



**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Η λεκτική βία στο εργασιακό περιβάλλον επαγγελματιών
υγείας: Αίτια, ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και στρατηγικές
αντιμετώπισης σε γενικό νοσοκομείο.»

ΚΑΡΑΚΟΥΣΗ ΙΩΑΝΝΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Δρ ΙΝΤΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΣΥΝ-ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Δρ ΓΚΟΡΕΖΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΜΑΙΟΣ 2026

Ευχαριστίες

Η ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας αποτελεί για εμένα ένα ιδιαίτερα σημαντικό στάδιο της ακαδημαϊκής μου πορείας και δεν θα ήταν δυνατή χωρίς την πολύτιμη συμβολή ανθρώπων που με στήριξαν καθ' όλη τη διάρκειά της. Θα ήθελα, αρχικά, να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες προς τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Ίντα Γεώργιο για την καθοδήγηση, την επιστημονική υποστήριξη και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε από την αρχή έως και την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Η συμβολή του υπήρξε καθοριστική, καθώς με τις πολύτιμες συμβουλές, τις εύστοχες παρατηρήσεις και τη συνεχή ενθάρρυνσή του συνέβαλε ουσιαστικά τόσο στη διαμόρφωση όσο και στην εξέλιξη της έρευνάς μου.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και τους ανθρώπους που στάθηκαν δίπλα μου με κατανόηση, υπομονή και ηθική στήριξη σε όλη τη διάρκεια αυτής της προσπάθειας. Η συμπαράστασή τους μου έδωσε δύναμη και επιμονή να ανταποκριθώ στις απαιτήσεις αυτής της εργασίας.

Ιδιαίτερα, αισθάνομαι βαθιά ευγνωμοσύνη προς όλους όσους συνέβαλαν, άμεσα ή έμμεσα, στην ολοκλήρωση αυτής της σημαντικής προσπάθειας και κυρίως το νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ για το χρόνο που αφιέρωσαν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Τέλος, αφιερώνω την εργασία μου στη μητέρα μου Ελένη, η οποία δεν βρίσκεται πια στη ζωή.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η λεκτική βία είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο που εκδηλώνεται με μεγάλη συχνότητα στο εργασιακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση του φαινομένου της λεκτικής βίας στο εργασιακό περιβάλλον ενός δημόσιου νοσοκομείου.

Μεθοδολογία: Για την πραγματοποίηση του στόχου της μελέτης διεξήχθη συγχρονική έρευνα για την οποία χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο συλλογής δεδομένων το σταθμισμένο στην ελληνική γλώσσα ερωτηματολόγιο VAS (Verbal Abuse Scale) και πενταβάθμια κλίμακα αξιολόγησης Likert. Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν 195 εργαζόμενοι επαγγελματίες υγείας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν ότι η λεκτική βία αποτελεί συχνό και πολυδιάστατο φαινόμενο στο εργασιακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας. Στο σύνολο των 195 συμμετεχόντων, το 62,1% ανέφερε ότι το επεισόδιο πραγματοποιήθηκε παρουσία τρίτων, ενώ οι συχνότερες πηγές λεκτικής βίας ήταν άλλος ανώτερος εργαζόμενος (28,7%), ομότιμος συνάδελφος (23,1%) και συγγενής ασθενούς (17,9%). Η προσωπική έκθεση στη λεκτική βία αναφέρθηκε συχνότερα ως «περισσότερες από μία φορές ετησίως» (42,1%), ενώ το επεισόδιο αξιολογήθηκε ως αρκετά έως πολύ αγχωτικό από σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (31,8% και 26,7%, αντίστοιχα). Οι συχνότερες μορφές λεκτικής βίας ήταν η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών, ο βίαιος θυμός, ο ευτελισμός/υποτίμηση και η έντονη κριτική, ενώ οι κυριότερες συνέπειες αφορούσαν την επιδείνωση των εργασιακών σχέσεων και τη μείωση της εργασιακής ικανοποίησης.

Συμπεράσματα: Οι επαγγελματίες υγείας σε ένα δημόσιο νοσοκομείο εκτίθενται πολύ συχνά στο φαινόμενο της λεκτικής βίας με τις επιπτώσεις να είναι πολύ σημαντικές όσον αφορά την προσωπική και επαγγελματική τους ζωή. Η αντιμετώπιση του φαινομένου της λεκτικής βίας στους επαγγελματίες υγείας απαιτεί την αναγνώριση των παραγόντων που οδηγούν στην εκδήλωσή του και την εφαρμογή των κατάλληλων στρατηγικών αντιμετώπισης.

Λέξεις Κλειδιά: λεκτική βία, επαγγελματίες υγείας, δημόσιο νοσοκομείο

Abstract

Introduction: Verbal abuse is a multifactorial phenomenon that occurs with high frequency in the workplace of healthcare professionals.

Purpose: The aim of the present research study is to investigate the phenomenon of verbal abuse in the work environment of a public hospital.

Methodology: To achieve the objective of the study, a cross-sectional survey was conducted. Data were collected using the Verbal Abuse Scale (VAS), validated in the Greek language, and a five-point Likert rating scale. The study population consisted of 195 healthcare professionals working at AHEPA University General Hospital of Thessaloniki.

Results: The findings of the study indicated that verbal abuse constitutes a frequent and multidimensional phenomenon in the workplace of healthcare professionals. Among the 195 participants, 62.1% reported that the incident occurred in the presence of others, while the most common sources of verbal abuse were another senior staff member (28.7%), a peer colleague (23.1%), and a patient's relative (17.9%). Personal exposure to verbal abuse was most frequently reported as occurring "more than once per year" (42.1%), while the incident was evaluated as moderately to highly stressful by a considerable proportion of participants (31.8% and 26.7%, respectively). The most frequently reported forms of verbal abuse were blaming and accusations, violent anger, humiliation/devaluation, and intense criticism, while the main consequences concerned deterioration of workplace relationships and reduced job satisfaction.

Conclusions: Healthcare professionals in a public hospital are very frequently exposed to verbal abuse, with significant consequences for their personal and professional lives. Addressing verbal abuse among healthcare professionals requires the identification of the factors that lead to its occurrence and the implementation of appropriate coping strategies.

Keywords: verbal abuse, healthcare professionals, public hospital.

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη.....	3
Abstract.....	4
Πίνακας περιεχομένων.....	5
Εισαγωγή.....	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	9
Κεφάλαιο 1. Εννοιολογική προσέγγιση της λεκτικής βίας.....	10
1.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός της βίας και της λεκτικής βίας.....	10
1.2. Η λεκτική βία σε επαγγελματίες υγείας.....	11
1.3. Χαρακτηριστικά θύτη και θύματος.....	14
Κεφάλαιο 2. Παράγοντες Εκδήλωσης της Λεκτικής Βίας.....	16
2.1. Θεωρητικοί Μηχανισμοί Εξήγησης.....	17
2.1.1. Ατομικοί Ψυχολογικοί Παράγοντες.....	17
2.1.2. Κοινωνικά και Πολιτισμικά Στερεότυπα.....	18
2.1.3. Επαγγελματικοί και Θεσμικοί Παράγοντες.....	19
2.1.4. Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες.....	20
2.1.5. Παράγοντες Φύλου και Ιεραρχίας.....	20
2.2. Αίτια της λεκτικής βίας σε εργαζομένους στα νοσοκομεία.....	21
Κεφάλαιο 3. Συνέπειες της λεκτικής βίας στους εργαζομένους στα νοσοκομεία.....	23
3.1. Ψυχολογικές συνέπειες.....	24
3.2. Κοινωνικές συνέπειες.....	25
3.3. Επαγγελματικές συνέπειες.....	25
3.4. Συνέπειες στη σχέση επαγγελματία-ασθενή.....	26
3.5. Οργανωτικές συνέπειες.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης της λεκτικής βίας στους επαγγελματίες υγείας.....	28
4.1. Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο.....	29
4.2. Παρεμβάσεις σε οργανωσιακό επίπεδο.....	30
4.3. Παρεμβάσεις σε θεσμικό επίπεδο.....	31
Κεφάλαιο 5. Ερευνητικά δεδομένα από τη διεθνή και την ελληνική βιβλιογραφία.....	33
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	37
Κεφάλαιο 6. Μεθοδολογία της έρευνας.....	37
6.1 Ερευνητικός σκοπός και ερωτήματα.....	37
6.2 Ερευνητικός σχεδιασμός.....	38
6.3 Πληθυσμός - Δείγμα της έρευνας.....	38
6.4 Εργαλείο συλλογής δεδομένων.....	39
6.5 Στατιστική ανάλυση.....	40
6.6 Ηθικά ζητήματα.....	42
Κεφάλαιο 7. Αποτελέσματα της έρευνας.....	43
7.1 Δημογραφικά και βασικά εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	43
7.2 Περιγραφικά χαρακτηριστικά της λεκτικής βίας στο εργασιακό περιβάλλον.....	44
7.3 Επιμέρους μορφές λεκτικής βίας: συχνότητα και σοβαρότητα (Ερώτηση 7).....	47
7.4 Πρώτες γνωστικές αντιδράσεις μετά το επεισόδιο λεκτικής βίας (Ερώτηση 8).....	49
7.5 Στρατηγικές διαχείρισης του επεισοδίου λεκτικής βίας (Ερώτηση 9).....	51
7.6 Αντιλαμβανόμενες συνέπειες της λεκτικής βίας (Ερώτηση 10).....	52
7.7 Συναισθηματική ανταπόκριση μετά την εμπειρία της λεκτικής βίας (Ερώτηση 11).....	54
7.8 Συγκριτική ανάλυση ανά κατηγορία προσωπικού.....	55
7.9 Πολυπαραγοντικές αναλύσεις.....	58
7.9.1 Συσχετίσεις μεταξύ E7, E10 ΚΑΙ E11.....	58
7.9.2 Διερεύνηση ανά φύλο.....	59
7.9.3 Διερεύνηση ανά σχέση με τον υβριστή.....	60
7.9.4 Πολυπαραγοντική ανάλυση.....	63
Συζήτηση.....	69
Συμπεράσματα.....	74
Προτάσεις.....	75
Βιβλιογραφία.....	77
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία.....	77
Ελληνική βιβλιογραφία.....	84

Ευρετήριο πινάκων

Πίνακας 1. Έλεγχος αξιοπιστίας και κανονικότητας των σύνθετων δεικτών VAS-GR (N=195)	39
Πίνακας 2. Δημογραφικά και βασικά εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος, συνολικά και ανά κατηγορία προσωπικού	43
Πίνακας 3. Περιγραφικά χαρακτηριστικά της λεκτικής βίας στο εργασιακό περιβάλλον, συνολικά και ανά κατηγορία προσωπικού	46
Πίνακας 4. Προσωπική συχνότητα έκθεσης στη λεκτική βία και στρεσογόνος επιβάρυνση του επεισοδίου, συνολικά και ανά κατηγορία προσωπικού	47
Πίνακας 5. Επιμέρους μορφές λεκτικής βίας: περιγραφική αποτίμηση της συχνότητας, συνολικά και ανά κατηγορία προσωπικού	48
Πίνακας 6. Επιμέρους μορφές λεκτικής βίας: περιγραφική αποτίμηση της σοβαρότητας, συνολικά και ανά κατηγορία προσωπικού	49
Πίνακας 7. Πρώτες γνωστικές αντιδράσεις μετά το επεισόδιο λεκτικής βίας (Ερώτηση 8), συνολικά και ανά κατηγορία προσωπικού	50
Πίνακας 8. Στρατηγικές διαχείρισης του επεισοδίου λεκτικής βίας (Ερώτηση 9), συνολικά και ανά κατηγορία προσωπικού	52
Πίνακας 9. Αντιλαμβανόμενες συνέπειες της λεκτικής βίας (Ερώτηση 10), συνολικά και ανά κατηγορία προσωπικού	53
Πίνακας 10. Συναισθηματική ανταπόκριση μετά την εμπειρία λεκτικής βίας (Ερώτηση 11), συνολικά και ανά κατηγορία προσωπικού	54
Πίνακας 11. Συγκριτική ανάλυση δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών ανά κατηγορία προσωπικού	56
Πίνακας 12. Συγκριτική ανάλυση βασικών χαρακτηριστικών λεκτικής βίας ανά κατηγορία προσωπικού	57
Πίνακας 13. Συγκριτική ανάλυση σύνθετων δεικτών VAS -GR ανά κατηγορία προσωπικού	58
Πίνακας 14. Συσχετίσεις Spearman μεταξύ των σύνθετων δεικτών της E7, της E10 και της E11 (N=195)	59
Πίνακας 15. Συγκρίσεις των κύριων εκβάσεων ανά φύλο	60
Πίνακας 16. Κύριες εκβάσεις ανά ομαδοποιημένη σχέση με τον υβριστή	61
Πίνακας 17. Ζεύγη προς ζεύγη συγκρίσεις με διόρθωση Holm για τις σημαντικές αναλύσεις ανά σχέση με τον υβριστή	62
Πίνακας 18. Σύνοψη πολυπαραγοντικών μοντέλων για τις κύριες και δευτερογενείς εκβάσεις	64
Πίνακας 19. Αναλυτικός πίνακας διατακτικής λογιστικής παλινδρόμησης για την Ερώτηση 3 (αντιλαμβανόμενη συνολική συχνότητα λεκτικής βίας)	64
Πίνακας 20. Αναλυτικός πίνακας διατακτικής λογιστικής παλινδρόμησης για την Ερώτηση 5 (προσωπική έκθεση στη λεκτική βία)	65
Πίνακας 21. Αναλυτικός πίνακας γραμμικής παλινδρόμησης HC3 για την E7	66
Πίνακας 22. Αναλυτικός πίνακας γραμμικής παλινδρόμησης HC3 για την E8	67
Πίνακας 23. Αναλυτικός πίνακας γραμμικής παλινδρόμησης HC3 για την E10 συνέπειες	68

Εισαγωγή

Η βία στον εργασιακό χώρο των υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα σύνθετο και διαχρονικό φαινόμενο, το οποίο επηρεάζει σοβαρά τόσο την ασφάλεια και την ευημερία των επαγγελματιών υγείας όσο και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Αν και η βία μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικές μορφές, όπως η σωματική επίθεση, η ψυχολογική παρενόχληση, ο εκφοβισμός και η σεξουαλική παρενόχληση, η λεκτική βία αναγνωρίζεται ως μία από τις συχνότερες μορφές επιθετικής συμπεριφοράς στον χώρο των νοσοκομείων, συχνά με «αόρατες» αλλά ιδιαίτερα επιβαρυντικές συνέπειες για τα θύματα (Spector, Zhou and Che, 2014). Οι επαγγελματίες υγείας, και ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό, βρίσκονται στην πρώτη γραμμή αυτού του φαινομένου, καθώς έρχονται καθημερινά σε άμεση επαφή με ασθενείς, συνοδούς, επισκέπτες αλλά και άλλους επαγγελματίες εντός του οργανισμού υγείας.

Το ενδιαφέρον για τη μελέτη της βίας στον χώρο της υγείας ενισχύθηκε σημαντικά μετά την ανάδειξη του προβλήματος σε παγκόσμιο επίπεδο από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας, η λεκτική βία περιλαμβάνει προσβολές, απειλές, φωνές, υποτιμητικά σχόλια, ειρωνεία και εκφοβιστική επικοινωνία, τα οποία μπορεί να προέρχονται τόσο από ασθενείς και συνοδούς όσο και από συναδέλφους ή ιατρικό προσωπικό. Η ιδιαιτερότητα αυτού του φαινομένου έγκειται στο ότι συχνά κανονικοποιείται ως «μέρος της δουλειάς», γεγονός που δυσχεραίνει την αναγνώριση, την αναφορά και την αποτελεσματική διαχείρισή του (Chapman and Styles, 2006).

Η διεθνής βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι η λεκτική βία είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη σε χώρους υψηλής πίεσης, όπως τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, οι χειρουργικές αίθουσες και οι γενικές νοσοκομειακές μονάδες. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι νοσηλευτές εκτίθενται συχνότερα σε λεκτικές επιθέσεις σε σύγκριση με άλλες μορφές βίας, γεγονός που σχετίζεται με την ένταση του εργασιακού περιβάλλοντος, την υποστελέχωση, τον φόρτο εργασίας, τις μεγάλες αναμονές και τη

συναισθηματική φόρτιση των ασθενών και των οικογενειών τους (Kamchuchat et al., 2008· Kansagra et al., 2008· Pinar and Ucmak, 2011). Παράλληλα, η βία δεν

προέρχεται μόνο από το εξωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου. Μελέτες έχουν αναδείξει ότι η κακοποιητική ή προσβλητική συμπεριφορά μπορεί να εκδηλώνεται και ενδοοργανωσιακά, όπως στην περίπτωση κακοποίησης νοσηλευτών από ιατρούς ή άλλους ανώτερους επαγγελματίες, αναδεικνύοντας ζητήματα ιεραρχίας, εξουσίας και φύλου μέσα στους οργανισμούς υγείας (Higgins and MacIntosh, 2010· Choiniere, MacDonnell and Shamonda, 2010).

Οι επιπτώσεις της λεκτικής βίας δεν περιορίζονται στη στιγμιαία ψυχική επιβάρυνση του επαγγελματία υγείας. Αντίθετα, συνδέονται με αυξημένο άγχος, επαγγελματική εξουθένωση, μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση, αισθήματα ανασφάλειας, μειωμένη αυτοεκτίμηση και πρόθεση αποχώρησης από το επάγγελμα (Roche et al., 2010· Franz et al., 2010). Επιπλέον, η μακροχρόνια έκθεση σε εχθρική ή υποτιμητική επικοινωνία μπορεί να επιδεινώσει την ψυχική ανθεκτικότητα των εργαζομένων και να επηρεάσει αρνητικά τις σχέσεις συνεργασίας στο εσωτερικό της ομάδας φροντίδας. Η επίδραση αυτή δεν αφορά μόνο το προσωπικό, αλλά αντανακλάται και στην ποιότητα της φροντίδας, καθώς η εργασιακή βία έχει συσχετιστεί με αρνητικά αποτελέσματα για τους ασθενείς, μειωμένη αποτελεσματικότητα και δυσλειτουργία του εργασιακού κλίματος (Roche et al., 2010· Phillips, 2016).

Η παρούσα εργασία αποκτά ιδιαίτερη σημασία στο ελληνικό δημόσιο νοσοκομειακό περιβάλλον, όπου η υποστελέχωση, η εργασιακή πίεση και οι οργανωτικές δυσλειτουργίες ενδέχεται να ενισχύουν την εκδήλωση λεκτικής βίας. Η διερεύνηση του φαινομένου είναι κρίσιμη όχι μόνο για την προστασία των επαγγελματιών υγείας, αλλά και για τη βελτίωση της διοικητικής αποτελεσματικότητας και της ποιότητας φροντίδας. Η οικονομική κρίση και η αυξημένη δυσaráεσκεια των πολιτών αποτελούν παράγοντες που ενδέχεται να ενισχύουν επιθετικές συμπεριφορές από επισκέπτες και συνοδούς προς το προσωπικό (Koukia et al., 2013). Παρόμοια ευρήματα από άλλα συστήματα υγείας επιβεβαιώνουν ότι η βία στα νοσοκομεία δεν είναι μεμονωμένο περιστατικό, αλλά ένα πολυπαραγοντικό πρόβλημα, το οποίο απαιτεί συστηματική καταγραφή, πρόληψη και παρέμβαση (Derazon et al., 1999· Ness, House and Ness, 2000).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της λεκτικής βίας στο εργασιακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας σε γενικό νοσοκομείο, με έμφαση

στα αίτια εμφάνισής της, τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που επιφέρει και τις στρατηγικές αντιμετώπισής της. Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα αφορούν τη συχνότητα εκδήλωσης του φαινομένου, τις πηγές προέλευσής του, τις συνέπειές του για τους εργαζομένους και τους τρόπους διαχείρισής του.

Η εργασία οργανώνεται σε δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό. Στο γενικό μέρος, στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρείται η θεωρητική προσέγγιση του φαινομένου της λεκτικής βίας. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφονται οι παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνισή της. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι συνέπειές της λεκτικής βίας στους επαγγελματίες υγείας. Στο τέταρτο κεφάλαιο καταγράφονται οι βασικές στρατηγικές αντιμετώπισης του φαινομένου ενώ στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται η βιβλιογραφική ανασκόπησή του από την Ελλάδα και τις χώρες του εξωτερικού.

Στο ειδικό μέρος γίνεται η παρουσίαση των ερευνητικών ερωτημάτων και του ερευνητικού σκοπού. Στη συνέχεια γίνεται η περιγραφή του πληθυσμού που θα συμμετάσχει στην έρευνα και ακολουθεί η περιγραφή της μεθοδολογίας. Στο τέλος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και η μελέτη ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα της έρευνας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1. Εννοιολογική προσέγγιση της λεκτικής βίας

1.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός της βίας και της λεκτικής βίας

Η βία συνιστά ένα σύνθετο και πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο αναγνωρίζεται διεθνώς ως ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Ως αφετηρία για την κατανόηση του φαινομένου, αξιοποιείται ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), σύμφωνα με τον οποίο η βία ορίζεται ως « *η σκόπιμη χρήση φυσικής δύναμης ή εξουσίας, σε απειλή ή πράξη, εναντίον ενός ατόμου ή ομάδας, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε τραυματισμό, ψυχική βλάβη, αναπτυξιακές διαταραχές ή στέρηση*» (World Health Organization, 2002). Η προσέγγιση αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την κατανόηση της βίας στο χώρο εργασίας, διότι αναγνωρίζει ότι η βία δεν είναι μόνο σωματική αλλά και συμβολική, ψυχολογική και λεκτική.

Η βία στον εργασιακό χώρο δεν περιορίζεται μόνο στη σωματική επίθεση, αλλά περιλαμβάνει και ψυχολογικές, λεκτικές, ηθικές και σεξουαλικές μορφές κακοποίησης, οι οποίες συχνά παραμένουν αόρατες ή υποεκτιμώνται (Krug, 2002; Krug et al., 2002). Οι Gill, Fisher και Bowie (2002) επισημαίνουν ότι η εργασιακή βία αποτελεί φαινόμενο με πολλαπλές αιτίες και μοτίβα εκδήλωσης, τα οποία συνδέονται τόσο με τα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος όσο και με τις σχέσεις εξουσίας, την οργανωσιακή κουλτούρα και τις συνθήκες πίεσης που επικρατούν στον χώρο εργασίας. Αντίστοιχα, οι Mayhew και Chappell (2001) υπογραμμίζουν ότι η βία μπορεί να λάβει σωματική, ψυχολογική, λεκτική, σεξουαλική, συναισθηματική, πνευματική, πολιτιστική και οικονομική μορφή, γεγονός που αναδεικνύει την πολυπλοκότητα του φαινομένου.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (World Health Organization, 2004), η βία κατατάσσεται σε τρεις ευρείες κατηγορίες: την αυτοκατευθυνόμενη, τη διαπροσωπική και τη συλλογική βία, προκειμένου να διαχωριστεί η βία που στρέφεται προς τον ίδιο τον εαυτό από εκείνη που εκδηλώνεται απέναντι σε άλλα άτομα ή ομάδες. Η διάκριση αυτή είναι σημαντική, καθώς επιτρέπει την κατανόηση της βίας όχι μόνο ως μεμονωμένης επιθετικής πράξης, αλλά και ως κοινωνικού και οργανωσιακού φαινομένου. Στο πλαίσιο αυτό, η εργασιακή βία μπορεί να αφορά τόσο την άμεση επίθεση από εξωτερικούς παράγοντες, όπως ασθενείς ή συνοδούς, όσο και την επιθετική ή κακοποιητική συμπεριφορά που εκδηλώνεται στο

εσωτερικό του οργανισμού, μεταξύ συναδέλφων ή μεταξύ προϊσταμένων και υφισταμένων.

Η λεκτική βία αποτελεί μία από τις συχνότερες και συχνά λιγότερο ορατές μορφές εργασιακής βίας. Περιλαμβάνει προσβολές, ειρωνείες, φωνές, απειλές, απαξιωτικά σχόλια, υποτιμητικές εκφράσεις και γενικότερα μορφές λόγου που στοχεύουν στη μείωση, την ταπείνωση ή την ψυχική αποσταθεροποίηση του αποδέκτη. Ο Ketterman (1992) περιγράφει τη λεκτική κακοποίηση ως «κρυφό τραύμα», ακριβώς επειδή δεν αφήνει εμφανή σωματικά σημάδια, αλλά μπορεί να προκαλέσει βαθιές ψυχολογικές και συναισθηματικές επιπτώσεις. Η προσέγγιση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς βοηθά στην κατανόηση της λεκτικής βίας ως μορφής κακοποίησης που δεν πρέπει να υποτιμάται λόγω της μη σωματικής της φύσης.

Επιπλέον, η λεκτική βία συνδέεται με τη λειτουργία της επικοινωνίας στον χώρο εργασίας. Όταν ο λόγος χρησιμοποιείται ως μέσο επιβολής, απαξίωσης ή εκφοβισμού, διαταράσσει τις επαγγελματικές σχέσεις, μειώνει την εμπιστοσύνη μεταξύ των μελών της ομάδας και επιβαρύνει το εργασιακό κλίμα. Η Simms (2000) αναφέρεται χαρακτηριστικά στην ανάγκη διακοπής του «λεκτικού πολέμου» στον χώρο της νοσηλευτικής διοίκησης, αναδεικνύοντας ότι η λεκτική βία δεν αποτελεί απλώς ζήτημα προσωπικής συμπεριφοράς, αλλά πρόβλημα που επηρεάζει τη διοίκηση, τη συνεργασία και την ποιότητα της φροντίδας.

1.2. Η λεκτική βία σε επαγγελματίες υγείας

Η βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι η βία στους επαγγελματίες υγείας μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορες μορφές. Η σωματική βία αφορά άμεση επίθεση στο σώμα του εργαζομένου, όπως χτυπήματα, σπρωξίματα ή άλλες πράξεις φυσικής βλάβης. Η ψυχολογική βία περιλαμβάνει εκφοβισμό, απειλές, εξευτελισμό, παρενόχληση και ηθική κακοποίηση. Η λεκτική βία που μπορεί να αναφέρεται συχνά ως λεκτική επιθετικότητα ή λεκτική κακοποίηση συνίσταται σε φωνές, προσβολές, ειρωνείες, ύβρεις, απειλητικές εκφράσεις και γενικότερα σε λόγο που στοχεύει στη μείωση, τον εκφοβισμό ή την ψυχική αποσταθεροποίηση του εργαζομένου. Παράλληλα, η ηθική παρενόχληση στον χώρο εργασίας, όπως έχει περιγραφεί από τη Hirigoyen (2002), συνιστά επαναλαμβανόμενη εχθρική συμπεριφορά που διαβρώνει την προσωπικότητα και την επαγγελματική υπόσταση του ατόμου. Στο πεδίο της κοινωνικής ψυχολογίας,

η επιθετικότητα ερμηνεύεται και ως αποτέλεσμα στάσεων, στερεοτύπων, διαπροσωπικών εντάσεων και δυσλειτουργικής επικοινωνίας, παράγοντες που συχνά αναπτύσσονται σε απαιτητικά εργασιακά περιβάλλοντα όπως τα νοσοκομεία (Γεωργιάς, 1995).

Ο χώρος της υγείας θεωρείται ιδιαίτερα ευάλωτος στην εκδήλωση λεκτικής βίας, καθώς χαρακτηρίζεται από υψηλή συναισθηματική ένταση, αυξημένες απαιτήσεις, πίεση χρόνου, επαφή με ασθενείς και συγγενείς που βιώνουν άγχος ή φόβο, αλλά και από ιεραρχικές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών ομάδων. Οι Hills και Joyce (2013), εξετάζοντας την εργασιακή επιθετικότητα στην κλινική ιατρική πρακτική, επισημαίνουν ότι η βία στον χώρο της υγείας συνδέεται με πολλαπλούς παράγοντες, όπως η οργανωσιακή πίεση, οι δυσλειτουργικές σχέσεις, οι συγκρούσεις ρόλων και η ελλιπής πρόληψη. Παρόμοια, οι Piquero et al. (2013), σε ανασκόπηση της έρευνας για την εργασιακή βία κατά την περίοδο 2000-2012, αναδεικνύουν ότι το φαινόμενο έχει σταθερή παρουσία σε διαφορετικά εργασιακά περιβάλλοντα, με ιδιαίτερη ένταση σε επαγγέλματα που περιλαμβάνουν άμεση επαφή με το κοινό, όπως τα επαγγέλματα υγείας.

Ανάμεσα στις διάφορες μορφές βίας, η λεκτική βία κατέχει κεντρική θέση, τόσο λόγω της συχνότητάς της όσο και λόγω της τάσης να υποτιμάται. Παρά το γεγονός ότι δεν αφήνει ορατά τραύματα, η λεκτική βία έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική ανθεκτικότητα, την αυτοεκτίμηση, την επαγγελματική ικανοποίηση και τη συνοχή των ομάδων εργασίας. Η μελέτη των O'Connell et al. (2000) έδειξε ότι οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται την επιθετικότητα ως καθημερινή πραγματικότητα σε θαλάμους νοσηλείας και σε μονάδες αυξημένης φροντίδας, με τη λεκτική επιθετικότητα να εμφανίζεται συχνότερα από τη σωματική. Αντίστοιχα, οι Μπρέντα, Ρόμπολας και Πλαστήρα (2020) υπογραμμίζουν ότι η λεκτική βία στην επαγγελματική ζωή των νοσηλευτών δεν αποτελεί μεμονωμένο συμβάν αλλά επαναλαμβανόμενη εμπειρία που επιδρά συσσωρευτικά στην ψυχική υγεία και στην επαγγελματική συμπεριφορά. Τα παραπάνω ευρήματα αναδεικνύουν ότι η λεκτική βία δεν αποτελεί περιθωριακή μορφή επιθετικότητας, αλλά συχνή και συχνά κανονικοποιημένη εμπειρία στην επαγγελματική καθημερινότητα των νοσηλευτών.

Στο πλαίσιο των επαγγελματιών υγείας, τέτοιες συμπεριφορές συχνά προέρχονται τόσο από χρήστες υπηρεσιών υγείας όσο και από συναδέλφους ή

προϊσταμένους. Η μελέτη της Abdou (2011), η οποία εστίασε στη λεκτική κακοποίηση και στις συμπεριφορές αντιμετώπισης του νοσηλευτικού προσωπικού χειρουργείου σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία, ανέδειξε ότι οι νοσηλευτές συχνά εκτίθενται σε λεκτικά επιθετικές συμπεριφορές στο πλαίσιο της καθημερινής εργασίας τους. Αντίστοιχα, η μελέτη των Budin et al. (2013) έδειξε ότι η λεκτική κακοποίηση από συναδέλφους επηρεάζει σημαντικά το εργασιακό περιβάλλον των νέων νοσηλευτών, μειώνοντας το αίσθημα ασφάλειας, την εργασιακή ένταξη και την πρόθεση παραμονής στο επάγγελμα. Η παρατήρηση αυτή είναι ιδιαίτερα κρίσιμη, διότι αποκαλύπτει ότι η λεκτική βία δεν είναι μόνο εξωγενές πρόβλημα αλλά και εσωτερικό οργανωσιακό ζήτημα. Η διάσταση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη διοίκηση μονάδων υγείας, καθώς η λεκτική βία επηρεάζει το εργασιακό κλίμα, την ικανοποίηση του προσωπικού, τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματικών ομάδων και, τελικά, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ιδιαίτερη σημασία έχει και η λεκτική βία σε ειδικούς νοσηλευτικούς τομείς, όπως η παιδιατρική νοσηλευτική και τα χειρουργεία. Η Rejic (2005) ανέδειξε ότι η λεκτική κακοποίηση αποτελεί πρόβλημα για τους παιδιατρικούς νοσηλευτές, οι οποίοι καλούνται να ανταποκριθούν σε ένα ιδιαίτερα απαιτητικό περιβάλλον, όπου η συναισθηματική φόρτιση των γονέων και των οικογενειών μπορεί να ενισχύσει την ένταση της επικοινωνίας. Αντίστοιχα, η Abdou (2011) έδειξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό χειρουργείου εκτίθεται σε λεκτικές επιθετικές συμπεριφορές, γεγονός που συνδέεται με τις υψηλές απαιτήσεις, την πίεση και την ανάγκη άμεσης συνεργασίας στο χειρουργικό περιβάλλον.

Επιπλέον, η διεθνής βιβλιογραφία επισημαίνει τη διάσταση του φύλου στη λεκτική βία. Οι Guay, Goncalves και Jarvis (2014), μέσα από συστηματική ανασκόπηση, καταγράφουν ότι η εμπειρία της λεκτικής βίας διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο του θύματος, στοιχείο που συνδέεται με κοινωνικά στερεότυπα, έμφυλες ανισότητες και σχέσεις εξουσίας στον εργασιακό χώρο. Στο ίδιο πνεύμα, ο Bruder (2001) προσεγγίζει τη λεκτική κακοποίηση των γυναικών νοσηλευτριών ως μορφή έμφυλης υποτίμησης, αναδεικνύοντας ότι η επαγγελματική βία μπορεί να φέρει χαρακτηριστικά κοινωνικού αποκλεισμού και έμφυλης διάκρισης. Η ανάγνωση αυτή είναι σημαντική, καθώς το νοσηλευτικό επάγγελμα παραμένει κατά κύριο λόγο

γυναικοκρατούμενο, γεγονός που συχνά το καθιστά ευάλωτο σε σεξιστικές και απαξιώτικές μορφές επικοινωνίας.

1.3. Χαρακτηριστικά θύτη και θύματος

Αρχικά, η μελέτη των χαρακτηριστικών του θύτη και του θύματος είναι κρίσιμη, υπό την προϋπόθεση ότι αυτά δεν ερμηνεύονται αποκομμένα από το οργανωσιακό, κοινωνικό και διαπροσωπικό πλαίσιο μέσα στο οποίο παράγεται η βία (Ewles and Simnett, 1999).

Αναφορικά με το προφίλ του θύτη, καταδεικνύεται ότι η λεκτική βία σχετίζεται με αυξημένη επιθετικότητα, χαμηλή ανοχή στη ματαίωση, αδυναμία διαχείρισης έντονων συναισθημάτων και ελλιπή έλεγχο των παρορμήσεων. Η επιθετικότητα δεν αποτελεί μόνο ατομικό γνώρισμα, αλλά και κοινωνικά δομημένη συμπεριφορά, η οποία επηρεάζεται από στερεότυπα, στάσεις και αντιλήψεις περί ισχύος, κυριαρχίας και αποδεκτών μορφών επικοινωνίας (Γεωργάς, 1995). Υπό αυτό το πρίσμα, ο θύτης λεκτικής βίας ενδέχεται να εκφράζει είτε προσωπικές δυσκολίες συναισθηματικής ρύθμισης είτε εσωτερικευμένα πρότυπα συμπεριφοράς που νομιμοποιούν την απαξίωση του άλλου.

Στο εργασιακό περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας, τα χαρακτηριστικά αυτά συχνά ενισχύονται από συνθήκες έντονης πίεσης. Η επαγγελματική εξουθένωση, η συνεχής έκθεση σε απαιτητικά ή κρίσιμα περιστατικά, η ασάφεια ρόλων και η ελλιπής διοικητική υποστήριξη αποτελούν παράγοντες που μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς. Ο Patrick (1984) υποστηρίζει ότι το οργανωσιακό burnout συνδέεται με δυσλειτουργικές μορφές αλληλεπίδρασης στο εργασιακό περιβάλλον, μεταξύ των οποίων εντάσσεται και η λεκτική επιθετικότητα. Ειδικότερα στον χώρο της υγείας, ο θύτης μπορεί να είναι ασθενής, συνοδός ή ακόμη και συνάδελφος ή προϊστάμενος, γεγονός που υποδηλώνει ότι η λεκτική βία δεν περιορίζεται μόνο στις σχέσεις παρόχου-λήπτη υπηρεσιών, αλλά μπορεί να διαπερνά ολόκληρη την οργανωσιακή δομή.

Ιδιαίτερη σημασία έχει και η επικοινωνιακή διάσταση της συμπεριφοράς του θύτη. Η λεκτική βία δεν αποτελεί πάντοτε στιγμιαία έκρηξη θυμού, αλλά συχνά

λειτουργεί ως μέσο ελέγχου, επιβολής ή υποτίμησης του συνομιλητή. Οι Infante, Trebing and Shephard (2006) επισημαίνουν ότι τα άτομα με αυξημένη τάση προς λεκτική επιθετικότητα εμφανίζουν χαμηλότερη ικανότητα επικοδομητικής επιχειρηματολογίας και τείνουν να μετατοπίζουν τη σύγκρουση από το επίπεδο της διαφωνίας στο επίπεδο της προσωπικής επίθεσης. Η παρατήρηση αυτή είναι ιδιαίτερος σημαντική για τα υγειονομικά περιβάλλοντα, όπου η επικοινωνία αποτελεί θεμελιώδες εργαλείο φροντίδας. Παράλληλα, οι Stewart and Bowers (2013), εξετάζοντας τη λεκτική επιθετικότητα σε ψυχιατρικές δομές, διαπίστωσαν ότι το περιεχόμενό της στοχεύει συχνά σε προσωπικά χαρακτηριστικά, στην επαγγελματική επάρκεια ή στην κοινωνική ταυτότητα του αποδέκτη, γεγονός που αναδεικνύει τον υποτιμητικό και εξουσιαστικό χαρακτήρα της.

Από την άλλη μεριά, σε ό,τι αφορά το θύμα, οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν χαρακτηριστικά που τους καθιστούν ιδιαίτερα ευάλωτους στην εκδήλωση λεκτικής βίας. Η επαγγελματική τους ιδιότητα απαιτεί συναισθηματική αυτορρύθμιση, ψυχραιμία, ενσυναίσθηση και προσήλωση στον θεραπευτικό τους ρόλο ακόμη και υπό συνθήκες έντασης. Ωστόσο, τα ίδια αυτά χαρακτηριστικά ενδέχεται να λειτουργούν ανασταλτικά ως προς την άμεση αντίδραση ή την καταγγελία βίαιων περιστατικών, ιδιαίτερα όταν επικρατεί η αντίληψη ότι η επιθετικότητα αποτελεί «αναμενόμενο» στοιχείο της εργασίας στον χώρο της υγείας. Οι Lanza, Zeiss and Rierdan (2009), μέσω της προσέγγισης των πολλαπλών οπτικών για την επιθετικότητα, τονίζουν ότι το θύμα δεν πρέπει να νοείται ως παθητικός αποδέκτης ενός μεμονωμένου επεισοδίου, αλλά ως μέρος ενός σύνθετου πλαισίου αλληλεπίδρασης, στο οποίο συνυπάρχουν ατομικοί, σχεσιακοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Επιπλέον, ορισμένες υποομάδες επαγγελματιών υγείας φαίνεται να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο θυματοποίησης. Οι νεότεροι ή λιγότερο έμπειροι εργαζόμενοι, όσοι υπηρετούν σε τμήματα υψηλής συναισθηματικής έντασης, όπως τα επείγοντα ή οι ψυχιατρικές μονάδες, καθώς και όσοι κατέχουν χαμηλότερη θέση στην εργασιακή ιεραρχία, ενδέχεται να διαθέτουν μικρότερα περιθώρια άμυνας ή θεσμικής προστασίας. Η διεθνής βιβλιογραφία για τη διαπροσωπική βία αναδεικνύει ότι η ευαλωτότητα του θύματος συνδέεται συστηματικά με άνισες σχέσεις ισχύος, εξάρτηση και περιορισμένη δυνατότητα αντίστασης ή αναφοράς του συμβάντος (Jewkes, 2002; Jewkes, Penn-

Kekana and Levin, 2002). Αν και οι μελέτες αυτές αφορούν κυρίως άλλα πεδία βίας, το ερμηνευτικό τους σχήμα είναι χρήσιμο και για το υγειονομικό πλαίσιο, όπου η ιεραρχία, ο φόβος στιγματισμού και η οργανωσιακή σιωπή συχνά αποτρέπουν την αποκάλυψη της λεκτικής κακοποίησης.

Συναφώς, ο Hoem-Kvam (2000) επισημαίνει ότι η αυξημένη ευαλωτότητα συνδέεται συχνά με μειωμένη πιθανότητα γνωστοποίησης της κακοποίησης. Η παρατήρηση αυτή μπορεί να εφαρμοστεί αναλογικά και στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι ενδέχεται να μην αναφέρουν περιστατικά λεκτικής βίας είτε επειδή θεωρούν ότι δεν θα αντιμετωπιστούν ουσιαστικά είτε επειδή φοβούνται υπηρεσιακές ή κοινωνικές συνέπειες. Κατά συνέπεια, η θέση του θύματος δεν προσδιορίζεται μόνο από ατομικά χαρακτηριστικά, αλλά και από τη θεσμική δυνατότητα προστασίας και αναγνώρισης του βιώματος.

Συνεπώς, τα χαρακτηριστικά θύτη και θύματος της λεκτικής βίας στους επαγγελματίες υγείας δεν μπορούν να αναλυθούν αποκλειστικά σε ατομικό επίπεδο. Αντιθέτως, αποτελούν προϊόν της αλληλεπίδρασης προσωπικών προδιαθέσεων, επικοινωνιακών ελλειμμάτων, εργασιακής πίεσης και ιεραρχικών σχέσεων ισχύος. Συνολικά, η εννοιολογική προσέγγιση της λεκτικής βίας αναδεικνύει ότι πρόκειται για σύνθετο φαινόμενο, το οποίο δεν εξαντλείται σε μεμονωμένες επιθετικές λεκτικές συμπεριφορές, αλλά συνδέεται με ευρύτερες κοινωνικές, οργανωσιακές και ιεραρχικές δυναμικές. Στο πεδίο των υπηρεσιών υγείας, η λεκτική βία προσλαμβάνει ιδιαίτερη βαρύτητα λόγω της συχνότητάς της, της υποτίμησης των συνεπειών της και της επίδρασής της στο εργασιακό περιβάλλον. Η διαπίστωση αυτή καθιστά αναγκαία μια πολυπαραγοντική ερμηνεία του φαινομένου, η οποία επιχειρείται στο επόμενο κεφάλαιο.

Κεφάλαιο 2. Παράγοντες Εκδήλωσης της Λεκτικής Βίας

Η λεκτική βία δεν αποτελεί τυχαίο ή μεμονωμένο περιστατικό, αλλά σύνθετο φαινόμενο που διαμορφώνεται μέσα από την αλληλεπίδραση πολλαπλών παραγόντων. Η διερεύνηση αυτών των παραγόντων είναι κρίσιμη, καθώς επιτρέπει την κατανόηση όχι μόνο των υποκειμενικών κινήτρων της επιθετικής συμπεριφοράς, αλλά και των δομικών συνθηκών που ευνοούν την εκδήλωση και την ανοχή της. Ειδικότερα στους

οργανισμούς υγείας, η λεκτική βία αναπτύσσεται σε περιβάλλοντα όπου η επικοινωνία είναι διαταραγμένη, οι ρόλοι ασύμμετροι και η θεσμική ή κοινωνική ισχύς λειτουργεί ως μέσο επιβολής.

2.1. Θεωρητικοί Μηχανισμοί Εξήγησης

Σε θεωρητικό επίπεδο, η λεκτική βία μπορεί να γίνει κατανοητή ως μορφή συμβολικής βίας, σύμφωνα με την κοινωνιολογική ανάλυση της επικοινωνίας. Η γλώσσα δεν είναι ουδέτερο μέσο, αλλά αποτελεί μηχανισμό κατασκευής της πραγματικότητας (Γεωργάς, 1995). Λέξεις και εκφράσεις παράγουν σημασίες, οι οποίες προσδίδουν αξία ή απαξίωση στους κοινωνικούς ρόλους. Η λεκτική βία, επομένως, δεν αποτελεί μόνο προσβολή αλλά επέμβαση στην κοινωνική ταυτότητα του άλλου.

Όσον αφορά την ψυχολογική διάσταση, ο Evans (2010) υποδηλώνει ότι η λεκτική κακοποίηση λειτουργεί ως «μηχανισμός ελέγχου σκέψης», καθώς επηρεάζει τις γνωστικές επεξεργασίες του θύματος, ωθώντας το να αμφισβητήσει την επάρκεια και την αξία του. Η λεκτική βία δεν περιορίζεται, λοιπόν, στην επικοινωνιακή πράξη, αλλά στοχεύει στη δομή του εσωτερικού λόγου του ατόμου.

Οι παραπάνω θεωρητικές προσεγγίσεις καταδεικνύουν ότι η λεκτική βία δεν μπορεί να ερμηνευθεί ως απλή επικοινωνιακή εκτροπή ή στιγμιαία απώλεια ελέγχου. Αντιθέτως, συνιστά κοινωνικοψυχολογικό και οργανωσιακό φαινόμενο, το οποίο αποκτά ιδιαίτερη ένταση σε περιβάλλοντα υψηλής πίεσης, όπως τα νοσοκομεία, όπου οι σχέσεις εξουσίας, η εργασιακή επιβάρυνση και οι ελλείψεις στη θεσμική υποστήριξη επηρεάζουν καθοριστικά την επικοινωνία. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι κυριότεροι παράγοντες που, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, συμβάλλουν στην εκδήλωση της λεκτικής βίας.

2.1.1. Ατομικοί Ψυχολογικοί Παράγοντες

Σε ψυχολογικό επίπεδο, η λεκτική βία συνδέεται με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τους μηχανισμούς άμυνας και τη συναισθηματική διαχείριση του

ατόμου. Ο Evans (2010) υποστηρίζει ότι η λεκτική κακοποίηση συχνά αποτελεί απόπειρα ελέγχου και κυριαρχίας από άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση ή έντονη ανάγκη επιβολής. Τέτοια άτομα επιλέγουν τον λόγο ως μέσο άσκησης εξουσίας, επειδή ο λόγος μπορεί να ασκηθεί χωρίς άμεσες συνέπειες και χωρίς την ανάγκη σωματικής εμπλοκής. Η λεκτική επιθετικότητα λειτουργεί έτσι ως συμβολική αντιστάθμιση προσωπικών αδυναμιών. Στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας, οι παράγοντες αυτοί αποκτούν ιδιαίτερη σημασία, καθώς η ένταση, η πίεση και η καθημερινή έκθεση σε συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις μπορούν να ενισχύσουν δυσλειτουργικούς τρόπους έκφρασης και επιβολής.

Η διάσταση αυτή ενισχύεται και από τη θέση της Stark (2015), σύμφωνα με την οποία η λεκτική κακοποίηση δεν περιορίζεται σε μεμονωμένες προσβλητικές εκφράσεις, αλλά συνδέεται με επαναλαμβανόμενα μοτίβα υποτίμησης, εκφοβισμού και ψυχολογικής αποδυνάμωσης του αποδέκτη. Με αυτή την έννοια, η λεκτική βία δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο ως έντονη ή συγκρουσιακή επικοινωνία, αλλά ως συμπεριφορά που μπορεί να επηρεάσει την αυτοεικόνα, την ψυχική ανθεκτικότητα και την αίσθηση προσωπικής αξίας του ατόμου.

2.1.2. Κοινωνικά και Πολιτισμικά Στερεότυπα

Παράλληλα, η λεκτική βία ενισχύεται από βαθιά ριζωμένες κοινωνικές αντιλήψεις, οι οποίες νομιμοποιούν την απαξίωση συγκεκριμένων ομάδων μέσω του λόγου. Ο Γεωργιάς (1995) επισημαίνει ότι τα στερεότυπα λειτουργούν ως φίλτρα αντίληψης, τα οποία προσδίδουν στο άτομο ρόλους και προσδοκίες που δεν επιδέχονται αμφισβήτηση. Όταν ορισμένες ομάδες θεωρούνται κοινωνικά κατώτερες, αδύναμες ή λιγότερο άξιες σεβασμού, τότε η λεκτική υποτίμηση απέναντί τους εμφανίζεται ως περισσότερο αποδεκτή ή ανεκτή.

Ο Ferns (2005a) αναδεικνύει ότι οι όροι, τα στερεότυπα και οι επιθετικές δυναμικές συνδέονται με τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι κατηγοριοποιούν τους άλλους και τους αποδίδουν συγκεκριμένους κοινωνικούς ρόλους. Μέσα από αυτή τη διαδικασία, η γλώσσα δεν λειτουργεί απλώς ως μέσο περιγραφής της πραγματικότητας, αλλά και ως μηχανισμός παραγωγής και αναπαραγωγής κοινωνικών ανισοτήτων. Οι λέξεις, οι χαρακτηρισμοί και οι προσβλητικές εκφράσεις μπορούν να παγιώνουν

σχέσεις ανισότητας, να μειώνουν την κοινωνική αξία του αποδέκτη και να ενισχύουν την αποδοχή της επιθετικής επικοινωνίας.

Ο Bruder (2001) επεκτείνει αυτή τη θέση, υποστηρίζοντας ότι η γλωσσική υποτίμηση μπορεί να λειτουργήσει ως μορφή θεσμικής ή κοινωνικά νομιμοποιημένης βίας, μέσω της οποίας διατηρούνται ιεραρχικές σχέσεις. Επομένως, η λεκτική βία δεν προκύπτει μόνο από ατομικές αντιδράσεις, αλλά και από κοινωνικά σχήματα που καθορίζουν ποιοι θεωρούνται ισχυροί, ποιοι θεωρούνται ευάλωτοι και ποιοι αντιμετωπίζονται ως αποδεκτοί στόχοι απαξίωσης.

2.1.3. Επαγγελματικοί και Θεσμικοί Παράγοντες

Στο εργασιακό περιβάλλον, η λεκτική βία συχνά αποτελεί αποτέλεσμα οργανωσιακών αδυναμιών. Οι Mayhew και Chappell (2001) αναδεικνύουν ότι οι ελλείψεις στην εκπαίδευση προσωπικού, η ασάφεια ρόλων, η υποστελέχωση και η απουσία σαφών πρωτοκόλλων διαχείρισης κρίσεων δημιουργούν συνθήκες σύγκρουσης που εκδηλώνονται λεκτικά. Σε χώρους όπου οι εργαζόμενοι στερούνται υποστήριξης ή θεωρούνται αναλώσιμοι, η γλώσσα μετατρέπεται σε μέσο εκτόνωσης του συσσωρευμένου στρες, ανασφάλειας και επαγγελματικής απαξίωσης.

Επίσης, οι Grilly, Chaboyer και Greedy (2004) επισημαίνουν ότι η βία σε οργανωμένα περιβάλλοντα δεν είναι αποκλειστικά αποτέλεσμα ατομικής επιθετικότητας, αλλά συνδέεται και με τις συνθήκες λειτουργίας του εκάστοτε πλαισίου. Η ένταση, η αναμονή, η αβεβαιότητα, η αδυναμία άμεσης ικανοποίησης αναγκών και η ανεπαρκής επικοινωνία μπορούν να ενισχύσουν την πιθανότητα εκδήλωσης λεκτικής επιθετικότητας. Αντίστοιχα, ο Ferns (2005a) τονίζει ότι οι επιθετικές δυναμικές δεν μπορούν να αποκοπούν από το οργανωσιακό πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσονται, καθώς η έλλειψη σαφών ορίων, η ασάφεια ευθυνών και η αδυναμία διαχείρισης προσδοκιών ενισχύουν τη λεκτική σύγκρουση.

Επιπλέον, η λεκτική βία ενισχύεται όταν δεν υπάρχουν μηχανισμοί αναφοράς ή όταν η ηγεσία υποβαθμίζει τη σοβαρότητά της. Η ανοχή σε υποτιμητικές συμπεριφορές δημιουργεί κουλτούρα σιωπής, στην οποία η λεκτική επιθετικότητα γίνεται «επαγγελματική κανονικότητα». Αυτή η ομαλοποίηση της βίας αντικατοπτρίζει θεσμική αδυναμία και εδραιώνει τη λεκτική επιθετικότητα ως φυσιολογικό τρόπο

επικοινωνίας. Η διάσταση αυτή είναι ιδιαίτερα κρίσιμη για τη Διοίκηση Μονάδων Υγείας, καθώς η απουσία σαφών πρωτοκόλλων, μηχανισμών αναφοράς και διοικητικής υποστήριξης δεν επηρεάζει μόνο την ευημερία του προσωπικού, αλλά και το εργασιακό κλίμα, τη διατήρηση ανθρώπινου δυναμικού και την ποιότητα της φροντίδας.

2.1.4. Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες

Εξίσου σημαντικοί είναι και οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες στην εμφάνιση της λεκτικής βίας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization, 2004) υπογραμμίζει ότι η ανισότητα, η φτώχεια και η έλλειψη πρόσβασης σε πόρους δημιουργούν συνθήκες στις οποίες οι διαπροσωπικές συγκρούσεις εντείνονται. Σε περιόδους οικονομικής αστάθειας, η λεκτική βία μπορεί να λειτουργήσει ως μηχανισμός εκτόνωσης της ματαίωσης και της αίσθησης απώλειας ελέγχου για άτομα που αισθάνονται ότι χάνουν τον έλεγχο. Η γλώσσα γίνεται μέσο εκτόνωσης φόβου και απογοήτευσης, με αποτέλεσμα την αύξηση των επιθετικών εκφράσεων.

Υπό αυτές τις συνθήκες, η λεκτική επιθετικότητα αποκτά ευρύτερη κοινωνική διάσταση και δεν αποτελεί μόνο διαπροσωπική πράξη, αλλά αντανάκλαση συλλογικού άγχους, το οποίο διαπερνά θεσμούς και ρυθμίζει τις μορφές επικοινωνίας. Αυτό εξηγεί γιατί η λεκτική βία εμφανίζεται συχνότερα σε οργανισμούς υπό πίεση, όπως τα συστήματα υγείας σε περιόδους κρίσης.

2.1.5. Παράγοντες Φύλου και Ιεραρχίας

Τέλος, η λεκτική βία είναι βαθιά συνδεδεμένη με τις αντιλήψεις περί ισχύος και φύλου. Οι Guay et al. (2014) επισημαίνουν ότι οι γυναίκες είναι πιο εκτεθειμένες στη λεκτική επιθετικότητα, όχι λόγω των ατομικών χαρακτηριστικών τους, αλλά εξαιτίας των θεσμικών και κοινωνικών ρόλων που τους αποδίδονται. Η γλώσσα

χρησιμοποιείται για να αναπαράγει τους ρόλους υπακοής και παθητικότητας, ενώ ταυτόχρονα επιβάλλει όρια στην επαγγελματική τους ορατότητα.

Η λεκτική βία, επομένως, μπορεί να λειτουργήσει ως εργαλείο διατήρησης ιεραρχικών σχέσεων. Μέσα από προσβολές, ειρωνείες, απαξιωτικούς χαρακτηρισμούς ή υποτιμητικά σχόλια, ο δράστης επιχειρεί να επιβεβαιώσει τη θέση ισχύος του και να περιορίσει τη φωνή του αποδέκτη. Η γλώσσα γίνεται έτσι μέσο συμβολικής κυριαρχίας, καθώς καθορίζει ποιος έχει το δικαίωμα να μιλά, ποιος ακούγεται και ποιος υποχρεώνεται να σιωπά.

Από την ίδια οπτική, η βία ως έκφραση κυριαρχίας έχει περιγραφεί εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία. Οι Krug et al. (2002) επισημαίνουν ότι η βία αποτελεί μηχανισμό επιβολής κοινωνικής τάξης, μέσω της οποίας διατηρούνται τα προνόμια συγκεκριμένων ομάδων. Στο πλαίσιο αυτό, η λεκτική επιθετικότητα μετατρέπεται σε εργαλείο επιβεβαίωσης της εξουσίας, το οποίο εμπεδώνει ποιος «δικαιούται» να μιλά και ποιος υποχρεούται να σιωπά.

2.2. Αίτια της λεκτικής βίας σε εργαζομένους στα νοσοκομεία

Εστιάζοντας στον εργασιακό χώρο των επαγγελματιών υγείας και ειδικότερα στα νοσοκομεία, η λεκτική βία αποτελεί μία από τις συχνότερες μορφές επιθετικότητας που υφίστανται οι εργαζόμενοι. Οι αιτίες της λεκτικής βίας είναι πολυδιάστατες και συνδέονται με παράγοντες που αφορούν τον ασθενή, το προσωπικό, το οργανωτικό περιβάλλον και ευρύτερες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες.

Ένας από τους συχνότερα αναφερόμενους παράγοντες είναι το στρες και η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών και των συνοδών τους. Κατά την είσοδο στο νοσοκομειακό περιβάλλον, οι άνθρωποι συχνά βιώνουν έντονο άγχος, φόβο και αβεβαιότητα, τα οποία δύναται να οδηγήσουν σε επιθετικές συμπεριφορές, όταν αισθάνονται ότι οι ανάγκες τους δεν ικανοποιούνται επαρκώς (Pich et al., 2011). Η αναμονή για παροχή φροντίδας, η αίσθηση εγκατάλειψης στα επείγοντα και η έλλειψη ενημέρωσης αποτελούν επιπλέον παράγοντες που συμβάλλουν στη λεκτική επιθετικότητα κατά του προσωπικού.

Στην ίδια κατεύθυνση, οι Bonner και McLaughlin (2007) υποστηρίζουν ότι η επιθετικότητα δεν αποτελεί πάντοτε εκδήλωση εχθρότητας, αλλά συχνά προκύπτει ως μηχανισμός αντιμετώπισης έντονων συναισθηματικών φορτίων. Στο νοσοκομειακό περιβάλλον, ο ασθενής ή ο συνοδός μπορεί να βιώνει απώλεια ελέγχου, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιεί τη λεκτική βία ως τρόπο να ανακτήσει την αίσθηση κυριαρχίας σε μια κατάσταση που τον υπερβαίνει.

Παράλληλα, οργανωτικοί και δομικοί παράγοντες συμβάλλουν σημαντικά στο φαινόμενο. Η υποστελέχωση, ο αυξημένος φόρτος εργασίας και οι επισφαλείς συνθήκες φροντίδας περιορίζουν την ικανότητα των νοσηλευτών και λοιπών επαγγελματιών υγείας να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών εγκαίρως, οδηγώντας σε κλιμάκωση εντάσεων (Camerino et al., 2008). Η έλλειψη προσωπικού αυξάνει τους χρόνους αναμονής και μειώνει την ποιότητα επικοινωνίας μεταξύ εργαζομένων και ασθενών, παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με την εκδήλωση λεκτικών επιθέσεων. Τα παραπάνω ευρήματα δείχνουν ότι η λεκτική βία στο νοσοκομειακό περιβάλλον δεν μπορεί να αποδοθεί αποκλειστικά στην ατομική συμπεριφορά των ασθενών ή των συνοδών. Αντιθέτως, αποτελεί αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης προσωπικών συναισθηματικών φορτίων με οργανωτικές δυσλειτουργίες, όπως η υποστελέχωση, οι καθυστερήσεις και η ελλιπής επικοινωνία.

Ιδιαίτερα στις χώρες που επλήγησαν έντονα από την οικονομική κρίση, όπως η Ελλάδα, η επιβάρυνση του συστήματος υγείας και η υποβάθμιση των δημόσιων δομών αποτέλεσαν σημαντικούς καταλύτες για την αύξηση των περιστατικών λεκτικής βίας. Ο Γεωργακόπουλος (2016) αναφέρει ότι η κρίση οδήγησε σε έλλειψη πόρων, μειωμένες προσλήψεις και εντατικοποίηση της εργασίας, συνθήκες που ενισχύουν το άγχος των ασθενών και την αγανάκτησή τους απέναντι στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι συχνά γίνονται αποδέκτες αυτής της δυσaráσκειας.

Επιπλέον, μελέτες δείχνουν ότι οι επισκέπτες ασθενών αποτελούν συχνά πηγή λεκτικών επιθέσεων. Οι Koukia et al. (2013) επισημαίνουν ότι η επιθετικότητα των συνοδών σχετίζεται με την έλλειψη κατανόησης των κλινικών διαδικασιών, την υπερπροστατευτικότητα προς τον ασθενή και την αίσθηση αδικίας ή παραμέλησης. Σε πολλές περιπτώσεις, οι συνοδοί θεωρούν ότι η παρέμβασή τους είναι αναγκαία για τη διασφάλιση της φροντίδας του ασθενούς, με αποτέλεσμα να εκδηλώνουν έντονη λεκτική επιθετικότητα απέναντι στο προσωπικό.

Επίσης, η κουλτούρα και η κοινωνική αντίληψη γύρω από το επάγγελμα του νοσηλευτή διαδραματίζουν ρόλο στη διαμόρφωση επιθετικών συμπεριφορών. Η ιστορική υποτίμηση του νοσηλευτικού έργου και η αντιλαμβανόμενη χαμηλή κοινωνική του αξία ενθαρρύνουν ορισμένους ασθενείς ή συνοδούς να θεωρούν θεμιτή την άσκηση πίεσης ή προσβολών προς το προσωπικό (Warren, 2011). Η αντίληψη αυτή ενισχύεται σε συστήματα υγείας όπου δεν υπάρχουν σαφείς μηχανισμοί αντιμετώπισης επιθετικών συμπεριφορών, καλλιεργώντας ένα αίσθημα ατιμωρησίας για τους δράστες.

Τέλος, η ελλιπής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην πρόληψη και διαχείριση βίαιων περιστατικών αποτελεί καθοριστικό παράγοντα. Όταν το προσωπικό δεν διαθέτει τα απαραίτητα εργαλεία για την αποκλιμάκωση εντάσεων ή την αναγνώριση προειδοποιητικών ενδείξεων, η πιθανότητα εκδήλωσης λεκτικής βίας αυξάνεται (Pich et al., 2011).

Συνολικά, η λεκτική βία στα νοσοκομεία συνιστά πολυπαραγοντικό φαινόμενο, το οποίο δεν ερμηνεύεται επαρκώς μόνο μέσα από τα ατομικά χαρακτηριστικά των εμπλεκομένων. Η εκδήλωσή της συνδέεται με τη συνύπαρξη ψυχολογικών, κοινωνικών, οργανωτικών και οικονομικών παραγόντων, οι οποίοι αλληλεπιδρούν μέσα σε ένα περιβάλλον υψηλής πίεσης. Η κατανόηση αυτών των αιτιών αποτελεί βασική προϋπόθεση για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης και διαχείρισης, με στόχο την προστασία των επαγγελματιών υγείας, τη βελτίωση του εργασιακού κλίματος και την ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στο επόμενο κεφάλαιο εξετάζονται οι επιπτώσεις της λεκτικής βίας στους επαγγελματίες υγείας.

Κεφάλαιο 3. Συνέπειες της λεκτικής βίας στους εργαζομένους στα νοσοκομεία

Η λεκτική βία αποτελεί μία από τις συχνότερες μορφές επιθετικής συμπεριφοράς στα συστήματα υγείας, με σημαντικές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική και σωματική υγεία των επαγγελματιών όσο και στη συνολική λειτουργία των οργανισμών υγείας. Αν και συχνά υποτιμάται σε σύγκριση με τη σωματική βία, η λεκτική

κακοποίηση συνδέεται με σοβαρές και μακροχρόνιες συνέπειες που επηρεάζουν την εργασιακή απόδοση, την επαγγελματική ταυτότητα, τη θεραπευτική σχέση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι βασικότερες διαστάσεις των συνεπειών της λεκτικής βίας στους εργαζομένους των νοσοκομείων.

3.1. Ψυχολογικές συνέπειες

Αρχικά, ένα από τα πιο άμεσα και εμφανή αποτελέσματα της λεκτικής βίας είναι η ψυχολογική επιβάρυνση των εργαζομένων. Ο Bonner και McLaughlin (2007) επισημαίνουν ότι η επιθετικότητα των ασθενών και των συνοδών προκαλεί συναισθήματα φόβου, άγχους, θυμού και αβοηθησίας στους νοσηλευτές, οδηγώντας σε μειωμένη επαγγελματική αυτοπεποίθηση και αυξημένη ψυχολογική κόπωση. Η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε λεκτική επιθετικότητα μπορεί να επιφέρει χρόνια εργασιακή εξουθένωση (burnout), ένα φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μειωμένη προσωπική εξέλιξη.

Η συστηματική ανασκόπηση των Needham et al. (2005) καταδεικνύει ότι οι μη σωματικές συνέπειες της επιθετικότητας των ασθενών στους νοσηλευτές περιλαμβάνουν έντονη συναισθηματική δυσφορία, φόβο, άγχος, θυμό, αίσθημα ανασφάλειας και μείωση της επαγγελματικής ικανοποίησης. Η συμβολή της μελέτης αυτής είναι σημαντική, καθώς αναδεικνύει ότι ακόμη και όταν η επιθετικότητα δεν συνοδεύεται από σωματική βλάβη, μπορεί να επιφέρει ουσιαστικές ψυχολογικές επιπτώσεις και να επηρεάσει τη συνολική επαγγελματική λειτουργικότητα του εργαζομένου.

Επιπλέον, ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι η λεκτική βία μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα κατάθλιψης και μετατραυματικού στρες, ιδίως όταν τα επεισόδια είναι επαναλαμβανόμενα ή συνοδεύονται από απειλές (Camerino et al., 2008). Σε ορισμένες περιπτώσεις, η ψυχική επιβάρυνση οδηγεί σε διαταραχές ύπνου, συναισθηματική αστάθεια και κοινωνική απόσυρση, περιορίζοντας την ικανότητα του εργαζομένου να λειτουργήσει επαγγελματικά αλλά και προσωπικά. Τα ευρήματα αυτά καταδεικνύουν ότι η λεκτική βία δεν προκαλεί μόνο στιγμιαία ψυχική αναστάτωση, αλλά μπορεί να επιφέρει μακροχρόνια επιβάρυνση της ψυχικής υγείας και να υπονομεύσει τη συναισθηματική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας.

3.2. Κοινωνικές συνέπειες

Σε ευρύτερο επίπεδο, η λεκτική βία κατά των επαγγελματιών υγείας έχει ευρύτερες κοινωνικές προεκτάσεις. Υποβαθμίζει την αξιοπρέπεια και το κύρος του επαγγέλματος, αποθαρρύνοντας νέους ανθρώπους από το να το επιλέξουν. Επιπλέον, καλλιεργεί μια κουλτούρα ανοχής στη βία, η οποία σταδιακά εκλαμβάνεται ως «αναπόφευκτο στοιχείο» της εργασίας στον χώρο της υγείας (Warren, 2011). Η κανονικοποίηση της λεκτικής βίας υποβαθμίζει όχι μόνο το κύρος των επαγγελματιών υγείας, αλλά και τη δημόσια αντίληψη περί ασφαλούς και αξιοπρεπούς εργασιακού περιβάλλοντος. Με τον τρόπο αυτό, ενισχύεται μια κουλτούρα θεσμικής ανοχής, η οποία δυσχεραίνει την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση του προβλήματος.

Η διάσταση αυτή συνδέεται και με τη θέση των Marshall and Marshall (2010), οι οποίοι επισημαίνουν ότι η λεκτική και συναισθηματική κακοποίηση συντηρείται όταν το κοινωνικό ή επαγγελματικό περιβάλλον δεν θέτει σαφή όρια στον προσβλητικό λόγο. Επομένως, η κοινωνική ανοχή απέναντι στη λεκτική βία δεν αποτελεί ουδέτερη στάση, αλλά παράγοντα που συμβάλλει στη διατήρηση και αναπαραγωγή της.

3.3. Επαγγελματικές συνέπειες

Η λεκτική επιθετικότητα επηρεάζει άμεσα την εργασιακή απόδοση. Οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει τέτοιες συμπεριφορές εμφανίζουν μείωση στη συγκέντρωση και στη λήψη αποφάσεων, κάτι που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την κλινική ασφάλεια των ασθενών (Pich et al., 2011). Ο φόβος επανάληψης ενός περιστατικού βίας συχνά οδηγεί σε αποφυγή συμμετοχής σε συγκεκριμένα κλινικά καθήκοντα ή περιοχές του νοσοκομείου — ένα φαινόμενο που έχει περιγραφεί ως «επαγγελματική απόσυρση». Τα ευρήματα των Alameddine, Mourad and Dimassi (2015) επιβεβαιώνουν ότι η λεκτική βία κατά των νοσηλευτών δεν έχει μόνο προσωπικές συνέπειες, αλλά επηρεάζει και κρίσιμες επαγγελματικές παραμέτρους, όπως η εργασιακή ικανοποίηση, η πρόθεση αποχώρησης και η συνολική αντίληψη ασφάλειας στον χώρο εργασίας. Η μελέτη τους αναδεικνύει ότι η έκθεση στη βία αποτελεί παράγοντα που συνδέεται με αρνητικές επαγγελματικές εκβάσεις, γεγονός που καθιστά το φαινόμενο ιδιαίτερα σημαντικό για τη διοίκηση και τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού.

Ακόμη, η έκθεση στη λεκτική βία συνδέεται με αυξημένη πρόθεση αποχώρησης από το επάγγελμα. Οι Camerino et al. (2008) διαπίστωσαν ότι οι εργαζόμενοι που υφίστανται συστηματική βία είναι πιθανότερο να σκεφτούν την εγκατάλειψη του νοσηλευτικού επαγγέλματος ή τη μετακίνηση σε άλλο εργασιακό περιβάλλον. Η διάσταση αυτή είναι ιδιαίτερα κρίσιμη για τη Διοίκηση Μονάδων Υγείας, καθώς η αυξημένη πρόθεση αποχώρησης, η επαγγελματική δυσαρέσκεια και η μείωση της απόδοσης επηρεάζουν άμεσα τη διατήρηση ανθρώπινου δυναμικού, τη στελέχωση των υπηρεσιών και τη συνολική αποτελεσματικότητα του οργανισμού.

3.4. Συνέπειες στη σχέση επαγγελματία–ασθενή

Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζουν και οι συνέπειες στη σχέση επαγγελματία–ασθενή. Η λεκτική βία υπονομεύει τη θεραπευτική σχέση, η οποία αποτελεί θεμέλιο της παροχής φροντίδας. Οι νοσηλευτές που υφίστανται επιθετική συμπεριφορά τείνουν να περιορίζουν την επικοινωνία με τους ασθενείς, υιοθετώντας συχνά αμυντική στάση (Warren, 2011). Η έλλειψη εμπιστοσύνης και η αποστασιοποίηση μειώνουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ενώ μπορούν να οδηγήσουν σε παρεξηγήσεις, σφάλματα και καθυστερήσεις στη φροντίδα. Στην ίδια κατεύθυνση η έρευνα των Needham et al. (2005) αναφέρουν ότι η επιθετικότητα των ασθενών μπορεί να προκαλέσει στους νοσηλευτές φόβο και αποστασιοποίηση, στοιχεία που ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα της επικοινωνίας και της φροντίδας. Υπό αυτή την έννοια, η λεκτική βία λειτουργεί διαβρωτικά όχι μόνο για τον εργαζόμενο, αλλά και για την ίδια τη θεραπευτική διαδικασία.

3.5. Οργανωτικές συνέπειες

Παράλληλα, οι επιπτώσεις της λεκτικής βίας εκτείνονται στο σύνολο του οργανισμού. Η μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση και η αύξηση των απουσιών λόγω ψυχολογικών επιβαρύνσεων επιβαρύνουν τους οικονομικούς πόρους των νοσοκομείων. Σε περιβάλλοντα που βρίσκονται ήδη υπό πίεση, όπως τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, αυτές οι συνέπειες είναι ακόμη πιο εμφανείς (Γεωργακόπουλος, 2016).

Η εθνική μελέτη των Alameddine, Mourad and Dimassi (2015) στον Λίβανο έδειξε ότι η έκθεση των νοσηλευτών σε επαγγελματική βία συνδέεται με αρνητικές

συνέπειες τόσο για τους ίδιους όσο και για τους οργανισμούς υγείας, καθώς επηρεάζει την εργασιακή ικανοποίηση, την πρόθεση παραμονής στο επάγγελμα και την αίσθηση ασφάλειας. Τα δεδομένα αυτά ενισχύουν την άποψη ότι η λεκτική βία δεν αποτελεί μόνο ζήτημα ατομικής εμπειρίας, αλλά και οργανωσιακό πρόβλημα που απαιτεί συστηματική διαχείριση.

Τέλος, η ύπαρξη βίαιων περιστατικών δημιουργεί επίσης ένα εργασιακό κλίμα ανασφάλειας. Οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται τον χώρο εργασίας ως επικίνδυνο, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την οργανωσιακή δέσμευση και τη συλλογικότητα των ομάδων υγείας (Koukia et al., 2013). Η αίσθηση απουσίας προστασίας από την εργοδοσία οδηγεί σε δυσπιστία και απογοήτευση, επιδεινώνοντας τις ήδη δύσκολες συνθήκες εργασίας. Υπό το πρίσμα αυτό, η λεκτική βία συνιστά όχι μόνο πρόβλημα εργασιακής ασφάλειας, αλλά και παράγοντα οργανωσιακής αποσταθεροποίησης, ο οποίος επιβαρύνει τη διοίκηση των νοσοκομείων, αυξάνει το λειτουργικό κόστος και μειώνει την αποδοτικότητα των υπηρεσιών.

Από τα προαναφερθέντα προκύπτει ότι η λεκτική βία στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας συνιστά ένα σύνθετο και πολυδιάστατο φαινόμενο, του οποίου οι συνέπειες υπερβαίνουν κατά πολύ το επίπεδο της στιγμιαίας διαπροσωπικής σύγκρουσης. Επηρεάζει ουσιαστικά την ψυχική ανθεκτικότητα και τη συναισθηματική ισορροπία των επαγγελματιών υγείας, διαβρώνει την ποιότητα των επαγγελματικών και θεραπευτικών σχέσεων, αποδυναμώνει την εργασιακή απόδοση και επιβαρύνει συνολικά τη λειτουργία των οργανισμών υγείας.

Παράλληλα, η κανονικοποίηση τέτοιων συμπεριφορών εντός του εργασιακού περιβάλλοντος συμβάλλει στη διαίονιση ενός πλαισίου ανασφάλειας, επαγγελματικής απαξίωσης και θεσμικής δυσλειτουργίας. Ως εκ τούτου, η λεκτική βία δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται ως δευτερεύον ή αναπόφευκτο στοιχείο της επαγγελματικής καθημερινότητας, αλλά ως σοβαρό κοινωνικό, επαγγελματικό και οργανωσιακό πρόβλημα, το οποίο απαιτεί συστηματική αναγνώριση, πρόληψη και θεσμική αντιμετώπιση. Έχοντας αναδείξει τη σοβαρότητα των επιπτώσεων της λεκτικής βίας στους επαγγελματίες υγείας, στο επόμενο κεφάλαιο ακολουθεί η διερεύνηση των στρατηγικών αντιμετώπισης του φαινομένου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης της λεκτικής βίας στους επαγγελματίες υγείας

Η λεκτική βία στον χώρο των νοσοκομείων αποτελεί μία από τις πλέον διαδεδομένες μορφές επιθετικότητας στο σύστημα υγείας, επηρεάζοντας αρνητικά την ψυχική υγεία και την επαγγελματική αποτελεσματικότητα των εργαζομένων. Η ανάπτυξη και εφαρμογή στρατηγικών αντιμετώπισης της λεκτικής βίας αποτελεί επιτακτική ανάγκη για τους οργανισμούς υγείας, δεδομένου ότι το φαινόμενο αυτό συχνά οδηγεί σε επαγγελματική εξουθένωση, μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση και υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Wolf et al., 2014). Οι στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης της λεκτικής βίας οφείλουν να είναι πολυεπίπεδες, περιλαμβάνοντας θεσμικά μέτρα, οργανωτικές παρεμβάσεις και ενίσχυση των δεξιοτήτων του προσωπικού. Στο πλαίσιο αυτό, οι στρατηγικές

πρόληψης και αντιμετώπισης της λεκτικής βίας μπορούν να ταξινομηθούν σε τρία αλληλένδετα επίπεδα: α) ατομικό επίπεδο, που αφορά κυρίως την εκπαίδευση και τις δεξιότητες επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας, β) οργανωσιακό επίπεδο, που περιλαμβάνει πρωτόκολλα, μηχανισμούς αναφοράς περιστατικών και μέτρα ασφάλειας, και γ) θεσμικό επίπεδο, το οποίο σχετίζεται με πολιτικές προστασίας του προσωπικού και το ευρύτερο νομοθετικό πλαίσιο.

4.1. Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

Σε ατομικό επίπεδο αποκτά ιδιαίτερη σημασία η εκπαίδευση του προσωπικού στην αναγνώριση και αντιμετώπιση επιθετικών συμπεριφορών. Εκπαιδευτικά προγράμματα τα οποία εστιάζουν σε τεχνικές επικοινωνίας, διαχείριση συγκρούσεων και στρατηγικές αποκλιμάκωσης μπορούν να μειώσουν σημαντικά την ένταση των περιστατικών λεκτικής βίας (Wang et al., 2008). Η ανάπτυξη δεξιοτήτων όπως η ενεργητική ακρόαση, η χρήση ουδέτερης γλώσσας και η αναγνώριση των προειδοποιητικών ενδείξεων επιθετικής συμπεριφοράς ενισχύει την ετοιμότητα των εργαζομένων (Gallant-Roman, 2008). Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνονται και από τους Ramacciati et al. (2018), σύμφωνα με τους οποίους η βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας αποτελεί κρίσιμο προστατευτικό παράγοντα.

Η εκπαίδευση αυτή δεν πρέπει να περιορίζεται σε θεωρητική ενημέρωση, αλλά να περιλαμβάνει πρακτικές ασκήσεις, προσομοιώσεις περιστατικών, εκπαίδευση στην αποκλιμάκωση και ενίσχυση της ικανότητας αναγνώρισης κινδύνου. Η Catlette (2005), μελετώντας τις αντιλήψεις νοσηλευτών που εργάζονταν σε κέντρα τραύματος επιπέδου I, ανέδειξε ότι οι στρατηγικές ασφάλειας γίνονται περισσότερο αποτελεσματικές όταν οι ίδιοι οι νοσηλευτές είναι κατάλληλα ενημερωμένοι, εκπαιδευμένοι και ενεργά εμπλεκόμενοι στην αναγνώριση απειλητικών συμπεριφορών. Η προσέγγιση αυτή υπογραμμίζει ότι η ατομική ετοιμότητα του επαγγελματία υγείας αποτελεί βασικό στοιχείο της συνολικής πρόληψης, χωρίς όμως να μεταθέτει την ευθύνη αποκλειστικά στον εργαζόμενο.

Παράλληλα, η αντιμετώπιση της λεκτικής βίας προϋποθέτει ενίσχυση της αυτογνωσίας και της επαγγελματικής στάσης των εργαζομένων απέναντι σε συγκρουσιακές συμπεριφορές. Η Stark (2015) επισημαίνει ότι η λεκτική κακοποίηση συχνά εκδηλώνεται μέσω επαναλαμβανόμενων μοτίβων υποτίμησης, ειρωνείας,

προσβολής ή απειλής, γεγονός που καθιστά αναγκαία την ικανότητα έγκαιρης αναγνώρισης τέτοιων μοτίβων. Συνεπώς, οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να εκπαιδεύονται όχι μόνο στο πώς θα αντιδράσουν σε ένα εμφανές επεισόδιο λεκτικής επιθετικότητας, αλλά και στο πώς θα αναγνωρίσουν τις πιο έμμεσες και ψυχολογικά επιβαρυντικές μορφές της.

Συνεπώς, η ενίσχυση των ατομικών δεξιοτήτων δεν αποσκοπεί μόνο στην άμεση διαχείριση επιθετικών συμπεριφορών, αλλά και στην πρόληψη της κλιμάκωσης συγκρούσεων, συμβάλλοντας στη δημιουργία ασφαλέστερου και λειτουργικότερου θεραπευτικού περιβάλλοντος.

4.2. Παρεμβάσεις σε οργανωσιακό επίπεδο

Σε οργανωτικό επίπεδο, η ενίσχυση των μέτρων ασφαλείας και η βελτίωση των συνθηκών εργασίας αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες. Η Occupational Safety and Health Administration (2022) υποστηρίζει ότι η ενεργή παρακολούθηση περιστατικών, η εγκατάσταση συστημάτων ειδοποίησης έκτακτης ανάγκης και η διαμόρφωση ασφαλών χώρων μπορούν να μειώσουν σημαντικά την εκδήλωση περιστατικών επιθετικότητας. Η εφαρμογή τέτοιων μέτρων διευκολύνεται από τη συμμετοχή του προσωπικού στον σχεδιασμό πολιτικών ασφάλειας, κάτι που ενισχύει την αίσθηση ευθύνης και συνεργασίας (Arnetz et al., 2017). Η διάσταση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη διοίκηση των νοσοκομείων, καθώς η αποτελεσματική διαχείριση της λεκτικής βίας δεν εξαρτάται μόνο από την ατομική επάρκεια των εργαζομένων, αλλά και από τη διαμόρφωση οργανωσιακής κουλτούρας ασφάλειας, εμπιστοσύνης και έγκαιρης αναφοράς περιστατικών.

Η σημασία της οργανωσιακής διάστασης επιβεβαιώνεται και από τον Saines (1999), ο οποίος υποστηρίζει ότι η βία και η επιθετικότητα στα τμήματα επειγόντων απαιτούν σαφείς συστάσεις δράσης, οι οποίες να περιλαμβάνουν πρόληψη, εκπαίδευση προσωπικού, κατάλληλη στελέχωση, ασφαλή χωροταξική οργάνωση και συστηματική καταγραφή των περιστατικών. Η προσέγγιση αυτή δείχνει ότι η αποτελεσματική αντιμετώπιση της λεκτικής βίας δεν μπορεί να βασιστεί σε αποσπασματικές αντιδράσεις μετά το περιστατικό, αλλά προϋποθέτει οργανωμένο σύστημα πρόληψης και διαχείρισης κινδύνου.

Στο ίδιο οργανωσιακό επίπεδο εντάσσεται και η ψυχοκοινωνική υποστήριξη του προσωπικού. Η λεκτική βία συνδέεται στενά με την επαγγελματική εξουθένωση, η οποία παρατηρείται με ιδιαίτερη συχνότητα σε επαγγελματίες υγείας (Maroco et al., 2016). Η παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών, προγραμμάτων ευεξίας και συστηματικής εποπτείας συμβάλλει στη μείωση των επιπτώσεων της βίας και ενισχύει τη συναισθηματική ανθεκτικότητα των εργαζομένων (Wolf et al., 2014).

Ιδιαίτερη σημασία έχει και η ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων υποστήριξης μετά από περιστατικά επιθετικότητας. Οι Lanza et al. (2011) παρουσιάζουν το πρόγραμμα “Support Our Staff”, το οποίο σχεδιάστηκε για την υποστήριξη επαγγελματιών που είχαν δεχθεί επίθεση από ασθενείς, αναδεικνύοντας την ανάγκη ύπαρξης οργανωμένων μηχανισμών φροντίδας του προσωπικού μετά το συμβάν. Η συγκεκριμένη προσέγγιση υπογραμμίζει ότι η διαχείριση της λεκτικής ή άλλης μορφής βίας δεν ολοκληρώνεται με την καταγραφή του περιστατικού, αλλά απαιτεί μεταγενέστερη ψυχολογική, επαγγελματική και διοικητική υποστήριξη του εργαζομένου.

Επιπλέον, η μελέτη των Gillespie, Papa and Gómez (2016) σε χώρους παροχής φροντίδας στην Κούβα αναδεικνύει ότι η επιθετικότητα στον χώρο εργασίας επηρεάζεται από πολιτισμικούς, οργανωσιακούς και επικοινωνιακούς παράγοντες. Το στοιχείο αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο, καθώς δείχνει ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης της λεκτικής βίας χρειάζεται να προσαρμόζονται στο συγκεκριμένο εργασιακό και κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο κάθε οργανισμού υγείας, αντί να εφαρμόζονται με ενιαίο και μηχανιστικό τρόπο.

4.3. Παρεμβάσεις σε θεσμικό επίπεδο

Σε θεσμικό επίπεδο, ένα από τα σημαντικότερα βήματα στην αντιμετώπιση της λεκτικής βίας είναι η ανάπτυξη και εφαρμογή σαφών πολιτικών και πρωτοκόλλων εργασίας. Οι Findorff et al. (2005) τονίζουν ότι η ύπαρξη καταγεγραμμένων διαδικασιών αναφοράς και διαχείρισης περιστατικών βίας ενισχύει το αίσθημα ασφάλειας του προσωπικού και ενθαρρύνει την καταγραφή τέτοιων συμβάντων. Παρά ταύτα, πολλά νοσοκομεία αποτυγχάνουν να εφαρμόσουν αποτελεσματικά τις πολιτικές τους, εξαιτίας οργανωτικών ελλείψεων, έλλειψης ενημέρωσης ή απουσίας ηγετικής δέσμευσης (Blando et al., 2015). Για τον λόγο αυτό, ο σχεδιασμός ενός

ολοκληρωμένου πλαισίου διαχείρισης της βίας κρίνεται απαραίτητος, όπως προτείνουν διεθνείς οργανισμοί, μεταξύ των οποίων ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (Health Organization & International Labour Office, 2005).

Η θεσμική αντιμετώπιση της λεκτικής βίας προϋποθέτει επίσης σαφή ορισμό του φαινομένου και αναγνώριση των διαφορετικών μορφών του. Η Stark (2015) επισημαίνει ότι η λεκτική κακοποίηση μπορεί να εκδηλωθεί μέσα από απειλές, προσβολές, ταπείνωση, ειρωνεία ή επαναλαμβανόμενη απαξίωση, γεγονός που καθιστά αναγκαία την ένταξη τέτοιων συμπεριφορών σε επίσημες πολιτικές πρόληψης και αντιμετώπισης. Χωρίς σαφείς ορισμούς, οι εργαζόμενοι ενδέχεται να δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν ένα περιστατικό ως λεκτική βία και, κατά συνέπεια, να μην το αναφέρουν.

Η ανάγκη θεσμικής παρέμβασης ενισχύεται και από τα ευρήματα των Yokoyama et al. (2016), οι οποίοι, μελετώντας τον εργασιακό εκφοβισμό μεταξύ νοσηλευτών στην Ιαπωνία, ανέδειξαν τη σύνδεση του φαινομένου με εργασιακούς και οργανωσιακούς παράγοντες. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι ο εκφοβισμός και η λεκτική βία δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά μόνο μέσω ατομικών αντιδράσεων, αλλά απαιτούν θεσμικές πολιτικές που να προωθούν την ισότητα, τη διαφάνεια, τη λογοδοσία και την προστασία του προσωπικού από επαναλαμβανόμενες επιθετικές συμπεριφορές.

Κατά συνέπεια, η θεσμική θωράκιση των επαγγελματιών υγείας δεν περιορίζεται στην τυπική ύπαρξη κανόνων, αλλά προϋποθέτει ενεργή εφαρμογή, παρακολούθηση και διαρκή αναθεώρηση των πολιτικών προστασίας στον χώρο εργασίας. Η θεσμική πολιτική οφείλει να προβλέπει σαφείς διαδικασίες αναφοράς, προστασία του εργαζομένου από αντίποινα, αξιολόγηση των περιστατικών, τεκμηριωμένη παρέμβαση της διοίκησης και συστηματική εκπαίδευση όλων των επιπέδων προσωπικού. Μόνο υπό αυτές τις προϋποθέσεις μπορεί η πολιτική κατά της λεκτικής βίας να λειτουργήσει ως πραγματικό εργαλείο πρόληψης και όχι ως τυπικό διοικητικό έγγραφο.

Εν κατακλείδι, η πρόληψη και αντιμετώπιση της λεκτικής βίας στα νοσοκομεία απαιτεί πολυεπίπεδη προσέγγιση, η οποία να συνδυάζει την εκπαίδευση των επαγγελματιών, την οργανωσιακή ετοιμότητα και τη θεσμική κατοχύρωση της

προστασίας τους. Η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων εξαρτάται από τον συστηματικό σχεδιασμό, την ενεργή συμμετοχή του προσωπικού και τη σταθερή δέσμευση της διοίκησης. Υπό το πρίσμα της Διοίκησης Μονάδων Υγείας, η αντιμετώπιση της λεκτικής βίας συνιστά βασική προϋπόθεση για την προστασία του ανθρώπινου δυναμικού, τη βελτίωση του εργασιακού κλίματος και τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Κεφάλαιο 5. Ερευνητικά δεδομένα από τη διεθνή και την ελληνική βιβλιογραφία

Όπως προκύπτει από τα προηγούμενα κεφάλαια, η λεκτική βία στον χώρο εργασίας αποτελεί μία από τις συχνότερες μορφές επαγγελματικής βίας, ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας, όπου οι εργαζόμενοι έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με αυξημένες απαιτήσεις, έντονο συναισθηματικό φορτίο και δύσκολες διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις. Αν και συχνά δεν αφήνει εμφανή σωματικά σημάδια, η λεκτική βία μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες στην ψυχική υγεία, στην επαγγελματική ικανοποίηση, στην απόδοση και στην πρόθεση παραμονής του προσωπικού στον οργανισμό. Στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία, πολυάριθμες μελέτες έχουν αναδείξει την έκταση του φαινομένου, τις μορφές με τις οποίες εκδηλώνεται, τους παράγοντες που το ευνοούν, καθώς και τις επιπτώσεις του στους επαγγελματίες υγείας. Στη συνέχεια παρουσιάζονται συνοπτικά ευρήματα από χαρακτηριστικές έρευνες που αφορούν τη λεκτική βία και συναφείς μορφές ψυχολογικής επιθετικότητας στον χώρο εργασίας.

Αρχικά, η έρευνα των Aytac et al. (2011) ανέδειξε ότι η βία στον χώρο εργασίας αποτελεί εκτεταμένο φαινόμενο σε διαφορετικούς επαγγελματικούς κλάδους στην Τουρκία, με τη λεκτική βία και το mobbing να εμφανίζονται ως οι συχνότερες μορφές. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες είχαν βιώσει κάποια μορφή βίας και ότι η έκθεση αυτή συνδεόταν με αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχολογική ευημερία. Η συγκεκριμένη μελέτη είναι σημαντική για τη θεματική της λεκτικής βίας, διότι δείχνει ότι οι μη σωματικές μορφές επιθετικότητας δεν είναι «ήπιες», αλλά σχετίζονται με ουσιαστική ψυχική επιβάρυνση και μείωση της ποιότητας της εργασιακής ζωής.

Αντίστοιχα, η έρευνα των Cashmore et al. (2012), που αφορούσε επαγγελματίες υγείας σε σωφρονιστικές δομές της Νέας Νότιας Ουαλίας, έδειξε ότι η κακοποίηση στον χώρο εργασίας ήταν πολύ συχνή, με τη λεκτική βία να κυριαρχεί σαφώς έναντι της σωματικής. Σημαντικό εύρημα ήταν ότι η πλειονότητα όσων είχαν δεχθεί κακοποίηση ανέφερε τη λεκτική επίθεση, ενώ οι συμμετέχοντες τόνισαν επίσης ότι τέτοια περιστατικά μπορεί να αυξάνουν την πιθανότητα λαθών κατά την παροχή φροντίδας. Παρότι ο κίνδυνος σοβαρής σωματικής βίας φάνηκε χαμηλότερος από άλλες δομές, η λεκτική κακοποίηση αναδείχθηκε ως συστηματικό πρόβλημα ασφάλειας και ποιότητας.

Εξάλλου, η συστηματική ανασκόπηση των Guay, Goncalves και Jarvis (2014) επικεντρώθηκε ειδικά στη λεκτική βία σε συνάρτηση με το φύλο του θύματος. Η βασική της συμβολή ήταν ότι η λεκτική βία αναδεικνύεται ως μία από τις συχνότερες μορφές βίας στην εργασία, ενώ τα διαθέσιμα δεδομένα δεν υποστήριζαν με συνέπεια σαφείς και σταθερές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς την έκθεση. Με άλλα λόγια, η λεκτική βία φαίνεται να διαπερνά επαγγέλματα και φύλα, αν και οι συνέπειες και οι τρόποι ερμηνείας της μπορεί να διαφοροποιούνται. Η ανασκόπηση υπογράμμισε την ανάγκη για περισσότερο συγκρίσιμη και μεθοδολογικά ομοιογενή έρευνα.

Σε εθνικό επίπεδο, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των Toska et al. (2023), η οποία διερεύνει τη συχνότητα της λεκτικής κακοποίησης και τις επιπτώσεις της σε επαγγελματίες υγείας δευτεροβάθμιας δομής υγείας στην Ελλάδα, δίνοντας έμφαση στη σύγκριση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών. Η έρευνα υιοθέτησε σύγχρονο

ποσοτικό σχεδιασμό και υλοποιήθηκε με τη χρήση ανώνυμου αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου και της κλίμακας *Verbal Abuse Scale*. Το δείγμα αποτέλεσαν 245 επαγγελματίες υγείας, εκ των οποίων 185 ήταν νοσηλευτές και 60 ιατροί. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η λεκτική κακοποίηση αποτελεί συχνό φαινόμενο στο νοσοκομειακό περιβάλλον και στις δύο επαγγελματικές ομάδες, αν και με διαφοροποιήσεις ως προς τη συχνότητα και την ένταση. Ειδικότερα, το 38,3% των ιατρών και το 12,4% των νοσηλευτών ανέφεραν εμπειρία λεκτικής κακοποίησης μία φορά την εβδομάδα. Παράλληλα, αναδείχθηκαν σημαντικές αρνητικές συνέπειες στην ψυχική επιβάρυνση των εργαζομένων, στις διαπροσωπικές εργασιακές σχέσεις και στη συνολική επαγγελματική τους εμπειρία. Η μελέτη αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς καταγράφει το πρόβλημα στο ελληνικό πλαίσιο και τεκμηριώνει ότι η λεκτική βία δεν αποτελεί μεμονωμένο περιστατικό, αλλά επαναλαμβανόμενο επαγγελματικό κίνδυνο.

Επίσης, η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Önal et al. (2023) είχε ως στόχο να προσδιορίσει τον επιπολασμό της λεκτικής και της σωματικής βίας εις βάρος επαγγελματιών υγείας στην Περιφέρεια Ανατολικής Μεσογείου του ΠΟΥ και στην Τουρκία. Η μελέτη βασίστηκε σε συστηματική αναζήτηση στις βάσεις Medline/PubMed, Cochrane Library, Scopus, ScienceDirect, Web of Science και ProQuest και περιέλαβε 75 μελέτες της περιόδου 1999–2021, με συνολικό δείγμα 69.024 επαγγελματιών υγείας από 22 χώρες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 63,0% των επαγγελματιών υγείας είχε εκτεθεί σε λεκτική βία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τη σωματική βία ήταν 17,0%. Τα δεδομένα αυτά επιβεβαιώνουν με σαφήνεια ότι η λεκτική βία αποτελεί τη συχνότερη μορφή επαγγελματικής κακοποίησης στην υπό εξέταση γεωγραφική περιοχή, υπογραμμίζοντας την έκταση και τη σοβαρότητα του φαινομένου.

Παρόμοια εικόνα καταγράφεται και στη Λατινική Αμερική. Η μελέτη των Paravic-Klijn και Burgos-Moreno (2018) διερεύνησε τον επιπολασμό της σωματικής βίας και της λεκτικής κακοποίησης, καθώς και τους σχετιζόμενους παράγοντες, μεταξύ επαγγελματιών υγείας που εργάζονταν σε τμήματα επειγόντων περιστατικών δημόσιων και ιδιωτικών δομών υγείας στην επαρχία Concepción της Χιλής. Η έρευνα υιοθέτησε ποσοτικό, περιγραφικό, συσχετιστικό και συγχρονικό σχεδιασμό, με τη χρήση ερωτηματολογίου για τη βία στον χώρο της υγείας, και περιέλαβε 366 εργαζομένους. Τα αποτελέσματα έδειξαν επιπολασμό 12,4% για τη σωματική βία και 59,0% για τη

λεκτική κακοποίηση, με υψηλότερα ποσοστά στις δημόσιες δομές υγείας. Επιπλέον, ως κύριοι δράστες αναγνωρίστηκαν οι ασθενείς και οι συγγενείς τους. Η μελέτη αυτή ενισχύει την άποψη ότι η λεκτική βία συνδέεται στενά με τα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος, καθώς και με την ένταση της αλληλεπίδρασης των επαγγελματιών υγείας με ασθενείς και συνοδούς, ιδιαίτερα σε απαιτητικά τμήματα, όπως τα επείγοντα.

Στην ίδια κατεύθυνση κινούνται και τα ευρήματα της μελέτης των Demirci και Uğurluoğlu (2020), η οποία πραγματοποιήθηκε σε δημόσιο νοσοκομείο της Άγκυρας και είχε ως στόχο την αξιολόγηση της λεκτικής, σωματικής και σεξουαλικής βίας που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας. Η έρευνα βασίστηκε σε συγχρονικό ποσοτικό σχεδιασμό με χρήση ερωτηματολογίου, ενώ εφαρμόστηκε και λογιστική παλινδρόμηση για τη διερεύνηση της επίδρασης κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στην έκθεση στη βία. Το δείγμα περιλάμβανε 347 επαγγελματίες υγείας, εκ των οποίων 104 ήταν ιατροί, 93 νοσηλευτές και 150 ανήκαν στο λοιπό υγειονομικό προσωπικό. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν εξαιρετικά υψηλά ποσοστά έκθεσης στη λεκτική βία, καθώς αυτή αναφέρθηκε από το 96,2% των ιατρών, το 95,7% των νοσηλευτών και το 80,7% του λοιπού προσωπικού. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν όχι μόνο τη συχνότητα του φαινομένου, αλλά και τη διαχρονική του παρουσία σε διαφορετικές επαγγελματικές κατηγορίες εντός των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, καταδεικνύουν ότι η λεκτική βία δεν περιορίζεται αποκλειστικά στο νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά πλήττει συνολικά το ανθρώπινο δυναμικό της υγείας.

Η συχνότητα της λεκτικής βίας εις βάρος των νοσηλευτών αναδεικνύεται ακόμη πιο έντονα στη συστηματική ανασκόπηση των Wang et al. (2025), η οποία αποσκοπούσε στη σύνθεση των διαθέσιμων δεδομένων σχετικά με τον επιπολασμό της λεκτικής κακοποίησης έναντι νοσηλευτών, καθώς και στην αναγνώριση των συχνότερων δραστών και των σχετικών παραγόντων κινδύνου. Η μελέτη ακολούθησε τις οδηγίες PRISMA και βασίστηκε σε αναζήτηση στις βάσεις PubMed, Web of Science, Embase και Cochrane Library έως τις 15 Οκτωβρίου 2024, περιλαμβάνοντας 45 μελέτες από 13 χώρες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ο συνολικός επιπολασμός της λεκτικής κακοποίησης ανήλθε στο 67%, ενώ συχνότεροι δράστες αναδείχθηκαν οι συγγενείς και οι φίλοι των ασθενών. Επιπλέον, ως σημαντικοί σχετιζόμενοι παράγοντες προσδιορίστηκαν τα ατομικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών, ο χώρος εργασίας

και οι συνθήκες απασχόλησης. Η συμβολή της μελέτης αυτής είναι σημαντική, καθώς καταδεικνύει ότι η λεκτική βία κατά των νοσηλευτών αποτελεί διεθνές πρόβλημα, το οποίο επηρεάζεται από σύνθετους ατομικούς και οργανωσιακούς παράγοντες.

Συνολικά, οι παραπάνω έρευνες καταδεικνύουν ότι η λεκτική βία αποτελεί ιδιαίτερα συχνό και πολυδιάστατο φαινόμενο στον χώρο εργασίας, με αυξημένη παρουσία κυρίως στις υπηρεσίες υγείας. Τα ευρήματα συγκλίνουν στο ότι η λεκτική επιθετικότητα δεν συνιστά μια ήσσονος σημασίας μορφή βίας, αλλά έναν σοβαρό επαγγελματικό κίνδυνο που επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία, την εργασιακή ικανοποίηση, την απόδοση και τη διατήρηση του προσωπικού. Παράλληλα, αναδεικνύεται η σημασία των οργανωσιακών παρεμβάσεων, της εκπαίδευσης στην επικοινωνία και στη διεκδικητική συμπεριφορά, καθώς και της υιοθέτησης πολιτικών πρόληψης και διαχείρισης, ώστε να διαμορφωθεί ένα ασφαλέστερο και πιο υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 6. Μεθοδολογία της έρευνας

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται η μεθοδολογία, η οποία χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα καθώς και οι στατιστικές μέθοδοι και τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν εξ αρχής.

6.1 Ερευνητικός σκοπός και ερωτήματα

Η παρούσα ερευνητική εργασία επικεντρώνεται στη διερεύνηση του φαινομένου της λεκτικής βίας στο νοσηλευτικό και εργαστηριακό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ. Σκοπός της έρευνας είναι η καταγραφή της συχνότητας και της σοβαρότητας του φαινομένου, οι επιπτώσεις του στην προσωπική και επαγγελματική ζωή των επαγγελματιών υγείας, οι παράγοντες που οδηγούν στην εκδήλωσή του και οι κυριότερες στρατηγικές αντιμετώπισης. Η έρευνα αυτή συμπορεύεται και συμπληρώνει ανάλογες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα και έχει ως στόχο να προσφέρει στην βελτίωση της

διοίκησης των μονάδων υγείας. Με βάση τον σκοπό της έρευνας τίθενται τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

- ❖ Ποια είναι η συχνότητα και η σοβαρότητα της λεκτικής βίας που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας στον εργασιακό χώρο ενός γενικού νοσοκομείου;
- ❖ Από που προέρχονται τα περιστατικά λεκτικής βίας;
- ❖ Ποιες είναι οι επιπτώσεις της λεκτικής βίας σε συναισθηματικό και επαγγελματικό επίπεδο;
- ❖ Ποιοι είναι οι τρόποι αντιμετώπισης και διαχείρισης της λεκτικής βίας από τα θύματα;
- ❖ Υπάρχει διαφοροποίηση στα φαινόμενα λεκτικής βίας που καταγράφονται στο νοσηλευτικό και στο εργαστηριακό προσωπικό;

6.2 Ερευνητικός σχεδιασμός

Η παρούσα έρευνα αποτελεί ποσοτική, περιγραφική και συγχρονική μελέτη, καθώς βασίστηκε στη συλλογή αριθμητικών δεδομένων μέσω δομημένου ερωτηματολογίου, με σκοπό τη διερεύνηση του φαινομένου της λεκτικής βίας στο εργασιακό περιβάλλον. Η ποσοτική προσέγγιση επιλέχθηκε διότι επιτρέπει τη συστηματική καταγραφή των απόψεων, των εμπειριών και των αντιλήψεων των συμμετεχόντων, καθώς και τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Η έρευνα έλαβε χώρα στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ κατόπιν αίτησης προς το Διοικητικό και Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου. Έπειτα από τη θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού συμβουλίου και την έγκριση του Διοικητικού Συμβουλίου, η διεξαγωγή της έρευνας ξεκίνησε με το μοίρασμα των ερωτηματολογίων στις 01-03-2026 και ολοκληρώθηκε στις 31-03-2026 με τη συλλογή των απαντημένων ερωτηματολογίων.

6.3 Πληθυσμός - Δείγμα της έρευνας

Στην έρευνα συμμετείχαν 195 επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι προέρχονται από το νοσηλευτικό και εργαστηριακό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ. Συνολικά μοιράστηκαν 220 ερωτηματολόγια από τα οποία επιστράφηκαν 195 πλήρως απαντημένα με το ποσοστό ανταπόκρισης να εκτιμάται στο 88,6%. Από τα 195 ερωτηματολόγια τα 131 ανήκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό και τα 64 στο εργαστηριακό προσωπικό.

6.4 Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Η ανάλυση βασίστηκε στη δομή του ελληνικού εργαλείου Verbal Abuse Scale (VAS-GR), το οποίο περιλαμβάνει πέντε κύριες θεματικές ενότητες και συνολικά 79 ερωτήματα, καλύπτοντας τα χαρακτηριστικά του επεισοδίου λεκτικής βίας, τη συχνότητα και τη σοβαρότητα επιμέρους μορφών λεκτικής βίας, τις πρώτες γνωστικές αντιδράσεις, τις στρατηγικές διαχείρισης, τις συνέπειες της λεκτικής βίας και τα συναισθήματα μετά το επεισόδιο (Malliarou et al., 2015).

6.4.1 Έλεγχος αξιοπιστίας και κανονικότητας

Η εσωτερική συνέπεια των πολυ-στοιχειακών ενοτήτων ελέγχθηκε με τον συντελεστή α του Cronbach (Cronbach, 1951), πριν από οποιαδήποτε χρήση συνοπτικών δεικτών στην αναλυτική διαδικασία. Η κανονικότητα των σύνθετων βαθμολογιών εξετάστηκε με τη δοκιμασία Shapiro–Wilk (Shapiro and Wilk, 1965). Επειδή όλοι οι σύνθετοι δείκτες απέκλιναν στατιστικώς σημαντικά από την κανονική κατανομή, οι συγκρίσεις μεταξύ ανεξάρτητων ομάδων στηρίχθηκαν κατά κύριο λόγο σε μη παραμετρικές δοκιμασίες (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Έλεγχος αξιοπιστίας και κανονικότητας των σύνθετων δεικτών VAS-GR (N=195)

Δείκτης	Items	Cronbach α	MT (TA)	Διάμεσος (IQR)	Shapiro– Wilk W	p
E7 Συχνότητα	10	0.904	2.280 (0.853)	2.100 (0.900)	0.909	<0.001
E7 Σοβαρότητα	10	0.897	2.249 (0.877)	2.000 (0.900)	0.890	<0.001
E8 Γνωστικές αντιδράσεις	13	0.654	2.448 (0.493)	2.538 (0.615)	0.969	<0.001

E9 Στρατηγικές διαχείρισης	13	0.666	2.750 (0.473)	2.846 (0.462)	0.868	<0.001
E10 Συνέπειες	13	0.843	2.331 (0.585)	2.231 (0.731)	0.980	0.007
E11 Συναισθηματική ανταπόκριση	18	0.855	2.357 (0.538)	2.389 (0.611)	0.968	<0.001

Σημείωση: Οι σύνθετοι δείκτες υπολογίσθηκαν ως μέση τιμή των κλειστών ερωτημάτων κάθε ενότητας. Τα προαιρετικά ανοικτά πεδία «άλλο» δεν συμπεριλήφθηκαν στους υπολογισμούς. IQR: ενδοτεταρτημοριακό εύρος.

6.5 Στατιστική ανάλυση

Πριν από τη στατιστική επεξεργασία, η βάση δεδομένων ελέγχθηκε ως προς την πληρότητα, την ορθότητα της κωδικοποίησης και τη συμβατότητα των τύπων μεταβλητών. Οι κωδικοποιημένες απαντήσεις που είχαν καταχωρισθεί αριθμητικά αλλά ήταν αποθηκευμένες ως κείμενο μετατράπηκαν στην ορθή αριθμητική μορφή, χωρίς απώλεια συμμετεχόντων. Η τελική βάση ανάλυσης περιέλαβε 195 πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε περιβάλλον Python 3.13.5, με χρήση των βιβλιοθηκών pandas 2.2.3 και NumPy 2.3.5 για τη διαχείριση, τον καθαρισμό και την προεπεξεργασία των δεδομένων. Οι περιγραφικές και επαγωγικές στατιστικές αναλύσεις διενεργήθηκαν με τη βιβλιοθήκη SciPy 1.17.0, μέσω της οποίας υλοποιήθηκαν οι έλεγχοι κανονικότητας Shapiro–Wilk, οι μη παραμετρικές συγκρίσεις μεταξύ δύο ή περισσότερων ανεξάρτητων ομάδων, οι συσχετίσεις κατά Spearman, καθώς και οι έλεγχοι ανεξαρτησίας για κατηγορικές μεταβλητές, όπου αυτό ήταν μεθοδολογικά ενδεδειγμένο. Για την ανάπτυξη των πολυπαραγοντικών μοντέλων χρησιμοποιήθηκε η βιβλιοθήκη statsmodels 0.14.6. Ειδικότερα, εφαρμόστηκαν μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για δυαδικές εκβάσεις και μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης για συνεχείς σύνθετους δείκτες, με προσαρμογή ως προς τις βασικές συγχυτικές μεταβλητές της μελέτης, δηλαδή το φύλο, την ηλικία, τη διάρκεια εργασίας στο δημόσιο και το επίπεδο εκπαίδευσης. Από τα μοντέλα αυτά εξήχθησαν οι συντελεστές παλινδρόμησης, οι προσαρμοσμένοι λόγοι πιθανοτήτων όπου απαιτούνταν, τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης, οι τιμές p, καθώς και τα σχετικά

μέτρα προσαρμογής των μοντέλων. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $\alpha = 0.05$.

6.5.1 Περιγραφική στατιστική και δημιουργία συνοπτικών δεικτών

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάσθηκαν ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες [n (%)]. Οι βασικές δημογραφικές και εργασιακές μεταβλητές, καθώς και τα μεμονωμένα στοιχεία τύπου Likert, αναλύθηκαν περιγραφικά σε επίπεδο item. Για τις κύριες ενότητες του VAS-GR υπολογίσθηκαν επιπλέον συνοπτικοί δείκτες ως μέση τιμή των επιμέρους κλειστών ερωτημάτων κάθε ενότητας, εξαιρώντας τα προαιρετικά ανοικτά πεδία «άλλο». Υπολογίσθηκαν έξι σύνθετοι δείκτες: (α) συχνότητα μορφών λεκτικής βίας της E7, (β) σοβαρότητα μορφών λεκτικής βίας της E7, (γ) γνωστικές αντιδράσεις της E8, (δ) στρατηγικές διαχείρισης της E9, (ε) συνέπειες της E10 και (στ) συναισθηματική ανταπόκριση της E11.

6.5.2 Κύριες συγκριτικές αναλύσεις

Για τις αμιγώς κατηγορικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 του Pearson ή, όπου απαιτήθηκε λόγω μικρών αναμενόμενων συχνοτήτων, ο ακριβής έλεγχος του Fisher. Για τις διατακτικές μεταβλητές και τους σύνθετους δείκτες χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Mann–Whitney U όταν συγκρίθηκαν δύο ομάδες και ο έλεγχος Kruskal–Wallis όταν συγκρίθηκαν περισσότερες από δύο ομάδες. Όλοι οι στατιστικοί έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p < 0.05$.

Πέραν των κύριων αναλύσεων, σχεδιάσθηκε και εκτελέσθηκε ένα σύνολο δευτερογενών αναλύσεων με στόχο την πληρέστερη κατανόηση του φαινομένου της λεκτικής βίας. Οι συσχετίσεις μεταξύ των κύριων σύνθετων δεικτών της E7, της E10 και της E11 διερευνήθηκαν με τον συντελεστή Spearman, δεδομένης της μη κανονικής κατανομής των δεικτών. Η διερεύνηση ανά φύλο πραγματοποιήθηκε με ελέγχους Mann–Whitney U για τις κύριες και δευτερογενείς εκβάσεις. Για την ανάλυση ανά σχέση με τον υβριστή, οι αρχικές κατηγορίες ανασυντέθηκαν σε τρεις αναλυτικά σταθερότερες ομάδες: «Ανώτερος», «Ομότιμος/κατώτερος» και «Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης». Η συνολική σύγκριση μεταξύ των τριών ομάδων πραγματοποιήθηκε με Kruskal–Wallis και, όταν η συνολική δοκιμασία ήταν

στατιστικώς σημαντική, ακολούθησαν ζεύγη-προς-ζεύγη συγκρίσεις Mann–Whitney U με διόρθωση Holm για πολλαπλές συγκρίσεις.

Για τη διερεύνηση του εάν η κατηγορία προσωπικού παραμένει ανεξάρτητος παράγοντας μετά από συνεκτίμηση του φύλου, της ηλικίας, της διάρκειας εργασίας στο δημόσιο και του επιπέδου εκπαίδευσης, εφαρμόστηκαν πολυπαραγοντικά μοντέλα στις κύριες και δευτερογενείς εκβάσεις που θεωρήθηκαν κλινικώς/ερμηνευτικώς ουσιώδεις. Για τις διατακτικές εκβάσεις της αντιλαμβανόμενης συνολικής συχνότητας λεκτικής βίας (Ερ. 3) και της προσωπικής έκθεσης στη λεκτική βία (Ερ. 5) χρησιμοποιήθηκε διατακτική λογιστική παλινδρόμηση. Για τους σύνθετους δείκτες της σοβαρότητας των μορφών λεκτικής βίας (Ε7), των γνωστικών αντιδράσεων (Ε8) και των συνεπειών της λεκτικής βίας (Ε10) χρησιμοποιήθηκαν γραμμικά μοντέλα με ετεροσκεδαστικά ανθεκτικά τυπικά σφάλματα HC3. Οι εκτιμήσεις των ordinal μοντέλων αποδόθηκαν ως προσαρμοσμένοι λόγοι πιθανοτήτων (adjusted odds ratios, aOR) με 95% διαστήματα εμπιστοσύνης, ενώ στα γραμμικά μοντέλα αναφέρθηκαν οι μη τυποποιημένοι συντελεστές β, τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι δείκτες προσαρμογής του μοντέλου.

6.6 Ηθικά ζητήματα

Η διεξαγωγή ερευνών δημιουργεί ζητήματα δεοντολογίας από την αρχή μέχρι την ολοκλήρωσή τους, τα οποία οφείλει να προστατέψει ο ερευνητής (Koocher, & Keith-Spiegel, 1998). Απαραίτητη συνθήκη αποτελεί η ρητή συγκατάθεση των συμμετεχόντων και η διαφύλαξη των προσωπικών τους δεδομένων. Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας τηρήθηκαν οι παρακάτω κανόνες:

- Ζητήθηκε η άδεια από το Διοικητικό και Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου.
- Κατά το διαμοιρασμό των ερωτηματολογίων εξασφαλίστηκε η έγγραφη συγκατάθεση των συμμετεχόντων μέσω της ενημέρωσής τους για τον σκοπό της έρευνας και τους στόχους, τη διασφάλιση ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική και ανώνυμη και οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς και της προστασίας των προσωπικών τους δεδομένων.
- Έγινε ρητή αναφορά στο δικαίωμα αποχώρησης των συμμετεχόντων από την ερευνητική διαδικασία.

Κεφάλαιο 7. Αποτελέσματα της έρευνας

7.1 Δημογραφικά και βασικά εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν συνολικά 195 επαγγελματίες υγείας. Η πλειονότητα του δείγματος ήταν γυναίκες (136 άτομα, 69.7%), ενώ 59 συμμετέχοντες (30.3%) ήταν άνδρες. Συχνότερη ηλικιακή ομάδα ήταν τα 41–50 έτη (70 άτομα, 35.9%), ακολουθούμενη από την ομάδα 31–40 ετών (66 άτομα, 33.8%) και την ομάδα 51–60 ετών (44 άτομα, 22.6%). Ως προς την κατηγορία προσωπικού, 131 συμμετέχοντες (67.2%) ανήκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό και 64 (32.8%) στο εργαστηριακό προσωπικό.

Αναφορικά με τη διάρκεια εργασίας στο δημόσιο, συχνότερη κατηγορία ήταν τα 6–10 έτη (60 άτομα, 30.8%), ενώ ακολούθησαν τα 11–15 έτη (42 άτομα, 21.5%) και τα 25–30 έτη (30 άτομα, 15.4%). Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση (94 άτομα, 48.2%), ενώ 62 άτομα (31.8%) είχαν υποχρεωτική εκπαίδευση και 39 (20.0%) κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο. Τα αναλυτικά δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά, συνολικά και ανά κατηγορία προσωπικού, παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2. Δημογραφικά και βασικά εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος, συνολικά και ανά κατηγορία προσωπικού

Χαρακτηριστικό	Κατηγορία	Σύνολο n (%)	Εργαστηριακό προσωπικό n (%)	Νοσηλευτικό προσωπικό n (%)
----------------	-----------	-----------------	------------------------------------	-----------------------------------

Φύλο	Γυναίκα	136 (69.7%)	41 (64.1%)	95 (72.5%)
	Άνδρας	59 (30.3%)	23 (35.9%)	36 (27.5%)
Ηλικία	20–30	15 (7.7%)	9 (14.1%)	6 (4.6%)
	31–40	66 (33.8%)	22 (34.4%)	44 (33.6%)
	41–50	70 (35.9%)	20 (31.2%)	50 (38.2%)
	51–60	44 (22.6%)	13 (20.3%)	31 (23.7%)
	61–70	15 (7.7%)	4 (6.2%)	11 (8.4%)
Διάρκεια εργασίας στο δημόσιο	1–5	27 (13.8%)	11 (17.2%)	16 (12.2%)
	6–10	60 (30.8%)	20 (31.2%)	40 (30.5%)
	11–15	42 (21.5%)	10 (15.6%)	32 (24.4%)
	16–20	24 (12.3%)	8 (12.5%)	16 (12.2%)
	21–25	12 (6.2%)	4 (6.2%)	8 (6.1%)
	26–30	15 (7.7%)	5 (7.7%)	10 (7.7%)
	31–35	9 (4.6%)	3 (4.6%)	6 (4.6%)
Εκπαίδευση	Υποχρεωτική	62 (31.8%)	13 (20.3%)	49 (37.4%)
	Πανεπιστημιακή (ΑΕΙ-ΤΕΙ)	94 (48.2%)	40 (62.5%)	54 (41.2%)
	Μεταπτυχιακό	39 (20.0%)	11 (17.2%)	28 (21.4%)

Σημείωση: Τα ποσοστά στις στήλες «Εργαστηριακό προσωπικό» και «Νοσηλευτικό προσωπικό» υπολογίσθηκαν επί του αντίστοιχου συνολικού μεγέθους κάθε κατηγορίας.

7.2 Περιγραφικά χαρακτηριστικά της λεκτικής βίας στο εργασιακό περιβάλλον

Αρχικά, 121 συμμετέχοντες (62.1%) ανέφεραν ότι το επεισόδιο λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων ατόμων. Ως προς την εργασιακή σχέση με τον υβριστή, συχνότερα αναφέρθηκε ο «άλλος ανώτερος» (56 άτομα, 28.7%), ακολουθούμενος από τον ομοιόβαθμο (45 άτομα, 23.1%) και τον συγγενή ασθενούς (35 άτομα, 17.9%).

Σχετικά με τη γενικότερη αντίληψη για τη συχνότητα της λεκτικής βίας στους εργαζομένους τα προηγούμενα χρόνια, η συχνότερη απάντηση ήταν «περισσότερες από 1 φορά ετησίως» (72 άτομα, 36.9%), ενώ ακολούθησαν η απάντηση «μια φορά τη βδομάδα» (44 άτομα, 22.6%) και οι απαντήσεις «μια φορά το μήνα» και «περισσότερες

από μια φορά εβδομαδιαίως» (από 36 άτομα, 18.5% αντίστοιχα). Επίσης, 104 συμμετέχοντες (53.3%) εκτίμησαν ότι ο υβριστής δεν γνώριζε το αποτέλεσμα της πράξης του, ενώ 91 (46.7%) απάντησαν καταφατικά. Τα παραπάνω περιγραφικά χαρακτηριστικά της λεκτικής βίας στο εργασιακό περιβάλλον παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3. Περιγραφικά χαρακτηριστικά της λεκτικής βίας στο εργασιακό περιβάλλον, συνολικά και ανά κατηγορία προσωπικού

Χαρακτηριστικό	Κατηγορία	Σύνολο n (%)	Εργαστηριακό προσωπικό n (%)	Νοσηλευτικό προσωπικό n (%)
Παρουσία τρίτων κατά το επεισόδιο	ΝΑΙ	121 (62.1%)	34 (53.1%)	87 (66.4%)
	ΟΧΙ	74 (37.9%)	30 (46.9%)	44 (33.6%)
Εργασιακή σχέση με τον υβριστή	Άμεσος προϊστάμενος	17 (8.7%)	10 (15.6%)	7 (5.3%)
	Άλλος ανώτερος	56 (28.7%)	24 (37.5%)	32 (24.4%)
	Άμεσα υφιστάμενος	9 (4.6%)	3 (4.7%)	6 (4.6%)
	Άλλος κατώτερος	5 (2.6%)	2 (3.1%)	3 (2.3%)
	Ομοιόβαθμος	45 (23.1%)	21 (32.8%)	24 (18.3%)
	Συγγενής ασθενούς	35 (17.9%)	2 (3.1%)	33 (25.2%)
	Ο ίδιος ο ασθενής	17 (8.7%)	2 (3.1%)	15 (11.5%)
	Επισκέπτης	11 (5.6%)	0 (0.0%)	11 (8.4%)
	Μια φορά το χρόνο	7 (3.6%)	5 (7.8%)	2 (1.5%)
	Περισσότερες από 1 φορά ετησίως	72 (36.9%)	34 (53.1%)	38 (29.0%)
Αντιλαμβανόμενη συχνότητα λεκτικής βίας στους εργαζομένους τα προηγούμενα χρόνια	Μια φορά το μήνα	36 (18.5%)	8 (12.5%)	28 (21.4%)
	Μια φορά τη βδομάδα	44 (22.6%)	9 (14.1%)	35 (26.7%)
	Περισσότερες από μια φορές εβδομαδιαίως	36 (18.5%)	8 (12.5%)	28 (21.4%)
	ΝΑΙ	91 (46.7%)	24 (37.5%)	67 (51.1%)
Εκτίμηση ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του	ΟΧΙ	104 (53.3%)	40 (62.5%)	64 (48.9%)

Σημείωση: Τα ποσοστά στις στήλες «Εργαστηριακό προσωπικό» και «Νοσηλευτικό προσωπικό» υπολογίστηκαν επί του αντίστοιχου συνολικού μεγέθους κάθε κατηγορίας.

Όσον αφορά την προσωπική εμπειρία, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι έγιναν αποδέκτες λεκτικής βίας «περισσότερες από 1 φορά ετησίως» (82 άτομα, 42.1%), ενώ 43 (22.1%) ανέφεραν ότι αυτό συνέβη μία φορά το χρόνο. Ως προς τη στρεσογόνο επιβάρυνση του επεισοδίου, 62 συμμετέχοντες (31.8%) αξιολόγησαν το γεγονός ως «αρκετά» αγχωτικό και 52 (26.7%) ως «πολύ» αγχωτικό, ενώ 30 (15.4%) το χαρακτήρισαν «πάρα πολύ» και 8 (4.1%) «εξαιρετικά» αγχωτικό. Σε περιγραφικό επίπεδο, στο νοσηλευτικό προσωπικό η παρουσία τρίτων κατά το επεισόδιο, καθώς και

η εμπλοκή συγγενών ασθενών ή των ίδιων των ασθενών ως υβριστών, αναφέρθηκαν συχνότερα σε σχέση με το εργαστηριακό προσωπικό. Η προσωπική συχνότητα έκθεσης στη λεκτική βία και ο βαθμός στρεσογόνου επιβάρυνσης του επεισοδίου παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4. Προσωπική συχνότητα έκθεσης στη λεκτική βία και στρεσογόνος επιβάρυνση του επεισοδίου, συνολικά και ανά κατηγορία προσωπικού

Χαρακτηριστικό	Κατηγορία	Σύνολο n (%)	Εργαστηριακό προσωπικό n (%)	Νοσηλευτικό προσωπικό n (%)
Προσωπική συχνότητα έκθεσης στη λεκτική βία	Μια φορά το χρόνο	43 (22.1%)	18 (28.1%)	25 (19.1%)
	Περισσότερες από 1 φορά ετησίως	82 (42.1%)	32 (50.0%)	50 (38.2%)
	Μια φορά το μήνα	30 (15.4%)	6 (9.4%)	24 (18.3%)
	Μια φορά τη βδομάδα	24 (12.3%)	5 (7.8%)	19 (14.5%)
	Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως	15 (7.7%)	3 (4.7%)	12 (9.2%)
	Καθημερινά	1 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)
Βαθμός στρεσογόνου επιβάρυνσης του επεισοδίου	Σχεδόν καθόλου	8 (4.1%)	3 (4.7%)	5 (3.8%)
	Λίγο	35 (17.9%)	10 (15.6%)	25 (19.1%)
	Αρκετά	62 (31.8%)	24 (37.5%)	38 (29.0%)
	Πολύ	52 (26.7%)	18 (28.1%)	34 (26.0%)
	Πάρα πολύ	30 (15.4%)	7 (10.9%)	23 (17.6%)
	Εξαιρετικά	8 (4.1%)	2 (3.1%)	6 (4.6%)

Σημείωση: Τα ποσοστά στις στήλες «Εργαστηριακό προσωπικό» και «Νοσηλευτικό προσωπικό» υπολογίσθηκαν επί του αντίστοιχου συνολικού μεγέθους κάθε κατηγορίας.

7.3 Επιμέρους μορφές λεκτικής βίας: συχνότητα και σοβαρότητα (Ερώτηση 7)

Η ερώτηση 7 για τις επιμέρους μορφές λεκτικής βίας: συχνότητα και σοβαρότητα συμπληρώθηκε πλήρως από όλους τους συμμετέχοντες (N=195). Σε επίπεδο συνολικού δείκτη, η μέση τιμή της συχνότητας των επιμέρους μορφών λεκτικής βίας ήταν 2,28 στα 5 (0,85), ενώ η αντίστοιχη μέση τιμή της σοβαρότητας ήταν 2,25 στα 5 (0,88). Σε περιγραφικό επίπεδο, το νοσηλευτικό προσωπικό εμφάνισε υψηλότερες μέσες τιμές τόσο στη συνολική συχνότητα (2,36 (0,87) όσο και στη

συνολική σοβαρότητα (2,33 (0,89) σε σύγκριση με το εργαστηριακό προσωπικό 2,12 (0,79) και 2,08 (0,83), αντίστοιχα.

Ως προς τη συχνότητα, οι υψηλότερες μέσες τιμές στο σύνολο του δείγματος καταγράφηκαν για την «επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών» (MT 2,65, TA 1,10), τον «βίαιος θυμός» (MT 2,61, TA 1,37), τον «ευτελισμό, εκχυδαϊσμό, υποτίμηση» (MT 2,59, TA 1,19) και την «έντονη κριτική» (MT 2,59, TA 1,27). Η χαμηλότερη αναφερόμενη συχνότητα αφορούσε τη «σεξουαλική παρενόχληση» (MT 1,13, TA 0,55). Η αναλυτική περιγραφική αποτίμηση της συχνότητας των επιμέρους μορφών λεκτικής βίας παρουσιάζεται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5. Επιμέρους μορφές λεκτικής βίας: περιγραφική αποτίμηση της συχνότητας, συνολικά και ανά κατηγορία προσωπικού

Είδος λεκτικής βίας	Σύνολο MT (TA)	Εργαστηριακό προσωπικό MT (TA)	Νοσηλευτικό προσωπικό MT (TA)
Βίαιος θυμός	2,61 (1,37)	2,44 (1,38)	2,69 (1,36)
Συγκατάβαση	2,06 (1,18)	1,91 (1,28)	2,14 (1,13)
Προσβολή συγκαλυμμένη σε αστείο	2,52 (1,25)	2,50 (1,26)	2,53 (1,25)
Αδιαφορία	2,23 (1,13)	1,91 (0,97)	2,38 (1,17)
Ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση	2,59 (1,19)	2,41 (1,05)	2,69 (1,24)
Επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών	2,65 (1,10)	2,59 (1,03)	2,68 (1,14)
Έντονη κριτική	2,59 (1,27)	2,30 (1,15)	2,73 (1,31)
Απόρριψη, αποδοκιμασία	2,10 (1,18)	1,81 (1,08)	2,24 (1,20)
Απειλή	2,32 (1,22)	2,11 (1,09)	2,42 (1,28)
Σεξουαλική παρενόχληση	1,13 (0,55)	1,19 (0,69)	1,11 (0,47)

Σημείωση: Κλίμακα 1–5. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη αναφερόμενη συχνότητα. MT: μέση τιμή. TA: τυπική απόκλιση.

Ως προς τη σοβαρότητα, οι υψηλότερες μέσες τιμές στο σύνολο του δείγματος παρατηρήθηκαν για την «επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών» (MT 2,63, TA 1,20), την «έντονη κριτική» (MT 2,62, TA 1,31), τον «βίαιος θυμός» (MT 2,58, TA 1,46) και την «προσβολή συγκαλυμμένη σε αστείο» (MT 2,56, TA 1,27). Και σε αυτή τη διάσταση, η «σεξουαλική παρενόχληση» εμφάνισε τη χαμηλότερη μέση τιμή (MT 1,16, TA 0,66). Η περιγραφική αποτίμηση της σοβαρότητας παρουσιάζεται στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6. Επιμέρους μορφές λεκτικής βίας: περιγραφική αποτίμηση της σοβαρότητας, συνολικά και ανά κατηγορία προσωπικού

Είδος λεκτικής βίας	Σύνολο MT (TA)	Εργαστηριακό προσωπικό MT (TA)	Νοσηλευτικό προσωπικό MT (TA)
Βίαιος θυμός	2,58 (1,46)	2,42 (1,42)	2,66 (1,48)
Συγκατάβαση	1,96 (1,29)	1,81 (1,26)	2,03 (1,31)
Προσβολή συγκαλυμμένη σε αστείο	2,56 (1,27)	2,55 (1,25)	2,57 (1,29)
Αδιαφορία	2,24 (1,17)	1,98 (1,11)	2,36 (1,19)
Ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση	2,41 (1,18)	2,12 (0,98)	2,54 (1,24)
Επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών	2,63 (1,20)	2,53 (1,07)	2,67 (1,27)
Έντονη κριτική	2,62 (1,31)	2,31 (1,21)	2,77 (1,34)
Απόρριψη, αποδοκιμασία	2,03 (1,22)	1,69 (1,04)	2,19 (1,27)
Απειλή	2,31 (1,24)	2,14 (1,14)	2,40 (1,28)
Σεξουαλική παρενόχληση	1,16 (0,66)	1,22 (0,81)	1,13 (0,57)

Σημείωση: Κλίμακα 1–5. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα. MT: μέση τιμή. TA: τυπική απόκλιση.

7.4 Πρώτες γνωστικές αντιδράσεις μετά το επεισόδιο λεκτικής βίας (Ερώτηση 8)

Η ποσοτική ενότητα της Ερώτησης 8, η οποία περιλάμβανε 13 κλειστά στοιχεία αξιολόγησης των πρώτων σκέψεων μετά το επεισόδιο λεκτικής βίας, συμπληρώθηκε πλήρως από όλους τους συμμετέχοντες. Η μέση συνολική βαθμολογία της ενότητας ήταν 2,45 (0,49), με υψηλότερη μέση τιμή στο νοσηλευτικό προσωπικό [2,49 (0,48)] σε σύγκριση με το εργαστηριακό προσωπικό [2,36 (0,52)]. Σε διερευνητική σύγκριση των συνολικών μέσων βαθμολογιών ανά κατηγορία προσωπικού, η διαφορά ήταν στατιστικώς σημαντική (Mann–Whitney U=3442, $p=0,042$). Οι υψηλότερες μέσες τιμές στο σύνολο του δείγματος καταγράφηκαν για τις σκέψεις «Δεν έκανα κάτι κακό» (MT 3,48, TA 1,22), «Δε είχε κανένα δικαίωμα» (MT 3,38, TA 1,34) και «Δεν αξίζω να μου συμπεριφέρονται έτσι» (MT 3,03, TA 1,41). Αντίθετα, οι χαμηλότερες τιμές παρατηρήθηκαν στις σκέψεις αυτοενοχοποίησης, όπως το «Μάλλον εγώ φταίω· θα πρέπει να έκανα κάποιο λάθος» (MT 1,48, TA 0,78). Οι αναλυτικές τιμές των επιμέρους γνωστικών αντιδράσεων παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.

Πίνακας 7. Πρώτες γνωστικές αντιδράσεις μετά το επεισόδιο λεκτικής βίας (Ερώτηση 8), συνολικά και ανά κατηγορία προσωπικού

Στοιχείο	Σύνολο MT (TA)	Εργαστηριακό προσωπικό MT (TA)	Νοσηλευτικό προσωπικό MT (TA)
Τι χαζός!	2,15 (1,05)	1,94 (0,89)	2,26 (1,11)
Δεν αξίζω να μου συμπεριφέρονται έτσι	3,03 (1,41)	3,12 (1,37)	2,98 (1,44)
Μπορώ να το αντέξω	2,88 (1,06)	2,78 (1,00)	2,92 (1,09)
Δε είχε κανένα δικαίωμα	3,38 (1,34)	3,66 (1,32)	3,25 (1,33)
Δεν έκανα κάτι κακό	3,48 (1,22)	3,53 (1,22)	3,46 (1,22)
Θα βρω το μπελά μου για αυτό	2,03 (0,88)	1,83 (0,81)	2,13 (0,90)
Γιατί δεν μπορώ να κάνω κάτι σωστό όταν εργάζομαι με τον/την	1,83 (0,98)	1,81 (0,96)	1,83 (0,99)
Δεν ξέρω πως να το χειριστώ	2,54 (1,09)	2,45 (1,05)	2,58 (1,10)
Αυτό πιθανώς μπορεί να με πληγώσει	2,53 (1,24)	2,17 (1,18)	2,71 (1,24)
Μάλλον εγώ φταίω· θα πρέπει να έκανα κάποιο λάθος	1,48 (0,78)	1,34 (0,60)	1,54 (0,84)
Δε είχα πρόβλημα με κανέναν άλλο	2,68 (1,34)	2,42 (1,27)	2,80 (1,36)
Γιατί είμαι μονίμως εγώ που του/της δημιουργώ πρόβλημα; Δεν φωνάζει σε κανέναν άλλο	1,87 (0,92)	1,72 (0,77)	1,95 (0,98)
Γιατί τον/την αφήνω να με αναστατώνει τόσο πολύ ώστε να κλαίω;	1,94 (1,03)	1,91 (1,02)	1,96 (1,04)

Σημείωση: Κλίμακα 1–5. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν ισχυρότερη συμφωνία/ένταση της συγκεκριμένης σκέψης. Οι προαιρετικές ανοικτές καταχωρίσεις δεν συμπεριλήφθηκαν στην ποσοτική ανάλυση. MT: μέση τιμή. TA: τυπική απόκλιση.

7.5 Στρατηγικές διαχείρισης του επεισοδίου λεκτικής βίας (Ερώτηση 9)

Η ποσοτική ενότητα της Ερώτησης 9, η οποία περιλάμβανε 13 κλειστά στοιχεία σχετικά με τις στρατηγικές διαχείρισης του επεισοδίου, συμπληρώθηκε πλήρως από όλους τους συμμετέχοντες. Η μέση συνολική βαθμολογία ήταν 2,75 (0,47). Το νοσηλευτικό προσωπικό εμφάνισε οριακά υψηλότερη μέση τιμή [2,78 (0,46)] σε σύγκριση με το εργαστηριακό προσωπικό [2,69 (0,49)], χωρίς όμως στατιστικώς σημαντική διαφορά (Mann–Whitney $U=3755$, $p=0,236$). Οι συχνότερα αναφερόμενες στρατηγικές ήταν η «προσπάθεια να δω την κατάσταση με χιούμορ» (MT 3,20, TA 1,17), η «αποστασιοποίηση από την κατάσταση» (MT 3,04, TA 1,01) και το «να μιλάω στον εαυτό μου με καθησυχαστικό τρόπο» (MT 3,03, TA 1,03). Αντιθέτως, η τάση «να κατηγορώ τον εαυτό μου» εμφάνισε τη χαμηλότερη μέση τιμή (MT 1,85, TA 0,73). Οι αναλυτικές τιμές των στρατηγικών διαχείρισης παρουσιάζονται στον Πίνακα 8.

Πίνακας 8. Στρατηγικές διαχείρισης του επεισοδίου λεκτικής βίας (Ερώτηση 9), συνολικά και ανά κατηγορία προσωπικού

Στοιχείο	Σύνολο MT (TA)	Εργαστηριακό προσωπικό MT (TA)	Νοσηλευτικό προσωπικό MT (TA)
Προσπάθησα να δω την κατάσταση με προοπτική	2,92 (0,98)	2,83 (0,95)	2,96 (1,00)
Ζήτησα βοήθεια και υποστήριξη από άλλους	2,54 (1,07)	2,58 (0,94)	2,53 (1,13)
Προσπάθησα να ξεκαθαρίσω πιθανή παρανόηση	2,97 (1,03)	2,98 (1,09)	2,96 (1,01)
Βρήκα θετικές ασχολίες που μείωσαν την ένταση μου	2,32 (1,11)	1,73 (0,80)	2,60 (1,13)
Μιλώ στον εαυτό μου με καθησυχαστικό τρόπο	3,03 (1,03)	2,97 (1,02)	3,05 (1,03)
Μιλώ απευθείας στους συναδέλφους για το επεισόδιο	2,96 (1,22)	3,16 (1,20)	2,87 (1,22)
Δεν μιλάω με τους υβριστές συναδέλφους	2,94 (1,12)	2,88 (1,13)	2,97 (1,12)
Αποστασιοποιούμαι από την κατάσταση	3,04 (1,01)	2,78 (0,95)	3,16 (1,02)
Κρατώ τα αισθήματα για τον εαυτό μου	2,98 (1,17)	3,22 (1,20)	2,87 (1,15)
Βρήκα αμφιλεγόμενες ασχολίες που μειώνουν το άγχος μου	2,02 (1,00)	1,81 (0,94)	2,12 (1,02)
Τείνω να κατηγορώ τον εαυτό μου	1,85 (0,73)	1,77 (0,61)	1,89 (0,79)
Έχω ευσεβείς πόθους ότι όλα θα βελτιωθούν	2,97 (1,02)	3,09 (1,02)	2,92 (1,02)
Προσπάθησα να δω την κατάσταση με χιούμορ	3,20 (1,17)	3,23 (1,18)	3,18 (1,18)

Σημείωση: Κλίμακα 1–5. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν συχνότερη ή εντονότερη υιοθέτηση της συγκεκριμένης στρατηγικής. Οι προαιρετικές ανοικτές καταχωρίσεις δεν συμπεριλήφθηκαν στην ποσοτική ανάλυση. MT: μέση τιμή. TA: τυπική απόκλιση.

7.6 Αντιλαμβανόμενες συνέπειες της λεκτικής βίας (Ερώτηση 10)

Η ποσοτική ενότητα της Ερώτησης 10, η οποία αφορούσε 13 κλειστά στοιχεία σχετιζόμενα με τις συνέπειες της λεκτικής βίας, συμπληρώθηκε πλήρως από όλους τους συμμετέχοντες. Η μέση συνολική βαθμολογία των συνεπειών ήταν 2,33 (0,58), με υψηλότερη μέση τιμή στο νοσηλευτικό προσωπικό [2,37 (0,59)] έναντι του εργαστηριακού προσωπικού [2,24 (0,58)], χωρίς η διαφορά να φθάνει το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (Mann–Whitney U=3583, p=0,100). Οι σημαντικότερες αναφερόμενες συνέπειες ήταν η «επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδερφο» (MT 2,89,

TA 1,07), η «μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία» (MT 2,78, TA 1,01) και η «μείωση της εμπιστοσύνης και υποστήριξης στον χώρο εργασίας» (MT 2,58, TA 1,09). Η χαμηλότερη μέση τιμή αφορούσε την «αύξηση των ωρών αποχής από την εργασία» (MT 1,86, TA 0,99). Οι αναλυτικές τιμές των επιμέρους αντιλαμβανόμενων συνεπειών παρουσιάζονται στον Πίνακα 9.

Πίνακας 9. Αντιλαμβανόμενες συνέπειες της λεκτικής βίας (Ερώτηση 10), συνολικά και ανά κατηγορία προσωπικού

Στοιχείο	Σύνολο MT (TA)	Εργαστηριακό προσωπικό MT (TA)	Νοσηλευτικό προσωπικό MT (TA)
Επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδερφο	2,89 (1,07)	3,06 (1,01)	2,80 (1,09)
Επιδείνωση των σχέσεων με άτομα εκτός του εργασιακού περιβάλλοντος	2,00 (1,02)	1,84 (1,01)	2,08 (1,02)
Επιδείνωση της σχέσης με το υπόλοιπο προσωπικό	2,17 (0,95)	2,25 (0,96)	2,14 (0,94)
Μείωση της εμπιστοσύνης και υποστήριξης στον χώρο εργασίας	2,58 (1,09)	2,56 (1,02)	2,59 (1,12)
Μειωμένη αυτοεκτίμηση	1,99 (0,77)	1,98 (0,68)	1,99 (0,81)
Μειωμένη εμπιστοσύνη στον εαυτό σου	2,06 (0,86)	2,09 (0,83)	2,04 (0,88)
Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία	2,53 (1,00)	2,38 (0,93)	2,60 (1,03)
Μειωμένη απόδοση και ανταπόκριση στις επαγγελματικές απαιτήσεις (αύξηση λαθών)	2,44 (0,97)	2,28 (0,88)	2,51 (1,00)
Επιβάρυνση της υγείας	2,34 (1,04)	2,12 (1,03)	2,45 (1,03)
Μείωση του αισθήματος άνεσης/ευεξίας στον χώρο εργασίας	2,50 (0,98)	2,38 (0,93)	2,56 (1,00)
Μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία	2,78 (1,01)	2,72 (0,97)	2,81 (1,04)
Αύξηση των ωρών αποχής από την εργασία	1,86 (0,99)	1,61 (0,85)	1,98 (1,03)
Διαμαρτυρία των υπολοίπων εργαζομένων αφού επωμίζονται την αποχή του λεκτικά κακοποιημένου συναδέλφου	2,16 (1,10)	1,84 (0,91)	2,31 (1,15)

Σημείωση: Κλίμακα 1–5. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη αντιλαμβανόμενη βαρύτητα της συγκεκριμένης συνέπειας. Οι προαιρετικές ανοικτές καταχωρίσεις δεν συμπεριλήφθηκαν στην ποσοτική ανάλυση. MT: μέση τιμή. TA: τυπική απόκλιση.

7.7 Συναισθηματική ανταπόκριση μετά την εμπειρία της λεκτικής βίας (Ερώτηση 11)

Η ποσοτική ενότητα της Ερώτησης 11, η οποία περιλάμβανε 18 κλειστά στοιχεία σχετικά με τα συναισθήματα που ακολούθησαν την εμπειρία λεκτικής βίας, συμπληρώθηκε πλήρως από όλους τους συμμετέχοντες (N=195). Η μέση συνολική βαθμολογία ήταν 2,36 (0,54), με ελαφρώς υψηλότερες τιμές στο νοσηλευτικό προσωπικό [2,40 (0,55)] σε σχέση με το εργαστηριακό προσωπικό [2,27 (0,50)], χωρίς στατιστικώς σημαντική διαφορά (Mann–Whitney U=3682,5, p=0,168). Τα συχνότερα αναφερόμενα συναισθήματα ήταν ο «θυμός» (MT 3,00, TA 1,05), η «αηδία» (MT 2,85, TA 1,11), το «σοκ και η έκπληξη» (MT 2,79, TA 1,04) και η «απογοήτευση/απελπισία» (MT 2,77, TA 0,93). Η χαμηλότερη μέση τιμή παρατηρήθηκε στο συναίσθημα «υπεύθυνος/η» (MT 1,61, TA 0,77). Οι αναλυτικές τιμές της συναισθηματικής ανταπόκρισης παρουσιάζονται στον Πίνακα 10.

Πίνακας 10. Συναισθηματική ανταπόκριση μετά την εμπειρία λεκτικής βίας (Ερώτηση 11), συνολικά και ανά κατηγορία προσωπικού

Στοιχείο	Σύνολο MT (TA)	Εργαστηριακό προσωπικό MT (TA)	Νοσηλευτικό προσωπικό MT (TA)
Απογοήτευση, Απελπισία	2,77 (0,93)	2,70 (0,77)	2,80 (1,00)
Θυμό	3,00 (1,05)	2,94 (0,92)	3,03 (1,10)
Αηδία	2,85 (1,11)	2,86 (1,02)	2,85 (1,15)
Ντροπή και εξευτελισμό	2,14 (1,01)	2,02 (0,83)	2,20 (1,09)
Λύπη	2,57 (1,02)	2,39 (0,88)	2,66 (1,07)
Ανήμπορος/η	1,97 (1,02)	1,94 (0,96)	1,99 (1,06)
Αδύναμος/η	1,85 (1,00)	1,77 (0,94)	1,89 (1,03)
Σοκ και έκπληξη	2,79 (1,04)	2,80 (0,98)	2,79 (1,07)
Μπερδεμένος/η	2,56 (0,96)	2,50 (0,87)	2,59 (1,01)
Υπεύθυνος/η	1,61 (0,77)	1,50 (0,59)	1,66 (0,84)
Απειλή	1,99 (1,07)	1,81 (1,07)	2,08 (1,06)
Σόγχυση	2,51 (1,06)	2,44 (0,99)	2,55 (1,10)
Ήττα	2,04 (1,05)	1,92 (0,95)	2,10 (1,09)
Αδιάφορος/η	2,73 (0,99)	2,70 (0,92)	2,74 (1,03)
Φόβος	2,18 (1,02)	1,98 (0,79)	2,27 (1,10)
Απομόνωση	2,00 (0,93)	1,91 (0,90)	2,05 (0,94)
Παραξηγημένος/η	2,49 (0,92)	2,44 (0,91)	2,52 (0,93)
Μη υποστήριξη	2,36 (1,00)	2,25 (0,82)	2,42 (1,08)

Σημείωση: Κλίμακα 1–5. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ένταση του συγκεκριμένου συναισθήματος. Οι προαιρετικές ανοικτές καταχωρίσεις δεν συμπεριλήφθηκαν στην ποσοτική ανάλυση. ΜΤ: μέση τιμή. ΤΑ: τυπική απόκλιση.

7.8 Συγκριτική ανάλυση ανά κατηγορία προσωπικού

Στη συγκριτική ανάλυση μεταξύ νοσηλευτικού και εργαστηριακού προσωπικού διερευνήθηκαν τόσο τα βασικά δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά όσο και οι κύριες παράμετροι της λεκτικής βίας και οι σύνθετοι δείκτες του VAS-GR. Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στην κατανομή του φύλου, της ηλικιακής ομάδας ή της διάρκειας εργασίας στο δημόσιο σύστημα υγείας μεταξύ των δύο κατηγοριών προσωπικού. Αντιθέτως, το επίπεδο εκπαίδευσης διέφερε στατιστικώς σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων ($\chi^2=8.37$, $p=0.015$), γεγονός που υποδηλώνει διαφορετική εκπαιδευτική σύνθεση του νοσηλευτικού και του εργαστηριακού προσωπικού. Ειδικότερα, το εργαστηριακό προσωπικό εμφάνισε συχνότερα πανεπιστημιακή εκπαίδευση (40/64, 62.5%), ενώ στο νοσηλευτικό προσωπικό καταγράφηκε υψηλότερο ποσοστό υποχρεωτικής εκπαίδευσης (49/131, 37.4%). Τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά ανά κατηγορία προσωπικού παρουσιάζονται στον Πίνακα 11.

Αναφορικά με τα βασικά χαρακτηριστικά της λεκτικής βίας, δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση ως προς την παρουσία τρίτων κατά το επεισόδιο, την αντίληψη ότι ο υβριστής γνώριζε το αποτέλεσμα της πράξης του ή τον βαθμό στον οποίο το επεισόδιο αξιολογήθηκε ως αγχωτικό. Ωστόσο, η σχέση με τον υβριστή διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων ($\chi^2=30.25$, $p<0.001$, Cramer's $V=0.394$), στοιχείο που δείχνει ότι το πλαίσιο μέσα στο οποίο εκδηλώνεται η λεκτική βία δεν είναι ομοιόμορφο μεταξύ των κατηγοριών προσωπικού. Ειδικότερα, το νοσηλευτικό προσωπικό ανέφερε συχνότερα ως πηγή λεκτικής βίας τον ασθενή, συγγενή ή επισκέπτη (59/131, 45.0%), ενώ το εργαστηριακό προσωπικό συχνότερα ανέφερε ανώτερο ή προϊστάμενο (34/64, 53.1%) ή ομοιόβαθμο συνεργάτη (21/64, 32.8%). Επιπλέον, το νοσηλευτικό προσωπικό ανέφερε υψηλότερη αντιλαμβανόμενη συνολική συχνότητα λεκτικής βίας στους εργαζομένους (Mann–Whitney $U=2856.5$, $p<0.001$), καθώς και υψηλότερη προσωπική συχνότητα έκθεσης σε επεισόδια λεκτικής βίας ($U=3261.5$, $p=0.008$), σε σύγκριση με το εργαστηριακό

προσωπικό. Οι συγκρίσεις των βασικών χαρακτηριστικών της λεκτικής βίας ανά κατηγορία προσωπικού παρουσιάζονται στον Πίνακα 12.

Σε επίπεδο σύνθετων δεικτών του VAS-GR, στατιστικώς σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν μόνο στη μέση σοβαρότητα των μορφών λεκτικής βίας της E7 ($U=3459.0$, $p=0.047$, $r=0.142$) και στις πρώτες γνωστικές αντιδράσεις της E8 ($U=3442.0$, $p=0.042$, $r=0.145$), με το νοσηλευτικό προσωπικό να εμφανίζει υψηλότερες βαθμολογίες και στις δύο περιπτώσεις, όπως φα. Για τους υπόλοιπους σύνθετους δείκτες, δηλαδή τη μέση συχνότητα των μορφών λεκτικής βίας, τις στρατηγικές διαχείρισης, τις αντιλαμβανόμενες συνέπειες και τη συναισθηματική ανταπόκριση, δεν τεκμηριώθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Συνολικά, τα ευρήματα της ενότητας αυτής υποδηλώνουν ότι η κατηγορία προσωπικού συνδέεται περισσότερο με τη συχνότητα έκθεσης, το πλαίσιο εκδήλωσης και την αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα της λεκτικής βίας παρά με τις μεταγενέστερες συνέπειες ή τη συναισθηματική αντίδραση. Παρά το γεγονός ότι τα μεγέθη επίδρασης των στατιστικώς σημαντικών διαφορών ήταν μικρά, η κατεύθυνση των ευρημάτων παραμένει συνεπής υπέρ μεγαλύτερης επιβάρυνσης του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι συγκρίσεις των σύνθετων δεικτών του VAS-GR ανά κατηγορία προσωπικού παρουσιάζονται στον Πίνακα 13.

Πίνακας 11. Συγκριτική ανάλυση δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών ανά κατηγορία προσωπικού

Μεταβλητή	Κατηγορία	Εργαστηριακό προσωπικό (n=64)	Νοσηλευτικό προσωπικό (n=131)	p	Cramer's V
Φύλο	Γυναίκα	41 (64.1%)	95 (72.5%)	0.298	0.075
	Άνδρας	23 (35.9%)	36 (27.5%)		
Ηλικία	20–30	9 (14.1%)	6 (4.6%)	0.121	0.173
	31–40	22 (34.4%)	44 (33.6%)		
	41–50	20 (31.2%)	50 (38.2%)		
	51–60	13 (20.3%)	31 (23.7%)		
	61–70	10 (15.6%)	20 (15.3%)		
Διάρκεια εργασίας στο δημόσιο	1–5	11 (17.2%)	16 (12.2%)	0.772	0.114
	6–10	20 (31.2%)	40 (30.5%)		
	11–15	10 (15.6%)	32 (24.4%)		
	16–20	8 (12.5%)	16 (12.2%)		
	21–25	4 (6.2%)	8 (6.1%)		
	26–30	11 (17.2%)	19 (14.5%)		
	31–35	10 (15.6%)	20 (15.3%)		
Εκπαίδευση	Υποχρεωτική	13 (20.3%)	49 (37.4%)	0.015	0.207
	Πανεπιστημιακή (ΑΕΙ-ΤΕΙ)	40 (62.5%)	54 (41.2%)		
	Μεταπτυχιακό	11 (17.2%)	28 (21.4%)		

Πίνακας 12. Συγκριτική ανάλυση βασικών χαρακτηριστικών λεκτικής βίας ανά κατηγορία προσωπικού

Μεταβλητή	Δείκτης/Κατηγορία	Εργαστηριακό προσωπικό (n=64)	Νοσηλευτικό προσωπικό (n=131)	Έλεγχος	p	Μέγεθος επίδρασης
Παρουσία τρίτων κατά το επεισόδιο	Ναι	34 (53.1%)	87 (66.4%)	χ^2	0.101	V=0.17
	Όχι	30 (46.9%)	44 (33.6%)	χ^2		
Σχέση με τον υβριστή (συμπυγμένη κατηγοριοποίηση)	Ανώτερος/προϊστάμενος	34 (53.1%)	39 (29.8%)	χ^2	<0.001	V=0.394
	Ομοιόβαθμος	21 (32.8%)	24 (18.3%)	χ^2		
	Υφιστάμενος/κατώτερος	5 (7.8%)	9 (6.9%)	χ^2		
	Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης	4 (6.2%)	59 (45.0%)	χ^2		
Αντίληψη ότι ο υβριστής γνώριζε το αποτέλεσμα	Ναι	24 (37.5%)	67 (51.1%)	χ^2	0.101	V=0.17
	Όχι	40 (62.5%)	64 (48.9%)	χ^2		
Αντιλαμβανόμενη συχνότητα λεκτικής βίας στους εργαζομένους	Διάμεσος (IQR)	3.00 (3.00–5.00)	4.00 (3.00–5.00)	Mann–Whitney U	<0.001	r=0.269
Προσωπική συχνότητα έκθεσης στη λεκτική βία	Διάμεσος (IQR)	3.00 (2.00–3.00)	3.00 (3.00–4.00)	Mann–Whitney U	0.008	r=0.189
Βαθμός στρεσογόνου επιβάρυνσης	Διάμεσος (IQR)	4.00 (4.00–5.00)	4.00 (4.00–5.00)	Mann–Whitney U	0.481	r=0.050

Πίνακας 13. Συγκριτική ανάλυση σύνθετων δεικτών VAS -GR ανά κατηγορία προσωπικού

Δείκτης	Εργαστηριακό προσωπικό Διάμεσος (IQR)		Νοσηλευτικό προσωπικό Διάμεσος (IQR)		Mann–Whitney U	p	r
E7: μέση συχνότητα μορφών λεκτικής βίας	1.95	(1.68–2.40)	2.10	(1.80–2.90)	3520.0	0.069	0.130
E7: μέση σοβαρότητα μορφών λεκτικής βίας	1.90	(1.50–2.30)	2.00	(1.80–2.80)	3459.0	0.047	0.142
E8: μέση βαθμολογία πρώτων γνωστικών αντιδράσεων	2.31	(2.08–2.69)	2.54	(2.23–2.77)	3442.0	0.042	0.145
E9: μέση βαθμολογία στρατηγικών διαχείρισης	2.85	(2.67–3.00)	2.85	(2.62–3.08)	3755.0	0.236	0.085
E10: μέση βαθμολογία αντιλαμβανόμενων συνεπειών	2.15	(1.92–2.48)	2.31	(2.00–2.81)	3583.0	0.100	0.118
E11: μέση βαθμολογία συναισθηματικής ανταπόκρισης	2.33	(2.04–2.51)	2.39	(2.06–2.72)	3682.5	0.168	0.099

Σημείωση: Για τις κατηγορικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 του Pearson. Για τις διατακτικές μεταβλητές και τους σύνθετους δείκτες χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Mann–Whitney U, σύμφωνα με τον έλεγχο κανονικότητας των σύνθετων βαθμολογιών.

7.9 Πολυπαραγοντικές αναλύσεις

Προκειμένου να αποτυπωθεί με μεγαλύτερη πληρότητα η δομή της λεκτικής βίας στο εργασιακό περιβάλλον, διενεργήθηκε ένα πρόσθετο σύνολο αναλύσεων. Οι αναλύσεις αυτές περιέλαβαν: (α) συσχετίσεις μεταξύ των βασικών σύνθετων δεικτών της E7, της E10 και της E11, (β) συγκρίσεις των κύριων εκβάσεων ανά φύλο, (γ) διερεύνηση των κύριων εκβάσεων ανά σχέση με τον υβριστή, μετά από αναλυτική ομαδοποίηση των επιμέρους κατηγοριών, και (δ) πολυπαραγοντική ανάλυση, με προσθήκη μοντέλου για τον δείκτη συνεπειών της E10.

7.9.1 Συσχετίσεις μεταξύ E7, E10 ΚΑΙ E11

Οι συσχετίσεις Spearman μεταξύ των βασικών σύνθετων δεικτών ανέδειξαν συνεπές πρότυπο θετικών συσχετίσεων. Η συχνότητα και η σοβαρότητα των μορφών λεκτικής βίας της E7 παρουσίασαν πολύ ισχυρή μεταξύ τους συσχέτιση ($\rho = 0.924$, $p < 0.001$), γεγονός που τεκμηριώνει ότι οι δύο διαστάσεις αποτυπώνουν στενά συνδεδεμένες όψεις της ίδιας εμπειρίας. Η σοβαρότητα της E7 εμφάνισε μέτρια θετική συσχέτιση τόσο με τον δείκτη συνεπειών της E10 ($\rho = 0.445$, $p < 0.001$) όσο και με τον δείκτη συναισθηματικής ανταπόκρισης της E11 ($\rho = 0.408$, $p < 0.001$). Η ισχυρότερη

συσχέτιση μεταξύ των downstream δεικτών παρατηρήθηκε μεταξύ E10 και E11 ($\rho = 0.631$, $p < 0.001$), υποδηλώνοντας ότι η αντιλαμβανόμενη βαρύτητα των συνεπειών συνδέεται στενά με την ένταση της συναισθηματικής επιβάρυνσης. Οι συσχετίσεις μεταξύ των βασικών σύνθετων δεικτών παρουσιάζονται στον Πίνακα 14.

Πίνακας 14. Συσχετίσεις Spearman μεταξύ των σύνθετων δεικτών της E7, της E10 και της E11 (N=195)

Δείκτης	E7 συχνότητα	E7 σοβαρότητα	E10 συνέπειες	E11 συναισθηματική ανταπόκριση
E7 συχνότητα	—	$\rho=0.924$ $p<0.001$	$\rho=0.342$ $p<0.001$	$\rho=0.368$ $p<0.001$
E7 σοβαρότητα		—	$\rho=0.445$ $p<0.001$	$\rho=0.408$ $p<0.001$
E10 συνέπειες			—	$\rho=0.631$ $p<0.001$
E11 συναισθηματική ανταπόκριση				—

Σημείωση: Στα κελιά αναγράφονται ο συντελεστής συσχέτισης Spearman (ρ) και το αντίστοιχο p-value. Η E7 παρουσιάζεται χωριστά ως συχνότητα και ως σοβαρότητα, δεδομένου ότι το ερωτηματολόγιο αποτυπώνει δύο διακριτές αλλά στενά συσχετιζόμενες διαστάσεις.

7.9.2 Διερεύνηση ανά φύλο

Η ανάλυση ανά φύλο έδειξε ότι οι γυναίκες ανέφεραν υψηλότερη αντιλαμβανόμενη συνολική συχνότητα λεκτικής βίας στο εργασιακό περιβάλλον σε σύγκριση με τους άνδρες (MT 4.29 έναντι 3.85, $p = 0.028$). Επιπλέον, οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερες τιμές τόσο στη συχνότητα των μορφών λεκτικής βίας της E7 (MT 2.50 έναντι 1.78, $p < 0.001$) όσο και στη σοβαρότητα των μορφών λεκτικής βίας της ίδιας ενότητας (MT 2.42 έναντι 1.85, $p < 0.001$). Αντίθετα, δεν τεκμηριώθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς την προσωπική έκθεση στη λεκτική βία, τον βαθμό στρεσογόνου επιβάρυνσης, τις γνωστικές αντιδράσεις, τις στρατηγικές διαχείρισης, τις αντιλαμβανόμενες συνέπειες ή τη συναισθηματική ανταπόκριση. Οι συγκρίσεις των κύριων εκβάσεων ανά φύλο παρουσιάζονται στον Πίνακα 15.

Πίνακας 15. Συγκρίσεις των κύριων εκβάσεων ανά φύλο

Έκβαση	Ανδρες MT (TA)	Γυναίκες MT (TA)	U	p	r
Ερ.3 Αντιλαμβανόμενη συνολική συχνότητα λεκτικής βίας	3.85 (1.05)	4.29 (1.25)	3246.0	0.028	0.152
Ερ.5 Προσωπική έκθεση στη λεκτική βία	3.44 (1.41)	3.43 (1.12)	3816.0	0.571	0.039
Ερ.6 Βαθμός στρες	4.36 (1.35)	4.47 (1.12)	3865.0	0.676	0.029
E7 Συχνότητα μορφών λεκτικής βίας	1.78 (0.57)	2.50 (0.87)	2039.0	<0.001	0.390
E7 Σοβαρότητα μορφών λεκτικής βίας	1.85 (0.54)	2.42 (0.94)	2525.5	<0.001	0.294
E8 Γνωστικές αντιδράσεις	2.38 (0.48)	2.48 (0.50)	3516.0	0.170	0.098
E9 Στρατηγικές διαχείρισης	2.79 (0.42)	2.73 (0.49)	4197.5	0.608	0.037
E10 Συνέπειες	2.25 (0.56)	2.37 (0.59)	3853.5	0.662	0.031
E11 Συναισθηματική ανταπόκριση	2.31 (0.57)	2.38 (0.52)	3873.0	0.702	0.027

Σημείωση: Για τις συγκρίσεις ανά φύλο χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Mann–Whitney U. Το r αντιστοιχεί σε μη παραμετρικό μέγεθος επίδρασης.

7.9.3 Διερεύνηση ανά σχέση με τον υβριστή

Για τη αυτή ανάλυση, η μεταβλητή της σχέσης με τον υβριστή ομαδοποιήθηκε σε τρεις αναλυτικά σταθερότερες κατηγορίες: «Ανώτερος» (άμεσος προϊστάμενος ή άλλος ανώτερος, $n = 73$), «Ομότιμος/κατώτερος» (ομοιόβαθμος, άμεσα υφιστάμενος ή άλλος κατώτερος, $n = 59$) και «Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης» ($n = 63$). Η ανάλυση έδειξε στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων ως προς τον βαθμό στρες, τη σοβαρότητα των μορφών λεκτικής βίας, τις γνωστικές αντιδράσεις, τις αντιλαμβανόμενες συνέπειες και τη συναισθηματική ανταπόκριση. Τα υψηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης παρατηρήθηκαν συστηματικά στην ομάδα «Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης» για τις γνωστικές αντιδράσεις, τις συνέπειες και τη συναισθηματική ανταπόκριση, ενώ ως προς τον άμεσο βαθμό στρες η υψηλότερη μέση τιμή παρατηρήθηκε στην ομάδα «Ομότιμος/κατώτερος». Οι κύριες εκβάσεις ανά ομαδοποιημένη σχέση με τον υβριστή παρουσιάζονται στον Πίνακα 16.

Πίνακας 16. Κύριες εκβάσεις ανά ομαδοποιημένη σχέση με τον υβριστή

Έκβαση	Ανώτερος MT (TA)	Ομότιμος/κατώτερος MT (TA)	Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης MT (TA)	H	p	ε^2
Ερ.6 Βαθμός στρες	4.18 (1.32)	4.73 (1.10)	4.46 (1.06)	10.21	0.006	0.043
E7 Σοβαρότητα	2.27 (0.96)	1.90 (0.62)	2.55 (0.88)	16.09	<0.001	0.073
E8 Γνωστικές αντιδράσεις	2.41 (0.52)	2.37 (0.56)	2.57 (0.36)	9.05	0.011	0.037
E10 Συνέπειες	2.28 (0.58)	2.18 (0.50)	2.53 (0.61)	10.58	0.005	0.045
E11 Συναισθηματική ανταπόκριση	2.27 (0.48)	2.24 (0.56)	2.57 (0.52)	15.40	<0.001	0.070

Σημείωση: Για τις συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Kruskal–Wallis. Το ε^2 αντιστοιχεί σε μη παραμετρικό μέγεθος επίδρασης.

Οι μεταγενέστερες ζεύγη-προς-ζεύγη συγκρίσεις με διόρθωση Holm έδειξαν ότι: (α) ο βαθμός στρες ήταν υψηλότερος όταν ο υβριστής ήταν ομότιμος ή κατώτερος σε σύγκριση με ανώτερο, (β) η σοβαρότητα της E7 ήταν υψηλότερη όταν ο υβριστής ήταν ασθενής, συγγενής ή επισκέπτης σε σύγκριση με ομότιμο/κατώτερο, (γ) οι συνέπειες της E10 και η συναισθηματική ανταπόκριση της E11 ήταν υψηλότερες όταν ο υβριστής ανήκε στην ομάδα ασθενής/συγγενής/επισκέπτης σε σύγκριση τόσο με ανώτερο όσο και με ομότιμο/κατώτερο, και (δ) οι γνωστικές αντιδράσεις της E8 ήταν υψηλότερες στην ομάδα ασθενής/συγγενής/επισκέπτης σε σύγκριση με την ομάδα ανωτέρου. Τα αποτελέσματα των ζεύγη-προς-ζεύγη συγκρίσεων με διόρθωση Holm παρουσιάζονται στον Πίνακα 17.

Πίνακας 17. Ζεύγη προς ζεύγη συγκρίσεις με διόρθωση Holm για τις σημαντικές αναλύσεις ανά σχέση με τον υβριστή

Έκβαση	Σύγκριση	Υψηλότερη τιμή	U	p (Holm)	Σημαντική διαφορά
E6 Βαθμός στρες	Ανώτερος vs Ομότιμος/κατώτερος	Ομότιμος/κατώτερος	1504.0	0.006	Ναι
E6 Βαθμός στρες	Ανώτερος vs Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης	Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης	1878.5	0.115	Όχι
E6 Βαθμός στρες	Ομότιμος/κατώτερος vs Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης	Ομότιμος/κατώτερος	2134.5	0.141	Όχι
E10 Συνέπειες	Ανώτερος vs Ομότιμος/κατώτερος	Ανώτερος	2288.0	0.539	Όχι
E10 Συνέπειες	Ανώτερος vs Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης	Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης	1718.5	0.022	Ναι
E10 Συνέπειες	Ομότιμος/κατώτερος vs Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης	Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης	1265.5	0.007	Ναι
E11 Συναισθηματική ανταπόκριση	Ανώτερος vs Ομότιμος/κατώτερος	Ανώτερος	1965.5	0.390	Όχι
E11 Συναισθηματική ανταπόκριση	Ανώτερος vs Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης	Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης	1449.5	<0.001	Ναι
E11 Συναισθηματική ανταπόκριση	Ομότιμος/κατώτερος vs Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης	Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης	1294.0	0.008	Ναι
E7 Σοβαρότητα	Ανώτερος vs Ομότιμος/κατώτερος	Ανώτερος	2607.5	0.075	Όχι
E7 Σοβαρότητα	Ανώτερος vs Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης	Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης	1848.0	0.075	Όχι
E7 Σοβαρότητα	Ομότιμος/κατώτερος vs Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης	Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης	1064.0	<0.001	Ναι
E8 Γνωστικές αντιδράσεις	Ανώτερος vs Ομότιμος/κατώτερος	Ανώτερος	2030.5	0.574	Όχι
E8 Γνωστικές αντιδράσεις	Ανώτερος vs Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης	Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης	1580.5	0.005	Ναι
E8 Γνωστικές αντιδράσεις	Ομότιμος/κατώτερος vs Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης	Ασθενής/συγγενής/επισκέπτης	1508.5	0.145	Όχι

Σημείωση: Οι post-hoc συγκρίσεις βασίσθηκαν σε ελέγχους Mann–Whitney U με διόρθωση Holm για πολλαπλές συγκρίσεις.

7.9.4 Πολυπαραγοντική ανάλυση

Η πολυπαραγοντική ανάλυση συμπεριλαμβάνει, πέραν των ήδη εξετασθεισών εκβάσεων, και τον σύνθετο δείκτη συνεπειών της E10. Όλα τα μοντέλα προσαρμόσθηκαν για φύλο, ηλικιακή ομάδα, διάρκεια εργασίας στο δημόσιο και επίπεδο εκπαίδευσης, με ομάδα αναφοράς το εργαστηριακό προσωπικό για την κατηγορία προσωπικού. Μετά την προσαρμογή, το νοσηλευτικό προσωπικό παρέμεινε ανεξάρτητος παράγοντας για υψηλότερη αντιλαμβανόμενη συνολική συχνότητα λεκτικής βίας (aOR 2.69, 95% ΔΕ 1.48–4.90, $p = 0.001$) και για υψηλότερη προσωπική έκθεση στη λεκτική βία (aOR 1.90, 95% ΔΕ 1.06–3.40, $p = 0.032$). Οι πλήρεις αναλυτικοί συντελεστές των δύο διατακτικών λογιστικών μοντέλων παρουσιάζονται στους Πίνακες 19 και 20.

Αντίθετα, η κατηγορία προσωπικού δεν διατήρησε ανεξάρτητη συσχέτιση ούτε με τον δείκτη σοβαρότητας της E7 ($\beta = 0.178$, 95% ΔΕ -0.072 έως 0.427, $p = 0.163$), ούτε με τον δείκτη γνωστικών αντιδράσεων της E8 ($\beta = 0.064$, 95% ΔΕ -0.084 έως 0.212, $p = 0.395$), ούτε με τον δείκτη συνεπειών της E10 ($\beta = 0.115$, 95% ΔΕ -0.056 έως 0.286, $p = 0.187$). Στα ίδια μοντέλα, γυναικείο φύλο συσχετίστηκε ανεξάρτητα με υψηλότερη σοβαρότητα της E7, ενώ διάρκεια εργασίας 25–30 ετών συσχετίστηκε με χαμηλότερες τιμές στους δείκτες της E8 και της E10. Η σύνοψη των πολυπαραγοντικών μοντέλων παρουσιάζεται στον Πίνακα 18. Οι πλήρεις αναλυτικοί συντελεστές των αντίστοιχων γραμμικών μοντέλων με ανθεκτικά τυπικά σφάλματα HC3 παρουσιάζονται στους πίνακες Πίνακες 21–23.

Πίνακας 18. Σύνοψη πολυπαραγοντικών μοντέλων για τις κύριες και δευτερογενείς εκβάσεις

Έκβαση	Μοντέλο	Κύρια εκτίμηση για νοσηλευτικό προσωπικό	95% ΔΕ	p	AIC	R ² /Pseudo-R ²
Ερ. 3 Αντιλαμβανόμενη συνολική συχνότητα λεκτικής βίας	Διατακτική λογιστική παλινδρόμηση	aOR 2.69	1.48–4.90	0.001	568.1	0.050
Ερ. 5 Προσωπική έκθεση στη λεκτική βία	Διατακτική λογιστική παλινδρόμηση	aOR 1.90	1.06–3.40	0.032	568.9	0.066
E7 Σοβαρότητα μορφών λεκτικής βίας	Γραμμική παλινδρόμηση (HC3)	β 0.178	- 0.072 έως 0.427	0.163	480.3	0.214
E8 Γνωστικές αντιδράσεις	Γραμμική παλινδρόμηση (HC3)	β 0.064	- 0.084 έως 0.212	0.395	247.6	0.246
E10 Συνέπειες λεκτικής βίας	Γραμμική παλινδρόμηση (HC3)	β 0.115	- 0.056 έως 0.286	0.187	326.6	0.196

Σημείωση: Για τις Ερ. 3 και 5 χρησιμοποιήθηκε διατακτική λογιστική παλινδρόμηση. Για τις E7, E8 και E10 χρησιμοποιήθηκαν γραμμικά μοντέλα με ετεροσκεδαστικά ανθεκτικά τυπικά σφάλματα HC3.

Πίνακας 19. Αναλυτικός πίνακας διατακτικής λογιστικής παλινδρόμησης για την Ερώτηση 3 (αντιλαμβανόμενη συνολική συχνότητα λεκτικής βίας)

Παράγοντας	β	SE	z	aOR	95% ΔΕ aOR	p
Νοσηλευτικό προσωπικό (vs εργαστηριακό)	0.990	0.306	3.236	2.69	1.48–4.90	0.001
Γυναίκα (vs άνδρας)	0.574	0.297	1.930	1.77	0.99–3.18	0.054
Ηλικία 31–40 (vs 20–30)	0.801	0.699	1.145	2.23	0.57–8.77	0.252
Ηλικία 41–50 (vs 20–30)	0.716	0.760	0.943	2.05	0.46–9.07	0.346
Ηλικία 51–60 (vs 20–30)	1.479	0.960	1.541	4.39	0.67–28.78	0.123
Δημόσιο 6–10 έτη (vs 1–5)	- 0.133	0.520	- 0.256	0.88	0.32–2.43	0.798
Δημόσιο 11–15 έτη (vs 1–5)	- 0.217	0.603	- 0.361	0.80	0.25–2.62	0.718

Δημόσιο 16–20 έτη (vs 1–5)	- 0.271	0.675	- 0.401	0.76	0.20–2.86	0.688
Δημόσιο 21–25 έτη (vs 1–5)	- 0.690	0.913	- 0.756	0.50	0.08–3.00	0.450
Δημόσιο 25–30 έτη (vs 1–5)	- 1.214	0.839	- 1.447	0.30	0.06–1.54	0.148
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση (vs υποχρεωτική)	- 0.191	0.317	- 0.604	0.83	0.44–1.54	0.546
Μεταπτυχιακό (vs υποχρεωτική)	0.571	0.374	1.526	1.77	0.85–3.69	0.127

Δείκτες προσαρμογής μοντέλου

N	LogLik	AIC	BIC	LR χ^2	LR p	McFadden R ²
195	-268.054	568.1	620.5	28.24	0.005	0.050

Σημείωση: Παρουσιάζονται οι αναλυτικοί συντελεστές του μοντέλου. Ομάδες αναφοράς: εργαστηριακό προσωπικό, άνδρας, ηλικία 20–30 ετών, 1–5 έτη εργασίας στο δημόσιο, υποχρεωτική εκπαίδευση.

Πίνακας 20. Αναλυτικός πίνακας διατακτικής λογιστικής παλινδρόμησης για την Ερώτηση 5 (προσωπική έκθεση στη λεκτική βία)

Παράγοντας	β	SE	z	aOR	95% aOR	ΔE	p
Νοσηλευτικό προσωπικό (vs εργαστηριακό)	0.640	0.299	2.143	1.90	1.06–3.40		0.032
Γυναίκα (vs άνδρας)	0.111	0.306	0.362	1.12	0.61–2.04		0.717
Ηλικία 31–40 (vs 20–30)	1.184	0.657	1.803	3.27	0.90–11.85		0.071
Ηλικία 41–50 (vs 20–30)	0.393	0.722	0.545	1.48	0.36–6.09		0.586
Ηλικία 51–60 (vs 20–30)	0.996	0.968	1.029	2.71	0.41–18.06		0.303
Δημόσιο 6–10 έτη (vs 1–5)	0.286	0.550	0.520	1.33	0.45–3.91		0.603
Δημόσιο 11–15 έτη (vs 1–5)	0.776	0.630	1.232	2.17	0.63–7.47		0.218
Δημόσιο 16–20 έτη (vs 1–5)	1.418	0.696	2.037	4.13	1.06–16.16		0.042
Δημόσιο 21–25 έτη (vs 1–5)	1.683	1.048	1.606	5.38	0.69–41.97		0.108
Δημόσιο 25–30 έτη (vs 1–5)	- 0.609	0.904	- 0.674	0.54	0.09–3.20		0.501
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση (vs υποχρεωτική)	0.148	0.324	0.457	1.16	0.61–2.19		0.648
Μεταπτυχιακό (vs υποχρεωτική)	0.627	0.386	1.626	1.87	0.88–3.99		0.104

Δείκτες προσαρμογής μοντέλου

N	LogLik	AIC	BIC	LR χ^2	LR p	McFadden R ²
195	-267.444	568.9	624.5	37.56	<0.001	0.066

Σημείωση: Παρουσιάζονται οι αναλυτικοί συντελεστές του μοντέλου. Ομάδες αναφοράς όπως στον Πίνακα 16.

Πίνακας 21. Αναλυτικός πίνακας γραμμικής παλινδρόμησης HC3 για την Ε7

Παράγοντας	B	SE_HC3	t	95% ΔΕ	p
Νοσηλευτικό προσωπικό (vs εργαστηριακό)	0.178	0.127	1.397	-0.072 έως 0.427	0.163
Γυναίκα (vs άνδρας)	0.598	0.120	4.988	0.363 έως 0.833	<0.001
Ηλικία 31–40 (vs 20–30)	0.128	0.337	0.381	-0.532 έως 0.789	0.703
Ηλικία 41–50 (vs 20–30)	- 0.212	0.337	- 0.629	-0.872 έως 0.448	0.529
Ηλικία 51–60 (vs 20–30)	- 0.013	0.474	- 0.028	-0.943 έως 0.916	0.978
Δημόσιο 6–10 έτη (vs 1–5)	0.109	0.309	0.353	-0.496 έως 0.714	0.724
Δημόσιο 11–15 έτη (vs 1–5)	0.007	0.332	0.022	-0.644 έως 0.658	0.983
Δημόσιο 16–20 έτη (vs 1–5)	0.331	0.376	0.880	-0.406 έως 1.067	0.379
Δημόσιο 21–25 έτη (vs 1–5)	0.364	0.545	0.668	-0.704 έως 1.433	0.504
Δημόσιο 25–30 έτη (vs 1–5)	- 0.549	0.448	- 1.227	-1.427 έως 0.328	0.220
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση (vs υποχρεωτική)	- 0.155	0.152	- 1.025	-0.452 έως 0.142	0.305
Μεταπτυχιακό (vs υποχρεωτική)	- 0.087	0.181	- 0.481	-0.443 έως 0.268	0.631

Δείκτες προσαρμογής μοντέλου

N	R ²	Adj. R ²	AIC	BIC	F	p(F)
195	0.214	0.163	480.3	522.9	5.70	<0.001

Σημείωση: Οι εκτιμήσεις αφορούν μη τυποποιημένους συντελεστές β με ετεροσκεδαστικά ανθεκτικά τυπικά σφάλματα HC3.

Πίνακας 22. Αναλυτικός πίνακας γραμμικής παλινδρόμησης HC3 για την E8

Παράγοντας	B	SE_HC3	t	95% ΔΕ	p
Νοσηλευτικό προσωπικό (vs εργαστηριακό)	0.064	0.075	0.851	-0.084 έως 0.212	0.395
Γυναίκα (vs άνδρας)	0.102	0.076	1.341	-0.047 έως 0.252	0.180
Ηλικία 31–40 (vs 20–30)	0.328	0.230	1.428	-0.122 έως 0.778	0.153
Ηλικία 41–50 (vs 20–30)	0.373	0.222	1.682	-0.062 έως 0.807	0.093
Ηλικία 51–60 (vs 20–30)	0.472	0.279	1.694	-0.074 έως 1.018	0.090
Δημόσιο 6–10 έτη (vs 1–5)	- 0.248	0.203	- 1.227	-0.645 έως 0.149	0.220
Δημόσιο 11–15 έτη (vs 1–5)	- 0.252	0.217	- 1.162	-0.677 έως 0.173	0.245
Δημόσιο 16–20 έτη (vs 1–5)	- 0.249	0.219	- 1.136	-0.680 έως 0.181	0.256
Δημόσιο 21–25 έτη (vs 1–5)	- 0.239	0.308	- 0.776	-0.842 έως 0.364	0.438
Δημόσιο 25–30 έτη (vs 1–5)	- 0.940	0.266	- 3.526	-1.462 έως - 0.417	<0.001
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση (vs υποχρεωτική)	- 0.077	0.083	- 0.922	-0.240 έως 0.086	0.356
Μεταπτυχιακό (vs υποχρεωτική)	- 0.089	0.106	- 0.834	-0.297 έως 0.120	0.404

Δείκτες προσαρμογής μοντέλου

N	R ²	Adj. R ²	AIC	BIC	F	p(F)
195	0.246	0.197	247.6	290.1	4.25	<0.001

Σημείωση: Οι εκτιμήσεις αφορούν μη τυποποιημένους συντελεστές β με ετεροσκεδαστικά ανθεκτικά τυπικά σφάλματα HC3.

Πίνακας 23. Αναλυτικός πίνακας γραμμικής παλινδρόμησης HC3 για την E10 συνέπειες

Παράγοντας	B	SE_HC3	t	95% ΔΕ	p
Νοσηλευτικό προσωπικό (vs εργαστηριακό)	0.115	0.087	1.319	-0.056 έως 0.286	0.187
Γυναίκα (vs άνδρας)	0.134	0.090	1.481	-0.043 έως 0.311	0.139
Ηλικία 31–40 (vs 20–30)	- 0.002	0.209	- 0.011	-0.411 έως 0.406	0.991
Ηλικία 41–50 (vs 20–30)	0.195	0.233	0.838	-0.261 έως 0.651	0.402
Ηλικία 51–60 (vs 20–30)	0.263	0.300	0.874	-0.326 έως 0.851	0.382
Δημόσιο 6–10 έτη (vs 1–5)	- 0.107	0.186	- 0.578	-0.471 έως 0.256	0.563
Δημόσιο 11–15 έτη (vs 1–5)	- 0.292	0.208	- 1.402	-0.700 έως 0.116	0.161
Δημόσιο 16–20 έτη (vs 1–5)	- 0.309	0.245	- 1.261	-0.788 έως 0.171	0.207
Δημόσιο 21–25 έτη (vs 1–5)	0.273	0.325	0.841	-0.364 έως 0.910	0.400
Δημόσιο 25–30 έτη (vs 1–5)	- 0.719	0.282	- 2.550	-1.272 έως 0.166	0.011
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση (vs υποχρεωτική)	0.076	0.100	0.758	-0.120 έως 0.271	0.448
Μεταπτυχιακό (vs υποχρεωτική)	0.163	0.113	1.438	-0.059 έως 0.384	0.150

Δείκτες προσαρμογής μοντέλου

N	R ²	Adj. R ²	AIC	BIC	F	p(F)
195	0.196	0.142	326.6	369.1	2.98	<0.001

Σημείωση: Οι εκτιμήσεις αφορούν μη τυποποιημένους συντελεστές β με ετεροσκεδαστικά ανθεκτικά τυπικά σφάλματα HC3.

Συζήτηση

Στο παρόν δείγμα των 195 επαγγελματιών υγείας, η λεκτική βία αναδείχθηκε ως συχνό και ουσιαστικά παρόν φαινόμενο του εργασιακού περιβάλλοντος όπως φαίνεται και από τις μελέτες των Pompeii et al. (2015) και Rikos et al. (2022). Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και ανήκε στο νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ σε περιγραφικό επίπεδο τα επεισόδια λεκτικής βίας αναφέρθηκαν συχνά ως εμπειρίες που δεν περιορίζονται σε σποραδικά περιστατικά, αλλά εμφανίζονται με επαναληπτικότητα. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες που έχουν δείξει ότι οι επαγγελματίες υγείας, και ιδιαίτερα οι εργαζόμενοι σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα, εκτίθενται συχνά σε λεκτική κακοποίηση, απειλές ή άλλες μορφές εργασιακής βίας από ασθενείς, επισκέπτες ή συνοδούς (Pompeii et al., 2015· Kowalenko et al., 2013). Ενδεικτικά, στη συστηματική ανασκόπηση των Wang et al. (2025), η συνολική συχνότητα λεκτικής κακοποίησης στους νοσηλευτές βρέθηκε να υπερβαίνει το 65%, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι το φαινόμενο έχει ευρεία και διεθνή διάσταση. Παρόμοια, η μελέτη των Nachreiner et al. (2007) σε νοσηλευτικό προσωπικό ανέδειξε ότι η βία στον χώρο εργασίας δεν αποτελεί μεμονωμένο γεγονός, αλλά συνδέεται με ευρύτερες αντιλήψεις για το εργασιακό περιβάλλον και την ασφάλεια των εργαζομένων. Ιδιαίτερη σημασία έχει το εύρημα ότι μεγάλο μέρος των επεισοδίων έλαβε χώρα παρουσία τρίτων, γεγονός που υποδηλώνει ότι η λεκτική βία δεν βιώνεται μόνο ως προσωπική προσβολή, αλλά και ως δημόσια έκθεση, με πιθανή επιβάρυνση της επαγγελματικής αξιοπρέπειας και της διαπροσωπικής θέσης του εργαζομένου μέσα στην ομάδα.

Ως προς τη μορφολογία του φαινομένου, οι συχνότερες και σοβαρότερες εκφάνσεις της λεκτικής βίας ήταν η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών, ο βίαιος θυμός, ο ευτελισμός ή η υποτίμηση και η έντονη κριτική. Αντίθετα, η σεξουαλική παρενόχληση εμφάνισε τις χαμηλότερες μέσες τιμές, στοιχείο που δείχνει ότι στο συγκεκριμένο δείγμα η λεκτική βία εκδηλώνεται κυρίως μέσα από επαναλαμβανόμενες πρακτικές απαξίωσης, ενοχοποίησης και εχθρικής επικοινωνίας. Αντίστοιχα ευρήματα καταγράφονται και στη μελέτη των Toska et al. (2023) σε ελληνική δομή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, όπου η λεκτική κακοποίηση αναδείχθηκε ως σημαντικό πρόβλημα για τους νοσηλευτές, ενώ επισημάνθηκαν μορφές όπως ο θυμός, η εχθρική συμπεριφορά και η απαξίωση.

Επίσης, οι Kowalenko et al. (2013), σε προοπτική μελέτη εργαζομένων σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, ανέδειξαν ότι η βία κατά των επαγγελματιών υγείας περιλαμβάνει συχνά λεκτικές επιθέσεις και απειλητικές συμπεριφορές, οι οποίες εντάσσονται στην καθημερινή επαγγελματική εμπειρία. Παράλληλα, η ψυχοπιεστική βαρύτητα των επεισοδίων ήταν αξιοσημείωτη, καθώς η πλειονότητα των συμμετεχόντων τα αξιολόγησε ως από αρκετά έως πολύ αγχωτικά, γεγονός που ενισχύει την άποψη ότι ακόμη και όταν τέτοιες συμπεριφορές ενδέχεται να έχουν κανονικοποιηθεί στον εργασιακό χώρο, το ψυχικό τους αποτύπωμα παραμένει ουσιαστικό.

Οι πρώτες γνωστικές αντιδράσεις μετά το επεισόδιο είχαν ως κύριο χαρακτηριστικό την αίσθηση αδικίας και όχι την αυτοενοχοποίηση. Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν περισσότερο με σκέψεις όπως ότι δεν έκαναν κάτι κακό, ότι ο υβριστής δεν είχε κανένα δικαίωμα να συμπεριφερθεί με αυτόν τον τρόπο και ότι δεν άξιζαν τέτοια μεταχείριση, ενώ οι σκέψεις προσωπικής ευθύνης ή λάθους παρέμειναν χαμηλές. Το πρότυπο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, διότι υποδηλώνει ότι η λεκτική βία ερμηνεύεται κυρίως ως εξωτερική και άδικη επιθετική πράξη και όχι ως συνέπεια προσωπικής ανεπάρκειας. Το εύρημα συνάδει με την έρευνα των Rosenthal et al. (2018), στην οποία η βία από ασθενείς ή συγγενείς συνδέθηκε με σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση, μετατραυματικά συμπτώματα, απουσία από την εργασία και σκέψεις αποχώρησης από το επάγγελμα ή τον εργασιακό χώρο. Επίσης, η ερμηνεία αυτή συνδέεται με τα ευρήματα των Findorff et al. (2005), οι οποίοι έδειξαν ότι η αναφορά της βίας στον εργοδότη δεν είναι πάντα αυτονόητη, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι εργαζόμενοι μπορεί να βιώνουν τη βία ως σοβαρό περιστατικό, αλλά να μην την αντιμετωπίζουν πάντοτε μέσα από θεσμικά κανάλια. Ως στρατηγικές διαχείρισης κυριάρχησαν το χιούμορ, η αποστασιοποίηση και ο καθησυχαστικός εσωτερικός διάλογος, γεγονός που δείχνει ότι οι εργαζόμενοι επιχειρούν κυρίως να ρυθμίσουν εσωτερικά την εμπειρία, παρά να την αντιμετωπίσουν μέσω πιο ενεργητικών ή θεσμικών μηχανισμών. Η τάση αυτή μπορεί να συνδεθεί με την ευρύτερη υποαναφορά της εργασιακής βίας που έχει αναδειχθεί στη βιβλιογραφία (Findorff et al., 2005).

Οι συνέπειες της λεκτικής βίας δεν περιορίστηκαν στο άμεσο συναισθηματικό επίπεδο, αλλά επεκτάθηκαν και στη λειτουργία του εργασιακού περιβάλλοντος. Οι

σημαντικότερες αναφερόμενες επιπτώσεις ήταν η επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδελφο, η μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία και η μείωση της εμπιστοσύνης και της υποστήριξης στον χώρο εργασίας. Το εύρημα αυτό συγκλίνει με τη μελέτη των Nachreiner et al. (2007), στην οποία η βία συνδέθηκε με αρνητικές αντιλήψεις για το εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών. Παράλληλα, οι Pompeii et al. (2015) ανέδειξαν ότι η έκθεση εργαζομένων σε νοσοκομεία σε σωματική επίθεση, απειλή ή λεκτική κακοποίηση αποτελεί σημαντικό ζήτημα επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας, γεγονός που ενισχύει την ερμηνεία ότι η λεκτική βία δεν αποτελεί απλώς ένα διαπροσωπικό επεισόδιο, αλλά παράγοντα που επηρεάζει συνολικά την ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος. Σε επίπεδο συναισθηματικής ανταπόκρισης, κυριάρχησαν ο θυμός, η αηδία, το σοκ ή η έκπληξη και η απογοήτευση, ενώ η αίσθηση προσωπικής ευθύνης παρέμεινε χαμηλή. Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά με τη μελέτη των Rosenthal et al. (2018), όπου αναφέρεται ότι η σωματική ή λεκτική βία προς τους εργαζομένους υγείας έχει σημαντικό αντίκτυπο στη δέσμευση των εργαζομένων και στην ψυχική τους κατάσταση. Συνεπώς, τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η λεκτική βία επηρεάζει όχι μόνο την ψυχική κατάσταση του ατόμου, αλλά και το κλίμα συνεργασίας, την αίσθηση ασφάλειας στον χώρο εργασίας και, ενδεχομένως, τη συνολική ποιότητα της επαγγελματικής λειτουργίας.

Η συγκριτική ανάλυση μεταξύ νοσηλευτικού και εργαστηριακού προσωπικού έδειξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αναφέρει συχνότερα έκθεση στη λεκτική βία και υψηλότερη αντιλαμβανόμενη συνολική συχνότητα του φαινομένου στο εργασιακό περιβάλλον. Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με προηγούμενες έρευνες που έχουν επισημάνει την αυξημένη ευαλωτότητα των νοσηλευτών στη βία στον χώρο εργασίας, λόγω της συνεχούς και άμεσης επαφής τους με ασθενείς και συνοδούς (Nachreiner et al., 2007· Pompeii et al., 2015). Παράλληλα, στο νοσηλευτικό προσωπικό καταγράφηκαν υψηλότερες βαθμολογίες στη σοβαρότητα των μορφών λεκτικής βίας και στις πρώτες γνωστικές αντιδράσεις, αν και τα μεγέθη επίδρασης ήταν μικρά. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι το πλαίσιο προέλευσης της λεκτικής βίας διέφερε μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων: στο νοσηλευτικό προσωπικό η λεκτική βία προερχόταν συχνότερα από ασθενείς, συγγενείς ή επισκέπτες, ενώ στο εργαστηριακό προσωπικό αναφερόταν συχνότερα από ανωτέρους ή ομοιόβαθμους συνεργάτες. Σύμφωνα με τη μελέτη των Pompeii et al. (2015), στην οποία οι ασθενείς και οι επισκέπτες αναφέρονται ως βασικές πηγές βίαιης ή κακοποιητικής

συμπεριφοράς προς εργαζομένους νοσοκομείων. Αντίστοιχα, οι Behnam et al. (2011) και οι Kowalenko et al. (2013), μελετώντας εργαζομένους σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, ανέδειξαν ότι η άμεση επαφή με ασθενείς σε συνθήκες έντασης αυξάνει την πιθανότητα έκθεσης σε βίαιη ή απειλητική συμπεριφορά. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η επαγγελματική θέση και η φύση της καθημερινής επαφής με τον ασθενή μεταβάλλουν όχι μόνο τη συχνότητα έκθεσης αλλά και το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εκδηλώνεται η βίαιη λεκτική συμπεριφορά.

Οι δευτερογενείς αναλύσεις ενίσχυσαν περαιτέρω την ερμηνευτική συνοχή των αποτελεσμάτων. Οι γυναίκες ανέφεραν υψηλότερη αντιλαμβανόμενη συνολική συχνότητα λεκτικής βίας, καθώς και υψηλότερη συχνότητα και σοβαρότητα στις μορφές της E7, χωρίς όμως να διαφοροποιούνται ουσιαστικά ως προς τις συνέπειες ή τη συναισθηματική ανταπόκριση. Επιπλέον, όταν ο υβριστής ανήκε στην κατηγορία ασθενής, συγγενής ή επισκέπτης, παρατηρήθηκαν υψηλότερες γνωστικές αντιδράσεις, εντονότερες συνέπειες και ισχυρότερη συναισθηματική επιβάρυνση. Το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευθεί υπό το πρίσμα των μελετών που αναδεικνύουν ότι η βία από ασθενείς και επισκέπτες αποτελεί ιδιαίτερα συχνή πηγή επιβάρυνσης για τους εργαζομένους σε νοσοκομεία και τμήματα επειγόντων περιστατικών (Behnam et al., 2011· Kowalenko et al., 2013· Pompeii et al., 2015). Οι συσχετίσεις μεταξύ των βασικών δεικτών έδειξαν ότι όσο αυξάνεται η συχνότητα και η σοβαρότητα της λεκτικής βίας, τόσο εντείνονται και οι συνέπειες και η συναισθηματική ανταπόκριση. Η διαπίστωση αυτή βρίσκεται σε συμφωνία με τη γενικότερη βιβλιογραφική θέση ότι η εργασιακή βία στον χώρο της υγείας επιδρά αρνητικά τόσο στην ψυχολογική κατάσταση των εργαζομένων όσο και στην αντίληψή τους για το εργασιακό περιβάλλον (Nachreiner et al., 2007· Pompeii et al., 2015). Τέλος, στην πολυπαραγοντική ανάλυση το νοσηλευτικό προσωπικό παρέμεινε ανεξάρτητος παράγοντας μόνο για την υψηλότερη συνολική και προσωπική έκθεση στη λεκτική βία, αλλά όχι για τη σοβαρότητα, τις γνωστικές αντιδράσεις ή τις συνέπειες μετά την προσαρμογή για συγχυτικούς παράγοντες. Αυτό σημαίνει ότι η κατηγορία προσωπικού φαίνεται να επηρεάζει πρωτίστως την πιθανότητα έκθεσης στο φαινόμενο, ενώ η βαρύτητα της ψυχοκοινωνικής του επίδρασης διαμορφώνεται πιθανότατα από ένα ευρύτερο πλέγμα παραγόντων και όχι μόνο από τον επαγγελματικό ρόλο. Η ερμηνεία αυτή είναι συμβατή με τη μελέτη των Findorff et al. (2005), η οποία υπογραμμίζει ότι

η διαχείριση και η αναφορά της βίας στον χώρο της υγείας επηρεάζονται από πολλαπλούς οργανωσιακούς και εργασιακούς παράγοντες.

Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα ανέδειξε ότι η λεκτική βία στο εργασιακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας δεν αποτελεί ένα περιστασιακό ή περιθωριακό φαινόμενο, αλλά μια συχνή, πολυδιάστατη και οργανωσιακά σημαντική μορφή εργασιακής βίας. Τα ευρήματα της μελέτης, η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 195 επαγγελματιών υγείας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ με τη χρήση του σταθμισμένου ερωτηματολογίου VAS, καταδεικνύουν ότι η λεκτική βία εντάσσεται στην καθημερινότητα του νοσοκομειακού περιβάλλοντος και επηρεάζει ουσιαστικά τόσο την επαγγελματική όσο και την προσωπική ζωή των εργαζομένων .

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι η λεκτική βία δεν προέρχεται αποκλειστικά από ασθενείς ή συγγενείς ασθενών, αλλά και από το ίδιο το εσωτερικό του οργανισμού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι συχνότερες πηγές λεκτικής βίας ήταν ανώτεροι εργαζόμενοι, ομότιμοι συνάδελφοι και συγγενείς ασθενών, στοιχείο που υποδεικνύει ότι το φαινόμενο δεν μπορεί να ερμηνευθεί μόνο ως αποτέλεσμα εξωτερικής πίεσης προς το νοσοκομείο. Αντίθετα, συνδέεται και με εσωτερικές σχέσεις εξουσίας, ιεραρχικές ανισότητες, δυσλειτουργική επικοινωνία και πιθανή απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών πρόληψης και ελέγχου. Το εύρημα ότι σημαντικό ποσοστό περιστατικών εκδηλώθηκε παρουσία τρίτων ενισχύει περαιτέρω την άποψη ότι η λεκτική βία συχνά κανονικοποιείται ή γίνεται ανεκτή στο εργασιακό περιβάλλον .

Οι μορφές λεκτικής βίας που αναδείχθηκαν, όπως η επίρριψη ευθυνών, οι κατηγορίες, ο βίαιος θυμός, η υποτίμηση και η έντονη κριτική, επιβεβαιώνουν ότι η λεκτική κακοποίηση δεν περιορίζεται σε απλές στιγμές έντασης. Αντιθέτως, λειτουργεί ως μηχανισμός απαξίωσης, ελέγχου και αμφισβήτησης της επαγγελματικής επάρκειας του εργαζομένου. Οι συνέπειες που καταγράφηκαν, κυρίως η επιδείνωση των εργασιακών σχέσεων και η μείωση της εργασιακής ικανοποίησης, δείχνουν ότι η λεκτική βία έχει σωρευτικό χαρακτήρα και δεν εξαντλείται στη συναισθηματική επιβάρυνση της στιγμής. Επηρεάζει το κλίμα συνεργασίας, την εμπιστοσύνη μεταξύ των μελών της ομάδας υγείας, την επαγγελματική αυτοεκτίμηση και, έμμεσα, την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Από κριτική σκοπιά, η έρευνα έχει ιδιαίτερη αξία, διότι μετατοπίζει τη συζήτηση από την ατομική ευθύνη του θύτη ή του θύματος προς την ανάγκη

οργανωσιακής και θεσμικής προσέγγισης. Η λεκτική βία δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί επαρκώς ως μεμονωμένη «κακή συμπεριφορά», αλλά ως ένδειξη βαθύτερων προβλημάτων στη λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων: υποστελέχωση, εργασιακή πίεση, ελλιπής επικοινωνία, ασαφείς ρόλοι, ιεραρχικές εντάσεις και ανεπαρκής κουλτούρα αναφοράς περιστατικών. Επομένως, η πρόληψη απαιτεί όχι μόνο εκπαίδευση του προσωπικού σε τεχνικές αποκλιμάκωσης, αλλά και σαφή πρωτόκολλα, μηχανισμούς καταγραφής, υποστήριξη των θυμάτων και ενεργό δέσμευση της διοίκησης.

Παράλληλα, πρέπει να αναγνωριστούν και οι περιορισμοί της μελέτης. Ο συγχρονικός σχεδιασμός δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιώδους σχέσης, ενώ η χρήση αυτοαναφερόμενων απαντήσεων μπορεί να επηρεάζεται από υποκειμενική αντίληψη, φόβο αναφοράς ή κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις. Επιπλέον, η διεξαγωγή της έρευνας σε ένα μόνο νοσοκομείο περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων στο σύνολο του ελληνικού συστήματος υγείας. Ωστόσο, τα αποτελέσματα παραμένουν ουσιαστικά, καθώς φωτίζουν ένα κρίσιμο πρόβλημα που συχνά υποτιμάται επειδή δεν αφήνει ορατά τραύματα.

Συμπερασματικά, η λεκτική βία στους επαγγελματίες υγείας πρέπει να αντιμετωπιστεί ως σοβαρός επαγγελματικός και οργανωσιακός κίνδυνος. Η διαμόρφωση ενός ασφαλούς, αξιοπρεπούς και υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος προϋποθέτει συστηματική πρόληψη, μηδενική ανοχή σε κακοποιητικές συμπεριφορές, ενίσχυση της επικοινωνιακής κουλτούρας και διοικητικές παρεμβάσεις που θα προστατεύουν ουσιαστικά το ανθρώπινο δυναμικό των υπηρεσιών υγείας.

Προτάσεις

- ✓ · **Θέσπιση σαφών πρωτοκόλλων αναφοράς και διαχείρισης περιστατικών λεκτικής βίας**, ώστε οι εργαζόμενοι να γνωρίζουν πού και πώς μπορούν να καταγγείλουν ένα συμβάν με ασφάλεια.
- ✓ · **Εκπαίδευση του προσωπικού σε τεχνικές επικοινωνίας, αποκλιμάκωσης εντάσεων και διαχείρισης συγκρούσεων**, ιδιαίτερα σε τμήματα υψηλής πίεσης όπως τα επείγοντα.
- ✓ · **Ενίσχυση της διοικητικής υποστήριξης προς τα θύματα λεκτικής βίας**, με συμβουλευτική, ψυχολογική υποστήριξη και προστασία από πιθανή στοχοποίηση μετά την αναφορά.
- ✓ · **Καλλιέργεια κουλτούρας μηδενικής ανοχής απέναντι σε προσβλητικές και υποτιμητικές συμπεριφορές**, ανεξάρτητα από το αν προέρχονται από ασθενείς, συνοδούς, συναδέλφους ή ανώτερους.
- ✓ · **Βελτίωση των οργανωτικών συνθηκών εργασίας**, όπως η επαρκής στελέχωση, η μείωση των χρόνων αναμονής και η σαφής ενημέρωση ασθενών και συνοδών, ώστε να περιορίζονται οι εντάσεις που οδηγούν σε λεκτική βία.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

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

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

Arnetz, J.E. et al. (2017). Preventing Patient-to-worker violence in hospitals: outcome of a randomized controlled intervention, *J Occup Environ Med*, 59, pp. 1–23.

Aytac, S., Bozkurt, V., Bayram, N., Yildiz, S., Aytac, M., Akinci, F. S., et al. (2011). Workplace violence: A study of Turkish workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 17(4), pp. 385–402.

Behnam, M., Tillotson, R.D., Davis, S.M. and Hobbs, G.R. (2011). Violence in the emergency department: a national survey of emergency medicine residents and attending physicians, *Journal of Emergency Medicine*, 40(5), pp. 565–579.

Blando, J. et al. (2015). Barriers to effective implementation of programs for the prevention of workplace violence in hospitals, *Online J Issues Nurs*, 20.

Bonner, G., & McLaughlin, S. (2007). The psychological impact of aggression on nursing staff. *British journal of nursing*, 16(13), pp. 810-814.

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

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

Camerino, D., Estryn-Behar, M., Conway, P. M., van Der, B. I. J. M., & Hasselhorn, H. M. (2008). Work-related factors and violence among nursing staff in the European

NEXT study: a longitudinal cohort study. *International journal of nursing studies*, 45(1),pp. 35-50.

Cashmore, A.W., Indig, D., Hampton, S. E., Hegney, D.G., &Jalaludin, B. (2012). Workplace abuse among correctional health professionals in New South Wales, Australia. *Australian Health Review*, 36(2),pp. 184–190.

Catlette, M. (2005). A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *Journal of Emergency Nursing*, 31(6),pp. 519–525.

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

Choinere, J, A., MacDonnell, J., & Shamonda, H. (2010). Walking the talk: Insights into dynamics and gender for nurses. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 11(4),pp. 317-325.

Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests, *Psychometrika*, 16(3), pp. 297–334. doi: 10.1007/BF02310555.

Demirci, Ş. and Uğurluoğlu, Ö. (2020). An evaluation of verbal, physical, and sexual violence against healthcare workers in Ankara, Turkey, *Journal of Forensic Nursing*, 16(4), pp. E33–E41.

Derazon, H., Nissimian, S., Yosefy, C., Peled, R., & Hay, E. (1999). Violence in the emergency department. *Harefuah*, 137(3-4),pp. 95-101.

Evans, P. (2010). *The verbally abusive relationship: How to recognize it and how to respond*. New York:Simon and Schuster.

Ewles, L., & Simnett, I. (1999). *Promoting health: a practical guide*. London: Baillière

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

Findorff, M., McGovern, P.M., Wall, M., Gerverich, S.G., & Alexander, B. (2004). Risk factors for work related violence in a health care organization. *Injury Prevention*, 10, 296-302.

Findorff, M.J., McGovern, P.M., Wall, M.M. and Gerberich, S.G. (2005). Reporting violence to a health care employer: a cross-sectional study, *AAOHN Journal*, 53, pp. 399–406.

Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany-a cross-sectional retrospective survey. *BMC health services research*, 10(1), 51.

Gallant-Roman, M.A. (2008). Strategies and tools to reduce workplace violence, *AAOHN J*, 56, pp. 449–54.

Gill, M., Fisher , B., Bowie, V., (2002), Violence at work, causes, patterns and prevention. *Oregon, Willan Publishing, United States of America*.

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

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

Guay, S., Goncalves, J. and Jarvis, J. (2014). Verbal violence in the workplace according to victims sex—a systematic review of the literature, *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), pp. 572–578.

Higgins, B, L., & MacIntosh, J. (2010). Operating room nurses perceptions of effects of physician-perpetrated abuse. *International Nursing Review*, 57(3), pp. 321-327.

Hills, D., & Joyce, C. (2013). A review of research on the prevalence, antecedents, consequences and prevention of workplace aggression in clinical medical practice. *Aggression and Violent Behavior*, 18(5), 554–569.

Hoem- Kvam, M. (2000). Is Sexual Abuse of Children with Disabilities Disclosed? A Retrospective Analysis of Child Disability and the Likelihood of Sexual Abuse among those Attending Norwegian Hospitals. *Child Abuse and Neglect*, 24(8), pp.1073-1084.

Infante, D., A., Trebing, J.D., Shephard, P.E. (2006). The Relationship of Argumentativeness to Verbal Aggression. *Journal of Southern Speech Communication*, 50, pp. 67-77.

Jewkes, R. (2002). Intimate Partner Violence: Causes and Prevention. Violence against Women III, 359, pp. 1423-1429.

Jewkes, R., Penn- Kekana, L., & Levin, J. (2002). Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross- sectional study. *Social Science and Medicine*, 55(9), pp. 1603-1617.

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(2), pp. 201-207.

Kansagra, S. M., Rao, S. R., Sullivan, A. F., Gordon, J. A., Magid, D. J., Kaushal, R., ... & Blumenthal, D. (2008). A survey of workplace violence across 65 US emergency departments. *Academic Emergency Medicine*, 15(12), pp. 1268-1274.

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

Koocher, G., & Keith-Spiegel, P. (1998). Ethics in psychology. *University Press*

Koukia, E., Mangoulia, P., Gonis, N., & Katostaras, T. (2013). Violence against health care staff by patient's visitor in general hospital in Greece: Possible causes and economic crisis. *Open Journal of Nursing*, 2013.

Kowalenko, T., Gates, D., Gillespie, G.L., Succop, P. and Mentzel, T.K. (2013). Prospective study of violence against ED workers, *American Journal of Emergency Medicine*, 31, pp. 197–205.

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

Lanza, M. L., Zeiss, R. A., & Rierdan, J. (2009). Multiple perspectives on assault: the degree interview. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 14(6), pp. 413-420.

Maroco, J. et al. (2016). Burnout em profissionais da saúde portugueses, *Acta Med Port*, 29, pp. 24–30.

Marshall, M., & Marshall, S. (2010). *Respect Me Rules: A Guide to Stopping Verbal and Emotional Abuse*. Springville, UT: Bonneville Books/Cedar Fort.

Mayhew, C. and Chappell, D. (2001). *Occupational violence: types, reporting patterns, and variations between health sectors*. School of Industrial Relations, University of New South Wales.

Nachreiner, N.M., Gerberich, S.G., Ryan, A.D. and McGovern, P.M. (2007). Minnesota Nurses Study: perceptions of violence and the work environment, *Industrial Health*, 45, pp. 672–678.

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

Ness, G. J., House, A., & Ness, A. R. (2000). Aggression and violent behaviour in general practice: population based survey in the north of England. *Bmj*, 320(7247), pp.1447-1448.

Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the laws of statistics, *Advances in Health Sciences Education*, 15(5), pp. 625–632. doi: 10.1007/s10459-010-9222-y.

Occupational Health and Safety Administration. Workplace Violence in Healthcare. US Department of Labor. Print. Occupational Safety and Health Administration (OSHA). 3826.

Önal, Ö., Evcil, F.Y., Batmaz, K., Çoban, B. and Doğan, E. (2023). Systematic review and meta-analysis of verbal and physical violence against healthcare workers in the Eastern Mediterranean Region, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 29(10), pp. 819–830.

- Paravic-Klijn, T. and Burgos-Moreno, M. (2018). Verbal and physical abuse towards health care workers in emergency services, *Revista Médica de Chile*, 146(6), pp. 727–736.
- Pejic, A.J. (2005). Verbal Abuse: A Problem for Pediatric Nurses, *Pediatric Nursing*, 31 (4), pp. 271-280.
- Phillips, J.P. (2016). Workplace violence against health care workers in the United States, *New England Journal of Medicine*, 374(17), pp. 1661–1669.
- Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D., & Kable, A. (2011). Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study. *International emergency nursing*, 19(1), pp. 12-19.
- Pinar, R., & Ucmak, F. (2011). Verbal and physical violence in emergency departments: a survey of nurses in Istanbul, Turkey. *Journal of clinical nursing*, 20(3- 4), pp. 510-517.
- Piquero, N. L., Piquero, A.R., Craig, J.M., & Clipper, S. J. (2013). Assessing research on workplace violence, 2000–2012. *Aggression and Violent Behavior*, 18(3), pp. 383–394.
- Pompeii, L.A., Schoenfisch, A.L., Lipscomb, H.J., Dement, J.M., Smith, C.D. and Upadhyaya, M. (2015). Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six U.S. hospitals, *American Journal of Industrial Medicine*, 58(11), pp. 1194–1204.
- Ramacciati, N. et al. (2018). Violence towards emergency nurses, *Int J Nurs Stud*, 81, pp. 21–9.
- Rikos, N., Telli, D., Hatzinikolaou, A., Manitkou, D., Rovithis, M., et al. (2022). Nurses' exposure to verbal abuse at a university hospital in Crete, Greece. *Nursing Practice Today*, 9(1), pp. 71-78.
- Roche, M., Diers, D., Duffield, C., & Catling-Paull, C. (2010). Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), pp. 13-22.

Rosenthal, L.J., Byerly, A., Taylor, A.D. and Martinovich, Z. (2018). Impact and prevalence of physical and verbal violence toward healthcare workers, *Psychosomatics*, 59(6), pp. 584–590. doi: 10.1016/j.psych.2018.04.007.

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

Shapiro, S.S. and Wilk, M.B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples), *Biometrika*, 52(3–4), pp. 591–611. doi: 10.1093/biomet/52.3-4.591.

Simms C., (2000). Stopping the word war. *Nursing Management*, 31 (9), 65-72.

Spector PE, Zhou ZQE, Che XX (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *Int J Nurs Stud*, 51(1), pp. 72- 84.

Stark S. (2015). Verbal Abuse. *Psychology and Behavioral Health*, Edition: 4th, Volume 5

Stewart, D., & Bowers, L. (2013). Inpatient verbal aggression: content, targets and patient characteristics. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(3), pp. 236- 243.

Toska, A., Saridi, M., Christakis, A., Gotsi, S., Fradelos, E.C., Papageorgiou, G. and Souliotis, K. (2023) ‘Frequency and impacts of verbal abuse on healthcare workers in a secondary healthcare structure in Greece’, *Cureus*, 15(2), e35406.

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

Wang, S. et al. (2008). *A review and evaluation of workplace violence prevention programs in the health sector*, Toronto.

Wang, Q., Yang, Y.P., Li, Z.Y., Yu, F.Y., He, Y., Zhang, M., Luo, C., Tung, T.H. and Chen, H.X. (2025). Prevalence and associated factor of verbal abuse against nurses: A systematic review, *International Nursing Review*, 72(1), e13095.

Warren, B. (2011). Workplace violence in hospitals: safe havens no more. *Journal of healthcare protection management: publication of the International Association for Hospital Security*, 27(2), pp. 9-17.

Wolf, L.A. et al. (2014). Nothing changes, nobody cares, *J Emerg Nurs*, 40, pp. 305–10.

World Health Organization (2004) *The economic dimensions of interpersonal violence*. Available

at:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42944/9241591609.pdf> (Accessed: 12 April 2020).

Ελληνική βιβλιογραφία

Γεωργακόπουλος, Θ. (2016, Μάρτιος). *Η Υγεία Των Ελλήνων Και Η Κρίση – Μια Έρευνα. διαΝεοσις*. Ανακτήθηκε την 13η Απριλίου 2020, από: https://www.dianeosis.org/2016/03/greek_health_intro/.

Γεωργιάς Δ. (1995). *Κοινωνική Ψυχολογία: στάσεις, αντίληψη του προσώπου, στερεότυπα, επιθετικότητα, δυαδικές σχέσεις και επικοινωνία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κυριαζή, Ν. (2003). *Η κοινωνιολογική έρευνα: Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. 6η έκδ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μαλλιαρού Μ., Καραθανάση Κ. , Σαράφης Π. , Κουτελέκος Ι. Πρεζεράκος Π. , Ζυγά Σ(2015). Μετάφραση στα ελληνικά του εργαλείου μέτρησης verbal abuse scale (vas-gr) .*Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 4(2), pp. 73-82.

Μπρέντα, Γ., Ρόμπολας, Π. & Πλαστήρα, Ε. (2020). Η λεκτική βία στην επαγγελματική ζωή των νοσηλευτών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 19(2), 138-158.

Σταθακόπουλος, Β. (2005). *Μέθοδοι έρευνας αγοράς*. Αθήνα: Εκδόσεις Αθ. Σταμούλης.

Παράρτημα

Έγκριση διεξαγωγής Ερευνητικής εργασίας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΑΔΥΝΑΜΟΜΕΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΑΧΕΠΑ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΑΡΧΙΩΣ 5518/
11/2/26

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ	
Αρμόδια Υπάλληλος	Βάνα Καλογερομήτρου
Τηλέφωνο	2313 303920

Θεσσαλονίκη 10.02.2026

Αριθμ. Πρωτ. 59

ΠΡΟΣ

- Διοίκηση του Π Γ Ν Θ ΑΧΕΠΑ
- κ. Αλεξάνδρα Παπαζήση- Πρ. Παραϊατρικών Επαγγελματιών

Θέμα 14ο «Αίτηση με αριθμ. πρωτ. 2150/2012026 της κ. Ιωάννας Καρακούση-Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων, με την οποία αιτείται την έγκριση για τη διεξαγωγή διπλωματικής εργασίας με τίτλο "Η ΛΕΚΤΙΚΗ ΒΙΑ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΙΤΙΑ, ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ" »

Το Επιστημονικό Συμβούλιο κατά την υπ' αριθμ. 4η/3.2.2026 Συνεδρίαση του, αφού έλαβε υπόψη του

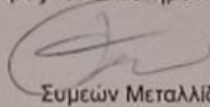
1. Την αίτηση με αριθμ. πρωτ. 2150/2012026 της κ. Ιωάννας Καρακούση-Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων, με την οποία αιτείται την έγκριση για τη διεξαγωγή διπλωματικής εργασίας με τίτλο "Η ΛΕΚΤΙΚΗ ΒΙΑ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΙΤΙΑ, ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ"
2. Το ερευνητικό πρωτόκολλο
3. Τη δήλωση συγκατάθεσης συμμετέχοντα
4. Το ερωτηματολόγιο
5. Την έγκριση της Προϊσταμένης της Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κ. Παρθενόπη Παντελίδου
6. Την έγκριση της Προϊσταμένης του Τμήματος Παραϊατρικών Επαγγελματιών κ. Αλεξάνδρα Παπαζήση
7. Την Υπεύθυνη Δήλωση της κ. Ιωάννας Καρακούση που δηλώνει ότι:
 - Δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το νοσοκομείο
 - Θα τηρηθούν όλες οι βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας
 - Θα τηρηθεί αυστηρά η προστασία των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων
 - Αντίγραφο της μελέτης θα κατατεθεί στην Ιατρική Βιβλιοθήκη του Νοσοκομείου
8. Τη συζήτηση μεταξύ των μελών

Τιτλ. Κυριακίδη αρ. 1, 546 36 Θεσσαλονίκη, τηλ. 2313 303110,111
Ιστοσελίδα: www.athenahosp.gr Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: athenahosp@n3.sygkefori.gov.gr

Γνωμοδοτεί θετικά και εισηγείται στο Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου

τη διεξαγωγή διπλωματικής εργασίας της κ Ιωάννας Καρακούση- Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων, με τίτλο "Η ΛΕΚΤΙΚΗ ΒΙΑ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΙΤΙΑ, ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ", με υπεύθυνη την κ Αλεξάνδρα Παπαζήση

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου



Συμεών Μεταλλίδης

Καθηγητής Παθολογίας Λοιμωξιολογίας Α Π Θ
Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής Π Γ Ν Θ ΑΧΕΠΑ

Απόσπασμα Πρακτικών
Της 13^{ης}/13.05.2026 Τακτικής Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου
του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

Στη Θεσσαλονίκη, στην οδό Στ. Κυριακίδη αρ. 1, σήμερα 13 Μαΐου 2026, ημέρα της εβδομάδας Τετάρτη και ώρα 12.00, στην αίθουσα Συνεδριάσεων του Διοικητικού Συμβουλίου του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, συνήλθε σε τακτική Συνεδρίαση το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, που συγκροτήθηκε με την υπ' αριθμ. Γ4Β/52651/5.11.2024 απόφαση του Υπουργού Υγείας και του Υφυπουργού Υγείας, που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 1279/14.11.2024, τυχός Υ.Ο.Δ.Δ. και διαρθρώσεως ασφαλείων της στο ΦΕΚ 1399/20.12.2024, τυχός Υ.Ο.Δ.Δ. και με την υπ' αριθμ. Γ4Β/οικ. 37827/01.09.2025 απόφαση του Υπουργού Υγείας και του Υφυπουργού Υγείας, που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 1167/09.09.2025 τυχός Υ.Ο.Δ.Δ., μετά από πρόσκληση του Προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, κ. Παναγιώτη Παντελιάδη.

Στη Συνεδρίαση συμμετείχαν είτε με φυσική παρουσία είτε μέσω τηλεδιάσκεψης οι κ.κ.

- Παναγιώτης Παντελιάδης, Πρόεδρος Δ.Σ.
- Ευτέρπη Βασιλειάδου, Αναπληρώτρια Διοικήτρια, Αντιπρόεδρος του Δ.Σ.
- Βασίλειος Κώστης, Καθηγητής Ιατρικής-Σχολή Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ., αναπληρωματικό Μέλος Δ.Σ.
- Παρμενίων Τσιτσόπουλος, Καθηγητής Ιατρικής - Σχολή Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ., τακτικό Μέλος Δ.Σ.
- Ροδόκλεια Γρέγου, ΠΕ Εφοριακών, Διευθύντρια Κέντρου Φορολογίας Κεφαλαίου Θεσσαλονίκης, τακτικό Μέλος Δ.Σ.
- Dr Alfred Banich, Ιατρός, Εκπρόσωπος της ΑΝΕΡΑ HELLAS, τακτικό Μέλος Δ.Σ.
- Αναστάσιος Καραβανάς, ΠΕ Μηχανικών, Μηχανικός της Αποκεντρωμένης Διοίκησης Μακεδονίας Θράκης, τακτικό Μέλος Δ.Σ.
- Μαριάννα Βαραδίνη, Δικηγόρος, τακτικό Μέλος Δ.Σ.
- Δεν συμμετείχαν λόγω κωλύματος οι κ.κ.
- Γεώργιος Τσουλφάς, Καθηγητής Ιατρικής-Σχολή Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ., τακτικό Μέλος Δ.Σ.
- Κωνσταντίνος Κατάκαλος, Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήματος Πολιτικών Μηχανικών - Πολυτεχνική Σχολή Α.Π.Θ., τακτικό Μέλος Δ.Σ.
- Θεοδόσιος Παπαβραμίδης, Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ, εκπρόσωπος των ιατρών του Νοσοκομείου, τακτικό Μέλος Δ.Σ.
- Δημοσθένης Μιχαλάκης, υπάλληλος κλάδου ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων, εκπρόσωπος εργαζομένων, πλην ιατρών του Νοσοκομείου, τακτικό Μέλος Δ.Σ.

Στη Συνεδρίαση μετείχε η κα Παναγιώτα Τσανάκα, ΠΕ Διοικητικού-Οικονομικού, ως Γραμματέας του Διοικητικού Συμβουλίου.

Στη Συνεδρίαση παραβρέθηκαν οι κ.κ. Ελένη Υφαντή, Προϊσταμένη Διεύθυνσης Διοικητικής - Οικονομικής Υπηρεσίας και Πέτρος Σεριδής, Προϊστάμενος Υποδιεύθυνσης Οικονομικού του Νοσοκομείου, ως εισηγητές των θεμάτων που άπτονται της αρμοδιότητάς τους και οι οποίοι αποχώρησαν πριν την έναρξη της συζήτησης και λήψης των αποφάσεων.

Το Διοικητικό Συμβούλιο, μετά τη διαπίστωση της νόμιμης απαρτίας, υπό την προεδρία του κ. Παναγιώτη Παντελιάδη, Προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, για τα παρακάτω θέματα της υπ' αριθμ. πρωτ. 17899/11.05.2026 Ημερήσιας Διάταξης, αποφασίζει τα εξής:

Θέμα 43ο : Αίτηση με αριθμ. πρωτ. 2150/20.1.2026 της κ. Ιωάννας Καρακούση, Τεχνολόγου Ιατρικών Εργαστηρίων, με την οποία αιτείται την έγκριση για τη διεξαγωγή διπλωματικής εργασίας με τίτλο «Η ΛΕΚΤΙΚΗ ΒΙΑ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΙΤΙΑ, ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΕΓΝΟΚΟΜΕΙΟ.»

Το Διοικητικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη του



1. Αίτηση με αριθμ. πρωτ. 2150/20.1.2026 της κ. Ιωάννας Καρακούση, Τεχνολόγου Ιατρικών Εργαστηρίων, με την οποία αιτείται την έγκριση για τη διεξαγωγή διπλωματικής εργασίας με τίτλο «Η ΛΕΚΤΙΚΗ ΒΙΑ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΙΤΙΑ, ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ»
2. Την απόφαση που λήφθηκε κατά την υπ' αριθμ. 3/26.01.2024 Συνεδρίαση του (Θέμα 21ο), με θέμα: «Επικαιροποίηση διαδικασίας για την έγκριση διενέργειας κλινικών μελετών καθώς και των ερευνητικών εργασιών που διενεργούνται στο ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ»
3. Την απόφαση που έλαβε το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου με αρ. πρωτ. 5518/11.02.2026 (αρ. εσωτ. Πρωτ. 59/10.02.2026) κατά την 4η/03.02.2026 Συνεδρίασή του (Θέμα 14^ο), το οποίο μετά από συζήτηση μεταξύ των μελών
Γνωμοδοτεί θετικά και εισηγείται στο Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου τη διεξαγωγή της διπλωματικής εργασίας της κ. Ιωάννας Καρακούση, Τεχνολόγου Ιατρικών Εργαστηρίων, με τίτλο «Η ΛΕΚΤΙΚΗ ΒΙΑ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΙΤΙΑ, ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ» με υπεύθυνη την κ. Αλεξάνδρα Παπαζήση
4. Την απόφαση που λήφθηκε κατά την 5η Συνεδρίαση του (Θέμα 41ο), σύμφωνα με την οποία αναβλήθηκε η συζήτηση του θέματος μέχρι τον ορισμό νέου υπευθύνου της διπλωματικής εργασίας
5. Την με αρ. πρωτ. 13815/7-7-2026 (αρ. εσωτ. Πρωτ. 59/07.04.2026) ορθή επανακοινοποίηση της απόφασης που έλαβε το Επιστημονικό Συμβούλιο κατά την 4η/3.02.2026 Συνεδρίασή του (Θέμα 14^ο), σύμφωνα με την οποία
Γνωμοδοτεί θετικά και εισηγείται στο Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου τη διεξαγωγή της διπλωματικής εργασίας της κ. Ιωάννας Καρακούση, Τεχνολόγου Ιατρικών Εργαστηρίων, με τίτλο «Η ΛΕΚΤΙΚΗ ΒΙΑ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΙΤΙΑ, ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ» με υπεύθυνη την κ. Παρθενόπη Παντελίδου Προϊσταμένη Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
6. Το υπ' αριθμ. πρωτ. 7638/12.02.2024 έγγραφο της Διοίκησης της 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης.
7. Την εισήγηση του Προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου

Αποφασίζει Ομόφωνα

Την έγκριση διεξαγωγής της διπλωματικής εργασίας της κ. Ιωάννας Καρακούση, Τεχνολόγου Ιατρικών Εργαστηρίων, με τίτλο «Η ΛΕΚΤΙΚΗ ΒΙΑ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΙΤΙΑ, ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ



ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟ-ΚΟΜΕΙΟ» με υπεύθυνη την Δρ. Παρθενόπη Παντελίδου Προϊσταμένη Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Επισημαίνεται ότι απαραίτητα θα πρέπει να τηρηθούν οι προϋποθέσεις που τέθηκαν κατά την υπ' αριθμ. 31/26.01.2024 Συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου (Θέμα 21^ο), για τη διενέργεια των κλινικών μελετών καθώς και των ερευνητικών εργασιών στο Νοσοκομείο μας.

Στην παρούσα απόφαση επισυνάπτεται η απόφαση που λήφθηκε κατά την υπ' αριθμ. 31/26.01.2024 Συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου (Θέμα 21^ο).

Εφιστάται η προσοχή στους Υπεύθυνους Ερευνητές για την παρακολούθηση των Κλινικών Μελετών καθώς και στους Υπεύθυνους των ερευνητικών εργασιών που διενεργούνται στο ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, όπως ελέγχουν και τηρούν **απαρέγκλιτα** τις προϋποθέσεις που τέθηκαν για τη διενέργεια των κλινικών μελετών καθώς και των ερευνητικών εργασιών στο Νοσοκομείο μας κατά την υπ' αριθμ. 31/26.01.2024 Συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου (Θέμα 21^ο) καθώς επίσης να **ακολουθείται απαρέγκλιτα** η διαδικασία για την παρακολούθηση και ολοκλήρωση των Κλινικών Μελετών και Ερευνητικών Προγραμμάτων σύμφωνα με τα όσα αναφέρονται στην ΚΥΑ Δ3(α) οικ. 36809/2019 (ΦΕΚ 2015/3.06.2019 τ. Β')

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ.

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΑΝΤΕΛΙΔΗΣ

Η ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ.

ΕΥΤΕΡΠΗ ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ

ΤΑ ΜΕΛΗ

1. ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΚΩΤΣΗΣ
2. ΠΑΡΜΕΝΙΩΝ ΤΣΙΤΣΟΠΟΥΛΟΣ
3. ΡΟΔΟΚΛΕΙΑ ΓΡΕΓΟΥ
4. ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΚΑΡΑΒΑΝΑΣ
5. ALFRED BARICH
6. MARIANNA ΒΑΡΑΔΙΝΗ

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΤΣΑΝΑΚΑ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 20.05.2026

Έντυπο Συγκατάθεσης Συμμετοχής σε Διπλωματική Εργασία

Τίτλος διπλωματικής εργασίας: Η λεκτική βία στο εργασιακό περιβάλλον επαγγελματιών υγείας: Αίτια, ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και στρατηγικές αντιμετώπισης σε Γενικό Νοσοκομείο.

Επιβλέποντες καθηγητές: κος Ίντας Γεώργιος Επιβλέπων Α και κος Γκορέζης Παναγιώτης Επιβλέπων Β

Ερευνητής: Καρακούση Ιωάννα Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων Τ.Ε.
Αιματολογικού Εργαστηρίου του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ
Τηλ. Επικοινωνίας: 6980653651 mail: std158135@ac.eap.gr

Σκοπός: Ο σκοπός αυτής της έρευνας είναι η διερεύνηση του φαινομένου της λεκτικής βίας σε επαγγελματίες υγείας σε ένα δημόσιο νοσοκομείο. Θα γίνει προσπάθεια καταγραφής του φαινομένου ,των αιτιών που το προκαλούν,τις επιπτώσεις της στο συγκεκριμένο πληθυσμό και των στρατηγικών αντιμετώπισης της.

Οργάνωση: Η μελέτη συντονίζεται από το μεταπτυχιακό πρόγραμμα του ΕΑΠ και του τμήματος Διοίκηση Μονάδων Υγείας
Η συμπλήρωση και επιστροφή των ερωτηματολογίων αποτελεί συγκατάθεση συμμετοχής στην παρούσα έρευνα. Η συμμετοχή είναι εθελοντική και ανώνυμη έτσι ώστε να διασφαλίζεται η ιδιωτικότητα σας.

Αν έχετε οποιοσδήποτε ερωτήσεις μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου.

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

Η συμμετοχή σας είναι πολύτιμη.

Συνοδευτική επιστολή

Αγαπητοί Συμμετέχοντες

Ονομάζομαι Καρακούση Ιωάννα και είμαι Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων στο Αιματολογικό Εργαστήριο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ. Στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας μου με θέμα «Η λεκτική βία στο εργασιακό περιβάλλον επαγγελματιών υγείας: Αίτια, ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και στρατηγικές αντιμετώπισης σε Γενικό Νοσοκομείο» του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του ΕΑΠ σας παρακαλώ να συμπληρώσετε ανώνυμα το παρακάτω ερωτηματολόγιο.

Είμαι στη διάθεση σας για τυχόν απορίες στο παρακάτω τηλέφωνο:

Κινητό τηλ. 6980653651

Email: std158135@ac.eap.gr

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία.

Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου "Λεκτική Βία"



Dr Maria Malliarou <mmalliarou@gmail.com>

Προς εγώ

Αγαπητή κ Καρακούση έχετε την άδεια μου να χρησιμοποιήσετε το ερωτηματολόγιο της λεκτικής βίας στην διπλωματική σας εργασία και να κάνετε αναφορά στις πηγές το άρθρο



Dr. Maria Malliarou

Professor (Full)

Director of Laboratory of Education and Research of Trauma Care and Patient Safety (Labedu TraumaCare)

w: traumacarelab.nurs.uth.gr

m: +30 6944796499

a: Nursing Department, University of Thessaly
Gaiopolis, Larissa-Trikala Ring Road, zip 41100, Larissa,
Greece

e: malliarou@uth.gr

Στις Κυρ 7 Δεκ 2025 στις 4:47 μ.μ., ο/η Ioanna Karakousi
<karakousi7@gmail.com> έγραψε:

Καλησπέρα κα Μαλλιάρου,

Ονομάζομαι Καρακούση Ιωάννα και είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Π.Σ Δ.Μ.Υ. (ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ στο ΕΑΠ. Επικοινωνώ μαζί σας γιατί θα ήθελα την άδεια σας για να χρησιμοποιήσω το ερωτηματολόγιο που μεταφράσατε για τη λεκτική βία (verbal abuse scale) στη διπλωματική μου εργασία με θέμα : Η λεκτική βία στο εργασιακό περιβάλλον επαγγελματιών υγείας: Αίτια, ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και στρατηγικές αντιμετώπισης σε Γενικό Νοσοκομείο.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ VERBAL ABUSE SCALE (VAS-GR)

Αυτό το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Οι απαντήσεις στα ερωτήματα του ερωτηματολογίου είναι απόλυτα ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΕΣ και θα χρησιμοποιηθούν για τη διενέργεια στατιστικής έρευνας. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια γιατί η απάντησή σας είναι απαραίτητη για την ολοκλήρωση της έρευνας. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και μπορείτε να αποχωρήσετε όποτε θέλετε.

Οδηγίες συμπλήρωσης ερωτηματολογίου: Παρακαλώ όπου υπάρχουν τελείες (...) συμπληρώνετε ολογράφως, όπου υπάρχει κενό κουτάκι συμπληρώστε την αντίστοιχη απάντηση με Χ ή √, σε άλλη περίπτωση κυκλώστε την απάντηση.

ΜΕΡΟΣ Α – ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο: ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα

Ηλικία: ☐ 20–30 ☐ 31–40 ☐ 41–50 ☐ 51–60

Ανήκετε στο:

☐ Νοσηλευτικό προσωπικό ☐ Εργαστηριακό προσωπικό

Διάρκεια εργασίας στο δημόσιο

☐ 1–5 ☐ 6–10 ☐ 11–15 ☐ 16–20 ☐ 21–25 ☐ 25–30

Εκπαίδευση:

☐ Υποχρεωτική ☐ Πανεπιστημιακή (ΑΕΙ-ΤΕΙ) ☐ Μεταπτυχιακό ☐ Διδακτορικό / Ειδίκευση

ΜΕΡΟΣ Β

1. Το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων;

☐ 1.ΝΑΙ

☐ 2.ΟΧΙ

2. Ποια η εργασιακή σχέση σας με τον υβριστή;

☐ 1.Άμεσος προϊστάμενος

☐ 2.Άλλος ανώτερος

☐ 3. Άμεσα υφιστάμενος

☐ 4.Άλλος κατώτερος

☐ 5.Ομοιόβαθμος

☐ 6.Συγγενής ασθενούς

☐ 7.Ο ίδιος ο ασθενής

☐ 8.Επισκέπτης

☐ 9.Άλλος (παρακαλώ αναφέρετε ποιος): _____

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

☐ 1.Ποτέ

☐ 2.Μια φορά το χρόνο

☐ 3.Περισσότερες από 1 φορά ετησίως

☐ 4.Μια φορά το μήνα

☐ 5.Μια φορά τη βδομάδα

☐ 6.Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως

☐ 7.Καθημερινά

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

☐ 1.ΝΑΙ

☐ 2.ΟΧΙ

5. Πόσο συχνά γίνετε εσείς αποδέκτης λεκτικής βίας;

☐ 1.Ποτέ

☐ 2.Μια φορά το χρόνο

☐ 3.Περισσότερες από 1 φορά ετησίως

☐ 4.Μια φορά το μήνα

☐ 5.Μια φορά τη βδομάδα

☐ 6.Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως

☐ 7.Καθημερινά

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

☐ 1.Καθόλου

☐ 2.Σχεδόν καθόλου

☐ 3.Λίγο

☐ 4. Αρκετά

☐ 5.Πολύ

☐ 6.Πάρα πολύ

☐ 7.Εξαιρετικά

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

ΕΙΔΟΣ ΛΕΚΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ	Πόσο συχνά					Πόσο σοβαρή				
1. Βίαιος θυμός	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Συγκατάβαση	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Προσβολή συγκαλυμμένη σε αστείο	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Αδιαφορία	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Έντονη κριτική	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Απόρριψη, αποδοκιμασία	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Απειλή	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. Σεξουαλική παρενόχληση	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11.....										
12.....										

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

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

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

1. Προσπάθησα να δω την κατάσταση με προοπτική.	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
2. Ζήτησα βοήθεια και υποστήριξη από άλλους.	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
3. Προσπάθησα να ξεκαθαρίσω πιθανή παρανόηση	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
4. Βρήκα θετικές ασχολίες που μείωσαν την ένταση μου	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
5. Μιλώ στον εαυτό μου με καθησυχαστικό τρόπο.	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
6.Μιλώ απευθείας στους συναδέλφους για το επεισόδιο.	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
7. Δεν μιλάω με τους υβριστές συναδέλφους.	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
8. Αποστασιοποιούμαι από την κατάσταση.	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
9. Κρατώ τα αισθήματα για τον εαυτό μου.	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
10. Βρήκα αμφιλεγόμενες ασχολίες που μειώνουν το άγχος μου	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
11. Τείνω να κατηγορώ τον εαυτό μου.	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
12. Έχω ευσεβείς πόθους ότι όλα θα βελτιωθούν.	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
13. Προσπάθησα να δω την κατάσταση με χιούμορ	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
14.....	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
15.....	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ

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

1. Επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδερφο.	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
2. Επιδείνωση των σχέσεων με άτομα εκτός του εργασιακού περιβάλλοντος.	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
3. Επιδείνωση της σχέσης με το υπόλοιπο προσωπικό.	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
4. Μείωση της εμπιστοσύνης και υποστήριξης στον χώρο εργασίας.	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
5. Μειωμένη αυτοεκτίμηση.	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
6.Μειωμένη εμπιστοσύνη στον εαυτό σου.	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
7.Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία.	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
8. Μειωμένη απόδοση και ανταπόκριση στις επαγγελματικές απαιτήσεις (αύξηση λαθών).	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ

9. Επιβάρυνση της υγείας.	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
10. Μείωση του αισθήματος άνεσης/ευεξίας στον χώρο εργασίας.	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
11. Μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
12. Αύξηση των ωρών αποχής από την εργασία.	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
13. Διαμαρτυρία των υπολοίπων εργαζομένων αφού επωμίζονται την αποχή του λεκτικά κακοποιημένου συναδέλφου	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
14.....	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
15.....	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Αρκετά	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ

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

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