
	<p style="text-align: center;">ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ</p> <p style="text-align: center;">ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ</p>	
---	--	---

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διαχείριση συγκρούσεων επαγγελματιών υγείας σε δομές
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του νομού Θεσσαλονίκης**

Κεραμιδά Λουκία
Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλ. Καθηγήτρια: Δρ. Κουλούρη Αγορίτσα

Επ. Συνεργάτης, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

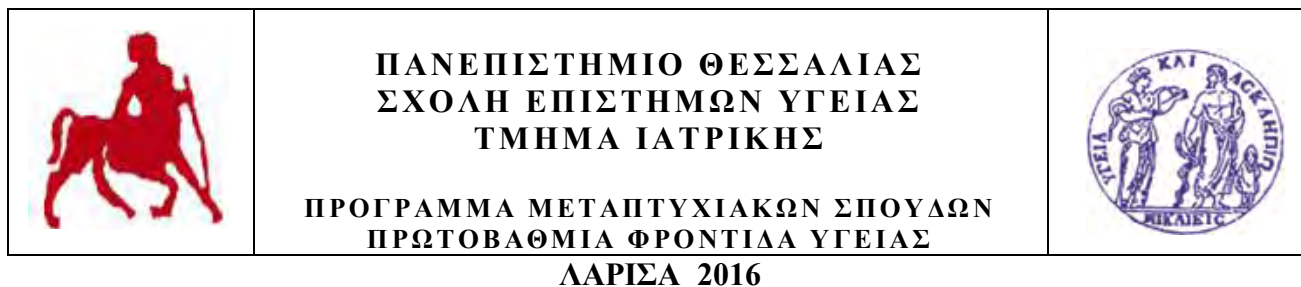
Μέλη επιτροπής: Δρ. Κουλούρη Αγορίτσα

Επ. Συνεργάτης, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Δρ. Ρούπα Ζωή, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο
Λευκωσίας, Κύπρος

Δρ. Σωτηροπούλου Πηνελόπη, Καθ. Εφαρμογών, Τμήμα
Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Υγείας, ΑΤΕΙ Αθήνας

ΛΑΡΙΣΑ 2016



**Health professionals conflict management
in primary health care facilities
of Thessaloniki.**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	σελ: 5
Περίληψη	σελ: 6
Abstract.....	σελ: 7
Εισαγωγή.....	σελ: 8-10

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ

1.1 Ορισμός της σύγκρουσης	σελ: 11-13
1.2 Στάδια της σύγκρουσης	σελ: 13-15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΙΤΙΕΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

2.1 Ασυμβατότητα στόχων – αξιών – προσδοκιών.....	σελ: 16
2.2 Πόροι.....	σελ: 16-17
2.3 Το οργανωσιακό περιβάλλον – οργανωτική δομή	σελ: 17
2.4 Η επικοινωνία	σελ: 17-18
2.5 Η αλληλοκάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων.....	σελ: 18-19
2.6 Διακρίσεις και αντιλαμβανόμενες ανισότητες.....	σελ: 19
2.7 Επίπεδο εκπαίδευσης.....	σελ: 19-20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ - ΕΙΔΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

3.1 Συγκρούσεις οριζόντιες και κάθετες.....	σελ: 21
3.2 Ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές συγκρούσεις	σελ: 21
3.3 Ενδο-ομαδικές συγκρούσεις.....	σελ: 21-22
3.4 Συγκρούσεις μεταξύ των ομάδων	σελ: 22
3.5 Λειτουργικές και δυσλειτουργικές συγκρούσεις	σελ: 22-23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

4.1 Θετικά αποτελέσματα.....	σελ: 24
4.2 Αρνητικά αποτελέσματα.....	σελ: 24-27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

5.1 Ορισμοί.....	σελ: 28-29
5.2 Επίλυση της σύγκρουσης – Στρατηγικές επίλυσης.....	σελ: 29-31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6.1 Σκοπός της μελέτης.....	σελ: 32
6.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	σελ: 32
6.3 Υλικό και μέθοδος.....	σελ: 32
6.3.1 Το δείγμα της έρευνας – Συλλογή των δεδομένων.....	σελ: 32
6.4 Το ερωτηματολόγιο.....	σελ: 33
6.5 Στατιστική ανάλυση.....	σελ: 33

6.6	Περιορισμοί της μελέτης.....	σελ: 33
6.7	Δομική εγκυρότητα και αξιοπιστία εργαλείου.....	σελ: 33-36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....		σελ: 37-49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....		σελ: 50-52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....		σελ: 53-54
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		σελ: 55-58
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ		
1.	Υπόδειγμα ερωτηματολογίου.....	σελ: 59-63
2.	Δείγμα μελέτης	σελ: 64

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση της παρούσας ερευνητικής εργασίας, που είναι αποτέλεσμα επίπονης προσπάθειας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Κουλούρη Αγορίτσα για την ουσιαστική καθοδήγησή της, την καθηγήτρια κ. Σωτηροπούλου Πηνελόπη, μέλος της τριμελούς επιτροπής και την καθηγήτρια κ. Ρούπα Ζωή για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αναθέτοντάς μου το παρόν θέμα της διπλωματικής μου εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω, τη φίλη μου Πολυμίλη Αικατερίνη για την υποστήριξη και τη συμπαράστασή της.

Τέλος θέλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για τη ατελείωτη υπομονή και την κατανόηση τις ώρες της μελέτης μου αλλά και για τη βοήθεια που μου πρόσφεραν καθόλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Κεραμιδά Λουκία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επιτυχής οργάνωση και λειτουργία μιας υγειονομικής δομής απαιτεί τη διεπαγγελματική συνεργασία, η οποία αυξάνει το βαθμό αλληλεπίδρασης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, άρα και την πιθανότητα δημιουργίας συγκρούσεων. Σκοπό της παρούσας έρευνας αποτελεί η διερεύνηση των αιτίων και των συνεπειών των συγκρούσεων καθώς και του τρόπου επίλυσής τους στο περιβάλλον της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα Κέντρα Υγείας (ΚΥ) του νομού Θεσσαλονίκης από τον Ιανουάριο έως και τον Μάρτιο του 2016. Η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτή του δομημένου ανώνυμου ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς. Συμμετείχαν 220 επαγγελματίες υγείας, από το σύνολο των 290, που υπηρετούσαν στις συγκεκριμένες δομές. Η στατιστική επεξεργασία των στοιχείων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι ο αυξημένος φόρτος εργασίας, οι χαμηλές αποδοχές και η ασάφεια των ρόλων σε συνάρτηση με τα θεσμικά κενά του δημόσιου συστήματος υγείας στην Ελλάδα, αποτελούν σημαντικούς οργανωτικούς παράγοντες συγκρούσεων. Σύμφωνα με τα δεδομένα της παρούσας έρευνας, καταδεικνύεται πως η πλέον προσφιλής πρακτική της διαχείρισης των συγκρούσεων είναι «η αποφυγή» και ακολουθεί η τακτική του «συμβιβασμού». Η επιλογή του τρόπου διαχείρισης βρέθηκε ότι, σχετίζεται με το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα καθώς και τα έτη εργασίας. Επίσης, η πλειονότητα των συμμετεχόντων δηλώνει πως δεν είχε προηγούμενη ενημέρωση στοχευμένη σε θέματα διαχείρισης συγκρούσεων.

Η συχνότητα των συγκρούσεων είναι αυξημένη μεταξύ των επαγγελματιών που εργάζονται σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και αφορούν κυρίως τους ιατρούς και τους νοσηλευτές. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας τονίζουν την αναγκαιότητα για σαφή κατανομή των αρμοδιοτήτων και εδραίωση της επικοινωνίας στους χώρους εργασίας.

Λέξεις κλειδιά: διεπαγγελματικές συγκρούσεις, συγκρούσεις στο χώρο εργασίας, οργανωσιακές συγκρούσεις, διαχείριση συγκρούσεων, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Abstract

In order for a health structure to function and be successfully organized, an interprofessional collaboration is required; this fact increases the level of interaction among health professionals, as well as the possibility of conflicts. The scope of this study is the investigation of the causes and the consequences of such conflicts, along with proposed solutions applied in the Primary Health Care.

The study took place in Health Centers of Thessaloniki region from January to March 2016, using the method of structured questionnaire, in which 220 health professionals participated of the total 290. The statistical process of the data was achieved using the SPSS 22.0 statistical program.

The evaluation of the results demonstrated that the main factors causing these conflicts are the increased loads of work, lower salaries and the ambiguity of roles along with the institutional gaps in the public health system in Greece. According to the data, there are two ways of managing these conflicts; “avoidance” followed by “compromise”. The choice of the way of conflict management, was found that, depends on the gender, the level of education as well as the years of work. In addition, the majority of the participants declared that in the past there was not proper information, targeted in conflict management issues.

The frequency of conflicts is increased among professionals working in Primary Health Care structures and mainly between doctors and nurses. The findings of this study highlight the need for a clear allocation of responsibilities and establishment of communication in the workplace.

Keywords: interprofessional conflicts, conflicts in the workplace, organizational conflicts, conflict management, primary health care.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«.....τὸ ἀντίζουν συμφέρον καὶ ἐκ τῶν διαφερόντων καλλίστην ἁρμονίαν καὶ πάντα κατ' ἔριν γίνεσθαι.....». Με τη ρήση αυτή ο Ηράκλειτος οριοθετούσε τη «φιλονικία», ως μια κατάσταση χρήσιμη, καθολική και δημιουργό της καλύτερης δυνατής αρμονίας. Το αντίθετο συγκλίνει, και απ' τις διαφορές (γεννιέται) η πιο όμορφη αρμονία, και τα πάντα γίνονται με τη διχόνοια.

Αιώνες μετά, η ενασχόληση της επιστήμης με το ζήτημα των συγκρούσεων κατέληξε στο συμπέρασμα πως οι συγκρούσεις όταν συμβαίνουν δεν είναι κατ' ανάγκη αρνητικές αλλά δύναται να θεωρηθούν πρόξενοι αλλαγής, που οδηγούν και σε ένα βαθμό διευκολύνουν την εξέλιξη τόσο των εμπλεκόμενων ατόμων όσο και των οργανισμών.

Η οποιαδήποτε μορφή σύγκρουσης είναι δυνατόν να συμβεί όταν δύο ή περισσότεροι άνθρωποι επικοινωνούν μεταξύ τους. Ο Thomas K.W το 1992 ορίζει τις συγκρούσεις μεταξύ δύο πλευρών ως “τη διαδικασία, κατά την οποία η μία πλευρά αντιλαμβάνεται ότι η άλλη παρεμποδίζει, ή επιχειρεί να παρεμποδίσει, τις επιδιώξεις, τους στόχους ή τα συμφέροντά της”.^[1] Οι ανθρώπινες σχέσεις, οι διαπροσωπικές επαφές και οι αλληλεπιδράσεις εμπλεκόμενων μερών ενέχουν τον κίνδυνο της δημιουργίας και της ανάπτυξης συγκρούσεων.

Η κατάσταση στον τομέα της υγείας με την πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας σε συνδυασμό με την ανάπτυξη της τεχνολογίας και την εξέλιξη της εξειδίκευσης, ανέδειξε την ανάγκη για ευρύτερη και ουσιαστικότερη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.^[2] Οι υπηρεσίες υγείας στελεχώνονται από πληθώρα επιστημόνων κι επαγγελματιών, συνήθως υψηλής κατάρτισης ή εξειδίκευσης. Η επιτυχή οργάνωση και λειτουργία μιας υγειονομικής δομής απαιτεί τη συνέργεια επαγγελματιών διαφορετικών κλάδων και ειδικοτήτων, ώστε να προκύψει ένα ικανοποιητικό αποτέλεσμα που να πληροί ποιοτικά και ποσοτικά κριτήρια.^[3,4]

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), αποτελεί τη βασική φροντίδα υγείας η οποία δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη, είναι βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές, είναι προσιτή σε όλα τα άτομα, ενώ σε αυτή καταγράφεται η ενεργός συμμετοχή της κοινότητας που στοχεύει στην ενδυνάμωση των ατόμων.^[5]

Η Π.Φ.Υ. διαφοροποιείται από τα άλλα επίπεδα υγείας, διότι αποτελεί τον προθάλαμο και το “φίλτρο” αξιολόγησης και διαλογής των περιστατικών, πριν αυτά διακινηθούν προς αντιμετώπιση και διαχείριση στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα. Στοχεύει στον περιορισμό του κόστους νοσηλείας και αντιμετώπισης των περιστατικών και στην ορθολογική ανακατανομή των σπάνιων πόρων της υγείας. Παράλληλα η Π.Φ.Υ. επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση των χρόνιων

περιστατικών και στην πρόληψη, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας με μέτρα σαφώς χαμηλότερου κόστους, σε σχέση με τα άλλα επίπεδα φροντίδας.

Αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου και της κοινότητας με το σύστημα υγείας και η λειτουργία της προϋποθέτει την ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας υγείας, στο πλαίσιο της οποίας συνεργάζονται ισότιμα οι επαγγελματίες υγείας και συνθέτουν μαζί με την τοπική κοινωνία, την πολιτική υγείας με στόχο την ολοκληρωμένη απάντηση στις ανάγκες του πληθυσμού.

Η διεπιστημονική συνεργασία είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης που σχετίζεται με την πρόληψη, την προαγωγή και τη διατήρηση της υγείας του πληθυσμού με παράλληλη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.^[6] Ως εκ τούτου, η αδήριτη ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας αυξάνει το βαθμό στον οποίο αλληλεπιδρούν οι επαγγελματίες υγείας μεταξύ τους. Όσο αυξάνεται ο βαθμός αλληλεπίδρασης, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα δημιουργίας συγκρούσεων.^[7]

Ιστορικά, η διεργασία επίλυσης συγκρούσεων ως πεδίο της εφαρμοσμένης επιστήμης της συμπεριφοράς ξεκίνησε από τον κοινωνικό ψυχολόγο Kurt Lewin στο Πανεπιστήμιο του Yale κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1940. Ωστόσο, η εφαρμογή των συστημάτων επίλυσης συγκρούσεων στους χώρους εργασίας άρχισε να εμφανίζεται είκοσι χρόνια μετά, τη δεκαετία του 1960. Από το 1970 και έπειτα για τη διευθέτηση των συγκρούσεων, υιοθετήθηκε η διαδικασία της διαμεσολάβησης, ως μια τεχνική που βασίζεται στο ειλικρινές ενδιαφέρον για το πρόβλημα και την προσπάθεια επίλυσής του. Στη δεκαετία του 1980, η ίδια διαδικασία χρησιμοποιήθηκε προς δύο κατευθύνσεις. Από τη μία ως μέθοδος αυτοβοήθειας στους χώρους εργασίας και από την άλλη ως διοικητικό εργαλείο (managerial mediation) για την επίλυση των συγκρούσεων μέσα στους οργανισμούς. Στις μέρες μας η διαχείριση των συγκρούσεων εντός των οργανισμών πραγματοποιείται με τη στρατηγική διαχείρισης των οργανωσιακών συγκρούσεων (conflict management).^[8]

Οι ρήξεις στη διεπαγγελματική συνεργασία στο πλαίσιο ενός εθνικού συστήματος υγείας που το ίδιο νοσεί, λόγω ελλείψεων σε ανθρώπινο δυναμικό και υλικούς πόρους, προκαλούνται από παράγοντες που σχετίζονται, κυρίως, με την ελλειμματική επικοινωνία, τη δομή της οργάνωσης και διοίκησης, την ασυμβατότητα στόχων μεταξύ των συνεργαζόμενων μερών και την ελλιπή αποσαφήνιση αρμοδιοτήτων και ρόλων.^[9,10]

Ανάλογα με τα αίτια που προκαλούν τις συγκρούσεις και τη μέθοδο διαχείρισής τους παρατηρούνται είτε θετικές συνέπειες, είτε αρνητικές επιπτώσεις τόσο σε προσωπικό όσο και σε οργανωσιακό επίπεδο.^[11,12] Ειδικότερα, όταν επιλέγεται ο κατάλληλος τρόπος διαχείρισης, τότε οι συγκρούσεις, εφόσον επιλύονται, συμβάλλουν στην αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του

νοσηλευτικού ιδρύματος με αποτέλεσμα ο ασθενής να γίνεται αποδέκτης, αποτελεσματικότερων ιατρικών και νοσηλευτικών ενεργειών.^[13]

Η άμεση και εποικοδομητική διαχείριση των συγκρούσεων συμβάλλει θετικά στην ικανοποιητική εκτέλεση και ολοκλήρωση των καθηκόντων των εργαζομένων. Στις περιπτώσεις που η σύγκρουση δεν επιλυθεί, παρατηρείται στους εργαζομένους αύξηση του στρες, μείωση της παραγωγικότητας και πτώση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.^[14]

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση του τρόπου επίλυσης των συγκρούσεων, των αιτιών και των συνεπειών τους στο περιβάλλον της Π.Φ.Υ. Επιπλέον εξετάστηκε ο ρόλος της εκπαίδευσης στη διαχείριση των συγκρούσεων, η διάσταση των προσδοκιών και τα επίπεδα προσδιορισμού ή και ασάφειας των ρόλων των επαγγελματιών υγείας στο χώρο εργασίας τους.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ

Οι συγκρούσεις μεταξύ ατόμων και ομάδων που μοιράζονται τον ίδιο χώρο εργασίας και δρουν προς εκπλήρωση κοινού στόχου είναι σύνηθες φαινόμενο και αποτελούν αναπόφευκτο τμήμα των ανθρώπινων σχέσεων και μέρος της προσωπικής και επαγγελματικής ζωής.^[10,15]

1.1 Σύγκρουση: Ορισμοί

Οι άνθρωποι δε λειτουργούν ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλο και οι ενέργειες του ενός επηρεάζουν τους άλλους ως άτομα ή επηρεάζουν τις ενέργειές τους. Η εμφάνιση μιας σύγκρουσης προϋποθέτει την ύπαρξη σχέσης, δηλαδή την αλληλεξάρτηση δύο ή περισσότερων ατόμων ή ομάδων, είτε πρόκειται για συνεργάτες στο χώρο εργασίας, είτε για σχέσεις μεταξύ των μελών μιας οικογένειας, είτε για σχέσεις στην κοινότητα.

Μια σχέση θεωρείται αλληλοεξαρτώμενη όταν οι επιλογές ή οι ενέργειες του ενός μέλους επηρεάζουν το άλλο άτομο με το οποίο είτε συνεργάζεται, είτε συμβιώνει, είτε συνυπάρχει και διαδρά. Σε οποιαδήποτε σχέση αλληλεξάρτησης τα συμβαλλόμενα μέρη έχουν αμοιβαία συμφέροντα. Στην ιδιωτική ζωή, προκύπτουν διαπροσωπικές συγκρούσεις εφόσον αλληλεξαρτόμαστε με διάφορους τρόπους, από την οικογένεια, τους φίλους ή τους συναδέλφους. Στο ευρύτερο κοινωνικό και επαγγελματικό πλαίσιο, οι αλληλεξαρτήσεις υπάρχουν μεταξύ των ρόλων που καλούνται τα άτομα να διαδραματίσουν μέσα σε ένα σύστημα. Στο Σύστημα Υγείας η σχέση μεταξύ φαρμακοποιού και ιατρού ή η σχέση μεταξύ νοσηλεύτη και ιατρού αποτελούν ισχυρές σχέσεις αλληλεξάρτησης. Στις αλληλοεξαρτώμενες σχέσεις εμπεριέχονται στοιχεία συνεργασίας αλλά και ανταγωνισμού. Είναι προφανές ότι όσο περισσότερο ανταγωνιστικό είναι το περιβάλλον τόσο αυξάνεται η πιθανότητα δημιουργίας συγκρουσιακών καταστάσεων.^[10,16]

Οι συγκρούσεις συμβαίνουν συνήθως όταν δύο ή περισσότεροι άνθρωποι επικοινωνούν.^[17] Πρόκειται για μια μετ'εμποδίων μορφή επικοινωνίας μεταξύ μερών, που θεωρούν ότι οι στόχοι τους είναι ασύμβατοι. Η αναβολή της επίλυσης της διαμάχης που έχει προκύψει την ανατροφοδοτεί και η διατήρησή της αυξάνει τις άκαμπτες στάσεις που την ενδυναμώνουν. Η σύγκρουση μπορεί να περιγραφεί ως μια κατάσταση που θα εκτονωθεί μόνο αν τα εμπλεκόμενα μέρη λειτουργήσουν με ωριμότητα. Σε αντίθετη περίπτωση και αν το πρόβλημα αφεθεί χωρίς καμία παρέμβαση, τότε τα άτομα που το αντιμετωπίζουν θα νιώσουν αρνητικά συναισθήματα όπως πικρία, θυμό, ή ακόμη και οργή.^[18]

Ο Μπουραντάς Δ. το 2001, ορίζει τις συγκρούσεις ως μια κατάσταση ανταγωνισμού, όπου η συμπεριφορά ενός ατόμου ή ομάδας σκόπιμα επιδιώκει να εμποδίσει την επίτευξη των στόχων ενός άλλου ατόμου ή ομάδας.^[19]

Οι Wilmot W, και Hocker J, σε μελέτη τους το 2011, υποστηρίζουν ότι: «...η σύγκρουση, είναι μια αισθητή διαμάχη μεταξύ δύο ή περισσότερων, γύρω από θεωρούμενες ασυμβίβαστες διαφορές, πάνω σε πεποιθήσεις, αξίες και στόχους ή γύρω από διαφορές στις επιθυμίες για εκτίμηση, έλεγχο και σύνδεση».^[20]

Επίσης οι Masters και Alberght το 2002, αναφέρουν ότι,: «...η σύγκρουση υφίσταται όταν δύο ή περισσότερα αλληλεξαρτώμενα μέρη διαφωνούν. Η αλληλεξάρτηση μεταξύ τους υπάρχει υπό την έννοια ότι η επίλυση της σύγκρουσης προς κοινή ικανοποίηση δε μπορεί να επέλθει χωρίς αμοιβαία προσπάθεια».^[21]

Η Miller το 2006, αναφέρει ότι οι Putnam και Poole ορίζουν τη σύγκρουση ως «τη διάδραση αλληλεξαρτώμενων ατόμων, που συνειδητοποιούν την αντίθεση των στόχων, σκοπών και αξιών τους και που θεωρούν ότι το αντίπαλο μέρος μπορεί να παρέμβει στην πραγμάτωση των στόχων αυτών». Με τον ορισμό αυτό δίνεται έμφαση σε τρία σημαντικά στοιχεία της σύγκρουσης που αφορούν στους ασυμβίβαστους στόχους, στην αλληλεξάρτηση και στη διάδραση.^[7]

Σύμφωνα με τους March και Simon το 1993 η σύγκρουση εμφανίζεται όταν υπάρχει αδυναμία λήψης απόφασης όσον αφορά την πορεία της ομάδας, είτε γιατί δεν υπάρχει μια μοναδική και από κοινού αποδεκτή λύση, είτε γιατί τα άτομα κάνουν επιλογές που διαφέρουν μεταξύ τους.^[22]

Καθίσταται σαφές ότι σε όλους σχεδόν τους ορισμούς της σύγκρουσης υπάρχει η έννοια των ασύμβατων στόχων οι οποίοι χαρακτηρίζονται από μεγάλη ποικιλομορφία. Η ασυμβατότητα των στόχων προκύπτει από αντιφατικές απόψεις για τις οργανωσιακές διαδικασίες που πρέπει να ακολουθηθούν, τους διαφορετικούς προσανατολισμούς αξιών των αλληλοδρώντων μερών και τη διανομή των πόρων του οργανισμού. Ωστόσο, η ασυμβατότητα δεν αποτελεί ικανή συνθήκη ώστε να δημιουργηθεί σύγκρουση στον οργανισμό. Παρότι η ασυμβατότητα είναι πιθανό να υπάρχει πολλές φορές μεταξύ των μελών ενός οργανισμού, η κλιμάκωση της έντασης για ένα θέμα οδηγεί σε συγκρουσιακή κατάσταση μόνο όταν η ενέργεια του ενός εξαρτάται από το αποτέλεσμα της ενέργειας του άλλου. Δεν είναι απαραίτητο να καταλήξουν σε σύγκρουση άτομα των οποίων οι συμπεριφορές δεν εμπλέκονται σε συνδυασμένη δράση.^[23]

Η θεωρία των συγκρούσεων του Robbins το 1993, υποστηρίζει ότι, η σύγκρουση μπορεί να είναι το αποτέλεσμα προβληματικής ή ελλιπούς επικοινωνίας μεταξύ των μελών της ομάδας που βρίσκονται

στο ίδιο ιεραρχικό επίπεδο, αλλά και μεταξύ ατόμων σε διαφορετικά ιεραρχικά επίπεδα, για παράδειγμα μεταξύ προϊσταμένου και υφισταμένου. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, η σύγκρουση δεν είναι δυνατόν να καταστεί εποικοδομητική όταν επιλυθεί, σε αντίθεση με τη θεωρία των ανθρώπινων σχέσεων, η οποία υποστηρίζει ότι η παρουσία της σύγκρουσης στις ομάδες είναι φυσική και μπορεί να λειτουργήσει ως πλεονέκτημα της ομάδας.^[24]

Βιβλιογραφικά υποστηρίζεται ότι, δεν υπάρχει ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός της σύγκρουσης. Ωστόσο, οι ερευνητές συμφωνούν ότι *«η σύγκρουση είναι ένα δυαδικό, διαπροσωπικό συμβάν που περιλαμβάνει ανοικτή εναντίωση της συμπεριφοράς, όπως επίσης καβγάδες, διαφωνίες και επιχειρήματα»*.^[25]

1.2 Στάδια της σύγκρουσης

Η σύγκρουση είναι μια δυναμική διαδικασία και ως εκ τούτου η κλιμάκωσή της διατρέχει διαδοχικά στάδια. Αρχικά μπορεί να εκδηλωθεί ως μια απλή διαφωνία αλλά αν δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως να εμφανιστούν στη συνέχεια αντιδράσεις ανάρμοστες και επιζήμιες, τόσο για τους εμπλεκόμενους όσο και για τον ίδιο τον οργανισμό.

Ο Thomas το 1976 περιέγραψε ένα ολοκληρωμένο μοντέλο εκδήλωσης των συγκρούσεων. Σύμφωνα με αυτό, η ανάπτυξη και εκδήλωση μιας σύγκρουσης σηματοδοτείται από πέντε στάδια.

1^ο Στάδιο

Στο πρώτο στάδιο υπάρχει μια διάχυτη αίσθηση μεταξύ των εμπλεκόμενων ατόμων ή ομάδων ενός οργανισμού ότι, «κάτι δεν πάει καλά». Στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν πρόκειται για μια λογική σκέψη. Παρότι αρχικά υπάρχει μόνο η αίσθηση της ασυμφωνίας, δυνητικά η σύγκρουση είναι υπαρκτή διότι συχνά απειλούνται τα συμφέροντα των ατόμων ή των ομάδων, υπάρχουν διαφορές στην προσωπικότητα και τις αξίες, παρατηρείται έλλειψη σωστής επικοινωνίας ή διαφορετικότητα στον τρόπο προσέγγισης κάποιων θεμάτων όπως για παράδειγμα ο τρόπος αύξησης της παραγωγικότητας ή άλλα συναφή θέματα. Συνεπώς, η συνειδητοποίηση της σύγκρουσης θεωρείται το πρώτο στάδιο της διαδικασίας συγκρούσεων.^[26]

2ο Στάδιο

Τα άτομα αντιλαμβάνονται την ύπαρξη προβλήματος και δημιουργούνται σκέψεις και συναισθήματα που σχετίζονται με την παρούσα σύγκρουση και τους πιθανούς τρόπους επίλυσής της. Στο στάδιο αυτό είναι σημαντική η αντιληπτική ικανότητα των μερών η οποία θα συμβάλει στη δημιουργία σωστής ή λαθεμένης εκτίμησης της κατάστασης, γεγονός που θα επηρεάσει στη συνέχεια την κρίση τους σχετικά με την ύπαρξη απειλής ή όχι. Αν έστω, η μία πλευρά νιώσει απειλή για τα συμφέροντά

της, τότε θα επέλθει σύγκρουση. Αντιθέτως αν καμία πλευρά δε νιώσει απειλή, τότε η σύγκρουση δεν εκδηλώνεται. Για το λόγο αυτό, η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των δύο μερών σε συνδυασμό με την αποσαφήνιση των γεγονότων μπορεί να αποτρέψει τη σύγκρουση και την αλλαγή της από αντιληπτή σε φανερή.^[26]

3ο Στάδιο

Στο συγκεκριμένο στάδιο η αίσθηση της σύγκρουσης είναι πλέον έντονη και στο πρόβλημα προστίθεται μια συναισθηματική διάσταση. Η προσωποποίηση ή όχι της κατάστασης είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας της εκδήλωσης και της έκβασης μιας επερχόμενης φανερής σύγκρουσης. Οι προθέσεις των εμπλεκόμενων γίνονται φανερές, χαρακτηρίζονται από την εκδήλωση προστασίας των προσωπικών συμφερόντων και συνεπώς, προσδιορίζονται σε σημαντικό βαθμό οι συμπεριφορές που τα άτομα θα ακολουθήσουν καθώς και οι αποφάσεις τους για επερχόμενες ενέργειες.

Στις προσωποποιημένες καταστάσεις δημιουργείται ένταση και ανησυχία τουλάχιστον από τη μια πλευρά. Η αίσθηση της απειλής είναι διαρκής, εφόσον το άτομο ή η ομάδα κρίνεται με αρνητικούς χαρακτηρισμούς. Η αίσθηση αυτή χαρακτηρίζεται από συναισθήματα όπως η εχθρότητα, ο φόβος, η ένταση, το άγχος και η έλλειψη εμπιστοσύνης. Στις μη προσωποποιημένες καταστάσεις καταλήγουμε συχνά στην «αυτόματη» επίλυση του θέματος, καθώς περιγράφονται με μεγαλύτερη σαφήνεια, η συμπεριφορά ή τα χαρακτηριστικά που ευθύνονται για το πρόβλημα. Γίνεται λοιπόν εύκολα αντιληπτό, ότι στο στάδιο αυτό τα προσωπικά χαρακτηριστικά των εμπλεκόμενων μερών είναι καθοριστικής σημασίας. Δηλαδή, η πιθανότητα να προκύψει σύγκρουση αυξάνεται όταν τα άτομα που εμπλέκονται σε αυτήν, επιθυμούν και τα δύο να κυριαρχούν ή αν το ένα άτομο είναι κυρίαρχο και το άλλο υποχωρητικό.^[26]

4ο Στάδιο

Στο στάδιο αυτό η σύγκρουση είναι πλέον φανερή και όλα τα μέλη του οργανισμού αντιλαμβάνονται την ένταση, τη βιώνουν, αντιδρούν και αποφασίζουν σε ένα τρόπο συμπεριφοράς για να την αντιμετωπίσουν. Οι επιλογές ανάμεσα στις οποίες καλούνται να επιλέξουν είναι δύο. Η πρώτη επιλογή είναι εκείνη της ανοιχτής σύγκρουσης που στηρίζεται περισσότερο στα συναισθήματα και είναι πιθανόν να εκδηλωθεί με πολύ έντονο ανταγωνισμό φτάνοντας κάποιες φορές και σε ακραίες καταστάσεις όπως ύβρεις, προσβολές, χειροδικίες και πολλές άλλες μορφές σωματικής ή λεκτικής βίας. Αν και η εκδήλωση της παραπάνω περιγραφόμενης συμπεριφοράς σε εργασιακούς χώρους δεν είναι συχνή η υπονόμηση ή η παρεμπόδιση επίτευξης στόχων της άλλης πλευράς είναι σύνηθες φαινόμενο. Η δεύτερη επιλογή εστιάζεται στην προσπάθεια επίλυσης του προβλήματος με ενέργειες που πηγάζουν από τη λογική, σε ένα κλίμα διάθεσης για συζήτηση και συνεργασία. Σε οποιαδήποτε

περίπτωση η αντίληψη των εμπλεκόμενων δύναται να χαρακτηρίσει τη συμπεριφορά που θα ακολουθηθεί ως συγκρουσιακή. Στο στάδιο αυτό επιχειρείται η επίλυση του ζητήματος που ταυτίζεται με την λήξη της διαφωνίας μέσω της εφαρμογής της κατάλληλης μεθόδου. ^[26]

5ο Στάδιο

Στο τελευταίο στάδιο καθορίζονται τα αποτελέσματα με βάση τα οποία θα διαμορφωθούν μελλοντικά οι σχέσεις των μερών που ενεπλάκησαν στη σύγκρουση. Η έκβαση της σύγκρουσης μπορεί να έχει είτε λειτουργική έκβαση που θα οδηγήσει στη βελτίωση της απόδοσης και σε καινοτομίες είτε δυσλειτουργική έκβαση με συνέπεια τη μείωση της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας. ^[26]

Η μέθοδος διαχείρισης που θα ακολουθηθεί επηρεάζει τις σχέσεις και στάσεις των εμπλεκόμενων ομάδων όπως θα ισχύουν στο μέλλον με τρεις τρόπους:

Περίπτωση win-lose: η πλευρά που εξήλθε χαμένη από τη σύγκρουση προσδοκά νίκη σε οποιαδήποτε μελλοντική διένεξη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του ανταγωνισμού, περιορισμένη συνεργασία και εμπιστοσύνη μεταξύ των ατόμων, κακή επικοινωνία, μεγαλύτερη προσωποποίηση των ρόλων και αρνητικά συναισθήματα, που σαν επακόλουθο θα οδηγήσουν σε νέα σύγκρουση.

Περίπτωση lose- lose: Οι δύο εμπλεκόμενες πλευρές πιθανό να διακατέχονται από ένα αίσθημα ήττας γιατί αισθάνονται ότι έχασαν περισσότερα από ότι κέρδισαν. Το αίσθημα αυτό συνοδεύεται από χαμηλά επίπεδα δέσμευσης για την πραγματοποίηση της λύσης που συμφωνήθηκε. Αν η αιτία της σύγκρουσης δεν εξαλειφθεί με τη λύση που προτάθηκε, το πρόβλημα θα επανέλθει αργά ή γρήγορα και θα απαιτούνται σκληρότερες διαπραγματεύσεις.

Περίπτωση win- win: Στην περίπτωση αυτή παρατηρείται βελτίωση της συνεργασίας και της εμπιστοσύνης ανάμεσα στις δύο εμπλεκόμενες πλευρές. Τα θέματα που σχετίζονται με το πρόβλημα αποπροσωποποιούνται, η επικοινωνία βελτιώνεται και το επίπεδο δέσμευσης ώστε να εκπληρωθούν τα συμφωνηθέντα, είναι υψηλό. ^[26]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΙΤΙΕΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Οι οποιεσδήποτε συγκρούσεις σε όλα τα εργασιακά περιβάλλοντα απορρέουν από διάφορες αιτίες. Ειδικότερα, στο χώρο της υγείας εντοπίζονται πολλοί παράγοντες που φορτίζουν το εργασιακό κλίμα και ενεργοποιούν διενέξεις και προστριβές μεταξύ των εργαζομένων.

2.1 Ασυμβατότητα στόχων – αξιών - προσδοκιών

Οι διαφορετικές συνεργαζόμενες αλληλεπιδρούσες επαγγελματικές ομάδες,^[27] ο βαθμός συνεκτικότητας των μελών μιας ομάδας, η ασυμβατότητα των στόχων των ατόμων ή των ομάδων, η αβεβαιότητα, η έλλειψη κατανόησης, οι διαφορές στις αξίες, στις στάσεις, στις ανάγκες, στις πεποιθήσεις, στις αντιλήψεις, και στα συμφέροντα αποτελούν πηγές έντασης και συγκρούσεων.^[10,28]

Η διαφορετική κοινωνικοποίηση των Λειτουργών υγείας, διαμορφώνει αποκλίνουσες αντιλήψεις σχετικά με τους ρόλους που προσδιορίζονται από τις θέσεις εργασίας, καθώς και τις προσδοκίες που διαμορφώνουν τα άτομα ή οι ομάδες για τα αποτελέσματα της εκτέλεσης του ρόλου τους.^[13] Όταν τα αποτελέσματα των ενεργειών τους δεν εκπληρώνονται τότε απογοητεύονται. Οι Brown J, et al, το 2011 και Patton C.M, το 2014 υποστηρίζουν ότι η προσδοκία της μεγαλύτερης αρμοδιότητας και ευθύνης οδηγεί σε συγκρούσεις μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού.^[4,29]

Σημαντικό στοιχείο της πρόκλησης και διόγκωσης μιας διαφωνίας που οδηγεί τελικά σε σύγκρουση αποτελεί και η πολιτισμική ευαισθησία των ατόμων ή των ομάδων που εμπλέκονται σε αυτή. Με βάση την πολιτισμική ευαισθησία των μερών που διαδρούν, κατανοούνται τα επιμέρους στοιχεία της κάθε πλευράς. Έτσι αναλύεται η πολυπλοκότητα των πολιτισμικών παραγόντων που καθορίζουν τη συμπεριφορά, διαπιστώνεται η ύπαρξη ή όχι μιας κυρίαρχης κουλτούρας, καθώς και η ύπαρξη αλληλεπίδρασης των συγκεκριμένων πολιτισμικών στοιχείων τόσο στην ενδοπροσωπική όσο και διαπροσωπική τους διάσταση.^[30]

2.2. Πόροι

Οι συγκρουσιακές καταστάσεις στο χώρο εργασίας προκαλούνται και συχνά επιδεινώνονται εξαιτίας των περιορισμένων πόρων που διατίθενται από τους αρμόδιους φορείς. Η έλλειψη επαρκών πόρων δεν επιτρέπει την ικανοποίηση των αναγκών όλων των εργαζομένων και κατά συνέπεια απαιτείται η άριστη αξιοποίηση της κατανομής τους. Επιπρόσθετα, ο ανταγωνισμός μεταξύ των δομών υγείας με αίτιο την ανεπάρκεια πόρων, οι οποίοι μπορεί να μην είναι μόνο οικονομικοί αλλά και υλικοτεχνικοί, όπως ο χρόνος, οι ευθύνες, η έλλειψη προσωπικού, έχει ως κατάληξη τη δημιουργία συγκρούσεων.^[31]

2.3. Οργανωσιακό περιβάλλον - οργανωτική δομή

Βασική αιτία συγκρούσεων αποτελεί τόσο το πολύπλοκο οργανωσιακό εργασιακό περιβάλλον, όσο και η ταχεία αλλαγή και ο μεγάλος φόρτος εργασίας στον οποίο πρέπει να ανταπεξέλθουν οι εργαζόμενοι. Τμήμα της σύνθετης οργάνωσης είναι και η αλλαγή που αφορά στη δομή της μονάδας υγείας, στο υφιστάμενο προσωπικό που άπτεται σε θέματα μετακίνησης, εκπαίδευσης και ελλειπών αριθμού ατόμων για να στελεχώσουν ικανοποιητικά το Φορέα υγείας. Το Σύστημα υγείας είναι αρκετά σύνθετο και δυναμικό, εφόσον τα άτομα που απαρτίζουν μια οποιαδήποτε δομή διαφέρουν τόσο σε εκπαιδευτικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο αρμοδιοτήτων. Η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, επιφέρει πληθώρα αλλαγών στους επαγγελματίες υγείας καθώς και στους εμπλεκόμενους φορείς της υγειονομικής περίθαλψης, όπως οι υπηρεσίες στις οποίες αναφέρεται το υγειονομικό προσωπικό.^[29] Οι αλλαγές στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, όπως η ενσωμάτωση των νέων πολιτικών στις Υπηρεσίες Υγείας, έχουν οδηγήσει σε αύξηση του επιπέδου των διαφωνιών και των συγκρούσεων. Η σύγκρουση εξουσίας που εκδηλώνεται στη σχέση ατόμων που βρίσκονται σε διαφορετικό επίπεδο στην κλίμακα της ιεραρχίας είναι ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας για τη ρήξη μεταξύ δύο ή περισσότερων πλευρών.^[32]

Συγκρούσεις προκύπτουν επίσης και από την έλλειψη οργάνωσης, τις αλλαγές στις οργανωτικές δομές και την οργανωσιακή κουλτούρα. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλεύτριες στο Ιράν από Nayeri και Negarandeh το 2009, διαπιστώθηκε ότι ήρθαν αντιμέτωπες με δυσκολίες που σχετίζονταν με τον εργασιακό χώρο. Οι δυσκολίες αυτές αφορούσαν στις ελλείψεις σε προσωπικό, στο φόρτο εργασίας, στα ασαφή καθήκοντα που ήταν υποχρεωμένες να εκτελέσουν, στις ελλείψεις εξοπλισμού, στο χαμηλό μισθό καθώς και σε δυσκολίες που σχετίζονταν με κακή δημόσια εικόνα και χαμηλή κοινωνική θέση των νοσηλευτών. Υπό αυτές τις συνθήκες, τα αίτια συγκρούσεων αυξάνονται.^[33]

2.4. Η επικοινωνία

Για την παραγωγή ικανοποιητικών υπηρεσιών υγείας σε ένα οργανισμό απαιτείται η συνεργασία μεταξύ των διάφορων επαγγελματιών. Η ύπαρξη επικοινωνιακής συνεργασίας προϋποθέτει παράλληλα τη δημιουργία αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των διαφορετικών μελών του οργανισμού. Σύμφωνα με ευρήματα μελετών η αναποτελεσματική επικοινωνία είναι σημαντική αιτία διαπροσωπικών συγκρούσεων.^[34,35]

Η έλλειψη πληροφοριών, η κακή μετάδοση των μηνυμάτων από τον πομπό καθώς και η μη-σωστή μετάφραση των μηνυμάτων από το δέκτη δεν επιτρέπουν την αλληλοκατανόηση, με άμεση συνέπεια τη δημιουργία συγκρούσεων. Η έλλειψη καλής επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού, του φορέα υγείας, μπορεί να οφείλεται είτε σε ακατάλληλες συνθήκες στον εργασιακό χώρο, είτε σε

ασυμβατότητα μεταξύ των χαρακτήρων των εργαζομένων ή και από δημογραφικές διαφορές μεταξύ τους.^[19]

Συγκρούσεις είναι δυνατό να προκληθούν είτε από λεκτική επικοινωνία που περιλαμβάνει ακατάλληλη κοινωνική κριτική, τη σκληρή γλώσσα, τις φήμες, τις διαδόσεις, τις επικρίσεις και τα ταπεινωτικά σχόλια είτε από τη μη λεκτική επικοινωνία, όπως οι εκφράσεις του προσώπου και η γλώσσα του σώματος. Παράδειγμα δυσλειτουργικής επικοινωνίας που μπορεί να οδηγήσει σε συγκρούσεις είναι και ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας.^[29]

2.5. Η αλληλοεπικάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων

Συγκρούσεις μεταξύ αλληλοεξαρτώμενων μερών όπως είναι οι εργαζόμενοι της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να προκύψουν από τη σύγκρουση των ρόλων, από υπερφόρτωση του ρόλου, αλλά και από τις διαφορές σχετικά με το ποια επαγγελματική ομάδα είναι υπεύθυνη για να εκτελεί συγκεκριμένους ρόλους ή να λαμβάνει αποφάσεις σε μία επιλεγείσα διαδικασία.^[29]

Οι Ρούσου και Παυλάκης το 2011 αναφέρουν ότι στη μελέτη του Skjorshammer, το 95,75% των επαγγελματιών υγείας πιστεύουν ότι «...οι θεσμοθετημένοι κανονισμοί δεν καθορίζουν με σαφήνεια τα καθήκοντά τους και δεν τους βοηθούν να τα εκτελέσουν αποδοτικά». Παρατηρείται συχνά το φαινόμενο της αλληλοεπικάλυψης ρόλων που αυξάνει τις προστριβές ανάμεσα στους εργαζόμενους.^[13] Σύγκρουση ρόλου συμβαίνει όταν οι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με ασύμβατες προσδοκίες ρόλου, στο εργασιακό τους περιβάλλον. Σύγκρουση μπορεί επίσης να συμβεί όταν οι άνθρωποι διαφωνούν για το ποιες είναι οι προσδοκίες που απορρέουν από ένα συγκεκριμένο ρόλο. Η υπερφόρτωση ρόλου περιγράφει καταστάσεις στις οποίες, οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι υπάρχουν πάρα πολλές αρμοδιότητες ή δραστηριότητες που αναμένονται από αυτούς σε προβλεπόμενο χρόνο.^[36,37]

Η έλλειψη κατανόησης του ρόλου που διαδραματίζουν οι άλλες ομάδες, περιγράφεται ως βασική πηγή συγκρούσεων στις ομάδες υγειονομικής περίθαλψης.^[4] Συχνά οι συγκρούσεις αφορούν περισσότερο την επαγγελματική ομάδα των νοσηλευτών που έχει συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες. Σε σχέση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, η συγκεκριμένη ομάδα είναι πολυπληθής και απαρτίζεται στην πλειονότητά της από γυναίκες. Η ομάδα αυτή είναι περισσότερο καταπιεσμένη αφενός γιατί υπόκειται στην κυριαρχία του ιατρικού επαγγέλματος, αφετέρου λόγω της φύσης της εργασίας και των συνθηκών που επικρατούν ως προς την εκτέλεσή της, δηλαδή του κυκλικού ωραρίου, της υποστελέχωσης, της υπερφόρτισης του ρόλου τους, που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση.^[13]

Για τους νοσηλευτές σημαντική πηγή συγκρούσεων με άλλους επαγγελματίες υγείας αποτελεί το γεγονός ότι έχουν πολλαπλούς επαγγελματικούς ρόλους, καθώς και η ύπαρξη σε έναν οργανισμό νοσηλευτών με ακραίες διαφορές στα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους (ηλικία, εκπαίδευση, κουλτούρα). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ταϊβάν το 2010 από τους Tang και Chang, σε 202 υπαλλήλους εταιρείας βρέθηκε όχι μόνο η άμεση αλλά και η ισχυρή αρνητική σχέση μεταξύ ασάφειας ρόλου και δημιουργικότητας ^[38].

2.6. Διακρίσεις και αντιλαμβανόμενες ανισότητες

Συγκρούσεις μπορεί να παραχθούν και από συμπεριφορές στις οποίες εκδηλώνονται διακρίσεις (εκούσιες ή ακούσιες) από την διοίκηση ή την ηγεσία σε βάρος των μελών που απαρτίζουν μία ομάδα ή ένα οργανισμό, αλλά και από την προκλητική συμπεριφορά απέναντι στην ηγεσία από μέρους των εργαζομένων.^[15] Εάν οι εργαζόμενοι θεωρούν ότι γίνονται διακρίσεις σε βάρος τους, σε σχέση με άλλους εργαζόμενους, θα αντιδράσουν ώστε να διορθωθεί η κατάσταση, αλλά η αίσθηση αδικίας που νιώθουν μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της απόδοσης, αύξηση των αντιδράσεων, αδιαφορία, δυσαρέσκεια και πόλωση.

2.7. Επίπεδο εκπαίδευσης

Η διαφορετική κουλτούρα, δηλαδή το πώς νιώθει ένα άτομο, πώς λειτουργεί, πώς μαθαίνει, τι πιστεύει, πώς αντιδρά στα καθημερινά ερεθίσματα, συνθέτουν την κουλτούρα ή τις κουλτούρες στις οποίες ανήκει, καθώς επίσης και το διαφορετικό επίπεδο μόρφωσης οδηγεί σε προβλήματα επικοινωνίας και εμποδίζει την καλή ροή των πληροφοριών μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων. Οι Nayeri και Negarandeh υποστηρίζουν ότι, τα προσωπικά χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε ζητήματα συγκρούσεων.^[33]

Σε μελέτη του Παυλάκη και συν, το 2011, που έγινε σε δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου και αφορούσε τη διαχείριση συγκρούσεων, βρέθηκε ότι οι διαφορές στο μορφωτικό επίπεδο είναι πιθανό να οδηγήσουν σε προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων κλάδων επαγγελματιών υγείας^[39]. Επιπλέον και η Σαπουτζή-Κρέπια το 2001 αναφέρει ότι για τον τρόπο που οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν τη σύγκρουση σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η εκπαίδευση που έχουν λάβει.^[2]

Στη μελέτη της Καϊτελίδου και συν, το 2012, οι νοσηλεύτριες ανέφεραν ότι οι διαφορές εκπαίδευσης είναι ισχυρή πηγή συγκρούσεων, δεδομένου ότι στην Ελλάδα υπάρχουν αρκετά διαφορετικά επίπεδα στη νοσηλευτική εκπαίδευση (ανώτατη-πανεπιστημιακή, ανώτερη-τεχνολογική, σχολές νοσοκόμων διαιτούς επαγγελματικής κατάρτισης). Στην ίδια μελέτη, οι γιατροί ανέφεραν ότι είχαν περισσότερες

συγκρούσεις με νοσηλευτές και ιδιαίτερα αυτών με υψηλότερη (πανεπιστημιακή) εκπαίδευση, ενώ παρουσιάζεται εντονότερα ανάμεσα σε κατόχους διδακτορικού διπλώματος.^[34] Αυτό μπορεί να αποδοθεί πιθανά στην εξέλιξη του τομέα της νοσηλευτικής και στην αναβάθμιση του ρόλου των νοσηλευτών. Πολλοί νοσηλευτές σήμερα, έχουν αυξημένα ακαδημαϊκά προσόντα, αφού είναι κάτοχοι μεταπτυχιακών και διδακτορικών τίτλων.^[29] Η εισαγωγή νέων ρόλων της νοσηλευτικής κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, έφερε αλλαγή στο πρότυπο της παραδοσιακής κυριαρχίας των γιατρών. Οι νοσηλευτές έχουν πλέον αποκτήσει μεγαλύτερη ανεξαρτησία και ευθύνη στη λήψη αποφάσεων, η οποία έχει οδηγήσει σε αύξηση των συγκρούσεων μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών καθώς υπάρχει σχέση εξάρτησης και επικάλυψης ρόλων.^[32,34]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

3.1. Συγκρούσεις οριζόντιες και κάθετες

Οριζόντιες είναι οι συγκρούσεις μεταξύ ατόμων ή τμημάτων που έχουν παρόμοια ισοδύναμη εξουσία μέσα στον οργανισμό και κάθετες είναι οι συγκρούσεις που υπάρχουν μεταξύ διαφορετικών επιπέδων στην κλίμακα της διοικητικής ιεραρχίας.^[7,40]

3.2. Ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές συγκρούσεις

Ενδοπροσωπικές ή ενδοψυχικές συγκρούσεις είναι εκείνες που εκδηλώνονται μέσα στο ίδιο το άτομο από ιδέες, σκέψεις, συναισθήματα, αξίες, προδιαθέσεις ή παρορμήσεις που βρίσκονται σε αντιπαράθεση μεταξύ τους.^[10] Όταν πρέπει ένα άτομο να διαλέξει μεταξύ αντιφατικών αλλά υποχρεωτικών λύσεων και έρχεται αντιμέτωπο με προσδοκίες αντικρουόμενες θα περιέλθει σε αμηχανία, σύγχυση, αβεβαιότητα, με συνέπεια να βιώνει «εργασιακό» στρες.^[40,41]

Οι διαπροσωπικές συγκρούσεις εκδηλώνονται μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων που έχουν αντιθέσεις σε αξίες, σκοπούς και πεποιθήσεις. Είναι οι συγκρούσεις που εκδηλώνονται σε μια κοινωνική οργάνωση και οι οποίες επηρεάζουν τη δομή και τη λειτουργία της οργάνωσης αυτής.^[40,41]

Τα άτομα που εμπλέκονται στο προαναφερθέν είδος συγκρούσεων μπορεί να είναι του ίδιου ιεραρχικά επιπέδου (ομότιμες σχέσεις) ή διαφορετικού ιεραρχικού επιπέδου (σχέσεις προϊσταμένου-υφισταμένου).^[41]

Στη μελέτη της Zakari et al, το 2010., η οποία διενεργήθηκε στη Σαουδική Αραβία μεταξύ 346 διευθυντικών νοσηλευτικών στελεχών και αφορούσε τις αντιλήψεις τους σχετικά με τις συγκρούσεις και τον επαγγελματισμό, διαπιστώθηκε ότι η διαπροσωπική σύγκρουση, βρέθηκε να είναι ο πιο κοινός τύπος συγκρούσεων.^[10]

3.3. Ενδο-ομαδικές συγκρούσεις

Οι συγκρούσεις εντός της ομάδας (ενδο-ομαδικές) εμφανίζονται μεταξύ των μελών μίας ομάδας και σχετίζονται με τη διάρθρωση των σχέσεων και την κατανομή των ρόλων μέσα στην ομάδα, όπως οι συγκρούσεις που λαμβάνουν χώρα μεταξύ των διαφόρων τμημάτων της μονάδας υγείας, ή μεταξύ του συλλόγου των εργαζομένων και της διοίκησης.^[7,41] Οι ενδοομαδικές συγκρούσεις προκύπτουν όταν τα μέλη της ομάδας δεν έχουν επίγνωση ότι λειτουργούν ως ομάδα με συνέπεια να παρουσιάζονται προβλήματα στη συνεργασία. Τα προβλήματα που εμφανίζονται συνήθως σχετίζονται με την αναποφασιστικότητα και την αναβλητικότητα σε ότι αφορά στις δράσεις που θα ακολουθηθούν ή στις

αποφάσεις που θα ληφθούν και με τη σπατάλη χρόνου λόγω διαφορετικών αντιλήψεων, διαφωνιών και μη τήρησης κανόνων και διαδικασιών. Επίσης, συχνά όταν ένα άτομο δρα εντός μιας ομάδας οδηγείται σε απώλεια της υπευθυνότητάς του, γιατί η ευθύνη επιμερίζεται και στα υπόλοιπα μέλη της ομάδας.^[41]

3.4. Συγκρούσεις μεταξύ των ομάδων

Οι συγκρούσεις μεταξύ των ομάδων εκδηλώνονται μεταξύ δύο ή περισσότερων ομάδων, τμημάτων ή οργανισμών και αφορούν είτε στο εσωτερικό περιβάλλον της ομάδας είτε στο εξωτερικό, όπως θέματα της οριοθέτησης της περιοχής ελέγχου της κάθε ομάδας αλλά και της κατανομής των πόρων. Μέσα σε έναν οργανισμό-υπηρεσία δημιουργούνται ομάδες είτε από τη διοίκηση, στην οποία τα μέλη έχουν σαφή καθορισμό αρμοδιοτήτων και καλούνται τυπικές, είτε προκύπτουν από τις κοινωνικές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων, με σκοπό να ικανοποιήσουν τις κοινωνικές ή ψυχολογικές ανάγκες των μελών τους και καλούνται άτυπες. Τόσο όμως στις τυπικές ομάδες, που δημιουργούνται από τον ορθολογισμό της διοίκησης, όσο και στις άτυπες, που δημιουργούνται αυθόρμητα από την επιθυμία των εργαζομένων για επικοινωνία, παρουσιάζονται συγκρούσεις.^[40,41]

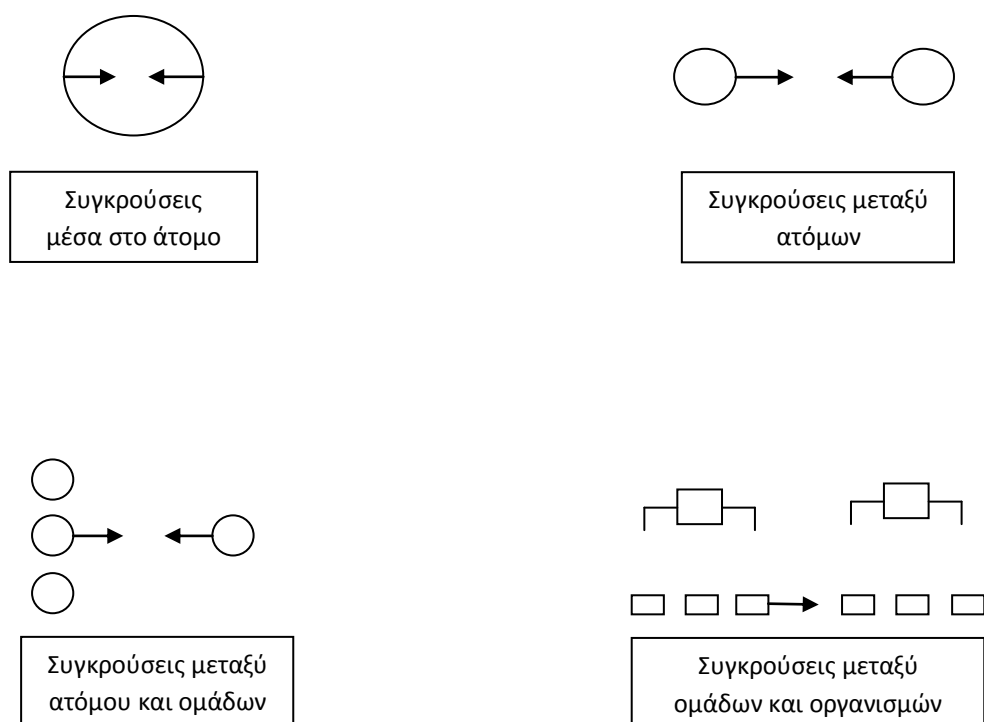
3.5. Λειτουργικές και δυσλειτουργικές συγκρούσεις

Αναφορικά με τις επιπτώσεις σε ένα οργανισμό, οι συγκρούσεις μπορεί να θεωρούνται ως λειτουργικές ή δυσλειτουργικές, ανάλογα με το πώς το κάθε άτομο ή ομάδα αντιλαμβάνεται τη φύση και το μέγεθός τους, διαχειρίζεται τις διαφωνίες και επιλύει τις προστριβές.^[32]

Λειτουργικές συγκρούσεις αναδεικνύονται όταν αντικείμενο της διένεξης είναι το εργασιακό και το γνωστικό αντικείμενο (εποικοδομητική). Εκδηλώνονται όταν, τα άτομα μιας ομάδας διαφωνούν για τα καθήκοντα που καλούνται να εκτελέσουν και εκφράζουν διαφορετικές απόψεις ως προς τον τρόπο και τη μέθοδο διεκπεραίωσής τους. Χαρακτηρίζονται ως λειτουργικές διότι η σωστή διαχείρισή τους αποτελεί μία υγιή διαδικασία κατά την οποία παράγονται νέες ιδέες και αναζητούνται λύσεις συνεργασίας σε κοινά προβλήματα γεγονός που οδηγεί στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του οργανισμού ενισχύοντας παράλληλα την ατομική και ομαδική απόδοση.^[42] Είναι γεγονός ότι η φροντίδα του ασθενή στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από τη διάδραση της ομάδας, στις δομές υγείας και στην κοινότητα. Οι λειτουργικές συγκρούσεις οφείλονται σε διαφωνίες πάνω σε ζητήματα πολιτικής και πρακτικών, όπως στον ανταγωνισμό για τη διανομή των πόρων οι οποίοι είναι ανεπαρκείς καθώς και στις διαφορετικές αντιλήψεις αναφορικά με τους ρόλους μεταξύ των μερών του οργανισμού.

Δυσλειτουργικές συγκρούσεις προκύπτουν όταν η διένεξη μεταξύ των ατόμων ή των ομάδων έχει περισσότερο συναισθηματικό και όχι λογικό χαρακτήρα, γεγονός που κλιμακώνει την κρίση. Η έντονη συναισθηματική φόρτιση, μειώνει την εργασιακή απόδοση και την ικανοποίηση των μελών του οργανισμού. Έτσι, το άτομο ή η ομάδα τείνει να πιστέψει ότι το πρόβλημα είναι προσωπικό, λόγω διάστασης απόψεων και χαρακτήρων και όχι εργασιακό. Με αυτόν τον τρόπο, η υπό συζήτηση σύγκρουση λαμβάνει καταστροφικές διαστάσεις, τόσο για τα εμπλεκόμενα άτομα, ή τις εμπλεκόμενες ομάδες, όσο και για τον ίδιο τον οργανισμό. Σε μια καταστροφική σύγκρουση τα άτομα γίνονται ανταγωνιστικά σε μεγάλο βαθμό, προσπαθώντας να νικήσουν τα άλλα άτομα και τελικά να κερδίσουν. ^[42]

Ο Tjosvold D, το 2008 στη Ν.Υόρκη, διαφώνησε με την ένταξη ή ταξινόμηση των οργανωσιακών συγκρούσεων σε τύπους και υποστήριξε πως «η κατηγοριοποίηση των οργανωσιακών συγκρούσεων είναι μια αυθαίρετη διαδικασία». Τόνισε επίσης, ότι οι συγκρούσεις συμβαίνουν συχνά και δεν είναι δυνατό να υπολογιστούν οι τύποι τους αλλά και οι πηγές από τις οποίες απορρέουν. ^[43]



Σχ. 1. Τύποι Συγκρούσεων Πηγή: Stoner, Management, 1989

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Οι συνέπειες που απορρέουν από τις διάφορες μορφές συγκρούσεων που διαδραματίζονται μεταξύ των εργαζομένων της υγειονομικής περίθαλψης είναι πολλές. Ανάλογα με τα αίτια που τις προκαλούν και τη διαχείρισή τους, μπορεί να έχουν θετικές και αρνητικές επιπτώσεις τόσο σε προσωπικό όσο και σε οργανωσιακό επίπεδο. ^[29]

4.1. Θετικά αποτελέσματα

Οι συγκρούσεις, εάν αντιμετωπιστούν με σύνεση και δημιουργικότητα μπορεί να οδηγήσουν σε ευεργετικές αλλαγές στο χώρο εργασίας. ^[37] Η όξυνση κρίσιμων ζητημάτων επιφέρει σημαντικές αλλαγές οι οποίες ωφελούν τον οργανισμό ή την υγειονομική υπηρεσία. Οι αλλαγές αυτές πιθανό να αφορούν στον τρόπο διαχείρισης των ασθενών, στη διαχείριση των διαφόρων καταστάσεων που προκύπτουν, στη βελτίωση της επικοινωνίας των μελών μιας ομάδας καθώς και στον τρόπο της οργάνωσης και της τυποποίησης της εργασίας.

Οι συγκρούσεις πιθανόν να καταστούν πολύτιμες για τα άτομα ή τις ομάδες, δεδομένου ότι προωθούν τη δημιουργικότητα και την καινοτομία, παρέχουν ενέργεια και κίνητρο, προσφέροντας παράλληλα την ευκαιρία για προσωπική ανάπτυξη και υγιείς σχέσεις μεταξύ των μελών της ομάδας, αφού αυξάνουν την ομαδική συνοχή και ενθαρρύνουν την αυτο-εξέταση υπό την έννοια ότι πυροδοτούν γόνιμες εσωτερικές διεργασίες. Σε ότι αφορά στον οργανισμό, οι συγκρούσεις αυτές οδηγούν στην ανάδειξη των βαθύτερων προβλημάτων, στην επαναξιολόγηση της διαμορφωμένης κατάστασης και στη δημιουργική επίλυση των ζητημάτων, δημιουργώντας ένα ωφέλιμο επίπεδο έντασης και ανταγωνισμού. Από τα παραπάνω συνάγεται ότι η σύγκρουση, όταν αντιμετωπίζεται κατάλληλα μπορεί να λειτουργήσει ως μια θετική δύναμη εξέλιξης και προαγωγής των ατόμων αλλά και των οργανισμών. ^[35,44]

Για τους περισσότερους ανθρώπους η λέξη σύγκρουση ερμηνεύεται αρνητικά είτε αυτή εκδηλώνεται σε προσωπικό είτε σε επαγγελματικό επίπεδο. Η άμεση και εποικοδομητική διαχείριση των συγκρούσεων, συμβάλλει στην ικανότητα των εργαζομένων να ολοκληρώσουν επιτυχώς τα καθήκοντα που απορρέουν από το ρόλο τους. Στην αντίθετη περίπτωση, όταν δεν αντιμετωπίζονται εποικοδομητικά, οι εργαζόμενοι έρχονται αντιμέτωποι με αύξηση του εργασιακού στρες, με μείωση της παραγωγικότητάς τους και πτώση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών τους. ^[14]

4.2. Αρνητικά αποτελέσματα

Η μερική επίλυση ή η αναποτελεσματική έκβαση της σύγκρουσης αποτελεί σοβαρό πρόβλημα στον τομέα της υγείας. Συχνά η σύγκρουση απεικονίζεται ως συνάρτηση της προσωπικότητας.

Αποτυπώνει δηλαδή, το στυλ της προσωπικότητας και τα ποιοτικά στοιχεία του χαρακτήρα. Όταν οι εργαζόμενοι λειτουργούν σε περιβάλλον σεβασμού των συναδέλφων, των προϊσταμένων αλλά και των υφισταμένων, οι διενέξεις και οι διαφωνίες δεν εξελίσσονται σε οξείες συγκρουσιακές καταστάσεις.^[14]

Η φύση της εργασίας των επαγγελματιών του τομέα υγείας είναι δύσκολη και για το λόγο αυτό οι εργασιακές συγκρούσεις σχετίζονται ισχυρά με τη «συναισθηματική εξάντληση».^[45] Με τον όρο αυτό νοείται το σύνδρομο σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης, στο πλαίσιο του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον καθώς και τα θετικά συναισθήματα για τους ασθενείς, σταματά να είναι ικανοποιημένος από την εργασία και την απόδοσή του και τέλος αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του.^[46] Ιδιαίτερα σε ότι αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό, η εργασία από ένα επάγγελμα με υψηλή κοινωνική προσφορά, καταντά μια καταναγκαστική απασχόληση. Ουσιαστικά πρόκειται για μία έντονη διάσταση μεταξύ του ρόλου που το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να διαδραματίσει και των προσδοκιών που έχουν διαμορφωθεί σχετικά με το αποτέλεσμα της εργασίας του. Μελέτη που διεξήχθη από την Καϊτελίδου και συν, σε παιδιατρικά νοσοκομεία της Ελλάδας το 2012 και αφορούσε στη διαχείριση των συγκρούσεων και στην ικανοποίηση από την εργασία έδειξε ότι, ο μεγάλος φόρτος εργασίας για τις νοσηλεύτριες σχετίζεται με την πρόθεση να αλλάξουν επάγγελμα αν αυτό ήταν δυνατό.^[34] Επομένως, οι συγκρούσεις αποτελούν πηγή χρόνιου στρες, επιφέρουν ψυχολογική δυσφορία, προκαλούν έντονο άγχος στους επαγγελματίες υγείας και δημιουργούν τις κατάλληλες προϋποθέσεις για αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση.^[46]

Γίνεται εύκολα κατανοητό ότι σε ένα τέτοιο περιβάλλον αυξάνεται η πιθανότητα της επαγγελματικής εξουθένωσης του εργαζόμενου, με παρεπόμενα τη μείωση της αυτοεκτίμησης και του αυτοσεβασμού του.^[46] Όταν ο επαγγελματίας υγείας αντιμετωπίζει τις συγκεκριμένες συνθήκες, επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή του στον τομέα της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών μειώνεται η εργασιακή ικανοποίηση, εμποδίζεται η αποτελεσματικότητα της ομάδας, αλλά και ολόκληρου του οργανισμού.^[34,47]

Όταν τα άτομα εμπλέκονται σε διαπροσωπικές συγκρούσεις τείνουν να έχουν κενά μνήμης, λιγότερη ικανότητα συγκέντρωσης, αργή επούλωση τραυμάτων και μειωμένη θερμιδική πρόσληψη. Το στρες μπορεί να παράγει ψυχοσωματικές ασθένειες, όπως πόνο στο στομάχι, πονοκέφαλο, κατάθλιψη και άγχος. Υπονομεύεται η αυτοεκτίμηση του ατόμου και το επίπεδο εμπιστοσύνης του.^[29] Επίσης, η εμπλοκή σε διαδικασία σύγκρουσης σχετίζεται θετικά με την κατάθλιψη, και την απελπισία.^[48]

Εκτός από όλες τις πιθανές ψυχολογικές, συναισθηματικές και πρακτικές επιπτώσεις των συγκρούσεων στην εργασιακή πραγματικότητα ανακύπτει και το ζήτημα της δαπάνης που υφίσταται ο εργαζόμενος που εμπλέκεται σε σύγκρουση είτε άμεσα (δικαστικά έξοδα) είτε έμμεσα (απώλεια

φήμης).^[37] Σημαντική επίσης επίπτωση μιας σύγκρουσης είναι η μείωση της αλτρουιστικής συμπεριφοράς των ατόμων, στοιχείο εξαιρετικά σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας.^[33] Σε ακραίες καταστάσεις η σύγκρουση μπορεί να βλάψει μακροπρόθεσμα την ομαδική εργασία, τις επαγγελματικές και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Όταν τα άτομα ή οι ομάδες έχουν εμπλακεί σε σύγκρουση, η επικοινωνία μεταξύ τους καθίσταται δυσχερής ή γίνεται με δυσκολία, πολλές χρήσιμες πληροφορίες παρακρατούνται ή χάνονται και τέλος η επικοινωνία διακόπτεται.^[4]

Η σύγκρουση είναι πιθανό να μειώσει το βαθμό στον οποίο η αμοιβαία και συλλογική αλληλεπίδραση υπάρχει μέσα σε μια διεπαγγελματική ομάδα. Αυτό, με τη σειρά του, είναι πιθανό να οδηγήσει σε μείωση της απόδοσης των εργαζομένων ως μονάδες και κατ'επέκταση ολόκληρου του οργανισμού.^[47] Έτσι, οι συγκρουσιακές καταστάσεις πιθανό να αποβαίνουν δαπανηρές για έναν οργανισμό, διότι μειώνεται η παραγωγικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η απόδοση και το ηθικό των εργαζομένων, αυξάνονται τα ποσοστά σφάλματος διάγνωσης και περίθαλψης καθώς και οι απουσίες των εργαζομένων από την εργασία λόγω εντεινόμενης πίεσης που υφίστανται στο εργασιακό περιβάλλον τους.^[29,37]

Οι σχέσεις μεταξύ σύγκρουσης, υπερφόρτωσης και ασάφειας ρόλου καθώς και το εργασιακό άγχος φαίνεται να προκαλούν μείωση της παραγωγικότητας των εργαζομένων, ένταση, δυσαρέσκεια και ψυχολογική απόσυρση από την ομάδα εργασίας, γεγονός επιζήμιο για τη φροντίδα του ασθενή. Αισθάνονται ασυνεπείς ως προς το χρόνο που απαιτείται για να ολοκληρωθεί η εργασία, σε σχέση με τον διαθέσιμο χρόνο τους. Η υπερφόρτωση και η ασάφεια ρόλου έχει αρνητικές επιπτώσεις για τους εργαζομένους αφού επιφέρει αύξηση του στρες, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η διεπαγγελματική συνεργασία στο χώρο των υπηρεσιών υγείας.^[49]

Αρνητική συνέπεια των συγκρούσεων αποτελεί και η δυνητικά αρνητική επιρροή της οικογενειακής ζωής του ατόμου. Αυτό συμβαίνει όταν οι αρμοδιότητες της εργασίας στερούν στιγμές οικογενειακής επικοινωνίας λόγω της αδυναμίας του ατόμου να υιοθετήσει πολλαπλούς ρόλους, με συνέπεια να καταλήγει σε κατάσταση έντονου στρες ή ακόμη και σε ασθένεια. Στον αντίποδα, πιθανό να συμβεί και το αντίθετο. Δηλαδή, οικογενειακά προβλήματα είναι δυνατό να επιδρούν αρνητικά στο άτομο και να επηρεάζουν την εργασιακή του απόδοση.^[33] Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε Δημόσια Νοσοκομεία της Αθήνας από τον Κουράκο και συν, το 2012 και αφορούσε τη μελέτη ικανοποίησης φροντιστών υγείας, ανέφερε ότι οι απαιτήσεις της εργασίας τους επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στον εαυτό τους και τις οικογένειές τους, ενώ δε συμβαίνει το αντίθετο, δηλαδή τα οικογενειακά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο εργαζόμενος στον τομέα της υγείας, δε φαίνεται ότι επηρεάζουν την εργασία του.^[44]

Εν κατακλείδι, η ανίχνευση των αρχικών συμπτωμάτων της σύγκρουσης σε μια ομάδα είναι σημαντικό βήμα για την επίλυση προβλημάτων πριν φτάσουν σε δύσκολο διαχειρίσιμο στάδιο.^[32] Η

αποφυγή διαχείρισης μιας σύγκρουσης οδηγεί σε δυσλειτουργία τόσο του ατόμου όσο και του οργανισμού και συχνά επικρατεί θυμός και απόρριψη, ενώ μόλις επιλυθεί η σύγκρουση, όσοι εμπλέκονται αισθάνονται πιο ενωμένοι και ικανοί.^[29] Επομένως, οι εμπλεκόμενοι οφείλουν να μετατοπίζουν το κέντρο βάρους της συμπεριφοράς τους, από την πρόληψη στη διαχείριση των συγκρούσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

5.1 Ορισμοί

Διαχείριση συγκρούσεων είναι η συστηματική διαδικασία που έχει ως σκοπό, την εύρεση αμοιβαίων ικανοποιητικών αποτελεσμάτων για τα συγκρουόμενα μέρη. Τα αποτελέσματα αυτά βοηθούν την ομάδα ή τον οργανισμό να λειτουργεί πιο αποτελεσματικά και να επιτυγχάνει τους στόχους που έχουν τεθεί ^[50]. Το ζητούμενο για ένα υγιή οργανισμό είναι οι συγκρούσεις να αντιμετωπίζονται με σωστή διαχείριση αμέσως μόλις εμφανίζονται και όχι να επιλύονται αφού πρώτα εκδηλωθούν.

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2008 από την εταιρεία CPP GLOBAL, σε εννέα χώρες και ανέλυσε τη στάση των εργαζομένων σχετικά με τη σύγκρουση, έδειξε ότι, περίπου το 20% του εργασιακού χρόνου των εργαζομένων δαπανάται για τη διαχείριση των συγκρούσεων. Οι εργαζόμενοι στις ΗΠΑ δαπανούν 2,8 ώρες την εβδομάδα να ασχολούνται με συγκρούσεις, που ισοδυναμεί περίπου με 359 δισεκατομμύρια δολάρια σε αμειβόμενες ώρες. ^[36]

Βέβαια δεν υπάρχει ενιαίος τρόπος διαχείρισης μιας σύγκρουσης, δηλαδή, δεν υπάρχει κατάλληλη ή ακατάλληλη στρατηγική για την αντιμετώπισή της. Επομένως, είναι ευθύνη του ατόμου ή της ομάδας να επιλέξει τις καταλληλότερες στρατηγικές ανάλογα με το περιεχόμενο του προβλήματος και τους εμπλεκόμενους. Ο εντοπισμός και η αντιμετώπιση των συγκρούσεων σε πρώιμο στάδιο φαίνεται υψίστης σημασίας. ^[32]

Η διαχείριση των συγκρούσεων διαφοροποιείται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά που συνθέτουν τα εμπλεκόμενα μέρη. Σημαντικό χαρακτηριστικό διαφοροποίησης αποτελεί το φύλο. Οι γυναίκες επιλέγουν διαφορετικό στυλ επίλυσης συγκρούσεων από τους άνδρες, διότι υπάρχουν διαφορές στη μεταξύ τους κοινωνικοποίηση. Στερεοτυπικά, οι γυναίκες «διδάσκονται» από τη νεαρή τους ακόμα ηλικία, να οριοθετούν την προσωπικότητά τους εντός ενός διαμορφωμένου πλαισίου κοινωνικών, επαγγελματικών και διαπροσωπικών σχέσεων, ώστε τελικά παραμερίζουν τους προσωπικούς τους στόχους προκειμένου να ωφεληθούν οι άλλοι. Στον αντίποδα, οι άντρες «διδάσκονται» να έχουν κυρίαρχο και ελεγκτικό ρόλο στις σχέσεις τους, με συνέπεια να διεκδικούν σθεναρά, να επιτίθενται όπου κρίνουν ότι είναι απαραίτητο και να λειτουργούν με σχετική ανεξαρτησία. Η παραπάνω ειδοποιός διαφορά των δύο φύλων, ωθεί τις γυναίκες να ακολουθούν υποχωρητική στάση και τους άνδρες να γίνονται περισσότερο ανταγωνιστικοί. ^[51]

Η διοίκηση των συγκρούσεων (conflict management) αποτελεί βασική διάσταση της αποτελεσματικότητας μιας ομάδας. Βασίζεται στην αρχή ότι, ενώ οι συγκρούσεις είναι αναπόφευκτες, μπορεί να παράγουν θετικά αποτελέσματα. Η αποτελεσματική διαχείριση περιλαμβάνει τις διαδικασίες διάγνωσης των αιτιών, αξιολόγησης των συνεπειών, την κατανόηση των κινήτρων και των δύο πλευρών, την επιλογή της καταλληλότερης στρατηγικής δεδομένης της

κατάστασης και τέλος την ενίσχυση της γνώσης και της αποτελεσματικότητας σε όλα τα επίπεδα, ατομικό, ομαδικό και οργανισμού.^[52]

Οι περισσότεροι άνθρωποι δε διαθέτουν τις απαραίτητες ικανότητες και δεξιότητες, για να αντιμετωπίσουν τις συγκρούσεις αλλά και οι περισσότεροι οργανισμοί δεν έχουν δομήσει μια συγκεκριμένη διαδικασία αντιμετώπισης και διαχείρισης των συγκρούσεων. Για την επιτυχή διαχείριση απαιτούνται γνώσεις, ικανότητες και δεξιότητες.^[21]

Μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της συναισθηματικής νοημοσύνης και της διαχείρισης των συγκρούσεων. Σύμφωνα με τον Goleman D, το 1997, συναισθηματική νοημοσύνη είναι «...η ικανότητα να αναγνωρίζει κανείς τα δικά του συναισθήματα και αυτά των άλλων και να μπορεί να χειρίζεται αποτελεσματικά τόσο τα συναισθήματά του όσο και τις διαπροσωπικές του σχέσεις».^[53] Η συναισθηματική νοημοσύνη έχει αποδειχθεί ότι συσχετίζεται με επιτυχείς ηγετικές ικανότητες. Η αποτελεσματική επίλυση των συγκρούσεων, προϋποθέτει ότι το άτομο γνωρίζει τις μορφές σύγκρουσης του αντιπάλου, συμπάσχει με τις ανάγκες του, προκειμένου να διευκολυνθεί η επιθυμητή συμπεριφορά και τα αποτελέσματα.^[51] Οι στρατηγικές για την επίλυση των συγκρούσεων περιλαμβάνουν παρεμβάσεις από τους ηγέτες και ανάπτυξη πρωτοκόλλων διαχείρισης αυτών. Οι ατομικές στρατηγικές περιλαμβάνουν ανοιχτή και άμεση επικοινωνία, ώστε να βρεθούν λύσεις με σεβασμό στην προσωπικότητα της άλλης πλευράς.^[4]

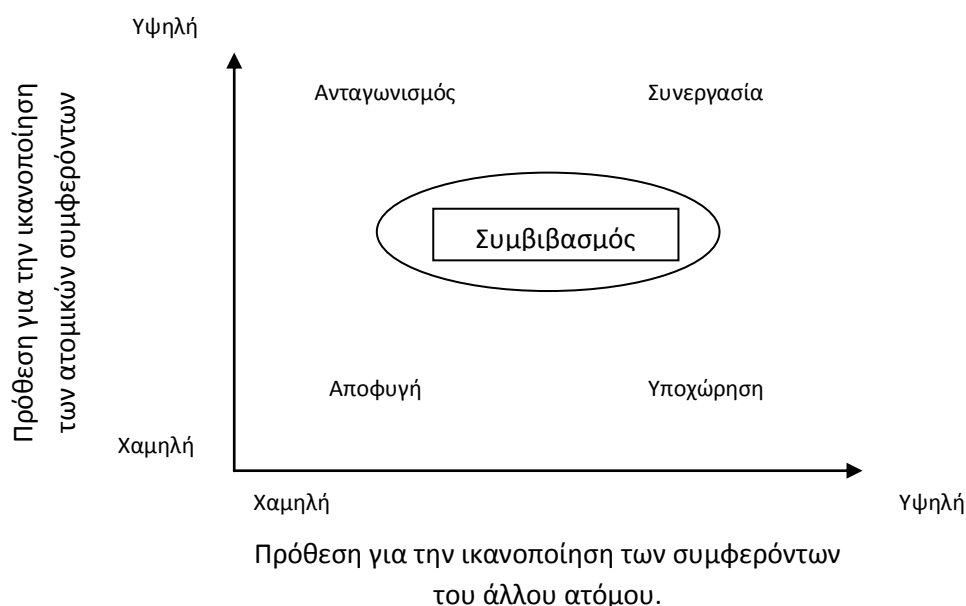
Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας της Π.Φ.Υ να βλέπουν τη σύγκρουση όχι ως κάτι που πρέπει να αποφεύγεται, αλλά ως κάτι που είναι καλό να διαχειρίζεται. Πρέπει να αναγνωρίσουν τη σύγκρουση ως μια δυνητική ευκαιρία για βελτίωση, ως μια ευκαιρία να ακούσουν τις ιδέες των άλλων.^[45]

5.2. Επίλυση της σύγκρουσης - Στρατηγικές επίλυσης

Αναφορικά με την αντιμετώπιση των συγκρούσεων τα άτομα τείνουν να εφαρμόζουν διάφορα μοντέλα συμπεριφοράς. Σύμφωνα με το διεθνές αναγνωρισμένο μοντέλο Thomas-Killman conflict model υπάρχουν πέντε κοινές προσεγγίσεις ή στρατηγικές για την επίλυση συγκρούσεων: ο ανταγωνισμός, η αποφυγή, η υποχώρηση, ο συμβιβασμός και η συνεργασία.^[54] Ειδικότερα:

- **Ανταγωνισμός - Competiting:** χρησιμοποιείται όταν η μια πλευρά ενδιαφέρεται για την επικράτηση των συμφερόντων της σε βάρος της άλλης πλευράς, αδιαφορώντας για το γενικό συμφέρον. Στόχος δεν είναι να συνεργαστούν οι δύο πλευρές, αλλά να κερδίσει η μια σε βάρος της άλλης. Δεν υπάρχει διάλογος και επικοινωνία μεταξύ των δύο συγκρουόμενων πλευρών, κυρίως όταν μεταξύ τους, υπάρχει σχέση υφισταμένου-προϊσταμένου. Χρησιμοποιείται συνήθως σε επείγουσες καταστάσεις, όταν απαιτείται μια γρήγορη απόφαση και δεν υπάρχει διαθέσιμος χρόνος για ανταλλαγή απόψεων.

- **Αποφυγή-Avoiding:** χρησιμοποιείται όταν το σημείο διαφωνίας είναι μικρής σημασίας και υποδηλώνει χαμηλό ενδιαφέρον για ατομικούς στόχους. Είναι κατάλληλη για περιπτώσεις όπου το θέμα της σύγκρουσης είναι ασήμαντο, το όφελος είναι μικρότερο από το κόστος, ή κάποιος προσπαθεί να κερδίσει χρόνο. Σε γενικές γραμμές, η αποφυγή στοχεύει σε αναβολή της διαπραγμάτευσης σε μελλοντικό χρονικό σημείο και περιλαμβάνει την απομάκρυνση από μια απειλή η οποία είναι αντιληπτή από όλα τα μέρη, με άμεση συνέπεια οι ατομικοί στόχοι αλλά και οι στόχοι τρίτων να μένουν απραγματοποίητοι. Δεν αποτελεί δραστική στρατηγική γιατί μπορεί να οδηγήσει στη διαιώνιση της σύγκρουσης.
- **Υποχώρηση -Accommodation:** Στη μέθοδο αυτή επιλέγεται η διατήρηση των καλών σχέσεων με την απέναντι πλευρά αφού η ικανοποίηση των συμφερόντων της άλλης πλευράς γίνεται σε βάρος των ατομικών συμφερόντων. Δεν είναι διεκδικητικός τρόπος, ούτε ευνοεί τη συνεργασία αλλά παρουσιάζεται ως πράξη καλής θέλησης.
- **Συμβιβασμός- Compromising:** Στο συμβιβασμό τα ενδιαφερόμενα μέρη προσπαθούν να «μοιράσουν τη διαφορά», ώστε να φτάσουν αμοιβαία σε κοινά αποδεκτές αποφάσεις που θα οδηγήσουν στην επίλυση του προβλήματος. Χαρακτηρίζεται από μερική ικανοποίηση των δύο μερών. Χρησιμοποιείται όταν οι βασικοί πρωταγωνιστές είναι το ίδιο ισχυροί και δίνεται μια προσωρινή λύση.
- **Συνεργασία-Collaborating-:** Η συνεργασία επικεντρώνεται στην εξεύρεση λύσης, όπου όλα τα εμπλεκόμενα μέρη προσπαθούν να φτάσουν σε αμοιβαίο όφελος και να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους. Είναι η ιδανική στρατηγική, ευεργετική στην αντιμετώπιση σημαντικών θεμάτων ή σχέσεων που δε μπορούν να τεθούν σε κίνδυνο, απαιτεί περισσότερο χρόνο αλλά ικανοποιεί και τις δύο πλευρές.



Σχ. 2. Στρατηγικές διαχείρισης των συγκρούσεων σε σχέση με την πρόθεση για ικανοποίηση των ατομικών συμφερόντων και συμφερόντων του άλλου ατόμου. Πηγή Killman and Thomas (1975)

Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο ή μια ομάδα επιλέγει να επιλύσει μια σύγκρουση μπορεί να επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την κατάσταση της άλλης πλευράς, δηλαδή από ποιο πρόσωπο ή ομάδα βρίσκεται «απέναντι» (εάν είναι προϊστάμενος, υφιστάμενος ή ομοιόβαθμος).^[14]

Κάθε ένα από τα πέντε παραπάνω μοντέλα μπορεί να είναι σωστό ή λάθος, σε διαφορετικές καταστάσεις και κάτω από διαφορετικές συνθήκες.

Υπάρχουν περιπτώσεις, όπου ένα άλλο μέλος του οργανισμού, όπως ένας συνάδελφος ή ο Διευθυντής μιας υπηρεσίας μπορούν να βοηθήσουν τη διαδικασία, αναλαμβάνοντας το ρόλο του διαμεσολαβητή. Εξωτερική βοήθεια (εκτός οργανισμού ή υπηρεσίας) παρέχεται ή χρειάζεται σπάνια, ωστόσο, αν υπάρχουν κάποια πρόσωπα που μπορούν να λειτουργήσουν ως διαμεσολαβητές, ίσως παρέχουν πολύτιμη βοήθεια, ώστε να επιλυθούν αποτελεσματικά οι συγκρούσεις. Έχει διαπιστωθεί από σχετικές έρευνες ότι, όταν οι διαχειριστές υιοθετούν ένα τύπο διαχείρισης συγκρούσεων που εστιάζει στην ικανοποίηση των αναγκών και των δύο μερών τότε οι εμπλεκόμενοι τείνουν να οικοδομήσουν μία σχέση βασιζόμενοι στην εμπιστοσύνη και το σεβασμό.^[17]

Ο ρόλος του διαμεσολαβητή αφορά κυρίως:

α) Στο καθορισμό των διαφορών. Ο αμερόληπτος διαμεσολαβητής διευκολύνει τις εμπλεκόμενες πλευρές να διαπιστώσουν και να συγκεκριμενοποιήσουν το πρόβλημα και τις διαστάσεις του.

β) Στη διευθέτηση των διαφορών των αντίπαλων μερών. Συχνά η σύγκρουση ευδοκιμεί όταν τα εμπλεκόμενα μέρη διεκδικούν συγκεκριμένα συμφέροντα, αρχές ή διαδικασίες. Ωστόσο όταν η διαμεσολάβηση δεν τελεσφορήσει υπάρχει η δυνατότητα χρήσης κάποιας άλλης διαδικασίας, όπως είναι για παράδειγμα η διαιτησία.

γ) Στη διαχείριση συγκρούσεων που συμβαίνουν για μακρά χρονικά διαστήματα και προβλέπεται ότι θα εξακολουθήσουν να υπάρχουν και στο μέλλον. Στην περίπτωση που τα άτομα ή οι ομάδες που εμπλέκονται στη σύγκρουση δε δείχνουν διάθεση για περιορισμό ή οριστική λύση της σύγκρουσης, η διαδικασία της διαμεσολάβησης είναι δυνατό να θέσει υπό έλεγχο τη διαμάχη καθιερώνοντας κατάλληλους κανόνες, δομές και τρόπους επικοινωνίας. Έτσι καθίσταται δυνατή η δυνατότητα εφαρμογής μιας μεθόδου επίλυσης στο άμεσο μέλλον.^[30]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6.1 Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του τρόπου επίλυσης των συγκρούσεων, των αιτιών και των συνεπειών τους στο περιβάλλον της Π.Φ.Υ. Επιπλέον εξετάστηκε ο ρόλος της εκπαίδευσης στη διαχείριση των συγκρούσεων, η διάσταση των προσδοκιών και τα επίπεδα προσδιορισμού ή και ασάφειας των ρόλων των επαγγελματιών υγείας στο χώρο εργασίας τους.

6.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τέθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- α) Είναι δυνατή η δημιουργία μιας έγκυρης και αξιόπιστης κλίμακας παραγόντων σύγκρουσης με βάση τα στοιχεία του ερευνητικού εργαλείου;
- β) Τα επίπεδα ασάφειας ρόλου και σύγκρουσης που βιώνουν οι εργαζόμενοι, είναι έντονα και υπαρκτά και σχετίζονται με το φύλο, το εκπαιδευτικό κλιμάκιο, και την επαγγελματική θέση;
- γ) Η πλημμελής εκπαίδευση, η διάσταση των προσδοκιών αναφορικά με το ρόλο, ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας και κυρίως σε ιατρούς και νοσηλευτές, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και η έλλειψη συγκεκριμένων γνώσεων και δεξιοτήτων, αποτελούν σημαντικούς εργασιακούς παράγοντες σύγκρουσης;

6.3 Υλικό και μέθοδος

6.3.1 Το δείγμα της έρευνας – Συλλογή των δεδομένων

Το δείγμα της έρευνας περιλάμβανε 220 επαγγελματίες υγείας (από το σύνολο των 290 επαγγελματιών υγείας (ΕΥ) που υπηρετούσαν στα Κέντρα Υγείας (ΚΥ) του νομού Θεσσαλονίκης), που δέχτηκαν να συμμετάσχουν εθελοντικά στη μελέτη μετά από προηγούμενη ενημέρωσή τους.

Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης λήφθηκε η άδεια της επιτροπής ειδικής σύνθεσης του Μεταπτυχιακού, αλλά και άδεια από τις Διοικήσεις της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας - Θράκης.

Προηγήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία με τις Υπεύθυνες νοσηλεύτριες των Κέντρων Υγείας. Στη συνέχεια η ερευνήτρια επισκέφτηκε τα ΚΥ και παρείχε στις Υπεύθυνες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας τα ερωτηματολόγια, τα οποία και διανεμήθηκαν στη συνέχεια στους επαγγελματίες υγείας. Διανεμήθηκαν συνολικά 290 ερωτηματολόγια, από τα οποία επιστράφησαν συμπληρωμένα τα 220

που αντιστοιχούσαν στο 75,86% των υπηρετούντων ΕΥ στα εν λόγω ΚΥ (Παράρτημα 2). Τα ερωτηματολόγια είχαν εμπιστευτικό χαρακτήρα, δεν έθιγαν ή δημοσιοποιούσαν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, διανεμήθηκαν και συλλέχθηκαν από τον Ιανουάριο έως και το Μάρτιο του 2016.

6.4 Το ερωτηματολόγιο

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα ήταν ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, αποτελούμενο από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος οι συμμετέχοντες παρείχαν δημογραφικές πληροφορίες καθώς και πληροφορίες σχετικές με την επαγγελματική τους ιδιότητα. Το δεύτερο μέρος αποτελείτο από ερωτήσεις, που αφορούσαν τη σύγκρουση ρόλων, την ασάφεια, και τη διαχείριση των συγκρούσεων. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί στις έρευνες των Κοντογιάννη και Γαλάνης το 2011 και Pavlakis και Kaitelidou το 2011, από τους οποίους ζητήθηκε και λήφθηκε η άδεια χρήσης του. Το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο είχε δημιουργηθεί από τους Tengilimoglu και Kisa το 2005 στην αγγλική γλώσσα. Ο έλεγχος αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου έγινε με το συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach που βρέθηκε ίσος με 0,75.^[27,39,58]

6.5 Στατιστική ανάλυση

Έγινε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση και δημιουργήθηκαν πίνακες συχνοτήτων για τις υπό εξέταση μεταβλητές. Η παρουσίαση των δεδομένων έγινε με μέσους όρους (ΜΟ) και σταθερές (τυπικές) αποκλίσεις (ΤΑ). Οι συγκρίσεις μεταξύ των υποομάδων πραγματοποιήθηκαν με τη δοκιμασία χ^2 για τις ποιοτικές μεταβλητές (έλεγχος τάσης) και με τη δοκιμασία t-test για τις ποσοτικές μεταβλητές (για δύο δείγματα) και ANOVA (ανάλυση διακύμανσης) για περισσότερα, ενώ ακολούθησε και post-hoc ανάλυση με τη δοκιμασία Bonferroni. Η ηλικία διχοτομήθηκε στο επίπεδο της διαμέσου τιμής (46 έτη). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p < 0,05$. Το στατιστικό πακέτο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το SPSS 22.0.

6.6 Περιορισμοί της μελέτης

Παρόλο που καταβλήθηκε προσπάθεια για αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, αυτό δεν κατέστη δυνατό σε όλες τις περιπτώσεις. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν στη διάρκεια βάρδιας, υπό χρονική πίεση, γεγονός που μπορεί να επηρέασε τις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας

6.7 Δομική εγκυρότητα και αξιοπιστία εργαλείου

Ανάλυση παραγόντων: Η καταλληλότητα των στοιχείων για την ανάλυση παραγόντων εξετάστηκε μέσω του μέτρου Kaiser–Meyer–Olkin (KMO), το οποίο εξετάζει τους μερικούς συσχετισμούς μεταξύ

των στοιχείων η δε αξία του πρέπει να είναι μεγαλύτερη του 0,60, προκειμένου να επιτευχθεί μια ικανοποιητική ανάλυση. Το αρχικό αποτέλεσμα σε αυτήν τη μελέτη για το KMO ήταν 0,83. Τα δεδομένα της έρευνας αναλύθηκαν αρχικά με τη μέθοδο ανάλυσης πρωταρχικών παραγόντων (Principal Components Analysis – PCA) με περιστροφή Varimax και υπολογίστηκαν οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των μεμονωμένων στοιχείων του ερωτηματολογίου και των παραγόντων (γνωστοί ως factor loadings). Ως κριτήριο για την επιλογή του αριθμού των παραγόντων που θα δημιουργούνταν χρησιμοποιήθηκαν οι χαρακτηριστικές ρίζες (ιδιοτιμές) (eigenvalues).

Η χαρακτηριστική ρίζα ενός παράγοντα μετρά τη διακύμανση όλων των άλλων μεταβλητών που ερμηνεύεται από τον παράγοντα αυτό. Χαμηλές τιμές της χαρακτηριστικής ρίζας υποδηλώνουν μικρή συμβολή του παράγοντα στην ερμηνεία των διακυμάνσεων των μεταβλητών. Για το λόγο αυτό είθισται να παραλείπονται παράγοντες με τιμές χαμηλότερες της μονάδας. Αποτέλεσμα της μεθόδου αυτής, ήταν ο καθορισμός τελικά ενός παράγοντα, που ερμηνεύει ποσοστό 28,60% της αρχικής συνολικής διακύμανσης. Οι παράγοντας αυτός, συσχετίζεται με ομάδες ερωτήσεων και δημιουργείται μια αθροιστική κλίμακα.

Ως όριο συσχέτισης για να συμπεριληφθεί ένα στοιχείο στην αθροιστική κλίμακα υιοθετήθηκε το 0,30. Σημειώνεται ότι το ποσοστό απάντησης ήταν άνω του 99% για όλες τις ερωτήσεις. Οι ελλείπουσες τιμές κάθε μεταβλητής αντικαταστάθηκαν από το μέσο όρο των απαντήσεων στην αντίστοιχη ερώτηση.

Η υποκλίμακα που ονομάστηκε «κλίμακα συγκρούσεων» αποτελείται συνολικά από 30 στοιχεία βαθμονομημένα σε 5βαθμη κλίμακα Likert και προέκυψε μετά από μετασχηματισμό (αντιστροφή βαθμολόγησης) των στοιχείων 14, 17, 18, 19, 22 και 25 του ερωτηματολογίου, έτσι ώστε υψηλότερη βαθμολογία να αντιστοιχεί σε ευνοϊκότερο περιβάλλον για την επίλυση των συγκρούσεων (μικρή ένταση συγκρουσιακών παραγόντων).

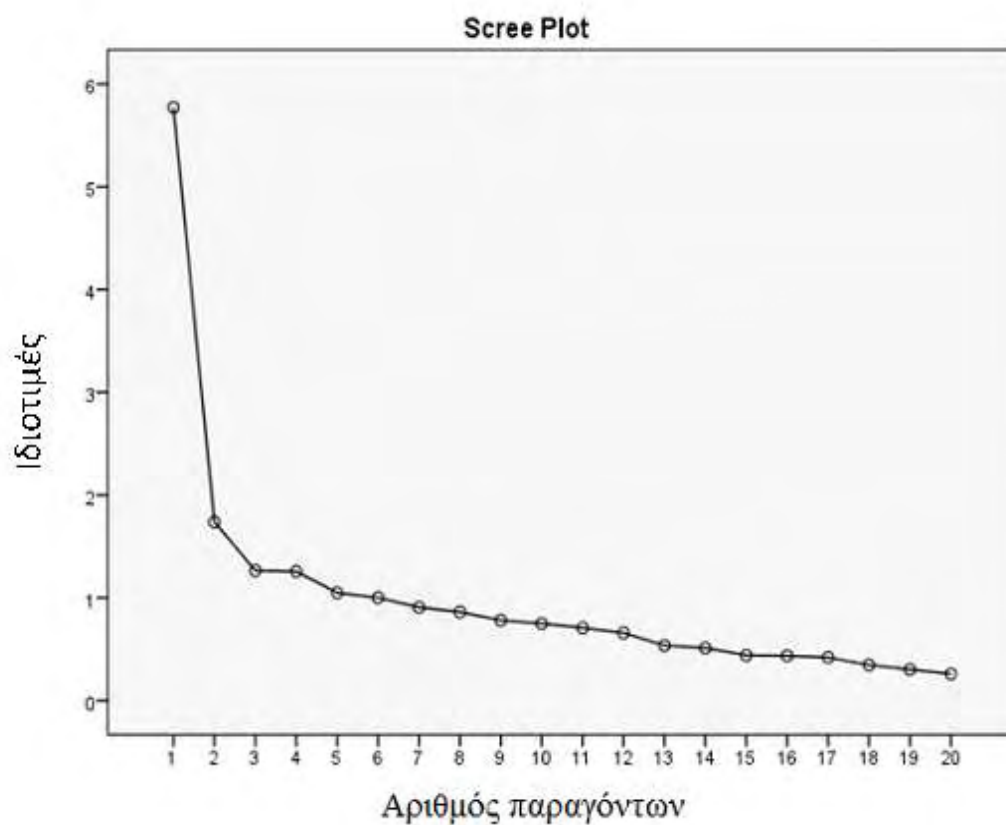
Στην περίπτωση που κάποιες ερωτήσεις (items) φόρτιζαν σε περισσότερους από έναν παράγοντες ή δεν ήταν δυνατός ο σχηματισμός αυτοτελών παραγόντων (αριθμός στοιχείων μικρότερος του 3), οι ερωτήσεις ταξινομούνταν στον τελικό παράγοντα. Η βαθμολογία του προέκυψε με άθροιση της βαθμολογίας σε κάθε ερώτηση, έτσι ώστε το 150 να είναι η μέγιστη τιμή (άκρως ευνοϊκό εργασιακό περιβάλλον) και 30 η χειρίστη δυνατή (άκρως δυσμενές εργασιακό περιβάλλον από άποψη παραγόντων σύγκρουσης). (Πιν. Α. Στοιχεία της κλίμακας και φορτίσεις, Γραφ. Α., ιδιοτιμές)

Πίν. Α. Στοιχεία της κλίμακας και φορτίσεις

Στοιχεία της κλίμακας	Φορτίσεις
11. Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο από τους ρόλους και τα καθήκοντα που σας έχουν ανατεθεί;	,769
12. Πόσο οι προσδοκίες σας από τον οργανισμό σχετίζονται με τις προσδοκίες του οργανισμού από εσάς;	,739
13.Ο οργανισμός ανταποκρίνεται αρνητικά στην πιθανή συμμετοχή ή δραστηριότητα σας σε άλλους επαγγελματικούς οργανισμούς(π.χ. ΕΝΕ, επιστημονικές εταιρείες, Ε.Σ.Ν.Ε.);	,317
14. Πιστεύετε ότι ο φόρτος εργασίας σας είναι μεγαλύτερος σε σύγκριση με το φόρτο εργασίας άλλων επαγγελματικών ομάδων;	,353
15. Πιστεύετε ότι οι αποδοχές σας είναι αρκετές για να σας παρακινήσουν ικανοποιητικά δεδομένου του φόρτου εργασίας σας;	,579
16. Η σημερινή σας εργασία μοιάζει καθόλου με την εντύπωση που έχετε για την ιδανική για εσάς εργασία;	,689
17. Πιστεύετε ότι θα ήσασταν περισσότερο χαρούμενος, ήρεμος και αποδοτικός αν εργαζόσασταν σε άλλο επάγγελμα από το σημερινό;	,445
18. Αν δέχεστε εντολές από περισσότερους από έναν υπεύθυνους, αυτό επηρεάζει την παραγωγικότητα σας αρνητικά;	,440
19. Αν δέχεστε εντολές από περισσότερους από έναν προϊσταμένους, αυτό προκαλεί συγκρούσεις μεταξύ τους;	,510
20. Θεωρείτε την εξουσία που σας έχει δοθεί επαρκή για να διεκπεραιώσετε τα καθήκοντα σας;	,651
21. Πόσο θεωρείτε ότι οι θεσμοθετημένοι κανονισμοί καθορίζουν με σαφήνεια τα καθήκοντα σας και βοηθούν να τα εκτελέσετε αποδοτικά;	,659
22. Έχετε συγκρούσεις με άλλους επαγγελματίες εξαιτίας της συνεργασίας που χαρακτηρίζει την παραγωγή υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία;	,413
23. Όταν λαμβάνετε επαγγελματικές αποφάσεις πόσο αυτόνομοι και ανεξάρτητοι νιώθετε υπό την έννοια ότι δεν αισθάνεστε πιεσμένοι, κατευθυνόμενοι ή παρεμποδιζόμενοι;	,387
24. Κατά πόσο η κατανομή των πόρων πραγματοποιείται δίκαια μεταξύ των τμημάτων;	,341
25.Πόσο οι διαφορές στο επίπεδο εκπαίδευσης οδηγούν σε προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων;	,382
26. Είναι τα μηνύματα σας αντιληπτά και οι επαγγελματικές προσδοκίες σας κοινές με άλλες επαγγελματικές ομάδες;	,432
27. Θεωρείτε ότι λαμβάνεται τις επιβραβεύσεις/ανταμοιβές ανάλογα με την απόδοση στην εργασία σας ;(πρόωρη προαγωγή, άδειες, εκτίμηση κ.λ.π.)	,667
28. Θεωρείτε ότι υπάρχουν δίκαιες ανταμοιβές μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων;	,618
29. Πόση επίγνωση έχει η διοίκηση του νοσοκομείου για τη συνεισφορά σας στην παροχή υπηρεσιών υγείας;	,637
30.Πόσο η προαγωγή και η επαγγελματική εξέλιξη σχετίζονται με τις προσδοκίες σας;	,509
Cronbach's a	0,83

Στο γράφημα φαίνεται η υψηλή ιδιοτιμή του ενός (πρώτου) παράγοντα, στον οποίο και τελικά συμπεριελήφθησαν τα στοιχεία του ερωτηματολογίου με ικανοποιητικές (άνω του 0.30) φορτίσεις.

Γραφ. Α. Οι ιδιοτιμές



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γυναίκες ήταν το 81,0% του δείγματος. Το 77,4% εργαζόταν για περισσότερα από 10 χρόνια, ενώ Μεταπτυχιακές σπουδές είχε συνολικά το 10,9%. Διοικητική θέση κατείχε το 9,6%. (Πιν. 1)

Πίνακας 1. Δημογραφικά και Γενικά Εργασιακά Χαρακτηριστικά του Δείγματος

	N	%
Φύλο		
Άντρας	42	19,0
Γυναίκα	178	81,0
Σύνολο	220	100,0
Χρονική διάρκεια εργασίας		
0-2	12	5,4
3-5	11	5,0
6-10	27	12,2
>10	170	77,4
Σύνολο	220	100,0
Επίπεδο σπουδών		
Δίπλωμα/ Πτυχίο	197	89,1
MsC	18	8,1
PhD	5	2,8
Σύνολο	220	100,0
Έχετε διοικητική θέση;		
Ναι	21	9,6
Όχι	199	90,4
Σύνολο	220	100,0
Αν ναι προσδιορίστε:		
Αναπληρωτής προϊστάμενος	2	0,9
Προϊστάμενος	4	1,8
Αναπληρωτής Διευθυντής	5	2,3
Διευθυντής	5	2,3
Άλλο	5	2,3
Σύνολο	21	9,6*
*Του συνόλου των 220		

Οι νοσηλευτές ΤΕ αποτελούσαν το 26,2% του δείγματος και οι ιατροί το 27,6%. (Πιν 2.)

Πίνακας 2. Κατηγορία Επαγγελματιών Υγείας

Επάγγελμα	N	%
Ιατρός	61	27,6
Νοσηλευτής ΤΕ	58	26,2
Επισκέπτης Υγείας	11	5,0
Βοηθός Νοσηλευτή	22	10,0
Μαία/Μαιευτής	23	10,4
<i>Δεν απάντησαν</i>	10	4,5
Άλλο	35	16,3
Σύνολο	220	100,0

Στον πίνακα 3 παρουσιάζεται η σχετική συμμετοχή κάθε Κέντρου Υγείας στο δείγμα. Το ΚΥ Θέρμης αντιπροσωπεύεται στο δείγμα με 18,2% και έπεται το ΚΥ Ευόσμου με 15,9%.

Πίνακας 3. Τα Κέντρα Υγείας του δείγματος

Κέντρα Υγείας	N	%
ΚΥ Ζαγκλιβερίου	24	10,9
ΚΥ Μαδύτου	13	5,9
ΚΥ Λαγκαδά	26	11,8
ΚΥ Σοχού,	11	5,0
ΚΥ Διαβατών	20	9,1
ΚΥ Κουφαλίων	18	8,2
ΚΥ Χαλάστρας	14	6,4
ΚΥ Θέρμης	40	18,2
ΚΥ Μηχανιώνας	19	8,6
ΚΥ Ευόσμου	35	15,9
Σύνολο	220	100,0

Το 74,7% δεν είχε ενημερωθεί για θέματα διαχείρισης συγκρούσεων, ενώ το 32% όσων ενημερώθηκαν, το έπραξαν μετά την απόκτηση του βασικού πτυχίου. (Πιν. 4)

Πίνακας 4. Ενημέρωση σχετικά με θέματα Διαχείρισης Συγκρούσεων

Έχετε ενημερωθεί ποτέ για θέματα διαχείρισης συγκρούσεων κατά τη διάρκεια των σπουδών σας μετά το Γυμνάσιο/ Λύκειο;	N	%
Ναι	56	25,3
Όχι	164	74,7
Σύνολο	220	100,0
Αν ναι, πότε;		
Σχολή διетуός φοίτησης	4	9,5
ΑΕΙ/ ΤΕΙ	20	47,6
Μεταπτυχιακό	8	19,0
Άλλο	10	23,9
Σύνολο	42	100,0

Στον πίν. 5 παρουσιάζονται τα εμπλεκόμενα μέλη στις συγκρούσεις και η πλειονότητα των συμμετεχόντων αναφέρει ότι οι συγκρούσεις προκύπτουν μεταξύ συναδέλφων (47,7%) και με άλλες επαγγελματικές ομάδες (39,5%). Συνεπώς, η πλειονότητα των συγκρούσεων αφορά σε συγκρούσεις κυρίως μεταξύ επαγγελματιών υγείας. Συγκρούσεις με τη Διοίκηση των μονάδων Π.Φ.Υ/ νοσοκομείου αναφέρει το 15,5%, με Προϊσταμένους το 25% και Υφισταμένους το 12,3%.

Πίνακας 5. Εμπλεκόμενα Μέλη σε Συγκρούσεις

Με ποιους έχετε συγκρούσεις στις μονάδες Π.Φ.Υ/ νοσοκομείο συνήθως:	N
Συναδέλφους	47,7
Άλλες επαγγελματικές ομάδες	39,5
Αν ναι προσδιορίστε:	
Ιατρός	18,6
Νοσηλεύτης Π.Ε	4,5
Νοσηλεύτης Τ.Ε	13,1
Βοηθός νοσηλεύτη	5,9
Διοικητικός υπάλληλος	12,2
Άλλη επαγγελματική ομάδα	17,2
Προϊσταμένους	25,0
Υφισταμένους ή με εκείνους που έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο από εμένα αλλά ανήκουν στη ίδια επαγγελματική κατηγορία.	12,3
Διοίκηση των μονάδων Π.Φ.Υ (ανώτερα διοικητικά στελέχη).	15,5

Η αποφυγή (67,3%), η διαπραγμάτευση με αμοιβαίο όφελος (43,6%) και η «διαιτησία» (18,2%) είναι οι κυριότεροι τρόποι διαχείρισης της σύγκρουσης. Διεκδικητικότητα εκφράζεται από το 15,0% και «συμβιβασμός» επίσης από το 15,0%. (Πιν 6.)

Πίνακας 6. Τρόποι Διαχείρισης σε Σύγκρουση

Τι είδους συμπεριφορά εκδηλώνετε όταν είσαστε σε σύγκρουση;*	%
Συνήθως διεκδικώ μέχρι να κερδίσω.	15,0
Συνήθως συμβιβάζομαι.	15,0
Προσπαθώ να αποφύγω την σύγκρουση.	67,3
Αποδέχομαι την επιθυμία της αντίθετης πλευράς απευθύνομαι σε κάποιο άλλο πρόσωπο ως κριτή-μεσολαβητή	7,7
Διαπραγματεύομαι για αμοιβαίο όφελος με την αντίθετη πλευρά.	43,6
Απευθύνομαι σε κάποιο άλλο πρόσωπο ως κριτη-μεσολαβητή για την επίλυση της σύγκρουσης	18,2
*Λόγω πολλαπλών απαντητικών δυνατοτήτων, τα ποσοστά δεν αθροίζονται	

Οι Συνάδελφοι ή οι Προϊστάμενοι και οι Διευθυντές της υπηρεσίας επιλέγονται κυρίως ως «διαιτητές» για τη σύγκρουση με ποσοστά 39,1%, 41,4% και 22,3% αντίστοιχα. (πιν 7.)

Πίνακας 7. Επιλογή Τρίτου Προσώπου ως Κριτή της Σύγκρουσης

Εάν ήταν να επιλέξετε ένα άλλο πρόσωπο ως κριτή για την επίλυση της σύγκρουσης ποιόν θα επιλέγατε;*	%
Συνάδελφο	39,1
Προϊστάμενο	41,4
Διευθυντή υπηρεσίας	22,3
Διευθυντή Ιατρό	16,4
Άτομο από άλλο επάγγελμα	3,6
Οποιονδήποτε	3,6
*Λόγω πολλαπλών απαντητικών δυνατοτήτων, τα ποσοστά δεν αθροίζονται	

Στον πίν. 8 παρουσιάζονται οι τακτικές διαχείρισης των συγκρούσεων που ακολουθεί η διοίκηση. Η επίλυση του προβλήματος και η προσέγγιση σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία χρησιμοποιείται από τη Διοίκηση για την επίλυση των συγκρούσεων κατά την άποψη του 47,3% και του 39,5% των συμμετεχόντων αντίστοιχα. Φαινόμενα αυταρχισμού διαπιστώνονται από το 19,1% των συμμετεχόντων.

Πίνακας 8. Η Τακτική της Διοίκησης για την Επίλυση της Σύγκρουσης

Τι είδους προσέγγιση χρησιμοποιεί η διοίκηση για την επίλυση των συγκρούσεων σε προσωπικό ή ομαδικό επίπεδο;	%
Αυταρχική	19,1
Ειρηνευτική	34,1
Επίλυση προβλήματος	47,3
Σύμφωνη με την ισχύουσα νομοθεσία και τους κανονισμούς για τους επαγγελματίες υγείας	39,5
Τάσσεται υπέρ της πλειοψηφίας	16,4

Ο μεγάλος φόρτος εργασίας, οι χαμηλές αποδοχές και οι εντολές από διαφορετικούς υπευθύνους μαζί με τα θεσμικά κενά αποτελούν σημαντικούς οργανωτικούς παράγοντες συγκρούσεων, καθώς αναφέρονται σε έντονο βαθμό, από την πλειονότητα του δείγματος. (Πιν 9.)

Πίνακας 9. Οργανωτικοί Παράγοντες που Προκαλούν Συγκρούσεις

Οργανωτικοί παράγοντες που προκαλούν συγκρούσεις					
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο από τους ρόλους και τα καθήκοντα που σας έχουν ανατεθεί;	6,4	10,5	38,4	34,2	10,5
Πόσο οι προσδοκίες σας από τον οργανισμό σχετίζονται με τις προσδοκίες του οργανισμού από εσάς;	11,8	23,6	38,2	23,2	3,2
Ο οργανισμός ανταποκρίνεται αρνητικά στην πιθανή συμμετοχή ή δραστηριότητα σας σε άλλους επαγγελματικούς οργανισμούς (π.χ. Ε.Σ.Ν.Ε., επιστημονικές εταιρείες);	46,6	16,0	27,9	6,8	2,7

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Πιστεύεται ότι ο φόρτος εργασίας σας είναι μεγαλύτερος σε σύγκριση με το φόρτο εργασίας άλλων επαγγελματικών ομάδων;	21,4	12,3	20,9	22,7	22,7
Πιστεύετε ότι οι αποδοχές σας είναι αρκετές για να σας παρακινήσουν ικανοποιητικά δεδομένου του φόρτου εργασία σας;	42,7	18,6	26,8	9,1	2,7
Η σημερινή σας εργασία μοιάζει καθόλου με την εντύπωση που έχετε για την ιδανική για εσάς εργασία;	28,6	20,9	28,2	17,7	4,5
Πιστεύετε ότι θα ήσασταν περισσότερο χαρούμενος, ήρεμος και αποδοτικός αν εργαζόσασταν σε άλλο επάγγελμα από το σημερινό;	34,1	17,3	19,1	18,2	11,4
Αν δέχεστε εντολές από περισσότερους από έναν υπεύθυνους, αυτό επηρεάζει την παραγωγικότητα σας αρνητικά;	17,3	11,8	15,0	34,5	21,4
Αν δέχεστε εντολές από περισσότερους από έναν προϊσταμένους, αυτό προκαλεί συγκρούσεις μεταξύ τους;	19,1	13,6	19,5	30,9	16,8
Θεωρείτε την εξουσία που σας έχει δοθεί επαρκή για να διεκπεραιώσετε τα καθήκοντα σας;	15,0	14,5	33,6	29,1	7,7
Πόσο θεωρείτε ότι οι θεσμοθετημένοι κανονισμοί καθορίζουν με σαφήνεια τα καθήκοντα σας και βοηθούν να τα εκτελέσετε αποδοτικά;	27,7	31,8	26,8	10,9	2,7
Έχετε συγκρούσεις με άλλους επαγγελματίες εξαιτίας της συνεργασίας που χαρακτηρίζει την παραγωγή υπηρεσιών υγείας στις μονάδες Π.Φ.Υ/νοσοκομεία;	32,7	30,5	22,3	9,1	5,5
Όταν λαμβάνετε επαγγελματικές αποφάσεις πόσο αυτόνομοι και ανεξάρτητοι νιώθετε υπό την έννοια ότι δεν αισθάνεστε πιεσμένοι, κατευθυνόμενοι ή παρεμποδιζόμενοι;	17,7	22,3	32,7	18,6	8,6
Κατά πόσο η κατανομή των πόρων πραγματοποιείται δίκαια μεταξύ των τμημάτων;	25,1	20,1	37,4	14,6	2,7

Στον πίν. 10 παρουσιάζονται οι αναφερόμενοι παράγοντες πρόκλησης συγκρούσεων. Η άγνοια της διοίκησης για τις προσφερόμενες υπηρεσίες, η ανισότητα των αμοιβών και η αναντιστοιχία τους με την προσφερόμενη εργασία, όπως και οι χαμηλές προσδοκίες εξέλιξης αποτελούν επιπρόσθετους παράγοντες συγκρούσεων.

Πίνακας 10. Ανταμοιβή, εκπαίδευση και Συγκρούσεις

Παράγοντες που προκαλούν συγκρούσεις					
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Πόσο οι διαφορές στο επίπεδο εκπαίδευσης οδηγούν σε προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων;	10,9	20,9	24,1	29,1	15,0
Είναι τα μηνύματα σας αντιληπτά και οι επαγγελματικές προσδοκίες σας κοινές με άλλες επαγγελματικές ομάδες;	12,3	16,4	40,9	26,4	4,1
Θεωρείτε ότι λαμβάνεται τις επιβραβεύσεις/ανταμοιβές ανάλογα με την απόδοση στην εργασία σας ; (πρόωρη προαγωγή, άδειες, εκτίμηση κλπ.)	25,0	20,0	24,5	13,2	7,3
Θεωρείτε ότι υπάρχουν δίκαιες ανταμοιβές μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων;	47,3	24,1	19,5	7,7	1,4
Πόση επίγνωση έχει η διοίκηση των μονάδων Π.Φ.Υ/ νοσοκομείου για τη συνεισφορά σας στην παροχή υπηρεσιών υγείας;	31,4	27,3	19,5	16,8	5,0
Πόσο η προαγωγή και η επαγγελματική εξέλιξη σχετίζονται με τις προσδοκίες σας;	27,7	23,2	28,2	15,9	5,0

Η σαφής κατανομή των αρμοδιοτήτων και η «ακρόαση» και των δύο πλευρών αποτελούν τις κύριες προτάσεις των συμμετεχόντων για την επίλυση της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ.

(Πιν. 11)

11. Προτάσεις για την Επίλυση της Σύγκρουσης στο Χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ/ Νοσοκομείου

Προτάσεις για την επίλυση της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ/ νοσοκομείου	N	%
Δίκαιη κατανομή των πόρων	2	0,9
Η επικοινωνία και η συνεργασία πρέπει να εδραιωθούν στον οργανισμό.	20	9,0
Οι αιτίες των συγκρούσεων πρέπει να εντοπιστούν και οι δύο πλευρές θα πρέπει να ακούγονται	35	15,8
Δίκαιη προσέγγιση στην ανταμοιβή και στην τιμωρία	12	5,4
Διενέργεια συνεδριάσεων (για την επίλυση συγκρούσεων)	7	3,2
Όχι διακρίσεις, η διοίκηση πρέπει να παραμένει ουδέτερη	23	10,4
Σαφής κατανομή αρμοδιοτήτων	46	20,8
Λιγότερες πολιτικές σκοπιμότητες στο χώρο εργασίας	20	9,0
Επαγγελματικό management πρέπει να εγκαθιδρυθεί και να έχει τον έλεγχο, τα τμήματα πρέπει να είναι αυτόνομα	21	9,5
Σεβασμός στα ατομικά δικαιώματα και στην επαγγελματική εξέλιξη	24	10,9
Δίκαιες αποδοχές	6	2,7

Οι κυριότερες, στατιστικά σημαντικές διαφορές, σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά αφορούν στην τακτική επίλυσης της σύγκρουσης. Σχετίζονται με το φύλο, το επίπεδο σπουδών, το επάγγελμα και τα έτη υπηρεσίας.

Συγκεκριμένα, οι κατέχοντες Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών θα διαπραγματεύονταν συχνότερα για αμοιβαίο όφελος με την αντίθετη πλευρά και θα επέλεγαν πιο εύκολα τον διευθυντή της υπηρεσίας ως κριτή. Αντίθετα, οι έχοντες περισσότερα χρόνια υπηρεσίας και μεγαλύτερη ηλικία δυσκολότερα θα προσέφευγαν σε τρίτο άτομο για τη διευθέτηση της σύγκρουσης

Οι ιατροί, σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες επαγγελματιών υγείας θα επέλεγαν συχνότερα ιατρούς ως κριτές της σύγκρουσης (σε ποσοστό 34,5%), όταν οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας θα το έπρατταν σε ποσοστό μικρότερο του 10%.

Κανένας κάτοχος διοικητικής θέσης δε θα απευθυνόταν σε κάποιο άλλο πρόσωπο ως κριτή-μεσολαβητή για την επίλυση της σύγκρουσης.

Οι άνδρες αναφέρουν συχνότερες συγκρούσεις με διοικητικά στελέχη, συμβιβάζονται ωστόσο συχνότερα από τις γυναίκες. Οι γυναίκες δύσκολα θα επέλεγαν το διευθυντή ιατρό ως κριτή(13,5%), έναντι του 28,5% των ανδρών συναδέλφων τους. (Πιν. 12)

Πίνακας 12. Λίαν σημαντικές διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και ερωτήσεων του ερωτηματολογίου

Χαρακτηριστικό	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Τιμή p ^α
	N (%)	N (%)	
Φύλο	Συγκρούσεις με διοίκηση των μονάδων Π.Φ.Υ/ νοσοκομείου		
Άνδρας	12 (28,5)	30 (71,5)	0,017
Γυναίκα	22 (12,4)	156 (87,6)	
Φύλο	Διευθυντής ιατρός ως κριτής		
Άνδρας	12 (28,5)	30 (71,5)	0,032
Γυναίκα	24 (13,5)	154 (86,5)	
Χρονική διάρκεια εργασίας	Διευθυντής ιατρός ως κριτής		
0-2 έτη	6 (50)	6 (50)	0,007
3-5 έτη	4 (36,3)	7 (63,7)	
6-10 έτη	5 (18,5)	22 (81,5)	
>10 έτη	21(12,3)	149 (87,6)	
Επίπεδο σπουδών	Διευθυντής υπηρεσίας ως κριτής		
Βασικό πτυχίο	39 (24,8)	158 (75,2)	0,02
Μεταπτυχιακό	50 (43,6)	13 (56,5)	
Επάγγελμα	Διευθυντής ιατρός ως κριτής		
Ιατρός	21 (34,5)	40 (65,5)	0,001
Νοσηλεύτης	1 (1,7)	57 (98,3)	
Επισκέπτης Υγείας	1 (9)	10 (91)	
Βοηθός Νοσηλεύτη	0 (0)	22 (100)	
Μαία - Μαιευτής	2 (8,7)	21 (91,3)	
Άλλο	1 (10)	9 (90)	

Διοικητική θέση	Συναδέλφους ως κριτές		
Ναι	17 (80,9)	4 (19,1)	0,003
Όχι	88 (44,2)	111 (55,8)	
Ηλικία	Άλλες επαγγελματικές ομάδες ως κριτές		
≤46 έτη	57 (49,1)	59 (50,9)	0,003
>46 έτη	30 (28,8)	74 (71,2)	
Διοικητική θέση	Απευθύνομαι σε κάποιο άλλο πρόσωπο ως κριτή-μεσολαβητή για την επίλυση της σύγκρουσης		
Ναι	0 (0)	21 (100)	0,008
Όχι	40 (20)	159 (80)	
Επίπεδο σπουδών	Διαπραγματεύομαι για αμοιβαίο όφελος με την αντίθετη πλευρά		
Βασικό πτυχίο	81 (41)	116 (59)	0,047
Μεταπτυχιακό	15 (65)	8 (35)	
Φύλο	Συνήθως συμβιβάζομαι		
Άνδρας	15 (35,5)	27 (64,5)	0,001
Γυναίκα	18 (11)	160 (89)	

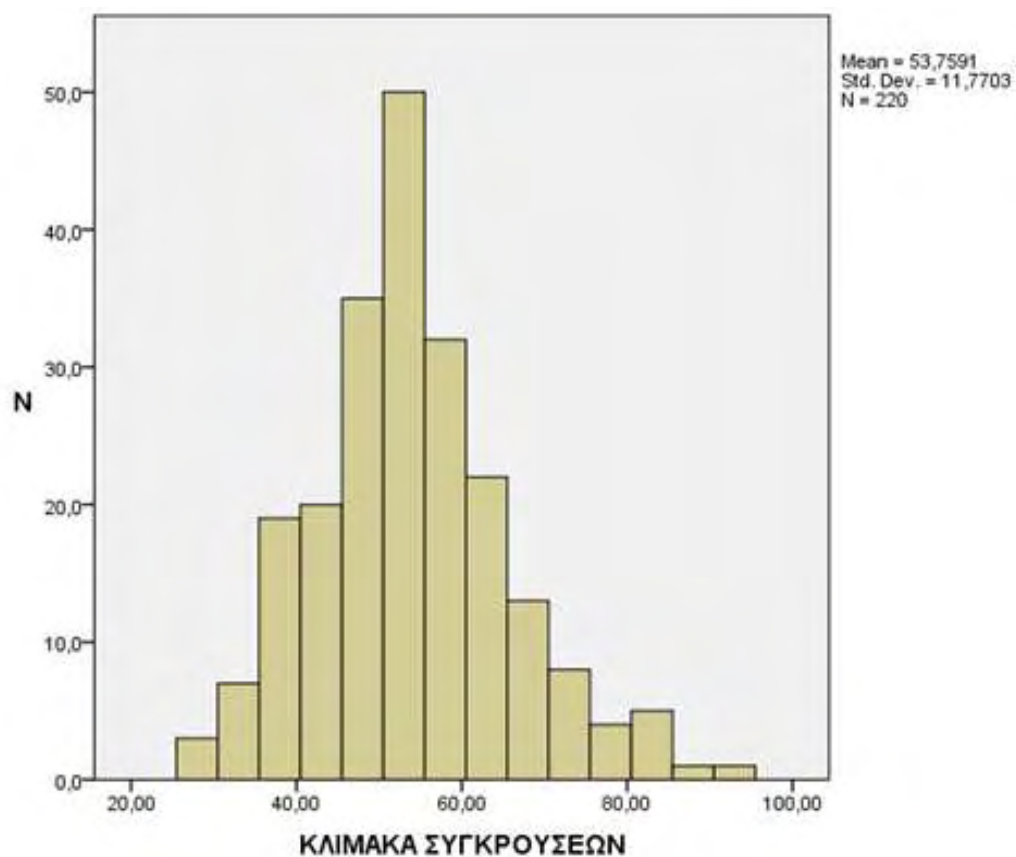
^a έλεγχος χ^2 για τάση

Όταν ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να υποβάλουν ελεύθερα τις προτάσεις τους, προέκυψε ότι οι απόψεις τους συνέκλιναν στα ακόλουθα:

1. Υπακοή και τήρηση της ιεραρχίας
2. Η χρήση τεχνολογιών και καινοτομίας μαζί με την οριοθέτηση και στοχοποίηση παραγόμενου έργου βοηθά στην ομαλότερη λειτουργία άρα και στις λιγότερες πιθανότητες κρίσεων
3. Κατάργηση διακρίσεων/αδικιών
4. Δίκαιες απολαβές
5. Αμερόληπτη στάση της διοίκησης
6. Εκπαίδευση για διαχείριση συγκρούσεων
7. Πραγματοποίηση ομάδων με εποπτεία για τη συζήτηση και την επίλυση των προβλημάτων προς αποφυγή νέων συγκρούσεων

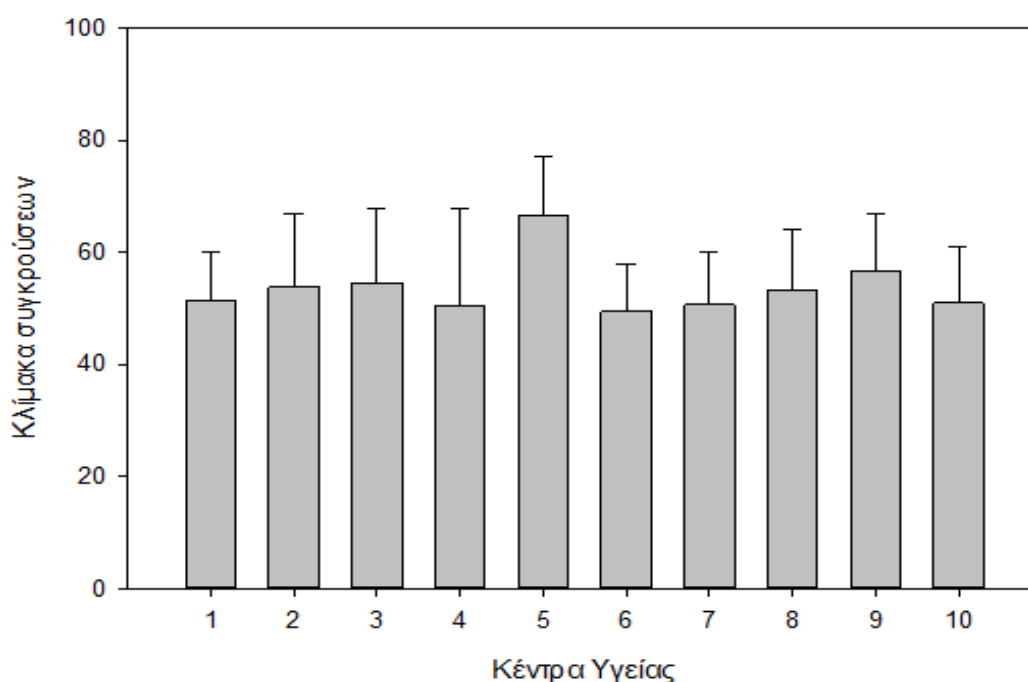
Η μέση τιμή στην κλίμακα συγκρούσεων ήταν $53,75 \pm 11,77$, κάτω του αναμενόμενου μέσου της κλίμακας συγκρούσεων (75 μονάδες με άριστα το 150, που αντιστοιχεί στο πλέον ευνοϊκό κλίμα) δείχνοντας το αρκετά δυσμενές περιβάλλον εργασίας, αναφορικά με τους συγκρουσιακούς παράγοντες.

Γράφημα 1. Η κλίμακα συγκρούσεων



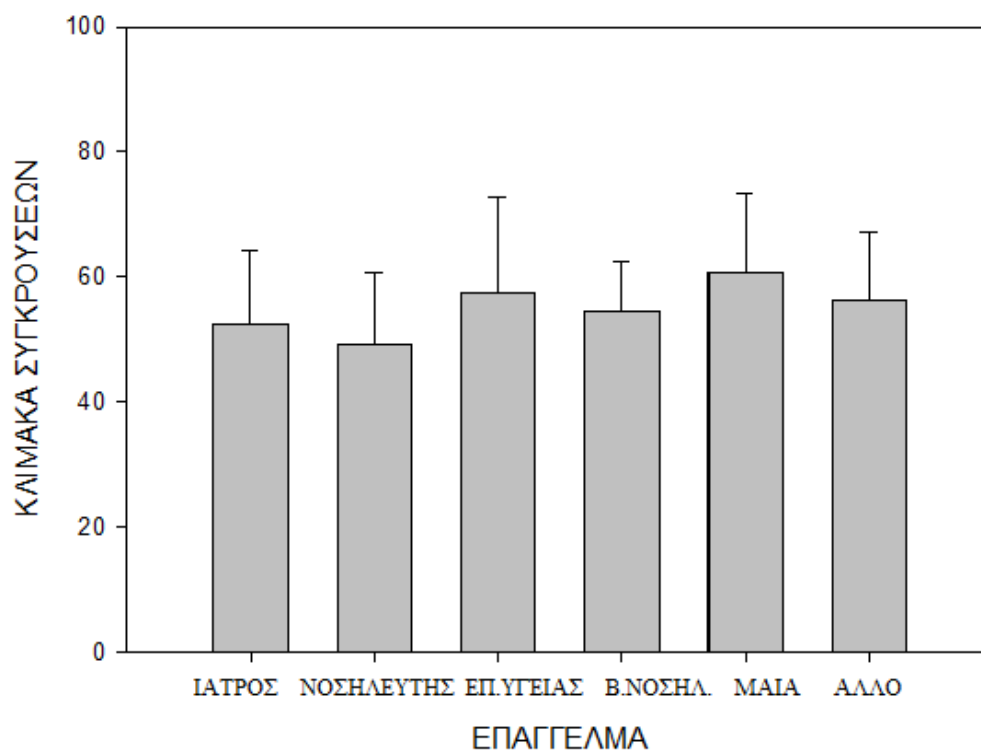
Στο Γραφ. 2 παρουσιάζονται τα Κέντρα Υγείας της μελέτης σε σχέση με την κλίμακα συγκρούσεων. Το ευνοϊκότερο περιβάλλον για επίλυση συγκρούσεων φαίνεται πως διαμορφώνεται σε ένα μόνο Κέντρο Υγείας της Δυτικής Θεσσαλονίκης, ενώ οι Μαίες στο ίδιο Κέντρο Υγείας φαίνεται πως απολαμβάνουν ευνοϊκότερες συνθήκες από πλευράς συγκρουσιακών παραγόντων, καθώς και οι δύο παραπάνω ομάδες διαφέρουν στατιστικά σημαντικά των ομολόγων τους ($p < 0,05$).

Γράφημα 2. Διαφοροποίηση στην κλίμακα συγκρούσεων σε σχέση με τα ΚΥ της μελέτης



- 1 ΚΥ Ζαγκλιβερίου,
- 2 ΚΥ Μαδύτου,
- 3 ΚΥ Λαγκαδά,
- 4 ΚΥ Σοχού,
- 5 ΚΥ Διαβατών,
- 6 ΚΥ Κουφαλίων,
- 7 ΚΥ Χαλάστρας,
- 8 ΚΥ Θέρμης,
- 9 ΚΥ Μηχανιώνας,
- 10 ΚΥ Ευόσμου

Γράφημα 3. Διαφοροποίηση στην κλίμακα συγκρούσεων σε σχέση με το επάγγελμα



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι οι συγκρούσεις στην Π.Φ.Υ. είναι συχνές και αφορούν κυρίως τους ιατρούς και τους νοσηλευτές. Ο μεγάλος φόρτος εργασίας, οι χαμηλές αποδοχές και η ασάφεια ρόλων μαζί με τα θεσμικά κενά αποτελούν σημαντικούς οργανωτικούς παράγοντες συγκρούσεων, ενώ οι πρακτικές που ακολουθούνται για την επίλυση των συγκρούσεων αφήνουν ερωτηματικά για την αποτελεσματική διευθέτησή τους, καθώς η αποφυγή αναδεικνύεται ως η προτιμητέα τακτική διαχείρισης των συγκρούσεων.

Ο συμβιβασμός και η αποφυγή προτιμώνται διεθνώς ως μέθοδοι επίλυσης των συγκρούσεων ^[55-57]. Έρευνα σχετικά με τους τρόπους διαχείρισης των συγκρούσεων μεταξύ επαγγελματιών υγείας σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα έδειξε ότι η αποφυγή είναι η προτιμητέα επιλογή ^[58]. Στη γειτονική Κύπρο βρέθηκε ότι η αποφυγή και η συνεργασία ήταν οι προτιμητέοι τρόποι επίλυσης των συγκρούσεων, ενώ η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας δεν έχει κάποια επιμόρφωση αναφορικά με τη διαχείριση συγκρούσεων ^[39], εύρημα στο οποίο συνηγορεί και η παρούσα μελέτη. Στη μελέτη των Μπόρου και συν.,^[15] σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο της ελληνικής επαρχίας, βρέθηκε ότι ο συμβιβασμός είναι η προτιμητέα μέθοδος επίλυσης συγκρούσεων και έπονταν η αποφυγή. Μια εξήγηση είναι ότι σε περιπτώσεις σύγκρουσης νοσηλευτών-ιατρών, ο νοσηλευτής μπορεί να αισθάνεται ότι απειλείται από την «αυθεντία» του ιατρού και διστάζει να συγκρουστεί μαζί του για ζητήματα που αφορούν τον ασθενή. Φαίνεται πιο εύκολο για το νοσηλευτή να αποφύγει να δημιουργήσει ζήτημα, παρά να διακινδυνεύσει μια σύγκρουση, από την οποία ενδεχομένως και ο ίδιος να έβγαινε ζημιωμένος (ακαδημαϊκά-επαγγελματικά), αλλά και ο ασθενής να μην ωφελούνταν λόγω απώλειας πολύτιμου χρόνου. Η αποφυγή όμως οδηγεί σε πλημμελή επικοινωνία, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε κακή έκβαση της πορείας υγείας των ασθενών, όπως επίσης και σε υψηλότερα επίπεδα στρες για τους νοσηλευτές.^[59] Η αποφυγή θεωρείται τεχνική επίλυσης συγκρούσεων με μικρή αποτελεσματικότητα καθώς δεν επιλύει, αλλά μάλλον διαιωνίζει το πρόβλημα.^[60,61]

Μια ακόμα δημοφιλής στρατηγική είναι ο συμβιβασμός. Ωστόσο, οι νοσηλευτές συχνά φοβούνται ότι θα μείνουν ανυπεράσπιστοι ή ακόμα και θα τιμωρηθούν αν θεωρηθεί ότι συμμετέχουν ή ακόμα περισσότερο προκαλούν μια σύγκρουση και συνεπώς μπορεί τελικά να μην επιλέξουν το συμβιβασμό, που απορρέει από κάποιου είδους «διαπραγματευτική» τακτική, αλλά την αποφυγή.

Φαίνεται ότι η επιλογή του τρόπου επίλυσης των συγκρούσεων μπορεί να διαφοροποιείται ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας, αλλά και του χώρου εργασίας. Αν και διεθνείς μελέτες συνήθως δε διαπιστώνουν διαφοροποίηση στους τρόπους επίλυσης συγκρούσεων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά, φαίνεται ότι η

διαλλακτικότητα προσιδιάζει στους έμπειρους επαγγελματίες υγείας, με πολλά χρόνια προϋπηρεσίας.^[62] Στην παρούσα μελέτη διαφορές παρατηρήθηκαν σε σχέση με την ηλικία και τα χρόνια προϋπηρεσίας, με τους πρεσβύτερους να επιλέγουν να μην καταφεύγουν στη διαιτησία, πιθανόν αυτό να μαρτυρά ότι η γνώση των ιδιαίτερων συνθηκών του εργασιακού τους χώρου και η προηγούμενη εμπειρία, τους επιτρέπει μια διαπραγματευτική ευχέρεια σε σχέση με τους νεότερους. Οι τελευταίοι, λόγω του φόβου επίπληξης και των περιορισμένων πόρων, υλικών και ηθικών (ερείσματα στη διοίκηση, γνώση των προβλεπόμενων διαδικασιών, οικονομικές απολαβές) διαθέτουν μάλλον περιορισμένα περιθώρια ελιγμών. Το γεγονός ότι οι κατέχοντες διοικητική θέση επιλέγουν διαφορετικούς τρόπους διαχείρισης της σύγκρουσης, πιθανά να σχετίζεται με τη θέση ισχύος σε έναν οργανισμό, η οποία προσδίδει και μια αίσθηση ασφάλειας στον εργασιακό χώρο, που επιτρέπει περισσότερες κινήσεις και διαπραγματεύσεις.^[63]

Το φύλο επίσης διαδραματίζει ρόλο στη διαχείριση της σύγκρουσης, όπως δείχτηκε και στην παρούσα μελέτη. Έχει βρεθεί ότι οι νοσηλεύτριες αποφεύγουν τις αντιπαραθέσεις, επειδή διαθέτουν την ικανότητα να γνωρίζουν τι ανέμεναν οι συνεργάτες τους από αυτές και συμπεριφέρονται ανάλογα. Παραδοσιακά, οι γυναίκες έμαθαν να καθορίζουν την αίσθηση του εαυτού, στο πλαίσιο των σχέσεων και κοινωνικοποιούνται με το να φαίνεται ότι εγκαταλείπουν προσωπικούς στόχους προς όφελος των άλλων. Οι άνδρες, αντίθετα, έχουν μάθει να αυτοπροσδιορίζονται με όρους κυριαρχίας και ελέγχου και κοινωνικοποιούνται με το να φαίνονται πιο διεκδικητικοί, επιθετικοί, και ανεξάρτητοι. Στο χειρισμό των συγκρούσεων, οι γυναίκες, σε αντίθεση με τους άνδρες, ευνοούν στρατηγικές αποδοχής-συμβιβασμού, ενώ οι άνδρες, σε αντίθεση με τις γυναίκες, προτιμούν να είναι πιο επιθετικοί.^[51]

Η σαφής κατανομή των αρμοδιοτήτων και η «ακρόαση» και των δύο πλευρών αποτελούν τις κύριες προτάσεις των συμμετεχόντων για την επίλυση της σύγκρουσης στις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Άλλωστε, η επικάλυψη των ρόλων και η μεταβολή τους είναι υπαρκτό φαινόμενο, λόγω της τεχνολογικής εξέλιξης, αλλά και της άρτιας κατάρτισης των νοσηλευτών (οι νοσηλευτές επιτυγχάνουν υψηλά επίπεδα εκπαίδευσης με Μεταπτυχιακά διπλώματα ειδίκευσης και Διδακτορικούς τίτλους).^[29,34] Τα οργανωτικά προβλήματα και η ασάφεια ρόλων είναι ανάμεσα στους βασικούς παράγοντες που προκαλούν συγκρούσεις, κυρίως γιατί οδηγούν σε επικοινωνιακή ένδεια μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.^[27]

Οι διαφορές στο εκπαιδευτικό επίπεδο οδηγούν επίσης σε επικοινωνιακά προβλήματα, λόγω διαφορετικής κουλτούρας και δεξιοτήτων, παράλληλα με προκαταλήψεις και στερεότυπα που θέλουν τους ακαδημαϊκά ανώτερους να προσπαθούν να ελέγξουν και να επιβάλλουν τη γραμμή τους στους μάχιμους νοσηλευτές και τους βοηθούς νοσηλευτών.^[64] Φαίνεται πάντως ότι όταν το επίκεντρο της

σύγκρουσης είναι τα ζητήματα φροντίδας, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν επικοινωνιακά τη σύγκρουση, γεγονός που αποδίδεται στο ότι οι νοσηλευτές είναι εκπαιδευμένοι στο να αφομοιώνουν πληροφορίες και να εστιάζουν στις ανάγκες του ασθενούς ^[65]. Η επικοινωνιακή αντιμετώπιση μιας σύγκρουσης και όχι η «καταστροφική» της οπτική είναι εκείνη που βοηθά στην ουσιαστική εξεύρεση λύσεων και στην αποφυγή επανάληψής της στο μέλλον.

Το γεγονός ότι η ασάφεια ρόλων και οι αδικίες στην υπηρεσία μαζί με την απουσία προοπτικής αποτελούν κύριες αιτίες συγκρούσεων στην παρούσα μελέτη δείχνει τα διοικητικά αδιέξοδα του Συστήματος Υγείας και την ανάγκη εξέλιξής του και προσαρμογής του στα σύγχρονα τεχνολογικά και επιστημονικά δεδομένα. Η κακή επικοινωνία, η έλλειψη της ομαδικής εργασίας και η αναποτελεσματική διαχείριση των συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας έχει δυσμενείς συνέπειες τόσο για τους επαγγελματίες υγείας όσο και για τους ασθενείς, αφού η αποφυγή και το στυλ διαχείρισης των συγκρούσεων έχει συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα εργασιακού άγχους, το οποίο με τη σειρά του έχει συσχετιστεί με αρνητικές εκβάσεις των ασθενών, όπως λάθη στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, και μειωμένη ποιότητα και αποτελεσματικότητα της φροντίδας.

Ανεξαρτήτως της ιδιότητας του επαγγελματία υγείας, υπάρχει ομοφωνία ότι η επικοινωνία και η συνεργασία πρέπει να κυριαρχούν στους οργανισμούς υγείας, ενώ η διοίκηση οφείλει να παραμένει ουδέτερη αποφεύγοντας τις διακρίσεις, προκειμένου να περιοριστούν οι συγκρούσεις. ^[60,66] Στη μελέτη του Skjorshammer το 2001 στη Νορβηγία, βρέθηκε ότι σχεδόν όλοι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι οι θεσμοθετημένοι κανονισμοί δεν καθορίζουν με σαφήνεια τα καθήκοντά τους και δεν τους βοηθούν να τα εκτελέσουν αποδοτικά. Ως επακόλουθο, παρατηρείται συχνά το φαινόμενο της αλληλοεπικάλυψης ρόλων που αυξάνει τις προστριβές ανάμεσα στους εργαζόμενους. ^[60]

Οι διαφορές μεταξύ των Κέντρων Υγείας και των επιστημονικών κλάδων στην παρούσα μελέτη, πιθανόν να σημαίνουν ότι ακόμα και σε ένα δυσμενές γενικότερα εργασιακό και οικονομικό περιβάλλον, η κατάλληλη στελέχωση και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και οι επικοινωνιακές δεξιότητες μπορούν να αποσοβήσουν κινδύνους και να δημιουργήσουν ευνοϊκές συνθήκες για την επίλυση και κυρίως για την πρόληψη των συγκρούσεων.

Η παρούσα μελέτη δε συμπεριέλαβε όλες τις δομές της ΠΦΥ και αφορά σε ένα μόνο γεωγραφικό διαμέρισμα. Η σύνθεση του δείγματος δεν επιτρέπει ειδικά συμπεράσματα για συγκεκριμένους κλάδους επαγγελματιών, η στάση των οποίων απέναντι στις συγκρούσεις θα πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω σε μεγαλύτερα και αντιπροσωπευτικότερα δείγματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, τονίζουν την αναγκαιότητα ουσιαστικών παρεμβάσεων σε επίπεδο Π.Φ.Υ. για την πρόληψη και τη διευθέτηση των συγκρούσεων, καθώς οι τρέχουσες πρακτικές επίλυσης φαίνεται ότι, όχι μόνο δεν αντιμετωπίζουν ριζικά το πρόβλημα αλλά μάλλον συμβάλλουν στο να διαιωνίζονται χρόνιες οργανωτικές αδυναμίες του Συστήματος Υγείας. Τονίζεται επίσης ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν ανατροφοδότηση σε ηθικό, διοικητικό και οικονομικό επίπεδο, γεγονός που τους αποθαρρύνει από το να διεκδικήσουν ένα περισσότερο ενεργό ρόλο στην υπηρεσία τους και στη δημιουργική επίλυση μιας σύγκρουσης. Οι προτάσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα, που εστιάζουν στη σαφή κατανομή των αρμοδιοτήτων και στην «ακρόαση» και των δύο πλευρών δείχνουν και την ακολουθητέα στρατηγική για την πρόληψη και επίλυση των συγκρούσεων.

Οι επαγγελματίες υγείας, ειδικά αναγκαιότητα ουσιαστικών παρεμβάσεων σε επίπεδο Π.Φ.Υ. για την πρόληψη και τη διευθέτηση των συγκρούσεων, καθώς οι τρέχουσες πρακτικές επίλυσης φαίνεται ότι όχι μόνο δεν αντιμετωπίζουν ριζικά το πρόβλημα αλλά μάλλον συμβάλλουν στο να διαιωνίζονται χρόνιες οργανωτικές αδυναμίες του Συστήματος Υγείας. Η έλλειψη επικοινωνίας, με διαδεδομένη τη χρήση της «αποφυγής» ως στρατηγικής διαχείρισης των συγκρούσεων, εμποδίζει τη ριζική αντιμετώπιση και διαχείριση του προβλήματος. Η εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας καθώς και η «εξάσκηση» στην επίλυση των συγκρούσεων μπορεί να επιτευχθούν μέσα από στοχευμένα σεμινάρια, σε συνεργασία με το τμήματα εκπαίδευσης των υπηρεσιών υγείας καθώς και μέσα από ασκήσεις ρόλων και σεναρίων, ώστε να συζητούνται και να εξετάζονται όλες οι ικανοποιητικά πιθανές εναλλακτικές προτάσεις.

Οι συγκρούσεις ως «φυσιολογικές», αναπόφευκτες εμπειρίες στο περιβάλλον εργασίας της υγειονομικής περίθαλψης, είναι συνήθως και προβλέψιμες. Διοίκηση και επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εργάζονται από κοινού για την αποσόβηση των παραγόντων που προκαλούν συγκρούσεις, η μια πλευρά να αφουγκράζεται τις ανάγκες της άλλης και να επιδιώκεται η προσαρμογή των απαιτήσεων στις δεδομένες οικονομικές και εργασιακές συνθήκες, που όμως εξελίσσονται δυναμικά και μπορούν να βελτιώνονται μετά από γόνιμο διάλογο. Οι στρεσογόνες καταστάσεις που ενδέχεται να οδηγήσουν σε σύγκρουση θα μπορούσαν να αποτελέσουν, αντί για «καταστροφικές παγίδες», ευκαιρίες για ανάπτυξη και εκμάθηση διαδικασιών για τον εντοπισμό και την επίλυση επικείμενων συγκρούσεων.

Στο χώρο εργασίας θα πρέπει να υπάρχει μηδενική ανοχή στη βία, λεκτική και μη, να ενθαρρύνεται η άμεση αναφορά των σχετικών συμβάντων και να προτείνονται τρόποι για τη μείωση ή την εξάλειψη

των κινδύνων. Η παροχή κατάλληλης εκπαίδευσης για όλα τα μέλη του οργανισμού θα αποτελούσε ένα θετικό βήμα. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδευτούν πάνω στο θέμα των στρατηγικών επίλυσης των συγκρούσεων και στην αποτελεσματική διαχείρισή τους, ώστε οι συγκρούσεις να επιλύονται χωρίς επιπτώσεις στο περιβάλλον εργασίας και στην έκβαση υγείας των ασθενών.

Επιπλέον η εισαγωγή μαθήματος "ανίχνευσης και τρόπου διαχείρισης των συγκρούσεων στον εργασιακό χώρο" στο πρόγραμμα σπουδών των σχολών των επαγγελματιών υγείας καθώς και η διαρκής επιμόρφωση των αποφοίτων των σχολών αυτών, θα αποτελούσε μια κίνηση θετική για όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Με τον τρόπο αυτό, οι επαγγελματίες υγείας θα εξοπλίζονται με τις αναγκαίες γνώσεις και δεξιότητες, ώστε να μετατρέπουν την οποιαδήποτε άγνη αντιπαράθεση σε πολύτιμη εμπειρία για τους ίδιους αλλά και για τον οργανισμό στον οποίο υπηρετούν.

Η αποτροπή συγκρούσεων θα μπορούσε πιθανά να επιτευχθεί με:

- α) Σαφή καθορισμό του ρόλου των επαγγελματιών υγείας από τον οποίο θα απορρέουν συγκεκριμένα καθήκοντα
- β) Με βελτίωση των μισθολογικών όρων, ώστε να μην αντιλαμβάνονται την εργασία τους ως «δουλεία» αλλά ως ενίσχυση του ρόλου τους και της προσφοράς φροντίδας υγείας προς τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας και
- γ) Βελτίωση των συνθηκών εργασίας ώστε να μην εξαντλούνται όλες οι σωματικές και ψυχικές εφεδρείες, με επακόλουθο την επιλογή είτε αδύναμης, είτε αδιάλλακτης στάσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Thomas Kenneth W. Conflict and conflict management: Reflections and update. *Journal of Organizational Behavior*. 1992, 13: 265 – 274.
2. Σαπουτζή-Κρέπια Δ. Ομάδα υγείας: διεπαγγελματική συνεργασία , συγκρούσεις και διαχείριση συγκρούσεων . *Νοσηλευτική*. 2001, 1: 75-81.
3. Λιαρόπουλος Α. Διεθνή Συστήματα Υγείας. Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας και Συστημάτων Υγείας, Β' Τόμος, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, 2010.
4. Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman T, Kasperski M J. Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *J Interprof Care*. 2011, 25(1):4-10
5. WHO Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR. WHO, Geneva 1978.
6. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud*. 2008, 45(1):140-53.
7. Παπαδοπούλου Δ. Συγκρούσεις του νοσηλευτικού προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*. 2014, 19(4): 332-344
8. Dana D. Conflict Resolution. New York, NY: McGraw-Hill, pp vii. 2000
9. Zakari N.M , Al Khamis N.I, Hamadi H.Y. Conflict and professionalism: perceptions among nurses in Saudi Arabia. *International Nursing Review*. 2010, 57(3): 297–304.
10. Maxwell L, Odukoya O, Stone J, Chui M. Using a Conflict Conceptual Framework to Describe Challenges to Coordinated Patient Care from the Physicians' and Pharmacists' Perspective. *Res Social Adm Pharm*. 2014, 10(6): 824–836.
11. Παπασταμάτης Α. Λύση προβλημάτων ,λήψη αποφάσεων και διευθέτηση συγκρούσεων στο «οργάνωση και διοίκηση σχολικών μονάδων» Καψάλης Αχιλλέας, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας, 2005
12. Everard K.& Morris G. Αποτελεσματική εκπαιδευτική διοίκηση, Πάτρα, Εκδόσεις ΕΑΠ, 1999
13. Ρούσου Ε, Παυλάκης Α. Αξιολόγηση συγκρούσεων μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών στα τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών των δημόσιων νοσηλευτηρίων της Κύπρου. *Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά*. 2011, 12(1): 36-50
14. Kim W, Nicotera A.M , McNulty J . Nurses' perceptions of conflict as constructive or destructive. *Journal of Advanced Nursing*. 2015,71(9): 2073–2083.
15. Borou A, Korakidi D, Sarakatsianou C etal. Investigation of conflict management among nurses in public hospitals *Interscientific Health Care*. 2013, 5(3): 120-129
16. Βασιλείου Αλεξάνδρα – Αριάδνη. Ικανότητα διαχείρισης συγκρούσεων στο χώρο εργασίας. Εγχειρίδιο εκπαιδευομένων . Ημερομηνία πρόσβασης 15-01-2016 από: <https://docs.google.com/file/d/0B2Je7vihYCA1bGxTaTFiS2IxREE/edit?pli=1>
17. Huan L.J, Yazdanifard R. The Difference of Conflict Management Styles and Conflict Resolution in Workplace. *Business & Entrepreneurship Journal*. 2012, 1(1): 141-155
18. Συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο-Επικοινωνία στο χώρο της εργασίας Από το βιβλίο του Ευστράτιου Παπάνη 'Διαδικτυακή Συμβουλευτική και Επικοινωνία' Εκδόσεις Κυριακίδη, 2011 ημερομηνία πρόσβασης 15-1-2016 από http://epapanis.blogspot.gr/2011/08/blog-post_24.html

19. Μπουραντάς Δ. Μάνατζμεντ: Θεωρητικό υπόβαθρο, σύγχρονες πρακτικές, Εκδόσεις: Μπένος, Αθήνα, 2001(σ. 423).
20. Wilmont w, Hocker J. Interpersonal conflict, ^{8th} ED, Mc Graw, New York, 2011:13-19
21. Masters M & Alberght R. The complete guide to conflict resolution in the workplace, Amacon, 2002, N.Y, 10019
22. March J. G. & Simon H. A. ORGANIZATIONS. New York: John Wiley & Sons, 1993
23. Miller K. Διαχείριση συγκρουσιακών Διαδικασιών στο: Οργάνωση και Επικοινωνία Προσεγγίσεις και Διαδικασίες. Μετάφραση Κωνσταντοπούλου Μ. Εκδόσεις Διάυλος. Αθήνα, 2006.
24. Robbins S.P. ORGANIZATIONAL BEHAVIOR. Englewood Cliffs , 6th edition, Prentice Hall. 1993
25. Shantz C. U. Conflict between children. Child Development. 1987, 58: 285-305.
26. Thomas K.W. Conflict and conflict management. M.D. Dunnette (Ed.) Handbook of industrial and organizational psychology. Chicago: Rand McNally, 1976
27. Tengilimoglu D, Kisa A. Conflict management in public University Hospitals in Turkey. A pilot study. The Health Care Manager. 2005, 24(1): 55-60
28. Singleton R, Toombs L, Taneja S, Larkin C, Pryor M. Workplace conflict: A strategic leadership imperative. IJBPA. 2011, 8(1): 149–163.
29. Patton C M . Conflict in Health Care: A Literature Review. The Internet Journal of Healthcare Administration. 2014, 9(1): 1-11
30. Σπυράκη Γ, Σπυράκη Χ. Αντιμετώπιση των συγκρούσεων στους οργανισμούς: από την επίλυση συγκρούσεων, στη διαχείριση. Διοικητική ενημέρωση; 32-50. Ημερομηνία πρόσβασης 15-1-2016 από: http://www.specialedition.gr/pdf_dioik_enim/pdf_de_44/spyrakis.pdf
31. Mullins, L.J. MANAGEMENT AND ORGANIZATIONAL BEHAVIOR. 4th Edition, Pittman, 1996
32. RISTINA GARCI'A VIVAR. Putting conflict management into practice: a nursing case study. Journal of Nursing Management. 2006, 14: 201–206
33. Nayeri N.D , Negarandeh R. Conflict among Iranian hospital nurses: a qualitative study. *Human Resources for Health*. 2009, 7:25
34. Kaitelidou D, Kontogianni A, Galanis P et al. Conflict management and job satisfaction in pediatric hospitals in Greece Journal of Nursing Management. 2012, 20: 571–578
35. Al-Hamali R.M, Alghanim S , Sasidhar B. Role Conflict among Health Personnel – A Study of Saudi Hospitals. 2013, 2(8): 42-51.
36. Workplace Conflict and How Businesses Can Harness It to Thrive Global Human Capital Report CPP2008. Ημερομηνία πρόσβασης 15-1-2016 από: https://www.cpp.com/pdfs/CPP_Global_Human_Capital_Report_Workplace_Conflict.pdf
37. Brinkert R. A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. Journal of Nursing Management. 2010, 18: 145–156
38. Tang Y.T, Chang C.H. Impact of role ambiguity and role conflict on employee creativity. African Journal of Business Management. 2010, 4(6): 869-881.
39. Pavlakis A, Kaitelidou D, Theodorou M, Galanis P, Sourtzi, Siskou O. Conflict management in public hospitals: the Cyprus case. International Nursing Review. 2011, 58: 242–248
40. Σταθοπούλου Χ. Επίλυση συγκρούσεων σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Νοσηλευτική. 2006, 45(1): 50-58.
41. Lewicki R, Saunders D, Minton J. Η φύση των Διαπραγματεύσεων, Μετάφραση: Παπαμιχαήλ Κ. Επιστημονική Επιμέλεια: Μίνου Γλου Θ. 2η έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική, 2004: 42-57

42. Rahim A. Toward a theory of managing organizational conflict. *International Journal of Conflict Management*. 2002, 13(3):206 – 235
43. Tjosvold D. Conflicts in the study of conflict in organizations. In C.K.W. De Dreu & M. J. Gelfand. *The psychology of conflict and conflict management in organizations*. New York: Erlbaum 2008, 445-454
44. Κουράκος Μ, Καυκιά Θ, Ρεκλείτη Μ, Ζυγά Σ, Κοτρώτσιου Ε, Γκούβα Μ. Μελέτη ικανοποίησης από την εργασία των φροντιστών υγείας-νοσηλευτών παθολογικών κλινικών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*. 2012, 29(1):61-69
45. Raykova EL, Semerjieva MA, Yordanov GY, Cherkezon TD. Dysfunctional Effects of a Conflict in a Healthcare Organization. *Folia Med (Plovdiv)*. 2015, 57(2):133-7.
46. Διλιντάς Α. Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2010, 27(3):498-508
47. Koulouri A, Roupas Z, Sarafis P, Hatzoglou C, Gourgoulis K. "Assessment of health level and socio-economic characteristics of people working in the shipbuilding industry; a control group study" *Global Journal of Health Science*. 2015, 7(2): 154–161
48. Κουλούρη Α., Ρούπα Ζ. "Η Επιστημολογία της Φροντίδας". *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ* 2008, 7(4): 264–278.
49. Yongkang Z, Weixi Z, Yalin Hu, Yipeng X, Liu T. The Relationship among Role Conflict, Role Ambiguity, Role Overload and Job Stress of Chinese Middle-Level Cadres. *Chinese Studies*. 2014, 3(1): 8-11
50. Rahim M.A. *Managing Conflict in Organizations*, 3rd edn. Quorum Books, Westport, CT. 2001
51. Holta JL, DeVore CJ. Culture, gender, organizational role, and styles of conflict resolution. A meta-analysis. *International Journal of Intercultural Relations*. 2005, 29:165–196.
52. Ogunyemi D, Fong S, Elmore G, Korwin D, Azziz R. The Associations Between Residents' Behavior and the Thomas-Kilmann Conflict MODE Instrument. *J Grad Med Educ*. 2010, 2(1): 118–125.
53. Goleman, D. *Συναισθηματική Νοημοσύνη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. 1997
54. Kilmann RH, Thomas KW: Interpersonal conflict-handling behavior as reflections of Jungian personality dimensions. *Psychol Rep*. 1975, 37: 971-980
55. Sportsman S, Hamilton P. Conflict management styles in the health professions. *Journal of Professional Nursing*. 2007, 23:157-166.
56. Valentine PE. A gender perspective on conflict management strategies of nurses. *I Nurs Scholarsh*. 2001, 33:69-74.
57. Hendel T, Fish M, Berger O. Nurse/Physician Conflict Management Mode Choices: Implications for Improved Collaborative Practice. *Nursing Administration Quarterly*. 2007, 31(3):244–253.
58. Κοντογιάννη Α, Γαλάνης Π, Σίσκου Ο. Διαχείριση Συγκρούσεων στο Ιατρονοσηλευτικό Προσωπικό Παιδιατρικών Τμημάτων. *Νοσηλευτική*. 2011, 50(3):320-331.
59. Dewitty VP, Osborne JW, Friesen MA, Rosenkranz A. Workforce conflict: what's the problem? *Nursing Management*. 2009, 40(5):31-37.
60. Skjorshammer M. Conflict management in a hospital: designing processing structures and intervention methods. *Journal of Management in Medicine*. 2001, 15:156-166.
61. Vivar CG. Putting conflict management into practice: a nursing case study. *J Nurs Manag*. 2006, 14(3):201-206.
62. Kantek F, Kavla I. Nurse - Nurse manager conflict. How do nurse managers manage it. *The health care manager*. 2007; 26:147- 15163.

63. Liberman E, Levy YF, Segal, P. Designing an internal organizational system for conflict management: based on a needs assessment. *Dispute Resolution Journal*. 2009, 64(2):62-74.
64. Domajnko B, Pahor M. Mistrust of academic knowledge among nurses in Slovenia. 2010, 57(3):305-311.
65. Mahon MM, Nicotera AM. Nursing and conflict communication: avoidance as preferred strategy. 2011, 35(2):152-163.
66. Κοντογιάννη Α. Η διαχείριση των συγκρούσεων στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό στα δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία. Πανεπιστήμιο Αθηνών, τμήμα νοσηλευτικής, Αθήνα, 2007.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Αρ. Ερ.....

Όνομα Μονάδων Π.Φ.Υ/ Νοσοκομείου:

Ηλικία:

Δημογραφικά στοιχεία (Σημειώστε με x στο αντίστοιχο τετράγωνο)

1. Φύλο : Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

2. Χρονική διάρκεια εργασίας (σε έτη):

0-2 ☐ 3-5 ☐

6- 10 ☐ Περισσότερα από 10 ☐

3. Επάγγελμα:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ιατρός | <input type="checkbox"/> Νοσηλευτής Π.Ε. |
| <input type="checkbox"/> Νοσηλευτής Τ.Ε. | <input type="checkbox"/> Βοηθός νοσηλευτή Δ.Ε. |
| <input type="checkbox"/> Επισκέπτης Υγείας | <input type="checkbox"/> Μαία- Μαιευτής |
| <input type="checkbox"/> Φυσικοθεραπευτής | <input type="checkbox"/> Ψυχολόγος |
| <input type="checkbox"/> Κοινωνική Λειτουργός | <input type="checkbox"/> Διαιτολόγος |
| <input type="checkbox"/> Άλλο..... | |

Επίπεδο σπουδών : Δίπλωμα/ Πτυχίο ☐ MsC ☐ PhD ☐

4. Τμήμα μονάδων Π.Φ.Υ/νοσοκομείου:.....

5. Έχετε διοικητική θέση; Ναι ☐ Όχι ☐

Αν **ναι** προσδιορίστε: Διευθυντής ☐ Αναπληρωτής Διευθυντής ☐ Τομεάρχης ☐ Προϊστάμενος ☐
Αναπληρωτής Προϊστάμενος ☐ Άλλο ☐

6. Έχετε ενημερωθεί ποτέ για θέματα διαχείρισης συγκρούσεων κατά τη διάρκεια των σπουδών σας ;

Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, πότε:

Σχολή διετούς φοίτησης ☐ Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι. ☐ Μεταπτυχιακό ☐ Άλλο ☐

Κουλτούρα της ομάδας σε σχέση με τις συγκρούσεις*(Σημειώστε με x στο αντίστοιχο τετράγωνο- **μια(1) ή περισσότερες επιλογές**)*

7. Με ποιους έχετε συγκρούσεις στις μονάδες Π.Φ.Υ/ νοσοκομείο συνήθως:	Nαι	Όχι
Συναδέλφους		
Άλλες επαγγελματικές ομάδες		
Αν ναι προσδιορίστε :		
Ιατρός <input type="checkbox"/> Νοσηλεύτης Π.Ε. <input type="checkbox"/> Νοσηλεύτης Τ.Ε. <input type="checkbox"/> Βοηθός Νοσηλεύτη <input type="checkbox"/> Διοικητικός υπάλληλος <input type="checkbox"/> Άλλη επαγγελματική ομάδα <input type="checkbox"/>		
Προϊσταμένους		
Υφισταμένους ή με εκείνους που έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο από εμένα αλλά ανήκουν στην ίδια επαγγελματική κατηγορία		
Διοίκηση των μονάδων Π.Φ.Υ/ νοσοκομείου (ανώτερα διοικητικά στελέχη)		
8. Τι είδους συμπεριφορά εκδηλώνετε όταν είσαστε σε σύγκρουση με κάποιον:	Nαι	Όχι
Συνήθως διεκδικώ μέχρι να κερδίσω		
Συνήθως συμβιβάζομαι		
Προσπαθώ να αποφύγω τη σύγκρουση		
Αποδέχομαι την επιθυμία της αντίθετης πλευράς		
Διαπραγματεύομαι για αμοιβαίο όφελος με την αντίθετη πλευρά		
Απευθύνομαι σε κάποιο άλλο πρόσωπο ως κριτή-μεσολαβητή για την επίλυση της σύγκρουσης		
9. Εάν ήταν να επιλέξετε ένα άλλο πρόσωπο ως κριτή για την επίλυση της σύγκρουσης, ποιόν θα επιλέγατε;	Nαι	Όχι
Συνάδελφο		
Προϊστάμενο		
Διευθυντή υπηρεσίας		
Διευθυντή Ιατρό		
Άτομο από άλλο επάγγελμα		
Οποιοσδήποτε		

10. Τι είδους προσέγγιση χρησιμοποιεί η διοίκηση για την επίλυση των συγκρούσεων σε προσωπικό ή ομαδικό επίπεδο;	Ναι	Όχι
Αυταρχική		
Ειρηνευτική		
Επίλυσης προβλήματος		
Σύμφωνη με την ισχύουσα νομοθεσία και τους κανονισμούς για τους επαγγελματίες υγείας		
Τάσσεται υπέρ της πλειοψηφίας		

Οργανωτικοί παράγοντες που προκαλούν συγκρούσεις
(Σημειώστε με x στο αντίστοιχο τετράγωνο)

	καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	πάρα πολύ
11. Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο από τους ρόλους και τα καθήκοντα που σας έχουν ανατεθεί;					
12. Πόσο οι προσδοκίες σας από τον οργανισμό σχετίζονται με τις προσδοκίες του οργανισμού από εσάς;					
13. Ο οργανισμός ανταποκρίνεται αρνητικά στην πιθανή συμμετοχή ή δραστηριότητα σας σε άλλους επαγγελματικούς οργανισμούς (π.χ. Ε.Σ.Ν.Ε., επιστημονικές εταιρείες ΕΝΕ);					
14. Πιστεύετε ότι ο φόρτος εργασίας σας είναι μεγαλύτερος σε σύγκριση με το φόρτο εργασίας άλλων επαγγελματικών ομάδων;					
15. Πιστεύετε ότι οι αποδοχές σας είναι αρκετές για να σας παρακινήσουν ικανοποιητικά δεδομένου του φόρτου εργασίας σας;					
16. Η σημερινή σας εργασία μοιάζει καθόλου με την εντύπωση που έχετε για την ιδανική για εσάς εργασία;					
17. Πιστεύετε ότι θα ήσασταν περισσότερο χαρούμενος, ήρεμος και αποδοτικός αν εργαζόσασταν σε άλλο επάγγελμα από το σημερινό;					

	καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	πάρα πολύ
18. Αν δέχετε εντολές από περισσότερους από έναν υπεύθυνους, αυτό επηρεάζει την παραγωγικότητα σας αρνητικά;					
19. Αν δέχετε εντολές από περισσότερους από έναν προϊσταμένους, αυτό προκαλεί συγκρούσεις μεταξύ τους;					
20. Θεωρείτε την εξουσία που σας έχει δοθεί επαρκή για να διεκπεραιώσετε τα καθήκοντα σας;					
21. Πόσο θεωρείτε ότι οι θεσμοθετημένοι κανονισμοί καθορίζουν με σαφήνεια τα καθήκοντα σας και βοηθούν να τα εκτελέσετε αποδοτικά;					
22. Έχετε συγκρούσεις με άλλους επαγγελματίες εξαιτίας της συνεργασίας που χαρακτηρίζει την παραγωγή υπηρεσιών υγείας στις μονάδες Π.Φ.Υ/νοσοκομεία;					
23. Όταν λαμβάνετε επαγγελματικές αποφάσεις πόσο αυτόνομοι και ανεξάρτητοι νιώθετε υπό την έννοια ότι δεν αισθάνεστε πιεσμένοι, κατευθυνόμενοι ή εμποδιζόμενοι;					
24. Κατά πόσο η κατανομή των πόρων πραγματοποιείται δίκαια μεταξύ των τμημάτων των μονάδων υγείας;					

Παράγοντες που προκαλούν συγκρούσεις
(Σημειώστε με x στο αντίστοιχο τετράγωνο)

	καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	πάρα πολύ
25. Πόσο οι διαφορές στο επίπεδο εκπαίδευσης οδηγούν σε προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων;					
26. Είναι τα μηνύματα σας αντιληπτά και οι επαγγελματικές προσδοκίες σας κοινές με άλλες επαγγελματικές ομάδες;					
27. Θεωρείτε ότι λαμβάνεται τις επιβραβεύσεις/ανταμοιβές ανάλογα με την απόδοση στην εργασία σας; (πρόωρη προαγωγή, άδειες, εκτίμηση κ.λ.π.)					

	καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	πάρα πολύ
28. Θεωρείτε ότι υπάρχουν δίκαιες ανταμοιβές μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων;					
29. Πόση επίγνωση έχει η διοίκηση των μονάδων Π.Φ.Υ/ νοσοκομείου για τη συνεισφορά σας στην παροχή υπηρεσιών υγείας;					
30. Πόσο η προαγωγή και η επαγγελματική εξέλιξη σχετίζονται με τις προσδοκίες σας;					

Προτάσεις για την επίλυση της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ/νοσοκομείου
(Σημειώστε με x στο αντίστοιχο τετράγωνο -Για αυτόν τον πίνακα (1) μόνο επιλογή)

31. Δίκαιη κατανομή των πόρων	
32. Η επικοινωνία και η συνεργασία πρέπει να εδραιωθούν στον οργανισμό.	
33. Οι αιτίες των συγκρούσεων πρέπει να εντοπιστούν και οι δύο πλευρές θα πρέπει να ακούγονται	
34. Δίκαιη προσέγγιση στην ανταμοιβή και στην τιμωρία	
35. Διενέργεια συνεδριάσεων (για την επίλυση συγκρούσεων)	
36. Όχι διακρίσεις, η διοίκηση πρέπει να παραμένει ουδέτερη	
37. Σαφής κατανομή αρμοδιοτήτων	
38. Λιγότερες πολιτικές σκοπιμότητες στο χώρο εργασίας	
39. Επαγγελματικό management πρέπει να εγκαθιδρυθεί και να έχει τον έλεγχο, τα τμήματα πρέπει να είναι αυτόνομα	
40. Σεβασμός στα ατομικά δικαιώματα και στην επαγγελματική εξέλιξη	
41. Δίκαιες αποδοχές	
42. Άλλη πρόταση: Σας ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΔΕΙΓΜΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Μονάδες Κ.Υγείας	Υπηρετούντων / Ερωτηματολόγια που επιστράφηκαν	Γιατροί	Νοσηλεύτές	Μαίες	Επισκέπτες υγείας	Χειριστές ακτινολογικού	Παρασκευαστές Μικροβιολ.	Κοινωνικός λειτουργός	Ψυχολόγος
Κ. Υ. Ευόσμου Αστικού τύπου	36 / 35	11	T.E= 12 Δ.E= 1	5	1	2	4	0	0
Κ. Υ. Ζαγκλιβερίου	25 / 24	14	T.E= 5 Δ.E= 2	2	1	1	0	0	0
Κ. Υ. Μαδύτου	16 / 13	7	T.E= 4 Δ.E= 2	1	0	2	0	0	0
Κ. Υ. Λαγκαδά	40 / 26	12	T.E= 13 Δ.E= 3	6	1	1	2	1	1
Κ. Υ. Σοχού	16 / 11	12	T.E= 1 Δ.E= 2	0	0	0	1	0	0
Κ. Υ. Διαβατών	28 / 20	13	T.E= 3 Δ.E= 5	2	1	1	3	0	0
Κ. Υ. Κουφαλίων	24 / 18	11	T.E= 6 Δ.E= 3	2	0	1	1	0	0
Κ. Υ. Χαλάστρας	26 / 14	10	T.E= 4 Δ.E= 4	2	2	1	3	0	0
Κ. Υ. Θέρμης	54 / 40	28	T.E= 6 Δ.E= 9	5	4	1	2	0	0
Κ. Υ. Μηχανιώνα	25 / 19	9	T.E= 7 Δ.E= 5	1	1	1	1	0	0
Σύνολο εργαζομένων =290 / Σύνολο επιστραφέντων ερωτηματολογίων = 220									