



Τεχνολογικό
Πανεπιστήμιο
Κύπρου

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΛΕΚΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΩΝ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ.**

ΤΗΛΕΜΑΧΟΥ ΣΤΕΛΙΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΛΕΜΕΣΟΣ 2018

Περίληψη.

Η λεκτική βία είναι η πιο συχνή μορφή βίας που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στο χειρουργείο. Επαναλαμβανόμενα περιστατικά λεκτικής κακοποίησης επιδρούν αρνητικά στο ηθικό και σε χαμηλή αίσθηση ικανοποίησης από την εργασία. Όλα αυτά συμβάλλουν στην πρόκληση λαθών στο χειρουργείο και σε τραγικές συνέπειες για τους ασθενείς, τα νοσηλευτήρια και τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας του χειρουργείου.

Σκοπός της μελέτης μας είναι να μελετηθεί η συχνότητα του φαινομένου λεκτικής βίας μεταξύ νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας και να αποτυπωθεί η ποιότητα επικοινωνίας, να γίνει προσπάθεια διευθέτησης του προβλήματος και ανάπτυξη διαρθρωτικών μέτρων προς εξάλειψη του.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ποσοτικής προσέγγισης με την χρήση ενός δομημένου ερωτηματολογίου. Ακολουθήσαμε τον περιγραφικό σχεδιασμό αφού έγινε διερεύνηση του φαινομένου αλλά και ταυτόχρονα η συσχέτιση του με άλλους παράγοντες. Το δείγμα μας αποτέλεσαν 60 νοσηλευτές χειρουργείου από τα Νοσοκομεία Πάφου και Λευκωσίας. Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το SPSS v20.

Η πλειοψηφία των νοσηλευτών του δείγματος(N=56,93.3%) δήλωσε ότι έχουν δεχθεί λεκτική βία στον εργασιακό τους χώρο. Η κυριότερη μορφή λεκτικής βίας είναι η προσβολή συγκεκαλυμμένη σε αστείο(M.O=3.42,T.A=1.37) και ως σοβαρότερη θεωρούν την επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών(M.O=3.32,T.A=1.31). Σε ποσοστό 75% υποστηρίζουν ότι το επεισόδιο λεκτικής βίας έγινε κατά την διάρκεια ή αμέσως μετά από μια κατάσταση υψηλού στρες και ότι το συμβάν ήταν αρκετά έως πάρα πολύ αγχωτικό για αυτούς. Σημαντικό εύρημα της κλίμακας Jefferson είναι ότι οι νοσηλευτές πρέπει να αντιμετωπίζονται ως συνεργάτες και συνάδελφοι των ιατρών και όχι σαν βοηθοί(M.O=4.00,T.A=0.00) και όπως φάνηκε οι μέσοι όροι της κλίμακας είναι αρκετά υψηλή γεγονός που δείχνει ότι οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο την επικοινωνία και την συνεργασία.

Τέλος, τα επεισόδια λεκτικής βίας φάνηκε ότι επηρεάζουν το ηθικό των επαγγελματιών υγείας του χειρουργείου, προκαλούν μειωμένη απόδοση στην εργασία, κακές διαπροσωπικές σχέσεις και προβληματική επικοινωνία μεταξύ τους.

Abstract.

Verbal violence is the most common form of violence faced by nurses in the operating room. Repeated cases of verbal abuse have a negative effect on the moral and low sense of job satisfaction. All of these contribute to surgical errors and tragic consequences for patients, nursing staff and the surgeons themselves.

The aim of our study is to study the frequency of verbal violence among nurses and other health professionals and to illustrate the quality of communication, to try to solve the problem and to develop structural measures to eliminate it.

In the present study the quantitative approach method was used using a structured questionnaire. We followed the descriptive design after investigating the phenomenon and at the same time correlating it with other factors. Our sample consisted of 60 surgical nurses from the Paphos and Nicosia General Hospitals. Statistical analysis of the data used the SPSS v20.

The majority of nurses in the sample (N = 56.93.3%) said they have received verbal violence in their workplace. The main form of verbal violence is the offense disguised as a joke (M.O = 3.42, T.A. = 1.37), and the more serious they consider to be blame and accusations (M.O = 3.32, T.A. = 1.31). About 75% claim that the episode of verbal violence occurred during or immediately after a high-stress situation and that the incident was quite too stressful for them. An important finding of the Jefferson scale is that nurses should be as associates and colleagues of physicians and not as assistants (M.O = 4.00, T.A. = 0.00), and the averages of the scale are high enough, so it shows that the health professionals in the sample perceive communication and cooperation in the same way.

Finally, episodes of verbal violence affect the moral of surgical health professionals, cause reduced performance at work, poor interpersonal relationships and problematic communication with each other.

Περιεχόμενα.

Εισαγωγή σελ.7-8

Γενικό Μέρος

Κεφάλαιο 1:

- 1.1 Το Χειρουργείο ως εργασιακό περιβάλλον. σελ.9
- 1.2 Χαρακτηριστικά των συγκρούσεων στο Χειρουργείο. σελ.10-11
- 1.3 Στάδια συγκρούσεων στο Χειρουργείο. σελ.11-12
- 1.4 Αιτίες συγκρούσεων στο Χειρουργείο. σελ.12-15
- 1.5 Συνέπειες συγκρούσεων στο χειρουργείο. σελ.15-16
- 1.6 Διαχείριση συγκρούσεων στο χειρουργείο. σελ.16-18

Κεφάλαιο 2:

- 2.1 Η λεκτική βία. σελ.18-20
- 2.2 Ανασκόπηση βιβλιογραφίας που αφορούν στην λεκτική βία. σελ.20-22

Κεφάλαιο 3:

- 3.1 Η διαδικασία της Επικοινωνίας. σελ.23-24
- 3.2 Είδη επικοινωνίας. σελ.25-26
- 3.3 Επικοινωνία μεταξύ Επαγγελματιών Υγείας. σελ.26-27

Ειδικό Μέρος

Κεφάλαιο 4:

- 4.1 Σκοπός της έρευνας. σελ.28
- 4.2 Ερευνητικός σχεδιασμός. σελ.28-29
- 4.3 Δείγμα μελέτης. σελ.29
- 4.4 Ερευνητικά εργαλεία. σελ.30-31
- 4.5 Διαδικασίες- Μέθοδος συλλογής δεδομένων. σελ.32

| | |
|--|-----------|
| 4.6 Πλεονεκτήματα της έρευνας. | σελ.32 |
| 4.7 Δεοντολογικά και Ηθικά ζητήματα. | σελ.32 |
| 4.8 Μεθοδολογία ανάλυσης. | σελ.33 |
| <u>Κεφάλαιο 5:</u> | |
| Αποτελέσματα. | σελ.34-83 |
| <u>Κεφάλαιο 6:</u> | |
| 6.1 Συζήτηση ευρημάτων για την λεκτική βία. | σελ.84-87 |
| 6.2 Συζήτηση ευρημάτων της κλίμακας Jefferson. | σελ.87-88 |
| <u>Κεφάλαιο 7:</u> | |
| 7.1 Συμπεράσματα. | σελ.89 |
| 7.2 Προτάσεις. | σελ.90-93 |
| Βιβλιογραφικές Παραπομπές. | σελ.94-99 |

Εισαγωγή.

Το φαινόμενο λεκτικής βίας, μια ενδονοσοκομειακή πλέον, μάστιγα όλων των νοσοκομείων. Σταδιακά, με την πάροδο του χρόνου, και ερευνώντας την διεθνή βιβλιογραφία άρχισαν να καταγράφονται περιστατικά λεκτικής βίας και ανάρμοστης συμπεριφοράς μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών(Seago 1993, Rosenstein & O'Daniel 2005).

Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Νοσηλευτών(ICN), η λεκτική βία ορίζεται ως η λεκτική συμπεριφορά που ως συνέπεια των διαπροσωπικών συγκρούσεων έχει σκοπό να μειώσει, να ταπεινώσει, να υποβαθμίσει και ταυτόχρονα να επιδείξει έλλειψη σεβασμού για την αξιοπρέπεια και την αξία του άλλου ατόμου. Εμφανίζεται, κυρίως σε περιπτώσεις όπου υπάρχει σχέση άνισης εξουσίας. Συχνά καθορίζεται ως είδος επικοινωνίας που εκλαμβάνεται από κάποιο πρόσωπο σαν μια σκληρή και επικριτική επίθεση είτε επαγγελματική είτε προσωπική. Μπορεί να μεταδοθεί με τον τόνο της φωνής, με το φέριμο ή με μη λεκτικούς υπαινιγμούς(Bruder 2001). Η λεκτική βία είναι η πιο συχνή μορφή της «κακής» συμπεριφοράς που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες νοσηλευτές. Οι Manderino και Berkey το 1997 όρισαν την λεκτική κακοποίηση ως την συμπεριφορά που είναι ταπεινωτική, εξευτελιστική και ασεβής προς τα άτομα που την δέχονται.

Στο σημερινό σύστημα υγείας της χώρας μας οι κυριότεροι λόγοι που οδηγούν στην έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, με επακόλουθο την ανάπτυξη του φαινομένου της βίας είναι ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η έλλειψη προσωπικού. Αυτό, διαβεβαιώνεται και σε έρευνα της Φουντούκη και συν. το 2009 όπου έλαβε χώρα σε ένα επαρχιακό νοσοκομείο της Β. Ελλάδας και αποδείχθηκε ότι ο φόρτος εργασίας και η έλλειψη προσωπικού κατείχαν τα υψηλότερα ποσοστά με 86,74% και 77,09% αντίστοιχα. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ανέδειξε μικρό αριθμό μελετών πάνω στο θέμα αυτό, τόσο σε Πανελλήνιο όσο και σε Παγκύπριο επίπεδο, κάτι που δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την αναγκαιότητα συγγραφής της παρούσας μελέτης.

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει την συχνότητα του φαινομένου λεκτικής βίας στο χώρο των χειρουργείων και παράλληλα να αποτυπωθεί η ποιότητα επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με την χρήση του ήδη μεταφρασμένου στα Ελληνικά ερωτηματολογίου Verbal Abuse Scale (Μάλλιαρου και συν., 2015) και του μεταφρασμένου Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration (Hojat et al, 2002), σε δύο μεγάλα Γενικά Νοσοκομεία της Χώρας μας.

Η δομή της παρούσας έρευνας περιλαμβάνει το γενικό και το ειδικό μέρος. Στο πρώτο, γίνεται εκτεταμένη αναφορά στην έννοια της λεκτικής βίας και στην ανασκόπηση μελετών που αφορούν αυτήν καθώς και στην διαχείριση των συγκρούσεων στο χειρουργείο. Επίσης, περιγράφεται η έννοια της επικοινωνίας και ο ρόλος της μεταξύ των επαγγελματιών υγείας καθώς επίσης και πως σχετίζεται με την ανάπτυξη του φαινομένου λεκτικής βίας. Στο ειδικό μέρος, γίνεται επεξήγηση του σκοπού της μελέτης, η ανάλυση των ερευνητικών εργαλείων και της μεθόδου στατιστικής ανάλυσης. Στο τέλος, γίνεται η ανάλυση των αποτελεσμάτων, συζήτηση των ευρημάτων και σύγκριση τους με άλλες μελέτες καθώς και η διεξαγωγή των συμπερασμάτων και προτάσεις-παρεμβάσεις για εξάλειψη του φαινομένου λεκτικής βίας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1:

1.1 Το χειρουργείο ως εργασιακό περιβάλλον.

Ο χώρος του χειρουργείου αποτελεί ένα ιδιαίτερο και ευμετάβλητο εργασιακό περιβάλλον, το οποίο εξελίσσεται συνεχώς και απαιτεί διεπιστημονική ομαδική συνεργασία. Το σύγχρονο χειρουργείο εκπέμπει κύρος και είναι πηγή γοήτρου τόσο για την σύγχρονη ιατρική όσο και για τους εργαζόμενους στο χώρο του νοσηλευτές. Για όσους δεν εργάζονται σε αυτό, είναι ένα «κλειστό τμήμα» με εξαιρετικά πολύπλοκο κλινικό περιβάλλον καθώς, απαιτεί την συνεργασία πολλών ειδικοτήτων όπου και αποτελούν την διεπιστημονική ομάδα (Attri et al., 2015).

Η συνεχιζόμενη πρόοδος στην ιατρική τις τελευταίες δεκαετίες έχει επιφέρει ταχεία ανάπτυξη στο χώρο των χειρουργείων. Η ανάπτυξη της τεχνολογίας, των βιοιατρικών τεχνικών και η πληθώρα χειρουργικών ειδικοτήτων εξανάγκασε τους επαγγελματίες υγείας να προσαρμοστούν στον ταχύτατα εξελιγμένο χώρο των χειρουργείων, με αποτέλεσμα το συνεχές αυξανόμενο άγχος που σχετίζεται με την εργασία (Al Nassar et al., 2012).

Ο χώρος του χειρουργείου είναι ένα από τα τμήματα των νοσοκομείων όπου το άγχος, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις και τα φαινόμενα λεκτικής βίας είναι συχνά (Chipps et al., 2013). Σύμφωνα με τους Αλεξόπουλου και συν. το 2015 στο ένα τρίτο των επεμβάσεων τα άτομα που εργάζονται στο χώρο του χειρουργείου έχουν εμπλακεί ή ήταν παρών στο χώρο την στιγμή που ένα φαινόμενο λεκτικής βίας λάμβανε χώρα κατά την διάρκεια μιας επέμβασης.

1.2 Χαρακτηριστικά των συγκρούσεων στο Χειρουργείο.

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έχει αναδείξει ότι η ασφάλεια των ασθενών εξαρτάται κατά ένα μεγάλο ποσοστό από το πόσο αρμονικά λειτουργεί η χειρουργική ομάδα, συμπεριλαμβανομένου και του τρόπου διαχείρισης των συγκρούσεων (Rogers et al., 2011).

Οι συγκρούσεις που λαμβάνουν χώρα μέσα στο χειρουργείο προκύπτουν από τις προσδοκίες και την εξουσία που έχει κάθε μέλος της ομάδας. Για παράδειγμα, ενώ τον πρωταρχικό ρόλο τον έχει ο χειρουργός, μπορεί ο αναισθησιολόγος να έχει αντίθετη γνώμη σε ότι αφορά τον ασθενή με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε σύγκρουση. Σύμφωνα με τους Attri et al. το 2015, οι ακυρώσεις χειρουργικών επεμβάσεων από τους αναισθησιολόγους λόγω ελλιπή προεγχειρητικού ελέγχου ή αδυναμίας του ασθενή για να χειρουργηθεί κυμαίνονται από 2% έως και 14%.

Επίσης, η έλλειψη εκτίμησης και σεβασμού του ρόλου του αναισθησιολόγου από τους ασθενείς μπορεί να οδηγήσει σε συγκρούσεις μέσα στο χειρουργείο. Η άγνοια των ασθενών για την ευθύνη του αναισθησιολόγου κατά την ώρα της επέμβασης και η αδιαφορία των χειρουργών έχει ως αποτέλεσμα να μειώνεται η αυτοεκτίμηση και το γόητρο των αναισθησιολόγων έτσι ώστε να δημιουργούνται ενστάσεις και να επηρεάζεται όλη η χειρουργική ομάδα (Attri et al., 2015).

Επιπλέον, λόγω της σύγχρονης χειρουργικής θεραπείας πλέον, απαιτούνται εξειδικευμένες γνώσεις. Η ελλιπής εκπαίδευση είναι ένας ακόμη παράγοντας που οδηγεί σε συγκρούσεις στο χώρο του χειρουργείου. Παράδειγμα, αποτελεί η χρήση εξειδικευμένων μηχανημάτων και καινοτόμων διαδικασιών που οι γιατροί είναι γνώστες της λειτουργίας τους ενώ οι νοσηλεύτές όχι. Η κατάσταση αυτή, δημιουργεί εργασιακό στρες και ανασφάλεια στους χειρουργούς (Αλεξοπούλου-Γιαννοπούλου κ.α., 2015).

Τέλος, το σημαντικότερο κατά την γνώμη μου και σύμφωνα με τους Attri et al. το 2015 θέμα που προκαλεί συγκρούσεις και στρες είναι η έλλειψη ιατρικού

και νοσηλευτικού προσωπικού. Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και το βεβαρημένο πρόγραμμα στα χειρουργεία προκαλούν αυξημένες πιθανότητες για εμφάνιση συγκρούσεων.

1.3 Στάδια συγκρούσεων στο Χειρουργείο.

Η εξέλιξη της σύγκρουσης αποτελείται από πέντε στάδια. Αυτά είναι τα εξής:

Πρώτο στάδιο: η λανθάνουσα σύγκρουση. Εξαρτάται από τις υπάρχουσες συνθήκες του χώρου εργασίας, για παράδειγμα εάν υπάρχει έλλειψη προσωπικού ή τεχνικού εξοπλισμού ή ακόμη όταν πραγματοποιούνται ριζικές αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας ενός τμήματος, οι υπάλληλοι δυσκολεύονται να προσαρμοστούν με αποτέλεσμα το περιβάλλον να γίνεται ευάλωτο για δημιουργία συγκρούσεων. Σε αυτό το στάδιο εάν διορθωθούν οι συνθήκες ενδέχεται μια σύγκρουση να επιλυθεί άμεσα ή ακόμη να μην εκδηλωθεί.

Δεύτερο στάδιο: η αντιληπτή σύγκρουση. Όταν η λανθάνουσα σύγκρουση εξελιχθεί, το άτομο προσπαθεί να αντιληφθεί και να συνειδητοποιήσει τη σύγκρουση συλλογικά και εάν η σύγκρουση δεν επιλυθεί τότε ενδέχεται να εσωτερικευθεί ή να καταστεί αισθητή.

Τρίτο στάδιο: η αισθητή σύγκρουση. Σε αυτό το στάδιο η σύγκρουση παίρνει συναισθηματικό χαρακτήρα. Συναισθήματα όπως φόβος, θυμός, εχθρότητα και δυσπιστία καταβάλουν το άτομο.

Τέταρτο στάδιο: η έκδηλη σύγκρουση. Όταν η σύγκρουση εκδηλωθεί τότε το άτομο παίρνει την κατάσταση στα χέρια του και προσπαθεί να την επιλύσει μόνο του. Οι τρόποι που μπορεί να επιλεγθούν είναι η αποχώρηση, ο συμβιβασμός, η εξομάλυνση, ο ανταγωνισμός ή η άμεση αντιμετώπιση.

Πέμπτο στάδιο: Οι συνέπειες της σύγκρουσης. Κάθε είδος σύγκρουσης επιφέρει συνέπειες. Αν η σύγκρουση έχει αντιμετωπιστεί επαρκώς τότε οι συνέπειες θα

είναι θετικές, εάν όμως η σύγκρουση δεν έχει αντιμετωπιστεί με σωστό τρόπο, τότε τα άτομα που εμπλέκονται σε αυτή, ενδέχεται να συγκρουστούν ξανά στο μέλλον και οι διαστάσεις που θα πάρει η σύγκρουση να είναι εκτενέστερες. Ως εκ τούτου, εάν δεν υπάρξει λύση της σύγκρουσης οι εμπλεκόμενοι θα οδηγηθούν σε αδιέξοδο και θα περάσουν μελλοντικά σε δεύτερη φάση της σύγκρουσης (Marquis & Huston, 2011).

1.4 Αιτίες συγκρούσεων στο Χειρουργείο.

Ο προσδιορισμός των αιτιών των συγκρούσεων μπορεί να βοηθήσει έναν οργανισμό να αναγνωρίσει και να εξουδετερώσει βασικά προβλήματα και αποτυχίες στη διαχείριση (Lieberman et al., 2009). Οι περισσότερες συγκρούσεις στο χώρο εργασίας, προέρχονται από την οργάνωση, την πολιτική λειτουργίας και τη δομή μια επιχείρησης. Παραδείγματα αποτελούν η αυτονομία των εργαζομένων, το επίπεδο εξειδίκευσης των εργαζομένων, η οριοθέτηση των καθηκόντων των εργαζομένων, η διαχείριση, η επικοινωνία, ο φόρτος εργασίας καθώς και η πίεση που βιώνουν οι εργαζόμενοι (Lieberman et al., 2009).

Σύμφωνα με τους Mihm & Fairbank (2012), ορισμένες αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν σύγκρουση είναι η μη αποτελεσματική επικοινωνία, οι οργανωτικές αλλαγές, η έλλειψη πόρων, οι προκαταλήψεις, η ασυμφωνία αξιών, ο φόρτος εργασίας και το άγχος.

Οι οργανωτικές αλλαγές που πραγματοποιούνται από έναν οργανισμό ενδέχεται να προκαλέσουν αντιδράσεις από την πλευρά των εργαζομένων. Όταν εφαρμόζεται κάτι καινούργιο τα άτομα πρέπει να πληροφορηθούν και να μάθουν να εργάζονται με έναν διαφορετικό τρόπο από αυτόν που είχαν συνηθίσει, με αποτέλεσμα μερικές φορές να νιώθουν ότι απειλούνται. Αυτές οι αλλαγές προκαλούν άγχος στους εργαζομένους, διότι δεν γνωρίζουν πως θα εξελιχθεί η νέα μέθοδος και αν θα επιτευχθούν οι στόχοι που έχουν τεθεί (Montana & Charnov, 2011).

Οι Singleton et al. (2011) αναφέρουν ότι οι συγκρούσεις οφείλονται κυρίως σε διαφορές απόψεων, γνώσης, εκπαίδευσης και εμπειρίας, στα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως ηλικία, εθνικότητα, φύλο, στις διαφορές διαχείρισης και στις ταχείες αλλαγές.

Η ασυμβατότητα στόχων είναι μια από τις πιο συχνές αιτίες συγκρούσεων σε μια επιχείρηση. Οι λόγοι που μπορεί να συμβεί αυτό είναι διότι είτε τα κατώτερα στελέχη ενός οργανισμού δεν ακολουθούν τους στόχους που έχει θέσει η κεντρική διοίκηση είτε γιατί τα τμήματα μπορεί να μη μπορούν να ανταποκριθούν στους στόχους που έχουν τεθεί λόγω συνθηκών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα τμήματα μεταξύ τους να ανταγωνίζονται και να δημιουργούνται συγκρούσεις (Montana & Charnov, 2011). Ο ανταγωνισμός για την απόκτηση πόρων είναι εξίσου μια σημαντική αιτία συγκρούσεων, αφού όταν η διοίκηση μιας επιχείρησης διανέμει πόρους στα τμήματα κάποια από αυτά ενδεχομένως να χρειάζονται περισσότερους πόρους από κάποια άλλα. Όταν η κατανομή πόρων είτε οικονομικών είτε χωροταξικών είτε των διαθέσιμων εργαζομένων, δεν είναι ισότιμη ή πιστεύεται ότι δεν έχει διανεμηθεί δίκαια, τότε κάποιες ομάδες εργαζομένων θα αντιδράσουν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία συγκρούσεων μεταξύ των τμημάτων και κατ'επέκταση τη μειωμένη αποδοτικότητα (Σταθοπούλου, 2006· Montana & Charnov, 2011).

Εκτός από την ανάγκη για πόρους είναι ουσιώδης σημασίας η ικανοποίηση των ψυχολογικών και συναισθηματικών αναγκών των εργαζομένων, όπως ο σεβασμός, η αναγνώριση, η επίτευξη στόχων, η εξουσία, η διεκπεραίωση στόχων, αλλά και η υποστήριξη. Ως εκ τούτου, η απόδοση κινήτρων στους εργαζόμενους μπορεί να συμβάλει αρνητικά στη δημιουργία συγκρούσεων, αφού όταν οι εργαζόμενοι ικανοποιούν τις ανάγκες τους δεν έχουν λόγους να συγκρουστούν (Σταθοπούλου, 2006).

Ένας ακόμη παράγοντας που ενισχύει το κλίμα των συγκρούσεων είναι η μη αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων μιας ομάδας ή μεταξύ τμημάτων. Ενδέχεται κάποια μέλη της ομάδας να μην κατανοήσουν τις πληροφορίες που δίνονται και αυτό να προκαλεί σύγχυση στη λειτουργία της

ομάδας (Montana & Charnov, 2011). Προβλήματα στην επικοινωνία παρατηρούνται συχνά όταν μια ομάδα απαρτίζεται από πολλές διαφορετικές ειδικότητες, όπως για παράδειγμα στο χώρο του χειρουργείου όπου αποτελείται από χειρουργούς, αναισθησιολόγους, νοσηλευτές αλλά και άλλες ειδικότητες (Davies, 2005). Οι διαφορές στη προσωπικότητα του κάθε ατόμου, του μορφωτικού επιπέδου αλλά και οι διαφορές στη γλώσσα μπορεί να επηρεάσουν την καλή επικοινωνία μεταξύ των μελών μιας ομάδας (Παπαδοπούλου, 2015).

Επιπλέον οι διαφωνίες στα πρότυπα απόδοσης μπορεί να προκαλέσουν συγκρούσεις μεταξύ τμημάτων. Όταν κάποια τμήματα πρέπει να συνεργαστούν και η απόδοση του ενός τμήματος εξαρτάται από την απόδοση του άλλου ενδέχεται να μην συμβαδίζουν τα πρότυπα απόδοσης τους και έτσι να δημιουργείται ένταση και σύγκρουση μεταξύ τους (Montana & Charnov, 2011). Επιπρόσθετα, η ασαφή οριοθέτηση των καθηκόντων των εργαζομένων στο χώρο της υγείας επιφέρει πολλές φορές συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Αυτό συμβαίνει διότι ενδέχεται να υπάρχει ασάφεια μεταξύ των αρμοδιοτήτων των εργαζομένων σε μια νοσοκομειακή μονάδα (Παπαδοπούλου, 2015· Σταθοπούλου, 2006).

Με την ανασκόπηση περαιτέρω βιβλιογραφίας οι σημαντικότερες αιτίες των συγκρούσεων στα χειρουργεία είναι:

- Η εξουσία: την οποία διεκδικούν τόσο οι χειρουργοί όσο και οι αναισθησιολόγοι παρόλο που 'σαι ορισμένες έρευνες φαίνεται ότι πιο συχνές είναι οι συγκρούσεις χειρουργών και νοσηλευτών (Lingard L. et al., 2002).
- Η Ελλιπής εκπαίδευση: Ο χώρος του χειρουργείου απαιτεί συνεχιζόμενη εκπαίδευση από όλους τους επαγγελματίες υγείας για να μπορέσουν να αντεπεξέλθουν στην καινοτομία της τεχνολογίας και την εξέλιξη της χειρουργικής ιατρικής. Σήμερα, λόγω της ελλιπής εκπαίδευσης ειδικά των νοσηλευτών δημιουργούνται συγκρούσεις που λειτουργούν εις βάρος των ασθενών.

- Ελλείψεις σε αναλώσιμα υλικά και εργαλεία: Σίγουρα, οι ελλείψεις σε εργαλεία είναι ότι πιο αγχωτικό για τον χειρουργό. Αυτό και μόνο δημιουργεί εντάσεις στο χώρο και προκαλεί άγχος. Επίσης η ονομασία των εργαλείων και πως τα αποκαλεί κάθε ιατρός την ώρα της επέμβασης είναι ακόμη ένα θέμα που δημιουργεί εντάσεις.
- Διαφορά ηλικίας και οικογενειακή κατάσταση: Από μόνο του το χειρουργείο αποτελεί ένα στρεσογόνο περιβάλλον, πόσο ακόμη όταν πρέπει να συνυπάρξουν άτομα διαφορετικής ηλικίας που ο καθένας έχει τα δικά του όρια, που απαιτεί από τους γύρω του σεβασμό και που αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζει με διαφορετικό τρόπο της συγκρούσεις.
- Εμπόδια που οφείλονται στην οργανωτική δομή: Οι νοσηλευτές, οι αναισθησιολόγοι και οι χειρουργοί ανήκουν συνήθως σε διαφορετικά τμήματα με διαφορετικούς προϊστάμενους. Οι προϊστάμενοι αναγνώρισαν ότι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα για να προωθηθεί μια αλλαγή που χρειαζόταν συμμετοχή όλης της χειρουργικής ομάδας ήταν ότι τελικά όλοι εστίαζαν μόνο στη δική τους επαγγελματική ομάδα.

1.5 Συνέπειες συγκρούσεων στο χειρουργείο.

Σε ένα περιβάλλον με ένταση σίγουρα κανείς επαγγελματίας υγείας δεν μπορεί να λειτουργήσει σωστά. Όλο και συχνότερα τα χειρουργικά σφάλματα καθώς και το αυξημένο άγχος, το οποίο εμποδίζει την ασφαλή περίθαλψη των ασθενών (Attri et al., 2015). Επιπλέον, οι συγκρούσεις στο χειρουργείο μπορεί να μειώσουν την παραγωγικότητα αφού χάνεται πολύτιμος χρόνος για επίλυση των διαφόρων άλλων, πέραν της ασφάλειας του χειρουργημένου ασθενή (Αλεξοπούλου-Γιαννοπούλου κ.α., 2015). Μεταξύ των σημαντικών συνεπειών των ανεπίλυτων συγκρούσεων στο χώρο του χειρουργείου αποτελεί η προβληματική επικοινωνία μεταξύ των εμπλεκόμενων ατόμων. Όπως είναι γνωστό, η καλή επικοινωνία είναι ζωτικής σημασίας για την ασφαλή φροντίδα

των ασθενών και για την ομαλή λειτουργία της ομάδας του χειρουργείου με σκοπό να αποφευχθούν τα ιατρικά λάθη και την ασφάλεια των χειρουργικών επεμβάσεων (Davies, 2005; Katz, 2007). Το αποτέλεσμα της ανεπαρκούς επίλυσης συγκρούσεων είναι η διαβρωτική επίδραση στις σχέσεις των επαγγελματιών υγείας και στην ομαλή ομαδική εργασία, που απαιτούνται για την ασφαλή φροντίδα των ασθενών (Katz, 2007).

Η απόσπαση της προσοχής των μελών της χειρουργικής ομάδας είναι επίσης μία συνέπεια των συγκρούσεων που συμβαίνουν σε μία χειρουργική αίθουσα, για παράδειγμα όταν υπάρχει ένταση μεταξύ των χειρουργών με τους αναισθησιολόγους ή τους νοσηλευτές, διαταράσσεται η ηρεμία όλης της ομάδας, με αποτέλεσμα την απόσπαση των επαγγελματιών υγείας από τη φροντίδα του ασθενούς (Αλεξοπούλου – Γιαννοπούλου κ.ά., 2015).

Οι τακτικές συγκρούσεις στο χώρο των χειρουργείων ενδέχεται να επιφέρουν έντονο στρες στους εργαζόμενους, το οποίο μπορεί να εξελιχθεί σε χρόνιο άγχος. Συνέπειες του χρόνιου άγχους αποτελούν οι σωματικές ή ψυχολογικές βλάβες, οι οποίες με την πάροδο του χρόνου μπορεί να οδηγήσουν σε διάφορους τύπους διαταραχών άγχους όπως κατάθλιψη, διαταραχές προσαρμογής, υπέρταση, αϋπνία και κατάχρηση ουσιών, παχυσαρκία, καρδιακές παθήσεις, διαβήτη και γαστρεντερικά προβλήματα (Attri et al., 2015).

1.6 Διαχείριση συγκρούσεων στο χειρουργείο.

Σύμφωνα με τους Αλεξοπούλου-Γιαννοπούλου κ.α. το 2015 ο διάλογος με τα άτομα της χειρουργικής ομάδας για θέματα που προκύπτουν καθημερινά στο χώρο ή και ακόμη σε αναφορά προηγούμενων συμβάντων βοηθάει τα άτομα να αποβάλουν το άγχος ούτως ώστε να είναι πιο συγκεντρωμένοι στην εργασία τους, και επίσης στην καλύτερη οργάνωση της ομάδας και στην μείωση των μελλοντικών συγκρούσεων μεταξύ των ίδιων ατόμων. Σημαντικό, επίσης βήμα προς αποφυγή των συγκρούσεων είναι η κατανόηση των ατόμων που δημιουργούν προβλήματα λόγω του αγχώδους χαρακτήρα ή της ανασφάλειας που

έχουν κατά την ώρα της επέμβασης και όχι να τροφοδοτούνται συγκρούσεις μαζί τους συνεχώς.

Η διατήρηση της ψυχραιμίας την στιγμή της σύγκρουσης, έτσι ώστε να μην χάνεται πολύτιμος χρόνος στο χειρουργείο και να εξελιχθεί με ασφάλεια η επέμβαση. Σε δεύτερο χρόνο οι εμπλεκόμενοι και αφού τελειώσει η επέμβαση να συζητήσουν με ηρεμία και να γίνει προσπάθεια εντοπισμού των αιτιών και των τρόπων πρόληψης παρόμοιων προβλημάτων.

Σύμφωνα με τον Katz το 2007, θα πρέπει η διοίκηση των χειρουργείων να υλοποιήσει ένα πρόγραμμα διαχείρισης συγκρούσεων, να αναδειχθούν τα αίτια και τρόποι αποφυγής τους, να ενισχυθεί η συνοχή της ομάδας και οι δεξιότητες καλής επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων.

Οι συγκρούσεις θα πρέπει να θεωρούνται αναμενόμενες και για αυτό το λόγο να δημιουργηθούν κανόνες συμπεριφοράς ώστε οι εμπλεκόμενοι να μη ξεφεύγουν από τα ασφαλή όρια. Πολλές φορές οι συγκρούσεις προκύπτουν διότι στο χώρο του χειρουργείου συνεργάζονται πολλές επαγγελματικές ομάδες και τυγχάνει να μη γνωρίζουν τις κατευθυντήριες γραμμές και τα πρωτόκολλα που υπαγορεύουν τα πρότυπα της εργασίας τους. Επιπρόσθετα, εάν μία αντιπαράθεση είναι αναπόφευκτη μεταξύ κάποιων ατόμων, αυτό θα πρέπει να γίνεται σε ιδιωτικό περιβάλλον και όχι να είναι παρών και άλλα άτομα της ομάδας. Με αυτό τον τρόπο η αντιπαράθεση θα μείνει μεταξύ των εμπλεκόμενων ατόμων και δεν θα δοθεί αφορμή για περαιτέρω σχολιασμούς από τα υπόλοιπα άτομα. Η παρουσία κάποιου μεσολαβητή σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να φανεί χρήσιμη, διότι το τρίτο άτομο θα βλέπει τα πράγματα αντικειμενικά και ενδέχεται να βοηθήσει ώστε να αποδυναμωθεί η ένταση και να βρεθούν καινοτόμες λύσεις.

Τέλος, εάν η σύγκρουση είναι ασυμβίβαστη θα πρέπει η φροντίδα του ασθενούς να περάσει σε άτομα που δεν έχουν επηρεαστεί από αυτή τη σύγκρουση, όπως για παράδειγμα εάν η σύγκρουση είναι ανάμεσα στο χειρουργό και τον αναισθησιολόγο ίσως θα ήταν πιο ασφαλές να αντικαταστήσει

τον υπάρχων αναισθησιολόγο ένας άλλος αφού ο θεράπων χειρουργός δεν μπορεί να εγκαταλείψει τον ασθενή (Katz, 2007).

Κεφάλαιο 2:

2.1 Η λεκτική βία.

Η λεκτική βία είναι η πιο συχνή μορφή της «κακής» συμπεριφοράς που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας στον χώρο εργασίας τους.(Cook et al.,2001). Το χειρουργείο, από μόνο του είναι ένα στρεσογόνο περιβάλλον εργασίας όπου η διεπιστημονική ομάδα πρέπει να συνεργάζεται αρμονικά για την ομαλή εξέλιξη των επεμβάσεων. Οι παράγοντες που μπορεί να προδιαθέσουν και να πυροδοτούν τέτοια επεισόδια ποικίλουν και μπορούν να χωριστούν σε κοινωνικούς και εργασιακούς. Στους κοινωνικούς, όπου το γυναικείο φύλο γίνεται πιο συχνά στόχος βίας από τους άντρες και ιδιαίτερα στην νοσηλευτική όπου είναι ένα κατεξοχήν γυναικοκρατούμενο επάγγελμα αφού έρευνες δείχνουν ότι το 95% των νοσηλευτών είναι γυναίκες.

Οι εργασιακοί παράγοντες είναι αυτοί που συμβάλλουν στην βία στο εργασιακό περιβάλλον. Για παράδειγμα, οι χειρουργοί μπορεί να αλλάξουν ή να προσθέσουν διαδικασίες κατά την διάρκεια της επέμβασης ή να απαιτούν εξοπλισμό και αναλώσιμα υλικά χωρίς προηγούμενη ενημέρωση με αποτέλεσμα τις συγκρούσεις που παράλληλα με το άγχος της εργασίας να δημιουργούνται τα επεισόδια λεκτικής βίας. Επίσης, η συνεχής έκθεση σε καταστάσεις επειγόντων περιστατικών, οι πολλές ώρες εργασίας, η σύγχρονη τεχνολογία, η πίεση του χρόνου και οι επαγγελματικές προσδοκίες αυξάνουν το άγχος και οδηγούν πολλές φορές σε περιστατικά λεκτικής βίας(Hudack et al.,1998; Patrick,1989; Smailes,2003).

Η λεκτική βία στο νοσοκομειακό χώρο αποτελείται από δύο διαστάσεις, την οριζόντια και την κάθετη κακοποίηση. Η οριζόντια κακοποίηση είναι ανάμεσα σε δύο συναδέλφους του ίδιου βαθμού. Η κάθετη κακοποίηση είναι η

χρησιμοποίηση ανάρμοστης δύναμης σε έναν πραγματικά ή κατά αντίληψη υφιστάμενο. Κάθετη κακοποίηση συμβαίνει για παράδειγμα όταν ένας χειρουργός ασκεί λεκτική βία σε ένα νοσηλευτή (Rosenstein, 2002).

Οι Durkin και Wilson (1999) υποστηρίζουν ότι η λεκτική βία μπορεί να είναι τόσο οδυνηρή όσο και η σωματική επίθεση. Επίσης, έχει υποστηριχθεί ότι η λεκτική βία είναι μια λιγότερο ακραία, αλλά πιο διαδεδομένη μορφή βίας στο χώρο εργασίας που έχει εμπειρικά παραμεληθεί σε σύγκριση με τη μελέτη των φυσικών επιθέσεων (Gill et al, 2002). Έχει διατυπωθεί η υπόθεση, ότι η ιεραρχική φύση του νοσοκομειακού περιβάλλοντος μπορεί να συμβάλει σε υψηλά ποσοστά λεκτικής βίας με την έκθεση των επαγγελματιών υγείας στον πόνο και τη θλίψη (Simms, 2000). Το κάθε νοσοκομείο έχει βαθιά ριζωμένη την πεποίθηση ότι ιεραρχικά στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκονται οι γιατροί και είναι οι μοναδικοί κάτοχοι της εξουσίας (Smith et al., 1996, McCall, 1996). Ιστορικά η πλειοψηφία των γιατρών ήταν άντρες και η πλειοψηφία των νοσηλευτών ήταν γυναίκες, που και αυτό φαίνεται ότι οδηγεί σε περιστατικά λεκτικής βίας (Woodward & House, 1997; Worchel et al., 2000)

Οι σωματικές συνέπειες της παρατεταμένης κακοποίησης περιλαμβάνουν γαστρεντερικές διαταραχές, σφίξιμο στο στομάχι, τρίξιμο δοντιών, πονοκεφάλους, αδυναμία ύπνου ή υπνηλία, κόπωση, ναυτία, απώλεια όρεξης, απώλεια βάρους, ξεσπάσματα σε κλάματα, ζάλη και διαταραχές της έμμηνου ρήσεως στις γυναίκες. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της λεκτικής βίας περιλαμβάνουν θυμό, φόβο, κατάθλιψη, άγχος, σοκ, απάθεια, ενοχή, απώλεια της αυτοεκτίμησης, αίσθημα ταπείνωσης και αποξένωσης (Registered Nurses Association of Nova Scotia, 1996).

Τέλος, επαναλαμβανόμενα περιστατικά προφορικής κακοποίησης επιδρούν αρνητικά και οδηγούν σε χαμηλό αίσθημα ικανοποίησης από την εργασία που σε συνδυασμό με τις προηγούμενες συναισθηματικές αντιδράσεις που προαναφερθήκαν μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα ποσοστά εναλλαγής προσωπικού. Οι συχνές εναλλαγές προσωπικού οδηγούν υποχρεωτικά και σε

αύξηση του φόρτου εργασίας των ήδη νοσηλευτών του χειρουργείου με αποτέλεσμα να καταγράφονται ακόμη περισσότερα περιστατικά λεκτικής βίας.

2.2 Ανασκόπηση βιβλιογραφίας που αφορούν στην λεκτική βία.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση επισημαίνει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό γίνεται δέκτης πολλών περιστατικών λεκτικής βίας, ανεξαρτήτως του επίπεδο σπουδών τους και της θέσης που έχουν. Το φαινόμενο αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τα κλειστά τμήματα όπως η μονάδα εντατικής θεραπείας και το χειρουργείο (Yousef 1999).

Το 1997 οι Manderino και Berkey πραγματοποίησαν μια έρευνα σε 130 νοσηλευτές. Το 90% αυτών αναφέρει ότι ήταν αποδέκτης προφορικής κακοποίησης κατά το τελευταίο έτος. Η πιο συχνή μορφή λεκτικής βίας ήταν ο θυμός και η προσβολή συγκεκαλυμμένη σε αστείο. Σε παρόμοια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Cook et al το 2001 ανέδειξε ποσοστό 91% των νοσηλευτών να υπήρξαν δέκτες κάποιας μορφής λεκτικής βίας κατά το προηγούμενο έτος.

Επιπρόσθετα, σε μελέτη των Watson και Steiert το 2002 αναφέρθηκε ποσοστό 94% των ερωτηθέντων ότι είχαν βιώσει περιστατικά λεκτικής βίας. Ενώ, σε έρευνα των Rowe και Sherlock (2005) το ποσοστό ήταν μεγαλύτερο (96,4%) των νοσηλευτών που ήταν θύματα λεκτικής βίας. Στην ίδια έρευνα, επισημαίνεται ότι ως συνέπεια του φαινομένου λεκτικής βίας ήταν το έντονο στρες. Το 2006, ο Ozuncu ανακάλυψε ότι το 87,6% αυτών που βίωσαν λεκτική βία επηρεάστηκε αρνητικά το ηθικό τους, το 91% ένιωσαν ψυχική εξουθένωση και το 63,1% επηρεάστηκε αρνητικά το ενδιαφέρον τους για το επάγγελμα.

Σημαντικές πληροφορίες μας δίνει η έρευνα των Nagata- Kobayashi et al. (2009) που πραγματοποιήθηκε σε 37 νοσοκομεία της Ιαπωνίας με τη συμμετοχή 355 ειδικευόμενων γιατρών. Το 84.8 % έγινε αποδέκτης κακομεταχείρισης, με πιο συνηθισμένη μορφή τη λεκτική βία σε ποσοστό 72.1%, ενώ από τις γυναίκες

αναφέρθηκε και η σεξουαλική παρενόχληση (58.3 %). Οι γιατροί σε ποσοστό 34.9 % και οι νοσηλευτές (17.2 %) αναφέρονται ως οι κύριοι εκφραστές της λεκτικής βίας.

Σε πιο πρόσφατες μελέτες, το 2011 η Abdou πραγματοποίησε έρευνα με την χρήση του Verbal Abuse Scale και αναφέρει ότι οι κύριοι θύτες λεκτικής βίας στα χειρουργεία είναι οι ιατροί(40.3%), οι νοσηλευτές(27,7%) και οι αναισθησιολόγοι(17,5%). Το 2013, σε νοσοκομείο του Ομάν(Al-Shafaee et al.) σε έρευνα με ερωτούμενους ειδικευόμενους ιατρούς ανέφεραν ότι το 96,6% είχαν γίνει αποδέκτες κακής συμπεριφοράς με την λεκτική βία να είναι η κυριότερη(87,9%) μορφή έκφρασης και να ακολουθείται από την σεξουαλική παρενόχληση(24,1%).

Σε μια πρόσφατη έρευνα των Alkorashy και Moalad το 2016 σε νοσοκομείο της Σαουδικής Αραβίας με δείγμα 370 νοσηλευτών αναφέρεται ότι οι μισοί από τους συμμετέχοντες νοσηλευτές είχαν βιώσει βία στο επαγγελματικό περιβάλλον και ως επί το πλείστον αναφέρουν τη λεκτική κακοποίηση ως κύρια αιτία βίας στο χώρο εργασίας τους.

Το 2015, μια συγχρονική μελέτη που έγινε από τους Fafliora et al. σε τρία διαφορετικά ελληνικά κέντρα υγειονομικής περίθαλψης επισήμανε ότι, οι νοσηλευτές αποτελούν την ομάδα που δέχεται την περισσότερη βία. Από τους 80 νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα το 76% ανέφερε ότι δέχθηκε βία εν ώρα εργασίας. Το 98% αυτών ανέφεραν την λεκτική βία ως την επικρατέστερη μορφή βίας στο χώρο εργασίας. Άλλη μια παρόμοια έρευνα που έγινε το 2016, στην Τουρκία από τους Kaya et al. σε δύο μεγάλα νοσοκομεία επισημαίνει ότι γιατροί και νοσηλευτές σε ποσοστό 74,4% από τους 254 συμμετέχοντες είχαν εκτεθεί σε κάποια μορφή βίας. Το 87,3% από αυτούς ανέφεραν την λεκτική βία σαν κύρια μορφή βίας στο χώρο εργασίας.

Στην Ελλάδα, σε δείγμα εκατό νοσηλευτών σε έρευνα των Καραθανάση και συν (2011) έδειξε ότι το σύνολο των ερωτηθέντων έγιναν αποδέκτες προφορικής κακοποίησης πάνω από μία φορά, ενώ οι αντιδράσεις των θυμάτων

της κακοποίησης κυμάνθηκαν ανάμεσα στον φόβο, την ήττα και την αδυναμία. Μια άλλη σχετικά πρόσφατη πανελλήνια μελέτη, έγινε με την συμμετοχή 65 νοσηλευτών χειρουργείου που απάντησαν σε ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο και αναφέρει ότι το 35,4% του δείγματος έπεσε θύμα λεκτικής βίας. Το περιστατικό προφορικής κακοποίησης (93,8%) έγινε παρουσία άλλων, ενώ το 66,2% θεώρησε ότι ο θύτης γνώριζε τις συνέπειες της πράξης του (Μαλλιαρού και συν, 2014).

Οι Park et al. το 2015, σε ένα Πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Σεούλ πραγματοποίησαν μια έρευνα, όπου το δείγμα περιλάμβανε 970 νοσηλευτές διαφόρων τμημάτων συμπεριλαμβανομένου και των χειρουργείων, επισημαίνει ότι ο επιπολασμός για τη λεκτική βία για 12 μήνες είχε το ψηλότερο ποσοστό με 63,8% καθώς επίσης ψηλά ποσοστά για τα χειρουργεία ήταν η σεξουαλική παρενόχληση και ο εκφοβισμός.

Στο σημερινό σύστημα υγείας της χώρας οι κυριότεροι λόγοι που οδηγούν στην έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, με επακόλουθο τα φαινόμενα βίας είναι ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η έλλειψη προσωπικού. Αυτό, διαβεβαιώνεται και σε έρευνα της Φουντούκη και συν. το 2009 όπου έλαβε χώρα σε ένα επαρχιακό νοσοκομείο της Β. Ελλάδας και αποδείχθηκε ότι ο φόρτος εργασίας και η έλλειψη προσωπικού κατείχαν τα ψηλότερα ποσοστά με 86,74% και 77,09% αντίστοιχα.

Τέλος, στα πλαίσια του 2^{ου} Ελληνοκυπριακού Συνέδριου Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής(Στεφανιδης 2005) ανακοινώθηκε ότι από τους 132 συμμετέχοντες στην έρευνα που αφορούσε την λεκτική βία, το 91% είχε βιώσει μια κατάσταση προφορικής κακοποίησης και το περιστατικό επηρέασε αρνητικά το ηθικό των νοσηλευτών σε ποσοστό 66% και το κυρίαρχο συναίσθημα την στιγμή του περιστατικού ήταν η οργή(44%). Από αυτούς μόνο το 11% είχαν παρακολουθήσει μαθήματα διαχείρισης τέτοιων καταστάσεων και το 68% πιστεύει ότι τα περιστατικά λεκτικής βίας οδηγούν σε αύξηση λάθους στο χειρουργείο.

Κεφάλαιο 3:

3.1 Η διαδικασία της Επικοινωνίας.

Τα νοσοκομεία αποτελούν πολυσύνθετους οργανισμούς στα οποία εκτελούνται ενέργειες και διαδικασίες που στηρίζονται στην διαπροσωπική επικοινωνία ανάμεσα στην διοίκηση και τους εργαζόμενους(κάθετη επικοινωνία), αλλά και στην επικοινωνία ανάμεσα σε διαφορετικές ομάδες εργαζομένων ανεξαρτήτου ειδικότητας(οριζόντια επικοινωνία) (Μπουρατάς, 2003). Είναι ευρέως γνωστό, ότι σε αυτούς τους χώρους επικρατούν προβλήματα στις σχέσεις του προσωπικού, με αποτέλεσμα τη εκδήλωση συγκρούσεων ή αντιπαράθεσεων, οι οποίες εάν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως είναι δυνατόν να αποσυντονίσουν ακόμα και την λειτουργία ολόκληρου του Οργανισμού. Σημαντικοί παράγοντες που συντελούν στην εύρυθμη λειτουργία ενός ιδρύματος είναι η επικοινωνία, η συνεργασία μεταξύ των εργαζόμενων και η επαγγελματική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας.

Η «επικοινωνία» αποτελεί μία αμφίδρομη διαδικασία, κατά την οποία διάφορες πληροφορίες ανταλλάσσονται και κατανοούνται από δύο ή περισσότερους ανθρώπους. Αποτελεί τη γέφυρα ανάμεσα στους στόχους, στα πρότυπα απόδοσης και στην επιτυχία των εργαζομένων. Σύμφωνα με τον Price το 1996, ο οποίος, ορίζει την επικοινωνία ως «Μία δραστηριότητα στην οποία το συμβολικό περιεχόμενο δεν μεταδίδεται απλά από μία πηγή σε έναν δέκτη, αλλά ανταλλάσσεται μεταξύ ενεργών ατόμων, τα οποία αλληλεπιδρούν εντός ενός συγκεκριμένου πλαισίου και λόγου». Ο σκοπός της επικοινωνίας είναι να γίνονται κατανοητά τα μηνύματα που μεταδίδονται από την πλευρά του αποστολέα(πομπός) προς την πλευρά του λήπτη(δέκτης). Η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας «μετράται» με το βαθμό στον οποίο το μήνυμα που έχει κατά νου ο πομπός φθάνει «ανέγγιχτο» στο δέκτη.

Τα εμπόδια για μια αποτελεσματική επικοινωνία σχετιζόμενα με το πομπό, είναι η λανθασμένη ανάλυση του ακροατηρίου, η έλλειψη σαφήνειας, η λανθασμένη επιλογή του μέσου επικοινωνίας, ο τρόπος παρουσίασης, η

αδυναμία δημιουργίας κλίματος εμπιστοσύνης ανάμεσα στα άτομα που επικοινωνούν, η λάθος ερμηνεία και η μη-χρησιμοποίηση της αναπληροφόρησης (όταν δεν υπάρχει αξιοποίηση ή κατανόηση των «σημάτων ανταπόκρισης» που στέλνει ο δέκτης). Τα εμπόδια στην αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας σχετιζόμενα με το δέκτη είναι τα βιαστικά συμπεράσματα, η έλλειψη ενδιαφέροντος για το θέμα, η αρνητική αντίληψη για το πομπό, ο δέκτης να «ακούει αυτά που θέλει να ακούσει» χωρίς να φιλτράρει το μήνυμα και οι ψυχολογικές, νοητικές και συναισθηματικές μεροληψίες. Ο δέκτης του μηνύματος θα πρέπει να ακούει προσεκτικά τον πομπό, κατανοώντας την θέση και τα συναισθήματα του χωρίς αυτό να σημαίνει ότι κατ' ανάγκη αποδέχεται και το μήνυμα που εκπέμπει.

Τέλος, η παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας εξασφαλίζεται με την καλή επικοινωνία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Casanova και συν. ο επαγγελματικός σεβασμός είναι απαραίτητος για την επιτυχή επικοινωνία. Οι συγκρούσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών είναι αποτέλεσμα ενός διαφορετικού τρόπου εργασίας, όπου οι νοσηλευτές εστιάζουν στην ομαδική εργασία ενώ οι ιατροί αποδίδουν στον εαυτό τους κυρίαρχο ρόλο στην παροχή φροντίδας. Έτσι, δημιουργείται ένα αρνητικό κλίμα το οποίο εύκολα πυροδοτεί αρνητικές συμπεριφορές, επηρεάζοντας έτσι την επικοινωνία. Επίσης, αναφέρεται ότι η ομαδική συνεργασία και η αποτελεσματική επικοινωνία στο χώρο των νοσοκομείων βελτιώνει τα κλινικά αποτελέσματα, αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών και μειώνει τις δαπάνες σε πόρους.

3.2 Είδη επικοινωνίας.

Η επικοινωνία διακρίνεται στην λεκτική επικοινωνία η οποία στηρίζεται στην χρήση της γλώσσας, έχοντας ως μέσο είτε τον γραπτό είτε τον προφορικό λόγο και η μη λεκτική, η οποία χαρακτηρίζεται ως γλώσσα του σώματος όπως η στάση του σώματος, η οπτική επαφή και οι διάφορες χειρονομίες (Taylor et al., 2002; Ράγια, 2004).

Σε όλους τους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις διαχωρίζεται σε δύο μορφές. Την επίσημη μορφή επικοινωνίας, η οποία γίνεται διαμέσου των επίσημα διαμορφωμένων καναλιών επικοινωνίας των οργανισμών και την ανεπίσημη επικοινωνία, η οποία βασίζεται στην προσωπική σχέση των μελών των οργανισμών, ανεξάρτητα από την θέση τους. Η συνεργασία και ο συντονισμός απαιτούν αμφίδρομη ροή πληροφοριών από την ανώτερη προς την κατώτερη βαθμίδα της διοικητικής ιεραρχίας και αντίστροφα. Συνήθως, η επικοινωνία στους οργανισμούς διακρίνεται σε «κάθετη» δηλαδή σε επικοινωνία από πάνω προς τα κάτω και αντίστροφα και σε «οριζόντια».

Η επικοινωνία προς τα κάτω είναι η κλασσική μορφή επικοινωνίας στις επιχειρήσεις, είναι αυτή που αρχίζει από την ανώτερη βαθμίδα και καταλήγει στην κατώτερη, χωρίς το αντίστροφο. Περιλαμβάνει την κοινοποίηση του σκοπού του οργανισμού προς τους υφιστάμενους, οδηγίες για την εκτέλεση της εργασίας, την κοινοποίηση διαδικασιών και πρακτικών που ακολουθούνται στον οργανισμό.

Η επικοινωνία προς τα πάνω έχει αφετηρία τα κατώτερα επίπεδα της ιεραρχίας και καταλήγει στα ανώτερα. Είναι εξίσου σημαντική με την προηγούμενη και λειτουργεί συμπληρώνοντας την. Δίνει την δυνατότητα στους υφιστάμενους να μεταφέρουν αυτά που θέλουν και να αισθάνονται ικανοποίηση αλλά και στους προϊστάμενους να παρακολουθούν την τύχη των δικών τους μηνυμάτων και να έχουν καλύτερη γνώση για την κατάσταση του χώρου ευθύνης τους. Σχετίζεται με την πληροφόρηση των προϊστάμενων για τυχόν προβλήματα που προκύπτουν, προτάσεις για αντιμετώπιση προβλημάτων, αιτήματα, παράπονα και διαμαρτυρίες του προσωπικού.

Εξίσου σημαντική για αποτελεσματικό συντονισμό και συνεργασία στην επιχείρηση είναι και η «οριζόντια» επικοινωνία. Πρόκειται για την επικοινωνία μεταξύ εργαζόμενων στο ίδιο οργανωτικό επίπεδο αλλά σε διαφορετικά τμήματα, όπου σχετίζεται με την συνεργασία για αναζήτηση λύσεων σε πιθανόν παρόμοια προβλήματα, η υποστήριξη από άλλους συναδέλφους άλλων τμημάτων σε ώρα ανάγκης κ.τ.λ. Τα αδύνατα σημεία αυτής της μορφής επικοινωνίας είναι στην αδυναμία ελέγχου της διάχυσης της πληροφορίας γιατί μπορεί να φτάσει άμεσα στους εργαζόμενους και αργότερα ή ποτέ στους προϊστάμενους. Επίσης, μπορεί να δημιουργήσει κακές σχέσεις μεταξύ των δύο τμημάτων.

3.3 Επικοινωνία μεταξύ Επαγγελματιών Υγείας.

Στην προσπάθεια των νοσηλευτικών ιδρυμάτων να αντεπεξέλθουν στον ρόλο τους για την παροχή ασφαλούς και υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας η αποτελεσματική επικοινωνία είναι ζωτικής σημασίας. Η επικοινωνία έχει ως βασικό στόχο τον σωστό συντονισμό και καταμερισμό των δραστηριοτήτων εντός των νοσοκομείων. Η ουσιαστική επικοινωνία αποτελεί το βασικό συστατικό της διεπιστημονικής συνεργασίας. Αυτό, διαβεβαιώνεται και από τους McCaffrey et al. το 2011 όπου τονίζει ότι γιατροί και νοσηλευτές πρέπει να συνεργάζονται με στόχο την παροχή ολιστικής φροντίδας προς τους ασθενείς.

Στο σημερινό σύστημα υγείας, οι προκλήσεις για τους επαγγελματίες υγείας όσον αφορά στην παροχή φροντίδας είναι μεγάλες, η φροντίδα έχει επίκεντρο τον ασθενή και πρέπει να είναι αποδοτική, αποτελεσματική, ασφαλής, έγκαιρη και εύκολα προσβάσιμη (Institute of Medicine,2001). Όταν, όμως οι επαγγελματίες υγείας δεν επικοινωνούν αποτελεσματικά, τίθεται σε κίνδυνο η ασφάλεια του ασθενή, και οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας. Δυστυχώς, πολλοί εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας έχουν συνηθίσει στην ελλειπή επικοινωνία και το ομαδικό πνεύμα εργασίας. Αυτό το περιβάλλον, οδηγεί σε λάθη, διότι και ευσυνείδητοι επαγγελματίες τείνουν να αγνοούν τα προειδοποιητικά σήματα και

τις κλινικές διαφορές και τα δικαιολογούν ως αποτέλεσμα της κακής επικοινωνίας που επικρατεί και όχι σαν ανησυχητικούς δείκτες. Παρά το γεγονός ότι η κακή επικοινωνία έχει τραγικές συνέπειες, η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει ότι η αποτελεσματική επικοινωνία μπορεί να οδηγήσει στα ακόλουθα θετικά αποτελέσματα: βελτιωμένη ροή πληροφοριών, αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις, βελτιωμένη ασφάλεια, υψηλό ηθικό των εργαζομένων, αυξημένη ικανοποίηση του ασθενή και της οικογένειας του και μειωμένο χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο(Chassin & Becher C.,2002).

Όπως είναι εμφανές, στο χώρο της υγείας η συνεύρεση και η συχνή επικοινωνία δημιουργεί αυξημένη ανταλλαγή απόψεων, στις οποίες δημιουργούνται προβλήματα στις σχέσεις του προσωπικού και συγκρούσεις οι οποίες εάν δεν ομαλοποιηθούν από την διοίκηση του εκάστοτε οργανισμού θα αποσυντονίσουν την λειτουργία του(Σταθόπουλου 2006). Η εύρυθμη λειτουργία ενός οργανισμού υγείας βασίζεται στην αποτελεσματική επικοινωνία και πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια τόσο από τις διάφορες επαγγελματικές ομάδες όσο και από την διοίκηση για να επιτευχθούν οι στόχοι του οργανισμού(Μπουράντας,2002).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4:

4.1 Σκοπός της έρευνας.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει το φαινόμενο λεκτικής βίας στο χώρο των χειρουργείων σε δύο μεγάλα δημόσια νοσηλευτήρια της Χώρας μας. Πιο συγκεκριμένα, θα μελετηθεί η συχνότητα του φαινομένου μεταξύ νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας και να αποτυπωθεί η ποιότητα επικοινωνίας. Απώτερος στόχος της έρευνας είναι η διευθέτηση του προβλήματος της λεκτικής βίας, της ανάπτυξης διαρθρωτικών μέτρων και στην μείωση αρνητικών συνεπειών προς τους ασθενείς.

Ειδικότερα, ως στόχοι της εργασίας ορίστηκαν:

- Η καταγραφή της συχνότητας λεκτικής βίας προς τους νοσηλευτές.
- Η καταγραφή των ειδών λεκτικής κακοποίησης.
- Η παρουσίαση των επιπέδων άγχους που καταγράφεται από τους νοσηλευτές χειρουργείου, ως αποτέλεσμα της λεκτικής βίας.
- Η διερεύνηση των περιστατικών λεκτικής βίας προς τους νοσηλευτές ανάλογα με το φύλο και την ηλικία τους.
- Η διερεύνηση της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας εντός του χειρουργείου.

4.2 Ερευνητικός σχεδιασμός.

Στην παρούσα έρευνα και σύμφωνα με τους στόχους που τέθηκαν, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ποσοτικής προσέγγισης με την χρήση ενός δομημένου ερωτηματολογίου. Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα μας ακολουθήσαμε τον περιγραφικό σχεδιασμό-συσχέτισης καθώς ο κύριος στόχος μας ήταν η διερεύνηση του φαινομένου λεκτικής βίας, αλλά και ταυτόχρονα η συσχέτιση του

με άλλους παράγοντες(Μερκούρης,2008). Επιπρόσθετα, με την ποσοτική έρευνα, είναι η ευκολότερη η διαδικασία συλλογής δεδομένων όπως και η διαδικασία κωδικοποίησης και της καταχώρησης σε κάποιο λογισμικό στο οποίο θα γίνει η μετέπειτα ανάλυση των δεδομένων μας(Creswell,2011).

4.3 Δείγμα μελέτης.

Το δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης ήταν οι νοσηλευτές που εργάζονται στο χώρο των χειρουργείων. Η δειγματοληψία που χρησιμοποιήθηκε είναι η σκόπιμη δειγματοληψία καθώς το δείγμα μας αποτελούν όλοι οι νοσηλευτές που εργάζονται στα χειρουργεία των Γενικών Νοσοκομείων Πάφου και Λευκωσίας. Η μέθοδος αυτή είναι η πιο αποτελεσματική στην περίπτωση μας γιατί ερευνήσαμε άτομα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και που είχαν βιώσει μια συγκεκριμένη εμπειρία(Μερκούρης,2008).

Επίσης, πρέπει να αναφερθεί ότι από την έρευνα αποκλειστήκαν βάση κριτηρίων:

- ❖ Νοσηλευτές που εργαζόταν λιγότερο από ένα έτος στο χώρο του χειρουργείου.
- ❖ Νοσηλευτές όπου κατά την διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου θέλησαν να διακόψουν την συμμετοχή τους για οποιονδήποτε λόγο.
- ❖ Νοσηλευτές με μη επαρκή γνώση ή ομιλία της Ελληνικής γλώσσας.

Τελικά το δείγμα μας αποτέλεσαν εξήντα(60) νοσηλευτές χειρουργείου από τα προαναφερθέντα Νοσοκομεία.

4.4 Ερευνητικά εργαλεία.

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα μας ήταν το ερωτηματολόγιο. Ένα σημαντικό πλεονέκτημα του ερωτηματολογίου σύμφωνα με των Sing το 2007 είναι η γρήγορη διανομή του και ο μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων το ίδιο χρονικό διάστημα, καθώς επίσης το μικρό κόστος και η ευκολία κωδικοποίησης του.

Για την αξιολόγηση και διερεύνηση της λεκτικής βίας στο εργασιακό περιβάλλον χρησιμοποιήθηκε το μεταφρασμένο από τους Μάλλιαρου και συν.(2015), στην Ελληνική γλώσσα του αξιόπιστου και έγκυρου διεθνούς ερωτηματολογίου Verbal Abuse Scale(VAS). Αποτελείται από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και 11 ομάδες ερωτήσεων, εκ των οποίων οι 6 πρώτες αφορούν στην καταγραφή της συχνότητας που θεωρούν οι νοσηλευτές ότι έγιναν αποδέκτες προφορικής κακοποίησης, την εργασιακή σχέση με τον θύτη, εάν έγινε παρουσία άλλων, πόσο εργασιακό άγχος δημιούργησε η λεκτική βία και εάν ο θύτης γνώριζε το αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του. Οι υπόλοιπες ομάδες ερωτήσεων σχετίζονται με τη συχνότητα και την σοβαρότητα δέκα διαφορετικών περιπτώσεων λεκτικής κακοποίησης, την αντίδραση στο περιστατικό λεκτικής βίας, τον τρόπο αντιμετώπισης – διαχείρισης της κατάστασης από το θύμα, την σοβαρότητα των επιπτώσεων της προφορικής κακοποίησης και τέλος τα συναισθήματα που ένιωσε το θύμα βιώνοντας την εμπειρία της λεκτικής βίας. Στην ομάδα των ερωτήσεων αυτών, η απάντηση δίνεται σε 5 βαθμη κλίμακα Likert.

Η ποιότητα της επικοινωνίας και η εκτίμηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας ως προς τη συνεργασία ιατρών – νοσηλευτών θα γίνει με το Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat και Herman, 1985; Hojat et al, 2002). και με το προσαρμοσμένο για το χειρουργείο Safety Attitudes Questionnaire(SAQ) όπου θα συσχετιστούν οι συμπεριφορές για την ασφάλεια του ασθενή, την επικοινωνία, την συνεργασία και την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας από το εργασιακό τους περιβάλλον (Sexton et al, 2006). Το Safety attitudes Questionnaire (SAQ) επιλέχθηκε από την διεθνή βιβλιογραφία ως το καταλληλότερο ερωτηματολόγιο βάσει κριτηρίων. Ακολούθησε η διαδικασία γνωστικής ανασκόπησης

(cognitive debriefing process), που αφορούσε στον προ- έλεγχο (pre-test) των μεταφρασμένων ερωτηματολογίων σε ένα μικρό αριθμό νοσηλευτών με σκοπό την αποκάλυψη γλωσσικών προβλημάτων, ακατάλληλων ερωτήσεων και εναλλακτικών μετάφρασης. Πιο συγκεκριμένα, αφού έγινε η επιλογή του ερωτηματολογίου προχωρήσαμε στη διαδικασία στάθμισης, για να ελεγχθεί η εγκυρότητα και αξιοπιστία του με μια πιλοτική δοκιμή(pre-test). Διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια σε ένα τυχαίο δείγμα του πληθυσμού-στόχου μας, 50 ατόμων. Ακολούθως, μετά την συμπλήρωση τους έγινε αξιολόγηση ως προς την κατανόηση των ερωτήσεων, το χρόνο συμπλήρωσης του, του ενδιαφέροντος των ερωτούμενων και της εμφάνισής του. Έγιναν οι απαραίτητες διορθώσεις και με μια νέα πιλοτική δοκιμή(re-test) στο ίδιο δείγμα και σε μικρό χρονικό διάστημα μεταξύ των δυο δοκιμών, έγινε ο έλεγχος εγκυρότητας και αξιοπιστίας του με την χρήση του συντελεστή αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής(internal consistency reliability) Cronbach alpha. Μέσω του στατιστικού προγράμματος SPSS τα αποτελέσματα της εντολής αυτής είναι 0,87 για το συγκεκριμένο μας ερωτηματολόγιο, όπου εξάγεται το συμπέρασμα ότι το ερωτηματολόγιο μας είναι καλά σταθμισμένο(έγκυρο και αξιόπιστο) και έτοιμο να διανεμηθεί στο επιλεγμένο δείγμα του υπό μελέτη πληθυσμού.

Τα ερωτηματολόγια θα διανεμηθούν στους νοσηλευτές, αφού κατατεθεί σχετική αίτηση και ληφθεί έγγραφη θετική απάντηση από τα επιστημονικά συμβούλια των Δημοσίων Νοσοκομείων. Η αίτηση θα περιλαμβάνει τα πλήρη στοιχεία του ερευνητή, το πανεπιστημιακό ίδρυμα και το όνομα του επιβλέποντα καθηγητή, τα ερωτηματολόγια, το σκοπό της έρευνας και που θα χρησιμοποιηθούν τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από την μελέτη.

4.5 Διαδικασίες- Μέθοδος συλλογής δεδομένων.

Δύο συνεργάτες νοσηλευτές, από το κάθε νοσοκομείο είχαν ενημερωθεί για την έρευνα προηγουμένως και ήταν υπεύθυνοι να διανέμουν τα ερωτηματολόγια στους υπόλοιπους νοσηλευτές. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε κλειστό φάκελο και επιστράφηκαν στον υπεύθυνο νοσηλευτή μετά την συμπλήρωση τους. Επίσης στο φάκελο υπήρχε και έντυπο συγκατάθεσης όπου περιλάμβανε τα πλήρη στοιχεία του ερευνητή, το πανεπιστημιακό ίδρυμα και το όνομα του επιβλέποντα καθηγητή, το σκοπό της έρευνας και που θα χρησίμευαν τα αποτελέσματα που θα προέκυπταν από την μελέτη. Το έντυπο αυτό είναι απαραίτητο σύμφωνα με τον Creswell το 2011. Τόσο οι συνεργάτες νοσηλευτές όσο και ο ίδιος ο ερευνητής καθώς και ο επιβλέπων καθηγητής ήταν διαθέσιμοι για τυχόν απορίες ή και προβλήματα που θα προέκυπταν.

4.6 Πλεονεκτήματα της έρευνας.

Πλεονεκτήματα της μελέτης μας ήταν ότι ο πληθυσμός-στόχος μας αποτελείται από όλους τους νοσηλευτές που εργάζονται στο χώρο των χειρουργείων και ότι έγινε χρήση των ήδη μεταφρασμένων στην Ελληνική γλώσσα ερωτηματολογίων.

4.7 Δεοντολογικά και Ηθικά ζητήματα.

Στην παρούσα έρευνα τηρήθηκαν όλες οι προβλεπόμενες, τυπικές διαδικασίες για να μην δημιουργηθούν ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα. Εξασφαλίστηκαν όλες οι απαιτούμενες άδειες πριν την συγγραφή της έρευνας και διανομή των ερωτηματολογίων. Τα ερευνητικά εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν αφού πρώτα εξασφαλίστηκε άδεια χρήσης τους από τους συγγραφείς. Η διανομή τους έγινε αφού προηγήθηκε έλεγχος και η έγκρισή από την διοίκηση του κάθε νοσοκομείου ξεχωριστά. Τέλος, τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δεν περιλάμβαναν ερωτήσεις που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην αναγνώριση του ερωτούμενου. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια βρισκόταν σφραγισμένα σε φάκελο και μόνο ο ερευνητής είχε πρόσβαση σε αυτά και για σκοπούς επεξεργασίας των δεδομένων και μόνον. Μετά το τέλος της έρευνας τα ερωτηματολόγια καταστράφηκαν σύμφωνα με εντολές του Επίτροπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

4.8 Μεθοδολογία ανάλυσης.

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων, έγινε κωδικοποίηση όλων των απαντήσεων και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η εισαγωγή τους στον ηλεκτρονικό υπολογιστή προκειμένου να επιτευχθεί η στατιστική τους επεξεργασία με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS v20.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας σε περιγραφικό επίπεδο περιλαμβάνει: πίνακες κατανομής συχνοτήτων των απαντήσεων των ερωτηθέντων όταν οι μεταβλητές είναι ονομαστικές και μέσους όρους (τυπική απόκλιση) όταν οι μεταβλητές είναι διατακτικές/συνεχείς. Για την ανάλυση του ερωτηματολογίου δημιουργήθηκαν νέες μεταβλητές από την πρόσθεση των επιμέρους ερωτήσεων του κάθε παράγοντα. Επιπλέον, τυχόν διαφορές μελετήθηκαν με παραμετρικά τεστ προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη ή μη σχέσεων μεταξύ των διαφόρων απαντήσεων των υποκειμένων με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά και τα δημογραφικά στοιχεία. Εφαρμόστηκε για ανεξάρτητες μεταβλητές με δύο παραμέτρους το τεστ κριτήριο t. Τέλος, χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο χ^2 για την συσχέτιση κατηγορικών μεταβλητών.

Σε όλες τις περιπτώσεις των στατιστικών ελέγχων χρησιμοποιήθηκε ως ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το $\alpha=0.05$, το οποίο έχει καθιερωθεί στο χώρο των ιατρικών και κοινωνικών επιστημών και το p value στρογγυλοποιήθηκε στα 3 δεκαδικά.

Κεφάλαιο 5:

Αποτελέσματα.

Πίνακας 1: Κατανομή δημογραφικών στοιχείων στο δείγμα των νοσηλευτών.

| | | Count | Column N % |
|---|-----------------------------|-------|------------|
| Φύλο | Άνδρας | 22 | 36.7% |
| | Γυναίκα | 38 | 63.3% |
| Νοσοκομείο στο οποίο εργάζεστε | Γενικό Νοσοκομείο Πάφου | 30 | 50.0% |
| | Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας | 30 | 50.0% |
| Εκπαίδευση | Π.Ε. | 19 | 31.7% |
| | Τ.Ε. | 8 | 13.3% |
| | .Ε. | 15 | 25.0% |
| | Μεταπτυχιακό | 16 | 26.7% |
| | Διδακτορικό | 0 | 0.0% |
| | Μετεκπαίδευση-Ειδικότητα | 2 | 3.3% |
| Χώρος εργασίας | Χειρουργείο | 55 | 91.7% |
| | Αναισθησιολογικό | 1 | 1.7% |
| | Άλλο | 4 | 6.7% |
| Θέση εργασίας | Προϊστάμενος | 8 | 13.6% |
| | Νοσηλεύτης | 50 | 84.7% |
| | Βοηθός νοσηλεύτη | 1 | 1.7% |
| Έχετε λάβει κάποια είδους επίσημη κατάρτιση σε δεξιότητες επικοινωνίας | Ναι | 7 | 11.7% |
| | Όχι | 53 | 88.3% |
| Εφαρμόζετε την λίστα ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις που προτείνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας | Ναι | 60 | 100.0% |
| | Όχι | 0 | 0.0% |

Περίπου τα 2/3 άτομα του δείγματος ήταν γυναίκες, μοιρασμένο στα Γενικά Νοσοκομεία Πάφου και Λευκωσίας. Ένας στους τέσσερεις είχε εξειδίκευση ενώ ποσοστό 26,7% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών. Η συντριπτική πλειοψηφία δουλεύει εντός του χειρουργείου. Το 84,7% ήταν νοσηλευτές με παρόμοιο ποσοστό να δηλώνει ότι δεν έχει οποιαδήποτε κατάρτιση σε δεξιότητες επικοινωνίας. Τέλος, όλοι ανεξαιρέτως, στο χώρο

εργασίας τους δήλωσαν ότι εφάρμοζαν την λίστα ελέγχου του Π.Ο.Υ για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις.

Πίνακας 2: Κατανομή ηλικίας, χρόνων εργασίας στο τμήμα, χρόνια προϋπηρεσίας και αριθμός χειρουργικών αιθουσών σε λειτουργία στο δείγμα των νοσηλευτών.

| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|---|----|---------|---------|-------|----------------|
| Ηλικία | 60 | 22 | 55 | 33.57 | 7.78 |
| Αριθμός χειρουργικών αιθουσών σε λειτουργία | 59 | 2 | 12 | 6.61 | 4.11 |
| Χρόνια εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα | 60 | 1 | 30 | 6.68 | 6.88 |
| Χρόνια προϋπηρεσίας | 60 | 1 | 31 | 7.22 | 7.37 |

Παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος ηλικίας των νοσηλευτών ήταν 33.57(Τ.Α 7.78) χρόνια με την μικρότερη ηλικία να είναι 22 ετών και η μεγαλύτερη 55. Όσον αφορά τα χρόνια εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα η μέση τιμή ήταν 6.68(Τ.Α 6.88) έτη με τον μεγαλύτερο να αναφέρει 30 χρόνια και τον μικρότερο μόλις 1 έτος. Τέλος, ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας των 60 συμμετεχόντων ήταν 7.22(Τ.Α 7.37) χρόνια.

Πίνακας 3: Ποσοστιαία κατανομή για το πόσο αγχωτικό ήταν το επεισόδιο, εάν ο υβριστής γνώριζε το αποτέλεσμα της πράξης του, ποία η εργασιακή σχέση με τον υβριστή και αν το επεισόδιο ήταν παρουσία άλλων στο δείγμα των νοσηλευτών.

| | | Συχνότητα | Ποσοστό | |
|---|---|--|---------|-------|
| Το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων | Ναι | 56 | 93.3% | |
| | Όχι | 4 | 6.7% | |
| Ποια η εργασιακή σχέση σας με τον υβριστή | Άμεσος προϊστάμενος | 16 | 26.7% | |
| | Άλλος ανώτερος | 13 | 21.7% | |
| | Άμεσα υφιστάμενος | 2 | 3.3% | |
| | Άλλος κατώτερος | 1 | 1.7% | |
| | Ομοίβαθμος | 9 | 15.0% | |
| | Συγγενής ασθενούς | 3 | 5.0% | |
| | Ο ίδιος ο ασθενής | 2 | 3.3% | |
| | Επισκέπτης | 0 | 0.0% | |
| Ιατρός | 14 | 23.3% | | |
| Πόσο συχνά θεωρείτε ότι οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια | Ποτέ | 0 | 0.0% | |
| | Μια φορά το χρόνο | 1 | 1.7% | |
| | Περισσότερες από 1 φορά ετησίως | 25 | 41.7% | |
| | Μια φορά το μήνα | 11 | 18.3% | |
| | Μια φορά τη βδομάδα | 9 | 15.0% | |
| | Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως | 8 | 13.3% | |
| Θεωρείτε ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του | Ναι | 37 | 61.7% | |
| | Όχι | 23 | 38.3% | |
| | Πόσο συχνά γίνετε εσείς αποδέκτης λεκτικής βίας | Ποτέ | 2 | 3.3% |
| | | Μια φορά το χρόνο | 16 | 26.7% |
| | | Περισσότερες από 1 φορά ετησίως | 24 | 40.0% |
| | | Μια φορά το μήνα | 9 | 15.0% |
| | | Μια φορά τη βδομάδα | 6 | 10.0% |
| | | Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως | 3 | 5.0% |
| Καθημερινά | 0 | 0.0% | | |
| Πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς | Καθόλου | 6 | 10.0% | |
| | Σχεδόν καθόλου | 1 | 1.7% | |
| | Λίγο | 4 | 6.7% | |
| | Αρκετά | 20 | 33.3% | |
| | Πολύ | 8 | 13.3% | |
| | Πάρα πολύ | 19 | 31.7% | |
| | Εξαιρετικά | 2 | 3.3% | |

Περισσότεροι από τους εννέα στους δέκα ανέφεραν ότι το επεισόδιο λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων. Περίπου οι μισοί από τους συμμετέχοντες(48,4%) απάντησαν ότι το επεισόδιο λεκτικής βίας προήλθε από τους προϊστάμενους τους. Αξιοσημείωτο επίσης, είναι ότι ένας στους τέσσερεις δήλωσε ότι η λεκτική βία εναντίον τους προήλθε από Ιατρούς και ένα μικρό ποσοστό(15%) από συναδέλφους νοσηλευτές. Από τους συμμετέχοντες οι 25 ανέφεραν ότι οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες λεκτικής βίας περισσότερες από 1 φορά τον χρόνο ενώ ποσοστό 61,7% απάντησαν ότι ο υβριστής γνώριζε το αποτέλεσμα της πράξης του. Το 1/3 από αυτούς θεωρούν το επεισόδιο λεκτικής βίας ως πάρα πολύ αγχωτικό για τους ίδιους.

Πίνακας 4: Ποσοστιαία κατανομή και μέσος όρος(τυπική απόκλιση) της συχνότητας των μορφών της λεκτικής βίας.

| | Λιγότερο συχνά | 2 | 3 | 4 | Συχνότερη | Μέσος Όρος | TA |
|------------------------------------|----------------|-------|-------|-------|-----------|------------|------|
| Βίαιος θυμός | 25.0% | 31.7% | 16.7% | 15.0% | 11.7% | 2.57 | 1.33 |
| Συγκατάβαση | 36.7% | 40.0% | 18.3% | 1.7% | 3.3% | 1.95 | 0.96 |
| Προσβολή συγκεκαλυμμένη σε αστείο | 10.0% | 18.3% | 23.3% | 16.7% | 31.7% | 3.42 | 1.37 |
| Αδιαφορία | 21.7% | 30.0% | 31.7% | 1.7% | 15.0% | 2.58 | 1.28 |
| Ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση | 31.7% | 15.0% | 35.0% | 8.3% | 10.0% | 2.50 | 1.30 |
| Επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών | 10.0% | 21.7% | 31.7% | 16.7% | 20.0% | 3.15 | 1.26 |
| Έντονη κριτική | 25.0% | 13.3% | 28.3% | 15.0% | 18.3% | 2.88 | 1.43 |
| Απόρριψη, αποδοκιμασία | 35.0% | 35.0% | 13.3% | 11.7% | 5.0% | 2.17 | 1.18 |
| Απειλή | 63.3% | 15.0% | 8.3% | 11.7% | 1.7% | 1.73 | 1.13 |
| Σεξουαλική παρενόχληση | 75.0% | 13.3% | 8.3% | 3.3% | 0.0% | 1.40 | 0.79 |

Από τις απαντήσεις των νοσηλευτών παρατηρούμε ότι η πιο συχνή μορφή λεκτικής βίας ήταν η προσβολή συγκεκαλυμμένη με αστείο(M.O=3.42, T.A=1.37) ενώ ακολούθει η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών(M.O=3.15, T.A=1.26) και η έντονη κριτική(M.O=2.88, T.A=1.43). Λιγότερο συχνή είναι η σεξουαλική παρενόχληση(M.O=1.40, T.A=0.79), η απειλή(M.O=1.73, T.A=1.13) και η συγκατάβαση(M.O=1.95, T.A=0.96).

Πίνακας 5: Ποσοστιαία κατανομή και μέσος όρος(τυπική απόκλιση) της σοβαρότητας των μορφών της λεκτικής βίας.

| | Λιγότερο σοβαρή | 2 | 3 | 4 | Σοβαρότερη | Μέσος Όρος | TA |
|--|--------------------|-------|-------|-------|------------|---------------|------|
| Βίαιος θυμός | 20.0% | 18.3% | 25.0% | 23.3% | 13.3% | 2.92 | 1.33 |
| Συγκατάβαση | 38.3% | 18.3% | 23.3% | 10.0% | 10.0% | 2.35 | 1.35 |
| Προσβολή συγκεκαλυμμένη σε αστείο | 26.7% | 10.0% | 28.3% | 11.7% | 23.3% | 2.95 | 1.50 |
| Αδιαφορία | 33.3% | 11.7% | 28.3% | 8.3% | 18.3% | 2.67 | 1.48 |
| Ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση | 26.7% | 11.7% | 21.7% | 13.3% | 26.7% | 3.02 | 1.56 |
| Επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών | 11.7% | 11.7% | 36.7% | 13.3% | 26.7% | 3.32 | 1.31 |
| Έντονη κριτική | 20.0% | 20.0% | 16.7% | 30.0% | 13.3% | 2.97 | 1.37 |
| Απόρριψη, αποδοκιμασία | 30.0% | 23.3% | 13.3% | 21.7% | 11.7% | 2.62 | 1.42 |
| Απειλή | 48.3% | 8.3% | 10.0% | 18.3% | 15.0% | 2.43 | 1.59 |
| Σεξουαλική παρενόχληση | 48.3% | 10.0% | 8.3% | 8.3% | 25.0% | 2.52 | 1.71 |

Σύμφωνα με τον πιο πάνω πίνακα το σοβαρότερο είδος λεκτικής βίας προς τους νοσηλευτές είναι η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών(M.O=3.32,T.A=1.31) ενώ αμέσως μετά ο ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση(M.O=3.02, T.A=1.56) και τρίτο η έντονη κριτική(M.O=2.97,T.A=1.37). Στα υπόλοιπα είδη δεν δηλώνουν κατά πολύ λιγότερο σοβαρά με το τελευταίο να είναι η συγκατάβαση με μέσο όρο το 2.35(T.A=1.35).

Πίνακας 6: Ποσοστιαία κατανομή και μέσος όρος(τυπική απόκλιση) για την αντίδραση απέναντι στην λεκτική βία.

| | Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ | Πάρα πολύ | Μέσος Όρος | ΤΑ |
|---|---------|-------|--------|-------|-----------|------------|------|
| Τι χαζός! | 26.7% | 26.7% | 20.0% | 1.7% | 25.0% | 2.72 | 1.52 |
| Δεν αξίζω να μου συμπεριφέρονται έτσι | 5.0% | 5.0% | 8.3% | 26.7% | 55.0% | 4.22 | 1.12 |
| Μπορώ να το αντέξω | 11.7% | 20.0% | 36.7% | 10.0% | 21.7% | 3.10 | 1.28 |
| Δεν είχε κανένα δικαίωμα | 1.7% | 3.3% | 16.7% | 16.7% | 61.7% | 4.33 | 0.99 |
| Δεν έκανα κάτι κακό | 10.0% | 5.0% | 21.7% | 18.3% | 45.0% | 3.83 | 1.33 |
| Θα βρω τον μπελά μου γι' αυτό | 43.3% | 21.7% | 23.3% | 5.0% | 6.7% | 2.10 | 1.22 |
| Γιατί δεν μπορώ να κάνω κάτι σωστό όταν εργάζομαι με τον/την | 43.3% | 25.0% | 21.7% | 3.3% | 6.7% | 2.05 | 1.19 |
| Δεν έχει μεγάλη σημασία | 33.3% | 18.3% | 35.0% | 11.7% | 1.7% | 2.30 | 1.11 |
| Δεν ξέρω πώς να το χειριστώ | 41.7% | 20.0% | 21.7% | 10.0% | 6.7% | 2.20 | 1.27 |
| Αυτό πιθανώς μπορεί να με πληγώσει | 28.3% | 26.7% | 31.7% | 10.0% | 3.3% | 2.33 | 1.10 |
| Μάλλον εγώ φταίω | 30.0% | 40.0% | 20.0% | 10.0% | 0.0% | 2.10 | 0.95 |
| Θα πρέπει να έκανα κάποιο λάθος | 18.3% | 18.3% | 33.3% | 16.7% | 13.3% | 2.88 | 1.28 |
| Δεν είχα ποτέ πρόβλημα με κανέναν άλλον | 55.0% | 18.3% | 15.0% | 11.7% | 0.0% | 1.83 | 1.08 |
| Γιατί είμαι μονίμως εγώ που του/της δημιουργώ πρόβλημα? Δεν φωνάζει σε κανέναν άλλο | 43.3% | 13.3% | 20.0% | 18.3% | 5.0% | 2.28 | 1.33 |
| Γιατί τον/την αφήνω να με αναστατώνει τόσο πολύ ώστε να κλαίω? | | | | | | | |

Οι συχνότερες απαντήσεις για τις πρώτες σκέψεις των νοσηλευτών ήταν «Δεν είχε κανένα δικαίωμα» με μέσο όρο το 4.33(T.A=0.99) και «Δεν αξίζω να μου συμπεριφέρονται έτσι» με μέσο όρο 4.22(T.A=1.12). Οι λιγότερο συχνές ήταν «Γιατί δεν μπορώ να κάνω κάτι σωστό όταν εργάζομαι με τον συγκεκριμένο» με μέσο όρο 2.05(T.A=1.19) και «Γιατί μονίμως εγώ του/της δημιουργώ πρόβλημα» με M.O=1.83(T.A=1.08).

Πίνακας 7: Ποσοστιαία κατανομή και μέσος όρος(τυπική απόκλιση) για τον τρόπο που το θύμα αντιμετώπισε- διαχειρίστηκε το επεισόδιο της λεκτικής κακοποίησης.

| | Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ | Πάρα πολύ | Mean | Std. Deviation |
|--|---------|-------|--------|-------|-----------|------|----------------|
| Προσπάθησα να δω την κατάσταση με προοπτική. | 20.0% | 30.0% | 26.7% | 15.0% | 8.3% | 2.62 | 1.21 |
| Ζήτησα βοήθεια και υποστήριξη από άλλους. | 31.7% | 30.0% | 25.0% | 11.7% | 1.7% | 2.22 | 1.08 |
| Προσπάθησα να ξεκαθαρίσω πιθανή παρανόηση. | 10.0% | 23.3% | 36.7% | 13.3% | 16.7% | 3.03 | 1.21 |
| Βρήκα θετικές ασχολίες που μείωσαν την ένταση μου. | 35.0% | 25.0% | 18.3% | 15.0% | 6.7% | 2.33 | 1.28 |
| Μιλώ στον εαυτό μου με καθησυχαστικό τρόπο. | 28.3% | 16.7% | 26.7% | 20.0% | 8.3% | 2.63 | 1.31 |
| Μιλώ απευθείας στον γιατρό για το επεισόδιο. | 23.3% | 31.7% | 18.3% | 11.7% | 15.0% | 2.63 | 1.37 |
| Δεν μιλάω με τον υβριστή γιατρό. | 26.7% | 33.3% | 11.7% | 3.3% | 25.0% | 2.67 | 1.54 |
| Αποστασιοποιούμαι από την κατάσταση. | 11.7% | 20.0% | 23.3% | 21.7% | 23.3% | 3.25 | 1.34 |
| Κρατώ τα αισθήματα για τον εαυτό μου. | 23.3% | 15.0% | 31.7% | 13.3% | 16.7% | 2.85 | 1.38 |

| | | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| Βρήκα αμφιλεγόμενες ασχολίες που μειώνουν το άγχος μου. | 26.7% | 26.7% | 31.7% | 6.7% | 8.3% | 2.43 | 1.20 |
| Τείνω να κατηγορώ τον εαυτό μου. | 56.7% | 28.3% | 11.7% | 0.0% | 3.3% | 1.65 | 0.94 |
| Έχω ευσεβείς πόθους ότι όλα θα βελτιωθούν. | 21.7% | 30.0% | 20.0% | 25.0% | 3.3% | 2.58 | 1.18 |
| Προσπάθησα να δω την κατάσταση με χιούμορ | 23.3% | 21.7% | 31.7% | 11.7% | 11.7% | 2.67 | 1.28 |

Οι συχνότερες απαντήσεις στο πως οι νοσηλευτές διαχειρίστηκαν το επεισόδιο ήταν: ένα ποσοστό με μέσο όρο 3.25(T.A=1.34) αποστασιοποιήθηκαν από την κατάσταση, ένα ποσοστό με μέσο όρο 3.03(T.A=3.03) προσπάθησαν να ξεκαθαρίσουν πιθανή παρανόηση και ένα ποσοστό με M.O 2.85(T.A=1.38) κρατούσε τα συναισθήματα για τον εαυτό του. Τέλος, το μικρότερο ποσοστό με μέσο όρο 1,65(T.A=0.94) έτεινε να κατηγορά τον εαυτό τους για το επεισόδιο.

Πίνακας 8: Ποσοστιαία κατανομή και μέσος όρος(τυπική απόκλιση) για τη σοβαρότητα της συνέπειας της λεκτικής σας κακοποίησης.

| | Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ | Πάρα πολύ | Mean | Std. Deviation |
|---|---------|-------|--------|-------|-----------|------|----------------|
| Επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδερφο. | 11.7% | 26.7% | 30.0% | 6.7% | 25.0% | 3.07 | 1.35 |
| Επιδείνωση των σχέσεων με άτομα εκτός του εργασιακού περιβάλλοντος. | 53.3% | 16.7% | 20.0% | 6.7% | 3.3% | 1.90 | 1.15 |
| Επιδείνωση της σχέσης με το υπόλοιπο προσωπικό. | 38.3% | 40.0% | 16.7% | 1.7% | 3.3% | 1.92 | 0.96 |
| Μείωση της εμπιστοσύνης και υποστήριξης στον χώρο εργασίας. | 18.3% | 16.7% | 36.7% | 20.0% | 8.3% | 2.83 | 1.20 |
| Μειωμένη αυτοεκτίμηση. | 50.0% | 35.0% | 11.7% | 1.7% | 1.7% | 1.70 | 0.87 |

| | | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| Μειωμένη εμπιστοσύνη στον εαυτό σου. | 61.7% | 31.7% | 3.3% | 3.3% | 0.0% | 1.48 | 0.72 |
| Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία. | 45.0% | 13.3% | 35.0% | 6.7% | 0.0% | 2.03 | 1.04 |
| Μειωμένη απόδοση και ανταπόκριση στις επαγγελματικές απαιτήσεις (αύξηση λαθών). | 51.7% | 23.3% | 11.7% | 11.7% | 1.7% | 1.88 | 1.12 |
| Επιβάρυνση της υγείας. | 38.3% | 28.3% | 20.0% | 11.7% | 1.7% | 2.10 | 1.10 |
| Μείωση του αισθήματος άνεσης/ευεξίας στον χώρο εργασίας. | 13.3% | 36.7% | 30.0% | 15.0% | 5.0% | 2.62 | 1.06 |
| Μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία | 11.7% | 13.3% | 31.7% | 21.7% | 21.7% | 3.28 | 1.28 |
| Αύξηση των ωρών αποχής από την εργασία. | 66.7% | 10.0% | 8.3% | 6.7% | 8.3% | 1.80 | 1.33 |
| Διαμαρτυρία των υπολοίπων εργαζομένων αφού επωμίζονται την αποχή του λεκτικά κακοποιημένου συναδέλφου | 45.0% | 36.7% | 10.0% | 5.0% | 3.3% | 1.85 | 1.02 |

Οι απαντήσεις με τον μεγαλύτερο μέσο όρο 3.28(T.A=1.28) ήταν η μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία, αμέσως μετά η επιδείνωση της σχέσης με τους συνάδελφους τους με μέσο όρο 3.07(T.A=1.35). Τέλος, παρατηρούμε το μικρότερο ποσοστό με μέσο όρο 1.48(T.A=0.72) να απάντησε μειωμένη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους μετά το επεισόδιο λεκτικής βίας και μειωμένη αυτοεκτίμηση(M.O=1.70, T.A=0.87).

Πίνακας 9: Ποσοστιαία κατανομή και μέσος όρος(τυπική απόκλιση) για τα συναισθήματα που βίωσε το θύμα μετά το επεισόδιο λεκτικής βίας και σε τι βαθμό.

| | Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ | Πάρα πολύ | Mean | Std. Deviation |
|-------------------------|---------|-------|--------|-------|-----------|------|----------------|
| Απογοήτευση, Απελπισία. | 8.3% | 15.0% | 31.7% | 23.3% | 21.7% | 3.35 | 1.22 |
| Θυμό. | 0.0% | 8.3% | 30.0% | 15.0% | 46.7% | 4.00 | 1.06 |
| Αηδία. | 1.7% | 25.0% | 18.3% | 16.7% | 38.3% | 3.65 | 1.27 |
| Ντροπή και εξευτελισμό. | 30.0% | 28.3% | 25.0% | 10.0% | 6.7% | 2.35 | 1.20 |
| Λύπη. | 15.0% | 16.7% | 38.3% | 15.0% | 15.0% | 2.98 | 1.24 |
| Ανήμπορος/η. | 63.3% | 23.3% | 11.7% | 1.7% | 0.0% | 1.52 | 0.77 |
| Αδύναμος/η. | 50.0% | 31.7% | 15.0% | 3.3% | 0.0% | 1.72 | 0.85 |
| Σοκ και έκπληξη. | 18.3% | 28.3% | 36.7% | 5.0% | 11.7% | 2.63 | 1.19 |
| Μπερδεμένος/η. | 23.3% | 30.0% | 38.3% | 5.0% | 3.3% | 2.35 | 1.01 |
| Υπεύθυνος/η. | 40.0% | 30.0% | 26.7% | 0.0% | 3.3% | 1.97 | 0.99 |
| Απειλή. | 61.7% | 15.0% | 16.7% | 5.0% | 1.7% | 1.70 | 1.03 |
| Σύγχυση. | 15.0% | 33.3% | 28.3% | 20.0% | 3.3% | 2.63 | 1.07 |
| Ήττα. | 71.7% | 18.3% | 6.7% | 3.3% | 0.0% | 1.42 | 0.77 |
| Αδιάφορος/η. | 38.3% | 26.7% | 16.7% | 5.0% | 13.3% | 2.28 | 1.38 |
| Φόβος | 58.3% | 30.0% | 8.3% | 3.3% | 0.0% | 1.57 | 0.79 |
| Απομόνωση | 63.3% | 23.3% | 8.3% | 3.3% | 1.7% | 1.57 | 0.91 |
| Παρεξηγημένος/η | 15.0% | 30.0% | 18.3% | 15.0% | 21.7% | 2.98 | 1.40 |
| Μη υποστήριξη | 35.0% | 26.7% | 13.3% | 11.7% | 13.3% | 2.42 | 1.42 |

Τα συναισθήματα που υπερτερούσαν σύμφωνα με τις απαντήσεις των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα μας ήταν ο θυμός(M.O=4,T.A=1.06), η αηδία (M.O=3.65,T.A=1.27) και η απογοήτευση-απελπισία (M.O=3.35,T.A=1.22). Σε λιγότερο βαθμό ήταν ο ανήμπορος, ο φόβος και η απομόνωση με μέσο όρο το 1.52(T.A=0.77) και 1.57 για τα υπόλοιπα.

Πίνακας 10: Ποσοστιαία κατανομή στάσεων και απόψεων των νοσηλευτών.

| | | N | Ποσοστό |
|---|--------|----|---------|
| Η αυτοεκτίμησή μου γενικά είναι | Χαμηλή | 0 | 0.0% |
| | Μέτρια | 24 | 40.0% |
| | Υψηλή | 36 | 60.0% |
| Η αυτοπεποίθησή μου συνήθως είναι | Χαμηλή | 0 | 0.0% |
| | Μέτρια | 22 | 36.7% |
| | Υψηλή | 38 | 63.3% |
| Το επίπεδο της δεξιότητάς μου είναι | Χαμηλή | 0 | 0.0% |
| | Μέτρια | 13 | 21.7% |
| | Υψηλή | 47 | 78.3% |
| Ο έλεγχος που έχω στη νοσηλευτική/ιατρική πρακτική στη παρούσα θέση εργασίας μου είναι | Χαμηλή | 0 | 0.0% |
| | Μέτρια | 25 | 41.7% |
| | Υψηλή | 35 | 58.3% |
| Πιστεύω ότι η αξία της νοσηλευτικής για την κοινωνία είναι | Χαμηλή | 4 | 6.7% |
| | Μέτρια | 9 | 15.0% |
| | Υψηλή | 47 | 78.3% |
| Πιστεύω ότι οι γιατροί αντιλαμβάνονται την αξία της νοσηλευτικής ως | Χαμηλή | 15 | 25.0% |
| | Μέτρια | 27 | 45.0% |
| | Υψηλή | 18 | 30.0% |
| Πιστεύω ότι η διοίκηση μου αντιλαμβάνεται την αξία της νοσηλευτικής ως | Χαμηλή | 15 | 25.0% |
| | Μέτρια | 30 | 50.0% |
| | Υψηλή | 15 | 25.0% |
| Η προσωπική υποστήριξη που λαμβάνω από τον άμεσο προϊστάμενό μου στην τρέχουσα θέση μου | Χαμηλή | 8 | 13.3% |
| | Μέτρια | 33 | 55.0% |
| | Υψηλή | 19 | 31.7% |
| Θα βαθμολογούσα το επίπεδο των γνώσεων μου σχετικά με νομικές ενέργειες που σχετίζονται με λεκτική βία ως | Χαμηλή | 21 | 35.0% |
| | Μέτρια | 30 | 50.0% |
| | Υψηλή | 9 | 15.0% |

Στο πίνακα 10 παρουσιάζονται ορισμένες απόψεις των νοσηλευτών, όπου αναλυτικότερα φάνηκε ότι η αυτοεκτίμηση, η αυτοπεποίθηση και ο έλεγχος που έχουν στην παρούσα θέση εργασίας τους είναι μέτρια προς υψηλή με παρόμοια ποσοστά 40% και 60% αντίστοιχα. Το επίπεδο δεξιότητάς τους σύμφωνα με τις απαντήσεις είναι υψηλό με ποσοστό 78.3% καθώς επίσης το ίδιο ακριβώς ποσοστό νοσηλευτών πιστεύουν ότι η αξία της νοσηλευτικής στην κοινωνία είναι

υψηλή, ενώ οι μισοί ερωτηθέντες για το πως η διοίκηση αντιλαμβάνεται την αξία της νοσηλευτικής απάντησαν μέτρια. Σε παρόμοια ποσοστά κυμαίνεται και ότι οι γιατροί αντιλαμβάνονται την αξία της νοσηλευτικής ως μέτρια(45%). Τέλος, το επίπεδο γνώσεων ως προς τις νομικές ενέργειες που σχετίζονται με την λεκτική βία και η προσωπική υποστήριξη των νοσηλευτών από τους προϊστάμενους τους είναι μέτρια με 50% και 55% αντίστοιχα.

Σε συνέχεια του πίνακα 10, και στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε ότι οι νοσηλευτές σε ποσοστό 83.3% πιστεύουν πως οι γιατροί έχουν την εξουσία στο χώρο εργασίας τους ενώ ένα μικρό δείγμα της τάξης του 16.7% πιστεύει ότι είναι ίδιο με τους νοσηλευτές. Το 50% δηλώνει ότι το καθεστώς της νοσηλευτικής διοίκησης είναι αυταρχικό. Σημαντικό στοιχείο αποτελεί το συντριπτικό ποσοστό 56 νοσηλευτών(93.3%) από τους 60 του δείγματος έχουν δεχθεί λεκτική βία στο χώρο εργασίας τους καθώς επίσης το 75% υποστηρίζουν ότι το επεισόδιο βίας έγινε κατόπιν υψηλού στρες αυτών ή των υβριστών. Αξιοσημείωτο είναι ότι κανένας δεν έχει διδαχθεί μαθήματα για θετική αντιμετώπιση καταστάσεων.

Πίνακας 11: Ποσοστιαία κατανομή στάσεων και απόψεων των νοσηλευτών.

| | | N | Ποσοστό |
|--|-------------------------------|----|---------|
| Το επίπεδο της εξουσίας που έχουν οι ιατροί στο χώρο εργασίας μου είναι | Υψηλότερο από τους νοσηλευτές | 50 | 83.3% |
| | Όμοιο με τους νοσηλευτές | 10 | 16.7% |
| | Μικρότερο από τους νοσηλευτές | 0 | 0.0% |
| Θα περιέγραφα το είδος της νοσηλευτικής διοίκησης στο δικό μου χώρο εργασίας ως | Αυταρχικό | 30 | 50.0% |
| | Συμμετοχικό | 11 | 18.3% |
| | Δημοκρατικό | 19 | 31.7% |
| Στον εργασιακό σας βίο έχετε δεχθεί λεκτική βία | Ναι | 56 | 93.3% |
| | Όχι | 4 | 6.7% |
| Πως θα βαθμολογούσατε την αντίδρασή σας στο περιστατικό της λεκτικής βίας | Κακή-φτωχή | 11 | 18.3% |
| | Καλή | 20 | 33.3% |
| | Δίκαιη | 23 | 38.3% |
| | Πολύ καλή | 6 | 10.0% |
| Το συμβάν της λεκτικής βίας έγινε κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά από μία κατάσταση υψηλού στρες για εσάς ή τον υβριστή | Ναι | 45 | 75.0% |
| | Όχι | 15 | 25.0% |
| Για ένα μήνα περίπου πόσα περιστατικά λεκτικής βίας δεχθήκατε από όλες τις πηγές | 0-5 | 57 | 95.0% |
| | 6-10 | 2 | 3.3% |
| | 11-15 | 1 | 1.7% |
| | 16-20 | 0 | 0.0% |
| | περισσότερα από 20 | 0 | 0.0% |
| Έχετε πάρει μαθήματα για θετική αντιμετώπιση καταστάσεων | Ναι | 0 | 0.0% |
| | Όχι | 60 | 100.0% |

Πίνακας 12: Επιπτώσεις λεκτικής βίας σύμφωνα με την εμπειρία των νοσηλευτών.

| | | Count | Column N % |
|--|---------|-------|------------|
| Το συμβάν είχε αρνητική επίδραση στο ηθικό σας; | Ναι | 37 | 61.7% |
| | Όχι | 23 | 38.3% |
| Το συμβάν προκάλεσε μείωση της απόδοσή σας εκείνο το διάστημα; | Ναι | 22 | 36.7% |
| | Όχι | 38 | 63.3% |
| Θεωρείτε ότι περιστατικά λεκτικής βίας προκαλούν αύξηση λαθών; | Ναι | 51 | 85.0% |
| | Όχι | 9 | 15.0% |
| Το συμβάν συνέβαλε στην αύξηση του φόρτου εργασίας για τους συναδέλφους για ένα διάστημα; | Ναι | 15 | 25.0% |
| | Όχι | 45 | 75.0% |
| Το συμβάν επηρέασε την νοσηλευτική πρακτική σας για ένα διάστημα; | Ναι | 19 | 31.7% |
| | Όχι | 41 | 68.3% |
| Έχετε φύγει ποτέ από τμήμα λόγω του υψηλού ποσοστού λεκτικής βίας που επικρατούσε σε αυτό; | Ναι | 8 | 13.3% |
| | Όχι | 52 | 86.7% |
| Ποιο το γένος του/της υβριστή; | Άνδρας | 41 | 68.3% |
| | Γυναίκα | 19 | 31.7% |

Περίπου τα 2/3 του δείγματος ανέφεραν ότι το επεισόδιο βίας απέναντι τους είχε αρνητική επίδραση στο ηθικό τους ενώ μόνο το 36.7% δήλωσαν πως είχε μειωθεί η απόδοση τους εκείνο το διάστημα. Το 85% θεωρούν ότι τα περιστατικά αυτά προκαλούν αύξηση των λαθών ενώ μόλις το 13.3% των νοσηλευτών του δείγματος να δηλώνουν ότι άλλαξαν τμήμα εξαιτίας του υψηλού ποσοστού λεκτικής βίας που επικρατούσε σε αυτό. Τέλος, τα 2/3 των υβριστών περίπου ήταν άντρες(68.3%).

Συσχέτιση φύλου με το ερωτηματολόγιο Verbal Abuse Scale(VAS).

Πίνακας 13: Συσχέτιση φύλου με το αν το επεισόδιο λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων.

| | | Φύλο | | | Χ ² | p value | |
|---|-----------|-----------|---------|--------|----------------|---------|-------|
| | | Άνδρας | Γυναίκα | Σύνολο | | | |
| Το επεισόδιο της λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων | Ναι | Συχνότητα | 22 | 34 | 56 | 2.481 | 0.115 |
| | | Ποσοστό | 100.0% | 89.5% | 93.3% | | |
| | Όχι | Συχνότητα | 0 | 4 | 4 | | |
| | | Ποσοστό | 0.0% | 10.5% | 6.7% | | |
| Σύνολο | Συχνότητα | 22 | 38 | 60 | | | |
| | Ποσοστό | 100.0% | 100.0% | 100.0% | | | |

Δεν υπάρχει στατιστική σημαντικά διαφορά($P=0.115$) ανάμεσα στο φύλο και στο αν το επεισόδιο λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων. Δηλαδή, με λίγα λόγια το φύλο δεν επηρεάζεται με την παρουσία ή μη άλλων.

Πίνακας 14: Συσχέτιση του φύλου με την εργασιακή σχέση του υβριστή.

| | | | Φύλο | | Σύνολο | Fisher's | p value |
|--|------------------------|-----------|--------|---------|--------|----------|---------|
| | | | Άνδρας | Γυναίκα | | | |
| Ποια η εργασιακή σχέση σας με τον υβριστή | Άμεσος προϊστάμενος | Συχνότητα | 6 | 10 | 16 | 10.156 | 0.181 |
| | | Ποσοστό | 27.3% | 26.3% | 26.7% | | |
| | Άλλος ανώτερος | Συχνότητα | 4 | 9 | 13 | | |
| | | Ποσοστό | 18.2% | 23.7% | 21.7% | | |
| | Άμεσα υφιστάμενος | Συχνότητα | 0 | 2 | 2 | | |
| | | Ποσοστό | 0.0% | 5.3% | 3.3% | | |
| | Άλλος κατώτερος | Συχνότητα | 0 | 1 | 1 | | |
| | | Ποσοστό | 0.0% | 2.6% | 1.7% | | |
| | Ομοιόβαθμος | Συχνότητα | 1 | 8 | 9 | | |
| | | Ποσοστό | 4.5% | 21.1% | 15.0% | | |
| | Συγγενής ασθενούς | Συχνότητα | 2 | 1 | 3 | | |
| | | Ποσοστό | 9.1% | 2.6% | 5.0% | | |
| | Ο ίδιος ο ασθενής | Συχνότητα | 2 | 0 | 2 | | |
| | | Ποσοστό | 9.1% | 0.0% | 3.3% | | |
| Ιατρός | Συχνότητα | 7 | 7 | 14 | | | |
| | Ποσοστό | 31.8% | 18.4% | 23.3% | | | |
| Σύνολο | Συχνότητα | 22 | 38 | 60 | | | |
| | Ποσοστό | 100.0% | 100.0% | 100.0% | | | |

Σύμφωνα με τον δείκτη στατιστικής σημαντικότητας δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P=0.181$) μεταξύ του φύλου και της εργασιακής θέσης του υβριστή.

Πίνακας 15: Συσχέτιση φύλου με την συχνότητα όπου οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια.

| | | | Φύλο | | Total | Fisher's | p value |
|---|--|-----------|--------|---------|--------|----------|---------|
| | | | Άνδρας | Γυναίκα | | | |
| Πόσο συχνά θεωρείτε ότι οι νοσηλευτές έγιναν αποδέκτες βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς τα προηγούμενα χρόνια | Μια φορά το χρόνο | Συχνότητα | 1 | 0 | 1 | 5.714 | 0.315 |
| | | Ποσοστό | 4.5% | 0.0% | 1.7% | | |
| | Περισσότερες από 1 φορά ετησίως | Συχνότητα | 10 | 15 | 25 | | |
| | | Ποσοστό | 45.5% | 39.5% | 41.7% | | |
| | Μια φορά το μήνα | Συχνότητα | 5 | 6 | 11 | | |
| | | Ποσοστό | 22.7% | 15.8% | 18.3% | | |
| | Μια φορά τη βδομάδα | Συχνότητα | 3 | 6 | 9 | | |
| | | Ποσοστό | 13.6% | 15.8% | 15.0% | | |
| | Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως | Συχνότητα | 3 | 5 | 8 | | |
| | | Ποσοστό | 13.6% | 13.2% | 13.3% | | |
| | Καθημερινά | Συχνότητα | 0 | 6 | 6 | | |
| | | Ποσοστό | 0.0% | 15.8% | 10.0% | | |
| | Total | Συχνότητα | 22 | 38 | 60 | | |
| | | Ποσοστό | 100.0% | 100.0% | 100.0% | | |

Δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά εφόσον το $P=0.315$ ανάμεσα στο φύλο και την συχνότητα των φαινομένων λεκτικής συμπεριφοράς προς τους νοσηλευτές τα προηγούμενα χρόνια.

Πίνακας 16: Συσχέτιση φύλου με το αν ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του.

| | | Φύλο | | | Total | Χ ² | p value |
|---|-----------|-----------|---------|--------|-------|----------------|---------|
| | | Ανδρας | Γυναίκα | | | | |
| Θεωρείτε ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του | Ναι | Συχνότητα | 21 | 16 | 37 | 16.776 | 0.000 |
| | | Ποσοστό | 95.5% | 42.1% | 61.7% | | |
| | Όχι | Συχνότητα | 1 | 22 | 23 | | |
| | | Ποσοστό | 4.5% | 57.9% | 38.3% | | |
| Total | Συχνότητα | 22 | 38 | 60 | | | |
| | Ποσοστό | 100.0% | 100.0% | 100.0% | | | |

Για την συγκεκριμένη ερώτηση συγκριτικά με το φύλο έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ($P=0.000$) με τις γυναίκες να πιστεύουν ότι ο υβριστής δεν γνώριζε το αποτέλεσμα της πράξης του σε ποσοστό 57.9% ενώ 42.1% απάντησαν θετικά. Αντίθετα, οι άντρες πιστεύουν κατά 95.5% ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του.

Πίνακας 17: Συσχέτιση φύλου με την συχνότητα που έγιναν αποδέκτες βίας οι νοσηλευτές του δείγματος μας.

| | | Φύλο | | Total | Fisher's | p value | |
|---|--|-----------|---------|--------|----------|---------|-------|
| | | Άνδρας | Γυναίκα | | | | |
| Πόσο συχνά γίνετε εσείς αποδέκτης λεκτικής βίας | Ποτέ | Συχνότητα | 0 | 2 | 2 | 8.322 | 0.106 |
| | | Ποσοστό | 0.0% | 5.3% | 3.3% | | |
| | Μια φορά το χρόνο | Συχνότητα | 9 | 7 | 16 | | |
| | | Ποσοστό | 40.9% | 18.4% | 26.7% | | |
| | Περισσότερες από 1 φορά ετησίως | Συχνότητα | 9 | 15 | 24 | | |
| | | Ποσοστό | 40.9% | 39.5% | 40.0% | | |
| | Μια φορά το μήνα | Συχνότητα | 4 | 5 | 9 | | |
| | | Ποσοστό | 18.2% | 13.2% | 15.0% | | |
| | Μια φορά τη βδομάδα | Συχνότητα | 0 | 6 | 6 | | |
| | | Ποσοστό | 0.0% | 15.8% | 10.0% | | |
| | Περισσότερες από μια φορά εβδομαδιαίως | Συχνότητα | 0 | 3 | 3 | | |
| | | Ποσοστό | 0.0% | 7.9% | 5.0% | | |
| Total | Count | Συχνότητα | 38 | 60 | | | |
| | % within Φύλο | Ποσοστό | 100.0% | 100.0% | | | |

Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά($P=0.106$) ανάμεσα στο φύλο και την συχνότητα που οι νοσηλευτές του δείγματος μας είχαν γίνει αποδέκτες λεκτικής βίας.

Πίνακας 18: Συσχέτιση φύλου με το βαθμό άγχους που προκάλεσε το επεισόδιο λεκτικής βίας.

| | | Φύλο | | | Total | Fisher's | p value |
|--|----------------|-----------|---------|--------|-------|----------|---------|
| | | Άνδρας | Γυναίκα | | | | |
| Πόσο αγχωτικό ήταν το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς | Καθόλου | Συχνότητα | 5 | 1 | 6 | 9.608 | 0.096 |
| | | Ποσοστό | 22.7% | 2.6% | 10.0% | | |
| | Σχεδόν καθόλου | Συχνότητα | 0 | 1 | 1 | | |
| | | Ποσοστό | 0.0% | 2.6% | 1.7% | | |
| | Λίγο | Συχνότητα | 2 | 2 | 4 | | |
| | | Ποσοστό | 9.1% | 5.3% | 6.7% | | |
| | Αρκετά | Συχνότητα | 7 | 13 | 20 | | |
| | | Ποσοστό | 31.8% | 34.2% | 33.3% | | |
| | Πολύ | Συχνότητα | 4 | 4 | 8 | | |
| | | Ποσοστό | 18.2% | 10.5% | 13.3% | | |
| | Πάρα πολύ | Συχνότητα | 4 | 15 | 19 | | |
| | | Ποσοστό | 18.2% | 39.5% | 31.7% | | |
| | Εξαιρετικά | Συχνότητα | 0 | 2 | 2 | | |
| | | Ποσοστό | 0.0% | 5.3% | 3.3% | | |
| Total | Count | Συχνότητα | 38 | 60 | | | |
| | % within Φύλο | Ποσοστό | 100.0% | 100.0% | | | |

Συμφωνά με τον πίνακα μας ούτε εδώ υπάρχει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ($P=0.096$) μεταξύ αντρών-γυναικών και βαθμό άγχους που προκάλεσε το επεισόδιο λεκτικής βίας.

Πίνακας 19: Συσχέτιση φύλου και συχνότητας του είδους της λεκτικής βίας.

| | Φύλο | N | Mean | Std. Deviation | t | p value |
|--|---------|----|------|-------------------|--------|---------|
| Βίαιος θυμός | Άνδρας | 22 | 2.86 | 1.55 | 1.322 | 0.191 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.39 | 1.17 | | |
| Συγκατάβαση | Άνδρας | 22 | 2.14 | 1.17 | 1.142 | 0.258 |
| | Γυναίκα | 38 | 1.84 | 0.82 | | |
| Προσβολή συγκεκριμένη σε αστέιο | Άνδρας | 22 | 3.55 | 1.60 | 0.551 | 0.610 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.34 | 1.24 | | |
| Αδιαφορία | Άνδρας | 22 | 3.09 | 1.51 | 2.434 | 0.034 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.29 | 1.04 | | |
| Ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση | Άνδρας | 22 | 2.73 | 1.28 | 1.035 | 0.305 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.37 | 1.30 | | |
| Επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών | Άνδρας | 22 | 3.41 | 1.40 | 1.217 | 0.229 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.00 | 1.16 | | |
| Έντονη κριτική | Άνδρας | 22 | 3.05 | 1.50 | 0.666 | 0.508 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.79 | 1.40 | | |
| Απόρριψη, αποδοκιμασία | Άνδρας | 22 | 2.09 | 1.15 | -0.375 | 0.709 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.21 | 1.21 | | |
| Απειλή | Άνδρας | 22 | 1.77 | 1.15 | 0.203 | 0.840 |
| | Γυναίκα | 38 | 1.71 | 1.14 | | |
| Σεξουαλική παρενόχληση | Άνδρας | 22 | 1.55 | 1.01 | 1.093 | 0.279 |
| | Γυναίκα | 38 | 1.32 | 0.62 | | |

Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην συχνότητα του είδους της λεκτικής βίας και του φύλου εξαιρουμένου για την αδιαφορία όπου οι άντρες δήλωσαν ότι ένοιωσαν αδιαφορία πιο συχνά από τις γυναίκες (M.O=3.09, T.A=1.51, P=0.034).

Πίνακας 20: Συσχέτιση φύλου και σοβαρότητας του είδους της λεκτικής βίας.

| | Φύλο | N | Mean | Std. Deviation | t | p value |
|------------------------------------|---------|----|------|----------------|--------|---------|
| Βίαιος θυμός | Άνδρας | 22 | 2.41 | 1.26 | -2.330 | 0.023 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.21 | 1.30 | | |
| Συγκατάβαση | Άνδρας | 22 | 2.05 | 1.40 | -1.338 | 0.186 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.53 | 1.31 | | |
| Προσβολή συγκεκαλυμμένη σε αστείο | Άνδρας | 22 | 2.68 | 1.62 | -1.054 | 0.296 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.11 | 1.43 | | |
| Αδιαφορία | Άνδρας | 22 | 2.36 | 1.56 | -1.211 | 0.231 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.84 | 1.42 | | |
| Ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση | Άνδρας | 22 | 3.68 | 1.21 | 2.643 | 0.011 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.63 | 1.62 | | |
| Επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών | Άνδρας | 22 | 3.55 | 1.34 | 1.031 | 0.307 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.18 | 1.29 | | |
| Έντονη κριτική | Άνδρας | 22 | 3.09 | 1.31 | 0.533 | 0.596 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.89 | 1.41 | | |
| Απόρριψη, αποδοκιμασία | Άνδρας | 22 | 2.64 | 1.26 | 0.081 | 0.935 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.61 | 1.52 | | |
| Απειλή | Άνδρας | 22 | 2.45 | 1.53 | 0.078 | 0.938 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.42 | 1.64 | | |
| Σεξουαλική παρενόχληση | Άνδρας | 22 | 2.86 | 1.73 | 1.199 | 0.236 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.32 | 1.69 | | |

Στην ερώτηση, για το βαθμό σοβαρότητας που θεωρούν οι νοσηλευτές του δείγματος φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε δύο είδη: στο «βίαιο θυμό» όπου οι γυναίκες ήταν αυτές που θεωρούν πιο σοβαρό από ότι οι άντρες(M.O=3.21,T.A=1.30, P=0.023) και στον «ευτελισμό, εκχυδαϊσμό, υποτίμηση» όπου οι άντρες θεωρούν σοβαρότερο(M.O=3.68,T.A=1.21,P=0.011).

Πίνακας 21: Συσχέτιση φύλου με τις πρώτες σκέψεις των αποδεκτών λεκτικής βίας.

| Φύλο | | N | Mean | Std. Deviation | t | p value |
|---|---------|----|------|----------------|--------|---------|
| Τι χαζός! | Άνδρας | 22 | 2.05 | 1.36 | -2.744 | 0.008 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.11 | 1.48 | | |
| Δεν αξίζω να μου συμπεριφέρονται έτσι | Άνδρας | 22 | 4.36 | 1.14 | 0.770 | 0.445 |
| | Γυναίκα | 38 | 4.13 | 1.12 | | |
| Μπορώ να το αντέξω | Άνδρας | 22 | 2.95 | 1.43 | -0.664 | 0.509 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.18 | 1.20 | | |
| Δεν είχε κανένα δικαίωμα | Άνδρας | 22 | 4.27 | 1.16 | -0.360 | 0.720 |
| | Γυναίκα | 38 | 4.37 | 0.88 | | |
| Δεν έκανα κάτι κακό | Άνδρας | 22 | 3.45 | 1.60 | -1.706 | 0.093 |
| | Γυναίκα | 38 | 4.05 | 1.11 | | |
| Θα βρω τον μπελά μου γι' αυτό | Άνδρας | 22 | 2.23 | 1.48 | 0.613 | 0.542 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.03 | 1.05 | | |
| Γιατί δεν μπορώ να κάνω κάτι σωστό όταν εργάζομαι με τον/την | Άνδρας | 22 | 2.27 | 1.32 | 1.110 | 0.272 |
| | Γυναίκα | 38 | 1.92 | 1.10 | | |
| Δεν έχει μεγάλη σημασία | Άνδρας | 22 | 1.77 | 1.02 | -2.983 | 0.004 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.61 | 1.05 | | |
| Δεν ξέρω πώς να το χειριστώ | Άνδρας | 22 | 2.36 | 1.59 | 0.755 | 0.453 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.11 | 1.06 | | |
| Αυτό πιθανώς μπορεί να με πληγώσει | Άνδρας | 22 | 1.91 | 1.19 | -2.360 | 0.022 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.58 | 0.98 | | |
| Μάλλον εγώ φταίω. Θα πρέπει να έκανα κάποιο λάθος | Άνδρας | 22 | 2.00 | 1.07 | -0.616 | 0.540 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.16 | 0.89 | | |
| Δεν είχα ποτέ πρόβλημα με κανέναν άλλον | Άνδρας | 22 | 3.14 | 1.36 | 1.172 | 0.246 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.74 | 1.22 | | |
| Γιατί είμαι μονίμως εγώ που του/της δημιουργώ πρόβλημα? Δεν φωνάζει σε κανέναν άλλο | Άνδρας | 22 | 1.73 | 1.08 | -0.578 | 0.566 |
| | Γυναίκα | 38 | 1.89 | 1.09 | | |
| Γιατί τον/την αφήνω να με αναστατώνει τόσο πολύ ώστε να κλαίω? | Άνδρας | 22 | 1.91 | 1.44 | -1.686 | 0.097 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.50 | 1.22 | | |

Στατιστικά σημαντική διαφορά έχει βρεθεί στις γυναίκες να δήλωσαν σε μεγαλύτερο βαθμό από τους άντρες ως πρώτες σκέψεις «τι χαζός» με μέσο όρο το 3.11(T.A=1.48) και P=0.008, «Δεν έχει μεγάλη σημασία» με μέσο όρο το 2.61(T.A=1.05) και P=0.004 και «Αυτό πιθανώς να με πληγώσει» με μέσο όρο το 2.58(T.A=0.98) και P=0.022.

Πίνακας 22: Συσχέτιση φύλου με τις συμπεριφορές διαχείρισης του επεισοδίου λεκτικής βίας.

| Φύλο | N | Mean | Std. Deviation | t | p value | |
|--|---------|------|----------------|-------|---------|-------|
| Προσπάθησα να δω την κατάσταση με προοπτική. | Άνδρας | 22 | 2.64 | 1.093 | 0.095 | 0.924 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.61 | 1.285 | | |
| Ζήτησα βοήθεια και υποστήριξη από άλλους. | Άνδρας | 22 | 1.91 | 1.109 | -1.714 | 0.092 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.39 | 1.028 | | |
| Προσπάθησα να ξεκαθαρίσω πιθανή παρανόηση. | Άνδρας | 22 | 2.91 | 1.306 | -0.603 | 0.549 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.11 | 1.158 | | |
| Βρήκα θετικές ασχολίες που μείωσαν την ένταση μου. | Άνδρας | 22 | 2.14 | 1.207 | -0.902 | 0.371 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.45 | 1.329 | | |
| Μιλώ στον εαυτό μου με καθησυχαστικό τρόπο. | Άνδρας | 22 | 1.91 | 1.065 | -3.553 | 0.001 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.05 | 1.272 | | |
| Μιλώ απευθείας στον γιατρό για το επεισόδιο. | Άνδρας | 22 | 2.68 | 1.287 | 0.208 | 0.836 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.61 | 1.424 | | |
| Δεν μιλάω με τον υβριστή γιατρό. | Άνδρας | 22 | 3.27 | 1.549 | 2.418 | 0.019 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.32 | 1.435 | | |
| Αποστασιοποιούμαι από την κατάσταση. | Άνδρας | 22 | 3.68 | 1.359 | 1.950 | 0.056 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.00 | 1.273 | | |
| Κρατώ τα αισθήματα για τον εαυτό μου. | Άνδρας | 22 | 2.73 | 1.486 | -0.523 | 0.603 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.92 | 1.323 | | |
| Βρήκα αμφιλεγόμενες ασχολίες που μειώνουν το άγχος | Άνδρας | 22 | 2.05 | 1.290 | -1.953 | 0.056 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.66 | 1.097 | | |

μου.

| | | | | | | |
|--|---------|----|------|-------|--------|-------|
| Τείνω να κατηγορώ τον εαυτό μου. | Άνδρας | 22 | 1.68 | 1.086 | 0.199 | 0.843 |
| | Γυναίκα | 38 | 1.63 | 0.852 | | |
| Έχω ευσεβείς πόθους ότι όλα θα βελτιωθούν. | Άνδρας | 22 | 2.36 | 1.136 | -1.096 | 0.277 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.71 | 1.206 | | |
| Προσπάθησα να δω την κατάσταση με χιούμορ | Άνδρας | 22 | 2.55 | 1.503 | -0.553 | 0.582 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.74 | 1.155 | | |

Στον πίνακα αυτό έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά σε δύο μόνο σημεία. Το πρώτο, οι γυναίκες μιλούν στον εαυτό τους με καθησυχαστικό τρόπο μετά το επεισόδιο λεκτικής βίας σε σύγκριση με τους άντρες με μέσο όρο 3.05(T.A=1.272) και P=0.001. Το δεύτερο, οι άντρες δεν ξαναμιλάνε με τον υβριστή γιατρό μετά το επεισόδιο βίας με μέσο όρο 3.27(T.A=1.549) και P=0.019.

Πίνακας 23: Συσχέτιση του φύλου με την σοβαρότητα της συνέπειας της λεκτικής κακοποίησης.

| Φύλο | N | Mean | Std. Deviation | t | p value | |
|---|---------|------|----------------|-------|---------|-------|
| Επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδερφο. | Άνδρας | 22 | 3.36 | 1.649 | 1.303 | 0.198 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.89 | 1.134 | | |
| Επιδείνωση των σχέσεων με άτομα εκτός του εργασιακού περιβάλλοντος. | Άνδρας | 22 | 2.14 | 1.283 | 1.221 | 0.227 |
| | Γυναίκα | 38 | 1.76 | 1.051 | | |
| Επιδείνωση της σχέσης με το υπόλοιπο προσωπικό. | Άνδρας | 22 | 2.27 | 1.202 | 2.256 | 0.028 |
| | Γυναίκα | 38 | 1.71 | 0.732 | | |
| Μείωση της εμπιστοσύνης και υποστήριξης στον χώρο εργασίας. | Άνδρας | 22 | 3.00 | 1.345 | 0.819 | 0.416 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.74 | 1.107 | | |
| Μειωμένη αυτοεκτίμηση. | Άνδρας | 22 | 1.73 | 1.202 | 0.183 | 0.855 |
| | Γυναίκα | 38 | 1.68 | 0.620 | | |
| Μειωμένη εμπιστοσύνη στον εαυτό σου. | Άνδρας | 22 | 1.45 | 0.800 | -0.232 | 0.817 |
| | Γυναίκα | 38 | 1.50 | 0.688 | | |

| | | | | | | |
|---|---------|----|------|-------|--------|-------|
| Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία. | Άνδρας | 22 | 1.73 | 1.120 | -1.764 | 0.083 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.21 | 0.963 | | |
| Μειωμένη απόδοση και ανταπόκριση στις επαγγελματικές απαιτήσεις (αύξηση λαθών). | Άνδρας | 22 | 2.14 | 1.246 | 1.339 | 0.186 |
| | Γυναίκα | 38 | 1.74 | 1.032 | | |
| Επιβάρυνση της υγείας. | Άνδρας | 22 | 2.00 | 1.155 | -0.532 | 0.596 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.16 | 1.079 | | |
| Μείωση του αισθήματος άνεσης/ευεξίας στον χώρο εργασίας. | Άνδρας | 22 | 2.55 | 1.262 | -0.393 | 0.695 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.66 | 0.938 | | |
| Μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία | Άνδρας | 22 | 3.41 | 1.333 | 0.577 | 0.566 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.21 | 1.255 | | |
| Αύξηση των ωρών αποχής από την εργασία. | Άνδρας | 22 | 2.05 | 1.618 | 1.094 | 0.279 |
| | Γυναίκα | 38 | 1.66 | 1.122 | | |
| Διαμαρτυρία των υπολοίπων εργαζομένων αφού επωμίζονται την αποχή του λεκτικά κακοποιημένου συναδέλφου | Άνδρας | 22 | 1.68 | 1.211 | -0.969 | 0.336 |
| | Γυναίκα | 38 | 1.95 | 0.899 | | |

Σε ένα μόνο σημείο έχει βρεθεί το $P < 0,05$ στο οποίο φαίνεται ότι στους άντρες επιδεινώνεται η σχέση τους με το υπόλοιπο προσωπικό ($M.O=2.27, T.A=1.202, P=0.028$) σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Πίνακας 24: Συσχέτιση του φύλου με τα συναισθήματα μετά το επεισόδιο λεκτικής βίας.

| Φύλο | | N | Mean | Std. Deviation | t | p value |
|----------------------------|---------|----|------|-------------------|--------|---------|
| Απογοήτευση, Απελπισία. | Άνδρας | 22 | 3.27 | 1.316 | -0.371 | 0.712 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.39 | 1.175 | | |
| Θυμό. | Άνδρας | 22 | 4.18 | 1.181 | 1.013 | 0.315 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.89 | 0.981 | | |
| Αηδία. | Άνδρας | 22 | 3.95 | 1.290 | 1.422 | 0.160 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.47 | 1.246 | | |
| Ντροπή και εξευτελισμό. | Άνδρας | 22 | 2.14 | 1.424 | -1.046 | 0.300 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.47 | 1.059 | | |
| Λύπη. | Άνδρας | 22 | 2.45 | 1.101 | -2.633 | 0.011 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.29 | 1.228 | | |
| Ανήμπορος/η. | Άνδρας | 22 | 1.23 | 0.528 | -2.294 | 0.025 |
| | Γυναίκα | 38 | 1.68 | 0.842 | | |
| Αδύναμος/η. | Άνδρας | 22 | 1.41 | 0.734 | -2.214 | 0.031 |
| | Γυναίκα | 38 | 1.89 | 0.863 | | |
| Σοκ και έκπληξη. | Άνδρας | 22 | 2.09 | 1.109 | -2.836 | 0.006 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.95 | 1.138 | | |
| Μπερδεμένος/η. | Άνδρας | 22 | 1.91 | 0.868 | -2.721 | 0.009 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.61 | 1.001 | | |
| Υπεύθυνος/η. | Άνδρας | 22 | 1.64 | 0.790 | -2.015 | 0.049 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.16 | 1.053 | | |
| Απειλή. | Άνδρας | 22 | 1.64 | 0.953 | -0.361 | 0.719 |
| | Γυναίκα | 38 | 1.74 | 1.083 | | |
| Σύγχυση. | Άνδρας | 22 | 2.45 | 1.262 | -0.982 | 0.330 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.74 | 0.950 | | |
| Ήττα. | Άνδρας | 22 | 1.36 | 0.790 | -0.405 | 0.687 |
| | Γυναίκα | 38 | 1.45 | 0.760 | | |
| Αδιάφορος/η. | Άνδρας | 22 | 3.23 | 1.541 | 4.701 | 0.000 |
| | Γυναίκα | 38 | 1.74 | 0.921 | | |
| Φόβος | Άνδρας | 22 | 1.41 | 0.908 | -1.181 | 0.242 |
| | Γυναίκα | 38 | 1.66 | 0.708 | | |
| Απομόνωση | Άνδρας | 22 | 1.36 | 0.727 | -1.325 | 0.190 |
| | Γυναίκα | 38 | 1.68 | 0.989 | | |
| Παρεξηγημένος/η | Άνδρας | 22 | 3.27 | 1.518 | 1.227 | 0.225 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.82 | 1.312 | | |
| Μη υποστήριξη | Άνδρας | 22 | 2.55 | 1.565 | 0.532 | 0.597 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.34 | 1.341 | | |

Έχει βρεθεί στατιστική σημαντικότητα σε αρκετά σημεία στον πιο πάνω πίνακα. Φαίνεται ότι οι άντρες νοιώθουν αδιαφορία για το συμβάν με μέσο όρο 3.23(T.A=1.541) και P=0.000. Ενώ οι γυναίκες νοιώθουν λύπη(M.O=3.29, T.A=1.228,P=0.011), ανήμπορες(M.O=1.68,T.A=0.842,P=0.025), αδύναμες(M.O=1.89,T.A=0.863,P=0.031), σοκ και έκπληξη(M.O=2.95, T.A=1.138, P=0.006), μπερδεμένες(M.O=2.61,T.A=1.001,P=0.009) και υπεύθυνες με μέσο όρο 2.16, τυπική απόκλιση 1.053 και επίπεδο σημαντικότητας στο 0.049 σε μεγαλύτερο βαθμό από τους άντρες.

Πίνακας 25: Συσχέτιση φύλου με ερωτηματολόγιο Verbal Abuse Survey.

| | | Φύλο | | | | Χ ² | p value |
|--|--------|-----------|---------|-----------|---------|----------------|---------|
| | | Άνδρας | | Γυναίκα | | | |
| | | Συχνότητα | Ποσοστό | Συχνότητα | Ποσοστό | | |
| Η αυτοεκτίμησή μου γενικά είναι | Χαμηλή | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 6.890 | 0.009 |
| | Μέτρια | 4 | 18.2% | 20 | 52.6% | | |
| | Υψηλή | 18 | 81.8% | 18 | 47.4% | | |
| Η αυτοπεποίθησή μου συνήθως είναι | Χαμηλή | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 11.375 | 0.001 |
| | Μέτρια | 2 | 9.1% | 20 | 52.6% | | |
| | Υψηλή | 20 | 90.9% | 18 | 47.4% | | |
| Το επίπεδο της δεξιότητάς μου είναι | Χαμηλή | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 1.320 | 0.251 |
| | Μέτρια | 3 | 13.6% | 10 | 26.3% | | |
| | Υψηλή | 19 | 86.4% | 28 | 73.7% | | |
| Ο έλεγχος που έχω στη νοσηλευτική/ιατρική ή πρακτική στη παρούσα θέση εργασίας μου είναι | Χαμηλή | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0.008 | 0.928 |
| | Μέτρια | 9 | 40.9% | 16 | 42.1% | | |
| | Υψηλή | 13 | 59.1% | 22 | 57.9% | | |
| Πιστεύω ότι η αξία της νοσηλευτικής για την κοινωνία είναι | Χαμηλή | 2 | 9.1% | 2 | 5.3% | 6.218 | 0.045 |
| | Μέτρια | 0 | 0.0% | 9 | 23.7% | | |
| | Υψηλή | 20 | 90.9% | 27 | 71.1% | | |
| Πιστεύω ότι οι γιατροί αντιλαμβάνονται την αξία της νοσηλευτικής ως | Χαμηλή | 7 | 31.8% | 8 | 21.1% | 2.456 | 0.293 |
| | Μέτρια | 7 | 31.8% | 20 | 52.6% | | |
| | Υψηλή | 8 | 36.4% | 10 | 26.3% | | |
| Πιστεύω ότι η διοίκηση μου αντιλαμβάνεται την αξία της νοσηλευτικής ως | Χαμηλή | 9 | 40.9% | 6 | 15.8% | 4.737 | 0.094 |
| | Μέτρια | 9 | 40.9% | 21 | 55.3% | | |
| | Υψηλή | 4 | 18.2% | 11 | 28.9% | | |

| | | | | | | | |
|---|--------|----|-------|----|-------|-------|-------|
| Η προσωπική υποστήριξη που λαμβάνω από τον άμεσο προϊστάμενό μου στην τρέχουσα θέση μου | Χαμηλή | 4 | 18.2% | 4 | 10.5% | 0.771 | 0.680 |
| | Μέτρια | 11 | 50.0% | 22 | 57.9% | | |
| | Υψηλή | 7 | 31.8% | 12 | 31.6% | | |
| Θα βαθμολογούσα το επίπεδο των γνώσεων μου σχετικά με νομικές ενέργειες που σχετίζονται με λεκτική βία ως | Χαμηλή | 7 | 31.8% | 14 | 36.8% | 0.287 | 0.866 |
| | Μέτρια | 12 | 54.5% | 18 | 47.4% | | |
| | Υψηλή | 3 | 13.6% | 6 | 15.8% | | |

Στην ερώτηση για την αυτοεκτίμηση που έχουν οι νοσηλευτές έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά($P=0.009$) με τους άντρες να δηλώνουν ότι είναι υψηλή με ποσοστό 81.8% έναντι των γυναικών με 47.4%. Επίσης, στην αυτοπεποίθηση το $P=0.001$ με τους άντρες να αγγίζουν το 90.9% και τέλος τί πιστεύουν για την αξία της νοσηλευτικής στην κοινωνία πάλι οι άντρες με 90.9% θεωρούν ότι είναι υψηλή($P=0.045$).

Πίνακας 26: Συσχέτιση φύλου με το επίπεδο εξουσίας στο χώρο εργασίας.

| | | Φύλο | | Total | χ^2 | p value | |
|---|-------------------------------|-----------|---------|--------|----------|---------|-------|
| | | Άνδρας | Γυναίκα | | | | |
| Το επίπεδο της εξουσίας που έχουν οι ιατροί στο χώρο εργασίας μου είναι | Υψηλότερο από τους νοσηλευτές | Συχνότητα | 19 | 31 | 50 | 0.23 | 0.632 |
| | | Ποσοστό | 86.4% | 81.6% | 83.3% | | |
| | Όμοιο με τους νοσηλευτές | Συχνότητα | 3 | 7 | 10 | | |
| | | Ποσοστό | 13.6% | 18.4% | 16.7% | | |
| Total | Count | Συχνότητα | | 38 | 60 | | |
| | % within Φύλο | Ποσοστό | | 100.0% | 100.0% | | |

Πίνακας 27: Συσχέτιση φύλου με το είδος της νοσηλευτικής διοίκησης.

| | | Φύλο | | | Total | X ² | p value |
|---|---------------|---------------|---------|--------|-------|----------------|---------|
| | | Άνδρας | Γυναίκα | | | | |
| Θα περιέγραφα το είδος της νοσηλευτικής διοίκησης στο δικό μου χώρο εργασίας ως | Αυταρχικό | Count | 12 | 18 | 30 | 2.004 | 0.367 |
| | | % within Φύλο | 54.5% | 47.4% | 50.0% | | |
| | Συμμετοχικό | Count | 2 | 9 | 11 | | |
| | | % within Φύλο | 9.1% | 23.7% | 18.3% | | |
| | Δημοκρατικό | Count | 8 | 11 | 19 | | |
| | | % within Φύλο | 36.4% | 28.9% | 31.7% | | |
| Total | Count | 22 | 38 | 60 | | | |
| | % within Φύλο | 100.0% | 100.0% | 100.0% | | | |

Πίνακας 28: Συσχέτιση φύλου με το γένος του υβριστή.

| | | Φύλο | | | Total | χ ² | p value |
|--------------------------------|---------|---------------|---------|--------|--------|----------------|---------|
| | | Άνδρας | Γυναίκα | | | | |
| Ποιο το γένος του/της υβριστή; | Άνδρας | Count | 17 | 24 | 41 | 1.283 | 0.257 |
| | | % within Φύλο | 77.3% | 63.2% | 68.3% | | |
| | Γυναίκα | Count | 5 | 14 | 19 | | |
| | | % within Φύλο | 22.7% | 36.8% | 31.7% | | |
| | Total | Count | 22 | 38 | 60 | | |
| | | % within Φύλο | 100.0% | 100.0% | 100.0% | | |

Στους πίνακες 26 και 27 και 28 δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια στατιστική διαφορά ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες με τα ερωτήματα μας.

Πίνακας 29: Συσχέτιση φύλου με την αντίδραση στο επεισόδιο, εάν υπήρξαν μαθήματα για θετική αντιμετώπιση καταστάσεων και αν το επεισόδιο ήταν μετά η κατά την διάρκεια στρες.

| | | Φύλο | | | | χ^2 | p value |
|--|--------------------|-----------|---------|-----------|---------|----------|---------|
| | | Ανδρας | | Γυναίκα | | | |
| | | Συχνότητα | Ποσοστό | Συχνότητα | Ποσοστό | | |
| Στον εργασιακό σας βίο έχετε δεχθεί λεκτική βία | Ναι | 22 | 100.0% | 34 | 89.5% | 2.481 | 0.115 |
| | Όχι | 0 | 0.0% | 4 | 10.5% | | |
| Πως θα βαθμολογούσατε την αντίδρασή σας στο περιστατικό της λεκτικής βίας | Κακή-φτωχή | 4 | 18.2% | 7 | 18.4% | 7.977 | 0.046 |
| | Καλή | 3 | 13.6% | 17 | 44.7% | | |
| | Δίκαιη | 13 | 59.1% | 10 | 26.3% | | |
| | Πολύ καλή | 2 | 9.1% | 4 | 10.5% | | |
| Το συμβάν της λεκτικής βίας έγινε κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά από μία κατάσταση υψηλού στρες για εσάς ή τον υβριστή | Ναι | 18 | 81.8% | 27 | 71.1% | 0.861 | 0.353 |
| | Όχι | 4 | 18.2% | 11 | 28.9% | | |
| Για ένα μήνα περίπου πόσα περιστατικά λεκτικής βίας δεχθήκατε από όλες τις πηγές | 0-5 | 21 | 95.5% | 36 | 94.7% | 0.733 | 0.693 |
| | 6-10 | 1 | 4.5% | 1 | 2.6% | | |
| | 11-15 | 0 | 0.0% | 1 | 2.6% | | |
| | 16-20 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | | |
| | περισσότερα από 20 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | | |
| Έχετε πάρει μαθήματα για θετική αντιμετώπιση καταστάσεων | Ναι | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | --- | --- |
| | Όχι | 22 | 100.0% | 38 | 100.0% | | |

Πίνακας 30: Συσχέτιση φύλου με αν η λεκτική βία επιδρά στο ηθικό, εάν προκαλεί αύξηση λαθών και αύξηση του φόρτου εργασίας.

| | | Φύλο | | | | χ^2 | p value |
|--|-----|-----------|---------|-----------|---------|----------|---------|
| | | Ανδρας | | Γυναίκα | | | |
| | | Συχνότητα | Ποσοστό | Συχνότητα | Ποσοστό | | |
| Το συμβάν είχε αρνητική επίδραση στο ηθικό σας; | Ναι | 12 | 54.5% | 25 | 65.8% | 0.745 | 0.388 |
| | Όχι | 10 | 45.5% | 13 | 34.2% | | |
| Το συμβάν προκάλεσε μείωση της απόδοσή σας εκείνο το διάστημα; | Ναι | 9 | 40.9% | 13 | 34.2% | 0.269 | 0.604 |
| | Όχι | 13 | 59.1% | 25 | 65.8% | | |
| Θεωρείτε ότι περιστατικά λεκτικής βίας προκαλούν αύξηση λαθών; | Ναι | 20 | 90.9% | 31 | 81.6% | 0.951 | 0.329 |
| | Όχι | 2 | 9.1% | 7 | 18.4% | | |
| Το συμβάν συνέβαλε στην αύξηση του φόρτου εργασίας για τους συναδέλφους για ένα διάστημα; | Ναι | 6 | 27.3% | 9 | 23.7% | 0.096 | 0.757 |
| | Όχι | 16 | 72.7% | 29 | 76.3% | | |
| Το συμβάν επηρέασε την νοσηλευτική πρακτική σας για ένα διάστημα; | Ναι | 7 | 31.8% | 12 | 31.6% | 0.000 | 0.985 |
| | Όχι | 15 | 68.2% | 26 | 68.4% | | |
| Έχετε φύγει ποτέ από τμήμα λόγω του υψηλού ποσοστού λεκτικής βίας που επικρατούσε σε αυτό; | Ναι | 1 | 4.5% | 7 | 18.4% | 2.321 | 0.128 |
| | Όχι | 21 | 95.5% | 31 | 81.6% | | |

Στους πίνακες 29 και 30 σε ένα και μόνο ερώτημα υπήρξε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ($P=0.046$) όπου οι άντρες θεωρούν ότι η αντίδραση τους

ήταν δίκαιη(59.1%) στο περιστατικό ενώ οι γυναίκες απάντησαν «καλή» με ποσοστό 44.7%.

Negative Acts Questionnaire

Πίνακας 31: Συσχέτιση του φύλου με μια σειρά από αρνητικές εργασιακές συμπεριφορές.

| p value | Φύλο | | | | | | | | | | |
|---------|-------------------|--------------------------------------|--------|-------------------|--------------------------------------|--------|-------------------|--------------------------------------|--------|-------|-------|
| | Ανδρας | | | Γυναίκα | | | Σύνολο | | | | |
| | Μια φορά ανά μήνα | Κάθε μέρα για ψυχαυνο εβδομάδα | Σπάνια | Μια φορά ανά μήνα | Κάθε μέρα για ψυχαυνο εβδομάδα | Σπάνια | Μια φορά ανά μήνα | Κάθε μέρα για ψυχαυνο εβδομάδα | Σπάνια | Ποτέ | Ποτέ |
| 0.163 | 22.7% | 9.1% | 22.7% | 23.7% | 0.0% | 33.3% | 3.3% | 33.3% | 36.7% | 36.7% | 36.7% |
| 0.152 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 5.3% | 0.0% | 53.3% | 1.7% | 53.3% | 53.3% | 53.3% | 53.3% |
| 0.010 | 13.6% | 4.5% | 13.6% | 7.9% | 15.8% | 15.0% | 30.0% | 10.0% | 15.0% | 15.0% | 15.0% |
| 0.001 | 22.7% | 0.0% | 22.7% | 7.9% | 5.3% | 11.7% | 16.7% | 13.3% | 40.0% | 40.0% | 40.0% |
| 0.058 | 22.7% | 0.0% | 22.7% | 10.5% | 7.9% | 45.0% | 16.7% | 15.0% | 18.3% | 18.3% | 18.3% |
| 0.259 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 2.6% | 0.0% | 30.0% | 0.0% | 6.7% | 60.0% | 60.0% | 60.0% |
| 0.118 | 9.1% | 0.0% | 9.1% | 7.9% | 7.9% | 26.7% | 3.3% | 5.0% | 26.7% | 26.7% | 26.7% |
| 0.543 | 9.1% | 0.0% | 9.1% | 13.2% | 0.0% | 48.3% | 0.0% | 11.7% | 36.7% | 36.7% | 36.7% |
| 0.338 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 7.9% | 0.0% | 6.7% | 0.0% | 5.0% | 88.3% | 88.3% | 88.3% |
| 0.789 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 7.9% | 0.0% | 20.0% | 0.0% | 5.0% | 80.0% | 80.0% | 80.0% |
| 0.760 | 13.6% | 0.0% | 13.6% | 13.2% | 5.3% | 40.0% | 3.3% | 13.3% | 41.7% | 41.7% | 41.7% |
| 6.522 | 22.7% | 9.1% | 22.7% | 23.7% | 0.0% | 33.3% | 3.3% | 23.3% | 36.7% | 36.7% | 36.7% |
| 6.711 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 5.3% | 0.0% | 53.3% | 1.7% | 53.3% | 53.3% | 53.3% | 53.3% |
| 13.292 | 13.6% | 4.5% | 13.6% | 7.9% | 15.8% | 15.0% | 30.0% | 10.0% | 15.0% | 15.0% | 15.0% |
| 18.378 | 22.7% | 0.0% | 22.7% | 7.9% | 5.3% | 11.7% | 16.7% | 13.3% | 40.0% | 40.0% | 40.0% |
| 9.142 | 22.7% | 0.0% | 22.7% | 10.5% | 7.9% | 45.0% | 16.7% | 15.0% | 18.3% | 18.3% | 18.3% |
| 4.019 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 2.6% | 0.0% | 30.0% | 0.0% | 6.7% | 60.0% | 60.0% | 60.0% |
| 7.368 | 9.1% | 0.0% | 9.1% | 7.9% | 7.9% | 26.7% | 3.3% | 5.0% | 26.7% | 26.7% | 26.7% |
| 2.147 | 9.1% | 0.0% | 9.1% | 13.2% | 0.0% | 48.3% | 0.0% | 11.7% | 36.7% | 36.7% | 36.7% |
| 2.171 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 7.9% | 0.0% | 6.7% | 0.0% | 5.0% | 88.3% | 88.3% | 88.3% |
| 0.072 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 7.9% | 0.0% | 20.0% | 0.0% | 5.0% | 80.0% | 80.0% | 80.0% |
| 1.866 | 13.6% | 0.0% | 13.6% | 13.2% | 5.3% | 40.0% | 3.3% | 13.3% | 41.7% | 41.7% | 41.7% |
| 45.5% | 22.7% | 9.1% | 22.7% | 23.7% | 0.0% | 33.3% | 3.3% | 23.3% | 36.7% | 36.7% | 36.7% |
| 45.5% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 5.3% | 0.0% | 53.3% | 1.7% | 53.3% | 53.3% | 53.3% | 53.3% |
| 13.6% | 13.6% | 4.5% | 13.6% | 7.9% | 15.8% | 15.0% | 30.0% | 10.0% | 15.0% | 15.0% | 15.0% |
| 36.4% | 22.7% | 0.0% | 22.7% | 7.9% | 5.3% | 11.7% | 16.7% | 13.3% | 40.0% | 40.0% | 40.0% |
| 9.1% | 22.7% | 0.0% | 22.7% | 10.5% | 7.9% | 45.0% | 16.7% | 15.0% | 18.3% | 18.3% | 18.3% |
| 63.6% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 2.6% | 0.0% | 30.0% | 0.0% | 6.7% | 60.0% | 60.0% | 60.0% |
| 63.6% | 9.1% | 0.0% | 9.1% | 7.9% | 7.9% | 26.7% | 3.3% | 5.0% | 26.7% | 26.7% | 26.7% |
| 45.5% | 9.1% | 0.0% | 9.1% | 13.2% | 0.0% | 48.3% | 0.0% | 11.7% | 36.7% | 36.7% | 36.7% |
| 95.5% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 7.9% | 0.0% | 6.7% | 0.0% | 5.0% | 88.3% | 88.3% | 88.3% |
| 81.8% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 7.9% | 0.0% | 20.0% | 0.0% | 5.0% | 80.0% | 80.0% | 80.0% |
| 45.5% | 13.6% | 0.0% | 13.6% | 13.2% | 5.3% | 40.0% | 3.3% | 13.3% | 41.7% | 41.7% | 41.7% |

| | | | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|
| 0.148 | 0.317 | 0.312 | 0.442 | 0.096 | 0.359 | 0.740 | 0.016 | 0.121 | 0.523 | 0.284 |
| 5.344 | 4.721 | 4.767 | 3.742 | 6.338 | 4.363 | 1.980 | 12.132 | 5.823 | 3.214 | 1.148 |
| 3.3% | 1.7% | 1.7% | 1.7% | 1.7% | 3.3% | 8.3% | 8.3% | 0.0% | 16.7% | 0.0% |
| 0.0% | 8.3% | 6.7% | 1.7% | 0.0% | 15.0% | 6.7% | 11.7% | 6.7% | 16.7% | 0.0% |
| 5.0% | 21.7% | 15.0% | 11.7% | 13.3% | 6.7% | 6.7% | 21.7% | 1.7% | 18.3% | 0.0% |
| 26.7% | 26.7% | 50.0% | 26.7% | 41.7% | 31.7% | 36.7% | 15.0% | 30.0% | 18.3% | 10.0% |
| 65.0% | 41.7% | 26.7% | 58.3% | 43.3% | 43.3% | 41.7% | 43.3% | 61.7% | 30.0% | 90.0% |
| 5.3% | 2.6% | 2.6% | 0.0% | 2.6% | 0.0% | 7.9% | 0.0% | 0.0% | 21.1% | 0.0% |
| 0.0% | 13.2% | 10.5% | 0.0% | 0.0% | 15.8% | 7.9% | 10.5% | 5.3% | 15.8% | 0.0% |
| 7.9% | 21.1% | 10.5% | 13.2% | 21.1% | 7.9% | 5.3% | 28.9% | 0.0% | 21.1% | 0.0% |
| 31.6% | 21.1% | 52.6% | 26.3% | 39.5% | 28.9% | 42.1% | 18.4% | 39.5% | 13.2% | 13.2% |
| 55.3% | 42.1% | 23.7% | 60.5% | 36.8% | 47.4% | 36.8% | 42.1% | 55.3% | 28.9% | 86.8% |
| 0.0% | 0.0% | 0.0% | 4.5% | 0.0% | 9.1% | 9.1% | 22.7% | 0.0% | 9.1% | 0.0% |
| 0.0% | 0.0% | 0.0% | 4.5% | 0.0% | 13.6% | 4.5% | 13.6% | 9.1% | 18.2% | 0.0% |
| 0.0% | 22.7% | 22.7% | 9.1% | 0.0% | 4.5% | 9.1% | 9.1% | 4.5% | 13.6% | 0.0% |
| 18.2% | 36.4% | 45.5% | 27.3% | 45.5% | 36.4% | 27.3% | 9.1% | 13.6% | 27.3% | 4.5% |
| 81.8% | 40.9% | 31.8% | 54.5% | 54.5% | 36.4% | 50.0% | 45.5% | 72.7% | 31.8% | 95.5% |
| Er.12 | Er.13 | Er.14 | Er.15 | Er.16 | Er.17 | Er.18 | Er.19 | Er.20 | Er.21 | Er.22 |

Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά($P=0.010$) στο ερώτημα εάν ανατίθεται δουλειά κατώτερη του επιπέδου ικανοτήτων μας στο χώρο εργασίας με τους άντρες να λένε «κάθε μέρα» με ποσοστό 54.5% έναντι των γυναικών με 15.8%. Επίσης, στο ερώτημα εάν σας ανατίθενται ασήμαντα καθήκοντα στο χώρο εργασίας οι άντρες με ποσοστό 36.4% λένε «κάθε μέρα» ενώ οι γυναίκες μόνο 5.3%. Το επίπεδο σημαντικότητας εδώ είναι ίσο με 0.001. Τέλος, στο ερώτημα εάν δέχεστε πίεση να μην απαιτητέ κάτι που δικαιούστε καμία γυναίκα(0.0%) δεν ψήφισε κάθε μέρα αντίθετα με τους άντρες που είχαν ποσοστό 22.7%.

Κλίμακα εκτίμησης στάσεων ως προς την συνεργασία Ιατρών-Νοσηλευτών
Jefferson.

Πίνακας 32: Συσχέτιση φύλου και εκτίμηση στάσεων ως προς την συνεργασία Ιατρών και Νοσηλευτών.

| | Φύλο | | | | | | t | p value |
|--|--------|------|---------|------|--------|------|-------|---------|
| | Ανδρας | | Γυναίκα | | Σύνολο | | | |
| | MO | TA | MO | TA | MO | TA | | |
| Ο νοσηλευτής πρέπει να αντιμετωπίζεται ως συνεργάτης και συνάδελφος του ιατρού, παρά ως βοηθός του | 4.00 | 0.00 | 4.00 | 0.00 | 4.00 | 0.00 | --- | --- |
| Οι νοσηλευτές έχουν την κατάρτιση να αξιολογούν και να ανταποκρίνονται στις ψυχολογικές διαστάσεις των αναγκών των ασθενών | 3.68 | 0.72 | 3.82 | 0.46 | 3.77 | 0.56 | - | 0.379 |
| Κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, οι φοιτητές ιατρικής και νοσηλευτικής θα έπρεπε να εμπλέκονται σε ομαδική εργασία | 3.91 | 0.29 | 3.92 | 0.36 | 3.92 | 0.33 | - | 0.889 |
| Οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων πολιτικής που επιδρούν στις συνθήκες εργασίας τους | 3.68 | 0.65 | 3.92 | 0.27 | 3.83 | 0.46 | - | 0.111 |
| Οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν ευθύνη έναντι των ασθενών για τη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν | 3.86 | 0.47 | 3.97 | 0.16 | 3.93 | 0.31 | - | 0.296 |
| Υπάρχουν πολλές αλληλοεπικαλυπτόμενες περιοχές ευθύνης μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών | 3.86 | 0.47 | 3.89 | 0.31 | 3.88 | 0.37 | - | 0.758 |
| Οι νοσηλευτές είναι ειδικοί στην εκπαίδευση των ασθενών και τη ψυχολογική υποστήριξη τους | 3.32 | 0.84 | 3.13 | 0.62 | 3.20 | 0.71 | 0.909 | 0.370 |
| Οι ιατροί θα έπρεπε να αποτελούν την κυρίαρχη εξουσία σε όλα τα ζητήματα φροντίδας υγείας | 2.14 | 1.08 | 2.18 | 1.29 | 2.17 | 1.21 | - | 0.879 |
| Οι ιατροί και οι νοσηλευτές θα έπρεπε να συμβάλλουν στις αποφάσεις σχετικά με τα εξιτήρια των ασθενών από τα νοσοκομεία | 3.23 | 1.19 | 2.95 | 0.80 | 3.05 | 0.96 | 0.980 | 0.335 |
| Η πρωταρχική λειτουργία του νοσηλευτή είναι να εκτελεί τις οδηγίες του ιατρού | 2.14 | 1.13 | 2.37 | 1.20 | 2.28 | 1.17 | - | 0.462 |
| Οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων πολιτικής που αφορούν στις υποστηρικτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου | 3.59 | 0.73 | 3.53 | 0.80 | 3.55 | 0.77 | 0.311 | 0.757 |
| Οι νοσηλευτές θα έπρεπε να έχουν επίσης την ευθύνη να επιτηρούν τα αποτελέσματα της ιατρικής φροντίδας | 2.59 | 1.14 | 3.37 | 0.88 | 3.08 | 1.05 | - | 0.005 |
| | | | | | | | 2.949 | |

| | | | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|---|-------|
| Οι νοσηλευτές θα έπρεπε να αποσαφηνίζουν τις ιατρικές οδηγίες όταν αισθάνονται ότι θα μπορούσαν να έχουν δυνητικά βλαπτική επίδραση | 3.32 | 1.04 | 3.58 | 0.76 | 3.48 | 0.87 | - | 0.269 |
| Οι ιατροί θα έπρεπε να εκπαιδεύονται στο πώς να εδραιώνουν συνεργατικές σχέσεις με τους νοσηλευτές | 3.55 | 0.96 | 3.95 | 0.23 | 3.80 | 0.63 | - | 0.067 |
| Οι διεπιστημονικές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών θα έπρεπε να περιλαμβάνονται στα εκπαιδευτικά τους προγράμματα | 3.50 | 0.91 | 4.00 | 0.00 | 3.82 | 0.60 | - | 0.018 |

| Φύλο | N | Mean | Std. Deviation | t | p value |
|-----------|----|-------|----------------|--------|---------|
| Συνολικό | | 50.36 | 5.99 | -1.592 | 0.122 |
| Άνδρας | 22 | | | | |
| Jefferson | | 52.58 | 3.41 | | |
| Γυναίκα | 38 | | | | |

Έχει βρεθεί στατιστική σημαντικότητα ίση με 0.005 στο αν θα έπρεπε οι νοσηλευτές να έχουν την ευθύνη να επιτηρούν τα αποτελέσματα της ιατρικής φροντίδας όπου οι γυναίκες συμφωνούσαν με μέσο όρο 3.37(T.A=0.88) από τους άντρες(M.O=2.59, T.A=1.14). Στο ερώτημα επίσης, αν οι διεπιστημονικές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών θα έπρεπε να περιλαμβάνεται στα εκπαιδευτικά τους προγράμματα φάνηκε να υπάρχει στατιστική διαφορά εφόσον το P=0.018 στις γυναίκες πάλι να συμφωνούν με μέσο όρο 4 (T.A=0.00) ενώ οι άντρες 3.50(T.A=0.91).

Safety Attitudes Questionnaire.

Πίνακας 33: Ποσοστιαία κατανομή κατά πόσο διαφωνούν ή συμφωνούν σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο συμπεριφορών ασφάλειας.

| | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ ελαφρώς | Ουδέτερος/η | Συμφωνώ ελαφρώς | Συμφωνώ απόλυτα |
|---|--------------------|--------------------|-------------|--------------------|--------------------|
| Το Νοσηλευτικό έργο έχει απήχηση στο χειρουργείο | 5.0% | 8.3% | 10.0% | 8.3% | 68.3% |
| Στο χειρουργείο είναι δύσκολο να μιλήσω αν έχω αντιληφθεί ένα πρόβλημα με τη φροντίδα των ασθενών. | 39.0% | 22.0% | 13.6% | 15.3% | 10.2% |
| Διαφωνίες στο χειρουργείο επιλύονται κατάλληλα (π.χ. όχι σύμφωνα με το ποιος έχει δίκιο αλλά με το όφελος του ασθενούς. | 3.4% | 20.3% | 16.9% | 18.6% | 40.7% |
| Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για την φροντίδα του ασθενούς | 5.1% | 11.9% | 15.3% | 28.8% | 39.0% |
| Είναι εύκολο για το προσωπικό εδώ να κάνει ερωτήσεις όταν υπάρχει κάτι που δεν καταλαβαίνει | 3.3% | 16.7% | 15.0% | 31.7% | 33.3% |
| Οι γιατροί και οι ασθενείς εδώ εργάζονται μαζί | 3.4% | 25.4% | 11.9% | 35.6% | 23.7% |
| Θα αισθανόμουν ασφαλής να αντιμετωπιζόμουν εδώ ως ασθενής | 0.0% | 13.3% | 21.7% | 20.0% | 45.0% |
| Ιατρικά λάθη χειρίζονται κατάλληλα στο χειρουργείο | 0.0% | 6.7% | 16.7% | 48.3% | 28.3% |
| Γνωρίζω τα κατάλληλα κανάλια για άμεσες ερωτήσεις σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο χειρουργείο. | 3.6% | 10.9% | 25.5% | 38.2% | 21.8% |
| Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοσή μου. | 3.4% | 10.3% | 48.3% | 27.6% | 10.3% |
| Στο χειρουργείο είναι δύσκολο να συζητηθούν τα λάθη | 28.3% | 23.3% | 23.3% | 20.0% | 5.0% |
| Ενθαρρύνομαι από τους συνάδελφους μου να αναφέρω οποιεσδήποτε ανησυχίες για την ασφάλεια των ασθενών μπορεί να έχω. | 5.2% | 5.2% | 31.0% | 34.5% | 24.1% |
| Η κουλτούρα του χειρουργείου το κάνει εύκολο να μαθαίνεις από τα λάθη των άλλων | 10.7% | 12.5% | 30.4% | 21.4% | 25.0% |
| Οι υποδείξεις μου σχετικά με την | 17.9% | 12.5% | 55.4% | 8.9% | 5.4% |

| | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| ασφάλεια θα πραγματοποιούνταν εάν τις εξέφραζα στη διοίκηση | | | | | |
| Μου αρέσει η δουλειά μου | 1.7% | 5.0% | 16.7% | 13.3% | 63.3% |
| Το να εργάζομαι εδώ είναι σαν να είμαι μέρος μιας μεγάλης οικογένειας | 5.2% | 10.3% | 24.1% | 19.0% | 41.4% |
| Αυτό είναι ένα καλό περιβάλλον για εργασία | 8.5% | 13.6% | 28.8% | 23.7% | 25.4% |
| Είμαι περήφανος/η να δουλεύω στο χειρουργείο | 8.3% | 1.7% | 20.0% | 20.0% | 50.0% |
| Το ηθικό στο χειρουργείο είναι υψηλό | 10.0% | 8.3% | 18.3% | 31.7% | 31.7% |
| Όταν ο φόρτος εργασίας μου είναι υπερβολικός, η απόδοσή μου είναι μειωμένη. | 27.1% | 18.6% | 6.8% | 25.4% | 22.0% |
| Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός/η στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η | 5.1% | 6.8% | 10.2% | 37.3% | 40.7% |
| Είναι πιο πιθανό να κάνω λάθη σε εχθρικά και με ένταση περιβάλλοντα | 6.7% | 11.7% | 8.3% | 25.0% | 48.3% |
| Η Κόπωση εξασθενεί την απόδοση μου σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (π.χ. ανάνηψη έκτακτης ανάγκης, σπασμοί). | 10.0% | 6.7% | 16.7% | 41.7% | 25.0% |
| Η διοίκηση υποστηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες | 28.6% | 16.1% | 35.7% | 14.3% | 5.4% |
| Η διοίκηση εν γνώση της δεν θέτει σε κίνδυνο την ασφάλεια του ασθενή διοίκηση τμήτος | 13.8% | 12.1% | 41.4% | 24.1% | 8.6% |
| Η διοίκηση κάνει καλή δουλειά | 15.8% | 19.3% | 52.6% | 8.8% | 3.5% |
| Το προσωπικό με προβλήματα αντιμετωπίζεται | 18.6% | 15.3% | 40.7% | 23.7% | 1.7% |
| Λαμβάνω αρκετή και έγκαιρη πληροφορία για γεγονότα που μπορεί να επηρεάσουν τη δουλειά μου από: διοίκηση τμήματος νοσοκομείου | 22.4% | 3.4% | 48.3% | 24.1% | 1.7% |
| Τα επίπεδα του προσωπικού στο χειρουργείο είναι επαρκή για να χειριστούν τον αριθμό των ασθενών. | 30.0% | 15.0% | 28.3% | 20.0% | 6.7% |
| Αυτό το νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στη κατάρτιση νέου προσωπικού. | 28.3% | 13.3% | 30.0% | 26.7% | 1.7% |
| Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις είναι συνήθως διαθέσιμες σε μένα. | 10.3% | 25.9% | 31.0% | 27.6% | 5.2% |
| Οι εκπαιδευόμενοι στην δικαιοδοσία μου εποπτεύονται επαρκώς. | 4.0% | 18.0% | 42.0% | 20.0% | 16.0% |
| Συνεργάζομαι καλά με τους | 0.0% | 11.9% | 8.5% | 30.5% | 49.2% |

| | | | | | |
|--|------|-------|-------|-------|-------|
| νοσηλευτές στο χειρουργείο Συνεργάζομαι καλά με τους γιατρούς στο χειρουργείο | 1.7% | 6.8% | 13.6% | 44.1% | 33.9% |
| Συνεργάζομαι καλά με τους φαρμακοποιούς στο χειρουργείο | 0.0% | 2.6% | 57.9% | 34.2% | 5.3% |
| Αδυναμία επικοινωνίας που οδηγεί σε καθυστερήσεις στην παροχή φροντίδας είναι συχνό φαινόμενο | 9.1% | 25.5% | 27.3% | 29.1% | 9.1% |

Στον πίνακα 33 φαίνεται η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων. Αξίζει να αναφερθεί ότι συμφωνούν απόλυτα ότι το νοσηλευτικό έργο έχει απήχηση στο χειρουργείο με ποσοστό 68.3%, ότι θα αισθάνονταν ασφαλής να αντιμετωπίζονταν σαν ασθενής εκεί με ποσοστό 45% ενώ κανείς δεν διαφώνησε στην ερώτηση αυτή. Τέλος, κάτι πολύ σημαντικό είναι ότι ποσοστό 48.3% συμφωνά απόλυτα ότι σε εχθρικά και με ένταση περιβάλλοντα είναι πιο εύκολο να κάνουμε λάθη.

Πίνακας 34: Συσχέτιση φύλου με το ερωτηματολόγιο συμπεριφορών ασφάλειας.

| Φύλο | | N | Mean | Std. Deviation | t | p value |
|------|---------|----|------|-------------------|--------|---------|
| Ερ.1 | Άνδρας | 22 | 4.55 | 1.18 | 1.341 | 0.185 |
| | Γυναίκα | 38 | 4.11 | 1.25 | | |
| Ερ.2 | Άνδρας | 22 | 1.86 | 1.25 | -2.148 | 0.036 |
| | Γυναίκα | 37 | 2.65 | 1.42 | | |
| Ερ.3 | Άνδρας | 21 | 3.71 | 1.49 | -0.064 | 0.949 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.74 | 1.18 | | |
| Ερ.4 | Άνδρας | 22 | 3.77 | 1.38 | -0.362 | 0.719 |
| | Γυναίκα | 37 | 3.89 | 1.13 | | |
| Ερ.5 | Άνδρας | 22 | 3.45 | 1.41 | -1.481 | 0.144 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.92 | 1.02 | | |
| Ερ.6 | Άνδρας | 22 | 3.23 | 1.23 | -1.389 | 0.170 |
| | Γυναίκα | 37 | 3.68 | 1.18 | | |
| Ερ.7 | Άνδρας | 22 | 3.59 | 1.37 | -2.060 | 0.044 |
| | Γυναίκα | 38 | 4.18 | 0.87 | | |
| Ερ.8 | Άνδρας | 22 | 3.95 | 1.09 | -0.197 | 0.844 |
| | Γυναίκα | 38 | 4.00 | 0.70 | | |
| Ερ.9 | Άνδρας | 19 | 3.26 | 1.15 | -1.944 | 0.057 |

| | | | | | | |
|-------|---------|----|------|------|--------|-------|
| | Γυναίκα | 36 | 3.83 | 0.97 | | |
| Ερ.10 | Ανδρας | 20 | 3.00 | 1.08 | -1.903 | 0.062 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.47 | 0.80 | | |
| Ερ.11 | Ανδρας | 22 | 2.27 | 1.20 | -1.080 | 0.285 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.63 | 1.26 | | |
| Ερ.12 | Ανδρας | 22 | 3.05 | 1.21 | -3.917 | 0.000 |
| | Γυναίκα | 36 | 4.06 | 0.75 | | |
| Ερ.13 | Ανδρας | 21 | 2.67 | 1.43 | -3.501 | 0.001 |
| | Γυναίκα | 35 | 3.80 | 0.99 | | |
| Ερ.14 | Ανδρας | 21 | 2.57 | 1.08 | -0.794 | 0.431 |
| | Γυναίκα | 35 | 2.80 | 1.02 | | |
| Ερ.15 | Ανδρας | 22 | 3.91 | 1.31 | -2.419 | 0.019 |
| | Γυναίκα | 38 | 4.55 | 0.76 | | |
| Ερ.16 | Ανδρας | 22 | 3.64 | 1.50 | -0.837 | 0.406 |
| | Γυναίκα | 36 | 3.92 | 1.05 | | |
| Ερ.17 | Ανδρας | 22 | 3.55 | 1.47 | 0.493 | 0.624 |
| | Γυναίκα | 37 | 3.38 | 1.11 | | |
| Ερ.18 | Ανδρας | 22 | 3.68 | 1.55 | -1.611 | 0.113 |
| | Γυναίκα | 38 | 4.21 | 0.99 | | |
| Ερ.19 | Ανδρας | 22 | 3.64 | 1.53 | -0.138 | 0.891 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.68 | 1.14 | | |
| Ερ.20 | Ανδρας | 21 | 2.48 | 1.63 | -1.824 | 0.073 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.24 | 1.48 | | |
| Ερ.21 | Ανδρας | 21 | 3.76 | 1.34 | -1.306 | 0.197 |
| | Γυναίκα | 38 | 4.16 | 0.97 | | |
| Ερ.22 | Ανδρας | 22 | 3.82 | 1.47 | -0.676 | 0.502 |
| | Γυναίκα | 38 | 4.05 | 1.18 | | |
| Ερ.23 | Ανδρας | 22 | 3.73 | 1.28 | 0.371 | 0.712 |
| | Γυναίκα | 38 | 3.61 | 1.20 | | |
| Ερ.24 | Ανδρας | 21 | 2.33 | 1.24 | -0.885 | 0.380 |
| | Γυναίκα | 35 | 2.63 | 1.19 | | |
| Ερ.25 | Ανδρας | 22 | 2.86 | 1.08 | -0.806 | 0.424 |
| | Γυναίκα | 36 | 3.11 | 1.17 | | |
| Ερ.26 | Ανδρας | 19 | 2.63 | 1.07 | -0.095 | 0.924 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.66 | 0.94 | | |
| Ερ.27 | Ανδρας | 22 | 2.82 | 1.14 | 0.396 | 0.694 |
| | Γυναίκα | 37 | 2.70 | 1.05 | | |
| Ερ.28 | Ανδρας | 22 | 2.73 | 1.16 | -0.352 | 0.726 |
| | Γυναίκα | 36 | 2.83 | 1.08 | | |
| Ερ.29 | Ανδρας | 22 | 2.23 | 1.34 | -1.647 | 0.105 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.79 | 1.23 | | |

| | | | | | | |
|-------|---------|----|------|------|--------|-------|
| Ερ.30 | Ανδρας | 22 | 2.41 | 1.44 | -0.929 | 0.357 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.71 | 1.06 | | |
| Ερ.31 | Ανδρας | 21 | 2.48 | 1.03 | -2.420 | 0.019 |
| | Γυναίκα | 37 | 3.16 | 1.04 | | |
| Ερ.32 | Ανδρας | 18 | 3.00 | 1.19 | -1.303 | 0.199 |
| | Γυναίκα | 32 | 3.41 | 0.98 | | |
| Ερ.33 | Ανδρας | 21 | 3.86 | 1.20 | -1.782 | 0.080 |
| | Γυναίκα | 38 | 4.34 | 0.88 | | |
| Ερ.34 | Ανδρας | 21 | 3.86 | 1.24 | -0.954 | 0.344 |
| | Γυναίκα | 38 | 4.11 | 0.76 | | |
| Ερ.35 | Ανδρας | 13 | 3.62 | 0.87 | 1.360 | 0.182 |
| | Γυναίκα | 25 | 3.32 | 0.48 | | |
| Ερ.36 | Ανδρας | 18 | 2.56 | 1.15 | -2.268 | 0.027 |
| | Γυναίκα | 37 | 3.27 | 1.07 | | |

Σε επτά ερωτήσεις έχει βρεθεί στατιστική σημαντικότητα όπως φαίνεται και στον πίνακα πιο πάνω. Όπως φαίνεται από τους μέσους όρους σε όλες τις ερωτήσεις που είναι στατιστικά σημαντικές οι γυναίκες έχουν ψηλότερους μέσους όρους από ότι οι άντρες.

Πίνακας 35: Ποσοστιαία κατανομή στρεσογόνων διαδικασιών που είναι συνηθισμένες στο χειρουργείο.

| | Καθόλου Στρεσογόν ο | Λίγο Στρεσογόν ο | Αρκετά Στρεσογόν ο | Εξαιρετικά Στρεσογόν ο | Mean | Std. Deviation |
|--|---------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------------|------|-------------------|
| Εκτέλεση επίπονων διαδικασιών για τους ασθενείς | 7.0% | 36.8% | 31.6% | 24.6% | 2.74 | 0.92 |
| Επίκριση από έναν γιατρό | 8.8% | 17.5% | 35.1% | 38.6% | 3.04 | 0.96 |
| Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για την αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας του ασθενούς | 27.7% | 42.6% | 27.7% | 2.1% | 2.04 | 0.81 |
| Έλλειψη ευκαιριών για | 37.5% | 42.9% | 16.1% | 3.6% | 1.86 | 0.82 |

| | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|------|------|
| ανοιχτή συζήτηση για τα προβλήματα στο χώρο εργασίας με άλλους επαγγελματίες | 5.2% | 25.9% | 29.3% | 39.7% | 3.03 | 0.94 |
| Διαμάχη με έναν προϊστάμενο | 54.9% | 41.2% | 3.9% | 0.0% | 1.49 | 0.58 |
| Βλάβη στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές | 10.9% | 45.5% | 29.1% | 14.5% | 2.47 | 0.88 |
| Ανεπαρκής ενημέρωση για την κλινική κατάσταση ενός ασθενούς από τους γιατρούς. | 33.3% | 45.1% | 15.7% | 5.9% | 1.94 | 0.86 |
| Παράλογες απαιτήσεις από τους ασθενείς | 19.0% | 14.3% | 19.0% | 47.6% | 2.95 | 1.20 |
| Σεξουαλική παρενόχληση εις βάρος σας. | 19.6% | 30.4% | 43.5% | 6.5% | 2.37 | 0.88 |
| Αίσθημα ανεπάρκειας σε περίπτωση μη βελτίωσης του ασθενούς | 5.6% | 25.9% | 24.1% | 44.4% | 3.07 | 0.97 |
| Διαμάχη με έναν γιατρό | 12.7% | 43.6% | 30.9% | 12.7% | 2.44 | 0.88 |
| Ερωτήσεις από τους ασθενείς για τις οποίες δεν έχετε μια ικανοποιητική απάντηση. | 36.2% | 46.8% | 12.8% | 4.3% | 1.85 | 0.81 |
| Έλλειψη ευκαιριών για ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με συναδέλφους στο χώρο εργασίας. | 17.2% | 41.4% | 13.8% | 27.6% | 2.52 | 1.09 |
| Διαρκής μετακίνηση σε άλλα νοσηλευτικά τμήματα λόγω έλλειψης προσωπικού. | 15.2% | 56.5% | 15.2% | 13.0% | 2.26 | 0.88 |
| Απρόβλεπτος αριθμός προσωπικού και πρόγραμμα εργασίας. | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|------|------|
| Εντολή γιατρού για χορήγηση θεραπείας που φαίνεται να είναι ακατάλληλη για έναν ασθενή. | 10.5% | 26.3% | 31.6% | 31.6% | 2.84 | 1.00 |
| Παράλογες απαιτήσεις από την πλευρά της οικογένειας του ασθενούς. | 18.4% | 39.5% | 26.3% | 15.8% | 2.39 | 0.97 |
| Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φυλής ή εθνικότητας. | 28.0% | 20.0% | 36.0% | 16.0% | 2.40 | 1.08 |
| Να ακούτε ή να συνομιλείτε με έναν ασθενή για τον επικείμενο θάνατό του. | 8.3% | 25.0% | 25.0% | 41.7% | 3.00 | 1.01 |
| Φόβος για την πιθανότητα λάθους στη χορήγηση της θεραπεία των ασθενών. | 6.8% | 40.9% | 22.7% | 29.5% | 2.75 | 0.97 |
| Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας όσον αφορά την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών ενός ασθενούς. | 26.4% | 37.7% | 24.5% | 11.3% | 2.21 | 0.97 |
| Έλλειψη ευκαιριών εξωτερίκευσης, προς τους συναδέλφους, των αρνητικών σας συναισθημάτων για τους ασθενείς. | 23.9% | 54.3% | 17.4% | 4.3% | 2.02 | 0.77 |
| Δυσκολία στη συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλευτές) στο άμεσο εργασιακό σας περιβάλλον. | 19.0% | 31.0% | 41.4% | 8.6% | 2.40 | 0.90 |
| Δυσκολία στην συνεργασία με έναν | 25.9% | 35.2% | 38.9% | 0.0% | 2.13 | 0.80 |

| | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|------|------|
| συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλευτές) στο έμμεσο εργασιακό σας περιβάλλον. | 21.8% | 36.4% | 34.5% | 7.3% | 2.27 | 0.89 |
| Ανεπαρκής χρόνος για παροχή συναισθηματικής υποστήριξης των ασθενών. | 5.8% | 11.5% | 28.8% | 53.8% | 3.31 | 0.90 |
| Απουσία γιατρού σε ένα ιατρικά επείγον περιστατικό. | 6.7% | 31.1% | 26.7% | 35.6% | 2.91 | 0.97 |
| Να κατηγορείστε για οτιδήποτε δεν λειτουργεί σωστά. | 26.3% | 31.6% | 31.6% | 10.5% | 2.26 | 0.99 |
| Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φύλου. | 17.0% | 17.0% | 22.6% | 43.4% | 2.92 | 1.14 |
| Ο θάνατος ενός ασθενούς. | 18.9% | 37.8% | 29.7% | 13.5% | 2.38 | 0.95 |
| Διαφωνία που αφορά τη θεραπευτική αγωγή ενός ασθενούς. | 17.8% | 24.4% | 46.7% | 11.1% | 2.51 | 0.92 |
| Αίσθημα ανεπαρκούς εκπαίδευσης για τα καθήκοντα σας. | 15.8% | 31.6% | 31.6% | 21.1% | 2.58 | 1.00 |
| Έλλειψη συμπαράστασης από τον προϊστάμενο σας. | 5.3% | 31.6% | 38.6% | 24.6% | 2.82 | 0.87 |
| Κριτική από έναν προϊστάμενο. | 7.3% | 12.7% | 40.0% | 40.0% | 3.13 | 0.90 |
| Ανεπαρκής χρόνος για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών σας καθηκόντων. | 11.1% | 33.3% | 22.2% | 33.3% | 2.78 | 1.04 |
| Να μην γνωρίζετε τι πρέπει να πείτε για την κατάσταση της υγείας και τη θεραπεία ενός ασθενούς τόσο | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|------|------|
| στον ίδιο όσο και στην οικογένεια του. | | | | | | |
| Η ευθύνη να είστε εσείς που θα αντιμετωπίσει τις οικογένειες των ασθενών. | 7.9% | 26.3% | 28.9% | 36.8% | 2.95 | 0.98 |
| Αντιμετώπιση βίαιων ασθενών. | 9.8% | 29.4% | 33.3% | 27.5% | 2.78 | 0.97 |
| Έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία και ασφάλεια σας στο χώρο εργασίας. | 8.6% | 6.9% | 36.2% | 48.3% | 3.24 | 0.92 |
| Ο θάνατος ενός ασθενούς με τον οποίο αναπτύξατε μια κοντινή σχέση. | 15.9% | 13.6% | 27.3% | 43.2% | 2.98 | 1.11 |
| Λήψη αποφάσεων που αφορούν ασθενή σε περίπτωση απουσίας γιατρού. | 11.9% | 19.0% | 33.3% | 35.7% | 2.93 | 1.02 |
| Θέση ευθύνης με ανεπαρκή εμπειρία. | 20.0% | 17.5% | 30.0% | 32.5% | 2.75 | 1.13 |
| Έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση νοσηλευτικού προσωπικού. | 25.5% | 30.9% | 25.5% | 18.2% | 2.36 | 1.06 |
| Πληθώρα μη νοσηλευτικών καθηκόντων, όπως δουλειά γραφείου. | 28.8% | 38.5% | 19.2% | 13.5% | 2.17 | 1.00 |
| Ανεπαρκές προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος. | 10.5% | 36.8% | 33.3% | 19.3% | 2.61 | 0.92 |
| Αβεβαιότητα που αφορά στη λειτουργία και λειτουργικότητα εξειδικευμένων μηχανημάτων. | 9.3% | 40.7% | 33.3% | 16.7% | 2.57 | 0.88 |
| Αντιμετώπιση υβριστικών ασθενών. | 18.0% | 42.0% | 32.0% | 8.0% | 2.30 | 0.86 |
| Ανεπαρκής | 22.0% | 36.6% | 26.8% | 14.6% | 2.34 | 0.99 |

| | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|------|------|
| χρόνος για την κάλυψη των αναγκών των οικογενειών των ασθενών. | | | | | | |
| Να θεωρείστε υπεύθυνος για πράγματα για τα οποία δεν μπορείτε να ελέγξετε. | 15.9% | 25.0% | 38.6% | 20.5% | 2.64 | 0.99 |
| Απουσία γιατρών όταν ένας ασθενής πεθαίνει. | 17.1% | 22.0% | 26.8% | 34.1% | 2.78 | 1.11 |
| Να πρέπει να οργανώσετε τη δουλειά των γιατρών. | 20.5% | 38.5% | 25.6% | 15.4% | 2.36 | 0.99 |
| Έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση του νοσοκομείου. | 32.1% | 17.0% | 34.0% | 17.0% | 2.36 | 1.11 |
| Δυσκολία συνεργασίας με νοσηλευτές του αντίθετου φύλου. | 52.0% | 32.0% | 12.0% | 4.0% | 1.68 | 0.85 |
| Απαιτήσεις για την καταχώρηση στοιχείων του ασθενούς στο ηλεκτρονικό σύστημα καταχώρησης. | 46.5% | 39.5% | 11.6% | 2.3% | 1.70 | 0.77 |
| Αντιμέτωπη ύβρεων από τις οικογένειες των ασθενών. | 31.6% | 36.8% | 31.6% | 0.0% | 2.00 | 0.81 |
| Το να βλέπετε έναν ασθενή να υποφέρει. | 17.5% | 26.3% | 31.6% | 24.6% | 2.63 | 1.05 |
| Επικρίσεις από τη νοσηλευτική διοίκηση. | 15.3% | 27.1% | 37.3% | 20.3% | 2.63 | 0.98 |
| Ύπαρξη ανάγκης να εργάζεστε στο διάλειμμα σας. | 31.6% | 31.6% | 17.5% | 19.3% | 2.25 | 1.11 |
| Φόβος κατά πόσο η οικογένεια του ασθενούς θα σας κάνει αναφορά σε περίπτωση προβλήματος. | 22.2% | 37.8% | 24.4% | 15.6% | 2.33 | 1.00 |
| Λήψη αποφάσεων υπό | 7.0% | 26.3% | 40.4% | 26.3% | 2.86 | 0.90 |

Σύμφωνα με το πίνακα φαίνεται ότι όσο πιο ψηλός ο μέσος όρος τόσο πιο πολύ στρεσογόνα είναι η διαδικασία. Στις απαντήσεις που δώθησαν η απουσία γιατρού σε ένα ιατρικά επείγον περιστατικό είναι το πιο στρεσογόνο (M.O=3.31, T.A=0.90). Ακολουθεί η έκθεση μας σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία και την ασφάλεια μας (M.O=3.24, T.A=0.92) και ανεπαρκής χρόνος για την εκτέλεση των νοσηλευτικών μας καθηκόντων με μέσο όρο 3.13 (T.A=0.90). Το λιγότερο στρεσογόνο είναι να υπάρξει βλάβη στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές με μέσο όρο 1.49 (T.A=0.58).

Πίνακας 36: Συσχέτιση φύλου με τις στρεσογόνες διαδικασίες στο χειρουργείο.

| | Φύλο | N | Mean | Std. Deviation | t | p value |
|-------|---------|----|------|-------------------|--------|---------|
| Ερ.1 | Ανδρας | 22 | 2.18 | 0.853 | -4.105 | 0.000 |
| | Γυναίκα | 35 | 3.09 | 0.781 | | |
| Ερ.2 | Ανδρας | 20 | 2.75 | 1.251 | -1.669 | 0.101 |
| | Γυναίκα | 37 | 3.19 | 0.739 | | |
| Ερ.3 | Ανδρας | 19 | 1.74 | 0.653 | -2.232 | 0.031 |
| | Γυναίκα | 28 | 2.25 | 0.844 | | |
| Ερ.4 | Ανδρας | 18 | 1.44 | 0.616 | -2.747 | 0.008 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.05 | 0.837 | | |
| Ερ.5 | Ανδρας | 22 | 2.82 | 1.097 | -1.387 | 0.171 |
| | Γυναίκα | 36 | 3.17 | 0.811 | | |
| Ερ.6 | Ανδρας | 20 | 1.20 | 0.410 | -3.117 | 0.003 |
| | Γυναίκα | 31 | 1.68 | 0.599 | | |
| Ερ.7 | Ανδρας | 21 | 2.43 | 0.870 | -0.290 | 0.773 |
| | Γυναίκα | 34 | 2.50 | 0.896 | | |
| Ερ.8 | Ανδρας | 19 | 1.74 | 0.872 | -1.320 | 0.193 |
| | Γυναίκα | 32 | 2.06 | 0.840 | | |
| Ερ.9 | Ανδρας | 6 | 2.17 | 1.472 | -2.036 | 0.056 |
| | Γυναίκα | 15 | 3.27 | 0.961 | | |
| Ερ.10 | Ανδρας | 20 | 2.05 | 0.999 | -2.261 | 0.029 |
| | Γυναίκα | 26 | 2.62 | 0.697 | | |
| Ερ.11 | Ανδρας | 20 | 3.10 | 1.119 | 0.149 | 0.882 |
| | Γυναίκα | 34 | 3.06 | 0.886 | | |

| | | | | | | |
|-------|---------|----|------|-------|--------|-------|
| Ερ.12 | Ανδρας | 22 | 2.41 | 0.908 | -0.187 | 0.853 |
| | Γυναίκα | 33 | 2.45 | 0.869 | | |
| Ερ.13 | Ανδρας | 17 | 1.29 | 0.588 | -4.139 | 0.000 |
| | Γυναίκα | 30 | 2.17 | 0.747 | | |
| Ερ.14 | Ανδρας | 11 | 1.91 | 0.944 | -2.575 | 0.016 |
| | Γυναίκα | 18 | 2.89 | 1.023 | | |
| Ερ.15 | Ανδρας | 14 | 1.71 | 0.611 | -3.028 | 0.004 |
| | Γυναίκα | 32 | 2.50 | 0.880 | | |
| Ερ.16 | Ανδρας | 15 | 3.00 | 1.134 | 0.781 | 0.440 |
| | Γυναίκα | 23 | 2.74 | 0.915 | | |
| Ερ.17 | Ανδρας | 16 | 2.44 | 1.153 | 0.228 | 0.821 |
| | Γυναίκα | 22 | 2.36 | 0.848 | | |
| Ερ.18 | Ανδρας | 10 | 2.10 | 1.287 | -1.141 | 0.266 |
| | Γυναίκα | 15 | 2.60 | 0.910 | | |
| Ερ.19 | Ανδρας | 13 | 2.85 | 1.068 | -0.679 | 0.502 |
| | Γυναίκα | 23 | 3.09 | 0.996 | | |
| Ερ.20 | Ανδρας | 17 | 2.71 | 1.047 | -0.237 | 0.814 |
| | Γυναίκα | 27 | 2.78 | 0.934 | | |
| Ερ.21 | Ανδρας | 19 | 1.84 | 0.765 | -2.123 | 0.039 |
| | Γυναίκα | 34 | 2.41 | 1.019 | | |
| Ερ.22 | Ανδρας | 15 | 1.67 | 0.617 | -2.260 | 0.029 |
| | Γυναίκα | 31 | 2.19 | 0.792 | | |
| Ερ.23 | Ανδρας | 21 | 2.24 | 1.044 | -1.014 | 0.315 |
| | Γυναίκα | 37 | 2.49 | 0.804 | | |
| Ερ.24 | Ανδρας | 18 | 1.72 | 0.669 | -2.805 | 0.007 |
| | Γυναίκα | 36 | 2.33 | 0.793 | | |
| Ερ.25 | Ανδρας | 20 | 1.95 | 0.887 | -2.092 | 0.041 |
| | Γυναίκα | 35 | 2.46 | 0.852 | | |
| Ερ.26 | Ανδρας | 22 | 3.09 | 1.109 | -1.510 | 0.137 |
| | Γυναίκα | 30 | 3.47 | 0.681 | | |
| Ερ.27 | Ανδρας | 17 | 2.82 | 1.074 | -0.466 | 0.643 |
| | Γυναίκα | 28 | 2.96 | 0.922 | | |
| Ερ.28 | Ανδρας | 10 | 2.10 | 1.101 | -0.747 | 0.465 |
| | Γυναίκα | 9 | 2.44 | 0.882 | | |
| Ερ.29 | Ανδρας | 22 | 2.41 | 1.297 | -2.972 | 0.005 |
| | Γυναίκα | 31 | 3.29 | 0.864 | | |
| Ερ.30 | Ανδρας | 14 | 2.36 | 1.082 | -0.104 | 0.918 |
| | Γυναίκα | 23 | 2.39 | 0.891 | | |
| Ερ.31 | Ανδρας | 12 | 2.33 | 1.155 | -0.778 | 0.441 |
| | Γυναίκα | 33 | 2.58 | 0.830 | | |
| Ερ.32 | Ανδρας | 21 | 2.33 | 1.111 | -1.431 | 0.158 |

| | | | | | | |
|-------|---------|----|------|-------|--------|-------|
| | Γυναίκα | 36 | 2.72 | 0.914 | | |
| Ερ.33 | Ανδρας | 22 | 2.82 | 1.053 | -0.044 | 0.965 |
| | Γυναίκα | 35 | 2.83 | 0.747 | | |
| Ερ.34 | Ανδρας | 21 | 2.90 | 1.179 | -1.450 | 0.153 |
| | Γυναίκα | 34 | 3.26 | 0.666 | | |
| Ερ.35 | Ανδρας | 21 | 2.48 | 1.030 | -1.867 | 0.069 |
| | Γυναίκα | 24 | 3.04 | 0.999 | | |
| Ερ.36 | Ανδρας | 15 | 2.73 | 1.033 | -1.084 | 0.285 |
| | Γυναίκα | 23 | 3.09 | 0.949 | | |
| Ερ.37 | Ανδρας | 21 | 2.38 | 1.161 | -2.641 | 0.011 |
| | Γυναίκα | 30 | 3.07 | 0.691 | | |
| Ερ.38 | Ανδρας | 22 | 3.32 | 1.086 | 0.492 | 0.625 |
| | Γυναίκα | 36 | 3.19 | 0.822 | | |
| Ερ.39 | Ανδρας | 17 | 2.59 | 1.228 | -1.900 | 0.064 |
| | Γυναίκα | 27 | 3.22 | 0.974 | | |
| Ερ.40 | Ανδρας | 16 | 2.75 | 1.238 | -0.886 | 0.381 |
| | Γυναίκα | 26 | 3.04 | 0.871 | | |
| Ερ.41 | Ανδρας | 13 | 2.46 | 1.330 | -1.128 | 0.267 |
| | Γυναίκα | 27 | 2.89 | 1.013 | | |
| Ερ.42 | Ανδρας | 20 | 1.80 | 1.056 | -3.229 | 0.002 |
| | Γυναίκα | 35 | 2.69 | 0.932 | | |
| Ερ.43 | Ανδρας | 18 | 2.06 | 0.998 | -0.610 | 0.545 |
| | Γυναίκα | 34 | 2.24 | 1.017 | | |
| Ερ.44 | Ανδρας | 20 | 2.45 | 0.945 | -0.988 | 0.327 |
| | Γυναίκα | 37 | 2.70 | 0.909 | | |
| Ερ.45 | Ανδρας | 20 | 2.70 | 1.174 | 0.802 | 0.426 |
| | Γυναίκα | 34 | 2.50 | 0.663 | | |
| Ερ.46 | Ανδρας | 22 | 1.91 | 0.921 | -3.074 | 0.003 |
| | Γυναίκα | 28 | 2.61 | 0.685 | | |
| Ερ.47 | Ανδρας | 16 | 2.31 | 1.195 | -0.148 | 0.883 |
| | Γυναίκα | 25 | 2.36 | 0.860 | | |
| Ερ.48 | Ανδρας | 13 | 2.15 | 1.214 | -2.182 | 0.035 |
| | Γυναίκα | 31 | 2.84 | 0.820 | | |
| Ερ.49 | Ανδρας | 16 | 2.38 | 1.258 | -1.940 | 0.060 |
| | Γυναίκα | 25 | 3.04 | 0.935 | | |
| Ερ.50 | Ανδρας | 15 | 2.07 | 1.033 | -1.486 | 0.146 |
| | Γυναίκα | 24 | 2.54 | 0.932 | | |
| Ερ.51 | Ανδρας | 20 | 1.95 | 1.191 | -2.156 | 0.036 |
| | Γυναίκα | 33 | 2.61 | 0.998 | | |
| Ερ.52 | Ανδρας | 8 | 1.38 | 0.518 | -1.241 | 0.227 |
| | Γυναίκα | 17 | 1.82 | 0.951 | | |

| | | | | | | |
|-------|---------|----|------|-------|--------|-------|
| Ερ.53 | Ανδρας | 15 | 1.53 | 0.915 | -1.021 | 0.313 |
| | Γυναίκα | 28 | 1.79 | 0.686 | | |
| Ερ.54 | Ανδρας | 18 | 1.61 | 0.778 | -3.145 | 0.003 |
| | Γυναίκα | 20 | 2.35 | 0.671 | | |
| Ερ.55 | Ανδρας | 21 | 2.24 | 1.044 | -2.246 | 0.029 |
| | Γυναίκα | 36 | 2.86 | 0.990 | | |
| Ερ.56 | Ανδρας | 21 | 2.43 | 1.207 | -1.159 | 0.251 |
| | Γυναίκα | 38 | 2.74 | 0.828 | | |
| Ερ.57 | Ανδρας | 21 | 2.10 | 1.261 | -0.781 | 0.438 |
| | Γυναίκα | 36 | 2.33 | 1.014 | | |
| Ερ.58 | Ανδρας | 20 | 2.40 | 1.142 | 0.396 | 0.694 |
| | Γυναίκα | 25 | 2.28 | 0.891 | | |
| Ερ.59 | Ανδρας | 22 | 2.68 | 1.041 | -1.194 | 0.238 |
| | Γυναίκα | 35 | 2.97 | 0.785 | | |

Σε 20 ερωτήσεις έχει βρεθεί στατιστική σημαντικότητα όπως φαίνεται και στον πίνακα πιο πάνω. Όπως φαίνεται από τους μέσους όρους σε όλες τις ερωτήσεις που είναι στατιστικά σημαντικές οι γυναίκες έχουν ψηλότερους μέσους όρους από ότι οι άντρες.

Κεφάλαιο 6:

6.1 Συζήτηση ευρημάτων για την λεκτική βία.

Σκοπός της έρευνας μας ήταν να μελετηθεί η συχνότητα του φαινομένου λεκτικής βίας και να αποτυπωθεί η ποιότητα επικοινωνίας με απώτερο στόχο η διευθέτηση του και η ανάπτυξη διαρθρωτικών μέτρων. Στην μελέτη μας συμμετείχαν 60 νοσηλευτές χειρουργείου των Γενικών Νοσοκομείων Πάφου και Λευκωσίας, όπου τυχαία το δείγμα για το κάθε νοσοκομείο ήταν 30 ερωτηματολόγια. Στο δείγμα μας το μεγαλύτερο ποσοστό(63.3%) που συμμετείχε ήταν γυναίκες(N=38) και το 36.7% ήταν άντρες(N=22). Σε επίπεδο σπουδών, φαίνεται ότι το 1/3 ήταν κάτοχοι Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης(N=19,31.7%), μεταπτυχιακού επιπέδου σπουδές(N=16,26.7%) και μόλις 13.3% ήταν Τεχνολογικής Εκπαίδευσης(N=8). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ποσοστό 88.3% των νοσηλευτών του δείγματος μας δεν έχουν λάβει κάποια επίσημη κατάρτιση σε δεξιότητες επικοινωνίας. Από τα αποτελέσματα, παρατηρούμε ότι η μέση ηλικία του δείγματος μας ήταν 33.57 έτη(T.A=7.78). Όσον αφορά τα χρόνια που εργάζονται στο συγκεκριμένο τμήμα ο μέσος όρος ισούται με 6.68 έτη(T.A=6.88) και ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας των 60 νοσηλευτών του δείγματος μας ήταν 7.22 χρόνια(T.A=7.37).

Η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών χειρουργείου(N=56, 93.3%) δήλωσε ότι έχουν υποστεί λεκτική βία στον εργασιακό τους χώρο και με τους ίδιους να αναφέρουν ότι το περιστατικό έγινε παρουσία άλλων. Το 61.7% θεωρούν ότι ο υβριστής γνωρίζει το αποτέλεσμα της πράξης του. Περίπου οι μισοί απάντησαν ότι η λεκτική βία προήλθε από τους προϊστάμενους τους και ένα ποσοστό 23.3% από ιατρούς. Το 75%(N=45) των νοσηλευτών απάντησαν ότι το συμβάν της λεκτικής βίας έγινε κατά την διάρκεια ή αμέσως μετά από μία κατάσταση υψηλού στρες για αυτούς ή για τον υβριστή. Η κυριότερη μορφή λεκτικής βίας που αναφέρθηκε από τους νοσηλευτές ήταν η προσβολή συγκεκριμένων σε αστείο(M.O=3.42,T.A=1.37) και η επίρριψη ευθυνών και

κατηγοριών(M.O=3.15, T.A=1.26). Ως σοβαρότερη μορφή βίας θεωρούν την επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών με μέσο όρο 3.32(T.A=1.31) και ακολουθεί ο ευτελισμός, εκχυδαϊσμός και η υποτίμηση με μέσο όρο 3.02(T.A=1.56).

Σύμφωνα με την ανασκόπηση των μελετών που έχει γίνει τα αποτελέσματα της έρευνας κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα με μικρές αποκλίσεις σε ορισμένες κατηγορίες. Η έρευνα των Manderino και Berkey (1997) έχει καταγράψει ότι το 90% του νοσηλευτικού προσωπικού είχε υποστεί λεκτική βία, με πιο συχνή μορφή της τον θυμό, την επίρριψη ευθυνών και την προσβολή συγκαλυμμένη σε αστείο. Συγκριτικά, και με άλλες έρευνες τα αποτελέσματα για το αν έχουν βιώσει περιστατικό λεκτικής βίας οι νοσηλευτές χειρουργείου από τις έρευνες των Cook et al το 2001 το ποσοστό ήταν 91%, οι Rowe και Sherlock το 2005 με ποσοστό 96,4%, Joubert et al (2005, 79%), Καραθανάση και συν (2011, 100%) και Στεφανίδη (2005, 91%). Βέβαια, υπάρχουν και μελέτες που δεν έδειξαν τόσο υψηλά ποσοστά όπως της Abdou το 2011 που αναφέρει ότι μόνο το 35,9 % είχε επεισόδιο λεκτικής βίας και της Μαλλιαρού και συν (2014) που αναφέρεται μόνο το 35,4% του δείγματος. Οι νοσηλευτές του δείγματος μας δήλωσαν σε ποσοστό 85%(N=51) ότι επεισόδια λεκτικής βίας στο χειρουργείο προκαλούν αύξηση λαθών. Παρόμοιο ποσοστό (87,6%) καταγράφηκε στην έρευνα της Cox (1991), λίγο μικρότερο (71%) καταγράφηκε στην έρευνα των Rosenstein και O'Daniel σε δείγμα 2486 νοσηλευτών και ποσοστό νοσηλευτών χειρουργείου (68%) πίστευε ότι περιστατικά προφορικής κακοποίησης οδηγούν σε αύξηση των λαθών στο χειρουργείο στην έρευνα του Στεφανίδη (2005) στην Ελλάδα. Τέλος, στην έρευνά μας σε ποσοστό 61.7% (N=37) θεωρούν ότι ο υβριστής γνώριζε το αποτέλεσμα της πράξης του, ποσοστό παρόμοιο με της Μάλλιαρου και συν το 2014 όπου ήταν 66.2%. Το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς κυμαίνεται από αρκετά(33.3%) έως πάρα πολύ(31.7%) κάτι ανάλογο παρατηρούμε και στην έρευνα των Rowe και Sherlock (2005) όπου αναφέρεται ότι οι νοσηλεύτριες που βίωσαν περιστατικό λεκτικής βίας είχαν βιώσει παράλληλα και κατάσταση έντονου άγχους ως επακόλουθο.

Παρατηρήθηκε επίσης ότι οι νοσηλευτές μετά από το επεισόδιο λεκτικής βίας εκφράζουν πιο συχνά την σκέψη «δεν είχε κανένα δικαίωμα» με μέσο όρο 4.33(T.A=0.99) και «δεν αξίζω να μου συμπεριφέρονται έτσι» με μέσο όρο 4.22(T.A=1.12) ενώ συγκριτικά με το φύλο παρατηρήθηκε στατιστική σημαντικότητα με τις γυναίκες σαν πρώτη σκέψη να έχουν την έκφραση «τι χαζός» με μέσο όρο 3.11(T.A=1.48) και $P=0.008$ ενώ οι άντρες(M.O=2.05,T.A=1.36), «δεν έχει μεγάλη σημασία» με μέσο όρο 2.61(T.A=1.05) και $P=0.004$ ενώ οι άντρες με M.O=1.77(T.A=1.02) και «αυτό πιθανώς μπορεί να με πληγώσει» με μέσο όρο αντρών γυναικών 1.91 και 2.58 αντίστοιχα και το $P=0.022$. Στη μελέτη των Cook et al (2001) σημειώνεται ότι στο σύνολο των ερευνών που έγιναν διαχρονικά, οι πιο συνηθισμένες απαντήσεις που αφορούσαν στις σκέψεις των εργαζόμενων στα χειρουργεία ήταν: τι προβληματικό άτομο, δεν αξίζω τέτοια συμπεριφορά, μπορώ να το διαχειριστώ και δεν έχει κανένα δικαίωμα. Οι πιο συχνές συμπεριφορές με τις οποίες διαχειρίστηκαν οι νοσηλευτές το επεισόδιο ήταν ότι προσπάθησαν να ξεκαθαρίσουν πιθανή παρανόηση(M.O=3.03,T.A=1.21), αποστασιοποιήθηκαν από την κατάσταση(M.O=3.25,T.A=1.34) και κρατούν τα αισθήματα για τον εαυτό τους(M.O=2.85,T.A=1.38) ενώ ελάχιστοι τείνουν να κατηγορούν τον εαυτό τους(M.O=1.65,T.A=0.94).

Η συσχέτιση φύλου με το ερωτηματολόγιο Verbal Abuse Scale εντόπισε στατιστική σημαντικότητα($P=0.000$) στο ότι οι γυναίκες θεωρούσαν πως ο υβριστής δεν γνώριζε το αποτέλεσμα της πράξης του με ποσοστό 57.9% έναντι των αντρών με 4.5%. Όσον αφορά την συχνότητα του είδους της λεκτικής συμπεριφοράς και του φύλου βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για την αδιαφορία όπου οι άντρες δήλωσαν ότι έδειχναν αδιαφορία πιο συχνά από τις γυναίκες(M.O=3.09,T.A=1.51, $P=0.034$), ενώ για την σοβαρότητα του είδους της λεκτικής συμπεριφοράς οι άντρες θεωρούσαν πιο σοβαρό τον ευτελισμό, εκχυδαϊσμό και την υποτίμηση(M.O=3.68, T.A=1.21, $P=0.011$). Σε περίπτωση βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς οι γυναίκες ένιωσαν σε μεγαλύτερο βαθμό, σε σύγκριση με τους άντρες, λύπη(M.O=3.29,T.A=1.228, $P=0.011$), ανήμπορες(M.O=1.68,T.A=0.842, $P=0.025$),

αδύναμες(M.O=1,89,T.A=0.863,P=0.031) και σοκ-έκπληξη(M.O=2.95,T.A=1.138, P=0.006) ενώ οι άντρες αδιαφορία (M.O=3.23,T.A=1.541, P=0.000).

Καταλήγοντας, φάνηκε ότι ενώ η αυτοεκτίμηση, η αυτοπεποίθηση και το επίπεδο δεξιότητας των νοσηλευτών είναι μέτριο(40%) έως υψηλό(60%) και εφαρμόζονται σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας όλη η λίστα ελέγχου για την ασφάλεια και όχι μόνο, παρόλα αυτά κανείς νοσηλευτής δεν έχει πάρει μαθήματα για θετική αντιμετώπιση καταστάσεων και τα επεισόδια λεκτικής βίας έχουν αρνητική επίδραση στο ηθικό τους σε ποσοστό 61.7% και αύξηση λαθών(85%).

6.2 Συζήτηση ευρημάτων της κλίμακας Jefferson.

Σκοπός της χρησιμοποίησης του συγκεκριμένου εργαλείου ήταν να καταγραφούν η ποιότητα της επικοινωνίας και η εκτίμηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας ως προς τη συνεργασία ιατρών – νοσηλευτών χειρουργείου, σε σχέση με τον τρόπο συνεργασίας και επικοινωνίας. Σύμφωνα με την ανάλυση των αποτελεσμάτων μας, οι πιο ψηλοί μέσοι όροι που έχουν βρεθεί είναι σε οκτώ από τις δεκαπέντε ερωτήσεις. Καταρχήν, όλοι συμφωνούν απόλυτα ότι ο νοσηλευτής πρέπει να αντιμετωπίζεται ως συνεργάτης και συνάδελφος του ιατρού(M.O=4.00, T.A=0.00), οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν την ευθύνη για την νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν έναντι των ασθενών(M.O=3.93,T.A=0.37) και κατά την διάρκεια των σπουδών οι νοσηλευτές και οι ιατροί θα έπρεπε να εμπλέκονται σε ομαδικές εργασίες(M.O=3.92,T.A=0.33). Ακολουθούν και οι υπόλοιπες ερωτήσεις βάση του πίνακα 32. Στην έρευνα του Robinson και των συνεργατών του (2010) διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές έχουν την πεποίθηση ότι οι γιατροί δεν τους αντιμετωπίζουν ως επαγγελματίες υγείας αλλά ως παροχούς εργασίας. Στις περισσότερες έρευνες, οι γιατροί και οι νοσηλευτές έχουν διαφορετική αντίληψη για τη συνεργασία. Οι γιατροί αξιολογούν το επίπεδο συνεργασίας ψηλότερα από την βαθμολογία των νοσηλευτών, ενώ οι νοσηλευτές

δίνουν μεγαλύτερη σημασία στην καλή επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων (Thomas et al., 2003, Cornell B et al, 2004). Σαφέστατο ήταν το αποτέλεσμα της έρευνας του Rosenstein (2002), σε δείγμα 1200 επαγγελματιών υγείας, στην οποία ο μέσος όρος των νοσηλευτών, για την γενική εικόνα της σχέσης γιατρών – νοσηλευτών, ήταν 6.74 ενώ των γιατρών 7.52. Η μελέτη των El Sayed και Sleem (2011), στις ερωτήσεις για εδραίωση ομαδικών συνεργασιών και στην κοινή εκπαίδευση και εμπλοκή σε ομαδική εργασία κατά την διάρκεια των σπουδών των δυο επαγγελματικών ομάδων, ο μέσος όρος των νοσηλευτών (24.80) ήταν σημαντικά υψηλότερος από το μέσο όρο των γιατρών (22.55), που δείχνει τη θετική στάση που έχουν οι νοσηλευτές για βελτίωση της επικοινωνίας και της ομαδικής δουλειάς. Τέλος, οι μέσοι όροι στην κλίμακα του Jefferson για τους νοσηλευτές χειρουργείου στην παρούσα έρευνα είναι αρκετά υψηλή, γεγονός που δείχνει ότι οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο την επικοινωνία και την συνεργασία.

Κεφάλαιο 7:

7.1 Συμπεράσματα.

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έδειξαν ότι οι νοσηλευτές χειρουργείου που συμμετείχαν για πρώτη φορά σε μελέτη με τη χρήση των εργαλείων Verbal Abuse Scale και την κλίμακα Jefferson, βίωσαν καταστάσεις λεκτικής βίας. Η συντριπτική πλειοψηφία νοσηλευτών ανέφερε ότι βιώνουν καθημερινά επεισόδια λεκτικής βίας. Αρκετοί υποστηρίζουν ότι τα επεισόδια αυτά γίνονται παρουσία άλλων και οι μισοί από αυτούς να λένε ότι οι υβριστές είναι οι προϊστάμενοι τους και πως γνωρίζουν το αποτέλεσμα της πράξης τους. Το γεγονός της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς ήταν αρκετά έως πάρα πολύ αγχωτικό για αυτούς και η κυριότερη μορφή λεκτικής βίας ήταν η προσβολή συγκεκαλυμμένη με αστείο. Ως σοβαρότερη θεωρούν την επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών. Σχεδόν όλοι, λένε ότι το συμβάν έγινε κατά την διάρκεια η μετά από μια κατάσταση υψηλού στρες. Τα περιστατικά προφορικής κακοποίησης επηρεάζουν το ηθικό της χειρουργικής ομάδας και δημιουργούν συνθήκες αρνητικής απόδοσης στην εργασία, κακές διαπροσωπικές σχέσεις και προβληματική επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας. Πολύ μικρό ποσοστό επαγγελματιών υγείας έχει κάνει μαθήματα για την θετική αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων. Οι επιπτώσεις της λεκτικής βίας έχουν άμεσο αντίκτυπο στην ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων στην έρευνα πιστεύει ότι τα περιστατικά λεκτικής βίας μπορεί να οδηγήσουν στην πρόκληση λαθών και επίσης στην αύξηση του φόρτου εργασίας.

Σημαντικά είναι και τα ευρήματα από την επεξεργασία των αποτελεσμάτων της κλίμακας Jefferson, από τα οποία αποτυπώνεται στην παρούσα έρευνα η προσέγγιση που έχουν οι νοσηλευτές χειρουργείου για την ομαδική εργασία και την επικοινωνία των συμμετεχόντων στη χειρουργική ομάδα. Όπως παρατηρήθηκε και από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οι νοσηλευτές έχουν θετικότερη στάση και μεγαλύτερη διάθεση για διεπιστημονική συνεργασία και για την από κοινού εκπαίδευση στην ομαδική εργασία και επικοινωνία.

7.2 Προτάσεις

Με την παρατήρηση των αποτελεσμάτων της έρευνας αλλά και την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που έγινε για τις ανάγκες της συγγραφής της, θα γίνουν κάποιες συστάσεις για την αντιμετώπιση του φαινομένου της λεκτικής βίας και συγχρόνως να γίνουν θετικά βήματα για την βελτίωση της επικοινωνίας και της καλής συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας.

- Αναγνώριση του προβλήματος και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας.

Το πρώτο βήμα στη διαδικασία είναι να εκτιμηθεί η συχνότητα και οι επιπτώσεις των περιστατικών λεκτικής βίας. Προτεινόμενος τρόπος συλλογής τέτοιων δεδομένων, είναι η διανομή φόρμας αυτοαξιολόγησης, στην οποία ο εργαζόμενος θα μπορεί να περιγράψει τέτοια περιστατικά και την επίδρασή τους στην απόδοση των εργαζομένων ή στη φροντίδα των ασθενών. Τα αποτελέσματα θα αρχειοθετηθούν και θα τηρούνται απόρρητα για την προστασία προσωπικών δεδομένων.

- Επαγγελματική δέσμευση/ Ηγεσία/ Δημιουργία υποστηρικτών.

Τα Νοσηλευτικά ιδρύματα πρέπει να υιοθετήσουν μια αμφίδρομη προσέγγιση στον τρόπο λειτουργίας τους, ώστε όλοι οι εργαζόμενοι να έχουν το ρόλο τους, την ευθύνη για τη συμπεριφορά τους, αλλά και την υποχρέωση να προσχωρήσουν σε ένα καλά καθορισμένο επαγγελματικό πρότυπο συμπεριφοράς. Η δέσμευση του οργανισμού πρέπει να είναι δεδομένη και να διαχέεται από την διοίκηση προς το προσωπικό με την βοήθεια της κλινικής ηγεσίας, με συνέπεια σε όλα τα επίπεδα της οργάνωσης. Υποστήριξη από γιατρούς, νοσηλευτές ή άλλους επαγγελματίες υγείας για να δώσουν ώθηση στην προσπάθεια.

- Πολιτικές και Διαδικασίες.

Για να ενισχύσει κατάλληλες συμπεριφορές, ο οργανισμός πρέπει να δώσει ένα σαφή ορισμό για τα αποδεκτά πρότυπα συμπεριφοράς, να καθορίσει τα κριτήρια και να δημιουργήσει μια πολιτική μηδενικής ανοχής για όσους δεν συμμορφώνονται. Οι

πολιτικές αυτές θα πρέπει να τυποποιηθούν και να εφαρμόζονται σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού.

➤ Αναφορά περιστατικών.

Ενθάρρυνση των επαγγελματιών υγείας να αναφέρουν τα περιστατικά, καθιστώντας το ασφαλές για αυτούς να το πράξουν. Η δημιουργία μια τυποποιημένης διαδικασίας αναφοράς των περιστατικών λεκτικής βίας επιτρέπει στον οργανισμό να αποφύγει τις ασυνέπειες που παρεμποδίζουν τη διαδικασία υποβολής αναφοράς.

➤ Δομή και διαδικασία.

Αφού εγκατασταθούν οι πολιτικές και εδραιωθεί ο μηχανισμός υποβολής αναφορών, είναι εξίσου σημαντικό να υπάρχει μια τυποποιημένη, συνεπής μεθοδολογία για την αντιμετώπιση των ζητημάτων. Η δημιουργία μιας βασικής ομάδας από εκπαιδευμένα, ικανά άτομα με διεπιστημονική εκπροσώπηση, η οποία θα ακολουθεί την τυποποιημένη διαδικασία για την αξιολόγηση των περιστατικών και θα προβαίνει στις απαραίτητες συστάσεις, θα κάνει τη διαδικασία πιο αποτελεσματική.

➤ Παράγοντες υποκίνησης.

Είναι αναγκαίο να κατανοήσουμε το υπόβαθρο ως προς το γιατί αυτά τα γεγονότα μπορεί να συμβούν. Κάποια ξεσπάσματα σχετίζονται με αγχώδεις καταστάσεις, μπορεί να αντανakλούν βαθιά ριζωμένες αξίες, αντιλήψεις και δράσεις με βάση το φύλο, τον πολιτισμό, την προσωπικότητα την κατάρτιση και την ηλικία. Η κατανόηση αυτών των παραγόντων θα δώσει μια καλύτερη εικόνα για την δημιουργία προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης που θα αποσκοπούν στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της επικοινωνίας.

➤ Εκπαίδευση και κατάρτιση.

Η εκπαίδευση και η κατάρτιση μπορούν να παίξουν καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση περιστατικών λεκτικής βίας. Το αρχικό επίπεδο εκπαίδευσης πρέπει να

επικεντρωθεί στην ευαισθητοποίηση σχετικά με τα περιστατικά προφορικής κακοποίησης και την επίδρασή τους στην ποιότητα φροντίδας των ασθενών.

➤ Εργαλεία Επικοινωνίας.

Η διδασκαλία των βασικών δεξιοτήτων επικοινωνίας μέσα από μαθήματα κατάρτισης και παιχνίδι ρόλων είναι ένας ασφαλής τρόπος για τη βελτίωση της ικανότητας επικοινωνίας. Πέρα από τις βασικές δεξιότητες επικοινωνίας υπάρχουν αρκετά συγκεκριμένα εργαλεία και στρατηγικές που αποσκοπούν στη βελτίωση της επικοινωνίας.

➤ Forum συζήτησης.

Ένας καλός τρόπος για να βελτιωθεί η επικοινωνία είναι να βάλεις μαζί τους ανθρώπους. Αυτό μπορεί να γίνει ανεπίσημα με την ενθάρρυνση της αλληλεπίδρασης των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια κοινών συνεδρίων ή πιο επίσημα, με την τοποθέτηση νοσηλευτών, γιατρών και άλλου υγειονομικού προσωπικού ως μέλη σε συγκεκριμένες ομάδες εργασίας ή επιτροπές.

➤ Στρατηγικές παρέμβασης.

Εάν προκύψουν περιστατικά λεκτικής βίας, πρέπει να ληφθούν άμεσα τα προκαθορισμένα μέτρα για την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων (Rosenstein & O'Daniel, 2008).

Στη συνέχεια και κατά τον ίδιο τρόπο θα γίνει η παράθεση των προτεινόμενων συστάσεων για την βελτίωση της επικοινωνίας και της διεπαγγελματικής συνεργασίας νοσηλευτών χειρουργείου και της υπόλοιπης χειρουργικής ομάδας.

Έναρξη διεπαγγελματικών σχέσεων μεταξύ των νοσηλευτών και των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την ένταξη της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης στο πρόγραμμα σπουδών τους.

Ενθάρρυνση προγραμμάτων που προωθούν την αλληλεπίδραση των φοιτητών της ιατρικής με τους φοιτητές της νοσηλευτικής.

Δημιουργία κοινών προγραμμάτων κατάρτισης στον οργανισμό, προγράμματα κυρίως που επικεντρώνονται στην ομαδική εργασία και επικοινωνία.

Κοινή συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας, στη διαδικασία επαγγελματικού προσανατολισμού τόσο των νέων γιατρών όσο και των νοσηλευτών.

Βιβλιογραφικές παραπομπές.

1. Αλεξοπούλου-Γιαννοπούλου Ε., Μαρκίδης Π., Αλέξη-Μπούρτζη Α. & Βασιλόπουλος Γ. (2015). Διαχείριση συγκρούσεων στο χώρο του χειρουργείου. ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, 14(4), 323–44.
2. Καραθανάση Κ. (2011) Λεκτική βία στα χειρουργεία. Πανελλήνιο Συνέδριο ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.
3. Μαλλιαρού Μ. Κουτελέκος Ι. Καραθανάση Κ. Σαράφης Π. Μπουλέτης Α. Στεφανίδης Ι. Ζυγά Σ. Πρεζεράκος Π. (2014) Λεκτική βία σε νοσηλευτές χειρουργείου. Πανελλήνια μελέτη, Πανελλήνιο Συνέδριο ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.
4. Μαλλιαρού Μ. Κουτελέκος Ι. Καραθανάση Κ. Σαράφης Π. Μπουλέτης Α. Ζυγά Σ. Πρεζεράκος Π. (2015) Μετάφραση στα Ελληνικά του εργαλείου μέτρησης Verbal Abuse Scale (VAS- GR), Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, Τόμος 4 (2): 73-82.
5. Μερκούρης Α. (2008) Μεθοδολογία Νοσηλευτικής έρευνας. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
6. Μπουραντάς Δ., (2002), Μάνατζμεντ. Εκδ., Γ' Μπένου, Αθήνα.
7. Μπουραντάς Δ., Παπαλεξανδρή Ν. (2003), Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων. Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.
8. Παπαδοπούλου Δ. (2015). Μέθοδοι διαχείρισης οργανωσιακών συγκρούσεων. Επιστημονικά Χρονικά, 20(2), 107-119.
9. Ραγιά Α., (2004), Νοσηλευτική διάσταση της ολιστικής νοσηλευτικής, Νοσηλευτική, 43(2):153-160.
10. Σταθοπούλου Χ., (2006), Επίλυση συγκρούσεων σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Νοσηλευτική, 45(1):50–58.
11. Στεφανίδης Ι., Νταβράνη Α., (2005), Η προφορική κακοποίηση στο χώρο του χειρουργείου, 2ο Ελληνοκυπριακό Συνέδριο Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής, Κύπρος.
12. Φουντούκη Α., Γκατζέλης Θ., Πάντας Δ., Θεοφανίδης Δ., (2009) Η διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου. Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 8(4): 336- 352.

13. Abdou H., (2011), Verbal Abuse and Coping Behaviors Directed to Operating Room Nursing Staff at University Hospitals, *Journal of American Science*, 7(5): 466 – 476.
14. Alkorashy HA, Al Moalad FB. (2016) Workplace violence against nursing staff in a Saudi University hospital. *International nursing review*, Vol. 63(2): 226-232.
15. AlNassar S., Waseem H., Nourah A., Areej A, Afnan A., Ghadeer A., et al. (2012). Realtime observations of stressful events in the operating room. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 6(2), 136-139.
16. Attri J., Sandhu G., Mohan B., Bala N., Sandhu K. & Bansal L. (2015). Conflicts in operating room: Focus on causes and resolution. *Saudi Journal of Anesthesia*, 9(4), 457-463. DOI: 10.4103/1658-354X.159476.
17. Bruder P. (2001), Verbal abuse of female nurses: An American medical form of gender apartheid? *Hospital Topics*, 79: 30-34
18. Casanova J, Day K, Dorpat D, Hendricks B, Theis L, Wiesman S. Nurse-physician work relations and role expectations. *J Nurs Adm.* 2007; 37(2):68-70.
19. Chassin M.R., Becher E.C., (2002), The wrong patient, *Annals of Internal Medicine*, 136(11):26-33.
20. Chipps E., Stelmaschuk S., Albert N., Bernhard L. & Holloman C. Workplace bullying in the or: results of a descriptive study. *AORN Journal*, 98(5), 479–493. doi.org/10.1016/j.aorn.2013.08.015.
21. Cook J. Green M. Topp R., (2001), Exploring the Impact of Physician Verbal Abuse on Perioperative Nurses, *AORN Journal*, 74(3): 317-331.
22. Creswell J., (2011), *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, Fourth Edition, SAGE Publications, United States of America.
23. Durkin N., Wilson C., (1999), Simple steps to keep yourself safe, *Home Healthcare Nurse*, 17(7), 430-435.

24. Fafliora E, Bampalis VG, Zarlas G, Sturaitis P, Lianas D, Matzouranis G (2015) Workplace violence against nurses in three different Greek healthcare settings. *Work*, Vol.53(3): 551-560.
25. Hojat M., Herman M.W., (1985), Developing an instrument to measure attitudes toward nurses: Preliminary psychometric findings. *Psychological Reports*, 56, 571-579.
26. Hojat M., Gonnella J., Nasca T., Fields S., Cicchetti A., Lo Scalzo A., Taroni F., Vincenza AM., Macinati M., Tangucci M., Liva C., Ricciardi G., Eidelman S., Admi H., Geva H., Mashiach T., Alroy G., Alcorta-Gonzalez A., Ibarra D., Antonio Torres-Ruiz A., (2002) Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships. Center for Research in Medical Education and Health Care, Faculty Papers, Paper 3, Available from: <http://jdc.jefferson.edu/crmehc/3>.
27. Hudack C., Gallo B., Mortan P., (1998), *Critical care nursing: a holistic approach*, 7th edition, New York: Lippincott, 96-1
28. Institute of Medicine, (2001), *Crossing the quality chasm: A New Health System for the 21st century*. Washington, DC: National Academy press.
29. Gill, M., Fisher, B., Bowie, V., (2002), *Violence at work, causes, patterns and prevention*, Oregon, Willan Publishing, United States of America.
30. Katz J. (2007). Conflict and its resolution in the operating room. *Journal of Clinical Anesthesia*, 19, 152–158. doi:10.1016/j.jclinane.2006.07.007.
31. Kaya S, Bilquin Demir I, Karsavuran S, Urek D, LLqun G (2016) Violence against Doctors and Nurses in Hospitals in Turkey. *Journal of Forensic Nursing*, Vol.12(1): 26-34.
32. Liberman E., Levy Y.F. & Segal P. (2009). Designing an internal organizational system for based on a needs assessment. *Dispute Resolution Journal*, MAY/JULY 2009, 62–74.
33. Marquis B. & Huston C. (2011). Διοίκηση και ηγεσία. Θεωρία και εφαρμογή στις νοσηλευτικές υπηρεσίες. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός.

34. Manderino M, Berkey N. (1997) Verbal abuse of staff nurses by physicians. *Journal of Professional Nursing*, 13 (1): 48 – 55.
35. McCaffrey R., Hayes R. M., Cassell A., Miller-Reyes S., Donaldson A., Ferrell C., (2011), The effect of an educational programme on attitudes of nurses and medical residents towards the benefits of positive communication and collaboration, *Journal of Advanced Nursing*, 68(2):293-301
36. Mihm D. & Fairbank M. (2012). *Workplace conflict and your business*. "Dispute Resolution Center of Yakima and Kittitas Counties". Yakima, Washington.
37. Mohammed Al-Shafae, Yousuf Al-Kaabi, Yousuf Al-Farsi, Gillian White, Abdullah Al-Maniri, Hamed Al-Sinawi, Samir Al-Adawi, 2013, Medical education and training - Research Pilot study on the prevalence of abuse and mistreatment during clinical internship: a cross-sectional study among first year residents in Oman, *BMJ Open* ,3:2
38. Montana P. & Charnov B. (2011). Μάνατζμεντ. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδαριθμός.
39. Oztunc G., (2006), Examination of incidents of workplace verbal abuse against nurses, *Journal of Nursing Care Quality*, 17(6), 360-365.
40. Park, Mihyun, Cho, Sung-Hyun, Hong, Hyun-Ja (2015) Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment. *Journal of nursing scholarship*, Vol. 47(1).
41. Patrick P.K., (1989), Organizational burnout programs, *The Journal of Nursing Administration*, 2(1): 16-21.
42. Price V., (1996), Κοινή γνώμη, Αθήνα, Οδυσσέας
43. Registered Nurses' Association of Nova Scotia, (1996), *Violence in the Workplace: A Resource Guide*. Registered Nurses' Association of Nova Scotia, Halifax, Canada.

44. Rogers D., Lingard L., Boehler M. Espin S., Klingensmith M. Mellinger J. & Schindler N. (2011). Teaching operating room conflict management to surgeons: clarifying the optimal approach. *Medical Education*, 45, 939–945. doi:10.1111/j.1365-2923.2011.04040.x.
45. Rosenstein A. (2002), Nurse – physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention, *American Journal of Nursing*, 102: 26-34.
46. Rosenstein A., O'Daniel M., (2006), Impact and implications of disruptive behavior in the perioperative arena, *Journal of the American College of Surgeons*, 203(1):96-105.
47. Rowe M.M., Sherlock H., (2005), Stress and verbal abuse in nursing: Do burned out nurse eat their young? *Journal of Nursing Management*, 13, 242-248.
48. Seago J., (1993), Verbal abuse of nurses, *Revolution: The Journal of Nurse Empowerment*, 3:62-63; 106-107.
49. Sexton JB., Helmreich RL. , Neilands TB., Rowan K., Vella K., Boyden J.,
50. Roberts PR., Thomas EJ. (2006), The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research, *BMC Health Services Research*;6:44. Available from: <http://http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-6-44>
51. Singh K., (2007), *Quantitative social research methods*, New Delhi: Sage.
52. Smailes P.S., (2003), *The professional and interpersonal impact of verbal abuse among operating room nurses*, Published Master Thesis, Faculty of Nursing. Capital University.
53. Taylor C., Lillis C., LeMone P., (2002), *Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής*, Επιμέλεια: Λεμονίδου Χ. Πατηράκη Ε., Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα.
54. Watson V. Steiert M. (2002), Verbal abuse and violence: The quest for harmony in the OR, *Social Science and Medicine*, 8: 16-22.
55. Woodward, E.K., House B.M., (1997), Nurse-physician communication: Women and men at work, *Orthopedic Nursing*, 16(1), 39-46.

56. Worchel S., Cooper J., Goethals G.R., Olson, J.M., (2000), Social psychology. Belmont, California: Wadsworth.