



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

Διπλωματική Εργασία

«Διερεύνηση των απρεπών συμπεριφορών στο χώρο της υγείας και συσχετίσή τους με την οργανωσιακή σιωπή»

Ανδρουλιδάκη Αργυρώ
Α.Μ. 161508

Επιβλέπων Καθηγητής : Δρ. Κριτσωτάκης Γεώργιος

Ηράκλειο, Σεπτέμβριος 2023

Copyright @ Ανδρουλιδάκη Αργυρώ, ΕΑΠ, 2023

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων



**«Διερεύνηση των απρεπών συμπεριφορών στο χώρο της εργασίας και
συσχέτιση με την εργασιακή σιωπή»**

Ανδρουλιδάκη Αργυρώ

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής :
Δρ. Κριτσωτάκης Γεώργιος
Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ. Λάππα Ευαγγελία
Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ

Ηράκλειο, Σεπτέμβριος 2023

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας τη διπλωματική μου εργασία θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στον καθηγητή του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων και Τουρισμού του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου και επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Κριτσωτάκη Γεώργιο για την πολύτιμη βοήθεια, καθοδήγηση και συμπαράσταση σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας καθώς και την συν-επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Λάππα Ευαγγελία.

Τις εγκάρδιες ευχαριστίες μου θα ήθελα να εκφράσω στους επαγγελματίες υγείας των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης που συνέβαλαν με τη συμμετοχή τους στη συλλογή δεδομένων για τη διεξαγωγή της έρευνας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την συμπαράσταση και την υποστήριξη τους καθ' όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού μου προγράμματος .

Περίληψη

Εισαγωγή: Στη δυναμική και απαιτητική σφαίρα της παροχής φροντίδας υγείας, η αποτελεσματική ανοικτή επικοινωνία και η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση της ποιοτικής φροντίδας των ασθενών. Ωστόσο, η παρουσία απρέπειας στο χώρο εργασίας μπορεί να εμποδίσει σημαντικά αυτά τα βασικά στοιχεία στις δομές παροχής φροντίδας υγείας. Η σχέση της εργασιακής σιωπής με την απρέπεια στο χώρο της εργασίας δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς.

Σκοπός: Η παρούσα συγχρονική μελέτη έχει ως σκοπό τη διερεύνηση του βαθμού συσχέτισης των απρεπών συμπεριφορών στους επαγγελματίες υγείας των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης με την εργασιακή σιωπή, εξετάζοντας τέσσερις διαφορετικούς τύπους σιωπής: Αμυντική Σιωπή (Quiescent Silence), Προκοινωνική Σιωπή (Prosocial Silence), Καιροσκοπική Σιωπή (Opportunistic Silence), Αδρανής Σιωπή (Acquiescent Silence).

Μεθοδολογία: Στο δείγμα της μελέτης συμμετείχαν 160 επαγγελματίες υγείας όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο τον Απρίλιο 2023 απαντώντας σε ερωτήσεις που εξέταζαν μεταξύ των άλλων το κοινωνικοδημογραφικό και εργασιακό προφίλ τους, καθώς και τις κλίμακες αξιολόγησης Απρεπών Συμπεριφορών (Workplace Incivility Scale, Cortina et al, 2001), και Σιωπηλότητας Εργαζομένου (Employee Silence Scale, Knoll & van Dick, 2013). Οι αναλύσεις έγιναν με το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Αποτελέσματα: Η συχνότητα εμφάνισης των απρεπών συμπεριφορών κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα (μ.τ.= 1,98, εύρος 1-7). Επίσης, η συχνότητα εμφάνισης της σιωπηλότητας των εργαζομένων κυμαίνεται σε επίσης χαμηλά επίπεδα (μ.τ.=31,7 εύρος 12-81) με την Προκοινωνική Σιωπή να συγκεντρώνει την υψηλότερη μέση βαθμολογία (10,3) έναντι της Καιροσκοπικής Σιωπής (6,1) που συγκεντρώνει τη χαμηλότερη. Επίσης διαπιστώθηκε ότι

επαγγελματίες υγείας που έχουν υποστεί απρεπείς συμπεριφορές, σε σχέση με όσους δεν έχουν υποστεί, δηλώνουν χαμηλότερη καιροσκοπική και προ-κοινωνική σιωπή (που σημαίνει ότι οι εργαζόμενοι μιλούσαν περισσότερο στο πλαίσιο της υψηλής απρέπειας), αλλά με υψηλότερη Αμυντική σιωπή (που σημαίνει ότι οι εργαζόμενοι μιλούσαν λιγότερο στο πλαίσιο της υψηλής απρέπειας). Οι συσχετίσεις για την Αδρανή Σιωπή με την απρέπεια στο χώρο εργασίας ήταν οριακά στατιστικά σημαντικές.

Συμπεράσματα: Αυτή η μελέτη συμβάλλει σημαντικά στην κατανόησή μας για την περίπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ της απρέπειας στο χώρο εργασίας και των διαφόρων μορφών σιωπής των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της αντιμετώπισης και του μετριασμού της απρέπειας στο χώρο εργασίας. Η μείωση της απρέπειας και η καλλιέργεια μιας κουλτούρας σεβασμού και ανοιχτής επικοινωνίας είναι ουσιαστικής σημασίας όχι μόνο για την ευημερία των επαγγελματιών υγείας αλλά και για την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς. Οι μονάδες φροντίδας υγείας πρέπει να εφαρμόζουν προληπτικά στρατηγικές και πολιτικές για να δημιουργήσουν ένα πιο υποστηρικτικό και χωρίς αποκλεισμούς περιβάλλον εργασίας, όπου οι εργαζόμενοι αισθάνονται ασφαλείς να εκφράσουν τις ανησυχίες τους και να συμβάλουν θετικά στην επιτυχία της ομάδας.

Λέξεις –Κλειδιά: εργασιακή σιωπή, απρεπής συμπεριφορά, εργασιακή αγένεια

Abstract

Title: Exploring the Relationship Between Workplace Incivility and Employee Silence Among Healthcare Professionals in the 7th Health Region of Crete

Introduction: In the dynamic and demanding realm of healthcare delivery, effective open communication and collaboration between professionals are vital to ensuring quality patient care. However, the presence of workplace incivility can significantly hinder these essential elements in health care delivery. The relationship between employee silence and workplace incivility has not been sufficiently explored.

Purpose: The purpose of this cross-sectional study is to investigate the association of workplace incivility among healthcare professionals of the Primary Health Care Units of the 7th Health Region of Crete with employee silence, examining four different types of silence: Quiescent Silence, Prosocial Silence, Opportunistic Silence, and Acquiescent Silence.

Methodology: A total of 160 health professionals of all educational levels participated in this study. Participants completed a questionnaire in April 2022, which included questions about their socio-demographic and work characteristics, as well as the Workplace Incivility Scale (Cortina et al., 2001) and the Employee Silence Scale (Knoll and van Dick, 2013). Data analysis was conducted using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Results: The overall incidence of workplace incivility was relatively low (mean score = 1.98, range 1-7). Additionally, the incidence of employee silence was rather low (mean value = 31.7, range 12-81), with Pro-social Silence scoring the highest mean score (10.3) and Opportunistic Silence scoring the lowest (6.1). Further analysis revealed that health professionals who had experienced workplace incivility, compared to those who had not, reported lower levels of opportunistic and pro-social silence (indicating increased communication in the context of high workplace incivility) but exhibited higher levels of Quiescent Silence (indicating decreased communication in the context of workplace incivility). Correlations for Acquiescent Silence with

workplace incivility were marginally statistically significant.

Conclusions: This study contributes significantly to our understanding of the complex interplay between workplace incivility and various forms of silence among healthcare workers. The findings underscore the importance of addressing and mitigating workplace incivility within healthcare settings. Reducing indecency and fostering a culture of respect and open communication is essential not only for the well-being of healthcare professionals but also for the quality of care provided to patients. Healthcare facilities must proactively implement strategies and policies aimed at creating a more supportive and inclusive work environment where employees feel safe to voice concerns and contribute positively to the team's success.

Keywords: employee silence, workplace incivility

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	4
Περίληψη	5
Abstract	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΕΝΟΤΗΤΑ 1. Το φαινόμενο της οργανωσιακής σιωπής.....	14
1.1. Εννοιολογική προσέγγιση της εργασιακής σιωπής	14
1.2. Παράγοντες εκδήλωσης της οργανωσιακής σιωπής.....	16
1.3. Μορφές της οργανωσιακής σιωπής.....	22
1.4. Συνέπειες της οργανωσιακής σιωπής.....	27
ΕΝΟΤΗΤΑ 2. Το φαινόμενο της απρέπειας στο χώρο της εργασίας	
2.1. Εννοιολογική προσέγγιση της απρέπειας	34
2.2. Αιτίες εμφάνισης απρεπών συμπεριφορών.....	37
2.3. Συνέπειες απρεπών συμπεριφορών.....	42
2.4. Απρεπείς συμπεριφορές και εργασιακή σιωπή.....	47
2.5. Τρόποι αντιμετώπισης της απρέπειας.....	48
Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
3.1. Σκοπός και Μεθοδολογία της έρευνας	53
3.2. Ερευνητικά ερωτήματα	53
3.3. Δείγμα και μεθοδολογία.....	53
3.4. Συλλογή των δεδομένων.....	53
3.5. Περιγραφή του ερευνητικού έργου	54

3.5.1 Workplace Incivility Scale, WIS.....	54
3.5.2 Employee Silence Scale, ESS.....	55
3.6. Στατιστική ανάλυση	55
3.7. Θέματα ηθικής και δεοντολογίας	56
ΕΝΟΤΗΤΑ 4. Αποτελέσματα της έρευνας	57
4.1. Γενικά Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα	57
4.2. Απρέπεια στο χώρο Εργασίας & Σιωπηλότητα Εργαζομένου.....	62
ΕΝΟΤΗΤΑ 5.....	71
5.1. Συζήτηση.....	71
5.2. Περιορισμοί της έρευνας	76
ΕΝΟΤΗΤΑ 6.....	77
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	79

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας παρουσιάζουν ποικίλες ιδιαιτερότητες σε σχέση με άλλους οργανισμούς εξαιτίας των ιδιαίτερων χαρακτηριστούν οργάνωσης αλλά και της ιδιαιτερότητας της φύσης του αγαθού υγεία. Οι μονάδες παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελούν ιδιαίτερους οργανισμούς που έχουν ως σκοπό την οργανωμένη, άμεση, σωστή και αποτελεσματική ικανοποίηση των βιολογικών αναγκών των ανθρώπων. Βασική προτεραιότητα στον τρόπο οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας των οργανισμών αυτών έχει ο ασθενής με τις προσωπικές μοναδικές του ανάγκες (Σιγάλας, 1999). Στο νέο παγκοσμιοποιημένο και ραγδαία μεταβαλλόμενο περιβάλλον οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζουν νέες προκλήσεις, όπως οι επιδημίες, οι δημογραφικές αλλαγές, η κλιματική αλλαγή, η αειφόρος ανάπτυξη και η τρομοκρατία, τα οποία καλούνται να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά (Σαράφης & Λιανού, 2020). Η αποδοτική και αποτελεσματική λειτουργία των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από τον τύπο της διοίκησης, τους υλικούς, τεχνικούς και οικονομικούς πόρους, από το ανθρώπινο δυναμικό καθώς και από την επικοινωνία και το εργασιακό κλίμα (Σιγάλας, 1999).

Μια ιδιαίτερη πτυχή σε αυτό το δύσκολο και συχνά έντονα ανταγωνιστικό περιβάλλον είναι η σιωπή των μελών των ομάδων του οργανισμού. Αυτό σημαίνει ότι σε πολλές περιπτώσεις οι επαγγελματίες της υγείας και ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό προτιμά να μην μιλήσει όταν θα παρατηρήσει κάτι που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την λειτουργία της μονάδας. Για τον λόγο αυτό και αναφερόμαστε στην «οργανωσιακή σιωπή» των νοσηλευτών όταν επιλέγουν την σιωπή αντί να έρθουν σε επικοινωνία με την διοίκηση για να αναφέρουν κάποιο περιστατικό ή να κάνουν μια επισήμανση (Eriguc et al, 2014).

Οι λόγοι που οδηγούν σε αυτό το φαινόμενο είναι συνήθως ο φόβος της απομόνωσης, της αντεκδίκησης και γενικότερα ο φόβος για τις αντιδράσεις που μπορεί να υπάρχουν από τους συναδέλφους (Gkorezis et al, 2016, Cheong, 2020), το οργανωτικό κλίμα, η χαμηλή

αυτοπεποίθηση καθώς και η έλλειψη κινήτρων από την ηγεσία της μονάδας (Knoll & van Dick, 2013, Kritsotakis et al, 2022) αλλά και η έλλειψη ή η δυσλειτουργία των καναλιών επικοινωνίας (Bartels et al, 2007). Από την άλλη μεριά, θα πρέπει να επισημανθεί ότι το να διασφαλιστεί η ικανότητα των επαγγελματιών της υγείας να μπορούν να μιλήσουν ελεύθερα κάνει μια μονάδα υγείας όχι μόνο πιο ανταγωνιστική αλλά και δημιουργεί ένα θετικό εργασιακό κλίμα (Harmanci et al, 2018). Θα πρέπει να αναφερθεί ότι εκτός από τα παραπάνω αίτια σιωπής, θα πρέπει να προστεθεί και η προσωπικότητα καθώς και το πώς θα μπορέσει να διαχειριστεί τις όποιες επιπτώσεις της πράξης του, συμπεριλαμβανομένης και των αντιποίνων από τους θιγόμενους (Elci et al, 2014).

Όπως είναι κατανοητό, η σιωπή των επαγγελματιών της υγείας, μπορεί να έχει επιπτώσεις στη σωματική, ψυχική, πνευματική και κοινωνική υγεία και ευεξία των εργαζομένων αλλά και στην λειτουργία της μονάδας. Για παράδειγμα, η σιωπή των επαγγελματιών υγείας οδηγεί σε αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών (Henriksen & Dayton, 2006, Jones & Kelly, 2014) κάτι που σίγουρα είναι μια πολύ σοβαρή επίπτωση και επηρεάζει την ουσία της λειτουργίας των μονάδων υγείας. Επίσης, υπάρχει αρνητική επίδραση και στο εργασιακό κλίμα (Bowen & Blackmon, 2003).

Το φαινόμενο της απρέπειας στον εργασιακό χώρο αφορά στις αγενείς συμπεριφορές με χαρακτηριστικά όπως η χαμηλή ένταση, η ασαφής πρόθεση για βλάβη και η παραβίαση των κανόνων σεβασμού εντός του εργασιακού χώρου (Anderson & Pearson, 1999). Επιπλέον, ύβρεις, λεκτική κακοποίηση και βίαιη συμπεριφορά αποτελούν αγενείς συμπεριφορές που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μειωμένη αυτοεκτίμηση του ατόμου (Birks et al, 2017) και να επηρεάσουν αρνητικά το περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών αλλά και τη φροντίδα των ασθενών (Armstrong, 2018). Οι Laschinger (2014) & Nosko et al (2015) αναφέρουν ότι η αγένεια εντός του νοσοκομειακού χώρου είναι δυνατό να επιφέρει προβλήματα στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Επιπλέον, προβλήματα που μπορεί να εμφανίσουν οι νοσηλευτές - θύματα της

αγένειας- είναι μετά-τραυματικό στρες, έλλειψη αυτοπεποίθησης, άγχος, έλλειψη συγκέντρωσης, αϋπνία, εργασιακή δυσαρέσκεια (Mikkelsen & Einarsen, 2002).

Η γενικότερη εικόνα είναι ότι η οργανωσιακή σιωπή των εργαζομένων στις μονάδες υγείας έχει αρνητικές επιπτώσεις, αλλά η σχέση της απρέπειας με την εργασιακή σιωπή δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς. Συνεπώς, είναι ένα φαινόμενο που χρίζει μεγαλύτερης έρευνας, ιδιαίτερα στο παρόν περιβάλλον που η πανδημία του COVID-19 δημιούργησε ιδιαίτερα αγχώδεις και πιεστικές εργασιακές συνθήκες.

Η παρούσα εργασία επιχειρεί να διερευνήσει την ύπαρξη απρεπών συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας σε επιλεγμένες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της Κρήτης και τη συσχέτιση αυτών με τη σιωπή των εργαζομένων. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 160 επαγγελματίες υγείας όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων. Η δομή της μελέτης αποτελείται από δύο μέρη. Στο γενικό μέρος αναλύεται το φαινόμενο της οργανωσιακής σιωπής και της απρέπειας στον εργασιακό χώρο. Στο ειδικό μέρος παρουσιάζεται ο σκοπός, η μεθοδολογία της παρούσας έρευνας και τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης που αφορούν στην συσχέτιση των απρεπών συμπεριφορών στη σιωπηλότητα των εργαζομένων.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΝΟΤΗΤΑ 1. Το φαινόμενο της οργανωσιακής σιωπής

1.1. Εννοιολογική προσέγγιση της οργανωσιακής σιωπής

Το 2010, το Υπουργείο Εσωτερικής Ασφάλειας των ΗΠΑ ξεκίνησε μια εθνική καμπάνια με τον τίτλο «*If You See Something, Say Something*», ένα σύνθημα το οποίο συναντάται σε διαφημιστικές πινακίδες σε όλη τη χώρα. Η ιδέα που αποτυπώνεται στο σύνθημα της καμπάνιας αν και φαίνεται απλή και θα έπρεπε να τηρείται και στον εργασιακό τομέα στην πρακτική δεν είναι τόσο απλή. Σε πολλούς οργανισμούς εργασίας, οι εργαζόμενοι συχνά δεν εκφράζουν τις απόψεις και τις ιδέες τους σχετικά με τα οργανωτικά προβλήματα και τις οργανωτικές βελτιώσεις, αλλά επιλέγουν τη σιωπή (Morrison, 2014).

Αν και η έννοια της σιωπής έχει μελετηθεί από άλλους κλάδους, όπως η ανθρωπολογία, η κοινωνιολογία και η γλωσσολογία, στην οργανωτική έρευνα έχει παραμεληθεί σε μεγάλο βαθμό καθώς έχει θεωρηθεί ότι η σιωπή δεν είναι τίποτα άλλο από την απουσία φωνής, που αντανακλά την αδράνεια και την επιδοκιμασία. Η θεώρηση αυτή δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα καθώς η σιωπή έχει φωνή, μπορεί να επικοινωνήσει και συνοδεύεται από σκέψεις, συναισθήματα και πράξεις (Pinder & Harlos, 2001). Στους οργανισμούς η έννοια της σιωπής αναφέρεται σε μια κατάσταση στην οποία οι εργαζόμενοι αποφεύγουν να επιστήσουν την προσοχή σε θέματα στην εργασία, όπως παράνομες ή ανήθικες πρακτικές και εξελίξεις που παραβιάζουν, προσωπικά, ηθικά ή νομικά πρότυπα (Knoll & Van Dick, 2013).

Η βιβλιογραφία για τη σιωπή των εργαζομένων είναι σχετικά νέο φαινόμενο, ωστόσο μια απήχηση της σιωπής εμφανίζεται στο κλασικό έργο Exit-Voice-Loyalty (EVL) του Hirschman (1970) στο οποίο περιγράφονται οι τρόποι με τους οποίους οι πελάτες μπορούν να σπάσουν τη σιωπή τους σε μια προσπάθεια να αλλάξουν απαράδεκτες καταστάσεις πραγμάτων μέσω της κάθε φωνής (Donaghey, et al, 2011).

Αν και το φαινόμενο της οργανωτικής σιωπής είναι σύμφωνα με τους Perlow και Williams

(2003) συχνό στους οργανισμούς, υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία στη βιβλιογραφία που στοχεύουν στον ορισμό του, στην ανάλυσή του και στην αντιμετώπισή του (Vakola & Bouradas, 2005). Αρχικά, ο όρος της οργανωσιακής σιωπής προτάθηκε από τους Morrison & Milliken (2000) για να περιγράψει μια κατάσταση όπου «οι περισσότεροι εργαζόμενοι γνωρίζουν την αλήθεια για ορισμένα θέματα και προβλήματα εντός του οργανισμού, αλλά δεν τολμούν να πουν αυτή την αλήθεια στους ανωτέρους τους» (Jones & Kelly, 2014). Οι Morrison και Milliken (2000) υποστήριξαν ότι η οργανωτική σιωπή είναι ένα κοινωνικά κατασκευασμένο φαινόμενο το οποίο δημιουργείται στο οργανωτικό επίπεδο και επηρεάζεται από πολλά οργανωτικά χαρακτηριστικά όπως, οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων και διαχείρισης (Vakola, & Bouradas, 2005).

Οι Pinder & Harlos (2001), που έχουν μια πληθώρα μελετών για το θέμα αυτό στη βιβλιογραφία, όρισαν τη σιωπή των εργαζομένων ως την σκόπιμη απόκρυψη της προφορικής ή γραπτής έκφρασης σχετικά με συμπεριφορικά, γνωστικά ή και συναισθηματικά ζητήματα στο πλαίσιο των οργανωσιακών τους περιστάσεων από άτομα που μπορούν να επιφέρουν αλλαγές και να βελτιώσουν την κατάσταση. Οι Van Dyne et al (2003) όρισαν τη σιωπή ως την σκόπιμη απόκρυψη των ιδεών, των πληροφοριών και των απόψεών τους σχετικά με τη βελτίωση της δουλειάς τους και του οργανισμού για τον οποίο εργάζονται. Επίσης οι Tangirala & Ramanujam (2008) όρισαν τη σιωπή ως σκόπιμη απόκρυψη πληροφοριών.

Οι Donaghey et al, (2011) υπόδειξαν ότι «[...] φαίνεται η σιωπή των εργαζομένων ως οργανωτική επιταγή: η ύπαρξή του εμποδίζει τη διοίκηση να λάβει πληροφορίες που μπορεί να επιτρέψει βελτιώσεις ή να παρακάμψει προβλήματα προτού οι επιπτώσεις γίνουν σοβαρές επιβλαβής». Οι Jahanbakhshian et al, (2015) υποστηρίζουν πως η οργανωσιακή σιωπή είναι η άρνηση των εργαζομένων να παρέχουν τις ιδέες, γνώμες και πληροφορίες τους για οργανωτικά προβλήματα. Από τους παραπάνω ορισμούς παρατηρούμε ότι κοινό στοιχείο των ορισμών της οργανωσιακής σιωπής είναι η σκόπιμη απόκρυψη πληροφοριών των εργαζομένων σχετικά με τη βελτίωση του οργανισμού και της οργανωτικής απόδοσης.

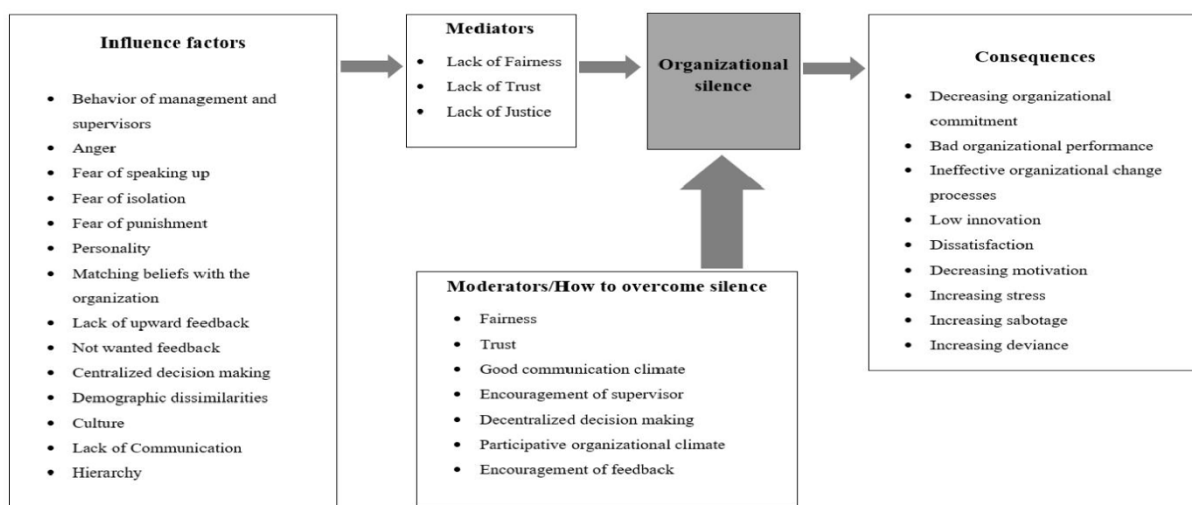
Σύμφωνα με τους Eriqur et al (2014) η οργανωτική σιωπή εκφράζεται όταν πολλοί εργαζόμενοι δεν μιλούν για προβλήματα με τους διευθυντές αν και είναι γνώστες συγκεκριμένων θεμάτων και προβλημάτων και αυτό συμβαίνει σε πολλούς οργανισμούς. Η οργανωτική σιωπή αποτελεί εμπόδιο για την οργανωτική αλλαγή και ανάπτυξη και για αυτό θα πρέπει να επισημανθεί και να αναλυθεί διεξοδικά. Σύμφωνα με έρευνα των Milliken et al (2003) σε εργαζόμενους σε διαφορετικούς οργανισμούς διαπιστώθηκε ότι η σιωπή για εργασιακά θέματα ή προβλήματα είναι πολύ συνηθισμένη και σχετίζεται με θέματα ικανότητας των συναδέλφων, οργανωτικές διαδικασίες, την ισότητα των μισθών ενώ οι λόγοι που τους ώθησαν να παραμείνουν σιωπηλοί ήταν α) ο φόβος να σας βλέπουν αρνητικά, β) ο φόβος να βλάψετε σχέσεις που έχουν αξία και γ) τα συναισθήματα απόγνωσης γενικά (Eriqur et al, 2014).

1.2. Παράγοντες εκδήλωσης της οργανωσιακής σιωπής

Σήμερα πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ενεργή συμμετοχή των εργαζομένων και ειδικότερα η παροχή πληροφοριών και η διατύπωση διαφορετικών απόψεων από το κάτω μέρος του οργανισμού σε μια ιεραρχική δομή είναι αρκετά σημαντική για τη βιωσιμότητα του οργανισμού (Morrison & Milliken, 2000). Η φωνή του εργαζομένου μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στις αποφάσεις και στην πορεία του οργανισμού. Στη σύγχρονη εποχή όπου τα περιβάλλοντα είναι ανταγωνιστικά οι οργανισμοί για να επιτύχουν δίνουν έμφαση σε μεθόδους και πρακτικές, όπως η ομαδική εργασία, η δίκαιη και ισότιμη αναγνώριση των ατόμων και η ενίσχυση της κουλτούρας με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα οργανωτικό κλίμα όπου οι εργαζόμενοι που εκφράζουν τις ιδέες τους και μεταφέρουν τις γνώσεις τους οδηγούν σε υψηλές οργανωτικές αποδόσεις (Elçi, et, 2014). Ωστόσο, οι περισσότεροι εργαζόμενοι προτιμούν να είναι σιωπηλοί και αυτό μπορεί να σχετίζεται με διάφορους παράγοντες, όπως ο φόβος της απώλειας της δουλειάς, η αδυναμία έκφρασης των ιδεών στους διευθυντές ή ακόμα και σε πολιτιστικές αξίες. Σύμφωνα με τους Morrison και Milliken (2000) η εμφάνιση της οργανωτικής σιωπής οφείλεται και σε οργανωτικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες όπου η ομάδα διαχείρισης

δημιουργεί ένα κλίμα που ευνοεί την οργανωτική σιωπή. Σε μελέτη τους οι Morrison, Milliken και Hewlin (2003) διέκριναν του παράγοντες της οργανωτικής σιωπής σε δυο ομάδες (Εικ. 1). Σύμφωνα με τους συγγραφείς στην πρώτη ομάδα περιλαμβάνονται οι φόβοι και οι πεποιθήσεις, όπως ο φόβος του αρνητικού χαρακτηρισμού, ο φόβος της βλάβης μιας σχέσης, το αίσθημα ματαιότητας, ο φόβος αντεκδίκησης ή τιμωρίας και οι ανησυχίες για αρνητικές επιπτώσεις στους άλλους. Για παράδειγμα, σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 8.260 νοσηλευτές στο Ηνωμένο Βασίλειο διαπιστώθηκε ότι το 44% δεν εκφράζει τις ανησυχίες του καθώς ανησυχεί για τη θυματοποίηση ή την εκδίκηση (Jones & Kelly, 2014). Στη δεύτερη ομάδα περιλαμβάνονται παράγοντες που σχετίζονται είτε με κακή σχέση με τον προϊστάμενο είτε με οργανωτικά είτε με ατομικά χαρακτηριστικά (Elçi, et al, 2014). Για παράδειγμα σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε πέντε γενικά δημόσια νοσοκομεία, που βρίσκονται σε πέντε επαρχίες της Κωνσταντινούπολης, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό κατέταξε τους «διοικητικούς και οργανωτικούς λόγους» και τον «φόβο της απομόνωσης» πρώτους στους λόγους της οργανωτικής σιωπής (Harmançi, et al, 2018)

Τα ατομικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου αποτελούν σημαντικό παράγοντα για την εκδήλωση του φαινομένου της σιωπής σε έναν οργανισμό. Έχει διαπιστωθεί ότι η αυτοεκτίμηση ενός ατόμου κατέχει μια αρκετά σημαντική και θετική επίδραση στη διαμόρφωση των ατομικών συμπεριφορών στο χώρο της εργασίας (Le Pine & Dyne, 1998).



Εικ. 1. Δυναμική της οργανωτικής σιωπής. Πηγή : Morrison, Milliken & Hewlin (2003)

Οι εργαζόμενοι των οποίων η αυτοεκτίμηση είναι υψηλή καταβάλλουν μεγαλύτερη προσπάθεια για να βελτιώσουν τις συνθήκες στον οργανισμό και για να επιφέρουν μια αλλαγή, ενώ οι εργαζόμενοι των οποίων η αυτοεκτίμηση είναι χαμηλή έχουν μια τάση αυτοπροστασίας με αποτέλεσμα να αποφεύγουν συμπεριφορές που είναι ικανές να τους οδηγήσουν σε δύσκολες και ανυπεράσπιστες καταστάσεις. Οι εργαζόμενοι με χαμηλή αυτοεκτίμηση αποφεύγουν να προβάλλουν και να παρουσιάσουν τον εαυτό τους και τις ιδέες εξαιτίας του κινδύνου που αντιλαμβάνονται (Premeaux & Bedeian, 2003). Σε μια πρόσφατη μελέτη σε υπάλληλους του καναδικού δημόσιου τομέα ο Harlos et al (2017) διαπίστωσαν ότι τα αίτια σιωπής των υπαλλήλων που δέχονταν εκφοβισμό οφείλονταν περισσότερο σε ατομικούς παράγοντες παρά στις συνθήκες. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι γυναίκες που υπέστησαν εκφοβισμό ήταν πιο πιθανό να παραμείνουν σιωπηλές σε σχέση με τους άνδρες που υπέστησαν εκφοβισμό. Επίσης, οι υπάλληλοι που υποκεινταν σε εκφοβισμό και από τη φύση τους ήταν περισσότερο ανησυχιοί, απαισιόδοξοι και είχαν κακή αντίληψη για τον εαυτό τους ήταν περισσότερο πιθανό να είναι σιωπηλοί σε σχέση με τους υπαλλήλους που από τη φύση τους ήταν πιο ήρεμοι, ενθουσιώδεις και με αυτοπεποίθηση. Επιπλέον, στην ίδια μελέτη διαπιστώθηκε ότι η σιωπή των παρατηρητών του εκφοβισμού οφειλόταν περισσότερο σε παράγοντες κατάστασης παρά σε ειδικούς παράγοντες. Οι παρατηρητές του εκφοβισμού ήταν πιο πιθανό να παραμείνουν σιωπηλοί όταν ο εκφοβισμός ήταν λιγότερο σοβαρός και όταν είχαν μεγαλύτερη εξουσία από το άτομο που παρατηρούσαν να εκφοβίζει κάποιον στη δουλειά. Για το τελευταίο οι συγγραφείς θεώρησαν ότι οι παρατηρητές μπορεί να μην ένιωθαν υπεύθυνοι να αναλάβουν δράση σε τέτοιες καταστάσεις ή να ένιωθαν ότι είναι εξουσιοδοτημένοι να αναλάβουν δράση εκτός των επίσημων καναλιών. Επιπλέον, η σιωπή των παρατηρητών βρέθηκε ότι σχετίζεται και με παράγοντες άγχους ρόλων, την αντιληπτική οργανωτική υποστήριξη και με την συναισθηματική παραμέληση. Το αίσθημα της ασάφειας των ρόλων, των απαιτήσεων της εργασίας και του τρόπου εκπλήρωσής τους αλλά και το αίσθημα της συναισθηματικής παραμέλησης συσχετίστηκαν θετικά με την σιωπή ενώ το αίσθημα

της υπερφορτώσης με εργασία που υποστηρίζονταν από την οργάνωση σχετίστηκε αρνητικά με την σιωπή (Harlos & Knoll, 2018)

Σύμφωνα με τον Jain (2015) το εσωτερικό κίνητρο των εργαζομένων αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα της εμφάνισης του φαινομένου της σιωπής. Όταν οι εργαζόμενοι στερούνται, γνώσεις, ιδέες, δεξιότητες, ικανότητες και ενδιαφέρον για την εργασία επιλέγουν τη σιωπή καθώς αποτελεί μια ασφαλή οδό για την προστασία της αυτοεκτίμησης και του εγώ του εργαζομένου απέναντι στον προϊστάμενο. Ωστόσο, εκτός από το εσωτερικό κίνητρο οι εργαζόμενοι πολλές φορές σιωπούν καθώς στερούνται επαρκών κοινωνικών και διαπροσωπικών δεξιοτήτων που τους καθιστούν ικανούς να αντικρούουν ένα κυρίαρχο και διεκδικητικό προϊστάμενο.

Η αυτοεικόνα και η διατήρηση ενός ουδέτερου και ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος αποτελεί ένα πρόσθετο αιτιολογικό παράγοντα της οργανωτικής σιωπής. Σε αυτή την περίπτωση οι εργαζόμενοι προτιμούν να βλέπουν τον εαυτό τους με ένα θετικό πρίσμα και επιδιώκουν να διατηρήσουν την εικόνα ενός φιλήσυχου, απλού και ειρηνικού ανθρώπου που αποφεύγει τις διενέξεις με τους ανωτέρους του. Οι εργαζόμενοι σε αυτές τις περιπτώσεις πιθανά να αναπτύσσουν μια αυτοπεποίθηση *«είμαι εδώ για να εργαστώ και όχι για να μαλώνω ή να τσακώνομαι με τον προϊστάμενο μου»*. Επιπλέον, η επίτευξη της κοινωνικής αποδοχής πιθανά να αποτελεί παράγοντα συμμετοχής των εργαζομένων στην προκοινωνική σιωπή.

Σύμφωνα με τους Pinder & Harlos (2001), Van Dyne, Ang & Botero, (2003) και Brinsfield, (2009) ο φόβος για αντίποινα αποτελεί βασικό αιτιολογικό παράγοντα εμφάνισης της σιωπής. Οι εργαζόμενοι για να αποφύγουν αρνητικές μελλοντικές συνέπειες της ομιλίας προτιμούν να παραμείνουν σιωπηλοί. Οι εργαζόμενοι αποκρύπτουν σκόπιμα πληροφορίες για να προστατεύουν τον εαυτό τους από εξωτερικές απειλές. Για παράδειγμα, όταν ένας εργαζόμενος γνωρίζει ότι ο προϊστάμενος του ασχολείται με δόλιες εμπορικές πρακτικές αποσιωπά αυτές τις πληροφορίες υπό το φόβο της απόλυσης ή της μη προαγωγής. Σε μια πολυμεθοδική μελέτη σε εργαζόμενους και φοιτητές στις Φιλιππίνες βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στο φόβο, στη διεκδικητικότητα, στην αμυντική σιωπή και στην καταχρηστική εξουσία. Η καταχρηστική επίβλεψη είναι πιθανόν να

προκαλέσει φόβο στους υφιστάμενους γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα αποσιώπησης παραπόνων ή αντιρρήσεων. Αυτή η υψηλή απόσταση ισχύος δημιουργεί κλίμα φόβου, άγχους και ανασφάλειας μεταξύ των εργαζομένων το οποίο συχνά αντιμετωπίζεται με περεταίρω κατάχρηση της εξουσίας από τους επόπτες (Harlos & Knoll, 2018)

Οι εργαζόμενοι που εργάζονται σε ένα περιβάλλον που επικρατεί μια κουλτούρα φόβου αναγκάζονται να παρακρατούν τις ιδέες και τις απόψεις τους καθώς θεωρούν ότι είναι μάταιο και επικίνδυνο να μιλήσουν και φαίνονται απρόθυμοι να παρεμβαίνουν στις οργανωτικές πολιτικές και στις διοικητικές εξουσίες. Σε αυτές τις περιπτώσεις η οργανωτική σιωπή μετατρέπεται σε κουλτούρα και οργανωτικό κλίμα και η εδραίωση της ως κοινωνική νόρμα οδηγεί στην εμφάνιση εργαζομένων που γνωρίζουν το σωστό αλλά δεν το εκφράζουν. Οι εργαζόμενοι προτιμούν να μείνουν σιωπηλοί καθώς πιστεύουν ότι τίποτα δεν θα βελτιωθεί στον οργανισμό αν εκφράσουν ελεύθερα τις απόψεις τους ή ότι μπορεί να βρεθούν σε μια επικίνδυνη κατάσταση (Morrison & Milliken 2000·, Brinsfield, 2013). Για παράδειγμα, σε μια έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 10.350 επαγγελματίες υγείας στο NHS έδειξε ότι 54% των συμμετεχόντων δεν ανέφερε ανησυχίες λόγω της «πίστης ότι το ζήτημα δεν θα ληφθεί σοβαρά υπόψη ή δεν θα γίνει τίποτα» (Jones & Kelly, 2014). Οι εργαζόμενοι, ειδικότερα στους δημόσιους οργανισμούς, γνωρίζουν ότι οι ιδέες και οι απόψεις τους δεν θα μεταφερθούν στα ανώτερα στελέχη καθώς οι πρακτικές στο χώρο της εργασίας περιορίζονται στη διαχείριση των ανώτερων στελεχών (Calpham, Cooper, 2005). Η αδικία που πολλές φορές νιώθει ο εργαζόμενος σε ένα κλίμα ευνοιοκρατίας/διάκρισης επιτείνει τη σιωπή και την αδιαφορία (Whiteside & Barclay, 2013).

Σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα της εμφάνισης της οργανωτικής σιωπής διαδραματίζει η δυσανεξία στη φωνή που παρουσιάζει αρκετές φορές η διοίκηση του οργανισμού. Ορισμένοι προϊστάμενοι αποφεύγουν την αρνητική ανατροφοδότηση επειδή φοβούνται ότι η ανατροφοδότηση θα τους βλάψει ή θα χαρακτηριστούν από τους υφιστάμενους τους ως μη ικανοποιητικοί. Έτσι, είναι πιθανό να καλλιεργήσουν ένα κλίμα που αναστέλλει την αρνητική ανατροφοδότηση που προέρχεται από τους υφισταμένους τους (Slade, 2008). Σε αυτές τις

περιπτώσεις οι ανώτεροι στην ιεραρχική βαθμίδα αποθαρρύνουν την επικοινωνία από κάτω προς τα πάνω και βρίσκουν τρόπους καταστολής του παραγωγικού διαλόγου όταν έρχονται σε επαφή με τους υφιστάμενους που έχουν διαφορετικές απόψεις με αποτέλεσμα ο υφιστάμενος να επιλέγει τη σιωπή και να εκφράζει απόψεις παράλληλες με αυτές του ανωτέρου (Perlow & Williams, 2003).

Στο πλαίσιο του φαινομένου της «σπείρας της σιωπής» (Noelle-Neumann, 1993) οι άνθρωποι τείνουν να μην εκφράζουν τις απόψεις τους όταν είναι μειονοτικές και αμφιλεγόμενες υπό το φόβο της κοινωνικής απομόνωσης και των αρνητικών συνεπειών της ομιλίας τους. Σε αυτή την περίπτωση οι εργαζόμενοι εκφράζουν τις ιδέες και τις απόψεις της πλειοψηφίας για να μην υποστούν κοινωνική απόρριψη και να μη ζημιωθεί το κοινωνικό κεφάλαιο και η θέση τους στον οργανισμό. Είναι προφανές ότι η «ομαδική σκέψη» έχει επιρροή στη διαμόρφωση των ιδεών και απόψεων του ατόμου (Bowen, Blackmon, 2003). Αυτή του είδους η ομαδική σκέψη μπορεί μερικές φορές να εξυπηρετεί τις ανάγκες και τη λειτουργία του οργανισμού ωστόσο, σε άλλες περιπτώσεις μετατρέπεται σε εξουσία καταπιεστική (Wang, 2011).

Οι πρακτικές της ηγεσίας έχουν επίσης αντίκτυπο στη σιωπή και στη φωνή. Οι ηγέτες που εστιάζουν στις ανθρώπινες σχέσεις και στον άνθρωπο επιτυγχάνουν αυξημένη παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα της εργασίας, ικανοποίηση από την εργασία και εργασιακή δέσμευση. Τα αυθεντικά και μετασχηματιστικά στυλ της ηγεσίας συνδέονται έντονα με τα επιθυμητά εργασιακά αποτελέσματα. Οι ηγετικές πρακτικές που εδραιώνονται στις αξίες του σεβασμού, της εμπιστοσύνης, της ανοιχτής επικοινωνίας ενισχύουν την αυτοπεποίθηση του εργαζομένου, έχουν αντίκτυπο στα κίνητρα στην εργασία, αυξάνουν τη θετική ανατροφοδότηση και μειώνουν την επιβλαβή σιωπή (Valentine et al, 2006, Madlock, 2008). Η ανοιχτή, γνήσια, ειλικρινής, συνεπής και συνεχή επικοινωνία σε ένα οργανισμό καλλιεργεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης που καταστέλλει τη σιωπή και επιτρέπει την έκφραση διαφορετικών προσεγγίσεων και προτάσεων στα διάφορα ζητήματα του οργανισμού επιτυγχάνοντας ταυτόχρονα την εργασιακή απόδοση και την αποτελεσματικότητα του οργανισμού (Eby et al, 2000).

Εκτός, από τους ατομικούς και οργανωτικούς παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση του κλίματος της σιωπής στους οργανισμούς τα πολιτιστικά θέματα διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο καθώς οι πολιτιστικές αξίες ασκούν μεγάλη επίδραση στην επικοινωνία. Η μεγάλη απόσταση ισχύος μεταξύ της ανωτέρας διοίκησης και των εργαζομένων μετατρέπει τη σιωπή ως πολιτιστικό κανόνα και όχι ως κλίμα. Για παράδειγμα, στην τουρκική κοινωνία πολλοί οι άνθρωποι επιλέγουν τη σιωπή καθώς δίνουν βαρύτητα στην κοινωνική αποδοχή και στην εκτίμηση από την κοινωνία ενώ, παροιμίες που σημαίνουν : « *Ο πρώιμος κόκορας του κόβεται το κεφάλι*», «*Αλίμονο, γλώσσα μου, θα σε κόψω, γιατί τα δεινά που με ταλαιπωρούν είναι όλα εξαιτίας σου*», είναι εκδηλώσεις που αποκαλύπτουν ότι η σιωπή μπορεί να προταθεί ως πολιτισμικός κανόνας (Alparslan, et al, 2015). Επίσης, σε πολιτισμούς ,όπου η απόσταση ισχύος είναι μεγάλη, η άποψη ότι «*ο ανώτερος ξέρει καλύτερα*», «*ο ανώτερος είναι σωστός*», είναι πιο κυρίαρχη (Çakıcı, 2007).

1.3. Μορφές της οργανωσιακής σιωπής

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές διαθέσιμες προσεγγίσεις που αντιλαμβάνονται τη σιωπή των εργαζομένων ως μια πολυδιάστατη έννοια που ενεργοποιείται από συγκεκριμένα κίνητρα και όχι ως μια ως μια ενιαία έννοια πράγμα που σημαίνει ότι είναι κάτι περισσότερο από αδρανής κατάσταση. Η σιωπή είναι μια δυναμική διαδικασία που κινείται και μεταμορφώνεται ως απάντηση σε μια ποικιλία ατομικών και περιστασιακών παραγόντων και λαμβάνει ποικίλες μορφές ανάλογα με το πλαίσιο των συνθηκών που εξετάζεται.

Ο Sobkowiak (1997) διέκρινε τη σιωπή ως ακουστική, η οποία έχει τις ρίζες της στο φυσικό τομέα ως απουσία ηχητικών κυμάτων, και ως πραγματιστική, η οποία έχει τις ρίζες της στον ανθρώπινο τομέα και αντικατοπτρίζει την απουσία λόγου για οργανικούς ή στρατηγικούς σκοπούς. Ο Bruneau (1973) από την πλευρά του διέκρινε τη σιωπή ως ακουστική και ως πραγματιστική και σκιαγράφησε τρεις μορφές της πραγματιστικής σιωπής: την *ψυχολογική*, την *διαδραστική* και την *κοινωνικοπολιτιστική*, οι οποίες είναι ικανές είτε να επικοινωνήσουν τη

σύμφωνη γνώμη είτε τη διαφωνία. Η *ψυχολinguistic* (*psycholinguistic*) περιλαμβάνει παύσεις και γρήγορες, ακούσιες συγκυρίες στην ομιλία. Η *διαδραστική* σιωπή (*interactive*) αναφέρεται σε μακροχρόνιες παύσεις στη συνομιλία που συχνά περιέχουν συμπεράσματα, κρίσεις και συναισθήματα. Η διαδραστική σιωπή είναι συχνά σκόπιμη, εξυπηρετεί ορισμένους στρατηγικούς στόχους και επιτρέπει την άσκηση ελέγχου σε άλλα άτομα δίνοντας προσοχή ή δημιουργώντας ασάφεια στις διαπροσωπικές ανταλλαγές, Η διαδραστική σιωπή μπορεί να είναι εποικοδομητική ή καταστροφική και ενεργεί ως ανταμοιβή ή ως τιμωρία ανυψώνοντας ή μειώνοντας την κατάσταση του ατόμου που δέχεται τη σιωπή (Bruneau, 1973, Jensen, 1973, Watts, 1997).

Μια από τις αρνητικές δυνατότητες της διαπροσωπικής σιωπής είναι οι σιωπηρές προσβολές τις οποίες ο Bruneau (1973) θεωρεί μια από τις πιο ισχυρές τιμωρίες που επιβάλλονται σε υφιστάμενους από πρόσωπα εξουσίας. Από τα θετική σκοπιά, η διαδραστική σιωπή δίνει τη δυνατότητα για αυτοαξιολόγηση ή αυτοαποκάλυψη και ταυτόχρονα διευκολύνει την λήψη αποφάσεων δίνοντας στους ανθρώπους τον απαιτούμενο χρόνο για να αξιολογήσουν και να ερμηνεύσουν την σημασία των διαφορούμενων ή απειλητικών περιστάσεων (Pinder & Harlos, 2001).

Η *κοινωνικοπολιτιστική* σιωπή (*socio-cultural*) αντικατοπτρίζει παύσεις σε επίπεδο ομάδας και οργάνωσης οι οποίες συχνά είναι εξαιρετικά επισημοποιημένες και προκύπτουν από θεσμικές απαγορεύσεις και πολιτιστικούς κανόνες. Η κοινωνικοπολιτιστική σιωπή συχνά λειτουργεί ως μια συσκευή έλεγχου μέσω πρακτικών κοινωνικοποίησης και κανόνων που ενισχύονται από πρόσωπα που ενισχύονται από άτομα εξουσίας με σκοπό αγνοήσουν τους υφιστάμενους και να μειώσουν την πρόσβαση των άλλων ατόμων και να μετριάσουν τη δική τους ευθύνη (Pinder & Harlos, 2001, Bruneau, 1973).

Σύμφωνα με τους Knoll Van dick (2013) η εργασιακή σιωπή είναι μια πολυδιάστατη έννοια που μπορεί να διακριθεί σε διαφορές κατηγορίες ανάλογα με κίνητρα που την προκαλούν. Με βάση τις εννοιολογικές προτάσεις των Pinder και Harlos (2001) και van Dyne et al, (2003) αλλά και τις διερευνητικές μελέτες των Milliken et al (2003) και Brinsfield (2009) η σιωπή των

εργαζομένων λαμβάνει τέσσερις μορφές ανάλογα με τα κίνητρα των εργαζομένων που τους ωθούν να αποκρύψουν κρίσιμες πληροφορίες και θέματα που σχετίζονται με τις οργανωτικές συνθήκες και συνέπειες.

- Η *Αδρανής σιωπή* (Acquiescent Silence) αφορά τη συνειδητή επιλογή των εργαζομένων να αποκρύπτουν πληροφορίες ή να μην εκφράζουν τις ιδέες και τις απόψεις τους στη διοίκηση του οργανισμού σε σχέση με βελτιώσεις στην εργασία και στην εργασιακή οργάνωση (Knoll & Van Dick, 2013). Οι Morrison και Milliken (2000) υποστήριξαν ότι οι εργαζόμενοι αρκετά συχνά επιλέγουν τη σιωπή λόγω των πεποιθήσεων ότι η γνώμη τους δεν είναι επιθυμητή και δεν φέρει εκτίμησης από την ανώτερη διοίκηση του οργανισμού. Αυτή η έλλειψη ενδιαφέροντος από τα ανώτερα διοικητικά στελέχη του οργανισμού, εκτός του ότι δημιουργεί ένα κλίμα σιωπής στο οποίο προωθείται η συμμόρφωση των εργαζομένων και καταστέλλεται η διαφωνία, παροτρύνει τους εργαζόμενους να συμμετέχουν σε αυτό (Knoll & Van Dick, 2013). Σε ένα κλίμα σιωπής οι εργαζόμενοι επιλέγουν την επικοινωνιακή πολιτική της σιωπής καθώς θεωρούν ότι είναι μάταιο ή επικίνδυνο να μιλήσουν. Από τη βιβλιογραφία έχει αναγνωριστεί ότι οι αντιλήψεις αυτές σε μεγάλο βαθμό πηγάζουν από την ανώτατη διοίκηση και από μια διοίκηση που έχει δυσανεξία στη διαφωνία και που ενεργεί με τρόπο που αποθαρρύνει την επικοινωνία από κάτω προς τα πάνω (Donaghey, et al, 2011). Οι αντιλήψεις αυτές, σύμφωνα με τους Morrison και Milliken (2000), είναι προϊόν των διοικήσεων που δυσανασχετούν στη λήψη αρνητικών σχολίων που σχετίζονται είτε με τους ίδιους προσωπικά είτε με την πορεία δράσης τους στον οργανισμό (Donaghey, et al, 2011). Σε άλλη μελέτη τους Milliken et al (2003) αναφέρουν ότι η σιωπή είναι προϊόν της παραίτησης των εργαζομένων λόγω της αντίληψης ότι η φωνή τους πέφτει σε «κωφά αυτιά» (Pideri & Ashford, 2003, Van Dyne et al, 2003). Η παθητική αυτή συμπεριφορά των εργαζομένων ως απόρροια της υποταγής και της παραίτησης χαρακτηρίστηκε από τους Pinder και Harlos (2001) με τον όρο Αδρανής σιωπή. Στην ουσία η Αδρανής σιωπή

αντιπροσωπεύει τη συμπεριφορά αποδέσμευσης που παρουσιάζεται από εργαζόμενους που έχουν χάσει την ελπίδα τους για βελτίωση και δεν είναι πρόθυμοι να μιλήσουν ή να εμπλακούν ή να προσπαθήσουν να αλλάξουν την κατάσταση (Knoll & Van Dick, 2013).

- Η *Αμυντική σιωπή (Quiescent Silence)* είναι μια μορφή σιωπής που εισήχθη από τους Pinder & Harlos (2001) για να περιγράψει την σκόπιμη παράλειψη ιδεών και απόψεων σε άδικο εργασιακά περιβάλλοντα. Η αμυντική σιωπή αναφέρεται στην ενεργή απόκρυψη σχετικών πληροφοριών και ιδεών από πλευράς του εργαζόμενου με σκοπό την αυτοπροστασία του και την αποφυγή δυσάρεστων προσωπικών καταστάσεων. Ο φόβος, ο οποίος αναφέρεται και από τους Morrison και Milliken (2000) αλλά και από τους Van Dyne et al (2003) για να περιγράψει την *αμυντική σιωπή*, αποτελεί το βασικό κίνητρο παράλειψης ιδεών και απόψεων (Knoll & Van Dick, 2013). Τα κυρίαρχα συναισθήματα των εργαζομένων σε κατάσταση άμυνας είναι ο φόβος, ο θυμός, ο κυνισμός, η απόγνωση και πιθανώς η κατάθλιψη (Pinder & Harlos, 2001). Σε κατάσταση άμυνας οι εργαζόμενοι διαφωνούν με συγκριμένες περιστάσεις και υποφέρουν σιωπηλά καθώς γνωρίζουν τις υπάρχουσες εναλλακτικές λύσεις για να αλλάξουν το status quo, αλλά επιλέγουν την απόκρυψη πληροφοριών ως καλύτερη προσωπική στρατηγική (Pinder & Harlos, 2001). Το βασικό σημείο είναι ότι οι εργαζόμενοι σε κατάσταση άμυνας δεν έχουν παραιτηθεί. Εξακολουθούν να ενδιαφέρονται για τη δουλειά τους και την οργάνωση τους και πολλές φορές είναι έτοιμοι να σπάσουν τη σιωπή τους για να αλλάξουν τις συνθήκες που την προκάλεσαν (Pinder & Harlos, 2001).

- Η *προ-κοινωνική σιωπή (Prosocial Silence)* αναφέρεται στην εσκεμμένη αποσιώπηση πληροφοριών, ιδεών και απόψεων που σχετίζονται με τον εργασιακό χώρο για να μην βλάψουν τον οργανισμό και τους εργαζομένους (Knoll & Van Dick, 2013). Βασικό κίνητρο της εκδήλωσης της προκοινωνικής σιωπής αποτελεί ο αλτρουισμός και η συνεργατικότητα. Πολλές φορές οι εργαζόμενοι δεν επικοινωνούν τις γνώσεις, τα παράπονα και δείχνουν ανοχή στις αντίξοες συνθήκες στην εργασία καθώς επιθυμούν να

διατηρήσουν το κοινωνικό κεφάλαιο και να προστατεύσουν την κοινωνική ταυτότητα. Η κοινωνική αυτή συμπεριφορά εκτός από τα αλτρουιστικά και συνεργατικά κίνητρα κρύβει και μια σκοτεινή πλευρά που τελικά επιφέρει βλάβες στον οργανισμό και ιδιαίτερα σε οντότητες εκτός του οργανισμού. Σε μια πρόσφατη προσέγγιση τους οι Umphress και Bingham (2011) εισήγαγαν μια νέα διάσταση της προκοινωνικής σιωπής, την προ-οργανική συμπεριφορά, για να περιγράψουν το φαινόμενο των εργαζομένων που εμπλέκονται σε ανήθικες πράξεις και παραβιάζουν θεμελιώδεις κοινωνικές αξίες, νόμους και πρότυπα ορθής συμπεριφοράς προς όφελος του οργανισμού, των μελών του ή και των δύο. Σύμφωνα με τις προσεγγίσεις ορισμένων ερευνητών αυτές του είδους οι συμπεριφορές (π.χ. η μη αναφορά ανάρμοστης συμπεριφοράς συναδέλφου σε πελάτη στον προϊστάμενο) πιθανότατα να θεωρούνται το κύριο κίνητρα σιωπής σχετικά με την αποτυχία και την ανάρμοστη συμπεριφορά στην υγειονομική περίθαλψη, στην αστυνομία και στα εκπαιδευτικά ιδρύματα (Knoll & Van Dick, 2013).

• Η *καιροσκοπική σιωπή (Opportunistic Silence)* βασίζεται στη έννοια του οπορτουνισμού του Williamson (1985) και αναφέρεται στην σκόπιμη απόκρυψη πληροφοριών με στόχο την επίτευξη πλεονεκτημάτων για ίδιον όφελος. Η καιροσκοπική σιωπή συνήθως εκδηλώνεται με την απόκρυψη πληροφοριών, την παροχή ελλιπούς ή διαστρεβλωμένης πληροφορίας με σκοπό την παραπλάνηση, την συγκάλυψη ή τη σύγχυση (Knoll & Van Dick, 2013). Αντίστοιχη της καιροσκοπική σιωπής είναι η έννοια της *αποκλίνουσας σιωπής* των Greenberg et al (2007) και Brinsfield (2009) της οποίας το βασικό κίνητρο είναι η ζημιά που θα προκληθεί στον οργανισμό ή στους συναδέλφους και εκδηλώνεται με την παρακράτηση στρατηγικών ιδεών, πληροφοριών απόψεων που σχετίζονται με την εργασία με σκοπό την επίτευξη ατομικών πλεονεκτημάτων.

1.4. Συνέπειες της οργανωσιακής σιωπής

Σύμφωνα με τους Van Dyne et al (2003) η σιωπή των εργαζομένων μπορεί να επιφέρει ορισμένα θετικά αποτελέσματα τόσο στους εργαζόμενους όσο και στους ίδιους τους οργανισμούς. Όταν οι εργαζόμενοι παραμένουν σιωπηλοί αναλαμβάνουν λιγότερη δουλειά και μειώνεται ο φόρτος εργασίας με αποτέλεσμα να είναι περισσότερο παραγωγικοί. Επίσης, όταν οι εργαζόμενοι σιωπούν τότε οι αφορμές για συγκρούσεις, εντάσεις, παράπονα, επιπλήξεις και για αρνητικά σχόλια μειώνονται με αποτέλεσμα να φαίνονται ότι όλα στο εργασιακό περιβάλλον κυλούν ομαλά και να επικρατεί ένα θετικό κλίμα. Από την άλλη πλευρά, όταν οι εργαζόμενοι αποκρύπτουν πληροφορίες για οργανωτικά θέματα, η διοίκηση ασχολείται αποκλειστικά με τα καθήκοντά της και αποδίδει περισσότερο καθώς δεν είναι γνώστης περιέργων και δύσκολων καταστάσεων. Ωστόσο, η τάση των εργαζομένων να μην εκφράζουν τις απόψεις και να αποκρύπτουν σκόπιμα πληροφορίες για θέματα σχετικά με τον οργανισμό και την οργανωτική απόδοση επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο (Morrison & Milliken, 2000). Σύμφωνα με τους Argyris και Shho (1978) η σκόπιμη απόκρυψη ανησυχιών μπορεί να παρεμποδίζει τη μάθηση και την ανάπτυξη σε οργανισμούς και να παρακωλύει τον εντοπισμό και τη διόρθωση της οργανωτικής παρακμής (Knoll & Van Dick, 2013). Επίσης, η σιωπή των εργαζομένων μπορεί να κρύβει και παραβάσεις που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση θυμάτων εντός και εκτός του οργανισμού για πολλά χρόνια, όπως για παράδειγμα βασανιστήρια και σεξουαλική παρενόχληση στον στρατό, λεκτική κακοποίηση στα εκπαιδευτικά ιδρύματα ή κακή άσκηση της ιατρικής (Knoll & Van Dick, 2013)

Οι Dyne και Lepine (1998) υποστηρίζουν ότι η ύπαρξη της οργανωσιακής σιωπής παρεμποδίζει τη διαχείριση πληροφοριών που μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της λειτουργίας του οργανισμού και στην αντιμετώπιση προβλημάτων πριν αυτά καταστούν επιζήμια για τον οργανισμό και ταυτόχρονα αναγνωρίζει ότι σε ένα μεγάλο μέρος η σιωπή είναι ελεύθερα αναληφθείσα επιλογή και ότι μπορεί να επηρεάζεται από την ανώτατη διοίκηση.

Ο δισταγμός των εργαζομένων να μιλήσουν για θέματα που σχετίζονται με την εργασία και

την εργασιακή οργάνωση αποτελεί τροχοπέδη για την καινοτομία, την οργανωτική αλλαγή και για την ανάπτυξη του οργανισμού και επιδεινώνει το άγχος αλλά και τα καταθλιπτικά συναισθήματα των εργαζομένων (Cortina Magley, 2003, Argyris, Schön, 1978, Morrison Milliken, 2000). Με την σιωπή να μετατρέπεται σε μια βαθιά ριζωμένη αντίληψη οι εργαζόμενοι γίνονται περισσότερο αδιάφοροι για τον οργανισμό και συνεχίζουν να παραμένουν σιωπηλοί με αποτέλεσμα η εργασιακή ικανοποίηση, η πιστότητα και τα κίνητρα των εργαζομένων να επηρεάζονται αρνητικά (Morrison & Milliken, 2000, Donaghey et al, 2011).

Η σιωπή φαίνεται να προκαλεί άγχος και πίεση αφήνοντας τους εργαζόμενους συναισθηματικά εξαντλημένους, σωματικά και ψυχολογικά εξαντλημένους και λιγότερο παραγωγικούς στην εργασία. Η σιωπή έχει ψυχολογικό αντίκτυπο στους εργαζόμενους δημιουργώντας συναισθήματα θυμού, ταπείνωσης, άγχους και αγανάκτησης ενώ ταυτόχρονα μολύνει και τις αλληλεπιδράσεις και υπονομεύει τη δημιουργικότητα και την αποδοτικότητα (Knoll & Van Dick, 2013). Σύμφωνα με τους Cortina και Magley (2003) οι εργαζόμενοι που υπέστησαν κάποια μορφή κακοδιαχείρισης και αποσιώπησαν τα παράπονα τους υφίστανται τις πιο επιβλαβείς επιπτώσεις στην υγεία. Ειδικότερα, οι επιβλαβείς επιπτώσεις στην υγεία μπορεί να είναι περισσότερο έντονες για ορισμένες κατηγορίες εργαζομένων σε σχέση με άλλες. Είναι σαφές ότι οι εργαζόμενοι που συμμετέχουν σε συγκεκριμένες ομάδες (π.χ. άτομα με ειδικές ανάγκες, LGBT, νεότεροι εργαζόμενοι, μέλη φυλετικών κοινοτήτων) θέτονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο έκθεσης σε εκφοβισμό και σε κακομεταχείριση (Harlos & Knoll, 2018). Η αποσιώπηση των παραπόνων και των καταγγελιών για κακομεταχείριση σε συνδυασμό με το βάρος της μη αποκάλυψης της κοινωνικής τους ταυτότητας μπορεί να προκαλέσει σύνθετες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία (Bell et al, 2011, Newheiser & Barreto, 2014).

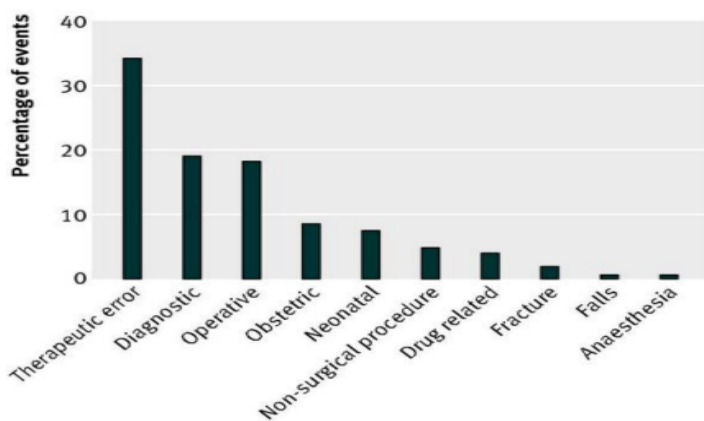
Συμφώνα με την έκθεση του Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ κάθε χρόνο εκατοντάδες χιλιάδες ασθενείς υπόκεινται σε βλάβη κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους λόγω θεμελιωδών προβλημάτων στη συλλογική συμπεριφορά των επαγγελματιών που τους φροντίζουν. Για παράδειγμα, κάθε χρόνο ένας στους είκοσι νοσηλευτές στα νοσοκομεία θα δώσουν λάθος

φαρμακευτική αγωγή, 3,5 εκατομμύρια θα νοσήσουν από ενδονοσοκομειακή λοίμωξης λόγω κακής υγιεινής των χεριών ή άλλων μη κατάλληλων προφυλάξεων και 195.000 θα πεθάνουν εξαιτίας λαθών που έγιναν κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο. Τα προβλήματα αυτά πολλές φορές είναι γνωστά ωστόσο οι περισσότεροι δεν μιλούν για αυτά. Σε καθημερινή βάση εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έρχονται αντιμέτωποι με συναδέλφους τους που κάνουν λάθη ή δείχνουν σοβαρή ανικανότητα ωστόσο ένα μόνο μικρό ποσοστό μιλά. Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι τα προβλήματα να συνεχίζονται για χρόνια με συνέπεια την ύπαρξη σφαλμάτων, το υψηλό κύκλο εργασιών, τη μείωση του ηθικού και της παραγωγικότητας (Maxfield et al, 2005).

Σύμφωνα με τα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας η βλάβη των ασθενών επιβαρύνει σημαντικά τα συστήματα υγείας και επηρεάζει την κοινωνία και τα άτομα μεμονωμένα. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες, ανάλογα με την κλινική τους βαρύτητα, μπορούν να οδηγήσουν σε προσωρινή ή σε μόνιμη αναπηρία και σε ορισμένες σε πρόωρο θάνατο (Slawomirski et al, 2017). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες εκτιμώνται ότι είναι η 14^η αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας σε παγκόσμιο επίπεδο κατατάσσοντάς αυτές στο ίδιο επίπεδο με την φυματίωση και την ελονοσία (Slawomirski et al, 2017). Τα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας από το 2000 φανερώνουν ότι τα δύο τρίτα όλων των ανεπιθύμητων ενεργειών συνέβησαν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Στις χώρες αυτές εκτιμάται ότι συμβαίνουν περίπου 134 εκατομμύρια ανεπιθύμητες ενέργειες σε νοσοκομειακό περιβάλλον οδηγώντας σε 2,6 εκατομμύρια θανάτους ασθενών κάθε χρόνο. Αντίθετα, σε χώρες υψηλού εισοδήματος ένας στους 10 ασθενείς βλάπτεται κατά τη νοσοκομειακή περίθαλψη (Slawomirski et al, 2017). Δεδομένα επίσης δείχνουν ότι έως και το 18% των εισαγωγών σε νοσοκομεία στην περιφέρεια είναι αποτέλεσμα σοβαρής βλάβης ασθενών λόγω κακής διαχείρισης της νοσοκομειακής περίθαλψης εκ των οποίων το 80% θα μπορούσε να προληφθεί (WHO, 2022).

Σε μελέτες διεξήχθησαν σε νοσοκομεία στην Αυστραλία, στον Καναδά, στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε ευρωπαϊκές χώρες διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών

κυμαίνεται μεταξύ 3% και 17%. Ομοίως, η συχνότητα βλάβης ασθενών σε οκτώ αφρικανικές χώρες ανέρχεται στο 8,2%, στο Βιετνάμ, οι λοιμώξεις που προκλήθηκαν από την υγειονομική περίθαλψη κυμαίνονται μεταξύ 5,9% και 10,9%, ενώ τα σφάλματα φαρμακευτικής αγωγής σε γηριατρικό νοσοκομείο στην Ινδονησία αντιστοιχούσαν στο 20,4% (Slawomirski et al, 2017). Αντίστοιχα, σε μια αναδρομική ανασκόπηση των αρχείων εισαγωγών σε 26 νοσοκομεία σε αναπτυσσόμενες και μεταβατικές οικονομίες της Μ. Ανατολής και τη Αφρικής διαπιστώθηκε ότι τα θεραπευτικά λάθη αντιπροσωπεύουν περίπου το 34% του συνολικού αριθμού ανεπιθύμητων ενεργειών (Εικ. 1).

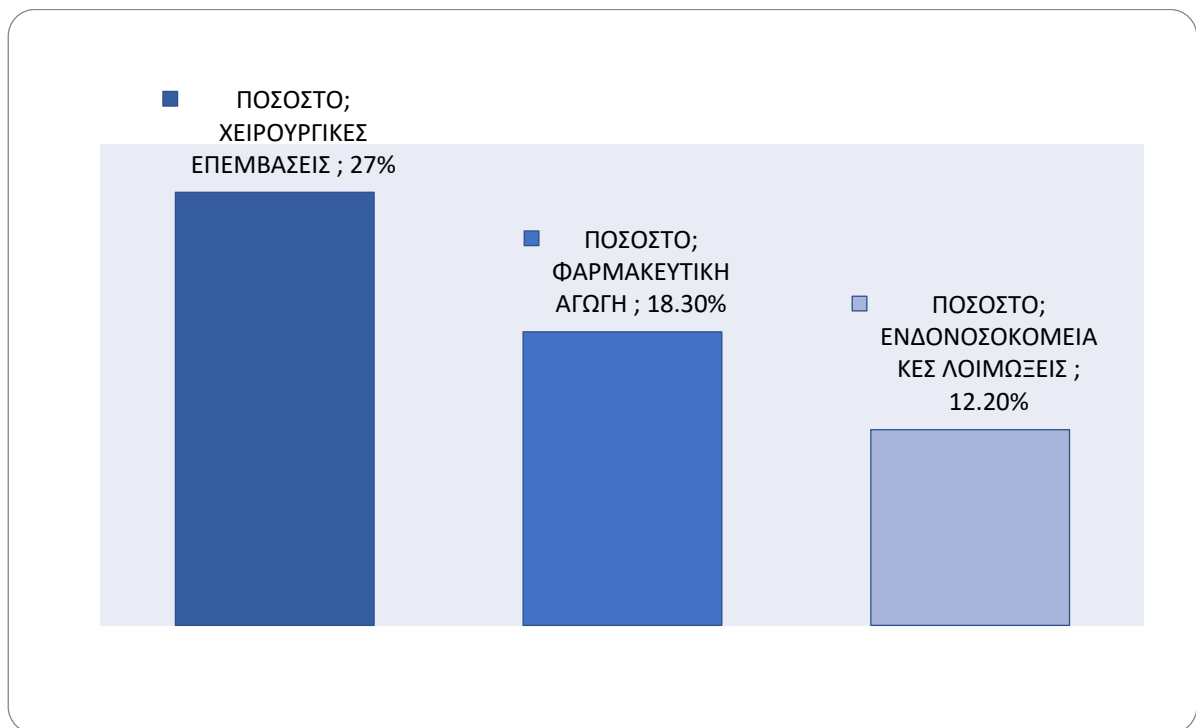


Εικ. 1. Τύποι σφαλμάτων που σχετίζονται με τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Πηγή : Wilson, R. M., et., al., (2012). *Patient safety in developing countries: Retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital.*

Σε μια πορτογαλική αναδρομική μελέτη ανασκόπησης των νοσοκομειακών αρχείων διαπιστώθηκε ότι τρεις από τις πέντε ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίστηκαν σε ηλικιωμένους ασθενείς ενώ, οι πιο συχνά ανεπιθύμητες ενέργειες σχετίζονταν με χειρουργικές επεμβάσεις σε ποσοστό 27%, σε λάθη φαρμακευτικής αγωγής σε ποσοστό 18,3% και σε ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις σε ποσοστό 12,2%. Το 61% των ανεπιθύμητων ενεργειών προκάλεσε προσωρινή ή μόνιμη αναπηρία ενώ το 10,8 % συσχετίστηκε με θάνατο (Sousa et al, 2014).

Οι αιτίες των ανεπιθύμητων συμβάντων και οι προκύπτουσες βλάβες στον ασθενή είναι

πολύπλοκες, δυναμικές και ποικίλες και επεκτείνονται σε όλο το φάσμα της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και συμπεριφοράς του συστήματος. Τα ανεπιθύμητα συμβάντα και η προκύπτουσα βλάβη του ασθενούς εμφανίζονται στη κλινική διεπαφή. Ωστόσο, οι βαθύτερες αιτίες αυτών των σφαλμάτων είναι περισσότερο δομικές, πολιτιστικές και προσανατολισμένες στη διαδικασία και σχετίζονται με αποτυχίες στην επικοινωνία, στην απουσία σχετικών πληροφοριών, στην ανεπαρκή εκπαίδευση, στις γνώσεις και δεξιότητες και στην ανεπαρκή οργανωτική κουλτούρα (Εικ. 2) (Slawomirski et al, 2017).



Σχήμα 1. Ποσοστό Ανεπιθυμητων Ενεργειών σε νοσοκομεία της Πορτογαλίας

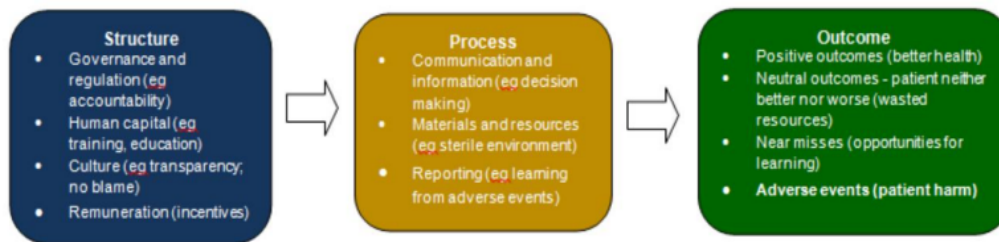
Level of care	Adverse event, specific to level of care	General drivers of adverse events independent of level of care
Primary care	Adverse drug events/ medication errors; diagnostic error/delayed diagnosis.	Lack of communication and information, lack of skills/knowledge, inadequate organisational culture, misaligned incentives.
Long-term care	Adverse drug events, pressure injury, falls	
Hospital care	Healthcare-associated infections, VTE, adverse drug events, pressure injury, wrong-site surgery.	

Εικ. 2. Ανεπιθύμητα συμβάντα και αιτίες σε διαφορετικά στάδια φροντίδας. Slawomirski et al., 2017, THE ECONOMICS OF PATIENT SAFETY, Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level, OECD

Η επικοινωνία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ύπαρξη των ανεπιθύμητων ενεργειών και στις προκύπτουσες βλάβες των ασθενών καθώς ένα μεγάλο ποσοστό των προκυπτουσών βλαβών εντοπίζεται στην κακή επικοινωνία, όπου κρίσιμες και σημαντικές πληροφορίες δεν επικοινωνούνται στους αρμόδιους την κατάλληλη χρονική στιγμή. Τα αίτια αυτών των επικοινωνιακών αποτυχιών συχνά βρίσκονται στην ιεραρχική δομή και στην κουλτούρα των οργανισμών και των συστημάτων (Francis, 2013). Η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί ένα από τους θεμελιώδεις, καθοριστικούς και ανοδικούς παράγοντες των αποτελεσμάτων στην υγειονομική περίθαλψη (Yu et al, 2016, Francis, 2013). Η «σωστή» κουλτούρα η οποία περιλαμβάνει την διαφάνεια, την μάθηση, το σεβασμό, την ομαδική εργασία, το σπάσιμο των κλινικών σιλό και ιεραρχιών και την απομάκρυνση από την κατηγορία στην κοινή ευθύνη, δημιουργεί το κατάλληλο περιβάλλον για την άνθηση της ασφάλειας.

Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω η επικοινωνία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των ανεπιθύμητων ενεργειών αλλά και καθοριστικό παράγοντα και συνέπεια μιας οργανωσιακής κουλτούρας που ευνοεί την άνθηση της ασφάλειας των ασθενών. Συνεπώς, για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της ασφάλειας των ασθενών οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικών της υγείας θα πρέπει στις στρατηγικές τους για την ασφάλεια των ασθενών να εντάσσουν τα ζητήματα επικοινωνίας στους οργανισμούς αλλά και σε ολόκληρα τα συστήματα υγείας. Η ανοιχτή

επικοινωνία καθώς και η αποκάλυψη ανεπιθύμητων συμβάντων πρέπει να εντάσσονται σε αυτές τις στρατηγικές (Hannawa, 2010, ACSQHC, 2012). Σύμφωνα με το μοντέλο «structure-process-outcome» του Donabedian (1966) για την ποιότητα η επικοινωνία και η ανταλλαγή πληροφοριών σε συνδυασμό με ορισμένους δομικούς παράγοντες αποτελούν θεμελιώδεις καθοριστικούς παράγοντες για την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας και την ασφάλεια των ασθενών (Εικ. 3)



Εικ. 3. Το μοντέλο του Donabedian που εφαρμόζεται στην ασφάλεια των ασθενών.

Πηγή : Slawomirski et al, 2017

ΕΝΟΤΗΤΑ 2. Το φαινόμενο της απρέπειας στο χώρο της εργασίας

2.1. Εννοιολογική προσέγγιση της απρέπειας

Η απρέπεια στο χώρο εργασίας είναι μια διακριτή μορφή διαπροσωπικής κακομεταχείρισης. Οι Andersson και Pearson (1999) περιέγραψαν την απρέπεια στο χώρο της εργασίας ως ένα υποσύνολο της αντιπαραγωγικής εργασιακής συμπεριφοράς, το οποίο βλάπτει τους οργανισμούς και τα μέλη του οργανισμού (Lim & Lee, 2011). Οι αντιπαραγωγικές εργασιακές συμπεριφορές διαφέρουν σε διάφορες διαστάσεις, συμπεριλαμβανομένης της πρόθεσης του δράστη να βλάψει, του στόχου, του τύπου παραβίασης των κανόνων, της έντασης και του εύρους των συμπεριφορών που εφαρμόζονται (Martinko, Gundlach, & Douglas, 2002, O'Leary-Kelly, Duffy, & Griffin, 2000).

Οι Andersson & Pearson (1999) όρισαν την απρέπεια ως *«χαμηλής έντασης παρεκκλίνουσα συμπεριφορά με διαφορούμενη πρόθεση να βλάψει τον στόχο κατά παράβαση των κανόνων στο χώρο εργασίας για αμοιβαίο σεβασμό»*. Σύμφωνα με τους Kane & Montgomery (1998) η απρέπεια περιγράφεται τυπικά ως *«μεταχείριση που είναι αγενής, ανυπόμονη ή με άλλο τρόπο που δείχνει έλλειψη σεβασμού ή εκτίμησης για την αξιοπρέπεια του άλλου»*. Οι συγγραφείς ανέφεραν επίσης ότι *«οι μη αστικές συμπεριφορές είναι χαρακτηριστικά αγενείς και ασεβείς δείχνοντας έλλειψη σεβασμού για τους άλλους»*. Ο Clark όρισε την απρέπεια ως *«αγενείς ή ενοχλητικές συμπεριφορές που συχνά καταλήγουν σε ψυχολογική ή φυσιολογική δυσφορία για τα άτομα που εμπλέκονται και, εάν αφηθεί χωρίς αντιμετώπιση, μπορεί να οδηγήσει σε μια απειλητική κατάσταση (Elmblad, 2013)*.

Κατά τους Birks et al (2017) η απρεπής συμπεριφορά ορίζεται ως ασεβής ομιλία ή πράξη και περιλαμβάνει προσβλητικές παρατηρήσεις, λεκτική κακοποίηση και βίαιη συμπεριφορά που μπορεί να υπονομεύσει την αυτοπεποίθηση κάποιου. Σύμφωνα με τις Lim & Cortina (2008) οι απρεπείς συμπεριφορές περιλαμβάνουν σαρκασμό, υποτιμητικούς τόνους και παρατηρήσεις, εχθρικά βλέμματα και τη «σιωπηλή μεταχείριση», ενώ τα βασικά χαρακτηριστικά της απρέπειας

στο χώρο της εργασίας είναι η παραβίαση των κανόνων, η διαφορούμενη πρόθεση και η χαμηλή ένταση.

Οι απρεπείς ή μη πολιτισμένες συμπεριφορές μπορεί να περιλαμβάνουν ένα φάσμα ενεργειών όπως τη λεκτική κακοποίηση, τη μη λεκτική κακοποίηση, τη σεξουαλική παρενόχληση και την παθητική-επιθετική συμπεριφορά και εκφοβισμό. Η λεκτική κακοποίηση μπορεί να περιλαμβάνει κοινούς δείκτες όπως φωνές και οι ύβρεις ή προφανείς συμπεριφορές όπως η άσκηση δημόσιας κριτικής, η προσβολή και η διάδοση φημών για έναν συνάδελφο, το κουτσομπολιό και τα πίσω μαχαιρώματα ή ακόμα και η απάντηση στο τηλέφωνο με ένα «ναι» (Hoffman, et al, 2015). Η μη λεκτική κακοποίηση περιλαμβάνει το γούρλωμα των ματιών, τις γκριμάτσες, το στραβοκοίταγμα, τον έλεγχο των email κατά τη διάρκεια μιας σύσκεψης, την εξαίρεση ενός εργαζόμενου από τις συζητήσεις ή τις εργασιακές δραστηριότητες και την αγνόηση της γνώμης του άλλου (Hoffman, et al, 2015).

Η σεξουαλική παρενόχληση μπορεί να εκδηλωθεί με τη μορφή ακατάλληλων συμπεριφορών που θα μπορούσαν να ερμηνευθούν ότι έχουν σεξουαλική πρόθεση, προσβλητικά σεξουαλικά αστεία, λέξεις σεξουαλικής φύσης, ανεπιθύμητες σεξουαλικές προβολές, αιτήματα για σεξ και τυχαία σεξουαλική επαφή (Hoffman, et al, 2015).

Οι παθητικές - επιθετικές συμπεριφορές στο χώρο εργασίας περιλαμβάνουν την έλλειψη υποστήριξης για τους συναδέλφους, το σαμποτάζ, την άρνηση επικοινωνίας με ένα άτομο, την ανυπομονησία με τις ερωτήσεις των άλλων και την εκδήλωση αρνητικής στάσης, τα οποία επηρεάζουν την εμπιστοσύνη των συναδέλφων. Οι παθητικές-επιθετικές συμπεριφορές μπορεί να είναι πιο λεπτές ενέργειες που οδηγούν σε σκόπιμη δολιοφθορά με την άρνηση επικοινωνίας ή υποστήριξης ενός συναδέλφου (Hoffman, et al, 2015).

Ο εκφοβισμός στο χώρο της εργασίας αναφέρεται σε καταστάσεις όπου κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης περιόδου ένας εργαζόμενος εκτίθεται συνεχώς και παρατεταμένα σε αρνητικές πράξεις όπως, λεκτική κακοποίηση, προσβλητικά σχόλια, συκοφαντία ή κοινωνικό αποκλεισμό, από τους συναδέλφους του ή από τους ανώτερους στην ιεραρχική βαθμίδα. Οι

εργαζόμενοι που εκτίθενται σε εκφοβισμό εκδηλώνουν άγχος, διαταραχές ύπνου, επαναλαμβανόμενους εφιάλτες, δυσκολίες συγκέντρωσης, αισθήματα κατάθλιψης και μίσους για τον εαυτό τους, εκνευρισμό καθώς και διάφορα σωματικά προβλήματα (Mikkelsen & Einarsen, 2010).

Η απρέπεια είναι μια νέα έννοια στην ψυχολογία της υγείας και της ασφάλειας στην εργασία με το μεγαλύτερο μέρος της σχετικής βιβλιογραφίας να δημοσιεύεται στις αρχές του τρέχοντος αιώνα. Τα τελευταία χρόνια, ο αυξανόμενος αριθμός δημοσιεύσεων σχετικά με αυτό το θέμα αυτό και κυρίως με την ασέβεια στους νοσηλευτές δείχνει ότι η ασέβεια εμφανίζεται πιο συχνά από άλλες ακραίες συμπεριφορές στο εργασιακό περιβάλλον.

Η έρευνα του Jia et al, (2015), σχετικά με τη βία στο χώρο της εργασίας σε νοσηλευτές σε νοσοκομεία της Κίνας κατέδειξε ότι το 7,8% των νοσηλευτών είχε βιώσει εμπειρίες σωματικής βίας και το 71,9% είχε εμπειρίες μη σωματικής βίας κατά το προηγούμενο έτος. Ομοίως, η έρευνα των Dalvand et al, (2018) για την αξιολόγηση της βίας στο εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών στο Ιράν έδειξε ότι το 74% των νοσηλευτών είχε υποστεί λεκτική βία στο χώρο της εργασίας του και το 28% είχε εκτεθεί σε σωματική βία.

Σε μία άλλη έρευνα των Cheung et al, (2018) που διεξήχθη συνολικά σε 108 ιατρούς και 612 νοσηλευτές στο Μακάο και αφορούσε τη σχέση ανάμεσα στη βία στην εργασία και στην ικανοποίηση από την εργασία διαπιστώθηκε ότι το 57,2% των συμμετεχόντων ανέφερε σωματική και ψυχολογική βία στο χώρο εργασίας το προηγούμενο έτος. Οι πιο κοινές μορφές βίας στο χώρο εργασίας ήταν η λεκτική κακοποίηση (53,4%), η σωματική επίθεση (16,1%), ο εκφοβισμός/παρενόχληση (14,2%), η σεξουαλική παρενόχληση (4,6%) και η φυλετική παρενόχληση (2,6%). Η ανησυχία για τη βία στην εργασία, η εμπειρία εκφοβισμού και λεκτικής κακοποίησης, η εφημερία και η εργασία σε βάρδιες και ο τομέας της απασχόλησης εμφανίστηκαν ως σημαντικοί συσχετισμοί που επηρέαζαν την εργασιακή ικανοποίηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Το προσωπικό πρώτης γραμμής, ηλικίας 30 και 39 ετών, προερχόμενο

από μια εθνική μειονότητα και το άγχος ήταν σημαντικές συσχετίσεις που επηρέασαν την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών.

Επίσης, στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε από Institute For Safe Medication Practices το 2021 σε 1047 επαγγελματίες υγείας σε μονάδες αυξημένης φροντίδας και σε μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας διαπιστώθηκε ότι η νόσος COVID-19 συνέβαλε στην αύξηση ασεβών συμπεριφορών μεταξύ των συναδέλφων. Το μεγαλύτερο ποσοστό (79%) των συμμετεχόντων ανέφερε ότι έχει υποστεί απρεπείς συμπεριφορές και το 60% ότι έχει γίνει μάρτυρας ή έχει αντιληφθεί με άλλο τρόπο συμπεριφορές αγένειας κατά τη περίοδο του προηγούμενου έτους. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα επισήμαναν ότι το αγχωτικό περιβάλλον, η έλλειψη προσωπικού, ο υψηλός φόρτος εργασίας, οι ανισορροπίες ισχύος και τα συνεχώς μεταβαλλόμενα δεδομένα της πορείας και της θεραπείας της νόσου COVID-19 συνέβαλαν σημαντικά στην επικράτηση συμπεριφορών ασέβειας στην υγειονομική φροντίδα (ISMP, 2021). Κατά τη σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνα του 2021 με τα αποτελέσματα της έρευνας του 2003 και του 2013 (Εικ. 4) διαπιστώθηκε ότι οι συμπεριφορές αγένειας συνεχίζουν να εμφανίζονται με ανησυχητικό ρυθμό, παρουσιάζοντας μικρή ή καθόλου βελτίωση και σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως τα αρνητικά σχόλια για τους συναδέλφους και την ηγεσία, επιδείνωση

2.2. Αιτίες εμφάνισης των απρεπών συμπεριφορών

Σύμφωνα με μελέτες το εγγενές άγχος της αντιμετώπισης υψηλών διακυβεύσεων και καταστάσεων, ο φόρτος εργασίας, ο εγωκεντρισμός, οι αυξημένες απαιτήσεις παραγωγικότητας, οι απαιτήσεις συγκράτησης του κόστους και οι ενσωματωμένες ιεραρχίες είναι ορισμένες από τις αιτίες εμφάνισης εκφοβιστικών και διασπαστικών συμπεριφορών στους χώρους υγειονομικής φροντίδας. Πηγές προέλευσης των διασπαστικών συμπεριφορών είναι οι ασθενείς, το οικογενειακό τους περιβάλλον και οι συνάδελφοι.

Σύμφωνα με τους Rosenstein και O' Daniel (2005) η απρέπεια είναι η πιο κοινή διασπαστική συμπεριφορά που επιδεικνύουν οι γιατροί ενώ τα προβλήματα διαταραχής συμπεριφοράς περιλαμβάνουν σχεδόν πάντα σύγκρουση μεταξύ γιατρού και νοσηλευτή, βοηθού γιατρού ή άλλου μέλους του προσωπικού και σπάνια εμφανίζονται μεταξύ ιατρών (Rosenstein, 2002).

Disrespectful Behaviors	2003 (N=2,095)	2013 (N=4,884)	2021 (N=1,047)	
	Encountered Often (%)	Encountered Often (%)	Experienced Often (%)	Witnessed Often (%)
Condescending/demeaning comments, insults	42	29	32	36
Reluctant/refuse to answer questions, return calls	28	25	29	33
Impatience with questions, interruptions	37	20	38	39
Yelling, cursing, outbursts, threats	9	12	12	14
Report you to your manager (threat/actual)	7	9	8	10
Physical abuse/assault	1	1	2	2
Negative comments about colleagues/leaders		39	44	52
Constant nitpicking/faultfinding		30	34	38
No teamwork/reluctant to follow safety practices		25	26	31
Shaming, spreading malicious rumors		17	18	22
Insulted due to race/religion/gender/appearance		5	5	7
Throwing objects		2	2	2
Disrespect during virtual meetings, email, online			11	13

Εικ. 4 Συχνότητα ασεβών συμπεριφορών που συναντανται σε προηγούμενη, 2003,2013 και 2021 έρευνα. Πηγή: Institute For Safe Medication Practices, 2021

Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι διασπαστικές συμπεριφορές δεν εντοπίζονται μόνο στους γιατρούς αλλά έχει παρατηρηθεί ότι τέτοιου είδους συμπεριφορές εμφανίζονται τακτικά μεταξύ των νοσηλευτών, των φαρμακοποιών και των εργαζομένων στην ακτινολογία και στα εργαστήρια (Rosenstein & O'Daniel, 2005).

Βασικός παράγοντας που καθιστά την απρέπεια στο χώρο της εργασίας πολύ κρίσιμη είναι η λεγόμενη «σπείρα απρέπειας» κατά την οποία μια απρεπής πράξη ενός εργαζομένου μπορεί να εξελιχθεί σε χιονοστιβάδα και να επηρεάσει ολόκληρο τον οργανισμό (Andersson & Pearson, 1999).

Η απρέπεια δημιουργεί ένα περιβάλλον εχθρότητας μεταξύ στο χώρο εργασίας των παρόχων υγειονομικής φροντίδας και υπονομεύει μια κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών. Αν και αυτό το φαινόμενο είναι διάχυτο στον νοσηλευτικό κλάδο, οι νοσηλευτές πολλές φορές ανέχονται ή αγνοούν την εμφάνισή του λόγω ανεπαρκούς γνώσης, φόβου και έλλειψης θεσμικών πολιτικών. Η απρέπεια είναι ένα κρίσιμο ζήτημα που επηρεάζει τους επαγγελματίες υγείας, τα αποτελέσματα υγείας των ασθενών και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας ωστόσο, η κατανόηση των πηγών και μορφών ασυδοσίας αποτελεί ύψιστη σημασία για τον μετριασμό των επιπτώσεων αυτών. Σύμφωνα με τον Lakshimia (2019) τα αίτια της απρέπειας στο χώρο της εργασίας εντοπίζονται:

- Στην αναντιστοιχία των μελών της ομάδας. Κάθε μέλος της ομάδας πρέπει να εκτελεί τα καθήκοντα που του έχουν ανατεθεί και ταυτόχρονα η προσωπικότητα του και τα εργασιακά του κίνητρα να ταιριάζουν με την προσωπικότητα και τα εργασιακά κίνητρα των άλλων μελών της ομάδας. Όταν υπάρχει αναντιστοιχία προσωπικοτήτων ή υπάρχουν μέλη στην ομάδα που είναι ανίκανα να εκτελέσουν τα καθήκοντα που τους έχουν ανατεθεί τότε δημιουργείται ένα πρόσφορο έδαφος για ασέβεια. Για την αποφυγή αυτών των ζητημάτων η ηγεσία πρέπει να αφιερώνει χρόνο στο να ταιριάζει σωστά τα μέλη της ομάδας και να παρακολουθεί την ομάδα για τυχόν σημάδια άγχους και για πιθανά προβλήματα.

- Το χαμηλό ηθικό των εργαζομένων αποτελεί σημαντική αιτία για την εμφάνιση του φαινομένου της ασυδοσίας. Όταν οι εργαζόμενοι είναι δυσαρεστούμενοι με τη δουλειά τους ή αισθάνονται ότι η δουλειά τους δεν εκτιμάται είναι πιθανό να εκδηλώσουν σημάδια άγχους και εχθρότητα προς τους άλλους. Για το σκοπό αυτό η διοίκηση θα πρέπει να τηρεί μια στάση δικαιοσύνης και να αναγνωρίζει τους εργαζόμενους ατομικά και ισότιμα.

- Το άγχος στην εργασία αποτελεί ένα άλλο βασικό παράγοντα απρέπειας. Οι επικείμενες προθεσμίες παράδοσης έργων, οι αποτυχιές έργων, οι μεγάλες καθυστερήσεις

και η μη λήψη άδειας για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να επιφέρουν φθορά στον εργαζόμενο με συνέπεια μια πιθανή επίδειξη αγενής συμπεριφοράς τόσο στους συναδέλφους όσο και στους πελάτες. Το άγχος είναι φυσικό μέρος της εργασίας ωστόσο, οι εργαζόμενοι πρέπει να εκπαιδευτούν για τη διαχείριση του άγχους και οι διευθυντές να παρέχουν την κατάλληλη βοήθεια ώστε τα επίπεδα του άγχους να διατηρηθούν σε ένα διαχειρίσιμο επίπεδο.

- Η κακή συμπεριφορά ορισμένων εργαζομένων αποτελεί παράγοντα εμφάνισης της απρέπειας. Στην κοινότητα των εργαζομένων υπάρχουν και άνθρωποι που είναι απλά αγενείς με αποτέλεσμα να υπάρχει κακή επικοινωνία και συνεννόηση με τους άλλους συναδέλφους. Έτσι, η κακή συμπεριφορά και η απρέπεια μπορούν να εξαπλωθούν γρήγορα, όπως ένα κρυολόγημα σε γραφείο, συμπαρασύροντας και τους συνήθως πιο ευγενικούς εργαζόμενους

Οι ατομικοί και οργανωτικοί παράγοντες αποτελούν βασική αιτία της εμφάνισης της απρέπειας στους οργανισμούς. Ωστόσο, ο βαθμός και η έκταση της απρέπειας ποικίλει μεταξύ των οργανισμών καθώς κάθε οργανισμός έχει τη δική του κουλτούρα, αξίες και φιλοσοφία. Σύμφωνα με τους Laschinger, Leierter, Day και Gilind (2009) υψηλά επίπεδα απρέπειας εμφανίζονται στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης. Ειδικότερα, το νοσηλευτικό προσωπικό που υπόκεινται σε ποικίλους στρεσογόνους παράγοντες, όπως ο μεγάλος φόρτος εργασίας, οι ιεραρχικές οργανωτικές δομές και η υψηλή συναισθηματική φόρτιση λόγω της διασφάλισης της ζωής των ασθενών, βρίσκεται συχνά αντιμέτωπο με διάφορες μορφές απρέπειας (Croft & Cash, 2012, Garma, et al, 2018). Σε έρευνα τους οι Elmblad, Kodjebacheva & Lebeck, (2014) σε ειδικευμένους νοσηλευτές στην αναισθησιολογία διαπίστωσαν μέτρια υψηλά επίπεδα απρέπειας από το ιατρικό και λοιπό προσωπικό, μέτρια επίπεδα απρέπειας από τους συναδέλφους νοσηλευτές και χαμηλά επίπεδα από τους προϊστάμενους. Σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 280 νοσηλευτές σε δημόσιο τριτοβάθμιο νοσοκομείο στις Φιλιππίνες διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές αντιμετώπισαν μέτρια επίπεδα απρέπειας κατά την

αλληλεπίδρασή τους με το ιατρικό και λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου και χαμηλή απρέπεια κατά την αλληλεπίδρασή τους με τους προϊστάμενους τους, τους συναδέλφους τους νοσηλευτές, τους ασθενείς και τους επισκέπτες (Gamma, et al, 2018). Στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι απρεπείς συμπεριφορές σχετίζονται με τα χρόνια της εργασιακής εμπειρίας αλλά και με τον τύπο της νοσηλευτικής κλινικής μονάδας.

Η διάρκεια της εργασιακής εμπειρίας, η φύση της εργασίας και η ηλικία έχουν βρεθεί στατιστικά ότι αποτελούν σημαντικούς αιτιολογικούς παράγοντες της απρέπειας. Οι νεότεροι νοσηλευτές πρώτης γραμμής και με λιγότερα χρόνια εμπειρίας είναι περισσότερο ευάλωτοι σε ενοχλητικές συμπεριφορές που σχετίζονται με την εργασία, σε επιθετικότητα και κακοποίηση λόγω της έλλειψης της εμπειρίας στο εργασιακό περιβάλλον (Budín, Brewer, Chao & Kovner, 2013). Παράλληλα, ο τύπος της νοσηλευτικής κλινικής μονάδας επηρεάζει τα επίπεδα ασυδοσίας. Σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές αναφορές οι νοσηλευτές που εργάζονται σε γενικές και χειρουργικές κλινικές καθώς και στα τμήματα επειγόντων περιστατικών παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα απρέπειας σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε εξειδικευμένα τμήματα εξαιτίας του υψηλού φόρτου εργασίας και των απειλητικών συνθηκών για την ζωή των ασθενών (Knippschild, 2012 Ryan, & Maguire, 2006). Ομοίως, τα εργασιακά περιβάλλοντα οξείας φροντίδας έχουν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης ενοχλητικών συμπεριφορών από τα περιβάλλοντα των τακτικών εξωτερικών ιατρείων. Ένας άλλος αιτιολογικός παράγοντας εμφάνισης της ασυδοσίας στο χώρο της υγειονομικής φροντίδας αποτελεί και η κοινωνική εξουσία. Σύμφωνα με τους Lim και Lee (2011) τα άτομα που έχουν μεγαλύτερη αντιληπτή κοινωνική εξουσία και πόρους τείνουν να ασκούν μεγαλύτερη δύναμη καταναγκασμού και ανταμοιβής σε σχέση με τα άτομα που έχουν λιγότερους πόρους και εξουσία.

Το μεταβαλλόμενο τοπίο της υγειονομικής περίθαλψης, όπως οι πιέσεις παραγωγής, οι οικονομικοί παράγοντες, η συγκράτηση του κόστους, οι αυξημένες οδηγίες πολιτικής και ορισμένες συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως η ζήλια και ο φθόνος, μπορεί να δημιουργήσουν

τις βάσεις που θα οδηγήσουν σε αυξανόμενες εντάσεις και σε απρεπείς αλληλεπιδράσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

2.3. Επιπτώσεις των απρεπειών συμπεριφορών

Στο χώρο της υγείας η συχνότητα της εμφάνισης των απρεπών συμπεριφορών κυμαίνεται σε μεγάλα επίπεδα καθώς πρόκειται για πολύπλοκους οργανισμούς με μεγάλη ένταση. Η απρέπεια στο χώρο της εργασίας είναι ένα ακανθώδες ζήτημα καθώς επηρεάζει σημαντικά τους επαγγελματίες υγείας που βιώνουν τις αρνητικές συμπεριφορές αλλά και την φροντίδα που παρέχεται υπό τη σκιά της απρέπειας. Σχεδόν όλοι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχουν να αναφέρουν μια ιστορία απρέπειας, καθώς οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης τροφοδοτούν το πρόβλημα εδώ και χρόνια αποδεχόμενοι ή και ανέχοντας συμπεριφορές αντιεπαγγελματικές και ενοχλητικές. Επίσης, η κουλτούρα της υγειονομικής περίθαλψης έχει αποδεχτεί ιστορικά έναν ορισμένο βαθμό ασέβειας καθιστώντας αυτό κανονικό στυλ επικοινωνίας (ISM, 2022).

Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι οι εκφοβιστικές και ενοχλητικές συμπεριφορές μπορούν να προκαλέσουν λάθη, να συμβάλουν στην κακή ικανοποίηση των ασθενών και σε ανεπιθύμητες εκβάσεις, να αυξήσουν το κόστος περίθαλψης και να οδηγήσουν τους ειδικευμένους κλινικούς ιατρούς, τους νοσηλευτές και τους διαχειριστές να αναζητήσουν νέες θέσεις σε πιο υγιεινά περιβάλλοντα. Οι εκφοβιστικές και απρεπείς συμπεριφορές δεν εντοπίζονται μόνο στον ιατρικό και νοσηλευτικό κλάδο αλλά υπάρχουν ενδείξεις ότι αυτές οι συμπεριφορές εμφανίζονται μεταξύ και άλλων επαγγελματιών υγείας, όπως φαρμακοποιοί, θεραπευτές και προσωπικό υποστήριξης (Rosenstein & O'Daniel, 2005).

Τα άτομα που βιώνουν την απρέπεια ως στόχοι ή ως μάρτυρες μπορεί να υποστούν πολυάριθμες συμπεριφορικές, ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις. Στους χώρους υγειονομικής φροντίδας η παρουσία απρεπών συμπεριφορών επηρεάζει αρνητικά την άσκηση του κλινικού έργου, την ποιότητα φροντίδας των ασθενών και την σωματική, ψυχική, και πνευματική

υγεία και ευημερία των νοσηλευτών οι οποίες συχνά οδηγούν σε άγχος, κατάθλιψη, κόπωση και μειωμένη ψυχική υγεία και συναισθηματική ευεξία (Laschinger & Aquino & Thau, 2009, Leyman, 1990).

Για παράδειγμα σε έρευνα τους οι Jarad et al (2016) για την επιθετικότητα στο χώρο εργασίας σε 93 νοσηλευτές στην Παλαιστίνη διαπίστωσε ότι το 27,1% από τους ερωτηθέντες ανέφεραν έκθεση σε επιθετικότητα στο χώρο εργασίας οποιουδήποτε είδους. Το 5% ανέφερε έκθεση σε σωματική επιθετικότητα, το 24,2% ανέφερε έκθεση σε λεκτική επιθετικότητα και το 7,3% ανέφερε έκθεση σε εκφοβισμό. Οι άνδρες ανέφεραν υψηλότερο επιπολασμό εκφοβισμού από τις γυναίκες. Οι νεότεροι νοσηλευτές ανέφεραν υψηλότερο επιπολασμό έκθεσης σε σωματική επιθετικότητα, λεκτική επιθετικότητα και εκφοβισμό. Η λεκτική επιθετικότητα συνδέθηκε με περισσότερη ψυχολογική δυσφορία. Ο εκφοβισμός συσχετίστηκε με χαμηλότερη εργασιακή ικανοποίηση. Οι επιπτώσεις ενός ανθυγιεινού εργασιακού περιβάλλοντος στους χώρους υγειονομικής φροντίδας έχουν επίσης συνδεθεί με μειωμένη αυτοεκτίμηση, κατάχρηση ουσιών και αυτοκτονικές σκέψεις ενώ μπορεί και να προκαλέσουν ποικίλα σωματικά συμπτώματα όπως, καρδιακά και γαστρεντερικά συμπτώματα καθώς και διαταραχές ύπνου (McNamara, 2012).

Για παράδειγμα η έρευνα του Shia et al (2010) που διεξήχθη σε 842 νοσηλευτές σε γενικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία στο Ταιβάν έδειξε ότι το 28,1% των ερωτηθέντων υπέστησαν σωματικές ή και λεκτικές επιθέσεις κατά τη διάρκεια του τελευταίου εξαμήνου. Στις ερωτήσεις σχετικά με την υγεία και την εργασία οι νοσηλευτές σημείωσαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες στη γενική υγεία, στη σωματική λειτουργικότητα, στην ζωτικότητα, στην κοινωνική λειτουργικότητα και στην ψυχική υγεία και υψηλότερες βαθμολογίες στις αυξημένες ψυχολογικές απαιτήσεις στην εργασία, στο χαμηλότερο έλεγχο της εργασίας και στην χαμηλή υποστήριξη στο χώρο εργασίας.

Σύμφωνα με τους Becher και Visovsky (2012) οι επιπτώσεις των εκφοβιστικών και ενοχλητικών συμπεριφορών μπορεί να επιβαρύνουν τους προϋπολογισμούς των νοσηλευτικών μονάδων καθώς το οικονομικό κόστος για κάθε άτομο υπολογίζεται σε 30.000-100.000 δολάρια ανά έτος. Το συνολικό ιατρικό κόστος έχει υπολογιστεί ότι ανέρχεται σχεδόν στα 24

δισεκατομμύρια δολάρια στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής σε ετήσια βάση (Laschinger, Wong, Regan, Young Ritchie, & Bushell, 2013).

Οι απρεπείς συμπεριφορές εκτός από τις επιπτώσεις στην υγεία των επαγγελματιών υγείας έχει σχετιστεί και με την οργάνωση, συμπεριλαμβανομένου της σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, της αυξημένης απουσίας από την εργασία, της δυσαρέσκειας και με την πιθανότητα εναλλαγής προσωπικού (Hutton & Gates, 2008, Laschinger et al, 2013). Σύμφωνα με τον Olender-Russo (2009) ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας και οι απρεπείς συμπεριφορές μεταξύ των εργαζομένων μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη διατήρηση του νοσηλευτικού προσωπικού. Αντίθετα, τα υγιή εργασιακά περιβάλλοντα που προωθούν την συνεργασία και την συνεννόηση, την κοινή λήψη αποφάσεων και αναγνωρίζουν την ατομική και ομαδική συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού στην φροντίδα του ασθενούς συνδέονται άμεσα με την αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών, τη μειωμένη εναλλαγή προσωπικού, την αυξημένη διατήρηση νοσηλευτών και την ικανοποίηση από την εργασία (Clark, et al, 2015)

Σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές αναφορές οι απειλητικές και διασπαστικές ενέργειες ασκούν σημαντική επίδραση στους νέους νοσηλευτές και στη διατήρησή τους στους χώρους υγειονομικής φροντίδας. Η έκταση της έκθεσης των νέων νοσηλευτών σε διασπαστικές συμπεριφορές γίνεται εμφανής από την φράση που χρησιμοποιείται στην νοσηλευτική πάνω από 30 χρόνια «Nurses eat their young», η οποία περιγράφει γλαφυρά την αποτυχία διατήρησης των νέων νοσηλευτών στο επάγγελμα λόγω του εκφοβισμού που ασκείται στους νέους νοσηλευτές από τους μεγαλύτερους και με μεγάλη εμπειρία νοσηλευτές (ANA, 2012). Σύμφωνα με τους Becher και Visovsky (2012) οι νέοι νοσηλευτές έχουν πολλές ερωτήσεις και απαιτούν επαγγελματική εξέλιξη για να αξιοποιήσουν πλήρως τις δυνατότητές τους. Συνεπώς, η έκθεση σε ένα απρεπές περιβάλλον μπορεί να εμποδίσει τη διατήρησή τους στη νοσηλευτική (Hoffman, et al, 2015). Σύμφωνα με τους Johnson και Rea (2009), οι νοσηλευτές που υπόκεινται σε εκφοβισμό και ενοχλητικές συμπεριφορές έχουν διπλάσιες πιθανότητες να παραιτηθούν από την εργασία τους εντός δύο ετών (Hoffman, et al, 2015).

Παραδοσιακά η απρέπεια στο χώρο εργασίας θεωρείται ως ένα οργανωτικό φαινόμενο που επηρεάζει μόνο τους εργαζόμενους μέσα στο πλαίσιο του χώρου εργασίας. Ωστόσο, αυτή η θεώρηση δεν ισχύει καθώς μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει συσχέτιση της απρέπειας στο χώρο εργασίας και της σύγκρουσης μεταξύ εργασίας και οικογένειας. Στην μελέτη των Lim και Lee (2011) διαπιστώθηκε ότι η απρέπεια που προέρχεται από τους ανώτερους στην ιεραρχική βαθμίδα συνδέθηκε με αυξημένες συγκρούσεις μεταξύ εργασίας και οικογένειας. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι στόχοι απρέπειας μεταφέρουν τις απογοητεύσεις τους στο οικογενειακό περιβάλλον. Από την άλλη πλευρά η υψηλή οικογενειακή υποστήριξη των στόχων αγένειας επιφέρει μεγαλύτερα αρνητικά αποτελέσματα σε σχέση με τους στόχους που έχουν χαμηλότερη οικογενειακή υποστήριξη. Σύμφωνα με τους Kaufmann και Beehr (1986) τα μέλη της οικογένειας μπορεί να είναι πηγή έντασης καθώς οι αναποτελεσματικές συμβουλές της οικογένειας μπορεί να επιτείνουν μια αγχωτική κατάσταση.

Στη σύγχρονη εποχή οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης όλο και πιο συχνά καταβάλλουν προσπάθειες για τη δημιουργία μιας κουλτούρας ασφαλείας, όπου κάθε μέλος της ομάδας υγειονομικής φροντίδας να αισθάνεται ασφαλές και να εκφράζει ελεύθερα και χωρίς φόβο τις ανησυχίες του ή την διαφωνία του σχετικά με την φροντίδα τους ασθενούς και των ανεπιθύμητων συμβάντων (Porto & Lauve, 2006). Οι έννοιες της ομαδικής εργασίας και των οργανισμών υψηλής αξιοπιστίας έχουν επίσης αποκτήσει ιδιαίτερη αξία στους οργανισμούς υγειονομικής φροντίδας τονίζοντας περαιτέρω τη σημασία της ανάπτυξης κουλτούρας ασφαλείας όπου όλα τα μέλη της ομάδας, ανεξαρτήτως ισχύος και βαθμίδας, να αργάζονται συνεργατικά και με σεβασμό (Wilson, Burke, & Salas, 2005, Weick & Sutcliffe, 2001). Ωστόσο, η δημιουργία κουλτούρας ασφαλείας και η ανάπτυξη πολιτισμού πρόληψης των λαθών έρχεται σε σύγκρουση με τις διασπαστικές συμπεριφορές των μελών των ομάδων.

Οι διασπαστικές συμπεριφορές των ιατρών και των άλλων μελών των ομάδων επιφέρει επιζήμιες επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών καθώς έχει διαπιστωθεί ότι απρεπείς συμπεριφορές έχουν συσχετιστεί με την παρουσία ανεπιθύμητων συμβάντων στο χώρο της υγειονομικής

φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών λαθών, της λανθασμένης φαρμακευτικής αγωγής, των πτώσεων και των συμβιβασμών στην ασφάλεια των ασθενών αλλά και στη μειωμένη ποιότητα φροντίδας, Σε μια μελέτη που διεξήχθη από τους Rosenstein και O'Daniel (2008) σε εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης το 67% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι αντιλήφθηκε μια συσχέτιση ανάμεσα στις ενοχλητικές συμπεριφορές και στα ανεπιθύμητα συμβάντα, το 18% ανέφερε ότι γνώριζε ένα ανεπιθύμητο συμβάν που συνδέεται με ενοχλητική συμπεριφορά ενώ το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων δήλωσε ότι θα μπορούσε να αποφευχθεί η ανεπιθύμητη ενεργεία (Hoffman, et al, 2015).

Η αναγνώριση της έκτασης του φαινομένου της εκδήλωσης των απρεπών συμπεριφορών στους χώρους της υγειονομικής φροντίδας και των βλαβερών επιπτώσεων της οδήγησε την Joint Commission (2008) να συστήσει και να ενθαρρύνει τους οργανισμούς να αναπτύξουν πολιτικές και διαδικασίες μηδενικής ανοχής για εκφοβιστικές και ενοχλητικές συμπεριφορές ενσωματώνοντας παράλληλα τις πολιτικές στους κανονισμούς των οργανισμών, στις συμβάσεις του προσωπικού καθώς και στις διοικητικές πολιτικές. Παράλληλα, η επιτροπή πρότεινε την εκπαίδευση όλων των μελών της ομάδας με την κατάλληλη επαγγελματική συμπεριφορά αλλά και την επιβολή του κώδικα δεοντολογίας του οργανισμού με συνέπεια και δίκαια σε όλο το προσωπικό ανεξαρτήτως αρχαιότητας ή κλινικής πειθαρχίας με θετικό τρόπο μέσω επιβράβευσης καθώς και τιμωρίας.

Στην Ελλάδα η αναγνώριση των επιπτώσεων που έχει η ύπαρξη ενός ανθυγιεινού εργασιακού περιβάλλοντος από τις απρεπείς συμπεριφορές οδήγησε στη θέσπιση του Ν. 4808/2021, όπου μεταξύ των άλλων, απαγορεύεται σε όλους τους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους εργασίας κάθε μορφή συμπεριφοράς που έχει ως σκοπό ή αποτέλεσμα την παραβίαση της αξιοπρέπειας του προσώπου και τη δημιουργία εκφοβιστικού, εχθρικού, εξευτελιστικού, ταπεινωτικού ή επιθετικού περιβάλλοντος κατά τη διάρκεια της εργασίας είτε προκύπτει από αυτήν ή συνδέεται με αυτήν. Παράλληλα, στον ίδιο νόμο υποχρεώνονται οι οργανισμοί να υιοθετήσουν πολιτικές για την πρόληψη και την καταπολέμηση της βίας και της παρενόχλησης

στην εργασία και στις οποίες να δηλώνεται μηδενική ανοχή σε αυτές τις μορφές συμπεριφοράς.

2.4. Απρεπείς συμπεριφορές και εργασιακή σιωπή

Πολλοί εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης τείνουν να παραμένουν σιωπηλοί όταν βλέπουν λάθη συναδέλφων τους ή επιδεικνύοντας σοβαρή ανικανότητα με αποτέλεσμα να επιτρέπουν την παραμονή των κινδύνων και των προβλημάτων μερικές φορές για αρκετά χρόνια. Για παράδειγμα στην Αμερική μια ομάδα οκτώ αναισθησιολόγων γνώριζαν ότι ένας συνάδελφός τους ήταν επικίνδυνα ανίκανος, αλλά δεν τον αντιμετώπιζαν. Αντίθετα, προγραμμάτιζαν χειρουργικές επεμβάσεις μωρών που έπασχαν από κάποιο σοβαρό νόσημα σε ημέρες που δεν εφημέρευε. Αυτό το πρόβλημα συνεχίστηκε για πάνω από πέντε χρόνια. Επίσης, μια ομάδα νοσηλευτών είχε διαπιστώσει ότι ένας συνάδελφός τους ήταν απρόσεκτος ωστόσο δε μίλησαν ποτέ για τις ανησυχίες τους αντίθετα έλεγχαν ξανά τη δουλειά του. Αυτό το πρόβλημα συνεχίστηκε πάνω από ένα χρόνο (Maxfield et al, 2005).

Από τις παραπάνω μαρτυρίες γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι οι επαγγελματίες υγείας έρχονται συχνά αντιμέτωποι με σφάλματα συναδέλφων τους που επιφέρουν επιζήμιες επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών και στην ποιότητα της φροντίδας, ωστόσο λίγοι είναι αυτοί που μοιράζονται τις ανησυχίες τους. Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 1700 επαγγελματίες υγείας σε νοσοκομεία σε προαστιακές και αγροτικές περιοχές των ΗΠΑ λιγότεροι από ένας στους δέκα επαγγελματίες υγείας συζήτησαν πλήρως τις ανησυχίες τους με τον συνάδελφό τους ενώ οι περισσότεροι πίστευαν ότι δεν είναι δυνατόν ούτε είχαν την ευθύνη να επιστήσουν την προσοχή σε αυτά τα ζητήματα.

Εκτός, όμως από τη σιωπή που τηρούν οι επαγγελματίες υγείας όταν έρχονται αντιμέτωποι με σφάλματα ή με την ανικανότητα συναδέλφων τους πολλές φορές οι επαγγελματίες υγείας σιωπούν όταν έρχονται αντιμέτωποι με απρεπείς συμπεριφορές συναδέλφων τους. Για παράδειγμα μια νοσηλεύτρια στη μελέτη των Maxfield et al (2005) ανέφερε ότι μια ομάδα γιατρών μπήκε στο δωμάτιο ενός ασθενούς, που υποτίθεται ότι ήταν σε απομόνωση, χωρίς τα

απαραίτητα μέσα ατομικής προστασίας ωστόσο οι νοσηλευτές δεν μίλησαν γιατί ο γιατρός είχε φήμη, φώναζε και μείωνε το νοσηλευτικό προσωπικό λέγοντας πράγματα όπως: «Υπάρχουν νοσηλεύτριες σε αυτή τη μονάδα που δεν είναι ηλίθιες;». Από την μαρτυρία αυτή γίνεται σαφές ότι οι ασεβείς συμπεριφορές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην καταστολή της φωνής και στην εμφάνιση της εργασιακή σιωπής. Επίσης, σε μια έρευνα που διεξήχθη από το Ινστιτούτο Ασφαλών Φαρμακευτικών Πρακτικών σχετικά με τον εκφοβισμό διαπίστωσε ότι το 40% των κλινικών ιατρών παρέμειναν σιωπηλοί σε γεγονότα κατά τη διάρκεια της φροντίδας των ασθενών αντί να μιλήσουν και να αντιμετωπίσουν ένα γνωστό εκφοβιστή (Rosenstein, 2002).

Στη μελέτη τους οι Maxfield et al (2005) διαπίστωσαν ότι το 77% των επαγγελματιών υγείας συνεργάζονταν με συναδέλφους που ήταν προσβλητικοί ή αγενείς, το 33% ανέφερε ότι εργαζόταν με λίγους που ασκούσαν λεκτική κακοποίηση, ενώ 52% εργαζόταν με ορισμένους ανθρώπους που έκαναν κατάχρηση της εξουσίας τους εκφοβίζοντας και απειλώντας το προσωπικό ή επιβάλλοντας την άποψη τους. Από τους ερωτηθέντες μόνο το 7% συζητούσε τις ανησυχίες του με το άτομο που ήταν υπεύθυνο για την κακοποίηση του ενώ οι υπόλοιποι παρέμειναν σιωπηλοί. Επίσης, στην έρευνα των Elçi et al (2014) διαπιστώθηκε ότι το mobbing παίζει ρόλο μεσολαβητή στη σχέση μεταξύ της οργανωτικής σιωπής και της πρόθεσης αλλαγής κύκλου εργασιών.

2.5. Τρόποι αντιμετώπισης της απρέπειας

Στη σύγχρονη εποχή τα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης είναι πολυσύνθετα και περίπλοκα σύστημα τα οποία αποτελούνται από ένα πλήθος εξελισσόμενων πλαισίων υγειονομικής περίθαλψης, πολλές και διαφορετικές υπηρεσίες, πολιτικές και διαδικασίες και περιλαμβάνουν καταναλωτές υγειονομικής περίθαλψης, ασθενείς και διεπαγγελματικές ομάδες. Κάθε περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης για να επιτύχει τις βέλτιστες πρακτικές και το βέλτιστο αποτέλεσμα θα πρέπει να αντικατοπτρίζει μια ισορροπία ποιότητας και ασφάλειας με το συνολικό κόστος (ANA, 2019). Για την επίτευξη των βέλτιστων αποτελεσμάτων οι ηγέτες και οι

οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον στο χώρο εργασίας που εκτιμά τους νοσηλευτές και τους άλλους εργαζόμενους ως κρίσιμα μέλη της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης. Για την μεγιστοποίηση της ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδα των ασθενών οι ηγέτες θα πρέπει να αναγνωρίσουν ότι εκτός από το κατάλληλο νοσηλευτικό προσωπικό, πρέπει να παρέχουν επαρκή διεπαγγελματική υποστήριξη και να καλλιεργήσουν μια κουλτούρα αξιών που θα υποστηρίζει το σεβασμό, την εμπιστοσύνη, την συνεργασία και τη διεπαγγελματική συγκρότηση ομάδας υγειονομικής περίθαλψης η οποία δρα καταλυτικά στην καλλιέργεια πίστης και τελικά στη διατήρηση.

Το εργασιακό υγειονομικό περιβάλλον όταν είναι απαλλαγμένο από την απρέπεια και διακατέχεται από την κουλτούρα του σεβασμού βελτιστοποιεί τα αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών, την ποιότητα παροχής φροντίδας και ταυτόχρονα προωθεί ένα θετικό εργασιακό περιβάλλον για τους επαγγελματίες υγείας. Η απρέπεια είναι ένα κρίσιμο ζήτημα που επηρεάζει τους επαγγελματίες υγείας και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Για το σκοπό αυτό οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικών υγείας οφείλουν να υιοθετήσουν και να εφαρμόσουν μεθόδους και πολιτικές για τον μετριασμό της εμφάνισης του φαινομένου της απρέπειας. Η κατανόηση των πηγών και μορφών απρέπειας αποτελεί ύψιστης σημασίας για τον μετριασμό των επιπτώσεων στην υγειονομική φροντίδα και στα αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών καθώς και στην ανάπτυξη σχετικών πολιτικών και παρεμβάσεων που προστατεύουν την ευημερία των επαγγελματιών υγείας. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικών υγείας θα πρέπει να αναπτύξουν πολιτικές για την προώθηση ενός ασφαλούς και υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος για τους νοσηλευτές και να υιοθετήσουν μια πολιτική μηδενικής ανοχής στην απρέπεια (Garma et al, 2018). Παράλληλα, οι νοσηλευτικές πολιτικές θα πρέπει να εφαρμόζουν ρητά τα μέτρα και τις διαδικασίες για την αντιμετώπιση της απρέπειας, του εκφοβισμού και της βίας στην εργασία. Οι διευθυντές νοσηλευτικών υπηρεσιών πρέπει να αναπτύξουν ένα ηγετικό στυλ και δεξιότητες δημιουργικής αντιμετώπισης των απρεπών συμπεριφορών. Επίσης, πρέπει να υιοθετηθούν καινοτόμες στρατηγικές για την προώθηση της ομαδικής εργασίας και να αναπτυχθούν

προγράμματα για τη συνοχή της ομάδας. Τα προγράμματα εκπαίδευσης και ενημέρωσης των νοσηλευτών θα πρέπει να επικεντρώνονται στην ανάπτυξη της προσωπικότητας, στις συμπεριφορές διατήρησης της ψυχραιμίας, στις τεχνικές θεραπευτικής επικοινωνίας, στην ενίσχυση των ενδοπροσωπικών και διαπροσωπικών σχέσεων, στη διαχείριση συγκρούσεων και στο χειρισμό διαφορετικών τύπων ασθενών (Garma et al, 2018). Παράλληλα, οι ίδιοι οι νοσηλευτές οφείλουν να προωθούν την ανάπτυξη πολιτικών μηδενικής ανοχής εκφοβισμού στην εργασία και να ενθαρρύνουν την ανάπτυξη πολιτικών και κανόνων συμπεριφοράς και να συντελούν στην προώθηση ενός πολιτικού περιβάλλοντος με την αναγνώριση ατομικών συμπεριφορών που αναιρούν τη δημιουργία κλίματος ασφάλειας και με την ανταπόκριση τους σε ακατάλληλες συμπεριφορές (Hoffman, 2015).

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν διενεργηθεί έχει διαπιστωθεί ότι η απρεπής συμπεριφορά, μπορεί να υπονομεύσει την αυτοπεποίθηση κάποιου ατόμου και να προκαλέσει αμφιβολίες. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι άσεμνες συμπεριφορές στο νοσηλευτικό κλάδο μπορεί να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στις αντιλήψεις των νοσηλευτών για το άγχος, την κατάθλιψη, την εξάντληση ενώ πολλές φορές μπορεί να οδηγήσουν και σε πρόωρη συνταξιοδότηση (Naseri, et al, 2022). Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι οι συμπεριφορές ασάφειας μπορεί να οδηγήσουν σε ανασφαλείς συνθήκες εργασίας, σε μειωμένη ποιότητα φροντίδας, σε μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση και σε αυξημένο ιατρικό κόστος. Συνεπώς, για να αντιμετωπιστεί με επιτυχία η απρέπεια κρίνεται αναγκαίο οι νοσηλευτές όταν εισέρχονται στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι εφοδιασμένοι με τις απαιτούμενες επαγγελματικές συμπεριφορές. Η διδασκαλία της επαγγελματικής συμπεριφοράς και ο σχηματισμός επαγγελματικής ταυτότητας θεωρείται από πολλούς ότι είναι κεντρικός στον σκοπό της εκπαίδευσης των νοσηλευτών (Naseri, et al, 2022)

Σύμφωνα με τον Lakshimia (2019) η βελτίωση των δεξιοτήτων, των γνώσεων και των ικανοτήτων των νοσηλευτών αλλά και οι καλές επικοινωνιακές δεξιότητες των νοσηλευτών με τους συναδέλφους, τους ασθενείς και τους συνοδούς αποτρέπουν την εμφάνιση απρεπών συμπεριφορών. Ο υψηλός φόρτος της εργασίας συχνά οδηγεί σε περισσότερο άγχος και πίεση

στην εργασία καθώς και στην εμφάνιση απρεπών συμπεριφορών. Για την πρόληψη της απρέπειας κατά συνέπεια απαιτείται η ενίσχυση των μονάδων υγείας με το απαιτούμενο νοσηλευτικό προσωπικό. Παράλληλα, η δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, η λιγιστή παρουσία συνοδών στους θαλάμους νοσηλείας και η βελτίωση της κοινής γνώμης για το ρολό και τη θέση των νοσηλευτών συμβάλουν θετικά στην πρόληψη της απρέπειας (Lakshimia, 2019).

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ένα πανεθνικό συνέδριο ακαδημαϊκών νοσηλευτικής σε μια δυτική πόλη για την αντιμετώπιση της απρέπειας στους χώρους των πανεπιστημίων τονίστηκε ο ρόλος της ηγεσίας και προτάθηκε η διαμόρφωση των ρόλων και η δέσμευση ως βασική στρατηγική για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της αγένειας. Από τα ευρήματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι η δημιουργία κουλτούρας αμοιβαίου σεβασμού και συναισθηματικής ασφάλειας και η ενθάρρυνση της ελευθερία έκφρασης αποτελούν βασικά συστατικά για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της απρέπειας (Clark, et al, 2015). Βασικά εργαλεία για την επίτευξη της κουλτούρας ευγένειας αποτελούν η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, η παροχή φόρουμ για ανοιχτή συζήτηση και η ορατή και ενεργή παρουσία της ηγεσίας. Οι ακαδημαϊκοί πρότειναν επίσης την συμβουλευτική, την καθοδήγηση και την επιβράβευση ως αποτελεσματικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση της απρέπειας. Άλλες προτάσεις περιελάμβαναν την ανάπτυξη στρατηγικών ελαχιστοποίησης του άγχους που σχετίζεται με την νοσηλευτική εκπαίδευση και πρακτική (Clark et al, 2015).

Η οργανωτική υποστήριξη αποτελεί ένα άλλο σημαντικό παράγοντα αποτροπής της απρέπειας. Σύμφωνα με τη θεωρία της οργανωτικής υποστήριξης όταν υπάρχουν υψηλά επίπεδα οργανωτικής υποστήριξης είναι πιο πιθανό τα άτομα να συμμορφώνονται με τους κανόνες και τα πρότυπα του οργανισμού και είναι περισσότερο ικανά να επενδύσουν στην επίτευξη του οργανισμού. Επίσης, εάν η οργανωτική υποστήριξη είναι υψηλή, τότε μπορεί να υπάρχουν κυκλικές αλληλεπιδράσεις στις οποίες οι εργαζόμενοι υποστηρίζουν ο ένας τον άλλο καθώς βιώνουν υποστήριξη από τον οργανισμό. Αυτή η υποστήριξη θα μπορούσε να μεσολαβήσει στην εμφάνιση μη αστικών συμπεριφορών που μπορεί να προκύψουν από πρόκληση ή παρεμπόδιση

στρεσογόνων παραγόντων (Clark et al. 2015).

Οι διασπαστικές συμπεριφορές συχνά δεν αναφέρονται και ως εκ τούτου δεν αντιμετωπίζονται για ποικίλους λόγους. Ο φόβος για αντίποινα και το στίγμα που σχετίζεται με το «κάρφωμα» σε έναν συνάδελφο καθώς και η γενική απροθυμία αντιμετώπισης ενός εκφοβιστή συμβάλλουν στην ανεπαρκή αναφορά απρεπών συμπεριφορών. Συνεπώς, η μείωση του φόβου εκφοβισμού ή ανταπόδοσης και η προστασία όσων αναφέρουν ή συνεργάζονται στη διερεύνηση εκφοβιστικών, ενοχλητικών και άλλων αντιεπαγγελματικών συμπεριφορών πρέπει να εντάσσεται στις πολιτικές του οργανισμού.

Η παρουσία εκφοβιστικών και ενοχλητικών συμπεριφορών διαβρώνει την επαγγελματική συμπεριφορά και οδηγεί στη δημιουργία ενός εχθρικού περιβάλλοντος το οποίο γίνεται εύκολα αντιληπτό από τους ασθενείς και το οικογενειακό τους περιβάλλον με αποτέλεσμα οι οργανισμοί, που δεν αντιμετωπίζουν αυτές τις συμπεριφορές, να εκτίθενται σε δικαστικές διαφορές τόσο από τους εργαζόμενους όσο και από τους ασθενείς. Μελέτες έχουν δείξει την σύνδεση παραπόνων ασθενών με ενοχλητικές συμπεριφορές και με τον κίνδυνο κακής πρακτικής. Συνεπώς, η ενθάρρυνση των ασθενών και των οικογενειών τους να εκφράσουν τα παράπονα τους μπορεί να συμβάλει στο σύστημα επιτήρησης για τον εντοπισμό συμπεριφορών που δημιουργούν κίνδυνο.

B. ΕΙΔΙΚΟ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΝΟΤΗΤΑ 3

3.1. Σκοπός και Μεθοδολογία της Έρευνας

Ο σκοπός της συγχρονικής αυτής μελέτης είναι η διερεύνηση των απρεπών συμπεριφορών (Workplace Incivility) στους επαγγελματίες υγείας στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας και η συσχέτιση τους με την εργασιακή σιωπή (Employee Silence).

3.2. Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώνονται ως εξής :

- Ποια είναι η αναφερόμενη εργασιακή σιωπή των επαγγελματιών υγείας;
- Ποια είναι η αναφερόμενη απρέπεια στο χώρο της εργασίας;
- Ποια είναι η σχέση που έχει η απρέπεια στο χώρο της εργασίας με τα αίτια της σιωπής;

3.3. Δείγμα και μεθοδολογία δειγματοληψίας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης κατόπιν σχετικής έγκρισης από τη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.Πε. Κρήτης (Αρ. Πρωτ. 56010/16-12-2022). Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από επαγγελματίες υγείας όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων που εργάζονται σε όλα τα τμήματα των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 7^{ης} Υ.Πε. Κρήτης.

3.4. Συλλογή των δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο. Η διανομή του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε αυτοπροσώπως από την ερευνήτρια αλλά και ταχυδρομικώς

σε ορισμένες απομακρυσμένες μονάδες υγείας. Το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από ένα μικρό κείμενο πληροφοριών και οδηγιών που αφορούσε τη συμπλήρωση του καθώς και τον σκοπό της έρευνας. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατόπιν επαφής με τους συντονιστές επιστημονικής λειτουργίας των ΜΠΦΥ και τους προϊστάμενους προκειμένου να εξασφαλιστεί η μέγιστη δυνατή συμμετοχή και η ελάχιστη δυνατή επιβάρυνση στη λειτουργία των υπηρεσιών. Συνολικά, διανεμήθηκαν 220 ερωτηματολόγια τον Απρίλιο του 2023 σε επαγγελματίες υγείας των δομών ΠΦΥ από τα οποία συμπληρώθηκαν 160 (το ποσοστό απόκρισης να κυμαίνεται στο 72,7%).

3.5. Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε περιλαμβάνει δύο μέρη και είναι δομημένο με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικές με το φύλο, την ηλικία την βαθμίδα εκπαίδευσης, τη θέση ευθύνης στον οργανισμό, το χρόνο απασχόλησης στο χώρο της υγείας και στη συγκεκριμένη δομή, τη συχνότητα βαρδιών, την οικογενειακή και οικονομική κατάσταση ενώ στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται ερωτήσεις που σχετίζονται με την παρουσία απρεπών συμπεριφορών στο χώρο της εργασίας και με την παρουσία της οργανωτικής σιωπής

3.5.1 Workplace Incivility Scale, WIS

Η Κλίμακα Απρεπών Συμπεριφορών στην Εργασία (Workplace Incivility Scale, WIS) (Cortina et al, 2001) διερευνά την συχνότητα των απρεπών συμπεριφορών των εργαζομένων στο χώρο της εργασίας. Οι 7 προτάσεις καθορίζουν επίσης έναν παράγοντα με υψηλή συνέπεια αποκρίσεων, τη συνολική μέση βαθμολογία τους. Η διαβάθμιση των αποκρίσεων είναι σε κλίμακα Likert: από 1=ποτέ έως 7=πάρα πολύ συχνά. Η Συνολική παρουσία Απρεπών Συμπεριφορών καθορίστηκε από την παρουσία («ποτέ» ή κωδικός 1), ενδείξεις παρουσίας («σχεδόν ποτέ» έως «σπάνια» ή κωδικοί 2-3) και («μερικές φορές» έως «πάρα πολύ συχνά» ή κωδικοί 4-7) και από τις 7 προτάσεις της

Κλίμακας. Σημειώνεται ότι υψηλότερη μέση βαθμολογία καταδεικνύει μεγαλύτερη συχνότητα απρεπών συμπεριφορών.

3.5.2. Employee Silence Scale, ESS

Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Knoll και van Dick (2013) το οποίο αποτελείται από 12 ερωτήσεις /προτάσεις που διερευνούν τέσσερα είδη σιωπής: Quiescent Silence - Αμυντική σιωπή / για λόγους προστασίας, Acquiescent Silence - Αδρανής σιωπή, Prosocial Silence – Προ-κοινωνική σιωπή, Opportunistic Silence - Καιροσκοπική σιωπή. Σε κάθε είδος αντιστοιχούν 3 ερωτήσεις/προτάσεις όπου ενέχουν διαβάθμιση αποκρίσεων 7-βαθμης κλίμακας Likert, από 1=διαφωνώ απόλυτα έως 7=συμφωνώ απόλυτα. Σε κάθε είδος σιωπής γίνεται εκτίμηση της αθροιστικής βαθμολογίας τους με ψηλότερη βαθμολογία να καταδεικνύει μεγαλύτερη σιωπηλότητα.

3.6. Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε κατόπιν έγκρισης από την 7^η Υγειονομική Περιφέρειας Κρήτης (Α.Π.: 56010/16-12-2022). Η συμμετοχή των φυσικών προσώπων στη μελέτη ήταν εθελοντική. Οι συμμετέχοντες/ουσες, πριν προχωρήσουν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, υπέγραψαν έντυπο συγκατάθεσης, αφού ενημερώθηκαν για το σκοπό και το αντικείμενο της μελέτης, την ανωνυμία των ερωτηματολογίων και για τη μη δημοσίευση οποιασδήποτε πληροφορίας προσώπου παρά μόνο για τη συνολική δημοσίευση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Τέλος, η ερευνήτρια ήταν διαθέσιμη να απαντήσει σε απορίες και να δώσει διευκρινήσεις.

3.7. Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS (IBM Corp. Released 2021, IBM SPSS Statistics for Windows, v.25.0, Armonk, NY: IBM Corp.). Υπολογίστηκαν κατανομές απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των χαρακτηριστικών των 160 επαγγελματιών υγείας των μονάδων ΠΦΥ Κρήτης που συμμετείχαν στη μελέτη. Στις κατανομές των διαβαθμισμένων αποκρίσεων Likert στις Κλίμακες Απρεπών Συμπεριφορών στην Εργασία (WIS) & Σιωπηλότητας Εργαζομένου (ESS), εφαρμόστηκε ο έλεγχος ομοιογένειας κατανομής χ^2 . Οι βαθμολογίες τους αξιολογήθηκαν για τη συμμετρία τους με τη μέθοδο κατά Blom (QQ plot) και βρέθηκαν με ελαφριά ασυμμετρία. Για τον έλεγχο μεταξύ των υποκλιμάκων Σιωπηλότητας εφαρμόστηκε η μέθοδος Friedman ενώ ακολούθησε η συσχέτισή τους μέσω της παραμετρικής μεθόδου Pearson, μεταξύ τους αλλά και με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Για τη σύγκριση των επιπέδων Σιωπηλότητας Εργαζομένου (ESS) ως προς τη διαβάθμιση παρουσίας Απρεπών Συμπεριφορών στην Εργασία (WIS), εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή ανάλυση συνδιακύμανσης (mancova). Ως συμμεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν η ηλικία, τα χρόνια εργασίας στην υγεία, η οικονομική κατάσταση της οικογένειας και η ικανοποίηση από την εργασία με ανάλογη εκτίμηση και της πολυωνυμικής τάσης. Αξιοποιήθηκαν μεταβλητές/παράγοντες που σχετίζονταν με την βαθμολογία Απρεπών Συμπεριφορών στην εργασία. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05. Για τον έλεγχο αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cronbach's alpha, ο οποίος αποτελεί το πιο κατάλληλο εργαλείο ελέγχου αξιοπιστίας σε έρευνες που πραγματοποιούνται με τη χρήση ερωτηματολογίων. Οι τιμές που μπορεί να λάβει είναι από 0 έως 1. Όσο πιο κοντά στο 1 βρίσκεται η τιμή του δείκτη Cronbach's alpha, τόσο πιο αξιόπιστο θεωρείται το ερωτηματολόγιο. Ειδικότερα οι τιμές που βρίσκονται πάνω από 0,70 ερμηνεύονται ως υψηλά αξιόπιστες, οι τιμές που βρίσκονται μεταξύ 0,60 έως 0,70 θεωρούνται αποδεκτές, ενώ τιμές που βρίσκονται κάτω του 0,60 συνάδουν με χαμηλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου (Cronbach, 1951).

ΕΝΟΤΗΤΑ 4. Αποτελέσματα της έρευνας

4.1. Γενικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα

Στην παρούσα συγχρονική μελέτη συμμετείχαν συνολικά 160 επαγγελματίες υγείας από τις μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης. Από το σύνολο των συμμετεχόντων (πίνακας 1) η πλειοψηφία είναι γυναίκες (78,8%). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι τα 44 έτη ($\pm 10,6$) ενώ οι περισσότεροι (35,5%) ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 45-54 ετών. Το 81,2 % είναι σε σχέση, αρραβωνιασμένοι/ες, έγγαμοι/οι, ενώ 68,8% έχει παιδιά. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες και συγκεκριμένα το 30% είναι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, το 22,5% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος και το 0,6% κάτοχοι διδακτορικού.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά 160 επαγγελματιών υγείας από μονάδες της ΠΦΥ Κρήτης που συμμετείχαν στη μελέτη.

		v	%
Φύλο	<i>άνδρες / γυναίκες</i>	34 / 126	21,3 / 78,8
Ηλικία, χρόνια	<i>μέση τιμή\pmτυπ. απ.</i>		44,1 \pm 10,6
	<i>-24</i>	2	1,3
	<i>25-34</i>	33	20,6
	<i>35-44</i>	45	28,1
	<i>45-54</i>	52	32,5
	<i>55+</i>	28	17,5
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Αρραβωνιασμένος/η, Έγγαμος/η, Σε σχέση</i>	130	81,2
	<i>Σε διάσταση, Διαζευγμένος/η, Ελεύθερος/η</i>	30	18,8
Παιδιά	<i>ναι</i>	110	68,8
	<i>όχι</i>	50	31,3
Εκπαίδευση	<i>Λύκειο, Σχολή Νοσοκομείου, ΙΕΚ</i>	38	23,8
	<i>ΤΕΙ/ΑΤΕΙ</i>	37	23,1
	<i>Πανεπιστήμιο</i>	48	30,0
	<i>Μεταπτυχιακό</i>	36	22,5
	<i>Διδακτορικό</i>	1	0,6

Αναφορικά με την επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων στην έρευνα (πίνακας 2) παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων είναι ιατροί (36,3%). Το 26,9% είναι του κλάδου ΔΕ βοηθών Νοσηλευτών/τριων, το 23,8% είναι του κλάδου ΤΕ Νοσηλευτικής και το 3,1% του κλάδου ΠΕ Νοσηλευτικής, ενώ το 8,8% είναι του κλάδου ΤΕ Μαιευτικής και το 1,3% του κλάδου ΤΕ Κοινωνικών Λειτουργών. Από το σύνολο των συμμετεχόντων στην έρευνα το 58,1% δήλωσε ότι κατέχει μόνιμη θέση εργασίας, ενώ το 41,9% εργάζεται με σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου ή ως επικουρικό προσωπικό. Το μεγαλύτερο ποσοστό (68,4%) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν κατέχει καμία θέση ευθύνης στη μονάδα υγείας, το 13,9% είναι υπεύθυνος/η τμήματος, το 5,7% ασκεί καθήκοντα Διευθυντή και 8,9% κατέχει άλλη θέση ευθύνης.

Πίνακας 2. Επαγγελματική ιδιότητα και θέση εργασίας των 160 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη.

		v	%
Επαγγελματική ιδιότητα	<i>Βοηθός Νοσηλευτή/τρια ΔΕ</i>	43	26,9
	<i>Νοσηλευτής/τρια ΤΕ</i>	38	23,8
	<i>Νοσηλευτής/τρια ΠΕ</i>	5	3,1
	<i>Μαία/επισκέπτρια υγείας</i>	14	8,8
	<i>Κοινωνική Λειτουργός</i>	2	1,3
	<i>Ιατρός</i>	58	36,3
Θέση εργασίας	<i>Μη μόνιμη</i>	67	41,9
	<i>Μόνιμη</i>	93	58,1
Θέση ευθύνης	<i>Καμία</i>	108	68,4
	<i>Υπεύθυνος-η Τμήματος</i>	22	13,9
	<i>Άλλη θέση (π.χ. επιτροπή λοιμώξεων)</i>	14	8,9
	<i>Προϊστάμενος-η Τμήματος</i>	5	3,2
	<i>Διευθυντής ΝΥ / Τομέαρχης</i>	9	5,7

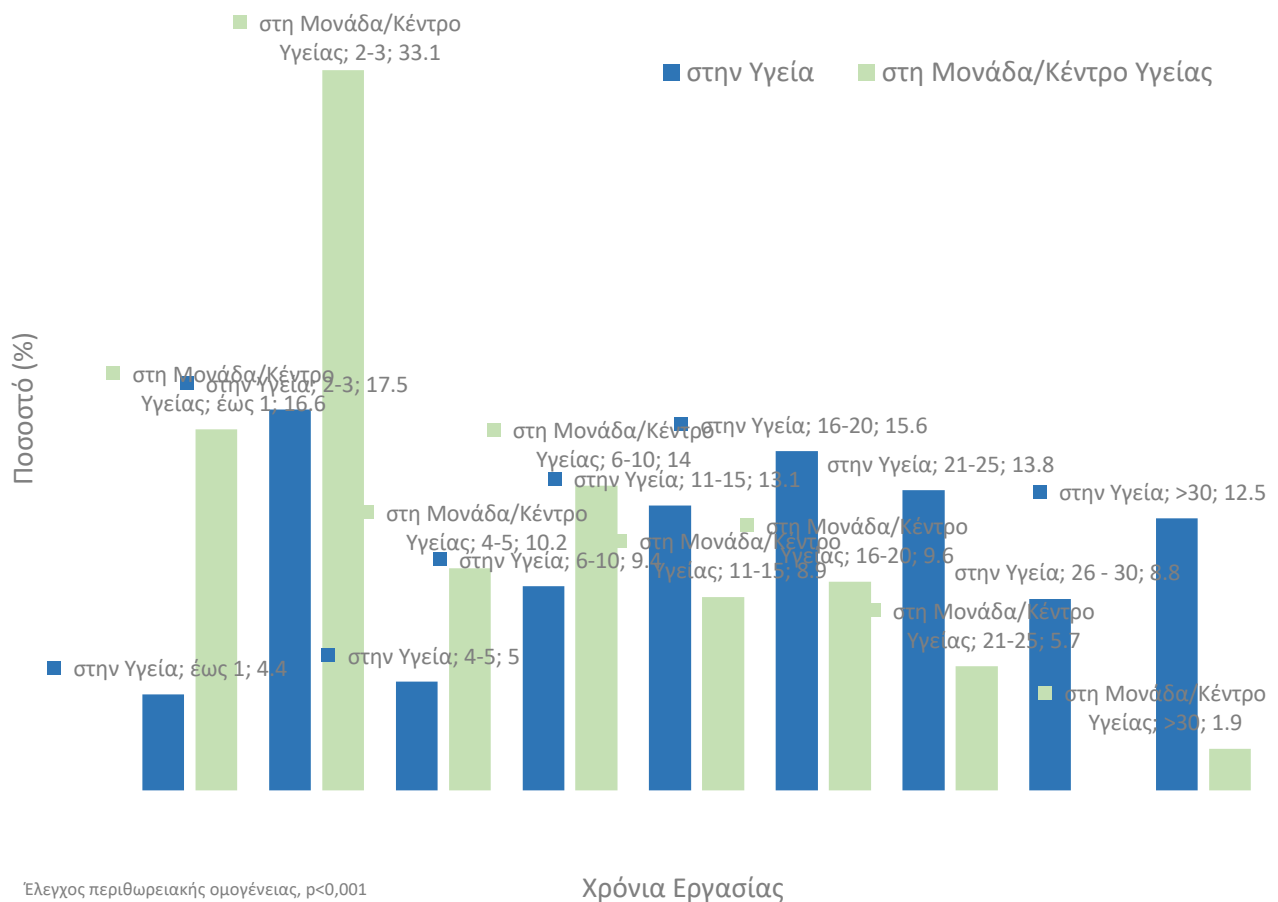
Στην ερευνά επιλέχθηκαν και συμμετείχαν επαγγελματίες υγείας από 12 Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης. Οι περισσότεροι προέρχονται από το Κέντρο Υγείας Ηρακλείου με ποσοστό συμμετοχής 26,9% ενώ σημαντικό ποσοστό συμμετοχής έχουν οι εργαζόμενοι από το Κέντρο Υγείας Αγίας Βαρβάρας (14,4%) και από το Κέντρο Υγείας Ανωγείων (10,0%). Σημαντική είναι και η συμμετοχή των εργαζομένων από το Κέντρο Υγείας

Χανίων (8,1%) και από το Κέντρο Υγείας Βάμου (8,1%). Από τα Κέντρα Υγείας Μοιρών και Κίτσαμου το ποσοστό συμμετοχής ανέρχεται στο 6,9%, από το Κέντρο Υγείας Χάρακα 6,3%, από την ΤΟΜΥ Ηρακλείου 5% και από το Κέντρο Υγείας Αγίας Φωτεινής 3,1%. Τα χαμηλότερα ποσοστά συμμετοχής προέρχονται από την ΤΟΜΥ Νέας Αλικαρνασσού (2,5%) και από την ΤΟΜΥ Χανίων (1,9%)

Από την ποσοστιαία κατανομή των ετών εργασίας στο χώρο της υγείας και στην τρέχουσα Μονάδα Υγείας (Σχήμα 1) των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην μελέτη διαπιστώνουμε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα (33,1%) εργάζονται λίγα χρόνια (2-3 χρόνια) στην Μονάδα Υγείας σε αντίθεση με το 1,9% των συμμετεχόντων που εργάζεται πολλά χρόνια (>30) στη Μονάδα Υγείας. Ωστόσο, οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν συνολικά περισσότερα χρόνια στο χώρο της Υγείας έναντι στην τρέχουσα Μονάδα καθώς το 50,7% των συμμετεχόντων εργάζεται πάνω από 16 χρόνια στην Υγεία ενώ το 17,2% εργάζεται στην τρέχουσα Μονάδα Υγείας. Συγκριμένα το 15,6% των συμμετεχόντων εργάζεται 16-20 χρόνια στην Υγεία έναντι του 9,6% που εργάζεται στη Μονάδα Υγείας, το 13,8% εργάζεται 21-25 χρόνια στην Υγεία έναντι του 5,7% που εργάζεται στη Μονάδα Υγείας, το 8,8% εργάζεται στην Υγεία και το 12,5% εργάζεται πάνω από 30 χρόνια στην Υγεία έναντι του 1,9% που εργάζεται στη Μονάδα Υγείας.

Από την κατανομή των νυχτερινών και απογευματινών βαρδιών/εφημεριών τον τελευταίο μήνα των 160 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην μελέτη διαπιστώνουμε ότι το 60% των συμμετεχόντων δεν έχει κάνει καμία νυχτερινή βάρδια/εφημερία τον τελευταίο μήνα όπως και το 36,3% δεν έχει κάνει καμία απογευματινή βάρδια οφειλόμενο πιθανά στο γεγονός ότι όλες οι Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε επίπεδο Περιφέρειας Κρήτης δεν λειτουργούν σε 24ωρη βάση . Ωστόσο, 3 έως 4 νυχτερινές βάρδιες /εφημερίες δήλωσε ότι έκανε το 13,8% των συμμετεχόντων ενώ το 26,9% δήλωσε ότι έκανε 3εως 4 απογευματινές βάρδιες. Συνολικά, πάνω από 3 νυχτερινές βάρδιες δήλωσε ότι έκανε το 36,4% κατά τον τελευταίο μήνα ενώ το 57% δήλωσε ότι έκανε πάνω από 3 απογευματινές βάρδιες.

Σχήμα 1. Ποσοστιαία κατανομή των ετών εργασίας των 160 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη, στο χώρο της Υγείας και στην τρέχουσα Μονάδα/Κέντρο Υγείας.

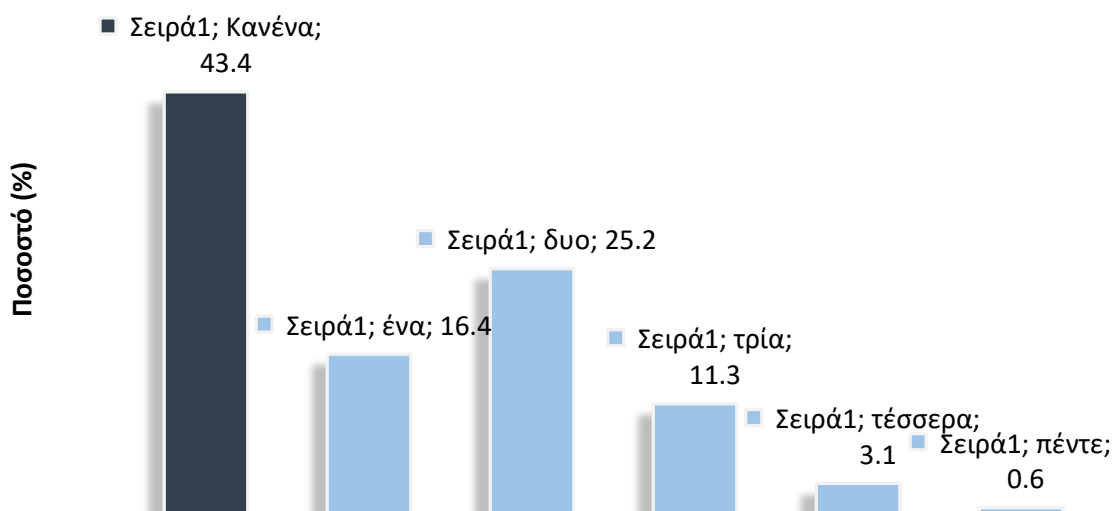


Ανάλογα, από τη ανάλυση των δεδομένων, όπως παρατίθενται στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 2), διαπιστώνεται ότι η μεγαλύτερη πλειοψηφία των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα το 43,4% δεν εργάστηκε κανένα Σαββατοκύριακο κατά τον τελευταίο μήνα. Ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (25,2%) εργάστηκε δύο Σαββατοκύριακα, το 16,4% ένα Σαββατοκύριακο και μόλις το 0,6% πέντε.

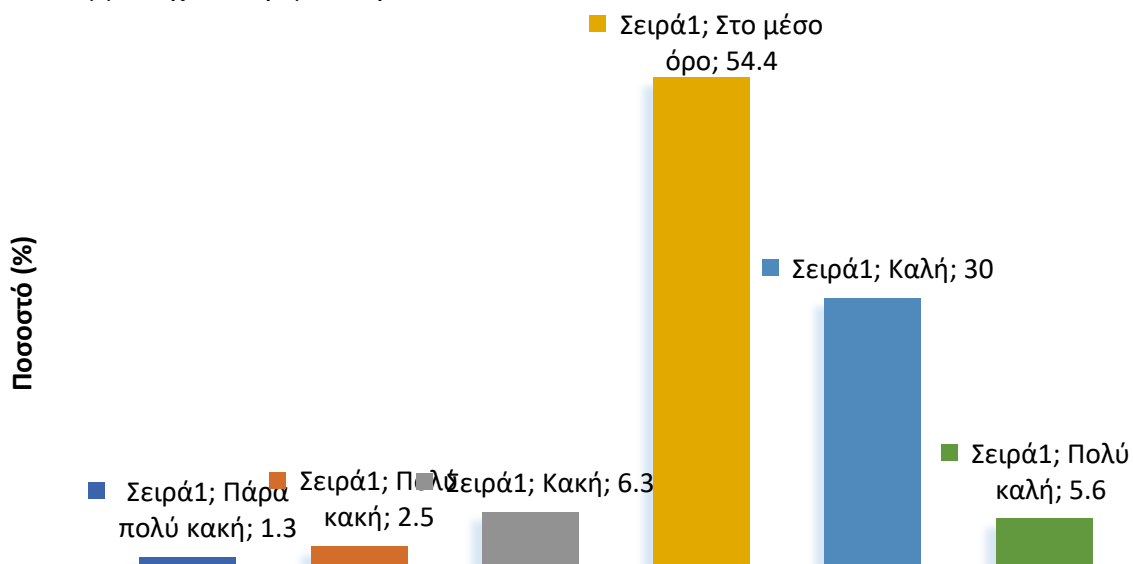
Από την ανάλυση των στατιστικών δεδομένων, όπως παρουσιάζεται στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 3), η οικονομική κατάσταση της οικογένειας των περισσότερων συμμετεχόντων βρίσκεται στο μέσο όρο. Συγκεκριμένα το 54,4% δήλωσε ότι η οικονομική κατάσταση της οικογενείας του βρίσκεται στο μέσο όρο, το 30% δήλωσε ότι η οικονομική οικογενειακή του κατάσταση είναι καλή και 5,6% ότι είναι πολύ καλή. Αντίθετα, ένα μικρό ποσοστό και συγκεκριμένα το 6,0% των

συμμετεχόντων δήλωσε ότι η οικονομική κατάσταση της οικογένειας είναι πολύ κακή και το 1,3% ότι είναι πάρα πολύ κακή.

Σχήμα 2. Κατανομή εργασίας Σαββατοκύριακων που εργαστήκαν τον τελευταίο μήνα οι 160 επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην μελέτη.

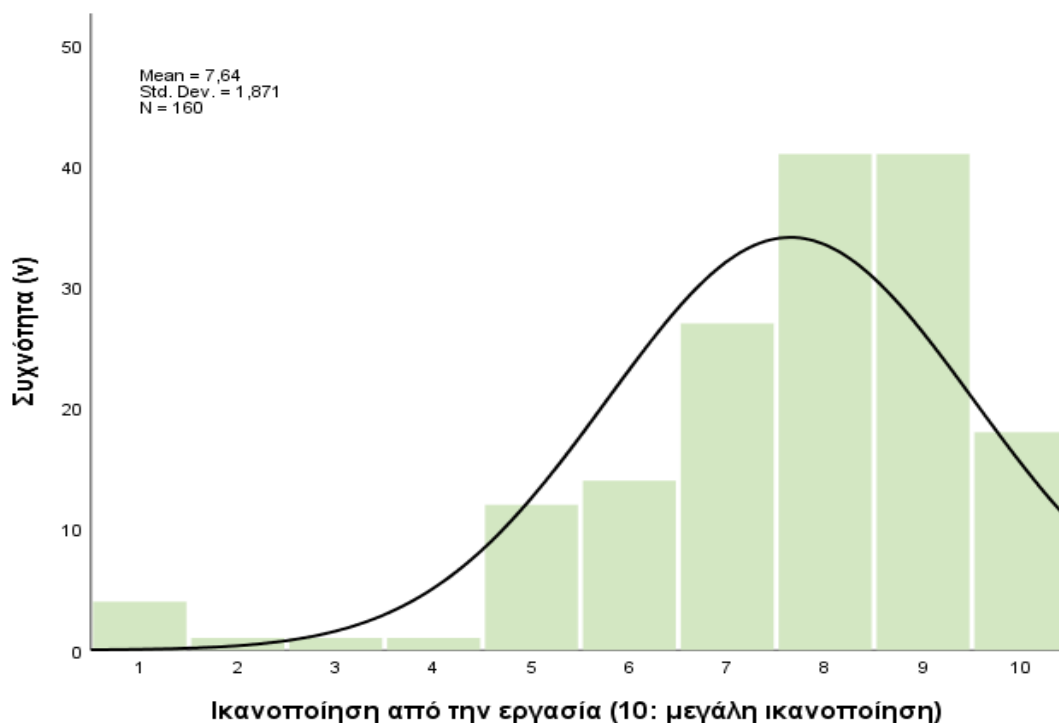


Σχήμα 3. Κατανομή της οικονομικής κατάστασης της οικογένειας των 160 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην μελέτη.



Αντίστοιχα, η ικανοποίηση των εργαζομένων από την εργασία τους γενικά είναι σχετικά μεγάλη. Σε μια κλίμακα από το 1 «Μεγάλη δυσαρέσκεια από την εργασία» έως το 10 «Μεγάλη ικανοποίηση από την εργασία» το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων δήλωσε μια σχετικά μεγάλη ικανοποίηση από την εργασία. Η μέση τιμή της ικανοποίησης από την εργασία γενικά είναι Mean=7,64. Σημειώνεται ότι η τυπική απόκλιση, δηλαδή το ποσό της μεταβολής ή της διασποράς του συνόλου τιμών των δεδομένων είναι χαμηλή (Std Dev =1,87) υποδηλώνοντας ότι τα σημεία των δεδομένων τείνουν να είναι κοντά στο μέσο όρο.

Σχήμα 4. Κατανομή της ικανοποίησης από την εργασία των 160 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη.



4.2. Απρέπεια στο χώρο Εργασίας & Σιωπηλότητα Εργαζομένου

Για την αξιολόγηση των απρεπών συμπεριφορών στο χώρο της εργασίας από τους επαγγελματίες υγείας των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης που συμμετείχαν στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Απρεπών Συμπεριφορών στην Εργασία (Workplace Incivility Scale, WIS) (Cortina et al, 2001). Η διαβάθμιση των αποκρίσεων είναι σε κλίμακα Likert: από 1=ποτέ έως 7=πάρα πολύ συχνά. Η Συνολική παρουσία Απρεπών

Συμπεριφορών καθορίστηκε από την παρουσία («ποτέ» ή κωδικός 1), ενδείξεις παρουσίας («σχεδόν ποτέ» έως «σπάνια» ή κωδικοί 2-3) και («μερικές φορές» έως «πάρα πολύ συχνά» ή κωδικοί 4-7) και από τις 7 προτάσεις της Κλίμακας (πίνακας 3). Σημειώνεται ότι υψηλότερη μέση βαθμολογία καταδεικνύει μεγαλύτερη συχνότητα απρεπών συμπεριφορών.

Από την εφαρμογή του ελέγχου ομοιογένειας χ^2 διαπιστώθηκε ότι υπάρχει γενικά ανομοιογενής απόκριση σε όλες τις ερωτήσεις. Οι διαφοροποιήσεις των 7-βαθμιων αποκρίσεων της κλίμακας Likert από «ποτέ» έως «πάρα πολύ συχνά» είναι σημαντικές ($p < 0,001$).

Πίνακας 3. Αποκρίσεις σε 7 προτάσεις/ερωτήσεις της Κλίμακας Απρεπών Συμπεριφορών στην Εργασία – ΑΣΕ (Workplace Incivility Scale, WIS) των 160 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη.

Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων μηνών, πόσο συχνά κάποιος/α από τους συναδέλφους σου...	ποτέ (1)	σχεδόν ποτέ (2)	σπάνια (3)	μερικές φορές (4)	συχνά (5)	πολύ συχνά (6)	πάρα πολύ συχνά (7)	μέση τιμή
	%							
Σε 'μείωσε'	44,9	20,3	24,7	7,0	1,9	0,6	0,6	2,05
Δεν έδωσε σημασία σε κάτι που είπες ή δεν ενδιαφέρθηκε για τη γνώμη σου;	27,8	27,2	27,8	12,7	2,5	0,6	1,3	↑2,42
Έκανε ταπεινωτικά ή αγενή σχόλια για σένα;	49,4	29,1	13,9	6,3	0,6	--	0,6	1,82
Σου απευθύνθηκε με αντιεπαγγελματικό τρόπο, είτε προσωπικά, είτε δημόσια;	39,2	31,6	17,7	8,9	1,3	--	1,3	2,06
Σε αγνόησε ή σε απέκλεισε από επαγγελματικές συζητήσεις;	54,7	23,9	13,8	4,4	1,9	--	1,3	1,80
Αμφισβήτησε την κρίση σου για ένα θέμα για το οποίο ήσουν υπεύθυνος/η;	50,9	28,9	14,5	3,8	1,3	--	0,6	1,78
Έκανε αυθαίρετες προσπάθειες να σε εμπλέξει σε συζητήσεις για πολύ προσωπικά θέματα δικά σου ή συναδέλφων σου;	57,9	19,5	13,8	6,3	1,9	--	0,6	↓1,77

Έλεγχος χ^2 , σημαντικές διαφοροποιήσεις σε όλες τις ερωτήσεις ($p < 0,001$).

Από τον παραπάνω πίνακα (πίνακας 3) διαπιστώνουμε ότι την υψηλότερη μέση βαθμολογία (2,42) έχει η πρόταση /ερώτηση «Δεν έδωσε σημασία σε κάτι που είπες ή δεν ενδιαφέρθηκε για τη γνώμη σου;» γεγονός που καταδεικνύει μεγαλύτερη συχνότητα απρεπών συμπεριφορών σε αντίθεση με την πρόταση /ερώτηση «Έκανε αυθαίρετες προσπάθειες να σε εμπλέξει σε συζητήσεις για πολύ προσωπικά θέματα δικά σου ή συναδέλφων σου;» που εμφανίζει την χαμηλότερη μέση

βαθμολογία (1,77) γεγονός που καταδεικνύει χαμηλότερη συχνότητα απρεπών συμπεριφορών. Σχετικά υψηλή μέση βαθμολογία παρουσιάζει και η πρόταση /ερώτηση «Σε ‘μείωσε’» (2,05) καθώς και η ερώτηση/πρόταση «Σου απευθύνθηκε με αντιεπαγγελματικό τρόπο, είτε προσωπικά, είτε δημόσια» (2,06) γεγονός που υποδηλώνει μια σχετικά υψηλή συχνότητα απρεπών συμπεριφορών έναντι των ερωτήσεων/προτάσεων «Αμφισβήτησε την κρίση σου για ένα θέμα για το οποίο ήσουν υπεύθυνος/η;» (1,78), «Σε αγνόησε ή σε απέκλεισε από επαγγελματικές συζητήσεις;» (1,80) και «Έκανε ταπεινωτικά ή αγενή σχόλια για σένα;» (1,82) οι οποίες έχουν σχετικά χαμηλές μέσες βαθμολογίες πράγμα που καταδεικνύει σχετικά χαμηλότερη συχνότητα απρεπών συμπεριφορών.

Ανάλογα, για την αξιολόγηση της σιωπηλότητας των εργαζομένων αξιοποιήθηκε η Κλίμακα Σιωπηλότητας Εργαζομένου (Employee Silence Scale, ESS) (Knoll & Van Dick, 2013) η οποία αποτελείται από 12 ερωτήσεις/προτάσεις που διερευνούν τέσσερα είδη σιωπής: Quiescent Silence - Αμυντική σιωπή / για λόγους ηρεμίας / προστασίας, Acquiescent Silence - Αδρανής σιωπή, Prosocial Silence – Προ-κοινωνική σιωπή & Opportunistic Silence - καιροσκοπική σιωπή. Σε κάθε είδος αντιστοιχούν 3 ερωτήσεις/προτάσεις όπου ενέχουν διαβάθμιση αποκρίσεων 7-βαθμης κλίμακας Likert, από 1=διαφωνώ απόλυτα έως 7=συμφωνώ απόλυτα. Σε κάθε είδος σιωπής αλλά και συνολικά γίνεται εκτίμηση της αθροιστικής βαθμολογίας τους με ψηλότερη βαθμολογία να καταδεικνύει μεγαλύτερη σιωπηλότητα. Από την εφαρμογή του ελέγχου ομοιογένειας χ^2 παρατηρήθηκε ανομοιογενής απόκριση ή σημαντικές διαφοροποιήσεις των αποκρίσεων της 7-βαθμης κλίμακας Likert από 1=διαφωνώ απόλυτα έως 7=συμφωνώ απόλυτα ($p<0,001$).

Από την ανάλυση των δεδομένων του παρακάτω πίνακα (πίνακας 4) διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των 160 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην μελέτη είχαν προβλήματα στην εργασία τους αλλά δεν μίλησαν γιατί δεν ήθελαν να φέρουν άλλους σε αμηχανία ή να τους ντροπιάσουν. Η μέση τιμή της απόκρισης αυτής είναι 3,64 γεγονός που καταδεικνύει μεγαλύτερη σιωπηλότητα. Επίσης, οι εργαζόμενοι παρέμειναν σιωπηλοί επειδή δεν

ήθελαν να βάλουν τους άλλους σε μπελάδες (μ.τ. =3,55), γιατί δεν ήθελαν να πληγώσουν τους συναδέλφους ή τους προϊσταμένους τους (μ.τ. =3,16), επειδή είχαν το φόβο των αρνητικών συνεπειών (μ.τ.=2,63) ή γιατί πίστευαν ότι έτσι και αλλιώς τίποτα δεν επρόκειτο να αλλάξει (μ.τ.=2,97).

Πίνακας 4. Αποκρίσεις σε 12 ερωτήσεις/προτάσεις της Κλίμακας Σιωπηλότητας Εργαζομένου (Employee Silence Scale, ESS) των 160 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην μελέτη.

Κατά τη διάρκεια της εργασίας έχουν υπάρξει προβλήματα στο τμήμα μου, αλλά δεν έχω μιλήσει ...	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	μέση τιμή
... επειδή είχα το φόβο των αρνητικών συνεπειών	30,8%	25,2%	15,7%	14,5%	7,5%	5,0%	1,3%	2,63
... γιατί φοβάμαι ότι το να πω την άποψη μου έχει μειονεκτήματα	33,3%	33,3%	13,2%	7,5%	7,5%	3,8%	1,3%	2,39
... για να μην γίνω ευάλωτος στα μάτια των συναδέλφων ή των προϊσταμένων μου	34,6%	36,5%	11,9%	8,2%	5,7%	1,3%	1,9%	2,25
... γιατί δεν θέλω να πληγώσω τους συναδέλφους ή τους προϊστάμενούς μου	20,8%	23,9%	13,8%	15,7%	15,1%	6,9%	3,8%	3,16
... γιατί δεν θέλω να φέρω άλλους σε αμηχανία ή να τους ντροπιάσω	18,4%	17,1%	12,7%	13,9%	16,5%	15,2%	6,3%	↑3,64
... γιατί δεν θέλω να βάλω τους άλλους σε μπελάδες	19,6%	18,4%	10,8%	15,2%	17,1%	12,7%	6,3%	3,55
... για να μην δώσω το πλεονέκτημα της γνώσης μου	34,2%	33,5%	13,9%	12,0%	3,2%	1,9%	1,3%	2,27
... επειδή ανησυχώ ότι οι άλλοι θα εκμεταλλευτούν τις ιδέες μου	40,3%	41,5%	9,4%	6,3%	1,9%	0,0%	0,6%	↓1,91
... γιατί μπορεί να χρειαζόταν να κάνουν περισσότερη δουλειά που μπορούσα να αποφύγω	42,1%	40,9%	6,3%	7,5%	1,3%	1,3%	0,6%	↓1,91
... γιατί έτσι κι αλλιώς κανείς δεν έχει διάθεση να ακούσει	32,1%	27,7%	12,6%	14,5%	7,5%	1,3%	4,4%	2,59
... επειδή οι προϊστάμενοί μου δεν είναι ανοιχτοί σε προτάσεις, προβληματισμούς και τα σχετικά	37,1%	28,3%	10,1%	9,4%	8,2%	3,1%	3,8%	2,48
... γιατί έτσι κι αλλιώς τίποτα δεν πρόκειται να αλλάξει	30,2%	23,3%	11,9%	12,6%	6,9%	6,3%	8,8%	2,97

Έλεγχος χ^2 , σημαντικές διαφοροποιήσεις σε όλες τις ερωτήσεις ($p < 0,001$).

Αντίθετα, η ανησυχία ότι οι άλλοι θα εκμεταλλευόντουσαν τις ιδέες του ή ότι μπορεί να χρειαζόταν κάνουν περισσότερη δουλειά και την οποία μπορούσαν να αποφύγουν δεν

αποτελούσαν βασικούς αιτιολογικούς παράγοντες σιωπής. Η μέση τιμή σε αυτές τις αποκρίσεις είναι 1,91 γεγονός που καταδεικνύει χαμηλότερη σιωπηλότητα.

Από την ανάλυση των δεδομένων και την κατανομή των βαθμολογιών των Κλιμάκων Απρεπών Συμπεριφορών στην Εργασία (WIS) & Σιωπηλότητας Εργαζομένου (ESS) των 160 επαγγελματιών υγείας της μελέτης, όπως παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 5) παρατηρείται μια χαμηλή συχνότητα απρεπών συμπεριφορών και ένα χαμηλό επίπεδο σιωπηλότητας των εργαζομένων.

Πίνακας 5. Βαθμολογίες και συνέπεια αποκρίσεων των Κλιμάκων Απρεπών Συμπεριφορών στην Εργασία (WIS) & Σιωπηλότητας Εργαζομένου (ESS) των 160 επαγγελματιών υγείας της μελέτης.

<i>Κλίμακα & υποκλίμακες</i>	<i>Μέση τιμή</i>	<i>Τυπ. αποκλ.</i>	<i>Διάμεσος</i>	<i>Ελάχ.</i>	<i>Μέγ.</i>	<i>Cronbach α</i>
Απρεπών Συμπεριφορών στην Εργασία (WIS) (υψηλή βαθμολογία → μεγαλύτερη συχνότητα απρεπών συμπεριφορών)	1,98	0,958	1,71	1,0	7,0	0,92
<i>Απουσία Απρεπών Συμπεριφορών</i>	v=70 ή 43,8%					
<i>Ενδείξεις παρουσίας Απρεπών Συμπεριφορών</i>	v=49 ή 30,6%					
<i>Παρουσία Απρεπών Συμπεριφορών</i>	v=41 ή 25,6%					
Σιωπηλότητας Εργαζομένου (υψηλότερες τιμές → υψηλότερη εργασιακή σιωπηλότητα)	31,7	12,5	33,0	12	81	0,88
<i>Αμυντική Σιωπηλότητα (Quiescent Silence)</i>	7,3	3,9	6,0	3	21	0,86
<i>Προ-κοινωνική Σιωπηλότητα (Prosocial Silence)</i>	10,3	5,2	10,0	3	21	0,92
<i>Καιροσκοπική Σιωπηλότητα (Opportunistic Silence)</i>	6,1	2,9	6,0	3	20	0,77
<i>Αδρανής Σιωπηλότητα (Acquiescent Silence)</i>	8,0	4,7	7,0	3	21	0,87

Διαβάθμιση αποκρίσεων της Κλίμακας Απρεπών Συμπεριφορών στην Εργασία (WIS) από 1=ποτέ έως 7=πάρα πολύ συχνά, με εκτίμηση της μέσης βαθμολογίας. Η Συνολική παρουσία Απρεπών Συμπεριφορών καθορίστηκε από την παρουσία («ποτέ» ή κωδικός 1), ενδείξεις παρουσίας («σχεδόν ποτέ» έως «σπάνια» ή κωδικοί 2-3) και («μερικές φορές» έως «πάρα πολύ συχνά» ή κωδικοί 4-7).

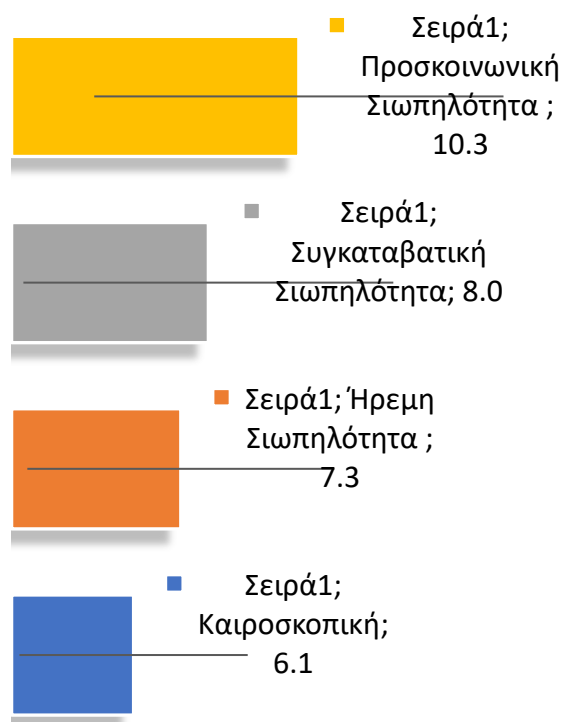
Διαβάθμιση αποκρίσεων Σιωπηλότητας Εργαζομένου: 1=διαφωνώ απόλυτα έως 7=συμφωνώ απόλυτα (εκτίμηση αθροιστικής βαθμολογίας των 12 αλλά και των 3 ερωτήσεων που αντιστοιχούν σε κάθε μια από τις 4 υποκλίμακες της).

Από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα στην Κλίμακα Απρεπών Συμπεριφορών στην Εργασία (WIS) διαπιστώνεται ότι η μέση τιμή είναι 1,98 (εύρος 1,0-7,0, Cronbach α=0,92) γεγονός που

καταδεικνύει μια χαμηλή συχνότητα απρεπών συμπεριφορών. Από το σύνολο των 160 συμμετεχόντων επαγγελματιών υγείας παρατηρήθηκε ότι το 56,2% των συμμετεχόντων έχει υποστεί απρεπείς συμπεριφορές ή υπάρχουν ενδείξεις για την παρουσία απρεπών συμπεριφορών. Συγκεκριμένα, το 25,6% των συμμετεχόντων έχει υποστεί απρεπή συμπεριφορά, ενώ για το 30,6% υπάρχουν ενδείξεις παρουσίας απρεπών συμπεριφορών. Αντίθετα, ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα το 43,8% δεν έχει υποστεί απρεπή συμπεριφορές. Αντίστοιχα, στην Κλίμακα Σιωπηλότητας Εργαζομένου (ESS) διαπιστώνεται ότι η μέση τιμή Σιωπηλότητας των Εργαζομένων είναι 31,7 (εύρος 12-81, Cronbach $\alpha=0,88$) γεγονός που καταδεικνύει ένα χαμηλό επίπεδο σιωπηλότητας.

Από τη σύγκριση των μέσων βαθμολογιών των υποκλιμακών της Κλίμακας Σιωπηλότητας Εργαζομένου (ESS) των 160 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην μελέτη (Σχήμα 5) διαπιστώθηκε ότι η Προ-κοινωνική Σιωπηλότητα έχει την υψηλότερη μέση βαθμολογία (10,3) έναντι της Καιροσκοπικής Σιωπηλότητας (6,1) που έχει την χαμηλότερη. Η Αδρανής Σιωπηλότητα έχει μέση βαθμολογία (8,0) και η Αμυντική Σιωπηλότητα έχει 7,3 μέση βαθμολογία.

Σχήμα 5. Σύγκριση μέσων βαθμολογιών των υποκλιμάκων της Κλίμακας Σιωπηλότητας Εργαζομένου (ESS) των 160 επαγγελματιών υγείας της μελέτης.



Έλεγχος Friedman, $p < 0,001$

Μέση τιμή (TA)

Από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας (πίνακας 6) διαπιστώθηκε ότι οι απρεπείς συμπεριφορές στην εργασία έχουν μια θετική γραμμική συσχέτιση με την σιωπηλότητα των εργαζομένων ($r\text{-Pearson}=0.343$, $p < 0,001$). Ειδικότερα, οι απρεπείς συμπεριφορές έχουν υψηλότερο βαθμό συσχέτισης με την Αδρανή σιωπηλότητα ($r\text{-Pearson}=0,310$, $< 0,001$) μέτριο με την Αμυντική Σιωπηλότητα ($r\text{-Pearson}=0,270$) και με την Προ-κοινωνική σιωπηλότητα ($r\text{-Pearson}=0,241$) και χαμηλότερο με την Καιροσκοπική σιωπηλότητα ($r\text{-Pearson}=0,184$) Αντίστοιχα, ως προς τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των 160 συμμετεχόντων επαγγελματιών υγείας βρέθηκε ότι οι απρεπείς συμπεριφορές έχουν μια ασθενή θετική γραμμική συσχέτιση με την οικονομική κατάσταση της οικογένειας ($r\text{-Pearson}=0,160$) και με τα χρόνια εργασίας στον χώρο της υγείας ($r\text{-Pearson}=0,121$). Αρνητική γραμμική συσχέτιση υπάρχει με την ικανοποίηση από την εργασία ($r\text{-Pearson}= -0,321$, $< 0,001$) και με την θέση ευθύνης ($r\text{-Pearson}= -0,108$).

Πίνακας 6. Συσχέτιση Απρεπών Συμπεριφορών στην Εργασία (WIS) & Σιωπηλότητας Εργαζομένου (ESS) καθώς και των βασικών – εργασιακών χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας.

	Κλίμακα Απρεπών Συμπεριφορών στην Εργασία	
	r-Pearson	p-value
Σιωπηλότητα Εργαζομένου (υψηλότερες τιμές → υψηλότερη εργασιακή σιωπηλότητα)	0,343	<0,001
<i>Αμυντική Σιωπηλότητα</i>	0,270	0,001
<i>Προ-κοινωνική Σιωπηλότητα</i>	0,241	0,002
<i>Καιροσκοπική Σιωπηλότητα</i>	0,184	0,020
<i>Αδρανής Σιωπηλότητα</i>	0,310	<0,001
Φύλο (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	0,014	0,863
Ηλικία (ανά 10ετία)	0,070	0,380
Οικογενειακή κατάσταση (1: σε διάσταση/διαζευγμένος/η, ελεύθερος/η, 2: σε σχέση, αρραβωνιασμένος/η, έγγαμος/η)	-0,075	0,343
Παιδιά (1:ναι, 2:όχι)	0,005	0,952
Εκπαίδευση (1: Λύκειο, Σχολή Νοσοκομείου, ΙΕΚ, 2:ΤΕΙ, 3: Πανεπιστήμιο, 4: Μεταπτυχιακό, 5:διδακτορικό)	0,056	0,482
Θέση εργασίας (1: μη μόνιμη, 2: μόνιμη)	0,029	0,717
Θέση ευθύνης (1: όχι, 2: ναι)	-0,108	0,175
Χρόνια εργασίας στο χώρο της Υγείας	0,121	0,126
Χρόνια εργασίας στο συγκεκριμένο Τμήμα/Υπηρεσία	-0,062	0,437
Νυχτερινές βάρδιες ή εφημερίες τον τελευταίο μήνα	-0,041	0,610
Απογευματινές βάρδιες τον τελευταίο μήνα	0,005	0,951
Σ/Κ εργασίας τον τελευταίο μήνα	0,014	0,866
Οικονομική κατάσταση της οικογένειας (1: Πάρα πολύ κακή έως 7: πάρα πολύ καλή)	0,160	0,043
Ικανοποίηση από την εργασία (1: Μεγάλη δυσαρέσκεια έως 10: Μεγάλη ικανοποίηση)	-0,321	<0,001

* p<0,05

Για τη σύγκριση των επιπέδων Σιωπηλότητας Εργαζομένου (ESS) ως προς τη διαβάθμιση παρουσίας Απρεπών Συμπεριφορών στην Εργασία (WIS), εφαρμόστηκε η πολυμεταβλητή ανάλυση συνδιακύμανσης (mancova). Ως συν-μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν η ηλικία, τα χρόνια εργασίας στην υγεία, η οικονομική κατάσταση της οικογένειας και η ικανοποίηση από την εργασία με ανάλογη εκτίμηση και της πολυωνυμικής τάσης.

Από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας (πίνακας 7) διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας που έχουν υποστεί απρεπείς συμπεριφορές (παρουσία) σε σχέση με αυτούς

που δεν έχουν υποστεί (απουσία) βρέθηκαν με σημαντικά υψηλότερα επίπεδα συνολικής εργασιακής σιωπηλότητας. Το επίπεδο σιωπηλότητας των εργαζομένων που έχουν υποστεί απρεπείς συμπεριφορές είναι 36,21 (p-trend=0,001) ενώ το επίπεδο σιωπηλότητας των εργαζομένων που δεν έχουν υποστεί απρεπείς συμπεριφορές είναι 27,62 (p-trend=0,001). Αναλυτικότερα, οι εργαζόμενοι που έχουν υποστεί απρεπείς συμπεριφορές έχουν χαμηλότερη Προ-κοινωνική σιωπηλότητα (5,34, p-trend=0,45) σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν υποστεί απρεπείς συμπεριφορές (9,25, p-trend=0,45) καθώς και χαμηλότερη Καιροσκοπική σιωπηλότητα (6,71 p-trend=0,022) έναντι αυτών που δεν έχουν υποστεί (11,39 p-trend=0,022). Αντίθετα, οι επαγγελματίες υγείας που έχουν υποστεί απρεπείς συμπεριφορές παρουσιάζουν υψηλότερη Αδρανή Σιωπηλότητα (10,5, p-trend <0,001) σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν υποστεί απρεπείς συμπεριφορές (6,51, p-trend<0,001) καθώς και υψηλότερη Αμυντική Σιωπηλότητα (8,06, p-trend=0,057) έναντι αυτών που δεν έχουν υποστεί απρεπείς συμπεριφορές (6,52, p-trend=0,057).

Πίνακας 7. Σύγκριση επιπέδων Σιωπηλότητας Εργαζομένου (ESS) ως προς τη διαβάθμιση παρουσίας Απρεπών Συμπεριφορών στην Εργασία (WIS) των 160 επαγγελματιών υγείας της μελέτης.

	<i>Απρεπείς Συμπεριφορές στην Εργασία</i>			p-value	p-trend
	<i>Απουσία</i>	<i>Ενδείξεις παρουσίας</i>	<i>Παρουσία</i>		
	Μέση τιμή (τυπ. σφάλμα)				
Σιωπηλότητα Εργαζομένου (υψηλότερες τιμές → υψηλότερη εργασιακή σιωπηλότητα)	27,62 (1,47)	33,82 (1,73)	36,21 (1,94)	0,001	0,001
<i>Αμυντική Σιωπηλότητα</i>	6,52 (0,48)	7,70 (0,56)	8,06 (0,63)	0,113	0,057
<i>Προ-κοινωνική Σιωπηλότητα</i>	9,25 (0,63)	10,93 (0,74)	5,34 (0,35)	0,085	0,045
<i>Καιροσκοπική Σιωπηλότητα</i>	11,39 (0,83)	6,60 (0,41)	6,71 (0,46)	0,026	0,022
<i>Αδρανής Σιωπηλότητα</i>	6,51 (0,53)	8,58 (0,62)	10,05 (0,70)	<0,001	<0,001

Πολυμεταβλητή Ανάλυση Συνδιακύμανσης (manova). Ως συμμεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν η ηλικία, τα χρόνια εργασία στην Υγεία, η οικονομική κατάσταση της οικογένειας και η ικανοποίηση από την εργασία. Εκτίμηση και πολυωνμικής τάσης.

ΕΝΟΤΗΤΑ 5

5.1. Συζήτηση

Η οργανωσιακή έρευνα έχει παραδοσιακά επικεντρωθεί σε πιο σαφείς αντικοινωνικές συμπεριφορές μεγαλύτερης έντασης, όπως η επιθετικότητα στο χώρο εργασίας και η σεξουαλική παρενόχληση, και πολύ λιγότερα είναι γνωστά για τους χαμηλότερου επιπέδου διαπροσωπικούς στρεσογόνους παράγοντες αλλά και για τις συνέπειες που μπορεί να έχουν αυτές στην εργασιακή σιωπή. Η παρούσα μελέτη προάγει τη γνώση στον τομέα αυτό διερευνώντας τις απρεπείς συμπεριφορές στο χώρο της εργασίας και τη συσχέτισή αυτών με την εργασιακή σιωπή. Στην παρούσα μελέτη συνολικά συμμετείχαν 160 επαγγελματίες υγείας από 12 Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης.

Τα αποτελέσματα της έρευνας συνάδουν με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών σε διαφορετικούς τομείς και υπηρεσίες αλλά και στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, οι Porath και Pearson (2013) ανέφεραν ότι το 98% των εργαζομένων στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής έχουν βιώσει την απρέπεια στο χώρο της εργασίας τουλάχιστον μια φορά στην επαγγελματική τους ζωή, ενώ οι μισοί από αυτούς βιώνουν την απρέπεια στο χώρο της εργασίας σε εβδομαδιαία βάση. Σε μια συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε από τους Shoorideh, et al (2021) σχετικά με τον επιπολασμό της απρέπειας στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών διαπιστώθηκε ότι ο επιπολασμός της απρέπειας ήταν 55,10%. Σε μια άλλη συστηματική ανασκόπηση από τους Dalvand et al (2018) για την αξιολόγηση της βίας στο εργασιακό περιβάλλον των Ιρανών νοσηλευτών/τριών τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 74% των νοσηλευτών είχε εκτεθεί σε λεκτική βία και το 28% σε σωματική βία. Μια μελέτη από τους Bjorkqvist et al (1994) έδειξε

ότι το 32% των εργαζομένων στο πανεπιστήμιο είχε βιώσει απρέπεια. Επίσης, σε μια μελέτη που διεξήχθη από τον Duncan (2000) ανέφερε ότι το ποσοστό ασάφειας προς τις νοσηλεύτριες ήταν υψηλότερο από 46%. Ομοίως σε έρευνα των Taylor et al (2019) βρέθηκε ότι 26-27% των νοσηλευτών είχε υποστεί τουλάχιστον μια μορφή εργασιακής αγένειας ενός της νοσοκομειακής μονάδας.

Οι Smith, Andrusyszyn Laschinger (2010) σε μια μελέτη σε νεοπροσληφθέντες νοσηλευτές στον Καναδά βρήκαν ότι το 90,4% των νοσηλευτών είχαν βιώσει κάποια μορφή απρέπειας στον χώρο εργασίας τους. Ο Rieck (2007) στις Ηνωμένες Πολιτείες βρήκε ότι το 35% των φοιτητών νοσηλευτικής βίωσε απρεπείς συμπεριφορές από συναδέλφους και το 60% ήταν από το μέρος των κλινικών εκπαιδευτών. Παράλληλα, σε μια έρευνα 303 Αμερικανών νοσηλευτών από διαφορετικούς τομείς εργασίας και διαφορετικά επίπεδα επαγγελματικής εμπειρίας, οι Vessey, Demarco, Gaffney και Budin (2009) διαπίστωσαν ότι το 76% των συμμετεχόντων είχαν βιώσει απρέπεια στην επαγγελματική τους καριέρα (Armstrong, 2018). Από τα παραπάνω συνάγεται ότι οι απρεπείς συμπεριφορές τείνουν να πάρουν τη μορφή επιδημίας στους συγχρόνους οργανισμούς και ειδικότερα στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας όπου η ένταση και η πίεση είναι μεγάλη.

Ένα άλλο φαινόμενο που μαστίζει τους οργανισμούς και που έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας είναι η εργασιακή σιωπή η οποία και αποτέλεσε αντικείμενο της παρούσας μελέτης και ειδικότερα ο ρόλος που διαδραματίζουν οι απρέπεις συμπεριφορές στην εργασιακή σιωπή. Για το σκοπό αυτό αξιοποιήθηκε η Κλίμακα Σιωπηλότητας Εργαζομένου (Employee Silence Scale, ESS) (Knoll & Van Dick, 2013).

Διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων είχαν προβλήματα στην εργασία τους αλλά δεν μίλησαν γιατί δεν ήθελαν να φέρουν άλλους σε αμηχανία ή να τους ντροπιάσουν (μ.τ.=3,64) ή δεν ήθελαν να βάλουν τους άλλους σε μπελάδες (μ.τ. =3,55),

ή γιατί δεν ήθελαν να πληγώσουν τους συναδέλφους ή τους προϊσταμένους τους (μ.τ. =3,16). Από την άλλη μεριά, η ανησυχία ότι οι άλλοι θα εκμεταλλευόντουσαν τις ιδέες του ή ότι μπορεί να χρειαζόταν κάνουν περισσότερη δουλειά και την οποία μπορούσαν να αποφύγουν δεν αποτελούσαν αιτίες σιωπής.

Η συχνότητα εμφάνισης απρεπών συμπεριφορών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα ενώ η συχνότητα της σιωπής σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα. Το εύρημα της χαμηλής συχνότητας εμφάνισης των απρεπών συμπεριφορών έρχεται σε αντιδιαστολή με άλλη μελέτες. Για παράδειγμα οι Porath και Pearson (2013) υποστήριξαν οι μισοί από τους εργαζόμενους στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής βιώνουν την αγένεια στο χώρο της εργασίας σε εβδομαδιαία βάση. Αυτό βέβαια μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και όχι σε μονάδες δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπου οι απαιτήσεις, η ένταση, ο φόρτος της εργασίας, η πίεση και το άγχος είναι συγκριτικά πολύ υψηλότερα. Οι Knippschild, (2012), Ryan και Maguire, (2006) ανέφεραν ότι τα εργασιακά περιβάλλοντα οξείας φροντίδας έχουν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης ενοχλητικών συμπεριφορών από τα περιβάλλοντα των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, ενώ οι νοσηλευτές που εργάζονται σε χειρουργικές κλινικές καθώς και στα τμήματα επειγόντων περιστατικών παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ασυδοσίας σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε εξειδικευμένα τμήματα.

Στο πλαίσιο της σύγκριση των μέσων βαθμολογιών των υποκλιμακών της Κλίμακας Σιωπηλότητας Εργαζομένου (ESS) διαπιστώθηκε ότι η Προ-κοινωνική Σιωπηλότητα έχει την υψηλότερη μέση βαθμολογία (10,3) έναντι της Καιροσκοπικής Σιωπηλότητας (6,1) που έχει την χαμηλότερη. Η Αδρανής Σιωπηλότητα έχει μέση βαθμολογία (8,0) και η Αμυντική Σιωπηλότητα έχει 7,3 μέση βαθμολογία. Αυτό πιθανά μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι

οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται σε μικρές μονάδες υγείας οι οποίες κατά το μεγαλύτερο μέρος βρίσκονται στην ενδοχώρα όπου οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους, τους ασθενείς και την τοπική κοινωνία είναι στενές. Η διαφύλαξη του κοινωνικού κεφαλαίου και η φήμη της μονάδας πιθανά να είναι αιτία εκδήλωσης της Προ-κοινωνικής σιωπής.

Οι απρεπείς συμπεριφορές έχουν υψηλότερο βαθμό συσχέτισης με την Αδρανή σιωπηλότητα ($r\text{-Pearson}=0,310, <0,001$), μέτριο με την Αμυντική Σιωπηλότητα ($r\text{-Pearson}=0,270$) και με την Προ-κοινωνική σιωπηλότητα ($r\text{-Pearson}=0,241$) και χαμηλότερο με την Καιροσκοπική σιωπηλότητα ($r\text{-Pearson}=0,184$) Αντίστοιχα, ως προς τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των 160 συμμετεχόντων επαγγελματιών υγείας βρέθηκε ότι οι απρεπείς συμπεριφορές έχουν μια ασθενή θετική γραμμική συσχέτιση με την οικονομική κατάσταση της οικογένειας ($r\text{-Pearson}=0,160$), με τα χρόνια εργασίας στον χώρο της υγείας ($r\text{-Pearson}=0,121$) και με την ηλικία ($r\text{-Pearson}=0,070$). Αρνητική γραμμική συσχέτιση υπάρχει με την ικανοποίηση από την εργασία ($r\text{-Pearson}= -0,321, <0,001$) και με την θέση ευθύνης ($r\text{-Pearson}= -0,108$). Το φύλο, τα παιδιά, η εκπαίδευση, η θέση εργασίας έχουν μια θετική συσχέτιση ωστόσο η επιρροή τους στην εμφάνιση των απρεπών συμπεριφορών είναι σχεδόν μηδαμινή. Τα ευρήματα αυτά στο μεγαλύτερο μέρος τους επιβεβαιώνονται και από την βιβλιογραφική ανασκόπηση. Σύμφωνα με τον Garma et al, 2018 η διάρκεια της εργασιακής εμπειρίας (5 χρόνια), η φύση της εργασίας (μερικής απασχόλησης) και η ηλικία (20-39 ετών, άνω των 60 ετών) έχουν βρεθεί ότι αποτελούν στατιστικά σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της αγένειας. Επίσης, οι νεότεροι νοσηλευτές πρώτης γραμμής και με λιγότερα χρόνια εμπειρίας είναι περισσότερο ευάλωτοι σε ενοχλητικές συμπεριφορές που σχετίζονται με την εργασία, σε επιθετικότητα και κακοποίηση (Budin, Brewer, Chao & Kovner, 2013).

Αναφορικά με τη σύγκριση των επιπέδων Σιωπηλότητας Εργαζομένου (ESS) ως προς τη διαβάθμιση παρουσίας Απρεπών Συμπεριφορών στην Εργασία (WIS) εφαρμόστηκε η

πολυμεταβλητή ανάλυση συνδιακύμανσης (mancova) και ως συμμεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν η ηλικία, τα χρόνια εργασίας στην υγεία, η οικονομική κατάσταση της οικογένειας και η ικανοποίηση από την εργασία ενώ ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05. Από την ανάλυση των δεδομένων διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας που έχουν υποστεί απρεπείς συμπεριφορές (μ.τ.= 36,21, p-trend =0,001) σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν υποστεί (μ.τ.=27,62, p-trend=0,001) βρέθηκαν με σημαντικά υψηλότερα επίπεδα σιωπηλότητας εργαζομένου. Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν υποστεί απρεπείς συμπεριφορές παρουσιάζουν υψηλότερη Αδρανή Σιωπηλότητα (10,5, p-trend <0,001) έναντι αυτών που δεν έχουν υποστεί απρεπείς συμπεριφορές (6,51, p-trend<0,001) καθώς και υψηλότερη Αμυντική Σιωπηλότητα (8,06, p-trend=0,057) έναντι αυτών που δεν έχουν υποστεί απρεπείς συμπεριφορές (6,52, p-trend=0,057). Αντίθετα, οι εργαζόμενοι που έχουν υποστεί απρεπείς συμπεριφορές εμφάνισαν χαμηλότερη Προ-κοινωνική σιωπηλότητα (5,34, p-trend=0,45) σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν υποστεί απρεπείς συμπεριφορές (9,25, p-trend=0,45) καθώς και χαμηλότερη Καιροσκοπική σιωπηλότητα (6,71 p-trend=0,022) έναντι αυτών που δεν έχουν υποστεί (11,39 p-trend=0,022).

Από τα παραπάνω δεδομένα συνεπάγεται το συμπέρασμα ότι υπάρχει συσχέτιση των απρεπών συμπεριφορών με την σιωπηλότητα των επαγγελματιών υγείας στις μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης καθώς το ποσοστό σιωπηλότητας των εργαζομένων ήταν υψηλότερο σε αυτούς που είχαν υποστεί απρεπείς συμπεριφορές έναντι αυτών που δεν είχαν υποστεί. Παράλληλα, οι εργαζόμενοι που είχαν υποστεί απρεπείς συμπεριφορές είχαν υψηλότερα ποσοστά Αμυντικής σιωπής. Αυτό πρακτικά πιθανά να σημαίνει ότι οι εργαζόμενοι που είχαν αντιμετωπίσει αγενείς συμπεριφορές συνειδητά επέλεξαν τη σιωπή πιστεύοντας ότι είναι μάταιο ή εις βάρος τους να μιλήσουν. Η παρουσία της Αμυντικής σιωπής από τους εργαζόμενους που είχαν υποστεί

απρεπή συμπεριφορά πιθανά να υποδηλώνει μια προσωπική στρατηγική που έχει ως στόχο την αυτοπροστασία τους αλλά και την ύπαρξη ενός άδικου εργασιακού περιβάλλοντος.

5.2. Περιορισμοί της μελέτης

Η μελέτη περιελάμβανε 160 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης χωρίς να περιλαμβάνει επαγγελματίες υγείας από νοσοκομεία της ίδιας περιφέρειας ή άλλων περιφερειών με αποτέλεσμα τα ευρήματα να μην μπορούν να γενικευτούν. Ο σχεδιασμός της έρευνας μπορεί να είναι ένας πιθανός περιορισμός καθώς πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη όπου οι μετρήσεις τόσο της έκθεσης όσο και του αποτελέσματος συντελούνται την ίδια χρονική στιγμή με αποτέλεσμα να μην μπορεί να διακριβωθεί ότι τα αποτελέσματα είναι διαχρονικά. Επίσης, με το σχεδιασμό της μελέτης είναι αδύνατο να εκτιμηθεί η σχέση αιτίου και αποτελέσματος. Από τη μελέτη βρέθηκε ότι υπάρχει μια θετική γραμμική συσχέτιση των απρεπών συμπεριφορών με την σιωπηλότητα των εργαζομένων ωστόσο άλλοι παράγοντες, όπως η επάρκεια του ανθρώπινου δυναμικού, το στυλ της διοίκησης, η κουλτούρα του οργανισμού, η κλινική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας και η επάρκεια πόρων, δεν μετρήθηκαν και οι οποίοι μπορεί να διαδραματίζουν ζωτικής σημασίας ρόλο για τη συσχέτιση των απρεπών συμπεριφορών και της σιωπηλότητας των εργαζομένων.

ΕΝΟΤΗΤΑ 6.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση οι εργαζόμενοι στους οργανισμούς συχνά επιλέγουν να παραμείνουν σιωπηλοί για θέματα οργανωτικά τα οποία θα μπορούσαν να οδηγήσουν στη βελτίωση του οργανισμού και στην οργανωτική απόδοση. Το θέμα της οργανωτικής σιωπής στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης άρχισε πρόσφατα να λαμβάνει προσοχή. Σε πολλές περιπτώσεις οι επαγγελματίες υγείας αποφεύγουν να εκφράζουν τις απόψεις και τις προτάσεις τους οι οποίες θα οδηγούσαν σε βελτίωση του οργανισμού και των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι λόγοι που οδηγούν στο φαινόμενο αυτό είναι πολλοί, όπως ο φόβος της απομόνωσης, της αντεκδίκησης, η χαμηλή αυτοπεποίθηση, το οργανωτικό κλίμα, η έλλειψη κινήτρων από την διοίκηση της μονάδας καθώς και η έλλειψη ή η δυσλειτουργία των καναλιών επικοινωνίας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση όταν το υγειονομικό προσωπικό σε έναν οργανισμό δεν εκφράζεται και η επικοινωνία είναι αναποτελεσματική τότε επηρεάζονται αρνητικά τα κίνητρα και η εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας. Το πιο σημαντικό όμως είναι ότι επηρεάζεται και η υγεία των ασθενών. Τα άτομα που χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης τίθενται σε κίνδυνο όταν το υγειονομικό προσωπικό τηρεί σιωπή.

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα το οποίο παρουσιάζεται σε μεγάλη συχνότητα στους οργανισμούς υγειονομικής φροντίδας είναι το φαινόμενο της απρέπειας. Η απρέπεια συναντάται πολύ συχνά στους οργανισμούς υγειονομικής φροντίδας και μπορεί να πάρει τη μορφή της λεκτικής κακοποίησης, της μη λεκτικής κακοποίησης, της σεξουαλικής παρενόχλησης και της παθητικής επιθετικής συμπεριφοράς. Οι απρεπείς συμπεριφορές στο χώρο της υγειονομικής φροντίδας επηρεάζουν αρνητικά την σωματική, ψυχική, πνευματική

και κοινωνική υγεία και ευεξία των εργαζομένων που βιώνουν τις αγενείς συμπεριφορές, το περιβάλλον εργασίας και την ασφάλεια και την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών.

Ειδικότερα, αναφορικά με την έρευνα που διεξήχθη στις επιλεγμένες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχε στην έρευνα έχει υποστεί απρεπείς συμπεριφορές, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό παρέμεινε σιωπηλό προς όφελος της μονάδας. Επίσης, βρέθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση των απρεπών συμπεριφορών με την εργασιακή σιωπή γεγονός που συνάδει με τις βιβλιογραφικές αναφορές. Οι επαγγελματίες υγείας που είχαν υποστεί απρεπείς συμπεριφορές παρουσίασαν κυρίως Αδρανή και Αμυντική σιωπηλότητα.

Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση και το μετριασμό των επιπτώσεων του φαινομένου της σιωπής και της αγένειας στους χώρους υγειονομικής φροντίδας οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικών υγείας θα πρέπει να ενθαρρύνουν την επικοινωνία και να δημιουργήσουν ένα ανοιχτό σύστημα ανάδρασης. Η δημιουργία μια κουλτούρας ασφάλειας, βασιζόμενη στο σεβασμό, στην εμπιστοσύνη και στη συνεργατικότητα, θα συμβάλει σημαντικά στην αντιμετώπιση των φαινομένων της σιωπής και της αγένειας. Επίσης, οι διοικήσεις των μονάδων υγείας θα πρέπει να υιοθετήσουν και να εφαρμόσουν πολιτικές μηδενικής ανοχής στη βία και στην παρενόχληση και να εντάξουν τις πολιτικές αυτές στους κανονισμούς λειτουργίας. Παράλληλα, θα πρέπει να καταρτίσουν προγράμματα εκπαίδευσης και ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας εστιασμένα στην ανάπτυξη της προσωπικότητας, στις συμπεριφορές ψυχραιμίας, στην επικοινωνία, στην ενίσχυση των διαπροσωπικών σχέσεων και στο χειρισμό διαφορετικών τύπων ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ACSQHC (2012). Open Disclosure Standard Review Report. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Sydney.
- Alparslan, AM., Can, A., Erdem, R. (2015). Reasons for Employee Silence Behavior: Developing and Validating a Scale for Nurses, *Gönderim Tarihi: 12.03.2015; Kabul Tarihi: 08.10.2015* 184 *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 18(2): 183-204
- ANA. (2012). Principles for Delegation by Registered Nurses to Unlicensed Assistive Personnel (UAP) for nurse staffing, American Nurses Association, 2nd edition. Silver Spring, MD 20910-3492
- Anderson, L. M., & Pearson, C. M. (1999) Tit for tat? The spiraling effect of incivility in the workplace. *Academy of Management Review*. 24 (3), 452-471.
- Aquino, K., & Thau, S. (2009). Workplace Victimization: Aggression from the Target's Perspective, *Annual Review of Psychology*, PubMed, DOI: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163703
- Argyris, C. & Schön D. (1978). *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. Addison-Wesley, MA.
- Armstrong, N. (2018). Management of Nursing Workplace Incivility in the Health Care Settings A Systematic Review. *Epub, Workplace Health Saf.* 66(8):403-410. doi: 10.1177/2165079918771106.
- Bartels, J., Pruyn, A., De Jong, M., & Joustra, I. (2007). Multiple organizational identification levels and the impact of perceived external prestige and communication climate. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 28(2), 173-190.
- Bell, M. P., Özbilgin, M. F., Beaugard, T. A., & Sürgevil, O., (2011). *Voice, silence, and diversity in 21st century organizations: Strategies for inclusion of gay, lesbian, bisexual, and transgender employees. Human Resource Management*, 50(1), 131-146
- Birks, M., Budden, L.M., Biedermann, N., Park, T., (2017) Australian nursing student's experience of bullying and/or harassment during clinical placement. *Collegian*. 24(2), 125-133.
- Bjorkqvist, K, Osterman, K, Hjelt-Back, M. (1994). Aggression among university employees. *Aggressive Behavior* ;20(3):173–84

- Bowen, F. & Blackmon K. (2003) Spirals of silence: the dynamic effects of diversity on organizational voice. *Journal of Management Studies* 40(6): 1393–1417.
- Brinsfield, C. (2009). *Employee silence: Investigation of dimensionality, development of measures, and examination of related factors. Unpublished doctoral dissertation*, The Ohio State University, Columbus, Ohio
- Bruneau, T., (1973). *Communicative silences: Forms and functions*. *The Journal of Communication*, 23, 17-46.
- Budin, W., Brewer, C. Chao, Y., & Kovner, C. (2013). Verbal abuse from nurse colleagues and work environment of early career registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 45 (3), 308–316.
- Cheung, T., Lee, PH., Yip, PSF. (2018). The association between workplace violence and physicians' and nurses' job satisfaction in Macau, PMID: 30517126, doi: 10.1371/journal.pone.0207577
- Clapham, S. & Cooper, R. (2005). Factors of Employees' Effective Voice in Corporate Governance. *Journal of Management and Governance* 9(3-4): 287–313.
- Clark, CM., & Pamela J. Springer, PJ. (2015). Academic Nurse Leaders' Role in Fostering a Culture of Civility in Nursing Education, *Journal of Nursing Education*, DOI: 10.3928/01484834-20100224-01
- Croft, R.C. & Cash, P.A., (2012). Deconstructing contributing factors to bullying and lateral violence in nursing using a postcolonial feminist lens. *Contemporary Nurse*, 42 (2), 226-242
- Cronbach, L. J., (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Dalvand, S, Gheshlagh, RG, Najafi, F, Zahednezhad, H, Sayehmiri, K.(2018). The prevalence of workplace violence against iranian nurses: a systematic review and met-analysis. *Shiraz E Medical Journal* ;19:9.
- Donaghey, J., Cullinane, N., Dundon, T. & Wilkinson, A., (2011). *Re-conceptualising employee silence: problems and prognosis*, *Work, Employment and Society*, 25(1): 51-67
- Duncan, S, Estabrooks, CA, Reimer M. (2000). Violence against nurses. *Alta RN.*;56(2):13–4.
- Dyne, L. V., Ang, S., & Botero, I. C., (2003). Conceptualizing employee silence and employee voice as multidimensional constructs. *Journal of management studies*, 40(6),

1359- 1392.

- Eby, L., T., Adams, D. M., Russell, J. E. A., & Gaby ,S. H., (2000). Perceptions of Organizational Readiness For Change: Factors Related To Employees' Reactions To The Implementation Of Team-Based Selling. *Human Relations* 53(3): 419-42.
- Elçi, M., Karabay, M. E., Alpkın, L., & Şener, İ. (2014). The mediating role of mobbing on the relationship between organizational silence and turnover intention. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 150, 1298-1309.
- Elmblad, R., Kodjebacheva, G., & Lebeck, L. (2014). Workplace Incivility Affecting CRNAs: A Study of Prevalence, Severity, and Consequences with Proposed Interventions. *AANA Journal*, 82 (6), 437-445
- Eriguc, G., Ozer, O., Turac, İ. S., & Songur, C. (2014). Organizational silence among nurses: a study of structural equation modeling. *International Journal of Business, Humanities and Technology*, 4(1), 150-162.
- Francis R. (2013). Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. The Stationery Office: London
- Garma, P.F.U., David, J.M.E., Lim, M.J., Michelle dela Cruz, M.D., Paul Veloso, P., (2018). Workplace incivility among nurses in a national tertiary hospital. *PNA, Philippine Journal of nursing*, PJN VOL. 88, NO. 1
- Greenberg, J., & Edwards, M. S. (Eds.). (2009). *Voice and silence in organizations*. Bingley: Emerald Press
- Hannawa, A.F., García-Jiménez, L., Candrian, C., Rossmann, C., & Schulz, P. J., (2015). Identifying the Field of Health Communication. *Journal of Health Communication*, 20, 521-530
- Harrison, R. et al (2015), Patient safety and quality of care in developing countries in Southeast Asia: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 27 4), 240-254.
- Harlos, K., Knoll, M. (2018). Employee Silence and Workplace Bullying. In: D'Cruz P. et al. (eds) *Pathways of Job-related Negative Behaviour. Handbooks of Workplace Bullying, Emotional Abuse and Harassment*, vol 2. Springer Nature Singapore Pte Ltd
- Harlos, K., O'Farrell, G., Polcyn Sailer, E., Josephson, W., Tremblay, S., Tan, P., & Axelrod, L. (2017). *Employee silence and workplace bullying: Correlates and predictors of non-reporting*. Paper presented at the European Association for Work and Organizational Psychology Congress, Dublin, IE.

- Harmanci Seren, A. K., Topcu, İ., Eskin Bacaksiz, F., Unaldi Baydin, N., Tokgoz Ekici, E., & Yildirim, A. (2018). Organisational silence among nurses and physicians in public hospitals. *Journal of clinical nursing*, 27(7-8), 1440-1451.
- Henriksen, K., & Dayton, E. (2006). Organizational silence and hidden threats to patient safety. *Health services research*, 41(4p2), 1539-1554.
- Jahanbakhshian, P., Assadi, R., & Nejad, F. P. (2015). Providing a Conceptual Model on Organizational Silence Behavior based on Organizational Culture, Organizational Climate and Organizational Commitment Components in Service Firms. *Management and Administrative Sciences Review*, 4(2), 438-448.
- Jain, A. K. (2015) "An interpersonal perspective to study silence in Indian organizations: Investigation of dimensionality and development of measures", *Personnel Review*, Vol. 44 Issue: 6, pp.1010-1036
- Jaradat Y, Nielsen MB, Kristensen P, Nijem, K. Bjertness, E., Stigum, H., Pettersen. RB. (2016) . Workplace aggression, psychological distress, and job satisfaction among, Palestinian nurses: a cross-sectional study. *Appl Nurs Res.*, 32:190–8. Doi: 10.1016/j.apnr.2016.07.014. Epub
- Jensen, J. V. (1973). *Communicative functions of silence*. *ETC*, 30, 2249-257
- Jiao M, Ning N, Li Y, et al. Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2015;5(3):e006719.
- Johnson, S.L., & Rea, R.E. (2009). Workplace bullying: Concerns for nurse leaders. *Journal of Nursing Administration*, 39(2), 84–90
- Joint Commission, (2008). Sentinel Event Alert, issue 40, Behaviors that undermine a culture of safety
- Jones, A., & Kelly, D. (2014). Deafening silence? Time to reconsider whether organizations are silent or deaf when things go wrong. *BMJ quality & safety*, 23(9), 709-713.
- Kaufmann, G. M., & Beehr, T. A. (1986). Interactions between job stressors and social support: Some counterintuitive results. *Journal of Applied Psychology*, 71, 522–526.
- Knippschild, N. (2012). Incivility among nurses: Prevalence and impact. Unpublished thesis. Gardner-Webb University North Carolina, USA.
- Knoll, M., & Van Dick, R. (2013). Do I hear the whistle...? A first attempt to measure four forms of employee silence and their correlates. *Journal of business ethics*, 113(2), 349-362.

- Kritsotakis, G., Gkorezis, P., Andreadaki, E., Theodoropoulou, M., Grigoriou, G., Alvizou, A., ... & Ratsika, N. (2022). Nursing practice environment and employee silence about patient safety: the mediating role of professional discrimination experienced by nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 78:434–445.
- Laschinger, H. K. S. (2014) Impact of Workplace Mistreatment on Patient Safety Risk and Nurse-Assessed Patient Outcomes. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 44(5), 284–290
- Laschinger, S, Grau, A. (2012). The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health outcomes in new graduate nurses: a cross-sectional study, *International Journal of Nursing Studies*, 49 :3
- Laschinger, S., Leiter, M., Day, A., Gilin, D. (2009). Workplace empowerment, incivility, and burnout: impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *Journal of Nursing Management*, 17, 302–311.
- Leymann H, Gustavson A. 1996. Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. *Eur. J. Work Org. Psychol.* 5:251–75
- Lim, S., Lee, A. (2011). Work and Nonwork Outcomes of Workplace Incivility. *Journal of Occupational Health Psychology*, 95-111.
- Madlock, P. E., (2008). The Link between Leadership Style, Communicator Competence, and Employee Satisfaction. *Journal of Business Communication* 45(1): 61-78.
- Maxfield, D., Grenny, J., McMillan, R., Patterson, K., Switzler, A. (2005). *The Seven Crucial Conversations for Healthcare*, VitalSmarts, L.C
- McNAMARA, S., (2012). incivility in Nursing: Unsafe Nurse, Unsafe Patients, *AORN Journal* doi:10.1016/j.aorn.2012.01.020
- Michael Knoll, M., & Dick, R. V., (2013). Do I Hear the Whistle...? A First Attempt to Measure Four Forms of Employee Silence and Their Correlates, *Journal of Business Ethics* , DOI: 10.1007/s10551-012-1308-4
- Mikkelsen, E. G., & Einarsen, S. (2002) Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 11, 87-111.
- Milliken, F. J., Morrison, E. W., & Hewlin, P. F. (2003). *Choosing to stay silent at work: What employees don't speak about and why*. *Journal of Management Inquiry*, 40, 1453–1476

- Morrison, E. W., & Milliken, F. J. (2000). Organizational silence: A barrier to change and development in a pluralistic world. *Academy of Management Review*, 25, 706–725
- Morrison, E.W. (2014). Employee Voice and Silence *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.* 2014. 1:173–97
- Naseri, V., Mahsa Boozari Pour, M.B., Atashzadeh-Shoorideh, F., Emami P., (2022). Nursing students' experience of incivility behaviours and its correlation with their nursing professional values: A cross-sectional descriptive study, *Nursing Open Wiley*.10:135–141. DOI: 10.1002/nop2.1288
- Newheiser, A.-K., & Barreto, M. (2014). Hidden costs of hiding stigma: Ironic interpersonal consequences of concealing a stigmatized identity in social interactions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 52, 58-70.
- Noelle-Neumann E. (1993) *The Spiral of Silence*. The University of Chicago Press, London.
- Olender-Russo, L. (2009). Creating a culture of regard: An antidote for workplace bullying. *Creative Nursing*, 15, 75-81.
- Perlow, L. & Williams, S. (2003). Is Silence Killing Your Company? *Harvard Business Review* 31(4): 52-58.
- Piderit, S.K., & Ashford, S.J. (2003). 'Breaking silence: tactical choices women managers make in speaking up about, gender-equity issues', *Journal of Management Studies*, 40(6): 1477-1502
- Pinder, C. C., & Harlos, K. P. (2001). *Employee silence: Quiescence and acquiescence as response to perceived injustice*. In G. R. Ferris (Ed.), *Research in personnel and human resources management* (Vol. 20, pp. 331–369). Greenwich, CT: JAI Press
- Porto, G., Lauve, R. (2006). *Disruptive Clinician Behavior: A Persistent Threat to Patient Safety*, Patient Safety & Quality Healthcare, Lionheart Publishing, Inc.
- Rieck, S., & Crouch, L. (2007). Connectiveness and civility in online learning. *Nurse Education in Practice*, 7(6), 425–432.
- Rosenstein, A. H. (2002). Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. *American Journal of Nursing*, 102, 6, 26-34. USA Today. (2006, April 18). p. 5D.
- Rosenstein, AH & O'Daniel, M. (2005). Disruptive behavior and clinical outcomes: Perceptions of nurses and physicians. *American Journal of Nursing*, 105,1,54-64

- Shiao JSC, Tseng Y, Hsieh YT, Hou JY, Cheng Y, Guo YL. Assaults against nurses of general and psychiatric hospitals in Taiwan. *Int Arch Occup Environ Health*. 2010;83(7):823–32
- Slawomirski, L., Auraen, A., Klazinga, N., (2017), «The Economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level», OECD, 2017
- Sonika, Kaushik, S., (2017). *EMPLOYEE SILENCE: INVESTIGATION OF DIMENSIONALITY IN SELECT IT COMPANIES OF INDIA*, International Research Journal of Human Resources and Social Sciences ISSN(O): (2349-4085) ISSN(P): (2394-4218)
- Sousa P. et al (2014). Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Services Research* , 14:311
- Tangirala S. & Ramanujam R. (2008) Employee silence on critical work issues: the cross-level effects of procedural justice climate. *Personnel Psychology* 61, 37–68
- Taylor, H., Harle, C., Johnson, S., & Menachemi, N. (2019) Workplace incivility experienced by health administration faculty. *J Health Adm Educ*. 36(2), 191–216.
- Umphress, E. E., & Bingham, J. B. (2011). *When employees do bad things for good reasons: Examining unethical pro-organizational behaviors*. *Organization Science*, 26, 621–640
- Vakola, M., & Bouradas, D. (2005). Antecedents and consequences of organizational silence: an empirical investigation. *Employee Relations*, 27(5), 441-458.
- Valentine, S., Greller, M. M. & Richtermeyer, S. B., (2006). Employee Job Response as a Function of Ethical Context and Perceived Organization Support. *Journal of Business Research* 59(5): 582–588.
- Van Dyne, L., Ang, S., & Botero, I. C. (2003). Conceptualizing employee silence and employee voice as multidimensional constructs. *Journal of management studies*, 40(6), 1359-1392.
- Wang A. C., Hsieh H. H., Tsai C. Y. and Cheng B. S. (2011) Does Value Congruence Lead to Voice? Cooperative Voice and Cooperative Silence under Team and Differentiated Transformational Leadership. *Management and Organization Review* 8(2): 341–370.
- Watts, R. W. (1997). *Silence and the acquisition of status in verbal interaction*. In: A. Jaworski (Ed.), *Silence: Interdisciplinary Perspectives* (pp. 87-116). Berlin: Mouton de

Gruyter.

- Weber, D. O. (2004). Poll results: Doctors' disruptive behavior disturbs physician leaders. *The Physician Executive*, 30, 4, 6-14.
- Whiteside, D. B. and Barclay, L. J. (2013). Echoes of Silence: Employee Silence as a Mediator between Overall Justice and Employee Outcomes. *Journal of Business Ethics* 116(2): 251–266.
- Wilson, K. A., Burke, C. S., & Salas, E. (2005). Promoting healthcare safety through training high reliability teams. *Quality and Safety in Healthcare*, 14, 303-309.
- Wilson, R. M. , Michel, P. , Olsen, S. , Gibberd, R, W,, Vincent, C., Assady, R . E.I., Rasslan, O., Qsous, S., Macharia, W. M., Sahel, A., Whittaker, S., Abdo-Ali, M ., Letaief, M., Ahmed, N. A., Abdellatif, A. Larizgoitia,, I. (2012) , *Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital*, *BMJ* ; 344
- World Health Organization, (2022). *Statement of Dr Ahmed Al-Mandhari, WHO Regional Director of the Eastern Mediterranean on World Patient Safety Day*
- Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A (2016). Patient Safety 2030. London: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre; p. 45.
- ANA, (2020). ANA’s Principles for Nurse Staffing, American Nurses Association, 3rd edition, Silver Spring, MD 20910-3492 1-800-274-4ANA
- Λιανού Μ., & Σαράφης, Π. (2020). Η δράση της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της υγείας και η κρίση της πανδημίας COVID-19, *Υπηρεσίες Υγείας Συστήματα & Πολιτικές Υγείας*, επιμ. εκδ. Π. Σαράφης, Μπαμίδης, Π., BROKEN HILL PUBLISHERS LTD, Κύπρος, 2020
- Νομός 4808/201 (ΦΕΚ 101/Α’/19-06-2021
- Σιγάλας, Ι. (1999). Οργανισμοί και Υπηρεσίες Υγείας, *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*: Κ. Δικαίος, Μ. Κουτούζης, Ν. Πολύζος, Ι. Σιγάλας, Μ. Χλέτσος, ΕΑΠ. Πάτρα