



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

Διπλωματική εργασία με τίτλο

Εργασιακός εκφοβισμός – Ικανοποίηση από την εργασία- Ποιότητα

ΜΠΛΕΚΟΥ ΘΕΑΝΩ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ ΜΑΙΟΣ 2026

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	3
Abstract	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εισαγωγή	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Εργασιακός εκφοβισμός.....	10
2.1 Ορισμοί (mobbing, bullying, harassment) και διαφορές	10
2.2 Κριτήρια: συχνότητα, διάρκεια, ανισορροπία δύναμης.....	11
2.3 Μορφές εκφοβισμού (εργασιοκεντρικός, κοινωνικός/σχέσεων, προσωπικός, απειλητικός).....	11
2.4 Παράγοντες κινδύνου σε νοσοκομεία (ιεραρχία, φόρτος, στελέχωση, συγκρούσεις ρόλων, leadership).....	12
2.5 Επιπτώσεις: ψυχική υγεία, σωματικά συμπτώματα, επαγγελματικές εκβάσεις, ασφάλεια ασθενών	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Εργασιακή ικανοποίηση.....	14
3.1 Ορισμός και διαστάσεις (αμοιβές, προαγωγές, εποπτεία, συνάδελφοι, φύση εργασίας, επικοινωνία/διαδικασίες).....	14
3.2 Κύριες θεωρίες (ενδεικτικά: Herzberg, Job Characteristics Model, οργανωσιακή δικαιοσύνη)	15
3.3 Εργασιακή ικανοποίηση σε επαγγέλματα υγείας: τι δείχνει η διεθνής βιβλιογραφία	16
3.4 Συσχέτιση εργασιακής ικανοποίησης με αποχώρηση, δέσμευση, ποιότητα φροντίδας.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ποιότητα ζωής (QoL / HRQoL).....	17
4.1 Ορισμός QoL / HRQoL και βασικές διαστάσεις	17
4.2 Ποιότητα ζωής σε εργαζόμενους υγείας και επιβαρυντικοί παράγοντες.....	18
5.1 Υπόθεση-λογική: Εκφοβισμός → χαμηλότερη εργασιακή ικανοποίηση → χαμηλότερη QoL	20
4.3 Πώς ο εργασιακός εκφοβισμός μεταπηδάει στην καθημερινή ζωή	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Σύνθεση: προτεινόμενο εννοιολογικό μοντέλο	22
5.2 Πιθανοί μετριαστές/διαφορές ομάδων (φύλο, ηλικία, ειδικότητα, προϋπηρεσία, τμήμα).....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Μεθοδολογία	25
6.1 Σχεδιασμός μελέτης.....	25
6.2 Δείγμα	26
6.2.1 Κριτήρια ένταξης/αποκλεισμού	26
6.2.2 Μέθοδος δειγματοληψίας (ευκολίας – Google Forms) και περιορισμοί.....	26
6.3 Ερευνητικά εργαλεία.....	27
6.3.1 Δημογραφικά (Μέρος Α): μεταβλητές και κωδικοποίηση	27
6.3.2 Εργασιακός εκφοβισμός (Μέρος Β): διαστάσεις/σκοράρισμα/ερμηνεία	27

6.3.3 Εργασιακή ικανοποίηση (Μέρος Γ): διαστάσεις/αντιστροφές/σκοράρισμα	28
6.3.4 Ποιότητα ζωής (Μέρος Δ): σκοράρισμα/ερμηνεία	28
6.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	29
6.5 Ηθικά ζητήματα.....	29
6.6 Στατιστικό πλάνο ανάλυσης	29
7.1 Εισαγωγή.....	31
7.2 Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος	31
7.3 Περιγραφικά στατιστικά των βασικών δεικτών	32
7.4 Διαφορές ως προς το φύλο	33
7.5 Διαφορές ως προς ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο σπουδών, προϋπηρεσία και ειδικότητα	34
7.6 Συσχετίσεις μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού, εργασιακής ικανοποίησης και ικανοποίησης από τη συντροφική σχέση	37
7.7 Σύνοψη κύριων ευρημάτων	38
8.1. Συζήτηση.....	38
8.2. Περιορισμοί έρευνας	44
8.3. Συμπεράσματα	45
Βιβλιογραφία.....	48

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:	Ο εργασιακός εκφοβισμός αποτελεί σημαντικό ψυχοκοινωνικό κίνδυνο στο νοσοκομειακό περιβάλλον, καθώς συνδέεται με την ψυχική επιβάρυνση των εργαζομένων, τη μείωση της εργασιακής ικανοποίησης και τη δυσλειτουργία της οργανωσιακής επικοινωνίας. Σε χώρους υγείας, όπου η συνεργασία, η ιεραρχία, ο φόρτος εργασίας και η συνεχής πίεση αποτελούν καθημερινά χαρακτηριστικά, οι αρνητικές εργασιακές συμπεριφορές μπορούν να επηρεάσουν τόσο την επαγγελματική εμπειρία όσο και την ευημερία του προσωπικού.
ΣΚΟΠΟΣ:	Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του εργασιακού εκφοβισμού σε νοσοκομειακό προσωπικό και η εξέταση της σχέσης του με την εργασιακή ικανοποίηση και την ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση. Επιπλέον, εξετάστηκαν πιθανές διαφοροποιήσεις με βάση δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.
ΜΕΘΟΔΟΣ:	Πραγματοποιήθηκε ποσοτική, διατομεακή και συσχετιστική μελέτη σε δείγμα 116 εργαζομένων νοσοκομείου. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία, κλίμακα αρνητικών εργασιακών συμπεριφορών για τη μέτρηση του εργασιακού εκφοβισμού, τις επιμέρους διαστάσεις του Job Satisfaction Survey για τη μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης και επτά ερωτήσεις για την αποτίμηση της ικανοποίησης από τη συντροφική σχέση. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με περιγραφικές και επαγωγικές στατιστικές μεθόδους.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:	Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο εργασιακός εκφοβισμός εμφανίστηκε σε μέτριο επίπεδο στο δείγμα, με συνολικό σκορ $M = 63.90$, $SD = 22.14$. Οι συχνότερες αρνητικές συμπεριφορές αφορούσαν τη λεκτική κακοποίηση, τον μη διαχειρίσιμο φόρτο εργασίας, την υπεροπτική επίδειξη εξουσίας, την απόκρυψη πληροφοριών και την υποτίμηση μπροστά σε άλλα άτομα. Αντίθετα, οι σωματικές ή ηλεκτρονικές μορφές παρενόχλησης εμφανίστηκαν με χαμηλότερη συχνότητα. Ως προς την εργασιακή ικανοποίηση, οι υψηλότερες τιμές καταγράφηκαν στην εποπτεία/προϊστάμενο, στη φύση της εργασίας και στους συναδέλφους, ενώ οι χαμηλότερες τιμές αφορούσαν την αμοιβή, τις παροχές, την προαγωγή, τις ανταμοιβές/αναγνώριση και τις λειτουργικές διαδικασίες. Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο. Η ηλικία και το επίπεδο σπουδών διαφοροποίησαν σημαντικά την ικανοποίηση από την προαγωγή, ενώ η οικογενειακή κατάσταση διαφοροποίησε σημαντικά την ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση. Ο εργασιακός εκφοβισμός συσχετίστηκε αρνητικά με την εποπτεία/προϊστάμενο, $r = -.435$, $p < .001$, τις ανταμοιβές/αναγνώριση, $r = -.352$, $p < .001$, τις λειτουργικές διαδικασίες, $r = -.312$, $p = .001$, και την επικοινωνία, $r = -.526$, $p < .001$. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και ικανοποίησης από τη συντροφική σχέση, $r = .020$, $p = .832$.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:	Ο εργασιακός εκφοβισμός στο νοσοκομειακό περιβάλλον φαίνεται να συνδέεται κυρίως με οργανωσιακές και επικοινωνιακές πτυχές της

	εργασιακής εμπειρίας. Τα ευρήματα αναδεικνύουν την ανάγκη ενίσχυσης της οργανωσιακής επικοινωνίας, της δίκαιης εποπτείας, της αναγνώρισης των εργαζομένων και της ύπαρξης σαφών διαδικασιών πρόληψης και αντιμετώπισης αρνητικών εργασιακών συμπεριφορών.
ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ:	εργασιακός εκφοβισμός, εργασιακή ικανοποίηση, νοσοκομειακό προσωπικό, επικοινωνία, εποπτεία, συντροφική σχέση

Abstract

INTRODUCTION:	Workplace bullying constitutes an important psychosocial risk in the hospital setting, as it is associated with employees' psychological burden, reduced job satisfaction, and impaired organizational communication. In healthcare settings, where collaboration, hierarchy, workload, and continuous pressure are everyday features, negative workplace behaviors may affect both employees' professional experience and overall well-being.
AIM:	The aim of the present study was to examine workplace bullying among hospital staff and to investigate its association with job satisfaction and relationship satisfaction. In addition, possible differences according to demographic and work-related characteristics of the participants were explored.
METHOD:	A quantitative, cross-sectional, correlational study was conducted with a sample of 116 hospital employees. Participants completed an online questionnaire that included demographic and work-related information, a scale of negative work-related behaviors for the assessment of workplace bullying, the dimensions of the Job Satisfaction Survey for the measurement of job satisfaction, and seven items assessing relationship satisfaction. The data were analyzed using descriptive and inferential statistical methods.
RESULTS:	The findings showed that workplace bullying was present at a moderate level in the sample, with a total score of $M = 63.90$, $SD = 22.14$. The most frequently reported negative behaviors included verbal abuse, unmanageable workload, arrogant displays of authority, withholding of information, and being humiliated in front of others. In contrast, physical or electronic forms of harassment were reported less frequently. Regarding job satisfaction, the highest scores were observed in supervision, nature of work, and coworkers, whereas the lowest scores were found in pay, fringe benefits, promotion, contingent rewards/recognition, and operating procedures. No statistically significant gender differences were found. Age and educational level significantly differentiated satisfaction with promotion, while marital/family status significantly differentiated relationship satisfaction. Workplace bullying was negatively associated with supervision, $r = -.435$, $p < .001$, contingent rewards/recognition, $r = -.352$, $p < .001$, operating procedures, $r = -.312$, $p = .001$, and communication, $r = -.526$, $p < .001$. No statistically significant association was found between workplace bullying and relationship satisfaction, $r = .020$, $p = .832$.
CONCLUSIONS:	Workplace bullying in the hospital setting appears to be mainly associated with organizational and communication-related aspects of the work experience. The findings highlight the need to strengthen organizational communication, fair supervision, employee recognition, and clear procedures for the prevention and management of negative workplace behaviors.

KEYWORDS:	workplace bullying, job satisfaction, hospital staff, communication, supervision, relationship satisfaction
------------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εισαγωγή

Τα νοσοκομεία αποτελούν σύνθετους οργανισμούς υψηλής έντασης, στους οποίους η παροχή φροντίδας πραγματοποιείται υπό συνθήκες συνεχούς λειτουργίας, χρονικής πίεσης, αυξημένης ευθύνης και διαρκούς συνεργασίας μεταξύ διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων. Το προσωπικό των νοσοκομείων καλείται να ανταποκριθεί σε απαιτήσεις που δεν είναι μόνο τεχνικές ή επιστημονικές, αλλά και ψυχοσυναισθηματικές: επείγοντα περιστατικά, κυλιόμενες βάρδιες, επαφή με πόνο, απώλεια, αγωνία ασθενών και συγγενών, καθώς και ανάγκη για ακριβή επικοινωνία σε περιβάλλοντα όπου τα λάθη μπορεί να έχουν σοβαρές συνέπειες. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι στην εργασία δεν μπορούν να θεωρηθούν δευτερεύον ζήτημα, καθώς επηρεάζουν άμεσα την ευημερία των εργαζομένων, τη λειτουργία των ομάδων και, έμμεσα ή άμεσα, την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Ένας από τους σημαντικότερους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους είναι ο εργασιακός εκφοβισμός. Ο εργασιακός εκφοβισμός αναφέρεται σε επαναλαμβανόμενες αρνητικές συμπεριφορές που ασκούνται σε βάρος ενός εργαζομένου, όπως υποτίμηση, κοινωνικός αποκλεισμός, υπερβολική ή άδικη κριτική, υπονόμηση της εργασίας, απόκρυψη πληροφοριών, προσβολές ή απειλητικές συμπεριφορές. Το φαινόμενο διαφοροποιείται από μια μεμονωμένη σύγκρουση, επειδή χαρακτηρίζεται από διάρκεια, επαναληπτικότητα και πραγματική ή αντιλαμβανόμενη ανισορροπία δύναμης. Στο νοσοκομειακό περιβάλλον, η ιεραρχία, η εξάρτηση μεταξύ επαγγελματικών ρόλων, ο φόρτος εργασίας και οι ελλείψεις προσωπικού μπορούν να δημιουργήσουν συνθήκες στις οποίες τέτοιες συμπεριφορές είτε εμφανίζονται είτε παραμένουν αδήλωτες. Η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι ο εκφοβισμός στο νοσηλευτικό και ευρύτερο υγειονομικό προσωπικό συνδέεται με δυσμενείς εκβάσεις, όπως αυξημένο στρες, επαγγελματική εξουθένωση, πρόθεση αποχώρησης και μειωμένη επαγγελματική ευημερία (Allen, Holland & Reynolds, 2015; Sauer & McCoy, 2017; Colaprico et al., 2023).

Παράλληλα, η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί βασικό δείκτη της ποιότητας της εργασιακής εμπειρίας. Δεν αφορά μόνο τη γενική θετική ή αρνητική στάση απέναντι στην εργασία, αλλά περιλαμβάνει επιμέρους διαστάσεις, όπως οι αμοιβές, οι προαγωγές, η εποπτεία, οι σχέσεις με συναδέλφους, η αναγνώριση, η επικοινωνία, οι διαδικασίες και η φύση της ίδιας της εργασίας. Στους επαγγελματίες υγείας, η εργασιακή ικανοποίηση έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή συνδέεται με τη διατήρηση προσωπικού, τη δέσμευση, τη συνεργασία και την ποιότητα της φροντίδας. Πρόσφατες ανασκοπήσεις δείχνουν ότι η εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών επηρεάζεται από οργανωσιακούς, ηγετικούς, επαγγελματικούς και ατομικούς παράγοντες, ενώ οι χαμηλοί

δείκτες ικανοποίησης συνδέονται με μεγαλύτερη πιθανότητα αποχώρησης ή αποστασιοποίησης από την εργασία (Esfahani et al., 2024; Wang et al., 2024; Narymbayeva et al., 2025).

Η ποιότητα ζωής, από την άλλη πλευρά, αποτυπώνει την ευρύτερη υποκειμενική ευημερία του ατόμου και περιλαμβάνει τη σωματική υγεία, την ψυχική κατάσταση, την κοινωνική λειτουργικότητα και την καθημερινή ικανότητα ανταπόκρισης στις απαιτήσεις της ζωής. Για τους εργαζόμενους σε νοσοκομεία, η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από παράγοντες όπως η βάρδια, η κόπωση, η έλλειψη ύπνου, η συναισθηματική επιβάρυνση, το εργασιακό στρες και οι σχέσεις στον χώρο εργασίας. Η βιβλιογραφία δείχνει ότι η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών, ενώ η εργασία σε βάρδιες μπορεί να επηρεάζει όχι μόνο τη σωματική και ψυχική υγεία, αλλά και την κοινωνική και οικογενειακή ζωή (Khatatbeh et al., 2021; Czaja, 2025; Jung et al., 2025). Με βάση τα παραπάνω, η παρούσα εργασία εστιάζει στη σχέση ανάμεσα στον εργασιακό εκφοβισμό, την εργασιακή ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής του προσωπικού του Νοσοκομείου Καλαμάτας. Η επιλογή του θέματος τεκμηριώνεται από την ανάγκη να διερευνηθεί όχι μόνο η συχνότητα ή η μορφή του εκφοβισμού, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο αυτός συνδέεται με την καθημερινή εργασιακή εμπειρία και τη γενικότερη ευημερία των εργαζομένων. Η μελέτη αποκτά ιδιαίτερη πρακτική αξία, καθώς τα ευρήματά της μπορούν να αξιοποιηθούν από τη διοίκηση, τους προϊσταμένους και τις υπηρεσίες ανθρώπινου δυναμικού για την αναγνώριση προβληματικών σημείων, την ενίσχυση μηχανισμών αναφοράς, την καλλιέργεια κουλτούρας σεβασμού και την ανάπτυξη παρεμβάσεων πρόληψης.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του εργασιακού εκφοβισμού στο προσωπικό του Νοσοκομείου Καλαμάτας, καθώς και η αποτύπωση της εργασιακής ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής του μελετώμενου πληθυσμού. Επιπλέον, επιδιώκεται να εξεταστεί η σχέση μεταξύ των τριών αυτών μεταβλητών, ώστε να αναδειχθούν πιθανές συνδέσεις και ομάδες αυξημένης ευαλωτότητας. Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα αφορούν τη συχνότητα και τη μορφή του εργασιακού εκφοβισμού, τις δημογραφικές ή εργασιακές ομάδες που ενδέχεται να επηρεάζονται περισσότερο, το επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης, το επίπεδο ποιότητας ζωής και τη συσχέτιση μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού, εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής. Η εργασία οργανώνεται ως εξής: στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το γενικό πλαίσιο, η σημασία του προβλήματος, ο σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα. Στα επόμενα κεφάλαια αναπτύσσεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση για τον εργασιακό εκφοβισμό, την εργασιακή ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής, καθώς και το εννοιολογικό μοντέλο που συνδέει τις τρεις μεταβλητές. Ακολουθεί

η μεθοδολογία της έρευνας, η παρουσίαση των αποτελεσμάτων και, τέλος, η συζήτηση των ευρημάτων, οι περιορισμοί και οι προτάσεις για πρακτικές παρεμβάσεις και μελλοντική έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Εργασιακός εκφοβισμός

2.1 Ορισμοί (*mobbing*, *bullying*, *harassment*) και διαφορές

Ο εργασιακός εκφοβισμός αποτελεί μορφή συστηματικής, επαναλαμβανόμενης κακομεταχείρισης στο εργασιακό πλαίσιο, η οποία εκδηλώνεται μέσω αρνητικών πράξεων (π.χ. υποτίμηση, υπονόμηση, κοινωνικός αποκλεισμός, υπερβολικός έλεγχος, απειλητικές συμπεριφορές) και οδηγεί σε σταδιακή επιδείνωση της θέσης και της ευημερίας του εργαζομένου-στόχου. Στη βιβλιογραφία χρησιμοποιούνται συχνά οι όροι *mobbing* και *bullying*, που σε μεγάλο βαθμό επικαλύπτονται, αλλά έχουν ιστορικές και εννοιολογικές αποχρώσεις. Ο όρος *mobbing* συνδέθηκε ισχυρά με την ευρωπαϊκή παράδοση και ειδικά με την προσέγγιση του Leymann, ο οποίος περιέγραψε το φαινόμενο ως «εχθρική και ανήθικη επικοινωνία» που κατευθύνεται συστηματικά προς ένα άτομο, με αποτέλεσμα αυτό να ωθείται σε κατάσταση αβοήθητου και άμυνας, λόγω της συχνότητας και της διάρκειας των επιθέσεων (Leymann, 1990).

Ο όρος *bullying* (εργασιακός εκφοβισμός) χρησιμοποιείται ευρέως στη διεθνή βιβλιογραφία και δίνει έμφαση στον κλιμακούμενο χαρακτήρα μιας διαδικασίας όπου ο στόχος εκτίθεται σε επαναλαμβανόμενες αρνητικές πράξεις, συχνά με ανισορροπία δύναμης που δυσχεραίνει την αντίσταση (Einarsen et al., 2020). Σημαντικό είναι ότι στη σύγχρονη έρευνα η μέτρηση του εκφοβισμού συχνά γίνεται με εργαλεία που εστιάζουν σε συγκεκριμένες συμπεριφορές (*behavioral experience method*) και όχι στην αυτο-ταυτοποίηση ως «θύμα», ώστε να περιορίζονται οι επιδράσεις του στιγματισμού ή της υποκειμενικής ερμηνείας (Einarsen, Hoel & Notelaers, 2009).

Ο όρος *harassment* (παρενόχληση) αποτελεί ευρύτερη κατηγορία και μπορεί να περιλαμβάνει την ανεπιθύμητη συμπεριφορά που συνδέεται με τα προστατευόμενα χαρακτηριστικά (π.χ. φύλο) ή/και συμπεριφορές που δημιουργούν εχθρικό περιβάλλον εργασίας. Σε επίπεδο διεθνούς πλαισίου, η Διεθνής Οργάνωση Εργασίας (ILO) με τη Σύμβαση 190 (2019) χρησιμοποιεί τον ορισμό της «βίας και παρενόχλησης» ως εύρος απαράδεκτων συμπεριφορών/πρακτικών ή απειλών που στοχεύουν, καταλήγουν ή είναι πιθανό να καταλήξουν σε σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική ή οικονομική

βλάβη (ILO, 2019). Έτσι, ενώ ο εργασιακός εκφοβισμός συνήθως προϋποθέτει επαναληψιμότητα και χρονική διάρκεια, η παρενόχληση (ως νομικο-θεσμικός όρος) μπορεί να περιγράφει και μεμονωμένα περιστατικά υψηλής έντασης, ανάλογα με το πλαίσιο και τις συνέπειες.

2.2 Κριτήρια: συχνότητα, διάρκεια, ανισορροπία δύναμης

Η εννοιολογική διάκριση του εργασιακού εκφοβισμού από «απλή» διαπροσωπική σύγκρουση στηρίζεται συνήθως σε τρία βασικά κριτήρια: τη συχνότητα, τη διάρκεια και την ανισορροπία δύναμης. Στην κλασική προσέγγιση του Leymann, ως ενδεικτικό «στατιστικό» κατώφλι περιγράφεται η έκθεση τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα και για χρονικό διάστημα τουλάχιστον έξι μηνών, ώστε να διαφοροποιείται από μεμονωμένες εντάσεις (Leymann, 1990). Η σύγχρονη βιβλιογραφία διατηρεί τον πυρήνα αυτής της λογικής: ο εκφοβισμός είναι διαδικασία κλιμακούμενης έκθεσης σε αρνητικές πράξεις, με επαναληπτικό χαρακτήρα και όχι περιστασιακή αντιπαράθεση (Einarsen et al., 2020).

Η ανισορροπία δύναμης αποτελεί κομβικό στοιχείο: ακόμη και όταν ο θύτης δεν έχει τυπική εξουσία, η ισχύς μπορεί να προκύπτει από τον ρόλο, την κοινωνική θέση, την εμπειρία, τις συμμαχίες ή τις οργανωσιακές δομές. Μάλιστα, έχει υποστηριχθεί ότι η «αντιλαμβανόμενη» ανισορροπία δύναμης επηρεάζει τόσο το πώς βιώνεται η θυματοποίηση όσο και τις εκβάσεις της (π.χ. πρόθεση αποχώρησης) (Nielsen et al., 2022). Αυτό είναι ιδιαίτερα σχετικό σε νοσοκομεία, όπου η ιεραρχία και οι εξαρτήσεις μεταξύ ρόλων (π.χ. ειδικευόμενος–επιμελητής, νεότερος–προϊστάμενος) μπορούν να κάνουν την αντίσταση ή την αναφορά δύσκολη, ακόμη και όταν ο εργαζόμενος αναγνωρίζει τη βλαπτικότητα των συμπεριφορών.

2.3 Μορφές εκφοβισμού (εργασιοκεντρικός, κοινωνικός/σχέσεων, προσωπικός, απειλητικός)

Ο εργασιακός εκφοβισμός δεν εμφανίζεται ως μία «ενιαία» συμπεριφορά, αλλά ως δέσμη αρνητικών πράξεων που μπορεί να στοχεύουν στην εργασία, στις σχέσεις ή στο πρόσωπο. Μια λειτουργική ταξινόμηση που χρησιμοποιείται συχνά στη μέτρηση (π.χ. NAQ-R) διακρίνει: (α) τον εργασιοκεντρικό/εργασιακά σχετιζόμενο εκφοβισμό (work-related bullying), όπως η απόκρυψη κρίσιμων πληροφοριών, η άδικη αξιολόγηση, η ανάθεση ακατάλληλων ή υπερβολικών καθηκόντων, η αφαίρεση αρμοδιοτήτων, (β) τον κοινωνικό/σχέσεων ή προσωπικό εκφοβισμό (person-related bullying), όπως τα κουτσομπολιά, η γελοιοποίηση, η υποτίμηση, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η περιφρονητική σιωπή, και (γ) οι σωματικά απειλητικές/εκφοβιστικές πράξεις

(physically intimidating bullying), όπως οι απειλητικές χειρονομίες, τα επιθετικά βλέμματα ή οι απειλές βίας (Einarsen, Hoel & Notelaers, 2009).

Σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα, ο εργασιοκεντρικός εκφοβισμός μπορεί να μεταφράζεται ως αυστηρή επίβλεψη ή ως «απαιτητική κουλτούρα», ιδιαίτερα σε τμήματα υψηλής πίεσης. Αντίστοιχα, ο κοινωνικός εκφοβισμός μπορεί να εκδηλωθεί μέσω αποκλεισμών από ενημερώσεις/συναντήσεις, υπονόμευσης συνεργασίας και δημιουργίας «στρατοπέδων», επηρεάζοντας άμεσα τον συντονισμό της ομάδας. Οι απειλητικές μορφές, ακόμη και όταν δεν περιλαμβάνουν σωματική βία, είναι κρίσιμες γιατί λειτουργούν ως μηχανισμοί εκφοβισμού και πειθαρχίας: παράγουν φόβο, αποφυγή και σιωπή, ενισχύοντας τον φαύλο κύκλο.

2.4 Παράγοντες κινδύνου σε νοσοκομεία (ιεραρχία, φόρτος, στελέχωση, συγκρούσεις ρόλων, leadership)

Το νοσοκομείο συνδυάζει δομικούς και λειτουργικούς παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης εκφοβισμού. Πρώτον, η ισχυρή ιεραρχία και η κουλτούρα «μαθητείας» σε ορισμένες ειδικότητες μπορεί να νομιμοποιεί αυταρχικές πρακτικές ως δήθεν αναγκαίο μέσο εκπαίδευσης ή διατήρησης προτύπων. Δεύτερον, ο χρόνιος φόρτος, οι ελλείψεις στελέχωσης και η εργασιακή κόπωση δημιουργούν συνθήκες ευερεθιστότητας, μειωμένης ανοχής και αυξημένων συγκρούσεων. Τρίτον, η ασάφεια ρόλων και οι συγκρούσεις ρόλων (π.χ. υψηλές απαιτήσεις, περιορισμένοι πόροι, αντικρουόμενες οδηγίες) αυξάνουν τις πιθανότητες αλληλοκατηγοριών και μετακύλισης ευθυνών.

Ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας είναι η ηγεσία. Ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η *laissez-faire* ηγεσία (παθητική, απούσα, μη παρεμβατική) μπορεί να συμβάλλει στην κλιμάκωση συγκρούσεων και στην ανάπτυξη εκφοβισμού, καθώς η απουσία ορίων και έγκαιρης διαχείρισης επιτρέπει στις αρνητικές αλληλεπιδράσεις να παγιωθούν (Ågotnes et al., 2021). Σε περιβάλλοντα όπου οι ομάδες χρειάζονται σαφή συντονισμό και δίκαιη κατανομή πόρων, η αίσθηση ότι «κανείς δεν προστατεύει» ή ότι «τίποτα δεν αλλάζει» μπορεί να λειτουργήσει ως επιταχυντής της κακομεταχείρισης και της σιωπής. Η διερεύνηση του εργασιακού εκφοβισμού στις δομές υγείας χρειάζεται να λάβει υπόψη ότι το φαινόμενο δεν περιορίζεται σε ατομικές «δύσκολες προσωπικότητες», αλλά συνδέεται συχνά με χαρακτηριστικά του ίδιου του οργανισμού. Η απουσία σαφών διαδικασιών, η ελλιπής διοικητική ανταπόκριση, η ανοχή σε υποτιμητικές συμπεριφορές και η κανονικοποίηση της αυταρχικής επικοινωνίας μπορούν να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον όπου ο εκφοβισμός αναπαράγεται. Σε μελέτες για νέους νοσηλευτές, η ύπαρξη ενδυναμωτικών

εργασιακών δομών και υποστηρικτικής ηγεσίας συνδέθηκε με χαμηλότερη έκθεση σε εκφοβιστικές συμπεριφορές και με καλύτερες επαγγελματικές εκβάσεις (Laschinger et al., 2010; Laschinger et al., 2012). Επιπλέον, η βιβλιογραφία για την αγένεια, την οριζόντια βία και τον εκφοβισμό στους νοσηλευτές αναδεικνύει ότι τα φαινόμενα αυτά συχνά αλληλοεπικαλύπτονται και ενισχύονται σε περιβάλλοντα υψηλής πίεσης, όπου η ιεραρχία και η κόπωση περιορίζουν τη δυνατότητα αντίδρασης (Bambi et al., 2018). Έτσι, η πρόληψη δεν μπορεί να στηρίζεται μόνο στην ατομική ανθεκτικότητα του εργαζομένου, αλλά απαιτεί σαφή οργανωσιακή πολιτική, ενεργή ηγεσία, ασφαλή κανάλια αναφοράς και έγκαιρη παρέμβαση όταν εμφανίζονται επαναλαμβανόμενες αρνητικές συμπεριφορές.

2.5 Επιπτώσεις: ψυχική υγεία, σωματικά συμπτώματα, επαγγελματικές εκβάσεις, ασφάλεια ασθενών

Οι επιπτώσεις του εργασιακού εκφοβισμού εκτείνονται από την ψυχική και σωματική υγεία μέχρι τις επαγγελματικές εκβάσεις και, σε δομές υγείας, αγγίζουν και την ασφάλεια ασθενών. Σε επίπεδο ψυχικής υγείας, η έκθεση σε εκφοβισμό έχει συσχετιστεί με το αυξημένο άγχος, τα καταθλιπτικά συμπτώματα, τις διαταραχές ύπνου, τη συναισθηματική εξάντληση και τη μειωμένη αυτο-αποτελεσματικότητα. Σε επίπεδο σωματικών συμπτωμάτων, αναφέρονται συχνότερα κεφαλαλγίες, γαστρεντερικές ενοχλήσεις, μυοσκελετικός πόνος και γενικευμένη κόπωση, συχνά ως σωματοποιημένες εκδηλώσεις χρόνιου στρες.

Για τους νοσηλευτές ειδικότερα, μετα-αναλυτικά δεδομένα δείχνουν ότι ο εκφοβισμός από συναδέλφους σχετίζεται θετικά με το εργασιακό στρες και το burnout, ενώ σχετίζεται αρνητικά με την «compassion satisfaction» (ικανοποίηση από τη φροντίδα/προσφορά) (Galanis et al., 2024). Επαγγελματικά, αυτά μεταφράζονται σε αυξημένη πρόθεση αποχώρησης, μειωμένη δέσμευση, μειωμένη απόδοση και επιβάρυνση των ομάδων που απομένουν, γεγονός που ανατροφοδοτεί τις ελλείψεις και τον φόρτο.

Σε νοσοκομειακό πλαίσιο, η συζήτηση δεν μπορεί να περιοριστεί στην ευημερία του προσωπικού: η ποιότητα και η ασφάλεια της φροντίδας είναι άμεσα εξαρτώμενες από την επικοινωνία, τη συνεργασία και τη λειτουργική απόδοση της ομάδας. Ανασκοπητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι ο εκφοβισμός υπονομεύει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας μέσω μηχανισμών όπως η διαταραχή επικοινωνίας, η μειωμένη εμπιστοσύνη, η αποφυγή αναφοράς λαθών και η γνωστική επιβάρυνση, που μπορεί να αυξήσουν το ρίσκο δυσμενών συμβάντων (Machul et al., 2024).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Εργασιακή ικανοποίηση

3.1 Ορισμός και διαστάσεις (αμοιβές, προαγωγές, εποπτεία, συνάδελφοι, φύση εργασίας, επικοινωνία/διαδικασίες)

Η εργασιακή ικανοποίηση ορίζεται συνήθως ως η συνολική αξιολόγηση του εργαζομένου για την εργασία του και τις επιμέρους όψεις της, δηλαδή ο βαθμός στον οποίο η εργασία ανταποκρίνεται στις ανάγκες, τις προσδοκίες και τις αξίες. Στην εφαρμοσμένη έρευνα, η ικανοποίηση αντιμετωπίζεται ως πολυδιάστατο κατασκευάσμα, καθώς περιλαμβάνει τις αξιολογήσεις για τις αμοιβές, τις προαγωγές, την ποιότητα εποπτείας/ηγεσίας, τις σχέσεις με τους συναδέλφους, τη φύση της εργασίας, την επιβράβευση/αναγνώριση, τις παροχές, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν οι διαδικασίες και η επικοινωνία στον οργανισμό. Ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία μέτρησης είναι το Job Satisfaction Survey (JSS), 36-στοιχειακή κλίμακα με εννέα επιμέρους διαστάσεις, η οποία αναπτύχθηκε αρχικά για τις ανθρώπινες υπηρεσίες και χρησιμοποιείται ευρέως και σε υγειονομικά περιβάλλοντα (Spector, 1985).

Σε νοσοκομειακές δομές, αυτή η πολυδιάστατη προσέγγιση είναι κρίσιμη: ένας εργαζόμενος μπορεί να δηλώνει υψηλή ικανοποίηση από τη φύση της φροντίδας ή τη συνεργασία, αλλά χαμηλή ικανοποίηση από τις διαδικασίες, τη γραφειοκρατία ή τη δίκαιη επιβράβευση. Άρα, η ανάλυση ανά διάσταση διευκολύνει στοχευμένες παρεμβάσεις, αντί για γενικές και συχνά αναποτελεσματικές «βελτιώσεις κλίματος». Η εργασιακή ικανοποίηση στους επαγγελματίες υγείας δεν αποτελεί στατικό χαρακτηριστικό, αλλά αποτέλεσμα συνεχούς αλληλεπίδρασης ανάμεσα στις απαιτήσεις της εργασίας και στους διαθέσιμους οργανωσιακούς πόρους. Σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα, οι εργαζόμενοι μπορεί να αντλούν υψηλό νόημα από τη φροντίδα των ασθενών, αλλά ταυτόχρονα να εμφανίζουν χαμηλή ικανοποίηση όταν βιώνουν ανεπαρκή υποστήριξη, άδικη κατανομή φόρτου, περιορισμένη αναγνώριση ή χαμηλή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Η οργανωσιακή δικαιοσύνη έχει αναδειχθεί ως κρίσιμος παράγοντας, καθώς οι αντιλήψεις για δίκαιες διαδικασίες, δίκαιη μεταχείριση και διαφάνεια συνδέονται με την ικανοποίηση και με την πρόθεση παραμονής στην εργασία (Awwad et al., 2025; Mamić et al., 2024). Παράλληλα, ανασκοπήσεις για την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών δείχνουν ότι παράγοντες όπως η υποστηρικτική ηγεσία, η αναγνώριση, το θετικό εργασιακό περιβάλλον και οι δυνατότητες επαγγελματικής ανάπτυξης συμβάλλουν στην ενίσχυση της ικανοποίησης (Sunati, 2025). Επομένως, η εργασιακή ικανοποίηση πρέπει να αντιμετωπίζεται ως σύνθετος οργανωσιακός δείκτης: όταν είναι χαμηλή, δεν εκφράζει απλώς ατομική δυσαρέσκεια, αλλά πιθανή δυσλειτουργία στη διοίκηση, στην επικοινωνία, στη δικαιοσύνη και στην καθημερινή οργάνωση της εργασίας.

3.2 Κύριες θεωρίες (ενδεικτικά: Herzberg, Job Characteristics Model, οργανωσιακή δικαιοσύνη)

Η θεωρία δύο παραγόντων του Herzberg (γνωστή ως motivation–hygiene) προτείνει ότι οι παράγοντες που οδηγούν σε ικανοποίηση (κίνητρα, όπως επίτευξη, αναγνώριση, υπευθυνότητα, εξέλιξη) διαφέρουν από τους παράγοντες που προκαλούν δυσαρέσκεια όταν απουσιάζουν (υγιεινοί παράγοντες, όπως αμοιβές, συνθήκες, πολιτικές, ασφάλεια) (Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959). Η πρακτική αξία της προσέγγισης είναι ότι η «διόρθωση» των υγιεινών παραγόντων μπορεί να μειώσει τη δυσαρέσκεια, αλλά δεν αρκεί από μόνη της για την υψηλή ικανοποίηση αν δεν υπάρχουν κίνητρα που δίνουν νόημα και ανάπτυξη.

Το Job Characteristics Model των Hackman και Oldham εστιάζει στο πώς ο σχεδιασμός της εργασίας επηρεάζει την εσωτερική παρακίνηση και ικανοποίηση, μέσω πέντε βασικών χαρακτηριστικών: την ποικιλία δεξιοτήτων, την ταυτότητα έργου, τη σπουδαιότητα έργου, την αυτονομία και την ανατροφοδότηση. Αυτά επηρεάζουν τις κρίσιμες ψυχολογικές καταστάσεις (νόημα εργασίας, αίσθηση υπευθυνότητας, γνώση αποτελεσμάτων), οι οποίες με τη σειρά τους συνδέονται με την ικανοποίηση και την απόδοση (Hackman & Oldham, 1976). Στα νοσοκομεία, η αυτονομία και η ανατροφοδότηση έχουν ιδιαίτερη σημασία: η υπερβολικά ελεγκτική επίβλεψη ή η έλλειψη σαφούς feedback μπορεί να μειώνει την ικανοποίηση ακόμη και όταν το έργο έχει υψηλό κοινωνικό νόημα.

Η θεωρία της οργανωσιακής δικαιοσύνης προσθέτει έναν άλλο κεντρικό μηχανισμό: οι εργαζόμενοι αξιολογούν την «δικαιοσύνη» τόσο των αποτελεσμάτων (διανεμητική δικαιοσύνη), όσο και των διαδικασιών (διαδικαστική), αλλά και της διαπροσωπικής μεταχείρισης και της ποιότητας ενημέρωσης/εξηγήσεων (διαπροσωπική και πληροφοριακή δικαιοσύνη). Μετα-αναλυτικά ευρήματα δείχνουν ότι οι διαστάσεις αυτές σχετίζονται με εργασιακή ικανοποίηση, δέσμευση και συμπεριφορές απόσυρσης (Colquitt, 2001). Στο πλαίσιο του εκφοβισμού, η αντίληψη αδικίας συχνά λειτουργεί ως «γέφυρα»: η κακομεταχείριση δεν είναι μόνο στρεσογόνα, αλλά και ένδειξη ότι ο οργανισμός δεν προστατεύει, δεν ακούει ή δεν μοιράζει δίκαια τις ευκαιρίες και τους πόρους.

3.3 Εργασιακή ικανοποίηση σε επαγγέλματα υγείας: τι δείχνει η διεθνής βιβλιογραφία

Η διεθνής βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι η εργασιακή ικανοποίηση στα επαγγέλματα υγείας επηρεάζεται από ένα μίγμα εξωγενών (αμοιβές, στελέχωση, ωράρια, υλικοτεχνική υποστήριξη, διοικητικές διαδικασίες) και ενδογενών (νόημα έργου, αναγνώριση, αυτονομία, επαγγελματική ανάπτυξη) παραγόντων. Σε πρόσφατη επικαιροποιημένη ανασκόπηση για την ικανοποίηση νοσηλευτών σε νοσοκομεία, τονίζεται η πολυπλοκότητα των παραγόντων και η σημασία του εργασιακού περιβάλλοντος και της διοίκησης, ενώ υπογραμμίζεται ότι οι ενδογενείς παράγοντες συχνά είναι πιο αποτελεσματικοί για τη βελτίωση της ικανοποίησης σε σχέση με τους καθαρά εξωγενείς (Zhao et al., 2024).

Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε δημόσιες δομές, όπου η άμεση μεταβολή μισθολογίου ή στελέχωσης μπορεί να μην είναι εύκολη βραχυπρόθεσμα. Παρόλα αυτά, παρεμβάσεις που ενισχύουν τη δίκαιη επίβλεψη, τη διαφάνεια, την αναγνώριση, την ποιοτική επικοινωνία, και τη σαφήνεια ρόλων είναι συχνά πιο άμεσα εφικτές και μπορούν να επηρεάσουν την καθημερινή εμπειρία του προσωπικού. Σε αυτή τη λογική, η μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης σε επίπεδο επιμέρους διαστάσεων (όπως γίνεται με κλίμακες τύπου JSS) επιτρέπει να εντοπιστούν οι «μοχλοί» της οργανωσιακής αλλαγής με ρεαλιστική εφαρμοσιμότητα.

3.4 Συσχέτιση εργασιακής ικανοποίησης με αποχώρηση, δέσμευση, ποιότητα φροντίδας

Η εργασιακή ικανοποίηση συνδέεται συστηματικά με την πρόθεση αποχώρησης και με την οργανωσιακή δέσμευση. Σε περιβάλλοντα όπου η υποστελέχωση αποτελεί χρόνιο πρόβλημα, η χαμηλή ικανοποίηση λειτουργεί ως παράγοντας που ενισχύει την κινητικότητα και την εγκατάλειψη θέσεων, δημιουργώντας έναν κύκλο επιβάρυνσης: λιγότερο προσωπικό, μεγαλύτερος φόρτος, περισσότερη δυσαρέσκεια και μεγαλύτερη αποχώρηση. Η ίδια ανασκόπηση για τους νοσηλευτές αναφέρει ότι η υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση συνδέεται με χαμηλότερα ποσοστά αποχώρησης και μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας φροντίδας μέσω της καλύτερης στελέχωσης και πιο σταθερών ομάδων (Zhao et al., 2024).

Η σύνδεση με την ποιότητα φροντίδας δεν είναι μόνο «έμμεση». Η ικανοποίηση επηρεάζει την ενέργεια που επενδύεται στην εργασία, τη διάθεση συνεργασίας, την προθυμία για τήρηση

διαδικασιών και την ψυχολογική διαθεσιμότητα για επικοινωνία. Όταν η εργασιακή εμπειρία χαρακτηρίζεται από την αδικία, την αποθάρρυνση ή την κακομεταχείριση, οι εργαζόμενοι τείνουν να υιοθετούν συμπεριφορές απόσυρσης (π.χ. αποφυγή, ελάχιστη συμμόρφωση), γεγονός που σε νοσοκομειακό πλαίσιο μπορεί να έχει πραγματικό λειτουργικό κόστος. Επομένως, η μελέτη της εργασιακής ικανοποίησης σε συνάρτηση με τον εργασιακό εκφοβισμό έχει ιδιαίτερη αξία: επιτρέπει να εξεταστεί αν η κακομεταχείριση λειτουργεί ως κρίσιμος οργανωσιακός στρεσογόνος παράγοντας που διαβρώνει την ικανοποίηση και, μέσω αυτής, επιβαρύνει τόσο τους εργαζόμενους όσο και τη λειτουργία των υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ποιότητα ζωής (QoL / HRQoL)

4.1 Ορισμός QoL / HRQoL και βασικές διαστάσεις

Η «ποιότητα ζωής» (Quality of Life, QoL) αποτελεί πολυδιάστατη έννοια που επιχειρεί να αποτυπώσει το πώς βιώνει ένα άτομο τη ζωή του συνολικά, όχι μόνο ως απουσία κάποιας νόσου ή συμπτωμάτων, αλλά ως συνδυασμό σωματικής υγείας, ψυχολογικής κατάστασης, κοινωνικών σχέσεων και περιβαλλοντικών/λειτουργικών παραμέτρων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα ζωής ως την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στο πολιτισμικό και αξιακό πλαίσιο όπου ζει, και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του (World Health Organization [WHO], n.d.). Η διατύπωση αυτή είναι κρίσιμη, διότι αναγνωρίζει ότι η QoL δεν είναι αντικειμενικό μέγεθος, αλλά υποκειμενική αξιολόγηση, επηρεασμένη από τους κοινωνικούς ρόλους, τις απαιτήσεις, τις συγκυρίες και τους διαθέσιμους πόρους.

Στη διεθνή βιβλιογραφία γίνεται συχνά διάκριση μεταξύ της «γενικής» ποιότητας ζωής (QoL) και της «ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία» (Health-Related Quality of Life, HRQoL). Η HRQoL εστιάζει ειδικότερα στο πώς η υγεία (σωματική και ψυχική) επηρεάζει τη λειτουργικότητα και την καθημερινότητα: την ικανότητα εργασίας, την ενέργεια/κόπωση, τον πόνο, την κινητικότητα, τον ύπνο, τη συναισθηματική ισορροπία, την κοινωνική συμμετοχή και τη γενικότερη αντίληψη της ευεξίας. Η διαφοροποίηση αυτή έχει πρακτική σημασία στις μελέτες του προσωπικού υγείας: η εργασιακή εμπειρία σε υψηλής πίεσης περιβάλλοντα μπορεί να μην οδηγεί άμεσα σε «διάγνωση», αλλά να διαβρώνει τη λειτουργικότητα, τον ύπνο, την ψυχική ανθεκτικότητα και την κοινωνική ζωή, άρα να αποτυπώνεται πιο καθαρά ως HRQoL.

Για την ποσοτική αποτίμηση της QoL/HRQoL χρησιμοποιούνται ευρέως γενικά εργαλεία, όπως το WHOQOL-BREF, το οποίο αποτυπώνει τέσσερις βασικούς τομείς: τη σωματική υγεία, την ψυχολογική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον (WHO, n.d.). Αντίστοιχα, εργαλεία όπως το SF-36 στοχεύουν σε διαστάσεις της λειτουργικότητας και της υγείας (π.χ. σωματική λειτουργικότητα, ρόλοι λόγω σωματικών/συναισθηματικών προβλημάτων, πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, ψυχική υγεία). Παράλληλα, έχει αναπτυχθεί και η έννοια της «επαγγελματικής ποιότητας ζωής» (Professional Quality of Life), η οποία δεν ταυτίζεται με την QoL αλλά εστιάζει σε εμπειρίες που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας, όπως η ικανοποίηση από τη φροντίδα (compassion satisfaction), η επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες. Η διάκριση αυτή είναι σημαντική: ένα άτομο μπορεί να διατηρεί υψηλό νόημα στην εργασία (υψηλή compassion satisfaction) αλλά να εμφανίζει κόπωση, διαταραχές ύπνου και μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα, άρα χαμηλότερη HRQoL.

Στο νοσοκομειακό περιβάλλον, η ποιότητα ζωής πρέπει να αντιμετωπίζεται ως κεντρικός δείκτης όχι μόνο της ατομικής ευημερίας αλλά και της οργανωσιακής βιωσιμότητας. Όταν η HRQoL μειώνεται, συνήθως αυξάνονται η κόπωση, η γνωστική επιβάρυνση, η ευερεθιστότητα και η πιθανότητα λαθών, ενώ μειώνεται η ικανότητα ανάκαμψης μετά από δύσκολες βάρδιες. Με άλλα λόγια, η QoL/HRQoL λειτουργεί ως «γέφυρα» ανάμεσα στην ψυχοκοινωνική υγεία του προσωπικού και στη λειτουργικότητα των υπηρεσιών.

4.2 Ποιότητα ζωής σε εργαζόμενους υγείας και επιβαρυντικοί παράγοντες

Οι εργαζόμενοι υγείας εκτίθενται σε ένα μίγμα οργανωσιακών, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Ένας από τους ισχυρότερους και πιο συστηματικούς επιβαρυντικούς παράγοντες είναι η εργασία σε βάρδιες (ιδίως νυχτερινές ή κυλιόμενες), η οποία διαταράσσει τον κερκάρδιο ρυθμό, υποβαθμίζει την ποιότητα ύπνου και συνδέεται με την κόπωση, τη μειωμένη συγκέντρωση και το αυξημένο ψυχικό φορτίο. Σε μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση για τις οδηγίες μείωσης των δυσμενών επιπτώσεων της εργασίας σε βάρδιες στο νοσηλευτικό προσωπικό, επισημαίνεται ότι οι ακανόνιστες/κυλιόμενες βάρδιες συνδέονται με τα υψηλότερα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες, ενώ οι επιπτώσεις επιδεινώνονται από την πολύωρη εργασία και τον διαταραγμένο ύπνο, οδηγώντας σε εξουθένωση και κόπωση (Inchingolo et al., 2025). Η ίδια ανασκόπηση τονίζει ότι η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη, η έλλειψη ελέγχου στο πρόγραμμα βαρδιών και η ανεπαρκής στελέχωση επιτείνουν τους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους, ενώ ο μεγαλύτερος έλεγχος/αυτονομία στον προγραμματισμό των βαρδιών συσχετίζεται με τα χαμηλότερα επίπεδα εξάντλησης (Inchingolo et al., 2025).

Ακόμη και όταν η έρευνα δεν χρησιμοποιεί γενικούς δείκτες HRQoL αλλά ειδικότερα εργαλεία της ποιότητας ζωής για τις βάρδιες, τα συμπεράσματα συγκλίνουν. Πρόσφατα αναπτύχθηκε και επικυρώθηκε η ειδική κλίμακα ποιότητας ζωής για τους νοσηλευτές που εργάζονται σε βάρδιες, η οποία στοχεύει ακριβώς στην «πολυεπίπεδη» επίδραση του ωραρίου στην υγεία και την ευεξία. Η ύπαρξη τέτοιων εργαλείων δείχνει ότι η επίδραση της βάρδιας δεν είναι περιθωριακή, αλλά επαρκώς σύνθετη ώστε να απαιτεί εξειδικευμένη μέτρηση (Berse et al., 2025).

Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια η ποιότητα ζωής των εργαζομένων υγείας έχει εξεταστεί έντονα σε σχέση με την περίοδο μετά την πανδημία, όπου παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής κόπωσης, άγχους και ψυχικής επιβάρυνσης. Μελέτες που διερευνούν την HRQoL σε επαγγελματίες υγείας υπογραμμίζουν ότι δείκτες όπως το burnout, το άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα συνδέονται με τη χαμηλότερη ποιότητα ζωής και τη χειρότερη λειτουργικότητα, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν οι εργασιακές απαιτήσεις υψηλής έντασης και η χρόνια υποστελέχωση (Peters et al., 2025). Συναφώς, ελληνικά δεδομένα έχουν εξετάσει την HRQoL των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τους ψυχολογικούς παράγοντες (π.χ. φόβος νόσου), δείχνοντας ότι ψυχολογικές πιέσεις μπορούν να αποτυπωθούν ως επιδείνωση της HRQoL (Katsouda et al., 2024).

Πέρα από τη βάρδια και το μετα-πανδημικό φορτίο, οι κλασικοί οργανωσιακοί παράγοντες επηρεάζουν την ποιότητα ζωής στο νοσοκομειακό προσωπικό: (α) ο φόρτος εργασίας και η χρονική πίεση, (β) η ανεπαρκής στελέχωση και η συχνή κάλυψη κενών, (γ) η διοικητική γραφειοκρατία και η χαμηλή διαθεσιμότητα πόρων, (δ) η χαμηλή υποστήριξη από τους προϊσταμένους ή η ασάφεια ρόλων, (ε) η συναισθηματική επιβάρυνση λόγω επαφής με τον πόνο/θάνατο, και (στ) η έκθεση σε ψυχοκοινωνική βία, συμπεριλαμβανομένου του εργασιακού εκφοβισμού. Οι παράγοντες αυτοί συχνά δεν δρουν μεμονωμένα αλλά αθροιστικά: π.χ. η υποστελέχωση οδηγεί σε υπερφόρτωση, η υπερφόρτωση αυξάνει τα λάθη/εντάσεις, οι εντάσεις διευκολύνουν τις τοξικές συμπεριφορές, οι τοξικές συμπεριφορές μειώνουν την υποστήριξη και αυξάνουν την αποφυγή, και ο κύκλος συνεχίζεται.

Η σχέση ανάμεσα στην επιβάρυνση προσωπικού και τη λειτουργία του συστήματος φαίνεται και από τα δεδομένα που συνδέουν την εξουθένωση με την ποιότητα και την ασφάλεια φροντίδας: σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, το burnout των νοσηλευτών συσχετίστηκε με τη χαμηλότερη ποιότητα/ασφάλεια φροντίδας και τη χαμηλότερη ικανοποίηση ασθενών, με συνέπεια η διατήρηση της ευημερίας προσωπικού να αναδεικνύεται ως οργανωσιακή προτεραιότητα (Li et al., 2024). Παρότι το burnout δεν είναι ταυτόσημο με την HRQoL, αποτελεί

στενά συνδεδεμένο μηχανισμό που επηρεάζει τη ζωτικότητα, τον ύπνο, την ψυχική λειτουργία και την κοινωνική συμμετοχή, δηλαδή τις βασικές διαστάσεις της HRQoL.

5.1 Υπόθεση-λογική: Εκφοβισμός → χαμηλότερη εργασιακή ικανοποίηση → χαμηλότερη QoL

Η παρούσα μελέτη υιοθετεί μια λογική αλληλουχία όπου ο εργασιακός εκφοβισμός λειτουργεί ως χρόνιος ψυχοκοινωνικός στρεσογόνος παράγοντας (job demand) που διαβρώνει την εμπειρία εργασίας και, ιδιαίτερα, την εργασιακή ικανοποίηση. Η μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση, με τη σειρά της, συνδέεται με την αυξημένη συναισθηματική εξάντληση, την αποστασιοποίηση και τη μειωμένη αίσθηση νοήματος/ελέγχου, στοιχεία που επηρεάζουν τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική λειτουργικότητα, άρα μειώνουν την QoL/HRQoL. Η λογική αυτή ευθυγραμμίζεται με τα ευρήματα που δείχνουν ότι ο εκφοβισμός σχετίζεται με το αυξημένο στρες και την εξουθένωση (Galanis et al., 2024), ότι η εξουθένωση συνδέεται με τη χαμηλότερη ποιότητα/ασφάλεια φροντίδας (Li et al., 2024), και ότι η εργασιακή οργάνωση (βάρδιες, έλεγχος ωραρίου, στελέχωση) επιδρά στην ψυχοκοινωνική ευημερία (Inchingolo et al., 2025).

Επιπλέον, το μοντέλο επιτρέπει να εξεταστεί αν η εργασιακή ικανοποίηση λειτουργεί ως «μεσολαβητικός κόμβος» ανάμεσα στην έκθεση σε αρνητικές πράξεις και στην ευρύτερη ποιότητα ζωής. Δηλαδή, ο εκφοβισμός δεν μειώνει την QoL μόνο με άμεσο τρόπο (άγχος, ύπνος, κοινωνική απομόνωση), αλλά και μέσω της καθημερινής υποβάθμισης της εμπειρίας εργασίας: αίσθηση αδικίας, χαμηλή αναγνώριση, χαμηλή ασφάλεια και μειωμένη εμπιστοσύνη, στοιχεία που συνδέονται στενά με την εργασιακή ικανοποίηση.

4.3 Πώς ο εργασιακός εκφοβισμός μεταπηδάει στην καθημερινή ζωή

Ο εργασιακός εκφοβισμός λειτουργεί ως χρόνιος στρεσογόνος παράγοντας που δεν μένει «εντός της εργασίας», αλλά συχνά διαχέεται στην προσωπική ζωή μέσω πολλαπλών μηχανισμών. Ένας βασικός δρόμος είναι η διαρκής ενεργοποίηση στρες: η επαναλαμβανόμενη υποτίμηση, ο κοινωνικός αποκλεισμός, ο υπερβολικός έλεγχος ή οι απειλές δημιουργούν μια κατάσταση υπερεγρήγορης (hypervigilance) και ψυχολογικής ανασφάλειας. Αυτό επηρεάζει τον ύπνο (δυσκολία έναρξης, διακεκομμένος ύπνος), την ενέργεια, τη διάθεση και τη γνωστική λειτουργία, άρα και τη σωματική και ψυχική διάσταση της HRQoL.

Σε μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση για τους νοσηλευτές, ο εργασιακός εκφοβισμός συσχετίστηκε με το υψηλότερο εργασιακό στρες και τους δυσμενέστερους δείκτες

επαγγελματικής ποιότητας ζωής (burnout, δευτερογενές τραυματικό στρες), με μέτριας έντασης συσχετίσεις (Galanis et al., 2024). Το εύρημα αυτό είναι σημαντικό, διότι υποδεικνύει ότι ο εκφοβισμός δεν αποτελεί απλώς «κακή συμπεριφορά» αλλά παράγοντα που σχετίζεται με την ψυχολογική φθορά, η οποία, με τη σειρά της, έχει επιπτώσεις στη λειτουργικότητα και στην ευρύτερη ευημερία. Επιπλέον, η ίδια μετα-ανάλυση εντόπισε ότι η σχέση εκφοβισμού με δευτερογενές τραυματικό στρες ήταν ισχυρότερη σε μελέτες με υψηλότερο ποσοστό γυναικών, στοιχείο που υποδεικνύει πιθανές διαφοροποιήσεις ανά φύλο ή/και εργασιακό ρόλο (Galanis et al., 2024).

Μια δεύτερη δίοδος μέσω της οποίας ο εργασιακός εκφοβισμός διαχέεται στην καθημερινότητα είναι η εξουθένωση και η συναισθηματική αποστράγγιση. Ο εκφοβισμός αφαιρεί πόρους όπως η αυτοεκτίμηση, η αίσθηση ελέγχου, η εμπιστοσύνη σε συναδέλφους, η αίσθηση δικαιοσύνης και η ψυχολογική ασφάλεια. Όταν οι πόροι αυτοί μειώνονται, ο εργαζόμενος έχει λιγότερη ψυχική διαθεσιμότητα για τις σχέσεις, την κοινωνική ζωή, την ξεκούραση, και πιο συχνά καταφεύγει στην απομόνωση ή την αποφυγή. Αυτό επιβαρύνει ιδιαίτερα την κοινωνική λειτουργικότητα, που αποτελεί βασικό πυλώνα της QoL/HRQoL.

Ένας τρίτος δρόμος είναι η διάβρωση της συνεργασίας και της ασφάλειας, η οποία αυξάνει το εργασιακό βάρος και κατ' επέκταση το «φορτίο ζωής». Ορισμένα δεδομένα δείχνουν ότι ο εκφοβισμός μπορεί να υπονομεύσει την ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας μέσω μηχανισμών όπως η διαταραχή επικοινωνίας, η μειωμένη εμπιστοσύνη και η αποφυγή αναφοράς προβλημάτων, με συνέπειες που αφορούν τόσο τον οργανισμό όσο και τους εργαζόμενους (Machul et al., 2024). Σε περιβάλλον όπου η ασφάλεια και η ποιότητα εξαρτώνται από την ακριβή και έγκαιρη επικοινωνία, η τοξικότητα αυξάνει την πιθανότητα γνωστικής υπερφόρτωσης, άρα και την εξάντληση που μεταφέρεται εκτός εργασίας.

Σε ελληνικά δεδομένα, πρόσφατη διατομεακή μελέτη σε νοσηλευτές Τμημάτων Επειγόντων σε δημόσια νοσοκομεία εξέτασε την ποιότητα ζωής με WHOQOL-BREF και εντόπισε ότι το «mobbing» σχετίζεται αρνητικά με συγκεκριμένους τομείς της ποιότητας ζωής, ενώ η ψυχολογική ανθεκτικότητα (resilience) λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας για καλύτερες εκβάσεις (Koinis et al., 2025). Παρά το ότι οι διαμεσολαβητικοί μηχανισμοί μπορεί να διαφέρουν ανά δείγμα και ένταση έκθεσης, το ουσιαστικό μήνυμα είναι ότι η QoL των εργαζομένων υγείας επηρεάζεται από το κλίμα κακομεταχείρισης, ακόμη κι όταν η έκθεση δεν είναι «ακραία».

Τέλος, ο εκφοβισμός επηρεάζει και τις «συμπεριφορικές» εκβάσεις που συνδέονται έμμεσα με την HRQoL: την πρόθεση αποχώρησης, τη συναισθηματική εξάντληση και τη μειωμένη εργασιακή δέσμευση. Πρόσφατη μελέτη σε νοσηλευτές από την Γκάνα έδειξε ότι ο εκφοβισμός αυξάνει τη συναισθηματική εξάντληση και την πρόθεση αποχώρησης, με τη συναισθηματική εξάντληση να λειτουργεί ως μεσολαβητής, ενώ ένα ευνοϊκό «κλίμα διαχείρισης συγκρούσεων» μετριάξει την αρνητική επίδραση του εκφοβισμού στην εξάντληση (Atingabili et al., 2025). Αυτού του τύπου τα ευρήματα βοηθούν να κατανοηθεί γιατί η ποιότητα ζωής δεν είναι απλώς ατομική υπόθεση, αλλά συνάρτηση των οργανωσιακών πόρων και των μηχανισμών προστασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Σύνθεση: προτεινόμενο εννοιολογικό μοντέλο

5.2 Πιθανοί μετριαστές/διαφορές ομάδων (φύλο, ηλικία, ειδικότητα, προϋπηρεσία, τμήμα)

Η ποιότητα ζωής των εργαζομένων υγείας επηρεάζεται από τη συσσώρευση εργασιακών πιέσεων που ξεπερνούν τα όρια του χώρου εργασίας και μεταφέρονται στην καθημερινότητα. Η έκθεση σε εκφοβισμό ή βία μπορεί να επιδεινώσει τον ύπνο, τη διάθεση, τη σωματική ενέργεια και τη δυνατότητα κοινωνικής συμμετοχής, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση λειτουργεί ως βασικός μηχανισμός μέσω του οποίου η εργασιακή επιβάρυνση μετατρέπεται σε χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Συστηματική ανασκόπηση για τους νοσηλευτές έδειξε ότι η εξουθένωση συνδέεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής, υπογραμμίζοντας ότι η ευημερία του προσωπικού δεν είναι αποκομμένη από τις συνθήκες εργασίας (Khatatbeh et al., 2021). Επιπλέον, η εργασία σε βάρδιες έχει συσχετιστεί με επιβαρύνσεις στη σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και οικογενειακή ζωή των νοσηλευτών, ιδιαίτερα όταν περιλαμβάνει νυχτερινή εργασία, ακανόνιστα ωράρια και περιορισμένο χρόνο ανάκαμψης (Czaja, 2025; Jung et al., 2025). Τέλος, η σχέση ανάμεσα στη βία στον χώρο εργασίας και στην ευημερία των εργαζομένων δείχνει ότι διαφορετικές μορφές βίας, όπως ο εκφοβισμός, η απειλή και η παρενόχληση, μπορούν να επηρεάσουν διαφορετικές πτυχές της ψυχικής και κοινωνικής λειτουργικότητας (van Voorthuizen et al., 2026). Συνεπώς, η ποιότητα ζωής πρέπει να εξετάζεται ως τελικός δείκτης της συσσωρευμένης επίδρασης του εργασιακού περιβάλλοντος.

Είναι σαφές ότι η εμπειρία εκφοβισμού και οι επιπτώσεις του δεν κατανέμονται ομοιόμορφα. Για την ακρίβεια, το φύλο μπορεί να συνδέεται με τις διαφορετικές μορφές έκθεσης ή τη διαφορετική ένταση συνεπειών, όπως υποδεικνύεται από τα μετα-αναλυτικά ευρήματα που δείχνουν τη διαφοροποίηση της σχέσης εκφοβισμού με το δευτερογενές τραυματικό στρες σε δείγματα με

υψηλότερο ποσοστό γυναικών (Galanis et al., 2024). Επιπλέον, η ηλικία και η προϋπηρεσία συνδέονται με τον ρόλο/ιεραρχική θέση, άρα και με τη διαθεσιμότητα πόρων (π.χ. κοινωνικό κεφάλαιο, δυνατότητα μετακίνησης, πρόσβαση σε προστατευτικούς μηχανισμούς). Το τμήμα εργασίας αποτελεί επίσης κρίσιμο παράγοντα (π.χ. ΤΕΠ, ΜΕΘ, χειρουργεία), επειδή διαφοροποιούνται η ένταση, η επείγουσα φύση της εργασίας και η έκθεση σε συγκρούσεις.

Παράλληλα, οι οργανωσιακοί «προστατευτικοί» παράγοντες μπορεί να μετριάζουν την επίδραση του εκφοβισμού. Για παράδειγμα, το κλίμα διαχείρισης συγκρούσεων έχει δείξει ότι μπορεί να μειώνει την αρνητική επίδραση του εκφοβισμού στη συναισθηματική εξάντληση (Atingabili et al., 2025). Αντίστοιχα, η ανθεκτικότητα αναδεικνύεται ως πόρος που σχετίζεται με την καλύτερη ποιότητα ζωής σε δείγματα νοσηλευτών (Koinis et al., 2025). Στο δικό μας πλαίσιο, τέτοιες μεταβλητές μπορούν να λειτουργήσουν είτε ως μετριαστές είτε ως επεξηγητικοί παράγοντες διαφορών ανά ομάδα.

Η παρούσα έρευνα εστιάζει στη διερεύνηση του εργασιακού εκφοβισμού στο προσωπικό του Νοσοκομείου Καλαμάτας, καθώς και στη σχέση του με την εργασιακή ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής των εργαζομένων. Η επιλογή του θέματος συνδέεται με τη σημασία που έχουν οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι στο νοσοκομειακό περιβάλλον, όπου η εργασία χαρακτηρίζεται από υψηλές απαιτήσεις, πίεση χρόνου, αυξημένη ευθύνη, συνεργασία πολλών επαγγελματικών ομάδων και συχνά έντονες ιεραρχικές σχέσεις. Σε ένα τέτοιο πλαίσιο, ο εργασιακός εκφοβισμός δεν αποτελεί απλώς ατομική ή διαπροσωπική δυσκολία, αλλά πιθανό οργανωσιακό πρόβλημα που μπορεί να επηρεάσει την ευημερία των εργαζομένων, τη λειτουργία των ομάδων και τη συνολική ποιότητα της εργασιακής ζωής.

Σκοπός της μελέτης είναι να αποτυπωθεί η έκταση και η μορφή του εργασιακού εκφοβισμού στον μελετώμενο πληθυσμό, να διερευνηθεί το επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής των εργαζομένων και να εξεταστεί αν και σε ποιον βαθμό οι τρεις αυτές μεταβλητές συσχετίζονται μεταξύ τους. Ειδικότερα, η έρευνα επιδιώκει να αναδείξει αν η έκθεση σε αρνητικές συμπεριφορές στον χώρο εργασίας συνδέεται με χαμηλότερη ικανοποίηση από την εργασία και με χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Παράλληλα, εξετάζεται κατά πόσο δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η ηλικία, η ειδικότητα, τα έτη προϋπηρεσίας ή το τμήμα εργασίας, διαφοροποιούν την εμπειρία του εργασιακού εκφοβισμού ή τις υπόλοιπες υπό μελέτη μεταβλητές.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης είναι τα ακόλουθα:

1. Πόσο συχνό είναι το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού στο προσωπικό του Νοσοκομείου Καλαμάτας;
2. Ποιες μορφές εργασιακού εκφοβισμού εμφανίζονται συχνότερα στον μελετώμενο πληθυσμό;
3. Υπάρχουν διαφοροποιήσεις στην έκθεση σε εργασιακό εκφοβισμό ανάλογα με δημογραφικά ή εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων;
4. Ποιο είναι το επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης των εργαζομένων του Νοσοκομείου Καλαμάτας ;
5. Ποιο είναι το επίπεδο ποιότητας ζωής των εργαζομένων του Νοσοκομείου Καλαμάτας ;
6. Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού, εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής;

Με βάση τη σχετική βιβλιογραφία και το εννοιολογικό πλαίσιο της παρούσας μελέτης, διατυπώνονται οι ακόλουθες ερευνητικές υποθέσεις:

H1: Τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακού εκφοβισμού θα συσχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης.

H2: Τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακού εκφοβισμού θα συσχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής.

H3: Τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης θα συσχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής.

H4: Θα υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στην έκθεση σε εργασιακό εκφοβισμό ανάλογα με επιμέρους δημογραφικά ή εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Η σημασία της παρούσας έρευνας είναι τόσο θεωρητική όσο και πρακτική. Σε θεωρητικό επίπεδο, η μελέτη συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση της σχέσης ανάμεσα στον εργασιακό εκφοβισμό, την εργασιακή ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής σε νοσοκομειακό πληθυσμό. Η συνδυαστική εξέταση των τριών μεταβλητών επιτρέπει να προσεγγιστεί ο εργασιακός εκφοβισμός όχι μόνο ως μεμονωμένο φαινόμενο συμπεριφοράς, αλλά ως παράγοντας που πιθανώς επηρεάζει την ευρύτερη εργασιακή και προσωπική ευημερία των εργαζομένων. Με τον τρόπο αυτό, η έρευνα μπορεί να εμπλουτίσει τη βιβλιογραφική συζήτηση για τους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους στις δομές υγείας και να προσφέρει δεδομένα από ένα συγκεκριμένο νοσοκομειακό πλαίσιο.

Σε πρακτικό επίπεδο, τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να αξιοποιηθούν από τη διοίκηση του νοσοκομείου, τους προϊσταμένους, τις υπηρεσίες ανθρώπινου δυναμικού και τους φορείς που ασχολούνται με την υγεία και ασφάλεια στην εργασία. Η καταγραφή της συχνότητας και των μορφών του εργασιακού εκφοβισμού μπορεί να συμβάλει στον εντοπισμό προβληματικών σημείων στο εργασιακό περιβάλλον. Αντίστοιχα, η αποτύπωση της εργασιακής ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής μπορεί να αναδείξει τομείς στους οποίους απαιτούνται παρεμβάσεις, όπως η βελτίωση της επικοινωνίας, η ενίσχυση της υποστήριξης από την ηγεσία, η δίκαιη διαχείριση συγκρούσεων, η πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης και η δημιουργία ασφαλών μηχανισμών αναφοράς περιστατικών εκφοβισμού.

Επιπλέον, η έρευνα μπορεί να αποτελέσει βάση για την ανάπτυξη πολιτικών πρόληψης και αντιμετώπισης του εργασιακού εκφοβισμού. Η ύπαρξη σαφών διαδικασιών, η εκπαίδευση των προϊσταμένων, η ενίσχυση της κουλτούρας σεβασμού, η προστασία των εργαζομένων που αναφέρουν περιστατικά και η συστηματική παρακολούθηση του εργασιακού κλίματος αποτελούν παρεμβάσεις που μπορούν να βελτιώσουν όχι μόνο την ατομική ευημερία, αλλά και τη συνολική λειτουργία του οργανισμού. Συνεπώς, η παρούσα έρευνα δεν περιορίζεται στην περιγραφή ενός προβλήματος, αλλά επιδιώκει να προσφέρει τεκμηριωμένη γνώση που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη βελτίωση των εργασιακών συνθηκών και την ενίσχυση της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Μεθοδολογία

6.1 Σχεδιασμός μελέτης

Η παρούσα έρευνα υιοθέτησε ποσοτικό, διατομεακό (cross-sectional) και συσχετιστικό σχεδιασμό. Διατομεακή μελέτη σημαίνει ότι η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, αποτυπώνοντας την τρέχουσα κατάσταση του πληθυσμού ως προς την έκθεση στον εργασιακό εκφοβισμό, την εργασιακή ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής. Ο σχεδιασμός αυτός είναι κατάλληλος όταν ο στόχος είναι (α) η περιγραφή της συχνότητας/έντασης ενός φαινομένου σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο και (β) η διερεύνηση στατιστικών σχέσεων μεταξύ μεταβλητών, χωρίς να επιχειρείται αιτιώδης τεκμηρίωση.

Επιπλέον, η συσχετιστική φύση της μελέτης επιτρέπει να εξεταστεί κατά πόσο τα επίπεδα εργασιακού εκφοβισμού συνδέονται με τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής,

καθώς και να εντοπιστούν πιθανές διαφορές μεταξύ των υποομάδων (π.χ. φύλο, ηλικιακές κατηγορίες, ειδικότητα, έτη προϋπηρεσίας). Για την πληρότητα και τη διαφάνεια στην αναφορά της μεθοδολογίας και των αποτελεσμάτων, η δομή παρουσίασης ακολουθεί τις βασικές αρχές των οδηγιών STROBE για τις παρατηρητικές μελέτες, όπως προτείνονται για τις διατομεακές έρευνες (STROBE Statement, n.d.).

6.2 Δείγμα

6.2.1 Κριτήρια ένταξης/αποκλεισμού

Ως κριτήρια ένταξης ορίστηκαν η ενεργή εργασιακή σχέση με το Νοσοκομείο Καλαμάτας κατά την περίοδο διεξαγωγής, η ηλικία 18 ετών και άνω, η επάρκεια κατανόησης της ελληνικής γλώσσας και η εθελοντική συμμετοχή μετά από ενημέρωση. Ως κριτήρια αποκλεισμού θεωρήθηκαν οι περιπτώσεις μη απασχόλησης στο νοσοκομείο κατά το χρονικό διάστημα της έρευνας, καθώς και τα ερωτηματολόγια με εκτεταμένες ελλείψεις σε βασικές ενότητες που δεν επιτρέπουν τον αξιόπιστο υπολογισμό συνολικών ή επιμέρους σκορ στις κύριες κλίμακες. Εφόσον εντοπιστούν διπλές καταχωρήσεις, αυτές μπορούν να αφαιρεθούν με βάση μη-ταυτοποιητικούς ελέγχους συνέπειας απαντήσεων, χωρίς τη συλλογή προσωπικών στοιχείων.

6.2.2 Μέθοδος δειγματοληψίας (ευκολίας – Google Forms) και περιορισμοί

Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε με μη πιθανοκρατική μέθοδο ευκολίας, μέσω ηλεκτρονικής διάχυσης του ερωτηματολογίου σε Google Forms. Η συγκεκριμένη επιλογή εξυπηρετεί πρακτικούς λόγους, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς με βάρδιες και περιορισμένο διαθέσιμο χρόνο, καθώς διευκολύνει την πρόσβαση και τη συμπλήρωση ανεξαρτήτως ωραρίου. Παρόλα αυτά, η μέθοδος ενέχει εγγενείς περιορισμούς που πρέπει να αναγνωριστούν στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Πρώτον, είναι πιθανή η μεροληψία αυτοεπιλογής, δηλαδή να συμμετέχουν ευκολότερα άτομα με μεγαλύτερο ενδιαφέρον ή εντονότερη εμπειρία σε σχέση με το υπό μελέτη φαινόμενο. Δεύτερον, η γενικευσιμότητα των ευρημάτων περιορίζεται, καθώς δεν πρόκειται για τυχαίο δείγμα. Τρίτον, η κατανομή συμμετοχών ενδέχεται να μην είναι ισόρροπη μεταξύ των τμημάτων ή των επαγγελματικών ρόλων, αν η διανομή του συνδέσμου δεν φτάσει με τον ίδιο τρόπο σε όλες τις ομάδες.

6.3 Ερευνητικά εργαλεία

6.3.1 Δημογραφικά (Μέρος Α): μεταβλητές και κωδικοποίηση

Το Μέρος Α περιλάμβανε δημογραφικές και εργασιακές πληροφορίες που επιτρέπουν την περιγραφή του δείγματος και τη διερεύνηση διαφορών μεταξύ των υποομάδων. Συλλέχθηκαν στοιχεία φύλου, ηλικιακής κατηγορίας, οικογενειακής κατάστασης, επιπέδου σπουδών, ετών προϋπηρεσίας, επαγγελματικής ιδιότητας/ρόλου και (προαιρετικά) τμήματος/μονάδας. Στο στάδιο της ανάλυσης οι μεταβλητές κωδικοποιήθηκαν ως ονομαστικές ή τακτικές κατηγορικές, ανάλογα με τη φύση τους, ώστε να υποστηριχθούν έλεγχοι διαφορών και διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων..

6.3.2 Εργασιακός εκφοβισμός (Μέρος Β): διαστάσεις/σκοράρισμα/ερμηνεία

Η έκθεση στον εργασιακό εκφοβισμό αποτιμήθηκε μέσω μιας λίστας αρνητικών συμπεριφορών στο εργασιακό πλαίσιο, με χρονικό ορίζοντα τους τελευταίους έξι μήνες. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε κλίμακα Likert πέντε βαθμίδων (1 = Ποτέ έως 5 = Πολύ συχνά). Η λογική της μέτρησης είναι ευθυγραμμισμένη με τη «συμπεριφορική» προσέγγιση εργαλείων τύπου NAQ-R, όπου αξιολογείται η συχνότητα έκθεσης σε συγκεκριμένες αρνητικές πράξεις χωρίς να απαιτείται από τον συμμετέχοντα να αυτοπροσδιοριστεί ως θύμα, μειώνοντας τον κίνδυνο υποαναφοράς λόγω στίγματος (Einarsen, Hoel & Notelaers, 2009).

Για τις ανάγκες της στατιστικής επεξεργασίας υπολογίστηκε ο συνολικός δείκτης εκφοβισμού ως μέσος όρος ή άθροισμα των επιμέρους απαντήσεων, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν συχνότερη έκθεση. Επιπλέον, όπου υποστηρίζεται από την εσωτερική συνοχή και τη δομή των δεδομένων, είναι δυνατό να υπολογιστούν επιμέρους δείκτες που αντιστοιχούν σε λειτουργικές κατηγορίες αρνητικών πράξεων (εργασιοκεντρικές, κοινωνικές/σχέσεων, απειλητικές), ώστε να διερευνηθεί όχι μόνο το επίπεδο αλλά και το «προφίλ» εκφοβισμού στον πληθυσμό. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή του NAQ-R, η οποία έχει ελεγχθεί ψυχομετρικά σε ελληνικό δείγμα από τους Kakoulakis, Galanakis, Bakoula-Tzoumaka, Darvyri, Chrousos και Darviri (2015). Στη συγκεκριμένη μελέτη, η ελληνική εκδοχή του εργαλείου παρουσίασε υψηλή εσωτερική συνέπεια, με Cronbach's $\alpha = 0,915$, καθώς και ενδείξεις εγκυρότητας κριτηρίου μέσω συσχετίσεων με το στρες, το άγχος, την κατάθλιψη και την αυτοεκτίμηση. Στην παρούσα έρευνα, η εσωτερική συνέπεια της κλίμακας θα ελεγχθεί εκ νέου και θα αναφερθεί ο δείκτης Cronbach's α για το συγκεκριμένο δείγμα.

6.3.3 Εργασιακή ικανοποίηση (Μέρος Γ): διαστάσεις/αντιστροφές/σκοράρισμα

Η εργασιακή ικανοποίηση μετρήθηκε με κλίμακα 36 προτάσεων σε κλίμακα 1–6, δομή που αντιστοιχεί στο Job Satisfaction Survey (JSS). Το JSS αποτυπώνει την εργασιακή ικανοποίηση ως πολυδιάστατο κατασκεύασμα και περιλαμβάνει επιμέρους διαστάσεις όπως η αμοιβή, η προαγωγή, η εποπτεία, οι παροχές, η αναγνώριση, οι διαδικασίες, οι συνάδελφοι, η φύση της εργασίας και η επικοινωνία (Spector, 1985).

Δεδομένου ότι η κλίμακα περιλαμβάνει θετικά και αρνητικά διατυπωμένα στοιχεία, απαιτείται αντιστροφή συγκεκριμένων στοιχείων πριν τον υπολογισμό των σκορ, σύμφωνα με τις οδηγίες του εργαλείου. Μετά τις αντιστροφές, υπολογίστηκε το συνολικό σκορ εργασιακής ικανοποίησης, καθώς και επιμέρους σκορ ανά διάσταση (τέσσερα items ανά υποκλίμακα) και προέκυψε ότι οι υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ελληνική μετάφραση και προσαρμογή του JSS από τους Tsounis και Sarafis (2018) και Kokkinos et al. (2026). Οι συγγραφείς μετέφρασαν και προσάρμοσαν το εργαλείο στην ελληνική γλώσσα και εξέτασαν τις ψυχομετρικές του ιδιότητες, καταλήγοντας ότι η ελληνική εκδοχή αποτελεί έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της εργασιακής ικανοποίησης στον ελληνικό πληθυσμό.

6.3.4 Ποιότητα ζωής (Μέρος Δ): σκοράρισμα/ερμηνεία

Ως τρίτη βασική μεταβλητή επιλέχθηκε η ποιότητα ζωής/HRQoL, ώστε να αποτυπωθούν οι επιπτώσεις της εργασιακής εμπειρίας πέρα από το στενά επαγγελματικό πεδίο. Εφόσον χρησιμοποιείται το WHOQOL-BREF, αυτό αποδίδει τέσσερις τομείς (σωματική υγεία, ψυχολογική υγεία, κοινωνικές σχέσεις, περιβάλλον), με βαθμολόγηση που ακολουθεί τις επίσημες οδηγίες του ΠΟΥ και τη δυνατότητα μετασχηματισμού σε συγκρίσιμες κλίμακες (WHO, n.d.; Vahedi, 2010). Η χρήση επιμέρους τομέων κρίνεται ιδιαίτερα χρήσιμη, καθώς ο εργασιακός εκφοβισμός αναμένεται θεωρητικά να σχετίζεται ισχυρότερα με τις ψυχολογικές και τις κοινωνικές διαστάσεις, ενώ η εργασία σε βάρδιες μπορεί να αντανakλαστεί εντονότερα στη σωματική/λειτουργική διάσταση. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή του WHOQOL-BREF, η οποία έχει εξεταστεί ψυχομετρικά σε ελληνικούς κλινικούς και υγιείς πληθυσμούς από τους Ginieri-Coccossis, Triantafyllou, Tomaras, Soldatos, Mavreas και Christodoulou (2012). Η ελληνική εκδοχή του εργαλείου έχει δείξει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες και έχει προταθεί για χρήση τόσο σε κλινικούς όσο και σε γενικούς πληθυσμούς.

6.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή δεδομένων υλοποιήθηκε ηλεκτρονικά μέσω Google Forms. Στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου παρατέθηκε ενημερωτικό κείμενο που περιέγραφε τον σκοπό της μελέτης, τον εθελοντικό χαρακτήρα, τη δυνατότητα αποχώρησης οποτεδήποτε και τον εκτιμώμενο χρόνο συμπλήρωσης (10–15 λεπτά). Η συμμετοχή ξεκινούσε μόνο εφόσον ο συμμετέχων επέλεγε να συνεχίσει, λειτουργώντας ως τεκμήριο ενημερωμένης συγκατάθεσης.

Για την ενίσχυση της ανωνυμίας, δεν ζητήθηκαν στοιχεία ταυτοποίησης. Τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ακαδημαϊκούς σκοπούς και αναλύθηκαν σε συγκεντρωτικό επίπεδο. Η πρακτική αυτή συνάδει με τις βασικές αρχές της ανωνυμίας και της ελαχιστοποίησης δεδομένων, όπως συζητούνται σε κατευθυντήριες για την ανωνυμοποίηση/απο-ταυτοποίηση (EDPS, 2021).

6.5 Ηθικά ζητήματα

Η μελέτη σχεδιάστηκε με έμφαση στην προστασία των συμμετεχόντων και στη δεοντολογική συμμόρφωση. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική, με σαφή αναφορά ότι δεν υπάρχουν συνέπειες σε περίπτωση μη συμμετοχής ή αποχώρησης. Η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα διασφαλίστηκαν μέσω μη συλλογής αναγνωριστικών στοιχείων και παρουσίασης των αποτελεσμάτων αποκλειστικά σε συγκεντρωτική μορφή. Επιπλέον, προβλέφθηκε η ασφαλής φύλαξη των δεδομένων σε περιβάλλον με περιορισμένη πρόσβαση, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος μη εξουσιοδοτημένης χρήσης.

Εφόσον απαιτείται από το πλαίσιο διεξαγωγής, δύναται να ζητηθεί ή να αναφερθεί έγκριση από αρμόδια επιτροπή δεοντολογίας ή/και διοικητικό όργανο του Νοσοκομείου Καλαμάτας, πριν από τη διανομή του ερωτηματολογίου. Η αναφορά αυτής της διαδικασίας είναι σημαντική, ιδιαίτερα σε μελέτες που αφορούν το προσωπικό υγείας και ευαίσθητα εργασιακά ζητήματα, όπως ο εκφοβισμός.

6.6 Στατιστικό πλάνο ανάλυσης

Η στατιστική ανάλυση οργανώθηκε σε επίπεδα, ώστε να απαντηθούν τόσο τα περιγραφικά όσο και τα συσχετιστικά ερευνητικά ερωτήματα. Αρχικά πραγματοποιήθηκαν περιγραφικές αναλύσεις για την αποτύπωση του δείγματος, με συχνότητες/ποσοστά για τις κατηγορικές μεταβλητές και

τους μέσους όρους/τυπικές αποκλίσεις για τις κλίμακες. Στη συνέχεια ελέγχθηκε η αξιοπιστία των κλιμάκων μέσω Cronbach's alpha (Tavakol & Dennick, 2011).

Για τη διερεύνηση διαφορών στην έκθεση σε εκφοβισμό, στην εργασιακή ικανοποίηση και στην ποιότητα ζωής μεταξύ των υποομάδων, εφαρμόστηκαν παραμετρικοί έλεγχοι (t-test ή ANOVA) όπου οι προϋποθέσεις ήταν ικανοποιητικές, ενώ σε περιπτώσεις μη κανονικότητας ή όταν οι κλίμακες/κατανομές το υπαγόρευαν χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές εναλλακτικές. Οι σχέσεις μεταξύ των βασικών συνεχών/κλιμακωτών μεταβλητών εξετάστηκαν με τους συντελεστές συσχέτισης Pearson ή Spearman, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των δεδομένων και τη μορφή της σχέσης (Statistics Solutions, n.d.).

Τέλος, για να διερευνηθεί η προβλεπτική συμβολή του εργασιακού εκφοβισμού στην εργασιακή ικανοποίηση και/ή στην ποιότητα ζωής, εφαρμόστηκαν μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης, με δυνατότητα εισαγωγής βασικών δημογραφικών μεταβλητών ως συν-μεταβλητών ελέγχου. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < .05$. Οι ελλιπείς τιμές ελέγχθηκαν ως προς την έκταση και το μοτίβο τους και αντιμετωπίστηκαν με τρόπο συμβατό με τις οδηγίες βαθμολόγησης των εργαλείων και τη συνήθη πρακτική σε διατομεακές έρευνες, αποφεύγοντας παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να αλλοιώσουν τεχνητά τις κατανομές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1 Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων σε δείγμα 116 συμμετεχόντων/ουσών. Η παρουσίαση ακολουθεί μορφοποίηση APA 7, με ενσωμάτωση των βασικών αριθμητικών δεικτών στο κείμενο και συγκεντρωτικούς πίνακες για την αποφυγή επανάληψης των ίδιων αποτελεσμάτων.

7.2 Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος

Το δείγμα περιλάμβανε 116 συμμετέχοντες/ουσες. Οι γυναίκες αποτέλεσαν την πλειονότητα του δείγματος ($n = 98$, 84.5%), ενώ οι άνδρες ήταν 18 (15.5%). Η συχνότερη ηλικιακή κατηγορία ήταν τα 45–54 έτη ($n = 57$, 49.1%), ακολουθούμενη από την κατηγορία 55–64 ετών ($n = 26$, 22.4%) και την κατηγορία 35–44 ετών ($n = 22$, 19.0%). Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, οι περισσότεροι/ες ήταν έγγαμοι/ες ($n = 73$, 62.9%). Σε επίπεδο σπουδών, η μεγαλύτερη κατηγορία ήταν οι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου ($n = 34$, 29.3%), ενώ σε επίπεδο προϋπηρεσίας η πλειονότητα είχε περισσότερα από 20 έτη εμπειρίας ($n = 69$, 59.5%). Η συχνότερη ειδικότητα ήταν οι νοσηλευτές/τριες ($n = 65$, 56.0%).

Πίνακας

1

Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος

Μεταβλητή	Κατηγορία	n	%
Φύλο	Άνδρας	18	15.5
	Γυναίκα	98	84.5
Ηλικία	< 25	6	5.2
	25–34	5	4.3
	35–44	22	19.0
	45–54	57	49.1
	55–64	26	22.4
	65+	1	0.9
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	20	17.2
	Έγγαμος/η	73	62.9
	Διαζευγμένος/η	12	10.3
	Χήρος/α	1	0.9
	Σε σχέση/συμβίωση	10	8.6
Επίπεδο σπουδών	Λύκειο	22	19.0
	IEK	22	19.0
	TEI	22	19.0
	ΑΕΙ	11	9.5

Μεταβλητή	Κατηγορία	n	%
Έτη προϋπηρεσίας	Μεταπτυχιακό	34	29.3
	Διδακτορικό	5	4.3
	< 1	3	2.6
	1–5	7	6.0
	6–10	12	10.3
	11–15	6	5.2
	16–20	19	16.4
Ειδικότητα	> 20	69	59.5
	Ιατρός	7	6.0
	Νοσηλεύτης/τρια	65	56.0
	Διοικητικός υπάλληλος	17	14.7
	Μαία	7	6.0
	Άλλο	3	2.6
	Λοιπή κατηγορία 6.00	17	14.7

Σημείωση. N = 116. Τα ποσοστά αφορούν το σύνολο των έγκυρων απαντήσεων ανά μεταβλητή.

7.3 Περιγραφικά στατιστικά των βασικών δεικτών

Ο συνολικός δείκτης εργασιακού εκφοβισμού είχε μέση τιμή $M = 63.90$ και τυπική απόκλιση $SD = 22.14$, με αντίστοιχο μέσο όρο ανά item $M/\text{item} = 1.94$ σε κλίμακα 1–5. Στις διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης, οι υψηλότερες μέσες τιμές εμφανίστηκαν στη φύση της εργασίας ($M = 15.72$, $SD = 3.85$, $M/\text{item} = 3.93$), στην εποπτεία ($M = 16.13$, $SD = 4.67$, $M/\text{item} = 4.03$) και στους συναδέλφους ($M = 15.04$, $SD = 3.81$, $M/\text{item} = 3.76$). Οι χαμηλότερες μέσες τιμές καταγράφηκαν στην αμοιβή ($M = 9.24$, $SD = 3.40$, $M/\text{item} = 2.31$) και στις πρόσθετες παροχές ($M = 9.82$, $SD = 3.42$, $M/\text{item} = 2.45$). Η ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση είχε υψηλή μέση τιμή ($M = 29.05$, $SD = 6.79$, $M/\text{item} = 4.15$).

Πίνακας

2

Περιγραφικά στατιστικά των σύνθετων δεικτών

Δείκτης	N	Εύρος	M	SD	M/item
Συνολικός εργασιακός εκφοβισμός	116	33–165	63.90	22.14	1.94
JSS: Αμοιβή	116	4–24	9.24	3.40	2.31
JSS: Προαγωγή	116	4–24	11.08	3.46	2.77
JSS: Εποπτεία	116	4–24	16.13	4.67	4.03
JSS: Πρόσθετες παροχές	116	4–24	9.82	3.42	2.45
JSS: Ενδεχόμενες ανταμοιβές	116	4–24	11.85	4.00	2.96
JSS: Λειτουργικές διαδικασίες	116	4–24	11.91	3.41	2.98
JSS: Συναδέλφους	116	4–24	15.04	3.81	3.76
JSS: Φύση της εργασίας	116	4–24	15.72	3.85	3.93

Δείκτης	N	Εύρος	M	SD	M/item
JSS: Επικοινωνία	116	4–24	13.65	3.88	3.41
Ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση	116	7–35	29.05	6.79	4.15

Σημείωση. M = μέσος όρος. SD = τυπική απόκλιση. M/item = μέσος όρος ανά item. Για τις διαστάσεις του JSS, υψηλότερες τιμές δηλώνουν υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση μετά τις αντιστροφές των αρνητικά διατυπωμένων items.

Κλίμακα / υποκλίμακα	Items	N	Cronbach's α	Ερμηνεία αξιοπιστίας
Εργασιακή ικανοποίηση: Αμοιβή	4	116	.747	Αποδεκτή
Εργασιακή ικανοποίηση: Προαγωγή	4	116	.796	Καλή
Εργασιακή ικανοποίηση: Εποπτεία/προϊστάμενος	4	116	.854	Καλή
Εργασιακή ικανοποίηση: Παροχές	4	116	.810	Καλή
Εργασιακή ικανοποίηση: Ανταμοιβές/αναγνώριση	4	116	.733	Αποδεκτή
Εργασιακή ικανοποίηση: Λειτουργικές διαδικασίες	4	116	.826	Καλή
Εργασιακή ικανοποίηση: Συνάδελφοι	4	116	.844	Καλή
Εργασιακή ικανοποίηση: Φύση της εργασίας	4	116	.788	Καλή
Εργασιακή ικανοποίηση: Επικοινωνία	4	116	.825	Καλή
Ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση	7	116	.930	Εξαιρετική

Ο έλεγχος αξιοπιστίας των υποκλιμάκων πραγματοποιήθηκε με τον δείκτη Cronbach's alpha. Η υψηλότερη αξιοπιστία καταγράφηκε στην κλίμακα ικανοποίησης από τη συντροφική σχέση, $\alpha = .930$, τιμή που υποδηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια. Από τις υποκλίμακες της εργασιακής ικανοποίησης, οι υψηλότερες τιμές παρατηρήθηκαν στους «Συναδέλφους», $\alpha = .844$, στις «Λειτουργικές διαδικασίες», $\alpha = .826$, και στην «Επικοινωνία», $\alpha = .825$. Οι τιμές αυτές δείχνουν ότι τα items των αντίστοιχων υποκλιμάκων μετρούν με συνεκτικό τρόπο την ίδια διάσταση. Αντίστοιχα, η «Αμοιβή», $\alpha = .747$, οι «Ανταμοιβές/αναγνώριση», $\alpha = .733$, η «Φύση της εργασίας», $\alpha = .788$, η «Προαγωγή», $\alpha = .796$, και οι «Παροχές», $\alpha = .810$, παρουσίασαν αποδεκτή έως καλή αξιοπιστία.

7.4 Διαφορές ως προς το φύλο

Οι ανεξάρτητοι έλεγχοι t έδειξαν ότι οι άνδρες και οι γυναίκες είχαν παρόμοιες μέσες τιμές στους βασικούς δείκτες. Για τον συνολικό εργασιακό εκφοβισμό, οι άνδρες είχαν $M = 63.28$, $SD = 20.80$ και οι γυναίκες $M = 64.01$, $SD = 22.47$, $t(114) = -0.13$, $p = .898$, $d = -0.03$. Στις διαστάσεις του JSS, οι τιμές p κυμάνθηκαν

από $p = .208$ για τη φύση της εργασίας έως $p = .935$ για τους συναδέλφους, με μικρά μεγέθη επίδρασης ($|d| = 0.02-0.33$). Η ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση ήταν επίσης παρόμοια μεταξύ ανδρών ($M = 28.11$, $SD = 7.03$) και γυναικών ($M = 29.22$, $SD = 6.77$), $t(114) = -0.64$, $p = .525$, $d = -0.16$.

Πίνακας

3

Έλεγχοι t για διαφορές φύλου στους βασικούς δείκτες

Δείκτης	Άνδρες M (SD)	Γυναίκες M (SD)	t	Df	p	d
Συνολικός εργασιακός εκφοβισμός	63.28 (20.80)	64.01 (22.47)	-.128	114	.898	-.033
JSS: Αμοιβή	8.89 (4.19)	9.31 (3.26)	-.476	114	.635	-.122
JSS: Προαγωγή	11.67 (3.33)	10.97 (3.49)	.785	114	.434	.201
JSS: Εποπτεία	15.00 (4.73)	16.34 (4.65)	-1.119	114	.266	-.287
JSS: Πρόσθετες παροχές	10.61 (3.73)	9.67 (3.36)	1.069	114	.287	.274
JSS: Ενδεχόμενες ανταμοιβές	12.22 (4.35)	11.79 (3.95)	.424	114	.672	.109
JSS: Λειτουργικές διαδικασίες	11.44 (2.48)	11.99 (3.56)	-.622	114	.535	-.160
JSS: Συναδέλφους	15.11 (4.39)	15.03 (3.72)	.082	114	.935	.021
JSS: Φύση της εργασίας	16.78 (4.51)	15.53 (3.71)	1.266	114	.208	.325
JSS: Επικοινωνία	14.39 (3.94)	13.51 (3.87)	.883	114	.379	.226
Ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση	28.11 (7.03)	29.22 (6.77)	-.637	114	.525	-.163

Σημείωση. n ανδρών = 18. n γυναικών = 98. d = Cohen's d. Παρουσιάζονται οι τιμές με την παραδοχή ίσων διακυμάνσεων.

7.5 Διαφορές ως προς ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο σπουδών, προϋπηρεσία και ειδικότητα

Οι μονοπαραγοντικές αναλύσεις διακύμανσης έδειξαν τρεις στατιστικά σημαντικές συνολικές διαφοροποιήσεις. Η ικανοποίηση από την προαγωγή διαφοροποιήθηκε ανά ηλικιακή κατηγορία, $F(4, 111) = 3.27$, $p = .014$, $\eta^2 = .105$, καθώς και ανά επίπεδο σπουδών, $F(5, 110) = 2.65$, $p = .026$, $\eta^2 = .108$. Η ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση διαφοροποιήθηκε ανά οικογενειακή κατάσταση, $F(4, 111) = 6.72$, $p < .001$, $\eta^2 = .195$. Για τον συνολικό εργασιακό εκφοβισμό, οι συνολικοί έλεγχοι ήταν μη στατιστικά σημαντικοί ως προς ηλικία, $F(4, 111) = 0.98$, $p = .419$, $\eta^2 = .034$, οικογενειακή κατάσταση, $F(4, 111) = 1.50$, $p = .207$, $\eta^2 = .051$, επίπεδο σπουδών, $F(5, 110) = 0.76$, $p = .578$, $\eta^2 = .034$, προϋπηρεσία, $F(5, 110) = 1.23$, $p = .302$, $\eta^2 = .053$, και ειδικότητα, $F(5, 110) = 1.03$, $p = .405$, $\eta^2 = .045$.

Πίνακας

4

Μονοπαραγοντικές αναλύσεις διακύμανσης ανά δημογραφικό/εργασιακό παράγοντα

Παράγοντας	Δείκτης	df	F	p	η^2
Ηλικία	Συνολικός εργασιακός εκφοβισμός	4, 111	.984	.419	.034
	JSS: Αμοιβή	4, 111	1.712	.152	.058
	JSS: Προαγωγή	4, 111	3.270	.014	.105
	JSS: Εποπτεία	4, 111	.336	.853	.012

Παράγοντας	Δείκτης	df	F	p	η^2
Οικογενειακή κατάσταση	JSS: Πρόσθετες παροχές	4, 111	1.389	.242	.048
	JSS: Ενδεχόμενες ανταμοιβές	4, 111	.638	.637	.022
	JSS: Λειτουργικές διαδικασίες	4, 111	1.500	.207	.051
	JSS: Συνάδελφοι	4, 111	.541	.706	.019
	JSS: Φύση της εργασίας	4, 111	.277	.892	.010
	JSS: Επικοινωνία	4, 111	.111	.978	.004
	Ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση	4, 111	1.639	.169	.056
	Συνολικός εργασιακός εκφοβισμός	4, 111	1.499	.207	.051
	JSS: Αμοιβή	4, 111	.122	.974	.004
	JSS: Προαγωγή	4, 111	1.575	.186	.054
	JSS: Εποπτεία	4, 111	1.213	.309	.042
	JSS: Πρόσθετες παροχές	4, 111	.532	.713	.019
	JSS: Ενδεχόμενες ανταμοιβές	4, 111	.980	.422	.034
	JSS: Λειτουργικές διαδικασίες	4, 111	.729	.574	.026
	JSS: Συνάδελφοι	4, 111	1.504	.206	.051
	JSS: Φύση της εργασίας	4, 111	1.066	.377	.037
Επίπεδο σπουδών	JSS: Επικοινωνία	4, 111	.488	.744	.017
	Ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση	4, 111	6.723	< .001	.195
	Συνολικός εργασιακός εκφοβισμός	5, 110	.764	.578	.034
	JSS: Αμοιβή	5, 110	2.173	.062	.090
	JSS: Προαγωγή	5, 110	2.652	.026	.108
	JSS: Εποπτεία	5, 110	.830	.531	.036
	JSS: Πρόσθετες παροχές	5, 110	1.742	.131	.073
	JSS: Ενδεχόμενες ανταμοιβές	5, 110	1.193	.317	.051
	JSS: Λειτουργικές διαδικασίες	5, 110	1.583	.171	.067
	JSS: Συνάδελφοι	5, 110	.563	.728	.025
	JSS: Φύση της εργασίας	5, 110	1.583	.171	.067
	JSS: Επικοινωνία	5, 110	1.242	.295	.053
	Ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση	5, 110	1.013	.414	.044
	Συνολικός εργασιακός εκφοβισμός	5, 110	1.225	.302	.053
	JSS: Αμοιβή	5, 110	.907	.479	.040
	JSS: Προαγωγή	5, 110	2.066	.075	.086
Έτη προϋπηρεσίας	JSS: Εποπτεία	5, 110	.794	.556	.035
	JSS: Πρόσθετες παροχές	5, 110	.409	.842	.018
	JSS: Ενδεχόμενες ανταμοιβές	5, 110	.460	.805	.021
	JSS: Λειτουργικές διαδικασίες	5, 110	1.110	.359	.048

Παράγοντας	Δείκτης	df	F	p	η^2
Ειδικότητα	JSS: Συνάδελφοι	5, 110	.945	.455	.041
	JSS: Φύση της εργασίας	5, 110	1.134	.347	.049
	JSS: Επικοινωνία	5, 110	.340	.888	.015
	Ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση	5, 110	.545	.742	.024
	Συνολικός εργασιακός εκφοβισμός	5, 110	1.028	.405	.045
	JSS: Αμοιβή	5, 110	2.175	.062	.090
	JSS: Προαγωγή	5, 110	1.623	.160	.069
	JSS: Εποπτεία	5, 110	1.052	.391	.046
	JSS: Πρόσθετες παροχές	5, 110	1.070	.381	.046
	JSS: Ενδεχόμενες ανταμοιβές	5, 110	.579	.716	.026
	JSS: Λειτουργικές διαδικασίες	5, 110	.909	.478	.040
	JSS: Συνάδελφοι	5, 110	.444	.817	.020
	JSS: Φύση της εργασίας	5, 110	.423	.832	.019
	JSS: Επικοινωνία	5, 110	.976	.436	.042
	Ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση	5, 110	1.218	.306	.052

Σημείωση. df = βαθμοί ελευθερίας μεταξύ ομάδων και εντός ομάδων. η^2 = eta squared. Τα έντονα σημαντικά ευρήματα στο κείμενο αφορούν $p < .05$.

7.6 Συσχετίσεις μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού, εργασιακής ικανοποίησης και ικανοποίησης από τη συντροφική σχέση

Ο εργασιακός εκφοβισμός εμφάνισε στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις με την εποπτεία, $r = -.435$, $p < .001$, τις ενδεχόμενες ανταμοιβές, $r = -.352$, $p < .001$, τις λειτουργικές διαδικασίες, $r = -.312$, $p = .001$, και την επικοινωνία, $r = -.526$, $p < .001$. Η ισχυρότερη συσχέτιση του εργασιακού εκφοβισμού ήταν με την επικοινωνία, δείχνοντας ότι υψηλότερη έκθεση σε εκφοβισμό συνδέθηκε με χαμηλότερη ικανοποίηση από την επικοινωνία στον οργανισμό. Ο εργασιακός εκφοβισμός είχε ασθενή και μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση, $r = .020$, $p = .832$. Μεταξύ των διαστάσεων JSS, η ισχυρότερη θετική συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην αμοιβή και στις ενδεχόμενες ανταμοιβές, $r = .600$, $p < .001$, και ακολούθησε η συσχέτιση ενδεχόμενων ανταμοιβών και επικοινωνίας, $r = .549$, $p < .001$.

Πίνακας

5

Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των βασικών δεικτών

Μεταβλητή	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Εκφοβισμός	—									
2. Προαγωγή	-.108	—								
3. Εποπτεία	-.435***	.188*	—							
4. Αμοιβή	-.180	.378***	.311***	—						
5. Πρόσθετες παροχές	-.122	.477***	.035	.437***	—					
6. Ενδεχόμενες ανταμοιβές	-.352***	.267**	.440***	.600***	.439***	—				
7. Λειτουργικές διαδικασίες	-.312**	.262**	.127	.395***	.455***	.544***	—			
8. Φύση εργασίας	-.154	.317***	.245**	.132	.232*	.169	.089	—		
9. Επικοινωνία	-.526***	.300**	.441***	.449***	.430***	.549***	.446***	.326***	—	
10. Ικανοποίηση σχέσης	.020	-.053	.070	-.159	-.174	-.108	-.138	.064	-.013	—

Σημείωση. $N = 116$ για όλες τις συσχετίσεις. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. Ο δείκτης «Ικανοποίηση σχέσης» αντιστοιχεί στην ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση.

7.7 Σύνοψη κύριων ευρημάτων

Συνολικά, το δείγμα ανέφερε χαμηλή προς μέτρια έκθεση σε συμπεριφορές εργασιακού εκφοβισμού, με συνολικό $M = 63.90$, $SD = 22.14$ και $M/item = 1.94$. Οι διαφορές φύλου ήταν μικρές και μη στατιστικά σημαντικές, με ενδεικτικό αποτέλεσμα για τον εργασιακό εκφοβισμό $t(114) = -0.13$, $p = .898$, $d = -0.03$. Οι αναλύσεις ANOVA ανέδειξαν διαφοροποιήσεις στην προαγωγή ως προς την ηλικία, $F(4, 111) = 3.27$, $p = .014$, $\eta^2 = .105$, και το επίπεδο σπουδών, $F(5, 110) = 2.65$, $p = .026$, $\eta^2 = .108$, καθώς και διαφοροποίηση της ικανοποίησης από τη συντροφική σχέση ως προς την οικογενειακή κατάσταση, $F(4, 111) = 6.72$, $p < .001$, $\eta^2 = .195$. Στις συσχετίσεις, ο εργασιακός εκφοβισμός συνδέθηκε αρνητικά κυρίως με την επικοινωνία, $r = -.526$, $p < .001$, την εποπτεία, $r = -.435$, $p < .001$, τις ενδεχόμενες ανταμοιβές, $r = -.352$, $p < .001$, και τις λειτουργικές διαδικασίες, $r = -.312$, $p = .001$. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι η υψηλότερη έκθεση σε εργασιακό εκφοβισμό συνδέεται με χαμηλότερη εργασιακή ικανοποίηση σε συγκεκριμένες οργανωσιακές διαστάσεις.

8.1. Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα είχε ως βασικό σκοπό τη διερεύνηση του εργασιακού εκφοβισμού σε νοσοκομειακό εργασιακό περιβάλλον και την εξέταση της σχέσης του με την εργασιακή ικανοποίηση και την ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση. Η συζήτηση που ακολουθεί δεν επαναλαμβάνει τους στατιστικούς δείκτες των αποτελεσμάτων, αλλά επιχειρεί να ερμηνεύσει τα ευρήματα θεωρητικά και πρακτικά, να τα συνδέσει με τη σχετική βιβλιογραφία και να αναδείξει τη συμβολή τους για την κατανόηση και τη διαχείριση του εργασιακού εκφοβισμού σε οργανισμούς υγείας.

Τα ευρήματα της μελέτης δείχνουν ότι ο εργασιακός εκφοβισμός αποτελεί υπαρκτό φαινόμενο στο υπό μελέτη νοσοκομειακό περιβάλλον, χωρίς όμως να εμφανίζεται κυρίως με ακραίες, εμφανείς ή σωματικά απειλητικές μορφές. Αντίθετα, το προφίλ που αναδύεται είναι περισσότερο λεκτικό, οργανωσιακό και ψυχοκοινωνικό. Οι συχνότερες αρνητικές συμπεριφορές σχετίζονται με λεκτική επιθετικότητα, υποτίμηση, απόκρυψη πληροφοριών, υπερβολικό φόρτο εργασίας και επίδειξη εξουσίας. Αυτό το εύρημα είναι ιδιαίτερα σημαντικό, διότι αναδεικνύει ότι ο εργασιακός εκφοβισμός δεν πρέπει να νοείται μόνο ως άμεση απειλή, ανοιχτή σύγκρουση ή σωματική

παρενόχληση. Συχνά εκδηλώνεται μέσα από καθημερινές πρακτικές που μπορεί να φαίνονται λιγότερο θεαματικές, αλλά είναι επαναλαμβανόμενες, διαβρωτικές και οργανωσιακά επιβαρυντικές.

Η διαπίστωση αυτή συμφωνεί με τη θεωρητική προσέγγιση του εργασιακού εκφοβισμού ως συστηματικής έκθεσης σε αρνητικές πράξεις που δυσχεραίνουν την εργασιακή λειτουργία και θίγουν την αξιοπρέπεια του εργαζομένου (Einarsen et al., 2009). Η σημασία της συμπεριφορικής αποτύπωσης του φαινομένου είναι μεγάλη, επειδή πολλοί εργαζόμενοι μπορεί να δυσκολεύονται να αυτοχαρακτηριστούν ως «θύματα» εκφοβισμού, ακόμη και όταν αναγνωρίζουν ότι βιώνουν συγκεκριμένες αρνητικές συμπεριφορές. Σε οργανισμούς υγείας, όπου η εργασιακή πίεση είναι συχνά έντονη και η αυστηρή ιεραρχία θεωρείται πολλές φορές λειτουργικά αναγκαία, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ορισμένες μορφές απαξιωτικής ή επιθετικής συμπεριφοράς να κανονικοποιούνται ως μέρος της καθημερινότητας. Αυτό καθιστά απαραίτητη τη διάκριση ανάμεσα στη θεμιτή εργασιακή απαίτηση και στην επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά που υπονομεύει τον εργαζόμενο.

Η συμβολή της παρούσας μελέτης έγκειται ακριβώς στο ότι αναδεικνύει τον εργασιακό εκφοβισμό ως οργανωσιακό και όχι αποκλειστικά ατομικό φαινόμενο. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι αρνητικές συμπεριφορές δεν αφορούν μόνο τη σχέση μεταξύ δύο εργαζομένων, αλλά συνδέονται με το γενικότερο εργασιακό κλίμα, τον τρόπο άσκησης εξουσίας, τη ροή της πληροφορίας, τη διοικητική οργάνωση και τις πρακτικές αναγνώρισης. Επομένως, η αντιμετώπιση του φαινομένου δεν μπορεί να περιοριστεί σε ατομικό επίπεδο, όπως για παράδειγμα σε παραινήσεις προς τα εμπλεκόμενα πρόσωπα ή σε μεμονωμένες συστάσεις. Αντίθετα, απαιτείται συστηματική οργανωσιακή πολιτική, η οποία να ενσωματώνει την πρόληψη, την έγκαιρη αναγνώριση, την ασφαλή αναφορά και την αποτελεσματική διαχείριση των περιστατικών.

Σε σχέση με την εργασιακή ικανοποίηση, τα ευρήματα δείχνουν ότι οι εργαζόμενοι δεν αξιολογούν την εργασία τους με έναν ενιαίο και αδιαφοροποίητο τρόπο. Αντίθετα, η εργασιακή ικανοποίηση εμφανίζεται πολυδιάστατη. Ορισμένες πλευρές της εργασίας, όπως η φύση του επαγγέλματος, οι σχέσεις με τους συναδέλφους και η εποπτεία, αξιολογούνται πιο θετικά, ενώ άλλες πλευρές, όπως οι αμοιβές, οι παροχές, οι προοπτικές προαγωγής, οι ανταμοιβές και οι λειτουργικές διαδικασίες, αξιολογούνται πιο επιβαρυνμένα. Το εύρημα αυτό είναι συνεπές με τη

θεωρητική δομή του Job Satisfaction Survey, το οποίο αντιμετωπίζει την εργασιακή ικανοποίηση ως πολυδιάστατο κατασκεύασμα και όχι ως μονοδιάστατη στάση απέναντι στην εργασία (Spector, 1985). Για την ελληνική χρήση της κλίμακας εργασιακής ικανοποίησης, ιδιαίτερα σε σχέση με τη διερεύνηση του εργασιακού εκφοβισμού και της ικανοποίησης σε ελληνικά δείγματα, λαμβάνεται υπόψη και η πρόσφατη μελέτη των Kokkinos et al. (2026).

Η διαφοροποίηση αυτή έχει σημαντικές πρακτικές συνέπειες. Δείχνει ότι οι εργαζόμενοι μπορεί να διατηρούν θετική σχέση με το αντικείμενο της εργασίας τους και με τους άμεσους συναδέλφους τους, αλλά ταυτόχρονα να βιώνουν δυσaréσκεια απέναντι στο οργανωσιακό σύστημα μέσα στο οποίο εργάζονται. Αυτό είναι ιδιαίτερα κρίσιμο για τα επαγγέλματα υγείας, επειδή η αίσθηση προσφοράς, η επαγγελματική ταυτότητα και η συναδελφική αλληλεγγύη μπορούν να λειτουργούν προστατευτικά, αλλά δεν αρκούν για να αντισταθμίσουν μακροχρόνιες οργανωσιακές δυσλειτουργίες. Όταν η προσπάθεια δεν αναγνωρίζεται, όταν οι διαδικασίες βιώνονται ως δυσλειτουργικές, όταν οι δυνατότητες εξέλιξης θεωρούνται περιορισμένες και όταν η επικοινωνία είναι ανεπαρκής, τότε η εργασιακή ικανοποίηση υπονομεύεται ακόμη και σε εργαζόμενους που βρίσκουν νόημα στο επάγγελμά τους.

Η σύγκριση με προηγούμενες μελέτες δείχνει ότι το εύρημα αυτό δεν είναι απομονωμένο. Έρευνες σε ελληνικά νοσοκομειακά περιβάλλοντα έχουν επίσης αναδείξει ότι οι εργαζόμενοι συχνά εμφανίζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από το περιεχόμενο της εργασίας και τις συναδελφικές σχέσεις, αλλά χαμηλότερη ικανοποίηση από τις αμοιβές, τις παροχές, τις ευκαιρίες εξέλιξης και τις διοικητικές διαδικασίες (Karaferis et al., 2022). Αυτό σημαίνει ότι η παρούσα έρευνα ενισχύει μια ήδη διαμορφωμένη εικόνα για το ελληνικό νοσοκομειακό πλαίσιο: οι επαγγελματίες υγείας διατηρούν στοιχεία επαγγελματικής δέσμευσης και εσωτερικού νοήματος, αλλά λειτουργούν μέσα σε συνθήκες που συχνά δεν υποστηρίζουν επαρκώς την εργασιακή τους ευημερία.

Από πρακτική άποψη, το εύρημα αυτό υποδεικνύει ότι οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση της εργασιακής ικανοποίησης δεν πρέπει να είναι γενικές ή ασαφείς. Δεν αρκεί, για παράδειγμα, μια διοίκηση να ενθαρρύνει τη «θετική στάση» ή τη «συνεργασία» των εργαζομένων. Χρειάζονται πιο στοχευμένες παρεμβάσεις στις περιοχές όπου εντοπίζεται η μεγαλύτερη επιβάρυνση. Τέτοιες παρεμβάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν διαφανέστερες διαδικασίες αναγνώρισης της προσπάθειας, σαφέστερα κριτήρια εξέλιξης, βελτίωση της εσωτερικής επικοινωνίας, αναθεώρηση

δυσλειτουργικών γραφειοκρατικών διαδικασιών και ενίσχυση της συμμετοχής των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων που επηρεάζουν την καθημερινή εργασία τους.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η σχέση που αναδείχθηκε μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και επιμέρους διαστάσεων της εργασιακής ικανοποίησης. Τα ευρήματα δείχνουν ότι ο εργασιακός εκφοβισμός συνδέεται περισσότερο με τις οργανωσιακές και διαπροσωπικές πτυχές της εργασιακής ζωής, ιδίως με την επικοινωνία, την εποπτεία, την αναγνώριση και τις λειτουργικές διαδικασίες. Η σύνδεση αυτή επιβεβαιώνει ότι ο εργασιακός εκφοβισμός δεν αποτελεί απλώς μια μορφή προσωπικής αντιπαράθεσης, αλλά σύμπτωμα και παράγοντα επιδείνωσης του οργανωσιακού κλίματος. Όταν οι εργαζόμενοι βιώνουν αρνητικές πράξεις, η εμπιστοσύνη τους προς τη διοίκηση, τους προϊσταμένους και τις διαδικασίες του οργανισμού μειώνεται. Αντίστοιχα, όταν η επικοινωνία είναι ανεπαρκής, η εποπτεία αδύναμη και οι διαδικασίες ασαφείς, δημιουργούνται συνθήκες μέσα στις οποίες ο εκφοβισμός μπορεί να εμφανιστεί, να αποκρυφθεί ή να αναπαραχθεί.

Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία συνδέει τον εργασιακό εκφοβισμό με αρνητικές εργασιακές εκβάσεις, αυξημένο στρες, χαμηλότερη ποιότητα επαγγελματικής ζωής και μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση (Galanis et al., 2024). Παρόμοια, η πρόσφατη μελέτη των Kokkinos et al. (2026), αν και αφορά εκπαιδευτικό και όχι νοσοκομειακό πλαίσιο, είναι χρήσιμη για την παρούσα εργασία, διότι εξετάζει τη σύνδεση μεταξύ προσωπικότητας, εργασιακού εκφοβισμού και εργασιακής ικανοποίησης σε ελληνικό δείγμα. Η ενσωμάτωση αυτής της μελέτης ενισχύει τη θεωρητική βάση της παρούσας έρευνας, καθώς δείχνει ότι η σχέση εργασιακού εκφοβισμού και εργασιακής ικανοποίησης αποτελεί επίκαιρο ερευνητικό ζήτημα και σε άλλα ελληνικά επαγγελματικά περιβάλλοντα.

Η πρακτική συνέπεια αυτής της σύνδεσης είναι ότι η πρόληψη του εργασιακού εκφοβισμού μπορεί να λειτουργήσει ταυτόχρονα ως στρατηγική ενίσχυσης της εργασιακής ικανοποίησης. Με άλλα λόγια, οι πολιτικές κατά του εκφοβισμού δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως αποσπασματικές διαδικασίες διαχείρισης παραπόνων, αλλά ως μέρος μιας ευρύτερης πολιτικής ποιότητας εργασιακού περιβάλλοντος. Ένα νοσοκομείο που μειώνει τις συνθήκες εκφοβισμού, ενισχύει ταυτόχρονα την εμπιστοσύνη, την επικοινωνία, την αίσθηση δικαιοσύνης και την οργανωσιακή συνοχή. Αυτό έχει σημασία όχι μόνο για την ευημερία των εργαζομένων, αλλά και για τη λειτουργική αποτελεσματικότητα του οργανισμού, καθώς το προσωπικό υγείας εργάζεται σε

περιβάλλον όπου η συνεργασία, η ακρίβεια στην επικοινωνία και η ψυχολογική ασφάλεια επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα της φροντίδας.

Σε επίπεδο διοικητικής πρακτικής, η παρούσα μελέτη υποστηρίζει την ανάγκη διαμόρφωσης σαφούς πρωτοκόλλου πρόληψης και διαχείρισης εργασιακού εκφοβισμού. Ένα τέτοιο πρωτόκολλο θα πρέπει να περιλαμβάνει ορισμό του φαινομένου, παραδείγματα μη αποδεκτών συμπεριφορών, ασφαλείς διαύλους αναφοράς, προστασία από αντίποινα, καθορισμένα στάδια διερεύνησης και σαφή σύνδεση με τις διαδικασίες ανθρώπινου δυναμικού. Η ύπαρξη πολιτικής δεν αρκεί από μόνη της. Η πολιτική πρέπει να είναι γνωστή στους εργαζομένους, να εφαρμόζεται με συνέπεια και να συνοδεύεται από εμπιστευτικούς μηχανισμούς υποστήριξης. Διαφορετικά, υπάρχει κίνδυνος να παραμείνει τυπικό έγγραφο χωρίς ουσιαστικό αντίκτυπο στην καθημερινή εργασιακή κουλτούρα.

Επιπλέον, τα ευρήματα αναδεικνύουν τον κεντρικό ρόλο των προϊσταμένων. Η εποπτεία δεν αφορά μόνο την κατανομή καθηκόντων ή τον έλεγχο της απόδοσης, αλλά και τη ρύθμιση του εργασιακού κλίματος. Οι προϊστάμενοι αποτελούν κρίσιμο κρίκο στην πρόληψη του εκφοβισμού, επειδή μπορούν να αναγνωρίσουν έγκαιρα επαναλαμβανόμενες αρνητικές συμπεριφορές, να παρέμβουν σε συγκρούσεις πριν κλιμακωθούν, να προστατεύσουν εργαζομένους που δέχονται συστηματική υποτίμηση και να διαμορφώσουν πρότυπα σεβαστής επικοινωνίας. Συνεπώς, μια πρακτική πρόταση που προκύπτει από την παρούσα μελέτη είναι η συστηματική εκπαίδευση προϊσταμένων σε ζητήματα ηγεσίας, επικοινωνίας, διαχείρισης συγκρούσεων, ψυχολογικής ασφάλειας και αναγνώρισης εργασιακού εκφοβισμού.

Μια δεύτερη πρακτική συνέπεια αφορά την ανάγκη βελτίωσης της εσωτερικής επικοινωνίας. Η επικοινωνία δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται απλώς ως τεχνική ανταλλαγή πληροφοριών, αλλά ως βασικός μηχανισμός οργανωσιακής δικαιοσύνης και εμπιστοσύνης. Σε ένα νοσοκομείο, η ασαφής πληροφόρηση, οι ανεπίσημες ιεραρχίες, η έλλειψη ανατροφοδότησης και η απουσία διαφανούς ενημέρωσης μπορούν να δημιουργήσουν έδαφος για παρεξηγήσεις, αποκλεισμούς και άτυπες μορφές εξουσίας. Η καθιέρωση τακτικών συναντήσεων ομάδας, η διαφάνεια στις αλλαγές βαρδιών ή καθηκόντων, η σαφής ενημέρωση για αποφάσεις που επηρεάζουν το προσωπικό και η δυνατότητα των εργαζομένων να εκφράζουν ανησυχίες χωρίς φόβο μπορούν να συμβάλουν στη μείωση των συνθηκών που ευνοούν τον εκφοβισμό.

Μια τρίτη πρακτική συνέπεια αφορά την αναγνώριση της εργασίας. Τα ευρήματα δείχνουν ότι ο εκφοβισμός συνδέεται με την αίσθηση μειωμένης αναγνώρισης. Στα νοσοκομεία, όπου η εργασία είναι συχνά απαιτητική και συναισθηματικά φορτισμένη, η απουσία αναγνώρισης μπορεί να ενισχύσει την απογοήτευση και την αίσθηση αδικίας. Η αναγνώριση δεν χρειάζεται να περιορίζεται σε οικονομικές ανταμοιβές, παρότι αυτές έχουν σημασία. Μπορεί επίσης να περιλαμβάνει δίκαιη ανατροφοδότηση, δημόσια αναγνώριση της προσπάθειας, συμμετοχή σε αποφάσεις, δυνατότητες επιμόρφωσης και διαφανείς ευκαιρίες εξέλιξης. Με αυτόν τον τρόπο, η διοίκηση μπορεί να ενισχύσει την αίσθηση ότι η εργασία των επαγγελματιών υγείας έχει αξία και ότι ο οργανισμός την αναγνωρίζει έμπρακτα.

Σε ερευνητικό επίπεδο, η παρούσα μελέτη προσφέρει βάση για περαιτέρω διερεύνηση του εργασιακού εκφοβισμού σε νοσοκομειακούς οργανισμούς. Ένα πρώτο ερευνητικό επόμενο βήμα θα ήταν η διεξαγωγή συγκριτικών μελετών μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων, ώστε να εξεταστεί αν το φαινόμενο διαφοροποιείται ανάλογα με το είδος της μονάδας, το μέγεθος του οργανισμού, το διοικητικό μοντέλο ή τα επιμέρους τμήματα. Ένα δεύτερο βήμα θα ήταν η χρήση διαχρονικού σχεδιασμού, ώστε να διερευνηθεί αν ο εργασιακός εκφοβισμός προηγείται της μείωσης της εργασιακής ικανοποίησης ή αν η χαμηλή ικανοποίηση και το δυσλειτουργικό κλίμα αυξάνουν την πιθανότητα αναφοράς εκφοβιστικών συμπεριφορών. Ένα τρίτο βήμα θα ήταν η ενσωμάτωση μεταβλητών όπως η επαγγελματική εξουθένωση, το εργασιακό άγχος, η οργανωσιακή υποστήριξη, η ψυχολογική ασφάλεια και η σύγκρουση εργασίας-οικογένειας, ώστε να εξεταστούν πιο σύνθετοι μηχανισμοί.

Ιδιαίτερη ερευνητική σημασία έχει επίσης το εύρημα ότι ο εργασιακός εκφοβισμός δεν φαίνεται να συνδέεται άμεσα με την ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση. Η απουσία άμεσης σύνδεσης δεν σημαίνει ότι η εργασία δεν επηρεάζει την προσωπική ζωή. Αντίθετα, δείχνει ότι η πιθανή επίδραση μπορεί να είναι πιο σύνθετη και έμμεση. Για παράδειγμα, ο εκφοβισμός μπορεί να αυξάνει το άγχος ή την εξουθένωση, τα οποία στη συνέχεια επηρεάζουν την οικογενειακή ή συντροφική ζωή. Επομένως, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εξετάσουν διαμεσολαβητικούς παράγοντες, ώστε να αποσαφηνιστεί με μεγαλύτερη ακρίβεια πότε και υπό ποιες συνθήκες η αρνητική εργασιακή εμπειρία μεταφέρεται στην προσωπική σφαίρα.

Η παρούσα έρευνα συμβάλλει στην κατανόηση του εργασιακού εκφοβισμού ως φαινομένου που αφορά άμεσα την ποιότητα της εργασιακής ζωής στους οργανισμούς υγείας. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η πρόληψη του εκφοβισμού, η ενίσχυση της επικοινωνίας, η βελτίωση της εποπτείας, η αναγνώριση της προσπάθειας και η αναμόρφωση δυσλειτουργικών διαδικασιών αποτελούν αλληλένδετους στόχους. Η πρακτική αξία της μελέτης είναι ότι μετατοπίζει την έμφαση από την ατομική ευθύνη του εργαζομένου προς την οργανωσιακή ευθύνη του νοσοκομείου. Η δημιουργία ενός ασφαλούς, δίκαιου και υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος δεν αποτελεί μόνο ζήτημα ευημερίας του προσωπικού, αλλά και βασική προϋπόθεση για τη σταθερότητα, τη συνεργασία και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

8.2. Περιορισμοί έρευνας

Η παρούσα έρευνα παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς, οι οποίοι πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Ο πρώτος περιορισμός αφορά τον διατομεακό σχεδιασμό. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, γεγονός που επιτρέπει την αποτύπωση σχέσεων μεταξύ μεταβλητών, αλλά δεν επιτρέπει αιτιώδη συμπεράσματα. Για παράδειγμα, η αρνητική σχέση μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και ικανοποίησης από την επικοινωνία μπορεί να σημαίνει ότι ο εκφοβισμός μειώνει την εμπιστοσύνη στην οργανωσιακή επικοινωνία. Μπορεί όμως και να σημαίνει ότι ένα ήδη δυσλειτουργικό επικοινωνιακό περιβάλλον διευκολύνει την εμφάνιση ή τη διατήρηση εκφοβιστικών συμπεριφορών. Η κατεύθυνση της σχέσης δεν μπορεί να τεκμηριωθεί χωρίς διαχρονικά δεδομένα.

Ο δεύτερος περιορισμός αφορά τη μέθοδο δειγματοληψίας. Η δειγματοληψία ευκολίας μέσω ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου περιορίζει τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων. Το δείγμα των 116 εργαζομένων είναι επαρκές για βασικές περιγραφικές και συσχετιστικές αναλύσεις, αλλά δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό του συνόλου των εργαζομένων σε νοσοκομεία. Επιπλέον, το δείγμα αποτελείται κυρίως από γυναίκες, $n = 98$, 84.5%, και από νοσηλευτές/τριες, $n = 65$, 56.0%. Η σύνθεση αυτή είναι σημαντική για την ερμηνεία των ευρημάτων, επειδή η υπερεκπροσώπηση συγκεκριμένων ομάδων μπορεί να επηρεάζει τη συνολική εικόνα των αποτελεσμάτων.

Ο τρίτος περιορισμός αφορά τη χρήση αυτοαναφερόμενων ερωτηματολογίων. Οι συμμετέχοντες απάντησαν με βάση την προσωπική τους εμπειρία, μνήμη και αντίληψη. Σε θέματα όπως ο εργασιακός εκφοβισμός, είναι πιθανή είτε η υποαναφορά είτε η υπερανάφορά. Η υποαναφορά μπορεί να οφείλεται στον φόβο έκθεσης, στη δυσκολία αναγνώρισης του φαινομένου ή στην κανονικοποίηση αρνητικών συμπεριφορών. Η υπερανάφορά μπορεί να συνδέεται με πρόσφατες συγκρούσεις, υψηλή δυσαρέσκεια ή αρνητικό συναισθηματικό κλίμα. Η χρήση συμπεριφορικών items περιορίζει τον κίνδυνο αυτό, αλλά δεν τον εξαλείφει πλήρως. Ο τέταρτος περιορισμός σχετίζεται με το ότι οι επαγγελματικές κατηγορίες δεν είναι ισομεγέθεις. Ορισμένες ομάδες έχουν μικρό αριθμό συμμετεχόντων, γεγονός που μειώνει τη στατιστική ισχύ των συγκρίσεων. Έτσι, η μη ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών ανά ειδικότητα δεν πρέπει να ερμηνευθεί ως οριστική απουσία διαφορών μεταξύ επαγγελματικών ομάδων. Είναι πιθανό μεγαλύτερα και πιο ισορροπημένα δείγματα να αναδείξουν διαφοροποιήσεις που εδώ δεν εμφανίστηκαν.

Ο πέμπτος περιορισμός αφορά το ότι οι αναλύσεις επικεντρώθηκαν κυρίως σε περιγραφικά στατιστικά, συγκρίσεις ομάδων και διμεταβλητές συσχετίσεις. Οι σχέσεις μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού, εργασιακής ικανοποίησης και προσωπικής ζωής είναι πιθανό να είναι πιο σύνθετες. Μεταβλητές όπως η επαγγελματική εξουθένωση, το εργασιακό άγχος, η οργανωσιακή υποστήριξη, η ψυχολογική ασφάλεια, η εργασιακή δέσμευση και η σύγκρουση εργασίας-οικογένειας θα μπορούσαν να εμπλουτίσουν την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Μελλοντικές έρευνες μπορούν να εφαρμόσουν πολυμεταβλητά μοντέλα, ιεραρχική παλινδρόμηση ή αναλύσεις διαμεσολάβησης, ώστε να διερευνηθούν βαθύτερα οι μηχανισμοί μέσω των οποίων ο εργασιακός εκφοβισμός επηρεάζει την εργασιακή και προσωπική ζωή.

8.3. Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα ανέδειξε ότι ο εργασιακός εκφοβισμός αποτελεί υπαρκτό φαινόμενο στο υπό μελέτη νοσοκομειακό περιβάλλον. Η έντασή του δεν εμφανίζεται ακραία σε συνολικό επίπεδο, αλλά οι επιμέρους συμπεριφορές που καταγράφηκαν δείχνουν ότι σημαντικό μέρος των εργαζομένων βιώνει λεκτικές, οργανωσιακές και υποτιμητικές μορφές αρνητικής μεταχείρισης. Οι πιο συχνές συμπεριφορές αφορούν τη λεκτική κακοποίηση, τον μη διαχειρίσιμο φόρτο εργασίας, την υπεροπτική επίδειξη εξουσίας, την απόκρυψη πληροφοριών και την υποτίμηση μπροστά σε άλλους. Το εύρημα αυτό έχει πρακτική σημασία, επειδή οι μορφές αυτές συχνά δεν

αναγνωρίζονται ως σοβαρές όσο οι ακραίες μορφές βίας, αλλά μπορούν να έχουν σωρευτικά αρνητικές συνέπειες στο εργασιακό κλίμα. Η εργασιακή ικανοποίηση του δείγματος εμφανίστηκε διαφοροποιημένη. Οι εργαζόμενοι δήλωσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εποπτεία, τους συναδέλφους και τη φύση της εργασίας, ενώ δήλωσαν χαμηλότερη ικανοποίηση από την αμοιβή, τις παροχές, την προαγωγή, την αναγνώριση και τις διαδικασίες. Το συμπέρασμα αυτό δείχνει ότι οι εργαζόμενοι διατηρούν θετική σχέση με ορισμένες άμεσες και ουσιαστικές πλευρές της εργασίας τους, αλλά βιώνουν προβλήματα στις δομικές και οργανωσιακές παραμέτρους της εργασιακής εμπειρίας. Η διοίκηση των νοσοκομείων μπορεί να αξιοποιήσει το εύρημα αυτό για να σχεδιάσει παρεμβάσεις που δεν περιορίζονται στη γενική ενίσχυση του ηθικού, αλλά στοχεύουν σε συγκεκριμένες πηγές δυσαρέσκειας.

Οι δημογραφικές διαφοροποιήσεις ήταν περιορισμένες. Το φύλο, η προϋπηρεσία και η ειδικότητα δεν διαφοροποίησαν στατιστικά σημαντικά τις βασικές μεταβλητές. Αντίθετα, η ηλικία και το επίπεδο σπουδών διαφοροποίησαν την ικανοποίηση από την προαγωγή, ενώ η οικογενειακή κατάσταση διαφοροποίησε την ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι οι αντιλήψεις για την εξέλιξη συνδέονται με τις επαγγελματικές προσδοκίες και τα προσόντα, ενώ οι αξιολογήσεις της συντροφικής σχέσης συνδέονται άμεσα με τη σχεσιακή και οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων.

Το πιο σημαντικό συμπέρασμα αφορά τη σχέση του εργασιακού εκφοβισμού με την εργασιακή ικανοποίηση. Ο εργασιακός εκφοβισμός συνδέθηκε αρνητικά με την επικοινωνία, την εποπτεία, την αναγνώριση και τις λειτουργικές διαδικασίες. Ιδιαίτερα η ισχυρή αρνητική συσχέτιση με την επικοινωνία, $r = -.526$, $p < .001$, δείχνει ότι ο εκφοβισμός είναι στενά συνδεδεμένος με την ποιότητα του οργανωσιακού κλίματος. Συνεπώς, η πρόληψη και αντιμετώπισή του πρέπει να αποτελέσει οργανωσιακή προτεραιότητα. Προτείνονται η καθιέρωση σαφούς πρωτοκόλλου αναφοράς περιστατικών, η εκπαίδευση προϊσταμένων στη διαχείριση συγκρούσεων, η προστασία των εργαζομένων που αναφέρουν αρνητικές συμπεριφορές, η περιοδική αξιολόγηση του εργασιακού κλίματος και η ενίσχυση της διαφάνειας στην επικοινωνία.

Τέλος, η ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση εμφανίστηκε υψηλή και δεν συνδέθηκε άμεσα με τον εργασιακό εκφοβισμό. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι, στο συγκεκριμένο δείγμα, η προσωπική σχέση των συμμετεχόντων παραμένει διακριτό πεδίο αξιολόγησης. Μελλοντικές έρευνες θα

μπορούσαν να εξετάσουν αν ο εργασιακός εκφοβισμός επηρεάζει την προσωπική ζωή μέσω έμμεσων μηχανισμών, όπως η εξουθένωση, το άγχος ή η σύγκρουση εργασίας-οικογένειας. Συμπερασματικά, η παρούσα έρευνα συμβάλλει στην κατανόηση του εργασιακού εκφοβισμού σε νοσοκομειακό περιβάλλον και αναδεικνύει ότι το φαινόμενο συνδέεται περισσότερο με οργανωσιακές και επικοινωνιακές διαστάσεις της εργασίας παρά με ατομικά δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η πρακτική αξία της μελέτης έγκειται στο ότι υποδεικνύει συγκεκριμένα πεδία παρέμβασης: επικοινωνία, εποπτεία, αναγνώριση, διαδικασίες και πρόληψη αρνητικών συμπεριφορών. Η βελτίωση αυτών των πεδίων μπορεί να ενισχύσει όχι μόνο την εργασιακή ικανοποίηση, αλλά και τη συνολική λειτουργικότητα του νοσοκομειακού οργανισμού.

Βιβλιογραφία

- Ågotnes, K. W., Skogstad, A., Hetland, J., Olsen, O. K., Espevik, R., Bakker, A. B., & Einarsen, S. V. (2021). Daily work pressure and exposure to bullying-related negative acts: The role of daily transformational and laissez-faire leadership. *European Management Journal*, 39(4), 423–433. <https://doi.org/10.1016/j.emj.2020.09.011>
- Allen, B. C., Holland, P., & Reynolds, R. (2015). The effect of bullying on burnout in nurses: The moderating role of psychological detachment. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 381–390. <https://doi.org/10.1111/jan.12489>
- Atingabili, S., Chen, H., Arboh, F., Mensah, I. A., Kewou, N. Y. N., & Maalisuo, B. S. (2025). Exposure to workplace bullying and nurses' turnover intentions nexus: A moderation-mediation analysis. *BMC Psychology*, 13, Article 671. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03008-0>
- Awwad, M. S., & Adaileh, A. M. (2025). Exploring perceived organisational justice in the healthcare sector: Insights from an Arab cultural perspective. *Journal of Nursing Management*, 2025, Article 7166487. <https://doi.org/10.1155/jonm/7166487>
- Bambi, S., Foà, C., De Felippis, C., Lucchini, A., Guazzini, A., & Rasero, L. (2018). Workplace incivility, lateral violence and bullying among nurses: A review about their prevalence and related factors. *Acta Biomedica*, 89(6-S), 51–79. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i6-S.7461>
- Berşe, S., Çapuk, H., & Ağar, A. (2025). Development of the quality of life scale for shift-working nurses. *Safety and Health at Work*, 16(1), 46–52. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2024.11.004>
- Colaprico, C., Addari, S., & La Torre, G. (2023). The effects of bullying on healthcare workers: An umbrella review. *Rivista di Psichiatria*, 58(2), 41–49. <https://doi.org/10.1708/4022.39973>
- Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386–400. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.386>
- Czaja, M., Pryba, B., Pietrzak, K., & Gaworska-Krzemińska, A. (2025). The relationship between shift work and the quality of family and social life among nurses: A comparison between outpatient and inpatient care. *Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa*, 33(3), 123–128. <https://doi.org/10.5114/ppiel.2025.154656>
- Einarsen, S., Hoel, H., & Notelaers, G. (2009). Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts

- Questionnaire-Revised. *Work & Stress*, 23(1), 24–44.
<https://doi.org/10.1080/02678370902815673>
- Einarsen, S. V., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. L. (Eds.). (2020). *Bullying and harassment in the workplace: Theory, research and practice* (3rd ed.). CRC Press.
<https://doi.org/10.1201/9780429462528>
- European Data Protection Supervisor. (2021). *10 misunderstandings related to anonymisation* (Joint paper EDPS–AEPD). https://www.edps.europa.eu/system/files/2021-04/21-04-27_aepd-edps_anonymisation_en_5.pdf
- Galanis, P., Moisoglou, I., Katsiroumpa, A., & Mastrogianni, M. (2024). Association between workplace bullying, job stress, and professional quality of life in nurses: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, 12(6), Article 623.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12060623>
- Ginieri-Coccossis, M., Triantafillou, E., Tomaras, V., Soldatos, C., Mavreas, V., & Christodoulou, G. (2012). Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and health Greek populations: Incorporating new culture-relevant items. *Psychiatriki*, 23(2), 130–142.
- Grandey, A. A. (2000). Emotional regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 95–110.
<https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.1.95>
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16(2), 250–279.
[https://doi.org/10.1016/0030-5073\(76\)90016-7](https://doi.org/10.1016/0030-5073(76)90016-7)
- Hendrick, S. S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 50(1), 93–98. <https://doi.org/10.2307/352430>
- Hendrick, S. S., Dicke, A., & Hendrick, C. (1998). The Relationship Assessment Scale. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(1), 137–142.
<https://doi.org/10.1177/0265407598151009>
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work*. John Wiley & Sons.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press.
- Inchingolo, A. D., Inchingolo, A. M., Fatone, M. C., Ferrante, L., Casamassima, L., Trilli, I., Inchingolo, F., Palermo, A., Marinelli, G., & Dipalma, G. (2025). Guidelines for reducing the adverse effects of shift work on nursing staff: A systematic review. *Healthcare*, 13(17), Article 2148. <https://doi.org/10.3390/healthcare13172148>

- International Labour Organization. (2019). *Violence and Harassment Convention, 2019 (No. 190)*. https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190
- Isfahani, P., Poodineh Moghadam, M., Sarani, M., Bazi, A., Boulagh, F., Afshari, M., Samani, S., & Alvani, S. (2024). Job satisfaction among nurses in Eastern Mediterranean Region hospitals: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*, 23, Article 812. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02480-0>
- Jung, Y. J., & Kim, H. (2025). Job satisfaction, quality of life, and turnover intention among nurses: A comparative study of pattern-based and rotating shift schedules. *Healthcare*, 13(20), Article 2551. <https://doi.org/10.3390/healthcare13202551>
- Kakoulakis, C., Galanakis, M., Bakoula-Tzoumaka, C., Darvyri, P., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2015). Validation of the Negative Acts Questionnaire (NAQ) in a sample of Greek teachers. *Psychology*, 6(1), 63–74. <https://doi.org/10.4236/psych.2015.61007>
- Karaferis, D., Aletras, V., & Niakas, D. (2022). Job satisfaction and associated factors in Greek public hospitals. *Acta Biomedica*, 93(5), Article e2022230. <https://doi.org/10.23750/abm.v93i5.13095>
- Katsouda, A., Sikelianou, D., Kougioumtzis, G. A., Dolma, C., & Koliniatii, T. (2024). Fear of COVID-19 and health-related quality of life: A cross-sectional study among healthcare professionals. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 29(2), 408–423. https://doi.org/10.12681/psy_hps.39622
- Khatatbeh, H., Pakai, A., Al-Dwaikat, T., Onchonga, D., Amer, F., Prémusz, V., & Oláh, A. (2022). Nurses' burnout and quality of life: A systematic review and critical analysis of measures used. *Nursing Open*, 9(3), 1564–1574. <https://doi.org/10.1002/nop2.936>
- Koinis, A., Papathanasiou, I. V., Moisoglou, I., Kouroutzis, I., Tzenetidis, V., Anagnostopoulou, D., Sarafis, P., & Malliarou, M. (2025). Resilience and mobbing among nurses in emergency departments: A cross-sectional study. *Healthcare*, 13(15), Article 1908. <https://doi.org/10.3390/healthcare13151908>
- Kokkinos, C. M., Perdikidou, M., & Voulgaridou, I. (2026). Personality, workplace bullying, and job satisfaction: Investigating their associations among teachers. *Educational Studies*, 1–20. <https://doi.org/10.1080/03055698.2026.2660686>
- Laschinger, H. K. S., Grau, A. L., Finegan, J., & Wilk, P. (2010). New graduate nurses' experiences of bullying and burnout in hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2732–2742. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05420.x>
- Laschinger, H. K. S., Wong, C. A., & Grau, A. L. (2012). The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention

- outcomes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(10), 1266–1276. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.05.012>
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims*, 5(2), 119–126. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.5.2.119>
- Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., & Shanafelt, T. (2024). Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 7(11), Article e2443059. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059>
- Lott, Y., & Wöhrmann, A. M. (2022). Spillover and crossover effects of working time demands on work–life balance satisfaction among dual-earner couples: The mediating role of work–life conflict. *Current Psychology*, 42, 12957–12973. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03850-0>
- Machul, M., Krasucka, K. N., Pelc, D., & Dziurka, M. (2024). Impact of workplace bullying on nursing care quality: A comprehensive review. *Medical Science Monitor*, 30, Article e944815. <https://doi.org/10.12659/MSM.944815>
- Mamić, M., Jovanović, T., Galić, S., Jelinčić, I., Mikšić, Š., Lovrić, B., Zirdum, I., Matković, K., Zukanović, G., Radmilović, G., Mendeš, T., Frančina, M., & Vukoja, I. (2024). Influence of personality traits and organizational justice on job satisfaction among nurses. *Behavioral Sciences*, 14(3), Article 235. <https://doi.org/10.3390/bs14030235>
- Narymbayeva, N., Kamaliev, M., Juszkievicz, K. T., Kanafyanova, K., Aliyeva, S., Aitambayeva, N., Nazarova, L., Moiynbayeva, S., Saktapov, A., & Svetlanova, S. (2025). Temporal and contextual variations in job satisfaction between physicians and nurses: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, 13(23), Article 3008. <https://doi.org/10.3390/healthcare13233008>
- Nielsen, M. B., Finne, L. B., Parveen, S., & Einarsen, S. V. (2022). Assessing workplace bullying and its outcomes: The paradoxical role of perceived power imbalance between target and perpetrator. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 907204. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.907204>
- Peters, C., Dulong, M., Schablon, A., Kersten, J. F., & Nienhaus, A. (2025). Impact of COVID-19 on health-related quality of life and mental health among employees in health and social services: A longitudinal study. *Infectious Disease Reports*, 17(6), Article 138. <https://doi.org/10.3390/idr17060138>
- Sauer, P. A., & McCoy, T. P. (2017). Nurse bullying: Impact on nurses' health. *Western Journal of Nursing Research*, 39(12), 1533–1546. <https://doi.org/10.1177/0193945916681278>

- Spector, P. E. (1985). Measurement of human service staff satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey. *American Journal of Community Psychology*, 13(6), 693–713. <https://doi.org/10.1007/BF00929796>
- Statistics Solutions. (n.d.). *Correlation (Pearson, Kendall, Spearman)*. Retrieved January 29, 2026, from <https://www.statisticssolutions.com/free-resources/directory-of-statistical-analyses/correlation-pearson-kendall-spearman/>
- STROBE Statement. (n.d.). *STROBE statement: Checklist of items that should be included in reports of cross-sectional studies*. Retrieved January 29, 2026, from <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>
- Sunati, N., Komariah, M., & Agustina, H. R. (2025). Factors influencing nurse job satisfaction and the consequent effects on patient care quality: A scoping review. *Journal of Health and Nutrition Research*, 4(3), 1082–1096. <https://doi.org/10.56303/jhnresearch.v4i3.520>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach’s alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Tsounis, A., & Sarafis, P. (2018). Validity and reliability of the Greek translation of the Job Satisfaction Survey (JSS). *BMC Psychology*, 6, Article 27. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0241-4>
- Vahedi, S. (2010). World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of their item response theory properties. *International Journal of Preventive Medicine*, 1(2), 119–122.
- van Voorthuizen, M., Burger, M. J., Caniëls, M. C. J., & Pleeging, E. (2026). Workplace violence and employee well-being among healthcare workers. *Applied Research in Quality of Life*, 21(2), 839–858. <https://doi.org/10.1007/s11482-026-10556-z>
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. World Health Organization.
- World Health Organization. (n.d.). *Burn-out an occupational phenomenon*. Retrieved January 29, 2026, from <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/burn-out-an-occupational-phenomenon>

World Health Organization. (n.d.). *WHOQOL-BREF: Measuring quality of life*. Retrieved January 29, 2026, from <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>

Zhao, Y., Lu, H., Zhu, X., & Xiao, G. (2025). Job satisfaction among hospital nurses: An updated literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 162, Article 104964. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104964>