Ιταλία) λόγω της διαφορετικής κουλτούρας και προχωρά προσθέτοντας ακόμα δύο στάδια. Αναφέρεται αρχικά στη μηδενική κατάσταση, ένα γενικότερο πολιτισμικό πλαίσιο που υφίσταται στη νότια και όχι στη βόρεια Ευρώπη όπου ο καβγάς, ο ανταγωνισμός και οι διαμάχες είναι στην ημερήσια διάταξη της καθημερινότητας, δημιουργώντας ευνοϊκό έδαφος για την άσκηση παρενόχλησης. Ακολουθεί η πρώτη φάση της στοχοποιημένης διαμάχης, και η δεύτερη φάση στην οποία εκδηλώνεται η παρενόχληση. Στην τρίτη φάση εμφανίζονται τα πρώτα ψυχοσωματικά συμπτώματα ενώ στην τέταρτη φάση παρεμβαίνει η διοίκηση. Ακολουθώντας στην πέμπτη φάση η ψυχοσωματική κατάσταση του εργαζομένου χειροτερεύει, ο οποίος τίθεται σε φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική αγωγή και τέλος στην έκτη φάση ο εξοστρακισμός. Το θύμα σ' αυτό το στάδιο αναγκάζεται συνήθως να εγκαταλείψει την εργασία του, είτε διάμεσου της παραίτησης ή της πρόωρης συνταξιοδότησης. Είναι επίσης πολύ πιθανόν να οδηγηθούν στην αυτοκτονία (Ege, 1996 · Σπυριδάκης,2009 · Leymann, 1996).

### ► ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ EINARSEN

Ο Einarsen το 1999, στηριζόμενος σε εμπειρικές έρευνες που διεξήγαγε στην Νορβηγία χωρίζει την παρενόχληση σε τέσσερα στάδια. Αρχικά υπάρχει η εχθρική συμπεριφορά προς ένα ή περισσότερα άτομα. Ακολουθεί το δεύτερο στάδιο που αφορά το μαζικό χλευασμό αφού «αποδεικνύεται» ότι ο παρενοχλούμενος δεν είναι σε θέση να υπερασπιστεί τον εαυτό του από τις επιθέσεις που δέχεται. Το γεγονός

αυτό δημιουργεί το υπέδαφος δημιουργίας στιγματισμού που αποτελεί το τρίτο στάδιο και τέλος ακολουθεί το τέταρτο στάδιο, το τραυματικό βίωμα, όπου ο παρενοχλημένος υφίσταται τις σωματικές ή και τις ψυχικές συνέπειες της διαδικασίας αυτής (Einarsen, 1999).

### 2.3 Οι κατευθύνσεις του φαινομένου mobbing.

► **Κάθετο mobbing ( Κατιούσα ή κάθετη μορφή )** : Η κάθετη παρενόχληση είναι η πιο συνηθισμένη μορφή και μπορεί να προέρχεται από τους προϊσταμένους στους υφισταμένους. Εμφανίζεται στην περίπτωση που η ψυχολογική βία ασκείται από την ανώτερη ιεραρχική βαθμίδα προς ένα άλλο άτομο κατώτερης βαθμίδας. Ο δράστης/θύτης καταχράται την τυπική ή άτυπη εξουσία του με σκοπό να προσβάλει και να εκφοβίσει τον αποδέκτη, είτε λόγω του αισθήματος ανεπάρκειας και ανασφάλειας που έχει ο ίδιος και του φόβου του να χάσει τον «έλεγχο», είτε γιατί αισθάνεται «απειλή» από την παρουσία ενός πολύ ικανού και αποδοτικού εργαζόμενου στο τμήμα του, ο οποίος μπορεί να έχει και ψηλότερα τυπικά προσόντα από τον ίδιο (Ferrari, 2004; Salin, 2001). Όταν ο προϊστάμενος απαιτεί τυφλή υποταγή από τον υφιστάμενο, ενώ το άτομο που δεν το αποδέχεται τότε γίνεται στόχος, ενώ τα άτομα που θέλουν να είναι αρεστά στον προϊστάμενο και φοβούνται την αντίδρασή του σε περίπτωση διαφωνίας, συντάσσονται με την συμπεριφορά του . Επίσης μπορεί να εμφανιστεί με την μορφή των υπερβολικών απαιτήσεων του προϊσταμένου από τους εργαζομένους με σκοπό τον εξαναγκασμό σε παραίτηση ενός ή περισσοτέρων εργαζομένων, ιδίως σε περιόδους διαρθρωτικών αλλαγών όπως οι συγχωνεύσεις και οι ιδιωτικοποιήσεις( Τσιάμα, 2013 · Φώτης & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2010).

► **Κάθετο mobbing ( Ανιούσα ή κάθετη μορφή )** : Η κάθετη παρενόχληση σπανιότερα μπορεί να προέρχεται από τους υφισταμένους στον προϊστάμενο όταν οι εργαζόμενοι αμφισβητούν και παραβλέπουν διοικητικές εντολές του προϊσταμένου, επειδή δεν αποδέχονται τις διοικητικές μεθόδους που ακολουθεί ή προέρχεται από διαφορετικό εργασιακό χώρο ή είναι νεότερος σε ηλικία αλλά έχει πολύ περισσότερα



προσόντα από τα άτομα της ομάδας (Τσιάμα, 2013 · Φώτης & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2010).

► **Οριζόντιο mobbing** : συμβαίνει όταν τα θύματα παρενοχλούνται από συναδέλφους του ίδιου βαθμού(Τούκας κ.α.,2012). Οι αιτίες της παρενόχλησης μπορεί να είναι πολλές όπως: ανταγωνισμός, φθόνος, ρατσισμός, τοπικισμός, διαφορετικές πολιτικές απόψεις. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές μελέτες που καταδεικνύουν την ύπαρξη της οριζόντιας παρενόχλησης (Dumont et al.,2012; Curtis et al.,2007; Hutchinson et al., 2010; Mc Kenna et al.,2003; Pai, Lee, 2011;Yildirim, 2009).

► **Ομαδικό ή εξατομικευμένο mobbing** : Μια άλλη διάκριση του φαινομένου mobbing είναι σε ομαδικό, εάν η καταπίεση αφορά σε μια ομάδα εργαζομένων και εξατομικευμένο, όταν η καταπίεση αφορά σε ένα και μόνο εργαζόμενο (Τούκας κ.α., 2012).

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> : ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ MOBBING

Τα αίτια του συνδρόμου mobbing είναι πολυπαραγοντικά. Κατά τους Zapf, Knorz & Kulla, (1996) οι αιτίες οι οποίες ευθύνονται για την ηθική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο είναι το άγχος, οι επαγγελματικές δυσκολίες, οι κακές εργασιακές συνθήκες, ο φόρτος εργασίας, η αυστηρότητα των ανώτερων στελεχών, η σύγκρουση και η παρεξήγηση και τέλος οι δικαιολογημένες επιθέσεις (Zapf, Knorz & Kulla, 1996).

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται τρεις παράγοντες που συμμετέχουν στην εκδήλωση του φαινομένου mobbing. Αυτοί είναι:

- α) τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του θύματος και του θύτη,
- β) το κοινωνικό περιβάλλον και
- γ) το εργασιακό περιβάλλον με την οργάνωση της εργασίας.

#### 3.1 Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (ατομική προσέγγιση)



Υπάρχει άμεση συσχέτιση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των ατόμων με την εκδήλωση του φαινομένου mobbing. Κάποιοι εργαζόμενοι έχουν μεγαλύτερη προδιάθεση ώστε να πέσουν θύματα mobbing συγκριτικά με άλλους, γεγονός που εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους σε σχέση με το φύλο και την ηλικία (Aquino&Thau, 2009). Σύμφωνα με την ατομική προσέγγιση, ορισμένοι εργαζόμενοι έχουν μεγαλύτερη προδιάθεση να είναι δυνητικά θύματα του mobbing συγκριτικά με άλλους λόγω των χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς τους σε σχέση με το φύλο και την ηλικία (Zapf et al,1996 ; Einarsen et al, 2010; Aquino & Thau, 2009).

### ► Τα χαρακτηριστικά του θύματος

Υπάρχουν συγκεκριμένοι παράγοντες της προσωπικότητας των ατόμων που μπορούν να διαδραματίσουν ρόλο στην επιλογή του θύματος, όπως είναι άτομα με σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας και ψυχολογικά προβλήματα (κατάθλιψη, άγχος, καχυποψία, αβεβαιότητα, σύγχυση) (Mathisen et al.,2008). Επιπλέον οι μη υποστηρικτικές κουλτούρες, το εχθρικό περιβάλλον των μάντζερ και του προσωπικού είναι περισσότερο επικίνδυνες για ανώριμους υπάλληλους και άτομα με διαταραχές προσωπικότητας, περιπτώσεις στις οποίες είναι πιο πιθανόν να συμβεί εργασιακός εκφοβισμός (Duffy & Sperry, 2007). Τα χαρακτηριστικά και οι συνθήκες εργασίας είναι οι σημαντικότεροι καθοριστικοί παράγοντες του «φαινομένου mobbing» παρά τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου (Camero et al., 2010). Αντίθετα, η Hirigoyen το 2002 υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει ψυχολογικό προφίλ που προκαθορίζει ποια άτομα μπορεί να βρεθούν στην θέση του θύματος αλλά, όλα τα άτομα μπορεί να πέσουν θύματα ηθικής παρενόχλησης (Sperry et al.,2009; Hirigoyen, 2002;Cowie,et al.,2002). Παρόλο που δεν υπάρχει χαρακτηριστικό ψυχολογικό προφίλ των ατόμων που παρενοχλούνται εν τούτοις υπάρχουν επαγγελματικά πλαίσια όπου η ηθική παρενόχληση αναπτύσσεται ευκολότερα καθώς επίσης και καταστάσεις που δίνουν αφορμή για παρενόχληση οι οποίες αναφέρονται πιο κάτω:

- Άτομα που δεν έχουν τα τυπικά χαρακτηριστικά της ομάδας: Αυτή η διαφορετικότητα μπορεί αφενός να αφορά ορατές διαφορές όπως είναι το φύλο, ή το χρώμα του δέρματος και αφετέρου μπορεί να αφορά και μη

διακριτές διαφορές που δύσκολα εντοπίζονται από άλλους (Zapf et al.,2001, Zapf et al.,2003; Zapf D., EstartinJ., Einarsen S., et al., 2011).

- Τα πολύ ικανά άτομα: Ορισμένα άτομα εξαιτίας των ικανοτήτων τους υπάρχει πιθανότητα να επισκιάσουν ένα ανώτερο ή συνάδελφο τους. Οι προϊστάμενοι που δεν αισθάνονται αρκετά σίγουροι για τον εαυτό τους, φοβούνται τα πολύ ανεξάρτητα άτομα ή αυτά που έχουν έντονη προσωπικότητα ανησυχώντας μήπως τονιστεί η δική τους ανεπάρκεια (Hoel H., et al., 2003; Hoel H., 2004; Hoel H. & Einarsen S.,2009 ; Salin, 2015).
- Αυτοί που αντιστέκονται στη χειραγώγηση: Άτομα που αντιστέκονται στη κυριαρχία ενός προϊστάμενου ή συναδέλφου. Συνήθως είναι τα πολύ έντιμα άτομα, οι πολύ ευσυνείδητοι ή οι πολύ δυναμικοί εργαζόμενοι.
- Αυτοί που δεν έχουν αναπτύξει τις κατάλληλες συμμαχίες : Πρόκειται για άτομα που δεν έχουν στο εργασιακό χώρο συμμαχίες ή που δεν είναι δικτυωμένοι. Άνθρωποι μοναχικοί , εσωστρεφείς από τη φύση τους ή απομονωμένοι από το κοινωνικό περιβάλλον με δυσκολία έκφρασης, με συνεπακόλουθο την εκδήλωση αντικοινωνικής συμπεριφοράς, καθιστώντας τους ευάλωτους στους επίδοξους θύτες (Zapf, 1999).
- Οι προστατευμένοι υπάλληλοι: Άτομα που για διάφορους λόγους είναι ή θεωρούνται ότι είναι λιγότερο αποτελεσματικά όπως είναι οι έγκυοι και τα άτομα που πλησιάζουν στη συνταξιοδότηση (Coyne et al., 000).
- Τα λιγότερα αποδοτικά άτομα: Άτομα που δεν είναι αρκετά ικανά, αρκετά γρήγορα ή καθυστερούν να προσαρμοστούν εύκολα. Τα άτομα αυτά εύκολα μπορεί να τα κατηγορήσουν όχι μόνο οι ανώτεροι αλλά και οι συνάδελφοι τους, να τα απομονώσουν και στη συνέχεια να απορρίψουν αυτόν που βλάπτει την απόδοση του συνόλου.
- Άτομα που περνούν μια δύσκολη φάση: Άτομα που περνούν μια απώλεια, μια σοβαρή ασθένεια στην οικογένεια, ένα χωρισμό, με αποτέλεσμα το επαγγελματικό περιβάλλον να επωφελείται από αυτή την αδυναμία.
- Άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση: Άτομα που έχουν απόλυτη ανάγκη να αναγνωριστούν μέσω της δουλειάς τους. Τα άτομα που δεν έχουν μεγάλη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους αλλά χάρη στη δουλειά τους κατάφεραν να αναγνωριστούν αποσταθεροποιούνται όταν υποτιμηθεί η δουλειά τους. Αντίθετα, τα άτομα που δεν έχουν επενδύσει υπερβολικά στην δουλειά τους,

δε θα προσβληθούν από αυτές τις συμπεριφορές (Coyne et al.,2000 ; Harvey et al.,2006; Zapf et al.,2003).

- Η επιτακτική ανάγκη αναγνώρισης: Στις σύγχρονες συνθήκες ζωής τα άτομα είναι όλο και περισσότερα μόνα τους με αποτέλεσμα η επαγγελματική τους ζωή και η καριέρα τους να αποτελεί το σημαντικότερο μέρος της ζωής τους. Όταν όμως υπάρχει μεγάλη συναισθηματική επένδυση στην δουλειά σε περίπτωση απομάκρυνσης ή εξαίρεσης προκαλείται ψυχολογική κατάρρευση.
- Τα υπερβολικά ευσυνείδητα και αφοσιωμένα άτομα: Τα πολύ αφοσιωμένα άτομα στη δουλειά τους, με πολύ ανεπτυγμένο το αίσθημα ηθικής, (υπερβολικά έντιμα σε σχέση με την ομάδα) αποτελούν στόχο εκδήλωσης συμπεριφορών ψυχολογικής βίας.
- Τα ευαίσθητα άτομα: Άτομα ντροπαλά, συναισθηματικά και συχνά αγχώδη είναι επιρρεπή στις κρίσεις συνείδησης και ευσυγκίνητα στις αντιδράσεις των άλλων. Η υπερευαισθησία και η απογοήτευση που παρουσιάζουν ευνοεί την παρενόχληση.

#### ► Τα χαρακτηριστικά του θύτη

Η συμπεριφορά του δράστη/θύτη προέρχεται από διαταραχή της προσωπικότητας του η οποία πηγάζει από την πρώιμη παιδική του ηλικία. Ο θύτης χαρακτηρίζεται από απροκάλυπτη μεροληψία, ως άτομο, που πιστεύει στην ελεύθερη έκφραση, ακόμη και αν αυτό περιλαμβάνει την πρόκληση δυσφορίας ενός υφιστάμενου ή ενός προϊστάμενου και τέλος ως άτομο που έχει κίνητρο την επίδειξη δύναμης. Η Hirigoyen, υποστηρίζει ότι: «ο δράστης είναι μια προσωπικότητα που ικανοποιείται πληγώνοντας τους συνανθρώπους του και αναπτύσσει την αυτοεκτίμηση του, μεταφέροντας στους άλλους τον πόνο που αδυνατεί να αισθανθεί, αλλά και τις εσωτερικές του αντιθέσεις που αρνείται να επεξεργαστεί» (Brodsky,1976; Randall, 1997; Hirigoyen,1998). Ορισμένοι δράστες/θύτες έχουν περιγράψει τον εαυτό τους ως άτομα με χαμηλή κοινωνική δεξιότητα (έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου και έλλειψη αυτό-αξιολόγησης), χαμηλή αυτοεκτίμηση, υψηλό κοινωνικό άγχος και επιθετικότητα (Einarsen, 2003).

### 3.2 Κοινωνικό περιβάλλον (κοινωνιολογική προσέγγιση)

Αναφορικά με την κοινωνιολογική προσέγγιση, το θύμα είναι προδιαγεγραμμένο για τον εν λόγω ρόλο, ανεξαρτήτως των ατομικών του χαρακτηριστικών. Καθίσταται αντικείμενο παρενοχλήσεων και καταπίεσης βάσει της θεωρίας του αποδιοπομπαίου τράγου (Vartia, 1996), το φαινόμενο mobbing περιγράφεται ως μια διαδικασία στιγματισμού και εξεύρεσης ενός αποδιοπομπαίου τράγου, στον οποίο διοχετεύεται επιθετικά όλη η απογοήτευση που προέρχεται από ένα εργασιακό περιβάλλον ιδιαίτερα αγχογόνο. Εδώ εντάσσονται και οι περιπτώσεις ψυχολογικής βίας, οι οποίες οφείλονται σε συγκρουσιακές καταστάσεις (Niedl, 1996; Neuman & Baron, 2003). Τα άτομα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και με μειωμένες κοινωνικές δραστηριότητες είναι περισσότερο πιθανό να γίνουν θύματα επιθετικής συμπεριφοράς στον εργασιακό χώρο (Qureshi et al, 2014).

### 3.3 Εργασιακό περιβάλλον / οργάνωση της εργασίας (εργονομική προσέγγιση)

Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι το φαινόμενο mobbing σχετίζεται με παράγοντες που έχουν να κάνουν με το εργασιακό περιβάλλον και την οργάνωση της εργασίας. Αυτοί οι παράγοντες αφορούν το εργασιακό κλίμα, την πολιτική του οργανισμού, τον τρόπο διοίκησης, τη διακίνηση πληροφοριών, την επικοινωνία, την οργάνωση της εργασίας, τη δυνατότητα για διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνική/συναδελφική υποστήριξη, τις συνθήκες εργασίας, την δυναμική της ομάδας και την εργασιακή πρακτική (Τούκας, Δεληγάς & Καραγεωργίου, 2012).

Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν τη συσχέτιση του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης με τις ανασφαλείς συνθήκες εργασίας. Παρόλο που οι τρεις παραπάνω αιτιολογικές θεωρήσεις του «φαινομένου mobbing» φαινομενικά είναι ασύνδετες μεταξύ τους, δεν αποκλείουν η μια την άλλη, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις επικαλύπτονται και αλληλοσυμπληρώνονται. Επιπρόσθετα, πληθώρα μελετών επισημαίνουν ότι εκτός από την ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και άλλοι δυνητικοί παράγοντες που παρεμβαίνουν στη

εκδήλωση του «φαινομένου mobbing» μεταξύ των οποίων, οι διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται σε μια ομάδα καθώς και τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας του ατόμου ( Einarsen, 2003; Aquino, 2000; Zapf et al.,2001; Glaso, 2007; Hoel et al., 1999 ).

### 3.4 Η δυναμική της ομάδας (κοινωνιολογική προσέγγιση)

Οι εργαζόμενοι που είναι μάρτυρες ενός φαινομένου mobbing, παρατηρώντας επιθετικούς συναδέλφους, έχουν την τάση να γίνονται και οι ίδιοι επιθετικοί μιμούμενοι αυτό που βλέπουν. Ασκούν και οι ίδιοι παρενόχληση είτε στο ίδιο θύμα, είτε σε άλλη εργασιακή ομάδα, γεγονός που εγκαθιδρύει το φαινόμενο αυτό. Επιπλέον επειδή καλούνται να πάρουν θέση στη διαμάχη, συνήθως τάσσονται υπέρ του θύτη από φόβο μην είναι το επόμενο θύμα τους. Αυτή η συμπεριφορά αυτόματα λειτουργεί καταστροφικά για τη συνοχή της ομάδας. Σε αυτήν την κατεύθυνση κινείται και η άποψη ότι μέσω της εμφάνισης του συνδρόμου περισσότεροι εργαζόμενοι θα μιμηθούν αυτό που βλέπουν, ασκώντας παρενόχληση είτε στο ίδιο θύμα, είτε σε άλλη εργασιακή ομάδα, γεγονός το οποίο εγκαθιδρύει το φαινόμενο αυτό ( Sammani & Singh, 2012).

Τα άτομα στη συγκεκριμένη περίπτωση καθίστανται αναπόφευκτα αντικείμενα παρενοχλήσεων και καταπίεσης σύμφωνα με τη *θεωρία του αποδιοπομπαίου τράγου*, ρόλος που αναδύεται αυθόρμητα σε κοινωνικές ομάδες. Το άτομο που μπορεί να δεχθεί εργασιακό εκφοβισμό, σύμφωνα με την θεωρία της δυναμικής της ομάδας, συχνά ανήκει σε μια μειονότητα σε σχέση με την πιο ισχυρή ομάδα ( Einarsen, 1999).

Στην περίπτωση αυτή το «φαινόμενο mobbing» περιγράφεται ως μια διαδικασία στιγματισμού και εξεύρεσης ενός αποδιοπομπαίου τράγου, στον οποίο διοχετεύεται επιθετικά όλη η απογοήτευση η οποία προέρχεται από ένα εργασιακό περιβάλλον ιδιαίτερα αγχογόνο (Vartia, 2001; Wrosch, C., & Scheier, M.F., 2003; Niedl, 1996 ; Neuman & Baron, 2003). Τα χαρακτηριστικά του ατόμου που εύκολα αποκτά το προφίλ του αποδιοπομπαίου τράγου, είναι να είναι κανείς ειλικρινής, να μην θέλει να συμβιβαστεί και να εμφανίζει συμπεριφορά που δεν συμβαδίζει με την εξέλιξη της ομάδας ή του οργανισμού (Tehrani, 2001). Το θύμα σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να δεχτεί παρενόχληση όντας εύκολος στόχος για παρατήρηση. Όταν η πηγή της

παρατήρησης αυτής είναι απροσδιόριστη, απρόσιτη, τότε η ομάδα στρέφει την επιθετικότητα της στο άτομο αυτό που θεωρείται αποδιοπομπαίος τράγος.

Σε αυτήν την περίπτωση εντάσσονται τα κρούσματα ψυχολογικής βίας, τα οποία οφείλονται σε συγκρούσεις που δημιουργούνται όταν οι κοινά αποδεκτοί κανόνες δεν τηρούνται από όλα τα μέλη της ομάδας με σκοπό τον κοινωνικό έλεγχο ( Τούκας κ.α., 2012).

Η σωστή επικοινωνία, προσδιοριζόμενη ως την ευκολία να μιλήσει κάποιος ώστε να υπάρξει κατανόηση από τα υπόλοιπα μέλη, είναι πολύ σημαντικό καθώς μειωμένα επίπεδα επικοινωνίας συνδέονται με αυξημένα επίπεδα καταστροφικών αντιδράσεων στη διένεξη και στην εμφάνιση ηθικής παρενόχλησης (Branch et al, 2013).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ MOBBING**

Το σύνδρομο mobbing θεωρείται ένας σοβαρός στρεσογόνος παράγοντας με σοβαρές συνέπειες για το άτομο που σχετίζονται με την ταυτότητα των ατόμων και τη μεταξύ τους σχέση, από το αν η παρενόχληση ασκείται από ένα άτομο ή από μια ομάδα ατόμων και από τη διάρκεια και την ένταση της επίθεσης. Η καταστροφική καθοδική πορεία του «φαινομένου mobbing» έχει σοβαρές συνέπειες όχι μόνο για εκείνους που το βιώνουν αλλά και για τις οικογένειες τους, την κοινότητα, τους οργανισμούς στους οποίους απασχολούνται και τελικά για το σύνολο της κοινωνίας (Zapf,1999; Chappell et al.,2006; Wilson,1995;Camero et al.,2010).

### **4.1 Επιπτώσεις στο θύμα**

Διάφορες μελέτες αναφέρουν ότι η παρενόχληση στο χώρο εργασίας μπορεί να προκαλέσει ψυχοπαθολογικές και ψυχοσωματικές διαταραχές της συμπεριφοράς (Groeblichhoff & Becher, 1996; Sperry & Duffy, 2009). Οι μεταβολές στη ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου που δέχεται παρενόχληση, είναι δυνατόν να επηρεάσουν ακόμη και την επικοινωνία του με τους δικούς του ανθρώπους, μέχρι και να αλλάξουν οι ισορροπίες στην οικογένειά του (Sperry & Duffy, 2009). Πολλοί

εργαζόμενοι αναγκάζονται είτε να απουσιάζουν για μεγάλο χρονικό διάστημα από την εργασία τους, είτε ακόμη και να παραιτηθούν (Σάκουλα, Μπελαλή & Σταθαρού, 2014).

Ο κυριότερος στόχος της παρενόχλησης είναι η διαρκής αποσταθεροποίηση του θύματος με αποτέλεσμα το άτομο να μην είναι σίγουρο για τίποτα. Από τη μια φοβάται ανά πάσα στιγμή ότι μπορεί να κάνει λάθος στη δουλειά του κι από την άλλη αμφιβάλει για το αν αντιλαμβάνεται ορθά την επίθεση ή αν είναι ιδέα του, όπως συχνά του λένε οι γύρω του. Το συνεχές άγχος με το οποίο υποχρεώνεται να ζει το θύμα, μέχρι και την αγωνιώδη αναμονή της επόμενης επίθεσης του θύτη και των «υποτακτικών» του, οδηγεί το επιτιθέμενο άτομο σε αδυναμία συγκέντρωσης, μείωση του κινήτρου για την εργασία και τελικά σε μείωση της απόδοσής του. Η επίδραση που έχει μια επίθεση ή οι συνεχείς επιθέσεις εξαρτώνται, ανάμεσα σε άλλα, από το προσωπικό ιστορικό του θύματος, (παλαιότερα τραύματα, αδυναμίες) και από την επένδυση που έχει κάνει στην καριέρα του (Leymann, 1996; WHO, 2003; Niedhammer et al., 2008; Girardi et al., 2007; Kreiner et al., 2008).

Τα άτομα που υφίστανται αυτού του είδους τις πιέσεις στην εργασία τους παρουσιάζουν αυξημένες δυσκολίες συνεργασίας, έχουν μειωμένη αντοχή στο άγχος και αισθάνονται σωματική δυσφορία η οποία πιθανόν να εκδηλώνεται με ψυχοσωματικές διαταραχές όπως *κεφαλαλγίες, ταχυκαρδία, εφίδρωση, γαστρεντερικές διαταραχές, διαταραχές στον ύπνο και στη σεξουαλική διάθεση, πόνο στο στήθος, λιποθυμικά επεισόδια, υπόταση ή υπέρταση, ναυτία, έμετο και τρόμο*. Επομένως ο εργαζόμενος μπορεί να γίνει δυσλειτουργικός όταν υποφέρει από κάποια από τα παραπάνω συμπτώματα, τα οποία τον ταλαιπωρούν οργανικά και τον εμποδίζουν στην εκτέλεση των εργασιακών του καθηκόντων (Zachariadou et al., 2018).

Βιώνουν επίσης αλλαγές στην συμπεριφορά: *αϋπνίες, απώλεια όρεξης, κατάθλιψη, αγωνία, παθητικότητα, κλάμα, μειωμένη μνήμη, υπερευαίσθησία, εκρήξεις θυμού, σιωπή, απώλεια θέλησης για ζωή και απώλεια χαράς και ευτυχίας, άγχος, κόπωση, θυμό, μανία, εκδηλώνουν έντονη επιθετικότητα, καρδιαγγειακές παθήσεις, διαταραχές του πεπτικού συστήματος, και σε ορισμένες ακραίες περιπτώσεις, απόπειρα αυτοκτονίας*. Μπορεί επίσης, να αυξήσει τα συναισθήματα δυσαρέσκειας στην εργασία, να οδηγήσει σε αρνητική στάση και συμπεριφορά απέναντι στο χώρο εργασίας και τελικά να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση (Leymann, 1996 ;



Ege, 1997 ; Rissi et al., 2016; Kreiner et al., 2008 ; Moayed et al., 2006; Schat et al., 2003).

Ο Adams επισημαίνει ότι το «φαινόμενο mobbing», «κλέβει» την αυτοεκτίμηση των ατόμων με αποτέλεσμα να σιωπούν και να μη διαμαρτύρονται όταν υφίστανται συμπεριφορές «mobbing» κατηγορώντας τους εαυτούς τους για την κατάσταση αυτή. Ο Leymann, υποστηρίζει ότι ορισμένα άτομα λόγω ηλικίας ή μη ικανότητας εξεύρεσης νέας εργασίας δεν οδηγούνται σε παραίτηση και υπομένουν τις παρενοχλήσεις για μεγάλο χρονικό διάστημα με αποτέλεσμα οι συνέπειες του «φαινομένου mobbing» να μην επηρεάζουν μόνο τα θύματα, αλλά και τις οικογένειες τους. Η Hirigoyen διακρίνει τις επιπτώσεις της ηθικής παρενόχλησης στην υγεία σε τρεις κατηγορίες (Adams 1992; Leymann, 1996; Hirigoyen, 2002).

Ο Zlate περιγράφει τις επιπτώσεις του «φαινομένου mobbing» σε δυο κατευθύνσεις. Η πρώτη κατεύθυνση αναφέρεται στο οργανωσιακό πλαίσιο και αφορά τις επαγγελματικές σχέσεις, την υποβάθμιση της ποιότητας της επικοινωνίας, την εναλλαγή προσωπικού και τις συχνές άδειες ασθένειας. Η δεύτερη κατεύθυνση αναφέρεται στο κοινωνικό πλαίσιο το οποίο χαρακτηρίζεται από διαταραχή των οικογενειακών σχέσεων, των σχέσεων στις κοινωνικές ομάδες και στους οργανισμούς (Zlate, 2007).

Ο Sperry αναφέρει επίσης ότι το «φαινόμενο mobbing» έχει σημαντικές αρνητικές συνέπειες στην υγεία των θυμάτων, στις προσωπικές τους σχέσεις και στις οικογένειες τους. Συγκεκριμένα αναφέρει ότι η ψυχολογική βία επηρεάζει τα θύματα σε φυσικό- διανοητικό, κοινωνικό-οικονομικό και οικογενειακό επίπεδο ενώ μπορεί ακόμα να οδηγήσει σε κάποιες περιπτώσεις σε μετατραυματικό σύνδρομο (Sperry, Duffy, 2009).

Σύμφωνα με τους Dikmetas et al., (2011) οι επιπτώσεις του φαινομένου mobbing κατηγοριοποιούνται σε τέσσερις διαφορετικές φάσεις, ανάλογα με την έντασή τους. Στην πρώτη φάση, το θύμα συνήθως κλαίει χωρίς λόγο, βιώνει διαταραχές ύπνου και προβλήματα συγκέντρωσης. Στη δεύτερη φάση προστίθενται συμπτώματα, όπως αυξημένη αρτηριακή πίεση, προβλήματα με το στομάχι, κατάθλιψη, απροθυμία του θύματος να πάει στην εργασία του και αργοπορία. Κατά την τρίτη φάση, εμφανίζεται πιο σοβαρή κατάθλιψη, παρουσιάζονται κρίσεις πανικού και έντονη ανησυχία. Τέλος,



στην τέταρτη φάση, ο εργαζόμενος παρουσιάζει αυτοκτονικές τάσεις και είναι πιο επιρρεπής σε ατυχήματα. Τα συμπτώματα και τα προβλήματα υγείας του εργαζομένου συνήθως παραβλέπονται, λόγω του φαινομένου mobbing, δεν αποτρέπονται και δεν βελτιώνονται (Dikmetas, Top & Ergin, 2011).

## 4.2 Επιπτώσεις στην Κοινωνία

Οι μεταβολές στη ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου που δέχεται την επίθεση, δεν επηρεάζουν μόνο το ίδιο το άτομο αλλά και τον οργανισμό στον οποίο εργάζεται και κατ' επέκταση την κοινωνία. Το υψηλό κόστος που προκύπτει από την αναπηρία και την ανεργία αποτελεί μια σημαντική επίπτωση για την κοινωνία. Οι εργαζόμενοι που μένουν άνεργοι λόγω του φαινομένου mobbing αναπτύσσουν σοβαρά προβλήματα υγείας και προβλήματα που επιβαρύνουν τους προϋπολογισμούς του κράτους (επίδομα αναπηρίας). Άλλα έξοδα περιλαμβάνουν κόστη από νομικές αγωγές εναντίον του οργανισμού από τους εργαζόμενους. Η παρενόχληση συνεπώς χαρακτηρίζεται από υψηλό κόστος τόσο για τον οργανισμό όσο και για την κοινωνία (Sperry, 2009).

Τέτοιες συμπεριφορές στο επίπεδο του οργανισμού επιδρούν αρνητικά στην παραγωγικότητα και την οικονομική αποδοτικότητα της επιχείρησης. Σύμφωνα με τη Ferrari έχει αποδειχτεί ότι ο αποδέκτης ανεπιθύμητης συμπεριφοράς παράγει 60% λιγότερο και κοστίζει στον εργοδότη 180% περισσότερο. Οι επιπτώσεις περιλαμβάνουν επίσης αυξανόμενα ιατρικά έξοδα των εργαζομένων, αύξηση των απουσιών λόγω ασθένειας και παραίτησης του προσωπικού (πρόωρη συνταξιοδότηση), αυξανόμενα έξοδα πρόσληψης και εκπαίδευσης νέου προσωπικού σε αντικατάσταση των παραιτηθέντων λόγω «mobbing» υπαλλήλων και έξοδα για προγράμματα συμβουλευτικής. Οι εργαζόμενοι που μένουν άνεργοι λόγω του «φαινομένου mobbing» αναπτύσσουν σοβαρά προβλήματα υγείας, και προβλήματα που επιβαρύνουν τους προϋπολογισμούς του κράτους (επίδομα αναπηρίας). Άλλα έξοδα περιλαμβάνουν πιθανά κόστη από νομικές αγωγές εναντίον του οργανισμού από τους εργαζόμενους. Τα ανωτέρω φέρουν επιπτώσεις για την οικονομία και την κοινωνία μακροπρόθεσμα (Σπυριδάκης, 2009; Ferrari, 2004; Chappell & Di Martino, 2006).

### 4.3 Επιπτώσεις στην εργασία και στον οργανισμό

Το σύνδρομο mobbing φαίνεται να επηρεάζει όχι μόνο τον ίδιο τον εργαζόμενο, αλλά και τον ίδιο τον χώρο εργασίας του. Στις εργασιακές επιπτώσεις περιλαμβάνονται το οικονομικό κόστος για την αποζημίωση που παίρνει ο εργαζόμενος που παραιτείται, το κόστος για την πρόσληψη και εκπαίδευση νέων υπαλλήλων σε αντικατάσταση αυτών που αποχώρησαν λόγω ‘mobbing’ (Κοϊνης & Σαρίδη, 2016).

Οι οργανισμοί έχουν αρχίσει να αναλύουν το κόστος που σχετίζεται με το άγχος, την επαγγελματική εξουθένωση και την ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας διότι επιφέρουν επιβλαβή αποτελέσματα στον οργανισμό, όπως σωματικές και ψυχικές ασθένειες, αναρρωτικές άδειες, μειωμένη παραγωγικότητα και αυξημένα έξοδα ιατρικής περίθαλψης. Τα **άμεσα κόστη** περιλαμβάνουν την ανικανότητα των εργαζομένων και την απαίτηση τους για αποζημίωση, τα αυξημένα έξοδα περίθαλψης και τον κίνδυνο άδικων απολύσεων. Τα **έμμεσα κόστη** περιλαμβάνουν εργασία χαμηλής ποιότητας, μείωση παραγωγικότητας, αλλαγή προσωπικού, αύξηση αναρρωτικών αδειών, καταστροφικές σχέσεις με τους πελάτες και καταστροφή του προφίλ της επιχείρησης (Tracy et al, 2006). Τέλος, εκτός από το οικονομικό κόστος μπορεί να προστεθεί και **το κόστος ευκαιρίας** όπως η επιδείνωση της ποιότητας και της εικόνας της επιχείρησης καθώς και απώλεια πελατών. Η παρενόχληση, συνεπώς, έχει πολύ υψηλό κόστος τόσο για τις επιχειρήσεις όσο και για την κοινωνία στο σύνολο της (Hoel H & Einarsen, 2009; Yamada, 2000; Spector et al., 1999).

► **Αυξημένο κόστος για τον οργανισμό** : Σύμφωνα με έρευνα του Leymann στη Σουηδία, το κόστος για τον οργανισμό λόγω του «φαινομένου mobbing» κυμαίνεται μεταξύ 100.000 και 300.000 ευρώ ετησίως για κάθε θύμα ενώ τα κόστη λόγω συχνών απουσιών σε έρευνα που έγινε σε δυο νοσοκομεία της Φινλανδίας αγγίζουν τα 200.000 ευρώ. Σε πιο πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει υπολογιστεί ότι το ετήσιο κόστος του «mobbing» ανέρχεται σε 1.650.571.377.96 ευρώ (Leymann, 1996; Di Martino et al., 2003; Rayner et al., 2002; Giga et al., 2008). Αν στο οικονομικό κόστος για την αποζημίωση των θυμάτων και στο κόστος πρόληψης νέων υπαλλήλων, προστεθεί το κόστος της εμπειρίας και των γνώσεων που χάνονται από τον οργανισμό, όταν οι παρενοχληθέντες παραιτούνται ή απολύονται (Κοϊνης & Σαρίδη, 2013).

**► Μείωση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας του οργανισμού :**

Μερικές από τις συνέπειες του φαινομένου στον οργανισμό είναι : η μειωμένη δημιουργικότητα των εργαζομένων, η αύξηση των ημερών απουσίας από την εργασία, τα μειωμένα ποσοστά εισπράξεων (τζίρο) της επιχείρησης, η μειωμένη αφοσίωση στην εργασία, η μείωση των ικανοτήτων των εργαζομένων, η μειωμένες αντιστάσεις στο εργασιακό stress και η μείωση της προσοχής τους (Einarsen et al, 2016 ; Κοινης & Σαρίδη, 2013). Τα θύματα του mobbing αρχίζουν να αισθάνονται ανεπιθύμητα και αυτό παρεμβαίνει ή ακόμη και να αποτρέπει την επιτυχή ενασχόληση του θύματος με τα καθήκοντά του, υπονοώντας ακόμη και ανικανότητα του θύματος να φέρει εις πέρας την εργασία του με επακόλουθο μείωση της παραγωγικότητας της επιχείρησης (Lutgen-Sandvik, 2008). Το φαινόμενο εμποδίζει την επικοινωνία της ομάδας, την συνοχή και την απόδοση της μέσω της δημιουργίας εχθρικού περιβάλλοντος που χαρακτηρίζεται από φόβο, δυσπιστία, θυμό και καχυποψία ( Lutgen-Sandvik, 2006).

Το 1976 ο Brodsky προέβλεψε ότι οι συνέπειες του «φαινομένου mobbing» για τους εργαζομένους, τους οργανισμούς καθώς και για την κοινωνία θα ήταν καταστροφικές. Το mobbing αποτελεί μια τακτική ψυχολογικής τρομοκρατίας στους εργασιακούς χώρους και χρησιμοποιείται από επιχειρήσεις ή οργανισμούς για να απαλλαγούν από το ενοχλητικό ή και το πλεονάζον προσωπικό. Η τακτική αυτή έχει καταστροφικά αποτελέσματα στη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων καθώς και επιπτώσεις στις ίδιες τις επιχειρήσεις, αφού το φαινόμενο είναι ικανό να μειώσει έως και 80% την αποδοτικότητα» ( Brodsky, 1976 • Κοϊνης, 2017).

**► Μείωση της ικανοποίησης από την εργασία-αυξημένες απουσίες :**

Η ηθική παρενόχληση στην εργασία συνδέεται με τη μείωση της ικανοποίησης από την εργασία και την αύξηση της επιθυμίας να αφήσει το θύμα την εργασία του, όπως και τη μείωση της αφοσίωσης στην εργασία. Όταν αυτές οι αρνητικές συνέπειες συνυπάρξουν υπάρχει μεγάλη πιθανότητα παραίτησης από την εργασία και μείωση των εισπράξεων της επιχείρησης αλλά θα φέρει επιπτώσεις στην ποιότητα, την σταθερότητα και την συνοχή της επιχείρησης (Mathisen et al, 2008).

Το 2010 σε μελέτη που διεξήχθη στις Η.Π.Α. από τους Asfaw et al, βρέθηκε θετική συσχέτιση στους υπαλλήλους που είχαν δεχτεί ηθική παρενόχληση και στις ημέρες απουσίας τους από την εργασία. Πιο συγκεκριμένα οι παρενοχλημένοι υπάλληλοι

συσχετίστηκαν με ποσοστό 42% αύξηση των χαμένων ημερών εργασίας. Επομένως το φαινόμενο mobbing συνδέθηκε με 5,5% ημέρες απουσίας από την εργασία, δηλαδή με 4,1 δισεκατομμύρια δολάρια. Ερεύνα η οποία συνάδει με την άποψη του Leymann (1990,1996) πως οι εργαζόμενοι που δέχονται παρενόχληση τείνουν να παραιτούνται από την εργασία τους, υποστηρίζει πως κάποιιοι υπάλληλοι αφήνουν την δουλειά τους βρίσκοντας καινούργια, ενώ άλλοι δεν βρίσκονται πλέον σε σωματική και ψυχολογική κατάσταση να συνεχίσουν να εργάζονται και λαμβάνουν πρόωρη αναπηρική σύνταξη. Οι περισσότεροι όμως υπάλληλοι μένουν στην παρούσα εργασία τους για τουλάχιστον 2 χρόνια αφότου ξεκινά το φαινόμενο να υφίσταται (Berthelsen et al, 2011).

#### 4.4 Επιπτώσεις στους « μάρτυρες» (Side -Mobbers)

Πέρα από το θύμα και τον οργανισμό, η παρενόχληση πλήττει και ομάδες στον χώρο εργασίας, επίσης με σοβαρές επιπτώσεις. Συνάδελφοι, οι οποίοι γίνονται μάρτυρες της άδικης και απαράδεκτης μεταχείρισης του θύματος από το θύτη και για οποιονδήποτε λόγο δεν μπορούν να αντιδράσουν, έχει ως αποτέλεσμα να υπόκεινται και αυτοί στις επιπτώσεις του «φαινομένου mobbing». Αυτές μπορεί να λάβουν για παράδειγμα τη μορφή, μειωμένης αποτελεσματικότητας και παραγωγικότητας, ενίσχυσης της επικριτικής στάσης απέναντι στον εργοδότη και έλλειψης εμπιστοσύνης προς αυτόν, γενικότερης αίσθησης ανασφάλειας, επίτασης των προβλημάτων συνεργασίας, υψηλών ποσοστών απουσίας λόγω ασθένειας, καταχρήσεων, παραίτησης του προσωπικού, γενικότερης αίσθησης δυσφορίας, μεγέθυνσης μικροπροβλημάτων, χαμηλότερης ικανοποίησης από την εργασία και συνέχιση της αναζήτησης νέων εξιλαστήριων θυμάτων.

Οι συνάδελφοι συνήθως δεν υποστηρίζουν το θύμα, αφενός από φόβο μήπως γίνουν στόχοι οι ίδιοι, και αφετέρου για να προστατέψουν τη θέση και την επαγγελματική τους εξέλιξη. Ο Leymann υποστηρίζει ότι δεν πρόκειται για απάθεια των άλλων, αλλά για συμπεριφορές που υποκινούνται από το φόβο της οργανωσιακής δύναμης του θύτη (Lutgen-Sandvik et al., 2007; Moayed et al., 2006; Leymann, 1996; Pranjić, 2006; Mathisen et al., 2008). Στη μελέτη της Vartia, οι μάρτυρες του «φαινομένου

mobbing» σε ποσοστό 9% ένοιωθαν γενικό άγχος και παρουσίαζαν ψυχολογικές αντιδράσεις σε ποσοστό 25% (Rayner et al., 2002; Vartia, 2001).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> : ΜΕΤΡΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ MOBBING

Η αντιμετώπιση της εργασιακής παρενόχλησης, αποτελεί πλέον επιτακτική ανάγκη καθώς επιστημονικά τεκμηριωμένες μελέτες καταδεικνύουν τα καταστροφικά της αποτελέσματα για τους ίδιους τους εργαζόμενους και κατ' επέκταση των οικογενειών τους καθώς επίσης και για την κοινωνία στο σύνολο της. Η κατανόηση ότι το φαινόμενο mobbing δεν είναι σπάνιο και ότι με τις κατάλληλες παρεμβάσεις μπορεί να αποφευχθεί ή να αντιμετωπιστεί είτε σε επίπεδο προληπτικής δράσης είτε σε επίπεδο παρέμβασης, είναι απαραίτητη από τις διοικήσεις των οργανισμών (Hirigoyen, 2002).

### 5.1 Μέτρα παρέμβασης για την πρόληψη του φαινομένου

Σημαντικό για όλους τους οργανισμούς, όπως και για τους οργανισμούς υγείας, είναι η ανάπτυξη πολιτικής για την πρόληψη και αντιμετώπιση του «φαινομένου mobbing» αφενός για την προστασία των εργαζομένων και αφετέρου για την ομαλή λειτουργία του οργανισμού. Για την ανάπτυξη των πολιτικών αυτών πρέπει να ληφθεί υπόψη το οργανωσιακό κλίμα και η κουλτούρα του οργανισμού καθώς επίσης και το είδος της εργασίας. Στον **πίνακα 2** παρουσιάζονται οι προτεινόμενες παρεμβάσεις για την πρόληψη του φαινομένου Mobbing :

**Πίνακας 2 : Παρεμβάσεις πρόληψης του φαινομένου Mobbing**

A/A	ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ
1	Δημιουργία ενός θετικού εργασιακού περιβάλλοντος με καλές συνθήκες εργασίας (θέρμανση, φωτισμός κλπ.) για τον περιορισμό της εκδήλωσης άγχους μια και

	αυτό είναι ένας από τους προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση της παρενόχλησης.
2	Εκπαίδευση και επιμόρφωση των στελεχών του οργανισμού για την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ψυχολογικής βίας.
3	Εκπαίδευση των εργαζομένων μέσα από εκστρατείες πληροφόρησης για την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση του «φαινομένου mobbing».
4	Προσπάθεια ανάπτυξης της συναισθηματικής νοημοσύνης δηλαδή της ικανότητας κατανόησης και διαχείρισης τόσο των δικών τους συναισθημάτων αλλά και των συναισθημάτων των άλλων.
5	Διαρκής επαγρύπνηση για τον έγκαιρο εντοπισμό πιθανής απομόνωσης του ατόμου- θύματος.
6	Ανάπτυξη δεξιοτήτων προσαρμογής στις αντίξοες συνθήκες του εργασιακού χώρου, διατήρηση θετικής στάσης στις δυσκολίες και απόκτηση γνώσης μέσα από την προσωπική εμπειρία των εργαζομένων.
7	Επιβολή ορίων και κανόνων στον εντοπισμό της ανάρμοστης συμπεριφοράς, το οποίο μπορεί να επιτευχθεί μέσω της εισαγωγής «κανόνων καλής συμπεριφοράς» ορίζοντας στον εργαζόμενο τι είναι αποδεκτό και τι όχι, μέσω της διαδικασίας της επικοινωνίας.
8	Ενίσχυση του διαλόγου μέσα από την αμφίδρομη και αποτελεσματική επικοινωνία η οποία θα βοηθήσει στην κατανόηση των σκέψεων και συναισθημάτων ενός ατόμου το οποίο έχει αποσταθεροποιηθεί.
9	Συλλογή δεδομένων σε συστηματική βάση για τον εντοπισμό πιθανών «φαινομένου mobbing».
10	Σεβασμός της μοναδικότητας του ατόμου. Σύμφωνα με την Hirigoyen (2002): «η ηθική παρενόχληση αρχίζει συνήθως με την άρνηση της διαφορετικότητας, που εκδηλώνεται με μια συμπεριφορά που φτάνει στα όρια των κοινωνικών διακρίσεων».
11	Δημιουργία επιτροπής παραπόνων και πολιτικής κατά της ηθικής παρενόχλησης.
12	Δημιουργία εξειδικευμένης τηλεφωνικής γραμμής, αποδέκτη ανώνυμων αναφορών Στόχος της θα είναι αφενός η καταγραφή και επεξεργασία των αιτημάτων των εργαζομένων, η διαφορική διάγνωση από άλλες εργασιακές παθολογίες και αφετέρου η παροχή ψυχολογικής και συναισθηματικής στήριξης.

Πηγή : Μισουρίδου, 2007 ; Goleman, 2000; Hirigoyen 2002.

## 5.2 Μέτρα παρέμβασης για την αντιμετώπιση του φαινομένου

Στα επίπεδα παρέμβασης για την αντιμετώπιση της ηθικής παρενόχλησης συγκαταλέγονται:

- Η θέσπιση ειδικής νομοθεσίας για την τιμωρία του επιτιθέμενου.
- Η ψυχολογική αποκατάσταση του θύματος.
- Δημιουργία υποστηρικτικών δικτύων για νέους επαγγελματίες και για θύματα εκφοβισμού.

Επιπλέον, η Κατραμάδου (2005) κάνει αναφορά σε μια δέσμη προληπτικών μέτρων δράσης για την αντιμετώπιση του «φαινομένου mobbing» ( **πίνακα 3**) όπως:

**Πίνακας 3 : Παρεμβάσεις αντιμετώπισης του φαινομένου Mobbing**

A/A	ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ
1	<p>Εκστρατεία πληροφόρησης των εργαζομένων μέσω :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• της έκδοσης φυλλαδίων και της ανάρτησης εντύπων ώστε οι εργαζόμενοι να ενημερώνονται για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους καθώς επίσης και για τις αρνητικές συνέπειες του φαινομένου στον οργανισμό,</li> <li>• δημοσίευση σχετικών άρθρων για το «φαινόμενο mobbing» σε έντυπα, εφημερίδες και σε άλλες πηγές ενημέρωσης,</li> <li>• προβολή ταινιών σχετικά με το πρόβλημα του mobbing,</li> <li>• διοργάνωση διαλέξεων και ομιλιών.</li> </ul>
2	<p>Συστηματική συλλογή δεδομένων σχετικά με το «φαινόμενο mobbing» στον οργανισμό είτε μέσω ειδικών ερωτηματολογίων, συχνών συζητήσεων με το προσωπικό, ανάλυσης παραπόνων και αναζήτησης αιτιών για τη διερεύνηση συχνών απουσιών των εργαζομένων.</p>
3	<p>Εκπαίδευση, επιμόρφωση των στελεχών της διοίκησης και ιδιαίτερα των διευθυντών προσωπικού.</p>
4	<p>Δημιουργία κατάλληλων υποδομών για την αντιμετώπιση του φαινομένου όπως ομάδες στήριξης εργαζομένων, σύνταξη ενός κοινού κώδικα δεοντολογίας ενάντια στο «mobbing».</p>



5	Αναδιοργάνωση του καταμερισμού εργασίας και της κατανομής ευθύνης. Το μέτρο αυτό στο δημόσιο τομέα μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα σημαντικό καθώς αρκετά συχνά η έλλειψη συγκεκριμένων κανόνων και ευθυνών ευνοεί φαινόμενα κατάχρησης εξουσίας και παρενόχλησης.
---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Πηγή : Κατραμάδου 2005.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με την συμφωνία – πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2007), το αυξημένο ενδιαφέρον και η κατάλληλη εκπαίδευση των εργοδοτών μπορεί να μειώσει σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης ψυχολογικής βίας ή παρενόχλησης στην εργασία. Μια ολοκληρωμένη στρατηγική διαχείρισης μπορεί να υποστηριχτεί από τα παρακάτω στοιχεία (Δεληγάς, 2013):

- i. Όλες οι πλευρές πρέπει να δείξουν μεγάλο ενδιαφέρον για τη διαφύλαξη της αξιοπρέπειας και της ατομικότητας του κάθε εργαζομένου.
- ii. Καμία λεπτομέρεια δεν πρέπει να αποκαλύπτεται σε πρόσωπα που δεν εμπλέκονται με την υπόθεση.
- iii. Κάθε παράπονο πρέπει να καταγράφεται και να εξετάζεται λεπτομερώς χωρίς αδικαιολόγητη καθυστέρηση.
- iv. Όλα τα εμπλεκόμενα μέρη πρέπει να έχουν αμερόληπτη στάση και δίκαιη αντιμετώπιση.
- v. Ψευδής κατηγορίες δεν πρέπει να γίνονται ανεκτές και να οδηγούν σε πειθαρχικές ενέργειες.
- vi. Περαιτέρω εξωτερική βοήθεια μπορεί να είναι θετική.
- vii. Αν διαπιστωθεί ότι έχει πράγματι συμβεί βία ή παρενόχληση, τότε πρέπει να ληφθούν μέτρα ανάλογα με το ποιος είναι ο δράστης. Αυτά πρέπει να είναι πειθαρχικά μέτρα στα οποία θα συμπεριλαμβάνεται μέχρι και η απόλυση.
- viii. Στο θύμα πρέπει να παρασχεθεί βοήθεια και εφόσον χρειαστεί επανένταξη.
- ix. Οι εργοδότες σε συνεργασία με τους εργαζόμενους πρέπει να καθιερώσουν, να αναθεωρούν και να παρακολουθούν την αποδοτικότητα των παραπάνω διαδικασιών για τη διασφάλιση τόσο της πρόληψης όσο και της αντιμετώπισης των εμφανιζόμενων περιστατικών βίας ή παρενόχλησης.



Όταν τα θύματα της ηθικής παρενόχλησης παραμένουν στο χώρο εργασίας τους και όταν το φαινόμενο δεν αναγνωριστεί και δεν υπάρξει θεραπευτική παρέμβαση τότε, το θύμα θα υπόκειται σε επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές «mobbing» και θα θυματοποιείται ξανά και ξανά (Sperry & Duffy, 2009). Σε περίπτωση εμφάνισης του «συνδρόμου mobbing» οι θεραπευτικές παρεμβάσεις αφορούν διάφορες μεθόδους και προσεγγίσεις όπως εργασιακή θεραπεία δηλαδή παρέμβαση στον τρόπο αντιμετώπισης της εργασίας, ομαδική θεραπεία κ.α (Schwickerath, 2001).

### **Το ρόλο του διαμεσολαβητή στον εργασιακό χώρο μπορούν να έχουν :**

- Οι γιατροί εργασίας οι οποίοι μπορούν έγκαιρα να εκτιμήσουν τις συνθήκες εργασίας αλλά και την υγεία των εργαζομένων,
- Οι συνδικαλιστικοί φορείς μπορούν αν συμμετέχουν σε μια εσωτερική διαμεσολάβηση όταν παραβιάζονται οι κανόνες, κατόπιν αιτήματος ενός ατόμου ή μιας ομάδας ατόμων που πιστεύουν ότι είναι θύματα ηθικής παρενόχλησης.
- Οι διευθυντές ανθρώπινου δυναμικού, οι οποίοι αποφασίζουν σχετικά με τον προγραμματισμό, την επιλογή και ανάπτυξη του προσωπικού, τις υπηρεσιακές αρμοδιότητες και τις εργασιακές σχέσεις των στελεχών μιας εταιρείας ή ενός οργανισμού. Ο διευθυντής του ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να έχει οργανωτικές, επικοινωνιακές και διοικητικές ικανότητες, να επιδεικνύει ευαισθησία σε προσωπικά θέματα, να έχει αναπτυγμένο το αίσθημα δικαιοσύνης και να επιδεικνύει ικανότητες ενεργοποίησης και ενθάρρυνσης του προσωπικού για καλύτερες αποδόσεις. Είναι επίσης σημαντικό να αναπτύσσει διαπροσωπικές σχέσεις με το προσωπικό, για τη δημιουργία κλίματος κατανόησης και εμπιστοσύνης, ενώ ταυτόχρονα να έχει συναισθηματική σταθερότητα, ψυχραιμία για την αντιμετώπιση δυσάρεστων διαπροσωπικών καταστάσεων, όπως διορατικότητα, διαλλακτικότητα καθώς και ικανότητα ευελιξίας και διαπραγμάτευσης σε θέματα που αφορούν και απασχολούν το ανθρώπινο δυναμικό. Σύμφωνα με την Hirigoyen (2002) τα βήματα που πρέπει να γίνουν από τους διευθυντές σε περίπτωση

παρενόχλησης είναι αρχικά αξιολόγηση της κατάστασης, στη συνέχεια προσπάθεια εντοπισμού των αιτιών της παρενόχλησης και έπειτα προσπάθεια κατανόησης των συναισθημάτων των πρωταγωνιστών (ευάλωτα σημεία του καθενός) και η αναζήτηση τρόπου για αλλαγή της κατάστασης προφυλάσσοντας την αξιοπρέπεια του καθενός. Τέλος, επιβολή κυρώσεων όταν η επίθεση ή η έλλειψη σεβασμού είναι προφανής.

- Η επιτροπή υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας. Οι εργαζόμενοι σε επιχειρήσεις που απασχολούν πάνω από πενήντα άτομα έχουν δικαίωμα να συνιστούν επιτροπή υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, αποτελούμενη από εκλεγμένους αντιπροσώπους τους στην επιχείρηση. Η επιτροπή αυτή είναι όργανο συμβουλευτικό και έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:
  - Μελετά τις συνθήκες εργασίας στην επιχείρηση, προτείνει μέτρα για βελτίωσής τους και παρακολουθεί την τήρηση των μέτρων υγιεινής και ασφάλειας από τους εργαζομένους.
  - Επισημαίνει τους επαγγελματικούς κινδύνους στους χώρους ή στις θέσεις εργασίας και εισηγείται μέτρα πρόληψης.
  - Σε περιπτώσεις σοβαρών εργατικών ατυχημάτων ή σχετικών συμβάντων προτείνει τα κατάλληλα μέτρα για την αποτροπή επανάληψής τους.
  - Μπορεί να ζητήσει τη συνδρομή εμπειρογνομόνων για θέματα υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, μετά τη σύμφωνη γνώμη της διοίκησης.
- Εξωτερικοί διαμεσολαβητές. Έρευνες καταδεικνύουν επίσης, ότι τα θύματα απευθύνονται και έξω από το περιβάλλον του οργανισμού για αναζήτηση βοήθειας. Σημαντικό στην περίπτωση αυτή είναι οι εξωτερικοί διαμεσολαβητές να είναι πολύ προσεκτικοί και να κρατούν τη θέση τους δίπλα στο θύμα και όχι προς το συμφέρον του οργανισμού. Εξωτερικούς διαμεσολαβητές στους οποίους μπορεί να απευθυνθεί ένα άτομο αποτελούν: δικηγόροι, επιθεωρητές εργασίας, γενικοί ιατροί, σύμβουλοι εργασίας, διάφοροι σύλλογοι καθώς επίσης και ψυχίατροι (Leka, S., et al., 2008).

### **5.3 Νομική προστασία του εργαζομένου –Νομοθετικές ρυθμίσεις σε Ευρώπη και Ελλάδα.**

Η συζήτηση και το ενδιαφέρον για το «φαινόμενο mobbing» στη Ευρωπαϊκή Ένωση ξεκίνησε από το 1995 και μετά, όπου άρχισαν να διενεργούνται έρευνες εμπειρικού χαρακτήρα αφενός για τον εντοπισμό της συχνότητας και αφετέρου για τον εντοπισμό των επιπτώσεων που έχει στους εργασιακούς χώρους. Το 1996 δημοσιεύτηκαν ταυτόχρονα οκτώ άρθρα από ερευνητές σε έξι χώρες σε μια ειδική έκδοση του περιοδικού «European Journal of Work & Organization Psychology». Στη συνέχεια, ακολούθησε μια σειρά από συμπόσια για την ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας στη Βερόνα το 1997, στο Ελσίνκι το 1999, και στην Πράγα το 2001. Όλα αυτά τα συμπόσια ήταν η κινητήριος δύναμη για την πραγματοποίηση μελετών σχετικά με το «φαινόμενο mobbing» ώστε να γίνει ευρύτερα γνωστό στην Ευρώπη. Εντούτοις, η αναγνώρισή και η ανάληψη πρωτοβουλιών από πλευράς ευρωπαϊκών θεσμικών οργάνων επήλθε πολύ αργότερα. Το 2001 η Επιτροπή Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου συνέταξε έκθεση, στην οποία «επισημαίνεται η ανάγκη λήψης μέτρων για την πρόληψη και την αποτροπή της παρενόχλησης στο χώρο εργασίας (Zapf et al., 2001 · Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2001).

Οι χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας άρχισαν να περιλαμβάνουν στις νομοθεσίες τους πρόνοιες για την ηθική παρενόχληση από το 1990 και μετά. Η νομοθεσία προστατεύει τους εργαζομένους θύματα του «mobbing» και σε άλλες χώρες εκτός Ευρώπης, όπως στην Αυστραλία, τον Καναδά και τις Η.Π.Α. στις οποίες έχουν περιληφθεί σχετικές πρόνοιες στην εθνική τους νομοθεσία.

Στο ευρωπαϊκό δίκαιο η παρενόχληση, είτε με την γενική έννοια της είτε με την πιο εξειδικευμένη της, τη φυλετική ή τη σεξουαλική, εκλαμβάνεται ως συμπεριφορά άμεσης ή έμμεσης διάκρισης αναφορικά με την ίση μεταχείριση. Σε καμία Οδηγία δε γίνεται μνεία για την προστασία της υγείας των εργαζομένων αν και όπως επισημάνθηκε πριν, η παρενόχληση έχει σημαντικές επιδράσεις στη σωματική και την ψυχική τους υγεία (Ντότσικα, 2014). Αν και σε όλες τις χώρες της Ε.Ε. έχουν θεσπιστεί νόμοι για την ηθική παρενόχληση, οι περιπτώσεις που τελικά έχουν φτάσει στη δικαιοσύνη είναι λίγες, λόγω ελλειμματικής γνώσης των θυμάτων περί πρόκλησης και αποκατάσταση της ηθικής βλάβης (Κωνσταντινίδης, 2011).

Σε ορισμένες χώρες, η νομοθεσία είναι είτε ήδη σε ισχύ, είτε οι νέες διατάξεις έχουν ενσωματωθεί στην υφιστάμενη νομοθεσία για την προστασία των εργαζομένων από

την ηθική παρενόχληση. Ορισμένα παραδείγματα σχετικής με το θέμα νομοθεσίας παρατίθενται στη συνέχεια:

► **Σουηδία:** Η πρωτοπόρος χώρα που προχώρησε σε σχετικές νομοθετικές ρυθμίσεις με δυο διατάξεις που εισήγαγε το 1993, την «Περί Κινδύνων στον Εργασιακό Χώρο» και την «Περί Θυματοποίησης στην Εργασία». Η απόφαση αυτή προέκυψε μετά από έρευνα του Leymann στην οποία διαπίστωσε ότι ποσοστό 3,5% του Σουηδικού πληθυσμού μπορεί να θεωρηθεί ως θύμα του «φαινομένου mobbing» στον εργασιακό χώρο καθώς επίσης και ένα μεγάλο ποσοστό των αυτοκτονιών (ποσοστό 15%) οφειλόταν στο «φαινόμενο mobbing». Και οι δυο διατάξεις απαιτούν από τους εργοδότες να σχεδιάζουν και να οργανώνουν την εργασία με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να προλαμβάνεται και να αποφεύγεται η εργασιακή παρενόχληση. Οι εργοδότες, θα πρέπει να υιοθετούν εργασιακές πολιτικές μέσα από τις οποίες θα διασφαλίζονται οι καλές κοινωνικές και ψυχολογικές συνθήκες στην εργασία, να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες για την πρόληψη του φαινομένου καθώς και την προστασία του θύματος, να εκπαιδεύουν τα διοικητικά στελέχη κ.α (Hoel, et al., 2009; Browne, et al., 2008; Leymann, 1996; Pinkos, 2012 ; Dhaini, S. R., et al., 2016).

► **Βέλγιο:** Το βασιλικό διάταγμα της 17ης Μαΐου 2007, αφορά την πρόληψη ψυχοκοινωνικού βάρους που προκαλείται από την εργασία συμπεριλαμβανομένης της βίας, παρενόχλησης και σεξουαλικής παρενόχλησης το οποίο αφορά εργοδότες και εργαζομένους (Pinkos, 2012)

► **Γαλλία:** Ο Νόμος «Περί Κοινωνικού Εκσυγχρονισμού» του 2002 (Loi 2002-73 du 17 Janvier 2002) εισήγαγε νέες ρυθμίσεις σχετικά με τη σεξουαλική και την ηθική παρενόχληση στο εργασιακό περιβάλλον στον Εργατικό και Ποινικό Κώδικα. Ο νόμος αυτός προσδιορίζει την έννοια της ηθικής παρενόχλησης, τις υποχρεώσεις του εργοδότη για την πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου καθώς και για την προστασία του θύματος συμπεριλαμβανομένης της δυνατότητας προσφυγής σε εξωτερικό διαμεσολαβητή. Επιπρόσθετα, ο νόμος δίνει τη δυνατότητα παρέμβασης στα εργατικά συνδικάτα τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα. Οι κυρώσεις σε περιπτώσεις καταδικαστικής απόφασης αφορούν κάθειρξη μέχρι ενός έτους και πρόστιμο που φτάνει τα €15,000 (Pinkos, 2012 · Καρακιουλάφη, 20047 · Κατσουνάκη κ.α., 2018).

► **Γερμανία** : υπάρχει εκτεταμένος βαθμός προστασίας των εργαζομένων στη βάση του υπάρχοντος νομοθετικού πλαισίου όπου το βάρος της προστασίας των εργαζομένων αφορά την εργοδοτική ευθύνη. Η προστασία αυτή έχει αποτυπωθεί σε αποφάσεις δικαστηρίων αλλά και στις συλλογικές συμβάσεις εργασίας. Οι συμβάσεις περιλαμβάνουν άρθρα ενάντια στην έννοια των διακρίσεων κατά την εργασία (σεξουαλική παρενόχληση, ψυχολογική βία, διάκριση λόγω χρώματος) που προσβάλλουν την αξιοπρέπεια των εργαζομένων (Σπυριδάκης, 2009· Pinkos, 2012· Καρακιουλάφη, 2004).

► **Αγγλοσαξονικές χώρες όπως η Ιρλανδία και η Μεγάλη Βρετανία:** δεν υπάρχει νομική ρύθμιση όσον αφορά την παρενόχληση στο χώρο εργασίας αλλά βασίζεται στο υπάρχων θεσμικό πλαίσιο στη βάση σχετικών με αυτή διατάξεων (Σπυριδάκης, 2009)

► **Φινλανδία:** Ο νόμος για την εργασιακή Υγεία και Ασφάλεια (The Occupational Health and Safety Act, No. 738/2002) αφορά τη σωματική και ψυχολογική βία συμπεριλαμβανομένων των απειλών βίας, τη σεξουαλική παρενόχληση καθώς και το «bullying». Ο νόμος ορίζει τη ψυχολογική βία ως σκόπιμη χρήση δύναμης ή εξουσίας ενός ατόμου ή ομάδας ατόμων που μπορεί να οδηγήσει σε σωματική, πνευματική, διανοητική, ηθική βλάβη και βλάβη στην κοινωνική εξέλιξη. Σύμφωνα με τη νομοθεσία ο εργοδότης υποχρεούται να παρέμβει σε περιπτώσεις διαπιστωμένης παρενόχλησης ή απρεπούς συμπεριφοράς. Ο Νόμος επίσης, δίνει τη δυνατότητα στον υπάλληλο να αναλαμβάνει και ο ίδιος πρωτοβουλία, τόσο για την δική του προστασία όσο και για αυτή των συναδέλφων του, με συνεπακόλουθο τη δημιουργία ενός πλαισίου συνεργασίας με την εργοδοσία, για την από κοινού αντιμετώπιση της παρενόχλησης (Σπυριδάκης, 2009· Pinkos, 2012).

► **Ελλάδα:** Δεν υπάρχει συγκεκριμένο νομοθετικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης στον εργασιακό χώρο. Σύμφωνα με το Νόμο 3304 του 2005, στον τομέα της απασχόλησης και της εργασίας θα πρέπει να εφαρμόζεται η αρχή της ίσης μεταχείρισης ανεξαρτήτως φυλετικής ή εθνικής καταγωγής, θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ή ηλικίας, σε συμμόρφωση με τις Ευρωπαϊκές Οδηγίες (2000/43, 2000/78 και 2002/73).

Στις Οδηγίες αυτές, η παρενόχληση γενικότερα και η σεξουαλική παρενόχληση πιο ειδικά, προσδιορίζονται ως παράγοντες που δημιουργούν συνθήκες διακρίσεων στους χώρους εργασίας. Είναι έκδηλο ότι η εν λόγω νομοθεσία δεν επεκτείνεται και δεν εστιάζει σε κάθε παρενοχλητική συμπεριφορά την οποία μπορεί να υποστεί ο εργαζόμενος στον χώρο εργασίας του (Σπυριδάκης, 2009 · Κωνσταντινίδης, 2011).

Στην Ελλάδα η παρενόχληση συνδέεται με προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, με τη μορφή διακρίσεων και ανισότητας και όχι με τις συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας. Η προστασία της προσωπικότητας του ατόμου ορίζεται στο Σύνταγμα. Η αρχή της ίσης μεταχείρισης και η καταπολέμηση διακρίσεων λόγω χρώματος, φυλής, εθνικότητας, θρησκευτικού προσανατολισμού, αναπηρίας, οικογενειακής κατάστασης, σεξουαλικού προσανατολισμού, χαρακτηριστικών φύλου προβλέπονται στο νόμο 4443/2016.

Στην Ελλάδα ο εργαζόμενος που έχει πέσει θύμα ψυχολογικής βίας μπορεί να υποβάλλει μήνυση για εξύβριση, εκβίαση, συκοφαντική δυσφήμιση, να ασκήσει αγωγή λόγω ηθικής βλάβης, να ασκήσει αγωγή αποζημίωσης όταν η συμπεριφορά παρενόχλησης είναι από τον εργοδότη, να το αναφέρει στο Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας ( Σ.Ε.Π.Ε.) και να απευθυνθεί στο Συνήγορο του πολίτη ( Δέδε, 2017 · Κωνσταντινίδης, 2011).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> : ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ MOBBING ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ**

### **6.1 Έρευνες σχετικά με το φαινόμενο Mobbing στον εργασιακό χώρο**

Σύμφωνα με στοιχεία του Ινστιτούτου για το εργασιακό Bullying (Workplace Bullying Institute) της Αμερικής, εκτιμάται ότι το 27% των εργαζομένων (36 εκατομμύρια άνθρωποι) βίωσαν κάποια στιγμή στην επαγγελματική τους σταδιοδρομία, επιθετική συμπεριφορά. Στην Ε.Ε. το ποσοστό της παρενόχλησης ανέρχεται στο 5% του τελευταίους 12 μήνες, με το Βέλγιο να καταγράφει την δεκαετία 2000-2010 ποσοστά της τάξεως του 10-15%. Σημαντικά είναι και τα ποσοστά εμφάνισης στην Ιαπωνία με τους εργαζόμενους να δηλώνουν σε ποσοστό

45,2% ότι έχουν υπάρξει θύματα ψυχολογικής βίας (έρευνα του 2012 σε 4580 επιχειρήσεις), ενώ και η Αυστραλία αναφέρει για το έτος 2012 ότι τα ποσοστά εμφάνισης του εκφοβισμού στον εργασιακό χώρο ανέρχονται στο 33% (ILO Report V, 2017).

Το σύνδρομο Ηθικής Παρενόχλησης δεν έχει μελετηθεί εκτενώς στην Ελλάδα (δημόσιο και ιδιωτικό τομέα). Παρόλο που έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες στο χώρο της υγείας με υψηλά ποσοστά εμφάνισης του φαινομένου, εντούτοις δεν έχουν πραγματοποιηθεί αντίστοιχες έρευνες σε άλλους επαγγελματικούς χώρους (Κοϊνης & Σαρίδη, 2013). Σε έρευνα των Μπακέλλα κ.α., στο νοσηλευτικό προσωπικό, νοσοκομείων της 6ης Υγειονομικής περιφέρειας, το ποσοστό εμφάνισης ηθικής παρενόχλησης, ανεξάρτητα από το φύλο ή το επίπεδο εκπαίδευσης, έφτασε στο 71% ενώ και τα ποσοστά των επιπτώσεων από το mobbing, είναι ιδιαίτερα υψηλά, με το άγχος, την κεφαλαλγία, τις διαταραχές ύπνου και την άρνηση για εργασία να είναι τα επικρατέστερα (Μπακέλλα κ.α., 2013).

Έρευνες σχετικά με το σύνδρομο του mobbing στους ιατρούς αποδεικνύει υψηλά ποσοστά εμφάνισης του φαινομένου και σε αυτήν την επαγγελματική ομάδα στο χώρο της υγείας, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό σημειώνει γενικά μικρότερα σκορ από ότι το ιατρικό προσωπικό (Cherapanon et al., 2010; Kheiraoui et al., 2012). Η έρευνα των Picakciefte et al (2012) στην Τουρκία σε εργαζόμενους της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αναφέρει ότι το ποσοστό mobbing ανέρχεται σε 31,1%.

## 6.2 Εργαλεία αξιολόγησης του φαινομένου Mobbing

Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα εργαλεία ποσοτικής αξιολόγησης του mobbing είναι:

### ➤ Ερωτηματολόγιο LIPT .

Ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης του εργασιακού εκφοβισμού είναι το ερωτηματολόγιο LIPT ( Leymann Inventory of Psychological Terror). Οι ερωτήσεις χωρίζονται σε πέντε κατηγορίες μέτρησης του φαινομένου mobbing: επιδράσεις στην έκφραση του ατόμου και στην επικοινωνία, επιδράσεις στις κοινωνικές σχέσεις, επιδράσεις στη φήμη του ατόμου, επιδράσεις στην



επαγγελματική κατάσταση του ατόμου, επιδράσεις στην υγεία του ατόμου ( Zukaustas & Vveinhardt, 2011). Ο εργαζόμενος πρέπει να καταγράψει πόσο συχνά παρουσιάζεται η ψυχολογική αυτή η παρενόχληση στον εργασιακό χώρο τους τελευταίους έξι μήνες (Τούκας κ.α., 2012).

#### ➤ **Ερωτηματολόγιο NAQ και NAQ-R.**

Το 1997, οι Νορβηγοί συγγραφείς, Einarsen & Raknes ανέπτυξαν το ερωτηματολόγιο NAQ. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 22 ερωτήσεις μέσα από τις οποίες εκτιμάται κατά πόσο ο εργαζόμενος έχει υποστεί κάποιες από τις συγκεκριμένες συμπεριφορές «mobbing» τους τελευταίους έξι μήνες. Για κάθε μία από τις ερωτήσεις, οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα Likert πέντε βαθμίδων που κυμαίνεται από το «ποτέ», μέχρι το «πάντα». Οι ερωτήσεις αυτές χωρίζονται σε πέντε κατηγορίες: προσωπική ταπείνωση, παρενόχληση που συνδέεται με την εργασία ενός ατόμου, κοινωνικός αποκλεισμός, κοινωνικός έλεγχος και σωματική κακοποίηση (Einarsen, Hoel, 2001). Η εσωτερική συνοχή του NAQ κυμαίνεται μεταξύ 0.87 και 0.93 (Einarsen, Hoel, 2001; Einarsen, et al., 2009). Είναι το δεύτερο περισσότερο χρησιμοποιημένο ερωτηματολόγιο καθώς και η αναθεωρημένη εκδοχή του Negative Acts Questionnaire-Revised, NAQ-R. χρησιμοποιείται σε περίπου 40 χώρες ( Tsuno et al, 2010).

Αν και ο αριθμός των διαθέσιμων ερωτηματολογίων έχει αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες, μόνο όμως το NAQ έχει ανεξάρτητες αποδείξεις εγκυρότητας. Τα περισσότερα ερωτηματολόγια που έχουν δημιουργηθεί για την μέτρηση της ηθικής παρενόχλησης τον εργασιακό χώρο, περιέχουν μετρήσεις για τις εμπειρίες των θυμάτων και ελάχιστα για τον δράστη της ηθικής παρενόχλησης και για τους μάρτυρες τέτοιων περιστατικών ( Cowie et al, 2002).

#### ➤ **Ερωτηματολόγιο WHS.**

Το 1994 οι Bjorkquist, Osterman, Hjelt-Back δημιούργησαν το ερωτηματολόγιο WHS, για να μελετήσουν την επιθετικότητα σε ένα πανεπιστήμιο. Αποτελείται από 24 ερωτήσεις. Οι συμμετέχοντες πρέπει να απαντήσουν σε μια κλίμακα πέντε σημείων για το πόσο συχνά έχουν εκτεθεί σε 24 τύπους καταπιεστικών συμπεριφορών από τους συναδέλφους τους σε διάστημα των έξι τελευταίων μηνών. Οι κατηγορίες περιλαμβάνουν συμπεριφορές όπως : να δέχεται κανείς υπερβολική



κριτική, να του φωνάζουν δυνατά, να υποβάλλεται σε κοινωνική απομόνωση, να λένε πως ψεύδεται σε άλλους. Ακόμη οι ερωτηθέντες υποδεικνύουν μέσω των ερωτήσεων το φύλο του δράστη (Cowie et al, 2002).

➤ **Ερωτηματολόγιο BERGEN BULLYING INTEX.**

Δημιουργήθηκε από τους Einarsen et al,(1994). Η κλίμακα μετράει το σημείο στο οποίο ο ερωτώμενος θεωρεί την ηθική παρενόχληση γενικά ως ένα θέμα που επηρεάζει αυτόν και τους συναδέλφους του στο περιβάλλον εργασίας. Χαρακτηρίζεται από μεγάλη εσωτερική συνοχή ( Cronbach  $\alpha=0,86$ ) (Τούκας κ.α., 2012).

➤ **Ερωτηματολόγιο BERGEN BULLING INTEX**

Το ερωτηματολόγιο Bergen Bulling Index χρησιμοποιείται για τη μελέτη των συνθηκών εργασίας σε συνάρτηση με τις επιπτώσεις του «mobbing» σε ατομικό και σε οργανωσιακό επίπεδο. Αποτελείται από 5 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής με τη μορφή κλίμακας Likert τεσσάρων διαβαθμίσεων που κυμαίνονται από το «συμφωνώ έντονα» μέχρι το «διαφωνώ έντονα». Χαρακτηρίζεται από μεγάλη εσωτερική συνοχή (Cronbach  $\alpha = 0,82$ ) (Einarsen, et al., 1994;Nielsen, et al., 2010).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> : Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**

### **7.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός της ποιότητας ζωής.**

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας η ποιότητα ζωής απασχόλησε αρκετούς ερευνητές και θεωρητικούς, οι οποίοι με διάφορους ορισμούς αποτυπώνουν αυτή την έννοια. Ποιότητα ζωής (quality of life), ή ευημερία (well being), ή καλή ζωή (good life), είναι όροι που βρίσκονται στο επίκεντρο του διεθνούς ενδιαφέροντος. Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια. Διαχρονικά έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί, ανάλογα με την οπτική γωνία υπό την οποία κάθε μελετητής ή στοχαστής αντιμετωπίζει το θέμα. Σύμφωνα με άλλους μελετητές η ποιότητα ζωής αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό μιας κοινωνίας και αφορά τις προϋποθέσεις τις οποίες πρέπει να πληροί κάποιο άτομο για να είναι ευτυχισμένο (Κοϊνης κ.α, 2014).

Πιο πρόσφατες εννοιολογικές προσεγγίσεις σχετικά με την ποιότητα ζωής, την ορίζουν ως τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου καθώς και την ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του, διαχωρίζοντάς την από τις συνθήκες διαβίωσης που αναφέρονται γενικά στις συνθήκες της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, έτσι όπως αυτές αντικατοπτρίζονται στο εισόδημα και τα καταναλωτικά πρότυπα. Αντίθετα η έννοια “ποιότητα ζωής” είναι ευρύτερη και αναφέρεται στη γενική ευημερία των ατόμων που ζουν σε μια κοινωνία (Bowling, 1999).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η ποιότητα ζωής ορίζεται ως “η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, η οποία διαμορφώνεται στο πλαίσιο των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας, στην οποία ζει και είναι σε συνάρτηση με τους προσωπικούς του στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα, τα κριτήρια, τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του” (The Whoqol group, 1995).

Από ορισμένους συγγραφείς η ποιότητα ζωής έχει οριστεί ως η δυνατότητα διάθεσης πόρων προς την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών σε συνδυασμό με όρους που σχετίζονται με την κοινωνία και το περιβάλλον. Ειδικότερα, η ποιότητα ζωής συνίσταται στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία ή περιοχή. Άλλοι συγγραφείς τονίζουν την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου αναφορικά με την ποιότητα ζωής και το ευ ζην. Σύμφωνα με αυτούς, θα μπορούσε να οριστεί ως το σύνολο των εσωτερικών διεργασιών του ατόμου, οι οποίες σχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησής του από τις διάφορες εκφάνσεις της ζωής του. Περιλαμβάνει τις απαραίτητες συνθήκες και καταστάσεις που προωθούν τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου που είναι η προσωπική υγεία, εργασία, εκπαίδευση, οικογένεια, κοινωνικές συναναστροφές, οικονομική κατάσταση (Θεοφίλου, 2010).

Στο χώρο των κοινωνικών επιστημών η ποιότητα ζωής ορίζεται και αξιολογείται με τη χρήση κατάλληλων δεικτών, οι οποίοι έχουν προκύψει από συστηματική και επιστημονική μελέτη και θεωρούνται έγκυροι. Οι δείκτες της ποιότητας ζωής είναι η υγεία, το φυσικό περιβάλλον, η κατοικία, οι συνθήκες διαβίωσης, η χρήση του χρόνου, η κοινωνική ένταξη, η οικονομική δυνατότητα κάλυψης των αναγκών, η

ασφάλεια από εξωτερικούς κινδύνους και το αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή (Κοϊνης κ.α., 2014).

## 7.2 Η σχέση της ποιότητας ζωής με την προσωπικότητα

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια υποκειμενική και πολλές φορές ανεπαρκώς οριζόμενη έννοια για τον κάθε άνθρωπο. Τα υποκειμενικά αποτελέσματα της ποιότητας ζωής μπορούν επίσης να επηρεαστούν από παράγοντες της προσωπικότητας. Τα αποτελέσματα επομένως επηρεάζονται από τα χαρακτηριστικά της προδιάθεσης την οποία δημιουργεί η προσωπικότητα και τα οποία παρεμβαίνουν και προϋπάρχουν χρονικά από την ασθένεια και τη θεραπεία (Κοϊνης κ.α.,2016).

Σύμφωνα με τους Wrosch και Scheier οι παράγοντες της προσωπικότητας ενός ατόμου μπορούν να επιδράσουν απέναντι στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι προσεγγίζουν τις καταστάσεις της ζωής ή και στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται όλα τα είδη των εκβάσεων, τα οποία στη συνέχεια μπορεί να έχουν είτε θετικό είτε αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής τους. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, ένα άτομο που έχει συνείδηση μπορεί να ξεπεράσει αναπάντεχα εμπόδια πολύ πιο εύκολα από κάποιον που το εσωτερικό κίνητρο, το οποίο υπό κανονικές συνθήκες δίνει ώθηση να επιτυγχάνει σημαντικούς στόχους στη ζωή, είναι μειωμένο (Wrosch & Scheier, 2003).

## 7.3 Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής.

Την δεκαετία του 1970 εμφανίστηκαν τα πρώτα ερωτηματολόγια που στόχευαν στη μέτρηση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας. Από εκεί και έπειτα έχουν εμφανιστεί πολλές έρευνες που περιλαμβάνουν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής (Wilson et al.,1995) που χρησιμοποιούν μεθόδους μέτρησης που υπολογίζουν τις αλλαγές σε σωματικό, λειτουργικό, πνευματικό και κοινωνικό επίπεδο υγείας, ώστε να υπολογιστούν τα ανθρώπινα και οικονομικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα νέων προγραμμάτων και παρεμβάσεων (Tesla & Simonson,

2008). Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής υπολογίζεται με τη χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων μεταξύ των οποίων είναι και τα παρακάτω:

➤ **Το ερωτηματολόγιο του NOTTINGHAM**

Αρχικά σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιηθεί στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ώστε να αξιολογήσει τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού (Nottingham Health Profile). Περιλαμβάνονται ερωτήσεις για τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου, την κοινωνική απομόνωση, το επίπεδο ενεργητικότητας του, την αϋπνία και άλλες λειτουργίες. Μεγάλη σημασία δίνεται στην υποκειμενική εκτίμηση των ατόμων για το επίπεδο υγείας τους (Υφαντόπουλος, 2007). Μειονεκτεί στο ότι παρουσιάζει και ερευνά μόνο τις αρνητικές πλευρές της υγείας (προβλήματα υγείας) και όχι τις θετικές της διαστάσεις (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

➤ **Το ερωτηματολόγιο GENERAL HEALTH**

Μέσω της αξιολόγησης της προηγούμενης, της παρούσας και της μελλοντικής κατάστασης υγείας του ατόμου, αξιολογείται η υγεία του και η ευαισθησία του στην ασθένεια (Υφαντόπουλος, 2007).

➤ **Το ερωτηματολόγιο QoL-15D**

Δημιουργήθηκε ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Περιλαμβάνει 15 διαστάσεις της ποιότητας ζωής, κινητικότητα, όραση, ακοή, αναπνοή, ύπνος, φαγητό, ομιλία, αφόδευση, συνήθειες δράσεις, νοητικές λειτουργίες, δυσφορία και συμπτώματα, κατάθλιψη, εξάντληση, ζωτικότητα, σεξουαλική δραστηριότητα. Κάθε διάσταση αξιολογείται σε πέντε επίπεδα (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

➤ **Το ερωτηματολόγιο EUROQoL-5D**

Δημιουργήθηκε από το EuroQol Group το 1987 στο Πανεπιστήμιο York της Αγγλίας, από ερευνητές από την Φιλανδία, την Ολλανδία και την Μ. Βρετανία (Kind et al, 1998). Σήμερα αποτελεί ένα από τα περισσότερο χρησιμοποιούμενα όργανα

μέτρησης της ποιότητας ζωής. Στο πρώτο μέρος περιλαμβάνονται πέντε διαστάσεις που αφορούν την κινητικότητα, την αυτοεξυπηρέτηση, τις συνήθειες δραστηριότητες, τον πόνο και τη δυσφορία, το άγχος και την κατάθλιψη. Κάθε διάσταση χωρίζεται σε τρία επίπεδα. Στο δεύτερο μέρος περιλαμβάνεται μια οπτική αναλογική κλίμακα, υπό τη μορφή θερμομέτρου υγείας. Ενσωματώνει σε ένα δείκτη ωφελιμότητας το επίπεδο υγείας του ατόμου (Υφαντόπουλος, 2007).

#### ➤ Το ερωτηματολόγιο SF-36

Δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware. Εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας που δεν χαρακτηρίζονται ως ειδικές κάποιας θεραπείας ή ασθένειας. Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις, που συνοψίζονται σε οκτώ διαστάσεις: σωματική λειτουργία, σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, ρόλος συναισθηματικός, ψυχική υγεία. Έχει χρησιμοποιηθεί για μελέτη της ποιότητας ζωής του πληθυσμού σε Η.Π.Α. και Ευρώπη και διαθέτει εγκυρότητα και αξιοπιστία (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

#### ➤ Το ερωτηματολόγιο McGILL

Δημιουργήθηκε από τους Melzak & Torgerson το 1971. Πρόκειται για την πιο διαδεδομένη κλίμακα για την μέτρηση του πόνου. Περιλαμβάνει 102 ερωτήσεις που κατηγοριοποιούνται σε: αίσθηση, συναισθηματική εκδήλωση και ένταση του πόνου (Melzack & Torgerson, 1971 • Υφαντόπουλος, 2007).

## **B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup> : ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **8.1 Σκοπός της έρευνας.**

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση του συνδρόμου mobbing στους εργαζομένους του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας και συγκεκριμένα στους εργαζομένους της Ιατρικής, Νοσηλευτικής και Διοικητικής Υπηρεσίας και η επίδραση του στην ποιότητα ζωής των εργαζομένων.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν τα ακόλουθα:

1. Αν και κατά πόσο οι εργαζόμενοι τριών υπηρεσιών (οι γιατροί, οι νοσηλευτές και οι διοικητικοί υπάλληλοι) του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας έχουν υποστεί εργασιακό εκφοβισμό.
2. Αν και κατά πόσο τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση) επηρεάζουν αυτή τη συμπεριφορά.
3. Αν και κατά πόσο τα εργασιακά χαρακτηριστικά (επαγγελματική ιδιότητα, χρόνια προϋπηρεσίας και μορφωτικό επίπεδο) επηρεάζουν αυτή τη συμπεριφορά.
4. Αν και κατά πόσο επηρεάζεται η ποιότητα ζωής των εργαζομένων από την εργασιακή βία που βιώνουν ή όχι.

## 8.2 Ο πληθυσμός υπό μελέτη.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν μόνιμοι υπάλληλοι με οργανικές θέσεις στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, στις τρεις υπηρεσίες του νοσοκομείου την ιατρική, την νοσηλευτική και την διοικητική. Το μόνιμο ανθρώπινο δυναμικό των ανωτέρω υπηρεσιών στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, κατά τη χρονική στιγμή που διεξήχθη η έρευνα, κατανέμετε ως εξής: Ιατρικό προσωπικό (Επιμελητές Α και Β) 48 άτομα, Νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ και ΔΕ είναι 307 άτομα και το Διοικητικό προσωπικό ΠΕ, ΤΕ, και ΔΕ είναι 77 άτομα.

Διανεμήθηκαν 120 ανώνυμα ερωτηματολόγια στο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό διαφόρων κλινικών του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας και επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 103 (ποσοστό ανταπόκρισης 85,83%). Το 34% (n=35) των συμμετεχόντων ήταν γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, το 43,7% (n=45) ήταν νοσηλευτές και το 22,3% (n=23) ήταν διοικητικοί υπάλληλοι. Η επιλογή του δείγματος ήταν ευκολίας και η συμμετοχή των ερωτώμενων ήταν ανώνυμη και εθελοντική. Τα κριτήρια επιλογής των συμμετεχόντων ήταν οι ερωτώμενοι να είναι άνω των 18 ετών, να ομιλούν και να διαβάζουν την ελληνική γλώσσα, να συμμετέχουν με τη συγκατάθεσή τους, να έχουν μονιμότητα πάνω από μισό χρόνο.

### 8.3 Η μεθοδολογία της έρευνας.

Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη (cross-sectional study), η οποία πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα από Σεπτέμβριο έως Δεκέμβριο 2019, μετά από σχετική αίτηση άδειας προς το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν.Α. Στη συνέχεια αναπτύχθηκε το ερωτηματολόγιο, το οποίο διανεμήθηκε στους ερωτώμενους προς συμπλήρωση, αφού προηγήθηκε σχετική ενημέρωση, σχετικά με το είδος και τους σκοπούς της μελέτης. Τέλος, διασφαλίσθηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα της συμμετοχής όλων των ερωτώμενων.

### 8.4 Ερωτηματολόγια και μεταβλητές υπό μελέτη

Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από τρία μέρη και συνολικά 36 ερωτήσεις. Αναλυτικά τα μέρη του ερωτηματολογίου

#### ► A. Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά ( 7 ερωτήσεις)

Περιλαμβάνει ερωτήσεις αναφορικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός παιδιών καθώς και το μορφωτικό επίπεδο. Επίσης περιλαμβάνει ερωτήσεις για τα εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος όπως ο επαγγελματικός τίτλος και τα χρόνια προϋπηρεσίας που κατέχουν έως την ημέρα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου της έρευνας.

#### ► B. Ερωτηματολόγιο Αρνητικών Συμπεριφορών στον εργασιακό χώρο (Negative Acts Questionnaire, NAQ) ( 22 ερωτήσεις).

Για τη μέτρηση της εμφάνισης του συνδρόμου της ηθικής παρενόχλησης χρησιμοποιήθηκε το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο αρνητικών συμπεριφορών στον εργασιακό χώρο (Negative Act Questionnaire Revised – NAQ-R). Το ερωτηματολόγιο NAQ-R είναι η αναθεωρημένη έκδοση του NAQ-32 και αποτελείται από 22 ερωτήσεις, που αντιστοιχούν σε διαφορετικές ανεπιθύμητες και αρνητικές συμπεριφορές, που κυμαίνονται από έμμεσες και «ύπουλες» ενέργειες, όπως το

κουτσομπολιό, έως άμεσες αρνητικές συμπεριφορές, όπως απειλές ή σωματική κακοποίηση. Χρησιμοποιήθηκε η μεταφρασμένη και σταθμισμένη στα ελληνικά δεδομένα, αναθεωρημένη κλίμακα NAQ, για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας (Kakoulakis., et al., 2015). Το Negative Act Questionnaire (Ερωτηματολόγιο Αρνητικών Ενεργειών, NAQ), έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί σε πολλές έρευνες, σε χώρες όπως την Αγγλία, την Αμερική, την Ιταλία, την Ιαπωνία, τη Κίνα αλλά και στην Ελλάδα με εσωτερική συνοχή που κυμαίνεται Cronbach- $\alpha$  από 0,88 έως 0,90. ( Houfey et al., 2015; Berry et al.,2012; Giorgi et al., 2011; Kakoulakis et al.,2015; Einarsen et al., 2009, Nielsen et al.,2011).

► Οι ερωτήσεις του NAQ καλύπτουν 3 διαστάσεις παρενόχλησης :

- **εκφοβισμός σχετικά με την εργασία ή «work-related bullying»** (ερωτήσεις 1, 3, 14, 16, 18, 19 και 21),
- **προσωπικό εκφοβισμός ή «Person-related bullying»** (ερωτήσεις 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 17 και 20) και
- **σωματικός εκφοβισμός ή «Physically intimidating bullying»** (ερωτήσεις 8, 9 και 22).

Για να προσδιοριστεί η συχνότητα έκθεσης των ατόμων στις συμπεριφορές εκφοβισμού χρησιμοποιείται η κλίμακα Likert με 5 απαντήσεις επιλογής, (1 → ποτέ, 2 → σπάνια, 3 → μία φορά ανά μήνα, 4 → μία φορά την ημέρα και 5 → κάθε μέρα).

Η βαθμολογία της κλίμακας εκφοβισμού, λαμβάνει τιμές από 22 έως > 55 και προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων του. Η αύξηση των βαθμολογιών δηλώνει μεγαλύτερο εργασιακό εκφοβισμό. Η κατανομή των επιπέδων εκφοβισμού παρουσιάζεται στον **πίνακα 4**.

**Πίνακας 4. Κατανομή επιπέδων εκφοβισμού**

Συνολική βαθμολογία εκφοβισμού	Επίπεδο εκφοβισμού
22-25	Ανύπαρκτος
26-34	Χαμηλό
35-44	Μέτριο



45-55	Υψηλό
>55	Πολύ υψηλό

Ένας πιο συνοπτικός υπολογισμός της κλίμακας αποτυπώνεται σε τρία επίπεδα. Όταν η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από :

- 22 – 34, τότε το άτομο δεν έχει υποστεί mobbing,
- 35 -44, τότε το άτομο είναι περιστασιακό θύμα mobbing,
- > 45, τότε το άτομο είναι θύμα mobbing.

#### ►Γ. Ερωτηματολόγιο EQOL-5D αυτοαξιολόγησης της υγείας και ποιότητα ζωής (7 ερωτήσεις).

Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EuroQoL-5D (EQ-5). Το EQ-5D αναπτύχθηκε από Ευρωπαίους ερευνητές ( The EuroQoL group ) στα τέλη της δεκαετίας του 1980. Απαρτίζεται από δύο ανεξάρτητα μέρη:

1. Το σύστημα ταξινόμησης ή περιγραφής (descriptive) της κατάστασης υγείας με τη δημιουργία της κατάστασης υγείας (health profile).
2. Το σύστημα αυτοβαθμολόγησης της υγείας, μέσω ενσωματωμένης οπτικής αναλογικής κλίμακας (EQ-VAS), που αξιολογεί από το 0 (χειρότερη κατάσταση υγείας) έως το 100 (πλήρης υγεία).

Όσον αφορά, το περιγραφικό σύστημα της EQ-5D αποτελείται από 5 επίπεδα που αντιπροσωπεύουν 5 τομείς της υγείας: τον πόνο, το άγχος/κατάθλιψη, την κινητικότητα, τη φροντίδα/αυτοφροντίδα και τις καθημερινές δραστηριότητες. Οι συγκεκριμένοι τομείς χωρίζονται σε τρία ή σε πέντε επίπεδα απαντήσεων. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε το EQ-5D των 3 επιπέδων απαντήσεων (1 → δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα, 2 → μέτριο πρόβλημα και 3 → σοβαρό πρόβλημα). Η κάθε κατάσταση υγείας κωδικοποιείται με πέντε ψηφία, από τις ακολουθίες των αριθμών 1,2 και 3 και μπορεί να προκύψουν έως 243 διαφορετικές καταστάσεις υγείας. Ο κωδικός 11111 αντιστοιχεί στην καλύτερη κατάσταση υγείας και δηλώνει ότι δεν υπάρχει κανένα στις 5 διαστάσεις του ερωτηματολογίου, ενώ ο κωδικός 55555 αντιστοιχεί στη χειρότερη κατάσταση υγείας και δηλώνει ότι υπάρχουν

σοβαρά προβλήματα και στις 5 διαστάσεις του ερωτηματολογίου. Παράλληλα, μέσω του περιγραφικού συστήματος της EQ-5D υπολογίζεται ο σταθμισμένος δείκτης υγείας EQ-5D-index, όπου δείχνει την κοινωνική ευημερία που απολαμβάνει το άτομο για κάθε κατάσταση υγείας. Στην παρούσα μελέτη για τον υπολογισμό του EQ-5D-index χρησιμοποιήθηκε η εξίσωση για τον γενικό πληθυσμό.

Αναφορικά με το δεύτερο μέρος του EQ-VAS, ο κάθε συμμετέχοντας καλείται να αυτοβαθμολογήσει την τωρινή κατάσταση υγείας του, με το 0 να αντιστοιχεί στη χειρότερη κατάσταση υγείας και το 100 στη πλήρη υγεία.

Σημαντικά πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου είναι ο σύντομος χρόνος συμπλήρωσης του, περίπου 1 – 2 λεπτά, με αποτέλεσμα τα υψηλά ποσοστά συμπλήρωσης του, και η εγκυρότητα του, καθώς σε μελέτες έχει βρεθεί υψηλή συσχέτιση των διαστάσεων με τις αντίστοιχες άλλων ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία (Dolan, 1997· Kontodimopoulos et al., 2008· Yfantopoulos 2001).

## 8.5 Στατιστική ανάλυση.

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 24.0. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το  $\alpha=0,05$ .

Αρχικά ελέγχθηκε αν οι ποσοτικές μεταβλητές ακολουθούν την κανονική κατανομή μέσω της δοκιμασίας Kolmogorov-Smirnov ή Shapiro-Wilk. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση, όπου οι συνεχείς ποσοτικές μεταβλητές εκφράστηκαν ως μέση τιμή ( $\pm$ τυπική απόκλιση) και M.T.( $\pm$ T.A.) ή ως διάμεση τιμή και ενδοτεταρτημοριακό εύρος (Interquartile Range=IQR) ανάλογα με το αν ακολουθούσαν κανονική κατανομή. Για τις κατηγορικές μεταβλητές υπολογίστηκαν οι απόλυτες και οι ποσοστιαίες τιμές (%). Η ύπαρξη κανονικής κατανομής για τις συνεχείς μεταβλητές εξετάστηκε με την παραμετρική.

Όσον αφορά τη σύγκριση των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν: α) η δοκιμασία  $\chi^2$  για τη σύγκριση κατηγορικών μεταβλητών, β) το t-test για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή μεταξύ δυο ομάδων, γ) το Mann Whitney για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή μεταξύ δυο ομάδων, δ) ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης

διασποράς (ANOVA) για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων, ε) ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων, στ) ο συντελεστής συσχέτισης Pearson για τη σύγκριση δύο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή και ζ) ο συντελεστής συσχέτισης Spearman για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών, που έστω και μία δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή.

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας της κλίμακας NAQ και των υποκλιμάκων της υπολογίστηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's  $\alpha$ .

Τέλος, πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με α) εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της κλίμακας NAQ και εξαρτημένες τα δημογραφικά και επαγγελματικά δεδομένα των συμμετεχόντων και β) εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της κλίμακας ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία EQ-5D και εξαρτημένες τα δημογραφικά και επαγγελματικά δεδομένα των συμμετεχόντων και τη βαθμολογία της κλίμακας NAQ.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 9.1 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Από τους 103 συμμετέχοντες, οι 42 (40,8%) ήταν άνδρες και οι 61 (59,2%) ήταν γυναίκες. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχαν ηλικία 38 – 47 ετών (N=43, 41,7%), ενώ 12 (11,7%) συμμετέχοντες είχαν ηλικία 18 – 27 ετών, 24 (23,3%) ήταν 28 με 37 ετών, 18 (17,5%) ήταν 48 – 57 ετών και μόνο 6 (5,8%) είχαν ηλικία άνω των 57 ετών. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, 43 (43,7%) συμμετέχοντες ήταν άγαμοι, 46 (44,7%) παντρεμένοι, 12 (11,7%) διαζευγμένοι και 2 (1,9%) χήροι. Σαράντα πέντε (43,7%) από τους 103 συμμετέχοντες δεν είχαν παιδιά, 14 (13,6%) είχαν ένα παιδί, 31 (30,1%) είχαν δύο παιδιά και 13 (12,6%) είχαν τρία ή/ και περισσότερα παιδιά.

Αναφορικά με τον επαγγελματικό τους τίτλο, 35 (34%) από τους συμμετέχοντες ήταν γιατροί, 45 (43,7%) ήταν νοσηλευτές και 23 (22,3%) διοικητικοί υπάλληλοι. Είκοσι τρεις (22,3%) από τους συμμετέχοντες είχαν δευτεροβάθμια εκπαίδευση, 38 (36,9%) είχαν τεχνολογική εκπαίδευση, 23 (22,3%) πανεπιστημιακή εκπαίδευση, 11 (10,7%) είχαν μεταπτυχιακό και 8 (7,8%) είχαν διδακτορικό. Από τους 103 συμμετέχοντες, οι 33 (32,0%) είχαν λιγότερο από 10 χρόνια προϋπηρεσίας, οι 33 (32,0%) από 10 έως και 20 χρόνια προϋπηρεσίας, οι 28 (27,2%) από 21 έως και 30 χρόνια προϋπηρεσίας και οι 9 (8,7%) από 31 έως και 40 χρόνια προϋπηρεσίας.

Στον **πίνακα 5** παρουσιάζονται τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

**Πίνακας 5: Δημογραφικά και Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων (N=103)**

Χαρακτηριστικά	N(%)
<b>Φύλο</b>	
Άνδρας	42 (40,8%)
Γυναίκα	61 (59,2%)
<b>Ηλικία</b>	
18 – 27 ετών	12 (11,7%)
28 – 37 ετών	24 (23,3%)
38 – 47 ετών	43 (41,7%)
48 – 57 ετών	18 (17,5%)
άνω των 57 ετών	6 (5,8%)
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	
Άγαμος/-η	43 (41,7%)
Παντρεμένος/-η	46 (44,7%)
Διαζευγμένος/-η	12 (11,7%)
Χήρος/-α	2 (1,9%)
<b>Αριθμός παιδιών</b>	
Κανένα	45 (43,7%)

Ένα παιδί	14 (13,6%)
Δύο παιδιά	31 (30,1%)
Τρία παιδιά και άνω	13 (12,6%)
<b>Επάγγελμα</b>	
Ιατρός	35 (34,0%)
Νοσηλεύτης	45 (43,7%)
Διοικητικός	23 (22,3%)
<b>Εκπαίδευση</b>	
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	23 (22,3%)
Τεχνολογική Εκπαίδευση	38 (36,9%)
Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση	23 (22,3%)
Μεταπτυχιακός τίτλος	11 (10,7%)
Διδακτορικός τίτλος	8 (7,8%)
<b>Προϋπηρεσία</b>	
Λιγότερο από 10 χρόνια	33 (32,0%)
10 – 20 χρόνια	33 (32,0%)
21 – 30 χρόνια	28 (27,2%)
31 – 40 χρόνια	9 (8,7%)

Στον **πίνακα 6** παρουσιάζονται τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων σε σχέση με τον επαγγελματικό τους τίτλο. Μετά από έλεγχο  $\chi^2$ , βρέθηκε ότι η αναλογία ανδρών και γυναικών διέφερε σημαντικά μεταξύ των τριών ομάδων ( $p=0,003$ ). Πιο αναλυτικά, το ποσοστό των ανδρών στην ομάδα των ιατρών (57,1%) και των διοικητικών υπαλλήλων (52,2%) ήταν σημαντικά μεγαλύτερο σε σχέση με την ομάδα των νοσηλευτών, όπου άντρες ήταν μόνο το 22,2%. Επίσης, υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης ( $p<0,001$ ). Το 50% των διοικητικών υπαλλήλων ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Όσον αφορά τους νοσηλευτές, το 84,4% αυτών είχαν τεχνολογική εκπαίδευση, το 4,4% πανεπιστημιακή εκπαίδευση, ενώ το 11,1% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού. Το 60% των γιατρών είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση, το 17,1%

ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού και 22,9% ήταν κάτοχοι διδακτορικού. Οι τρεις ομάδες δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά ως προς την ηλικία ( $p=0,165$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $0,284$ ), των αριθμό παιδιών ( $p=0,411$ ) και την επαγγελματική τους προϋπηρεσία ( $p=0,274$ ).

**Πίνακας 6: Δημογραφικά και Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων ανά Επαγγελματικό Τίτλο**

Χαρακτηριστικά	Επαγγελματικός Τίτλος, N(%)			Έλεγχος $\chi^2$
	Ιατροί	Πτυχιούχοι Νοσηλεύτες	Διοικητικοί Υπάλληλοι	p-value
<b>Φύλο</b>				<b>0,003</b>
Άνδρας	20 (57,1%)	10 (22,2%)	12 (52,2%)	
Γυναίκα	15 (42,9%)	35 (77,8%)	11 (47,8%)	
<b>Ηλικία</b>				0,165
18 – 27 ετών	7 (20%)	4 (8,9%)	1 (4,3%)	
28 – 37 ετών	7 (20%)	11 (24,4%)	6 (26,1%)	
38 – 47 ετών	11 (31,4%)	20 (44,4%)	12 (52,2%)	
48 – 57 ετών	6 (17,1%)	10 (22,2%)	2 (8,7%)	
άνω των 57 ετών	4 (11,4%)	0 (0,0%)	2 (8,7%)	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				0,284
Άγαμος/-η	19 (54,3%)	18 (40,%)	6 (26,1%)	
Παντρεμένος/-η	10 (26,8%)	22 (48,9%)	14 (60,9%)	
Διαζευγμένος/-η	5 (14,3%)	4 (8,9%)	3 (13%)	
Χήρος/-α	1 (2,9%)	1 (2,2%)	0 (0,0%)	
<b>Αριθμός παιδιών</b>				0,411
Κανένα	19 (54,3%)	18 (40,0%)	8 (34,8%)	
Ένα παιδί	6 (17,1%)	5 (11,1%)	3 (13,0%)	
Δύο παιδιά	7 (20,0%)	17 (37,8%)	7 (30,4%)	
Τρία παιδιά και άνω	3 (8,6%)	5 (11,1%)	5 (21,7%)	

<b>Εκπαίδευση</b>				<b>&lt;0,001</b>
ΔΕ	0 (0,0%)	0 (0,0%)	12 (50%)	
ΤΕ	0 (0,0%)	38 (84,4%)	0 (0,0%)	
ΠΕ	21 (60,0%)	2 (4,4%)	0 (0,0%)	
Μεταπτυχιακό	6 (17,1%)	5 (11,1%)	0 (0,0%)	
Διδακτορικό	8 (22,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
<b>Προϋπηρεσία</b>				<b>0,274</b>
< 10 χρόνια	15 (42,9%)	13 (28,9%)	5 (21,7%)	
10 – 20 χρόνια	9 (25,7%)	14 (31,1%)	10 (43,5%)	
21 – 30 χρόνια	6 (17,1%)	15 (33,3%)	7 (30,4%)	
31 – 40 χρόνια	6 (14,3%)	3 (6,7%)	1 (4,3%)	

## 9.2 Αρνητικές συμπεριφορές στο εργασιακό πλαίσιο (Negative Acts Questionnaire – NAQ)

### 9.2.1 Έλεγχος αξιοπιστίας NAQ

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του NAQ χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach' s α. Συνολικά, το ερωτηματολόγιο NAQ εμφάνιζε πολύ υψηλή εσωτερική συνέπεια καθώς η τιμή του Cronbach' s α ήταν ίση με 0,950. Όσον αφορά τις υποκλίμακες του NAQ είχαν υψηλή εσωτερική συνέπεια, καθώς ο Cronbach' s α στην υποκλίμακα εκφοβισμός που σχετίζεται με την εργασία ήταν ίσος με 0,872, στην υποκλίμακα προσωπικός εκφοβισμός ήταν 0,924 και στην υποκλίμακα σωματικός εκφοβισμός ήταν 0,799 (Πίνακας 7). Για να είναι μια κλίμακα ή υποκλίμακα αξιόπιστη, ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach' s α θα πρέπει να είναι >0,7.

Πίνακας 7: Συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach' s α

Κλίμακα	Cronbach' s α
Εκφοβισμός που σχετίζεται με την εργασία	0,872

Προσωπικός Εκφοβισμός	0,924
Σωματικός Εκφοβισμός	0,799
Συνολική κλίμακα NAQ (22 ερωτήσεις)	0,950

### 9.2.2 Βαθμολογία συνολικού ερωτηματολογίου NAQ και υποκλιμάκων

Η μέση βαθμολογία ( $\pm$ T.A.) της συνολικής κλίμακας NAQ στο σύνολο του δείγματος ήταν 49,0( $\pm$ 18,8). Η μέση βαθμολογία ( $\pm$ T.A.) της υποκλίμακας εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία ήταν 18,7( $\pm$ 7,6), της υποκλίμακας προσωπικός εκφοβισμός 24,9( $\pm$ 10,0) και της υποκλίμακας σωματικός εκφοβισμός 5,4( $\pm$ 2,5) (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Περιγραφικά στοιχεία της κλίμακας NAQ στο σύνολο του δείγματος (N=103)

Κλίμακα (ελάχιστη – μέγιστη βαθμολογία)	Βαθμολογία		
	M.T.( $\pm$ T.A.)	Διάμεσος(IQR)	Ελάχιστη - Μέγιστη Τιμή
Εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία (7 – 35)	18,7( $\pm$ 7,6)	17,0 (13)	7 – 33
Προσωπικός Εκφοβισμός (12 – 60)	24,9( $\pm$ 10,0)	22,0 (14)	12 – 54
Σωματικός Εκφοβισμός (3 – 15)	5,4( $\pm$ 2,5)	4,0 (2)	3 – 13
Συνολικό ερωτηματολόγιο NAQ (22 – 110)	49,0 ( $\pm$ 18,8)	43,0 (29)	22 – 98

Το 21,4% των συμμετεχόντων δεν έχει υποστεί mobbing, το 30,1% έχει αποτελέσει περιστασιακό θύμα mobbing και το 48,5% ήταν θύμα mobbing (Πίνακας 9).

Πίνακας 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν ήταν θύματα mobbing με βάση τη συνολική βαθμολογία NAQ

Κατάσταση	Συμμετέχοντες, N (%)
-----------	-------------------------



Δεν έχει υποστεί mobbing (NAQ < 33)	22 (21,4%)
Περιστασιακό θύμα mobbing ( 33≤NAQ≤44)	31 (30,1%)
Θύμα mobbing (NAQ > 44)	50 (48,5%)

### 9.2.3 Συχνότητα βίωσης αρνητικών συμπεριφορών από τους συμμετέχοντες

Οι συμπεριφορές «έκθεση σε υπερβολικό φόρτο εργασίας», «ανάθεση δουλειάς ξεκάθαρα κατώτερης του επιπέδου των ικανοτήτων τους», «δέχομαι πίεση να μην απαιτώ κάτι το οποίο δικαιούμαι» αποτελούν τις πιο συχνές αρνητικές συμπεριφορές που βιώνουν οι συμμετέχοντες καθημερινά, καθώς αναφέρθηκαν από το 39,8%, το 30,1% και το 29,1% του δείγματος, αντίστοιχα. Από την άλλη, οι συμπεριφορές «εξευτελίζομαι ή γελοιοποιούμαι σχετικά με τη δουλειά μου», «γίνομαι αποδέκτης φαρσών - αστείων από άτομα που δεν με συμπαθούν», «υπόνοιες ή σημάδια από άλλους ότι θα έπρεπε να παρατήσω τη δουλειά μου», «με αγνοούν ή γίνονται επιθετικοί εναντίον μου όταν επιχειρώ να τους προσεγγίσω» και «σωματική κακοποίηση ή απειλές βίας» αποτελούν τις λιγότερα συχνές αρνητικές συμπεριφορές που βιώνουν καθημερινά οι συμμετέχοντες, καθώς αναφέρθηκαν μόνο από το 1,9%, 1,9%, 1,0%, 1,0% και 1,0% του δείγματος.

Στον **πίνακα 10** παρουσιάζεται η συχνότητα που βιώνουν οι συμμετέχοντες τις αρνητικές συμπεριφορές καθώς και η μέση βαθμολογία τους.

**Πίνακας 10: Συχνότητα βίωσης αρνητικών συμπεριφορών με βάσει τις δηλώσεις των συμμετεχόντων**

Αρνητικές Συμπεριφορές	Συχνότητα Βίωσης Αρνητικών Συμπεριφορών, N(%)	M.T.(±T.A.)
------------------------	-----------------------------------------------	-------------

	Ποτέ	Σπάνια	Μια φορά ανά μήνα	Μια φορά ανά εβδομάδα	Κάθε μέρα	
1. Σας αποκρύπτονται πληροφορίες που επηρεάζουν την απόδοσή σας	29 (28,2%)	41 (39,8%)	16 (15,5%)	8 (7,8%)	9 (8,7%)	2,29(±1,21)
2. Εξευτελίξετε ή γελοιοποιήστε σχετικά με τη δουλειά σας	49 (47,6%)	40 (38,8%)	9 (8,7%)	3 (2,9%)	2 (1,9%)	1,73(±0,89)
3. Σας ανατίθεται δουλειά ξεκάθαρα κατώτερη του επιπέδου των ικανοτήτων σας	25 (24,3%)	25 (24,3%)	8 (7,8%)	14 (13,6%)	31 (30,1%)	3,01(±1,61)
4. Σημαντικές περιοχές ευθύνης σας αφαιρούνται ή αντικαθίστανται με τετριμμένα ή ασήμαντα καθήκοντα	23 (22,3%)	30 (29,1%)	12 (11,7%)	17 (16,5%)	21 (20,4%)	2,83(±1,47)
5. Φήμες και κουτσομπολιά διαδίδονται για εσάς	28 (27,2%)	32 (31,1%)	12 (11,7%)	12 (11,7%)	19 (18,4%)	2,63(±1,46)
6. Εξαιρείστε ή αποκλείετε από διαδικασίες και κοινωνικά γεγονότα	36 (35%)	37 (35,9%)	13 (12,6%)	10 (9,7%)	7 (6,8%)	2,17(±1,21)
7. Προσβλητικά ή επιθετικά σχόλια για εσάς και την προσωπική σας ζωή	39 (37,9%)	43 (41,7%)	11 (10,7%)	3 (2,9%)	7 (6,8%)	1,99 (±1,11)
8. Σας φωνάζουν ή γίνεστε στόχος αγανάκτησης ή θυμού	27 (26,2%)	50 (48,5%)	11 (10,7%)	10 (9,7%)	5 (4,9%)	2,18(±1,08)
9. Εκφοβιστική συμπεριφορά, όπως εισβολή στον προσωπικό σας χώρο, σπρώξιμο, κλείσιμο περάσματος κ.α.	60 (58,3%)	23 (22,3%)	12 (11,7%)	5 (4,9%)	3 (2,9%)	1,72(±1,04)
10. Υπόνοιες ή σημάδια από άλλους ότι θα έπρεπε να παρατηρήσετε τη δουλειά σας	45 (43,7%)	37 (35,9%)	12 (11,7%)	8 (7,8%)	1 (1,0%)	1,86(±0,97)
11. Σας υπενθυμίζονται συνεχώς τα λάθη και οι παραλείψεις σας	30 (29,1%)	45 (43,7%)	14 (13,6%)	10 (9,7%)	4 (3,9%)	1,95(±1,07)
12. Σας αγνοούν ή γίνονται επιθετικοί εναντίον σας όταν επιχειρείτε να προσεγγίσετε	45 (43,7%)	36 (35,0%)	12 (11,7%)	9 (8,7%)	1 (1,0%)	1,88(±0,99)
13. Εξακολουθητική κριτική της δουλειάς και της προσπάθειάς σας	32 (31,1%)	40 (38,8%)	16 (15,5%)	10 (9,7%)	5 (4,9%)	2,18(±1,13)

14. Η γνώμη και οι απόψεις σας αγνοούνται	23 (22,3%)	50 (48,5%)	17 (16,5%)	6 (5,8%)	7 (6,8%)	2,26(±1,08)
15. Γίνεστε αποδέκτες φαρσών - αστείων από άτομα που δεν σας συμπαθούν	61 (59,2%)	29 (28,2%)	10 (9,7%)	1 (1,0%)	2 (1,9%)	1,58(±0,86)
16. Σας δίνονται καθήκοντα με παράλογους ή αδύνατους στόχους ή/και προθεσμίες	40 (38,8%)	28 (27,2%)	8 (7,8%)	13 (12,6%)	14 (13,6%)	2,35(±1,45)
17. Γίνονται ψευδείς ισχυρισμοί σε βάρος σας	45 (43,7%)	34 (33,0%)	8 (7,8%)	8 (7,8%)	8 (7,8%)	2,03(±1,24)
18. Η δουλειά σας παρακολουθείται και ελέγχεται υπερβολικά	32 (31,1%)	29 (28,2%)	7 (6,8%)	11 (10,7%)	24 (23,3%)	2,67(±1,57)
19. Δέχεστε πίεση να μην απαιτήσετε κάτι το οποίο δικαιούστε	24 (23,3%)	31 (30,1%)	11 (10,7%)	7 (6,8%)	30 (29,1%)	2,88(±1,57)
20. Δέχεστε υπερβολικά πειράγματα και σαρκασμό	47 (45,6%)	37 (35,9%)	13 (12,6%)	2 (1,9%)	4 (3,9%)	1,83(±0,99)
21. Εκτίθεστε σε μη διαχειρίσιμο φόρτο εργασίας	16 (15,5%)	27 (26,2%)	13 (12,6%)	6 (5,8%)	41 (39,8%)	3,28(±1,57)
22. Σωματική κακοποίηση ή απειλές βίας	71 (68,9%)	21 (20,4%)	7 (6,8%)	3 (2,9%)	1 (1,0%)	1,47(±0,83)

#### 9.2.4 Συγχρονικές συγκρίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών δεδομένων των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου NAQ

Στον **πίνακα 11** παρουσιάζεται η σχέση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου NAQ. Από τη συγκριτική μελέτη βρέθηκε ότι:

- Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου NAQ δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ ανδρών και γυναικών, παρ' όλου που οι άνδρες σημείωσαν υψηλότερη μέση βαθμολογία (IQR) σε σχέση με τις γυναίκες [48,5(30,5) έναντι 39,0 (30,5), (p=0,176)].

- Οι συμμετέχοντες με ηλικία άνω των 57 ετών είχαν σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία NAQ σε σχέση με τους συμμετέχοντες των άλλων ηλικιακών ομάδων ( $p=0,05$ ).
- Η μέση βαθμολογία του ερωτηματολογίου NAQ δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων ( $p=0,614$ ).
- Η μέση βαθμολογία του ερωτηματολογίου NAQ δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών των συμμετεχόντων ( $p=0,161$ ).
- Η μέση βαθμολογία του ερωτηματολογίου NAQ δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τον επαγγελματικό τίτλο των συμμετεχόντων ( $p=0,088$ ). Αναλυτικότερα, η μέση βαθμολογία ( $\pm TA$ ) της συνολικής κλίμακας NAQ των ιατρών ήταν 51,5 ( $\pm 18,9$ ), των πτυχιούχων νοσηλευτών 44,5 ( $\pm 16,6$ ) και των διοικητικών υπαλλήλων 54,1 ( $\pm 21,8$ ).
- Η μέση βαθμολογία του ερωτηματολογίου NAQ δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων ( $p=0,862$ ).
- Η μέση βαθμολογία του ερωτηματολογίου NAQ δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τα έτη επαγγελματική προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων ( $p=0,614$ ).

**Πίνακας 11: Συγχρονικές συγκρίσεις της βαθμολογίας ερωτηματολογίου NAQ με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων**

Χαρακτηριστικά	Συνολική Βαθμολογία NAQ	
	ΜΤ( $\pm TA$ )	Δοκιμασία, p-value
Φύλο		
Άνδρας	51,8 ( $\pm 20,1$ )	Mann-Whitney $p=0,176$
Γυναίκα	47,1 ( $\pm 17,9$ )	
Ηλικία		
18 – 27 ετών	40,7 ( $\pm 9,6$ )	Kruskal-Wallis

28 – 37 ετών	53,6 (±21,7)	$\chi(4)^2=9,22$
38 – 47 ετών	47,3 (±18,4)	<b>p=0,05</b>
48 – 57 ετών	46,3 (±18,2)	
> 57 ετών	67,5 (±13,6)	

## Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος/-η	57,7 (±20,9)	Kruskal-Wallis $\chi(3)^2=1,804$ p=0,614
Παντρεμένος/-η	46,5 (±16,8)	
Διαζευγμένος/-η	45,3 (±17,6)	
Χήρος/-α	49 (±28,3)	

## Αριθμός παιδιών

Κανένα	52,2 (±20,7)	ANOVA F(3)=1,755 p=0,161
Ένα παιδί	48,6 (±21,2)	
Δύο παιδιά	42,9 (±13,7)	
≥ Τρία παιδιά	53,0 (±18,7)	

## Επαγγελματικός τίτλος

Ιατρός	51,5 (±18,9)	ANOVA F(2)=2,487 p=0,088
Νοσηλεύτης	44,5 (±16,6)	
Διοικητικός	54,1 (±21,8)	

## Εκπαίδευση

ΔΕ	54,1 (±21,8)	ANOVA F(4)=0,862 p=0,862
ΤΕ	45,1 (±17,4)	
ΠΕ	49,9 (±20,0)	
Μεταπτυχιακό	50,6 (±17,1)	
Διδακτορικό	48,4 (±15,6)	

## Προϋπηρεσία

< 10 χρόνια	49,8 (±21,1)	Kruskal-Wallis $\chi(3)^2=1,806$
10 – 20 χρόνια	46,2 (±15,6)	

21 – 30 χρόνια	49,5 (±21,3)	p=0,614
31 – 40 χρόνια	54,6 (±14,1)	

Στον **πίνακα 12** που ακολουθεί, παρουσιάζεται η σχέση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία των υποκλίμακων του ερωτηματολογίου NAQ. Από τη συγκριτική μελέτη βρέθηκε ότι:

- Η μέση βαθμολογία των ανδρών και των γυναικών δε διέφερε σημαντικά σε καμία από τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου NAQ.
- Οι συμμετέχοντες με ηλικία άνω των 57 ετών σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου NAQ προσωπικός εκφοβισμός ( $p=0,05$ ) και σωματικός εκφοβισμός ( $p=0,01$ ). Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία δε διέφερε σημαντικά ανάλογα με την ηλικία των συμμετεχόντων ( $p=0,173$ ).
- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία ( $p=0,514$ ), της υποκλίμακας προσωπικός εκφοβισμός ( $p=0,547$ ) και της υποκλίμακας σωματικός εκφοβισμός ( $p=0,857$ ) δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων.
- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία ( $p=0,420$ ), της υποκλίμακας προσωπικός εκφοβισμός ( $p=0,072$ ) και της υποκλίμακας σωματικός εκφοβισμός ( $p=0,379$ ) δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών των συμμετεχόντων.
- Όσον αφορά τον επαγγελματικό τίτλο των συμμετεχόντων, βρέθηκε ότι οι γιατροί [20,4 (±8,2)] και οι διοικητικοί υπάλληλοι [20,3 (±8,5)] είχαν σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία από τους πτυχιούχους νοσηλευτές [16,7 (±6,3)] στην υποκλίμακα εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία ( $p=0,05$ ). Ωστόσο, η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας προσωπικός εκφοβισμός ( $p=0,131$ ) και της υποκλίμακας σωματικός εκφοβισμός ( $p=0,174$ ) δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ γιατρών, πτυχιούχων νοσηλευτών και διοικητικών υπαλλήλων.
- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία ( $p=0,337$ ), της υποκλίμακας προσωπικός εκφοβισμός ( $p=0,474$ ) και

της υποκλίμακας σωματικός εκφοβισμός ( $p=0,379$ ) δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων.

- Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία ( $p=0,804$ ), της υποκλίμακας προσωπικός εκφοβισμός ( $p=0,493$ ) και της υποκλίμακας σωματικός εκφοβισμός ( $p=0,288$ ) δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τα έτη επαγγελματική προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων.

**Πίνακας 12:** Συγχρονικές συγκρίσεις της βαθμολογίας των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου ΝΑQ με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Χαρακτηριστικά	Υποκλίμακα: Εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία		Υποκλίμακα: Προσωπικός Εκφοβισμός		Υποκλίμακα: Σωματικός εκφοβισμός	
	ΜΤ(±ΤΑ)	Δοκιμασία p-value	ΜΤ±ΤΑ	Δοκιμασία p-value	ΜΤ±ΤΑ	Δοκιμασία p-value
Φύλο		Mann-Whitney		Mann-Whitney		Mann-Whitney
Άνδρας	19,8 (±8,4)	p=0,284	26,3 (±10,6)	p=0,149	5,8 (±2,9)	p=0,540
Γυναίκα	18,1 (±7,1)		23,9 (±9,6)		5,1 (±2,2)	
Ηλικία						
18 – 27 ετών	15,9 (±5,3)	Kruskal-Wallis $\chi(4)^2=6,37$ p=0,173	21,0 (±4,1)	Kruskal-Wallis $\chi(4)^2=9,21$ <b>p=0,05</b>	3,75 (±1,0)	Kruskal-Wallis $\chi(4)^2=13,13$ <b>p=0,01</b>
28 – 37 ετών	20,7 (±8,7)		27,6 (±11,5)		5,3 (±2,7)	
38 – 47 ετών	18,1 (±7,7)		23,7 (±9,3)		5,5 (±2,5)	
48 – 57 ετών	17,6 (±7,1)		23,5 (±10,7)		5,2 (±2,2)	
> 57 ετών	25,0 (±4,3)		34,3 (±10,0)		8,2 (±2,9)	
Οικογενειακή κατάσταση						
Άγαμος/-η	20,1 (±8,0)	Kruskal-Wallis $\chi(3)^2=2,29$ p=0,514	26,9 (±11,2)	Kruskal-Wallis $\chi(3)^2=2,13$ p=0,547	5,6 (±2,9)	Kruskal-Wallis $\chi(3)^2=0,767$ p=0,857
Παντρεμένος/-η	17,7 (±6,7)		23,5 (±9,1)		5,2 (±2,2)	
Διαζευγμένος/-η	17,6 (±8,2)		22,7 (±8,1)		4,9 (±2,4)	
Χήρος/-α	18,5 (±13,4)		25,0 (±12,7)		5,5 (±2,1)	

Αριθμός παιδιών						
Κανένα	19,9 (±7,9)		26,6 (±11,1)		5,7 (±2,9)	
Ένα παιδί	18,6 (±8,9)	ANOVA	25,1 (±11,2)	ANOVA	4,9 (±1,8)	ANOVA
Δύο παιδιά	16,9 (±6,5)	F(3)=0,949	21,1 (±6,3)	F(3)=2,41	4,9 (±2,7)	F(3)=1,04
≥ Τρία παιδιά	19,2 (±7,6)	p=0,420	27,8 (±10,5)	p=0,072	6,0 (±2,2)	p=0,379
Επαγγελματικός τίτλος						
Ιατρός	20,4 (±8,2)	ANOVA	25,3 (±9,4)	ANOVA	5,8 (±2,7)	ANOVA
Νοσηλεύτης	16,7 (±6,3)	F(2)=3,02	22,9 (±9,2)	F(2)=2,074	4,8 (±2,2)	F(2)=1,77
Διοικητικός Υπάλληλος	20,3 (±8,5)	p=0,05	28,1 (±11,9)	p=0,131	5,7 (±2,7)	p=0,174
Εκπαίδευση						
ΔΕ	20,3 (±8,5)		28,1 (±11,9)		5,7 (±2,7)	
ΤΕ	16,8 (±6,6)	ANOVA	23,3 (±9,7)	ANOVA	4,9 (±2,3)	ANOVA
ΠΕ	19,5 (±7,9)	F(4)=1,15	25,0 (±10,2)	F(4)=0,888	5,4 (±2,8)	F(4)=1,063
Μεταπτυχιακό	21,0 (±8,5)	p=0,337	24,6 (±8,1)	p=0,474	4,9 (±1,3)	p=0,379
Διδακτορικό	18,5 (±7,5)		23,1 (±7,4)		6,8 (±3,1)	
Προϋπηρεσία*						
< 10 χρόνια	18,8 (±8,3)	Kruskal-	25,9 (±10,9)	Kruskal-	5,1 (±2,8)	Kruskal-
10 – 20 χρόνια	18,6 (±7,5)	Wallis	22,5 (±7,4)	Wallis	5,1 (±1,9)	Wallis
21 – 30 χρόνια	18,2 (±7,5)	$\chi(3)^2=0,987$	25,6 (±12,3)	$\chi(3)^2=2,404$	5,6 (±2,6)	$\chi(3)^2=3,765$
31 – 40 χρόνια	20,9 (±6,9)	p=0,804	27,1 (±6,8)	p=0,493	6,6 (±3,0)	p=0,288

Στον **πίνακα 13** που ακολουθεί, παρουσιάζεται η κατανομή των συμμετεχόντων με βάση τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και αν ήταν θύματα mobbing. Μετά από έλεγχο  $\chi^2$ , βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του εάν οι συμμετέχοντες ήταν θύματα mobbing και των δημογραφικών - επαγγελματικών δεδομένων τους.



**Πίνακας 13: Κατανομή των συμμετεχόντων με βάση τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και αν ήταν θύματα mobbing**

Χαρακτηριστικά	Δεν έχει υποστεί mobbing	Περιστασιακό θύμα mobbing	Θύμα mobbing	Έλεγχος $\chi^2$ p-value
<b>Φύλο</b>				
Άνδρας	7 (31,8%)	11 (35,3%)	24 (48,0%)	$\chi(2)^2=2,17$ p=0,338
Γυναίκα	15 (68,2%)	20 (64,5%)	26 (52,0%)	
Σύνολο	22 (100%)	31 (100%)	50 (100%)	
<b>Ηλικία</b>				
18 – 27 ετών	3 (13,6%)	5 (16,1%)	4 (8,0%)	$\chi(8)^2=9,144$ p=0,330
28 – 37 ετών	5 (22,7%)	6 (19,4%)	13 (26,0%)	
38 – 47 ετών	11 (50,0%)	13 (41,9%)	19 (38,0%)	
48 – 57 ετών	3 (13,6%)	7 (22,6%)	8 (16,0%)	
> 57 ετών	0 (0%)	0 (0,0%)	6 (12,0%)	
Σύνολο	22 (100%)	31 (100%)	50 (100%)	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Άγαμος/-η	8 (36,4%)	12 (38,7%)	23 (46,0%)	$\chi(6)^2=4,370$ p=0,627
Παντρεμένος/-η	9 (40,9%)	17 (54,8%)	20 (40,0%)	
Διαζευγμένος/-η	4 (18,2%)	2 (6,5%)	6 (12,0%)	
Χήρος/-α	1 (4,5%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)	
Σύνολο	22 (100,0%)	31 (100,0%)	50 (100,0%)	
<b>Αριθμός παιδιών</b>				
Κανένα	9 (40,9%)	12 (38,7%)	24 (48,0%)	$\chi(6)^2=5,215$ p=0,517
Ένα παιδί	5 (22,7%)	3 (39,7%)	6 (12,0%)	
Δύο παιδιά	7 (31,8%)	12 (38,7%)	12 (24,0%)	
Τρία παιδιά και άνω	1 (4,5%)	4 (12,9%)	8 (16,0%)	
Σύνολο	22 (100,0%)	31 (100,0%)	50 (100,0%)	

**Επάγγελμα**

Ιατρός	6 (27,3%)	9 (29,0%)	20 (57,1%)	$\chi(4)^2=4,520$ $p=0,340$
Νοσηλεύτης	13 (59,1%)	15 (48,4%)	17 (34,0%)	
Διοικητικός	3 (13,6%)	7 (22,6%)	13 (26,0%)	
Σύνολο	22 (100,0%)	31 (100,0%)	50 (100,0%)	

**Εκπαίδευση**

ΔΕ	3 (13,6%)	7 (22,6%)	13 (26,0%)	$\chi(8)^2=3,595$ $p=0,892$
ΤΕ	11 (50,0%)	12 (38,7%)	15 (30,0%)	
ΠΕ	5 (22,7%)	7 (22,6%)	11 (12,0%)	
Μεταπτυχιακό	2 (9,1%)	3 (9,7%)	6 (10,0%)	
Διδακτορικό	1 (4,5%)	2 (6,5%)	5 (10,0%)	
Σύνολο	22 (100,0%)	31 (100,0%)	50 (100,0%)	

**Προϋπηρεσία**

<10 χρόνια	7 (31,8%)	12 (38,7%)	14 (28,0%)	$\chi(6)^2=3,892$ $p=0,691$
10 – 20 χρόνια	8 (36,4%)	9 (29,0%)	16 (32,0%)	
21 – 30 χρόνια	7 (31,8%)	7 (22,6%)	14 (28,0%)	
31 – 40 χρόνια	0 (0%)	3 (9,7%)	6 (12,0%)	
Σύνολο	22 (100,0%)	31 (100,0%)	50 (100,0%)	

### 9.2.5 Συγχρονικές συγκρίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών δεδομένων των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία κάθε ερώτησης του ερωτηματολογίου NAQ

Στον **πίνακα 14** παρουσιάζεται η σχέση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία κάθε ερώτησης του ερωτηματολογίου NAQ, ενώ στον **πίνακα 15** παρουσιάζεται αναλυτικά η βαθμολογία των ερωτήσεων που βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντική σχέση με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Από τη μελέτη συσχέτισης των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία κάθε ερώτησης του ερωτηματολογίου NAQ βρέθηκαν οι εξής στατιστικά σημαντικές σχέσεις:

- οι άνδρες είχαν σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία στην ερώτηση «Φήμες και κουτσομπολιά διαδίδονται για εσάς» σε σχέση με τις γυναίκες [2,98(±1,39) έναντι 2,39(±1.48),  $p=0,022$ ]
- οι συμμετέχοντες ηλικίας άνω των 57 ετών είχαν σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία στις ερωτήσεις «Προσβλητικά ή επιθετικά σχόλια για εσάς και την προσωπική σας ζωή» ( $p=0,016$ ), «Εκφοβιστική συμπεριφορά, όπως εισβολή στον προσωπικό σας χώρο, σπρώξιμο, κλείσιμο περάσματος κ.α.» ( $p=0,003$ ), «Γίνεστε αποδέκτες φαρσών - αστείων από άτομα που δεν σας συμπαθούν» ( $p=0,023$ ), «Δέχεστε πίεση να μην απαιτήσετε κάτι το οποίο δικαιούστε» ( $p=0,033$ ), «Δέχεστε υπερβολικά πειράγματα και σαρκασμό» ( $p=0,009$ ), «Εκτίθεστε σε μη διαχειρίσιμο φόρτο εργασίας» ( $p=0,036$ ) και «Σωματική κακοποίηση ή απειλές βίας» ( $p=0,003$ ) σε σχέση με τους συμμετέχοντες των άλλων ηλικιακών ομάδων.
- οι συμμετέχοντες που ήταν άγαμοι είχαν σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία στις ερωτήσεις «Σας υπενθυμίζονται συνεχώς τα λάθη και οι παραλείψεις σας» ( $p=0,038$ ) και «Η γνώμη και οι απόψεις σας αγνοούνται» ( $p=0,047$ ) σε σχέσεις με τους συμμετέχοντες που ήταν παντρεμένοι, χωρισμένοι ή χήροι.
- στην ερώτηση «Σας δίνονται καθήκοντα με παράλογους ή αδύνατους στόχους ή/και προθεσμίες» οι γιατροί και διοικητικοί υπάλληλοι σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία σε σχέση με τους πτυχιούχους νοσηλευτές ( $p=0,039$ ), ενώ στις ερωτήσεις «Γίνονται ψευδείς ισχυρισμοί σε βάρος σας» και «Σωματική κακοποίηση ή απειλές βίας» οι διοικητικοί υπάλληλοι σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους γιατρούς και τους πτυχιούχους νοσηλευτές ( $p=0,05$  και  $p=0,042$ , αντίστοιχα).

Πίνακας14: Σχέση χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία κάθε ερώτησης του ερωτηματολογίου NAQ

Ερωτήσεις ερωτηματολογίου NAQ – Αρνητικές συμπεριφορές	Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων (p-value)						
	Φύλο	Ηλικία	Οικογενειακή Κατάσταση	Αριθμός παιδιών	Επαγγελματικός τίτλος	Επίπεδο Εκπαίδευσης	Χρόνια προύληψίας
1. Σας αποκρύπτονται πληροφορίες που επηρεάζουν την απόδοσή σας	0,087	0,613	0,073	0,161	0,579	0,062	0,158
2. Εξευτελίζετε ή γελοιοποιήστε σχετικά με τη δουλειά σας	0,337	0,674	0,386	0,340	0,551	0,827	0,657
3. Σας ανατίθεται δουλειά ξεκάθαρα κατώτερη του επιπέδου των ικανοτήτων σας	0,114	0,335	0,113	0,222	0,077	0,249	0,628
4. Σημαντικές περιοχές ευθύνης σας σάς αφαιρούνται ή αντικαθίστανται με τετριμμένα ή ασήμαντα καθήκοντα	0,208	0,206	0,186	0,188	0,212	0,97	0,518
5. Φήμες και κουτσομπολιά διαδίδονται για εσάς	<b>0,022</b>	0,099	0,477	0,073	0,131	0,203	0,157
6. Εξαιρείστε ή αποκλείετε από διαδικασίες και κοινωνικά γεγονότα	0,730	0,081	0,391	0,390	0,470	0,622	0,574
7. Προσβλητικά ή επιθετικά σχόλια για εσάς και την προσωπική σας ζωή	0,852	<b>0,016</b>	0,697	0,327	0,106	0,477	0,802
8. Σας φωνάζουν ή γίνεστε στόχος αγανάκτησης ή θυμού	0,631	0,313	0,655	0,243	0,453	0,818	0,788
9. Εκφοβιστική συμπεριφορά, όπως εισβολή στον προσωπικό σας χώρο, σπρώξιμο, κλείσιμο περάσματος κ.α.	0,284	<b>0,003</b>	1,00	0,379	0,256	0,312	0,090
10. Υπόνοιες ή σημάδια από άλλους ότι θα έπρεπε να παρατηρήσετε τη δουλειά σας	0,338	0,226	0,360	0,135	0,304	0,524	0,685
11. Σας υπενθυμίζονται συνεχώς τα λάθη και οι παραλείψεις σας	0,586	0,674	<b>0,038</b>	0,128	0,552	0,583	0,168
12. Σας αγνοούν ή γίνονται επιθετικοί εναντίον σας όταν επιχειρείτε να	0,296	0,083	0,306	0,079	0,199	0,319	0,383

προσεγγίσετε							
13.Εξακολουθητική κριτική της δουλειάς και της προσπάθειάς σας	0,397	0,452	0,514	0,320	0,482	0,748	0,941
14.Η γνώμη και οι απόψεις σας αγνοούνται	0,714	0,767	<b>0,047</b>	0,052	0,676	0,495	0,349
15.Γίνεστε αποδέκτες φαρσών - αστείων από άτομα που δεν σας συμπαθούν	0,351	<b>0,23</b>	0,937	0,172	0,394	0,784	0,060
16.Σας δίνονται καθήκοντα με παράλογους ή αδύνατους στόχους ή/και προθεσμίες	0,183	0,219	0,913	0,937	<b>0,039</b>	0,350	0,462
17.Γίνονται ψευδείς ισχυρισμοί σε βάρος σας	0,783	0,080	0,960	0,294	<b>0,054</b>	0,290	0,730
18.Η δουλειά σας παρακολουθείται και ελέγχεται υπερβολικά	0,718	0,066	0,962	0,548	0,252	0,432	0,319
19.Δέχεστε πίεση να μην απαιτήσετε κάτι το οποίο δικαιούστε	0,859	<b>0,033</b>	0,713	0,241	0,272	0,442	0,395
20.Δέχεστε υπερβολικά πειράγματα και σαρκασμό	0,142	<b>0,009</b>	0,796	0,710	0,279	0,408	0,310
21.Εκτίθεστε σε μη διαχειρίσιμο φόρτο εργασίας	0,980	<b>0,036</b>	0,983	0,981	0,103	0,536	0,539
22. Σωματική κακοποίηση ή απειλές βίας	0,273	<b>0,003</b>	0,702	0,414	<b>0,042</b>	<b>0,032</b>	0,275

Πίνακας 15 : Βαθμολογία ερωτήσεων του NAQ με στατιστικά σημαντική σχέση με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Ερωτήσεις ερωτηματολογίου NAQ – Αρνητικές συμπεριφορές	ΜΤ(±ΤΑ)	Στατιστικός Έλεγχος
<b>NAQ-5.Φήμες και κουτσομπολιά διαδίδονται για εσάς</b>		Mann-Whitney
Φύλο		
Άνδρας	2,98(±1,39)	z=-2,287
Γυναίκα	2,39(±1.48)	p= <b>0,022</b>
<b>NAQ-7.Προσβλητικά ή επιθετικά σχόλια για εσάς και την</b>		

**προσωπική σας ζωή**

Ηλικία		Kruskal Wallis
18 – 27 ετών	1,33(±0,5)	$\chi(4)^2=12,1$
28 – 37 ετών	2,33(±1,4)	<b>p=0,016</b>
38 – 47 ετών	1,91(±0,9)	
48 – 57 ετών	1,83(±0,9)	
> 57 ετών	3,00(±1,3)	

**NAQ-9. Εκφοβιστική συμπεριφορά, όπως εισβολή στον προσωπικό σας χώρο, σπρώξιμο, κλείσιμο περάσματος κ.α.**

Ηλικία		Kruskal Wallis
18 – 27 ετών	1,0(±0,0)	
28 – 37 ετών	1,8(±1,1)	$\chi(4)^2=16,1$
38 – 47 ετών	3,0 (±0,0)	<b>p=0,003</b>
48 – 57 ετών	1,61(±0,9)	
> 57 ετών	2,83(±1,2)	

**NAQ-11. Σας υπενθυμίζονται συνεχώς τα λάθη και οι παραλείψεις σας**

Οικογενειακή κατάσταση		Kruskal Wallis
Άγαμος/-η	2,40(±1,1)	$\chi(3)^2=8,4$
Παντρεμένος/-η	2,13(±1,0)	<b>p=0,038</b>
Διαζευγμένος/-η	1,50 (±0,8)	
Χήρος/-α	1,50(±0,7)	

**NAQ-14. Η γνώμη και οι απόψεις σας αγνοούνται**

Οικογενειακή κατάσταση		Kruskal Wallis
Άγαμος/-η	2,60(±1,2)	$\chi(3)^2=7,95$
Παντρεμένος/-η	2,09(±1,0)	<b>p=0,047</b>
Διαζευγμένος/-η	1,83 (±0,7)	

Χήρος/-α	1,50(±0,7)
----------	------------

**ΝΑQ-15.Γίνεστε αποδέκτες φαρσών - αστείων από άτομα που δεν σας συμπαθούν**

Ηλικία		
18 – 27 ετών	1,17(±0,4)	Kruskal Wallis $\chi(4)^2=11,3$ <b>p=0,023</b>
28 – 37 ετών	1,63(±0,8)	
38 – 47 ετών	1,51(±0,9)	
48 – 57 ετών	1,78(±1,1)	
> 57 ετών	2,17(±0,4)	

**ΝΑQ-19.Δέχετε πίεση να μην απαιτήσετε κάτι το οποίο δικαιούστε**

18 – 27 ετών	2,17(±1,1)	Kruskal Wallis $\chi(4)^2=10,5$ <b>p=0,033</b>
28 – 37 ετών	3,29(±1,7)	
38 – 47 ετών	2,84(±1,6)	
48 – 57 ετών	2,39(±1,4)	
> 57 ετών	4.50(±0.5)	

**ΝΑQ-16.Σας δίνονται καθήκοντα με παράλογους ή αδύνατους στόχους ή/και προθεσμίες**

Επάγγελμα		
Ιατρός	2,80(±1,6)	Kruskal Wallis $\chi(2)^2=6,5$ <b>p=0,039</b>
Νοσηλεύτης	1,89(±1,1)	
Διοικητικός	2,84(±1,6)	

**ΝΑQ-17.Γίνονται ψευδείς ισχυρισμοί σε βάρος σας**

Επάγγελμα		Kruskal Wallis
Ιατρός	2,00(±1,2)	$\chi(2)^2=5,83$ <b>p=0,05</b>
Νοσηλεύτης	1,80(±1,2)	
Διοικητικός	2,52(±1,4)	

**ΝΑQ-20. Δέχεστε υπερβολικά πειράγματα και σαρκασμό**

Ηλικία		
18 – 27 ετών	1,50(±0,7)	Kruskal Wallis $\chi(4)^2=13,5$ <b>p=0,009</b>
28 – 37 ετών	2,17(±1,0)	
38 – 47 ετών	1,67(±0,9)	
48 – 57 ετών	1,61(±1,0)	
> 57 ετών	2.83(±1,2)	

**ΝΑQ-21. Εκτίθεστε σε μη διαχειρίσιμο φόρτο εργασίας**

Ηλικία		
18 – 27 ετών	2,50(±1,2)	Kruskal Wallis $\chi(4)^2=10,3$ <b>p=0,036</b>
28 – 37 ετών	3,38(±1,7)	
38 – 47 ετών	3,28(±1,5)	
48 – 57 ετών	3,11(±1,6)	
> 57 ετών	5,0(±0,0)	

**ΝΑQ-22. Σωματική κακοποίηση ή απειλές βίας**

Ηλικία		
18 – 27 ετών	-	Kruskal Wallis $\chi(4)^2=16,1$ <b>p=0,003</b>
28 – 37 ετών	1,42(±0,7)	
38 – 47 ετών	1,49(±0,9)	
48 – 57 ετών	1,39(±0,8)	
> 57 ετών	2,67(±1,03)	
Επάγγελμα		
Ιατρός	1,57(±0,9)	Kruskal Wallis $\chi(2)^2=6,33$ <b>p=0,042</b>
Νοσηλεύτης	1,27(±0,7)	
Διοικητικός	1,70(±1,0)	



## 9.3 Ποιότητα ζωής σχετιζόμενης με την υγεία (EQ-5D)

### 9.3.1 Περιγραφικά στοιχεία EQ-5D

Αναφορικά με τη διάσταση του EQ-5D «κινητικότητα», το 74,5% των συμμετεχόντων δεν είχαν κανένα πρόβλημα στο περπάτημα και το 25,2% είχαν κάποια προβλήματα, ενώ στη διάσταση «Αυτοεξυπηρέτηση» το 94,7% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι δεν έχουν κανένα πρόβλημα στην αυτοεξυπηρέτησή τους και το 15,5% ότι έχουν κάποια προβλήματα στο να πλένονται και να ντύνονται. Επίσης, στη διάσταση «Καθημερινές δραστηριότητες», το 84,5% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι δεν έχουν κανένα πρόβλημα στο να εκτελούν τις συνήθεις δραστηριότητές τους και το 16,5% ότι είχε κάποια προβλήματα στο να τις εκτελεί. Από την άλλη, στη διάσταση της ποιότητας «Πόνος / Δυσφορία», το 49,5% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι δεν αισθάνονταν καθόλου πόνο ή δυσφορία, το 40,8% ότι αισθάνονται μέτριο πόνο και δυσφορία και το 9,7% υπερβολικό πόνο και δυσφορία. Τέλος, στην 5<sup>η</sup> διάσταση ποιότητας του EQ-5D «Άγχος/ Κατάθλιψη», το 35,9% δήλωσαν ότι δεν αισθάνονται άγχος ή κατάθλιψη, το 45,6% ότι αισθάνονται μέτριο άγχος ή κατάθλιψη και το 18,4% υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη (Πίνακας 16).

**Πίνακας 16: Κατανομή των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν αντιμετώπιζαν πρόβλημα στις διαστάσεις ποιότητας του EQ-5D**

Διάσταση ποιότητας	N (%)
<b>Κινητικότητα</b>	
Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα	77 (74,8%)
Έχω κάποια προβλήματα στο περπάτημα	26 (25,2%)
Είμαι κατάκοιτος στο κρεβάτι	0 (0,0%)
<b>Αυτοεξυπηρέτηση</b>	
Δεν έχω κανένα πρόβλημα στην αυτοεξυπηρέτησή μου	97 (94,2%)
Έχω κάποια προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι	6 (5,8%)
Είμαι ανίκανος να πλυθώ ή να ντυθώ μόνος/η μου	0 (0,0%)

<b>Καθημερινές Δραστηριότητες</b>	87 (84,5%)
Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητες μου	16 (15,5%)
Έχω κάποια προβλήματα στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητες μου	0 (0,0%)
Είμαι ανίκανος στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητες μου	

**Πόνος / Δυσφορία**

Δεν αισθάνομαι καθόλου πόνο ή δυσφορία	51 (49,5%)
Αισθάνομαι μέτριο πόνο ή δυσφορία	42 (40,8%)
Αισθάνομαι υπερβολικό πόνο ή δυσφορία	10 (9,7%)

**Άγχος / Κατάθλιψη**

Δεν αισθάνομαι άγχος ή κατάθλιψη	37 (35,9%)
Αισθάνομαι μέτριο άγχος ή κατάθλιψη	47 (45,6%)
Αισθάνομαι υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη	19 (18,4%)

Η μέση βαθμολογία ( $\pm$ T.A.) των διαστάσεων ποιότητας του EQ-5D ήταν: 1,25( $\pm$ 0,43) για την «Κινητικότητα», 1,06( $\pm$ 0,2) για την «Αυτοεξυπηρέτηση», 1,16 ( $\pm$ 0,4) για τις «Καθημερινές Δραστηριότητες», 1,6 ( $\pm$ 0,7) για τον «Πόνο / Δυσφορία» και 1,83 ( $\pm$ 0,7) για το «Άγχος / Κατάθλιψη». Όσον αφορά μέση βαθμολογία ( $\pm$ T.A.) της οπτικής αναλογικής κλίμακας EQ-VAS, που αφορά την αυτοβαθμολόγησης της υγείας των συμμετεχόντων ήταν 75,00 ( $\pm$ 19,7), ενώ του συνοπτικού δείκτη EQ-5D-index ήταν 0,713 ( $\pm$ 0,238) (Πίνακας 17).

Πίνακας 17 : Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία EQ-5D

Κλίμακα (ελάχιστη – μέγιστη βαθμολογία)	Βαθμολογία		
	M.T.( $\pm$ T.A.)	Διάμεσος(IQR)	Ελάχιστη - Μέγιστη Τιμή
<b>Κινητικότητα (1 – 3)</b>	1,25 ( $\pm$ 0,43)	1,00 (1,00)	1 – 2
<b>Αυτοεξυπηρέτηση (1 – 3)</b>	1,06 ( $\pm$ 0,2)	1,00 (0,00)	1 – 2
<b>Καθημερινές Δραστηριότητες (1 – 3)</b>	1,16 ( $\pm$ 0,4)	1,00 (1,00)	1 – 2

Πόνος / Δυσφορία (1 – 3)	1,6 (±0,7)	2,00 (1,00)	1 – 3
Άγχος / Κατάθλιψη (1 – 3)	1,83 (±0,7)	2,00 (1,00)	1 – 3
EQ-VAS (0 – 100)	75,00 (±19,7)	80 (25)	0 – 100
EQ-5D-index (0 – 1)	0,713 (±0,238)	0,717 (0,402)	0,141 – 1,000

Αναφορικά με τις καταστάσεις υγείας που προέκυψαν από την κωδικοποίηση των διαστάσεων ποιότητας ζωής του EQ-5D, καταμετρήθηκαν 23 διαφορετικές καταστάσεις υγείας από τις συνολικά 243 καταστάσεις υγείας που μπορούν να προκύψουν. Στον **πίνακα 18** αναφέρονται οι καταστάσεις υγείας που προέκυψαν. Η πιο συχνά αναφερόμενη κατάσταση υγείας ήταν 11111, όπου αναφέρθηκε από το 28,2% των συμμετεχόντων και αντιστοιχεί στην καλύτερη κατάσταση υγείας. Συχνά αναφερόμενες καταστάσεις υγείας αποτέλεσαν, επίσης, 11112 (μερικά προβλήματα στην διάσταση «Άγχος – Κατάθλιψη») και 11122 (μερικά προβλήματα στις διαστάσεις «Πόνος / Δυσφορία» και «Άγχος/ Κατάθλιψη»). Η χειρότερη κατάσταση υγείας που αντιστοιχεί στο 33333 δεν αναφέρθηκε από κανέναν συμμετέχοντα.

**Πίνακας 18 : Καταστάσεις υγείας**

Κατάσταση υγείας	N (%)
11111	29 (28,2%)
11112	15 (14,6%)
11122	14 (13,6%)
11121	6 (5,8%)
21222	5 (4,9%)
11113	4 (3,9%)
11123	4 (3,9%)
21122	4 (3,9%)
21123	3 (2,9%)
11133	2 (1,9%)
11222	2 (1,9%)
21112	2 (1,9%)

21133	2 (1,9%)
22233	2 (1,9%)
11223	1 (1,0%)
21121	1 (1,0%)
21132	1 (1,0%)
21232	1 (1,0%)
21233	1 (1,0%)
22212	1 (1,0%)
22221	1 (1,0%)
22222	1 (1,0%)
22232	1 (1,0%)

### 9.3.2 Συσχέτιση ερωτηματολογίου NAQ και EQ-5D

Στον **πίνακα 19** παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συσχέτισης μεταξύ του ερωτηματολογίου και των υποκλιμάκων του NAQ με το EQ-5D. Για τη συσχέτιση των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής Spearman. Τιμές του συντελεστή Spearman μεταξύ 0 – 0,3 και μεταξύ 0 έως -0,3 υποδηλώνουν μικρή συσχέτιση, τιμές μεταξύ 0,31 – 0,6 και μεταξύ -0,31 έως -0,6 υποδηλώνουν μέτρια συσχέτιση, τιμές μεταξύ 0,61 – 0,8 και μεταξύ -0,61 έως -0,8 υποδηλώνουν ισχυρή συσχέτιση και τιμές μεταξύ 0,81 – 1,00 και μεταξύ -0,81 έως -1,00 υποδηλώνουν πολύ ισχυρή συσχέτιση (Γαλάνης, 2013).

Στατιστικά σημαντικές γραμμικές συσχετίσεις σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05 παρατηρήθηκαν μεταξύ:

- του NAQ και της υποκλίμακας NAQ «Εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία» ( $r_{ho}=0,956$ ,  $p \leq 0,001$ ) βρέθηκε πολύ ισχυρή θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνεται η βαθμολογία της υποκλίμακας «Εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία», αυξάνεται και η βαθμολογία του NAQ,

- του NAQ και της υποκλίμακας NAQ «Προσωπικός Εκφοβισμός» ( $r_{ho}=0,973$ ,  $p\leq 0,001$ ) βρέθηκε πολύ ισχυρή θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνεται η βαθμολογία της υποκλίμακας «Προσωπικός Εκφοβισμός», αυξάνεται και η βαθμολογία του NAQ,
- του NAQ και της υποκλίμακας NAQ «Σωματικός Εκφοβισμός» ( $r_{ho}=0,775$ ,  $p\leq 0,001$ ) βρέθηκε ισχυρή θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνεται η βαθμολογία της υποκλίμακας «Σωματικός Εκφοβισμός», αυξάνεται και η βαθμολογία του NAQ,
- της υποκλίμακας NAQ «Εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία» και της υποκλίμακας NAQ «Προσωπικός Εκφοβισμός» ( $r_{ho}=0,883$ ,  $p\leq 0,001$ ) βρέθηκε πολύ ισχυρή θετική γραμμική συσχέτιση,
- της υποκλίμακας NAQ «Εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία» και της υποκλίμακας NAQ «Σωματικός Εκφοβισμός» ( $r_{ho}=0,675$ ,  $p\leq 0,001$ ) βρέθηκε ισχυρή θετική γραμμική συσχέτιση,
- της υποκλίμακας NAQ «Προσωπικός Εκφοβισμός» και της υποκλίμακας NAQ «Σωματικός Εκφοβισμός» ( $r_{ho}=0,736$ ,  $p\leq 0,001$ ) βρέθηκε ισχυρή θετική γραμμική συσχέτιση,
- του NAQ και της EQ-VAS ( $r_{ho}=-0,412$ ,  $p\leq 0,001$ ) βρέθηκε μέτρια αρνητική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνεται η βαθμολογία του ερωτηματολογίου του NAQ, η βαθμολογία του EQ-VAS μειώνεται,
- της υποκλίμακας NAQ «Εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία» και της EQ-VAS ( $r_{ho}=-0,368$ ,  $p\leq 0,001$ ) βρέθηκε μέτρια αρνητική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνεται η βαθμολογία της υποκλίμακας NAQ «Εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία», η βαθμολογία του EQ-VAS μειώνεται,
- της υποκλίμακας NAQ «Προσωπικός Εκφοβισμός» και της EQ-VAS ( $r_{ho}=-0,408$ ,  $p\leq 0,001$ ) βρέθηκε μέτρια αρνητική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνεται η βαθμολογία της υποκλίμακας NAQ «Προσωπικός Εκφοβισμός», η βαθμολογία του EQ-VAS μειώνεται,
- της υποκλίμακας NAQ «Σωματικός Εκφοβισμός» και της EQ-VAS ( $r_{ho}=-0,410$ ,  $p\leq 0,001$ ) βρέθηκε μέτρια αρνητική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνεται η βαθμολογία της υποκλίμακας NAQ «Σωματικός Εκφοβισμός», η βαθμολογία του EQ-VAS μειώνεται,

- του NAQ και του EQ-5D-index ( $\rho=-0,423$ ,  $p\leq 0,001$ ) βρέθηκε μέτρια αρνητική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνεται η βαθμολογία του ερωτηματολογίου του NAQ, η βαθμολογία του EQ-5D-index μειώνεται,
- της υποκλίμακας NAQ «Εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία» και του EQ-5D-index ( $\rho=-0,377$ ,  $p\leq 0,001$ ) βρέθηκε μέτρια αρνητική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνεται η βαθμολογία της υποκλίμακας NAQ «Εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία», η βαθμολογία του EQ-5D-index μειώνεται,
- της υποκλίμακας NAQ «Προσωπικός Εκφοβισμός» και του EQ-5D-index ( $\rho=-0,432$ ,  $p\leq 0,001$ ) βρέθηκε μέτρια αρνητική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνεται η βαθμολογία της υποκλίμακας NAQ «Προσωπικός Εκφοβισμός», η βαθμολογία του EQ-5D-index μειώνεται,
- της υποκλίμακας NAQ «Σωματικός Εκφοβισμός» και του EQ-5D-index ( $\rho=-0,367$ ,  $p\leq 0,001$ ) βρέθηκε μέτρια αρνητική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνεται η βαθμολογία της υποκλίμακας NAQ «Σωματικός Εκφοβισμός», η βαθμολογία του EQ-5D-index μειώνεται και
- της EQ-VAS και του EQ-5D-index ( $\rho=0,655$ ,  $p\leq 0,001$ ) βρέθηκε ισχυρή θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνεται η βαθμολογία της υποκλίμακας NAQ «Σωματικός Εκφοβισμός», η βαθμολογία του EQ-5D-index αυξάνεται.

Πίνακας 19 : Συσχετίσεις ερωτηματολογίων NAQ και EQ-5D

	1	2	3	4	5	6
<b>1. Συνολικό ερωτηματολόγιο NAQ</b>	1					
<b>2. Υποκλίμακα NAQ «Εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία»</b>	$\rho=0,956$ $p\leq 0,001$	1				
<b>3. Υποκλίμακα NAQ «Προσωπικός Εκφοβισμός»</b>	$\rho=0,973$ $p\leq 0,001$	$\rho=0,883$ $p\leq 0,001$	1			
<b>4. Υποκλίμακα NAQ «Σωματικός Εκφοβισμός»</b>	$\rho=0,775$ $p\leq 0,001$	$\rho=0,675$ $p\leq 0,001$	$\rho=0,736$ $p\leq 0,001$	1		

5. EQ-VAS	rho=-0,412	rho=-0,368	rho=-0,408	rho=-0,410		
	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001		1
6. EQ-5D-index	rho=-0,423	rho=-0,377	rho=-0,432	rho=-0,367	rho=0,655	
	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	1

rho=συντελεστής συσχέτισης Spearman

### 9.3.3 Συγχρονικές συγκρίσεις των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με το ερωτηματολόγιο EQ-5D

Στον **πίνακα 20** παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συγχρονικών συγκρίσεων των διαστάσεων ποιότητας του EQ-5D με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Κατά τις συγχρονικές συγκρίσεις των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τις διαστάσεις ποιότητας του EQ-5D, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές της «Κινητικότητα», της «Αυτοεξυπηρέτησης», των «Καθημερινών Δραστηριοτήτων», του «Πόνου / Δυσφορίας» και του «Άγχους / Κατάθλιψης» σε σχέση με φύλο και σε σχέση με τον επαγγελματικό τίτλο.

Από την άλλη, οι συμμετέχοντες με ηλικία άνω των 57 είχαν σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία στις διαστάσεις της ποιότητας του EQ-5D «Κινητικότητα» ( $p \leq 0,001$ ), «Αυτοεξυπηρέτηση» ( $p = 0,022$ ), «Καθημερινές Δραστηριότητες» ( $p = 0,031$ ), «Πόνος / Δυσφορία» σε σχέση με τους συμμετέχοντες που ανήκαν στις άλλες ηλικιακές ομάδες. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της διάστασης ποιότητας «Άγχος / Κατάθλιψη» ( $p = 0,070$ ) σε σχέση με την ηλικία.

Επίσης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή των διαστάσεων ποιότητας του EQ-5D «Κινητικότητα», «Καθημερινές δραστηριότητες» ( $p = 0,043$ ) και «Πόνος/ Δυσφορίας» ( $p = 0,024$ ) σε σχέση με αριθμό των παιδιών των συμμετεχόντων.

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο στη μέση τιμή της διάστασης ποιότητας του EQ-5D «Πόνος / Δυσφορία» ( $p = 0,036$ ) σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης. Αναλυτικότερα, η μέση βαθμολογία της διάστασης «Πόνος/ Δυσφορίας» συμμετεχόντων με δευτεροβάθμια εκπαίδευση ήταν

1,8( $\pm 0,8$ ), των συμμετεχόντων με τεχνολογική εκπαίδευση 1,6( $\pm 0,5$ ), των συμμετεχόντων με πανεπιστημιακή εκπαίδευση ήταν 1,5( $\pm 0,7$ ), των συμμετεχόντων που ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου ήταν 1,2( $\pm 0,4$ ) και των συμμετεχόντων με διδακτορικό 2,0( $\pm 0,8$ ).

Τέλος, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή των διαστάσεων ποιότητας του EQ-5D «Κινητικότητα» ( $p < 0,001$ ), «Καθημερινές δραστηριότητες» ( $p = 0,004$ ) και «Πόνος/ Δυσφορία» ( $p = 0,032$ ) σε σχέση τα χρόνια προϋπηρεσίας.

**Πίνακας 20:** Συγχρονικές συγκρίσεις των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τις διαστάσεις ποιότητας του

Χαρακτηριστικά	N	Διαστάσεις Ποιότητας EQ-5D, Μ.Τ.( $\pm$ T.A.)				
		Κ	Α	ΚΘ	Π/Δ	Α/Κ
<b>Φύλο</b>						
Άνδρας	42	1,2( $\pm 0,4$ )	1,1( $\pm 0,3$ )	1,1( $\pm 0,3$ )	1,6( $\pm 0,7$ )	1,7( $\pm 0,7$ )
Γυναίκα	61	1,3( $\pm 0,5$ )	1,1( $\pm 0,2$ )	1,2( $\pm 0,4$ )	1,7( $\pm 0,7$ )	1,9( $\pm 0,7$ )
<b>p-value</b>		$p = 0,232^*$	$p = 0,637^*$	$p = 0,164^*$	$p = 0,351^*$	$p = 0,107^*$
<b>Ηλικία</b>						
18 – 27 ετών	12	1,00	1,00	1,1( $\pm 0,3$ )	1,4( $\pm 0,5$ )	1,7( $\pm 0,5$ )
28 – 37 ετών	24	1,0( $\pm 0,2$ )	1,00	1,00	1,5( $\pm 0,7$ )	1,9( $\pm 0,8$ )
38 – 47 ετών	43	1,3( $\pm 0,5$ )	1,1( $\pm 0,2$ )	1,2( $\pm 0,4$ )	1,6( $\pm 0,5$ )	1,8( $\pm 0,4$ )
48 – 57 ετών	18	1,4( $\pm 0,5$ )	1,1( $\pm 0,3$ )	1,3( $\pm 0,5$ )	2,5( $\pm 0,5$ )	2,7( $\pm 0,5$ )
> 57 ετών	6	2,00	1,3( $\pm 0,5$ )	1,3 ( $\pm 0,5$ )	<b><math>p = 0,033</math></b>	$p = 0,070$
<b>p-value</b>		<b><math>p \leq 0,001</math></b>	<b><math>p = 0,022</math></b>	<b><math>p = 0,031</math></b>		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>						
Άγαμος/-η	43	1,1( $\pm 0,3$ )	1,00	1,1( $\pm 0,3$ )	1,4( $\pm 0,5$ )	1,7( $\pm 0,5$ )
Παντρεμένος/-η	46	1,0( $\pm 0,2$ )	1,00	1,00	1,5( $\pm 0,7$ )	1,9( $\pm 0,8$ )
Διαζευγμένος/-η	12	1,3( $\pm 0,5$ )	1,1( $\pm 0,2$ )	1,2( $\pm 0,4$ )	1,6( $\pm 0,7$ )	1,8( $\pm 0,7$ )
Χήρος/-α	2	1,4( $\pm 0,5$ )	1,1( $\pm 0,3$ )	1,3( $\pm 0,5$ )	1,6( $\pm 0,5$ )	1,8( $\pm 0,4$ )
<b>p-value</b>		<b><math>p = 0,003</math></b>	$p = 0,301$	$p = 0,158$	$p = 0,85$	$p = 0,371$



p-value						
<b>Αριθμός παιδιών</b>						
Κανένα	45		1,0(±0,1)	1,1(±0,3)		1,8(±0,7)
Ένα παιδί	14	1,1(±0,3)			1,4(±0,6)	2,1(±0,8)
		1,2(±0,4)	1,00	1,1 (±0,3)	1,9(±0,7)	1,7(±0,7)
Δύο παιδιά	31	1,4(±0,5)		1,3(±0,4)	1,7(±0,7)	2,2(±0,7)
		1,7(±0,5)	1,1(±0,3)		1,9(±0,8)	p=0,122
≥ Τρία παιδιά	18	<b>p=0,003</b>	1,1(±0,3)	1,3(±0,5)	<b>p=0,024</b>	
			p=0,187	<b>p=0,043</b>	<b>p=0,024</b>	
<b>p-value</b>						
<b>Επάγγελμα</b>						
Ιατρός	35					
		1,2(±0,4)	1,1(±0,2)	1,1(±0,2)	1,6(±0,7)	1,9(±0,7)
Νοσηλεύτης	45	1,22(±0,4)	1,1(±0,3)	1,2(±0,4)	1,5(±0,5)	1,8(±0,7)
Διοικητικός	23	1,4(±0,5)	1,0(±0,2)	1,2(±0,4)	1,8(±0,8)	1,9(±0,8)
		p=0,218	p=0,928	p=0,143	p=0,270	p=0,684
<b>p-value</b>						
<b>Εκπαίδευση</b>						
ΔΕ	23					1,9(±0,8)
			1,0(±0,2)	1,2(±0,4)		1,8(±0,7)
ΤΕ	38	1,4(±0,5)				1,7(±0,7)
		1,2(±0,4)	1,1(±0,3)	1,2(±0,4)		1,9(±0,8)
ΠΕ	23	1,1(±0,3)	1,0(±0,3)	1,0(±0,2)		2,0(±0,8)
		1,2(±0,4)	1,0	1,0	<b>p=0,036</b>	p=0,0843
Μεταπτυχιακό	11	1,5(±0,5)				
		p=0,074	1,1(±0,4)	1,1(±0,4)		
Διδακτορικό	8		p=0,774	p=0,147		
<b>p-value</b>						
<b>Προϋπηρεσία</b>						
<10 χρόνια	33					1,9(±0,7)
			1,0(±0,2)			1,6(±0,7)
10 – 20 χρόνια	33	1,0(±0,2)		1,1(±0,3)	1,5(±0,7)	1,9(±0,8)
		1,2(±0,4)	1,0	1,1(±0,2)	1,5(±0,6)	2,1(±0,8)
21 – 30 χρόνια	28	1,4(±0,5)		1,4(±0,5)	1,7(±0,7)	p=0,258
		1,8(±0,4)	1,1(±0,4)	1,2(±0,4)	2,1(±0,6)	
31 – 40 χρόνια	9	<b>p&lt;0,001</b>	1,1(±0,3)	<b>p=0,004</b>	<b>p=0,032</b>	
			p=0,087			
<b>p-value</b>						

\*Mann-Whitney, τα υπόλοιπα p-value προέκυψαν με συγκρίσεις Kruskal-Wallis

Κ: Κινητικότητα, Α: Αυτοεξυπηρέτηση, ΚΔ: Καθημερινές Δραστηριότητες, Π/Δ: Πόνος /Δυσφορίας, Α/Κ: Άγχος/

## Κατάθλιψη

Στον **πίνακα 21** παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συγχρονικών συγκρίσεων του EQ-5D-index και της EQ-VAS με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Κατά τις συγχρονικές συγκρίσεις των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με το EQ-5D-index, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση βαθμολογία του EQ-5D-index σε σχέση με την ηλικία ( $p=0,018$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,05$ ) και τον αριθμό των παιδιών ( $p=0,023$ ).

Επιπλέον, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση βαθμολογία του EQ-VAS σε σχέση με την ηλικία ( $p=0,018$ ) και τον αριθμό των παιδιών ( $p=0,039$ ).

**Πίνακας 21 : Συγχρονικές συγκρίσεις των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τον EQ-5D-index και EQ-VAS**

Χαρακτηριστικά	EQ-5D-index			EQ-VAS	
	N	M.T.(±T.A.)	p-value	M.T.(±T.A.)	p-value
<b>Φύλο</b>			$p=0,140^*$		$p=0,696^*$
Άνδρας	42	0,75(±0,25)		76,19(±18,8)	
Γυναίκα	61	0,67(±0,23)		74,18(±20,5)	
<b>Ηλικία</b>			$p=0,018^{**}$		$p=0,018^{**}$
18 – 27 ετών	12	0,80(±0,13)			
28 – 37 ετών	24	0,73(±0,24)		81,67(±8,62)	
38 – 47 ετών	43	0,72(±0,24)		80,63(±20,79)	
48 – 57 ετών	18	0,72(±0,21)		73,51(±20,37)	
> 57 ετών	6	0,36(±0,22)		74,39(±18,55)	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>			$p=0,05^{**}$		$p=0,559$
Άγαμος/-η	43	0,80(±0,13)		81,67(±8,62)	
Παντρεμένος/-η	46	0,73(±0,24)		80,63(±20,79)	
		0,72(±0,24)		73,51(±20,37)	

Διαζευγμένος/-η	12	0,72(±0,21)	74,39(±18,55)
Χήρος/-α	2		
<b>Αριθμός παιδιών</b>		<b>p=0,023**</b>	<b>p=0,039**</b>
Κανένα	45	0,77(±0,2)	79,73(±14,9)
Ένα παιδί	14	0,64(±0,2)	72,07(±18,8)
Δύο παιδιά	31	0,73(±0,2)	74,71(±24,5)
≥ Τρία παιδιά	18	0,56(±0,3)	62,46(±18,5)
<b>Επάγγελμα</b>		<b>p=0,554**</b>	<b>p=0,287**</b>
Ιατρός	35	0,72(±0,26)	76,5(±16,5)
Νοσηλεύτης	45	0,74(±0,2)	76,5(±20,7)
Διοικητικός	23	0,66(±0,27)	69,13(±21,9)
<b>Εκπαίδευση</b>		<b>p=0,264**</b>	<b>p=0,145**</b>
ΔΕ	23	0,66(±0,27)	69,13(±21,9)
ΤΕ	38	0,72(±0,2)	73,55(±21,2)
ΠΕ	23	0,7(±0,2)	81,70(±14,2)
Μεταπτυχιακό	11	0,8(±0,2)	82,9(±18,55)
Διδακτορικό	8	0,62(±0,3)	68,6(±21,4)
<b>Προϋπηρεσία</b>		<b>p=0,06**</b>	<b>p=0,08**</b>
<10 χρόνια	33	0,73(±0,2)	79,91(±15,3)
10 – 20 χρόνια	33	0,77(±0,2)	76,18(±18,9)
21 – 30 χρόνια	28	0,67(±0,3)	72,57(±23,4)
31 – 40 χρόνια	9	0,56(±0,3)	60,22(±19,2)

\*Mann-Whitney, \*\*Kruskal-Wallis

### 9.3.4 Αποτελέσματα Γραμμικής Παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το EQ-5D-index

Στον **πίνακα 22** παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της γραμμικής συσχέτισης με τον παραμετρικό συντελεστή Spearman μεταξύ των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και του EQ-5D-index.

**Πίνακας 22: Αποτελέσματα γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και του EQ-5D-index**

	EQ-5D-index
<b>Φύλο</b>	rho=-0,146, p=0,140
<b>Ηλικία</b>	rho=-0,230, p=0,020
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	rho=-0,256, p=0,009
<b>Αριθμός Παιδιών</b>	rho=-0,248, p=0,012
<b>Επάγγελμα</b>	rho=-0,096, p=0,33
<b>Εκπαίδευση</b>	rho=0,112, p=0,262
<b>Χρόνια Προϋπηρεσίας</b>	rho=-0,194, p=0,032
<b>NAQ</b>	rho=-0,423, p≤0,001

Πραγματοποιήθηκε μονοπαραγοντική γραμμική ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή το EQ-5D-index και ανεξάρτητες την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό των παιδιών, τα χρόνια προϋπηρεσίας και τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου NAQ. Στον **πίνακα 23** παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής παλινδρόμησης. Εκ των χαρακτηριστικών που μελετήθηκαν, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός παιδιών και η βαθμολογία του NAQ παρουσίασαν σημαντική συσχέτιση σε μονοπαραγοντικά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης με το EQ-5D-index.

**Πίνακας 23: Μονοπαραγοντική γραμμική ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή το EQ-5D-index**

Παράμετρος	Unstandardized Coefficients		t	Sig.	95% CI (lower, upper)
	B	Std. Error			
<b>Ηλικία</b>	-0,061	0,022	-2,774	<b>0,007</b>	-0,104, -0,017
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	-0,078	0,031	-2,524	<b>0,013</b>	-0,140, -0,017
<b>Αριθμός Παιδιών</b>	-0,049	0,021	-2,369	<b>0,020</b>	-0,090, -0,008

Χρόνια Προϋπηρεσίας	-0,047	0,024	-1,191	0,053	-0,095, 0,001
NAQ	-0,006	0,001	-5,714	<b>0,000</b>	-0,008, -0,004

Στον **πίνακα 24** παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης. Όταν πραγματοποιήθηκε στάθμιση για πολλαπλούς συγχυτικούς παράγοντες (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, χρόνια προϋπηρεσίας και βαθμολογία του NAQ), μόνο η οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,048$ ) και η βαθμολογία του NAQ ( $p=0,001$ ) προέβλεπε ανεξάρτητα τη βαθμολογία του EQ-5D-index.

Πίνακας 24 : Πολυπαραγοντική γραμμική ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή το EQ-5D-index

Παράμετρος	Unstandardized Coefficients		t	Sig.	95% CI (lower, upper)
	B	Std. Error			
Ηλικία	-0,024	0,036	-0,663	0,509	-0,095, 0,048
Οικογενειακή Κατάσταση	-0,081	0,036	-1,998	<b>0,048</b>	-0,161, -0,001
Αριθμός Παιδιών	-0,022	0,027	-0,817	0,416	-0,077, -0,032
Χρόνια Προϋπηρεσίας	0,028	0,114	-0,739	0,462	-0,047, 0,104
NAQ	-0,007	0,001	-6,245	<b>0,000</b>	-0,009, -0,005

### 9.3.5 Αποτελέσματα Γραμμικής Παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το EQ-VAS

Στον **πίνακα 25** παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της γραμμικής συσχέτισης με τον παραμετρικό συντελεστή Spearman μεταξύ των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και του EQ-VAS.

Πίνακας 25: Αποτελέσματα γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και της βαθμολογίας EQ-VAS

	EQ-VAS
Φύλο	rho=-0,039, p=0,698
Ηλικία	rho=-0,265, p= <b>0,007</b>

Οικογενειακή Κατάσταση	rho=-0,116, p=0,242
Αριθμός Παιδιών	rho=-0,202, p=0,041
Επάγγελμα	rho=-0,102, p=0,306
Εκπαίδευση	rho=0,162, p=0,102
Χρόνια Προϋπηρεσίας	rho=-0,212, p=0,032
NAQ	rho=-0,412, p≤0,001

Πραγματοποιήθηκε μονοπαραγοντική γραμμική ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή το EQ-VAS και ανεξάρτητες την ηλικία, τον αριθμό των παιδιών, τα χρόνια προϋπηρεσίας και τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου NAQ. Στον **πίνακα 26** παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής παλινδρόμησης. Εκ των χαρακτηριστικών που μελετήθηκαν, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός παιδιών και η βαθμολογία του NAQ παρουσίασαν σημαντική συσχέτιση σε μονοπαραγοντικά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης με το EQ-VAS.

Πίνακας 26 : Μονοπαραγοντική γραμμική ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή το EQ-VAS

Παράμετρος	Unstandardized Coefficients		t	Sig.	95% CI (lower, upper)
	B	Std. Error			
Ηλικία	-5,286	1.809	-2,922	<b>0,004</b>	-8,874, -1,698
Αριθμός Παιδιών	-4,329	1,709	-2,532	<b>0,013</b>	-7,719, -0,938
Χρόνια Προϋπηρεσίας	-5,201	1,964	-2,648	<b>0,009</b>	-9,097, -1,305
NAQ	-0,462	0,093	-4,944	<b>0,000</b>	-0,647, -0,276

Στον **πίνακα 27** παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης. Όταν πραγματοποιήθηκε στάθμιση για πολλαπλούς συγχυτικούς παράγοντες (ηλικία, αριθμός παιδιών, χρόνια προϋπηρεσίας και βαθμολογία του NAQ), μόνο ο αριθμός παιδιών (p=0,028) και η βαθμολογία του NAQ (p≤0,001) προέβλεπε ανεξάρτητα τη βαθμολογία του EQ-VAS.

Πίνακας 27: Πολυπαραγοντική γραμμική ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή το EQ-VAS.

Παράμετρος	Unstandardized Coefficients		t	Sig.	95% CI (lower, upper)
	B	Std. Error			
Ηλικία	0,140	3,120	0,045	0,964	-6,052, 6,332
Αριθμός Παιδιών	-4,222	1,899	-2,223	<b>0,028</b>	-7,991, -0,454
Χρόνια Προϋπηρεσίας	-2,218	3,255	-0,109	0,497	-8,678, 4,242
NAQ	-0,484	0,092	-5,234	<b>0,000</b>	-0,668, -0,301

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup>: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### 10.1 Σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας με άλλες μελέτες από τη διεθνή βιβλιογραφία

Τα τελευταία χρόνια εργαζόμενοι στις κοινωνικές υπηρεσίες στις υπηρεσίες υγείας και στην εκπαίδευση έχουν υποστεί εργασιακό εκφοβισμό σε ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες. Τα νοσοκομεία αποτελούν εργασιακά περιβάλλοντα με διαφορετικούς και πολλούς εργαζομένους και μεγάλη ένταση εργασίας, λόγω των δύσκολων συνθηκών εργασίας, του φόρτου εργασίας, του κυκλικού ωραρίου εργασίας, τις αδικίες στο σύστημα προαγωγών, τα οποία προκαλούν ψυχολογική πίεση και πυροδοτούν το φαινόμενο (Efe & Ayaz, 2010 ; Simou & Koutsogeorgou, 2014) και οδηγούν σε συγκρούσεις που ένα μέρος τους σχετίζεται και με την εργασιακή παρενόχληση (Koinis, et al., 2019).

Στην παρούσα μελέτη ένα από τα κυριότερα αποτελέσματα της μελέτης ήταν ότι το 48,5% των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν θύματα mobbing (βαθμολογία NAQ > 44), ενώ το 30,1% ήταν περιστασιακά θύματα mobbing στον χώρο εργασίας τους (βαθμολογία NAQ 33 έως 44). Η μέση βαθμολογία του NAQ ήταν ίση με 49,0. Στη

μελέτη των Κατσουνάκη κ.α., το 2018, η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 80 νοσηλευτών, διοικητικών και γιατρών, βρέθηκε ότι θύματα mobbing ήταν το 41,3%, ενώ περιστασιακά θύματα το 27,5%. Επίσης, στη μελέτη του Σπανού (2017) που πραγματοποιήθηκε σ' ένα δείγμα 647 εργαζομένων (ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, διοικητικών υπαλλήλων, λοιπών επαγγελματιών υγείας) σε δύο δημόσιες δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) και ενός ιδιωτικού νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης, βρέθηκε ότι 23% των συμμετεχόντων ήταν περιστασιακά θύματα εκφοβισμού και το 12% θύματα εκφοβισμού. Παράλληλα, στη μελέτη της Καρατζά (2016), όπου περιλάμβανε 841 νοσηλευτές πέντε δημόσιων νοσοκομείων της Αθήνας η μέση βαθμολογία της κλίμακας NAQ ήταν ίση με 37,9. Η βαθμολογία του προσωπικού εκφοβισμού της παρούσας μελέτης ήταν πολύ υψηλότερη σε σχέση με την προαναφερόμενη μελέτη.

Οι πιο συχνά αναφερόμενες συμπεριφορές εκφοβισμού που βίωναν καθημερινά οι συμμετέχοντες της μελέτης μας ήταν η «έκθεση σε μη διαχειρίσιμο φόρτο εργασίας», η «ανάθεση δουλειάς ξεκάθαρα κατώτερης του επιπέδου των ικανοτήτων τους», το «δέχομαι πίεση να μην απαιτώ κάτι το οποίο δικαιούμαι». Από την άλλη, οι συμπεριφορές «εξευτελίζομαι ή γελοιοποιούμαι σχετικά με τη δουλειά μου», «γίνομαι αποδέκτης φαρσών - αστείων από άτομα που δεν με συμπαθούν», «υπόνοιες ή σημάδια από άλλους ότι θα έπρεπε να παρατήσω τη δουλειά μου», «με αγνοούν ή γίνονται επιθετικοί εναντίον μου όταν επιχειρώ να τους προσεγγίσω» και «σωματική κακοποίηση ή απειλές βίας» αποτελέσαν τις λιγότερα συχνές αρνητικές συμπεριφορές που βιώνουν καθημερινά οι συμμετέχοντες. Σε μία μελέτη που διεξήχθη σε 134 σε εργαζόμενους νοσοκομείου στη Κορέα, οι πιο συχνές αρνητικές συμπεριφορές ήταν «μου αποκρύπτονται πληροφορίες που επηρεάζουν την απόδοσή μου», «εκτίθεμαι σε μη διαχειρίσιμο φόρτο εργασίας» και «μου φωνάζουν ή γίνομαι στόχος αγανάκτησης ή θυμού» (Yun et al.,2014).

Όσον αφορά τον επαγγελματικό τίτλο και τη μέση βαθμολογία του NAQ, οι διοικητικοί είχαν υψηλότερη μέση βαθμολογία, 54,1, στη συνέχεια ακολουθούσαν οι γιατροί με 51,5 και οι νοσηλευτές με βαθμολογία 44,5. Η μέση βαθμολογία του NAQ δε διέφερε σημαντικά μεταξύ των γιατρών, των πτυχιούχων νοσηλευτών και των διοικητικών. Αναφορικά με τις υποκλίμακες του NAQ, μόνο η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας «Εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία» διέφερε σημαντικά μεταξύ



των συμμετεχόντων με διαφορετικό επαγγελματικό τίτλο, με τους πτυχιούχους νοσηλευτές να σημειώνουν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους γιατρούς και τους βοηθούς νοσηλευτές. Η μέση βαθμολογία στις υπόλοιπες υποκλίμακες του NAQ βρέθηκε να είναι παρόμοια μεταξύ των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Στην μελέτη των Κατσουνάκη κ.α., (2018), οι γιατροί είχαν σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία στην υποκλίμακα «Προσωπικός εκφοβισμός» σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ στις υποκλίμακες εκφοβισμός σχετιζόμενος με την εργασία και σωματικός εκφοβισμός δεν διέφερε σημαντικά η μέση βαθμολογία σε σχέση με τον επαγγελματικό τίτλο. Στη διεθνή βιβλιογραφία, μολονότι οι διαφορές στην κλίμακα κατάστασης υγείας είναι δεδομένες και εξαρτώνται από την κατηγορία εργαζόμενου, εντούτοις φαίνεται πως το νοσηλευτικό προσωπικό σημειώνει γενικά μικρότερα σκορ από ότι το ιατρικό προσωπικό (Cherapanov et al., 2010; Kheiraoui, Gualano, Mannocci, Boccia, & La Torre, 2012).

Ένα άλλο εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν ότι οι συμμετέχοντες με ηλικία άνω των 57 ετών είχαν σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία NAQ σε σχέση με τους συμμετέχοντες των άλλων ηλικιακών ομάδων. Η μέση βαθμολογία του NAQ δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, των αριθμό παιδιών, το επίπεδο εκπαίδευσης και τα έτη επαγγελματικής προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης διαφέρουν από τα αντίστοιχα αποτελέσματα των Κατσουνάκη κ.α., (2018), όπου η μέση βαθμολογία του NAQ μειωνόταν με την αύξηση της ηλικίας, αλλά δε διέφερε στατιστικά σημαντικά. Επίσης, η μέση βαθμολογία του NAQ διέφερε στατιστικά σημαντικά σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων, με τους συμμετέχοντες με Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση να σημειώνουν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία από τους συμμετέχοντες με Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση και τους συμμετέχοντες με Τεχνολογική Εκπαίδευση. Ωστόσο, στη μελέτη των Κατσουνάκη κ.α., (2018) η σύγκριση της βαθμολογίας του NAQ με το επίπεδο εκπαίδευσης, αφορούσε μόνο βασικό επίπεδο σπουδών. Ακόμα, στη μελέτη του Σπανού (2017), βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς την ταξινόμηση της έμμεσης εκτίμησης του εκφοβισμού, με το ποσοστό των γυναικών που ήταν θύμα ή περιστασιακό θύμα εκφοβισμού να είναι σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών.

Τα ανωτέρω αποτελέσματα αποτυπώνουν την ύπαρξη του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης στην εργασία στο υπό μελέτη νοσοκομείο και αποτελέσματα συνάδουν και με άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα και στον διεθνή χώρο (Παπαλεξανδρή & Γαλανάκη, 2011 · Πανταζής & Ίντας, 2016 · Μπακέλλα, 2013).

Η διαφορά των αποτελεσμάτων μεταξύ των ερευνών πιθανόν να οφείλεται στην διαφορετική οργανωσιακή κουλτούρα των χώρων που διεξήχθησαν οι μελέτες και οι διαφορετικές συνθήκες εργασίας. Σε κάποιες μελέτες η ηλικία δεν παρουσιάζει στατιστικό ενδιαφέρον αναφορικά με την κλίμακα mobbing (Randle, 2003), ωστόσο σε κάποιες άλλες αντίθετα αποτελεί παράγοντα κινδύνου, με τις μικρότερες ηλικίες συνήθως να δέχονται μεγαλύτερα ποσοστά εργασιακής παρενόχλησης από τις μεγαλύτερες (Kamchuchat et al., 2008).

Ένα σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν η αρνητική στατιστικά συσχέτιση μέτριας ισχύος μεταξύ του ερωτηματολογίου NAQ και της βαθμολογίας EQ-VAS και του EQ-5D-index. Αναλυτικότερα, όσο αυξάνεται η βαθμολογία του NAQ, η βαθμολογία του EQ-5D-index και της βαθμολογίας EQ-VAS μειώνεται, δηλαδή οι συμμετέχοντες που βιώνουν πιο συχνά συμπεριφορές εκφοβισμού έχουν χειρότερη κατάσταση υγείας και αυτοβαθμολογούν την τωρινή τους κατάσταση υγείας με χαμηλότερη βαθμολογία. Επίσης, μετά την εφαρμογή πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης η βαθμολογία του NAQ προέβλεπε ανεξάρτητα τη βαθμολογία του EQ-VAS και του EQ-5D-index. Συνεπώς, η έκθεση σε συμπεριφορές αποτελεί προγνωστικό δείκτη εμφάνισης χαμηλότερης ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία. Το παρόν εύρημα είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς αναδεικνύει την αρνητική επίδραση του εργασιακού εκφοβισμού που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας στην ποιότητα ζωής τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι για πρώτη φορά διεθνώς γίνεται συσχέτιση του ερωτηματολογίου NAQ με το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής EQ-5D.

Η διερεύνηση της επίδρασης του εκφοβισμού στην ποιότητα ζωής έχει διερευνηθεί και από άλλους ερευνητές. Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη του Σταμέλου (2018), όπου συμπεριελάμβανε 143 εργαζόμενους διαφόρων ειδικοτήτων στην Κύπρο, η κλίμακα NAQ συσχετίστηκε αρνητικά με το ερωτηματολόγιο Επισκόπηση Υγείας (SF-12). Πιο συγκεκριμένα, στη συγκεκριμένη μελέτη βρέθηκε ότι όσο περισσότερο

εργασιακό εκφοβισμό βίωναν οι συμμετέχοντες, τόσο χειρότερη ήταν η φυσική τους και ψυχική τους υγεία. Επίσης, οι Κοϊνης κ.α., (2017), διερεύνησαν την επίδραση της ηθικής παρενόχλησης στην ποιότητα ζωής 40 επαγγελματιών υγείας ενός επαρχιακού γενικού νοσοκομείου της Ελλάδας. Για τη διερεύνηση του φαινομένου ηθικής παρενόχλησης χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο Workplace Psychologically Violent Behavior και για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας-GHQ28 και το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής-(WHOQOL-BREF). Στην μελέτη των Κοϊνη και συν (2017), βρέθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας του ερωτηματολογίου ηθικής παρενόχλησης και του GHQ28 και WHOQOL-BREF (Κοϊνης et al., 2017). Από την βιβλιογραφική αναζήτηση βρέθηκε ότι υπάρχουν δεδομένα που ενισχύουν τη σύνδεση εργασιακής παρενόχλησης και αυξημένου στρες και ποσοστών κατάθλιψης αλλά και την προφανή σύνδεση αυτών με την επιδείνωση της κατάστασης υγείας (Medina-Gómez,2016; Zacharonά, Bartošovič, Elizabeth, Kozon, & Ndolo, 2016).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11<sup>ο</sup> : ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ –ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ**

### **11.1 Περιορισμοί έρευνας**

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, το οποίο είναι ένα επαρχιακό νοσοκομείο στο κέντρο της πόλης με πολύ περιορισμένο προσωπικό πλέον μετά τις συνταξιοδοτήσεις και τις μηδενικές προσλήψεις των τελευταίων ετών. Αυτό φαίνεται και από το γεγονός ότι στην πλειοψηφία του το προσωπικό ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 38-57 ετών και είχαν πάνω από 15 χρόνια προϋπηρεσία.

Επίσης οι περισσότεροι δεν γνώριζαν τον όρο mobbing και για το λόγο αυτό έπρεπε να δοθούν διευκρινήσεις για τις αρνητικές συμπεριφορές που το ορίζουν όπως για παράδειγμα ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και η ανάθεση υπερβολικών καθηκόντων που εκφράζουν κάποιες διαστάσεις της ηθικής παρενόχλησης στον χώρο εργασίας.

Τέλος τα αποτελέσματα της έρευνας δεν μπορούν με ασφάλεια να γενικευτούν καθώς το δείγμα των συμμετεχόντων είναι μικρό σε σχέση με τον μεγάλο αριθμό των εργαζομένων που εργάζεται στα Δημόσια νοσοκομεία της χώρας.

## 11.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας ο εργασιακός εκφοβισμός (σύνδρομο mobbing) εμφανίζεται στο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, με το ιατρικό προσωπικό να πλήττεται περισσότερο από το σύνδρομο. Αυτό που θα μπορούσε να διερευνηθεί στη συνέχεια, είναι εάν η πηγή του mobbing προέρχεται από τους διευθυντές των αντίστοιχων υπηρεσιών ή από τους προϊστάμενους των τμημάτων ή είναι ανεξάρτητο από επαγγελματική διαβάθμιση.

Εκτός από την ποιότητα ζωής θα πρέπει να ελεγχθούν σε μελλοντικές έρευνες και άλλες παράμετροι που επηρεάζουν το φαινόμενο mobbing, όπως το εργασιακό στρες, η κατάθλιψη, η επαγγελματική εξουθένωση στους εργαζομένους, κ.α.

Η προστασία του εργαζομένου, μέσω της ενημέρωσης του για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του, η εκπαίδευσή του σε θέματα εργασιακής παρενόχλησης μέσω ειδικών σεμιναρίων και ο σεβασμός στο πρόσωπο του κάθε εργαζομένου αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στην μάχη της πρόληψης του φαινομένου.

Η πρόληψη του φαινομένου, η έγκαιρη διάγνωσή του και η αντιμετώπισή του στους διάφορους οργανισμούς και ιδιαιτέρως στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί μείζον θέμα πολιτικής συζήτησης και απαιτεί την συμμετοχή όλων των εμπλεκομένων. Η εκπαίδευση των στελεχών που ασκούν διοίκηση, ο επανασχεδιασμός του εργασιακού περιβάλλοντος και η ψυχολογική υποστήριξη των θυμάτων, μπορούν να επιτευχθούν μέσω λήψης μέτρων που αποσκοπούν σε ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον, πάντοτε μέσω της στήριξης της πολιτείας με τη θέσπιση των κατάλληλων και αναγκαίων νόμων, των εργοδοτών και όλων των συμμετεχόντων.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση του φαινομένου mobbing και της ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι γιατροί, οι νοσηλευτές και οι διοικητικοί υπάλληλοι που βιώνουν συχνότερα συμπεριφορές εκφοβισμού έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής.

Με δεδομένες τις τρέχουσες οικονομικές συνθήκες που δημιουργούν αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, ελλείψεις σε προσωπικό, φόρτο εργασίας, αλλά και

η υπευθυνότητα του έργου καθώς και άλλοι εργασιακοί παράγοντες θα πυροδοτήσουν την εργασιακή παρενόχληση τα επόμενα έτη. Κάτω από αυτές τις συνθήκες η αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου είναι επιτακτική ανάγκη από τις διοικήσεις των υπηρεσιών ενός νοσοκομείου. Η άμεση και εξατομικευμένη συμβουλευτική και υποστήριξη στα θύματα βίας, η δημόσια εκπαίδευση μέσω προγραμμάτων, η ανάπτυξη πολιτικής προστασίας των δικαιωμάτων του προσωπικού για ένα ασφαλές περιβάλλον εργασίας, αλλά και η ενίσχυση της οργάνωσης εργασίας, θα μπορούσαν να αποτελέσουν κάποιες προτάσεις για την άρση του φαινομένου.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία**

Goleman D. (2000). Η συναισθηματική νοημοσύνη στο χώρο εργασίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Γαλάνης, Π. (2013) ‘‘ Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες’’, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, vol.30, pp.97–110.

Δέδε, Ι., (2017). Φαινόμενο mobbing, Εργασιακός Εκφοβισμός. Μηνιαία Έκδοση του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, (48):2-12.

Δεληγάς, Μ., Τούκας, Δ., Καραγεωργίου, Α.(2013). Ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι στην εργασία. Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, 55:7-14.

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. Έκθεση σχετικά με την παρενόχληση στους χώρους εργασίας. 2001/2339 (INI). Επιτροπή Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, Εισηγητής: Jan Andersson 16 Ιουλίου 2001 σελ.11-12.

Θεοφίλου, Π. Α. (2010). Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας., E-JST, (4), 5.

Κατραμάδου, Ε. (2005) ‘‘Το σύνδρομο των δημόσιων υπηρεσιών: Το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης’’, Δημόσιος Τομέας, (216).

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, pp.29–42.

Καρακιουλάφη Χρ. (2005). Ψυχολογική βία και παρενόχληση στους χώρους εργασίας, εφημερίδα «Εργασία 2004», Ινστιτούτο Αστικού Περιβάλλοντος και Ανθρώπινου Δυναμικού, Πάντειο Πανεπιστήμιο, σελ.81-102.

Καρακιουλάφη, Χ. (2003). Ψυχολογική και ηθική παρενόχληση στους χώρους εργασίας: ορισμοί του προβλήματος, θεσμική αντιμετώπιση του και εμπλοκή των

φορέων εκπροσώπησης των εργαζομένων στη διαχείριση και αντιμετώπισή του. *Επιθεώρηση Εργασιακών Σχέσεων*, 32: 21-37

Κοϊνης, Α., Σαρίδη, Μ.,(2013) Το mobbing στον εργασιακό χώρο. Επιπτώσεις mobbing στο χώρο της υγείας. Ανασκοπική μελέτη. *Ελληνικό Περιοδικό Της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, Τόμος 6, Τεύχος 1.

Κοϊνης, Α., Βελονάκης, Ε., Τζαβέλλα, Φ., Τζιαφέρη, Σ. (2016). Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας. *Rostrum of Asclepius/Vima του Asklipeiou*, 15(4):380-393.

Κοϊνης, Α., και συν. (2017) “ Το Φαινόμενο της Ηθικής Παρενόχλησης στον Τομέα της Υγείας στην Ελλάδα: Πιλοτική Μελέτη”, *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, vol.56, pp.233–244.

Κωνσταντινίδης, Μ., (2011). Ηθική Παρενόχληση στην Εργασία: Μια Πρόταση

Έρευνας και Παρέμβασης Κοινωνικής Εργασίας. *Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας*, (47) : 7-11.

Μισουρίδου, Ε. (2007) “Η συναισθηματική εργασία και η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή-ασθενή”, *Νοσηλευτική*, vol.46, no.3, pp.374-380.

Μισουρίδου, Ε. (2011) “Το φαινόμενο του εκφοβισμού στη Νοσηλευτική: Αίτια και Αντιμετώπιση”, *Νοσηλευτική*, vol.50, no.2, pp.123-131.

Μπακέλλα, Π., Γιάγκου, Ε., Μπραχαντίνη, Κ., & Επικοινωνίας, Υ. (2013). Η επίδραση του “συνδρόμου mobbing” στην επαγγελματική ζωή των Νοσηλευτών. *Ερευνητική εργασία. Journal-Ene*. 6(2):15-21.

Ντότσικα Μ. (2014). Ισότητα των δυο φύλων. Δικαιώματα των γυναικών και προστασία της προσωπικότητας. Αθήνα: Γραμματεία Ισότητας ΟΤΟΕ 2005:04.

Πανταζής, Α., Ίντας, Γ., (2016). Επαγγελματικός Ψυχολογικός Εκφοβισμός στο νοσηλευτικό Προσωπικό. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 2016, 55(4): 320–328.

Σάκουλα, Ζ., Μπελαλή, Κ., & Σταθαρού, Α. (2014). Σύνδρομο mobbing. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 6(3), 123-127

Σπανού, Ε. (2017) “Το φαινόμενο εκφοβισμού “Bullying” μεταξύ επαγγελματιών υγείας. Σύγκριση δημόσιας και ιδιωτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Διπλωματική εργασία)”, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.

Σταμέλος, Κ. (2018) "Σχέση μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και ποιότητας ζωής σε νοσοκομειακούς εργαζόμενους (Διδακτορική Διατριβή)", Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Κύπρος.

Σπυριδάκης, Μ. (2009) “ Εξουσία και παρενόχληση στην εργασία”, Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος.

Τούκας, Δ., Δεληγάς, Μ., & Καραγεωργίου, Α. (2012). Εννοιολογικοί ορισμοί και αιτιολογικοί παράγοντες της ψυχολογικής βίας στην εργασία. Ο ρόλος τους στην αξιολόγηση της επικινδυνότητας του φαινομένου mobbing, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(2), 162-173.



Τσιάμα, Μ.Χ., (2013). Το φαινόμενο της ηθικής/ψυχολογικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας. Εννοιολογικός προσδιορισμός. Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού.

Υφαντόπουλος, Γ. Ν., & Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία Μέτρησης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3):218-229.

Υφαντόπουλος, Γ. Ν. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24, 6-18.

Φώτης, Θ., & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2010). Ύπαρξη του Εκφοβισμού στον Εργασιακό Χώρο των Νοσηλευτών. Φαινόμενο-Πρόκληση για τους Διευθυντές των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών-Ανασκόπηση. Νοσηλευτική, 49 (2), 141-147.

### **Ξενογλώσση βιβλιογραφία**

Aquino, K., & Thau, S. (2009). Workplace victimization: Aggression from the target's perspective. *Annual review of psychology*, 60, 717-741.

Aquino K. (2000). Structural and individual determinants of workplace victimization: The effects of hierarchical status and conflict management style. *J Manage*, 26:171-193.

Ariza-Montes, A., Muniz, N. M., Montero-Simó, M. J., & Araque-Padilla, R. A. (2013). Workplace bullying among healthcare workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, 3121-3139.

Asfaw, A. G., Chang, C. C., & Ray, T. K. (2014). Workplace mistreatment and sickness absenteeism from work: results from the 2010 National Health Interview survey. *American journal of industrial medicine*, 57(2), 202-213.

Berthelsen, M., Skogstad, A., Lau, B., & Einarsen, S. (2011). Do they stay or do they go? A longitudinal study of intentions to leave and exclusion from working life among targets of workplace bullying. *International Journal of Manpower*, 32(2), 178-193

Branch, S., Ramsay, S., & Barker, M. (2013). Workplace bullying, mobbing and general harassment: A review. *International Journal of Management Reviews*, 15(3), 280-299.

Brodsky CM. (1976). *The harassed worker*. Toronto, Ontario, Canada: Lexington Books, DC Health.

Browne MN, Smith MA. (2008). Mobbing in the Workplace: The Latest Illustration of Pervasive Individualism in American Law, Employee Rights and Employment Policy Journal, 12 (1):131-159.

Bowling, A. (1997) 'Measuring health: A review of quality of life measurement scales', 2<sup>nd</sup> ed, Buckingham: Open University Press.

Campo, V. R., & Klijn, T. P. (2017). Verbal abuse and mobbing in pre-hospital care services in Chile. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25.

- Camero, A., Martinez, B., & Sanchez-Mangas, R. (2010) ‘‘Mobbing and its determinants: the case of Spain’’, *Applied Economics*, vol.42, no.92, pp.3777-3787.
- Chirilă, T., & Constantin, T. (2013). Understanding workplace bullying phenomenon through its concepts: A literature Review. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 1175-1179.
- Chapell, D., & Di Martino, V. (2006). *Violence at work*, 3<sup>rd</sup> ed, Geneva: International Labour Office. Workplace violence, occupational safety, developed countries, developing countries. 13.04.5 ISBN 92-2-117948-6 / 978-92-2-117948-1 ILO Cataloguing in Publication Data.
- Coyne I, Seigne E, Randall P. (2000). Predicting workplace victim status from personality. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 9(3):335-349.
- Cowie, H., Naylor, P., Rivers, I., Smith, P. K., & Pereira, B. (2002). Measuring workplace bullying. *Aggression and violent behavior*, 7(1), 33-51.
- Crowen I, Reid A. (2007). You have no credibility: Nursing students’ experiences of horizontal violence. *Nurse Education in Practice*, 7:156e163.
- Davenport, N.Z., Schwartz, R.D., and Elliot, G.P. (1999) ‘‘Mobbing: emotional abuse in the American workplace’’, United States of America: Civil Society Publishing.
- Dikmetaş E, Top M, Ergin G. (2011). An examination of mobbing and burnout of residents. *Turk PsikiyatriDerg*, 22(3):137-49.
- Di Martino V, Hoel H, Cooper CL. (2003). *Preventing violence and harassment in the workplace*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
- Duffy M, Sperry L. (2007). Workplace mobbing: Individual and family health consequences. *The Family Journal*, 15:398–404.
- Dumont C, Meisinger S, Whitacre MJ, Corbin G. (2012). Horizontal violence survey report. *Nursing*, 42(1):44-49
- Dhaini, S. R., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Simon, M., Kunz, R., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2016). Care workers health in Swiss nursing homes and its association with psychosocial work environment: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 105–115.
- Einarsen, S. (2000). Harassment and bullying at work: A review of the Scandinavian approach. *Aggression and violent behavior*, 5(4), 379-401.
- Einarsen, S., Hoel, H., & Notelaers, G. (2009). Measuring Exposure to Bullying and Harassment at Work: Validity, Factor Structure and Psychometric Properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work & Stress*, 23, 24-44.
- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. (Eds.). (2010). *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice*. Crc Press.



- Einarsen, S., Skogstad, A., Rørvik, E., Lande, Å. B., & Nielsen, M. B. (2016). Climate for conflict management, exposure to workplace bullying and work engagement: a moderated mediation analysis. *The International Journal of Human Resource Management*, 1-22.
- Ege H. (1997). *Mobbing in Italia. Introduzione el Mobbing Culturale*, Bologna: Pitagora Editrice.
- Efe, S. Y., & Ayaz, S. (2010). Mobbing against nurses in the workplace in Turkey. *International Nursing Review*, 57(3), 328-334.
- Ferrari E. (2004). Raising awareness on women victims of mobbing, The Italian contribution, Daphne programme, European Commission.
- Ferris, P. A. (2009). The role of the consulting psychologist in the prevention, detection, and correction of bullying and mobbing in the workplace. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 61(3), 169.
- Garvois J. (2006). Mob Rule: In Departmental Disputes, Professors can Act Just Like Animals. *The Chronicle*, Sec: Faculty, 52(32): A10.
- Glaso L, Matthiesen SB, Nielsen MB, Einarsen S. (2007). Do targets of workplace bullying portray a general victim personality profile? *Scand J Psychol*, 48:313–319.
- Girardi P, Monaco E, Prestigiaco C, Talamo A, Ruberto A, Tatarelli R. (2007). Personality and psychopathological profiles in individuals exposed to mobbing. *Violence Vict*, 22(2):172-88.
- Giga SI, Hoel H, Lewis D. (2008). The costs of workplace bullying. *University of Manchester Institute of Science and Technology*. Gök, S. (2011). Prevalence and types of mobbing behavior: A research on banking employees. *Journal of Human Sciences*, 8(1), 318-334.
- Groeblichhoff, D., & Becker, M.A. (1996) ‘‘Case study of mobbing and the clinical treatment of mobbing victims’’, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, vol.5, no.2, pp.277-294.
- Josipović-Jelić, Ž., Stoini, E., & Celić-Bunikić, S. (2005). The effect of mobbing on medical staff performance. *Acta Clinica Croatica*, 44(4), 347-352.
- Hirigoyen, M.F. (2002) .Ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας (Μετάφραση Σιγάλα Ασπασία), Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκης.
- Hoel H, Cooper CL, Faragher B. (2001). The experience of bullying in Great Britain: The impact of organizational status. *Eur J Work Organ Psychol*, 10:443–465.
- Hoel H, Salin D. (2003). Organisational antecedents of workplace bullying. In *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International Perspectives in Research and Practice* (Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. & Cooper, C.L., eds). Taylor & Francis, New York, 203–218.
- Hoel H. (2004). Violence and harassment in European workplaces: trends and political responses, στο: S. Einarsen-M.B. Nielsen (eds), *The fourth international*

conference on bulling and harassment in the workplace, Proceedings, University of Bergen – Birkbeck College, Bergen, Norway June.

Hoel H, Einarsen S. (2009). Shortcomings of anti-bullying regulations: The case of Sweden, *European Journal of Organizational Psychology*, 1-21.

Hogh, A., Mikkelsen, E. G., & Hansen, A. M. (2011). Individual consequences of workplace bullying/mobbing. *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice*, 2, 107-128.

Harvey MG, Heames JT, Richey RG, Leonard N. (2006). Bullying: From the playground to the boardroom. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 12(3):1-11.

Hutchinson M, Wilkes L, Jackson D, Vickers M. (2010). Integrating individual, work group and organizational factors: Testing a multidimensional model of bullying in the nursing workplace. *Journal of Nursing Management*, 18(2):173e181

Chapell, D., & Di Martino, V. (2006) "Violence at work", 3<sup>rd</sup> ed, Geneva: International Labour Office.

Karatza, C., et al. (2016) "Workplace bullying and general health status among the nursing staff of Greek public hospitals", *Ann Gen Psychiatry* 15:7 DOI 10.1186/s12991-016-0097-z

Kakoulakis Charilaos, Galanakis Michael, Bakoula-Tzoumaka Chryssa, Darvyri Panagiota, Chrousos P. George, Darviri Christina (2015). Validation of the Negative Acts Questionnaire (NAQ) in a sample of Greek teachers. *Psychology*, 6(01), 63.

Kamchuchat, C., Chongsuvivatwong, V., Oncheunjit, S., Yip, T. W., & Sangthong, R. (2008). Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in southern Thailand. *Journal of Occupational Health*, 50, 201–207.

Kind, P., Dolan, P., Gudex, C., & Williams, A. (1998). Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *Bmj*, 316(7133), 736-741.

Koinis, A., Velonakis E., Tzavara F., & Tziaferi S., (2019). The effect of the phenomenon of mobbing at the quality of life of health professionals. *AIMS Public Health*, 2019, 6(1): 79-95. doi: 10.3934/publichealth.2019.1.79

Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D., Yfantopoulos, J., Dimitrakaki, C. & Tountas, Y. (2008) Validity of the EuroQoL (EQ-5D) instrument in a Greek general population, *Value Health*, 11(7), pp. 1162-1169.

Kreiner B, Sulyok C, Rothenhäusler HB. (2008). Does mobbing cause posttraumatic stress disorder? Impact of coping and personality, *Neuropsychiatr*, 22(2):112-23

Leka, S., Hassard, J., Pahkin, K., Sutela, S., Cox, T., Lindstrom, K. (2008). Best practice in Interventions for the Prevention and Management of work-related Stress and Workplace Violence and Bullying. *The European Framework for Psychosocial Risk Management. PRIMA – EF.*

- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and victims*, 5(2), 119-126.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European journal of work and organizational psychology*, 5(2), 165-184.
- Lutgen-Sandvik, P. (2008). Intensive remedial identity work: Responses to workplace bullying trauma and stigmatization. *Organization*, 15(1), 97-119.
- Lutgen-Sandvik, P. (2006). Take this job and...: Quitting and other forms of resistance to workplace bullying. *Communication monographs*, 73(4), 406-433.
- McKenna BG, Smith NA, Poole SJ, Coverdale J. H. (2003). Horizontal violence: Experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 42:90ee96.
- Mathisen, G. E., Einarsen, S., & Mykletun, R. (2008). The occurrences and correlates of bullying and harassment in the restaurant sector. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(1), 59-68.
- Moayed, F. A., Daraiseh, N., Shell, R., & Salem, S. (2006). Workplace bullying: a systematic review of risk factors and outcomes. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*.
- Medina-Gómez, O. S. (2016). Prevalence of mobbing and associated risk factors in workers. *Gaceta Medica de Mexico*, 152(4), 452–456.
- Melzack R, Torgerson WS: On the language of pain. *ANESTHESIOLOGY* 1971; 34:50–9
- Neuman, J., & Baron, S.A. (2003) ‘‘Social antecedents of bullying: A social interactionist perspective. In: Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., Cooper, C., (eds). ‘‘Bullying and harassment in the workplace: International perspectives in research and practice. London, New York, Taylor & Francis Group, CRC Press, pp.185-202.
- Niedl, K. (1996) ‘‘Mobbing and well-being: Economic and personnel development implications’’, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, vol.5, no.2, pp.239-249.
- Niedhammer I, Chastang JF, David S. (2008). Importance of psychological work factors on general health outcomes in the national French SUMER survey. *Occup Med*, 58:15-24.
- Nielsen, M. B., Notelaers, G., & Einarsen, S. (2011). Measuring Exposure to Workplace Bullying. In S. Einarsen, H. Hoel, D.Zapf, & C. L. Cooper (Eds.), *Bulling and Harassment in the Workplace* (2nd ed.). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Pai H, Lee S. (2011). Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20:1405e1412
- Picakciefte, M., Acar, G., Colak, Z., & Kilic, I. (2017). The Relationship Between Sociodemographic Characteristics, Work Conditions, and Level of ‘‘Mobbing’’ of

Health Workers in Primary Health Care. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(3), 373–398.

Pranjić, N., Males-Bilić, L., Beganlić, A., & Mustajbegović, J. (2006). Mobbing, stress, and work ability index among physicians in Bosnia and Herzegovina: survey study. *Croatian Medical Journal*, 47, 750–758.

Qureshi, M. I., Rasli, A. M., & Zaman, K. (2014). A new trilogy to understand the relationship among organizational climate, workplace bullying and employee health. *Arab Economic and Business Journal*, 9(2), 133-146.

Randle, J. (2003). Bullying in the nursing profession 3437. *J Adv.Nurs*, 43, 395–401.

Rayner C, Hoel H, Cooper CL. (2002). *Workplace Bullying. What We Know, Who Is to Blame, and What Can We Do?* London: Taylor & Francis.

Rissi, V., Monteiro, J. K., Ceconello, W. W., & De Moraes, E. G. (2016). Psychological interventions against workplace mobbing. *Temas em Psicologia*, 24(1), 353-365.

Salin, D. (2015). Risk factors of workplace bullying for men and women: The role of the psychosocial and physical work environment. *Scandinavian journal of psychology*, 56(1), 69-77.

Salin, D. (2001). Prevalence and forms of bullying among business professionals: A comparison of two different strategies for measuring bullying. *European journal of work and organizational psychology*, 10(4), 425-441.

Samnani, A. K., & Singh, P. (2012). 20 years of workplace bullying research: a review of the antecedents and consequences of bullying in the workplace. *Aggression and Violent Behavior*, 17(6), 581-589.

Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy*, 115(2–3), 111–119.

Schat ACH, Kelloway EK. (2003). Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: The buffering effects of organizational support. *J Occup Health Psychol*, 8:110-122.

Sperry, L., & Duffy, M. (2009) ‘‘Workplace mobbing family dynamics and therapeutic considerations’’, *The American Journal of family therapy*, vol.37, no.5, pp.433-442.

Sperry, L. (2009) ‘‘ Mobbing and bullying: the influence of individual, work group, and organizational dynamics on abusive workplace behavior’’, *Consulting Psychology Journal: Practice and Refresh*, vol.61, no.3, pp.190-201.

Spector PE, Dwyer DJ, Jex SM. (1999). The relationship of job stressors to effective, health and performance outcomes: A comparison of multiple data sources. *Journal of Applied Psychology*, 73:11-19.

The Whoqol group. (1995) ‘‘The world health organization quality of life assessment (WHOWOL): position paper from the world health organization’’, Soc. Sci .Med, vol.41, no.10, pp.1403-1409.

Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England journal of medicine*, 334(13), 835-840.

Tehrani, N. (Ed.). (2003). *Building a culture of respect: Managing bullying at work*. CRC Press.

The EuroQol group. EuroQol—a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy* 1990;16:199–208

Tigrel, E. Y., & Kokalan, O. (2009). Academic mobbing in Turkey. *International Journal of Behavioral, Cognitive, Educational and Psychological Sciences*, 1(2), 91-99.

Tracy, S. J., Lutgen-Sandvik, P., & Alberts, J. K. (2006). Nightmares, demons, and slaves: Exploring the painful metaphors of workplace bullying. *Management communication quarterly*, 20(2), 148-185.

Tsuno, K., Kawakami, N., Inoue, A., & Abe, K. (2010). Measuring workplace bullying: reliability and validity of the Japanese version of the negative acts questionnaire. *Journal of occupational health*, 52(4), 216-226.

Vartia, M. A. (2001). Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 63-69.

Wrosch, C., & Scheier, M.F. (2003) ‘‘Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment’’, *Quality of life research*, vol.12, no.1, pp.59-72.

Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *Jama*, 273(1), 59-65.

WHO (2003). Occupational and Environmental Health Program, Raising awareness of psychological harassment at work. *Protecting Worker’s Health Series*, No. 4. Geneva, Switzerland.

Yamada DC. (2000). The phenomenon of workplace bullying and the need for status blind hostile work environment protection. *Georgetown Law Journal*, 88:475-537

Yfantopoulos J.(2001). The Greek version of the EuroQol (EQ-5D) instrument. *Arch Hell Med* 2001;18:180–91.

Yildirim, A., & Yildirim, D. (2007). Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *Journal of clinical nursing*, 16(8), 1444-1453.

Yun, S., et al. (2014) ‘‘ Work Environment and Workplace Bullying among Korean Intensive Care Unit Nurses’’, *Asian Nursing Research* 8, 219–225, <https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.07.002>

Zachariadou, T., Zannetos, S., Chira, S. E., Gregoriou, S., & Pavlakis, A. (2018, December 5). Prevalence and Forms of Workplace Bullying Among Health-care Professionals in Cyprus: Greek Version of “Leymann Inventory of Psychological Terror” Instrument. *Safety and Health at Work*. Elsevier.

Zapf, D. (1999). Organisational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International journal of manpower*, 20(1/2), 70-85.

Zapf, D., Knorz, C., & Kulla, M. (1996). On the relationship between mobbing factors, and job content, social work environment, and health outcomes. *European Journal of work and organizational psychology*, 5(2), 215-237.

Zapf D, Einarsen S. (2001). Bullying in the workplace: Recent trend in research and practice: an introduction. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10 (4), 369–373.

Zapf D, Gross C. (2001). Conflict escalation and coping with workplace bulling: A replication and extension. *European Journal of Workplace and Organizational Psychology*, 10:497-522.

Zapf D, Einarsen S. (2003). Individual antecedents of bullying. Victims and perpetrators. In: Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper C (eds) *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice*. Taylor & Francis, London, New York 165–184.

Zapf D, Escartin J, Einarsen S. et al. (2011). Empirical findings on prevalence and risk groups of bullying in the workplace. In: Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, editors. , *Bullying and harassment in the workplace: developments in theory, research, and practice*. Boca Raton, FL: CRC Press, 75–105.

Zacharová, E., Bartošovič, I., Elizabeth, S., Kozon, V., & Ndolo, U. M. (2016). Mobbing experienced by nurses in health care facilities Correspondence to. *Clinical Social Work and Health Intervention*, 7(2), 50–61.

Zlate M. (2007). *Tratat de psihologieorganizational-managerială (vol.2)*, Iași, Romania

Žukauskas, P., & Vveinhardt, J. (2011). Mobbing diagnosis instrument: stages of construction, structure and connectedness of criteria. *Journal of Business Economics and Management*, 12(2), 400-416.

### **Πηγές από το διαδίκτυο**

Τμήμα Επιθεώρησης Εργασίας Κυπριακής Δημοκρατίας (2020). Ασφάλεια και Υγεία στην Εργασία. Διαθέσιμο στο <http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/dli/dliup.nsf/All/69FE35342D7E7E96C2257DF00036C157?OpenDocument> [Ανάκτηση 07/01/2020].

Συνήγορος του πολίτη, Ανεξάρτητη Αρχή, Ίση μεταχείριση. Διαθέσιμο στο: <https://www.synigoros.gr/?i=equality.el.ifnomos>. [Ανάκτηση 07/02/2020].

International Labour Organization (2017). *World employment social outlook*. ILO, Geneva. Available at: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_541211.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_541211.pdf) [Accessed at: 08/12/2019].



Jaana Juvonen , Sandra Graham (2001) Peer Harassment in School: The Plight of the Vulnerable and Victimized. The Guilford Press New York London. Available at: <https://books.google.gr/books?id=qFqKTO46KOIC&pg=PA3&lpg=PA3&dq=heinemann+1972+mobbing&source=bl&ots=EgiQaFSDDe&sig=ACfU3U1Hyl RTvUYK7PKUBxjIKo46sRmA&hl=el&sa=X&ved=2ahUKEwjb3bC vOzmAhUhwcQBHTHnBhAQ6AEwAnoECACQAQ#v=onepage&q=heinemann%201972%20mobbing&f=false> [Accessed at: 12/12/2019 ].

Papalexandris N, Galanaki E. Exploring workplace bullying in Greece: Frequency of occurrence and handling of measurement issues, under the light of previous research findings at the international level 2011 . Available at:

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1831425](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1831425) [Accessed at: 28/12/2019].

Park et al, 2019. The Oxford Handbook of Human Motivation, Second Edition. Oxford Libriry of Phychology Edit by Richard M. Ryan. Available at:

<https://books.google.gr/books?id=jCeeDwAAQBAJ&pg=PA260&dq=Park+et+al,+2017+Effect+of+goal+attainment&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwjzsoTQ--TmAhXuXRUIHYrPD5kQ6AEITzAE#v=onepage&q=Park%20et%20al%2C%202017%20Effect%20of%20goal%20attainment&f=false>[Accessed at: 02/01/2020].

Pinkos E. Workplace Bullying: A Global Health and Safety Issue July 2012 Available at: <http://ilera2012.wharton.upenn.edu/refereedpapers/cobbellen.pdf> [Accessed at: 28/12/2019]

Vozemberg Elissavet. (2015). Mobbing in the workplace - Europe - EBR. Διαθέσιμο στο :<http://www.europeanbusinessreview.eu/page.asp?pid=1358>. [Ανάκτηση 5/11/2019].

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

### **Παράρτημα Α. Ερωτηματολόγιο έρευνας.**



### **ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**

Η έρευνα αυτή πραγματοποιείται στα πλαίσια Διπλωματικής Εργασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας , και διερευνάται η υποκειμενική Εκτίμηση του Συνδρόμου Mobbing και η ποιότητα ζωής των εργαζομένων ενός Δημόσιου Νοσοκομείου.

Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, το οποίο είναι ανώνυμο. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων, αφού προηγηθεί στατιστική ανάλυση και επεξεργασία, θα γίνει με τέτοιο τρόπο και μορφή ώστε να μην υπάρχει πιθανότητα ταυτοποίησης και αναγνώρισης των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα.



Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την πολύτιμη βοήθεια σας.

Η μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Καραϊσκου Αθηνά

ΠΕ Οικονομικού

Τηλέφωνα επικοινωνίας: 6971932886 κινητό , 2410 233697 σταθερό

e-mail: [ath.karaiskou@yahoo.gr](mailto:ath.karaiskou@yahoo.gr) , [de8318024@teilar.gr](mailto:de8318024@teilar.gr)

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αριθμός ερωτηματολογίου .....

### **A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

**1. Φύλο**

- Άνδρας
- Γυναίκα

**2. Ηλικία**

- 18-27
- 28-37
- 38-47
- 48-57
- 57 και άνω

**3. Οικογενειακή κατάσταση**

- Άγαμος/η
- Παντρεμένος/η
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α
- Άλλο.....

**4. Αριθμός παιδιών**

- Κανένα
- Ένα
- Δύο
- Τρία και άνω

**5. Ποιος είναι ο παρών επαγγελματικός σας τίτλος;**

- Ιατρός
- Νοσηλεύτης/ τρια
- Διοικητικός υπάλληλος

- Άλλο:.....

**6. Ποιος είναι ο ανώτερος εκπαιδευτικός τίτλος που έχετε αποκτήσει;**

- Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Δ.Ε.)
- Τεχνολογική Εκπαίδευση (Τ.Ε.)
- Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση (Π.Ε)
- Μεταπτυχιακό (MSc, MBA κτλ.)
- Διδακτορικό (PhD)
- Άλλο:.....

**7. Έτη συνολικής εμπειρίας :**

- Λιγότερο από 10 χρόνια
- 10 έως 20 χρόνια
- 21 έως 30 χρόνια
- 31 έως 40 χρόνια

**B) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ**

Στο παρακάτω μέρος παρατίθεται μια σειρά από συμπεριφορές που θεωρούνται ως αρνητικές στο εργασιακό πλαίσιο. Σας παρακαλούμε υποδείξετε κυκλώνοντας την αντίστοιχη επιλογή (1,2,3,4,5) πόσο συχνά έχετε υποστεί καθεμία απ' τις συμπεριφορές αυτές κατά τους τελευταίους 6 μήνες.

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

1	2	3	4	5
ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΑΝΑ ΜΗΝΑ	ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΑΝΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ

1. Σας αποκρύπτονται πληροφορίες που επηρεάζουν την απόδοσή σας	1	2	3	4	5
2. Εξευτελίξετε ή γελοιοποιήστε σχετικά με τη δουλεία σας	1	2	3	4	5
3. Σας ανατίθεται δουλειά ξεκάθαρα κατώτερη του επιπέδου των ικανοτήτων σας	1	2	3	4	5
4. Σημαντικές περιοχές ευθύνης σας σάς αφαιρούνται ή αντικαθίστανται με	1	2	3	4	5

τετριμμένα ή ασήμαντα καθήκοντα					
5. Φήμες και κουτσομπολιά διαδίδονται για εσάς	1	2	3	4	5
6. Εξαιρείστε ή αποκλείετε από διαδικασίες και κοινωνικά γεγονότα	1	2	3	4	5
7. Προσβλητικά ή επιθετικά σχόλια για εσάς (π.χ. συνήθειες ή παρελθόν) και την προσωπική σας ζωή	1	2	3	4	5
8. Σας φωνάζουν ή γίνεστε στόχος αγανάκτησης ή θυμού	1	2	3	4	5
9. Εκφοβιστική συμπεριφορά, όπως εισβολή στον προσωπικό σας χώρο, σπρώξιμο, κλείσιμο περάσματος κα	1	2	3	4	5
10. Υπόνοιες ή σημάδια από άλλους ότι θα έπρεπε να παρατηρήσετε τη δουλειά σας	1	2	3	4	5
11. Σας υπενθυμίζονται συνεχώς τα λάθη και οι παραλείψεις σας	1	2	3	4	5
12. Σας αγνοούν ή γίνονται επιθετικοί εναντίον σας όταν επιχειρείτε να προσεγγίσετε	1	2	3	4	5
13. Εξακολουθητική κριτική της δουλειάς και της προσπάθειάς σας	1	2	3	4	5
14. Η γνώμη και οι απόψεις σας αγνοούνται	1	2	3	4	5
15. Γίνεστε αποδέκτες φαρσών - αστείων από άτομα που δεν σας συμπαθούν	1	2	3	4	5
16. Σας δίνονται καθήκοντα με παράλογους ή αδύνατους στόχους ή/και προθεσμίες	1	2	3	4	5
17. Γίνονται ψευδείς ισχυρισμοί σε βάρος	1	2	3	4	5

σας					
18. Η δουλειά σας παρακολουθείται και ελέγχεται υπερβολικά	1	2	3	4	5
19. Δέχετε πίεση να μην απαιτήσετε κάτι το οποίο δικαιούστε (π.χ. άδειες, άδεια ασθενείας, έξοδα ταξιδιού)	1	2	3	4	5
20. Δέχετε υπερβολικά πειράγματα και σαρκασμό	1	2	3	4	5
21. Εκτίθεστε σε μη διαχειρίσιμο φόρτο εργασίας	1	2	3	4	5
22. Σωματική κακοποίηση ή απειλές βίας	1	2	3	4	5

### Γ) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ (EQoL-5D)

Παρακαλώ διαβάστε τις εναλλακτικές απαντήσεις της κάθε ερώτησης και σημειώστε με ένα σταυρό (X) την απάντηση που αντιπροσωπεύει καλύτερα την **παρούσα κατάσταση της υγείας σας**. Παρακαλώ δώστε μια απάντηση σε κάθε ερώτηση.

Ποια από τις παρακάτω προτάσεις περιγράφει καλύτερα την κατάσταση της υγείας σας σήμερα;	
<b>ΔΙΑΒΑΣΕ - ΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΕ ΚΑΘΕ ΤΟΜΕΑ</b>	
<b>1</b>	<p><b>Κινητικότητα</b></p> <p>1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα <input type="checkbox"/></p> <p>2. Έχω κάποια προβλήματα στο περπάτημα <input type="checkbox"/></p> <p>3. Είμαι κατάκοιτος στο κρεβάτι <input type="checkbox"/></p>
<b>2</b>	<p><b>Αυτοεξυπηρέτηση</b></p> <p>1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στην αυτοεξυπηρέτησή μου <input type="checkbox"/></p> <p>2. Έχω κάποια προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι <input type="checkbox"/></p> <p>3. Είμαι ανίκανος να πλυθώ ή να ντυθώ μόνος/η μου <input type="checkbox"/></p>
<b>3</b>	<p><b>Καθημερινές Δραστηριότητες</b></p> <p>(π.χ. εργασία, σπουδές, οικιακές δουλειές, οικογενειακές ή κοινωνικές ασχολίες)</p> <p>1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητες μου <input type="checkbox"/></p> <p>2. Έχω κάποια προβλήματα στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητες μου <input type="checkbox"/></p> <p>3. Είμαι ανίκανος στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητες μου <input type="checkbox"/></p>

4	<p><i>Πόνος / Δυσφορία</i></p> <p>1. Δεν αισθάνομαι καθόλου πόνο ή δυσφορία <input type="checkbox"/></p> <p>2. Αισθάνομαι μέτριο πόνο ή δυσφορία <input type="checkbox"/></p> <p>3. Αισθάνομαι υπερβολικό πόνο ή δυσφορία <input type="checkbox"/></p>
5	<p><i>Άγχος / Κατάθλιψη</i></p> <p>1. Δεν αισθάνομαι άγχος ή κατάθλιψη <input type="checkbox"/></p> <p>2. Αισθάνομαι μέτριο άγχος ή κατάθλιψη <input type="checkbox"/></p> <p>3. Αισθάνομαι υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη <input type="checkbox"/></p>
6	<p>Συγκριτικά με την κατάσταση της υγείας μου τους τελευταίους 12 μήνες, η σημερινή μου κατάσταση είναι:</p> <p><b>(ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΜΟΝΟ ΕΝΑ ΚΟΥΤΑΚΙ)</b></p> <p>1. Καλύτερη <input type="checkbox"/></p> <p>2. Παραμένει ίδια <input type="checkbox"/></p> <p>3. Χειρότερη <input type="checkbox"/></p>
7	<p>Για να σας βοηθήσουμε να εκφράσετε πόσο καλή ή άσχημη είναι η κατάσταση της υγείας σας, τοποθετήσαμε μία κλίμακα (που μοιάζει με θερμομότρο) στην οποία η καλύτερη κατάσταση που μπορείτε να φανταστείτε βρίσκετε στο 100 και η χειρότερη που μπορείτε να φανταστείτε βρίσκετε στο 0.</p> <p>Θα θέλαμε από σας να σημειώσετε στην κλίμακα <b>πόσο καλή ή άσχημη είναι η σημερινή κατάσταση της υγείας σας</b>, σύμφωνα με την δική σας εκτίμηση, με μια γραμμή προς εκείνο το σημείο της κλίμακας που προσδιορίζει πόσο καλή ή άσχημη είναι η τωρινή κατάσταση της υγείας σας.</p> <p>ΣΗΜΕΙΩΣΕ ΑΚΡΙΒΩΣ ΤΗΝ ΘΕΣΗ ΝΟΥΜΕΡΟ ΣΤΗ ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="text-align: right;"> <p>100</p> <p>900</p> <p>800</p> <p>700</p> <p>600</p> <p>500</p> <p>400</p> <p>300</p> <p>200</p> <p>100</p> <p>0</p> </div> </div> <p>Η κατάσταση της υγείας σας σήμερα</p>

Σας ευχαριστούμε θερμά που διαθέσατε το χρόνο σας για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, συμβάλλοντας στην προσπάθεια για συνεχή βελτίωση του

εργασιακού περιβάλλοντος και της ποιότητας ζωής του ανθρώπινου δυναμικού ενός οργανισμού.

---

## **Παράρτημα Β. Αδειοδότηση έρευνας από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν.Α.**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
5<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια  
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ  
«ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ»

Λάρισα 18.12.2019  
Αριθμ. Πρωτ.:198

Ταχ/κή Δ/νση: Τσακάλωφ 1  
41221 – Λάρισα  
Γραμματεία: Επιστημονικού  
Συμβουλίου  
Πληροφορίες: Τσούτσα Στέλλα  
Τηλέφωνο: 2413 504 383  
e-mail: [stelltsouts@gmail.com](mailto:stelltsouts@gmail.com)

Προς: Καραϊσκού Αθηνά

Θέμα: Διαβίβαση Απόφασης του Επιστημονικού Συμβουλίου  
Σχετ.: Η αριθμ. Πρωτ. 198/18.11.2019 αίτηση έγκρισης.

Σας διαβιβάζουμε την αριθμ.198/18.12.2019 Απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου, με θέμα :  
Αίτημα έγκρισης διανομής ερωτηματολογίου, στα πλαίσια μεταπτυχιακού προγράμματος από το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, με τίτλο « Διερεύνηση του συνδρόμου mobbing (εργασιακός εκφοβισμός) και της ποιότητας ζωής των εργαζομένων σ' ένα Δημόσιο Νοσοκομείο » , από την κα Καραϊσκού Αθηνά

Παραμένουμε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνιση ή πληροφορία.

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ  
5<sup>η</sup> Υ.Π.Ε. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
Γ.Ε.Ν. Ν.ΟΣ. ΛΑΡΙΣΑΣ  
Δρ. ΣΟΦΙΑ ΚΟΚΚΑΛΗ - ΑΛΕΥΡΑ  
ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ  
ΑΛΕΥΡΑ ΣΟΦΙΑ

Κοινοποίηση:  
Αν. Διοικητή Γ.Ν.Α. «Κουτλιμπάνειο & Τριανταφύλλειο»



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
5<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια  
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ  
«ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ»

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ  
11<sup>ης</sup>/ 18.12.2019 Τακτικής Συνεδρίασης του  
Επιστημονικού Συμβουλίου  
Του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας  
«ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ»

Στην Λάρισα, στην οδό Τσακάλωφ αριθμός 1, σήμερα 18.12.2019, ημέρα της εβδομάδας Τετάρτη και ώρα 13:00 μ.μ., στην αίθουσα συνεδριάσεων του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Ν.Λ. «Κουτλιμπάνειο και Τριανταφύλλειο», μετά την αριθμ. πρωτ. 221/18.12.2019 πρόσκληση της Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου, κας. Αλευρά Σοφίας, συνήλθαν σε τακτική συνεδρίαση τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου, για να συζητήσουν επί θεμάτων εντός και εκτός Ημερήσιας Διάταξης.

Παρόντα κατά τη συνεδρίαση είναι τα ακόλουθα μέλη:

Λαμπίρη Βασιλική  
Σιαφάκα Παρασκευή  
Διαμαντίδης Μιχαήλ  
Φαφούλα Αθανασία  
Μανάφας Αχιλλέας  
Τσιονάρα Δήμητρα  
Λαμπροδήμου Γεωργία  
Τρίγκα Στυλιανή

Χρέη γραμματέα εκτέλεσε η κα Τσούτσα Στέλλα:

Θέμα 7<sup>ο</sup>: Αίτημα έγκρισης διανομής ερωτηματολογίου, στα πλαίσια μεταπτυχιακού προγράμματος από το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, με τίτλο « Διερεύνηση του συνδρόμου mobbing (εργασιακός εκφοβισμός) και της ποιότητας ζωής των εργαζομένων σ' ένα Δημόσιο Νοσοκομείο », από την κα Καραϊσκού Αθηνά

Μετά από συζήτηση και σχετική ενημέρωση, το Επιστημονικό Συμβούλιο εγκρίνει την διανομή ερωτηματολογίου στο χώρο του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας «Κουτλιμπάνειο & Τριανταφύλλειο»

Η ανωτέρω απόφαση επικυρώνεται αυθημερόν

Η Πρόεδρος  
Αλευρά Σοφία

Ακριβές Αντίγραφο Πρακτικού  
11<sup>ης</sup> 18-12-2019 Τακτικής Συνεδρίασης Ε.Σ

Η Γραμματέας του Ε.Σ.

  
Τσούτσα Στέλλα

Τα Μέλη  
Λαμπίρη Βασιλική  
Σιαφάκα Παρασκευή  
Διαμαντίδης Μιχαήλ  
Μανάφας Αχιλλέας  
Φαφούλα Αθανασία  
Τσιονάρα Δήμητρα  
Τρίγκα Στυλιανή  
Λαμπροδήμου Γεωργία



## Παράρτημα Γ. Αδειοδότηση χρήσης εργαλείου Naq.

----- Προωθημένο μήνυμα -----

Από: **xanthoula** <[xanthitigani@gmail.com](mailto:xanthitigani@gmail.com)>

Ημερομηνία: 19 Ιουνίου 2018 - 1:35 μ.μ.

Θέμα: Re: Αδειοδότηση εργαλείου NAQ

Προς: Kostar 124 <[aka942003@gmail.com](mailto:aka942003@gmail.com)>

Αξιότιμη κ. Λαχανά,  
σας ευχαριστούμε θερμά για το ενδιαφέρον χρήσης της σταθμισμένη κλίμακας Negative Acts Questionnaire. Έχετε φυσικά την άδεια να την χρησιμοποιήσετε και είμαστε στην διάθεση σας, αν τυχόν χρειάζεστε οποιοδήποτε σχετικό αρχείο από εμάς.

Με θερμές ευχές για καλή επιτυχία στην μελέτη σας.

Δρ Τηγάνη Ξανθή