



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Διαχείριση συγκρούσεων στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών ενός γενικού δημοσίου νοσοκομείου.

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

Ελένη Νικολάου

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Πέτρος Γαλάνης

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΙΟΣ, 2017

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΣΕΛ.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	
1.1 Ορισμός της σύγκρουσης	11
1.2 Η διαδικασία της σύγκρουσης	12
1.3 Είδη συγκρούσεων	14
1.4 Αιτίες συγκρούσεων	16
1.4.1 Οργανωσιακοί παράγοντες	16
➤ 1.4.1.1 Περιορισμένοι πόροι	16
➤ 1.4.1.2 Διαφορετικοί στόχοι	16
➤ 1.4.1.3 Διαφορετικές ειδικότητες	17
➤ 1.4.1.4 Αλληλεξάρτηση	17
➤ 1.4.1.5 Ηγεσία/σχέσεις εξουσίας και ασάφειες στη δικαιοδοσία	17
➤ 1.4.1.6 Ασάφεια ρόλων και καθηκόντων	18
1.4.2 Ατομικές διαφορές	18
➤ 1.4.2.1 Διαφορετικές αξίες	18
➤ 1.4.2.2 Ποικιλομορφία	18
➤ 1.4.2.3 Προσωπικότητα	19
➤ 1.4.2.4 Προσωπικά προβλήματα	19
1.4.3 Διαπροσωπικοί παράγοντες	19
➤ 1.4.3.1 Έλλειψη Εμπιστοσύνης και σεβασμού	19
➤ 1.4.3.2 Κακή επικοινωνία	20
1.5 Επιπτώσεις των συγκρούσεων	20

1.5.1	Αρνητικές επιπτώσεις στα άτομα	21
1.5.2	Αρνητικές επιπτώσεις στον οργανισμό	22
1.5.3	Θετικές επιπτώσεις	23
1.6	Στρατηγικές/τεχνικές αντιμετώπισης των συγκρούσεων	23
1.6.1	Ανταγωνισμός (Competing)	24
1.6.2	Συνεργασία (Collaborating)	25
1.6.3	Συμβιβασμός (Compromising)	25
1.6.4	Αποφυγή (Avoiding)	25
1.6.5	Υποχώρηση (Accommodating)	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ: ΟΙ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1	Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της υγειονομικής περίθαλψης	27
2.2	Είδη συγκρούσεων	28
2.3	Αιτίες συγκρούσεων	29
2.4	Επιπτώσεις των συγκρούσεων	30
2.5	Τεχνικές διαχείρισης των συγκρούσεων από τους επαγγελματίες υγείας . .	31
2.5.1	Προκλήσεις στην διαχείριση των συγκρούσεων στον υγειονομικό τομέα	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1	Ερευνητικό εργαλείο	34
3.2	Ο πληθυσμός της έρευνας	34
3.3	Αποτελέσματα	35
3.3.1	Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων	35
3.3.2	Δημογραφικά δεδομένα	37
3.3.3	Συγκρούσεις στο ΤΑΕΠ	41
➤	3.3.3.1 Αιτίες συγκρούσεων	41
➤	3.3.3.2 Παρακολούθηση εκπαιδευτικού προγράμματος σχετικά με τη διαχείριση συγκρούσεων.	44
➤	3.3.3.3 Εμπλεκόμενα μέρη	44
➤	3.3.3.4 Απουσίες από την εργασία που να οφείλονται σε συγκρούσεις	47
➤	3.3.3.5 Αλλαγή θέσης εργασίας ή αλλαγή τμήματος που να σχετίζεται με εργασιακές συγκρούσεις	47

➤ 3.3.3.6 Βοήθεια στην επίλυση των εργασιακών διαφορών από τρίτο άτομο μη εμπλεκόμενο στη σύγκρουση	47
➤ 3.3.3.7 Γνωστοποίηση της σύγκρουσης στον εργασιακό χώρο	48
➤ 3.3.3.8 Που μπορεί να οδηγήσει μια σύγκρουση	48
➤ 3.3.3.9 Συνέπειες των συγκρούσεων	50
➤ 3.3.3.10 Η ικανότητα διαπραγμάτευσης ως σημαντικής ηγετικής δεξιότητας ..	52
➤ 3.3.3.11 Συχνότητα συγκρούσεων.	52
➤ 3.3.3.12 Συχνότητα συγκρούσεων (σε ιεραρχικό επίπεδο)	53
➤ 3.3.3.13 Χρησιμοποιούμενοι μέθοδοι διαχείρισης των συγκρούσεων	55
➤ 3.3.3.14 Επαγγελματική ικανοποίηση	56
➤ 3.3.3.15 Κυριότερο πρόβλημα στο τμήμα/μονάδα που οδηγεί συνήθως σε συγκρούσεις	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4.1 Συχνότητα συγκρούσεων	58
4.2 Εμπλεκόμενα μέρη	59
4.3 Πιθανές αιτίες των συγκρούσεων	60
4.4 Επιπτώσεις των συγκρούσεων	61
4.5 Μέθοδοι διαχείρισης των συγκρούσεων	62
4.6 Συμπεράσματα	63
4.7 Περιορισμοί	65

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	66
Ελληνόγλωσση	66
Ξενόγλωσση	67

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	74
Παράρτημα I: Ερωτηματολόγιο Έρευνας	74
Παράρτημα II: Άδεια διεξαγωγής έρευνας από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου	82

Παράρτημα III: Άδεια διεξαγωγής έρευνας από το Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα	83
Παράρτημα IV: Άδεια για διεξαγωγή έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας	84

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Οφείλω να ευχαριστήσω θερμά το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό που εργάζεται στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ) του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας για τη συμμετοχή τους στην έρευνα καθώς επίσης και την προϊστάμενη του τμήματος και τους συναδέλφους που βοήθησαν στην συλλογή των ερωτηματολογίων.

Θερμές ευχαριστίες οφείλω επίσης και στους κ. Μάμα Θεοδώρου, την κ. Δάφνη Καϊτελίδου και κ. Πέτρο Γαλάνη για τη βοήθεια και την κατανόηση που μου πρόσφεραν.

Τέλος ευχαριστώ θερμά τον σύζυγό και τα παιδιά μου που με τη στήριξη και την υπομονή τους με βοήθησαν να εκπληρώσω τον στόχο μου αυτό.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Στις υπηρεσίες υγείας και ειδικά στα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ) οι συγκρούσεις είναι συχνές επηρεάζοντας αρνητικά τον οργανισμό, τις διαπροσωπικές σχέσεις, τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας αλλά και τους ασθενείς.

Σκοπός: Να διερευνηθεί η ύπαρξη συγκρούσεων ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο ΤΑΕΠ σε ένα κυπριακό δημόσιο γενικό νοσοκομείο και να προσδιοριστούν οι βασικοί παράγοντες που οδηγούν σε συγκρούσεις.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη με δειγματοληψία ευκολίας και τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου με 56 νοσηλευτικούς και ιατρικούς λειτουργούς που εργάζονται στο ΤΑΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και ανώνυμη.

Αποτελέσματα: Το 80% ήταν νοσηλευτικοί λειτουργοί και το 20% ιατρικοί λειτουργοί, εκ των οποίων το 51,1% ανέφερε ότι οι συγκρούσεις αποτελούν συχνό φαινόμενο στον εργασιακό τους χώρο. Οι συγκρούσεις συνέβαιναν πιο συχνά ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και το οικογενειακό/φιλικό περιβάλλον των ασθενών και σε ιεραρχικό επίπεδο με τους υφιστάμενους ή τους προϊστάμενούς τους. Κυριότερη αιτία των συγκρούσεων αποτελούσαν οργανωσιακοί παράγοντες όπως οι περιορισμένοι πόροι (86,6%) και ο φόρτος εργασίας (84,4%). Οι συγκρούσεις είχαν ως κυριότερη συνέπεια την μείωση της παραγωγικότητας (53,3%) και καταστροφικές συνέπειες στις εργασιακές σχέσεις (40,0%). Ως μέθοδος διαχείρισης των συγκρούσεων επιλέχθηκε η διαπραγμάτευση με τον/τους εμπλεκόμενο/νους για αμοιβαίο όφελος.

Συμπεράσματα: Η εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την απόκτηση γνώσης και δεξιοτήτων για τη διαχείριση τους αλλά και ο εντοπισμός και η κατανόηση των παραγόντων που τους προκαλούν είναι ζωτικής σημασίας καθώς συμβάλλουν στην εποικοδομητική επίλυσή τους.

Λέξεις κλειδιά: Συγκρούσεις, αιτίες συγκρούσεων, επιπτώσεις σύγκρουσης, διαχείριση συγκρούσεων, υγειονομική περίθαλψη, τμήμα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών, νοσοκομεία.

ABSTRACT

Introduction: In healthcare services and particularly in the Emergency Departments (ED), conflicts are frequent and they have a negative impact on the organization, interpersonal relationships, health professionals themselves and patients.

Aim: To investigate the existence of conflicts between the medical staff working at the ED of a Cyprus public general hospital and to identify the key factors that lead to conflicts.

Method: A cross-sectional study was conducted with a structured questionnaire and 56 nurses and medical officers working at the General Hospital of Larnaka. Participation in the study was voluntary and anonymous.

Results: Eighty percent were nursing staff and 20% were physicians, of whom 51.1% reported that conflicts had a frequent occurrence in their workplace. Conflicts occurred more often among healthcare professionals and the family or friends of the patients and at a hierarchical level with their subordinates or their superiors. The main cause of these conflicts was organizational factors such as limited resources (86.6%) and workload (84.4%). Conflicts reduced productivity (53.3%) and destroy work relationships (40.0%). As a conflict management method, participants chose to negotiate with the person or persons involved for mutual benefit.

Conclusions: For constructive conflict management educational programs are required so nurses and doctors obtain the knowledge and skills about conflict management, as well as the identification and understanding of the factors that cause conflicts.

Keywords: conflicts, causes of conflict, costs of conflict, conflict management, healthcare, emergency departments, hospitals.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι συγκρούσεις είναι αναπόφευκτες και μπορούν να συμβούν σε όλες τις πτυχές της ζωής και για αυτό, όπως επισημαίνουν και οι Μπόρου και συν. (2013) οι συγκρούσεις μεταξύ ατόμων και ομάδων που μοιράζονται τον ίδιο χώρο εργασίας και εργάζονται με τον ίδιο στόχο είναι σύνηθες φαινόμενο.

Στους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας, η πιθανότητα για συγκρούσεις είναι εντονότερη αφού οι εργαζόμενοι έρχονται αντιμέτωποι με ζητήματα ζωής και θανάτου και πρέπει να λειτουργούν ανεξάρτητα ή και αλληλένδετα μέσα σε ένα σύστημα όπου οι ρόλοι και τα όρια της εξουσίας είναι συχνά ασαφή. Επιπρόσθετα οι εργαζόμενοι επιβάλλεται να είναι καταρτισμένοι τόσο σε θέματα πρακτικών δεξιοτήτων όσο και σε θέματα ανθρώπινων σχέσεων. Συνεπώς αυτές οι απαιτήσεις από τους επαγγελματίες υγείας καθιστούν την σύγκρουση αναπόφευκτη.

Σύμφωνα με τους Laschinger et al. (2008), στα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ) οι συγκρούσεις είναι ένα αναπόφευκτο χαρακτηριστικό του εργασιακού περιβάλλοντος και κοινός εργασιακός στρεσογόνος παράγοντας με τον οποίο έρχονται συχνά αντιμέτωποι οι επαγγελματίες υγείας.

Συγκεκριμένα σε έρευνα τους οι Moisoglou et al. (2014), βρήκαν πως ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη περιγραφής εργασίας, η άνιση κατανομή των πόρων και η χαμηλή αναγνώριση αποτελούν μερικές από τις σημαντικότερες πηγές σύγκρουσης.

Ειδικά στους υγειονομικούς οργανισμούς, η κακή διαχείριση ή η μη διαχείριση της σύγκρουσης στο χώρο εργασίας μπορεί να αποξενώσει τους ασθενείς, να αποθαρρύνει το προσωπικό, να αυξήσει τον κύκλο εργασιών, να βλάψει τις σχέσεις με πολύτιμους συνεργάτες και να εγείρει την ανησυχία των φορέων για την ικανοποίηση των ασθενών (Sotile & Sotile, 1999).

Σύμφωνα με τον Almost (2006) αν επιτραπεί σε μια σύγκρουση να συνεχιστεί θα δημιουργήσει τελικά νέες αιτίες σύγκρουσης και για αυτό και η διαχείριση των συγκρούσεων είναι απαραίτητη.

Οι Pavlakis et al. (2011) έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως παρά το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου αφιερώνουν ένα σημαντικό ποσοστό του χρόνου τους στη διαχείριση συγκρούσεων εντούτοις δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι να τις διαχειριστούν.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί ο βαθμός ύπαρξης συγκρούσεων ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του ΤΑΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας, να προσδιοριστούν οι βασικοί παράγοντες που οδηγούν σε συγκρούσεις, να αξιολογηθούν οι επιπτώσεις των συγκρούσεων αυτών και να αναγνωριστούν οι μέθοδοι που επιλέγει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την διαχείρισή τους έτσι ώστε αφενός να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση των συγκρούσεων και αφετέρου να συμβάλει στον καλύτερο σχεδιασμό αποτελεσματικών στρατηγικών από τους υγειονομικούς οργανισμούς για να ελαχιστοποιηθούν οι αρνητικές συνέπειες των συγκρούσεων και να εξασφαλιστεί ένα καλύτερο εργασιακό περιβάλλον για τους εργαζόμενους.

Στο πρώτο κεφάλαιο αυτής της μελέτης αναλύονται εννοιολογικά ζητήματα που αφορούν τις συγκρούσεις, στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά για τις συγκρούσεις στον τομέα της υγείας, στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας καθώς επίσης και τα αποτελέσματά της και τέλος στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται συσχέτιση των αποτελεσμάτων της έρευνας με ευρήματα άλλων ερευνών μέσα από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, καταγράφονται τα συμπεράσματα και οι περιορισμοί της έρευνας και διατυπώνονται προτάσεις για επέκταση των ερευνητικών προσεγγίσεων μελλοντικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

1.1 Ορισμός της σύγκρουσης

Η σύγκρουση, ως ένα εγγενές φαινόμενο στη ζωή του ανθρώπου, έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας από πολλούς επιστημονικούς τομείς. Ωστόσο ακόμα και σήμερα φαίνεται να μην επικρατεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός (Moisoglou et al, 2014).

Ο Μπαμπινιώτης (2006) ορίζει την σύγκρουση ως την «κατάσταση στην οποία συνυπάρχουν στοιχεία που αλληλοαναιρούνται ή που το ένα εμποδίζει την ύπαρξη ή λειτουργία του άλλου».

Οι Marquis & Huston (2009), όπως αναφέρεται στους El Dahshan & Keshk (2014), ορίζουν τη σύγκρουση ως την εσωτερική ή εξωτερική διχόνοια που προκύπτει από διαφορές στις ιδέες, αξίες ή συναισθήματα ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα άτομα.

Οι Kreitner & Kinicki (2010) περιγράφουν τη σύγκρουση ως μια διαδικασία στην οποία ένα μέρος αντιλαμβάνεται ότι τα συμφέροντα του αντιτίθενται ή επηρεάζονται αρνητικά από ένα άλλο μέρος.

Σύμφωνα με τον Thomas (1992), όπως αναφέρεται στη Vinar (2006), σύγκρουση καλείται η διαδικασία η οποία ξεκινά όταν η μια πλευρά αντιλαμβάνεται ότι η άλλη έχει επηρεάσει ή πρόκειται να επηρεάσει αρνητικά κάτι για το οποίο αυτή νοιάζεται.

Στους προαναφερθέντες ορισμούς η σύγκρουση ανάγεται ως κάτι αρνητικό, παρόλα αυτά η σύγκρουση μπορεί να είναι εποικοδομητική καθώς μπορεί να λειτουργήσει καταλυτικά για προβολή νέων ιδεών, προόδου, αλλαγών και ανάπτυξης. Η σύγκρουση μπορεί να γίνει αντιληπτή ως λειτουργική ή δυσλειτουργική ανάλογα με το πώς το κάθε άτομο την αντιλαμβάνεται, την διαχειρίζεται και την επιλύει.

Παρά το γεγονός ότι στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει πληθώρα ορισμών του όρου σύγκρουση, πολλοί από αυτούς φαίνεται να έχουν κοινά στοιχεία. Σύγκρουση υπάρχει ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα μέρη, τα οποία μπορεί να είναι άτομα, ομάδες, τμήματα, κλάδοι επιχείρησης, οργανισμοί, πολιτικά κόμματα ή ακόμη και έθνη. Άλλο βασικό στοιχείο είναι ότι η σύγκρουση πρέπει να γίνει αντιληπτή από τα μέρη που την αποτελούν (Μερκούρης, 2008). Άλλα κοινά στοιχεία σύμφωνα με τον Simpaio (2013) είναι: η αντιλαμβανόμενη ασυμβατότητα συμφερόντων, η ύπαρξη κάποιας αλληλεξάρτησης των μερών και η ύπαρξη κάποιας μορφής αλληλεπίδρασης.

1.2 Η διαδικασία της σύγκρουσης

Σύγκρουση καλείται η διαδικασία κατά την οποία ένα μέρος θεωρεί ότι τα συμφέροντά του απειλούνται από ένα άλλο μέρος. Ως ρόλο, οι άνθρωποι βλέπουν μόνο το παρατηρήσιμο μέρος της σύγκρουσης, τα θυμωμένα λόγια και τις πράξεις αντιπαράθεσης. Αλλά αυτό είναι μόνο ένα μικρό μέρος της διαδικασίας των συγκρούσεων (Meshane & Glinow, 2008).

Η σύγκρουση εξελίσσεται μέσα από στάδια αντανακλώντας την αυξημένη ευαισθητοποίηση των συμμετεχόντων και τη μετάβαση από παθητικές σε ενεργητικές συμπεριφορές (Kishony, 2011). Σύμφωνα με τον Pondy (1967) η διαδικασία της σύγκρουσης αποτελείται από πέντε στάδια:

1^ο: Λανθάνουσα σύγκρουση (Latent Conflict). Στο στάδιο αυτό είναι απαραίτητες κάποιες συνθήκες για να ξεκινήσει η σύγκρουση, όπως ο ανταγωνισμός για περιορισμένους πόρους, τα παιχνίδια εξουσίας, η απόκλιση από τους στόχους και οι μη ξεκάθαροι ρόλοι.

2^ο: Αντιληπτή σύγκρουση (Perceived Conflict). Στο στάδιο αυτό πλέον «οι διαφορές αρχίζουν να φαίνονται και οι διαφορετικές γνώμες ακούγονται, οι ασυμβίβαστοι στόχοι και αξίες γίνονται επίσης φανεροί» (Βακόλα & Νικολάου, 2012,σελ.360).

3^ο: Αισθητή σύγκρουση (Felt Conflict). Στο στάδιο αυτό η σύγκρουση ξεκινά να επηρεάζει προσωπικά τα άτομα δημιουργώντας τους ένταση, άγχος και εχθρικά συναισθήματα.

4^ο: Πρόδηλη σύγκρουση (Manifest Conflict). Όταν η συμπεριφορά ενός ατόμου συνειδητά όχι όμως κατ' ανάγκη σκόπιμα, ματαιώνει τους στόχους κάποιου άλλου ατόμου. Στο στάδιο αυτό ανοιχτές επιθέσεις και εντάσεις αποτελούν συνηθισμένο φαινόμενο.

5^ο: Ο απόηχος της σύγκρουσης (Conflict Aftermath). Αν το συγκρουσιακό επεισόδιο πραγματικά επιλυθεί με την ικανοποίηση όλων των συμμετεχόντων, θέτει τη βάση για μια καλύτερη σχέση συνεργασίας. Εάν όμως η σύγκρουση απλώς κατασταλεί και δεν λυθεί τότε οι συνθήκες που οδήγησαν σ' αυτή μπορεί να επιδεινωθούν και να οδηγήσουν σε νέες συγκρούσεις στο μέλλον.

Παρόμοια πέντε στάδια εξέλιξης της σύγκρουσης εμφανίζονται επίσης και στους Robbins & Judge (2013):

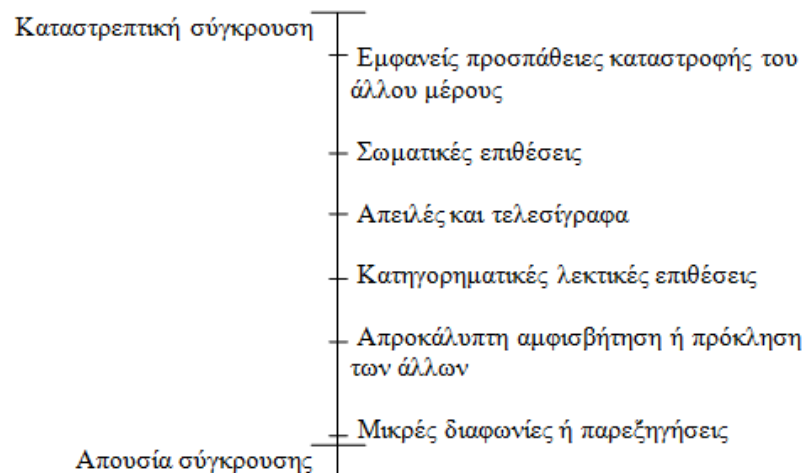
1^ο: Πιθανή αντίθεση ή ασυμβατότητα. Στο στάδιο αυτό καίριο σημείο αποτελεί η εμφάνιση συνθηκών οι οποίες δημιουργούν ευκαιρίες για την πρόκληση ή εκδήλωση της σύγκρουσης. Οι συνθήκες αυτές οι οποίες μπορούν να θεωρηθούν και ως αιτίες ή πηγές σύγκρουσης είναι: Α) η επικοινωνία. Διαφορετικές δηλαδή λεκτικές έννοιες, η ανεπαρκής ανταλλαγή πληροφοριών, και ο θόρυβος στον διάλογο επικοινωνίας αποτελούν όλα εμπόδια καλής επικοινωνίας και πιθανές συνθήκες για σύγκρουση. Η επικοινωνία αποτελεί βασικό παράγοντα τόσο για τη δημιουργία συγκρούσεων όσο και για την επίλυση αυτών. Β) Η δομή, που περιλαμβάνει το μέγεθος της ομάδας, τον βαθμό εξειδίκευσης, την ξεκάθαρη δικαιοδοσία, τη συμβατότητα των στόχων, το στυλ της ηγεσίας, το σύστημα αμοιβών και τον βαθμό εξάρτησης και Γ) οι προσωπικές μεταβλητές οι οποίες περιλαμβάνουν την προσωπικότητα, τα αισθήματα και τις αξίες.

2^ο: Γνώση και εξατομίκευση. Στο δεύτερο στάδιο η πιθανότητα για αντίθεση και ασυμβατότητα πραγματοποιείται εάν οι συνθήκες που προαναφέρθηκαν στο πρώτο στάδιο επηρεάσουν αρνητικά κάτι για το οποίο ένα άτομο/μέρος νοιάζεται δημιουργώντας άγχος, ένταση, απογοήτευση ή εχθρότητα.

3^ο: Προθέσεις. Οι προθέσεις παρεμβαίνουν ανάμεσα στις αντιλήψεις, τα αισθήματα και τις εμφανείς συμπεριφορές του ατόμου. Είναι οι αποφάσεις να δράσει με συγκεκριμένο τρόπο προς την αντιμετώπιση της σύγκρουσης. Αναγνωρίζονται πέντε είδη προθέσεων χειρισμού της σύγκρουσης: ο ανταγωνισμός, η συνεργασία, η αποφυγή, η διευθέτηση - παραχώρηση και ο συμβιβασμός.

4^ο: Συμπεριφορά. Στο στάδιο αυτό η σύγκρουση γίνεται ορατή. Το στάδιο της συμπεριφοράς περιλαμβάνει τις δηλώσεις, ενέργειες και αντιδράσεις από τα συγκρουόμενα μέρη, συνήθως ως εμφανείς προσπάθειες να εφαρμόσουν τις δικές τους προθέσεις. Η συμπεριφορά ακολουθεί μια ανοδική πορεία, ξεκινώντας από μικρής σημασίας διαφωνίες και μικροπαρεξηγήσεις φτάνοντας μέχρι και σε εμφανή προσπάθειες για εξουδετέρωση του άλλου μέρους/αντιπάλου (Βλέπε εικόνα 1).

Εικόνα 1: Κλιμάκωση της σύγκρουσης



Πηγή: Βασισμένο στους S. P. Robbins, *Managing Organizational Conflict: A Nontraditional Approach* (Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1974), pp. 93–97; and F. Glasl, "The Process of Conflict Escalation and the Roles of Third Parties," in G. B. J. Bomers and R. Peterson (eds.), *Conflict Management and Industrial Relations* (Boston: Kluwer-Nijhoff, 1982), pp. 119–140. [Όπως αυτή εμφανίζεται στους Robbins & Judge (2013), σελ. 454]

5^ο Αποτελέσματα. Η αλληλεπίδραση δράση-αντίδραση μεταξύ των συγκρουόμενων μερών οδηγεί σε αποτελέσματα, τα οποία μπορούν να είναι λειτουργικά, αν η σύγκρουση βελτιώνει την απόδοση της ομάδας, ή αντίθετα δυσλειτουργικά, αν εμποδίζουν την απόδοση.

Η γνώση των φάσεων αυτών από τα διοικητικά στελέχη είναι επιτακτικής σημασίας, έτσι ώστε να μπορούν να παρεμβαίνουν σε συγκεκριμένο στάδιο της σύγκρουσης και να διασφαλίζουν την επίτευξη των στόχων του οργανισμού.

1.3 Είδη συγκρούσεων

Οι συγκρούσεις, όπως παρατίθενται στους Σπυράκη & Σπυράκη (2008), από την πλευρά της οργανωτικής δομής των οργανισμών και επιχειρήσεων, ταξινομούνται ως εξής:

1. ιεραρχικές συγκρούσεις, οι οποίες λαμβάνουν χώρα μεταξύ των ιεραρχικών επιπέδων,
2. λειτουργικές συγκρούσεις, οι οποίες λαμβάνουν χώρα μεταξύ διαφορετικών τμημάτων – λειτουργιών του οργανισμού,

3. συγκρούσεις μεταξύ επιτελικών - γραμμικών στελεχών και

4. συγκρούσεις μεταξύ της τυπικής και άτυπης οργάνωσης.

Με βάση τα εμπλεκόμενα μέρη, οι συγκρούσεις μπορούν να διακριθούν σε:

1. Ενδοπροσωπικές συγκρούσεις, οι οποίες επισυμβαίνουν μέσα στο ίδιο το άτομο όταν το άτομο αυτό έρχεται αντιμέτωπο με δύο διαφορετικές αποφάσεις λόγω αντικρουόμενων αξιών και συμπεριφορών.

2. Διαπροσωπικές συγκρούσεις, οι οποίες εκδηλώνονται ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα άτομα ως αποτέλεσμα διαφορετικών απόψεων, πιστεύω, στόχων και τρόπου επικοινωνίας.

3. Συγκρούσεις εντός της ομάδας: εκδηλώνονται μεταξύ των μελών μιας ομάδα όταν ένα ή και περισσότερα μέλη εργάζονται προς την επίτευξη διαφορετικών στόχων απ' αυτών της υπόλοιπης ομάδας. Επίσης εμφανίζονται όταν υπάρχουν διαπροσωπικές ασυμβατότητες μεταξύ των μελών της ομάδας όπως συγκρούσεις προσωπικότητας, ένταση και ενόχληση.

4. Συγκρούσεις μεταξύ ομάδων: εκδηλώνονται ανάμεσα σε δύο ή περισσότερες ομάδες και αφορούν κυρίως θέματα προσλήψεων, προγραμματισμού, στελέχωσης και καθορισμού των ορίων ελέγχου κάθε ομάδας. (Garmel, 2008, Graham, 2009, Almost et al. 2010, Παπαδοπούλου, 2014, Higazee, 2015.)

Ανάλογα με τις συνέπειες της σύγκρουσης στην απόδοση και στην παραγωγικότητα της ομάδας ή του οργανισμού, οι συγκρούσεις ταξινομούνται σε λειτουργικές-εποικοδομητικές ή σε δυσλειτουργικές.

Σύμφωνα με τον Ζαβλανό (2002) «η λειτουργική σύγκρουση είναι μια υγιής, εποικοδομητική διαφωνία μεταξύ δύο η και περισσότερων ατόμων, η οποία εξυπηρετεί το συμφέρον του οργανισμού, υποστηρίζει τους σκοπούς και βελτιώνει την απόδοση». Ένα από τα κυριότερα οφέλη της λειτουργικής σύγκρουσης είναι το γεγονός ότι δίνει στα άτομα την ευκαιρία να αναγνωρίσουν τα προβλήματα και να αναζητήσουν λύση. Επίσης μπορεί να εμπνεύσει νέες ιδέες και να ευνοήσει τη μάθηση και τη δημιουργικότητα. Συμπερασματικά, η δυσλειτουργική σύγκρουση βάζει σε κίνδυνο την απόδοση της ομάδας αλλά και του οργανισμού και οδηγεί σε μείωση της παραγωγικότητας καθώς παρεμποδίζει την ανταλλαγή ιδεών, πληροφοριών και πόρων μέσα στην ομάδα και ανάμεσα στα τμήματα αλλά και την επίτευξη των οργανωσιακών στόχων.

1.4 Αιτίες συγκρούσεων

Ο εντοπισμός και η κατανόηση των αιτιών που δημιουργούν την σύγκρουση αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την αντιμετώπισή της. Οι συγκρούσεις προκύπτουν από διάφορες αιτίες οι οποίες στη βιβλιογραφία ταξινομούνται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: (α) στους οργανωσιακούς παράγοντες, (β) στις ατομικές διαφορές και (γ) στους διαπροσωπικούς παράγοντες.

1.4.1 Οργανωσιακοί παράγοντες

1.4.1.1 Περιορισμένοι πόροι.

Τα στοιχεία μιας επιχείρησης που είναι διαθέσιμα για την επίτευξη των στόχων της είναι οι πόροι της επιχείρησης, (Montana & Charnov, 2002). Οι οποίοι μπορεί να είναι φυσικοί, ανθρώπινοι, τεχνολογικοί και οικονομικοί. Οι περιορισμένοι πόροι αποτελούν μια πολύ σημαντική αιτία συγκρούσεων. Οι οργανισμοί δεν διαθέτουν απεριόριστους πόρους με συνέπεια την εμφάνιση συγκρούσεων ειδικά όταν οι πόροι αυτοί θα πρέπει να κατανεμηθούν καθώς το κάθε μέρος επιδιώκει την εξασφάλιση μεγαλύτερης συμμετοχής σε αυτούς εις βάρος των άλλων μερών. Σύμφωνα με τους Omisore & Abiodun (2014) όσο πιο λιγστοί είναι οι πόροι σε έναν οργανισμό, τόσο πιο μεγάλη είναι η πιθανότητα για την εμφάνιση συγκρούσεων.

1.4.1.2 Διαφορετικοί στόχοι

Όταν ομάδες ή τμήματα του οργανισμού έχουν διαφορετικούς ή ασύμβατους στόχους με αποτέλεσμα η επίτευξη ενός στόχου να αποκλείει την επίτευξη ενός άλλου.

Παρά το γεγονός ότι οι επιχειρηματικοί στόχοι και τα πλαίσια αυτών καθορίζονται από την ανώτερη διοίκηση, οι στρατηγικοί και τακτικοί στόχοι από τα μεσαία στελέχη και η επίβλεψη των καθημερινών λειτουργιών του οργανισμού για την επίτευξή τους από τα κατώτερα στελέχη ώστε να μην υπάρχει ασυμβατότητα των στόχων «η ασυμβατότητα των στόχων αποτελεί την πιο συνηθισμένη αιτία συγκρούσεων στην οργάνωση» (Montana & Charnov, 2002). Αυτό συμβαίνει διότι τα στελέχη δεν αντιμετωπίζουν με ουδετερότητα την διαδικασία αυτή καθώς έχουν τους δικούς τους στόχους, οι οποίοι μπορεί να συγκρούονται ή να επηρεάζουν την επίτευξη των στόχων του οργανισμού και επιπλέον η ύπαρξη εγγενών διαφορών στους στόχους των μονάδων ενός

οργανισμού, οι οποίες διαφορές αποτελούν και την αιτία συγκρούσεων ανάμεσα στις ομάδες.

1.4.1.3 Διαφορετικές ειδικότητες

Η ύπαρξη διαφορετικών ειδικοτήτων σε έναν οργανισμό μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση συγκρούσεων διότι κάθε ειδικότητα δεν γνωρίζει και τόσο καλά τις ευθύνες εργασίας της άλλης, με συνέπεια η μια ειδικότητα να υπόσχεται στον πελάτη υπηρεσίες που η άλλη ειδικότητα να μην είναι σε θέση να υλοποιήσει σε προκαθορισμένα χρονικά όρια.

1.4.1.4 Αλληλεξάρτηση

Η πιθανότητα της σύγκρουσης συνήθως έχει την τάση να αυξάνεται ανάλογα με τον βαθμό αλληλεξάρτησης των διαδικασιών. Όταν ένα άτομο ή μια ομάδα πρέπει να εξαρτάται από κάποιον άλλον για την ολοκλήρωση του έργου του, τότε είναι πιο εύκολο γι' αυτόν να επιρρίπτει ευθύνες στους άλλους όταν υπάρχουν καθυστερήσεις ή όταν το αποτέλεσμα δεν είναι το αναμενόμενο.

1.4.1.5 Ηγεσία/σχέσεις εξουσίας και ασάφειες στη δικαιοδοσία

Σε αρκετούς οργανισμούς παρατηρείται μια υποβόσκουσα ένταση ανάμεσα στα διοικητικά στελέχη και τους υφιστάμενους και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι περισσότεροι άνθρωποι δεν τους αρέσει να τους υποδεικνύουν τι να κάνουν. Τα πολύ αυστηρά διοικητικά στελέχη έρχονται πιο συχνά σε σύγκρουση με τους υφιστάμενούς τους.

Όσο ένας οργανισμός διαφοροποιείται δομικά δηλαδή διαθέτει αυξημένες και ευδιάκριτες διοικητικά και λειτουργικά μονάδες, τόσο ο βαθμός των προβλημάτων της εξουσίας και των συγκρούσεων μεταξύ των μονάδων αυτών αυξάνεται.

Επιπρόσθετα, όταν τα όρια των ευθυνών ενός ατόμου ή ενός τμήματος σ' ένα οργανισμό είναι ασαφή τότε υπάρχει η τάση για ανάθεση ανεπιθύμητων ευθυνών σε άλλους με αποτέλεσμα την σύγκρουση.

1.4.1.6 Ασάφεια ρόλων και καθηκόντων

Ρόλος καλείται «η χαρακτηριστική συμπεριφορά που εκδηλώνει ένα άτομο το οποίο βρίσκεται σε μια ομάδα» (Ζαβλανός, 2002, σελ.228). Ο κάθε εργαζόμενος σε έναν οργανισμό μπορεί να έχει ένα ή και περισσότερους ρόλους. Οι Omisore & Abiodun (2014) αναφέρουν πως οι ρόλοι περιλαμβάνουν στοιχεία όπως ο τίτλος εργασίας, την περιγραφή καθηκόντων και η συμφωνία ανάμεσα στον υπάλληλο και τον οργανισμό. Όταν ο ρόλος του κάθε ατόμου δεν είναι ξεκάθαρος και το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται διαφορετικά τον ρόλο του τότε δημιουργούνται συγκρούσεις. Επίσης η ανεπαρκής περιγραφή και οι ανεπαρκείς οδηγίες των επαγγελματικών καθηκόντων μπορούν να οδηγήσουν σε τριβές και συγκρούσεις.

1.4.2 Ατομικές διαφορές

Οι πιο συνηθισμένοι ατομικοί παράγοντες που σχετίζονται με την οργανωσιακή σύγκρουση είναι η προσωπικότητα, οι αξίες, η ποικιλομορφία και τα προσωπικά προβλήματα.

1.4.2.1 Διαφορετικές αξίες

Ο Μπαμπινιώτης (2006) ορίζει την αξία ως «το ιδανικό, η ιδέα που καθορίζει τον τρόπο ζωής και σκέψης. Καθετί που αναγνωρίζεται από ένα σύνολο ανθρώπων ως σημαντικό για τους ίδιους και αποτελεί μέτρο αξιολόγησης προσώπων, συμπεριφοράς, πραγμάτων κ.ά.» και σύμφωνα με τον Ζαβλανό (2002) η συμπεριφορά του ατόμου καθοδηγείται από τις αξίες του. Το εργασιακό περιβάλλον αποτελείται από άτομα τα οποία έχουν τα δικά τους πιστεύω και αξίες και για τα οποία δεν είναι διατεθειμένα να συμβιβαστούν. Αυτές οι αξίες πολλές φορές έρχονται σε αντίθεση με αυτές των συναδέλφων τους δημιουργώντας σύγκρουση.

1.4.2.2 Ποικιλομορφία

Ανάμεσα στους εργαζόμενους μέσα σ' έναν οργανισμό υπάρχει ετερογένεια. Άνθρωποι με διαφορές στην ηλικία, το φύλο, τη μόρφωση, το πολιτισμικό υπόβαθρο, την ηθική και τις αξίες πρέπει να συνυπάρχουν στο ίδιο εργασιακό περιβάλλον με αποτέλεσμα οι διαφορές αυτές να αποτελούν πηγή σύγκρουσης μεταξύ των εργαζομένων.

1.4.2.3 Προσωπικότητα

Ο Kazimoto (2013) διαπιστώνει πως οι συγκρούσεις προσωπικότητας είναι αναπόφευκτες στον χώρο εργασίας αφού ποτέ δύο άνθρωποι δεν είναι ακριβώς οι ίδιοι. Κάποιος εργαζόμενος μπορεί να είναι πιο επιφυλακτικός ενώ κάποιος άλλος πιο εξωστρεφής και ευθύς, και όταν δεν υπάρχει κατανόηση και σεβασμός προς την προσωπικότητα του καθενός τότε παρουσιάζονται προβλήματα.

Οι Robbins & Judge (2013) επισημαίνουν πως η προσωπικότητα φαίνεται να παίζει έναν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία σύγκρουσης, καθώς κάποιοι άνθρωποι απλά έχουν αυξημένη την τάση να μπλέκουν σε συγκρούσεις. Άτομα που απλά έχουν την τάση να διαφωνούν, νευρωσικά, που κριτικάρουν είναι πιο εύκολο να εμπλακούν σε σύγκρουση.

1.4.2.4 Προσωπικά προβλήματα

Οι Auerbach & Dolan (1997), όπως αναφέρεται στους Johdi & Apitree (2012) διαπιστώνουν πως όταν φέρνουμε τα προσωπικά μας προβλήματα στη δουλειά, η απόδοσή μας τείνει να μειώνεται με αποτέλεσμα να συγκρουόμαστε με τους συναδέλφους οι οποίοι υποχρεούνται να επωμιστούν μέρος του δικού μας φορτίου εργασίας.

1.4.3 Διαπροσωπικοί παράγοντες

Σύμφωνα με την Kishony (2011) η έλλειψη εμπιστοσύνης, σεβασμού και η κακή επικοινωνία έχουν αναγνωριστεί ως παράγοντες που συμβάλλουν στην έναρξη των διαπροσωπικών συγκρούσεων στους οργανισμούς.

1.4.3.1 Έλλειψη Εμπιστοσύνης και σεβασμού

Οι Hempel et al. (2009), ορίζουν την εμπιστοσύνη ως την αντιλαμβανόμενη αξιοπιστία όπου οι άνθρωποι αναμένουν υποστήριξη και πιστεύουν πως έχουν μια σχέση όπου μπορούν να συζητούν διάφορα θέματα και να στηρίζεται ο ένας στον άλλον.

Η εμπιστοσύνη αποτελεί τον θεμέλιο λίθο για καλές διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς συμβάλλει στην ανάπτυξη και ενδυνάμωση των αξιών και της εμπιστοσύνης του ενός για τον άλλο. Πέντε διαστάσεις είναι σημαντικές για την ανάπτυξη της εμπιστοσύνης

σε μια οργάνωση: ακεραιότητα, ικανότητα, συνοχή, πίστη και ειλικρίνεια. Δυσπιστία και καχυποψία οδηγούν στη δημιουργία της βάσης για πιθανή σύγκρουση.

Οι αποτελεσματικές σχέσεις στηρίζονται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη και στον αμοιβαίο σεβασμό προς τα πιστεύω, αξίες και απόψεις των άλλων.

1.4.3.2 Κακή επικοινωνία

Δεν είναι δυνατόν να έχουμε καλές ανθρώπινες σχέσεις χωρίς επικοινωνία. Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι απαραίτητη, όχι μόνο για τη διατήρηση των ανθρώπινων σχέσεων, αλλά και για την επίτευξη καλής απόδοσης των επιχειρήσεων.

«Η αναποτελεσματική επικοινωνία είναι ίσως η πιο συχνά αναφερόμενη αιτία των διαπροσωπικών συγκρούσεων» (Βακόλα & Νικολάου, 2012, σελ.339). Σύμφωνα με τους Robbins & Judge (2013) η πιθανότητα για σύγκρουση αυξάνεται όταν υπάρχει είτε πολύ λίγη ή πολύ αυξημένη επικοινωνία. Επιπλέον όπως διαπιστώνει και ο Spaho (2013) είναι αδύνατον να φανταστεί κανείς οργανωσιακή επικοινωνία χωρίς συγκρούσεις.

Επικοινωνία είναι ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ του αποστολέα και του δέκτη, υπονοώντας ότι και οι δύο κατανοούν το μήνυμα. Η επικοινωνία μπορεί να είναι γραπτή, προφορική ή μη λεκτική.

Η αντίληψη, η υπερφόρτωση ή η ανεπάρκεια πληροφοριών, η οργανωσιακή δομή και κουλτούρα, οι ατομικές και διαπολιτισμικές διαφορές καθώς και ο θόρυβος στα κανάλια επικοινωνίας αποτελούν εμπόδια στην επικοινωνία και συνεπώς πιθανές πηγές σύγκρουσης.

1.5 Επιπτώσεις των συγκρούσεων

Σε μεγάλο μέρος της οργανωτικής ερευνητικής βιβλιογραφίας, κυρίως της αρχικής, η σύγκρουση θεωρείται επιζήμια για τη λειτουργία του οργανισμού (Pondy, 1967), την απόδοση της ομάδας αλλά και για το ίδιο το άτομο.

Όμως σε πιο πρόσφατες μελέτες επικρατεί μια πιο θετική άποψη για τις συγκρούσεις θεωρώντας τις ευεργετικές καθώς ενθαρρύνουν την ανταλλαγή πληροφοριών, τη γνωστική ποικιλομορφία, την καινοτομία, τη δημιουργικότητα και την κριτική σκέψη.

Οι συγκρούσεις αναλόγως με τον τρόπο που θα διαχειριστούν μπορούν να έχουν τόσο αρνητικές όσο και θετικές συνέπειες. Οι συνέπειες αυτές έχουν αντίκτυπο στο ίδιο το άτομο αλλά και στον οργανισμό ευρύτερα.

1.5.1 Αρνητικές επιπτώσεις στα άτομα

Πιο κάτω συνοψίζονται οι αρνητικές συνέπειες των συγκρούσεων πάνω στο ίδιο τα άτομα όπως αυτές παρουσιάζονται από τους Omisore & Abiodun, (2014):

Ψυχολογικές επιπτώσεις

- Απροσεξία
- Έλλειψη ενδιαφέροντος για τη δουλειά
- Εργασιακή δυσαρέσκεια
- Εργασιακό στρες
- Αποξένωση
- Απογοήτευση, ματαιοδοξία.

Επιπτώσεις στη συμπεριφορά

- Υπερβολικό κάπνισμα
- Αλκοολισμός
- Μειωμένη ή αυξημένη θρέψη
- Επιθετικότητα προς τους άλλους ή παρακώλυση έργου
- Μειωμένη επικοινωνία
- Αντίσταση στις προσπάθειες επιρροής.

Σωματικές επιπτώσεις

- Ταχυκαρδία
- Αρτηριακή Υπέρταση
- Πεπτικό έλκος
- Αναπνευστικά προβλήματα πχ. άσθμα
- Πονοκεφάλους
- Στεφανιαία νόσο.

Η σύγκρουση μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες στην ευημερία και την υγεία του ατόμου. Επίσης η ευημερία και η ικανοποίηση είναι σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της απόδοσης, της τάσης του ατόμου να εγκαταλείψει την εργασία και της υγείας του

οργανισμού γι' αυτό και επισημαίνονται από διάφορους συγγραφείς (Guerra et al. 2005).

1.5.2 Αρνητικές επιπτώσεις στον οργανισμό.

Οι συγκρούσεις οδηγούν σε πολλαπλές αρνητικές συνέπειες για τον οργανισμό. Η επίλυση των συγκρούσεων καταναλώνει αρκετό από τον χρόνο και την ενέργεια των διοικητικών στελεχών τα οποία θα μπορούσαν ν' αξιοποιήσουν με ένα πιο παραγωγικό τρόπο. Ερεύνα που έχει διεξαχθεί από το CIPD (Chartered Institute of Personnel and Development) το 2008 διαπιστώνει ότι η σύγκρουση στην εργασία είναι εξαιρετικά χρονοβόρα καθώς οι υπεύθυνοι προσωπικού ξοδεύουν κατά μέσο όρο 3.4ώρες κάθε εβδομάδα, σχεδόν 160 ώρες ετησίως, για τη διαχείριση των συγκρούσεων στο χώρο εργασίας.

Επεμβαίνουν στη λειτουργία και την παραγωγικότητα του οργανισμού, «εμφανίζεται μειωμένη αποδοτικότητα, συχνές απουσίες, αυξημένο ποσοστό αποχωρήσεων ικανών στελεχών, γενικευμένη δυσαρέσκεια και έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης» (Βακόλα & Νικολάου, 2012, σελ.360), συμβάλλουν στην σπατάλη πόρων (Henry, 2009), αυξάνουν την αντίσταση στην αλλαγή (Rahim, 2011), « επηρεάζουν αρνητικά το κλίμα εμπιστοσύνης και γεννούν καχυποψία που οδηγεί σε εμπόδια στη συνεργασία και στο ομαδικό πνεύμα» (Βακόλα & Νικολάου, 2012, σελ.360), όταν μέσα σε ένα οργανισμό υπάρχει σύγκρουση, αυτή συχνά οδηγεί προς σ' ένα πιο αυταρχικό σύστημα ηγεσίας το οποίο επικεντρώνεται κυρίως στις διαδικασίες παρά στην ικανοποίηση του εργαζομένου (Kishony, 2011). Προκαλούν οικονομική ζημιά, η οποία μπορεί να οδηγήσει ένα οργανισμό μέχρι και σε διάλυση (Gerardi, 2004). Επίσης ίσως οδηγήσουν στη δημιουργία χαμηλής ποιότητας προϊόντων ή υπηρεσιών, ή και σε λάθη τα οποία μπορούν να απειλήσουν μέχρι και την υγεία του πελάτη οδηγώντας σε νομικές διαμάχες και διεκδίκηση αποζημιώσεων (Riaz & Junaid, 2011).

Ο Rahim (2011) υποστηρίζει πως πολύ λίγη σύγκρουση σ' ένα οργανισμό μπορεί να ενθαρρύνει την στασιμότητα, τη μετριότητα και την ομαδική σκέψη αλλά και η υπερβολική σύγκρουση μπορεί να οδηγήσει μέχρι και στην αποσύνθεση του. Και συμπεραίνει πως πολύ λίγη ή υπερβολική σύγκρουση είναι και τα δύο δυσλειτουργικά για την αποτελεσματικότητα του οργανισμού.

1.5.3 Θετικές επιπτώσεις

Όπως έχει ειδη προαναφερθεί η σύγχρονη τάση των μελετητών είναι να βλέπουν τη σύγκρουση ως ένα φυσικό φαινόμενο στους οργανισμούς το οποίο μπορεί να έχει και θετικά αποτελέσματα εάν κατανοηθεί και χειριστεί σωστά. Εάν οι συγκρούσεις τύχουν σωστής διαχείρισης, ο οργανισμός θα αυξήσει την απόδοσή του σε όρους αξιοποίησης των περιορισμένων πόρων και επίτευξης των οργανωσιακών στόχων (Henry, 2009). Οι Omisore & Abiodun (2014) αναφέρουν πως:

- Παρακινούν τα άτομα να εργαστούν καλύτερα και πιο σκληρά
- Ικανοποιούν ορισμένες ψυχολογικές ανάγκες όπως η κυριαρχία, η επιθετικότητα, η αυτοεκτίμηση και το εγώ δίνοντας την ευκαιρία για εποικοδομητική χρήση και απελευθέρωση των επιθετικών παρορμήσεων
- Παρέχουν δημιουργικές και καινοτόμες ιδέες
- Προσθέτουν ποικιλία στην οργανωσιακή ζωή καταπολεμώντας την μονοτονία και την άνοια

Σύμφωνα με τον Rahim (2011):

- Βελτιώνουν την οργανωσιακή διαδικασία λήψης αποφάσεων
- Μπορούν να ανευρεθούν εναλλακτικές λύσεις σε ένα πρόβλημα
- Οδηγούν σε συνεργιστικές λύσεις σε κοινά προβλήματα
- Ενισχύουν την ατομική αλλά και ομαδική απόδοση
- Αποτελούν αντίδοτο για την ομαδική σκέψη καθώς δεν επιτρέπουν στην ομάδα να λαμβάνει παθητικές αποφάσεις που μπορεί να στηρίζονται σε αδύναμες υποθέσεις και ανεπαρκή εξέταση των σχετικών εναλλακτικών λύσεων (Robbins & Judge, 2013).
- Δημιουργούν «ένα περιβάλλον αυτοεκτίμησης και διάθεση αλλαγής» (Καλογιάννη, 2003).

1.6 Στρατηγικές και τεχνικές αντιμετώπισης των συγκρούσεων

Όταν προκύπτει μια σύγκρουση, τα διοικητικά στελέχη αλλά και τα ίδια τα εμπλεκόμενα μέρη πρέπει να είναι σε θέση να τη διαχειριστούν με τέτοιο τρόπο ώστε να μετατραπεί σε μια θετική δύναμη παρά σε μια αρνητική δύναμη η οποία θα απειλήσει το άτομο ή την ομάδα και κατ' επέκταση τον ίδιο τον οργανισμό.

Πρέπει να εκτιμηθούν μια πληθώρα παραγόντων πριν να γίνει επιλογή της προσέγγισης που θα ακολουθηθεί. Η κατανόηση της προέλευσής της βελτιώνει την πιθανότητα για την επιλογή της κατάλληλης μεθόδου αντιμετώπισης. Επίσης ένα άλλο πολύ σημαντικό στοιχείο, όπως επισημαίνουν οι Omisore & Abiodun (2014), είναι η έγκαιρη αναγνώριση της σύγκρουσης, η έγκαιρη εκτίμηση των επιπτώσεων της πάνω στην απόδοση των εργαζομένων και η στροφή της προσοχής προς στα συγκρουόμενα μέρη. Ακόμη σύμφωνα με τη θεωρία του Galtung (1996), όπως αυτή αναφέρεται στις Bodtker & Jameson (2001) υπάρχουν τρία βασικά συστατικά στη σύγκρουση. Αυτά περιλαμβάνουν: (Α) τις στάσεις (που περιλαμβάνει τόσο τις γνωστικές ιδέες και τα συναισθήματα), (Β) τη συμπεριφορά (η οποία περιλαμβάνει τόσο την αποκάλυπτη συμπεριφορά και τις δυνατότητες για επιθετικές πράξεις και (Γ) την αντίφαση (οι αξίες και τα συμφέροντα, μεταξύ των μερών ή μέσα σε ένα άτομο, που δεν είναι συμβατές). Και τα τρία αυτά στοιχεία είναι απαραίτητα για την ύπαρξη σύγκρουσης, γι' αυτό και η αναγνώριση και ο χειρισμός τους είναι απαραίτητος αλλιώς κάθε προσπάθεια για διαχείριση της σύγκρουσης θα είναι ανεπιτυχής.

Τέλος το περιβάλλον και η κουλτούρα του εργασιακού χώρου αποτελούν επίσης σημαντικό παράγοντα για τον τρόπο που το άτομο, η ομάδα ή ο οργανισμός θα επιλέξουν να διαχειριστούν τη σύγκρουση.

Πέντε κοινές προσεγγίσεις ή στρατηγικές για την επίλυση των συγκρούσεων έχουν αναγνωριστεί μέσα στη βιβλιογραφία (πχ. Thomas, 1992. Vivar, 2006): ο ανταγωνισμός, η συνεργασία, ο συμβιβασμός, η αποφυγή και η υποχώρηση. Αυτές οι πέντε επιλογές, σύμφωνα με τον Thomas (1992), ορίζονται από δύο συμπεριφοριστικές διαστάσεις: τη διεκδίκηση (την προσπάθεια ικανοποίησης των προσωπικών ενδιαφερόντων/αναγκών) και τη συνεργασία (την προσπάθεια ικανοποίησης των ενδιαφερόντων/αναγκών των άλλων).

1.6.1 Ανταγωνισμός (Competing)

Είναι μια προσέγγιση «κερδίζω-χάνεις» καθώς το ένα μέρος που εμπλέκεται στη σύγκρουση χρησιμοποιεί οποιαδήποτε μέσο έχει για να ικανοποιήσει τις δικές του ανάγκες και συμφέροντα σε βάρος του άλλου μέρους. Αυτή η τεχνική είναι αποτελεσματική μόνο σε επείγουσες καταστάσεις όπου δεν υπάρχει χρόνος για

συζήτηση και η λήψη μιας γρήγορης απόφασης είναι αναγκαία. Ωστόσο επειδή οδηγεί σε νικητές και χαμένους δεν πρέπει να χρησιμοποιείται τόσο συχνά.

1.6.2 Συνεργασία (Collaborating)

Είναι μια προσέγγιση «κερδίζω-κερδίζεις» καθώς το κάθε μέρος δείχνει σεβασμό προς στις ιδέες και αξίες της αντίθετης πλευράς προκειμένου να βρουν μια λύση που να ικανοποιεί και τους δυο. Παρά το γεγονός ότι είναι μια χρονοβόρα διαδικασία αποτελεί ολοκληρωμένη προσέγγιση και μακροπρόθεσμη επίλυση της σύγκρουσης και συμβάλλει στη διατήρηση των καλών σχέσεων των εμπλεκόμενων μερών.

1.6.3 Συμβιβασμός (Compromising)

Αποτελεί μια προσέγγιση «χάνω-χάνεις» καθώς το κάθε μέρος πρέπει να θυσιάσει σημαντικό μέρος των συμφερόντων τους για την ανεύρεση λύσης που εν μέρει να ικανοποιεί και τους δυο. Μπορεί να επιλεγθεί ως προσωρινή λύση για ένα πολύπλοκο θέμα και όταν τα εμπλεκόμενα άτομα έχουν ίση εξουσία.

1.6.4 Αποφυγή (Avoiding)

Είναι μια προσέγγιση «χάνω-χάνεις» καθώς και οι δύο εμπλεκόμενοι επιλέγουν να αποσυρθούν ή να αγνοούν τη ύπαρξη σύγκρουσης αφήνοντας την άλυτη. Η τακτική αυτή είναι χρήσιμη όταν αφορά ασήμαντο θέμα, όταν το ένα μέρος είναι πιο ισχυρό από το άλλο, όταν τα δύο μέρη χρειάζονται χρόνο να ηρεμίσουν ή όταν τα οφέλη από τα αναμενόμενα αποτελέσματα είναι μικρότερα από την αναστάτωση που θα προκύψει από τη σύγκρουση ή την προσπάθεια που πρέπει καταβληθεί.

1.6.5 Υποχώρηση (Accommodating)

Είναι μια προσέγγιση «χάνω-κερδίζεις» καθώς το ένα μέρος αμελεί τα δικά του συμφέροντα και ανάγκες για να ικανοποιηθούν αυτά του άλλου μέρους. Η τακτική αυτή είναι αποτελεσματική όταν το άτομο που την χρησιμοποιεί αντιληφθεί πως η θέση του μπορεί να είναι λανθασμένη και επιθυμεί να λάβει υπόψη του τα όσα έχει να πει η άλλη πλευρά ή όταν αποφασίσει να υποχωρήσει σ' αυτό το θέμα προσδοκώντας ότι η άλλη πλευρά θα του ανταποδώσει σε κάποιο άλλο θέμα.

Όπως διαφαίνεται για να διαχειριστεί μια σύγκρουση από ένα άτομο ή μια ομάδα δεν υπάρχει μόνο ένας τρόπος αλλά ούτε και κατάλληλη ή ακατάλληλη στρατηγική. Ως εκ τούτου, όπως τονίζει η Vinar (2006), το κάθε άτομο ή ομάδα είναι υπεύθυνα να έχουν πλήρη επίγνωση του προβλήματος και να επιλέξουν τις πιο κατάλληλες στρατηγικές βασιζόμενοι στο περιεχόμενο του προβλήματος από την οποία έχει προκύψει. Εκτός αυτού, ο εντοπισμός και η αντιμετώπιση των συγκρούσεων σ' ένα πρώιμο στάδιο φαίνεται υψίστης σημασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ: ΟΙ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον του υγειονομικού τομέα επιβάλλει την άριστη συνεργασία και ομαδική εργασία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας ούτως ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες του πληθυσμού αλλά και να διασφαλιστεί η παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας και ασφάλεια των ασθενών.

Η εύρυθμη λειτουργία ενός οργανισμού υγείας εξαρτάται από την επικοινωνία (οριζόντια και κάθετη), την αριθμητική και ακαδημαϊκή επάρκεια των επαγγελματιών υγείας, την συνεργασία ανάμεσα στους εργαζόμενους αλλά και των επιμέρους ειδικοτήτων υγείας που απασχολούνται σε αυτόν.

Η Shin (2008), διαπιστώνει πως η πιθανότητα για εμφάνιση συγκρούσεων στον τομέα της υγείας είναι συχνότερη από οποιοδήποτε άλλον τομέα της οικονομίας και αυτό οφείλεται στο υψηλό κόστος της φροντίδας υγείας και στην ποικιλία των εμπλεκόμενων μερών. Για να λειτουργήσει αποτελεσματικά ο υγειονομικός τομέας, επαγγελματίες υγείας με διαφορετικά συμφέροντα, στόχους, προσωπικότητες, εμπειρία και ειδικότητες πρέπει να εργαστούν μαζί για να παρέχουν ασφαλή, επαρκή και εποικοδομητική φροντίδα υγείας.

2.1 Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της υγειονομικής περίθαλψης

Οι υπηρεσίες παροχής υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν ένα πολύπλοκο και πολυδιάστατο σύστημα γι' αυτό και υπάρχει ένας αριθμός ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τα οποία βοηθούν στην δημιουργία παρεξηγήσεων και διαφωνιών.

Οι Robson & Morrison (2003), ξεχωρίζουν τρία σημαντικά χαρακτηριστικά για την κατανόηση των συγκρούσεων στον τομέα της υγείας αλλά και της διαχείρισής τους.

1^ο χαρακτηριστικό: περιγράφουν τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ως ένα περίπλοκο προσαρμοζόμενο σύστημα το οποίο χαρακτηρίζεται από συνεχείς αλλαγές, ευέλικτους κανόνες εξαρτώμενους από τα εμπλεκόμενα μέρη και την ιστορία του συστήματος, τεράστιους όγκους δεδομένων, κυκλική ανατροφοδότηση και περιορισμένη πρόσβαση σε πληροφορίες άλλων. Αυτός ο τύπος συστήματος παράγει περισσότερα λάθη αλλά ταυτόχρονα έχει την δυνατότητα να είναι πιο καινοτόμο σε σχέση με άλλες κοινωνικές δομές. Η πολύπλοκη φύση του το καθιστά πιο δύσκολο τόσο για τους συμμετέχοντες όσο και τους διαχειριστές της σύγκρουσης να

κατανοήσουν πλήρως τις διάφορες συνιστώσες της, το πώς αυτά τα στοιχεία διαπλέκονται και τις πηγές της σύγκρουσης στο σύστημα.

2^ο χαρακτηριστικό: η παρουσία ανισοτήτων και ανισορροπιών εξουσίας, γνώσης και έλεγχου. Όπως είναι οι ανισότητες μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των ασθενών, μεταξύ των ομάδων των παρόχων (γιατροί, νοσηλευτές και άλλοι), τύπους των παρόχων (πρωτοβάθμιας φροντίδας έναντι εξειδικευμένη φροντίδας ή θεραπευτική έναντι προληπτικής), πληρωτές και τη διαχείριση, τη διαχείριση και τους παρόχους.

3^ο χαρακτηριστικό: εξαιτίας των διαφορών στην εκπαίδευση και την επαγγελματική κοινωνικοποίηση, οι «παίκτες» στο σύστημα συχνά έχουν ευρέως αποκλίνουσες κουλτούρες και σύστημα αξιών διαμορφώνοντας έτσι τον τρόπο που αντιλαμβάνονται και ανταποκρίνονται στη σύγκρουση.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες συνδυάζονται και κάνουν το περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης ιδιαίτερα επιρρεπή σε συγκρούσεις (Marshall & Robson, 2005).

2.2 Είδη συγκρούσεων

Όπως έχει προαναφερθεί στην παρούσα μελέτη υπάρχουν πολλά είδη συγκρούσεων με τα οποία μπορεί να έρθει αντιμέτωπος ένας εργαζόμενος χωρίς να αποτελούν εξαίρεση οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας.

Πιο συγκεκριμένα οι συγκρούσεις που αφορούν τους επαγγελματίες υγείας μπορούν να προκύψουν μεταξύ:

- Των επαγγελματιών υγείας και της διοίκησης του οργανισμού,
- Των νοσηλευτών και των ιατρών, εξαιτίας «της επικάλυψης των ρόλων και της αλλαγής των σχέσεων των ρόλων καθώς οι νοσηλευτές επιτυγχάνουν όλο και πιο ψηλά επίπεδα μόρφωσης όπως μεταπτυχιακά διπλώματα και διδακτορικούς τίτλους» (Παπαδοπούλου, 2014),
- Των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών,
- Των επαγγελματιών υγείας και των οικογενειών των ασθενών,
- Μιας ομάδας επαγγελματιών υγείας με άλλη πχ. νοσηλευτών και ακτινολόγων (διεπιστημονική σύγκρουση),
- Των μελών της ίδιας επαγγελματικής ομάδας πχ. ανάμεσα στους παθολόγους, ανάμεσα στους ίδιους τους νοσηλευτές (ενδοεπιστημονική σύγκρουση) και

- Των επαγγελματιών υγείας και του βοηθητικού προσωπικού.

2.3 Αιτίες συγκρούσεων

Στον υγειονομικό τομέα υπάρχουν πολλοί παράγοντες οι οποίοι συμβάλουν στην εμφάνιση συγκρούσεων. Σύμφωνα με τον Charlton (2010) ορισμένοι είναι: οι χρόνιες χρονικές πιέσεις, οι περιορισμένοι πόροι, η πρόκληση να επικρατήσει αρμονία ανάμεσα στις απαιτήσεις για μείωση του κόστους και της παροχής ποιοτικής φροντίδας, οι βιοηθικές προκλήσεις, ο αυξημένος φόρτος εργασίας, οι πολύπλοκες αναδυόμενες τεχνολογίες που επιφέρουν επιπλέον στρες στους επαγγελματίες υγείας και η πολυπλοκότητα και ο όγκος των κανονισμών οι οποίοι προσθέτουν απογοήτευση και οργή σε αρκετούς από τους επαγγελματίες υγείας οδηγώντας τους στον θυμό και στην εκδήλωση αντιεπαγγελματικής συμπεριφοράς.

Επίσης, οι Altun & Argon (2011), όπως αναφέρεται στην Sexton (2014), επισημάνουν πως οι συγκρούσεις στον υγειονομικό τομέα προκύπτουν από παράγοντες όπως η προσωπικότητα των ατόμων, οι προσωπικές εμπειρίες, οι αξίες, οι στάσεις, οι συμπεριφορές και διαφορετικές προσδοκίες.

Σύμφωνα με την Παπαδοπούλου (2015) «η ποικιλία των ρόλων και των λειτουργιών, η αλληλεξάρτηση, καθώς και τα υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες» αποτελούν σημεία-κλειδιά για τις συγκρούσεις στον υγειονομικό χώρο. Επίσης όπως αναφέρει η Vinar (2006) σημαντική πηγή συγκρούσεων στον χώρο της υγείας είναι η δυναμική ανάμεσα στους νοσηλευτές και γιατρούς. Με την πάροδο του χρόνου οι νοσηλευτές έχουν αναβαθμίσει τις γνώσεις και τις δεξιότητες τους με αποτέλεσμα να απορρίπτουν την κυριαρχία των γιατρών και να απαιτούν περισσότερη συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων γεγονός που οδηγεί στην αύξηση των συγκρούσεων ανάμεσα τους.

Τέλος σύμφωνα με την Shin (2008) οι περισσότερες συγκρούσεις στον υγειονομικό τομέα πηγάζουν από τις δυσκολίες στη διαπροσωπική και επαγγελματική επικοινωνία. Είναι γενικά αποδεκτό ότι η επικοινωνία βρίσκεται στο επίκεντρο τόσο της σύγκρουσης όσο και της επίλυσης των συγκρούσεων. Αν και η επικοινωνία μπορεί να οδηγήσει σε σύγκρουση, μέσω μιας ανοικτής και αποτελεσματικής επικοινωνίας μπορούν να επιλυθούν καταστάσεις. Η Marshall αναφέρει πως ο χώρος της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί εύφορο έδαφος για δημιουργία συγκρούσεων λόγω της δυναμικής και της αλληλεξάρτησης των διάφορων σχέσεων που υπάρχουν μεταξύ

των παρόχων περίθαλψης, των ασθενών και των οικογενειών. Παρόλο η καλή επικοινωνία είναι ένα ουσιαστικό εργαλείο για επιτυχείς σχέσεις, είναι συχνά κάτι στο οποίο τα άτομα δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά. Η αποτελεσματική επικοινωνία μπορεί να εξοικονομήσει χρόνο, να μειώσει τις παρεξηγήσεις, τα λάθη και τις συγκρούσεις και να βελτιώσει τις προσωπικές και επαγγελματικές σχέσεις.

2.4 Επιπτώσεις των συγκρούσεων

Οι συνέπειες των συγκρούσεων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας είναι πολλές. Σύμφωνα με τον Patton (2014) στην καλύτερη περίπτωση οι συγκρούσεις μπορούν να οδηγήσουν σε ευεργετικές αλλαγές στον εργασιακό χώρο ενώ στην χειρότερη περίπτωση μπορούν να έχουν αντίκτυπο στην ζωή των ασθενών.

Οι αρνητικές συνέπειες που πιθανόν να υπάρξουν είναι οι εξής:

- Μείωση των κλινικών αποτελεσμάτων, αυξάνουν την τάση του προσωπικού να εγκαταλείψει την εργασία του (Shin, 2008),
- Δημιουργούν μη ασφαλείς οργανισμούς, ομάδες και καταστάσεις που μπορούν να οδηγήσουν σε ιατρικά λάθη ή ακόμη και τον θάνατο ασθενών (Marshall) μειώνοντας το αίσθημα ασφάλειας και ικανοποίηση των ασθενών,
- Αυξάνουν το κόστος της περίθαλψης (The Joint Commission, 2008),
- Υπονομεύουν το ηθικό της ομάδας, το κίνητρο για οργανωσιακή αλλαγή και τις εργασιακές σχέσεις. Η δημιουργία νέων συγκρούσεων, η εκδήλωση αντιεπαγγελματικής συμπεριφοράς, κακή δημοσιότητα για τον ίδιο τον οργανισμό και την προσφερόμενη φροντίδα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, δολιοφθορά, κλοπές και ζημιές στις εγκαταστάσεις (Gerardi, 2004),
- Βλάπτουν το εργασιακό κλίμα αλλά και τα άτομα τόσο σωματικά όσο ψυχολογικά. Οι συνεχιζόμενες συγκρούσεις έχουν ως αποτέλεσμα υψηλότερο κύκλο εργασιών και απουσίες, χαμηλότερο συντονισμό και συνεργασία και χαμηλότερη αποτελεσματικότητα (Brinkert, 2010),
- Μπορούν να επηρεάσουν την οικογενειακή ζωή του ατόμου. Εκδήλωση ακατάλληλης συμπεριφοράς προς τα μέλη της οικογένειας και αναστάτωση της ομαλής ροής της οικογενειακής ζωής είναι μερικά από τα προβλήματα που δημιουργούνται (Nayeri & Nagarandeh, 2009).

Οι συγκρούσεις όμως μπορούν να έχουν και θετικές συνέπειες όπως:

- Βελτιώνουν την ποιότητα των αποφάσεων, διεγείρουν την δημιουργικότητα και ενθαρρύνουν το ενδιαφέρον (Moisoglou et al. 2014),
- Ενθαρρύνουν τη δημιουργία νέων ιδεών και την συνοχή της ομάδας (Patton, 2014),
- Μπορούν να αναδείξουν σημαντικά ζητήματα και να οδηγήσουν σε επωφελείς αλλαγές για τον οργανισμό (Haraway & Haraway, 2005),
- Κινητοποιούν τους εργαζόμενους και προάγουν τη συμμετοχή τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και
- Αποτρέπουν την αδράνεια και τη στασιμότητα (Σταθοπούλου, 2006).

2.5 Τεχνικές διαχείρισης των συγκρούσεων από τους επαγγελματίες υγείας

Όπως αναφέρει και ο Garmel (2008), είναι σχετικά εύκολο να αναγνωρίσει κάποιος πως η σύγκρουση η ίδια δεν είναι προβληματική, αλλά ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα (ή ο οργανισμός) επιλέγουν να τη χειριστούν. Η ύπαρξη πολλών και διαφορετικών κουλτούρων και υποκουλτούρων αλλά και οι διαφορές στην εκπαίδευση, στις αξίες, στις φιλοσοφίες, στον τρόπο επικοινωνίας, στις επαγγελματικές επιδιώξεις και στους ρόλους διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας ή οι οργανωσιακές δομές προσεγγίζουν την σύγκρουση.

Ο τρόπος με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας επιλέγουν να διαχειριστούν μια σύγκρουση έχει σημαντικό αντίκτυπο στην παρεχόμενη φροντίδα των ασθενών αλλά και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και τις σχέσεις τους με την υπόλοιπη ομάδα στην οποία ανήκουν.

Οι Thomas & Kilmann (2008) αναγνωρίζουν την ύπαρξη πέντε μεθόδων χειρισμού της σύγκρουσης: τον ανταγωνισμό, την συνεργασία, τον συμβιβασμό, την αποφυγή και την υποχώρηση. Όλες οι μέθοδοι έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και όλες μπορούν να είναι ορθές ή λάθος υπό διαφορετικές καταστάσεις και συνθήκες.

Οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως οι ιατροί και νοσηλευτές σύμφωνα με τη βιβλιογραφία συνήθως επιλέγουν την αποφυγή και την συνεργασία ως μεθόδους διαχείρισης της σύγκρουση. Οι Kaitelidou et al. (2012) σε έρευνα τους αναφορικά με τη διαχείριση συγκρούσεων και την επαγγελματική ικανοποίηση στα παιδιατρικά νοσοκομεία στην Ελλάδα βρήκαν πως η πλειοψηφία των νοσηλευτών και ιατρών χρησιμοποιούν την αποφυγή παρά το γεγονός ότι μακροχρόνια αποτελεί

αναποτελεσματική μέθοδο καθώς η ύπαρξη του προβλήματος και των αιτιών του απλά αγνοούνται. Δεύτερη πιο προτιμητέα τεχνική διαχείρισης των συγκρούσεων αποτέλεσε η συνεργασία ακολουθούμενη από τον ανταγωνισμό. Παρόμοια ευρήματα είχε και έρευνα των Moisoglou et al. (2014) αναφορικά με τις συγκρούσεις σ' ένα Ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο αλλά και των Pavlakis et al. (2011). Ωστόσο στην έρευνα των Pavlakis et al. (2011) οι γιατροί ήταν η μοναδική ομάδα επαγγελματιών υγείας οι οποίοι επέλεξαν το ανταγωνιστικό στυλ με ποσοστό πάνω από 10%.

Η Vivar (2006) επεξηγεί πως οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν την αποφυγή ως κύρια προσέγγιση στην διαχείριση των συγκρούσεων γιατί οι νοσηλευτές εξακολουθούν να συμπεριφέρονται κάτω από την κυριαρχία των γιατρών, οι νοσηλευτές δεν έχουν τον χρόνο να συζητούν τα προβλήματά τους και τέλος οι νοσηλευτές σε διοικητικές θέσεις έχουν λίγες γνώσεις αναφορικά με τη διαχείριση συγκρούσεων καθώς ο ηγετικός ρόλος αποτελεί νέο τύπο πρόκλησης στην νοσηλευτική ο οποίος χρήζει περισσότερης μελέτης και πρακτικής.

2.5.1 Προκλήσεις στην διαχείριση των συγκρούσεων στον υγειονομικό τομέα

Ο Charlton (2010) εντοπίζει επτά προκλήσεις κλειδιά όσον αφορά την διαχείριση των συγκρούσεων στον τομέα της υγείας:

1^η: Η απουσία προγραμμάτων διαχείρισης της σύγκρουσης εντός των υγειονομικών οργανισμών.

2^η: Η έλλειψη υποστήριξης από τους ανώτερους για συστήματα διαχείρισης συγκρούσεων και παρεμβάσεις.

3^η: Η έλλειψη χρόνου και χρήματος για δραστηριότητες που αφορούν την επίλυση των συγκρούσεων όπως εκπαιδευτικά προγράμματα, ο καθορισμός μεντόρων κλπ.

4^η: Κενά στην πληροφόρηση σχετικά με το τι κάνουν οι ειδικοί για τις συγκρούσεις στον υγειονομικό τομέα. Χρειάζεται περισσότερη δημοσίευση του έργου τους.

5^η: Η μη αναγνώριση και αποδοχή της ύπαρξης συγκρούσεων στον υγειονομικό τομέα από τους παρόχους υγειονομικής φροντίδας.

6^η: Δυσκολίες στην αναγνώριση και ενδυνάμωση των παραγόντων αλλαγής.

7^η: Ιεραρχικά εμπόδια, τόσο οριζόντια (ανάμεσα σε επαγγέλματα) όσο και κάθετα (εντός επαγγελμάτων).

Όπως αναφέρει και ο American Health Lawyers Association (2008) η διαχείριση των συγκρούσεων είναι ένα μέσο για την επίτευξη συνεργατικής μάθησης και κουλτούρας απόδοσης στην οποία όλοι οι παίκτες γνωρίζουν και κατανοούν τους ρόλους τους, υποστηρίζουν ο ένας τον άλλο και μαθαίνουν ο ένας από τον άλλον. Για αυτό και η διαχείριση των συγκρούσεων δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια επιπόλαια διαδικασία που αποσκοπεί απλώς στη διακοπή των διαφορών. Αντίθετα, θα πρέπει να θεωρηθεί ως μια διαδικασία για να οδηγηθούν δύσκολες καταστάσεις σε αποτελεσματικό διάλογο, επίλυση και μάθηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.

Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη με δειγματοληψία ευκολίας. Ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να διερευνηθεί η ύπαρξη συγκρούσεων ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του ΤΑΕΠ ενός γενικού δημοσίου νοσοκομείου, να προσδιοριστούν οι βασικοί παράγοντες που οδηγούν σε συγκρούσεις, να αξιολογηθούν οι επιπτώσεις των συγκρούσεων αυτών και να αναγνωριστούν οι μέθοδοι που επιλέγει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την διαχείρισή τους.

3.1 Ερευνητικό εργαλείο

Για τη διεκπεραίωση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, η συμπλήρωση του οποίου ήταν εθελοντική και ανώνυμη και πραγματοποιήθηκε στον ελεύθερο χρόνο των εργαζόμενων ώστε να μην διαταραχθεί η ομαλή λειτουργία του τμήματος.

Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε στο πλαίσιο εργασίας με θέμα: *«Διαχείριση συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού στο εργασιακό περιβάλλον των Δημόσιων Γενικών Νοσοκομείων: μελέτη περίπτωσης του Γ.Ν. «Τζάνειο» Πειραιά»* για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Εξειδίκευσης στο Μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Διοίκηση της Υγείας» των Τ.Ε.Ι Πειραιά και έχει εξασφαλισθεί η άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου από τη δημιουργό του. Έχουν γίνει τροποποιήσεις στα δημογραφικά στοιχεία ώστε να ανταποκρίνονται όσο το περισσότερο δυνατό στα δεδομένα των κυπριακών δημόσιων νοσοκομείων. Το ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Ι) αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων και το δεύτερο αφορά τις συγκρούσεις.

3.2 Ο πληθυσμός της έρευνας

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 45 νοσηλευτικοί και ιατρικοί λειτουργοί, όλων των ιεραρχικών βαθμίδων, από το σύνολο των 56 εργαζομένων στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επείγοντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου της Λάρνακας οι οποίοι και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια στο χρονικό διάστημα Απριλίου-Μαΐου 2017.

3.3 Αποτελέσματα

3.3.1 Στατιστική Ανάλυση

Τα αποτελέσματα των ερωτήσεων στις οποίες οι ερωτώμενοι έπρεπε να δείξουν τον βαθμό συχνότητας ενός φαινομένου με βάση την πενταβάθμια κλίμακα Likert, παρουσιάζονται σε Πίνακες, οι οποίοι περιλαμβάνουν τα ποσοστά των απαντήσεων της κάθε δήλωσης καθώς και τον αριθμό των ερωτώμενων που την απάντησαν. Επίσης, για αυτές τις δηλώσεις έγινε εύρεση του μέσου όρου και της τυπικής απόκλισης, ώστε να μπορούν να γίνουν αναλύσεις επαγωγικής στατιστικής (Ανοva και t-test). Πιο αναλυτικά, για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας όπου καταγράφονται οι απόψεις των ερωτώμενων χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι της περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής (Πίνακας 1), που έγιναν με το στατιστικό πακέτο SPSS 20 (Statistical Package for Social Sciences 20). Συγκεκριμένα καταγράφονται οι απόψεις του δείγματος για τις πιο κάτω ενότητες:

1. Παράγοντες που αποτελούν αιτία ή αιτίες συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.
2. Με ποιους έχουν οι εργαζόμενοι συγκρούσεις.
3. Πού μπορεί να οδηγήσει μια σύγκρουση.
4. Τη συχνότητα των συγκρούσεων.
5. Τις συνέπειες των συγκρούσεων.
6. Με ποιους στην ιεραρχική βαθμίδα έρχονται σε σύγκρουση.
7. Τις μεθόδους διαχείρισης των συγκρούσεων.

Κατά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας, σε σχέση με τις ερωτήσεις που περιλάμβαναν δηλώσεις, γίνεται αναφορά σε αναλύσεις επαγωγικής στατιστικής (Ανάλυση Διακύμανσης-ANOVA όπου έχουμε περισσότερες από δύο υποομάδες στο δείγμα και t-test όπου έχουμε μόνο δύο υποομάδες στο δείγμα). Τα αποτελέσματα των αναλύσεων θα καταγράφονται μόνο εκεί όπου υπάρχουν σημαντικά στατιστικά αποτελέσματα, παρόλο που όλες οι μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκαν

σε όλες τις δυνατές πτυχές της ανάλυσης.. Στις Κοινωνικές Επιστήμες έχει επικρατήσει να χρησιμοποιείται το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), που θεωρείται και το ανώτατο αποδεκτό όριο, προκειμένου το αποτέλεσμα να θεωρηθεί στατιστικά σημαντικό (Ρούσσος & Τσαούσης, 2002). Όταν το παρατηρηθέν επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι μικρότερο ή ίσο με το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας που έχει καθοριστεί από τον ερευνητή ($p \leq \alpha$), στη συγκεκριμένη περίπτωση $\alpha=0,05$, το αποτέλεσμα θεωρείται στατιστικά σημαντικό.

Πίνακας 1. Εργαλεία στατιστικής ανάλυσης

Περιγραφική στατιστική	Επαγωγική στατιστική
Κατανομές Συχνότητας	Εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach's alpha)
Ποσοστά	Ανάλυση Διακύμανσης (ANOVA)
Μέσος Όρος (Mean)	t Στατιστικό Τεστ (t-test)
Τυπική Απόκλιση (Standard Deviation)	

Διενεργήθηκε έλεγχος της εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's alpha των δηλώσεων των ερωτηματολογίων (για τους 5 τομείς που περιλάμβαναν αριθμό δηλώσεων), όπως αυτοί περιλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο που συμπλήρωσαν οι ερωτώμενοι (Πίνακας 2). Αυτό επιβαλλόταν να γίνει, για να ελεγχθεί ο βαθμός αξιοπιστίας της εσωτερικής συνοχής, όταν ένα εργαλείο μέτρησης εφαρμόζεται για πρώτη φορά σε συγκεκριμένο πληθυσμό (Litwin, 1995).

Πίνακας 2. Βαθμός εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's alpha για το ερωτηματολόγιο

Ενότητες ερωτηματολογίου	Cronbach's alpha
1. Παράγοντες που αποτελούν αιτία ή αιτίες συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας	0,89
2. Με ποιους έχουν συγκρούσεις	0,86
3. Πού μπορεί να οδηγήσει μια σύγκρουση	0,61

4. Τις συνέπειες των συγκρούσεων	0,80
5. Με ποιους έρχονται σε σύγκρουση (σε ιεραρχικό επίπεδο)	0,70
6. Τις μεθόδους διαχείρισης των συγκρούσεων	0,36

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής, που εκτιμάται με τον συντελεστή Cronbach's alpha δείχνει την ομοιογένεια μιας κλίμακας και πρέπει να είναι $>0,7$. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του συντελεστή τόσο μεγαλύτερη είναι η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής δείχνοντας ότι οι δηλώσεις (items) που περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο είναι αρκετές, για να μετρήσουν αυτό για το οποίο κατασκευάστηκε, αλλά και ότι υπάρχει σαφήνεια στις δηλώσεις (Litwin, 1995). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ενότητες δηλώσεων «Πού μπορεί να οδηγήσει μια σύγκρουση» και «Τις μεθόδους διαχείρισης των συγκρούσεων» είχαν χαμηλό βαθμό αξιοπιστίας ($\alpha < 0,7$), πράγμα το οποίο σημαίνει ότι (α) οι δηλώσεις στις συγκεκριμένες ενότητες, ίσως, δεν ήταν αρκετές για να μετρήσουν αυτό για το οποίο κατασκευάστηκαν, (β) ότι υπήρχαν ασάφειες σε αυτές, (γ) ότι το δείγμα δεν ήταν ομοιογενές. Αν εξαιρέσουμε από τους τρεις προαναφερθέντες λόγους τον λόγο (β) της ασάφειας κάποιων δηλώσεων, εφόσον το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε και προηγουμένως σε άλλες έρευνες, τότε οι πιο προφανείς λόγοι είναι οι (α) και (γ) και κυρίως ο λόγος (α) ότι οι δηλώσεις δεν ήταν αρκετές για να μετρήσουν αυτό για το οποίο κατασκευάστηκαν. Εάν, το δείγμα παρουσίαζε θέματα ανομοιογένειας τότε αυτό θα επηρέαζε το βαθμό αξιοπιστίας και των δύο άλλων ενότητων, γεγονός που δεν επαληθεύεται από την ανάλυση των δεδομένων.

3.3.2 Δημογραφικά δεδομένα

Στην υποενότητα αυτή καταγράφονται τα ευρήματα που αφορούν τα δημογραφικά δεδομένα των εργαζομένων που συμμετείχαν στην έρευνα. Στον Πίνακα 3 καταγράφεται το φύλο του δείγματος της έρευνας. Σύμφωνα με τα στοιχεία το 53,3% ήταν άνδρες και το υπόλοιπο 46,7% ήταν γυναίκες.

Πίνακας 3. Φύλο των εργαζομένων

Φύλο	Συχνότητα	%
Ανδρες	24	53,30
Γυναίκες	21	46,70
Σύνολο	45	100,00

Στον Πίνακα 4 καταγράφεται η ηλικία των ερωτώμενων του δείγματος. Σύμφωνα με τα στοιχεία η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν ηλικίας 31-45 ετών (71,1%) και από αυτό μπορούμε να συμπεράνουμε ότι τα αποτελέσματα της έρευνας εκφράζουν κυρίως αυτή την ηλικιακή ομάδα. Η μικρή συχνότητα της ηλικιακής ομάδας 23-30 ίσως δικαιολογείται από τις μειωμένες προσλήψεις προσωπικού στο χώρο του δημοσίου λόγω δημοσιονομικών μέτρων που έχουν επιβληθεί ένεκα του μνημονίου.

Πίνακας 4. Ηλικία των συμμετεχόντων

Ηλικία σε έτη	Συχνότητα	%
23-30	10	22,20
31-45	32	71,10
46-56	2	4,40
Ανω των 56	1	2,20
Σύνολο	45	100,00

Στον Πίνακα 5 καταγράφονται τα έτη υπηρεσίας του δείγματος. Σύμφωνα με τα στοιχεία η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα (48,90%) είχαν μέχρι 10 χρόνια υπηρεσίας. Από αυτό το δεδομένο μπορούμε να συμπεράνουμε ότι τα αποτελέσματα της έρευνας εκφράζουν κυρίως αυτή την ομάδα, η οποία έχει και τις λιγότερες εμπειρίες στο χώρο εργασίας. Από την άλλη αυτό αποτελεί και μια πιο «φρέσκια» ερμηνεία των δεδομένων στο χώρο εργασίας, αφού τα λίγα χρόνια υπηρεσίας δεν επιτρέπουν την παγίωση κάποιων αντιλήψεων οι οποίες πολλές φορές είναι και αποτέλεσμα της ψυχολογικής κόπωσης των ατόμων.

Πίνακας 5. Έτη υπηρεσίας των συμμετεχόντων

Προϋπηρεσία σε έτη	Συχνότητα	%
0-10	22	48,90
11-20	16	35,60
21-30	7	15,60
31 και άνω	0	0,00
Σύνολο	45	100,00

Πιο κάτω στον Πίνακα 6 καταγράφεται η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος. Σύμφωνα με τα στοιχεία 24,4% δήλωσαν άγαμοι ενώ 73,3% δήλωσαν παντρεμένοι. Ένα άτομο (2,2%) δήλωσε διαζευγμένο.

Πίνακας 6. Οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα	%
Έγγαμος/η	33	73,30
Άγαμος/η	11	24,40
Διαζευγμένος/η	1	2,20
Χήρος/α	0	0
Σύνολο	45	100,00

Στον Πίνακα 7 καταγράφεται το επίπεδο μόρφωσης του δείγματος. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (68,9%) κατείχε πτυχίο Ανώτερου/Ανώτατου Ιδρύματος, 22,2 % κατείχε μεταπτυχιακό δίπλωμα και 8,9% κατείχε διδακτορικό τίτλο. Παρατηρούμε, δηλαδή, ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων της έρευνας προέρχεται από άτομα που κατέχουν μόνο πτυχίο και θα είναι ενδιαφέρον να δούμε αν υπάρχει οποιαδήποτε διαφοροποίηση κάποιων απόψεων σε σχέση με αυτούς που κατέχουν μεταπτυχιακά προσόντα.

Πίνακας 7. Μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων

Επίπεδο Μόρφωσης	Συχνότητα	%
Πτυχίο	31	68,90
Μεταπτυχιακό	10	22,20
Διδακτορικό	4	8,90
Σύνολο	45	100,0

Στον Πίνακα 8 καταγράφεται το επάγγελμα του δείγματος της έρευνας, δηλαδή αν είναι νοσηλευτικοί ή ιατρικοί λειτουργοί. Σύμφωνα με τα στοιχεία το 80,0% ήταν νοσηλευτικοί λειτουργοί και το υπόλοιπο 20,0% ήταν ιατρικοί λειτουργοί. Από τα αποτελέσματα μπορούμε να συμπεράνουμε ότι τα αποτελέσματα της έρευνας εκφράζουν τις απόψεις, κυρίως, των νοσηλευτικών λειτουργών. Και σε αυτή την περίπτωση θα είναι ενδιαφέρον να δούμε αν υπάρχει οποιαδήποτε διαφοροποίηση κάποιων απόψεων σε σχέση με αυτούς που είναι ιατρικοί λειτουργοί.

Πίνακας 8. Επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων

Επάγγελμα	Συχνότητα	%
Ιατρικοί λειτουργοί	9	20,00
Νοσηλευτικοί λειτουργοί	36	80,00
Σύνολο	45	100,0

Τέλος, στον Πίνακα 9 καταγράφεται η θέση ιεραρχίας του δείγματος στην εργασία. Όσον αφορά τη θέση που κατείχαν η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (73,30%) δήλωσε ότι ήταν νοσηλευτικοί λειτουργοί ακολουθούμενοι από τους ιατρικούς λειτουργούς (20,02%). Δηλαδή, μπορεί να υποστηριχθεί ότι τα δεδομένα της έρευνας βασίζονταν κυρίως στις απόψεις εργαζομένων που δεν ασκούν οποιαδήποτε διοικητικά καθήκοντα αλλά αντιθέτως είναι αποδέκτες των διοικητικών αποφάσεων των ανώτερων τους.

Πίνακας 9. Θέση ιεραρχίας στην εργασία

Θέση ιεραρχίας	Συχνότητα	%
Διευθυντής/τρια Τμήματος	0	0,00
Βοηθός Διευθυντής/τρια Τμήματος	0	0,00
Ιατρικός Λειτουργός	9	20,02
Προϊστάμενος/η Νοσηλευτικός Λειτουργός	0	0,00
Βοηθός Προϊστάμενος/η Νοσηλευτικός Λειτουργός	0	0,00
Πρώτος/η Νοσηλευτικός Λειτουργός	1	2,22
Ανώτερος/η Νοσηλευτικός Λειτουργός	2	4,66
Νοσηλευτικός Λειτουργός	33	73,30
Σύνολο	45	100,0

3.3.3 Συγκρούσεις στο ΤΑΕΠ

3.3.3.1 Αιτίες συγκρούσεων

Στον Πίνακα 10 καταγράφονται οι απόψεις του δείγματος για τους παράγοντες που αποτελούν αιτίες συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Όπως παρατηρούμε στις 9 από τις 15 δηλώσεις η πλειοψηφία των ερωτώμενων συμφώνησαν ότι αυτές αποτελούν αιτίες συγκρούσεων (πρόσθεση των ποσοστών των επιλογών «Αρκετά συχνά» και «Σχεδόν πάντα»). Συγκεκριμένα οι 9 δηλώσεις είναι:

- Οι μη ακολουθούμενες διαδικασίες-έλλειψη πρωτοκόλλων (66,7%)
- Οι εντολές που προέρχονται από περισσότερους από έναν προϊσταμένους (66,2%)
- Η αλληλοκάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων-έλλειψη γραπτού καθηκοντολογίου (64,4%)
- Η αναποτελεσματική ηγεσία (68,9%)
- Το στρες (82,2%)
- Η προκλητική συμπεριφορά (66,6%)
- Τα προβλήματα στην επικοινωνία (53,3%)
- Οι περιορισμένοι πόροι, π.χ. έλλειψη προσωπικού, έλλειψη υλικών (86,6%)
- Ο φόρτος εργασίας (84,4%).

Παρατηρούμε ότι οι πιο πάνω δηλώσεις που αποτελούν αιτίες συγκρούσεων έχουν, κυρίως, σχέση με οργανωσιακούς παράγοντες (π.χ. οι περιορισμένοι πόροι, ο φόρτος εργασίας, η αναποτελεσματική ηγεσία), με τις διαπροσωπικές σχέσεις των εργαζόμενων (π.χ. προκλητική συμπεριφορά, προβλήματα στην επικοινωνία) αλλά και τα συναισθήματα των εργαζομένων (π.χ. το στρες). Καλύπτουν, δηλαδή, τρεις βασικούς τομείς που διέπουν κάθε επαγγελματική σχέση μεταξύ των εργαζομένων.

Πίνακας 10. Παράγοντες που αποτελούν αιτίες συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας

Παράγοντες που αποτελούν αιτίες συγκρούσεων	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
Οι μη ακολουθούμενες διαδικασίες (έλλειψη πρωτοκόλλων)	2,2	2,2	28,9	51,1	15,6
Η απουσία ή οι καθυστερήσεις ανταπόκρισης σε κλήσεις για υποστήριξη	4,4	31,1	28,9	31,1	4,4
Οι εντολές που προέρχονται από περισσότερους από έναν προϊσταμένους	2,2	11,1	24,4	44,4	17,8
Η αλληλοκάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων (έλλειψη γραπτού καθηκοντολογίου)	2,2	2,2	31,1	51,1	13,3
Το χάσμα γενεών (νεώτεροι εργαζόμενοι συνεργάζονται με αρχαιότερους ηλικιακά ή και ιεραρχικά συναδέλφους)	6,7	37,8	24,4	26,7	4,4
Οι διαφορετικές προσωπικότητες αξίες, πεποιθήσεις, κουλτούρες	2,2	22,2	44,4	20,0	8,9
Η αναποτελεσματική ηγεσία	2,2	8,9	17,8	46,7	22,2
Το στρες	0,0	4,4	11,1	42,2	40,0
Η προκλητική συμπεριφορά	0,0	8,9	22,2	42,2	24,4
Η αλληλεξάρτηση των επαγγελματιών υγείας	2,2	15,6	44,4	17,8	15,6
Τα προβλήματα στην επικοινωνία	0,0	8,9	37,8	42,2	11,1
Τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης	0,0	40,0	37,8	20,0	2,2
Οι διαφορές στόχων και επιδιώξεων	4,4	31,1	26,7	31,1	6,7
Οι περιορισμένοι πόροι (π.χ. έλλειψη προσωπικού, έλλειψη υλικών)	2,2	0,0	11,1	42,2	44,4
Ο φόρτος εργασίας	2,2	0,0	13,3	31,1	53,3

Αναλύσεις Διακύμανσης και t Στατιστικού Τεστ

Η ανάλυση διακύμανσης (one Way ANOVA test) για τα χρόνια υπηρεσίας, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, τη θέση εργασίας σε σχέση με τις πιο πάνω δηλώσεις έδειξε ότι:

- Χρόνια υπηρεσίας: οι ερωτώμενοι είχαν σαφή διαφορά στην άποψή τους σε σχέση με τη δήλωση 1 «Οι μη ακολουθούμενες διαδικασίες (έλλειψη πρωτοκόλλων)» ($F(2, 42)=4,86, p<0,05$) και 6 «Οι διαφορετικές προσωπικότητες αξίες, πεποιθήσεις, κουλτούρες» ($F(2, 42)=3,34, p<0,05$). Χρησιμοποιώντας πολλαπλές συγκρίσεις έδειξε ότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις απόψεις των επαγγελματιών υγείας μέχρι 10 χρόνια υπηρεσίας και αυτών από 11-20 χρόνια υπηρεσίας. Οι επαγγελματίες υγείας με 0-10 χρόνια υπηρεσίας αξιολόγησαν με πιο χαμηλό βαθμό τη δήλωση 1 (M.O.=3,41) και 6 (M.O.=2,86) από τους επαγγελματίες υγείας με 11-20 χρόνια υπηρεσίας (M.O.=3,86 και (3,63). Φαίνεται ότι η δεύτερη ομάδα βιώνει περισσότερο την ανάγκη εφαρμογής πρωτοκόλλων, ίσως λόγω των περισσότερων εμπειριών τους ή/και της κατοχής ανώτερης θέσης στην οργανωτική δομή του οργανισμού είτε απλά ανάθεση περισσότερων ευθυνών σε σχέση με τους άλλους επαγγελματίες λόγω χρόνων υπηρεσίας. Επίσης τα άτομα αυτά ανήκουν σε άλλη ηλικιακή ομάδα με ίσως διαφορετικές αξίες, πεποιθήσεις, κουλτούρα και στα οποία δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα με αποτέλεσμα να μην είναι καταδεκτικοί σε κάτι διαφορετικό, σε κάτι νέο.
- Ηλικία: δεν ήταν δυνατό να διενεργηθούν οι αναλύσεις εφόσον τουλάχιστον μια κατηγορία είχε λιγότερες από δύο περιπτώσεις.
- Οικογενειακή κατάσταση: δεν ήταν δυνατό να διενεργηθούν οι αναλύσεις εφόσον τουλάχιστον μια κατηγορία είχε λιγότερες από δύο περιπτώσεις.
- Επίπεδο εκπαίδευσης: δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των ομάδων στις δηλώσεις.
- Θέση εργασίας: δεν ήταν δυνατό να διενεργηθούν οι αναλύσεις εφόσον τουλάχιστον μια κατηγορία είχε λιγότερες από δύο περιπτώσεις.

Για να διερευνηθεί κατά πόσο υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των ανδρών-γυναικών και ιατρικών-νοσηλευτικών λειτουργιών

διενεργήθηκαν αναλύσεις με κριτήρια t για ανεξάρτητα δείγματα. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων έδειξαν τα εξής:

- Διαφοροποιήσεις ανδρών-γυναικών: στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των απόψεων των δύο ομάδων στη δήλωση 2 «Η απουσία ή οι καθυστερήσεις ανταπόκρισης σε κλήσεις για υποστήριξη» ($t=0,89$, $df=43$, $p=0,05$). Στη δήλωση οι απόψεις των ανδρών ήταν πιο θετικές (Μ.Ο.=3,13-Τ.Α.=0,99) από αυτές των γυναικών (Μ.Ο.=2,86-Τ.Α.=1,01), ίσως λόγω της φύσης των ανδρών και γυναικών, όπου οι γυναίκες, συνήθως, εμφανίζονται πιο υπομονετικές στην καθημερινή ζωή από τους άνδρες.
- Διαφοροποιήσεις ιατρικών-νοσηλευτικών λειτουργών: δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των δύο ομάδων στις δηλώσεις.

3.3.3.2 Παρακολούθηση εκπαιδευτικού προγράμματος σχετικά με τη διαχείριση συγκρούσεων

Στο ερώτημα κατά πόσο οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν ενημερωθεί προηγουμένως σχετικά με τη διαχείριση συγκρούσεων από κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, η πλειοψηφία 82,2% είχαν δηλώσει ότι αυτό δεν έγινε. Κάποιοι ανέφεραν ότι είχαν συμμετέχει σε κάποια επιμόρφωση αλλά δεν ανέφεραν για ολοκληρωμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Από αυτούς που δήλωσαν «όχι» (ότι δεν είχαν, δηλαδή, συμμετάσχει σε κάποιο πρόγραμμα για τη διαχείριση των συγκρούσεων) το 80,0% απάντησαν ότι θα επιθυμούσαν να παρακολουθούσαν κάποιο ανάλογο εκπαιδευτικό σεμινάριο στο χώρο της εργασίας τους. Παρατηρούμε ότι είναι αναγκαία μια τέτοια επιμόρφωση και το προσωπικό αναζητά τέτοιου είδους επιμόρφωση, εφόσον, αναγνωρίζουν ότι αυτό θα βελτιώσει τις συνθήκες εργασίας και κατά συνέπεια τον τρόπο λειτουργίας και την αποτελεσματικότητα του οργανισμού.

3.3.3.3 Εμπλεκόμενα μέρη

Στον επόμενο Πίνακα 11 καταγράφονται οι αντιλήψεις του δείγματος για τα άτομα με τα οποία έχουν συγκρουστεί στο χώρο εργασίας. Όπως παρατηρούμε, γενικά, δεν

φαίνεται να υπάρχουν σε πολύ μεγάλο βαθμό συγκρούσεις αφού σχεδόν σε όλες τις δηλώσεις (εκτός από τη δήλωση για συγκρούσεις με «Συγγενικό και φιλικό περιβάλλον των ασθενών» το ποσοστό «Συχνά», «Αρκετά συχνά» και «Σχεδόν πάντα» ήταν πάνω από 50,0% στο 55,5%). Η πλειοψηφία των απαντήσεων ήταν «Ποτέ» ή «Σπάνια». Από αυτούς που δήλωσαν ότι είχαν κάποιες συγκρούσεις («Συχνά», «Αρκετά συχνά» και «Σχεδόν πάντα») η πλειοψηφία αναφέρεται σε συγκρούσεις με:

- τους ιατρούς (46,6%),
- τους νοσηλευτές (28,9%),
- διοικητικούς υπαλλήλους (26,7%),
- Βοηθούς θαλάμου (26,7%),
- Πλήρωμα ασθενοφόρου (11,1%),
- Ασθενείς (42,2%).

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι όπου υπάρχουν συγκρούσεις αυτές σχετίζονται με όλους τους εμπλεκόμενους στον εργασιακό χώρο αλλά σε πιο συχνό βαθμό σχετίζονται με τους συγγενείς των ασθενών, αφού, ίσως, λόγω της αγωνίας τους για τη κατάσταση της υγείας των αγαπημένων τους προσώπων να τους κάνει πιο απαιτητικούς και έντονα πιεστικούς προς τους επαγγελματίες υγείας.

Πίνακας 11. Άτομα με τα οποία έχουν συγκρουστεί στο χώρο εργασίας

Άτομα με τα οποία συγκρούστηκαν	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
Ιατρούς	6,7	46,7	22,2	24,4	0,0
Νοσηλευτές	11,1	60,0	17,8	11,1	0,0
Διοικητικούς Υπαλλήλους	22,2	51,1	15,6	8,9	2,2
Βοηθούς θαλάμου	28,9	44,4	17,8	8,9	0,0
Πλήρωμα ασθενοφόρου	33,3	55,6	6,7	4,4	0,0
Ασθενείς	13,3	44,4	22,2	20,0	0,0
Συγγενικό και φιλικό περιβάλλον των ασθενών	11,1	33,3	22,2	31,1	2,2

Αναλύσεις Διακύμανσης και t Στατιστικού Τεστ

Η ανάλυση διακύμανσης (one Way ANOVA test) για τα χρόνια υπηρεσίας, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, τη θέση εργασίας σε σχέση με τις πιο πάνω δηλώσεις έδειξε ότι:

- Χρόνια υπηρεσίας: δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των ομάδων στις δηλώσεις.
- Ηλικία: δεν ήταν δυνατό να διενεργηθούν οι αναλύσεις εφόσον τουλάχιστον μια κατηγορία είχε λιγότερες από δύο περιπτώσεις.
- Οικογενειακή κατάσταση: δεν ήταν δυνατό να διενεργηθούν οι αναλύσεις εφόσον τουλάχιστον μια κατηγορία είχε λιγότερες από δύο περιπτώσεις.
- Επίπεδο εκπαίδευσης: οι ερωτώμενοι είχαν σαφή διαφορά στην άποψή τους σε σχέση με τη δήλωση 3 «Συγκρούσεις με διοικητικούς υπαλλήλους» ($F(2, 42)=3,25, p<0,05$). Χρησιμοποιώντας πολλαπλές συγκρίσεις έδειξε ότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις απόψεις των επαγγελματιών υγείας με πτυχίο και αυτών με διδακτορικό τίτλο. Οι επαγγελματίες υγείας με πτυχίο αξιολόγησαν με πιο ψηλό βαθμό αυτή τη δήλωση (M.O.=2,32) από τους επαγγελματίες υγείας με διδακτορικό τίτλο (M.O.=1,21). Φαίνεται ότι η πρώτη ομάδα βιώνει περισσότερο τις συγκρούσεις με τα άτομα αυτά, εξαιτίας του γεγονότος ότι αποτελούν τους κυριότερους δέκτες των εντολών τους.
- Θέση εργασίας: δεν ήταν δυνατό να διενεργηθούν οι αναλύσεις εφόσον τουλάχιστον μια κατηγορία είχε λιγότερες από δύο περιπτώσεις.

Για να διερευνηθεί κατά πόσο υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των ανδρών-γυναικών και ιατρικών-νοσηλευτικών λειτουργιών διενεργήθηκαν αναλύσεις με κριτήρια t για ανεξάρτητα δείγματα. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων έδειξαν τα εξής:

- Διαφοροποιήσεις ανδρών-γυναικών: δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των δύο ομάδων στις δηλώσεις.
- Διαφοροποιήσεις ιατρικών-νοσηλευτικών λειτουργιών: δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των δύο ομάδων στις δηλώσεις.

3.3.3.4 Απουσίες από την εργασία που να οφείλονται σε συγκρούσεις

Στην ερώτηση κατά πόσο είχαν κάνει απουσίες από την εργασία τους που να οφείλονται σε συγκρούσεις, η πλειοψηφία (88,9%) απάντησε πώς «ποτέ» δεν απουσίασαν ενώ 8,9% ανέφεραν «σπάνια» και 2,2% (δηλαδή ένα άτομο) «συχνά». Παρατηρούμε, δηλαδή, ότι οι συγκρούσεις μπορούν σε κάποιες περιπτώσεις να οδηγήσουν τους επαγγελματίες υγείας σε απουσία από την εργασία παρόλο που αυτό δεν φαίνεται να είναι πρόβλημα, έστω σημαντικό, στον οργανισμό.

3.3.3.5 Αλλαγή θέσης εργασίας ή αλλαγή τμήματος που να σχετίζεται με εργασιακές συγκρούσεις

Σε ερώτηση κατά πόσο έχουν ζητήσει αλλαγή θέσης εργασίας ή αλλαγή τμήματος που να σχετίζεται με εργασιακές συγκρούσεις το 91,1% ανέφερε ότι δεν ζήτησαν ενώ 8,9% ανέφεραν ότι ως αποτέλεσμα της σύγκρουσης ζήτησαν αλλαγή θέσης ή τμήματος. Από αυτούς που απάντησαν «όχι» ρωτήθηκαν αν είχαν ποτέ σκεφτεί ή σκόπευαν να ζητήσουν κάτι τέτοιο η πλειοψηφία απάντησε «ποτέ» (51,1%), 31,1% «σπάνια», 6,7% «συχνά», 4,4% «αρκετά» και κανένας «σχεδόν πάντα». Παρατηρούμε ότι οι συγκρούσεις προβληματίζουν τους εργαζόμενους και έστω σε μικρό βαθμό, τους προβληματίζουν κατά πόσο θα ζητήσουν ή όχι αλλαγή θέσης εργασίας ή αλλαγή τμήματος, αφού η σύγκρουση δημιουργεί αρνητικό κλίμα στο χώρο εργασίας και συναισθηματική φόρτιση στους εμπλεκόμενους.

3.3.3.6 Βοήθεια στην επίλυση των εργασιακών διαφορών από τρίτο άτομο μη εμπλεκόμενο στη σύγκρουση

Στην ερώτηση αν είχαν ποτέ ζητήσει βοήθεια στην επίλυση των εργασιακών διαφορών τους από τρίτο άτομο μη εμπλεκόμενο στη σύγκρουση και από ποιον (Πίνακας 12) η πλειοψηφία απάντησαν από «κανένα» (48,9%) ενώ 28,8% από κάποιον συνάδελφο υψηλότερης βαθμίδας ή από συνάδελφο ίδιας βαθμίδας (24,4%). Δηλαδή, περίπου το 50% των εργαζομένων βιώνουν μόνοι τους τη σύγκρουση ενώ το υπόλοιπο 50% πάντοτε ζητούν βοήθεια από κάποιον, κυρίως, του χώρου εργασίας. Στη

συγκεκριμένη ερώτηση μπορούσαν να επιλέξουν περισσότερες από μία επιλογές γι' αυτό το συνολικό ποσοστό απαντήσεων ξεπερνά το 100%.

Πίνακας 12. Αναζήτηση βοήθειας στην επίλυση εργασιακών διαφορών

Άτομα από τα οποία ζήτησαν βοήθεια	%
Κάποιο συνάδελφό σας ιεραρχικά ομοιόβαθμο	24,4
Κάποιο συνάδελφό σας υψηλότερης βαθμίδας	28,8
Κάποιο άτομο από άλλη υπηρεσία ομοιόβαθμο	0,0
Κάποιο άτομο από άλλη υπηρεσία υψηλότερης βαθμίδας	0,0
Δικηγόρο	4,4
Κανέναν	48,9
Άλλον:	4,4

3.3.3.7 Γνωστοποίηση της σύγκρουσης στον εργασιακό χώρο

Σε ερώτηση κατά πόσο θα γνωστοποιούσαν ποτέ μια σύγκρουση στον εργασιακό χώρο η πλειοψηφία ανέφερε ότι θα τη γνωστοποιούσε (82,2%). Κάποιοι που δήλωσαν ότι δεν θα γνωστοποιούσαν τη σύγκρουση ανέφεραν ότι δεν θα το γνωστοποιούσαν γιατί, μπορεί να οδηγούσε σε μεγαλύτερη σύγκρουση ή γιατί μπορεί κάποιος να ένιωθαν ντροπή. Αυτό δείχνει ότι οι περισσότεροι θα ήθελαν να γνωστοποιηθεί η σύγκρουση, ίσως, για να βρεθεί μια λύση ή να αμβλυνθεί το πρόβλημα και να μην επαναληφθεί.

3.3.3.8 Που μπορεί να οδηγήσει μια σύγκρουση

Στον επόμενο Πίνακα 13 καταγράφονται οι απόψεις των ερωτώμενων για το που μπορεί να οδηγήσει μια σύγκρουση. Όπως παρατηρούμε, γενικά, φαίνεται να υπάρχει η άποψη ότι οι συγκρούσεις έχουν περισσότερα αρνητικά αποτελέσματα (συνέπειες) από ότι θετικά. Συγκεκριμένα οι ερωτώμενοι ανέφεραν ότι οι συγκρούσεις μπορούν να οδηγήσουν σε (πρόσθεση των ποσοστών των επιλογών «Αρκετά συχνά» και «Σχεδόν πάντα»):

- Καλύτερες λύσεις των προβλημάτων (15,6%),

- Βελτίωση της ομαδικής απόδοσης (8,9%),
- Καταστροφικές συνέπειες στις εργασιακές σχέσεις (40,0%),
- Καινοτομία (8,9%),
- Καλύτερη κατανόηση των άλλων (17,8%),
- Μείωση της παραγωγικότητας (53,3%).

Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι οι συγκρούσεις, στις περισσότερες περιπτώσεις, «πληγώνουν» τον οργανισμό, αφήνουν συνέπειες και αρνητικά δεδομένα με αποτέλεσμα να επηρεάζουν ίσως την ομαλή λειτουργία του.

Πίνακας 13. Πού μπορεί να οδηγήσει μια σύγκρουση;

Πού μπορεί να οδηγήσει μια σύγκρουση	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΛΟΝ ΠΑΝΤΑ
Καλύτερες λύσεις των προβλημάτων	33,3	31,1	20,0	15,6	0,0
Βελτίωση της ομαδικής απόδοσης	22,2	35,6	33,3	8,9	0,0
Καταστροφικές συνέπειες στις εργασιακές σχέσεις	2,2	28,9	28,9	26,7	13,3
Καινοτομία	24,4	44,4	17,8	8,9	0,0
Καλύτερη κατανόηση των άλλων	17,8	40,0	22,2	17,8	0,0
Μείωση της παραγωγικότητας	4,4	13,3	26,7	31,1	22,2

Αναλύσεις Διακύμανσης και t Στατιστικού Τεστ

Η ανάλυση διακύμανσης (one Way ANOVA test) για τα χρόνια εκπαίδευσης, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, τη θέση εργασίας σε σχέση με τις πιο πάνω δηλώσεις έδειξε ότι:

- Χρόνια υπηρεσίας: δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των ομάδων στις δηλώσεις.
- Ηλικία: δεν ήταν δυνατό να διενεργηθούν οι αναλύσεις εφόσον τουλάχιστον μια κατηγορία είχε λιγότερες από δύο περιπτώσεις.
- Οικογενειακή κατάσταση: δεν ήταν δυνατό να διενεργηθούν οι αναλύσεις εφόσον τουλάχιστον μια κατηγορία είχε λιγότερες από δύο περιπτώσεις.
- Επίπεδο εκπαίδευσης: δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των ομάδων στις δηλώσεις.

- Θέση εργασίας: δεν ήταν δυνατό να διενεργηθούν οι αναλύσεις εφόσον τουλάχιστον μια κατηγορία είχε λιγότερες από δύο περιπτώσεις.

Για να διερευνηθεί κατά πόσο υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των ανδρών-γυναικών και ιατρικών-νοσηλευτικών λειτουργιών διενεργήθηκαν αναλύσεις με κριτήρια t για ανεξάρτητα δείγματα. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων έδειξαν τα εξής:

- Διαφοροποίηση ανδρών-γυναικών: δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των δύο ομάδων στις δηλώσεις.
- Διαφοροποίηση ιατρικών-νοσηλευτικών λειτουργιών: στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των απόψεων των δύο ομάδων στη δήλωση 2 «Βελτίωση της ομαδικής απόδοσης» ($t=-1,18$, $df=42$, $p=0,05$). Στη δήλωση οι απόψεις των ιατρικών λειτουργιών ήταν πιο αρνητικές (Μ.Ο.=2,00 - Τ.Α.=0,86) από αυτές των νοσηλευτικών λειτουργιών (Μ.Ο.=2,40- Τ.Α.=0,91). Φυσικά, και οι δύο μέσοι όροι (ιατρικών και νοσηλευτικών λειτουργιών είναι αρνητικοί) αλλά οι ιατρικοί λειτουργοί εμφανίζονται ακόμη πιο αρνητικοί, ίσως, λόγω της μεγαλύτερης ευθύνης που νιώθουν ότι φέρουν απέναντι στους ασθενείς είτε διότι έχουν μάθει συνήθως να εργάζονται μόνοι παρά σαν μέλη μιας ομάδας.

3.3.3.9 Συνέπειες των συγκρούσεων

Στον Πίνακα 14 καταγράφονται οι απόψεις των ερωτώμενων για τις συνέπειες των συγκρούσεων στον εργασιακό χώρο. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι μάλλον οι συνέπειες είναι αυτές που μένουν στον οργανισμό και κυρίως οι ύβρεις, οι προσβολές και το μειωμένο ενδιαφέρον στην εργασία. Όλα τα αποτελέσματα έχουν ως εξής (πρόσθεση των ποσοστών των επιλογών «Αρκετά συχνά» και «Σχεδόν πάντα»):

- Τις ύβρεις, τις προσβολές (46,7%),
- Την εγκατάλειψη της εργασίας (13,3%),
- Την ασθένεια (20,0%),
- Την αδικαιολόγητη απουσία (26,6%),
- Την σωματική βία (22,2%),
- Την κακομεταχείριση (24,4%),

- Το μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία (51,2%).

Γενικά, μπορεί να λεχθεί ότι στις περισσότερες δηλώσεις (εκτός από τις δηλώσεις «την εγκατάλειψη της εργασίας», «τη σωματική βία» και «την κακομεταχείριση»), η επιλογή «συχνά» συγκέντρωσε τα υψηλότερα ποσοστά δείχνοντας αυτό που λέχθηκε και πιο πάνω ότι οι συνέπειες των συγκρούσεων πλήττουν αρνητικά τους εργαζομένους και κατ' επέκταση τον ίδιο τον οργανισμό .

Πίνακας 14. Συνέπειες των συγκρούσεων στον εργασιακό χώρο

Συνέπειες των συγκρούσεων	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
Τις ύβρεις, τις προσβολές	2,2	2,2	48,9	31,1	15,6
Την εγκατάλειψη της εργασίας	8,9	42,2	35,6	11,1	2,2
Την ασθένεια	11,1	22,2	46,7	15,6	4,4
Την αδικαιολόγητη απουσία	6,7	26,7	40,0	22,2	4,4
Την σωματική βία	17,8	44,4	15,6	13,3	8,9
Την κακομεταχείριση	11,1	37,8	26,7	13,3	11,1
Το μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία	0,0	13,3	35,6	35,6	15,6

Αναλύσεις Διακύμανσης και t Στατιστικού Τεστ

Η ανάλυση διακύμανσης (one Way ANOVA test) για τα χρόνια υπηρεσίας, την ηλικία , την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, τη θέση εργασίας σε σχέση με τις πιο πάνω δηλώσεις έδειξε ότι:

- Χρόνια υπηρεσίας: δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των ομάδων στις δηλώσεις.
- Ηλικία: δεν ήταν δυνατό να διενεργηθούν οι αναλύσεις εφόσον τουλάχιστον μια κατηγορία είχε λιγότερες από δύο περιπτώσεις.
- Οικογενειακή κατάσταση: δεν ήταν δυνατό να διενεργηθούν οι αναλύσεις εφόσον τουλάχιστον μια κατηγορία είχε λιγότερες από δύο περιπτώσεις.
- Επίπεδο εκπαίδευσης: οι ερωτώμενοι είχαν σαφή διαφορά στην άποψή τους σε σχέση με τη δήλωση 3 «Την ασθένεια» ($F(2, 42)=4,77, p<0,05$). Χρησιμοποιώντας πολλαπλές συγκρίσεις έδειξε ότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις απόψεις των ερωτώμενων με μεταπτυχιακό και αυτών με διδακτορικό τίτλο. Οι ερωτώμενοι με μεταπτυχιακό αξιολόγησαν με πιο χαμηλό βαθμό αυτή τη

δήλωση (M.O.=2,22) από τους ερωτώμενους με διδακτορικό τίτλο (M.O.=3,80). Φαίνεται ότι η δεύτερη ομάδα βιώνει περισσότερο τις συνέπειες των συγκρούσεων (δηλαδή, ίσως να παρατηρείται χρήση αδειών ασθενείας μετά από κάποια σύγκρουση εκ μέρους του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού), γιατί ίσως κατέχει ανώτερη θέση στην οργανωτική δομή του οργανισμού, γιατί ίσως έχει περισσότερες ευθύνες σε σχέση με τους υπόλοιπους.

- Θέση εργασίας: δεν ήταν δυνατό να διενεργηθούν οι αναλύσεις εφόσον τουλάχιστον μια κατηγορία είχε λιγότερες από δύο περιπτώσεις.

Για να διερευνηθεί κατά πόσο υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των ανδρών-γυναικών και ιατρικών-νοσηλευτικών λειτουργών διενεργήθηκαν αναλύσεις με κριτήρια t για ανεξάρτητα δείγματα. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων έδειξαν τα εξής:

- Διαφοροποίηση ανδρών-γυναικών: δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των δύο ομάδων στις δηλώσεις.
- Διαφοροποίηση ιατρικών-νοσηλευτικών λειτουργών: δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των δύο ομάδων στις δηλώσεις.

3.3.3.10 Η ικανότητα διαπραγμάτευσης ως σημαντικής ηγετικής δεξιότητας

Σε ερώτηση αν πιστεύουν ότι η ικανότητα διαπραγμάτευσης είναι μια πολύ σημαντική ηγετική δεξιότητα, οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν ότι «καθόλου» (2,2%), «αρκετά» (11,1%), «πολύ» (6,7%), «πάρα πολύ» (22,2%) και «απόλυτα» (55,6%). Παρατηρούμε δηλαδή ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων πιστεύουν ότι η ικανότητα διαπραγμάτευσης είναι μια πολύ σημαντική ηγετική δεξιότητα, που πρέπει να κατέχουν οι εργαζόμενοι και, ίσως, να είναι χρήσιμη στον οργανισμό για αποτελεσματικότερη διαχείριση των συγκρούσεων.

3.3.3.11 Συχνότητα συγκρούσεων

Επίσης στην ερώτηση πόσο συχνά υπάρχουν συγκρούσεις στον εργασιακό τους χώρο οι ερωτώμενοι απάντησαν «ποτέ» (0,0%), «σπάνια» (4,4%), «συχνά» (51,1%),

«αρκετά συχνά» (42,2%) και «σχεδόν πάντα» (0,0%). Φαίνεται, δηλαδή ότι οι συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο, σύμφωνα με τους ερωτώμενους είναι υπαρκτές και μάλιστα αρκετά συχνές γι' αυτό και δεν πρέπει να αγνοούνται αλλά ούτε και να υποτιμούνται. Φυσικά, αυτό είναι αναμενόμενο, κυρίως, στα ανθρωποκεντρικά επαγγέλματα όπου οι εργαζόμενοι βρίσκονται σε συνεχή επαφή με ανθρώπους. Επίσης οι εργαζόμενοι στο υγειονομικό χώρο και ιδίως στα ΤΑΕΠ χρειάζεται να αλληλεπιδρούν και να συνεργάζονται συνεχώς και με επαγγελματίες υγείας πέραν του δικού τους τμήματος για να μπορέσουν να διεκπεραιώσουν το έργο τους.

3.3.3.12 Συχνότητα συγκρούσεων (σε ιεραρχικό επίπεδο)

Στον πιο κάτω Πίνακα 15 καταγράφονται οι απόψεις των ερωτώμενων για τα άτομα με τα οποία έρχονται πιο συχνά σε σύγκρουση. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέρος των ερωτώμενων δεν έχει σχεδόν ποτέ συγκρούσεις με συναδέλφους ή με ίδιας ιεραρχικής κλίμακας επαγγελματίες υγείας (πρόσθεση των ποσοστών των επιλογών «Ποτέ» και «Σπάνια») ενώ πιο συχνά έρχονται σε σύγκρουση με υφιστάμενους (11,1%) ή προϊστάμενους (8,9%) (πρόσθεση των ποσοστών των επιλογών «Αρκετά συχνά» και «Σχεδόν πάντα»).

Πίνακας 15. Άτομα με τα οποία έρχονται πιο συχνά σε σύγκρουση στον εργασιακό χώρο

Άτομα με τα οποία έρχονται πιο συχνά σε σύγκρουση	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
Υφισταμένους	31,1	44,4	13,3	6,7	4,4
Συναδέλφους ή ίδιας ιεραρχικής κλίμακας	28,9	46,7	22,2	2,2	0,0
Προϊσταμένους	22,2	40,0	28,9	8,9	0,0

Αναλύσεις Διακύμανσης και t Στατιστικού Τεστ

Η ανάλυση διακύμανσης (one Way ANOVA test) για τα χρόνια υπηρεσίας, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, τη θέση εργασίας σε σχέση με τις πιο πάνω δηλώσεις έδειξε ότι:

- Χρόνια υπηρεσίας: οι ερωτώμενοι είχαν σαφή διαφορά στην άποψή τους σε σχέση με τη δήλωση 3 «Συγκρούσεις με προϊστάμενους» ($F(2, 42)=3,40, p<0,05$).

Χρησιμοποιώντας πολλαπλές συγκρίσεις έδειξε ότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις απόψεις των επαγγελματιών υγείας με 0-10 χρόνια υπηρεσίας και αυτών από 11-20 χρόνια υπηρεσίας.

- Φαίνεται ότι η δεύτερη ομάδα βιώνει περισσότερο τις συγκρούσεις με προϊστάμενους, ίσως, λόγω των περισσότερων εμπειριών τους ή/και της κατοχής ανώτερης θέσης στην οργανωτική δομή του οργανισμού είτε απλά ανάθεση περισσότερων ευθυνών σε σχέση με τους άλλους επαγγελματίες λόγω χρόνων υπηρεσίας.
- Ηλικία: δεν ήταν δυνατό να διενεργηθούν οι αναλύσεις εφόσον τουλάχιστον μια κατηγορία είχε λιγότερες από δύο περιπτώσεις.
- Οικογενειακή κατάσταση: δεν ήταν δυνατό να διενεργηθούν οι αναλύσεις εφόσον τουλάχιστον μια κατηγορία είχε λιγότερες από δύο περιπτώσεις.
- Επίπεδο εκπαίδευσης: δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των ομάδων στις δηλώσεις.
- Θέση εργασίας: δεν ήταν δυνατό να διενεργηθούν οι αναλύσεις εφόσον τουλάχιστον μια κατηγορία είχε λιγότερες από δύο περιπτώσεις.

Για να διερευνηθεί κατά πόσο υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των ανδρών-γυναικών και ιατρικών-νοσηλευτικών λειτουργιών διενεργήθηκαν αναλύσεις με κριτήρια t για ανεξάρτητα δείγματα. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων έδειξαν τα εξής:

- Διαφοροποίηση ανδρών-γυναικών: δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των δύο ομάδων στις δηλώσεις.
- Διαφοροποίηση ιατρικών-νοσηλευτικών λειτουργιών: στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των απόψεων των δύο ομάδων στη δήλωση 3 «Σύγκρουση με προϊστάμενους» ($t=-2,72$, $df=42$, $p=0,05$). Στη δήλωση οι απόψεις των ιατρικών λειτουργιών ήταν πιο αρνητικές (M.O.=1,56-T.A.=0,72) από αυτές των νοσηλευτών (M.O.=2,43- T.A.=0,88). Και σε αυτή την περίπτωση είναι αναμενόμενη, ίσως, αυτή η διαφοροποίηση, αφού οι νοσηλευτικοί λειτουργοί, σχεδόν σε όλες τους τις βάρδιες έχουν κάποιο προϊστάμενο να εργάζεται μαζί τους σε αντίθεση με τους ιατρικούς λειτουργούς.

3.3.3.13 Χρησιμοποιούμενες μέθοδοι διαχείρισης των συγκρούσεων

Στον Πίνακα 16 καταγράφονται οι απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα για τις μεθόδους διαχείρισης των συγκρούσεων που χρησιμοποιούν. Φαίνεται ότι η πλειοψηφία χρησιμοποιεί τη διαπραγμάτευση με τον/τους εμπλεκόμενο/νους για αμοιβαίο όφελος. Αναλυτικά τα αποτελέσματα είναι (πρόσθεση των ποσοστών των επιλογών «Αρκετά συχνά» και «Σχεδόν πάντα»):

- Διαπραγμάτευση για αμοιβαίο όφελος (42,3%),
- Αποφυγή όταν αγνοείτε το πρόβλημα (24,5%),
- Συμβιβασμός-αμοιβαία υποχώρηση (37,8%),
- Διεκδίκηση μέχρι τέλους, αποκλειστικά για δικό σας όφελος (6,7%),
- Υποχώρηση και αποδοχή της άποψης της άλλης πλευράς (13,3%).

Πίνακας 16. Μέθοδοι διαχείρισης των συγκρούσεων που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες στην έρευνα

Μέθοδοι διαχείρισης	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
Διαπραγμάτευση για αμοιβαίο όφελος	2,2	8,9	44,4	35,6	6,7
Αποφυγή (όταν αγνοείτε το πρόβλημα)	13,3	46,7	15,6	15,6	8,9
Συμβιβασμός (αμοιβαία υποχώρηση)	2,2	22,2	35,6	28,9	8,9
Διεκδίκηση μέχρι τέλους, αποκλειστικά για δικό σας όφελος	33,3	48,9	11,1	6,7	0,0
Υποχώρηση και αποδοχή της άποψης της άλλης πλευράς (αφήνετε να υπερσχύσει η άλλη πλευρά)	17,8	35,6	33,3	8,9	4,4

Αναλύσεις Διακύμανσης και t Στατιστικού Τεστ

Η ανάλυση διακύμανσης (one Way ANOVA test) για τα χρόνια υπηρεσίας, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, τη θέση εργασίας σε σχέση με τις πιο πάνω δηλώσεις έδειξε ότι:

- Χρόνια υπηρεσίας: δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των ομάδων στις δηλώσεις.
- Ηλικία: δεν ήταν δυνατό να διενεργηθούν οι αναλύσεις εφόσον τουλάχιστον μια κατηγορία είχε λιγότερες από δύο περιπτώσεις.
- Οικογενειακή κατάσταση: δεν ήταν δυνατό να διενεργηθούν οι αναλύσεις εφόσον τουλάχιστον μια κατηγορία είχε λιγότερες από δύο περιπτώσεις.

- Επίπεδο εκπαίδευσης: δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των ομάδων στις δηλώσεις.
- Θέση εργασίας: δεν ήταν δυνατό να διενεργηθούν οι αναλύσεις εφόσον τουλάχιστον μια κατηγορία είχε λιγότερες από δύο περιπτώσεις.

Για να διερευνηθεί κατά πόσο υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των ανδρών-γυναικών και ιατρικών-νοσηλευτικών λειτουργιών διενεργήθηκαν αναλύσεις με κριτήρια t για ανεξάρτητα δείγματα. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων έδειξαν τα εξής:

- Διαφοροποίηση ανδρών-γυναικών: δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των δύο ομάδων στις δηλώσεις.
- Διαφοροποίηση ιατρικών-νοσηλευτικών λειτουργιών: δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των δύο ομάδων στις δηλώσεις.

3.3.3.14 Επαγγελματική ικανοποίηση

Σε ερώτηση για το πόσο ικανοποιημένοι είναι από την εργασία τους ανέφεραν «καθόλου» (8,9%), «αρκετά» (31,1%), «πολύ» (33,3%), «πάρα πολύ» (24,4%) και «απόλυτα» (2,2%). Η πλειοψηφία δηλαδή, παρ' όλες τις δυσκολίες και τα προβλήματα αλλά και την πίεση της εργασίας εκφράζονται θετικά για το επάγγελμά τους («πολύ» 33,3%, «πάρα πολύ» 24,4% και «απόλυτα» 2,2%, σύνολο 59,9%). Φυσικά, όπως σε κάθε εργασιακό χώρο μπορεί ένας ανεξάρτητος παρατηρητής να ανέμενε υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης αλλά αυτό σχετίζεται με τις προσδοκίες, τον επαγγελματισμό και την προσωπικότητα του κάθε εργαζόμενου. Κάποιοι μπορεί να βλέπουν το ποτήρι μισοάδειο και κάποιοι μισογεμάτο.

3.3.3.15 Κυριότερο πρόβλημα στο τμήμα/μονάδα που οδηγεί συνήθως σε συγκρούσεις

Τέλος, στον Πίνακα 17 καταγράφονται οι απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα για το κυριότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν στο τμήμα/μονάδα που εργάζονται και οδηγεί συνήθως σε συγκρούσεις, σύμφωνα με τις απόψεις τους. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι τα κυριότερα προβλήματα είναι «Η απουσία

θεραπευτικών και διαγνωστικών πρωτοκόλλων» καθώς φαίνεται να δυσχεραίνει το έργο τους και να αποτελεί αιτία συγκρούσεων και «Οι σχέσεις του τμήματος/μονάδας σε σχέση με άλλα τμήματα/μονάδες του Νοσοκομείου». Οι διατμηματικές σχέσεις αποτελούν ένα από τα κυριότερα προβλήματα καθώς τα ΤΑΕΠ είναι τμήματα τα οποία πρέπει να συνεργάζονται με όλα τα τμήματα του Νοσοκομείου (γραφείο εισαγωγών, χημείο, ακτινολογικό, θάλαμοι κλπ) για την διεκπεραίωση του έργου τους. Στη συγκεκριμένη ερώτηση μπορούσαν να επιλέξουν περισσότερες από μία επιλογές γι' αυτό το συνολικό ποσοστό απαντήσεων ξεπερνά το 100%.

Πίνακας 17. Κυριότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν στο τμήμα/μονάδα που εργάζονται

Δηλώσεις	%
Οι διαπροσωπικές σχέσεις με το υπόλοιπο προσωπικό εντός του τμήματος/μονάδας	11,1
Ο τρόπος που παρέχεται η φροντίδα υγείας στους ασθενείς	17,8
Η απουσία θεραπευτικών και διαγνωστικών πρωτοκόλλων (για πράξεις και διαδικασίες)	55,6
Οι σχέσεις του τμήματος/μονάδας σε σχέση με άλλα τμήματα/μονάδες του Νοσοκομείου	23,3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4.1 Συχνότητα συγκρούσεων

Σύμφωνα με τα ευρήματα τις παρούσας μελέτης, οι συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο του ΤΑΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας όχι μόνο είναι υπαρκτές αλλά αποτελούν και ένα συχνό φαινόμενο. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν και με άλλες μελέτες που αφορούν τις συγκρούσεις στον χώρο της υγείας (Guerra, et al. 2011, Higazee, 2015, Stecker et al. 2013, Graham, 2009).

Η αυξημένη συχνότητα των συγκρούσεων ίσως αποτελεί και τον λόγο που η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα θα τη γνωστοποιούσε (82,2%) ώστε να εξευρεθούν λύσεις και να μειωθούν οι επιπτώσεις τους. Αυτοί που δήλωσαν ότι δεν θα γνωστοποιούσαν τη σύγκρουση ανέφεραν ότι δεν θα το γνωστοποιούσαν φοβούμενοι πως μπορεί να οδηγήσει σε κλιμάκωση της σύγκρουσης ή γιατί ένιωθαν ντροπή.

Καθώς οι συγκρούσεις αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής γενικά αλλά και της ζωής των οργανισμών δεν μπορούν να μην υπάρχουν και στους υγειονομικούς οργανισμούς και ιδίως στα νοσοκομεία όπου διαφορετικοί άνθρωποι αλληλεπιδρούν. Στα ΤΑΕΠ οι συγκρούσεις είναι αναπόφευκτες και συχνές επειδή όπως αναφέρει ο Garmel (2008) η πρακτική των επαγγελματιών υγείας που τα στελεχώνουν συμπεριλαμβάνει την αλληλεπίδραση πολλών ατόμων με διαφορετικό υπόβαθρο σε περιόδους έντονου στρες, πόνου και αγωνίας.

Όμως παρά το γεγονός ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έρχεται συχνά αντιμέτωπο με συγκρούσεις με βάση τα ευρήματα της έρευνας δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένο για να τις διαχειριστεί καθώς στην πλειοψηφία του δεν είχε ενημερωθεί προηγουμένως σχετικά με τη διαχείριση συγκρούσεων από κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Την ίδια διαπίστωση κάνουν και οι Pavlakis et al. (2011) σε έρευνα τους για τη διαχείριση των συγκρούσεων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου, με το 64% των εργαζόμενων να δηλώνουν πως δεν είχαν ενημερωθεί για τις στρατηγικές διαχείρισης των συγκρούσεων. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν και οι Moisoglou et al. (2014), οι Kaitelidou et al. (2012) και η Παπαδοπούλου (2011) σε μελέτες τους σε ελληνικά δημόσια νοσοκομεία.

4.2 Εμπλεκόμενα μέρη

Σύμφωνα με τον Garmel (2008), συγκρούσεις μπορούν να προκύψουν ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς ή το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών, το βοηθητικό προσωπικό, μεταξύ των ίδιων των επαγγελματιών υγείας αλλά και με προσωπικό εκτός του τμήματος.

Στην παρούσα μελέτη οι επαγγελματίες υγείας έρχονται σε σύγκρουση με όλους τους εργαζόμενους στον χώρο του ΤΑΕΠ αλλά στην πλειοψηφία τους αναφέρονται σε συγκρούσεις με το φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον των ασθενών. Το γεγονός αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στις αυξημένες απαιτήσεις των συγγενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες, τον αυξημένο χρόνο αναμονής στον χώρο διαλογής, την παρατεταμένη παραμονή του ασθενή τους εντός του τμήματος και του φόβου και της ανησυχίας τους για την κατάσταση της υγείας του αγαπημένου τους προσώπου. Συγκεκριμένα ο χώρος του ΤΑΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας που είναι μικρός και μη λειτουργικός, συνωστίζεται με ασθενείς και συγγενείς του με αποτέλεσμα πολλές φορές οι επαγγελματίες υγείας να μην μπορούν να εργαστούν αποτελεσματικά λόγω του αυξημένου θορύβου και του περιορισμένου χώρου. Παρόμοια ευρήματα είχαν και οι Breen et al. (2001) όπου το 48% του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αναφέρει πως υπήρξε σύγκρουση με τα μέλη της οικογένειας των ασθενών.

Επίσης ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος (46,6%) αναφέρει ότι έχει έρθει σε σύγκρουση με γιατρούς. Αυτό οφείλεται σύμφωνα με τους Tabak & Korprak (2007) στο υψηλό κύρος που αποδίδεται στους γιατρούς αλλά και στο γεγονός ότι οι γιατροί εξακολουθούν να υιοθετούν αυταρχικές συμπεριφορές. Επίσης οι γιατροί διδάσκονται να είναι οι αρχηγοί και οι κύριοι υπεύθυνοι για τους ασθενείς και ότι πρέπει να χειρίζονται όλες τις καταστάσεις μόνοι τους (Higazee, 2015) και για αυτό όπως αναφέρει και η Maniou (2012) τα πράγματα γίνονται περίπλοκα για αυτούς όταν πρέπει να εργάζονται σε ομάδες. Ακόμη έρευνα των Ogbimi & Adebamowo (2006) για τις εργασιακές σχέσεις ανάμεσα στους νοσηλευτές και γιατρούς σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία διδασκαλίας στη Νότια Νιγηρία κατέδειξε πως υπάρχει έλλειψη εκτίμησης της γνώσης της άλλης επαγγελματικής ομάδας τόσο από τους νοσηλευτές όσο και από τους γιατρούς με αποτέλεσμα τη σύγκρουσή τους. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως

δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των δύο ομάδων στις δηλώσεις τους.

Όσον αφορά τις συγκρούσεις σε ιεραρχικό επίπεδο η έρευνα μας έδειξε ότι το μεγαλύτερο μέρος των ερωτώμενων δεν έχει σχεδόν ποτέ συγκρούσεις με συναδέλφους ή επαγγελματίες υγείας με ίδιας ιεραρχικής κλίμακας. Παρόμοια ευρήματα είχαν και οι Tengilimoglou & Kisa (2005), ενώ πιο συχνά έρχονται σε σύγκρουση με υφιστάμενους ή προϊστάμενους, καθώς όπως διαπιστώνει η Vivar (2006) η σχέση προϊστάμενου-υφιστάμενου μπορεί κατά καιρούς να οδηγήσει σε σύγκρουση.

4.3 Πιθανές αιτίες των συγκρούσεων

Τα αποτελέσματα της έρευνας μας έδειξαν πως οι αιτίες συγκρούσεων έχουν, κυρίως, σχέση με οργανωσιακούς παράγοντες, με τις διαπροσωπικές σχέσεις των εργαζόμενων, αλλά και τα συναισθήματα τους. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με παρόμοιες μελέτες (Kaitelidou et al. 2012, Kishony, 2011, Moisoglou et al. 2014, Nayeri & Negarandeh, 2009, Ogbimi & Adebamowo, 2006).

Το στρες βρέθηκε ως δεύτερη σημαντικότερη επιλογή, σύμφωνα με τις απόψεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (82,2%). Το γεγονός αυτό συσχετίζεται με τους οργανωσιακούς παράγοντες, καθώς όπως επισημαίνουν και οι Yu & Davidhizar (2004) όταν οι εργαζόμενοι εργάζονται σε συνωστισμένα περιβάλλοντα, όπως τα ΤΑΕΠ, οι αλληλεπιδράσεις τους με τους συναδέλφους και τους ασθενείς αυξάνονται και ενδεχομένως οδηγούν σε στρες, εξουθένωση και κατά συνέπεια σε συγκρούσεις. Το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση σύμφωνα με τους Lundstrom et al. (2002) σχετίζονται με συγκεκριμένες απαιτήσεις εργασίας, συμπεριλαμβανομένων του αυξημένου φόρτου εργασίας, της σύγκρουσης και της ασάφειας των ρόλων. Επίσης στην εργασία της Παπαδοπούλου (2011) φάνηκε ότι το στρες αποτελεί γενεσιουργό αιτία συγκρούσεων, αφού αναδείχτηκε ως η δεύτερη σημαντικότερη αιτία συγκρούσεων.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί η διαφορά που υπάρχει ανάμεσα στις απόψεις των επαγγελματιών υγείας μέχρι 10 χρόνια υπηρεσίας και αυτών από 11-20 χρόνια υπηρεσίας όσον αφορά τις δηλώσεις «οι μη ακολουθούμενες διαδικασίες (έλλειψη πρωτοκόλλων)» και «οι διαφορετικές προσωπικότητες, αξίες, πεποιθήσεις,

κουλτούρες». Οι επαγγελματίες υγείας με <10 χρόνια υπηρεσίας αξιολόγησαν με πιο χαμηλό βαθμό τις δηλώσεις αυτές σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας με 11-20 χρόνια υπηρεσίας. Οι αυξημένες ίσως απαιτήσεις από αυτήν τη δεύτερη ηλικιακή ομάδα καθώς και οι εμπειρίες που αποκόμισαν καθιστούν επιτακτική ανάγκη την εφαρμογή πρωτοκόλλων για να αποφεύγονται οι αμφισβητήσεις και οι διαφωνίες όσον αφορά τις ακολουθούμενες διαδικασίες. Επίσης σύμφωνα με τους Ogbimi & Adebamowo (2006) οι επαγγελματίες υγείας με περισσότερα έτη προϋπηρεσίας ίσως να αναμένουν τον σεβασμό από τους νεότερους λόγω παράδοσης και για αυτό ίσως δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στη δεύτερη δήλωση.

Ακόμη όταν ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να δηλώσουν το κυριότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν στο τμήμα/μονάδα που εργάζονται και οδηγεί συνήθως σε συγκρούσεις, «η απουσία θεραπευτικών και διαγνωστικών πρωτοκόλλων για πράξεις και διαδικασίες» ήταν η κατεξοχήν επιλογή τους. Σύμφωνα με τους Woolf et al. (1999) οι κλινικές οδηγίες μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα των κλινικών αποφάσεων, καθώς προσφέρουν ρητές συστάσεις για τους επαγγελματίες υγείας που είναι αβέβαιοι για το πώς να προχωρήσουν, ανατρέπουν τις πεποιθήσεις των γιατρών που είναι συνηθισμένοι σε ξεπερασμένες πρακτικές, βελτιώνουν τη συνοχή της περίθαλψης και παρέχουν έγκυρες συστάσεις που καθησυχάζουν τους επαγγελματίες σχετικά με την καταλληλότητα των θεραπευτικών τους πολιτικών. Οι κατευθυντήριες γραμμές που βασίζονται σε επιστημονικά στοιχεία διευκρινίζουν τις παρεμβάσεις που αποδεικνύονται ωφέλιμες και τεκμηριώνουν την ποιότητα των υποστηρικτικών δεδομένων. Ειδοποιούν τους επαγγελματίες υγείας για παρεμβάσεις που δεν τεκμηριώνονται επιστημονικά, ενισχύουν τη σημασία και τις μεθόδους κριτικής αξιολόγησης και δίνουν έμφαση σε αναποτελεσματικές, επικίνδυνες και σπάταλες πρακτικές αφήνοντας έτσι μικρά ως μηδαμινά περιθώρια για διαφωνίες.

4.4 Επιπτώσεις των συγκρούσεων

Παρά το γεγονός ότι στη βιβλιογραφία περιγράφονται τόσο θετικές όσο αρνητικές συνέπειες από τις συγκρούσεις, στην παρούσα έρευνα οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν πως οι συγκρούσεις επιφέρουν κυρίως αρνητικές επιπτώσεις, δηλαδή ότι είναι δυσλειτουργικές, καθώς συμβάλλουν στην μείωση της παραγωγικότητας (53,3%) και έχουν καταστροφικές συνέπειες στις εργασιακές σχέσεις (40,0%). Έρευνα των Azoulay

et al. (2009) σε 323 μονάδες εντατικής νοσηλείας 24 διαφορετικών χωρών κατέδειξε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (80%) αντιλαμβάνονταν τη σύγκρουση περισσότερο ως επιβλαβή παρά χρήσιμη.

Σύμφωνα με τον Higazee (2015), οι συγκρούσεις στο νοσοκομειακό περιβάλλον μπορούν να οδηγήσουν σε βία. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα θεωρούν ως δεύτερη πιο συχνή συνέπεια της σύγκρουσης, τις ύβρεις και τις προσβολές (λεκτική βία) ενώ την σωματική βία λιγότερο συχνή. Ως πιο συχνή συνέπεια των συγκρούσεων κατατάσσουν το μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία. Τα αποτελέσματα της έρευνας των Almost et al. (2010) αναφορικά με τις αιτίες και τις συνέπειες των συγκρούσεων των ενδοομαδικών συγκρούσεων ανάμεσα στους νοσηλευτές έδειξαν πως η σύγκρουση επηρεάζει άμεσα τα επίπεδα του εργασιακού στρες και της εργασιακής ικανοποίησης.

Παρά το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες φαίνεται να βιώνουν περισσότερο την αρνητική πλευρά των συγκρούσεων, η πλειοψηφία τους δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι από την εργασία τους και ότι ποτέ δεν απουσίασαν από αυτήν ή ζήτησαν αλλαγή θέσης εργασίας ή τμήματος.

4.5 Μέθοδοι διαχείρισης των συγκρούσεων

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα οι νοσηλευτές και οι γιατροί, συχνά επιλέγουν την στρατηγική της αποφυγής ως μέθοδο διαχείρισης της σύγκρουσης (Skjorshammer, 2002, Vivar, 2006, Kaitelidou et al. 2012). Το γεγονός αυτό σύμφωνα με τους Almost et al. (2010) οφείλεται στο ότι όταν υπάρχουν υψηλά επίπεδα σύγκρουσης, τα άτομα διστάζουν να εμπλακούν σε μια ανοιχτή συζήτηση για να επιλύσουν την κατάσταση και επιλέγουν να αποφεύγουν τη συζήτηση αναφορικά με την κατάσταση είτε λόγω φόβου είτε λόγω άγχους/ανησυχίας είτε γιατί, όπως αναφέρουν οι Ylitormanen et al. (2015), φοβούνται τις επιπτώσεις ή αισθάνονται πως η οποιαδήποτε παρέμβαση θα κάνει χειρότερα τα πράγματα. Επίσης ο Skjorshammer (2002) έχει διαπιστώσει πως σε ένα πολυάσχολο περιβάλλον, όπως αυτό του νοσοκομείου, που χαρακτηρίζεται από έλλειψη χρόνου, δεν επιτρέπει στους εργαζόμενους να εμπλακούν σε συζήτηση για επίλυση των διαφορών τους καθώς θεωρούν πιο επείγουσα την παροχή φροντίδας στους ασθενείς.

Παρά τα ευρήματα των ερευνών και σε αντίθεση με τα ευρήματα της έρευνας της Ρούσου (2010) που αφορούσε τη διερεύνηση των συγκρούσεων ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των ΤΑΕΠ των δημόσιων νοσηλευτηρίων της Κύπρου, ότι οι επαγγελματίες υγείας συχνά επιλέγουν να αποφεύγουν την σύγκρουση, οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα επιλέγουν ως μέθοδο διαχείρισης των συγκρούσεων τη διαπραγμάτευση με τους εμπλεκόμενους για αμοιβαίο όφελος. Όπως διαπιστώνει ο Garmel (2008) αν και αποτελεί την πιο πολύπλοκη μέθοδο επίλυσης των συγκρούσεων, πρέπει να είναι η μέθοδος επιλογής όποτε είναι εφικτό καθώς τα αποτελέσματα ωφελούν και τις δύο πλευρές. Η συνεργασία είναι μία από τις βασικές αρχές των αρχών της διαπραγμάτευσης, καθώς χρησιμοποιείται καλύτερα για τη μάθηση, την ενσωμάτωση λύσεων και τη συγχώνευση αντιλήψεων. Η διερεύνηση των προβλημάτων σε βάθος και η αντιμετώπιση των διαφορών συχνά οδηγούν σε αυξημένες δεσμεύσεις και βελτιωμένες σχέσεις μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών. Παρά τους χρονικούς περιορισμούς του ΤΑΕΠ, η συγκεκριμένη μέθοδος μπορεί να ενσωματωθεί από τους επαγγελματίες υγείας στην φροντίδα των ασθενών και να χρησιμοποιηθεί επιτυχώς για την επίλυση των συγκρούσεων, αν γίνει κατανοητή και εξασκηθούν σε αυτή. Αυτή η προσέγγιση διατηρεί γενικά τις σχέσεις για μελλοντικές αλληλεπιδράσεις, επιτυγχάνοντας παράλληλα τα κατάλληλα αποτελέσματα. Ίσως για αυτό και θεωρούν την ικανότητα της διαπραγμάτευσης ως μια πολύ σημαντική ηγετική δεξιότητα.

Αν και η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα επιλέγουν να μην ζητήσουν από κανένα βοήθεια για την επίλυση των εργασιακών τους διαφορών, αυτοί που επιλέγουν να ζητήσουν προτιμούν κάποιο συνάδελφο υψηλότερης ιεραρχικής βαθμίδας γεγονός που προσδίδει την ανάγκη για περισσότερη εμπλοκή των προϊστάμενων στη διαχείριση των συγκρούσεων.

4.6 Συμπεράσματα

Η σύγκρουση είναι αναπόφευκτη και μπορεί να συμβεί σε όλες τις πτυχές της ζωής. Το περιβάλλον του Τμήματος Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών σύμφωνα με τον

Garmel (2008) είναι ιδιαίτερα επιρρεπές στις συγκρούσεις, οι οποίες συμβαίνουν για πολλούς και διάφορους λόγους.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας οι συγκρούσεις αποτελούν συχνό φαινόμενο ανάμεσα στους εργαζόμενους στο ΤΑΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας και οι αιτίες που τις προκαλούν σχετίζονται κυρίως με οργανωσιακούς παράγοντες και παράγοντες που αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις. Οι επιπτώσεις τους είναι πολλές και κυρίως αρνητικές. Οι εμπλεκόμενοι στην πλειοψηφία τους επιλέγουν τη διαπραγμάτευση για αμοιβαίο όφελος στην προσπάθειά τους να διατηρήσουν καλές εργασιακές σχέσεις, σχέσεις συνεργασίας και κατ' επέκταση να βελτιώσουν την απόδοση του τμήματος αλλά και του ίδιου του οργανισμού καθώς οι εργαζόμενοι στα ΤΑΕΠ αλληλεπιδρούν όχι μόνο μεταξύ τους αλλά και με τους εργαζόμενους σε όλο το νοσοκομείο.

Εντούτοις, τα ευρήματα δείχνουν πως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν έχει λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση ως προς τη διαχείριση των συγκρούσεων και εξέφρασαν έντονα την επιθυμία να παρακολουθήσουν κάποιο ανάλογο εκπαιδευτικό σεμινάριο στο χώρο της εργασίας τους.

Οι συγκρούσεις αποτελούν καταστρεπτική δύναμη στον χώρο της επείγουσας ιατρικής και για αυτό κρίνεται αναγκαίο η διοίκηση του τμήματος αλλά και του ίδιου του οργανισμού να αναγνωρίσει και να αποδεχθεί την ύπαρξη τους, να εντοπίσει και να κατανοήσει τους παράγοντες που τις προκαλούν αλλά και να παρέχει τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες στους εργαζόμενους όλων των ιεραρχικών βαθμίδων ώστε να είναι σε θέση να τις διαχειριστούν με εποικοδομητικό τρόπο. Όπως επισημαίνει η Seow (2013), η εποικοδομητική επίλυση των συγκρούσεων μπορεί να οδηγήσει σε γένεση νέων ευκαιριών και στη μείωση του στρες για την ομάδα του ΤΑΕΠ. Επίσης, σύμφωνα με τον Garmel (2008) συμβάλλει στην παροχή ασφαλούς και αποτελεσματικής φροντίδας υγείας στους ασθενείς αλλά και στη δημιουργία θετικών διαπροσωπικών σχέσεων εντός της ομάδας.

4.7 Περιορισμοί

Η παρούσα μελέτη έχει κάποιους περιορισμούς. Το μέγεθος του πληθυσμού ήταν μικρό και προερχόταν μόνο από ένα δημόσιο νοσοκομείο και για αυτό τα αποτελέσματά της πρέπει να χρησιμοποιηθούν με επιφύλαξη καθώς δεν μπορούν να γενικευθούν. Επίσης εξαιτίας του μεγέθους του δείγματος για κάποιες υποκατηγορίες (θέση ιεραρχίας, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση) δεν μπορούσαν να γίνουν συσχετίσεις. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα με μεγαλύτερο δείγμα από όλα τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία για καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που προκαλούν τις συγκρούσεις αλλά και των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για την επίλυσή τους. Επιπλέον, όπως επισημαίνει και ο Patton (2014) θα ήταν χρήσιμη η πραγματοποίηση μιας μελέτης που να εξετάζει την εκπαίδευση που έχουν λάβει οι επαγγελματίες υγείας πριν και μετά την ανάληψη των καθηκόντων τους για τη διαχείριση συγκρούσεων. Είναι αναγκαίος ο σχεδιασμός και η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων που να δίνουν στους επαγγελματίες υγείας την ευκαιρία να μελετήσουν και να βιώσουν την οργανωσιακή θεωρία, την επίλυση προβλημάτων, τη διαχείριση συγκρούσεων και τη δημιουργία καλών σχέσεων με τους συναδέλφους τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Βακόλα, Μ & Νικολάου, Ι. (2012), *Οργανωσιακή Ψυχολογία & Συμπεριφορά*. Α΄ Έκδοση. Εκδόσεις Rosili, Αθήνα.

Ζαβλανός, Μ. Μ. (2002), *Οργανωτική Συμπεριφορά*. Εκδόσεις Σταμούλη Α.Ε, Αθήνα.

Καλογιάννη, Α. Κ. (2003), Συγκρούσεις: Πόσο επιζήμιες είναι; *Βήμα του Ασκληπιού*, 2(4), σελ. 179-185.

Μερκούρης, Β. Α. (2008), *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*. Πρώτη Έκδοση. Εκδόσεις «Έλλην», Περιστέρι.

Montana, P. J. & Charnov, B. H. (2002), *Μάνατζμεντ*. 3^η Αμερικανική Έκδοση. Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.

Μπαμπινιώτης, Γ. (2006), *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Β΄ Έκδοση, Γ΄ Ανατύπωση. Εκδόσεις: Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε, Αθήνα.

Μπόρου, Α., Κορακίδη, Δ., Σαρακατσιανού, Χ., Ματράκη, Γ. κ.α (2013), Διερεύνηση των στρατηγικών επίλυσης συγκρούσεων μεταξύ νοσηλευτριών σε δημόσια νοσοκομεία. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 5(3): 120-129.

Παπαδοπούλου, Δ. (2011), *Διαχείριση συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού στο εργασιακό περιβάλλον των Δημόσιων Γενικών Νοσοκομείων: μελέτη περίπτωσης του Γ.Ν. «Τζάνειο» Πειραιά*, MSc Thesis, Τ.Ε.Ι Πειραιά.

Παπαδοπούλου, Δ. (2014), Συγκρούσεις του νοσηλευτικού προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*, 19(4): 332-344.

Παπαδοπούλου, Δ. (2015), Μέθοδοι διαχείρισης οργανωσιακών συγκρούσεων. *Επιστημονικά Χρονικά*, 20(2): 107-119.

Ρούσσος, Π., Τσαούσης, Ι. (2002). *Στατιστική εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Σπυράκη, Γ. & Σπυράκη, Χ. (2008), Αντιμετώπιση των συγκρούσεων στους οργανισμούς: Από την επίλυση συγκρούσεων στη διαχείριση συγκρούσεων. *Διοικητική Ενημέρωση*, Ιανουάριος 2008, 44 : 32-50.

Σταθοπούλου, Χ. (2006). Επίλυση συγκρούσεων σε νοσοκομειακό περιβάλλον. *Νοσηλευτική*, 45(1) : 50-58.

Ξενόγλωσση

Almost, J. (2006). Conflict within nursing work environments: concept analysis. *Journal of Advance Nursing*, 53(4), pp. 444-453.

Almost, J., Doran, D. M., Hall, L. M & Laschinger H. K. S. (2010). Antecedents and consequences of intra-group conflict among nurses. *Journal of Nursing Management*, 18, pp.981-992.

American Health Lawyers Association (2008), Conflict Management Toolkit. Available from:<https://www.healthlawyers.org/dr/SiteAssets/Lists/drsaccordion/EditForm/Conf%20mgmt%20toolkit.pdf>. [Accessed: 14th of December 2016].

Azoulay, E., Timsit, J. F., Sprung, C. L. et al (2009). Prevalence and Factors of Intensive Care Unit Conflicts. The Conflicus Study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 180, pp. 853-860.

Bodtker, A. M. & Jameson, J. K. (2001). Emotion in Conflict Formation and Its Transformation: Application to Organizational Conflict Management. *The International Journal of Conflict Management*, 12,(3), pp. 259-275.

Breen, C. M., Abernethy, A.P., Abbot, K. H. & Tulsy J.A. (2001). Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units. *J Gen Intern Med*, 16(5), pp. 283-289.

Brinkert, R. (2010). A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. *Journal of Nursing Management*, 18, pp. 145-156.

Charlton, P. (2010). *INDICATORS OF SUCCESS: AN EXPLORATION OF SUCCESSFUL CONFLICT MANAGEMENT IN US HOSPITAL SETTINGS*. Master of Arts Thesis, Georgetown University, Washington, DC.

CIPD (2008). *Leadership and the management of conflict at work*. A Survey Report. Chartered Institute of Personnel and Development, London.

El Dahshan, A. E. M. & Keshk, I. L. (2014), Managers' Conflict Management Styles and its Effect on Staff Nurses'. Turnover Intention at Shebin El Kom Hospitals, Menoufiya Governorate. *World Journal of Medical Sciences*, 11(1), pp. 132-143.

Garmel, G. M. (2008), Conflict resolution in emergency medicine. In: Adams J, ed. *Adams Emergency Medicine*, Saunders, Philadelphia, PA, 2008, pp. 2171–2185.

Gerardi, D. (2004), Using mediation techniques to manage conflict and create healthy work environments. *AACN Advanced Critical Care*, 15, pp 182-195.

Graham, S. (2009), The Effects of Different Conflict Management Styles on Job Satisfaction in Rural Healthcare Settings. *Economics & Business Journal: Inquiries & Perspectives*, 2(1), pp.71-85.

Guerra, J. M., Martinez, I., Medina, L. M. & Medina, F. J. (2005), A contingency perspective on the study of the consequences of conflict types: The role of organizational culture. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 14(2), pp. 157-176

Guerra, S. T., Prochnow, A. G., Trevizan, M. A. & Guido, L. A. (2011), Conflict in Nursing Management in the Hospital Context. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(2), pp. 362-369

Haraway, D. L., & Haraway III, W. M. (2005), Analysis of the Effect of Conflict-Management and Resolution Training on Employee Stress at a Healthcare Organization. *Hospital Topics*, 83(4), pp. 11-14.

Hempel, P. S., Zhang, Z. X. & Tjosvold, D. (2009), Conflict management between and within teams for trusting relationships and performance in China. *Journal of Organizational Behavior*, 30(1), pp. 41- 65.

Henry, O. (2009), Organizational Conflict and Its Effects on Organizational Performance. *Research Journal of Business Management*, 2(1), pp. 16-24.

Higazee, M. Z. A. (2015), Types and Levels of Conflicts Experienced by Nurses in the Hospital Settings. *Health Science Journal ISSN 1791-809X*, 9(6:7), pp. 1-6.

Johdi, S. M. & Apitree, A. (2012), Causes of Conflict and Effective Methods to Conflict Management at Islamic Secondary Schools in Yala, Thailand. *International Interdisciplinary Journal of Education*, 1(1), pp. 15-22.

Kaitelidou, D., Kontogianni, A., Galanis, P. et al (2012), Conflict management and job satisfaction in paediatric hospitals in Greece. *Journal of Nursing Management*, 20, pp. 571-578.

Kazimoto, P. (2013), Analysis of Conflict Management and Leadership for Organizational Change. *International Journal of Research in Social Sciences*, 3(1), pp.16-25

Kishony, B. T. (2011), *Interpersonal Conflicts in Hospitals: Their Fingerprints, Consequences and Resolution*. Ph. D. Thesis, University of Massachusetts Boston.

Kreitner, R. & Kinicki, A. (2010). *Organizational behavior*. 9th Edition. NY: McGraw-Hill, New York.

Laschinger, H., Siu, H. & Finegan, J. (2008). Nursing professional practice environments. *The Journal of Nursing Administration*, 38(5), pp. 250-257.

Litwin, M. (1995) *How to Measure Survey Reliability and Validity. Survey Kit. Vol. 7. A. Fink*. Beverly Hills CA: Sage Publications.

Lundstrom, T., Pugliese, et al. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *AJIC*, 30(2), pp. 93-106.

Maniou, M. (2012). Labour conflicts between administrative, medical and nursing personnel in the hospital. *Health Science Journal*, 6(2), pp. 234-245.

Marshall, P. Conflict Resolution. Executive Summary. Available from: <https://www.royalcollege.ca/conflict-resolution-summary-e.pdf>. [Accessed: 5th of May 2017].

Marshall, P. & Robson, R. (2005). Preventing and Managing Conflict: Vital Pieces in the Patient Safety Puzzle. *Healthcare Quarterly*, 8(Special Issue-October), pp.39-44

Mcshane, S. L. & Glinow, M. A. (2008). *Organizational Behavior*. 4th Edition. New York: McGraw – Hill Companies, New York.

Moisoglou, I., Prezerakos, P., Galanis, P., Siskou, O. et al (2014). Conflict Management in a Greek Public Hospital: Collaboration or Avoidance? *International Journal Of Caring Science*, 7, pp. 75-82.

Nayeri, N. D. & Negarandeh, R. (2009). Conflict among Iranian hospital nurses: a qualitative study. *Human Resources for Health*, 7(25), pp. 1-8.

Ogbimi, R. I. & Adebamowo C. A (2006). Questionnaire survey of working relations between nurses and doctors in University Teaching Hospitals in Southern Nigeria. *BMC Nursing*, 5(2), pp.1-8.

Omisore, B. O. & Abiodun, A. R. (2014), Organizational Conflicts: Causes, Effects and Remedies. *International Journal of Academic Research in Economics and Management Sciences*, 3(6), pp. 118-137.

Patton, C. M. (2014), Conflict in Health Care: A Literature Review. *The Internet Journal of Healthcare Administration*, 9(1), pp. 1-11.

Pavlakis, A., Kaitelidou, D., Theodorou, M. et al (2011). Conflict Management in public hospitals: the Cyprus case. *International Nursing Review*, 58, pp. 242-248.

Pondy, L. R. (1967). Organizational Conflict: Concepts and Models. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 12, No 2, pp. 296-320.

Rahim, M. A. (2011). *Managing Conflicts in Organizations*. [Online]. Fourth Edition. Transaction Publishers, New Brunswick (USA) and London (UK). Available from: <https://books.google.com.cy/>. [Accessed: 15th September 2016].

Riaz, M. K. & Junaid, F. A. (2011). Types, costs, and consequences of workplace conflict. *Asian Journal of Management Research*. 2(1), pp.600-611.

Robbins, S.P. & Judge T. A. (2013). *Organizational Behavior*. 15th Edition. Prentice Hall, New Jersey.

Robson, R. & Morrison, G. (2003). The Final ADR Frontier: Conflict Resolution in Healthcare. *ACResolution*, Spring 2003, pp. 20-21.

Sexton, M. E. (2014). *Determinants of Healthcare Professionals Self-Efficacy to Resolve Conflicts that Occur Among Interprofessional Collaborative Teams*. Dr. Phd Dissertation. University of Toledo.

Shin, J. H. (2008). Developing constructive and proactive conflict management strategies in healthcare. *Journal of Communication in Healthcare*. 2(1), pp. 78-94.

Simpao, F. A. (2013). Conflict Management in the Health Care Workplace. *Physician Executive*. 39.6 (November-December/2013), pp.54-58.

Skjorshammer, M. (2002). *Getting to Cooperation: Conflict and Conflict Management in a Norwegian Hospital. Hospital Professionals' Perceptions, Attributions and Behaviours in Conflict*. Doctoral dissertation. The Nordic School of Public Health Göteborg, Sweden

Sotile, W. M. & Sotile, M. O. (1999). How to shape positive relationships in medical practices and hospitals. *Physician Executive*, 25 (July-August/1999), pp.57-61.

Spaho, K. (2013). Organizational communication and conflict management. *Management*, 18(1), pp. 103-118.

Stecker, M., Epstein, N. & Stecker, M. M. (2013). Analysis of inter-provider conflicts among healthcare providers. *SNI: Spine-A Supplement to Surgical Neurology International*, 4(5), pp.375-382.

Tabak, N. & Koprak, O. (2007). Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 15, pp. 321-331.

Tengilimoglu, D. & Kisa, A. (2005). Conflict management in public university hospitals in Turkey: a pilot study. *Health Care Management*, 24, pp. 55-60.

The Joint Commission, (2008). *Sentinel Event Alert: Behaviors that Undermine a Culture of Safety*. Issue 40. Available from: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventsAlert/sea_40.htm.

[Accessed: 5th of May 2017].

Thomas, K. W. (1992). Conflict and conflict management: Reflections and update. *Journal of Organizational Behavior (1986-1998)*, 13 (3), pp. 265-274.

Thomas, K. W. & Kilmann, R. H. (2008). *Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument: Profile and Interpretive Report*. CPP.Inc. (<https://www.cpp.com/pdfs/smp248248.pdf>)

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

Ylitormanen, T., Kvist, T & Turunen, H. (2015). A Web-Based Survey of Finish Nurses' Perceptions of Conflict Management in Nurse-Nurse Collaboration. *International journal of Caring Sciences*, 8(2), pp. 263-273.

Yu, X. & Davidhizar, R. (2004). Conflict management styles of Asian and Asian American nurses: implications for the nurse manager. *The Health Care Manager*, 23, pp. 46-53.

Woolf, S.H., Grol, R., Hutchinson, A. et al (1999). Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*, 318(7182), pp.527–530.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι: Ερωτηματολόγιο έρευνας

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η συμπλήρωση του παρόντος ερωτηματολογίου γίνεται **ανώνυμα** και θα χρησιμοποιηθεί με σκοπό την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας με θέμα: «Συγκρούσεις και διαχείριση συγκρούσεων ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ) του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας». Θα γίνει από την νοσηλευτική λειτουργό Ελένη Νικολάου για την απόκτηση μεταπτυχιακού διπλώματος, στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» της Σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων και το δεύτερο αφορά το κυρίως αντικείμενο της έρευνας. Παρακαλείσθε να δώσετε ειλικρινείς και αυθόρμητες απαντήσεις.

Σημειώστε με (X) το αντίστοιχο τετράγωνο για την κάθε απάντησή σας.

Α. Δημογραφικά στοιχεία

Φύλο:

1	Ανδρας		2	Γυναίκα	
---	--------	--	---	---------	--

Ηλικία:

1	23-30 ετών	
2	31-45 ετών	
3	46-56 ετών	
4	56 και άνω	

Προϋπηρεσία σε έτη:

Οικογενειακή κατάσταση:

1	Έγγαμη/ος	
2	Άγαμη/ος	
3	Διεζευγμένη/ος	
4	Χήρα/ος	

Επίπεδο εκπαίδευσης:

1	Πτυχίο	
2	Μεταπτυχιακός τίτλος (Μάστερ)	
3	Διδακτορικό	

Επάγγελμα:

1	Ιατρικός Λειτουργός		2	Νοσηλευτικός Λειτουργός	
---	---------------------	--	---	-------------------------	--

Θέση ιεραρχίας στην εργασία:

1	Διευθυντής/τρια Τμήματος	
2	Βοηθός Διευθυντής/τρια Τμήματος	
3	Ιατρικός Λειτουργός	
4	Προϊστάμενος/η Νοσηλευτικός	

	Λειτουργός	
5	Βοηθός Προϊστάμενος/η Νοσηλευτικός Λειτουργός	
6	Πρώτος/η Νοσηλευτικός Λειτουργός	
7	Ανώτερος/η Νοσηλευτικός Λειτουργός	
8	Νοσηλευτικός Λειτουργός	

Β. Ερωτήσεις σχετικά με συγκρούσεις στο Νοσοκομείο

1. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι οι παρακάτω παράγοντες αποτελούν αιτία ή αιτίες συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας;

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
Οι μη ακολουθούμενες διαδικασίες (έλλειψη πρωτοκόλλων)					
Η απουσία ή οι καθυστερήσεις ανταπόκρισης σε κλήσεις για υποστήριξη					
Οι εντολές που προέρχονται από <u>περισσότερους από έναν</u> προϊσταμένους					
Η αλληλοκάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων (έλλειψη γραπτού καθηκοντολογίου)					
Το χάσμα γενεών (νεώτεροι εργαζόμενοι συνεργάζονται με αρχαιότερους ηλικιακά ή και ιεραρχικά συναδέλφους)					
Οι διαφορετικές προσωπικότητες αξίες, πεποιθήσεις, κουλτούρες					
Η αναποτελεσματική ηγεσία					
Το στρες					

Η προκλητική συμπεριφορά					
Η αλληλεξάρτηση των επαγγελματιών υγείας					
Τα προβλήματα στην επικοινωνία					
Τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης					
Οι διαφορές στόχων και επιδιώξεων					
Οι περιορισμένοι πόροι (π.χ. έλλειψη προσωπικού, έλλειψη υλικών)					
Ο φόρτος εργασίας					

2. Έχετε ενημερωθεί ποτέ σχετικά με την διαχείριση συγκρούσεων από κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα;

Ναι		Όχι	
-----	--	-----	--

• Αν απαντήσατε ΝΑΙ,

από ποιον φορέα υλοποιήθηκε το συγκεκριμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα;

.....

• Αν απαντήσατε ΟΧΙ,

επιθυμείτε να παρακολουθήσετε κάποιο ανάλογο εκπαιδευτικό σεμινάριο στο χώρο της εργασίας σας;

Ναι		Όχι	
-----	--	-----	--

3. Σε ποιο βαθμό έχετε συγκρούσεις με:

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
Ιατρούς					
Νοσηλευτές					
Διοικητικούς Υπαλλήλους					

Βοηθούς θαλάμου					
Πλήρωμα ασθενοφόρου					
Ασθενείς					
Συγγενικό και φιλικό περιβάλλον των ασθενών					

4. Έχετε κάνει ποτέ απουσίες από την εργασία σας που να οφείλονται σε συγκρούσεις;

ποτέ		σπάνια		συχνά		Αρκετά συχνά		Σχεδόν πάντα	
------	--	--------	--	-------	--	--------------	--	--------------	--

5. Έχετε ζητήσει ποτέ αλλαγή θέσης εργασίας ή αλλαγή τμήματος που να σχετίζεται με εργασιακές συγκρούσεις;

Ναι		Όχι	
-----	--	-----	--

Αν απαντήσατε ΟΧΙ:

Έχετε ποτέ σκεφτεί ή σκοπεύετε να ζητήσει κάτι τέτοιο;

ποτέ		σπάνια		συχνά		Αρκετά συχνά		Σχεδόν πάντα	
------	--	--------	--	-------	--	--------------	--	--------------	--

6. Αν έχετε ζητήσει ποτέ βοήθεια στην επίλυση των εργασιακών διαφορών σας (από τρίτο άτομο μη εμπλεκόμενο στη σύγκρουση), από ποιον αναζητήσατε;

Κάποιο συνάδελφό σας ιεραρχικά ομοιόβαθμο	
Κάποιο συνάδελφό σας υψηλότερης βαθμίδας	
Κάποιο άτομο από άλλη υπηρεσία ομοιόβαθμο	
Κάποιο άτομο από άλλη υπηρεσία υψηλότερης βαθμίδας	
Δικηγόρο	
Κανέναν	
Άλλον:	

7. Θα γνωστοποιούσατε ποτέ μια σύγκρουση στον εργασιακό σας χώρο;

Ναι		Όχι	
-----	--	-----	--

Αν απαντήσατε όχι: Για ποιο λόγο δεν θα το γνωστοποιούσατε;

.....

8. Πιστεύετε ότι μια σύγκρουση μπορεί να οδηγήσει σε:

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
Καλύτερες λύσεις των προβλημάτων					
Βελτίωση της ομαδικής απόδοσης					
Καταστροφικές συνέπειες στις εργασιακές σχέσεις					
Καινοτομία					
Καλύτερη κατανόηση των άλλων					
Μείωση της παραγωγικότητας					

9. Ως συνέπειες των συγκρούσεων μπορείτε να θεωρήσετε:

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
Τις ύβρεις, τις προσβολές					
Την εγκατάλειψη της εργασίας					
Την ασθένεια					
Την αδικαιολόγητη απουσία					
Την σωματική βία					
Την κακομεταχείριση					
Το μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία					

10. Πιστεύετε ότι η ικανότητα διαπραγμάτευσης είναι μια πολύ σημαντική ηγετική δεξιότητα;

Καθόλου		Αρκετά		Πολύ		Πάρα πολύ		Απόλυτα	
---------	--	--------	--	------	--	-----------	--	---------	--

11. Πόσο συχνά υπάρχουν συγκρούσεις στον εργασιακό σας χώρο;

ποτέ		σπάνια		συχνά		αρκετά συχνά		σχεδόν πάντα	
------	--	--------	--	-------	--	--------------	--	--------------	--

12. Πιο συχνά έρχεσθε σε σύγκρουση με:

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
Υφισταμένους					
Συναδέλφους ή ίδιας ιεραρχικής κλίμακας					
Προϊσταμένους					

13. Σε ποιο βαθμό χρησιμοποιείτε την καθεμιά από τις παρακάτω μεθόδους διαχείρισης των συγκρούσεων:

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
Διαπραγμάτευση για αμοιβαίο όφελος					
Αποφυγή (όταν αγνοείτε το πρόβλημα)					
Συμβιβασμός (αμοιβαία υποχώρηση)					
Διεκδίκηση μέχρι τέλους, αποκλειστικά για δικό σας όφελος					
Υποχώρηση και αποδοχή της άποψης της άλλης πλευράς (αφήνετε να υπερισχύσει η άλλη πλευρά)					

14. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία σας;


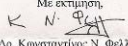
Καθόλου		Αρκετά		Πολύ		Πάρα πολύ		Απόλυτα	
---------	--	--------	--	------	--	-----------	--	---------	--

15. Ποιο είναι το κύριο πρόβλημα που αντιμετωπίζετε στο τμήμα/μονάδα που εργάζεστε και οδηγεί συνήθως σε συγκρούσεις;



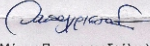
Οι διαπροσωπικές σχέσεις με το υπόλοιπο προσωπικό εντός του τμήματος/μονάδας	
Ο τρόπος που παρέχεται η φροντίδα υγείας στους ασθενείς	
Η απουσία θεραπευτικών και διαγνωστικών πρωτοκόλλων (για πράξεις και διαδικασίες)	
Οι σχέσεις του τμήματος/μονάδας σε σχέση με άλλα τμήματα/μονάδες του Νοσοκομείου	

Ευχαριστώ πολύ για το χρόνο που διαθέσατε για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου

Παράρτημα II: Άδεια διεξαγωγής έρευνας από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου

 ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ	
Αρ. Φαξ: ΕΕΒΚ ΕΠ 2017.01.16 Αρ. Τηλ: 22809038/039 Αρ. Φαξ: 22353878	01 Φεβρουαρίου 2017
Κα Ελένη Νικολάου ΤΕΛου Λυρα 4 6041 Άγιος Νικόλαος Λάρνακα	
Θέμα: «Συγκριτικές και διεξοδική συγκρότηση ανάμεσα στο ιατρονοσηλεύτικό προσωπικό στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επιστόμων Περιστατικών (ΤΑΕΠ) του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας»	
<p>Αναστροφή στην αίτηση σας ημερομηνίας 27 Ιανουαρίου 2017 για το πιο πάνω θέμα, και επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι από τη μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (καλυπτική επιστολή, πρωτόκολλο, και ερευνητικό σχέδιο), που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω την γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν εμπόδι στη σφαίρα αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) για βιοηθική αξιολόγηση.</p> <p>2. Παραμένει περαιτέρω εφόσον δική σας η διεξαγωγή της έρευνας με τρόπο που να διασφαλίζεται η τήρηση της εμπιστευτικότητας και ανωνυμίας των συμμετεχόντων με βάση τον περί Πανεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμο του 2001 (Ν.138(I)/2001) και με τις εκάστοτε τροποποιήσεις.</p> <p>3. Σας ενημερώνω ότι για σκοπούς καλύτερου συντονισμού και αποφυγής επανάληψης ερευνών με το ίδιο θέμα ή/και υπό εξέταση κλήρησμο μέσω σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα, η ΕΕΒΚ δημοσιεύει στην ιστοσελίδα της το θέμα της έρευνας, τον φορέα και τον υπό εξέταση κλήρησμο.</p> <p>4. Κατά τη διάρκεια εκπόνησης της έρευνας, ο συντονιστής / επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώνει την ΕΕΒΚ για κάθε τροποποίηση των αρχικά κατατεθειμένων εγγράφων (πρωτόκολλο ή άλλα ερευνητικά έγγραφα) και θα υποβάλλει τις απαιτούμενες έντυπες τροποποιήσεις στην Επιτροπή.</p> <p>5. Σε περίπτωση διακοπής της έρευνας, ο συντονιστής/ επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει γραπτώς την Επιτροπή κάνοντας αναφορά και στους λόγους διακοπής της έρευνας.</p>	<p>6. Ο συντονιστής/ επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει την Επιτροπή σε περίπτωση αδυναμίας να συνεχίσει ως συντονιστής και θα υποβάλει τα στοιχεία επικοινωνίας του αντικαταστάτη του.</p> <p>7. Με το πέρας της ερευνητικής πρότασης, ο συντονιστής / επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει εγγράφως την Επιτροπή ότι το υπό αναφορά ερευνητικό πρωτόκολλο ολοκληρώθηκε.</p> <p>8. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας σας.</p>
	Με εκτίμηση,  Αρ. Κωνσταντίνος Ν. Φυλλάς Πρόεδρος Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου
.../2	
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ	ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ
Κέντρο Υγείας Έγκωμης, Νίκου Κρανδιότη, 2411 Λευκωσία, Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: enbc@bioethics.gov.cy Ιστοσελίδα: www.bioethics.gov.cy	

Παράρτημα III: Άδεια διεξαγωγής έρευνας από το Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα

 <p>ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ</p> <p>Αρ. Φακ.: 3.28.469 Αρ. Τηλ.: 22818303</p> <p>16 Μαρτίου 2017</p> <p>Κυρία Ελένη Νικολάου ΤΕΛΛΟΥ Αγρα 4 6041 Λάρνακα</p>	 <p>ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ</p>	<p>2.6. υπό την προϋπόθεση ότι τα έντυπα συγκατάθεσης θα λαμβάνονται και θα τηρούνται ξεχωριστά από τα προσωπικά δεδομένα (απαντημένα ερωτηματολόγια) που θα συλλεχθούν, και</p> <p>2.7. αφού στο σημείο «Η» έχετε περιλάβει μέτρα ασφάλειας και προστασίας των δεδομένων,</p> <p>3. έχω οδηγίες να σας πληροφορήσω ότι η Γνωστοποίηση φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις του άρθρου 7(1)(2) των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (Ν. 138(I)/2001 όπως τροποποιήθηκε με τους Ν. 37(I)/2003 και Ν. 105(I)/2012), στο εξής «ο Νόμος», και, ως εκ τούτου, έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4), 23(1)(γ) και 24(1)(α) του Νόμου.</p> <p>4. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.</p> <p> (Μάρια Παταχριστοδούλου) για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα</p> <p>ΜΠΠΠ</p>
---	--	--

Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου Έναρξης Επεξεργασίας της κ. Ελένης Νικολάου, νοσηλευτικού λειτουργού και μεταπτυχιακής φοιτήτριας στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, για σκοπούς έρευνας με θέμα: «Συνκρούσεις και Διαχείριση συγκρούσεων ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επείγοντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ) του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας», με εθελοντική συμμετοχή με απαντήσεις σε ανώνυμο ερωτηματολόγιο

Αναφέρομαι στο έντυπο Γνωστοποίησης Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου Έναρξης Επεξεργασίας με ημερομηνία 28.2.2017 που υποβάλατε με τηλεφωνητικό μήνυμά σας στις 28.2.2017 στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, σχετικά με το πιο πάνω θέμα, μαζί με το σχετικό έντυπο ενημέρωσης και λήψης συγκατάθεσης των υποκειμένων των δεδομένων, και έχω οδηγίες να σας πληροφορήσω τα εξής:

2.1. Αφού ελήφθη υπόψη η ιδιότητα σας ως νοσηλευτικού λειτουργού η οποία δεσμεύεται από επαγγελματικό κώδικα δεοντολογίας με καθήκον εξειδίκευσης, συνεισώς αντιλαμβάνεστε την υποχρέωσή σας για την τήρηση του απόρρητου της επεξεργασίας δεδομένων, και

2.2. η ιδιότητα σας ως μεταπτυχιακής φοιτήτριας στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, επομένως η έρευνά σας είναι επιστημονική και εφόσον η επεξεργασία των δεδομένων θα γίνει αποκλειστικά για τους σκοπούς της εν λόγω έρευνας και δεν θα γίνει μεταγενέστερη επεξεργασία τους για άλλο σκοπό,

2.3. αφού ελήφθη υπόψη ότι η συμμετοχή στην έρευνα θα είναι εθελοντική και τα υποκείμενα των δεδομένων θα ενημερώνονται και θα λαμβάνετε τη συγκατάθεσή τους για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων τους,


2.4. ότι τα ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμα και η λήψη των δεδομένων θα γίνει με τρόπο που γενικά θα καθιστά δύσκολο τον εντοπισμό/αυτοποίηση των υποκειμένων των δεδομένων (π.χ. ηλικία και προϋπηρεσία θα λαμβάνονται με εύρος ετών δεκαετίας),

2.5. ότι τα προσωπικά δεδομένα θα διαγραφούν/καταστραφούν στο τέλος μηνός Ιουνίου του έτους 2017.

Ισόσπουδ 1, 2ος Όροφος, 1082 ΛΕΥΚΩΣΙΑ / Τ.Θ. 23378, 1682 ΛΕΥΚΩΣΙΑ-ΚΥΠΡΟΣ, Τηλ. +357 22818456, Φαξ +357 22304565
E-mail: commissioner@dataprotection.gov.cy, Website: http://www.dataprotection.gov.cy

2

Παράρτημα IV: Άδεια για διεξαγωγή έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας


ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. φακ: 5.34.01.7.6Ε
Αρ. τηλ. 22605738
Αρ.φας. 22605529
Email:igeorgiou@moh.gov.cy

Αρ. Πρωτοκόλλου:9419/2017

7 Απριλίου 2017

/Κυρία Ελένη Νικολάου
Τέλλου Άγρα 4
6041 Άγιος Νικόλαος, Λάρνακα

Θέμα : Συγκρούσεις και διαχείριση συγκρούσεων ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στο τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας


Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας σχετικά το πιο πάνω θέμα που υποβλήθηκε στην Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας, με ημερομηνία 17/3/2017 και να σας ενημερώσω ότι το αίτημα σας έχει εγκριθεί.

Σημειώνεται ότι το Υπουργείο Υγείας δεν φέρει οποιαδήποτε ευθύνη για την έκβαση των αποτελεσμάτων σας.


Νοείται ότι θα πρέπει να προβείτε σε ενημέρωση των προϊταμένων των τμημάτων /υπηρεσιών για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Επισημαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνάς σας θα πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της επιτροπής τα ακόλουθα:

- Αντίγραφα ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- Γραπτή συγκοτάθεισά σας για την Διαχείριση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας.
- Περίληψη της έρευνας σε συγκεκριμένη μορφή, καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας σας τα οποία θα αναρτούνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας.


(Ειρήνη Γεωργίου)
για Γενική Διευθύντρια

Κοιν: ΠΑΥ
Αν. Διευθύντρια ΠΥ&ΥΔΥ
Διευθυντή ΝΥ


Υπουργείο Υγείας 1448 Λεωκωτία
Τηλ. 22605300, Ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy>