



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Αξιολόγηση των συγκρούσεων ανάμεσα στο
ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στα Τμήματα
Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών
των δημόσιων νοσηλευτηρίων της Κύπρου**

Έλενα Ρούσου

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Ανδρέας Παυλάκης

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2010

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστίες οφείλω στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό στα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών για την όλη συνεργασία και συμμετοχή τους στην έρευνα. Ιδιαίτερες ευχαριστίες στους προϊστάμενους των τμημάτων και σε όλους τους συναδέλφους που βοήθησαν στη συλλογή των ερωτηματολογίων.

Πολύ ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω και στον επιβλέποντα καθηγητή μου κων Αντρέα Παυλάκη τόσο για τις χρήσιμες εισηγήσεις όσο και για την στήριξη που μου παρείχε.

Τέλος οφείλω να ευχαριστήσω το σύζυγο και τα παιδιά μου, που με την αγάπη και την υπομονή τους, μου δίνουν τη δύναμη να συνεχίζω.

Περίληψη

Η πολυπλοκότητα της οργανωτικής δομής των κρατικών νοσηλευτηρίων και οι ιδιαιτερότητες που υπάρχουν στον τομέα της υγείας, καθιστούν το εργασιακό κλίμα απαιτητικό και δύσκολο, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν επείγουσες καταστάσεις και καταστάσεις κρίσεως. Λόγω της συγκεκριμένης δομής απαιτείται συστηματική αλληλεπίδραση των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων υγείας για να επιτευχθεί παροχή ποιοτικής υγειονομικής φροντίδας. Παράλληλα όμως, η ανομοιογένεια του υγειονομικού δυναμικού και οι διαφορές στον εργασιακό προσανατολισμό σε συνδυασμό με τις υφιστάμενες ιδιαιτερότητες, ενδέχεται να υποδουλίσουν αντιδράσεις και συγκρούσεις μεταξύ των μελών των επαγγελματικών ομάδων.

Παρόλο όμως που οι συγκρούσεις σε ένα οργανισμό ως ένα βαθμό θεωρούνται αναπόφευκτες και μπορεί να αποτελούν πηγή ενέργειας και δημιουργικότητας, η αναποτελεσματική διαχείριση τους ενδέχεται να επηρεάσει αρνητικά την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του νοσηλευτικού ιδρύματος.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αποτύπωση του εργασιακού περιβάλλοντος στο χώρο των Τμημάτων Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ) στα πέντε μεγαλύτερα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου έτσι ώστε να αναδειχθούν πιθανοί παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στη δημιουργία αρνητικού εργασιακού κλίματος με αποτέλεσμα να προκαλούνται προστριβές και συγκρούσεις ρόλων ανάμεσα στο προσωπικό των ΤΑΕΠ. Διερευνάται κατά πόσον η πολυπλοκότητα του χώρου και η φύση της εργασίας σε συνδυασμό με τη σύνθεση του ανθρώπινου δυναμικού, οδηγούν σε επαγγελματική εξουθένωση, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο ανάπτυξης εργασιακών συγκρούσεων.

Τον υπό μελέτη πληθυσμό αποτέλεσαν όλοι οι νοσηλευτές και γιατροί που εργάζονταν κατά το χρόνο διεξαγωγής της έρευνας στα εν λόγω τμήματα. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την χρήση ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου, έτσι ώστε να είναι σε θέση να δώσει απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 152 επαγγελματίες υγείας, με ποσοστό ανταπόκρισης 57,57%. Από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι υπάρχουν δια- επαγγελματικές αντιπαραθέσεις στο περιβάλλον των ΤΑΕΠ. Το 85% του δείγματος αναφέρει αντιπαραθεση στο χώρο εργασίας του τους τελευταίους 6 μήνες. Η πλειοψηφία του δείγματος, αναφέρει αντιπαραθέσεις κυρίως με γιατρούς, με ποσοστά που φτάνουν στο 69,3% των νοσηλευτών και στο 78,8% των γιατρών. Εντούτοις, τα αίτια πρόκλησης αντιπαραθέσεων δεν οφείλονται σε διαπροσωπικές διαφορές, αλλά σε προβλήματα οργανωτικής δομής (69,9%) και σε οργανωτικές ασάφειες (59,8%). Επιπρόσθετα, παρατηρούνται στοιχεία επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στο προσωπικό που εργάζεται στα ΤΑΕΠ και ιδιαίτερα στους νοσηλευτές. Το γεγονός αυτό, φαίνεται ότι επηρεάζει το εργασιακό κλίμα, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο εμφάνισης αντιπαραθέσεων.

Abstract

The complexity of the organizational structure of ~~governmental~~-public hospitals and the particularities that exist in the health care sector, render the working environment exigent and difficult - particularly when urgent situations and situations of crisis coexist. Their structure requires the systematic interaction of various professional teams of health care in order to provide a high quality of service. However, the inhomogeneity of the health care professionals and their differences in professional orientation, in combination with the health care sector particularities, may increase the possibilities of conflicts to emerge.

Conflict is inevitable in all areas of health care but is also necessary as it can become a source of energy and creativity. Nevertheless, the problem with it is not its existence, but rather its management. It is probable that their ineffective management influences negatively the effectiveness and the efficiency of a nursing institution.

The purpose of this study is to examine the predisposing factors which contribute in the creation of a negative working environment, friction and conflict between the personnel of accident and emergency departments of the 5 major governmental hospitals in Cyprus. It deals especially with whether the complexity of a working environment and the work's nature in combination with the composition of human potential and burnout affects the frequency of conflicts.

The population under study was constituted by all the nurses and doctors working at the Accident and Emergency department during the conduction of this research. A specific questionnaire was designed for the collection of data in order to be able to give answers in the inquiring questions.

The questionnaire was completed by 152 health professionals with a respond rate of 57,57%. From the evaluation of results emerges that interdisciplinary conflicts do exist in the Accident and Emergency departments (85% of the respondents), where doctors are mainly involved (69,3% between nurses – doctors and 78,8% between doctors – doctors). The overwhelming majority of samples considers that conflicts do not arise due to interpersonal differences, but are resulted mainly due to organizational problems (69,9%) and organizational ambiguities (59,8%). In addition, elements of professional burnout are observed among the staff, mainly among females and nurses, which appears to influence the occupational climate and increase the conflicts between the staff.

Πίνακας Περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
Περίληψη.....	3
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
II. Ευρύτερη Περιοχή Ενδιαφέροντος.....	12
III. Ερευνητικό πρόβλημα.....	14
IV. Ερευνητικά Ερωτήματα.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I.....	16
<i>ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ</i>	16
<i>ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ</i>	16
1.1 Σύγκρουση.....	17
1.1.1 Θεωρίες συγκρούσεων.....	18
1.1.2 Η διαδικασία της σύγκρουσης.....	19
1.1.3 Είδη Συγκρούσεων.....	20
1.2 Διαχείριση Συγκρούσεων.....	20
1.2.1 Θεωρία διαχείρισης συγκρούσεων.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II.....	24
2.1 Δυνητικές Πηγές Συγκρούσεων.....	25
2.1.1 Ύπαρξη στερεοτύπων, σύγκρουση ρόλων και διαφορετικές προσδοκίες ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας.....	26
2.1.2 Η οργανωτική δομή του οργανισμού.....	28
2.1.3 Απουσία ενημέρωσης σχετικά με θέματα διαχείρισης συγκρούσεων.....	29

2.1.4	Δίκαιη κατανομή ανταμοιβών και πόρων.....	30
2.1.5	Ασάφεια καθηκόντων	31
2.2	Ιδιαιτερότητες στο περιβάλλον των ΤΑΕΠ που πιθανολογούνται ως πηγές αντιπαραθέσεων.....	32
2.2.1	Το περιβάλλον και ο τρόπος λειτουργίας των ΤΑΕΠ.....	32
2.2.2	Η Επαγγελματική Εξουθένωση	34
2.2.2.1	Οι επιπτώσεις της επαγγελματική εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό των ΤΑΕΠ.....	36
2.3	Συνέπειες των συγκρούσεων.....	38
2.4	Τεχνικές Διαχείρισης των συγκρούσεων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας..	40
2.4.1	Αποφυγή	42
2.4.2	Αποδοχή.....	44
2.4.3	Διεκδίκηση.....	45
2.4.4	Συνεργασία.....	45
2.4.5	Συμβιβασμός.....	46
2.4.6	Διαμεσολάβηση	46
2.5	Επίλυση και αντιμετώπιση των συγκρούσεων.....	47
2.5.1	Θεσμοθετημένα Συστήματα Διαχείρισης των Συγκρούσεων.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III		55
<i>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</i>		55
3.1	Γενικός σκοπός.....	56
3.2	Αντικειμενικοί Στόχοι	57
3.3	Σχεδιασμός της μελέτης.....	57
3.4	Πεδίο διεξαγωγής της μελέτης.....	57

3.5	Υπό μελέτη πληθυσμός.....	58
3.6	Επιλογή δείγματος.....	58
3.7	Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων	58
3.9	Διαδικασία μετάφρασης του ερωτηματολογίου.....	61
3.10	Αξιοπιστία και εγκυρότητα του εργαλείου.....	62
3.11	Ηθικές προεκτάσεις.....	64
3.12	Συλλογή Δεδομένων.....	65
3.13	Ανάλυση των αποτελεσμάτων.....	66
3.14	Περιορισμοί / Αδυναμίες της Έρευνας.....	67
<i>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</i>		69
4.1	Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	70
4.1.1	Η σύνθεση του συνολικού δείγματος	70
4.1.2	Ηλικιακή κατανομή	71
4.1.3	Οικογενειακή κατάσταση και αριθμός παιδιών.....	72
4.1.4	Χώρος παροχής υπηρεσιών – Γεωγραφική κατανομή δείγματος.....	73
4.1.5	Θέση που κατέχουν οι συμμετέχοντες ή Επαγγελματική κατάσταση συμμετεχόντων	74
4.1.6	Χρόνια Υπηρεσίας στον τομέα της υγείας και σε Τμήμα ΤΑΕΠ.....	75
4.2	Αποτελέσματα σχετικά με τις Αντιπαραθέσεις.....	77
4.2.1	Συχνότητα Αντιπαραθέσεων.....	77
4.2.2	Συγκρούσεις και απόδοση Επαγγελματιών Υγείας	81
4.2.3	Εμπλεκόμενοι στις αντιπαραθέσεις	82
4.2.4	Συγκρούσεις κατά επαγγελματική ομάδα.....	83

4.2.5	Αιτίες αντιπαραθέσεων.....	85
4.2.6	Στρατηγικές αντιμετώπισης των συγκρούσεων.....	89
4.2.7	Προτάσεις για την αποφυγή ή και επίλυση των αντιπαραθέσεων.....	90
4.3	Επαγγελματική Εξουθένωση	92
4.3.1	Συσχέτιση επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης με τη συχνότητα των συγκρούσεων	105
4.4	Αποτελέσματα κατά την αξιολόγηση των Οργανωτικών Παραγόντων.....	106
4.4.1	1 ^{ος} παράγοντας: Απαιτήσεις.....	108
4.4.2	2ος παράγοντας: Έλεγχος	109
4.4.3	3ος παράγοντας: Υποστήριξη από τη Διοίκηση	109
4.4.4	4 ^{ος} παράγοντας: Υποστήριξη από συναδέλφους.....	110
4.4.5	5ος παράγοντας: Σχέσεις	111
4.4.6	6 ^{ος} παράγοντας: Ρόλοι.....	112
4.4.7	7 ^{ος} παράγοντας: Αλλαγή	112
4.4.8	Κατάταξη των αποτελεσμάτων που αφορούν τις διάφορες παραμέτρους της αξιολόγησης των οργανωτικών παραγόντων σύμφωνα με το επάγγελμα, το φύλο και τα χρόνια υπηρεσίας	113
4.5	Συσχέτιση Οργανωτικών παραγόντων με τη συχνότητα των αντιπαραθέσεων..	115
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V		119
ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ		119
5.1	Συμπεράσματα σχετικά με τη συχνότητα και τις αιτίες των αντιπαραθέσεων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας στα τμήματα ΤΑΕΠ	120
5.2	Συγκρούσεις και επαγγελματίες υγείας.....	124
5.3	Αιτίες των αντιπαραθέσεων	125
5.4	Η επίδραση των οργανωτικών παραγόντων στη συχνότητα των συγκρούσεων.....	129

5.5	Η επαγγελματική εξουθένωση στο Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των ΤΑΕΠ και η επίδραση της στη συχνότητα των συγκρούσεων.....	130
5.6	Συμπεράσματα σχετικά με τους τρόπους διαχείρισης των συγκρούσεων που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας.....	133
5.7	Προτάσεις για επίλυση των συγκρούσεων.....	137
	Βιβλιογραφία	139
	Ελληνόγλωσση.....	139
	Ξενόγλωσση.....	141
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	150
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ.....	158
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ ΓΙΑ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΔΕΙΑΣ.....	160

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η διαφορετικότητα των ατόμων, πολλές φορές προκαλεί υγιή ανταλλαγή απόψεων και ανάπτυξη πολυθεματικής προσέγγισης στην επίλυση προβλημάτων. Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις η πιο πάνω προσέγγιση ενδέχεται να δημιουργεί εντάσεις και συγκρούσεις. Επιπρόσθετα, μπορεί να προκληθούν συγκρούσεις λόγω της ιδιαιτερότητας του εργασιακού χώρου, του ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνει τον οργανισμό και διάφορους άλλους παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάζουν τις σχέσεις και την επικοινωνία του προσωπικού. Ιδιαίτερα δε, όπου υπεισέρχεται έντονα και ο ανθρώπινος παράγοντας, αναπόφευκτα δημιουργούνται καταστάσεις ανταγωνιστικότητας, προϋποθέσεις αυτοπροβολής και συγκρουόμενα συμφέροντα, που πολλαπλασιάζουν τις πιθανότητες των προστριβών και των εντάσεων.

Η δημιουργία συγκρούσεων στο εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτριών, αποτελεί σύνηθες και καθημερινό φαινόμενο, που οι επιπτώσεις τους έχουν μελετηθεί από αρκετούς ερευνητές (Cox, 2003; Hendel et al, 2005; Kelly, 2006). Οι περισσότερες θεωρητικές προσεγγίσεις για το θέμα, αναφέρονται συνήθως στο αποτέλεσμα των προσπαθειών ενός οργανισμού να βελτιώσει την ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών του, αφού η εύρυθμη λειτουργία ενός οργανισμού, θεωρείται ότι έχει άμεση και ουσιαστική επίδραση στην ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας (Δημητρώπουλος και Φιλίππου, 2008). Επίσης, οι μελετητές προσπαθούν παράλληλα να ερμηνεύσουν τα αίτια των συγκρούσεων, θεωρώντας ότι αυτές προκύπτουν κυρίως μέσα από μια δυναμική αλληλεπίδραση του ατόμου με το εργασιακό του περιβάλλον. Τεκμηριώνουν δε το γεγονός, ότι αυτές εμφανίζονται κυρίως, όταν ένα άτομο ή μια ομάδα ατόμων αισθάνονται αρνητικά προς ένα άλλο άτομο ή ομάδα, για διαφορετικές συνήθως αιτίες, με αποτέλεσμα να εκδηλώνουν συναισθήματα και συμπεριφορές που εμποδίζουν την ομαλή εκτέλεση της εργασίας (Καδδά, 2005).

Εντούτοις, ως ένα ορισμένο βαθμό οι συγκρούσεις σε ένα οργανισμό θεωρούνται υγιείς και αναπόφευκτες και μπορεί να αποτελέσουν θετική πηγή ενέργειας και

δημιουργικότητας. Όταν μάλιστα υπάρχει σωστή διαχείριση, τότε οι συγκρούσεις, συμβάλλουν στην αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του νοσηλευτικού ιδρύματος (Maanen, 2003)

Καθώς όμως οι απαιτήσεις και οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων στα νοσηλευτικά ιδρύματα ολοένα και αυξάνονται, η πιθανότητα να δημιουργηθούν αντιθέσεις και συγκρούσεις μεγαλώνει επιδρώντας αρνητικά στην εύρυθμη λειτουργία των μονάδων. Επιπρόσθετα, ορισμένοι ιδιαίτεροι παράγοντες όπως η ύπαρξη στερεότυπων σχετικά με το επάγγελμα των νοσηλευτών και των ιατρών, η επικράτηση του γυναικείου φύλου στο επάγγελμα του νοσηλευτή και η διαφορά τους όσον αφορά την ακαδημαϊκή και την επαγγελματική τους εξέλιξη αποτελούν σημαντικές αιτίες για αύξηση των συγκρούσεων μεταξύ τους (Kelly ,2006).

Η μελέτη αυτή αναφέρεται στην ανίχνευση των πιθανών παραγόντων που προκαλούν συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο των Γενικών Νοσοκομείων της Κύπρου και συγκεκριμένα στα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ), όπου κατά την άποψη του ερευνητή, συνυπάρχουν διάφοροι παράγοντες που ενδέχεται να αυξάνουν τις προστριβές και να δημιουργούν συγκρούσεις. Με βάση τη βιβλιογραφία [ο](#) συγκεκριμένος τομέας δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς και ο κύριος στόχος της μελέτης αυτής είναι η ανάδειξη πιθανών παραγόντων όξυνσης στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο και οι τρόποι διαχείρισης τους από το προσωπικό. Αναμένεται ότι η ανάδειξη αυτών των στοιχείων θα συμβάλει στον προβληματισμό και ευαισθητοποίηση των υπηρεσιών υγείας ούτως ώστε να γίνει καλύτερος προγραμματισμός και να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα, με στόχο την βελτίωση στην παροχή της υγειονομικής φροντίδας.

II. Ευρύτερη Περιοχή Ενδιαφέροντος

Πολύ συχνά οι επαγγελματίες στον ευρύτερο τομέα της υγείας, ασχολήθηκαν με την ανίχνευση των πιθανών παραγόντων που εντείνουν το εργασιακό περιβάλλον, αναγνωρίζοντας τους κινδύνους που εγκυμονούν στην αποδοτικότητα των μονάδων υγείας.

Το θέμα των συγκρούσεων κατά τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω του ξεχωριστού ρόλου που διαδραματίζει στην αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού, παρουσιάζει αυξητική τάση και μονοπωλεί το ερευνητικό ενδιαφέρον. Πολλές μελέτες ασχολήθηκαν με το θέμα των εργασιακών σχέσεων και ανάδειξαν πολύ σημαντικά στοιχεία που αφορούν τις αρχές διοίκησης και οργάνωσης ενός οργανισμού. Παράλληλα, έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεωρίες του μάνατζμεντ που επικεντρώνονται στις ανθρώπινες σχέσεις και στην ανάλυση της ψυχοκοινωνικής συμπεριφοράς του ατόμου στο χώρο εργασίας του (Σαρρής, 2001).

Οι συγκρούσεις στη δια - επαγγελματική συνεργασία δεν πρέπει να εκλαμβάνονται αποκλειστικά σαν μια νοσηρή κατάσταση στα πλαίσια της εύρυθμης λειτουργία μιας νοσηλευτικής μονάδας. Αντίθετα θα πρέπει να προσεγγίζονται σαν μια ευκαιρία για περαιτέρω ανάπτυξη, νοούμενου ότι η διαχείριση τους, γίνεται με σύνεση (Σαπουντζή-Κρέπια, 2001). Διαφορετικά, μπορούν να αποβούν καταστροφικές, μειώνοντας την αποτελεσματικότητα τόσο του ατόμου όσο και του οργανισμού (Swansburg & Swansburg, 1999).

Ο Farell (1999), αναφέρει ότι στο χώρο των νοσηλευτηρίων οι συγκρούσεις μεταξύ των εργαζομένων αποτελούν συχνό φαινόμενο. Οι κύριες αιτίες που τις προκαλούν, φαίνεται να σχετίζονται με παράγοντες που έχουν σχέση με την προσωπικότητα και συγκεκριμένες καταβολές ή παρακαταθήκες των εργαζομένων στις μονάδες παροχής υγείας. Άτομα και ομάδες με διαφορετικές αξίες, εμπειρίες, γνώσεις, ικανότητες, αντιλήψεις, καθήκοντα, ανάγκες και στόχους, είναι υποχρεωμένα να συνυπάρχουν και να συνεργάζονται σε ένα οργανωτικό περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα και πολυπλοκότητα σε ότι αφορά τις δομές, τις διαδικασίες και τους κανόνες. Εξάλλου αυτό εξυπακούεται σε κάθε οργανισμό που στηρίζεται σε ανθρώπινο δυναμικό με διαφορετικές αξίες, αντιλήψεις, εμπειρίες και επίπεδο εκπαίδευσης. Σε αρκετές περιπτώσεις, αυτές δύναται να μην συμπίπτουν και να μην υιοθετούνται από όλους με αποτέλεσμα να δημιουργούνται διαφορετικές απαιτήσεις και στόχοι. Συνεπώς, οι συγκρούσεις αποτελούν φυσικό επακόλουθο αυτής της κατάστασης (Μπουραντάς, 1992).

Συγκρούσεις μπορεί να αναπτυχθούν σε οποιοδήποτε νοσηλευτικό χώρο, όπου συνυπάρχουν διαφορετικές ομάδες επαγγελματιών υγείας. Όταν όμως αθροίζονται και οι ιδιαιτερότητες του κάθε χώρου όπως οι αυξημένες ανάγκες των ασθενών ή όταν το προσωπικό καλείται να προσφέρει υπηρεσίες κάτω από έντονες καταστάσεις σε επείγοντα περιστατικά, όπως στις μονάδες εντατικής θεραπείας και τα ΤΑΕΠ, η συχνότητα των συγκρούσεων παρουσιάζεται αυξημένη (Δημητρόπουλος και Φιλίππου, 2008).

Επιπρόσθετα, το ζήτημα της διαχείρισης των συγκρούσεων, που πιθανόν να παρουσιαστούν σε μια συνεργασία, αποτέλεσε και αποτελεί ένα ακόμη ζήτημα που απασχολεί τόσο τα στελέχη της διοίκησης όσο και τα επιμέρους άτομα που συμμετέχουν σε ομάδες δια - επαγγελματικής συνεργασίας (Σαπουντζή-Κρέπια, 2001).

Σύμφωνα δε με τον Κάντα (1999), έχει υπολογιστεί ότι το 20% του χρόνου των μάνατζερ διαθέτεται για την αντιμετώπιση ή την επίλυση κάποιας μορφής σύγκρουσης. Μια σύγκρουση μπορεί να εμφανιστεί σε όλα τα στάδια της διοίκησης και μπορεί να οφείλεται είτε γιατί υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων, είτε γιατί οι ενέργειες του ενός προκαλούν τις αρνητικές αντιδράσεις των άλλων (Axelrod,1998; Robbins,1995).

III. Ερευνητικό πρόβλημα

Όπως έχει προαναφερθεί, μερικές από τις νοσηλευτικές μονάδες των νοσοκομείων λόγω της πολυπλοκότητας στη φύση της εργασίας και στη σύνθεση του ανθρώπινου δυναμικού τους, έχουν αυξανόμενο κίνδυνο ανάπτυξης εργασιακών συγκρούσεων (Δημητρόπουλος και Φιλίππου, 2008) Έτσι το ερευνητικό ενδιαφέρον της παρούσας μελέτης για την εντόπιση των παραγόντων που δημιουργούν συγκρούσεις στο χώρο της υγείας, επικεντρώνεται στα Τμήματα ΤΑΕΠ. Οι εργασιακοί αυτοί χώροι, ένεκα της φύσης της εργασίας και του τρόπου λειτουργίας τους, παρουσιάζουν κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τα οποία ευθύνονται, τόσο για τα αυξημένα επίπεδα στρες μεταξύ των εργαζομένων, όσο και για την δημιουργία εντάσεων που κατ' επέκταση οδηγούν στην ανάπτυξη συγκρούσεων μεταξύ του προσωπικού (Kalemoglu & Keskin, 2006).

IV. Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα αφορούν αρχικά την συχνότητα των συγκρούσεων στον εργασιακό χώρο των ΤΑΕΠ και ανάμεσα σε ποιες εργασιακές ομάδες παρουσιάζονται. Παράλληλα, αναζητούνται οι πιθανοί παράγοντες που ενδέχεται να αυξάνουν τις συγκρούσεις στον συγκεκριμένο εργασιακό χώρο, καθώς και οι τρόποι διαχείρισης που χρησιμοποιούνται από την κάθε ομάδα εργαζομένων στην αντιμετώπιση των συγκρούσεων στα ΤΑΕΠ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

***ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ
ΠΛΑΙΣΙΟ***

ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

Formatted: Font: Times New Roman,
Font color: Auto, Greek (Greece)

1.1 Σύγκρουση

Αν και δεν υπάρχει ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός για τον όρο σύγκρουση (Albanese, 1981), η έννοια του όρου διαφέρει ανάλογα με το πώς καθορίζεται.

Ο Μπαμπινιώτης (2005), αναφέρεται στο ρήμα «συγκρούομαι» ως την ρήξη, την έντονη αντιπαράθεση, τη συμπλοκή με κάποιον ή κάτι, τη σύγκρουση συμφερόντων, την αντίθεση και την πρόσκρουση. Συνεχίζοντας περιγράφει την έννοια σύγκρουση, σαν την «κατάσταση στην οποία συνυπάρχουν στοιχεία που αλληλοαναιρούνται ή που εμποδίζει το ένα την ύπαρξη ή λειτουργία του άλλου». Εδώ η σύγκρουση θεωρείται αρνητικό φαινόμενο, κάτι που παρατηρείται και σε άλλους ορισμούς.

Οι Hendel και συν. (2007), ορίζουν τη σύγκρουση ως μια διαφωνία ή μια διαμάχη που εμφανίζεται όταν υπάρχει είτε μια πραγματική απειλή είτε μια προσλαμβανόμενη από το άτομο απειλή, σε σχέση τις επιθυμίες, τις σκέψεις, τις τοποθετήσεις, τα συναισθήματα ή και τις συμπεριφορές ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα συμβαλλόμενα μέρη. Ο Μπουραντάς (1992), από την άλλη προσδιορίζει τον όρο σύγκρουση ως τη συμπεριφορά ενός ατόμου ή μιας ομάδας, που επιδιώκει σκόπιμα να εμποδίσει την επίτευξη των στόχων ενός άλλου ατόμου ή ομάδας. Η Valentine (1995) όμως, δίνει μια θετική προσέγγιση στον όρο σύγκρουση, αφού όπως αναφέρει εμπεριέχει τις έννοιες της πάλης ιδεών, της αντιπαράθεσης του παλαιού με το καινούργιο, την έννοια της κάθαρσης, της συμβολής στην ανάπτυξη και τον εντοπισμό της αιτίας του προβλήματος.

Ένας ευρύς ορισμός που περιλαμβάνει όλο το φάσμα και τα επίπεδα των συγκρούσεων που οι άνθρωποι βιώνουν στους οργανισμούς κατά τον (Robbins,1995), περιγράφει τη σύγκρουση ως μια διαδικασία, που ξεκινά όταν ένα μέλος μια ομάδας αντιληφθεί, ότι κάποιο άλλο μέλος είναι επηρεασμένο αρνητικά. Εμπερικλείει όμως, διαφορές στην ερμηνεία των γεγονότων, διαφωνίες που βασίζονται σε διαφορετικές προσδοκίες, νοοτροπίες, στόχους, μεθόδους, κ.α.

Ένας πιο σφαιρικός ορισμός, αναφέρεται από τη Singleton (1999) που ορίζει ότι η σύγκρουση είναι «έναν σαφής αγώνα ανάμεσα σε δύο τουλάχιστον αλληλεξαρτούμενες

πλευρές που αντιλαμβάνονται ασυμβίβαστους στόχους, σπάνιες επιβραβεύσεις και παρεμβολές από την άλλη πλευρά, στην προσπάθεια τους να πετύχουν τους στόχους τους. Οι πλευρές αυτές είναι σε θέση αντίθεσης σε σχέση με τη συνεργασία». Σε αυτόν τον ορισμό αναφέρεται η έννοια “αντίθεση”, που συναντάται και στον Ζαβλανό (2002), ο οποίος αναφέρει ότι «η σύγκρουση προκαλείται από όλα τα είδη των αντιθέσεων μεταξύ των ατόμων ή ομάδων πάνω σε διάφορα θέματα».

Σύμφωνα όμως με τον Κάντα (1999), στον χώρο της εργασίας προτιμούνται οι όροι ανταγωνισμός και σύγκρουση, παρά ο όρος επιθετικότητα γιατί συνήθως δεν υπάρχει εμφανής βία.

1.1.1 Θεωρίες συγκρούσεων

Στη βιβλιογραφία εντοπίζονται τρεις θεωρίες που αφορούν τις συγκρούσεις (Robbins, 1995). Η πρώτη θεωρία αφορά την **παραδοσιακή αντίληψη** ότι όλες οι συγκρούσεις είναι **αρνητικές**. Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι η σύγκρουση αποτελεί συνώνυμο της αποτυχίας των εργαζομένων, της ελλιπούς επικοινωνίας και της βίας και θα πρέπει να αποφεύγεται αφού είναι δυσλειτουργική για τον οργανισμό.

Η **θεωρία των ανθρώπινων σχέσεων** εκλαμβάνει τη σύγκρουση ότι είναι ένα φυσικό συμβάν μεταξύ των ανθρώπων, των ομάδων και των οργανισμών. Δεδομένου λοιπόν ότι, η σύγκρουση είναι αναπόφευκτη, δεν μπορεί να εξαλειφθεί και ούτε είναι απαραίτητα δυσλειτουργική. Η θεωρία των ανθρώπινων σχέσεων λοιπόν, αποδέχεται τη σύγκρουση και εκλογικεύει την ύπαρξή της.

Τέλος, η **θεωρία της αλληλεπίδρασης**, κατά κάποιο τρόπο, ενθαρρύνει τη σύγκρουση, αφού τη θεωρεί αναγκαία για αλλαγή και καινοτομία. Η θεωρία αυτή ενθαρρύνει τους μάνατζερ να διατηρούν ένα συνεχόμενο χαμηλό επίπεδο σύγκρουσης, το οποίο όπως υποστηρίζεται, κάνει την ομάδα βιώσιμη και δημιουργική.

1.1.2 Η διαδικασία της σύγκρουσης

Η διαδικασία της σύγκρουσης σύμφωνα με τον Maanen (2003), περιλαμβάνει πέντε στάδια. **Το πρώτο στάδιο** στη διαδικασία της σύγκρουσης είναι **η ύπαρξη συνθηκών** που να δημιουργούν ευκαιρίες ανάπτυξης συγκρούσεων. Οι ευκαιρίες αυτές μπορούν να ενταχθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: **επικοινωνία, δομή** και **διαφορετικές αξίες/αντιλήψεις**. Όσον αφορά την επικοινωνία, έρευνες υποστηρίζουν ότι οι πιθανότητες για σύγκρουση αυξάνονται όταν υπάρχει πολύ λίγη ή υπερβολική επικοινωνία (Kelly, 2006). Αναφορικά δε με τη δομή, βιβλιογραφικά αναδεικνύεται ότι, το μέγεθος και η ειδίκευση δρουν ως δυνάμεις, που ενεργοποιούν τη σύγκρουση. Όσο μεγαλύτερη είναι η ομάδα και όσο πιο ειδικές είναι οι δραστηριότητες της, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα για σύγκρουση (Mayer, 2000; Ahuja & Marshall, 2003). Τέλος, οι διαφορετικές αξίες/αντιλήψεις και πεποιθήσεις των ατόμων και των ομάδων σε ότι αφορά τους προσωπικούς στόχους, τα πρότυπα, τα μέσα και τις διαδικασίες, αποτελούν πηγές σύγκρουσης ((Maanen, 2003; Μπουραντάς, 2002).

Το δεύτερο στάδιο είναι αυτό της **συνειδητοποίησης**. Η σύγκρουση ξεκινάει, όταν ένα άτομο ή επαγγελματική ομάδα συνειδητοποιήσουν ότι ένα άλλο άτομο ή επαγγελματική ομάδα αντικρούουν τα συμφέροντα τους. **Το τρίτο στάδιο** αποτελούν **οι προθέσεις**. Οι αποφάσεις δηλαδή για μια μελλοντική συμπεριφορά. Μερικές φορές όμως ανάμεσα στις προθέσεις και τη συμπεριφορά ενδέχεται να υπάρχει μεγάλη χρονική διαφορά αφού δεν αντανακλούν πάντα η μία την άλλη.

Τέταρτο στάδιο στη διαδικασία της σύγκρουσης αποτελεί **η συμπεριφορά**, οι πράξεις και οι αντιδράσεις δηλαδή, από τα αλληλοσυγκρουόμενα μέλη. Ακολούθως, κάθε σύγκρουση έχει και την **τελική της έκβαση**, η οποία αποτελεί το **πέμπτο στάδιο** της σύγκρουσης. Η τελική έκβαση μιας σύγκρουσης μπορεί είτε να θεωρηθεί λειτουργική εάν βοήθησε στη βελτίωση της απόδοσης της ομάδας και κατ' επέκταση του οργανισμού, είτε μη λειτουργική εάν επήλθε μείωση στην αποδοτικότητα της ομάδας.

1.1.3 Είδη Συγκρούσεων

Οι συγκρούσεις θα μπορούσαν να ενταχθούν σε δύο βασικές κατηγορίες: στις διαπροσωπικές που αναπτύσσονται μεταξύ ατόμων και στις ομαδικές που λαμβάνουν χώρα μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων. Σε επίπεδο του οργανισμού, οι συγκρούσεις θα μπορούσαν να καταναμηθούν σε ιεραρχικές (μεταξύ ιεραρχικών βαθμίδων), σε λειτουργικές (μεταξύ διαφορετικών λειτουργιών), σε συγκρούσεις επιτελικών στελεχών και τέλος μεταξύ τυπικής και άτυπης οργάνωσης (Μπουραντας, 2002).

Με κριτήριο το αν η απόδοση της ομάδας και κατ' επέκταση η παραγωγικότητα των εργαζομένων αυξάνεται, η σύγκρουση θα μπορούσε να διαφοροποιηθεί σε λειτουργική και σε μη λειτουργική. Εντούτοις, η διαφορά της λειτουργικής και της δυσλειτουργικής σύγκρουσης δεν είναι σαφής.

Κάθε σύγκρουση έχει την ίδια πιθανότητα να είναι δυσλειτουργική, αλλά αν τύχει δημιουργικού χειρισμού, τότε μπορεί να καταστεί λειτουργική και να αυξήσει την απόδοση της ομάδας και του οργανισμού (Robbins, 1995; Kemberg, 1998; Cox, 2003).

Τέλος, ο Fritchie (1995), διακρίνει τη σύγκρουση σε 'θερμή' και 'ψυχρή'. Ενώ η θερμή σύγκρουση αυξάνει τη δημιουργικότητα και τη δραστηριότητα των ομάδων, η ψυχρή σύγκρουση παρεμποδίζει την επικοινωνία, καθώς η ύπαρξη της δεν γίνεται αντιληπτή. Επομένως, για τη σωστή διαχείριση της σύγκρουσης, είναι σημαντικό να προηγηθεί αναγνώριση τόσο του είδους και της φύσης της σύγκρουσης. Παράλληλα, θα πρέπει με βάση αυτά, να επιλεγεί ο κατάλληλος τρόπος με τον [οποίο](#) θα γίνει σωστή διαχείριση και επίλυση της σύγκρουσης.

1.2 Διαχείριση Συγκρούσεων

Η έννοια της λέξης «διαχείριση» πολλές φορές συγχέεται με τις λέξεις επίλυση και αντιμετώπιση των συγκρούσεων. Αρκετές φορές οι όροι αυτοί χρησιμοποιούνται για να δηλώσουν ίδια, παραπλήσια ή και διαφορετική έννοια, ενώ από πολλούς, η επίλυση θεωρείται ως προϋπόθεση της διαχείρισης. Η «διαχείριση των συγκρούσεων» θα

μπορούσε να οριστεί ως η υποβοήθηση των ατόμων που βρίσκονται σε σύγκρουση, ώστε να υιοθετήσουν μια αποτελεσματική διαδικασία αντιμετώπισης των συγκρούσεων τους.

1.2.1 Θεωρία διαχείρισης συγκρούσεων

Οι έρευνες για τους τρόπους επίλυσης των οργανωσιακών συγκρούσεων, αρχίζουν από το 1960. Οι περισσότερες μελέτες βασίζονταν στο διευθυντικό πλέγμα των Blake και Mounton (1964), οι οποίοι μετά από μια σειρά ερευνών, κατέληξαν στο πλέγμα με συντελεστές τις δυο διαστάσεις της ηγεσίας: τη φροντίδα για τους ανθρώπους και τη φροντίδα για την παραγωγή. Το 1973, δημιουργήθηκε το πλέγμα Jay Hall's Conflict Management Survey, που όμως δεν έτυχε ευρείας αποδοχής και χρήσης. Έτσι το 1974, ο Kenneth W. Thomas και ο Ralph H. Kilmann, παρουσίασαν την κλίμακα «**Thomas - Kilmann Conflict Mode Instrument**» (TKI), που είναι βασισμένη στο διευθυντικό πλέγμα των Blake και Mounton. Το TKI που είναι σχεδιασμένο να αξιόλογα-αξιολογεί την συμπεριφορά του ατόμου σε καταστάσεις συγκρούσεων, έγινε αποδεκτό με επιτυχία και χρησιμοποιείται από τότε για την εκπαίδευση στελεχών και την έρευνα (Past, 2001).

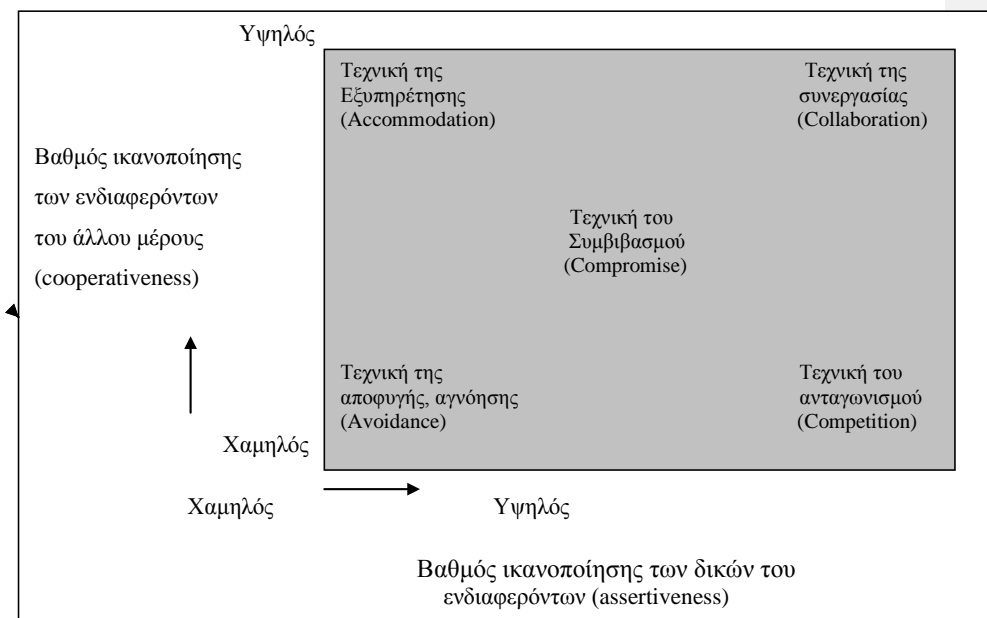
Αριθμός συγγραφέων και ερευνητών (Valentine, 1995, McKenna & Richardson, 1995, Past, 2001, Ζαβλανός, 2002, Hendel και συν, 2005 κ.α.), χρησιμοποίησαν το TKI στις διάφορες μελέτες τους. Με βάση αυτό, χρησιμοποιούνται πέντε τεχνικές-στρατηγικές για την αντιμετώπιση ή το χειρισμό των συγκρούσεων:

1. *Συνεργασία – Collaborating*. Στη βάση αυτής της τεχνικής η επιθυμία ικανοποίησης των ενδιαφερόντων του άλλου μέρους, καθώς και του ίδιου είναι μεγάλη. Και τα δυο μέρη προσπαθούν να φθάσουν σε αμοιβαίο όφελος και παράλληλα να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους.
2. *Εξυπηρέτηση ή Βοήθεια – Accommodation*. Εδώ το άτομο ~~είναι~~ είναι συνεργάζεται με το άλλο μέρος, αλλά δεν προσπαθεί να ικανοποιήσει τα δικά του ενδιαφέροντα. Όταν το άτομο συνεργάζεται και συμφωνεί με τους άλλους, τότε μπορεί να αποφύγει την ενδεχομένη σύγκρουση. Έμφαση δίνεται στη διατήρηση των ομαλών σχέσεων.

3. *Συμβιβασμός – Compromising*. Η προσπάθεια ικανοποίησης των ενδιαφερόντων του άλλου μέρους, αλλά και του ίδιου είναι μέτρια. Γίνεται μια προσπάθεια να υπάρξει μια μέση λύση, που να ικανοποιεί κάποιες από τις ανάγκες των ατόμων. Έτσι, η επιδίωξη είναι μια αποδεκτή, παρά μια βελτιστοποιημένη λύση. Η μέθοδος προτιμάται, όταν οι αντιτιθέμενες πλευρές έχουν παρόμοια ισχύ.
4. *Αποφυγή – avoidance*. Σε αυτήν την τεχνική, η προσπάθεια ικανοποίησης των ενδιαφερόντων του άλλου μέρους και των ιδίων των ατόμων, είναι χαμηλή. Το άτομο ουσιαστικά δεν κάνει τίποτα, παραμένει ουδέτερο και αγνοεί την προστριβή. Είναι χρήσιμη τακτική, όταν το προκύπτον ζήτημα είναι χαμηλής σπουδαιότητας και υπάρχουν σημαντικότερα ζητήματα, ή όταν κάποιος προσπαθεί να κερδίσει χρόνο και να μειώσει τις εντάσεις.
5. *Ανταγωνισμός – Competing*. Εδώ το άτομο, χρησιμοποιεί την ισχύ και εξουσία που του παρέχει η θέση του, για να πείσει τα άλλα άτομα να δεχτούν μια συγκεκριμένη λύση. Αν έχει αρκετά μεγάλη δύναμη και ευελιξία, θα καθορίσει ακριβώς τον τρόπο που θα χειριστεί τη σύγκρουση.

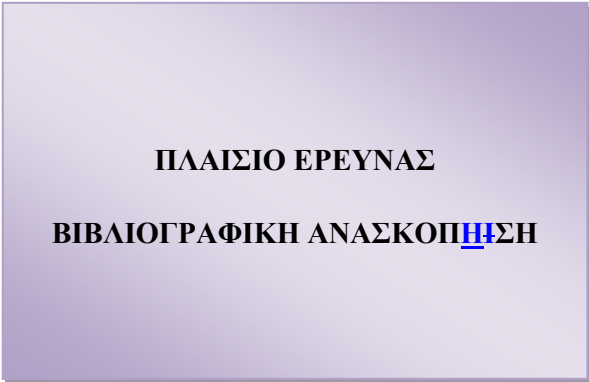
Επιπρόσθετα οι Thomas & Kilmann ανέπτυξαν το μοντέλο τους, προσδιορίζοντας δύο διαστάσεις της συμπεριφοράς από που προέρχεται το στυλ της κάθε στρατηγικής χειρισμού των συγκρούσεων. Η πρώτη πραγματεύεται την προσπάθεια ικανοποίησης των αναγκών και ενδιαφερόντων του άλλου μέρους (cooperativeness), ενώ η δεύτερη την επιθυμία ικανοποίησης των αναγκών του ίδιου του ατόμου (assertiveness). Αυτές οι δύο διαστάσεις ή παράμετροι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να χαρακτηριστούν οι πέντε στρατηγικές χειρισμού των συγκρούσεων (Past, 2001), όπως φαίνεται στο πιο κάτω διάγραμμα.

Διάγραμμα 1: Τεχνικές για χειρισμό συγκρούσεων



Πηγή: Προσαρμογή, Ζαβλανός, 2002:372.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ



ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η διαχείριση των συγκρούσεων μεταξύ του υγειονομικού προσωπικού έχει τύχει ευρείας μελέτης (Skjorshammer, 2001; Skjorshammer, 2002; Tengilimoglu & Kisa, 2005; Κοντογιάννη, 2007). Εντούτοις δεν έχουν εντοπιστεί ερευνητικές εργασίες που να επικεντρώνονται στη διαχείριση των συγκρούσεων ανάμεσα στο προσωπικό των ΤΑΕΠ.

Μέσα όμως από αρκετές έρευνες, αναδεικνύονται κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τα οποία εντοπίζονται σε τμήματα επείγουσας θεραπείας, που φέρονται και ως αιτίες συγκρούσεων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας. Για παράδειγμα, έχει τύχει ενδεδειγμένης έρευνας το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε τμήματα επείγουσας θεραπείας, που οφείλεται κατ' εξοχή στη φύση της εργασίας αλλά και στον τρόπο λειτουργίας των εν λόγω τμημάτων (Potter, 2006).

Βάση των πιο πάνω, κρίνεται αναγκαία η ανάλυση των παραγόντων που ενδεχομένως να αποτελούν πηγές συγκρούσεων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και αναλυτικότερα, ανάμεσα στους εργαζομένους των ΤΑΕΠ σε όλα τα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου.

2.1 Δυνητικές Πηγές Συγκρούσεων

Στο χώρο της υγείας εντοπίζεται πληθώρα παραγόντων οι οποίοι θα μπορούσαν να προκαλέσουν συγκρούσεις. Επομένως, με βάση το σκοπό της μελέτης, κρίνεται αναγκαίο να εντοπιστούν οι παράμετροι που μπορεί να λειτουργήσουν ως παράγοντες ενδονοσοκομειακής σύγκρουσης.

Σύμφωνα με την Kelly (2006), οι σημαντικότερες αιτίες συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, σχετίζονται με την ύπαρξη στερεοτύπων σχετικά με το επάγγελμα των νοσηλευτών και των ιατρών, την επικράτηση του γυναικείου φύλου στο επάγγελμα του νοσηλευτή και τη διαφοροποίηση στην ακαδημαϊκή και στην επαγγελματική τους εξέλιξη. Παράλληλα, σύμφωνα με τον Vingar (2006), οι αλλαγές στις οργανωτικές δομές του νοσοκομείου αποτελούν μια από τις βασικές πηγές αύξησης των συγκρούσεων, ενώ οι Ahuja & Marshall (2003), αναφέρουν τις σχέσεις μεταξύ των

εργαζομένων, τις ελλείψεις τόσο σε έμψυχο όσο και σε άψυχο υλικό, τον αυξημένο φόρτο εργασίας και την επαγγελματική εξουθένωση.

Υποστηρίζεται δε ότι οι προσδοκίες, όπως και οι εσφαλμένες αντιλήψεις, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την επεξεργασία των πληροφοριών και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.

Οι διαφορές δηλαδή που προκύπτουν ανάμεσα στη υπροσδοκώμενη και στην πραγματική συμπεριφορά ενός εργαζόμενου, αποτελούν σημαντική αιτία προστριβών και μπορούν επομένως να οδηγήσουν σε μια σύγκρουση (Gillies, 1994).

Από την άλλη, η έλλειψη κοινών δεδομένων, η οποία οδηγεί στο σχηματισμό διαφορετικών απόψεων (Mariner Tomey, 2000), ο ανταγωνισμός (Huber, 1996), η ύπαρξη προηγούμενων ανεπίλυτων συγκρούσεων (Dove, 1998) ή και η προκλητική συμπεριφορά (Swansburg & Swansburg, 1999), αποτελούν σε αρκετές περιπτώσεις πηγές ενδοεπιστημονικών συγκρούσεων. Ιδιαίτερα ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, οι διαφορές προσωπικότητας και οι ασυμβίβαστοι χαρακτήρες σύμφωνα με τους Write & Roe (1996), καθώς και η αντιπαράθεση μεταξύ ισχυρών προσωπικοτήτων κατά τον Donaldson (1995) φαίνεται ότι επηρεάζουν την συνεργασία και εντείνουν το κλίμα των αντιπαραθέσεων.

2.1.1 Ύπαρξη στερεοτύπων, σύγκρουση ρόλων και διαφορετικές προσδοκίες ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας

Μέσα από την βιβλιογραφία γίνεται ιδιαίτερος λόγος όσον αφορά τις διαφορές στην επαγγελματική κοινωνικοποίηση μεταξύ των διαφόρων λειτουργών υγείας, οι οποίες οδηγούν σε διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με τους ρόλους και τις προσδοκίες της κάθε μιας ομάδας (Sportsman, 2005). Η φύση της εργασίας σε όλα τα τμήματα των νοσηλευτηρίων αλλά εντονότερα στα ΤΑΕΠ, απαιτεί μια συνεχή αλληλεπίδραση και ανάγκη για συνεργασία. Υπό την επήρεια λοιπόν της διαφορετικότητας στην αντίληψη που επικρατεί ανάμεσα στις διαφορετικές ομάδες εργαζομένων, ενδέχεται συχνά αυτό να οδηγεί σε αντιπαραθέσεις.

Η επαγγελματική ομάδα των νοσηλευτών, κυρίως λόγω των στερεότυπων του φύλου (γυναίκες στην πλειοψηφία) και την κυριαρχία του ιατρικού επαγγέλματος, αποτελούσε και συνεχίζει ως ένα βαθμό να αποτελεί μια καταπιεσμένη επαγγελματική ομάδα και αυτό καταδεικνύεται μέσα από ένα σημαντικό αριθμό μελετών (Coombs, 2003; Fairman, 2003, κ.α.).

Τα τελευταία χρόνια όμως, μέσα από την αναβάθμιση του επιπέδου εκπαίδευσης, η νοσηλευτική επιστήμη έχει αποκτήσει περισσότερο κύρος και επαγγελματική αναγνώριση. Οι νοσηλευτές πλέον, έχουν αποκτήσει περισσότερες επαγγελματικές ευθύνες και μεγαλύτερη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, παραμερίζοντας σε κάποιο βαθμό την παραδοσιακή κυριαρχία των ιατρών στο χώρο του νοσοκομείου και την αντίστοιχη υποχωρητική συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού. Η αλλαγή αυτή σε συνδυασμό με τα κατάλοιπα των στερεοτύπων, έχει οδηγήσει σύμφωνα με τον King (2002) σε μια αύξηση των συγκρούσεων μεταξύ του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού.

Από την άλλη και παρόλο που θεωρητικά υπάρχουν λιγότερες συγκρούσεις μεταξύ των ατόμων που κατατάσσονται στην ίδια επαγγελματική κατηγορία, οι συγκρούσεις στους γιατρούς παρουσιάζονται αυξημένες σε αρκετές ερευνητικές εργασίες. Αυτό προκύπτει είτε λόγω αμφισβήτησης των νεότερων από τους παλαιότερους, είτε λόγω διαφορετικών πεποιθήσεων μεταξύ γιατρών που έχουν την ίδια ή παραπλήσια επαγγελματική εμπειρία (Skjorshammer, 2001; King, 2002).

Τα αποτελέσματα στην έρευνα της Κοντογιάννη (2007), αποδεικνύουν τα προαναφερθέντα αφού το μεγαλύτερο ποσοστό συγκρούσεων με συναδέλφους εμφανίζεται στους γιατρούς με ποσοστό 73,3%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό φτάνει στο 49,37%. Τα αίτια δε στη συγκεκριμένη έρευνα, αφορούν τη σύγκρουση συμφερόντων κυρίως λόγω διαφορετικών κινήτρων και επιδιώξεων.

2.1.2 Η οργανωτική δομή του οργανισμού

Τα νοσοκομεία χαρακτηρίζονται από το δαιδαλώδες και βραδυκίνητο διοικητικό τους σύστημα, το οποίο ευθύνεται σε αρκετές περιπτώσεις για τη δημιουργία αντιπαραθέσεων μεταξύ των εργαζομένων αλλά και μεταξύ εργαζομένων και διοίκησης. Από αρκετούς δε ερευνητές θεωρείται ως μια σημαντική πηγή συγκρούσεων.

Χαρακτηριστικά οι Tengilomoglou & Kisa (2005), αναφέρουν ότι η έλλειψη ευελιξίας που χαρακτηρίζει τη διοίκηση των νοσοκομείων καταλήγει σε μια απρόθυμη εμμονή στους κανόνες, που χαρακτηρίζεται ως αναποτελεσματική, αλλά εντούτοις επιβάλλεται. Αυτό δημιουργεί μια ατμόσφαιρα στην οποία οι εργαζόμενοι αισθάνονται πιεσμένοι και κατευθυνόμενοι, αντί να αισθάνονται πως συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης επαγγελματικών αποφάσεων. Κατ' επέκταση, η εργασιακή ικανοποίηση μειώνεται, οι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζονται αδιάφοροι για την εργασία τους και οι αντιπαραθέσεις τόσο μεταξύ τους όσο και μεταξύ προϊστάμενων και υφιστάμενων παρουσιάζονται αυξημένες.

Επιπρόσθετα, σε οργανισμούς με σύνθετη ιεραρχική δομή και πολλά επίπεδα εξουσίας, όπως οι μονάδες υγείας, είναι εύκολο να προκύψουν συγκρούσεις μέσα από τη διαστρέβλωση της επικοινωνίας και των πιθανών αποκλίσεων των στόχων ανάμεσα στα διάφορα τμήματα του οργανισμού (Porter, 1996; Fattel, 2001). Αναφέρεται χαρακτηριστικά από τους επαγγελματίες υγείας, ότι η παρουσία πολλών υπευθύνων και το γεγονός ότι δέχονται εντολές από περισσότερους από έναν υπεύθυνο, επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή τους. Απεναντίας, όταν λαμβάνουν οι ίδιοι επαγγελματικές αποφάσεις νιώθουν αυτόνομοι και ανεξάρτητοι υπό την έννοια ότι δεν αισθάνονται πιεσμένοι κατευθυνόμενοι ή παρεμποδισμένοι. (Tengilomoglou & Kisa, 2005, Κοντογιάννη, 2007; Ahuja & Marshall, 2003).

Η πολυπλοκότητα του χώρου εργασίας των νοσηλευτηρίων αντανακλάται εντονότατα και από το γεγονός ότι οι συγκρούσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας, οφείλονται κυρίως στην ανάγκη συνεργασίας για την παραγωγή υπηρεσιών υγείας. Για να υπάρχει

επικοινωνιακή συνεργασία θα πρέπει να υπάρχει παράλληλα και καλή επικοινωνία μεταξύ των διαφορετικών μελών του οργανισμού.

Εντούτοις, οι διαφορές ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας όσο αφορά κυρίως το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, οδηγούν σε προβλήματα επικοινωνίας, εμποδίζοντας την καλή ροή των πληροφοριών μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων (Kelly, 2006). Στη μελέτη των Tengilomoglou & Kisa (2005), αυτό παρουσιάζεται εντονότερα ανάμεσα σε κατόχους διδακτορικού διπλώματος.

Επιπρόσθετα, οι γιατροί περισσότερο από τις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες, θεωρούν ότι τα μηνύματα τους δε γίνονται από όλους αντιληπτά, και οι επαγγελματικές προσδοκίες τους δεν είναι κοινές με τις άλλες επαγγελματικές ομάδες. Σε αρκετές όμως ερευνητικές εργασίες, οι συμμετέχοντες από όλες τις επαγγελματικές ομάδες, συμφωνούν ότι η επικοινωνία και η συνεργασία θα πρέπει να εδραιωθούν στα νοσοκομεία και ότι η διοίκηση θα πρέπει να παραμένει ουδέτερη αποφεύγοντας τις διακρίσεις για να μειωθούν οι συγκρούσεις (Skjorshammer, 2007, Κοντογιάννη, 2007).

2.1.3 Απουσία ενημέρωσης σχετικά με θέματα διαχείρισης συγκρούσεων

Η ενημέρωση σχετικά με θέματα διαχείρισης συγκρούσεων μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο όσον αφορά τη συμπεριφορά των εργαζομένων και τον τρόπο χειρισμού των διαφορετικών καταστάσεων στον επαγγελματικό τους χώρο, επιφέροντας εργασιακή ικανοποίηση.

Οι Tengilomoglou & Kisa (2005), αναφέρουν χαρακτηριστικά ότι οι επαγγελματίες που ήταν ενημερωμένοι για θέματα διαχείρισης συγκρούσεων παρουσίαζονταν περισσότερο ικανοποιημένοι τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο από τους ρόλους και τα καθήκοντα που τους είχαν ανατεθεί, σε σχέση με αυτούς που δεν ήταν ενημερωμένοι. Εντούτοις, η πλειοψηφία των υπαλλήλων και ειδικότερα, οι κάτοχοι διοικητικής θέσης στις πλείστες ερευνητικές εργασίες, δε φαίνεται να είναι ενημερωμένοι όσον αφορά τη διαχείριση συγκρούσεων. Το γεγονός αυτό συνδέεται με

το μειωμένο ενδιαφέρον της διοίκηση αναφορικά με τη διαχείριση των συγκρούσεων και κατ' επέκταση τη διαιώνιση του προβλήματος των αντιπαραθέσεων.

2.1.4 Δίκαιη κατανομή ανταμοιβών και πόρων

Η διαδικασία της υποκίνησης αποτελεί τη δύναμη που οδηγεί τους ανθρώπους σε ενέργειες με σκοπό να εκπληρώσουν τις ανάγκες τους ή να πετύχουν επιθυμητούς στόχους. Αναφέρεται σύμφωνα με τον Μπουραντάς (1992), στην παροχή κινήτρων στο άτομο, έτσι ώστε να αποκτήσει τη δύναμη αυτή που θα το κάνει να συμπεριφερθεί κατά τον επιθυμητό τρόπο.

Η παραγωγή έργου από τους εργαζομένους πέρα από τις γνώσεις και τις ικανότητες, εξαρτάται και από άλλους εξωγενείς παράγοντες. Υπάλληλοι δυσαρεστημένοι από την εργασία τους έχουν περισσότερες πιθανότητες να απουσιάζουν ή να αποδίδουν πολύ χαμηλότερα από τις ικανότητες τους (Hendel, et al., 2007), με αποτέλεσμα την γενικότερη δυσλειτουργία του οργανισμού. Παράλληλα, η έλλειψη κινήτρων αναγκάζει τους εργαζομένους να συμπεριφέρονται χωρίς πάθος και ζήλο και να συμπεριφέρονται πολλές φορές προκλητικά σε συναδέλφους και ηγεσία προκαλώντας εντάσεις, αδιαφορώντας παράλληλα για την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν.

Μέσα από τη βιβλιογραφία, η απουσία κινήτρων είναι ιδιαίτερα εμφανής στα δημόσια νοσοκομεία όπου το καθορισμένο θεσμικό πλαίσιο παρουσιάζει ιδιαιτερότητες στην οργανωσιακή δομή και την κουλτούρα και τα ηγετικά στελέχη δεν είναι σε θέση να ελέγξουν ή να επηρεάσουν τους παράγοντες που διαμορφώνουν το οργανωτικό πλαίσιο και το κλίμα εργασίας που επικρατεί. Αυτό γίνεται ιδιαίτερα εμφανές μέσα από την έρευνα των Tengilomoglu & Kisa (2005), όπου η πλειοψηφία των εργαζομένων (96,3%), θεωρεί ότι δε λαμβάνει ικανοποιητικές αποδοχές που θα τους παρακινήσουν ικανοποιητικά δεδομένου του φόρτου εργασίας τους. Ιδιαίτερα οι νοσηλευτές υποστηρίζουν ότι δεν λαμβάνουν επιβραβεύσεις/ ανταμοιβές ανάλογα με την απόδοση τους στην εργασία, ενώ σημαντική πλειοψηφία σχεδόν το σύνολο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (98,9%) θεωρεί ότι δεν υπάρχουν δίκαιες ανταμοιβές μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων. Το 52% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι απουσιάζουν οι

επαγγελματικές ευκαιρίες, και αναφέρουν το γεγονός αυτό ως σημαντική πηγή συγκρούσεων. Αξιοσημείωτο επίσης είναι ότι η πλειοψηφία του δείγματος (95,9%), θεωρεί ότι η κατανομή των πόρων δεν πραγματοποιείται δίκαια μεταξύ των τμημάτων, γεγονός που δυσχεραίνει την εργασία τους και επιδρά αρνητικά στον τρόπο παροχής της φροντίδας υγείας.

Χαρακτηριστικό επίσης παράδειγμα αποτελεί η μελέτη της Κοντογιάννη (2007), σύμφωνα με την οποία η πλειοψηφία των συμμετεχόντων 63,91%, υποστηρίζει ότι οι επιβραβεύσεις/ανταμοιβές δε λαμβάνονται ανάλογα με την απόδοση στην εργασία τους, ενώ το 61,0% θεωρεί ότι δεν υπάρχουν δίκαιες ανταμοιβές μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων. Πέρα από αυτό, το 75,67% πιστεύει ότι η διοίκηση των νοσοκομείων δεν έχει ουσιαστική επίγνωση για τη συνεισφορά τους στην παροχή υπηρεσιών υγείας, άρα δεν μπορεί να τους αξιολογεί σωστά.

2.1.5 Ασάφεια καθηκόντων

Πέρα από την οργανωσιακή ανεπάρκεια των δημόσιων νοσηλευτηρίων σε επίπεδο υποκίνησης και κατανομής των πόρων, το γραφειοκρατικό σύστημα που επικρατεί, αδυνατεί να κατανείμει με σαφήνεια τις αρμοδιότητες και τα καθήκοντα στις διάφορες επαγγελματικές ομάδες. Έτσι, παρατηρείται σύμφωνα με τον Dove (1998), ασάφεια σχετικά με τις δικαιοδοσίες και τις αρμοδιότητες, η οποία εντοπίζεται ως βασική αιτία που θα μπορούσε να οδηγήσει σε συγκρούσεις.

Συγκεκριμένα, στη μελέτη του Skjorshammer (2001), το 95,75% των επαγγελματιών υγείας πιστεύουν ότι οι θεσμοθετημένοι κανονισμοί δεν καθορίζουν με σαφήνεια τα καθήκοντα τους και δεν τους βοηθούν να τα εκτελέσουν αποδοτικά. Κατ' επέκταση, παρατηρείται συχνά το φαινόμενο της αλληλοεπικάλυψης ρόλων που αυξάνει τις προστριβές ανάμεσα στους εργαζομένους.

2.2 Ιδιαιτερότητες στο περιβάλλον των ΤΑΕΠ που πιθανολογούνται ως πηγές αντιπαραθέσεων

2.2.1 Το περιβάλλον και ο τρόπος λειτουργίας των ΤΑΕΠ

Το τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ) είναι ένα πολύπλοκο τμήμα. Οι δραστηριότητες που διαδραματίζονται εκεί καθημερινά, το καθιστούν ως ένα από τα δυσκολότερα αλλά και ~~στρεσογόνα~~στρεσογόνα τμήματα του νοσοκομείου. Η προσέλευση και η εναλλαγή ασθενών είναι η μεγαλύτερη από οποιοδήποτε άλλο τμήμα στο νοσοκομείο, προσέρχονται ή προσκομίζονται εκεί σε απροσδιόριστο και μη προγραμματισμένο όγκο και ~~σε απροσδιόριστο και μη προγραμματισμένο~~ χρόνο. Τα επείγοντα περιστατικά μπορεί να αφορούν σε καταστάσεις ποικίλης και απροσδιόριστης βαρύτητας και πολυπλοκότητας, σε όλες τις ηλικίες και θεωρητικά όλες τις νόσους οξείες και χρόνιες (Μιχαλοπούλου, 2003).

Η αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών στα Τ.Α.Ε.Π. περιλαμβάνει, εκτός των άλλων:

- Διαδικασίες-
 - ο διαλογής και ιεράρχησης (triage),
 - ο άμεσης διάγνωσης και αντιμετώπισης απειλητικών για την ζωή καταστάσεων,
 - ο άμεσης αναζωογόνησης και εξειδικευμένης υποστήριξης οργανικών συστημάτων,
 - ο σταθεροποίησης και περαιτέρω προώθησης για την οριστική διαγνωστική,
- θεραπευτική αντιμετώπιση,
- βραχύχρονη νοσηλεία ασθενών,
- διεκπεραίωση μικρών χειρουργικών και ορθοπεδικών επεμβάσεων, και

- δυνατότητα βραχύχρονης νοσηλείας οξέως βαρέως πασχόντων ασθενών σε περιβάλλον απόλυτης ασφάλειας μέχρι τη μεταφορά τους σε Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) ή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

Η ποικιλομορφία, ο μεγάλος όγκος περιστατικών, ο αυξημένος όγκος εργασίας και η συχνή αντιμετώπιση του πόνου και του θανάτου που εκτυλίσσονται καθημερινά στα ΤΑΕΠ, ενδέχεται από τη μια να ενδυναμώνει τις σχέσεις ανάμεσα στο προσωπικό καθώς αντιμετωπίζουν τις στρεσογόνες αυτές καταστάσεις από κοινού. Από την άλλη όμως, μπορεί λόγω της έντασης να δημιουργούνται διαφωνίες και διαπληκτισμοί, αυξάνοντας περαιτέρω το άγχος μεταξύ των εργαζομένων.

Επομένως, διάφοροι εσωγενείς παράγοντες στο χώρο των ΤΑΕΠ, υποβάλλουν το προσωπικό των μονάδων αυτών σε ένα συνεχές άγχος και πίεση (Ahuja & Marshall, 2003). Οι πιθανότητες εργασιακής εξάντλησης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας θεωρούνται αυξημένες, λόγω των σωματικών αλλά και των συναισθηματικών αυτών εντάσεων.

Πέρα όμως από το πολύπλοκο της εργασίας των ΤΑΕΠ, προβλήματα αναδύονται και μέσα από τον τρόπο λειτουργίας τους (Kalemoglou & Keskin, 2006), τα οποία μπορούν εύκολα εξελιχθούν σε εντάσεις, προστριβές και συγκρούσεις.

Η Μιχαλοπούλου (2003) εντοπίζει συγκεκριμένες περιοχές που αποδεικνύονται ως οι κυριότερες πηγές στρες στα ΤΑΕΠ. Υποστηρίζει ότι η έλλειψη τόσο σε αναλώσιμα όσο και σε έμπυχο δυναμικό, σε συνδυασμό με τον αυξημένο όγκο περιστατικών, δημιουργούν εντάσεις.

Από την άλλη, η εργασία σε βάρδιες επηρεάζει το φυσικό κύκλο «ύπνου-εγρήγορησης» και η συνεχής εναλλαγή επηρεάζει την αποδοτικότητα αλλά και τη νοητική απόδοση των εργαζομένων, γεγονός που εντείνει περαιτέρω το κλίμα, αυξάνοντας παράλληλα και τις πιθανότητες δημιουργίας συγκρούσεων. Επιπρόσθετα, η ανάγκη συνεργασίας μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών σε όλη τη διάρκεια του 24ώρου υπό αδιευκρίνιστες, πολλές φορές, αρμοδιότητες και ευθύνες και η αλληλοεπικάλυψη ρόλων που προκύπτει μπορεί

εύκολα να οδηγήσουν σε εντάσεις και διαπληκτισμούς. Ως σημαντικότερη επίσης αιτία θεωρείται και η ανάγκη για γρήγορη αλλά και αποτελεσματική παρέμβαση σε επείγοντα ή και σοβαρά περιστατικά, ιδιαίτερα όταν συνδυάζεται με την ανεπαρκή εκπαίδευση και εμπειρία. Παράλληλα, η επανειλημμένη έκθεση των εργαζομένων σε τραυματικά γεγονότα, η σωματική και λεκτική βία από πλευράς ασθενών και συγγενών και η ανησυχία ένεκα της αυξημένης πιθανότητας να προκύψουν νομικά προβλήματα, αφορούν τις κυριότερες περιοχές ανησυχίας ανάμεσα στο προσωπικό των ΤΑΕΠ.

2.2.2 Η Επαγγελματική Εξουθένωση

Οι επαγγελματίες υγείας είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, γεγονός που έχει καταφανεί και βιβλιογραφικά μέσα από πολλές μελέτες (Αδαλή, κ.α., 2001: Alexander και συν. 2001). Ο Keller (1990) είχε τεκμηριώσει ερευνητικά τη συσχέτιση μεταξύ αυξημένου στρες και της επείγουσας νοσηλευτικής από τις αρχές της δεκαετίας του '90. Αργότερα οι Swearingen & Liberman (2004) εξέτασαν συγκεκριμένους στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονταν με την επείγουσα νοσηλεία και αιτιολογούσαν τα αυξημένα επίπεδα στρες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αυτά σχετίζονταν με την επείγουσα φροντίδα των ασθενών και με διοικητικά και οργανωτικά θέματα. Συγκεκριμένα, ως κύριος στρεσογόνος παράγοντας εμφανίζεται η παροχή επείγουσας φροντίδας και η ανάγκη άμεσης λήψης απόφασης, σε ασθενείς με ασταθή κλινική εικόνα. Παράλληλα, τα διοικητικά προβλήματα αφορούν κυρίως την έλλειψη προσωπικού και τον αυξημένο φόρτο εργασίας.

Τα πιο πάνω ενισχύονται και από πιο πρόσφατη έρευνα από τις Adali και Priami (2002), οι οποίες εξέτασαν τα επίπεδα στρες σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, μονάδες εντατικής νοσηλείας και παθολογικά τμήματα. Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν, ότι το προσωπικό στα ΤΑΕΠ, παρουσίαζε υψηλότερα επίπεδα στρες και συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τους εργαζόμενους στα υπόλοιπα τμήματα.

Στη βιβλιογραφία, ανευρίσκεται πλήθος θεωρητικών μοντέλων που ερμηνεύουν κυρίως τα αίτια, αλλά και τα συμπτώματα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, προσδιορίζοντας αντίστοιχα και τον ορισμό του (Μπελλάλη, κ.α., 2007). Αρκετά από τα

αίτια που ενοχοποιούνται, συσχετίζονται πλήρως με το περιβάλλον και τον τρόπο λειτουργίας των ΤΑΕΠ.

Αιτιολογικά, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης θεωρείται, από ορισμένους ερευνητές, ως μια κατάσταση (state-centered) (Seuntjens, 1982; Maslach & Jackson, 1984; Shaufeli,etal., 1993) και από άλλους ως μια διεργασία-διαδικασία (process-centered) (Edelwich & Brodsky, 1980). Σύμφωνα με τους πρώτους, το σύνδρομο πηγάζει από τη φύση και τη μορφή των *διαπροσωπικών σχέσεων* που χαρακτηρίζουν τα επαγγέλματα που απαιτούν άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους (π.χ. γιατροί, νοσηλευτές, δάσκαλοι), καθώς και από διάφορους *περιβαλλοντικούς παράγοντες* στο χώρο εργασίας, όπως η ασάφεια των καθηκόντων, η μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων κ.λπ. Οι δεύτεροι θεωρούν ότι το σύνδρομο οφείλεται τόσο στον τρόπο που χειρίζεται ο επαγγελματίας τις στρεσογόνες καταστάσεις, δηλαδή σε *προσωπικούς παράγοντες*, όσο και σε *περιβαλλοντικούς παράγοντες* που σχετίζονται με τη δομή, την οργάνωση και την κουλτούρα της κάθε εργασιακής μονάδας.

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζομένου και την εξάντληση όλων των προσωπικών του αποθεμάτων, στην προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες, που σχετίζονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα (Δημητρόπουλος και Φιλίππου, 2008). Σε εργασία τους [Οι Μπελλάλη και συν. \(2007\)](#), αναφέρουν ότι το σύνδρομο αυτό δυνητικά φέρεται να επηρεάζει ιδιαίτερα τους επαγγελματίες υγείας, κυρίως λόγω των ιδιαίτερων σχέσεων φροντίδας και υπευθυνότητας που αναπτύσσονται στο χώρο της υγείας. Είναι στενά συνυφασμένο με την αποδοτικότητα και έχει άμεση και ουσιαστική επίδραση στην ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας.

Σύμφωνα με την Καδδά, (2005) το στρες στο χώρο της υγείας μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορες μορφές, όπως αυτή της αυξημένης έντασης. Συγκεκριμένα, η Μπελλάλη, και συν. (2007), αναφέρουν ότι οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης πιθανόν να αφορούν: *σε επίπεδο συμπεριφοράς*, αυξημένη ανησυχία και ευερεθιστότητα, επιθετικές

διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους, ενώ *σε συναισθηματικό επίπεδο*, αυξημένο άγχος, συναισθηματικές μεταπτώσεις και δυσθυμία.

Χαρακτηριστικά οι Maslash and Jackson (1984), περιγράφουν μια συνιστώσα του συνδρόμου, την συναισθηματική εξάντληση, η οποία επηρεάζει αρνητικά την σχέση των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς αλλά και με τους συναδέλφους τους. Οι Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1999), επισημαίνουν ότι ένεκα του συνδρόμου, το προσωπικό μερικές φορές γίνεται κυνικό, επιθετικό, απότομο και ευερέθιστο, ενώ οι σχέσεις τους με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα, τους προϊσταμένους και τη διοίκηση συχνά διαταράσσονται. Επιπρόσθετα, ο Μάρκου (2005), συμπληρώνει ότι λόγω της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι επαγγελματίες υγείας γίνονται ψυχροί, τυπικοί, απρόσωποι, αδιάφοροι, απότομοι και κάποτε επιθετικοί.

Φαίνεται λοιπόν, ότι το αυξημένο επαγγελματικό άγχος/εξουθένωση επηρεάζει την ψυχική και κοινωνική ευεξία των εργαζομένων, δημιουργώντας ένα περιβάλλον που ευνοεί τις συγκρούσεις. Οι συγκρούσεις που προκύπτουν δεν επιλύονται, συνήθως λόγω του φόρτου εργασίας αλλά και οι πιεστικές συνθήκες λόγω της φύσης της εργασίας στο περιβάλλον του νοσοκομείου αυξάνει τις πιθανότητες ανάπτυξης συγκρούσεων (Αλεξιάκη, 2006).

Τέλος, σε σχέση με το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, πέρα από τις δυσμενείς επιπτώσεις που επιφέρει στα άτομα, οι ερευνητές τονίζουν και την αρνητική επίδραση του συνδρόμου στην ποιότητα και ποσότητα των παρερχομένων υπηρεσιών υγείας.

2.2.2.1 Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό των ΤΑΕΠ

Μέσα από πολλές μελέτες, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, έχει διαπιστωθεί ότι οι νοσηλευτές βιώνουν μεγαλύτερο επαγγελματικό στρες σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα ή άλλους επαγγελματίες υγείας και είναι πιο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση, κυρίως λόγω της ελλιπούς εκπαιδευτικής προετοιμασίας

στην αντιμετώπιση του συναισθηματικού άγχους (Αδαλή, 1999; Potter, 2006; Δημητρώπουλος και Φιλίππου, 2008). Ιδιαίτερα, όσο αφορά τους νοσηλευτές των ΤΑΕΠ, αναφέρουν στατιστικά σημαντικότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης σε σύγκριση με τους νοσηλευτές των ΜΕΘ και των παθολογικών τμημάτων.

Οι αιτίες που αυξάνουν τα επίπεδα του στρες, σε αρκετές περιπτώσεις παρομοιάζουν με τις αιτίες που δημιουργούν εντάσεις μεταξύ του προσωπικού και κατ' επέκταση συγκρούσεις. Το άγχος και η εξουθένωση μπορεί να προέρχονται από:

- **Τον ίδιο το νοσηλευτή**, π.χ. δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, εθνικότητα, εκπαίδευση, προϋπηρεσία, θέση εργασίας), χαρακτηριστικά προσωπικότητας (κίνητρα, προσδοκίες, τρόπος διαχείρισης του άγχους, αυτοεκτίμηση, ενσυναίσθηση) και προηγούμενες εμπειρίες (επαγγελματικής ή προσωπικής φύσης), (Antonίου, 1999; Θεοδωράτου, και συν. 2003).
- **Το περιβάλλον εργασίας**, π.χ. συνθήκες δουλειάς (φύση εργασίας, επαφή με πόνο και θάνατο, καθήκοντα προσωπικής φροντίδας ασθενούς, δυσάρεστο φυσικό περιβάλλον), οργανωτικά/διοικητικά θέματα (φόρτος και ωράριο εργασίας, τρόπος διοίκησης, αποδοχές, ασάφεια ρόλων και καθηκόντων), συναδελφικές σχέσεις (προβλήματα συνεργασίας και επικοινωνίας, έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου) (Demerouti, και συν. 2000; Tummers, και συν. 2002).
- **Την επαφή με τον ασθενή και τους συγγενείς του**, π.χ. φύση αρρώστιας (σοβαρότητα, χρόνια, απειλή θανάτου), σχέσεις με ασθενή και συγγενείς (παθητική στάση ή στάση εξάρτησης του ασθενούς, αρνητική κριτική, αυξημένες απαιτήσεις και έλλειψη αναγνώρισης) (Papadatou, και συν. 1999; Oehler & Davidson, 1992).

Οι επιπτώσεις των πιο πάνω παραγόντων στη σωματική και την ψυχική υγεία του νοσηλευτή γίνονται αντιληπτές μέσω διαφόρων συμπτωμάτων/ενδείξεων. Σε **οργανικό επίπεδο**, συνήθως εκδηλώνονται μέσω ήπιων ή σοβαρότερων ψυχοσωματικών

προβλημάτων (Matrupoia, 1996), ενώ σε *ψυχολογικό επίπεδο* τα συμπτώματα του στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης εκδηλώνονται ως εξής:

- (α) *σε επίπεδο συμπεριφοράς*, με αυξημένη ανησυχία και ευερεθιστότητα, επιρρέπεια σε λάθη/ατυχήματα, προβλήματα στην προσωπική ζωή, επιθετικές διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους και ασθενείς/συγγενείς, απροθυμία ανάληψης καθηκόντων, αργοπορία, απουσίες και συχνές αλλαγές τμήματος εργασίας, καθώς και με συμπεριφορές εξάρτησης (οινόπνευμα, ηρεμιστικά, κάπνισμα),
- (β) *σε συναισθηματικό επίπεδο*, με αυξημένο άγχος, συναισθηματικές μεταπτώσεις, δυσθυμία έως και κατάθλιψη, συναισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, αποδιοργάνωση, θυμό, έλλειψη ενδιαφέροντος, απάθεια, αδιαφορία, απογοήτευση και έλλειψη ικανοποίησης από εαυτό και εργασία,
- (γ) *σε γνωστικό επίπεδο*, με διαταραχές αυτοσυγκέντρωσης, ονειροπόληση, σκέψεις αποτυχίας, και δυσκολία ανεύρεσης νοήματος στον εργασιακό τους ρόλο. (Παπαδάτου και Αναγνωστοπούλου, 1999; Olofsson, και συν. 2003).

Τέλος, σε *κοινωνικό επίπεδο*, συχνά αναφέρεται η απόσυρση και ο περιορισμός των κοινωνικών σχέσεων, καθώς και η μεταφορά των εργασιακών προβλημάτων στην οικογένεια, με επακόλουθο τις συχνές συγκρούσεις (Cordes & Dougherty, 1993).

2.3 Συνέπειες των συγκρούσεων

Οι συνέπειες των συγκρούσεων δεν είναι πάντα επιβλαβείς για τον οργανισμό. Έχει είδη διαπιστωθεί ότι η σύγκρουση αυξάνει τη δημιουργικότητα και την καινοτομία, παρέχει περισσότερη ενέργεια και κίνητρα, προσφέρει στους ανθρώπους ευκαιρίες για προσωπική ανάπτυξη και πιο υγιείς σχέσεις, ενθαρρύνει την αυτογνωσία και την επαναξιολόγηση της κατάστασης (Ζαβλάνος, 2002). Ταυτόχρονα, προκαλεί την εύρεση νέων μέσων και στόχων και έχει καταλυτική επίδραση στις νέες ιδέες, την πρόοδο, τις θετικές αλλαγές και την ανάπτυξη (Robbins, 1995). Επιπλέον, κάτω από δεδομένες

συνθήκες, μπορεί να οδηγήσει στην ανανέωση της οργάνωσης ή σε κάποια δημιουργική προσαρμογή ή μετεξέλιξη (Axelrod, 1998). Θεωρείται σε ορισμένες περιπτώσεις ως μια αποτελεσματική τακτική, με την οποία οι μάνατζερ μπορούν να αλλάξουν δραστικά την υπάρχουσα δομή και τις συμπεριφορές. Η επιτυχημένη επίλυση της σύγκρουσης οδηγεί σε μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, σε αυξημένη εμπιστοσύνη των μελών μεταξύ τους και σε πιθανή μείωση των μελλοντικών συγκρούσεων. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει και ο Robbins (1995), όσο αυξάνονται οι μικρές διαφωνίες, τόσο μειώνονται οι μεγάλες συγκρούσεις.

Από την άλλη όμως, η μη-λειτουργική σύγκρουση μπορεί να αποτελέσει τροχοπέδη για την επίτευξη των στόχων της ομάδας και του οργανισμού. Συγκεκριμένα, μια δυσλειτουργική σύγκρουση μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην επικοινωνία μεταξύ των συγκρουόμενων μερών. Ουσιαστικά, μεταξύ των ατόμων αυτών δεν θα υπάρχει σωστή ανταλλαγή πληροφοριών και συνεργασία. Σταδιακά θα οδηγήσει τα άτομα σε απομόνωση ή και απογοήτευση, γεγονός που ενδέχεται ότι εμποδίζει την ενασχόληση τους με ουσιαστικά και σοβαρά θέματα στον εργασιακό χώρο (Αλεξιάκη, 2006).

Η μειωμένη επικοινωνία καθίσταται ιδιαίτερα δυσλειτουργική όπου παρατηρείται συνεχόμενη ή αμοιβαία αλληλεξάρτηση μεταξύ των ατόμων ή ομάδων και γι' αυτό παρατηρείται εντονότερα στο εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτηρίων (Ahuja & Marshall, 2003).

Κατ' επέκταση, ως συνέπειες των συγκρούσεων στο χώρο του νοσοκομείου θα μπορούσαν να θεωρηθούν μέσα από την βιβλιογραφία οι ακόλουθες:

- 1) Έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων
- 2) Έλλειψη διοικητής υποστήριξης
- 3) Έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία
- 4) Έλλειψη συνεργασίας
- 5) Έντονο εργασιακό στρες

- 6) Μη αποτελεσματική χρήση του χρόνου από το προσωπικό
- 7) Απόκρυψη απαραίτητων πληροφοριών για την πορεία του ασθενούς
- 8) Μείωση της παραγωγικότητας εξαιτίας λαθών που προκύπτουν από την κακή επικοινωνία
- 9) Έλλειψη ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας
- 10) Μείωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας
- 11) Παρεμπόδιση επίτευξης των στόχων του οργανισμού.

2.4 Τεχνικές Διαχείρισης των συγκρούσεων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας

Το περιβάλλον και η κουλτούρα του εργασιακού χώρου, επηρεάζουν τον τρόπο που το άτομο ή η ομάδα διαχειρίζονται τις συγκρούσεις. Η χρήση της κατάλληλης μεθόδου διαχείρισης συγκρούσεων, εξαρτάται από τα δεδομένα, το επείγον της κατάστασης, τη δύναμη και τη θέση των ατόμων, καθώς και την ωριμότητα ή συναισθηματική τους νοημοσύνη.

Οι πρώτες ερευνητικές εργασίες τις δεκαετίες 1970 και 1980, αποκάλυψαν ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούσαν τη μέθοδο της εξυπηρέτησης πιο συχνά, ενώ ο συμβιβασμός, η αποφυγή, η συνεργασία και ο ανταγωνισμός ακολουθούσαν (Hendel και συν. 2005). Τα τελευταία χρόνια, αριθμός ερευνητών (Valentine, 2001, Skjorhammer, 2002, Jordan & Troth, 2002), έχουν εντοπίσει ότι οι νοσηλευτές κυρίως χρησιμοποιούν την αποφυγή, τη συνεργασία και το συμβιβασμό, ενώ οι ανώτεροι ιεραρχικά χρησιμοποιούν συχνά τη διεκδίκηση, το συμβιβασμό και τη συνεργασία για τη διαχείριση μιας σύγκρουσης, αφού θεωρούν ότι η σχέση του προϊστάμενου νοσηλευτή με τους υφιστάμενους του, βασίζεται στην εξουσία και την υπακοή.

Είναι αποδεκτό ότι η στρατηγική της διεκδίκησης αποδίδει όταν οι γρήγορες αποφάσεις είναι ζωτικής σημασίας, παρόλα αυτά στη συγκεκριμένη περίπτωση στο περιβάλλον των ΤΑΕΠ, δεν ισχύει (Kelly, 2006). Προφανώς, αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται σε μια μόνιμη ατμόσφαιρα επιβολής. Ο προϊστάμενος

νοσηλευτής, ενώ υποστηρίζει τις ανάγκες του νοσηλευτικού προσωπικού, παραμένει μια ηγετική φυσιολογία που εξουσιάζει, ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις όπου αισθάνεται ότι απειλείται από τους υφιστάμενους του (Vivar, 2006). Αυτό συμβαίνει λόγω της διαφορά των απαιτήσεων του προϊστάμενου και τον προσανατολισμό των υφισταμένων. Υπάρχουν φυσικά και περιπτώσεις όπου ο προϊστάμενος είναι τόσο ελαστικός, που το προσωπικό νοιώθει εγκαταλελειμμένο.

Η Skjoshammer (2001) σε μια μελέτη περίπτωσης σχετικά με τις εφαρμοσμένες μεθόδους επίλυσης συγκρούσεων μεταξύ των μονάδων/τμημάτων σε ένα νοσοκομείο στη Νορβηγία, διαπιστώνει ότι οι μάνατζερ δεν συμμετέχουν ενεργά και έγκαιρα στην αντιμετώπιση των συγκρούσεων. Συχνά μεσολαβούν όταν οι συγκρούσεις έχουν ήδη μια πορεία και οι συμμετέχοντες έχουν ήδη επενδύσει αρκετά στην υποστήριξη των θέσεών τους.

Αν μια σύγκρουση έχει κλιμακωθεί σε τέτοιο επίπεδο όπου απαιτείται η εμπλοκή των ανωτέρων ιεραρχικά στελεχών, η σύγκρουση τότε, γίνεται πιο σύνθετη. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι υπάρχουν πλέον περισσότεροι συμμετέχοντες και η σύγκρουση γίνεται πιο «επίσημη». Παράλληλα, ο χαρακτήρας της σύγκρουσης μεταβάλλεται και αυξάνονται τα συμφέροντα που θα πρέπει να ευθυγραμμιστούν. Σε αρκετές δε περιπτώσεις οι νομικές πτυχές της σύγκρουσης εισέρχονται στο «προσκήνιο» και οι πτυχές της έκβασης της σύγκρουσης γίνονται πιο σημαντικές αλλά συνάμα και πιο πολύπλοκες. Επομένως, από πολλές πλέον απόψεις, οι εναλλακτικές λύσεις μειώνονται.

Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, παρατηρείται ότι οι επαγγελματίες υγείας εφαρμόζουν τρεις σημαντικές προσεγγίσεις για το χειρισμό της σύγκρουσης: την αποφυγή, τη διεκδίκηση και τη συνεργασία, ακολουθώντας παράλληλα τη συγκεκριμένη σειρά (Valentine, 1995). Αυτό προέκυψε κυρίως λόγω της έλλειψης πείρας και της ασάφειας των ρόλων, των ευθυνών και των ορίων δράσης.

Η αποφυγή και η διεκδίκηση φέρονται να είναι οι πιο κοινές αντιδράσεις σε μια αναδυόμενη σύγκρουση. Εάν η χρήση της εξουσίας δεν αποκαταστήσει την ισορροπία μεταξύ των συγκρουόμενων μερών, τότε αρχίζει η διαπραγματεύση. Αυτές οι μορφές

σύγκρουσης φαίνονται να καθορίζονται από δύο σημαντικούς παράγοντες: την παρατηρούμενη αλληλεξάρτηση μεταξύ των συγκρουόμενων μερών και την αντιλαμβανόμενη επείγουσα ανάγκη να χειριστούν την κατάσταση. Οι νοσηλευτές και οι γιατροί διαφέρουν αρκετά ως προς την αντίληψη σχετικά με το τι είναι σύγκρουση και πότε χρειάζεται να τη διαχειριστούν. Τέτοιες διαφορές στις αντιλήψεις και η εκτενής χρήση της αποφυγής, αποτελούν σημαντικές προκλήσεις προς τους μάνατζερ και τους κλινικούς ηγέτες, απαιτώντας παράλληλα και την προώθηση της δια-επαγγελματικής συνεργασίας (Skjorshammer, 2002).

2.4.1 Αποφυγή

Η αποφυγή θεωρείται η στρατηγική με τη μεγαλύτερη αποδοκimasία μέσα από την βιβλιογραφία, αφού θεωρείται ότι δεν επιλύει αλλά διαιωνίζει τα προβλήματα. Χαρακτηριστικά, η Valentine (2001), αναφέρει ότι η αποφυγή ως στρατηγική χειρισμού των συγκρούσεων δεν είναι δραστηκή αλλά απλώς αναβάλλει προσωρινά τη σύγκρουση με αποτέλεσμα να αυξάνει τις αντιπαραθέσεις σε μεταγενέστερο στάδιο.

Από την άλλη όμως, σύμφωνα με τον Vinar (2006), με την αποφυγή της κατάστασης κερδίζεται χρόνος για συλλογή περισσότερων πληροφοριών, απαραίτητων για τη περαιτέρω ανάλυση του προβλήματος. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τους Rahim (1986) και Robbins (1995), η αποφυγή θεωρείται αποτελεσματική στρατηγική για συγκρούσεις βραχείας διάρκειας. Αν διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να αποβεί δυσλειτουργική καθώς εμποδίζει την αναγνώριση της ύπαρξης του προβλήματος.

Αριθμός συγγραφέων (Jameson, 2003 και Vinar, 2006) υποστηρίζουν ότι, η αποφυγή είναι η μέθοδος που προτιμούν περισσότερο οι νοσηλευτές, λόγω:

- α) Ύπαρξης στερεοτύπων συμπεριφοράς τους (ζεστοί, ευγενικοί, έτοιμοι να «αυτοθυσιαστούν»),

β) συναισθηματισμού και της χαμηλής αίσθησης ανεξαρτησίας και υπευθυνότητας που διακρίνει το γυναικείο φύλο, που είναι και ο κύριος εκπρόσωπος του νοσηλευτικού προσωπικού, και

γ) της χαμηλής αυτοεκτίμησης και ανάγκης για επαγγελματική ανέλιξη.

Η Skjorhammer (2001), παράλληλα, εντοπίζει ότι ιστορικά οι νοσηλευτές είχαν λιγότερη δύναμη από άλλους επαγγελματίες υγείας, έστω και αν κατείχαν διοικητική θέση. Έτσι έμαθαν να αποφεύγουν τις συγκρούσεις αφού ήταν ένας τρόπος να διατηρήσουν τις σχέσεις τους. Επιπρόσθετα η Valentine (1995), σημειώνει ότι η ιδεατή εικόνα και ο ρόλος της νοσηλεύτριας ως άτομο που νοιάζεται και φροντίζει, είναι αντίθετη με εκφράσεις όπως κυριαρχία, αντίκρουση και βεβαιότητα, που χαρακτηρίζουν τις συγκρούσεις.

Σύμφωνα πάλι με αρκετούς ερευνητές, η αποφυγή είναι η μέθοδος που προτιμάται σε επείγουσες συγκρούσεις, όπου δεν υπάρχει η πολυτέλεια ανάλωσης πολύτιμου χρόνου σε αντιπαραθέσεις. Ο Goodman (2004) και η Skjorhammer (2002), αναφέρουν χαρακτηριστικά ότι η αποφυγή σύγκρουσης και η καταστολή του θυμού είναι η πιο κοινή αντίδραση σε περιβάλλοντα επειγόντων καταστάσεων. Σε αυτό συμφωνούν και οι Valentine (1995) και Kelly (2006). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα δικών τους μελετών, οι νοσηλευτές μονάδων επείγουσας νοσηλείας χρησιμοποιούν κυρίως την μέθοδο της αποφυγής στις συγκρούσεις επειδή λόγω της σοβαρότητας των περιστατικών και του φόρτου εργασίας, υπάρχουν λίγες ευκαιρίες για να ασχοληθούν με αντιπαραθέσεις και έτσι τις αποφεύγουν.

Παράλληλα, η Valentine (1995), εντόπισε ότι τη στρατηγική της αποφυγής, χρησιμοποιούν ιδιαίτερα οι γυναίκες νοσηλεύτριες, για να χειριστούν τις συγκρούσεις. Αυτό σύμφωνα με τη συγγραφέα μπορεί να εξηγηθεί κοινωνιολογικά, αφού μελέτες στο παρελθόν, έδειξαν ότι οι γυναίκες τείνουν να αναπτύσσουν την ταυτότητα τους από τις προσωπικές τους σχέσεις, δίνουν αξία στην συμπαράσταση και βλέπουν τη σύγκρουση σαν μια απόμακρη συμπεριφορά που μπορεί να είναι αποτέλεσμα απόρριψης. Ως εκ τούτου, οι γυναίκες χειρίζονται τη σύγκρουση χρησιμοποιώντας προσωπικά κριτήρια

όπως η διατήρηση της φιλίας, ενώ οι άνδρες με ανεξάρτητα κριτήρια που προέρχονται από τους κανόνες και τα δικαιώματά τους.

Εντούτοις, η Valentine, (2001) υποστηρίζει ότι η αποφυγή ως στρατηγική χειρισμού των συγκρούσεων δεν είναι δραστική και πως απλώς αναβάλλει προσωρινά τη σύγκρουση. Χρησιμοποιείται συνήθως όταν δεν υπάρχει περίπτωση να ικανοποιηθούν συμφέροντα ή όταν η άλλη μεριά είναι πιο ισχυρή. Ταυτόχρονα επισημαίνει ότι σε αρκετές περιπτώσεις με την αποσιώπηση υπάρχει ασυμμετρία στόχων και πληροφοριών και η φύση της επικοινωνίας είναι συγκαλυμμένη, εμποδίζοντας τη συνεργασία και την αποτελεσματική παραγωγή υπηρεσιών υγείας,

Η αποφυγή ουσιαστικά, θεωρείται ως η στρατηγική χειρισμού των συγκρούσεων στην οποία καταλήγουν συνήθως οι αυστηρές, ιεραρχικές και γραφειοκρατικά οργανωτικές δομές (Vivar, 2006).

2.4.2 Αποδοχή

Η αποδοχή, θεωρείται ως η δεύτερη κατά σειρά στρατηγική που χρησιμοποιείται από το νοσηλευτικό προσωπικό, ιδιαίτερα των χαμηλών ιεραρχικά βαθμίδων, ενώ αντίθετα χρησιμοποιείται σπάνια από τους προϊστάμενους νοσηλευτές και τους γιατρούς (Valentine, 2001). Η συγκεκριμένη στρατηγική αναφέρεται στην προσπάθεια για ικανοποίηση του άλλου μέρους της σύγκρουσης, κάνοντας υποχωρήσεις και δίνοντας προτεραιότητες στις ανάγκες της άλλης πλευράς.

Σύμφωνα με τον Skjorshammer (2001), η συμπεριφορά αυτή χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό συνεργασίας και χαμηλό βαθμό επιβολής, οδηγεί σε αποδοχή της επιθυμίας της αντίθετης πλευράς και ελαχιστοποιεί τις διαφορές καταλήγοντας σε συμφωνία. Εφαρμόζεται δε, όπου δεν υπάρχει η δυνατότητα να δοκιμαστεί άλλη λύση, όπως στην περίπτωση των ιατρικών οδηγιών προς το νοσηλευτικό προσωπικό. Χρησιμοποιείται ως επί το πλείστον για καθημερινά ζητήματα και για καταστάσεις που απαιτούν λύσεις μικρής διάρκειας.

2.4.3 Διεκδίκηση

Στις περιπτώσεις όμως, που πρέπει να ληφθούν γρήγορες αποφάσεις και δεν υπάρχει χρόνος για διάλογο, όπως σε ένα έκτακτο περιστατικό, η διεκδίκηση θεωρείται ως η καταλληλότερη συμπεριφορά. Χρησιμοποιείται ως τεχνική χειρισμού από άτομα εξουσίας με ικανότητες στη λήψη αποφάσεων (Dove, 1998). Σύμφωνα με την Valentine (2001), είναι η πέμπτη κατά σειρά επιλογής στρατηγική ανάμεσα στην πλειοψηφία των νοσηλευτών, ενώ αποτελεί χειρισμό επιλογής, παράλληλα με τον ανταγωνισμό και την επιβολή, από τους προϊστάμενους νοσηλευτές και τους γιατρούς.

2.4.4 Συνεργασία

Η συνεργασία από την άλλη, ως τεχνική χειρισμού των συγκρούσεων, παρόλο που θεωρείται ως η πιο ουσιαστική και ιδανική λύση για πεδία παροχής υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα για τις σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών (Vivar, 2006), εντούτοις δεν τυγχάνει ιδιαίτερης αποδοχής. Όπως εντοπίζουν οι Montoro-Rondriquez & Small (2006), η χρήση της συνεργασίας μπορεί να αποφέρει επαγγελματική ικανοποίηση στους νοσηλευτές.

Παρόλα αυτά, σύμφωνα με τα πορίσματα της Valentine (1995) σε βιβλιογραφική κριτική πέντε μελετών, η στρατηγική αυτή χρησιμοποιείται λιγότερο από τους νοσηλευτές προϊστάμενους και το νοσηλευτικό προσωπικό. Συγκεκριμένα, οι Valentine (2001) και Goodman (2004), την κατατάσσουν ως την τέταρτη κατά σειρά στρατηγική που χρησιμοποιείται από το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ χρησιμοποιείται σπάνια από τους προϊστάμενους νοσηλευτές και τους γιατρούς.

Όμως, οι Hendel και συν. (2005), αναφέρουν αντίθετα πορίσματα σε έρευνα τους, υποστηρίζοντας ότι η συνεργασία αποτελεί την δεύτερη συχνότερη μέθοδο διαχείρισης συγκρούσεων από τη νοσηλευτική ηγεσία. Βρέθηκε επίσης ότι όσο πιο πολύ καιρό οι υπεύθυνοι έχουν τη διοικητική θέση, τόσο πιο πολύ χρησιμοποιούν τη μέθοδο αυτή.

Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει η έρευνα των Jordan & Troth (2002), στην οποία καταδεικνύεται, ότι οι γυναίκες νοσηλεύτριες προτιμούν τη συνεργασία περισσότερο σε σύγκριση με τους άνδρες. Παράλληλα αναφέρουν ότι τα άτομα με συναισθηματική νοημοσύνη, χρησιμοποιούν το συναίσθημα και την αντίληψη σαν δεξιότητες στην επίλυση συγκρούσεων, που αποτελούν βασικά στοιχεία της τεχνικής της συνεργασίας.

2.4.5 Συμβιβασμός

Μια εναλλακτική μέθοδος επίλυσης των συγκρούσεων, από την άλλη, ειδικότερα όταν η συνεργασία ή η διεκδίκηση αποτυγχάνουν, είναι ο συμβιβασμός. Θεωρείται η τρίτη κατά σειρά στρατηγική την οποία επιλέγει το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ ανάμεσα στους προϊστάμενους νοσηλευτές, κατέχει την δεύτερη θέση (Valentine, 2001 και Goodman, 2004).

Τα ίδια ευρήματα παρατηρούνται και στην έρευνα των Hendel και συν. (2005), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι αυτό σχετίζεται με την αυτοσυγκράτηση προς μετριασμό της ανησυχίας για απώλεια από τη σύγκρουση. Στο συμβιβασμό, χρησιμοποιείται περισσότερο η αντίληψη του ατόμου, αφού προσαθεί να κερδίσει λιγότερα, παρά να χάσει περισσότερα (Jordan & Troth, 2002).

Η στρατηγική αυτή, όπως αναφέρουν οι Hendel και συν. (2005), είναι μια προσωρινή λύση, ειδικά σε περίπλοκες καταστάσεις, που μπορεί όμως να οδηγήσει σε αδιέξοδο ή ανταγωνισμό σε κατοπινότερο στάδιο.

2.4.6 Διαμεσολάβηση

Σε αρκετές όμως περιπτώσεις, η σύγκρουση μεταξύ δύο μερών, χρειάζεται την επέμβαση τρίτου για να επιλυθεί. Η διαμεσολάβηση στην επίλυση συγκρούσεων, είναι μια διαδικασία, η οποία επιχειρεί να δημιουργήσει διάυλους επικοινωνίας μεταξύ των συγκρουόμενων μερών, έτσι ώστε να οδηγηθούν στην επίλυση της σύγκρουσης (Μπουραντάς, 2002).

Το ρόλο του διαμεσολαβητή μπορεί να αναλάβει οποιοδήποτε άτομο εργάζεται στο χώρο. Σε αρκετές περιπτώσεις το ρόλο αυτό αναλαμβάνουν τα ανώτερα ιεραρχικά στελέχη, χωρίς να έχουν τις πλείστες φορές, την κατάλληλη εκπαίδευση αλλά και τα απαραίτητα χαρακτηριστικά για να αναλάβουν αυτό το ρόλο και να επιτύχουν το καλύτερο αποτέλεσμα (King, 2002). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να εφαρμόζονται συνήθως λανθασμένες στρατηγικές, η διαπραγμάτευση να περιορίζεται και να αυξάνεται η πιθανότητα κλιμάκωσης της σύγκρουσης (Skjoshammer, 2002). Επομένως, η διαμεσολάβηση χρειάζεται το κατάλληλο άτομο με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και την απαραίτητη εκπαίδευση για να είναι σε θέση να επιλύσει με επιτυχία μια σύγκρουση ανάμεσα στο προσωπικό των νοσηλευτηρίων.

Κατά συνέπεια, τα πιο πάνω καταδεικνύουν ότι σε χώρους επείγουσας νοσηλείας που εκ των πραγμάτων απαιτείται διεπιστημονική συνεργασία, οι συγκρούσεις στους επαγγελματίες υγείας ποικίλουν, τόσο σε είδος όσο και σε ένταση.

Όλες οι πιο πάνω στρατηγικές χειρισμού μπορεί να χρησιμοποιηθούν ανεξάρτητα από το είδος της σύγκρουσης. Δεν υπάρχει σωστός ή λάθος χειρισμός, ούτε επιβάλλεται συγκεκριμένος τρόπος χειρισμού ανάλογα με συγκεκριμένες καταστάσεις ή συνθήκες (Vivar, 2006). Η γνώση της διαχείρισης και της επίλυσης συγκρούσεων θα πρέπει να είναι η κύρια προτεραιότητα ανάμεσα σε νοσηλευτές, γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα ΤΑΕΠ, αλλά περισσότερο στη διοίκηση των νοσηλευτηρίων, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

2.5 Επίλυση και αντιμετώπιση των συγκρούσεων

Έχει καταστεί σαφές ότι για τη γένεση των συγκρούσεων, σε μεγάλο βαθμό, συμβάλλει το σύγχρονο περιβάλλον του νοσοκομείου, το οποίο χαρακτηρίζεται από έντονη ανταγωνιστικότητα, γρήγορους ρυθμούς, υψηλά επίπεδα μόρφωσης, μικρούς χώρους εργασίας, οργανωτικά προβλήματα, υψηλές απαιτήσεις και πιεστική ανάγκη για επίτευξη καλών αποτελεσμάτων.

Παράλληλα, η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων στο χώρο εργασίας, δεν πρέπει να αξιολογείται ως λιγότερο σημαντική από τις άλλες πτυχές της επαγγελματικής συμπεριφοράς. Αναμφίβολα, η ποιότητα των σχέσεων που επικρατεί μεταξύ των μελών μιας ομάδας που εργάζονται για ένα κοινό σκοπό σε ένα χώρο εργασίας, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την επιτυχία της ομάδας αυτής. Εξάλλου, οι αρμονικές σχέσεις και η ορθή επικοινωνία μεταξύ των μελών μιας ή και περισσότερων επαγγελματικών ομάδων και η αποτελεσματική συνεργασία στην επίτευξη στόχων, αποτελούν σημαντικές παραμέτρους της παραγωγικότητας και της αποτελεσματικότητας. Η ανάγκη δε αυτή, είναι πιο επιτακτική στα νοσηλευτικά ιδρύματα, όπου η συνεργασία μεταξύ διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων είναι επιβεβλημένη.

Εντούτοις, η αντίληψη ότι μπορεί να ληφθούν τέτοια μέτρα που να απομακρύνουν κάθε κίνδυνο διαπροσωπικών διαφορών και συγκρούσεων που δημιουργούν ένταση και κρίσεις στο εργασιακό περιβάλλον, δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα.

Προβλήματα και διαφωνίες που αποτελούν αιτίες αντιπαραθέσεων και συγκρούσεων, θα προκύπτουν συνεχώς, ιδιαίτερα σε ένα περιβάλλον όπου η ανθρώπινη αλληλεπίδραση είναι έντονη και οι τρόποι προσέγγισης για την επίλυση προβλημάτων ποικίλουν. Οι διαφωνίες, οι ανταγωνιστικές συμπεριφορές και η κακή επικοινωνία δυσχεραίνουν τις σχέσεις μεταξύ των μελών μιας ομάδας που εργάζεται για ένα κοινό στόχο. Παράλληλα, διαφορές νοοτροπίας, θέσης και επιπέδου μόρφωσης στις διάφορες ιεραρχικές βαθμίδες, μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία καταστάσεων που οδηγούν σε δυσμενείς σχέσεις με αρνητικές επιπτώσεις όσον αφορά την αποτελεσματικότητα (Vinar, 2006).

Παρόλο όμως, που οι προσωπικές αντιπαραθέσεις, οι διαφορές, οι διαμάχες ή και συγκρούσεις αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ανθρώπινης δραστηριότητας, εντούτοις υπάρχουν μέτρα που θα μπορούσαν να ληφθούν και μηχανισμοί που θα μπορούσαν να ενεργοποιηθούν για την όσο το δυνατό αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων.

Πρέπει όμως να τονιστεί ότι ο χειρισμός και η επίλυση μιας σύγκρουσης είναι μια σταδιακή διαδικασία. Οι συγκρούσεις και οι αντιπαραθέσεις δε λύνονται με μια μόνο

αλληλεπίδραση, αλλά χρειάζονται επαναπροσεγγίσεις, επανατοποθετήσεις και συζήτηση των θεμάτων σε διάφορα επίπεδα για να γίνει η λύση αποδεκτή από όλα τα εμπλεκόμενα μέλη.

Η εμπειρία που αφορά την αντιμετώπιση των συγκρούσεων στον εργασιακό χώρο, επιτρέπει την ευελιξία στον τρόπο χειρισμού και επιτρέπει την ανεύρεση της καλύτερης δυνατής λύσης για τις διαφορετικές καταστάσεις. Η επιτυχής αντιμετώπιση περιλαμβάνει τη μείωση των αρνητικών συμπεριφορών, την ένταση και τις προστριβές, βελτιώνοντας έτσι το εργασιακό περιβάλλον και κατ' επέκταση την παραγωγικότητα και την παροχή της φροντίδας υγείας (Rider, 2002).

Οι αποτελεσματικότεροι τρόποι επίλυσης των συγκρούσεων που συχνά αναφέρονται στην βιβλιογραφία (Sims, Fireman & Gabriel, 1993; Kelly, 2006) αφορούν:

- Την παροχή νέων πληροφοριών ~~και~~ στις αντικρουόμενες πλευρές,
- τη χρήση της ψηφοφορίας,
- την αναζήτηση συμβιβασμού νοουμένου ότι ο καθένας κερδίζει κάτι,
- την αναζήτηση μιας γενικότερης γνώμης νοουμένου ότι είναι αντικειμενική, και
- την ενθάρρυνση του διαλόγου μεταξύ των συγκρουόμενων μερών.

Ο διάλογος σύμφωνα με την Kelly (2006), αποτελεί αφενός, το πρώτο βήμα αποκλιμάκωσης μια σύγκρουσης και αφετέρου τη διασφάλιση εμπιστοσύνης μεταξύ των δύο μερών και την ομαλοποίηση των σχέσεων. Επιβάλλεται όμως, να γίνεται ιδιαιτέρως, χωρίς δηλαδή την παρουσία άλλου προσωπικού ή ασθενών και να δίνεται έμφαση στον κοινό σκοπό της ασφαλούς και ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς.

Εντούτοις, η πλειοψηφία των εργαζομένων προτιμούν να αποφεύγουν το διάλογο και την επίλυση των εντάσεων. Επικρατεί ο φόβος ότι μια λύση μπορεί να μην επιφέρει σε αυτούς τα επιθυμητά αποτελέσματα, ή ότι το άλλο μέρος μπορεί να επωφεληθεί περισσότερο από αυτούς. Ως απο *έλεσμα*, το πρόβλημα παραμένει, σιγά-σιγά κλιμακώνεται και με την πρώτη ευκαιρία εξελίσσεται σε κρίση.

Σε αυτές τις περιπτώσεις και για την αποφυγή της κλιμάκωσης μια διαμάχης, προτείνεται η χρήση βασικών αρχών της ψυχολογίας για τη διαχείριση των συγκρούσεων στον εργασιακό χώρο (Goodman, 2004). Η διαδικασία αυτή μπορεί να συμβάλει στην αποφυγή των ψυχικών τραυματισμών που δυνατό να είναι μόνιμοι και εξαιρετικά αρνητικοί ως προς την εξέλιξη των σχέσεων μεταξύ συναδέλφων. Θα πρέπει αρχικά να καταστεί σαφές ότι η προσπάθεια επίλυσης μιας προσωπικής αντιπαράθεσης με ένα συνάδελφο/συνεργάτη, έχει μεγαλύτερη αξία από την άρνηση και την αποφυγή που αναπόφευκτα οδηγούν στη διαιώνιση και κλιμάκωση της διαφοράς.

Παράλληλα, η επιλογή της χρονικής στιγμής και του χώρου που θα λάβει χώρα η έναρξη των προσπαθειών επίλυσης, είναι καθοριστικής σημασίας. Ένα ήσυχο περιβάλλον, σε στιγμές που δεν υπάρχει έντονη εργασιακή φόρτιση, επιτρέπει την καλύτερη επικοινωνία. Επιπρόσθετα, η προσεκτική ακρόαση του άλλου και η καλύτερη κατανόηση που προκύπτει όσον αφορά τις διαφορετικές θέσεις που παρουσιάζονται, θέτει τις βάσεις της προσέγγισης. Εξάλλου είναι γεγονός, ότι με την προσεκτική ακρόαση, αποκαλύπτονται πτυχές του προβλήματος που προηγουμένως αγνοούνταν (Cox, 2003).

Επιβάλλεται επίσης, η αναγνώριση και από τα δύο μέρη, τόσο των σημείων διαφοράς όσο και των σημείων που τους ενώνουν. Παράλληλα, κρίνεται αναγκαία η αναγνώριση των αναγκών της ομάδας εργασίας και πάνω σε αυτές τις βάσεις αναμένεται ότι θα καταρτιστεί ένα σχέδιο που να ικανοποιεί στο μέγιστο βαθμό τις ανάγκες του καθενός.

Κατά τη διάρκεια δε της όλης διαδικασίας, πρέπει να αντιμετωπίζονται και οι φόβοι που πιθανόν να εκφράζονται. Ο καθένας πρέπει να δηλώνει τα πραγματικά του αισθήματα χρησιμοποιώντας λέξεις όπως το «αισθάνομαι» ή το «νομίζω», βασίζοντας την επιχειρηματολογία του πάνω σε πραγματικά γεγονότα και αποφεύγοντας την κριτική ή τις κατηγορίες. Στις καταστάσεις αυτές πρέπει να υπάρχει συνέπεια και να διενεργούνται αναμενόμενες ενέργειες ή δράσεις, διαφορετικά διασαλεύεται η αμοιβαία εμπιστοσύνη (Valentine, 2001).

Παραμένει εντούτοις γενικά αποδεκτό, ότι η πρόληψη των συγκρούσεων αποτρέπει αρκετά από τα προβλήματα σε έναν οργανισμό παρά η εκ των υστέρων αντιμετώπιση τους.

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται διάφορες μέθοδοι που εμφανίζονται ως βοηθητικές όπως είναι η επισήμανση, στους εμπλεκόμενους, για τον ρόλο τους στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του οργανισμού και την σημασία της επικοινωνίας και τη συνεργασίας μεταξύ των ατόμων, των ομάδων και των τμημάτων για την επίλυση κοινών προβλημάτων και την επίτευξη κοινών στόχων.

Αποτελεσματική επίσης αναφέρεται η εναλλαγή ρόλων, έτσι ώστε να υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει, όχι μόνο η κάθε ομάδα, αλλά και το κάθε άτομο ξεχωριστά (Κάντας, 1995; Valentine, 2001; Goodman, 2004). Παράλληλα, σκόπιμη καθίσταται η αποφυγή των συνθηκών που δημιουργούν ευκαιρίες ανάπτυξης συγκρούσεων, ενώ αντίθετα, πρέπει να δίνεται έμφαση στο συντονισμό δυνάμεων και ενεργειών, με απώτερο στόχο τη συνολική απόδοση του οργανισμού.

Συμπερασματικά όμως, όσον αφορά τη διαδικασία επίλυσης μια σύγκρουσης που πρέπει να ακολουθείται σε κάθε περίπτωση, αυτή πρέπει να ικανοποιεί ως ένα σημείο και τις δύο πλευρές. Ουσιαστικά, δεν πρέπει να νοιώθει κανένας ολοκληρωτικά χαμένος, αφού αυτό προϋποθέτει την αποτυχία της προσπάθειας, είτε βραχυπρόθεσμα, είτε μακροπρόθεσμα (Johnson, 1994).

2.5.1 Θεσμοθετημένα Συστήματα Διαχείρισης των Συγκρούσεων

Επομένως, για τη λήψη μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης των συγκρούσεων, επιβάλλεται μια συστηματική και οργανωμένη προσπάθεια από τη διοίκηση του οργανισμού.

Προς αυτή την κατεύθυνση, στη βιβλιογραφία, εντοπίζονται τα “θεσμοθετημένα συστήματα διαχείρισης”, τα οποία παρέχονται από κάποια νοσοκομεία, και

χρησιμοποιούνται συνήθως αυτόματα όταν υπάρχει μια διαφωνία ή μια σύγκρουση (Skjorshammer, 2002).

Τα συστήματα αυτά μπορούν να διακριθούν σε δύο σημαντικούς τύπους:

- συστήματα εργοδότης-ένωσης, και
- συστήματα διαδικασίας-εργασίας,

και εφαρμόζονται ανάλογα με το είδος της σύγκρουσης που χειρίζονται ή ανάλογα με το ποιος θα πρέπει να διαμεσολαβήσει.

Το σύστημα εργοδότης-ένωσης εξετάζει, ως επί το πλείστον, την επίσημη σχέση μεταξύ εργοδότη-υπαλλήλου, τις εργασιακές ρυθμίσεις, τις αμοιβές, τις συμφωνίες και τις απαιτήσεις που σχετίζονται με το ωράριο απασχόλησης των υπαλλήλων, ζητήματα που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας, καθώς και τα διατυπωμένα παράπονα που αφορούν την ερμηνεία των συμβάσεων και των δικαιωμάτων. Η συμπεριφορά της επίλυσης σε αυτό το σύστημα, χαρακτηρίζεται πρώτα απ' όλα από τη διαδικασία των διαπραγματεύσεων, ενώ η έκβαση επισημοποιείται με συμφωνίες ή πρωτόκολλα.

Ενώ σε περίπτωση που υπάρχει σύγκρουση στο σύστημα διαδικασίας-εργασίας, προκύπτουν δυσμενείς επιπτώσεις στην παραγωγικότητα και στην ποιότητα. Παράλληλα, διαμορφώνονται αρνητικές επιπτώσεις, τόσο στο περιβάλλον, όσο και στο κλίμα εργασίας γενικότερα.

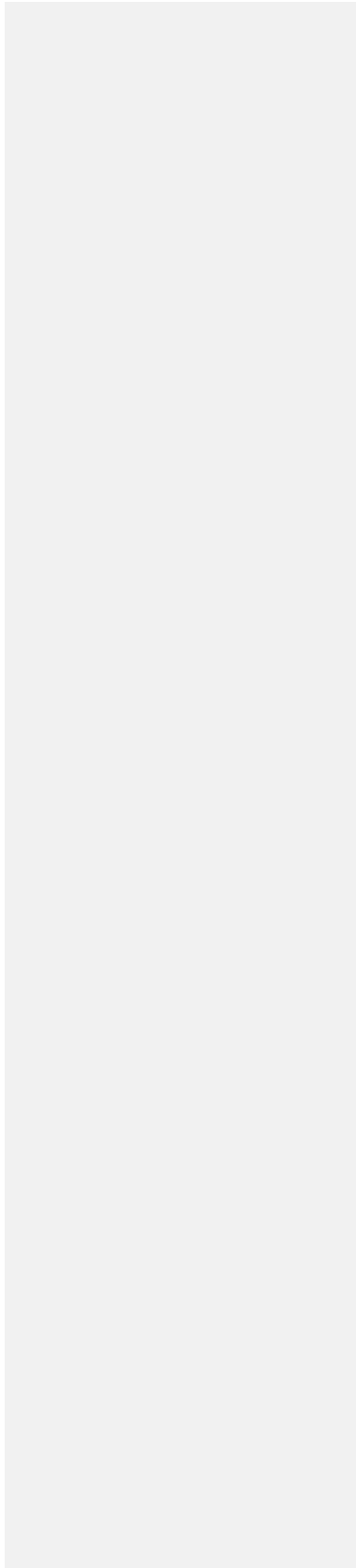
Ο Skjorshammer (2001), μέσα από την ερευνητική του εργασία, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ένα πρόγραμμα διαχείρισης συγκρούσεων στο νοσοκομείο, πρέπει να εστιάζει περισσότερο στις εσωτερικές συγκρούσεις που προκύπτουν. Η λήψη μέτρων πρέπει να προσβλέπει στη χρήση των διαθέσιμων πόρων και το προσωπικό του, ελαχιστοποιώντας έτσι την εξάρτηση σε εξωτερικούς παράγοντες και παρεμβάσεις. Επιπρόσθετα, διατυπώνει ένα σύνολο κατευθυντήριων αρχών για τη νέα μεθοδολογία διαχείρισης των συγκρούσεων, επισημαίνοντας ότι η σύγκρουση είναι μια αναπόφευκτη και φυσιολογική διαδικασία μέσα στα πλαίσια της συνεργασίας. Τονίζει επίσης ότι το

νοσοκομείο πρέπει να αναλαμβάνει την ευθύνη των συγκρούσεων με την παροχή ευκαιριών στους μάνατζερ και γενικά στους εργαζόμενους να παρεμβαίνουν στις υποθέσεις τους μέσω ενός εμφανούς και περιεκτικού συστήματος διαχείρισης συγκρούσεων.

Οι συγκρούσεις πρέπει να επιλύονται υπό ορισμένες προϋποθέσεις και όσο το δυνατό πιο κοντά στους εμπλεκόμενους και στον αρμόδιο μάνατζερ και επίσης πρέπει να αντιμετωπίζονται πρώιμα, με ανεπίσημο διερευνητικό τρόπο. Παράλληλα να παρέχονται στα συγκρουόμενα μέρη όσο το δυνατόν περισσότερες εναλλακτικές λύσεις και επιλογές για την επίλυση του εκάστοτε δεδομένου ζητήματος

Σε γενικές γραμμές, η βασική ιδέα του συστήματος διαχείρισης των συγκρούσεων, απαιτεί όπως η αντιμετώπιση των συγκρούσεων πρέπει να ακολουθεί τη πορεία οργάνωσης του εκάστοτε νοσοκομείου. Αυτό προϋποθέτει ότι ο ανώτερος ιεραρχικά προϊστάμενος έχει την ευθύνη για τη διαχείριση και την εξέλιξη μιας σύγκρουσης. Εξαιρούνται βέβαια οι περιπτώσεις κατά τις οποίες, είτε ο προϊστάμενος εμπλέκεται στη σύγκρουση, είτε ο υφιστάμενος δε θέλει να ακολουθεί τη «γραμμή της οργάνωσης» του νοσοκομείου ή επιθυμεί να σταματήσει ο ίδιος τη σύγκρουση αποχωρώντας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το σύστημα διαχείρισης των συγκρούσεων παρέχει εναλλακτικούς τρόπους στον άμεσα προϊστάμενο για την αρχή του αδιεξόδου όπως το κάλεσμα σε σύσκεψη.

|



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η συγκεκριμένη ερευνητική προσπάθεια επιδιώκει να αναδείξει τις αιτίες που προκαλούν αντιπαραθέσεις αλλά και τις στρατηγικές διαχείρισης που επιλέγονται για την αντιμετώπιση τους από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων [των δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου \(·\)](#). Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν, κρίνονται αρκετά σημαντικά για την παραγωγικότητα των νοσοκομείων και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, αφού η διαχείριση των συγκρούσεων συνδέεται άμεσα με την εύρυθμη λειτουργία τους και τη βελτίωση των συνθηκών παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η αποτελεσματική διαχείριση των συγκρούσεων αποτελεί διαχρονικά ένα επιχειρησιακό πρόβλημα. Η εξασφάλιση ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος προϋποθέτει σύστημα και διαδικασίες αποτελεσματικής διαχείρισης. Επομένως, η σπουδαιότητα της δομής του θέματος βασίζεται σε δύο βασικές παραμέτρους:

- α) τη σωστή διαχείριση των περιπτώσεων εντάσεων και συγκρούσεων που πιθανόν να παρουσιάζονται στα ΤΑΕΠ, και
- β) τον καλύτερο προγραμματισμό και οργάνωση των τμημάτων ιδιαίτερα υπό το φως των εξελίξεων και των μεταρρυθμίσεων στις υπηρεσίες υγείας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα αποτελέσουν πολύτιμο υλικό στην επικείμενη προσπάθεια αναδιοργάνωσης των νοσηλευτηρίων. Συγκεκριμένα, θα διαδραματίσουν αδιαμφισβήτητο ρόλο στη διαμόρφωση νέας πολιτικής στο χώρο της υγείας με την υλοποίηση ειδικών προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε θέματα διαχείρισης συγκρούσεων και ανάπτυξης επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Από την άλλη θα βοηθήσουν στη συγκρότηση ομάδων επίλυσης συγκρούσεων και στη διενέργεια συνεδριάσεων για την επίλυση τους.

3.1 Γενικός σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση του εργασιακού περιβάλλοντος στο χώρο των ΤΑΕΠ στα νοσοκομεία της Κύπρου, αναζητώντας παράγοντες οι οποίοι

συμβάλλουν στην δημιουργία αρνητικού εργασιακού κλίματος με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προστριβές και συγκρούσεις ρόλων ανάμεσα στο προσωπικό των ΤΑΕΠ.

3.2 Αντικειμενικοί Στόχοι

Οι αντικειμενικοί στόχοι αφορούν, τη συχνότητα των συγκρούσεων που μπορεί να εντοπίζονται στο χώρο των ΤΑΕΠ και ανάμεσα σε ποιές συγκεκριμένες ομάδες εργαζομένων υφίστανται. Επιπρόσθετα, αναζητούνται οι πιθανοί παράγοντες που ενδεχομένως να αυξάνουν τις συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο των ΤΑΕΠ, καθώς και οι τρόποι διαχείρισης που χρησιμοποιούνται από την κάθε ομάδα εργαζομένων για την αντιμετώπιση των συγκρούσεων.

3.3 Σχεδιασμός της μελέτης

Πρόκειται για μια περιγραφικού τύπου μελέτη συσχέτισης, η οποία εξυπηρετεί το σκοπό της παρούσας έρευνας. Αφορά το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στα τμήματα ΤΑΕΠ και αναμένεται να δώσει απαντήσεις στα πιο πάνω ερευνητικά ερωτήματα.

3.4 Πεδίο διεξαγωγής της μελέτης

Η μελέτη αναφέρεται στην αξιολόγηση των παραγόντων που οδηγούν σε συγκρούσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, στα τμήματα επειγόντων και ατυχημάτων και καλύπτει τα συναφή τμήματα των μεγαλύτερων δημόσιων νοσηλευτηρίων της Κύπρου (Λευκωσία, Λεμεσός, Λάρνακα, Πάφος, Αμμόχωστος).

Εξαιρέθηκαν τα αγροτικά νοσοκομεία Πόλης και Κυπερούντας που δε διαθέτουν ΤΑΕΠ αν και χειρίζονται όμως επειγόντα περιστατικά ήπιας όμως μορφής περιστατικά. Σημειώνεται επίσης ότι δεν συμπεριλαμβάνονται στον υπό μελέτη χώρο, οι μονάδες ΤΑΕΠ των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων, λόγω διαφορών στην οργανωτική και λειτουργική τους δομή.

3.5 Υπό μελέτη πληθυσμός

Τον πληθυσμό στόχο αποτελούν όλοι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις μονάδες των ΤΑΕΠ στα Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσηλευτήρια της Κύπρου. Όπως ήδη αναφέρθηκε για την ορθότερη προσέγγιση του υπό μελέτη θέματος, θα επιλεγούν οι επαγγελματίες υγείας, που εργάζονται στα ΤΑΕΠ των πέντε μεγαλύτερων δημόσιων νοσηλευτηρίων. Επομένως, το δείγμα πληθυσμού θα αποτελούν όλοι οι ιατροί και νοσηλευτές που εργάζονται κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας στις πιο πάνω μονάδες. Για να είναι εφικτή η όσο το δυνατό μεγαλύτερη γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας, δίνεται η ευκαιρία σε όλο το προσωπικό των προαναφερθέντων τμημάτων να συμμετέχει (Μερκούρης, 2008).

3.6 Επιλογή δείγματος

Κατά συνέπεια ο αριθμός του δείγματος εξαρτάται από το προσωπικό που απασχολείται στον καθορισμένο χρόνο διεξαγωγή της μελέτης, στις συγκεκριμένες μονάδες και που ανέρχεται αναλυτικά σε: [Θα ήταν σωστότερο ο πίνακα να έχει αρίθμηση και τίτλο εδώ](#)

	<i>Λευκωσία</i>	<i>Λεμεσός</i>	<i>Λάρνακα</i>	<i>Πάφος</i>	<i>Αμμόχωστος</i>	<i>Σύνολο</i>
<i>Νοσηλευτές</i>	64	51	32	31	20	198
<i>Γιατροί</i>	18	16	13	12	7	66
ΣΥΝΟΛΟ	82	67	45	43	27	264

3.7 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Η ορθή επιλογή μεθόδου συλλογής δεδομένων εξαρτάται από τα ερευνητικά ερωτήματα που θα απαντηθούν (Μερκούρης, 2008). Στη βιβλιογραφία έχουν εντοπιστεί διάφορα εργαλεία που σχετίζονται με τον εντοπισμό των συγκρούσεων και τη διαχείρισή τους όπως: το Hall's conceptualization of conflict το οποίο μετρά τις διαπροσωπικές

(interpersonal), ενδοατομικές (intrapersonal), διαομαδικές (intergroup) και ενδοομαδικές (intragroup) συγκρούσεις. το The Bartol/McSweeney Conflict Management scale το οποίο είναι σχεδιασμένο για να προσδιορίζει συμπεριφορές ως προς τη διαχείριση των αντιπαραθέσεων (Hendel, etal., 2007) και το «Kilmann Conflict Mode Instrument» (TKI), που είναι σχεδιασμένο να αξιολογεί τη συμπεριφορά του ατόμου σε καταστάσεις συγκρούσεων (Past, 2002).

Όσον αφορά όμως τη συγκεκριμένη μελέτη, για να διερευνηθούν [τα](#) ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν, προτιμήθηκε η συλλογή των δεδομένων να γίνει με τη διαμόρφωση ερωτηματολογίου με βάση το HSE, το οποίο χρησιμοποιήθηκε με επιτυχία σε παρόμοιες έρευνες (Κοντογιάννη, 2007).

3.8 Περιγραφή του Ερευνητικού εργαλείου

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 4 βασικές παραμέτρους με ειδική αναφορά σε βασικά δημογραφικά στοιχεία, όπως οι διαφορές στα εκπαιδευτικά επίπεδα, ο φόρτος εργασίας, η αξιολόγηση της προσωπικής τους υγείας, η ιεραρχία, η κατανομή των αρμοδιοτήτων, η επιδίωξη επαγγελματικής εξέλιξης, καθώς και συγκεκριμένους οργανωτικούς παράγοντες. Τα πιο πάνω στοιχεία αποτελούν τις εξαρτημένες μεταβλητές που πιθανολογούνται ως παράγοντες δημιουργίας συγκρούσεων. Επιπρόσθετα, συμπεριλαμβάνεται ειδικό μέρος για την αξιολόγηση του τρόπου διαχείρισης των συγκρούσεων καθώς και προτάσεις για την επίλυση των συγκρούσεων στο χώρο των ΤΑΕΠ από τους συμμετέχοντες.

Επιπρόσθετα, για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης, έχουν συμπεριληφθεί ερωτήσεις που αφορούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα και ιδιαιτερότητες του εργασιακού χώρου των ΤΑΕΠ στην Κύπρο, για μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση του θέματος. Συγκεκριμένα, έχουν συμπεριληφθεί ερωτήσεις που αφορούν την κουλτούρα, την νοοτροπία και την εργασιακή υγεία των εργαζομένων που είναι ενδεικτικές για την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το τελευταίο μέρος αποτελείται από το ερωτηματολόγιο του HSE που χρησιμοποιείται από τον οργανισμό ασφάλειας και υγείας της Αγγλίας, το οποίο μεταφράστηκε και χρησιμοποιήθηκε με την άδεια του οργανισμού. Η διαδικασία μετάφρασης περιγράφεται στο υποκεφάλαιο 3.9. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο αξιολογεί συγκεκριμένα διοικητικά πρότυπα τα οποία στοχεύουν στον καθορισμό των χαρακτηριστικών ενός οργανισμού, έτσι ώστε οι κίνδυνοι από την πίεση της εργασίας να ρυθμίζονται και να ελέγχονται αποτελεσματικά. Καλύπτουν επτά βασικούς τομείς της εργασίας, οι οποίοι σχετίζονται με τη φτωχή υγεία και ευημερία των υπαλλήλων, τη χαμηλή ικανοποίηση του προσωπικού και τη μειωμένη παραγωγικότητα και μέσα από τις ακόλουθες παραμέτρους, καλύπτουν τις κυριότερες πηγές πίεσης στην εργασία, που οφείλεται στους οργανωτικούς παράγοντες:

- 1. Απαιτήσεις** - περιλαμβάνει ζητήματα όπως ο φόρτος εργασίας, τα σχέδια υπηρεσίας και το περιβάλλον εργασίας.
- 2. Έλεγχος** – αφορά τα επίπεδα αυτονομίας του υπαλλήλου στον τρόπο εκτέλεσης της εργασίας τους.
- 3. Υποστήριξη από την διοίκηση** - περιλαμβάνει την ενθάρρυνση, την εγγυοδοσία και τους πόρους που παρέχονται από τον οργανισμό, τη διοίκηση και τους συναδέλφους.
- 4. Υποστήριξη από συναδέλφους** - περιλαμβάνει την ενθάρρυνση και την εγγυοδοσία που παρέχονται από τους συναδέλφους.
- 5. Σχέσεις** - περιλαμβάνει την προώθηση θετικού εργασιακού κλίματος για την αποφυγή συγκρούσεων και τον χειρισμό απαράδεκτων συμπεριφορών.
- 6. Ρόλος** – αφορά το επίπεδο κατανόησης των υπαλλήλων όσο αφορά το ρόλο τους μέσα στον οργανισμό και τα μέτρα που λαμβάνει ο οργανισμός έτσι ώστε να εξασφαλίζει ότι δεν υπάρχουν συγκρουόμενοι ρόλοι.
- 7. Αλλαγή** – ο τρόπος με τον οποίο μια οργανωτική αλλαγή (μεγάλη ή μικρή) ρυθμίζεται και διακλαδώνεται μέσα στον οργανισμό.

Επομένως, τα διοικητικά πρότυπα αντιπροσωπεύουν ένα σύνολο καταστάσεων, που εάν υφίστανται, απεικονίζουν υψηλά επίπεδα απόδοσης των εργαζομένων, και πιο συγκεκριμένα: καταδεικνύουν την ορθή πρακτική μέσω μιας βαθμιαίας προσέγγισης και αξιολόγησης της τρέχουσας κατάστασης και προωθούν την ενεργό συζήτηση και τη συνεργατική εργασία με στόχο τη λήψη αποφάσεων που αφορούν πρακτικές βελτιώσεις.

Επιπρόσθετα, η αξιολόγηση τους βοηθά στην απλοποίηση της διαδικασίας αξιολόγησης του κινδύνου που σχετίζεται με την πίεση στην εργασία. Αυτό επιτυγχάνεται: μέσα από τον προσδιορισμό των κυριότερων παραγόντων που προκαλούν, πίεση και εντάσεις στην εργασία, βοηθώντας τους εργοδότες να εστιάζουν στις ελλοχεύουσες αιτίες και την πρόληψή τους. Ταυτόχρονα, παρέχουν ένα κριτήριο μέσα από το οποίο ο οργανισμός μπορεί να μετρήσει την απόδοσή του μέσα από την αξιολόγηση αυτών των παραγόντων (<http://www.hse.gov.uk/stress/standards>).

Field Code Changed

3.9 Διαδικασία μετάφρασης του ερωτηματολογίου

Η διαδικασία ~~της~~ μετάφρασης του ερωτηματολογίου αξιολόγησης διοικητικών προτύπων «HSE Management Standards for work-related stress» στην Ελληνική γλώσσα, έχει πραγματοποιηθεί σύμφωνα με καθορισμένα πρότυπα και κατευθυντήριες οδηγίες (Medical Outcomes Trust Bulletin 1997, Gandek, 1998, MAPI Research Institute, 2002, Beaton et al., 2002), αφού είχε εξασφαλιστεί εκ των προτέρων η σχετική άδεια χρήσης του από τους δημιουργούς του:

α) διγλωσσική μετάφραση προς δύο κατευθύνσεις (forward translation, backward translation).

β) πολιτισμική προσαρμογή (cultural adaptation) με πιλοτική εφαρμογή της κλίμακας στους ερωτώμενους με χρήση της γνωστικής προσέγγισης επαναπροσδιορισμού (cognitive debriefing process/ interview) (Health Research Associates Inc.).

Αρχικά, χρησιμοποιήθηκε η μπροστά-πίσω-μπροστά τεχνική (Forward-backward-forward technique). Το Αγγλικό πρωτότυπο ερωτηματολόγιο είχε μεταφραστεί δυο

φόρες από δύο ανεξάρτητους επαγγελματίες υγείας στην ελληνική γλώσσα διατηρώντας τα κύρια χαρακτηριστικά του.

Κατά τη διάρκεια της μετάφρασης στα ελληνικά, δεν υπήρξαν μεγάλες διαφορές μεταξύ των μεταφραστών στην ερμηνεία των λέξεων, αλλά υπήρχαν μικρές συντακτικές διαφορές. Στην συνέχεια, όλες οι ερωτήσεις και των δυο μεταφρασμένων ερωτηματολογίων, είχαν συγκριθεί με σκοπό την επιλογή της τελικής μορφής των ερωτήσεων που θα αποτελούσαν το Ελληνικό ερωτηματολόγιο. Μετά από σύσκεψη με τη συμμετοχή ενός τρίτου ατόμου, υπήρξε ομοφωνία και έτσι προέκυψε η τελική εκδοχή του ερωτηματολογίου στην Ελληνική γλώσσα

Τέλος, το ερωτηματολόγιο που είχε προκύψει, μεταφράστηκε στην αγγλική γλώσσα και στάληκε στους υπεύθυνους για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου στο HSE. Ο εκπρόσωπος του εν λόγω φορέα συμφώνησε με το τελικό αγγλικό κείμενο.

Ακολούθως, για την πολιτισμική προσαρμογή (cultural adaptation), το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε σε ένα τυχαίο δείγμα 20 νοσηλευτών, όπως σχετικά προτείνεται στη διαδικασία γνωστικής ανασκόπησης (cognitive debriefing process) (Medical Outcomes Trust, 1997). Αφού πρώτα οι νοσηλευτές συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, στη συνέχεια ρωτήθηκαν για κάθε ερώτηση χωριστά αν ήταν κατανοητή και αν χρειαζόταν να την αναδιατυπώσουν με δικά τους λόγια ή προτιμούσαν να αλλαχτεί κάποια συγκεκριμένη λέξη σε κάποια ερώτηση έτσι ώστε να γίνει πιο κατανοητή η ερώτηση (cognitive debriefing interview).

Το ερωτηματολόγιο κατά την διάρκεια της πολιτισμικής προσαρμογής (cultural adaptation), ήταν γενικά κατανοητό και εύκολο σύμφωνα με τα σχόλια συμμετεχόντων.

3.10 Αξιοπιστία και εγκυρότητα του εργαλείου

Η αξιοπιστία ενός οργάνου μέτρησης αναφέρεται στη συνέπεια και ακρίβεια των τιμών που λαμβάνονται από αυτό και αποτελεί το κύριο κριτήριο της ποιότητας του, ιδιαίτερα όταν αφορά ποσοτικά δεδομένα (Σαχίνη – Καρδάση, 2000).

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, έγινε επιβεβαίωση της σταθερότητας του μέσω της διαδικασίας «δοκιμασίας – επαναδοκιμασίας». Η διαδικασία αυτή πραγματοποιήθηκε τον Οκτώβριο του 2009 στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού. Ως δείγμα επιλέγησαν 26 νοσηλευτές από διάφορα [πλην των ΤΑΕΠ](#), τμήματα του νοσοκομείου ~~πλην τα τμήματα ΤΑΕΠ~~, οι οποίοι συμπλήρωσαν το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, αφού πρώτα κωδικοποιήθηκε. Κατά τη διάρκεια της συλλογής των δεδομένων, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αναφέρουν τυχόν δυσκολίες ή ασάφειες που πιθανόν να εντόπιζαν. Μετά και τη στατιστική ανάλυση της διαδικασίας της «δοκιμασίας», έγιναν συγκεκριμένες αλλαγές κυρίως όσον αφορούσε τη σειρά των ερωτήσεων, καθώς και λεπτομέρειες που θα βοηθούσαν στη στατιστική ανάλυση.

Σύμφωνα με την Σαχίνη – Καρδάση (2000), το μεσοδιάστημα μέτρησης της διαδικασία «επαναδοκιμασίας» θα πρέπει να είναι από 2 εβδομάδες έως 6 μήνες, έτσι ώστε να αποφεύγονται τα αποτελέσματα εκ μεταφοράς, αλλά και αρκετά μικρό για αποφυγή πραγματικών αλλαγών στη μεταβλητή που μετριέται. Στην προκειμένη περίπτωση, επιλέχθηκε ως ιδανικό το διάστημα των τριών εβδομάδων, μετά την παρέλευση των οποίων διεκπεραιώθηκε η διαδικασία «επαναδοκιμασίας». Τα ίδια άτομα συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, το οποίο είχε και πάλι κωδικοποιηθεί αντίστοιχα με το προηγούμενο.

Για την ανάλυση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε συσχέτιση με συντελεστή r του Pearson, των βαθμών δύο μετρήσεων για το όργανο του ίδιου δείγματος (Σαχίνη – Καρδάση, 2000). Για το μέρος που αφορούσε την αξιολόγηση της υγείας των συμμετεχόντων, η ένδειξη συσχέτισης ήταν $r = 0.8$. Δεδομένου ότι μετρήσεις μεταξύ 0.7 έως 1 αναδεικνύουν δυνατή συσχέτιση των μεταβλητών, το 0.8 αξιολογείται ως πολύ ικανοποιητικό, και αποτελεί ένδειξη σταθερότητας στις απαντήσεις των συμμετεχόντων, ενισχύοντας την αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου. Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων υπολογίζεται με το συντελεστή συσχέτισης (pearson, r) μεταξύ των δύο επαναληπτικών μετρήσεων (Μερκούρης, 2008).

Οι συγκρούσεις και οι παράγοντες που τις προκαλούν δεν παρουσιάζουν διαχρονική σταθερότητα και η κατάσταση είναι πιθανόν να διαφοροποιηθεί σε ένα χρονικό διάστημα

Formatted: Font: 12 pt, Kern at 1,5 pt

Formatted: Font: 12 pt

Formatted: Font: 12 pt, Greek (Greece)

μερικών μηνών. Επομένως, για τη συγκεκριμένη κλίμακα, η μεσολάβηση χρονικού διαστήματος δύο εβδομάδων μέχρι και ενός μηνός μεταξύ των μετρήσεων, φαίνεται να είναι η πιο ιδανική χρονική περίοδος (Kovacs, 2008).

Formatted: Font: 12 pt

Όσον αφορά το μέρος το οποίο αναφέρεται στους οργανωτικούς παράγοντες, η ένδειξη συσχέτισης ήταν $r = 0.7$. Παρόλο που θεωρείται εξίσου ικανοποιητικό αποτέλεσμα, η μείωση της τιμής, εν μέρει δικαιολογείται αφού ήταν το τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου και οι συμμετέχοντες, είτε πιθανότατα να βιάζονται να φτάσουν στο τέλος, είτε παρουσιάζουν σημεία κόπωσης. Στο σύνολό του το ερευνητικό εργαλείο είναι αξιόπιστο του και η σταθερότητά του βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα.

3.11 Ηθικές προεκτάσεις

Για τη διεξαγωγή της έρευνας εξασφαλίστηκε σχετική έγκριση, τόσο από τις Νοσηλευτικές όσο και από τις Ιατρικές Υπηρεσίες και Υπηρεσίες Δημοσίας Υγείας του Υπουργείου Υγείας (Παράρτημα, II). Η παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της συγκεκριμένης έρευνας και από τις δύο αυτές υπηρεσίες ήταν επιβεβλημένη αφού το δείγμα αποτελείτο από νοσηλευτές και γιατρούς.

Ακολούθως, αμέσως μετά την έγκριση του πρωτοκόλλου από τους αρμόδιους φορείς, ενημερώθηκαν - γραπτώς και τηλεφωνικώς (Παράρτημα III)- οι διευθυντές των πέντε εμπλεκόμενων νοσοκομείων καθώς και οι προϊστάμενοι και οι διευθυντές των τμημάτων όπου θα διεξαγόταν η έρευνα. Στα πλαίσια της ενημέρωσης, επεξηγήθηκαν οι σκοποί της έρευνας, η σημασία των αποτελεσμάτων που θα προκύψουν καθώς και ο τρόπος διεξαγωγής της.

Παράλληλα, επισημάνθηκε ότι το νοσοκομείο δεν επρόκειτο να επιβαρυνθεί οικονομικά και ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου συλλογής δεδομένων ήταν εθελοντική και ότι θα πραγματοποιείτο στον ελεύθερο χρόνο των συμμετεχόντων, έτσι ώστε να μην διαταραχθεί η ομαλή λειτουργία των τμημάτων.

Επιπρόσθετα, διασφαλίστηκε η προστασία των προσωπικών δεδομένων και στοιχείων των υποκειμένων, αφού τα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν ήταν ανώνυμα.

Ταυτόχρονα, για να καταστεί πιο πρόθυμο το προσωπικό να συμμετέχει στην έρευνα, τους έγινε διαβεβαίωση για την σωστή διαχείριση των αποτελεσμάτων και του γεγονότος ότι οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν, θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την παρούσα μελέτη. Παράλληλα, επισημάνθηκε το γεγονός ότι οι εν λόγω πληροφορίες πιθανό να αποτελέσουν τη βάση για προβληματισμό και αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας προς όφελος όλων των εργαζομένων.

3.12 Συλλογή Δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μεταξύ 20¹⁵ Νοεμβρίου και 30¹⁵ Δεκεμβρίου του 2009. Τα ερωτηματολόγια τοποθετήθηκαν σε ατομικούς φακέλους και παραδόθηκαν στους προϊστάμενους των τμημάτων από τον ίδιο τον ερευνητή. Τοποθετήθηκαν ακολούθως σε ειδικό κουτί στο γραφείο του τμήματος όπου γίνεται η λογοδοσία του προσωπικού έτσι ώστε να είναι ιδιαίτερα εμφανές στο προσωπικό του τμήματος.

Ο προϊστάμενος ήταν υπεύθυνος να ενημερώσει το προσωπικό για την έρευνα αλλά όχι και να δώσει ο ίδιος τα ερωτηματολόγια στους συμμετέχοντες. Η ενεργή ανάμειξη του προϊστάμενου στην όλη διαδικασία θεωρείται ότι πολλές φορές προκαλεί άγχος στους συμμετέχοντες υφιστάμενους, αναγκάζοντας τους είτε να συμμετέχουν παρά τη θέληση τους, είτε να μην δίνουν αντικειμενικές απαντήσεις (Μερκούρης, 2008).

Το προσωπικό, μετά από τη σχετική ενημέρωσή του, ήταν ελεύθερο να επιλέξει κατά πόσο θα λάμβανε μέρος στη συγκεκριμένη έρευνα. Η ελευθερία συμμετοχής των εργαζομένων στα ΤΑΕΠ συμβάλλει στην αντικειμενικότητα των απαντήσεων και κατ' επέκταση και στην αντικειμενικότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Παράλληλα όμως, συνάδελφος -νοσηλευτής ανέλαβε να επισκέπτεται κατά διαστήματα από το τμήμα και να υπενθυμίζει το προσωπικό να συμμετέχει εφόσον το επιθυμούσε.

Αυτό κρίθηκε αναγκαίο αφού είναι γνωστό ότι πολλές φορές λόγω του φόρτου εργασίας το προσωπικό ξεχνά να συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο παρόλο που έχει τη διάθεση να συμμετέχει.

3.13 Ανάλυση των αποτελεσμάτων

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, έγινε κωδικοποίηση όλων των απαντήσεων από τα μέρη I, II και III και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η εισαγωγή τους στον ηλεκτρονικό υπολογιστή προκειμένου να επιτευχθεί η στατιστική τους επεξεργασία με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος Statistical Package of Social Science Version 16 (SPSS). Η διαδικασία της ανάλυσης των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μεταξύ 5 και 15 Ιανουαρίου του 2010.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων των συμμετεχόντων στην έρευνα σε περιγραφικό επίπεδο περιλαμβάνει: πίνακες κατανομής συχνοτήτων των απαντήσεων των υποκειμένων (νοσηλευτών και γιατρών) σε κάθε μια από τις ερωτήσεις που τέθηκαν. Η συχνότητα κατανομής αναφέρεται σε ποσοστό επί της εκατό και σε αριθμό συμμετεχόντων.

Οι διαφορές του δείγματος (Γιατρών και Νοσηλευτών) μελετήθηκαν με παραμετρικά και μη παραμετρικά τεστ. Σε επίπεδο επαγωγικής στατιστικής, προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη ή μη σχέσεων μεταξύ των διαφόρων απαντήσεων των υποκειμένων με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά και τα δημογραφικά στοιχεία, εφαρμόστηκε το τεστ σημαντικότητας X^2 και οι συσχετίσεις. Σε όλες τις περιπτώσεις των στατιστικών ελέγχων χρησιμοποιήθηκε ως ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το $p=0,05$, το οποίο έχει καθιερωθεί στο χώρο των ιατρικών και κοινωνικών επιστημών (Pagano, 2000; Μακράκης, 1997).

Όσον αφορά τις απαντήσεις στο μέρος IV, το οποίο αποτελεί μετάφραση του ερωτηματολογίου «HSE Management Standards for work-related stress», το οποίο αναφέρεται στην αξιολόγηση συγκεκριμένων διοικητικών προτύπων, χρησιμοποιήθηκε το HSE Management Standards Analysis Tool. Τα δεδομένα αξιολογούνται από το

ειδικό πρόγραμμα επεξεργασίας που παρέχεται από την ιστοσελίδα της αγγλικής οργάνωσης ασφάλειας και υγείας (Health and Safety Executive) και με βάση τις απαντήσεις δίνεται μια τιμή στην κάθε μια από τις 7 παραμέτρους (απαιτήσεις, έλεγχος, υποστήριξη, σχέσεις με συναδέλφους και προϊσταμένους, ρόλους και αλλαγή). Ακολούθως, τα αποτελέσματα συγκρίνονται με τον Προτεινόμενο Ενδιάμεσος Στόχος (Suggested Interim Target), ο οποίος έχει καθοριστεί από τον οργανισμό ασφάλειας και υγείας μετά από αρκετές μελέτες σε διεθνή επίπεδο, κατατάσσοντας έτσι τις παραμέτρους σε επίπεδα, τα οποία συμβολικά χαρακτηρίζονται και από ένα χρώμα, ως ακολούθως:

- Πράσινο: Δεν υπάρχει πρόβλημα, η ανάγκη εμπίπτει στη διατήρηση της συγκεκριμένης απόδοσης
- Μπλε: Αρκετά καλά, αλλά χρειάζεται βελτίωση.
- Κίτρινο: Υπάρχει ξεκάθαρη ανάγκη για βελτιωτικές παρεμβάσεις
- Κόκκινο: Υπάρχει ανάγκη για τη λήψη άμεσων βελτιωτικών μέτρων (HSE)

3.14 Περιορισμοί / Αδυναμίες της Έρευνας

Παρόλο που το ποσοστό ανταπόκρισης των γιατρών που εργάζονται στα ΤΑΕΠ ανήλθε στο 40% λόγω του ότι ο συνολικός πληθυσμός ήταν μόλις 66 άτομα, το δείγμα ήταν περιορισμένο, μόλις 26. Επιπρόσθετα, όσον αφορά το δείγμα των νοσηλευτών, παρόλο που υπήρχε αρκετά υψηλή ανταπόκριση (63,6%), εντούτοις λόγω της διάρθρωσης των ΤΑΕΠ, στην πλειοψηφία τους ήταν νεαρά άτομα. Το 49% ήταν κάτω των 30 ετών, και η μέση ηλικία τα 34,39 χρόνια. Κατά συνέπεια και η συμμετοχή ατόμων που βρίσκονται σε υψηλές διοικητικά θέσεις είναι εκ των πραγμάτων περιορισμένη.

Επιπρόσθετα, περιορισμός στην παρούσα μελέτη, θεωρείται και ο αποκλεισμός των αγροτικών αλλά και των ιδιωτικών νοσοκομείων, λόγω των ιδιαιτεροτήτων που προαναφέρθηκαν. Στα αγροτικά νοσοκομεία τα τμήματα ΤΑΕΠ δε στελεχώνονται από μόνιμο προσωπικό άλλα καλύπτονται από το προσωπικό των υπόλοιπων τμημάτων όταν

υπάρχει ανάγκη, ενώ στα ιδιωτικά νοσοκομεία υπάρχει διαφορετική οργανωτική δομή και τρόπος λειτουργίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η στατιστική ανάλυση του δείγματος (γιατροί και νοσηλευτές) πραγματοποιήθηκε σε επίπεδο επαγωγικής στατιστικής, προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη ή μη σχέσεων μεταξύ των διαφόρων απαντήσεων των υποκειμένων με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά και τα δημογραφικά στοιχεία και εφαρμόστηκε το τεστ σημαντικότητας χ^2 και οι συσχετίσεις. Σε όλες τις περιπτώσεις των στατιστικών ελέγχων το ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας καθορίστηκε στο 5% ($p\text{-value} < 0.05$). Η στατιστική ανάλυση καταδεικνύει ότι τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν οφείλονται στην τύχη, για οποιοδήποτε διάστημα εμπιστοσύνης.

Σε περιγραφικό επίπεδο τα ευρήματα επεξηγούνται και παρουσιάζονται με διαγράμματα και πίνακες κατανομής συχνοτήτων των απαντήσεων των υποκειμένων (νοσηλευτών και γιατρών) σε κάθε μια από τις ερωτήσεις που τέθηκαν. Αναφέρονται, επίσης, τα ποσοστά των έγκυρων τιμών (valid %) και γίνεται σύγκριση μεταξύ των ιατρών και νοσηλευτών. Στα διαγράμματα παρουσιάζονται οι αριθμητικές διαφορές και σε κάθε πίνακα παρουσιάζονται όλες οι τιμές, συμπεριλαμβανομένων αυτών που δεν απαντήθηκαν (missing values).

Formatted: Font: 12 pt, Kern at 1,5 pt

Formatted: Font: 12 pt, Kern at 1,5 pt

4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

4.1.1 Η σύνθεση του συνολικού δείγματος

Συνολικά το ποσοστό ανταπόκρισης στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ανήλθε στο 57,57% ($n=152$). Το ποσοστό ανταπόκρισης του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού ανήλθε στο 63,63% ($n = 126$), ενώ το ποσοστό ανταπόκρισης του δείγματος του ιατρικού προσωπικού ανήλθε στο 40% ($n = 26$). Η χαμηλή ανταπόκριση των γιατρών παρατηρείται σε αρκετές ερευνητικές εργασίες, αποτελώντας κοινή αντίδραση της συγκεκριμένης ομάδας επαγγελματιών υγείας (Krugman, et al., 1999; Dechairo-Marino, 2001). Η σύνθεση του συνολικού δείγματος παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 1.

Πίνακας 1: Συγκεντρωτικός πίνακας των στοιχείων του πληθυσμού και του δείγματος του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού των ΤΑΕΠ

	Πληθυσμός	Δείγμα	Ποσοστό Ανταπόκρισης
Νοσηλευτικό Προσωπικό	198	126	63,63%
Ιατρικό Προσωπικό	66	26	40%
Σύνολο	264	152	57,57%

Όσον αφορά την σύνθεση του δείγματος ως προς το φύλο, 64 (42,1%) ήταν άντρες και 88 (57,9%) ήταν γυναίκες (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Σύνθεση δείγματος ως προς το φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Άντρες	64	42,1
Γυναίκες	88	57,9
Σύνολο	152	100

4.1.2 Ηλικιακή κατανομή

Η ηλικιακή κατανομή του δείγματος παρουσιάζεται στον πίνακα 3. Η μέση ηλικία των υποκειμένων ανέρχεται στα 34,39 χρόνια, με τη μικρότερη ηλικία να είναι τα 22 έτη και τη μεγαλύτερη τα 59 έτη. Ένα άτομο δεν έχει απαντήσει σε αυτό το ερώτημα. Ο μικρός μέσος όρος ηλικίας, δικαιολογείται από το γεγονός ότι η ηλικιακή ομάδα των 21-30 ετών περιλαμβάνει σχεδόν τους μισούς (49%) συμμετέχοντες.

Πίνακας 3: Σύνθεση δείγματος ως προς την ηλικία

Ηλικιακή Ομάδα	21-30 ετών	31-40 ετών	41-50 ετών	51+ ετών	Σύνολο
Σύνολο	74 49%	39 25,8%	18 11,9%	20 13,2%	151 100%

	N=	Μικρότερη	Μεγαλύτερη	Μέση	Τυπική Απόκλιση
Ηλικία	151	22.00	59.00	34.3907	11.17913

4.1.3 Οικογενειακή κατάσταση και αριθμός παιδιών

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (52,6%) ανήκει στην ομάδα των έγγαμων. Ακολουθεί η ομάδα των άγαμων με ποσοστό 40,8%. Το ποσοστό των διαζευγμένων ανέρχεται στο 5,9%, ενώ των χήρων στο 0,7%. Το μεγάλο ποσοστό άγαμων πιθανότατα να οφείλεται στο γεγονός ότι μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος είναι κάτω των 30 ετών. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 4.

Πίνακας 4: Οικογενειακή κατάσταση

		Συχνότητα	Ποσοστό %
	Έγγαμος /η	80	52.6
	Άγαμος /η	62	40.8
	Διαζευγμένος/η, Σε διάσταση	9	5.9
	Χήρος/α	1	0.7

Όσον αφορά τον αριθμό των παιδιών, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 5. Ποσοστό 50% των συμμετεχόντων δεν έχει παιδιά, πιθανότατα λόγω του νεαρού της ηλικίας και του ψηλού ποσοστού άγαμων στο δείγμα. Ακολουθούν με 38,3% τα άτομα που έχουν 1-2 παιδιά και με μικρότερο ποσοστό (11,2%) οι συμμετέχοντες με περισσότερα από 3 παιδιά.

Πίνακας 5: Αριθμός Παιδιών

		Συχνότητα	Ποσοστό %
		n	
	Κανένα παιδί	76	50.0
	1-2 παιδιά	59	38.8
	3+ παιδιά	17	11.2

4.1.4 Χώρος παροχής υπηρεσιών – Γεωγραφική κατανομή δείγματος

Ο πίνακας 6 παρουσιάζει τη γεωγραφική κατανομή του δείγματος ανά επαρχία. Όπως ήταν αναμενόμενο, ο αριθμός τους αντιστοιχεί στο μέγεθος του νοσοκομείου που διεξάγεται η έρευνα. Το μεγαλύτερο δείγμα προέρχεται από την επαρχία Λευκωσίας (n= 47), ακολουθεί η Λεμεσός με (n= 38), η Λάρνακα με (n= 27), η Πάφος με (n= 23) και η Αμμόχωστος με (n= 17).

Τα ποσοστά ανταπόκρισης ανά επαρχία όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 6, είναι ενδεικτικά για το γεγονός ότι πέραν από το 5 0% του συνολικού πληθυσμού σε κάθε τμήμα ΤΑΕΠ έχει συμμετάσχει στην έρευνα.

Πίνακας 6: Χώρος παροχής υπηρεσιών- Γεωγραφική κατανομή δείγματος

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Ποσοστό ανταπόκρισης ανά επαρχία %
Νοσοκομείο Λευκωσίας	47	30.9	57,31
Νοσοκομείο Λεμεσού	38	25.0	56,71
Νοσοκομείο Λάρνακας	27	17.8	60
Νοσοκομείο Πάφου	23	15.1	53,48
Νοσοκομείο Αμμοχώστου	17	11.2	62,96

4.1.5 Θέση που κατέχουν οι συμμετέχοντες ή Επαγγελματική κατάσταση συμμετεχόντων

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (74,%) όπως φαίνεται και στον πίνακα 7, κατέχει τη θέση του Νοσηλευτικού Λειτουργού (n=113). Ακολουθεί η ομάδα των ατόμων που κατέχουν τη θέση του Ιατρικού Λειτουργού με ποσοστό 14,5% (n=22). Οι νοσηλευτές και οι γιατροί που κατέχουν διοικητική θέση ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά όπως φαίνεται και στον αντίστοιχο πίνακα, ιδιαίτερα όσον αφορά την ομάδα των ιατρών, γεγονός που πάλι πιθανόν να οφείλεται στο νεαρό της ηλικίας του δείγματος.

Πίνακας 7: Κατανομή δείγματος νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού ως προς τη θέση που κατέχουν στο τμήμα ΤΑΕΠ που εργάζονται

	Συχνότητα n	Ποσοστό %
Διευθυντής/ντρια, Βοηθός Διευθυντής/ντρια κλινικής, Επιμελητής	4	2.6
Ιατρικός Λειτουργός	22	14.5
Προϊστάμενος/η, Βοηθός Προϊστάμενος/η, Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός	1	0.7
Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός	12	7.9
Νοσηλευτικός Λειτουργός	113	74.3

4.1.6 Χρόνια Υπηρεσίας στον τομέα της υγείας και σε Τμήμα ΤΑΕΠ

Ως προς τα χρόνια υπηρεσίας στο επάγγελμα, η πλειοψηφία την μεγαλύτερη ομάδα των συμμετεχόντων (n=71) με ποσοστό 46,7% αποτελούν εκείνοι με 5 ή λιγότερα χρόνια υπηρεσίας. Ακολούθως, ισοψηφούν οι ομάδες 6-10 χρόνια και 11-15 χρόνια υπηρεσίας με 1122 άτομα ανά ομάδα και ποσοστό 14,5%. Η ομάδα 16-20 χρόνια έχει το λιγότερο ποσοστό 8,6% με 13 άτομα, ενώ η ομάδα με περισσότερα από 21 χρόνια υπηρεσίας καταλαμβάνει τη δεύτερη θέση με ποσοστό 15,8% και 24 άτομα. Αναλυτικά τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 8. Το γεγονός ότι σχεδόν το μισό δείγμα έχει λιγότερα από 5 χρόνια υπηρεσίας και πάλι δικαιολογείται από το νεαρό της ηλικίας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 8: Χρόνια Υπηρεσίας στον τομέα της υγείας

		Συχνότητα	Ποσοστό %
		n	
	5 ή λιγότερα	71	46.7
	6-10 χρόνια	22	14.5
	11-15 χρόνια	22	14.5
	16-20 χρόνια	13	8.6
	21+ χρόνια	24	15.8

Όσον αφορά τα χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα ΤΑΕΠ, τα αποτελέσματα συμβαδίζουν με τα χρόνια υπηρεσίας στον τομέα της υγείας γενικότερα, που έχουν συζητηθεί και πιο πάνω. Όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 9, ο μέσος όρος ετών υπηρεσίας σε τμήμα ΤΑΕΠ ανέρχεται στα 7 περίπου χρόνια, με τη μικρότερη εμπειρία να είναι ένα έτος και την μεγαλύτερη 34 έτη. Σε αυτή την ερώτηση ένα άτομο δεν έχει δώσει απάντηση.

Πίνακας 9: Χρόνια υπηρεσίας στο Τμήμα Ατοχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών

	N=	Μικρότερη εμπειρία	Μεγαλύτερη εμπειρία	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
	151	1.00	34.00	7.0662	6.87281

4.2 Αποτελέσματα σχετικά με τις Αντιπαραθέσεις

4.2.1 Συχνότητα Αντιπαραθέσεων

Στον πίνακα 10 αρχικά παρουσιάζεται η συχνότητα με την οποία οι συμμετέχοντες είχαν έρθει σε αντιπαραθέση τους τελευταίους 6 μήνες. Στην πλειοψηφία τους, έχουν αντιμετωπίσει τουλάχιστον 1 με 2 φορές κάποιας μορφής σύγκρουση στον χώρο εργασίας τους (21,1% και 21,7% αντίστοιχα), ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (13,8%) έχει έρθει σε αντιπαραθέση τους τελευταίους 6 μήνες πέραν από 7 φορές. Από την άλλη όμως, ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό (15,1%) αναφέρει ότι δεν έχει έρθει ποτέ σε αντιπαραθέση στο χώρο εργασίας του τους τελευταίους 6 μήνες. Εντούτοις, τα δεδομένα στον πίνακα 10 καταδεικνύουν ότι το 85% των εργαζομένων στα τμήματα ΤΑΕΠ έχουν αντιμετωπίσει αντιπαραθέσεις στο χώρο εργασίας τους, τους τελευταίους 6 μήνες.

Πίνακας 10: Αντιπαραθέση στο χώρο της εργασίας σας τους τελευταίους 6 μήνες

	Συχνότητα (n)	Ποσοστό %
Ποτέ	23	15,1
1 φορά	32	21,1
2 φορές	33	21,7
3 φορές	15	9,9
4 φορές	13	8,6
5 φορές	9	5,9
6 φορές	6	3,9
7+ Φορές	21	1,8

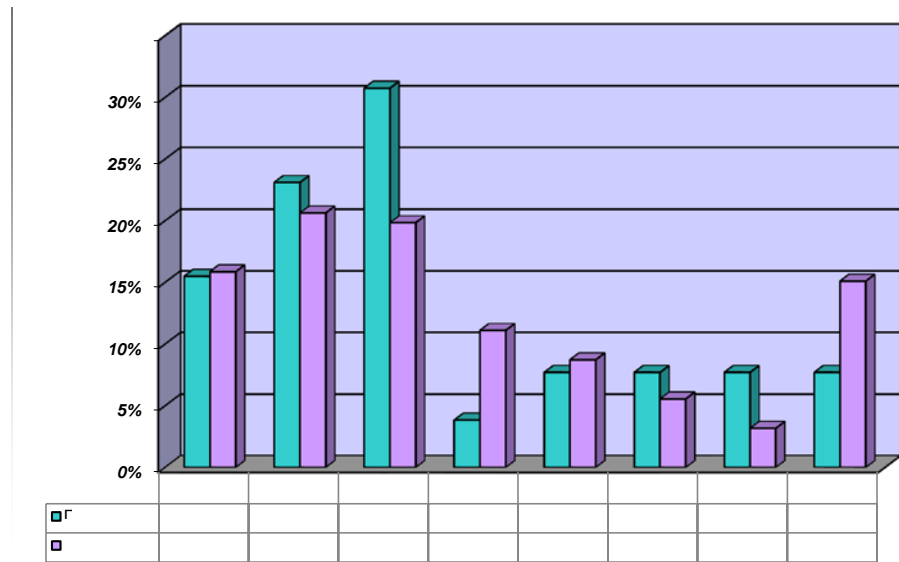
Κατά την ανάλυση των δεδομένων, κρίθηκε αναγκαίο όπως η συχνότητα των αντιπαραθέσεων συσχετιστεί με διάφορους δημογραφικούς παράγοντες όπως το φύλο η ηλικία αλλά και το επάγγελμα, αφού μέσα από την βιβλιογραφία (Coombs, 2003;

Fairman, 2003, κ.α.) φαίνεται ότι αυτά επηρεάζουν την συχνότητα εμφάνισης των αντιπαραθέσεων.

Κατά την κατανομή της συχνότητας αντιπαραθέσεων κατά επαγγελματική ομάδα ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας ανέρχεται στο $p=0.681$. Επομένως, όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 2, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τη συχνότητα με την οποία οι γιατροί και οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν αντιπαραθέσεις.

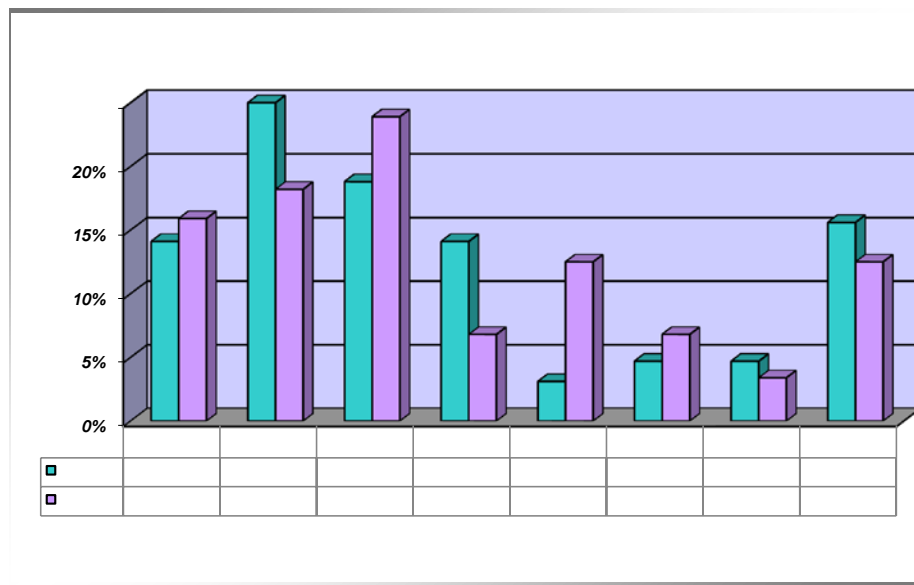
Στην πλειοψηφία τους δηλαδή οι συμμετέχοντες, τους τελευταίους 6 μήνες, έχουν αντιμετωπίσει 2 ή 3 φορές κάποιας μορφής αντιπαραθήση. Παράλληλα, ένας στους 6 αναφέρει ότι δεν έχει έρθει ποτέ σε αντιπαραθήση στο χώρο εργασίας του. Η μόνη διαφορά παρατηρείται όσον αφορά τις εφτά και πλέον φορές, όπου οι νοσηλευτές καταγράφονται με διπλάσιο σχεδόν ποσοστό.

Διάγραμμα 2: Κατανομή συχνότητας αντιπαραθέσεων κατά επαγγελματική ομάδα



Όσον αφορά τον διαχωρισμό ανά φύλο και πάλι ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας $p= 0.348$, αποδεικνύει ότι στην παρούσα έρευνα, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών, όσον αφορά τη συχνότητα με την οποία έχουν αντιμετωπίσει αντιπαραθέσεις τους τελευταίους 6 μήνες. Στο διάγραμμα 3 που ακολουθεί, η απουσία στατιστικά σημαντικής διαφοράς φαίνεται έντονα και στη διάταξη των αποτελεσμάτων.

Διάγραμμα 3: Κατανομή Συχνότητας αντιπαραθέσεων κατά φύλο



Στον πίνακα 11 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με τη συχνότητα των αντιπαραθέσεων σύμφωνα με την ηλικία. Και πάλι δεν παρατηρείται στατιστική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων ($p= 0.147$). Επομένως, όσον αφορά τις ηλικιακές ομάδες δεν υπάρχει στατιστική σχέση και έτσι δεν μπορεί να εξαχθεί κάποια στατιστικά σημαντική υπόθεση.

Αξιολογώντας όμως τα δεδομένα, παρατηρείται ότι 18 από τους 23 που απάντησαν ότι ποτέ δεν έχουν έρθει σε αντιπαραθεση είναι μεταξύ των ηλικιών 21 – 30 έτη. Μπορεί

επομένως να πιθανολογηθεί, ότι ο λόγος που ένας (1) στους έξι (6) περίπου εργαζόμενους αναφέρει ότι δεν έχει αντιμετωπίσει κάποιας μορφής αντιπαράθεση στο χώρο εργασίας του (Πίνακας 10) ίσως να οφείλεται στο μεγάλο ποσοστό νεαρών ατόμων με λίγα χρόνια υπηρεσίας, τόσο στον τομέα της υγείας γενικά όσο και στα τμήματα ΤΑΕΠ ειδικότερα.

Πίνακας 11: Συχνότητα αντιπαραθέσεων κατά ηλικία

	Ηλικιακές Κατηγορίες								Σύνολο	
	21 - 30 ετών		31 - 40 ετών		41 - 50 ετών		51 - 60 ετών			
Ποτέ	18	11,9%	1	0,7%	1	0,7%	3	2%	23	15,2%
1 φορά	16	10,6%	10	6,6%	2	1,3%	4	2,6%	32	21,2%
2 φορές	12	7,9%	8	5,3%	7	4,6%	6	4%	33	21,9%
3 φορές	5	3,3%	5	3,3%	4	2,6%	1	0,7%	15	9,9%
4 φορές	6	4%	4	2,6%	2	1,3%	1	0,7%	13	8,6%
5 φορές	5	3,3%	2	1,3%	0	0%	2	1,3%	9	6%
6 φορές	1	0,7%	3	2%	0	0%	2	1,3%	6	4%
7+ Φορές	11	7,3%	6	4%	2	1,3%	1	0,7%	20	13,2%

Παρόλο που τα αποτελέσματα συνολικά αποδεικνύουν ότι οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν συχνά αντιπαραθέσεις στο χώρο εργασίας τους, ο αριθμός αλλά και η σύνθεση του δείγματος (η πλειοψηφία είναι νεαρής ηλικίας, 21-30ετών) δεν καθιστά εφικτή τη συσχέτιση τους κατά φύλο ή κατά ηλικία.

4.2.2 Συγκρούσεις και απόδοση Επαγγελματιών Υγείας

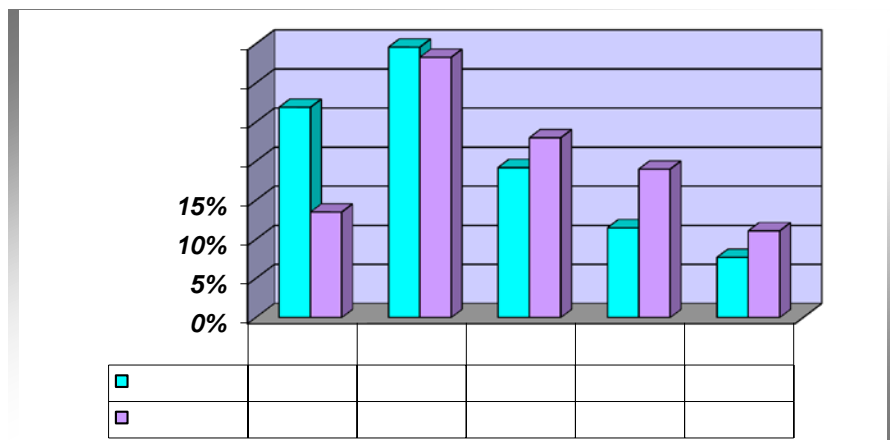
Σε απάντηση της ερώτησης «Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι οι αντιπαραθέσεις επηρεάζουν την απόδοση σας;», ένα αξιοσημείωτο ποσοστό της τάξεως του 50,6% (n=77), πιστεύει ότι οι αντιπαραθέσεις στο χώρο εργασίας τους επηρεάζει από μέτρια έως πάρα πολύ την απόδοσή τους. Το 33,6% των ερωτηθέντων (n=51) έχει απαντήσει «λίγο», ενώ 24 επαγγελματίες υγείας και ποσοστό 15,8%, απάντησαν «καθόλου». Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 12.

Πίνακας 12: Συγκρούσεις και επίδραση στην απόδοση

		Συχνότητα	Ποσοστό %
	Καθόλου	24	15.8
	Λίγο	51	33.6
	Μέτρια	34	22.4
	Πολύ	27	17.8
	πάρα πολύ	16	10.5

Όσον αφορά την κατάταξη του δείγματος κατά επαγγελματική ομάδα, τα αποτελέσματα δεν αποδεικνύουν κάποια στατιστικά σημαντική σχέση ($p = 0.473$). Η διάταξη των αποτελεσμάτων παρουσιάζεται αναλυτικά στο διάγραμμα 4 που ακολουθεί.

Διάγραμμα 4: Κατάταξη δείγματος κατά επάγγελμα όσο αφορά την άποψη τους για επηρεασμό της απόδοσης τους λόγω συγκρούσεων



4.2.3 Εμπλεκόμενοι στις αντιπαραθέσεις

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα τμήματα ΤΑΕΠ, όπως φαίνεται και στον πίνακα 13, έρχονται συχνότερα σε αντιπαραθεση με την ομάδα των γιατρών (ποσοστό 30,7%). Είναι χαρακτηριστικό δε το γεγονός ότι αυτό το ποσοστό είναι σχεδόν διπλάσιο από την αμέσως επόμενη ομάδα, αυτή των νοσηλευτών, η οποία αποτελεί το 18,8%. Με το βοηθητικό προσωπικό του νοσοκομείου (Βοηθούς Θαλάμου και Κλητήρες), έρχεται σε αντιπαραθεση το 11,9% των επαγγελματιών υγείας, ενώ ένα μικρό ποσοστό (3,2%) αναφέρει ‘άλλους’ ως τα άτομα που έχουν έρθει σε αντιπαραθεση. Χαρακτηριστικό εύρημα, το οποίο δικαιολογείται από τη φύση της εργασίας στα τμήματα ΤΑΕΠ, είναι το γεγονός ότι 7,2% των ερωτηθέντων αναφέρουν ότι έχουν έρθει σε αντιπαραθεση με ασθενείς ή/και συγγενείς.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί, ότι παρόλο που οι συμμετέχοντες αναφέρουν κυρίως τα διοικητικά προβλήματα και τις οργανωτικές ασάφειες ως κύριες αιτίες συγκρούσεων, εντούτοις μόνο το 6,9% δηλώνει ότι έχει έρθει σε αντιπαραθεση με μέλη της διοίκησης του νοσοκομείου.

Πίνακας 13: Αντιπαραθέσεις μεταξύ Επαγγελματιών Υγείας

	Συχνότητα (n)	Ποσοστό
Μέλη της διοίκησης του νοσοκομείου	19	6.9%
Ιατρούς	85	30.7%
Νοσηλευτές	52	18.8%
Βοηθούς Θαλάμου	24	8.7%
Κλητήρες	9	3.2%
Ασθενείς/Συγγενείς	20	7.2%
Άλλους	9	3.2%
Κανένα	29	10.5%

4.2.4 Συγκρούσεις κατά επαγγελματική ομάδα

Στο διάγραμμα 5, παρατηρούνται ιδιαίτερα σημαντικά ευρήματα όσον αφορά τις διεπαγγελματικές αντιπαραθέσεις. Όσον αφορά τους νοσηλευτές, περισσότεροι από τους μισούς (n=70) ή ποσοστό 69,3%, δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν αντιπαραθέσεις με τους γιατρούς.

Ακολουθούν οι αντιπαραθέσεις μεταξύ νοσηλευτών με ποσοστό 40,6%, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (31,7%) δηλώνει ότι έχει έρθει σε σύγκρουση με το βοηθητικό προσωπικό (Βοηθός Θαλάμου (22,8%) και Κλητήρες (8,9%). Το ποσοστό των νοσηλευτών που έχει έρθει σε αντιπαραθέση με μέλη της διοίκησης ανέρχεται στο 16,8%, ενώ ένα ποσοστό 14,8% δηλώνει ότι συγκρούεται με ασθενείς ή/και συγγενείς κατά τη διάρκεια της εργασίας του.

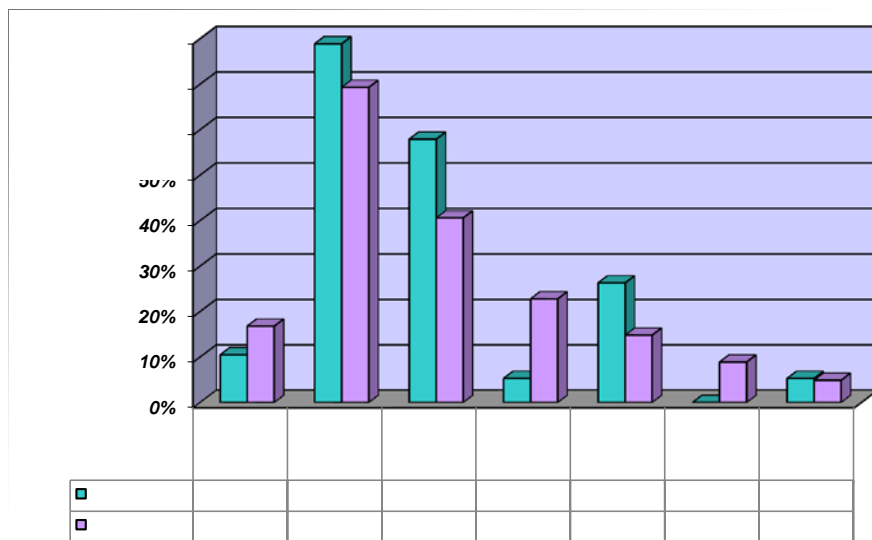
Όσον αφορά τους γιατρούς, τα αποτελέσματα είναι επίσης αξιοσημείωτα και παρουσιάζουν παρόμοια εικόνα με αυτή των νοσηλευτών. Από αυτούς που απάντησαν ότι αντιμετωπίζουν αντιπαραθέσεις στον χώρο εργασίας τους, ένα μεγάλο ποσοστό (78,9%), μεγαλύτερο μάλιστα από αυτό των νοσηλευτών, δήλωσε ότι έχει έρθει σε

αντιπαράθεση με συναδέλφους του. Η επόμενη ομάδα ατόμων με την οποία οι γιατροί έρχονται συχνά σε αντιπαράθεση, είναι οι νοσηλευτές με ποσοστό 57,9%, και ακολουθούν οι ασθενείς ή /και συγγενείς με 26,3%. Κατά συνέπεια η ομάδα των γιατρών προκαλεί τις πιο πολλές αντιπαραθέσεις στους εργασιακούς χώρους των ΤΑΕΠ.

Παράλληλα, παρατηρείται ότι οι ομάδα των νοσηλευτών αντιμετωπίζει πολύ συχνότερα αντιπαραθέσεις με το βοηθητικό προσωπικό (Βοηθούς θαλάμου και κλητήρες) από ότι οι ομάδα των γιατρών (31,7% έναντι 5,3%). Πιθανότατα, η μεγάλη αυτή διαφορά να οφείλεται στο γεγονός ότι το βοηθητικό προσωπικό εκ των πραγμάτων συνεργάζεται περισσότερο με τους νοσηλευτές παρά με τους ιατρούς. Ενδεχομένως, η συχνότερη ανάθεση εκτέλεση συγκεκριμένων ενεργειών ή δράσεων από τους νοσηλευτές προς το βοηθητικό προσωπικό προς υλοποίηση αποτελεί, ίσως, και την αιτία της μεταξύ των συχνότερης παρουσίας συγκρούσεων.

Παρατηρείται επίσης ότι το ιατρικό προσωπικό αντιμετωπίζει αντιπαραθέσεις πιο συχνά με ασθενείς και συγγενείς (26,3% έναντι 14,8% των νοσηλευτών). Η μεγάλη αυτή διαφορά, πιθανότατα να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς και οι συγγενείς τους έχουν πιο πολλές απαιτήσεις από το ιατρικό προσωπικό όσον αφορά την πορεία της υγείας τους. Επομένως, τα άτομα που επιλέγουν να συζητήσουν ή από τα οποία θα απαιτήσουν κάτι, είναι προφανώς η ομάδα των γιατρών. Έτσι η αντιπαραθέσεις μεταξύ τους παρουσιάζονται πιο αυξημένες.

Διάγραμμα 5: Κατανομή δείγματος όσον αφορά τα άτομα με τα οποία έρχονται σε αντιπαράθεση σύμφωνα με το επάγγελμα τους



4.2.5 Αιτίες αντιπαράθεσεων

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται οι αιτίες, που σύμφωνα με τους επαγγελματίες υγείας προκαλούν αντιπαράθεσεις. Τα ευρήματα παρουσιάζονται κατά σειρά προτεραιότητας, όπως αυτή διαμορφώθηκε από τις απαντήσεις των ερωτούμενων. Την 1^η και 3^η θέση καταλαμβάνουν προβλήματα που αφορούν την οργάνωση: Προβλήματα οργανωτικής δομής με 69,9% και οργανωτικές ασάφειες με 59,8%. Είναι επομένως εμφανές, ότι οι συμμετέχοντες επιρρίπτουν ευθύνες στους διοικούντες των νοσηλευτηρίων, θεωρώντας την αδυναμία που επιδεικνύουν σε θέματα οργάνωσης ως ~~ένα~~ μια σημαντική αιτία πρόκλησης συγκρούσεων ανάμεσα στους εργαζομένους.

Ακολουθούν τα προβλήματα επικοινωνίας με 60,7% και οι αλληλεξαρτήσεις των δραστηριοτήτων των τμημάτων, που και πάλι οφείλονται σε κακή επικοινωνία, με 52,5%. Τις τελευταίες θέσεις κατέχουν οι διαφορές στους στόχους και επιδιώξεις με 32,0% και οι διαπροσωπικές διαφορές με πολύ μικρότερο ποσοστό 9,0%.

Επομένως, τα αυξημένα προβλήματα επικοινωνίας που υπάρχουν στο τμήμα, δεν οφείλονται στο κακό κλίμα σχέσεων ανάμεσα στους εργαζομένους, αλλά σε προβλήματα οργανωτικής δομής και οργανωτικές ασάφειες.

Ταυτόχρονα, από το χαμηλό ποσοστό που απάντησε ότι οι αντιπαραθέσεις οφείλονται σε Διαπροσωπικές Διαφορές, πιθανολογείται ότι υπάρχει αλληλοσεβασμός μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και οι λόγοι που προκαλούν συγκρούσεις δεν οφείλονται κατά κύριο λόγο στα άτομα του εργασιακού τους περιβάλλοντος.

Πίνακας 14: Αιτίες και αντιπαραθέσεις

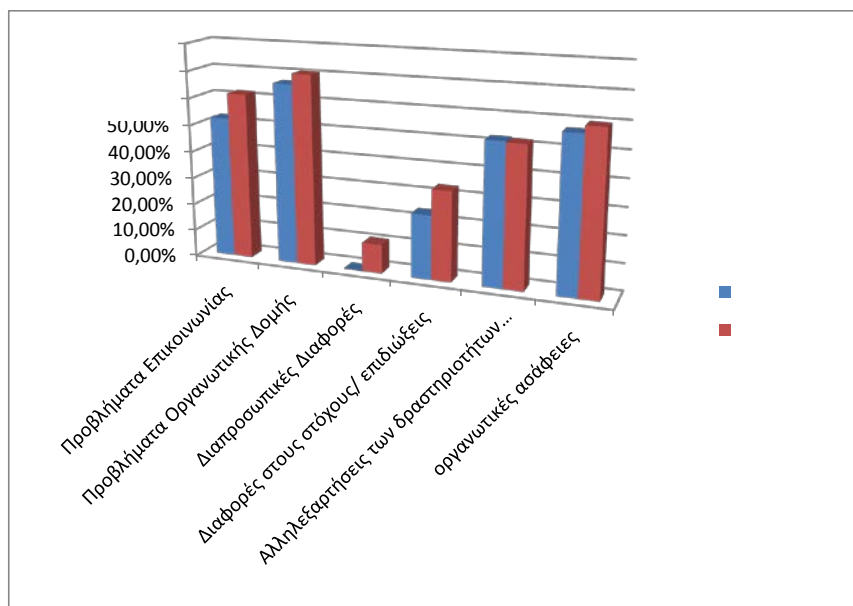
	Λόγοι που προκαλούν αντιπαραθέσεις			
	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	N=	Ποσοστό	N=	Ποσοστό
Προβλήματα Οργανωτικής Δομής	86	69,9%	37	30,1%
Προβλήματα Επικοινωνίας	74	60,7%	48	39,3%
Οργανωτικές ασάφειες	73	59,8%	49	40,2%
Αλληλεξαρτήσεις των δραστηριοτήτων του τμήματος	64	52,5%	58	47,5%
Διαφορές στους στόχους / επιδιώξεις	39	32,0%	83	68%
Διαπροσωπικές Διαφορές	11	9,0%	111	91,0%

Δεν βρέθηκε να υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά, με βάση το επάγγελμα μεταξύ των συμμετεχόντων στην έρευνα σε σχέση με τις αιτίες των συγκρούσεων. Παρόλο που ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας δεν μπορούσε να αξιολογηθεί αφού η ερώτηση ήταν πολλαπλής επιλογής, στο διάγραμμα 6 που ακολουθεί, παρουσιάζονται

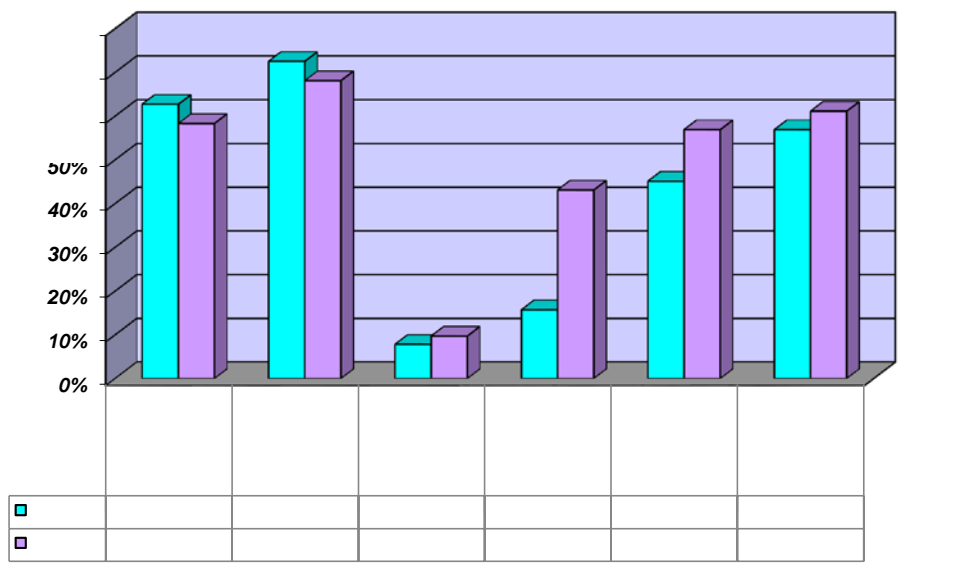
ξεκάθαρα ότι οι απόψεις των γιατρών και των νοσηλευτών για το θέμα αυτό συμβαδίζουν.

Το ίδιο παρατηρείται και σε σχέση με την κατάταξη του δείγματος κατά φύλο, που παρουσιάζεται στο διάγραμμα 7 και κατά θέση που κατέχουν, που παρουσιάζεται στο διάγραμμα 8. Είναι ιδιαίτερα εμφανές και στα δύο διαγράμματα, η απουσία κάποιας στατιστικά σημαντικής διαφοράς, αφού και πάλι τα αποτελέσματα συμβαδίζουν.

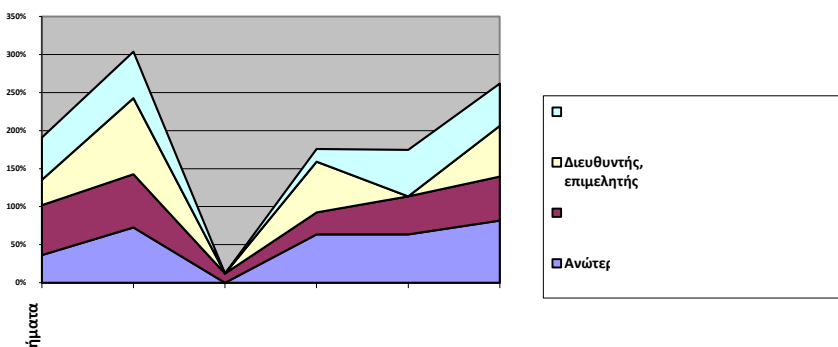
Διάγραμμα 6: Κατάταξη δείγματος όσον αφορά την άποψη τους για τις αιτίες που προκαλούν συγκρούσεις κατά επάγγελμα



Διάγραμμα 7: Κατάταξη δείγματος όσον αφορά την άποψη τους για τις αιτίες που προκαλούν συγκρούσεις κατά φύλο



Διάγραμμα 8: Κατάταξη δείγματος όσον αφορά την άποψη τους για τις αιτίες που προκαλούν συγκρούσεις σύμφωνα με τη θέση που κατέχουν



4.2.6 Στρατηγικές αντιμετώπισης των συγκρούσεων

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πίνακα 15, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (50,7%), προσπαθεί να αποφύγει την αντιπαράθεση. Ως δεύτερη κατά σειράν επιλογή, παρουσιάζεται η διαπραγμάτευση με ποσοστό 21,7% και ακολουθούν ο συμβιβασμός με 15,8% και η διεκδίκηση με 9,9%. Η αποδοχή αποτελεί την τελευταία κατά σειρά προτίμησης επιλογή, με 2%.

Παρόλο που οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν να αποφεύγουν τις συγκρούσεις, ή συμβιβάζονται ή διαπραγματεύονται για αμοιβαίο όφελος εν τούτοις παρουσιάζονται όπως έχει παρατηρηθεί στον πίνακα 10. Το παράδοξο αυτό γεγονός, δικαιολογείται μέσα από την βιβλιογραφία (Valentine, 2001; Andrew, 1999; Hendel, et al., 2007), για τον απλούστατο λόγο ότι τα προβλήματα που αποφεύγονται και παραμένουν άλυτα, διογκώνονται και επανεμφανίζονται εντονότερα σε κατοπινό στάδιο.

Πίνακας 15: Συγκεντρωτικός πίνακας των στρατηγικών που επιλέγουν οι επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση των συγκρούσεων

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Συνήθως διεκδικώ μέχρι να κερδίσω	15	9.9
Συνήθως συμβιβάζομαι	24	15.8
Αποδέχομαι τη θέληση της αντίθετης πλευράς	3	2.0
Προσπαθώ να αποφύγω την αντιπαράθεση	77	50.7
Διαπραγματεύομαι για αμοιβαίο όφελος με την αντίθετη πλευρά	33	21.7

Όσον αφορά τον επαγγελματικό διαχωρισμό των στρατηγικών επίλυσης συγκρούσεων (Πίνακας 16), παρατηρείται ότι τόσο οι γιατροί όσο και οι νοσηλευτές, προτιμούν την αποφυγή από οποιαδήποτε άλλη στρατηγική, με 34,6% και 54% αντίστοιχα. Ως 2^η στρατηγική και για τις δύο επαγγελματικές ομάδες παρουσιάζεται η διαπραγμάτευση με

30,8% και 19,8%, αντίστοιχα και ως 3^η στρατηγική ο συμβιβασμός με 19,2% και 15,1%, αντίστοιχα.

Πίνακας 16: Συγκριτικός πίνακας για τη στρατηγική που επιλέγει το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό για την επίλυση των συγκρούσεων

	Διεκδίκηση	Συμβιβασμός	Αποδοχή	Αποφυγή	Διαπραγμάτευση	Σύνολο
Γιατροί	1	5	3	9	8	26
	3.8%	19.2%	11.5%	34.6%	30.8%	100.0%
Νοσηλευτές	14	19	0	68	25	126
	11.1%	15.1%	0.0%	54.0%	19.8%	100.0%
Σύνολο	15	24	3	77	33	152
	9.9%	15.8%	2.0%	50.7%	21.7%	100.0%

Το αξιοσημείωτο όσον αφορά τα πιο κάτω-πάνω αποτελέσματα είναι το γεγονός ότι το αποτέλεσμα θεωρείται στατιστικά σημαντικό ($p=0,001$).

4.2.7 Προτάσεις για την αποφυγή ή και επίλυση των αντιπαραθέσεων

Στην συγκεκριμένη ερώτηση, υπήρχαν 13 προτάσεις που αφορούσαν τρόπους αποφυγής ή και επίλυσης των αντιπαραθέσεων. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνταν να επιλέξουν τις 5 και να τις κατατάξουν ανάλογα με την σημαντικότητά του, με το '1' ως την πιο σημαντική, 2 την επόμενη κ.ο.κ. Οι προτεινόμενοι τρόποι που καταθέτει το δείγμα για την αποφυγή ή και επίλυση των αντιπαραθέσεων, παρουσιάζονται αναλυτικά στο πίνακα 17. Ως 1^{ος} και σημαντικότερος παράγοντας που χρήζει άμεσης βελτίωσης με στόχο τη μείωση των αντιπαραθέσεων, θεωρείται από το συνολικό δείγμα η «εδραίωση της επικοινωνίας και συνεργασίας στο νοσοκομείο» με 22,4%. Η «σαφής κατανομή αρμοδιοτήτων, υποχρεώσεων και δικαιωμάτων» με 14,6% και η «εγκαθίδρυση αμερόληπτης διοίκησης χωρίς διακρίσεις» με 13,2% κατατάσσονται στη 2^η θέση των σημαντικότερων παραγόντων που χρήζουν βελτίωσης για τη μείωση των

αντιπαραθέσεων. Ως 3^ο σημαντικό παράγοντα, οι συμμετέχοντες θεωρούν την «ανάπτυξη ευκαιριών για έκφραση απόψεων όσων βρίσκονται σε αντιπαράθεση» και ως 4^ο παράγοντα τον «σεβασμό στα ατομικά δικαιώματα και στην επαγγελματική εξέλιξη». Παράλληλα, κατατάσσουν τον «εντοπισμό των αιτιών των αντιπαραθέσεων» ως τον 5^ο πιο σημαντικό παράγοντα του ενδείνει τις αντιπαραθέσεις και χρῆζει βελτίωσης.

Πίνακας 17: Προτάσεις για την αποφυγή ή και επίλυση των αντιπαραθέσεων

Προτάσεις	Σειρά κατάταξης Προτάσεων									
	1η		2η		3η		4η		5 ^η	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Δίκαιη κατανομή των ανθρώπινων πόρων	27	18.4	8	5.6	4	2.8	5	3.7	7	5.4
Εδραίωση της επικοινωνίας και συνεργασίας στο νοσοκομείο	33	22.4	17	11.8	12	8.4	20	14.8	8	6.2
Εντοπισμός των αιτιών αντιπαραθέσεων	15	10.2	17	11.8	13	9.1	3	2.2	12	9.2
Ευκαιρίες για έκφραση απόψεων όσων βρίσκονται σε αντιπαράθεση	4	2.7	9	6.3	16	11.2	13	9.6	11	8.5
Δίκαιη προσέγγιση στην ανταμοιβή και στην τιμωρία	3	2.0	11	7.6	9	6.3	6	4.4	4	3.1
Πραγματοποίηση συνεδριάσεων για την επίλυση αντιπαραθέσεων	5	3.4	12	8.3	12	8.4	11	8.1	5	3.8
Πραγματοποίηση συνεδριάσεων για την πρόληψη αντιπαραθέσεων	9	6.1	10	6.9	12	8.4	12	8.9	11	8.5
Εγκαθίδρυση αμερόληπτης διοίκησης, χωρίς διακρίσεις	16	10.9	19	13.2	15	10.5	11	8.1	11	8.5
Σαφής κατανομή αρμοδιοτήτων, υποχρεώσεων και δικαιωμάτων	13	8.8	21	14.6	13	9.1	11	8.1	15	11.5

Λιγότερες πολιτικές σκοπιμότητες στο χώρο εργασίας	3	2.0	2	1.4	8	5.6	6	4.4	7	5.4
Εγκαθίδρυση επαγγελματικής διοίκησης και ελέγχου	6	4.1	10	6.9	7	4.9	13	9.6	5	3.8
Εγκαθίδρυση της αυτονομίας των τμημάτων	2	1.4	3	2.1	11	7.7	6	4.4	10	7.7
Σεβασμός στα ατομικά δικαιώματα και στην επαγγελματική εξέλιξη	11	7.5	5	3.5	8	5.6	17	12.6	18	13.8
Δίκαιη μισθοδοσία					3	2.1	1	0.7	6	4.6

4.3 Επαγγελματική Εξουθένωση

Πιθανολογείται ότι λόγω της φύσης της εργασίας στα τμήματα ΤΑΕΠ η επαγγελματική εξουθένωση είναι αυξημένη ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στους χώρους αυτούς, αυξάνοντας τις πιθανότητες για συγκρούσεις.

Στον πίνακα 18 που ακολουθεί, παρουσιάζεται η κατανομή των επαγγελματιών υγείας στις 3 βαθμίδες της επαγγελματικής εξουθένωσης (ψηλή, μέτρια και χαμηλή), που πραγματοποιήθηκε αναλύοντας την ερώτηση 10 στο ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Ι). Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (75,0%) οι εργαζόμενοι κατηγοριοποιούνται στην ομάδα της «Χαμηλής Εξουθένωσης», 23,7% στη «Μέτρια Εξουθένωση» και μόλις το 1,3% παρουσιάζεται με «Ψηλή Εξουθένωση». Μια γενική παρατήρηση αφορά το γεγονός ότι όλοι παρουσιάζουν κάποιες μορφές επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πίνακας 18: Συγκεντρωτικός πίνακας επαγγελματικής εξουθένωσης επαγγελματιών υγείας

	Συχνότητα	%
Χαμηλή Εξουθένωση	114	75.0
Μέτρια Εξουθένωση	36	23.7
Ψηλή Εξουθένωση	2	1.3

Κατά την κατανομή όμως του δείγματος στις 3 βαθμίδες επαγγελματικής εξουθένωσης σύμφωνα με το επάγγελμα (Πίνακας 19), παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών. Ιδιαίτερα όσον αφορά την κατηγορία της μέτριας εξουθένωσης, αυτή παρατηρείται στο 1/3 σχεδόν των νοσηλευτών (27,8%) ενώ μόλις στο 3,8% των γιατρών. Συμπεραίνεται επομένως ότι η επαγγελματική ομάδα των νοσηλευτών βιώνει περισσότερο στρες και εξουθένωση από ότι οι επαγγελματική ομάδα των γιατρών, κάτι που συμβαδίζει και με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 10.

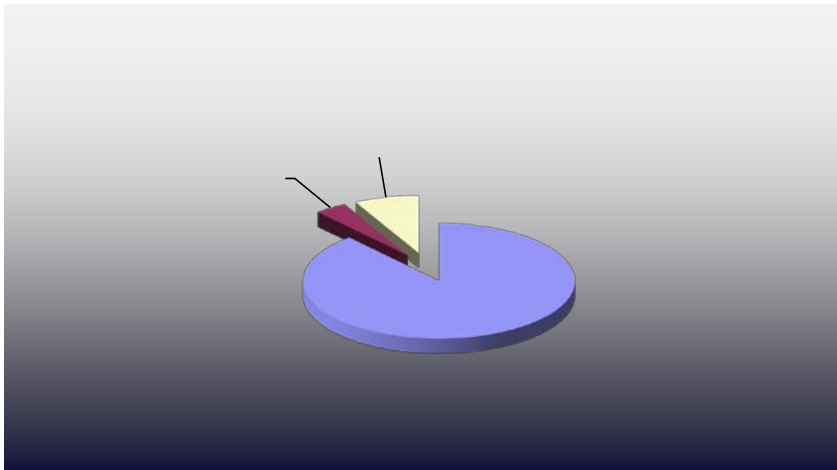
Το σημαντικό είναι ότι ένα μεγάλο ποσοστό γιατρών (88,5%) και νοσηλευτών (72,2%) παρουσιάζονται με χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης, ενώ με ποσοστά υψηλής εξουθένωσης παρουσιάζεται μόνο ένα μικρό ποσοστό γιατρών (7,7%). Στα διαγράμματα 8 και 9 που ακολουθούν παρουσιάζονται πιο παραστατικά τα παραπάνω ευρήματα.

Το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν αυξημένα σωματικά συμπτώματα αλλά χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης πιθανόν να οφείλεται στη μικρή ηλικία των συμμετεχόντων, οι οποίοι παρόλο το άγχος που βιώνουν δεν έχουν ακόμη αναπτύξει επαγγελματική εξουθένωση.

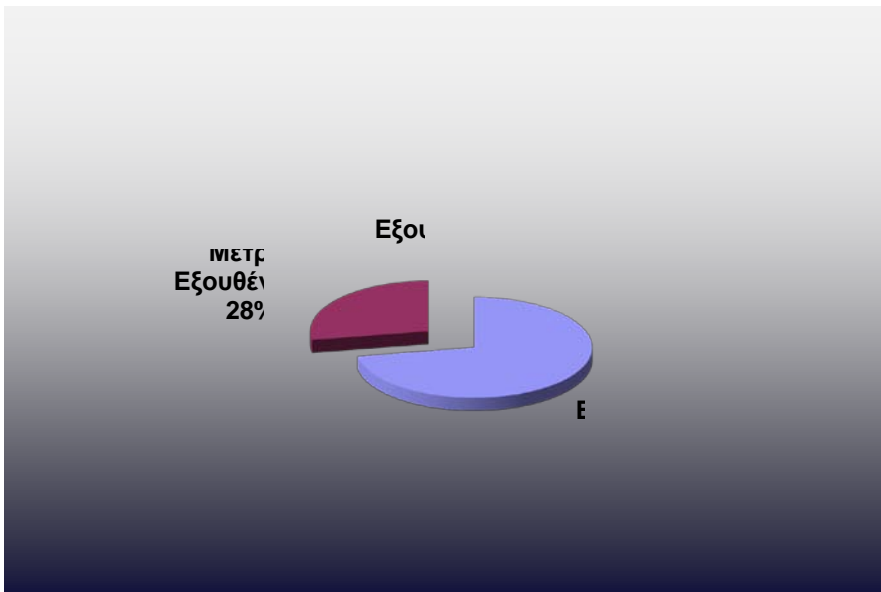
Πίνακας 19: Κατανομή επαγγελματικής εξουθένωσης κατά επάγγελμα

		Κατηγορίες Επαγγελματικής Εξουθένωσης			Σύνολο
		Χαμηλή Εξουθένωση	Μέτρια Εξουθένωση	Ψηλή Εξουθένωση	
Ιατρός	Συχνότητα	23	1	2	26
	Ποσοστό	88.5%	3.8%	7.7%	100.0%
Νοσηλευτής/τρια	Συχνότητα	91	35	0	126
	Ποσοστό	72.2%	27.8%	0.0%	100.0%
Σύνολο	Συχνότητα	114	36	2	152
	Ποσοστό	75.0%	23.7%	1.3%	100.0%

Διάγραμμα 8: Επαγγελματική εξουθένωση ανάμεσα στο Ιατρικό Προσωπικό



Διάγραμμα 9: Επαγγελματική εξουθένωση ανάμεσα στο Νοσηλευτικό Προσωπικό



Όσον αφορά την κατανομή του δείγματος στις 3 βαθμίδες της επαγγελματικής εξουθένωσης σύμφωνα με το επάγγελμα και το φύλο (Πίνακας 20), παρατηρούνται επίσης κάποια ενδιαφέροντα ευρήματα. Οι άντρες γιατροί πιστεύουν ότι δεν έχουν ή δεν παραδέχονται ότι μπορεί να παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης (100% του δείγματος εμπίπτει στην ομάδα της 'Χαμηλής Εξουθένωσης'). Παρόλα αυτά, στο αποτέλεσμα αυτό δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ($p = 0.098$).

Όσον αφορά όμως τον γυναικείο πληθυσμό του δείγματος, σε αντίθεση με τον αντρικό πληθυσμό, υπάρχει μια στατιστική διαφορά μεταξύ των γυναικών γιατρών και νοσηλευτριών ($p = 0.001$). Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλεύτριες παρουσιάζονται με υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, ιδιαίτερα της κατηγορίας 'Μέτρια Εξουθένωση' σε σχέση με τις γυναίκες γιατρούς.

Το γεγονός εξάλλου ότι η επαγγελματική ομάδα των νοσηλευτών γενικά βιώνει υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης από τους γιατρούς, καταδεικνύεται στον πίνακα 19.

Πίνακας 20: Κατανομή επαγγελματικής εξουθένωσης κατά επάγγελμα και φύλο

Δημογραφικά στοιχεία			Κατηγορίες Επαγγελματικής Εξουθένωσης			Σύνολο
			Χαμηλή Εξουθένωση	Μέτρια Εξουθένωση	Ψηλή Εξουθένωση	
Ανδρας	Ιατρός	Συχνότητα	12	0	0	12
		Ποσοστό	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Νοσηλεύτης	Συχνότητα	42	10	0	52
		Ποσοστό	80.8%	19.2%	0.0%	100.0%
	Σύνολο	Συχνότητα	54	10	0	64
		Ποσοστό	84.4%	15.6%	0.0%	100.0%
Γυναίκα	Ιατρός	Συχνότητα	11	1	2	14
		Ποσοστό	78.6%	7.1%	14.3%	100.0%
	Νοσηλεύτρια	Συχνότητα	49	25	0	74
		Ποσοστό	66.2%	33.8%	0.0%	100.0%
	Σύνολο	Συχνότητα	60	26	2	88
		Ποσοστό	68.2%	29.5%	2.3%	100.0%

Για τις ανάγκες της μελέτης τέθηκαν συγκεκριμένες ερωτήσεις για να περιγραφεί η υγεία των εργαζομένων έτσι ώστε να εντοπιστούν σημεία επαγγελματικής εξουθένωσης. Μέσα από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων παρατηρούνται κάποια σημαντικά ευρήματα.

Αρχικά, στον πίνακα 21 παρατηρείται ότι ένα αρκετά ψηλό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας (68,4%), αισθάνεται ενοχλήματα τα οποία σχετίζονται με την εργασία.

Παράλληλα, ένα εξίσου υψηλό ποσοστό (67,1%), πιστεύουν ότι το επάγγελμα τους αποτελεί για αυτούς πηγή άγχους.

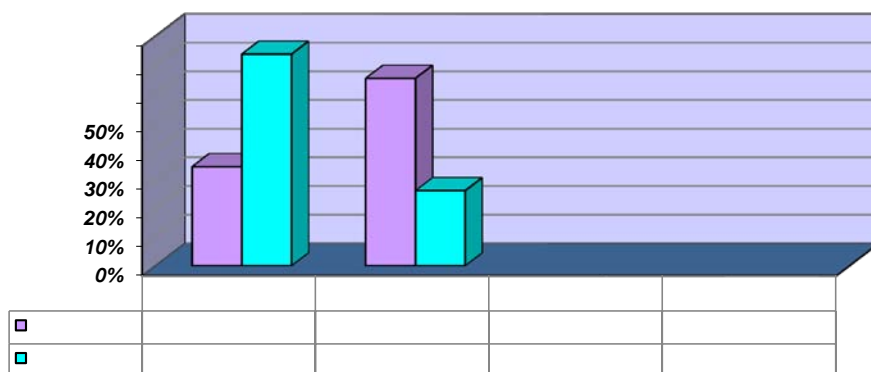
Τα αποτελέσματα αυτά δεν συμβαδίζουν με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πίνακα 18. Επομένως, παρόλο που στην πλειοψηφία τους οι ερωτηθέντες παρουσιάζουν σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση, εντούτοις το μεγαλύτερο ποσοστό στο σύνολό του βάσει των απαντήσεων του, παρουσιάζεται με χαμηλή εξουθένωση.

Πίνακας 21: Ερωτήματα που σχετίζονται με την Επαγγελματική Εξουθένωση

Αισθανθήκατε ενόχληση ή πόνο στους καρπούς, στους ώμους, στον αυχένα, στη μέση ή στην πλάτη που σχετίζονται με την εργασία σας;		Πιστεύετε ότι το επάγγελμά σας αποτελεί πηγή άγχους για σας		
	Συχνότητα	%	Συχνότητα	%
ΝΑΙ	104	68.4	102	67.1
ΟΧΙ	48	31.6	50	32.9
Σύνολο	152	100.0	152	100.0

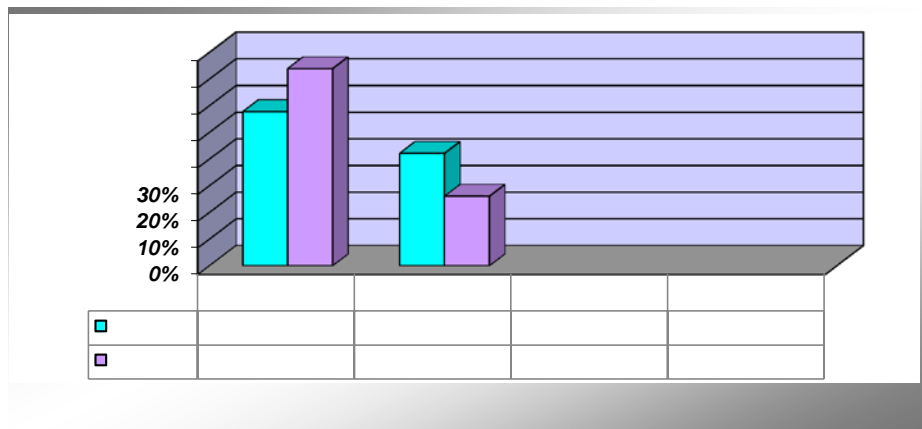
Παρόλα αυτά, παρατηρείται μια σημαντική διαφορά κατά το διαχωρισμό ανά επαγγελματική ομάδα στην ερώτηση 'εάν πιστεύουν ότι το επάγγελμα τους αποτελεί για αυτούς πηγή άγχους' (Διάγραμμα 10). Με το δείκτη στατιστικής σημαντικότητας $p = 0.00$, αποδεικνύεται ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τον τρόπο που οι γιατροί και οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται το άγχος στην εργασία τους. Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές πιστεύουν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό (73, 8 %ότι το επάγγελμα τους αποτελεί πηγή άγχους από ότι οι γιατροί (34,5%).

**Διάγραμμα 10: «Πιστεύετε ότι το επάγγελμά σας αποτελεί πηγή άγχους για σας;»
Κατανομή δείγματος σύμφωνα με το επάγγελμα**



Επιπρόσθετα, όσον αφορά την κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το φύλο στη συγκεκριμένη ερώτηση, παρατηρείται μια επίσης στατιστικά σημαντική σχέση ($p = 0.038$). Τόσο οι άντρες (57,8%) όσο και οι γυναίκες (73,9%), παρουσιάζονται να συμφωνούν ότι το επάγγελμά τους αποτελεί πηγή άγχους για αυτούς (Διάγραμμα 11).

**Διάγραμμα 11: «Πιστεύεται ότι το επάγγελμα σας αποτελεί πηγή άγχους για σας;»
Κατανομή δείγματος σύμφωνα με το φύλο**

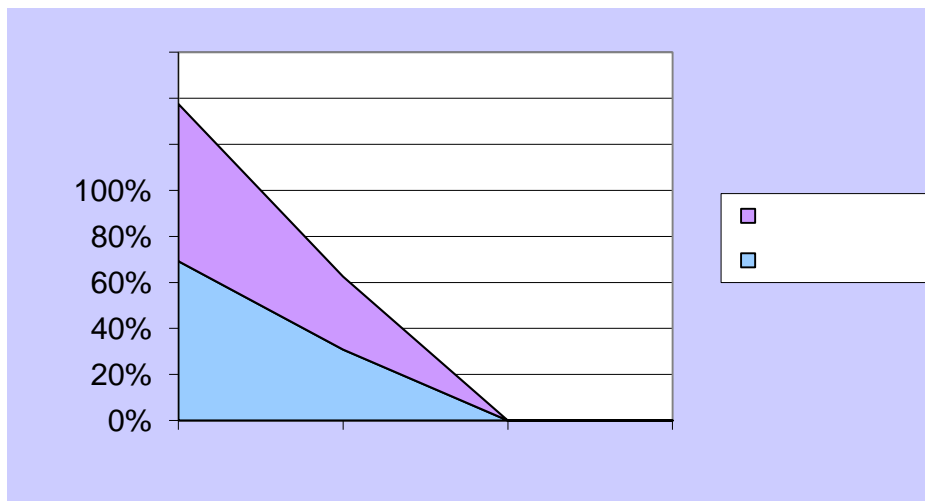


Κατά την κατάταξη όμως των απαντήσεων στην ερώτηση που αφορά τα διάφορα σωματικά ενοχλήματα σύμφωνα με το επάγγελμα και το φύλο, τα ευρήματα είναι και πάλιν ενδιαφέροντα.

Στο διάγραμμα 12 που ακολουθεί, τόσο οι γιατροί όσο και οι νοσηλευτές αναφέρουν ότι παρουσιάζουν σε μεγάλο ποσοστό διάφορα σωματικά ενοχλήματα που σχετίζονται με το άγχος και την πίεση στην εργασία (Γιατροί 69.2%, Νοσηλευτές 68.3%). Επομένως, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τη συγκεκριμένη κατάταξη ($p=0.97$).

Τα αποτελέσματα όμως, φαίνεται να έρχονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα στην ερώτηση που διερευνά το κατά πόσο οι συμμετέχοντες θεωρούν πηγή άγχους το επάγγελμα τους (Διάγραμμα 10). Πιο συγκεκριμένα, ενώ οι γιατροί δεν παραδέχονται ότι το επάγγελμα τους αποτελεί πηγή άγχους για αυτούς, εντούτοις, φαίνεται ότι παρουσιάζουν διάφορα σωματικά ενοχλήματα που πηγάζουν από αυτό. Θα μπορούσε όμως το πιο πάνω, να οφείλεται στο γεγονός ότι, άγχος υπάρχει και εκτός εργασίας, που αφορά οικογενειακά και άλλα προβλήματα.

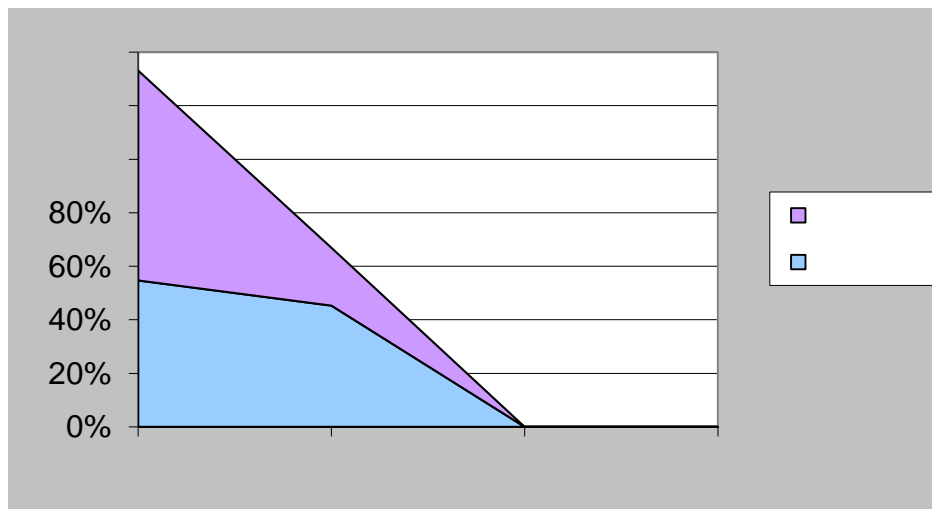
Διάγραμμα 12: Αισθανθήκατε ενόχληση ή πόνο στους καρπούς, στους ώμους, στον αυχένα, στη μέση ή στην πλάτη; Κατάταξη συμφώνα με το επάγγελμα.



Παράλληλα, όσον αφορά την κατανομή κατά φύλο (Διάγραμμα 13), παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0.002$). Πιο συγκεκριμένα, ανάμεσα στους άντρες, μόλις λίγο περισσότεροι από τους μισούς (54,7%) αναφέρουν ότι αισθάνονται διάφορα σωματικά ενοχλήματα, ενώ το 45,3% αναφέρει πως δεν έχει αισθανθεί τέτοια ενοχλήματα τους τελευταίους 6 μήνες.

Ανάμεσα στις γυναίκες όμως, το ποσοστό που αναφέρει ότι παρουσιάζει σωματικά συμπτώματα οφειλόμενα στο άγχος και στην εργασιακή πίεση ανέρχεται στο 78,4%.

Διάγραμμα 13: Αισθανθήκατε ενόχληση ή πόνο στους καρπούς, στους ώμους, στον αυχένα, στη μέση ή στην πλάτη; Κατάταξη συμφώνα με το φύλο.



Παρόλα αυτά όμως, στον πίνακα 22 που ακολουθεί, παρατηρείται μια αντίθεση με τα προαναφερθέντα. Οι επαγγελματίες υγείας στην πλειοψηφία τους, αξιολογώντας την υγεία τους, την θεωρούν από καλή (46,1%) έως πολύ καλή (38,2%). Παρόλο δε που το 70% σχεδόν παραπονιέται για σωρεία σωματικών ενοχλημάτων (Πίνακας 21), μόνο το 13,2% θεωρεί την υγεία του μέτρια και ένα ελάχιστο ποσοστό της τάξεως του 2,0% την θεωρεί κακή ή πολύ κακή.

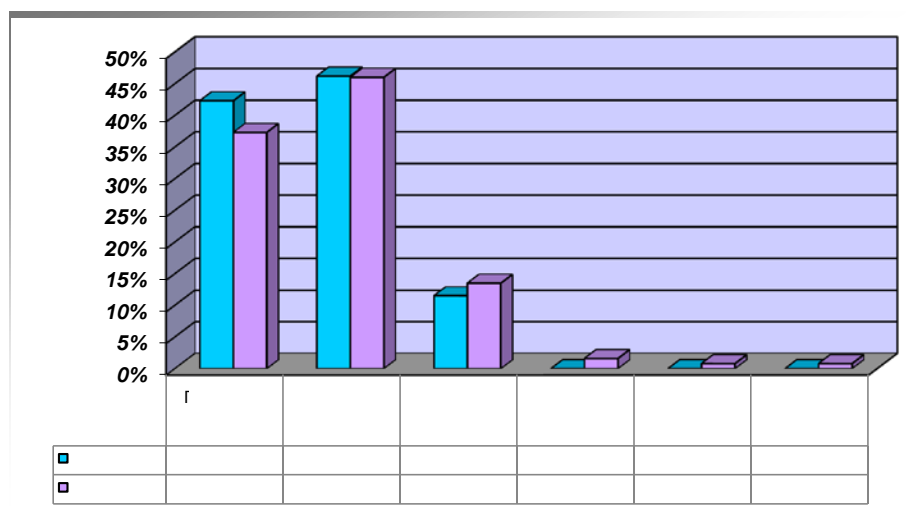
Επισημαίνεται ότι οι απαντήσεις στη συγκεκριμένη ερώτηση αξιολογούν την κατάσταση υγείας όπως αυτή προσλαμβάνεται από τον κάθε επαγγελματία και επομένως δεν είναι δυνατό να εξαχθεί με ακρίβεια οποιοδήποτε συμπέρασμα.

Πίνακας 22: Αυτοαξιολόγηση υγείας

Αυτοαξιολόγηση υγείας		
	Συχνότητα	Ποσοστό %
Πολύ καλή	58	38.2
Καλή	70	46.1
Μέτρια	20	13.2
Κακή	2	1.3
Πολύ κακή	1	0.7
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	1	0.7

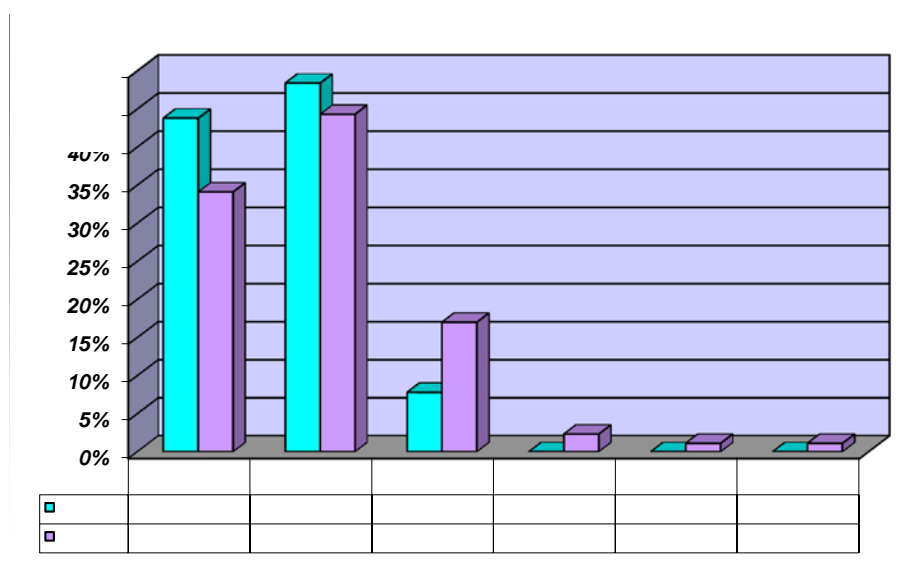
Κατά την κατάταξη των απαντήσεων που δόθηκαν στη συγκεκριμένη ερώτηση με βάση το επάγγελμα, παρατηρείται ότι δεν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,96$). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στο διάγραμμα 14 που ακολουθεί. Η πλειοψηφία των γιατρών και των νοσηλευτών, θεωρούν την υγεία τους από καλή έως πολύ καλή.

Διάγραμμα 14: Κατάσταση υγείας κατά επαγγελματική ιδιότητα



Όσον αφορά την κατάταξη των απαντήσεων στη συγκεκριμένη ερώτηση σύμφωνα με το φύλο (διάγραμμα 15) και πάλι δεν παρατηρείται κάποια στατιστικά σημαντική σχέση ($p=0,273$). Τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας στην συντριπτική τους πλειοψηφία, θεωρούν την υγεία τους από καλή έως πολύ καλή.

Διάγραμμα 15: Κατάσταση υγείας κατά φύλο



Ακολούθως, διενεργήθηκε συσχέτιση της ερώτησης 12 του ερωτηματολογίου (Παράρτημα I), που αφορά πιθανές ενοχλήσεις ή πόνους που μπορεί να αισθάνονται στους καρπούς, στους ώμους, στον αυχένα και στην πλάτη κατά φύλο. Παρόλο που οι άντρες στη συντριπτική τους πλειοψηφία (Άντρες Νοσηλευτές 80,8% - Άντρες Γιατροί 100,0%) παρουσιάζονται με πολύ χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Πίνακας 18), στον πίνακα 23 που ακολουθεί, πέραν από τους μισούς (54,7%) παραδέχονται ότι παρουσιάζουν σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με την εργασία τους και οφείλονται στην κούραση το άγχος.

Όσον αφορά τον γυναικείο πληθυσμό, τα αποτελέσματα συμβαδίζουν. Παραδέχονται τόσο ότι βιώνουν συμπτώματα κούρασης (Πίνακας 23), όσο και ότι βρίσκονται σε κάποιο στάδιο επαγγελματικής εξουθένωσης (Πίνακας 18). Η στατιστικά σημαντική διαφορά που υπάρχει μεταξύ αντρών και γυναικών, επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα του τεστ σημαντικότητας ($p = 0,002$).

Πίνακας 23: Κατανομή του δείγματος όσον αφορά πιθανές ενοχλήσεις ή πόνο στους καρπούς, στους ώμους, στον αυχένα και στη πλάτη σύμφωνα με το φύλο

Δημογραφικά στοιχεία		Αισθανθήκατε ενόχληση ή πόνο στους καρπούς, στους ώμους, στον αυχένα, στη μέση ή στην πλάτη;		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Ανδρας	Συχνότητα	35	29	64
	Ποσοστό	54.7%	45.3%	100.0%
Γυναίκα	Συχνότητα	69	19	88
	Ποσοστό	78.4%	21.6%	100.0%
Σύνολο	Συχνότητα	104	48	152
	Ποσοστό	68.4%	31.6%	100.0%

Ένα επίσης σημαντικό αποτέλεσμα που προκύπτει από την πιο κάτω ανάλυση (Πίνακας 24), αφορά το γεγονός ότι οι γυναίκες (Νοσηλεύτριες / γιατροί) έχουν 1, 5 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν επαγγελματική εξουθένωση από ότι οι άντρες.

Πίνακας 24: Αξιολόγηση κινδύνου κατά φύλο

	Τιμή	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	
		Χαμηλότερο	Ψηλότερο
Αναλογική Πιθανότητα για τα δημογραφικά στοιχεία (Ανδρας / Γυναίκα)	.332	.164	.674
Αισθανθήκατε ενόχληση ή πόνο στους καρπούς, στους ώμους, στον αυχένα, στη μέση ή στην πλάτη; = ΝΑΙ	.697	.544	.894
Αισθανθήκατε ενόχληση ή πόνο στους καρπούς, στους ώμους, στον αυχένα, στη μέση ή στην πλάτη; = ΟΧΙ	2.099	1.298	3.394
N =	152		

4.3.1 Συσχέτιση επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης με τη συχνότητα των συγκρούσεων

Μια από τις σημαντικότερες υποθέσεις, η οποία αποτέλεσε και την κυριότερη αιτία επιλογής του προσωπικού των τμημάτων ΤΑΕΠ ως το δείγμα της παρούσας μελέτης, αφορούσε τις επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στην συχνότητα των συγκρούσεων.

Τα αποτελέσματα της εν λόγω συσχέτισης παρουσιάζονται στον πίνακα 25. Παρόλο που τα στοιχεία που συμπεριλαμβάνονται στο μέτριο επίπεδο και ιδιαίτερα στο χαμηλό επίπεδο εξουθένωσης είναι αρκετά μικρά και δεν επιτρέπουν να γίνει κάποια αξιολογη συσχέτιση, τα στοιχεία στο χαμηλό επίπεδο εξουθένωσης είναι αρκετά για να εξαχθούν σημαντικά συμπεράσματα. Με το δείκτη στατιστικής σημαντικότητας στο ($p = 0.002$), ισχύει το γεγονός ότι όσοι έχουν χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης τείνουν να μην έρχονται συχνά σε αντιπαράθεση. Η σχέση αυτή ενισχύεται και από τις συμμετρικές μετρήσεις

(Symmetric Measures). Η τιμή του Pearson's R = 0.291 και ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας $p = 0.000$, επιβεβαιώνουν τη θετική σχέση ανάμεσα στη χαμηλή εξουθένωση και τη χαμηλή συχνότητα αντιπαραθέσεων, επιβεβαιώνοντας μια σημαντική υπόθεση της παρούσας μελέτης.

Πίνακας 25 : Συσχέτιση επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης με τη συχνότητα των συγκρούσεων

Επίπεδα Εξουθένωσης		Πόσες φορές αντιμετωπίσατε αντιπαράθεση στο χώρο της εργασίας σας τους τελευταίους 6 μήνες;							
		Ποτέ	1 φορά	2 φορές	3 φορές	4 φορές	5 φορές	6 φορές	7+ Φορές
Χαμηλή Εξουθένωση	Συχνότητα	20	28	25	13	11	5	5	7
	Ποσοστό	17.5%	24.6%	21.9%	11.4%	9.6%	4.4%	4.4%	6.1%
Μέτρια Εξουθένωση	Συχνότητα	2	3	8	2	2	4	1	14
	Ποσοστό	5.6%	8.3%	22.2%	5.6%	5.6%	11.1%	2.8%	38.9%
Ψηλή Εξουθένωση	Συχνότητα	1	1	0	0	0	0	0	0

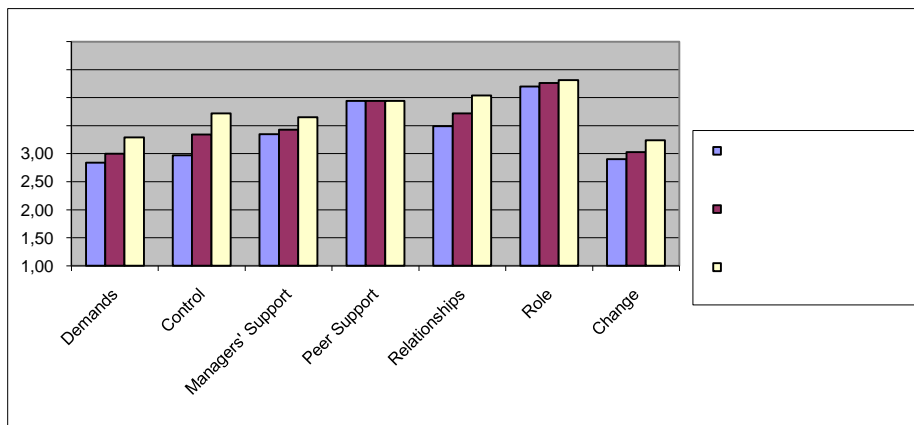
4.4 Αποτελέσματα κατά την αξιολόγηση των Οργανωτικών Παραγόντων

Οι οργανωτικοί παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάζουν τα επίπεδα υγείας και ευημερίας των εργαζομένων και την οργανωτική τους απόδοση, ενώ παράλληλα σχετίζονται και με τη αύξηση της εργασιακής πίεσης, έχουν αξιολογηθεί με βάση τα

διοικητικά πρότυπα του HSE, τα οποία στηρίζονται σε πολλές παρόμοιες μελέτες που διεξήχθησαν κυρίως στην Αγγλία αλλά και σε πολλές χώρες (HSE).

Στον πίνακα 26 παρουσιάζονται συνολικά τα αποτελέσματα κάθε παράγοντα του συγκεκριμένου μέρους του ερωτηματολογίου και παρατίθενται οι ενδιάμεσοι και μακροπρόθεσμοι στόχοι που όπως προκύπτουν μέσα από διεθνείς μελέτες.

Πίνακας 26: Αποτελέσματα Οργανωτικών Παραγόντων



Για την καλύτερη κατανόηση, η ανάλυση των αποτελεσμάτων γίνεται με βάση τους επτά οργανωτικούς παράγοντες. Η κατάταξη τους στα διάφορα επίπεδα γίνεται αυτόματα από το ειδικό πρόγραμμα επεξεργασίας που παρέχεται από την ιστοσελίδα της αγγλικής οργάνωσης ασφάλειας και υγείας (Health and Safety Executive). Με βάση τις απαντήσεις, τα αποτελέσματα συγκρίνονται με τον Προτεινόμενος Ενδιάμεσος Στόχος (Suggested Interim Target), και οι οργανωτικοί παράγοντες κατατάσσονται αυτόματα από το πρόγραμμα επεξεργασίας σε επίπεδα, τα οποία συμβολικά χαρακτηρίζονται και από ένα χρώμα, ως ακολούθως:

- **Πράσινο:** οι παράμετροι που δεν χρειάζονται παρέμβαση
- **Μπλε:** οι παράμετροι που χρειάζονται κάποια μικρή βελτίωση σε κάποιο στάδιο

- **Κίτρινο:** οι παράμετροι που χρειάζονται βελτίωση, και
- **Κόκκινο:** οι παράμετροι που χρειάζονται άμεση παρέμβαση για βελτίωση.

4.4.1 1^{ος} παράγοντας: Απαιτήσεις

Περιλαμβάνει ζητήματα όπως ο φόρτος εργασίας, τα σχέδια υπηρεσίας και το περιβάλλον εργασίας (Πίνακας 27). Το συνολικό αποτέλεσμα ανέρχεται στο 2,84 υποδηλώνοντας ότι η παράμετρος αυτή χρειάζεται άμεσες παρεμβάσεις για βελτίωση των συνθηκών εργασίας. Ιδιαίτερα προβληματικοί εντοπίζονται οι τομείς που αφορούν, τους έντονους ρυθμούς και τις αυξημένες ώρες εργασίας καθώς και τον περιορισμένο χρόνο για διαλείμματα. Παρόλα αυτά, το προσωπικό δηλώνει ότι δεν δυσκολεύεται ιδιαίτερα να αντεπεξέλθει και δεν παραμελεί τα καθήκοντα του λόγω φόρτου εργασίας.

Πίνακας 27: Ερωτήσεις για αξιολόγηση του παράγοντα των Απαιτήσεων

	Ερωτήσεις	Μέσος όρος
3	Δέχομαι διαφόρων ειδών απαιτήσεις στην εργασία μου και μου είναι δύσκολο να ανταπεξέλθω.	3,49
6	Οι προθεσμίες για τη διεκπεραίωση των καθηκόντων μου δεν είναι εφικτές.	3,38
9	Πρέπει να εργάζομαι με έντονο ρυθμό.	1,76
12	Είμαι αναγκασμένος να παραμελώ κάποια από τα καθήκοντά λόγω μεγάλου φόρτου εργασίας	3,05
16	Δεν μπορώ να κάνω αρκετά διαλείμματα	2,85
18	Είμαι αναγκασμένος να εργάζομαι πολλές ώρες.	2,89
20	Πρέπει να εργάζομαι πολύ γρήγορα.	1,89
22	Έχω μη ρεαλιστικά χρονοδιαγράμματα	3,48
Συνολικό Αποτέλεσμα		2,84

4.4.2 2ος παράγοντας: Έλεγχος

Το συνολικό αποτέλεσμα ανέρχεται στο 2,97 επισημαίνοντας ότι η παράμετρος αυτή χρειάζεται άμεσες παρεμβάσεις για βελτίωση των επιπέδων αυτονομίας των υπαλλήλων όσον αφορά τον τρόπο εκτέλεσης της εργασίας τους. Στον πίνακα 28 παρατηρείται ότι σε όλες τις σχετικές τοποθετήσεις υπάρχει δυσαρέσκεια, αφού οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται ότι δεν μπορούν να πάρουν αποφάσεις και να εκτελέσουν την εργασία τους με τον τρόπο που αυτοί πιστεύουν ότι είναι ο ιδανικότερος.

Πίνακας 28: Ερωτήσεις για την αξιολόγηση του παράγοντα του Ελέγχου

Ερωτήσεις	Μέσος όρος
2 Μπορώ να αποφασίζω πότε να κάνω το διάλειμμά μου.	2,85
10 Μπορώ να καθορίζω το ρυθμό της εργασίας μου.	2,94
15 Έχω την ελευθερία να αποφασίζω για τον τρόπο εκτέλεσης της εργασίας μου	3,38
19 Μπορώ να επιλέγω τι θα κάνω στη δουλειά μου	2,57
25 Μπορώ να εκφράσω την άποψη μου ως προς τον τρόπο που εργάζομαι	3,73
30 Μπορώ να έχω ευέλικτο ωράριο εργασίας.	2,34
Συνολικό Αποτέλεσμα	2,97

4.4.3 3ος παράγοντας: Υποστήριξη από τη Διοίκηση

Το συνολικό αποτέλεσμα ανέρχεται στο 3,35 που σημαίνει ότι οι διάφορες παράμετροι που αφορούν την ενθάρρυνση, την εγγυοδοσία και τους πόρους που παρέχονται από τον οργανισμό και τη διοίκηση, χρειάζονται βελτίωση (Πίνακας 29). Οι τομείς που παρουσιάζονται πιο προβληματικοί, αφορούν την απουσία ενθάρρυνσης όσον αφορά την εργασία τους και το γεγονός ότι δεν μπορούν να συζητούν θέματα που τους ενοχλούν με τους προϊστάμενους τους. Παρόλα αυτά, οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν ότι

εισπράττουν εποικοδομητικά σχόλια για την εργασία τους. Λαμβάνοντας υπόψη όμως τα προαναφερθέντα, όπως η απουσία ενθάρρυνσης από τη διοίκηση, μπορεί να πιθανολογηθεί ότι τα εποικοδομητικά σχόλια δεν προέρχονται από τους προϊστάμενους τους αλλά από άλλους (συναδέλφους, ασθενείς κλπ).

Πίνακας 29: Ερωτήσεις για την αξιολόγηση του παράγοντα της Υποστήριξης από τη Διοίκηση

	Ερωτήσεις	Μέσος όρος
8	Παίρνω εποικοδομητικά σχόλια για την εργασία μου-	3,33
23	Μπορώ να βασιστώ στον προϊστάμενό μου για βοήθεια με εργασιακά προβλήματα-	3,53
29	Μπορώ να συζητώ με τον προϊστάμενο μου για θέματα που με ενοχλούν στη δουλειά	3,56
33	Παίρνω την υποστήριξη που χρειάζομαι όταν η εργασία μου είναι συναισθηματικά φορτισμένη	3,05
35	Ο προϊστάμενός μου με ενθαρρύνει στην εργασία μου-	3,27
	Συνολικό Αποτέλεσμα	3,35

4.4.4 4^{ος} παράγοντας: Υποστήριξη από συναδέλφους

Το συνολικό αποτέλεσμα ανέρχεται στο 3,94, γεγονός που δείχνει, σε αντίθεση με όλες τις πιο πάνω παραμέτρους, ότι όσον αφορά την ενθάρρυνση και την εγγυοδοσία από συναδέλφους, οι επαγγελματίες υγείας των ΤΑΕΠ δεν παρουσιάζονται ιδιαίτερα δυσαρεστημένοι (Πίνακας 30). Ο μοναδικός τομέας που χρειάζεται βελτίωση αφορά το γεγονός ότι οι συνάδελφοι δεν είναι πρόθυμοι να ακούσουν τυχόν εργασιακά τους προβλήματα. Αυτό όμως πιθανόν να οφείλεται είτε στον αυξημένο φόρτο εργασίας, είτε στο γεγονός ότι όλοι έχουν εργασιακά προβλήματα που θέλουν να συζητήσουν.

Πίνακας 30: Ερωτήσεις για την αξιολόγηση του παράγοντα της Υποστήριξης από συναδέλφους

Ερωτήσεις	Μέσος όρος
7 Αν έχω δυσκολίες στην εργασία μου, οι συνάδελφοί μου με βοηθούν.	4,17
24 Έχω τη βοήθεια και την υποστήριξη που χρειάζομαι από τους συναδέλφους μου.	4,02
27 Έχω το σεβασμό που μου αξίζει από τους συναδέλφους μου.	3,90
31 Οι συνάδελφοί μου είναι πρόθυμοι να ακούσουν τυχόν εργασιακά μου προβλήματα.	3,66
Συνολικό Αποτέλεσμα	3,94

4.4.5 5ος παράγοντας: Σχέσεις

Το συνολικό αποτέλεσμα ανέρχεται στο 3,49 σε αντίθεση με το αποτέλεσμα της παραμέτρου των συναδελφικών σχέσεων. Οι απαντήσεις που δόθηκαν στις συγκεκριμένες ερωτήσεις, υποδηλώνουν ότι δεν υφίσταται προώθηση θετικού εργασιακού κλίματος, αλλά ούτε και χειρισμός απαράδεκτων συμπεριφορών προς αποφυγή των συγκρούσεων. Όλοι οι τομείς παρουσιάζονται προβληματικοί και χρήζουν άμεσων βελτιωτικών παρεμβάσεων (Πίνακας 31). Το γεγονός ότι οι δύο αυτές παραπλήσιες παράμετροι παρουσιάζουν τόσο έντονη αντίθεση, πιθανόν αν οφείλεται στο γεγονός ότι η παράμετρος αυτή αναφέρεται πιο γενικά στο συνολικό κλίμα εργασίας, (παραϊατρικό προσωπικό, επισκέπτες, ασθενείς, διοίκηση) και όχι μόνο σε συναδέλφους.

Πίνακας 31: Ερωτήσεις για την αξιολόγηση του παράγοντα των Σχέσεων

Ερωτήσεις	Μέσος όρος
5 Υπόκειμαι σε παρενόχληση με τη μορφή ανάρμοστων φράσεων ή/και	3,77

συμπεριφοράς.	
14 Υπάρχουν προστριβές και ένταση μεταξύ του προσωπικού.	2,85
21 Υπόκειμαι σε εκφοβισμό στην εργασία μου.	4,09
34 Οι διαπροσωπικές σχέσεις στο εργασιακό περιβάλλον είναι τεταμένες.	3,25
Συνολικό Αποτέλεσμα	3,49

4.4.6 6^{ος} παράγοντας: Ρόλοι

Η παράμετρος των ρόλων παρουσιάζεται με συνολικό αποτέλεσμα 4,20 (Πίνακας 32) επισημαίνοντας ότι το επίπεδο κατανόησης των υπαλλήλων όσο αφορά το ρόλο τους μέσα στον οργανισμό και τα μέτρα που λαμβάνει ο οργανισμός έτσι ώστε να εξασφαλίζει ότι δεν υπάρχουν συγκρουόμενοι ρόλοι, είναι σε αρκετά καλό επίπεδο. Παρόλα αυτά, κάποιιοι τομείς θα μπορούσαν με συγκεκριμένες παρεμβάσεις να βελτιωθούν ακόμη περισσότερο. Οι τομείς που παρουσιάζονται πιο προβληματικοί αφορούν την άγνοια των εργαζομένων ως προς το βαθμό που η εργασία τους συμβάλλει στους γενικότερους στόχους του τμήματος, αλλά και το γεγονός ότι δεν τους είναι ξεκάθαρο το τι αναμένεται από αυτούς στην εργασία τους.

Πίνακας 32: Ερωτήσεις για την αξιολόγηση του παράγοντα των Ρόλων

Ερωτήσεις	Μέσος όρος
1 Μου είναι ξεκάθαρο τι αναμένεται από εμένα στην εργασία μου.	4,21
4 Γνωρίζω πώς να εκτελώ τα καθήκοντά μου.	4,66
11 Γνωρίζω ξεκάθαρα τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις μου.	4,34
13 Μου είναι ξεκάθαροι οι στόχοι του τμήματός μου.	4,09
17 Μου είναι ξεκάθαρο με ποιο τρόπο η εργασία μου συμβάλλει στους γενικότερους στόχους του τμήματος	3,69
Συνολικό Αποτέλεσμα	4,20

4.4.7 7^{ος} παράγοντας: Αλλαγή

Το συνολικό αποτέλεσμα της παραμέτρου αυτής (2,90) υποδηλώνει ότι ο τρόπος με τον οποίο μια οργανωτική αλλαγή (μεγάλη ή μικρή) ρυθμίζεται και διακλαδώνεται μέσα

στον οργανισμό, χρειάζεται βελτίωση (Πίνακας 33). Άμεση παρέμβαση χρειάζεται ο τομέας που αφορά και πάλι διοικητικές λειτουργίες. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν ότι δεν τους δίνονται επαρκείς ευκαιρίες να συζητούν με διοικητικά στελέχη σχετικά με αλλαγές στο χώρο της εργασίας τους, ενισχύοντας τις απόψεις που συζητήθηκαν στην παράμετρο της υποστήριξης από τη διοίκηση (Πίνακας 31). Μικρή βελτίωση επιβάλλεται και όσον αφορά την λήψη αποφάσεων για αλλαγές στην εργασία κατά την οποία θα πρέπει να λαμβάνεται και η άποψη των εργαζομένων.

Πίνακας 33: Ερωτήσεις για την αξιολόγηση του παράγοντα της Αλλαγής

	Ερωτήσεις	Μέσος όρος
26	Μου δίνονται επαρκείς ευκαιρίες να συζητώ με διευθυντικά στελέχη σχετικά με αλλαγές στον χώρο της εργασίας μου.	2,40
28	Συζητείται πάντοτε η άποψη των εργαζομένων για αλλαγές στην εργασία	2,85
32	Όταν γίνονται αλλαγές στην εργασία μου, μου είναι ξεκάθαρο με ποιο τρόπο θα υλοποιηθούν.	3,43
Συνολικό Αποτέλεσμα		2,90

4.4.8 Κατάταξη των αποτελεσμάτων που αφορούν τις διάφορες παραμέτρους της αξιολόγησης των οργανωτικών παραγόντων σύμφωνα με το επάγγελμα, το φύλο και τα χρόνια υπηρεσίας

α. Επάγγελμα. Αξιολογώντας τις απαντήσεις για την αξιολόγηση των διαφόρων παραμέτρων που αφορούν τους οργανωτικούς παράγοντες, εντοπίζονται κάποιες διαφορές ανάμεσα σε γιατρούς και νοσηλευτές (Πίνακας 34). Οι γιατροί σε γενικές γραμμές αξιολογούν πιο θετικά τις διάφορες παραμέτρους. Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές απαιτούν περισσότερες βελτιωτικές παρεμβάσεις όσον αφορά την παράμετρο του ελέγχου και της υποστήριξης από την διοίκηση, καθώς και της παραμέτρου των σχέσεων, των ρόλων και της αλλαγής, από ότι οι γιατροί.

Πίνακας 34: Αξιολόγηση των οργανωτικών παραγόντων κατά επάγγελμα

Οργανωτικοί Παράγοντες	Νοσηλεύτες	Γιατροί
Απαιτήσεις	2,85	2,80
Έλεγχος	2,88	3,44
Υποστήριξη Διοίκησης	3,29	3,65
Υποστήριξη συναδέλφων	3,90	4,13
Σχέσεις	3,43	3,77
Ρόλοι	4,10	4,67
Αλλαγή	2,82	3,28

β. Φύλο. Όσον αφορά την κατάταξη των απαντήσεων για την αξιολόγηση των διαφόρων παραμέτρων που αφορούν τους οργανωτικούς παράγοντες σύμφωνα με το φύλο, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 35. Οι γυναίκες παρουσιάζονται να αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα από ότι οι άντρες στις παραμέτρους που αφορούν: τις απαιτήσεις, την υποστήριξη από την διοίκηση, τις σχέσεις και την αλλαγή. Η μοναδική παράμετρος στην οποία παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα από ότι οι άντρες είναι η παράμετρος των ρόλων.

Πίνακας 35: Κατάταξη απαντήσεων που αφορούν την αξιολόγηση των οργανωτικών παραγόντων σύμφωνα με το φύλο

Οργανωτικοί Παράγοντες	Άντρες	Γυναίκες
Απαιτήσεις	2,98	2,84
Έλεγχος	3,11	2,97
Υποστήριξη Διοίκησης	3,49	3,35
Υποστήριξη συναδέλφων	4,02	3,94
Σχέσεις	3,66	3,49
Ρόλοι	4,17	4,20
Αλλαγή	3,08	2,90

γ. χρόνια υπηρεσίας. Τέλος, όσον αφορά την κατάταξη των απαντήσεων για την αξιολόγηση των διαφόρων παραμέτρων που αφορούν τους οργανωτικούς παράγοντες σύμφωνα με τα χρόνια υπηρεσίας, παρατηρούνται επίσης κάποια ενδιαφέροντα ευρήματα (Πίνακας 36). Υπάρχει μια θετική συσχέτιση όσον αφορά τις διάφορες παραμέτρους και τα χρόνια υπηρεσίας. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται μια σταδιακή βελτίωση σε όλες τις παραμέτρους καθώς αυξάνονται τα χρόνια υπηρεσίας. Η ομάδα που **χρῆζει** άμεσ**ων** βελτιωτικ**ών** παρεμβάσε**ων** στους πλείστους οργανωτικούς παράγοντες είναι η ομάδα που κατέχει από 6 έως 15 χρόνια υπηρεσίας.

Πίνακας 36: Κατάταξη απαντήσεων που αφορούν την αξιολόγηση των οργανωτικών παραγόντων σύμφωνα με τα χρόνια υπηρεσίας

Οργανωτικοί Παράγοντες	Μέχρι 5 έτη	6-10 έτη	11-15 έτη	16-20 έτη	21+ έτη
Απαιτήσεις	2,80	2,80	2,77	2,95	3,02
Έλεγχος	2,87	2,82	2,88	3,22	3,37
Υποστήριξη Διοίκησης	3,30	3,21	3,14	3,45	3,79
Υποστήριξη συναδέλφων	4,05	3,66	3,70	3,92	4,10
Σχέσεις	3,40	3,40	3,25	3,85	3,89
Ρόλοι	4,11	4,18	3,99	4,49	4,53
Αλλαγή	2,84	2,79	2,68	3,10	3,27

4.5 Συσχέτιση Οργανωτικών παραγόντων με τη συχνότητα των αντιπαραθέσεων

Για να γίνει η συγκεκριμένη συσχέτιση, χρησιμοποιήθηκε ο ενδιάμεσος στόχος (Suggested Interim Target) που προτείνεται από το HSE auto-analysis tool (<http://www.hse.gov.uk/stress/standards>). Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και οι αναμενόμενες τιμές για την κάθε μια κατηγορία παρουσιάζονται στον πίνακα 37.

Field Code Changed

Πίνακας 37 : Προτεινόμενος Ενδιάμεσος Στόχος σύμφωνα με το HSE (auto-analysis tool)

Κατηγορίες Οργανωτικών Παραγόντων	Προτεινόμενος Ενδιάμεσος Στόχος (Suggested Interim Target)	Αποτελέσματα της παρούσας μελέτης
-----------------------------------	--	-----------------------------------

Απαιτήσεις	3,00	2,84
Έλεγχος	3,34	2,97
Υποστήριξη Διοίκησης	3,43	3,35
Υποστήριξη συναδέλφων	3,94	3,94
Σχέσεις	3,72	3,49
Ρόλοι	4,26	4,20
Αλλαγή	3,03	2,90

Για να γίνει εφικτή η συσχέτιση, μετρήθηκε η τιμή της κάθε κατηγορίας για κάθε ένα από τους συμμετέχοντες ξεχωριστά. Με την διαδικασία αυτή, εντοπίστηκαν τα άτομα που υπερβαίνουν και τα άτομα που είναι κάτω από τον στόχο αυτό. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 38.

Κατά την αξιολόγησή τους, οι αριθμοί δείχνουν ότι οι δύο αντίθετες απόψεις (ικανοποίησης και δυσαρέσκειας) εκφράζονται πολύ έντονα από τους συμμετέχοντες. Παρουσιάζονται δηλαδή, αυτοί που είναι πολύ ικανοποιημένοι και αυτοί που είναι πολύ δυσαρεστημένοι από συγκεκριμένους παράγοντες, χωρίς να υπάρχει ενδιάμεση άποψη.

Πίνακας 38: Διαχωρισμός των συμμετεχόντων σύμφωνα με τον προτεινόμενο ενδιάμεσο στόχο βάση του HSE auto-analysis tool

Κατηγορίες Οργανωτικών Παραγόντων	Κάτω από τον ενδιάμεσο στόχο		Πάνω από τον ενδιάμεσο στόχο	
	Συχνότητα	%	Συχνότητα	%
Απαιτήσεις	58	38.2	94	61.8
Έλεγχος	98	71	40	29
Υποστήριξη Διοίκησης	81	53.3	71	46.7
Υποστήριξη συναδέλφων	68	44.7	84	55.3

Σχέσεις	142	93.4	10	6.6
Ρόλοι	71	46.7	81	53.3
Αλλαγή	96	63.2	56	36.8

Ακολούθως, έγινε η συσχέτιση των ατόμων που σκόραραν πάνω από τον ενδιαμέσο στόχο και των ατόμων κάτω από αυτόν, με τη συχνότητα των αντιπαραθέσεων, έτσι ώστε να εντοπιστεί κατά πόσον οι διάφοροι οργανωτικοί παράγοντες επηρεάζουν τη συχνότητα των συγκρούσεων. Η συγκεκριμένη ανάλυση κρίθηκε αναγκαία, αφού μια σημαντική υπόθεση της παρούσας μελέτης, αφορούσε την επίδραση της ικανοποίησης των υπαλλήλων από το περιβάλλον και τις συνθήκες εργασίας στη συχνότητα των συγκρούσεων. Αναλυτικά τα σχετικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 39.

Στις παραμέτρους των Απαιτήσεων, της Υποστήριξη από την Διοίκηση και από τους Συναδέλφους, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των ατόμων που έχουν σκοράρει ~~π~~ πάνω από τον ενδιαμέσο στόχο, δεν έχουν έρθει σε αντιπαράθεση τους τελευταίους 6 μήνες. Παράλληλα, σε όλες τις πιο πάνω παραμέτρους με εξαίρεση αυτή των απαιτήσεων, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων που σκόραραν κάτω από τον ενδιαμέσο στόχο, έχει έρθει σε αντιπαράθεση περισσότερες από 7 φορές. Το ίδιο γεγονός παρουσιάζεται και στις παραμέτρους του Ελέγχου και των Αλλαγών, ενώ το φαινόμενο της αύξησης των αντιπαραθέσεων λόγω δυσαρέσκειας, παρουσιάζεται εντονότερα στην παράμετρο των Σχέσεων.

Πίνακας 39 : Συσχέτιση ενδιάμεσου στόχου και με τη συχνότητα των αντιπαραθέσεων

Οργανωτικοί
Παράγοντες

Πόσες φορές αντιμετωπίσατε αντιπαράθεση στο χώρο της
εργασίας σας τους τελευταίους 6 μήνες;

		Ποτέ	1	2	3	4	5	6	7+
		φορά	φορές	φορές	φορές	φορές	φορές	φορές	Φορές
Απαιτήσεις	Κάτω από τον μέσο όρο	8	14	13	8	3	2	3	7
	Συχνότητα	15	18	20	7	10	7	3	14
Έλεγχος	Κάτω από τον μέσο όρο	15	21	17	9	11	4	2	19
	Συχνότητα	7	9	11	3	2	3	3	2
Υποστήριξη Διοίκησης	Κάτω από τον μέσο όρο	11	12	20	7	7	6	3	15
	Συχνότητα	12	20	13	8	6	3	3	6
Υποστήριξη συναδέλφων	Κάτω από τον μέσο όρο	8	12	16	4	9	4	3	12
	Συχνότητα	15	20	17	11	4	5	3	9
Σχέσεις	Κάτω από τον μέσο όρο	21	32	30	14	11	9	6	19
	Συχνότητα	2	0	3	1	2	0	0	2
Ρόλοι	Κάτω από τον μέσο όρο	13	12	14	8	6	5	3	10
	Συχνότητα	10	20	19	7	7	4	3	11
Αλλαγή	Κάτω από τον μέσο όρο	15	22	21	8	9	5	3	13
	Συχνότητα	8	10	12	7	4	4	3	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1 Συμπεράσματα σχετικά με τη συχνότητα και τις αιτίες των αντιπαραθέσεων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας στα τμήματα ΤΑΕΠ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν τη σχετική διεθνή βιβλιογραφία, ότι υπάρχουν συγκρούσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα τμήματα ΤΑΕΠ. Στα 5 μεγαλύτερα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου όπου έχει διεξαχθεί η έρευνα, το 85% των εργαζομένων έχουν αντιμετωπίσει αντιπαραθέσεις από μια έως επτά και πλέον φορές στο χώρο εργασίας τους, τους τελευταίους 6 μήνες. Κατά συνέπεια και ενώ το 50,6% του δείγματος θεωρεί ότι οι συγκρούσεις επηρεάζουν την επαγγελματική τους απόδοση και θα έπρεπε να αποφεύγονται, εντούτοις αυτές συνεχίζουν να συμβαίνουν ωσάν να είναι αναπόφευκτο αποτέλεσμα της εργασίας στα ΤΑΕΠ. Τα πιο πάνω αποτελέσματα συμφωνούν και με τα ευρήματα αρκετών μελετών της διεθνούς βιβλιογραφίας, που ασχολήθηκαν με τις οργανωσιακές συγκρούσεις (Swansburg & Swansburg, 1999, Skjorshammer, 2001, Tengilimoglou & Kisa, 2005, Kelly, 2006, Κοντογιάννη, 2007).

Πολύ σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης, αποτελεί το γεγονός ότι η συχνότητα των συγκρούσεων δεν παρουσιάζει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,681$) ανάμεσα στις δύο επαγγελματικές ομάδες (γιατρούς – νοσηλευτές). Εντούτοις, όσον αφορά τους γιατρούς, κατά την κατάταξη των αποτελεσμάτων που αφορούν τις διάφορες παραμέτρους αξιολόγησης των οργανωτικών παραγόντων, παρουσιάζονται γενικά πιο ικανοποιημένοι από τις συνθήκες εργασίας τους, γεγονός που θα περίμενε κανείς ότι θα περιόριζε ουσιαστικά τις συγκρούσεις. Αντίθετα οι νοσηλευτές παρουσιάζονται λιγότερο ικανοποιημένοι από τις συνθήκες εργασίας τους και απαιτούν περισσότερες βελτιωτικές παρεμβάσεις, ιδιαίτερα όσον αφορά τα επίπεδα αυτονομίας τον τρόπο διεκπεραίωσης της εργασίας τους, την υποστήριξη που λαμβάνουν από τη διοίκηση, το εργασιακό κλίμα και την ύπαρξη συγκρουόμενων ρόλων. Αναμένουν επίσης διορθωτικές δομές και στον τρόπο με τον οποίο οι οργανωτικές αλλαγές ρυθμίζονται και διακλαδώνονται μέσα στον οργανισμό, γεγονός που πιστεύουν ότι θα διευκολύνει κατά πολύ το κλίμα στο εργασιακό τους περιβάλλον.

Με βάση τα πιο πάνω θα περίμενε κανείς, ότι οι νοσηλευτές δυνητικά ~~θα μπορούσε να~~ εμπλέκονται συχνότερα σε συγκρούσεις, γεγονός όμως που δεν υφίσταται στην παρούσα μελέτη, και παρουσιάζει αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων σχετικών μελετών. Πιο συγκεκριμένα, μέσα από την βιβλιογραφία γίνεται ιδιαίτερη μνεία όσον αφορά τις διαφορές στην επαγγελματική κοινωνικοποίηση ανάμεσα σε γιατρούς και νοσηλευτές. Οι διαφορές προσωπικότητας και οι ασυμβίβαστοι χαρακτήρες σύμφωνα με τους Write & Roe (1996), και η αντιπαράθεση μεταξύ ισχυρών προσωπικοτήτων σύμφωνα με τον Donaldson (1995), οδηγούν συχνά σε διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με τους ρόλους και τις προσδοκίες, δημιουργώντας έτσι αυξημένες αντιπαραθέσεις τόσο μεταξύ τους, όσο και με την ομάδα των γιατρών (Sportsman, 2005).

Στατιστικά σημαντική διαφορά δεν έχει εντοπιστεί ούτε και ανάμεσα στα δύο φύλα ($p = 0,348$), με αποτέλεσμα, τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας, να έχουν τις ίδιες πιθανότητες να εμπλακούν σε κάποια αντιπαράθεση στο χώρο εργασίας τους. Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στην αυξημένη της δυσαρέσκεια των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες, ιδιαίτερα όσον αφορά το περιβάλλον και το φόρτο εργασίας, την υποστήριξη από την διοίκηση, την παρουσία προστριβών και εντάσεων και τον τρόπο με τον οποίο οι οργανωτικές αλλαγές ρυθμίζονται και διακλαδώνονται μέσα στον οργανισμό.

Κατά συνέπεια, το γεγονός αυτό πιθανόν να τις ωθεί σε συχνότερες συγκρούσεις, φτάνοντας έτσι στα επίπεδα των ανδρών που εκ φύσεως θεωρούνται περισσότερο εριστικοί και δεν αποδέχονται εύκολα την εργασιακή ένταση.

Αντίθετα αποτελέσματα παρουσιάζονται στη μελέτη των Beauregard et al (2003), που αναφέρουν συγκεκριμένα, ότι οι γυναίκες και ιδιαίτερα οι νοσηλεύτριες παραμένουν συνήθως ήρεμες και δεν εμπλέκονται σε συγκρούσεις, ενώ σύμφωνα με την Percival (2001), επειδή διαθέτουν την ικανότητα να γνωρίζουν τι αναμένουν οι συνεργάτες τους από αυτές, συμπεριφέρονται ανάλογα, αποφεύγοντας έτσι τις αντιπαραθέσεις.

Όσον αφορά τον παράγοντα ηλικία, και πάλι δεν έχει εντοπιστεί κάποια στατιστικά σημαντική σχέση ($p = 0,147$) σε σχέση με τη συχνότητα των αντιπαραθέσεων, στην

παρούσα μελέτη, ενώ μέσα από την βιβλιογραφία, ο παράγοντας ηλικία παρουσιάζεται αντιφατικός όσον αφορά τους παράγοντες που προκαλούν τις συγκρούσεις.

Από τη μια υποστηρίζεται ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία μπορεί να φοβούνται ότι δεν είναι σε θέση να συναγωνιστούν τους νεότερους συναδέλφους τους, με αποτέλεσμα να νιώθουν μνησικακία και να συγκρούονται μαζί τους (Singleton, 1999). Από την άλλη όμως σε αρκετές μελέτες οι νεότεροι εργαζόμενοι, παρουσιάζουν αυξημένο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης με αποτέλεσμα και αυτοί να εμπλέκονται συχνά σε συγκρούσεις (Cambell και συν., 2001; Gabbe και συν., 2002; Brewer και συν., 2004).

Κατά την αξιολόγηση όμως των οργανωτικών παραγόντων στην παρούσα μελέτη, τα ευρήματα συμφωνούν με αυτά των (Cambell, και συν., 2001; Gabbe, και συν., 2002; Brewer, και συν., 2004). Δηλαδή, οι νεαρότεροι επαγγελματίες υγείας, παρουσιάζονται πιο δυσαρεστημένοι όσον αφορά τις συνθήκες εργασίας, με αυξημένη την πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που έχουν 6 έως 15 έτη υπηρεσίας στον τομέα της υγείας, εντοπίζουν προβλήματα και παράγοντες δυσαρέσκειας από τις συνθήκες εργασίας τους, ως ακολούθως:

- Φόρτος εργασίας,
- τα σχέδια υπηρεσίας,
- περιβάλλον εργασίας,
- επίπεδα αυτονομίας στον τρόπο εκτέλεσης της εργασίας τους, και
- απουσία θετικού κλίματος, ενώ επισημαίνουν την παρουσία απαράδεκτων συμπεριφορών και την ύπαρξη συγκρουόμενων ρόλων.

Επιπρόσθετα, εντοπίζουν προβλήματα όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο μια οργανωτική αλλαγή ρυθμίζεται και εφαρμόζεται στον οργανισμό.

Με βάση τα πιο πάνω θα αναμενόταν ότι η αύξηση της δυσαρέσκειας τους από τον εργασιακό χώρο θα τους οδηγούσε σε αυξημένη τάση για συγκρούσεις. Αυτό συνάδει και

με την βιβλιογραφία που αναφέρει ότι η δυσαρέσκεια αυτή θα μπορούσε να εξαργυρώνεται με μια αύξηση στη συχνότητα των αντιπαραθέσεων (Swansburg & Swansburg, 1999; Kelly, 2006; Vivar, 2006), κάτι όμως που δεν εντοπίζεται στην παρούσα μελέτη.

Πιθανόν η απουσία υποστήριξης από τις οργανωτικές δομές και τη διοίκηση, τους οδηγεί σε απαθή στάση λόγω της ανασφάλειας που ~~πιθανόν να~~ αισθάνονται για την επαγγελματική τους υπόσταση. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρουν ότι δεν λαμβάνουν ούτε εποικοδομητικά σχόλια αλλά ούτε και υποστήριξη από τους προϊστάμενους τους παρόλη την προσπάθεια και τον ζήλο που επιδεικνύουν στην εργασία τους.

Αντίθετα, η τάση ικανοποίησης που εκφράζεται από τους ηλικιακά μεγαλύτερους και υπηρεσιακά αρχαιότερους, δικαιολογείται εκτενώς μέσα από τη βιβλιογραφία. Σύμφωνα με τον Parther (1999) και τους Abubakr & Mohamed (2005), οι εργαζόμενοι με τα περισσότερα χρόνια υπηρεσίας παρουσιάζονται γενικά πιο ικανοποιημένοι από την εργασία τους επειδή είναι εξοικειωμένοι με το συγκεκριμένο περιβάλλον εργασίας και έχουν ενσωματωθεί πλέον σε αυτό.

Ταυτόχρονα, στην πλειοψηφία τους οι ηλικιακά μεγαλύτεροι έχουν περισσότερα αξιώματα και πιθανότατα να βρίσκονται σε καλύτερη θέση, με περισσότερα οικονομικά οφέλη και οργανωτικές ανταμοιβές, γεγονός που επηρεάζει θετικά την όλη αντίληψη τους για το περιβάλλον εργασίας τους, μειώνοντας έτσι τον κίνδυνο των αντιπαραθέσεων. Παρόλα αυτά όμως, η συχνότητα των συγκρούσεων δεν παρουσιάζει διαφορά μεταξύ των ηλικιακά μικρότερων ή μεγαλύτερων.

5.2 Συγκρούσεις και επαγγελματίες υγείας

Σύμφωνα με τους Ahuja & Marshall (2003), οι συγκρούσεις στα τμήματα ΤΑΕΠ, μπορεί να προκύψουν μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας, ανάμεσα στη διοίκηση και τους εργαζομένους, καθώς και μεταξύ ή ανάμεσα στις διάφορες ομάδες των εργαζομένων κυρίως λόγω της προσπάθειας τους να παρέχουν την καλύτερη φροντίδα υγείας με μειωμένα αναλώσιμα και πόρους.

Στην παρούσα μελέτη, ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος (30,7%) αναφέρει ότι έχει έρθει σε αντιπαράθεση με γιατρούς. Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζουν κάποια αντίθεση κατά την κατανομή της συχνότητας των αντιπαραθέσεων σύμφωνα με το επάγγελμα, αφού γιατροί και νοσηλευτές παρουσιάζονται ότι έχουν τις ίδιες πιθανότητες να εμπλακούν σε συγκρούσεις.

Αξιοσημείωτο δε παρουσιάζεται το γεγονός ότι η τάση που παρατηρείται για συγκρούσεις με γιατρούς, δεν παρατηρείται μόνο ανάμεσα στους νοσηλευτές (69,3% των νοσηλευτών του δείγματος ανέφεραν τους γιατρούς ως τα άτομα με τα οποία έχουν έρθει σε αντιπαράθεση), αλλά παρατηρείται και μεταξύ των γιατρών, με υψηλότερο μάλιστα ποσοστό (78,9% των γιατρών έχουν αναφέρει ότι έρχονται σε αντιπαράθεση με γιατρούς). Παρόμοια αποτελέσματα εντοπίζονται στις μελέτες των Skjorshammer, (2001), King, (2002), Sportsman (2005) και Κοντογιάννη, (2007).

Στην παρούσα μελέτη, ~~έσον αφορά τις~~ συγκρούσεις ανάμεσα σε γιατρούς και νοσηλευτές, πιθανόν να οφείλονται στα στερεότυπα που επικρατούν και αφορούν την κυριαρχία του ιατρικού επαγγέλματος στα σύστημα υγείας και την κυπριακή κοινωνία σε συνδυασμό με ~~την αναβάθμιση του~~ σχετικά χαμηλό επίπεδο-επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών, αλλά και τη σύγκρουση συμφερόντων λόγω ~~α~~ διαφορετικών κινήτρων και επιδιώξεων.

Όσον αφορά τις συγκρούσεις ανάμεσα στους γιατρούς σύμφωνα και με τις πιο πάνω μελέτες, πιθανόν μπορεί να οφείλονται να προκύπτουν είτε στην λόγω αμφισβήτησης

των νεοτέρων από τους παλαιότερους, είτε ~~λόγω των~~ λόγω των ~~στις~~ εξ διαφορετικών ~~πεποιθήσε~~ ων μεταξύ των γιατρών που έχουν την ίδια ή παραπλήσια επαγγελματική εμπειρία. Εκ διαμέτρου αντίθετα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη παρουσιάζονται, από την Anderson (1999), η οποία αναφέρει ότι οι γιατροί, κυρίως λόγω φόρτου εργασίας, αποφεύγουν τις συγκρούσεις.

Παρατηρείται ότι ~~η~~ ομάδα των νοσηλευτών έρχεται πολύ συχνότερα σε αντιπαράθεση με το βοηθητικό προσωπικό (βοηθούς θαλάμου και κλητήρες) σε σύγκριση με την ομάδα των γιατρών (31,7% έναντι 5,3%, αντίστοιχα). Πιθανότατα, η μεγάλη αυτή διαφορά να οφείλεται στο γεγονός ότι το βοηθητικό προσωπικό εκ των πραγμάτων, ~~ενδέχεται να~~ εμπλέκεται περισσότερο εργασιακά με το ρόλο του νοσηλευτή παρά με το ρόλο του γιατρού.

Το ιατρικό προσωπικό όμως αντιπαράκειται πιο συχνά με ασθενείς και συγγενείς (26,3% έναντι 14,8% των νοσηλευτών). Η τάση αυτή, πιθανότατα να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς και οι συγγενείς τους έχουν πιο πολλές απαιτήσεις από το ιατρικό προσωπικό όσον αφορά την πορεία της υγείας και την θεραπεία τους. Επομένως οι ασθενείς επιλέγουν περισσότερο την επικοινωνία με τους γιατρούς γιατί τους θεωρούν υπεύθυνους για την αγωγή υγείας που θα ακολουθήσουν και την θεραπεία που ενδεχομένως θα πρέπει να δεχθούν, με αποτέλεσμα οποιαδήποτε ένταση ή ελλιπής επικοινωνία να οδηγεί σε συγκρούσεις.

5.3 Αιτίες των αντιπαράθεσεων

Αρκετές μελέτες που έχουν ασχοληθεί με τις συγκρούσεις, επιβεβαιώνουν ότι αυτές συνδέονται με τους στόχους, τις αξίες, και τους κοινωνικούς κανόνες, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις ~~ενδέχεται να~~ αφορούν δομικές πτυχές όπως η διοικητική αδράνεια, η ετερογένεια, ή η ασάφεια των στόχων.

Σχετικά με τα τμήματα ΤΑΕΠ, τα αίτια αποδίδονται κυρίως στη φύση της εργασίας και τις ιδιαιτερότητες του εργασιακού περιβάλλοντος. Όσον αφορά τις διεπιστημονικές συγκρούσεις μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών, επιβεβαιώνονται και πιθανολογούνται

ένεκα της διαφορετικότητας του εργασιακού τους προσανατολισμού, λόγω της ανομοιογένειας τους ως υγειονομικό δυναμικό και της αλληλοεπικάλυψης των ρόλων ή της ασάφειας καθηκόντων (Ahuja & Marshall, 2003). Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν εν πολλοίς, τις μελέτες αυτές.

Πιο συγκεκριμένα, τα αίτια των συγκρούσεων που αποτυπώνονται από τους συμμετέχοντες ~~της~~ στην παρούσα ~~μελέτη~~, επικεντρώνονται κυρίως σε θέματα οργάνωσης (69,9% σε προβλήματα οργανωτικής δομής και 59,8% σε οργανωτικές ασάφειες).

Καθίσταται επομένως έκδηλο, ότι οι επαγγελματίες υγείας επιρρίπτουν ευθύνες στη ~~υ~~ διοίκηση, και θεωρούν ότι η ~~αδυναμία~~ ανεπάρκεια που επιδεικνύεται σε διάφορα οργανωτικά θέματα, αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα δημιουργίας συγκρούσεων ανάμεσα στους εργαζομένους. Η πιο πάνω τάση, πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι στα δημόσια νοσοκομεία, η διοίκηση χαρακτηρίζεται από χαμηλά επίπεδα αυτονομίας και έλλειψη ευελιξίας και αναγκάζεται να εμμένει σε παρωχημένες καταστάσεις.

Συνεπώς, οι εργαζόμενοι καταλήγουν να αισθάνονται πιεσμένοι και καθοδηγούμενοι, αντί να αισθάνονται ότι συμμετέχουν, με αποτέλεσμα να μειώνεται και η εργασιακή τους ικανοποίηση (Tengilimoglou & Kisa, 2005). Χαρακτηριστικό είναι ~~δε~~ το γεγονός, ότι στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχοντες παρουσιάζονται με μια τάση δυσαρέσκειας ως προς το περιβάλλον και το φόρτο εργασίας, ενώ θεωρούν ελλιπή έως και ανύπαρκτα τα επίπεδα αυτονομίας στον τρόπο εκτέλεσης της εργασίας τους. Μπορεί επομένως η μειωμένη αυτονομία στη διεκπεραίωση των καθηκόντων των συμμετεχόντων στην μελέτη, να αποδοθεί στην κακή οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας.

Ένα επίσης σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (60,7%), θεωρεί τα προβλήματα επικοινωνίας ως σημαντική αιτία συγκρούσεων. Επιπρόσθετα, το 52,5% συμφωνεί ότι τα προβλήματα που προκύπτουν από τις αλληλεξαρτήσεις των δραστηριοτήτων των τμημάτων, οι οποίες οφείλονται στην κακή επικοινωνία αυξάνουν τις πιθανότητες για συγκρούσεις.

Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες υποστηρίζουν ότι χρήζει άμεσης βελτίωσης η παράμετρος των αλλαγών και ιδιαίτερα ο τρόπος με τον οποίο επεξηγούνται από τα διευθυντικά στελέχη οι διάφορες αλλαγές στο ντρόπω εργασίας. Για το θέμα αυτό υπάρχει αρκετή στήριξη και από τη βιβλιογραφία, ενώ τα προβλήματα επικοινωνίας αιτιολογούνται ένεκα της σύνθετης ιεραρχικής δομής που ~~διακατέχει~~ χαρακτηρίζει οργανισμούς όπως τα δημόσια νοσηλευτήρια.

Ειδικότερα, υποστηρίζεται ότι τα πολλά επίπεδα εξουσίας που υπάρχουν στις νοσηλευτικές μονάδες και η ασάφεια των ρόλων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, μπορεί να προκαλέσουν σε αρκετές περιπτώσεις, ~~δια~~στρέβλωση της επικοινωνίας προκαλώντας συγκρούσεις (Potter, 1996; Farrel, 2001).

Από την άλλη, η Kelly (2006) υποστηρίζει ότι η προβληματική επικοινωνία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας πιθανόν να οφείλεται στη διαφορά που υπάρχει στο εκπαιδευτικό τους κυρίως επίπεδο, εμποδίζοντας έτσι την καλή ροή των πληροφοριών, τόσο ανάμεσα στις διάφορες επαγγελματικές ομάδες, όσο και ανάμεσα στα διάφορα τμήματα.

Όσον αφορά τις διαφορές στους στόχους και τις επιδιώξεις, μόνο το 1/3 σχεδόν (32%) των συμμετεχόντων τις θεωρεί αιτία πρόκλησης συγκρούσεων, ενώ τις διαπροσωπικές διαφορές μόνο το 9%. Τα πιο πάνω αποτελέσματα, επιβεβαιώνονται και μέσα από την αξιολόγηση των οργανωτικών παραγόντων. Πιο συγκεκριμένα, στην παράμετρο της υποστήριξης από τους συναδέλφους, παρατηρείται μια αλληλεγγύη και ένας αλληλοσεβασμός ανάμεσα στα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των ΤΑΕΠ, παρόλο που στη βιβλιογραφία εντοπίζονται αρκετές διαφορές ανάμεσα στις δύο αυτές ομάδες επαγγελματιών υγείας.

Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι στη μελέτη των Tengilimoglu & Kisa (2005), το 98,9% θεωρεί ότι δεν υπάρχουν δίκαιες ανταμοιβές μεταξύ των διάφορων επαγγελματικών ομάδων, ενώ το 52% από αυτούς, πιστεύει ότι απουσιάζουν οι επαγγελματικές ευκαιρίες λόγω άνισης μεταχείρισης των εργαζομένων.

Παρόλο που οι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι δεν υπάρχουν διαπροσωπικές διαφορές, εντούτοις, μέσα από τις δηλώσεις των συμμετεχόντων ~~στην σχετική με την~~ παράμετρο ~~των σχέσεων αυτή~~, παρατηρείται μια αντίθεση. Το κλίμα εργασίας που επικρατεί χαρακτηρίζεται ως αρνητικό, που υποθάλπει ~~και ότι επιτρέπει τις~~ απαράδεκτες συμπεριφορές, αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες των συγκρούσεων. Παρόμοιες αντιδράσεις, δικαιολογούνται στο περιβάλλον των ΤΑΕΠ από τους Ahuja & Marshall (2003), οι οποίοι αναφέρουν ότι η πολυμορφία και ο αυξημένος όγκος περιστατικών που παρατηρείται, σε συνδυασμό με τη συχνή αντιμετώπιση του πόνου και του θανάτου, ενδέχεται να προκαλούν διαφωνίες, εντάσεις, διαπληκτισμούς και συγκρούσεις.

Παρόλα αυτά, η πιο πάνω αντίθεση πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ερωτήσεις στην παράμετρο των σχέσεων αναφέρονται στη συνεργασία, τόσο με το παραϊατρικό και βοηθητικό προσωπικό του τμήματος όσο και με τη διοίκηση. Αντίθετα, η παράμετρος της υποστήριξης από τους συναδέλφους αφορά μόνο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Συμπερασματικά, εικάζεται ότι τα αυξημένα ποσοστά που αφορούν προβλήματα επικοινωνίας, δεν οφείλονται σε κακές εργασιακές σχέσεις ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, αλλά πιθανότατα να προκύπτουν είτε λόγω των οργανωτικών προβλημάτων, είτε σε ασυνεννοησία με το παραϊατρικό και βοηθητικό προσωπικό. Το μεγάλο ποσοστό συγκρούσεων στα ΤΑΕΠ σε σύγκριση με το χαμηλό ποσοστό των κακών εργασιακών σχέσεων, αποτελεί ένα παράδοξο φαινόμενο, που ίσως οφείλεται περισσότερο στις οργανωτικές δομές και στην εμπλοκή ρόλων και εργασιακών καθηκόντων παρά στην προσωπικότητα και τη σχέση των εμπλεκόμενων.

Οι πιο πάνω απόψεις που αφορούν τα αίτια που προκαλούν συγκρούσεις, φαίνεται να συγκλίνουν ανάμεσα σε γιατρούς και νοσηλευτές, ενώ παρόμοια σύγκλιση υπάρχει και όσον αφορά τη συσχέτιση κατά φύλο. Συμπερασματικά επομένως, θεωρείται ότι όλοι οι συμμετέχοντες συμφωνούν στο ότι οι οργανωτικοί παράγοντες και τα προβλήματα επικοινωνίας που υπάρχουν στα τμήματα ΤΑΕΠ των κρατικών νοσηλευτηρίων ευθύνονται για τις αντιπαραθέσεις που προκύπτουν ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας. Επιπρόσθετα, παρόλο που δεν υπάρχουν διαπροσωπικές διαφορές ανάμεσα στους

επαγγελματίες υγείας, υπάρχουν διαφορές στους στόχους και τις επιδιώξεις, οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν συγκρούσεις.

Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύονται και από τη σχετική βιβλιογραφία, με βάση την οποία υποστηρίζεται, χαρακτηριστικά, ότι η φύση της εργασίας σε όλα τα τμήματα των νοσηλευτηρίων αλλά εντονότερα στα ΤΑΕΠ, απαιτεί μια συνεχή αλληλεπίδραση και ανάγκη για συνεργασία, η οποία όμως υπό την επίδραση της διαφορετικότητας στην αντίληψη, που επικρατεί ανάμεσα στις διαφορετικές ομάδες εργαζομένων, ενδέχεται να οδηγεί σε αντιπαραθέσεις (Sportsman, 2005).

Πραγματικά αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι κάτοχοι υψηλής διοικητικά θέσης έχουν τις ίδιες απόψεις σε σχέση με τους παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν συγκρούσεις. Συμφωνούν δηλαδή ότι η κυριότερη αιτία δημιουργίας αντιπαραθέσεων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας δεν είναι ο ανθρώπινος παράγοντας μέσω διαπροσωπικών διαφορών αλλά τα προβλήματα οργανωτικής δομής.

Το γεγονός ότι και οι διοικούντες εντοπίζουν αδυναμίες στην οργάνωση των νοσηλευτικών τμημάτων, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι πιθανόν να μην ευθύνεται αποκλειστικά η διοίκηση για τα προβλήματα οργανωτικής δομής και τις οργανωτικές ασάφειες που επιδεινώνουν το κλίμα εργασίας στα διάφορα νοσηλευτικά τμήματα.

Πιθανόν, αυτό να οφείλεται στο γραφειοκρατικό και βραδυκίνητο σύστημα που επικρατεί σε όλα τα δημόσια νοσηλευτήρια και δεν επιτρέπει την αυτονομία και την ευελιξία της διοίκησης (Tengilimoglu & Kisa, 2005).

5.4 Η επίδραση των οργανωτικών παραγόντων στη συχνότητα των συγκρούσεων

Τα αποτελέσματα από τη συσχέτιση των οργανωτικών παραγόντων με τη συχνότητα των συγκρούσεων, επιβεβαιώνουν μια σημαντική υπόθεση της παρούσας μελέτης: Η δυσαρέσκεια των επαγγελματιών υγείας από συγκεκριμένους οργανωτικούς τομείς, αυξάνει την συχνότητα των συγκρούσεων, ενώ αντίθετα, όταν υπάρχει ικανοποίηση, οι συγκρούσεις αποτρέπονται.

Πιο συγκεκριμένα, στις παραμέτρους των Απαιτήσεων, της Υποστήριξης από την Διοίκηση και της Υποστήριξης από τους Συναδέλφους, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των ατόμων που είναι ικανοποιημένοι, δεν έχουν έρθει ποτέ σε αντιπαράθεση τους τελευταίους 6 μήνες.

Εικάζεται επομένως, ότι η θετική αντίληψη των εργαζομένων όσον αφορά το περιβάλλον και το υ φόρτο εργασίας, αλλά και η υποστήριξη τόσο από τους συναδέλφους όσο και από την διοίκηση, έχει και θετική επίδραση στην ψυχολογία των εργαζομένων στα ΤΑΕΠ, αποτρέποντας έτσι τις αντιπαραθέσεις μεταξύ τους. Παρόμοια αποτελέσματα όσον αφορά το περιβάλλον και το υ φόρτο εργασίας, εντοπίζονται και από τους Ahijsa & Marshall (2003) και τη Μιχαλοπούλου (2003).

Παράλληλα, οι συμμετέχοντες που παρουσιάζονται δυσαρεστημένοι στις παραμέτρους της Υποστήριξης από την Διοίκηση και της Υποστήριξης από τους Συναδέλφους, έχουν αντιμετωπίσει κάποιας μορφής αντιπαράθεση, περισσότερες από 7 φορές στο τελευταίο εξάμηνο (Πίνακας 39). Το ίδιο γεγονός παρουσιάζεται και όσον αφορά τις παραμέτρους του Ελέγχου και των Αλλαγών, ενώ το φαινόμενο της αύξησης των αντιπαραθέσεων λόγω δυσαρέσκειας, παρουσιάζεται εντονότερα στην παράμετρο των Σχέσεων.

Επομένως, η δυσαρέσκεια των συμμετεχόντων όσον αφορά τα επίπεδα αυτονομίας στον τρόπο εκτέλεσης της εργασίας τους, ο τρόπος με τον οποίο μια αλλαγή ρυθμίζεται και διακλαδώνεται μέσα στον οργανισμό, καθώς και οι προστριβές, η ένταση και η ανάρμοστη συμπεριφορά που προκύπτει-αναπτύσσονται πολλές φορές μέσα από το περιβάλλον εργασίας, φαίνεται ότι επιδρούν αρνητικά στους επαγγελματίες υγείας και αυξάνουν τις πιθανότητες για συγκρούσεις.

5.5 Η επαγγελματική εξουθένωση ~~ανάμεσα~~ στο Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των ΤΑΕΠ και η επίδραση της στη συχνότητα των συγκρούσεων

Εκ πρώτης όψεως, με βάση την ανάλυση των απαντήσεων που δόθηκαν ~~από τους~~ επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα ΤΑΕΠ, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία (75%)

των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα ΤΑΕΠ κατατάσσεται στην κατηγορία της ‘χαμηλής εξουθένωσης’.

Παράλληλα, μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων αξιολογεί την υγεία του από καλή (46,1%) έως πολύ καλή (38,2%). Παρόλα αυτά όμως, ένα ~~αρκετά-πολύ~~ υψηλό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας- (68,4%) παραδέχεται ότι παρουσιάζει διάφορα σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση ή και την εργασία γενικότερα, ενώ ένα εξίσου υψηλό ποσοστό (67,1%), πιστεύει ότι το επάγγελμα ~~τους~~ αποτελεί για αυτούς πηγή άγχους.

Τα πιο πάνω αποτελέσματα ενισχύονται και από αρκετές ερευνητικές μελέτες που εξετάζουν την επαγγελματική εξουθένωση ~~ανάμεσα~~ στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Ο Keller (1990), είχε τεκμηριώσει ερευνητικά την συσχέτιση ανάμεσα στο αυξημένο στρες και την επείγουσα νοσηλευτική από τις αρχές της δεκαετίας του '90, ενώ οι Adali και Priami (2002) εξετάζοντας τα επίπεδα στρες σε διάφορα τμήματα, ~~αποδεικνύουν~~ βρήκαν ότι το προσωπικό στα ΤΑΕΠ, παρουσίαζε υψηλότερα επίπεδα στρες και συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τους υπόλοιπους εργαζόμενους.

Επομένως, αφού το επαγγελματικό στρες και τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης παρατηρούνται εντονότερα ~~ανάμεσα~~ στο προσωπικό των ΤΑΕΠ, σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές, μπορεί να πιθανολογηθεί ότι αυτά συμβάλλουν και στη δημιουργία ευθύνονται και για τις συγκρούσεώνς ανάμεσά-μεταξύ τους. Συγκεκριμένα, θεωρείται ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης επηρεάζει αρνητικά την σχέση των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς αλλά και με τους συναδέλφους τους (Maslash and Jackson, 1984). Επιπρόσθετα, έχει ως αποτέλεσμα το προσωπικό μερικές φορές να γίνεται κυνικό, επιθετικό, απότομο και ευερέθιστο, ενώ οι σχέσεις τους με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα, τους προϊσταμένους και τη διοίκηση συχνά διαταράσσονται (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999). Βάση των πιο πάνω, μπορεί να θεωρηθεί ότι το αυξημένο επαγγελματικό άγχος/εξουθένωση επηρεάζει την ψυχική και κοινωνική ευεξία των εργαζομένων, δημιουργώντας ένα περιβάλλον που ευνοεί τις συγκρούσεις.

Η Αλεξάκη (2006) από την άλλη, ενισχύει την πιο πάνω υπόθεση, προσθέτοντας ότι σε αρκετές περιπτώσεις, οι συγκρούσεις στα ΤΑΕΠ δεν επιλύονται λόγω των πιεστικών συνθηκών και του φόρτου εργασίας, με αποτέλεσμα [αυτές να πολλαπλασιάζονται](#).

Στην περαιτέρω ανάλυση όμως των συγκεκριμένων απαντήσεων που αφορούν την επαγγελματική εξουθένωση, παρατηρείται το εξής ανορθόδοξο. Παρόλο που τόσο οι γιατροί, όσο και οι νοσηλευτές, αναφέρουν ότι παρουσιάζουν σε μεγάλο ποσοστό διάφορα σωματικά ενοχλήματα που σχετίζονται με το άγχος (Γιατροί 69.2%, Νοσηλευτές 68.3%), οι γιατροί δεν παραδέχονται ότι το επάγγελμα τους αποτελεί πηγή άγχους για αυτούς (34,5% έναντι 73,8% των νοσηλευτών, με δείκτη στατιστική σημαντικότητας $p = 0.00$). Τα πιο πάνω αποτελέσματα ενισχύονται και από την στατιστικά σημαντική διαφορά που υπάρχει ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ως προς το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης (27,8% των νοσηλευτών έναντι 3,8% των γιατρών, $p < 0.001$). Συμπεραίνεται επομένως ότι η επαγγελματική ομάδα των νοσηλευτών βιώνει περισσότερο στρες και ψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης κατά την ώρα εργασίας από ότι [η επαγγελματική ομάδα των γιατρών](#).

Τα πιο πάνω ευρήματα ~~επαληθεύονται τεκμηριώνονται~~ και βιβλιογραφικά, αφού μέσα από πολλές μελέτες, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, έχει ~~διαπιστωθεί βρεθεί~~ ότι οι νοσηλευτές βιώνουν μεγαλύτερο επαγγελματικό στρες σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα ή άλλους επαγγελματίες υγείας και είναι πιο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση, κυρίως λόγω της ελλιπούς εκπαιδευτικής προετοιμασίας στην αντιμετώπιση του συναισθηματικού άγχους.

Ιδιαίτερα, όσον αφορά τους νοσηλευτές των ΤΑΕΠ, αναφέρονται στατιστικά σημαντικότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης σε σύγκριση με τους νοσηλευτές των ΜΕΘ και των παθολογικών τμημάτων (Αδαλή, 1999; Potter, 2006; Δημητρόπουλος και Φιλίππου, 2008).

Επιπρόσθετα, μέσα από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, μπορούν να εξαχθούν σημαντικά συμπεράσματα όσον αφορά τον γυναικείο πληθυσμό που εργάζεται στα ΤΑΕΠ.

Παρατηρείται αρχικά, μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0.002$) όσον αφορά τα διάφορα σωματικά ενοχλήματα σχετικά με το εργασιακό άγχος ανάμεσα στα δύο φύλα (78,4% των γυναικών έναντι 54,7% των ανδρών). Επιπρόσθετα, στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0.001$) παρατηρείται και όσον αφορά το επίπεδο επαγγελματική εξουθένωσης, με τις νοσηλεύτριες ειδικά, να παρουσιάζονται με υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Επομένως, ο γυναικείος πληθυσμός σε αντίθεση με τον αντρικό πληθυσμό ~~των~~ ερευνώμενων του δείγματος, παραδέχεται, αφενός ότι βιώνει συμπτώματα κούρασης και αφετέρου ότι βρίσκεται σε κάποιο στάδιο επαγγελματικής εξουθένωσης ($p = 0,002$), ενώ σύμφωνα με την αξιολόγηση κινδύνου, οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας έχουν 1,5 φορά περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν επαγγελματική εξουθένωση από ότι οι άντρες.

Αρκετές μελέτες δείχνουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στις γυναίκες ενισχύοντας έτσι τα πιο πάνω αποτελέσματα (Fothegill, etal., 2004; McMurray, etal., 2000).

Εντούτοις, σημαντικότερο εύρημα θεωρείται το γεγονός ότι υπάρχει μια θετική σχέση ανάμεσα στο βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης και της συχνότητας των συγκρούσεων, επιβεβαιώνοντας έτσι μια άλλη υπόθεση της παρούσας μελέτης. Πιο συγκεκριμένα, ισχύει το γεγονός ότι όσοι έχουν χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης τείνουν να μην έρχονται συχνά σε αντιπαράθεση ($p = 0.002$). Η σχέση αυτή ενισχύεται και από τις συμμετρικές μετρήσεις (Symmetric Measures). Η τιμή του Pearson's $R = 0.2$ και ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας $<p = 0.001$, επιβεβαιώνουν τη θετική σχέση ανάμεσα στη χαμηλή εξουθένωση και τη χαμηλή συχνότητα αντιπαράθεσεων.

5.6 Συμπεράσματα σχετικά με τους τρόπους διαχείρισης των συγκρούσεων που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας

Το πρόβλημα όμως με τις συγκρούσεις σύμφωνα με τους Ahuja & Marshall (2003), δεν επικεντρώνεται στην ύπαρξη τους αλλά στην αποτελεσματική διαχείριση τους. Όταν οι σχέσεις ανάμεσα στους προμηθευτές υγειονομικής φροντίδας ~~διαφέρουν~~ διαβρώνονται,

τόσο η εργασιακή ικανοποίηση όσο και η παροχή φροντίδας μειώνονται. Οι συνέπειες μιας ~~άλλης~~διαρκούς σύγκρουσης είναι εκτενείς και περιλαμβάνουν τόσο συναισθηματικές όσο και οικονομικές επιπτώσεις για τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας, τους ασθενείς, τους διοικούντες και ολόκληρο τον οργανισμό (Mayer, 2000).

Στην παρούσα μελέτη, ~~παρατηρείται~~καταγράφεται μια τάση αποφυγής των συγκρούσεων από το 50,7% του δείγματος, αποτελώντας την 1^η επιλογή για την αντιμετώπισή τους ή των συγκρούσεων τόσο από τους νοσηλευτές όσο και από τους γιατρούς. Πιο συγκεκριμένα, το 34,6% των γιατρών και το 54% των νοσηλευτών επιλέγουν την αποφυγή έναντι των υπόλοιπων στρατηγικών για την αντιμετώπιση των συγκρούσεων, ενώ ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας ($p = 0,001$) αποκλείει το ενδεχόμενο αυτό να οφείλονται στην τύχη.

Οι Goodman (2004) και Skjorhammer (2002), συμφωνούν με τα πιο πάνω ευρήματα, υποστηρίζοντας ότι η αποφυγή μιας σύγκρουσης και η καταστολή του θυμού, είναι η πιο κοινή αντίδραση σε περιβάλλοντα επειγόντων καταστάσεων. Επιπρόσθετα, οι Valentine (1995) και Kelly (2006) επισημαίνουν ότι οι νοσηλευτές μονάδων επείγουσας νοσηλείας αποφεύγουν τις συγκρούσεις, αφού λόγω της σοβαρότητας των περιστατικών και του φόρτου εργασίας, υπάρχουν λίγες ευκαιρίες για να ασχοληθούν με αντιπαραθέσεις. Για τον ίδιο λόγο, οι νοσηλευτές και ιδιαίτερα οι κάτοχοι διοικητικής θέσης επιλέγουν την συνεργασία για να αποφύγουν τη σύγκρουση (Hendel et al., 2007).

Αντίθεση με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, παρουσιάζουν όμως και αρκετές μελέτες (Jameson, 2003; Vinar, 2006; Skjorhammer, 2001; Valentine, 1995), μέσα από τις οποίες παρατηρείται ότι η αποφυγή συνήθως επιλέγεται από τους νοσηλευτές και όχι από τους γιατρούς, κυρίως λόγω των στερεότυπων που συνοδεύουν το νοσηλευτικό επάγγελμα (υπακοή στους γιατρούς, κυριαρχία ιατρικού επαγγέλματος, χαμηλή αυτοεκτίμηση). Ο πίνακας 40 που ακολουθεί παρουσιάζει τις διαφορές της παρούσας μελέτης, όσον αφορά την κατά σειρά προτίμησης στρατηγικών διαχείρισης των συγκρούσεων που επιλέγει το νοσηλευτικό προσωπικό, σε σχέση με αντίστοιχες μελέτες.

Πίνακας 40: Συγκεντρωτικός πίνακας των κατά σειρά προτίμησης στρατηγικών που επιλέγει το νοσηλευτικό προσωπικό της παρούσας μελέτης Vs αντίστοιχων μελετών

	Αποτελέσματα Παρούσας έρευνας	Αποτελέσματα ερευνών Valentine, 2001; Vivar, 2006; Kelly, 2006
Διεκδίκηση	4η	5 ^η
Συμβιβασμός	3η	3 ^η
Αποδοχή	5η	2 ^η
Αποφυγή	1η	1η
Διαπραγμάτευση	2η	4η

Τα πιο πάνω συμπεράσματα υποστηρίζονται και σε έρευνα των Dechairo-Marino και συν. (2001), όπου οι νοσηλευτές επιλέγουν την αποφυγή και την προσαρμογή από οποιοδήποτε άλλο τρόπο για την επίλυση των συγκρούσεων. Η Valentine (1995) παράλληλα, δικαιολογεί κοινωνιολογικά την συμπεριφορά των νοσηλευτών να επιλέγουν τη στρατηγική της αποφυγής. Σύμφωνα με την συγγραφέα, η νοσηλευτική θεωρείται γυναικοκρατούμενο επάγγελμα και αρκετές μελέτες στο παρελθόν, έδειξαν ότι οι γυναίκες τείνουν να αναπτύσσουν την ταυτότητα τους από τις προσωπικές τους σχέσεις, να δίνουν αξία στην συμπαράσταση και να βλέπουν την σύγκρουση σαν μια απόμακρη συμπεριφορά που μπορεί να είναι και αποτέλεσμα απόρριψης. Ως εκ τούτου, οι γυναίκες χειρίζονται τη σύγκρουση, χρησιμοποιώντας προσωπικά κριτήρια όπως η διατήρηση της φιλίας, ενώ οι άνδρες, που αποτελούν την πλειοψηφία του ιατρικού προσωπικού, χρησιμοποιούν ανεξάρτητα κριτήρια που προέρχονται από τους κανόνες και τα δικαιώματα τους.

Αξιοσημείωτο εύρημα της παρούσας μελέτης, είναι και το γεγονός ότι οι νοσηλευτές δεν επιλέγουν καθόλου την αποδοχή (0%) ως μέθοδο επίλυσης των συγκρούσεων, η οποία

μέσα από αρκετές ερευνητικές εργασίες κατέχει συνήθως τη 2^η θέση στην προτίμηση των νοσηλευτών (Vivar, 2006, Valentine, 2001, Kelly, 2006). Επιπρόσθετα, οι γιατροί φαίνεται να μην διεκδικούν (3,8%), γεγονός που και πάλι παρουσιάζει αντίθεση τόσο με τα αποτελέσματα της σχετικής βιβλιογραφίας (Valentine, 2001; Dechairo-Marino, et al., 2001), όσο και με την δεδομένη ιδιοσυγκρασία και το αίσθημα υπεροχής και εξουσίας που διακατέχει τους γιατρούς έναντι των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας (Dove, 1998, Andrew, 1999).

Η επιλογή όμως της αποφυγής από την πλειοψηφία των συμμετεχόντων, πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι προέρχονται από τα κρατικά νοσηλευτήρια, αφού σύμφωνα με την μελέτη του Vivar, (2006), στη συγκεκριμένη στρατηγική χειρισμού των συγκρούσεων, καταλήγουν συνήθως οι αυστηρές, ιεραρχικές και γραφειοκρατικά οργανωτικές δομές που παρομοιάζουν με τον κρατικό τομέα.

Το γεγονός όμως ότι η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας στα τμήματα ΤΑΕΠ επιλέγει την αποφυγή ως μέσο διαχείρισης των συγκρούσεων, θεωρείται από αρκετούς ερευνητές, θετικό και αναγκαίο, ενώ από άλλους θεωρείται δυσλειτουργικό.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Vivar (2006), με αποφυγή μιας αντιπαράθεσης, κερδίζεται χρόνος για συλλογή περισσότερων πληροφοριών, απαραίτητων για τη περαιτέρω ανάλυση του προβλήματος, ενώ οι Andrew (1999), Valentine (2001) και Hendel και συν (2007) υποστηρίζουν ότι η αποφυγή προδιαθέτει σε περαιτέρω ένταση της σύγκρουσης σε μετέπειτα στάδιο.

Επιπρόσθετα, οι Rahim (1986) και Robbins (1995) θεωρούν ότι εάν η αποφυγή της σύγκρουσης διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να αποβεί δυσλειτουργική καθώς εμποδίζει την αναγνώριση της ύπαρξης του προβλήματος.

Επομένως, βάση των πιο πάνω, για τα αυξημένα επίπεδα συγκρούσεων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας των ΤΑΕΠ, πιθανόν να οφείλονται το γεγονός ότι η πλειοψηφία επιλέγει την αποφυγή ως τρόπο χειρισμού των συγκρούσεων.

5.7 Προτάσεις για επίλυση των συγκρούσεων

Οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη προτείνουν την εδραίωση της επικοινωνίας και συνεργασίας στο νοσοκομείο με ποσοστό 22,4% ως τον καλύτερο τρόπο για την επίλυση των συγκρούσεων. Η συγκεκριμένη πρόταση πιθανόν να πηγάζει και από το γεγονός ότι οι πολλοί από τους συμμετέχοντες (60,7%) θεωρούν τα προβλήματα επικοινωνίας ως σημαντική αιτία για τη δημιουργία συγκρούσεων.

Η ανάγκη αυτή, που εκφράζεται τόσο έντονα από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι το περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτηρίων και ιδιαίτερα των τμημάτων ΤΑΕΠ όπου απαιτούνται γρήγορες αποφάσεις, είναι πολύπλοκο και απαιτεί τη συνεργασία των εργαζομένων για την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας (Μιχαλοπούλου, 2003). Επομένως, ορθώς υποστηρίζεται από τους εργαζομένους των ΤΑΕΠ ότι για μια σωστή συνεργασία απαιτείται και καλή επικοινωνία.

Σύμφωνα με τον Dove (1998), το γραφειοκρατικό σύστημα που επικρατεί στα δημόσια νοσηλευτήρια, οδηγεί σε οργανωτική ανεπάρκεια, αδυνατώντας να κατανείμει με σαφήνεια τις αρμοδιότητες και τα καθήκοντα στις διάφορες επαγγελματικές ομάδες. Έτσι παρατηρείται ασάφεια σχετικά με τις δικαιοδοσίες και τις αρμοδιότητες. Εικάζεται επομένως, ότι αυτός είναι και ο λόγος που το 14,6% συμμετεχόντων, θεωρεί τη σαφή κατανομή αρμοδιοτήτων, υποχρεώσεων και δικαιωμάτων απαραίτητη και την κατατάσσει στη 2^η θέση των προτεινόμενων τρόπων επίλυσης των συγκρούσεων.

Εξάλλου, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, θεωρεί ότι τα προβλήματα οργανωτικής δομής (69,9%) και οι οργανωτικές ασάφειες (59,8%) ευθύνονται κατά κύριο λόγο για τις αντιπαραθέσεις ανάμεσα στο προσωπικό των ΤΑΕΠ, γεγονός που συμβαδίζει με τον συγκεκριμένο τρόπο επίλυσης που προτείνεται.

Παράλληλα, με το ίδιο σχεδόν ποσοστό (13,2%) οι συμμετέχοντες απαιτούν την εγκαθίδρυση αμερόληπτης διοίκησης χωρίς διακρίσεις, ενώ το 11,2% πιστεύει ότι θα πρέπει να δίνονται ευκαιρίες για έκφραση απόψεων όσων βρίσκονται σε αντιπαράθεση.

Μέσα από τις πιο πάνω εισηγήσεις του δείγματος εικάζεται ότι στα δημόσια νοσηλευτήρια, δεν υπάρχουν δίκαιες επιβραβεύσεις ή ανταμοιβές από τη διοίκηση σύμφωνα με την απόδοση τους, κάτι που υποστηρίζεται και από τα αποτελέσματα της έρευνας των Tengilimoglu & Kisa (2005). Η ανάγκη των εργαζομένων για δίκαιη αντιμετώπιση από την διοίκηση ενισχύεται και από το γεγονός ότι η πρόταση για σεβασμό στα ατομικά δικαιώματα και στην επαγγελματική εξέλιξη κατατάσσεται στην 4^η θέση με ποσοστό 12,6%.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Αδαλή, Ε. (1999) *Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα ΜΕΘ και τμήματα επείγουσών περιπτώσεων*. Διδακτορική Διατριβή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, 1999.

Αδαλή, Ε. Λεμονίδου, Χ. (2001) Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική 2001*, 40(2) : 15-22

Αλεξιάκη, Γ. (2006) *Η εξέλιξη της συνεργασίας*. Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα

Δημητρόπουλος, Χ. και Φιλίππου, Ν. (2008) Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2008*, 25(5): 642-647

Ζαβλανός, Μ. (2002) *Οργανωσιακή Συμπεριφορά*. Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα.

Θεοδωράτου Μ, Μπέκος Β, Σκυλογιάννης Γ. (2003) Τρόποι διαχείρισης του εργασιακού άγχους από το νοσηλευτικό προσωπικό. *Νοσηλευτική*, 42:479-496

Καδδά, Α. (2005) Τρόποι Διαχείρισης του στρες των επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία. *Επιθεώρηση Υγείας 2005*, 16:23-26

Καλογιάννη, Α., Σήρα, Σ., Βαρζελιώτη, Κ., Δημητριάδου, Σ., Ηλιάδου, Ε. και Μόνιου, Α. (2007) Επίδραση της εργασίας στην ζωή των επαγγελματιών υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007*, 24 (1) : 262-267

Κάντας, Α. (1999) *Η Σύγκρουση στο Χώρο της Εργασίας*. Στου: Νέστορος, Ι. (επιμ. έκδ.). *Η Επιθετικότητα στην Οικογένεια, στο Σχολείο και στην Κοινωνία*. Δ' Έκδοση. Μέρος Α'. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Κοντογιάννη, Α. (2007) *Η Διαχείριση των συγκρούσεων στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό στα Δημόσια Παιδιατρικά Νοσοκομεία*. Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Μακράκη, Β. (1997) *Ανάλυση Δεδομένων στην Επιστημονική Έρευνα με τη χρήση του SPSS. Από τη θεωρία στη πράξη*. Αθήνα, Gutenberg.

Μάρκου, Π. (2005) Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων. *Επιθεώρηση Υγείας 2005*, 16:21-25

Μιχαλοπούλου, Α.Μ. (2003) Το άγχος των νοσηλευτών που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. *Νοσηλευτική*, 42, 239-298

Μπαμπινιώτη, Γ. (2005), *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. 2^η Έκδοση. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας.

Μπελλάλη, Θ.; Κοντοδημόπουλος, Ν.; Καλαφάτη, Μ.; Νιάκας, Δ. (2007) Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2007, 24:75-84

Μπουραντάς, Δ. (1992) *Μανατζμεντ – Οργανωτική Θεωρία και Συμπεριφορά*. Αθήνα: Team. Σελ. 264 – 271.

Μπουραντάς, Δ. (2002) *Μανατζμεντ*. Εκδ. Γ. Μπένου, Αθήνα

Παπαδάτου, Δ και Αναγνωστόπουλος Φ. (1999) *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Σαπουντζή-Κρέπια, Δ. (2001) Ομάδα Υγείας: Διεπαγγελματική Συνεργασία, Συγκρούσεις και Διαχείριση Συγκρούσεων. *Νοσηλευτική*, 40(1), 75 – 81.

Σαρρής, Μ. (2001) *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση. σελ. 170 – 210.

Σαχίνη-Καρδάση, Α. (2000) *Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας*. Γ' Έκδοση, Αθήνα, Εκδ. ΒΗΤΑ.

Ξενογλώσση

Abubakr, M.S. & Mohamed, H.A. (2005) *Towards a high-performance workplace: managing corporate climate and conflict*. Management Decision, vol.43, No,5, pp. 720-733

Adali, E. & Priami, M. (2002) *Burnout among nurses in intensive care units, internal medicine wards, and emergency departments in Greek Hospitals*. ICUs and Nursing Web Journal, 11, 1-19

Andrew, L.B. (1999) *Conflict management prevention, and resolution in medical settings*. The Physician Executive, July – August, 1999.

Ahuja, J. & Marshall, P. (2003) *Conflict in the emergency department: Retreat in order to advance*. Can J Emerg Med 2003;5(6) pp. 429-33

Albanese, R. (1981) *Managing: Toward Accountability for Performance*. 3rd ed. Richard Irwin, Homewood

Alexander, DA., Klein, S., (2001) *Caring for other can seriously damage your health*. Hosp Med 2001; 62 (5) p.p: 264-7

Antoniou AS. (1999) *Personal traits and professional burnout in health professional*. Arch Hellen Med, 16:20–28

Axelrod, R. (1998) *Η εξέλιξη της συνεργασίας (Σ. Στασίνος, μτφρ)*, Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα

Beaton, D, Bombardier, C, Guillemin, F, Bosi, F. (2002), *Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures*. Institute for Work and Health, Illinois.

Beauregard, M.; Deck, D.; Coughlin, K.; et al., (2003) *Improving out image a nurse at a time*. J Nurs Adm., 33(10):510-511

Blake, R.R. & Mounon, J.S. (1968) Guia practica para la Direction de personal de Enfermeria, In: Vivar, C. (2006) *Putting Conflict management into practice: a nursing case study*. Journal of Nursing Management , 14:201-206

Brewer, E.; Shapard, L. (2004) Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between burnout age or years of experience. *Human Resources Development Review*, 3:102–123

Campbell, D.A.; Sonnad, S.S.; Eckhauser, E.G.; Campbell, K.K.; Greenfield, L.J. (2001) Burnout among American surgeons. *Surgery*, 130:696–705

Cordes CL, Dougherty TW. (1993) *A review and integration of research on job burnout*. Acad Manage Rev, 18:621–656

Cox, K.B. (2003) *The Effects of Intrapersonal, Intragroup, Intergroup and Conflict on Team Performance Effectiveness and Work Satisfaction*. Nursing Administration Quarterly. 27(2), 153 – 163. Available from ProQuest Medical Library [accessed July 2009].

Coombs, M. (2003) *Power and Conflict in Intensive Care Clinical Decision Making*. Intensive and Critical Care Nursing. 19. 125 – 135.

Dechairo-Marino, A.E.; Jordan-Marsh, M.; Traiger, G. & Saulo, M. (2001) *Nurse/Physician Collaboration. Action Research and the lessons learned*. JONA, vol.31, No.5, May 2001

Demerouti E, Baker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. (2000) *A model of burnout and life satisfaction amongst nurses*. J Adv Nurs, 32:454–464

Donaldson, M. (1995) *Management for doctors: conflict, power and negotiation*. BMJ, 310:104-107

- Dove, A. (1998) *Conflict: process and resolution*. Nurs Managem. 29:30-32
- Edelwich, J. and Brodsky, A. (1980) *Burnout: Stages of disillusionment in helping professions*. Human Sciences Press, New York.
- Fairman, J. (2003) *Not all Nurses are Good, Not all Doctors are Bad*. Bulletin of the History of Medicine. 78(2), 451 – 460.
- Farrell, G.A. (1999) *Aggression in Clinical Settings: Nurses' Views – a Follow-up Study*. Journal of Advance Nursing. 29(3), 532 – 541.
- Farrel, G.A. (2001) *From tall poppies to squashed weeds: why won't nurses pull together more?* J Adv Nurs. 35:26-33
- Fothergill A, Edwards D, Burnard P. (2004) Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: Findings from a systematic review. *Int J Soc Psychiatry*, 50:54–65
- Fritchie, R. (1995) *Conflict and its management*. British Journal of Hospital Medicine, 53(9), 471-473
- Gabbe, S.; Melville, J.; Mandel, L.; Walker, E. (2002) Burnout in chairs of obstetrics and gynaecology: Diagnosis, treatment, and prevention. *Am J Obstet Gynecol*, 186:601–612
- Gander, B. & Ware, J.E. (1998) Methods for validating and norming translation of Health status questionnaire: the IQOLA project approach for IQOLA project group health assessment. *J Clin Epidemiol* 51:953-959.
- Gillies, D. (1994) *Nursing management: a systems' approach*. 3rd ed. Saunders, 1994:356-358
- Goodman, B. (2004) *Ms B and legal competence: interprofessional collaboration and nurse autonomy*. Nurs Crit Care. 2004;9(6):271-280

Hendel, T.; Fish, M.; Galon, V. (2005) *Leadership styles and choice of strategy in conflict management among Israeli nurse managers in general hospitals*. Journal of Nursing Management, 13, 137-146

Hendel, T.; Fish, M. & Bergen, O. (2007) *Nurse/Physician Conflict Management Mode Choices. Implications for Improved Collaborative Practice*. Nurs Admin, Vol 31, No , pp 244-253

Huber, D. (1996) *Leadership and nursing care management*. WB Saunders, 1996:414-418

Jameson, J. (2003) *Transcending intractable conflict in health care: an exploratory study of communication and conflict management among anesthesia providers*. Journal of Health communication. Vol. 8, p.p. 563-581

Jordan, J.P. & Troth, A.C. (2002) *Emotional Intelligence and Conflict Resolution in Nursing*. Contemporary Nurse. **13**. 94 – 100.

Johnson, M. (1994) *Conflict and nursing professionalization*. Molsby, Toronto, pp. 643-649

Kalemoglou, M. & Keskin, O. (2006) *Burnout syndrome at the emergency services*. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2006; 14; 37-40.

Keller, K.L. (1990) *The management of stress and prevention of burnout in emergency nurses*. Journal of Emergency Nursing. 16(2), 90-95

Kelly, J. (2006) *An overview of conflict*. Dimensions of clinical care nursing, 25(1), p.p. 22-28

Kernberg, O.F. (1998) *Ideology, conflict and Leadership In groups and Organizations*. Yale University Press, London

King, J. (2002) *Dealing with difficult doctors*. BMJ Career Focus, 325- 330

Mapi Research Institute , Linguistic validation of the CRQ Questionnaire. CRQ Translation Guidelines from MAPI

Mariner Tommey, A. (2000) *Guide to nursing management and leadership*. 6th ed. Mosby, 2000:119,125

Matrunola P. (1996) *Is there a relationship between job satisfaction and absenteeism?* J Adv Nurs, 23:877–834

Maureen, C. (2003) *Power and Conflict in Intensive Care Clinical Decision Making. Intensive and Critical Care Nursing*. **19**. 125–135. Available online at www.sciencedirect.com [accessed July 2009].

Maslach C. and Jackson, SE. (1984) *Patterns of burnout among a rational sample of public contact worker*. J Health Hum Admin 1984, 7: 189-212

Mayer, B. (2000) *The dynamics of conflict resolution – A practitioner’s guide*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers

McKenna, S. & Richardson, J. (1995) *Business Values, Management and Conflict Handling: in Contemporary Singapore*. Journal of Management Development. **14** (4), 56 – 70

McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K. (2000) The work lives of woman physicians results from the physician work life study. The SGIM career satisfaction study group. *J Gen Intern Med*, 15:372–380

Medical Outcomes Trust (1997), Trust introduces new translation criteria. *Trust Bulletin*, 5, 1-4.

Montoro-Rondriguez, J. & Small, J.A. (2006) *The Role of Conflict Resolution Styles on Nursing Morale, Burnout, and Job Satisfaction in Long-Term Care*. Journal of Aging and Health. **18**(3), 385 – 406.

- Oehler JM, Davidson MG. (1992) *Job stress and burnout in acute and non-acute pediatric nurses*. Am J Crit Care, 1:81–90
- Olofson B, Bengtsson C, Brink E. (2003) *Absence of response: A study of nurses; experience of stress in the workplace*. J Nurs Manag, 11:351–358
- Pagano, M. & Gauvreau, K. (2000) *Αρχές Βιοστατιστικής*. Αθήνα, Εκδ. Έλλην.
- Papadatou D, Papazoglou I, Petraki D, Bellali T. (1999) *Mutual support among nurses who provide care to dying children illness*. Crisis and Loss 1999, 7:37–48
- Past, M. (2001) *Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument, Profile and Interpretive report*. Copyright 1974, 2001 by Xicom, Incorporated is subsidiary of Consulting Psychologists press, Inc.
- Percival, J. (2001) *Don't be too nice*. Nurs Stand. 2001;15(19):22
- Porter, L. (1996) *Conflict. Seminars in perioperative nursing*. 5:119-126
- Potter, C. (2006) *To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: A review of the literature*. Australian Emergency Nursing Journal (2006) 9, 57-64
- Rahim, M.A. (1986) *Managing Conflict in Organizations*. Praegen Publishers, New York, USA
- Rider, E. (2002) *Twelve strategies for effective communication and collaboration in medical teams*. BMJ, 325-345
- Robbins, R. (1995) *Organizational Behavior*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Seuntjens, A. (1982) *Burnout in nursing. What it is and how to prevent it*. Nurs Adm Q 1982, 1:12-19
- Shaufeli WB., Maslach, C. and Marek, T. (1993) *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Taylor & Francis, London.

Sims, D.; Fineman, S. & Gabriel, Y. (1993) *Organizing Organizations*. London, Sage Publications

Singleton, K.E. (1999) Επίλυση Συγκρούσεων. Στους: Swansburg, C. R. & Swansburg, J. R. (Αποστολοπούλου Ε., επιστ. επιμ. και μετάφραση). *Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Διοίκηση και Ηγεσία*. 2^η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. Σελ. 497 – 544.

Skjorshammer, M. (2001) Conflict management in a hospital: designing processing structures and intervention methods. *J. Manage. Med.* 15(2):156-166

Skjorshammer, M. (2001) Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. *J. Interprof. Care*, 15(1):7-18

Skjorshammer, M. (2002) *Understanding conflicts Between Health Professionals: a narrative approach*. *Qualitative Health Research*, Vol. 12, No. 7, p.p. 915-931

Sportsman, S. (2005) *Build a framework for conflict assessment*. *Nurs Managem*, 36:32-34

Swansburg, C. R. & Swansburg, J. R. (1999) Επιτροπές και άλλες ομάδες. (Αποστολοπούλου Ε., επιστ. επιμ. και μετάφραση). *Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Διοίκηση και Ηγεσία*. 2^η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. Σελ. 435 – 452.

Swearingen, S. & Liberman, A. (2004) Nursing Generations: An Expanded look at the Emergence of Conflict and its Resolution. *The Health Care Management*. 23(1), 54 – 64.

Tengilimoglu, D. & Kisa, A. (2005) *Conflict management in public University Hospitals in Turkey. A pilot study*. *The Health Care Manager*, Vol. 24, No.1, p.p. 55-60

Tumers G, Van Merod G, Landeweerd J. (2002) *The diversity of work: Differences, similarities and relationships concerning characteristics of the organization, the work and psychological work reactions in intensive care and non-intensive care nursing*. *Int J Nurs Stud*, 39:841–855

Valentine, P. (1995) *Management of Conflict: Do Nurses/ Women Handle it Differently?*
Journal of Advance Nursing, **22**. 142 – 149.

Valentine, P. (2001) *A gender perspective on conflict management strategies of nurses*. J
Nurs Scholarsh., 2001;33(1):69-74

Vivar, C. (2006) *Putting Conflict management into practice: a nursing case study*.
Journal of Nursing Management , 14:201-206

Write, R. & Roe, R. (1996) *Management of organizations*. Jossey Bass, 689,692,696

<http://www.coastlearn.org/gr/planning-gr/definitions.html>

<http://www.hse.gov.uk/stress/standards>

<http://www.hse.gov.uk/STRESS/standards/downloads.htm>

<http://www.mapi-institute.com/linguistic-validation/methodology>

Formatted: Font: 14 pt, Bold

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία δίνοντας σε κάθε ερώτηση την απάντησή σας, είτε βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στην απάντησή σας, είτε βάζοντας Χ ή √ στον κατάλληλο χώρο

1. Χώρος παροχής των υπηρεσιών σας.

1. Νοσοκομείο Λάρνακας	2. Νοσοκομείο Αμμοχώστου	3. Νοσοκομείο Λεμεσού	4. Νοσοκομείο Λευκωσίας	5. Νοσοκομείο Πάφου
---------------------------	-----------------------------	--------------------------	----------------------------	------------------------

2. Φύλο:

1	Άνδρας
---	--------

2	Γυναίκα
---	---------

3. Ηλικία (στα τελευταία γενέθλια):

4. Οικογενειακή κατάσταση:

1. Έγγαμος/η	2. Άγαμος/η	3. Διαζευγμένος/η, Σε διάσταση	4. Χήρος/α
--------------	-------------	-----------------------------------	------------

5. Αριθμός παιδιών:

1. Κανένα παιδί	2. 1-2 παιδιά	3. 3+ παιδιά
-----------------	---------------	--------------

6. Επάγγελμα:

1. Ιατρός, *Ειδικότητα*
2. Νοσηλεύτης/τρια *Εξειδίκευση (αν υπάρχει)*
..... (π.χ. Διοίκηση, Μαιευτική, Πτυχίο, κλπ)

7. Θέση που κατέχετε:

1	Διευθυντή/ντρια, Βοηθός Διευθυντής/ντρια κλινικής, Επιμελητής
2	Ιατρικός Λειτουργός
3	Προϊστάμενος/η, Βοηθός Προϊστάμενος/η, Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός
4	Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός
5	Νοσηλευτικός Λειτουργός

8. Χρόνια Υπηρεσίας στον τομέα της υγείας:

1. 5 ή λιγότερα	2. 6-10 χρόνια	3. 11-15 χρόνια	4. 16-20 χρόνια	5. 21+ χρόνια
---------------------------	--------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------

9. Χρόνια υπηρεσίας στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών

Χρόνια

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Οι πιο κάτω ερωτήσεις αφορούν την εργασιακή σας υγεία.

10. Παρακαλούμε διαβάστε τις παρακάτω ερωτήσεις προσεκτικά και αποφασίστε πόσο συχνά, κατά τους τελευταίους 6 μήνες, βιώσατε τα συμπτώματα που αναφέρονται. Παρακαλώ σημειώστε μόνο ένα αριθμό για κάθε ερώτηση. Είναι σημαντικό για την ανάλυση του ερωτηματολογίου να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

		Ποτέ	Σπάνια	Κάποτε	Συχνά	Συνεχώς
1	Βαριόσασταν εύκολα;	0	1	2	3	4
2	Νιώθατε να ενοχλείστε ή να εκνευρίζεστε εύκολα;	0	1	2	3	4
3	Είχατε ξερόβηχα χωρίς προφανή λόγο;	0	1	2	3	4
4	Νιώθατε συγχυσμένος/η ενώ έπρεπε να ενεργήσετε άμεσα;	0	1	2	3	4
5	Ενεργούσατε βιαστικά ή παρορμητικά;	0	1	2	3	4
6	Ήσασταν αφηρημένος/η και ξεχνούσατε πράγματα;	0	1	2	3	4
7	Ήταν “σπασμένα τα νεύρα σας” και νιώθατε εξαντλημένος/η;	0	1	2	3	4
8	Νιώθατε εύκολα κούραση;	0	1	2	3	4
9	Κοκκινίζατε/νιώθατε έξαψη χωρίς προφανή λόγο;	0	1	2	3	4
10	Είχατε δυσκολία να κοιμηθείτε ή να παραμείνετε κοιμισμένος/η;	0	1	2	3	4
11	Εύκολα νιώθατε συναισθηματικά ευάλωτος/η;	0	1	2	3	4
12	Δυσκολευόσαστε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4

11. Πιστεύεται ότι το επάγγελμα σας αποτελεί πηγή άγχους για σας;

1. ΝΑΙ	2. ΟΧΙ
--------	--------

12. Αισθανθήκατε ενόχληση ή πόνο στους καρπούς, στους ώμους, στον αυχένα, στη μέση ή στην πλάτη; (Παρακαλούμε να απαντήσετε αν νομίζετε ότι τα πιο πάνω προβλήματα σχετίζονται με την εργασία σας)

1. ΝΑΙ	2. ΟΧΙ
--------	--------

13. Πώς αξιολογείται την υγεία σας;

Πολύ καλή	1
Καλή	2
Μέτρια	3
Κακή	4
Πολύ κακή	5
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	6

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Ακολουθούν ορισμένες ερωτήσεις σε σχέση με τις αντιπαραθέσεις που μπορεί να έχετε συναντήσει:

14. Πόσες φορές αντιμετωπίσατε αντιπαραθεση στο χώρο της εργασίας σας τους τελευταίους 6 μήνες;

1	Ποτέ
2	1 φορά
3	2 φορές
4	3 φορές
5	4 φορές
6	5 φορές
7	6 φορές
8	7 + Φορές

15. Με ποιους επαγγελματίες έχετε έλθει σε αντιπαράθεση στο πλαίσιο εκτέλεσης των καθηκόντων σας τους τελευταίους 6 μήνες; Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία (1) απαντήσεις.

1	Μέλη της διοίκησης του νοσοκομείου
2	Ιατρούς
3	Νοσηλευτές
4	Βοηθούς Θαλάμου
5	Άλλους (παρακαλώ διευκρινίστε)
6	Κανένα (παρακαλώ προχωρήστε στη ερώτηση 17)

16. Λόγοι που προκάλεσαν αντιπαράθεση στα πλαίσια των καθηκόντων σας τους τελευταίους 6 μήνες: Σημειώστε με ένα/ί ότι σας αντιπροσωπεύει. Παρακαλώ απαντήστε και στις 6 ερωτήσεις.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Προβλήματα επικοινωνίας		
2. Προβλήματα οργανωτικής δομής		
3. Διαπροσωπικές διαφορές		
4. Διαφορές στους στόχους / επιδιώξεις		
5. Αλληλεξαρτήσεις των δραστηριοτήτων του τμήματος		
6. Οργανωτικές ασάφειες		
Άλλο (διευκρινίστε)		

17. Τι είδους συμπεριφορά εκδηλώνετε όταν βρίσκεστε σε αντιπαράθεση με κάποιον; Επιλέξτε μια (1) επιλογή:

1	Συνήθως διεκδικώ μέχρι να κερδίσω
2	Συνήθως συμβιβάζομαι
3	Αποδέχομαι τη θέληση της αντίθετης πλευράς
4	Προσπαθώ να αποφύγω την αντιπαράθεση
5	Διαπραγματεύομαι για αμοιβαίο όφελος με την αντίθετη πλευρά

18. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι οι αντιπαραθέσεις επηρεάζουν την απόδοση σας;

1	Καθόλου
2	Λίγο
3	Μέτρια
4	Πολύ
5	Πάρα πολύ

19. Ποιοι από τους παρακάτω λόγους, κατά την άποψη σας, αν βελτιωθούν θα βοηθήσουν στην επίλυση των αντιπαραθέσεων στο χώρο του Τμήματος Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών.

Επιλέξτε μέχρι πέντε (5) επιλογές και κατατάξτε τις με σειρά προτεραιότητας όπου 1= ο σημαντικότερος λόγος που χρίζει άμεσης βελτίωσης, 2=ο δεύτερος σημαντικός λόγος, 3= τρίτος σημαντικός λόγος κ.ο.κ :

	Δίκαιη κατανομή των ανθρώπινων πόρων
	Εδραίωση της επικοινωνίας και συνεργασίας στο νοσοκομείο
	Εντοπισμός των αιτιών αντιπαραθέσεων
	Ευκαιρίες για έκφραση απόψεων όσων βρίσκονται σε αντιπαράθεση
	Δίκαιη προσέγγιση στην ανταμοιβή και στην τιμωρία
	Πραγματοποίηση συνεδριάσεων για την επίλυση αντιπαραθέσεων
	Πραγματοποίηση συνεδριάσεων για την πρόληψη αντιπαραθέσεων
	Εγκαθίδρυση αμερόληπτης διοίκησης, χωρίς διακρίσεις
	Σαφής κατανομή αρμοδιοτήτων, υποχρεώσεων και δικαιωμάτων
	Λιγότερες πολιτικές σκοπιμότητες στο χώρο εργασίας
	Εγκαθίδρυση επαγγελματικής διοίκησης και ελέγχου
	Εγκαθίδρυση της αυτονομίας των τμημάτων
	Σεβασμός στα ατομικά δικαιώματα και στην επαγγελματική εξέλιξη
	Δίκαιη μισθοδοσία
Άλλες εισηγήσεις:.....	

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ

Ακολουθούν ορισμένες ερωτήσεις που αναφέρονται σε οργανωτικούς παράγοντες:

20. Σύμφωνα με τις παρακάτω δηλώσεις, αξιολογήστε αυτό που ισχύει για σας κατά τους τελευταίους 6 μήνες. Παρακαλούμε, μη παραλείψετε καμία.

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
1.	Μου είναι ξεκάθαρο τι αναμένεται από εμένα στην εργασία μου.	1	2	3	4	5
2.	Μπορώ να αποφασίζω τότε να κάνω το διάλειμμά μου.	1	2	3	4	5
3.	Δέχομαι διαφόρων ειδών απαιτήσεις στην εργασία μου και μου είναι δύσκολο να ανταπεξέλθω.	1	2	3	4	5
4.	Γνωρίζω πώς να εκτελώ τα καθήκοντά μου.	1	2	3	4	5
5.	Υπόκειμαι σε παρενόχληση με τη μορφή ανάρμοστων φράσεων ή/και συμπεριφοράς.	1	2	3	4	5
6.	Οι προθεσμίες για τη διεκπεραίωση των καθηκόντων μου δεν είναι εφικτές.	1	2	3	4	5
7.	Αν έχω δυσκολίες στην εργασία μου, οι συνάδελφοί μου με βοηθούν.	1	2	3	4	5
8.	Παίρνω εποικοδομητικά σχόλια για την εργασίας μου.	1	2	3	4	5
9.	Πρέπει να εργάζομαι με έντονο ρυθμό.	1	2	3	4	5
10.	Μπορώ να καθορίζω το ρυθμό της εργασίας μου.	1	2	3	4	5
11.	Γνωρίζω ξεκάθαρα τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις μου.	1	2	3	4	5
12.	Είμαι αναγκασμένος να παραμελώ κάποια από τα καθήκοντά λόγω μεγάλου φόρτου εργασίας	1	2	3	4	5
13.	Μου είναι ξεκάθαροι οι στόχοι του τμήματός μου.	1	2	3	4	5
14.	Υπάρχουν προστριβές και ένταση	1	2	3	4	5

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
	μεταξύ του προσωπικού.					
15.	Έχω την ελευθερία να αποφασίζω για τον τρόπο εκτέλεσης της εργασίας μου	1	2	3	4	5
16.	Δεν μπορώ να κάνω αρκετά διαλείμματα.	1	2	3	4	5
17.	Μου είναι ξεκάθαρο με ποιο τρόπο η εργασία μου συμβάλλει στους γενικότερους στόχους του τμήματος	1	2	3	4	5
18.	Είμαι αναγκασμένος να εργάζομαι πολλές ώρες.	1	2	3	4	5
19.	Μπορώ να επιλέγω τι θα κάνω στη δουλειά μου	1	2	3	4	5
20.	Πρέπει να εργάζομαι πολύ γρήγορα.	1	2	3	4	5
21.	Υπόκειμαι σε εκφοβισμό στην εργασία μου.	1	2	3	4	5
22.	Έχω μη ρεαλιστικά χρονοδιαγράμματα	1	2	3	4	5
23.	Μπορώ να βασιστώ στον προϊστάμενό μου για βοήθεια με εργασιακά προβλήματα.	1	2	3	4	5
24.	Έχω τη βοήθεια και την υποστήριξη που χρειάζομαι από τους συναδέλφους μου.	1	2	3	4	5
25.	Μπορώ να εκφράσω την άποψη μου ως προς τον τρόπο που εργάζομαι.	1	2	3	4	5
26.	Μου δίνονται επαρκείς ευκαιρίες να συζητώ με διευθυντικά στελέχη σχετικά με αλλαγές στον χώρο της εργασίας μου.	1	2	3	4	5
27.	Έχω το σεβασμό που μου αξίζει από τους συναδέλφους μου.	1	2	3	4	5
28.	Συζητείται πάντοτε η άποψη των εργαζομένων για αλλαγές στην εργασία	1	2	3	4	5
29.	Μπορώ να συζητώ με τον προϊστάμενό μου για θέματα που με ενοχλούν στη δουλειά	1	2	3	4	5
30.	Μπορώ να έχω ευέλικτο ωράριο	1	2	3	4	5

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
	εργασίας.					
31.	Οι συνάδελφοί μου είναι πρόθυμοι να ακούσουν τυχόν εργασιακά μου προβλήματα.	1	2	3	4	5
32.	Όταν γίνονται αλλαγές στην εργασία μου, μου είναι ξεκάθαρο με ποιο τρόπο θα υλοποιηθούν.	1	2	3	4	5
33.	Παίρνω την υποστήριξη που χρειάζομαι όταν η εργασία μου είναι συναισθηματικά φορτισμένη	1	2	3	4	5
34.	Οι διαπροσωπικές σχέσεις στο εργασιακό περιβάλλον είναι τεταμένες.	1	2	3	4	5
35.	Ο προϊστάμενός μου με ενθαρρύνει στην εργασία μου.	1	2	3	4	5

ΠΑΡΑΤΗΜΑ ΙΙ: ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ

Έλενα Ρούσου

Ειδικό Επιστημονικό Προσωπικό

Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου

Τμήμα Νοσηλευτικής

Τηλ: 99846634, 25801575

Email: rousou.elena@gmail.com

24 Νοεμβρίου 2009

Πρώτη Νοσηλευτική Λειτουργό

ΘΕΜΑ: Μεταπτυχιακή Μελέτη για την Αποτύπωση και μελέτη των Αντιπαραθέσεων ανάμεσα στο προσωπικό στα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ) των Νοσοκομείων της Κύπρου.

Στα πλαίσια των μεταπτυχιακών μου σπουδών θα εκπονήσω μελέτη με το πιο πάνω θέμα και θα ήθελα τη βοήθεια σας για την στρατολόγηση του δείγματος που αφορά το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των ΤΑΕΠ.

Η μελέτη αυτή έχει εγκριθεί από το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου και τις Ιατρικές και Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας. (Οι σχετικές επιστολές επισυνάπτονται).

Ο γενικός σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση του εργασιακού περιβάλλοντος στο χώρο των ΤΑΕΠ στα νοσοκομεία της Κύπρου. Μέσα από τις ερευνητικές διαδικασίες πιθανόν να αναδειχθούν παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην δημιουργία αρνητικού εργασιακού κλίματος με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προστριβές και συγκρούσεις ρόλων ανάμεσα στο προσωπικό των ΤΑΕΠ .

Οι αντικειμενικοί στόχοι αφορούν, το είδος των συγκρούσεων που μπορεί να εντοπιστούν στο χώρο των ΤΑΕΠ και μεταξύ ποιών συγκεκριμένων ομάδων πληθυσμού αναφέρονται. Επιπρόσθετα, αναζητούνται οι πιθανοί παράγοντες που οδηγούν στη

δημιουργία συγκρούσεων στον εργασιακό χώρο και οι τρόποι διαχείρισης συγκρούσεων που χρησιμοποιούνται από την κάθε ομάδα εργαζομένων για την αντιμετώπιση των συγκρούσεων στα ΤΑΕΠ.

Η κατανόηση που θα προκύψει από την ανάλυση αυτών των παραγόντων και οι πιθανές προτεινόμενες λύσεις διαχείρισης από το προσωπικό που θα αφορούν την αντιμετώπιση των συγκρούσεων, θα βοηθήσουν στην ευαισθητοποίηση της διοίκησης προς ανανέωση των διοικητικών στρατηγικών σε όλα τα επίπεδα.

Η μελέτη θα διεξαχθεί στα ΤΑΕΠ των μεγαλύτερων δημόσιων νοσηλευτηρίων της Κύπρου (Λευκωσία, Λεμεσός, Λάρνακα, Πάφος, Παραλίμνι). Το δείγμα πληθυσμού θα αποτελέσουν όλοι οι ιατροί και νοσηλευτές που εργάζονται κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας στις πιο πάνω μονάδες.

Το νοσοκομείο δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου συλλογής δεδομένων θα γίνεται στον ελεύθερο τους χρόνο, έτσι ώστε να μην διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξάγεται η έρευνα.

Για τη διασφάλιση και προστασία των προσωπικών δεδομένων και στοιχείων των υποκειμένων, τα ερωτηματολόγια που θα συλλεχθούν θα κωδικοποιηθούν και θα χρησιμοποιηθούν ανώνυμα. Θα διαβεβαιωθούν οι συμμετέχοντες για την σωστή διαχείριση των αποτελεσμάτων, και ότι οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν, θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την παρούσα μελέτη.

Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων θα διαρκέσει μέχρι τις 20 Δεκεμβρίου. Όλο το ιατρονοσηλευτικό έχει το δικαίωμα να συμμετέχει.

Σας Ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας

Με εκτίμηση

Έλενα Ρούσου

Κοιν. Προϊστάμενος Ιατρικός Λειτουργός τμήματος ΤΑΕΠ

Προϊστάμενος Νοσηλευτικός Λειτουργός τμήματος ΤΑΕΠ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ ΓΙΑ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΔΕΙΑΣ

Έλενα Ρούσου

Ειδικό Επιστημονικό Προσωπικό

Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου

Τμήμα Νοσηλευτικής

Τηλ: 99846634, 25801575

Email: rousou.elena@gmail.com

9 Νοεμβρίου 2009

Διευθύντρια Ιατρικών Υπηρεσιών

Υπουργείο Υγείας

ΘΕΜΑ: Εξασφάλιση Άδειας για Διεξαγωγή Έρευνας

Αιτούμαι άδειας για την διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια των μεταπτυχιακών μου σπουδών στο τομέα της Διοίκησης Μονάδων Υγείας, στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Ο τίτλος της μελέτης μου είναι: «Αποτύπωση και μελέτη των Αντιπαραθέσεων ανάμεσα στο προσωπικό στα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών των Νοσοκομείων της Κύπρου».

Ο γενικός σκοπός της μελέτης είναι: η εκτίμηση του εργασιακού περιβάλλοντος στο χώρο των ΤΑΕΠ στα νοσοκομεία της Κύπρου. Μέσα από τις ερευνητικές διαδικασίες πιθανόν να αναδειχθούν παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην δημιουργία αρνητικού εργασιακού κλίματος με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προστριβές και συγκρούσεις ρόλων ανάμεσα στο προσωπικό των ΤΑΕΠ .

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι:

1. Τι είδους συγκρούσεις πιθανόν να διαδραματίζονται στον εργασιακό χώρο των ΤΑΕΠ και σε ποιες ομάδες εργαζομένων.
2. Ποια η αντίληψη τους για τους παράγοντες που οδηγούν στη δημιουργία συγκρούσεων στον εργασιακό χώρο.
3. Ποιοι τρόποι διαχείρισης συγκρούσεων χρησιμοποιούνται από την κάθε ομάδα εργαζομένων στην αντιμετώπιση των συγκρούσεων στα ΤΑΕΠ.

Η κατανόηση που θα προκύψει από την ανάλυση αυτών των παραγόντων και οι πιθανές προτεινόμενες λύσεις διαχείρισης από το προσωπικό που θα αφορούν την αντιμετώπιση των συγκρούσεων, θα βοηθήσουν στην ευαισθητοποίηση της διοίκησης προς ανανέωση των διοικητικών στρατηγικών σε όλα τα επίπεδα.

Η μελέτη θα διεξαχθεί στα ΤΑΕΠ των μεγαλύτερων δημόσιων νοσηλευτηρίων της Κύπρου (Λευκωσία, Λεμεσός, Λάρνακα, Πάφος, Παραλίμνι). Το δείγμα πληθυσμού θα αποτελέσουν όλοι οι ιατροί και νοσηλευτές που εργάζονται κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας στις πιο πάνω μονάδες.

Το νοσοκομείο δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά. Οι προϊστάμενες και οι διευθυντές των τμημάτων πρόκειται να ενημερωθούν για την διεξαγωγή της έρευνας αμέσως μετά την έγκριση του πρωτοκόλλου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου συλλογής δεδομένων θα γίνει στον ελεύθερο τους χρόνο, έτσι ώστε να μην διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξάγεται η έρευνα.

Για τη διασφάλιση και προστασία των προσωπικών δεδομένων και στοιχείων των υποκειμένων, τα ερωτηματολόγια που θα συλλεχθούν θα κωδικοποιηθούν και θα χρησιμοποιηθούν ανώνυμα. Θα διαβεβαιωθούν οι συμμετέχοντες για την σωστή διαχείριση των αποτελεσμάτων, και ότι οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν, θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την παρούσα μελέτη.

Μαζί με την παρούσα επιστολή, αποστέλλεται το ερωτηματολόγιο που θα χρησιμοποιηθεί, καθώς επίσης και το ερευνητικό πρωτόκολλο.

Σας Ευχαριστώ εκ των προτέρων

Με εκτίμηση

Έλενα Ρούσου

Κοιν. Διευθυντές Νοσοκομείων και Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων: Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας, Πάφου και Παραλιμνίου.